



Оңтүстік Қазақстан
медицина академиясының

ХАБАРШЫСЫ

• ВЕСТНИК •

Южно-Казахстанской медицинской академии

“VESTNIK”

of the South-Kazakhstan medical academy

REPUBLICAN SCIENTIFIC JOURNAL

ТОМ VII

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ
ҒЫЛЫМИ ЖУРНАЛ

№4 (84), 2018

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ
НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫНЫҢ ХАБАРШЫСЫ

№ 4 (84), 2018, том VII

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
серийных 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 200 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.

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)



**Материалы VI международной научной конференции молодых ученых и студентов, инициированной Фондом Первого Президента Казахстана – Елбасы и Южно-Казахстанской медицинской академией,
«Перспективы развития биологии, медицины и фармации»
7-8 декабря 2018 года, г. Шымкент, Республика Казахстан**

СЕКЦИЯ «ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ: ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ»

Ариппаев Нурболат, Курманали Гани, интерн 6 курса,
Научный руководитель: ассистент Усманов М.А.,
Научный консультант: д.м.н., и.о. профессора Абдурахманов Б.А.
Южно-Казахстанская медицинская академия г. Шымкент, Республика Казахстан

**ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ,
ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ МЕТОДОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО КЛИПИРОВАНИЯ И
ЛИГИРОВАНИЯ.**

Введение: Проблема желудочно-кишечных кровотечений актуальна на протяжении многих лет, ведь процент таких осложнений значительно не снижается. Часто встречающиеся в настоящее время - кровотечения язвенной этиологии.

Цель исследования: изучение результатов применения эндоскопического клипирования и лигирования, как методов профилактики и лечения кровотечений при комплексном лечении язвенной болезни желудка и ДПК, осложненной кровотечением.

Определить роль и место клипирования и лигирования сосудов язвы в общей системе оказания медицинской помощи больным при желудочно-кишечном кровотечении.

Материал и методы: В группу исследования входили больные с язвенной болезнью желудка и ДПК, осложненной кровотечением. В группу вошли 103 больных, из них 64(63,1%) мужчин, 38(36,9%) женщин. В возрасте 20-30 лет 10(9,7%) больных, 31-40 лет 20(19,4%) больных, 41-50 лет 42(40,7%) больных, 51-60 лет 27(26,2%), от 61 года и старше 4(3,8%) больных. По степени кровотечения Forrest: 1Б – 14(13,5%), 2А- 31 (30%) больных, 2Б – 42 (40,7%) больных, 3 – 16 (15,5%) больных.

Результаты и обсуждение: В течении 2017 года в Областной клинической больнице г. Шымкента на стационарном лечении с диагнозом язвенная болезнь желудка и ДПК, осложненная кровотечением находились 103 больных, из них: 22(21,3 %) - консервативное лечение; 19(18,4 %) - ушивание язвенного дефекта; 6(5,8 %) ушивание кровоточащей язвы желудка; 9(8,7 %) - резекция желудка по Бильрот-2; 7(6,7%) - резекция желудка по Бильрот-1; 38(36,8%) – эндоскопическое клипирование; 2(1,9%) – эндоскопическое лигирование. У двух больных (1,9%), которым было произведено эндоскопическое клипирование, наблюдался рецидив кровотечения в течении первых двух суток после клипирования, однако, были отмечены положительные результаты после повторного клипирования и только одному больному при рецидиве кровотечения произведена резекция желудка по Бильрот-1.

В выборе тактики при кровоточащей язве желудка и ДПК важное значение имеют определение способа оказания первой помощи, риска рецидива кровотечения, оценка состояния больного. Со средней и низкой интенсивностью кровотечения лечение начинали с консервативных мер, основным методом консервативной терапии являлась гемостатическая и противоязвенная терапия, а также эндоскопический гемостаз, с помощью клипирования сосуда, что являлось достаточно эффективным методом при проведении комплексной терапии. Срочные операции проводились больным с высоким риском рецидива кровотечения: отсутствие эффекта от консервативной терапии, повторная геморрагия в стационаре, размер язвы более 1,0 см, интенсивность кровотечения по Forrest Ib и IIa степени. При проведении консервативной терапии возникали рецидивы, что указывало на недостаточность такого лечения. После проведения эндоскопического клипирования состояние больных стабилизировалось, отмечалась положительная динамика. Выписаны в удовлетворительном состоянии, без признаков продолжающегося желудочно-кишечного кровотечения. У одного пациента эндоскопическое клипирование оказалось не эффективным, из-за отхождения клипсы, произведена резекция желудка по Бильрот-1. У одного больного (0,9%), которому было произведено эндоскопическое лигирование, при язве кардиального отдела желудка, в динамике положительный эффект. Выписан на 8-е сутки со стойким гемостазом.

Выводы. Применение эндоскопического клипирования и лигирования в комплексном лечении язвенной болезни желудка и ДПК, осложненной кровотечением, позволяет улучшить непосредственные результаты лечения данного осложнения и снизить риск рецидива, а общее состояние больных и период восстановления после клипирования и лигирования превосходит по качеству состояния больных, перенесших другие виды оперативного лечения, но этот метод не позволяет полностью уйти от оперативного вмешательства.

Литература

1. Жерлов Г.К. Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне хронической дуоденальной непроходимости // Хирургия, 2003, №5, С. 19-23.
2. Лопатников А.В. Активная эндоскопическая тактика при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта //Сборник Тезисов Первого Конгресса Московских Хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь» Москва, 2005г. С. 22.
3. Сотников В.Н., Дубинская Т.К., Разживина А.А. Эндоскопическая диагностика и эндоскопические методы лечения кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта: Учебное пособие. М.: РМАПО, 2000. 48 с.
4. Ханевич М.Д., Хрупкин В.И., Жерлов Г.К. Кровотечения из хронических гастродуоденальных язв у больных с внутрипеченочной портальной гипертензией. Новосибирск: Наука, 2003. 348 с.

Әлібек Н.Т., 4 курс, nurzatalibek@mail.ru
Ғылыми жетекші: Закирова А.И., оқытушы, zakirova.ajnura@mail.ru
Кафедра: Қалыпты анатомия және топографиялық анатомия оперативтік хирургия курсымен
«Жалпы медицина» факультеті,
Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

ӘЙЕЛ АДАМДАРДАҒЫ ОСТЕОПОРОЗДЫ ДИАГНОСТИКАЛАУДАҒЫ ОСТЕОДЕНСИТОМЕТРИЯНЫҢ МАҢЫЗЫ

Өзектілігі:Остеопороз 40 жастан асқан әйел адамдардың патологияларының арасында жиі кездесетін мәселенің бірі болып табылады.Қазақстан Республикасында 35% әйел адамдар әр түрлі деңгейдегі остеопорозбен,ал 60%-остеопениямен зардап шегеді.[1] Бұл зерттеуде әйел адамдарда остеопороз көрінуінің интенсивтілігі остеоденситометрия көрсеткіштерімен бағаланды.Зерттеу әйел адамдарда остеопороздың таралуы мен ауырлық деңгейін анықтауға мүмкіндік береді.

Мақсаты:40-60 жас аралығындағы әйел адамдарда остеопорозды диагностикалауды остеоденситометрия көрсеткіштерімен бағалау.Остеопороз дамуындағы қауіпті жас тобын анықтау.Остеоденситометрияның артықшылықтарын көрсету.

Материалдар мен зерттеу әдістері:Зерттеу 2018 жылдың қыркүйек және қазан айларында жүргізілді. Зерттеуге 20-84 жас аралығындағы 77әйел адам алынды.Пациенттер 3 жас топтарына бөлінді.[2] 1топ-40 жасқа дейін (n=10;13%), 2 топ- 41-60 жас аралығы (n=38;49,4%) ,3 топ-60 жастан жоғары (n=29,37,6%).Зерттеу барысында түтікті сүйектердің минерализациялану деңгейін Т-критерий және Z-критерий бойынша бағаладық.[3]

Нәтижелер және оларды талқылау:Остеоденситометрия көрсеткіштері бойынша остеопороз (Т-критерий <-2,5) 10 әйелде (13%), остеопения (Т-критерий -1 мен -2,5 аралығы) 24 әйелде (31,2%), қалыпты көрсеткіштер (Т-критерий >-1) 43 әйелде (55,8%) анықталды.1-топта 1 пациентте остеопения,қалған 9 пациентте қалыпты көрсеткіштер; 2-топта 1 пациентте остеопороз,12 пациентте остеопения,25 пациентте қалыпты көрсеткіштер; 3 топта 9 пациенттеостеопороз,11 пациентте остеопения,9 пациентте қалыпты көрсеткіштер анықталды.

ДДСҮ(ВОЗ) бойынша остеоденситометрия сүйектердің минералды тығыздығын анықтауда «алтын стандарт» болып табылады.[4]Зерттеудің нәтижесіне сүйенсек, остеоденситометрия көрсеткіштері әр түрлі жас топтарындағы әйел адамдардағы остеопения немесе остеопороз бар екенін нақты анықтады.2-топта остеопороз тек бір ғана пациентте анықталды,бірақ 12 пациентте остеопения байқалды.Бұл нәтиже 40 жастан асқан әйел адамдаростеоденситометрия көмегімен жағдайды остеопорозға дейін жеткізбей,остеопения деңгейінде анықтап,емделуге болатындығын көрсетеді.

Қорытынды: Остеопороз 40 жастан асқан әйел адамдардың арасындағы кең таралған патология болып табылады.41-60 жас аралығындағы әйел адамдар остеопениямен сипатталатындықтан,олар остеопороз дамуындағы қауіп тобына жатады.Жас өткен сайын әйел адамдарда остеоденситометрия негізгі көрсеткіштерінің нашарлауы байқалады.Осыған орай,остеопороздың профилактикасы мақсатында 40 жастан асқан әйел адамдар үшін диагностика әдістерінің ішінде аз инвазивті остеоденситометриямен тексерілуден өту өте маңызды болып табылады.

ӘДЕБИЕТТЕР

- 1.Д.Ж. Максутова / Актуальность проблемы постменопаузального остеопороза.//Medicine,Almaty №6 (180), 2017.С.76.
- 2.Ополонский Д.В., Волынин И.С., Мингалимова А.Р. КТ-денситометрия в диагностике остеопороза среди женщин // Современные научные исследования и инновации. 2017. С.2.
- 3.И. А. Скрипникова, Л. А. Щеплягина, В. Е. Новиков, О. В. Косматова, А. С. Абирова /Возможности костной рентгеновской денситометрии в клинической практике (Методические рекомендации) //2010. С.25.
- 4.Lia Mara Montagner Rossi, Rafaela Martinez Copes, Leo Canterle Dal Osto, Clovis Flores , Fábio Vasconcellos Comim ,Melissa Orlandin Premaor /Факторы, связанные с лечением остеопороза у женщин в постменопаузе //Медицина (Балтимор) . 2018. С.7.

Глєс Н.Т., Өмірхан С.Ж., Үмбетов К.А., Саудаев М.Е., интерг-хирургии, 6 курса, E-mail: niko_777-77-77@mail.ru

Научный руководитель: Муканова У.А., кнн., доцент, E-mail: mukanova-74@mail.ru
ОПВО факультет, МКТУ им. Х.А.Ясави, г.Шымкент, РК

МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДКА

Актуальность:Некоторые авторы считают, изыскание новых методов изучения секреции желудка связано с недостаточной стимуляцией желудочных желез средствами, используемыми ранее в качестве стимуляторов, поэтому некоторые исследователи[2,3,5]применели в качестве раздражителей желудочной секреции инсулина и гистамина. Совершенствование способа позволило добиться применения без зондовых методов изучения секреции соляной кислоты с помощью рН-метрии [1,4,6].

Цель и задачи исследования: Изучить взаимосвязь между морфологическим и функциональной активностью слизистой оболочки желудка, с последующим сопоставлением морфологических и клинических данных, при этом уточнить механизмы изменения желудочной секреции, при предраковых заболеваниях желудка.

Материалы и методы: Определением кислотной продукции желудка методом эндоскопической рН-метрии производилось 68 пациентом. Для количественной оценки состояния фундальных желез использовался морфометрический метод с подсчетом среднего числа эпителиальных клеток в продольном срезе железы, ее эпителиальной формулы (процентное соотношение главных, обкладочных, побочных и низкокодифференцированных клеток шеечного отдела по (Самсонову В.А. (1972) - у 44 больных ПРЗ желудка. Цифровые данные вычислялись при изучении не менее 20 желез. Срезы окрашивались ШК-реакцией и толудиновым синим для выявления клеток шеечных отделов, ямочного эпителия и побочных клеток.

Плотность лимфоплазматического инфильтрата оценивалась путем подсчета среднего числа клеточных элементов в 10 полях зрения микроскопии [4,6]. Аналогично оценивалось количество тучных клеток суспензии кроличьих эритроцитов смешать с 0,1 мл суспензии лимфоцитов, центрифугируется 5 мин. при 200°, оставляется на 1 ч при 4°С.

Результаты и их обсуждения. Нами произведено исследование желудочного сока у 68 больных ПРЗ желудка, из них у 12 больных общая кислотность была отмечена на уровне до 5 титрованных единиц, от 6 до 10 - у 18, от 10 до 20 - у 16, от 20 до 30 - у 5, от 30 до 40 - у 5, от 40 до 50 - у 2. Показатели общей кислотности - у больных ПРЗ желудка в различных стадиях болезни представлены в таблице 1. Из этой таблицы видно, у 22 пациентов отсутствовало или до 5 ЕД отмечалось ахлоргидрия (общая кислотность не превышающая 5 ЕД), а снижение общей кислотности - у 44 пациентов. Нормальные цифры общей кислотности (от 40 до 50 ед.) наблюдались у 2 пациентов. При этом ахлоргидрия выявлена у 26 из 42 больных раком на фоне ХАГ, у 8 из 18 раком на фоне язвенной болезни желудка, у 6 из 8 больных раком на фоне полипа. У подавляющего большинства больных ахлоргидрия колебалась от 6 до 10 титрованных единиц (у 18 из 42 больных). В таблице 2 видно что большое значение при исследовании желудочной секреции придается определению концентрации свободной соляной кислоты. Среди 68 больных, у которых производилось определение этого показателя, у 29 пациентов было отмечено при ПРЗЖ отсутствие ее в желудочном соке, у 22 - снижение концентрации от 6 до 10 титрованных единиц) и только у 11 пациентов концентрация свободной соляной кислоты колебалась от 10 до 20 ед. Концентрация свободной соляной кислоты у больных ПРЗ желудка в различные стадии болезни. Как свидетельствуют данные, представленные в этой таблице, у больных раком на фоне ХАГ, свободная соляная кислота полностью отсутствовала - у 19 из 42 больных, раком на фоне ЯБЖ - у 6 из 18, при раке на фоне полипа - у 4 из 8 больных, снижение концентрации свободной соляной кислоты наблюдалось

Таблица 1 Показатели общей кислотности желудочного сока у больных ПРЗ желудка в различных стадиях заболевания

Общая кислотность (в титр, ед.) отсутствовало или	Рак на фоне хронического атрофического гастрита	Рак на фоне язвы желудка	Рак на фоне полипа желудка	Количество больных абс. %
до 5	12	6	4	22
от 6 до 10	14	2	2	18
от 10 до 20	8	6	2	16
от 20 до 30	4	2	-	6
от 30 до 40	3	2	-	5
от 40 до 50	1	-	-	1
Всего	42	18	8	68
ИТОГО:	61,7%	26,7%	11,6%	100%

Таблица 2 - Показатели концентрации свободной соляной кислоты в желудочном соке у больных ПРЗ желудка в различных заболеваниях

Концентрация свободной соляной (в титр ЕД)	Рак на фоне хронического атрофического гастрита	Рак на фоне язвы желудка	Рак на фоне полипа желудка	Количество больных абс. %
Отсутствовало	19	6	4	29
от 6 до 10	14	4	4	22
от 10 до 20	7	4	-	11
от 20 до 30	2	4	-	6
Всего:	42	18	8	68
%	61%	26,5%	12,5%	100 %

Таким образом, у 92% больных патологическими очагами желудка была отмечено гипо- или ахлоргидрия. Полученные результаты соответствуют данным, имеющимся в литературе: ахлоргидрия обнаруживалась у 75-94% больных ПРЗ желудка [5,6]. У всех пациентов хронического атрофического гастрита визуально были

обнаружены - в (94,4%) пациентов, - в (16,4%) - малигнизированные, из них - в (12,36%) пациентов было заподозрено развитие аденокарциномы желудка.

Сравнение результатов визуальной диагностики с их морфологической структурой позволило установить, что гастроскопический диагноз подтвержден (94,4%) из 72 пациентов, - в (5,6%) пациентов структура очагов при эндоскопически установлена неверно. Из 8 пациентов, у которых при гастроскопии были заподозрены малигнизированные полипы, диагноз подтвердился – в (68,4%) случаях, в (31,6%) пациентов обнаружены малигнизированной язвы.

В основу оценки материала исследования было положено распределение ПРЗ желудка на 3 основные группы - предраковых заболеваний желудка и аденома - в соответствии с основным принципом классификации ВОЗ (1982).

Из 72 пациентов с морфологически верифицированными группами в (63,6%) пациента рак на фоне ХАГ, - в (25,1%) пациентов рак на фоне ХЯБЖ, - в (11,4%) пациентов обнаружены рак на фоне полипа. У 43 пациентов ХАГы были представлены 49 образованиями. Из них хорошо сформированные атрофии слизистой (42 образования) изменены представлены разнообразными по форме и величине разветвлениями железистых трубок, занимающими поджелудочную часть или всю толщу слизистой оболочки.

В результате морфологического исследования были выявлены полипы с малигнизацией (8 образования). Их размеры превышали 1,0 см, а один достигал 2,3 см в диаметре. Во всех наблюдениях в гиперпластических очагах обнаруживались очаги кишечной метаплазии с выраженными в той или иной степени признаками дисплазии.

Эпителиальная формула обычно характеризовалась выраженным снижением процентного содержания главных и обкладочных клеток. Главные клетки 7 пациентов составляли менее 10% (при норме 50-60%), - у 12 от 10 до 30%, - у 18 пациентов - от 18 до 23%, - у 20 больных. Обкладочные клетки - в 20 наблюдениях от 12 до 16% (при норме 20-29%), - в 48 случаях - менее 9%.

Кроме того, в значительном числе наблюдений выявлялось углубление желудочных ямок с увеличением числа клеток от 65 до 210, особенно при формировании очагов кишечной метаплазии. Таким образом изучение 72 раковых образований позволило и к заключению о правильности деления их рак на фоне хронического атрофического гастрита, язвы и полипов желудка. При хроническом атрофическом гастрите имел ряд гастроскопических признаков, свойственных малигнизированным участками: изъязвление, бугристая поверхность, неровность контуров, большие размеры, повышенная кровоточивость. Напротив, малигнизированные язвы могут иметь вполне доброкачественный вид.

Выводы:

Снижение функциональной активности слизистой оболочки желудочной секреции могут служить объектами достоверного малигнизация при атрофии ПРЗЖ соответствующих отделов данного органа при наличии диспепсических жалоб.

Дальнейшее развитие дисрегенераторных процессов в слизистой оболочке желудка в виде появления очагов кишечной метаплазии или дисплазии сопровождается значимыми изменениями концентраций желудочного сока на ранних этапах малигнизации очагов.

Литература

1. Abe S., Yoshimura H., Nagooka S. et al. Long-term results of operation for carcinoma of the stomach in T1/T2 stages: critical evaluation of the concept of early carcinoma of the stomach // J. Am. Coll. Surg. - 2013. - Vol. 27. - P. 149-152.
2. Ahmad N.A., Kochman M.L., Long W.B. et al. Efficacy, safety and clinical outcomes of endoscopic mucosal resection: a study of 101 cases // Gastrointest. Endosc. - 2012. - Vol. 55. -N. 3,- P. 360-366.
3. Ahn J.Y., Sonda H., Choi K.D., et al. Neoplasms arising in large gastric hyperplastic polyps: endoscopic and pathologic features // Gastrointest. Endosc. - 2014. - Vol. 80. - P. 1005
4. Aiko T., Sasako V. The new Japanese Classification of Gastric Carcinoma: Points to be revised // Gastric Cancer. -2010 - N 1. - P. 25-30.
5. Вихдяева Т.В. Опухоли желудочно-кишечного тракта. - М., 2015. - Вып. №3.-С. 38-45.108.
6. Госсадж Дж. Д., Модарай Б., Сахай А., Уорт Р., 100 клинических разборов. Хирургия: учебное пособие / пер. с англ, под ред. А.Ф.Черноусова, Т.В. Хоробрых. - М, 2017. - 288с.

Х.Т. Қорғанбаева - кафедра ассистенті, hilala_77@mail.ru, **Ж.Б. Бекназарова** - магистр, ШЖМК «Мейіргер ісі» кафедрасының оқытушысы, **Д. Ақжол** - «Жалпы медицина» факультетінің 3 курс студенті, АҚ «ОҚМА», «Ішкі аурулар пропедевтика» кафедрасы, Шымкент қ, Қазақстан Республикасы

ИНСУЛЬТТАН КЕЙІНГІ ОҢАЛТУ НЕГІЗДЕРІ

Түйін

Мәселенің өзектілігі: Кейінгі он жылдық келемінде, қан – тамыр аурулардың құрылымын және халық арасындағы өлім – жітім себебін, көп көлемде цереброваскулярлық аурулар анықтайды. Еуропалық зерттеулердің мәліметтері бойынша әрбір 100 мың адамның 600 инсультке ұшырайды, олардың 360 (яғни 60%) мүгедек болып қалады. АҚШ – та инсульттің экономикалық шығыны 30 млрд долларды құрайды. Әлеуметтік статистикаға сәйкес, ми инсульттына ұшырайтындарда «жасару» беталысы байқалады. E.Roth,

R.Harvey (2006) мәліметтері бойынша Америкада сырқаттанудың 30% - да 60 жастан төменгі жастарға тиесілі. Ал көршілес Ресейде 450 мыңға дейін тіркеліп, оның 35% - ы өлім – жітімге әкеледі.

Жыл сайын Қазақстан Республикасында 49000 – нан көп инсульт кездеседі.

Қазақстанның әр түрлі аймақтарында ми инсультімен ауыру жыл сайын 1000 адамға шаққанда 2,5 – 3,7 оқиғаны құрайды, адамдардың өлуі жыл сайын 1000 адамға шаққанда 1,0 – 1,8 оқиғаны құрайды.

Бірқатар ғалымдардың пікірі бойынша статистиканың ресми деректері Қазақстандағы церебральді инсульт мәселелерінің жағдайын толық күйінде көрсетпейді. Оған себеп репрезентативтік популяциялық эпидемиологиялық зерттеулердің болмауы.

Кілт сөздер: инсульт, ишемиялық инсульт, ерте реабилитация.

Зерттеудің мақсаты: Церебральды инсульт алған науқастарда ерте жүргізілетін оңалту іс – шараларының тиімділігін зерттеу.

Зерттеудің міндеттері: Ишемиялық инсульттан кейін ерте қалыптастыру кезеңінде, реабилитациялық іс – шараларының тиімділігіне науқастардың жынысы мен жас мөлшерінің әсерін бағалау.

Зерттеу материалдары: Церебральді инсульттен кейінгі ерте оңалту кезеңінде қойылған мақсаттарға жету және зерттеулердің шешімдерін шешу үшін 68 науқасқа тексеру жүргізілді. Еркектер саны бұл таңдауда 42,6% (29 адам), ал әйелдер саны 57,4% (39 адам) құрады. Тексеруден өткен науқастардың орташа жас шамасы 56,82±3,52 жас.

Жұмыстың негізгі нәтижелері: Психикалық функцияларды бағалаудың Қысқа шкаласының (ПФБҚШ) негізінде қолданылған когнитивтік бұзылыстардың әлпетін бағалау қорытындысында белгілі болғаны: когнитивті бұзылыстары белгілері бар науқастар саны (ПФБҚШ бойынша 35 баллдан көп емес жинаған) 26,4% (18 адам) ал когнитивтік бұзылыстың бәсең белгілі бар науқастар саны (ПФБҚШ бойынша 30 дан 35 ке дейін балл жинаған 73,6 % (50 адам).

Қорытынды: Церебральді инсульт алған науқастардың көпшілігінде Pulses profile тестін қолдану арқылы функционалдық бұзылыстарына бағалау жүргізгенде, өз - өзіне қызмет жасай алатын науқастар саны 41 адам (60,3%) болса, басқа біреудің көмегіне мұқтаж және үнемі күтімді қажет ететін науқастар саны – 27 адам (39,7%) болды.

Әдебиеттер

1. Байдиной, Т.В. Динамика постинсультной астении в процессе восстановительного лечения / Т.В. Байдиной, Н.В. Исаковой, О.И. Невоструевой // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2004. - № 3. - С. 15-17.
2. Валунов, О. А. Роль некоторых социально-бытовых факторов в формировании адаптации у больных, перенесших инсульт / О. А. Валунов, Ю. В. Коцюбинская // Неврологический журнал : научно-практический журнал. 2001. - Том 6, N 6. - С. 28-30.
3. Acute neurological stroke care in Europe: results of the European Stroke Care Inventory / M. Brainin, N. Bornstein, G. Boysen, V. Demarin // Eur. J. Neurol. 2000. - Vol. 7, № 1. - P. 5-10.
4. Исмагилов, М.Ф. Нарушения мозгового кровообращения важнейшая медико-социальная проблема. Организация и перспективы развития помощи больным с мозговым инсультом в Республике Татарстан /М.Ф. Исмагилов // Неврол. вестник. - 2003. - № 1-2. - С. 58-61.

Анотация

Х.Т. Крганбаева - ассистент кафедры, hilala_77@mail.ru

Ж.Б Бекназарова - магистр, ШВМК преподаватель кафедры «Сестринское дело»

Д. Акжол - студент 3-го курса «Общая медицина»

АО «ЮКМА», кафедра «Пропагандыка внутренних болезней», г Шымкент, Республики Казахстан

В течение последующих десятилетий выявляют структуру сосудистых заболеваний и причины смертности среди населения, большие объемы цереброваскулярных заболеваний. По данным европейских исследований, из 100 тысяч человек подвергаются инсульту каждый 600, из них 360 (то есть 60%) остаются инвалидами. В США экономический ущерб от инсульта составит 30 млрд долларов. Согласно социальной статистике, у лиц, страдающих мозговым инсультом, наблюдается тенденция «омоложения». По данным E.Roth, R. Harvey (2006) в Америке 30% заболеваемости приходится на молодежь в возрасте старше 60 лет. А в соседней России зарегистрировано до 450 тысяч, из них 35% - смертность. Ежегодно в Республике Казахстан встречается более 49000 инсультов. Заболеваемость мозговым инсультом в различных регионах Казахстана составляет 2,5-3,7 случаев на 1000 населения ежегодно, смертность людей составляет 1,0 – 1,8 случаев на 1000 населения ежегодно. По мнению ряда ученых, официальные данные статистики не в полной мере отражают состояние проблем церебрального инсульта в Казахстане. Причиной этого является отсутствие репрезентативных популяционных эпидемиологических исследований.

Ключевые слова: инсульт, ишемический инсульт, ранняя реабилитация.

Н.Т. Korganbaeva- teacher jf department

Zh.B.Beknazarova- teacher jf department «Sisterly business»

D.Akjol- the 3 rd student of course of General Medicine

UKMA, JSC, of Department of Propeadeutics of Internal diseases Shymkent, Kazakhstan

Within the next decades establish structure of vascular diseases and the reasons for mortality among the population, large volumes of cerebrovascular diseases. According to the European researches, from 100 thousand people are exposed to a

stroke everyone 600, from them 360 (that is 60%) remain disabled people. In the USA the economic damage from a stroke will be 30 billion dollars. According to social statistics, at the persons having a brain stroke the "rejuvenation" trend is observed. According to E.Roth, R. Harvey (2006), in America 30% of incidence are the share of youth 60 years are aged more senior. And in the neighboring Russia about 450 thousand, from them 35% - mortality are registered. Annually in the Republic of Kazakhstan more than 49000 strokes meet. The incidence of a brain stroke in various regions of Kazakhstan is 2.5-3.7 cases for 1000 of the population annually, mortality of people is 1.0 - 1.8 cases for 1000 of the population annually. According to a number of scientists, official statistical data not fully reflect a condition of problems of a cerebral stroke in Kazakhstan. The lack of representative population epidemiological researches is the reason of it. Key words: stroke, ischemic stroke, early rehabilitation.

УДК:616.36-001.1/2

Қайырбекова Қ.Қ., морфология кафедрасының аға оқытушысы, Өбдрахман Б.А.
«Медицина мектебі» 3 курс студенті, Қарағанды қаласы, ҚР

БАУЫР ЖАСУШАЛАРЫНА ӨТЕ ЖОҒАРЫ ЖИЛІКТЕГІ СӘУЛЕЛЕНДІРУДІҢ ӘСЕРІ.

Аннотация. Бұл мақалада өте жоғары жиіліктегі (ӨЖЖ) сәулендіру кезіндегі бауыр жасушасының құрылымдық-қызметтік өзгерістері анықталды. Өртүрлі мерзімде зерттеу жұмысы экспериментталды егеуқұйрықтарда жасалынды. Нәтижелері салыстырылып, талқыланып қортындысы жарияланды. Нәтижелері кесте және сурет түрінде көрсетілді.

Аннотация. В этой статье показана очень высокая частота (СВЧ) облучения клетки печени при структурно-функциональных изменениях. Исследовательская работа на экспериментальных крысах заключена в разные сроки. Результаты сравниваются, обсуждаются итоги года. Результаты были представлены в виде таблиц и рисунков.

Annotation. This article shows a very high frequency of irradiation of liver cells with structural and functional changes. Research work on experimental rats is concluded at different times. Results are compared, years of the year are discussed. The results were presented in the form of tables and figures.

Кілт сөздер: Жасуша, бауыр, сәулену, әсер, жиілік.

Маңыздылығы. Электромагниттік өріс (ЭМӨ) сәулелермен байланыста жұмыс істейтін кәсіпкерлер мен тұрмыстық қызметте қолданатын техникалық құрылымдардың әсері өте жоғары. ӨЖЖ сәулендірудің әсерлерінен ұйқының бұзылғандығы, қан қысымының жоғарылағаны, психологиялық өзгерістер, қанның құрамы өзгергендігі, мүшелерде ұлпалардың өзгерістерге ұшырағандығын анықталған. Заманауи кезеңде әдебиеттерде эксперимент жүзінде электромагниттік өріспен сәулендірудің миллиметрлік, сантиметрлік диапазондағы әсерлері анықталған.

Клиникалық бақылау және эксперименталдық зерттеу кездерінде электромагниттік өрістің нерв, эндокриндік және иммундық жүйелерге әсері анықталған [1,2]. Әдебиеттерде эпидемиологиялық зерттеулердің негіздегенде электромагниттік сәулендірудің лейкомияның дамуына және ми ісігіне канцерогендік әсердің бар екендігі талқыланып [3,4,5]. ЭМӨ арасындағы биологиялық белсенді жиіліктегі диапазон ӨЖЖ сәулендіруі болып табылады. ӨЖЖ өрістің әсері толқынның ұзындығына, сәуленің жиілігіне және ұзақтығына, тіндердің диэлектрлік қасиетіне байланысты болады. Оның әсері қыздыратын осциллятордың әсерінің нәтижесімен де байланысты. Жалпы жоғары жиілікпен сәулендіру кезінде жылылық жүктемесін жоғарлатқанда стресстік реакцияға және ағзада бұзылыстарға әкеліп соғады деген пікірлер бар [6]. ӨЖЖ сәуленудің үй жағдайындағы адам денсаулығына негативті әсерлері бар. Қысқа толқынды пештер қолданыс уақытында (30 см - 1 мм ге дейін.) 2450 МГц жиіліктегі микро сәуле шығаратындығы радарлық көмек арқылы анықталды. Өз кезеңінде сәулену адам денсаулығына тікелей емес жанама, яғни, ондағы әзірленген тағамдық өнімдер арқылы да әсер ететіндігі (ӨЖЖ сәулену әсерінен кейін химиялық қалдық ретінде қарастырылған) де анықталып отыр. Қысқа толқынды пештер электромагнитті толқындарға аллергия туындап отырып, иммундық системаның, зат алмасу процесі, адам психикасының бұзылысына алып келеді [7]. Спутниктік теледидарлар системасы (1700 - 2000 МГц), ұялы телефондардан (1400 - 1900 МГц) шығатын (Bluetooth, Wi-Fi және WiMAXM) адам табиғатындағы молекулалар полярлық жағдайын секундтың 4900 000 мәрте өзгертіп отыратындығын ескере отырып, ӨЖЖ сәуленудің молекулалық өзгерістерден басталып ірілі-ұсақты патоморфологиялық өзгеріске ұшырайтынын ескеру қажет [8]. Зерттеу кезінде бауыр жасушасының құрылымдық-қызметтік өзгерістері бар екендігі байқалды [9].

Зерттеу мақсаты. Өртүрлі диапазонда жылу бөлетін ӨЖЖ сәулендірудің әсерінен бауыр жасушаларының құрылымдық-қызметтік өзгерістерін зерттеу жұмысы жүргізілді.

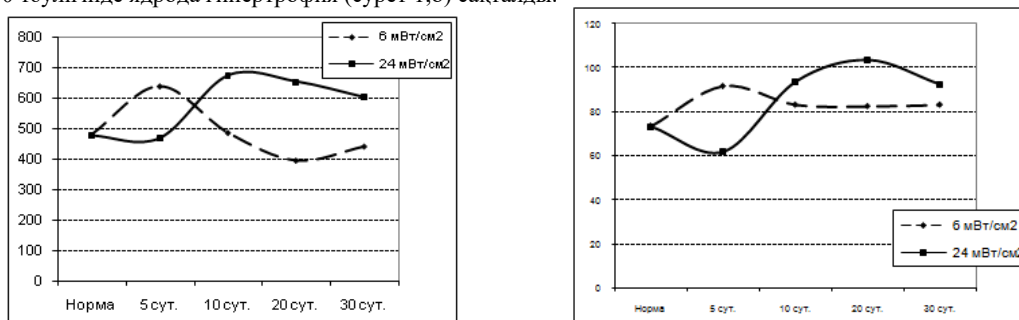
Зерттеу жұмысы барысында массасы 180-200 граммдық 30 ақ егеуқұйрықтар, бақылау уақыттары 5, 10, 20, 30 тәулік аралығында, 24 мВт/см² (жылулық диапазон) энергия ағымы тығыздығымен сәуленген, экспозициялану уақыты 10 минутқа созылған бақылау тобы алынды. ӨЖЖ көзі ретінде «Луч-3» құралы, сәулену диаметрі 11,5 см пайдаланылды.

Жануарларды эфирлі наркозбен жансыздандыру барысында эксперименталды жануарларды қорғау бойынша Еуропалық конвенция талаптарына сай жүргізілді [10].

Зерттеу материалы үшін сілтілік диссоциация әдісімен дайындалған, оқшауланған бауыр жасушасының суспензиялық препараты қолданылды.

Препаратты 2,5% ацетоорсеин ерітіндісімен және цитоплазманы 1% спиртпен ашық жасыл түске боялды. [11]. Зерттеуде PhotoMI.2,2001 бағдарламасы қолданылды. Эксперименттің әрбір мерзімінде 1200 гепатоциттер алынып, жасуша ауданы және цитоплазма ядросы анықталды. Статистикалық талдау «Statistica-6» бағдарламасында жүргізілді.

Зерттеу нәтижелері және оларды талдау. Егеуқұйрықтардың бақылау топтарының бауыр препараттарында гепатоциттерді орташа өлшемдері аз ғана өзгергендігі байқалды. Ағымның тығыздығы 24 мВт/см² ӨЖЖ сәулелену кезінде, 5 тәулік ішінде жасуша ауданы бастапқы қалпын сақтағандығы, 10 тәулікте гепатоциттердің ауданы күрт өскендігін, эксперименттің 20 және 30 тәуліктерінде жасушаларда гипертрофия (сурет 1а) пайда болғандығы байқалады. Сәулеленген топ егеуқұйрықтары гепатоциттері ядросының орташа ауданы төмендеген. Сәуле қабылдаған топ егеуқұйрықтары гепатоциттері ядросының ауданы 10 тәулікте өскен. Аталған топтың 20 және 30 тәулігінде ядро гипертрофия (сурет 1,б) сақталды.



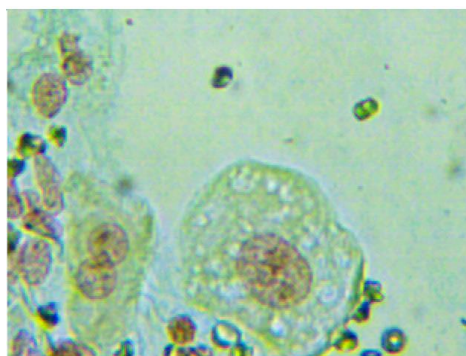
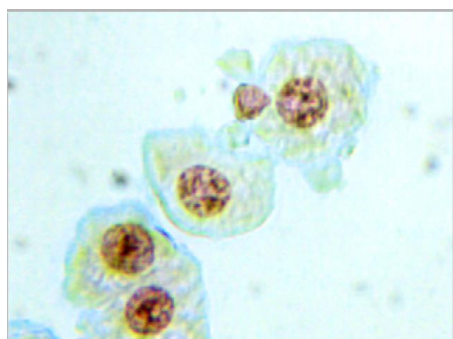
а)

б)

Сурет 1. ӨЖЖ сәулеленуі кезіндегі цитоморфометриялық өлшемдер

а) жасуша ауданы, б) ядро ауданы.

Сәулеленудің жылулық диапазоны кезінде гепатоциттердің гипертрофирленген цитоплазмасында көптеген вакуолдерді (сурет 2а, б) байқауға болады.



а)

б)

Сурет 2. Гепатоциттер. Боялуы: ацетоорсеин, ақшыл жасыл. Үл. х400. а) бақылау б) ӨЖЖ(24 мВт/см²) сәулеленудің 20 тәулігі

Алынған мәліметтер бойынша ӨЖЖ сәулеленуінің жылулық диапазоны кезінде егеуқұйрықтардың гепатоциттер ядросы мен жасуша ауданының өзгергендігін дәлелдейді.

Бақылау топтарының бауыр препараттарында гепатоциттердің орташа өлшемдері аз ғана өзгергендігі байқалды, 24 мВт/см² ағымның тығыздықпен ӨЖЖ сәулеленудің 5 тәулікте жасуша ауданының бастапқы қалпын сақтады, 10 тәулікте гепатоциттердің ауданының өскендігі, 20, 30 тәуліктерде жасушаларда гипертрофия байқалды. ӨЖЖ диапазонды сәулеленуде гепатоциттердің гипертрофирленген цитоплазмасында көптеген вакуолдерді байқауға болады.

Қортынды: Зерттеу жұмысының нәтижесінде ӨЖЖ сәулеленудің әсерінен бауыр гепатоциттерінің синтетикалық белсенділігі артты, сосын төмендеді де жасушаның гидropиялық дистрофиясы дамығаны анықталды.

Установлено, что при СВЧ облучении в начальный период синтетическая активность гепатоцитов повышается, затем снижается, развивается гидropическая дистрофия клеток.

It has been established that, when microwave radiation is irradiated in the initial period, the synthetic activity of hepatocytes increases, then decreases, and the hydropic dystrophy of cells develops.

Әдебиеттер

1. Тихонов М.М. Электромагнитная безопасность: взгляд в будущее // Экологическая экспертиза: обзорная информация. – М., 2005. - №3. – С.9-24.
2. Электромагнитные поля и здоровье человека/ под общей ред.проф. Ю.Г. Григорьева. М., 2002. -180 с.
3. Григорьев Ю.Г. Электромагнитные поля и здоровье населения/гигиена и санитария.- 2003 -№3–с.14-16.
4. Кислицкая В.Н., Култанов Б.Ж., Муратова А.З. Сравнительная оценка показателей ПОЛ в эритроцитах, сперматозоидах и печени крыс при СВЧ-излучении мощностью 20 Вт и коррекции настойкой боярышника // Медицина и экология. – 2004. - №3(32). – С. 94-96.
5. Муратова А.З. Влияние электромагнитных полей СВЧ-диапазона на перекисное окисление липидов в тканях печени // Медицина и экология. – 2004. - №3(32). – С. 96-99.
6. Яковлева Н.А., Семенюк А.Н., Дё Ф.Ф., Кобсев И.О. Электромагнитные поля радиочастотного диапазона – важнейшая гигиеническая проблема (обзор литературы) // Гигиена, эпидемиология и иммунобиология. -2010. - №3(45). – С. 15-22.
7. Куркин А.В., Кайырбекова К.К., Рыбалкина Д.Х. Цитометрическое исследование гепатоцитов при СВЧ-облучении теплового диапазона// Гигиена труда и медицинская экология. – 2011. - №4(33). – С. 61-65.
7. European Convention for the Protection of Vertebrate Animals used for experimental and other scientific purposes. Strasbourg: Council of Europe, 1986. 51 p.
8. Белов Л.Н., Коган М.Е., Леонтьева Т.А., Костырев О.А., Целлариус Ю.Г. Получение изолированных клеток методом щелочной диссоциации фиксированных формалином тканей // Цитология. 1975. - Т. 17. - № 11.- С.1332- 1338.
9. Чиженкова, Р.А. / Chizhenkova, R.A.. In: *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2016 (7-1):59-62; Общество с ограниченной ответственностью "Издательский Дом "Академия Естествознания" Language: Russian, База данных: ELibrary.RU
10. Гордеева Татьяна Харитоновна; Гаврицкова Наталия Николаевна. In: Вестник Поволжского государственного технологического университета. Серия: Лес. Экология. Природопользование, 2306-2827, 2 (16) 86-91, Россия, Йошкар-Ола; Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Поволжский государственный технологический университет», 2012. Language: Russian, База данных: CyberLeninka

Абубакиров Д., резидент 1 года обучения факультета послевузовского образования по специальности «Общая хирургия»

Научный руководитель: д.м.н., и.о. профессора Абдурахманов Б.А.

Южно-Казахстанская медицинская академия г. Шымкент, Республика Казахстан

ПРИМЕНЕНИЕ АНГИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

Введение. Ранняя диагностика и эффективное лечение злокачественных новообразований с применением минимально инвазивных технологий является одной из наиболее актуальных проблем клинической онкологии. Наиболее радикальным методом лечения при злокачественных новообразованиях, позволяющим добиться длительной безрецидивной выживаемости, является выполнение хирургического вмешательства. Однако проведение радикальной хирургической коррекции с удалением опухолевого субстрата к моменту установления заболевания во многих ситуациях возможно в 25-30% случаев, а в ряде случаев даже лишь у 10-15% больных. Во всех остальных случаях пациентам планируется паллиативное лечение. Перспективным направлением в решении этой проблемы является внедрение и совершенствование малоинвазивных методик диагностики и лечения, на основании патогенетического подхода и тактических мероприятий к коррекции осложнений. Злокачественные новообразования различных органов ввиду топографоанатомических расположений не всегда являются доступными в плане диагностики, а проведение специальных методов лечения, включая системной химиотерапии нередко чреваты развитием нежелательных побочных явлений и осложнений [1,2].

Одним из наиболее эффективных способов диагностики злокачественных новообразований является ангиография – метод прижизненного контрастирования сосудов кровоснабжающих опухоль. Ангиография рентгенологический метод исследования различных сосудов и органов, кровоснабжаемых этими сосудами, путем введения в них контрастных веществ и регистрацией всех фаз кровотока. Осуществляется она при помощи различных эндоваскулярных инструментариев.

В настоящее время поиск путей минимально инвазивных и эффективных способов воздействия на патологический опухолевой очаг с адресной доставкой и созданием высоких концентраций химиопрепарата в зоне поражения привело к развитию методов интервенционной онкологии. В этом плане высокоэффективными являются методы внутриартериальной химиоинфузии лекарственных препаратов и проведение химиоэмболизации сосудов питающих опухоль.

Цель исследования. Определение возможностей ангиографических исследований в диагностике злокачественных новообразований, а также оценка ближайших результатов лечения путем проведения химиоинфузии, внутриартериальной полихимиотерапии и химиоэмболизации злокачественных новообразований

Материалы и методы исследования. Первоначально в плане предстоящей ангиографии проводится определение показаний и противопоказаний к ее проведению, с получением информированного согласия пациента. В плане противопоказаний выясняются наличие аллергии к иодсодержащим препаратам, к анестетикам (новокаин). Проводится анализ лабораторных тестов (коагулограмма, тромбоциты, функция почек). В плане подготовки к предстоящему вмешательству также проводится бритье области пункции сосуда, а также по показаниям устанавливается внутривенный катетер для гидратации. Исследование проводится натощак. Показаниями к ангиографии в анализируемом нами материале явились опухоли различных органов (злокачественные и доброкачественные), кровотечение из опухолей шейки матки. Нами изучены результаты лечения 12 больных пролеченных с применением методов интервенционных вмешательств у больных с опухолевыми поражениями печени. При этом 7 больным проведены химиоинфузии в печеночную артерию, в 5 наблюдениях химиэмболизация печеночной артерии. Превалировало число больных с III стадией процесса – более чем 60%. По показаниям химиоинфузия в печеночную артерию проводили с применением комбинации химиопрепаратов: Фторурацил, Адриобластин, Цисплатин, Этопозид, или Гемзар, Фторурацил, то есть применялись различные схемы.

Результаты и обсуждения. Результаты лечения показали эффективность химиоинфузии в печеночную артерию при первичном раке печени, улучшение у больных данной категории «качества жизни». Однако ряду с улучшением качества жизни пациентов химиоинфузии в печеночную артерию не позволяет добиться длительной стабилизации процесса, в связи с чем больные живут до одного года. Проведение химиоэмболизационных вмешательств опухолей наоборот позволяет достичь длительной стабилизации процесса с улучшением качества жизни пациентов. При этом благодаря суммирование положительных моментов достигается длительная стабилизация процесса, с улучшением показателей одногодичной выживаемости.

Выводы. 1. Проведенные исследования доказали возможности и преимущества применения ангиографии в диагностике и лечении злокачественных новообразований различных локализаций. 2. Применение ангиографии у больных с новообразованиями печени с последующей эмболизацией сосудов питающих опухоль с проведением до частичной или полной редукции кровотока дает возможность предупредить дальнейший рост патологического очага, достичь стабилизации, а в ряде случаев регресса патологического процесса.

Список литературы

- 1.Таразов П.Г. Интервенционная радиология. СПб.- 2004.
2. Саваельев В.С. Рентгенэндоваскулярная хирургия. М., 1997.

Жанабаев Н.С., асс.каф.хирургия, **Адырбек А.А., Конкабай Б.К., Пердебек О.А.**Резиденты.I курс,
Научный руководитель: Жанабаев Н.С., к.м.н., phd доктор, E-mail: Zhanabaevn@mail.ru
ОПВО факультет, МКТУ им. Х.А.Ясави, г. Шымкент, PKE-mail:r.adirbek@mail.ru

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ НАРУЖНЫХ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

Введение. Проблема хирургического лечения кишечных, свищей не потеряла своей актуальности до настоящего времени. Несмотря на то, что этот вопрос давно привлекает внимание исследователей, но [2,3,4,7,8] досихпор не существует единого взгляда лечения имеханизме образования кишечных свищей и принципах их лечения[1,5,6,9].

Цель и задача: Оценить экономической эффективности в лечении послеоперационных кишечных свищей и определить пути улучшение результатов оперативных вмешательств, особенно, при подходе предупреждение послеоперационных ослаблении.

Материалы и методы: За период с 2016 по 2018 гг. во 2 хирургическом отделении ЮКОБ на лечении находились 94 больных в возрасте от 18 до 70 лет, из них 64 мужчин и 30 женщин с наружными кишечными свищами.

Губовидные свищи толстой кишки отмечались - у 14, трубчатые - у 8, несформированные - у 4 больных. У 68 больных кишечные свищи образовывались после операций на органах брюшной полости, из них у - 23 были наложены с лечебной целью.

Наибольшее число свищей возникло после аппендэктомии. Из 34 больных со свищами, образовавшимися после деструктивные изменения в отростке, обнаружены - у 25, из них у 9 операцию выполняли в условиях гнойного перитонита и закончили оставлением в брюшной полости дренажей и тампонов. [2,3,4,7,8]

Результаты и их обсуждения: Обширное нагноение операционной раны наблюдалось у-36 больных, разлитой и диффузный перитонит у-18. пролежни от тампонов и дренажей - у 10, повреждение кишечной стенки во время операции имели место - у 6 больных, после резекции тонких и толстых кишок - у 24 больных. Таким образом, среди причин, способствующих образованию кишечных свищей, первое место занимают осложнения, связанные с развитием нагноительного процесса - аппендицита, перитонита, а также оставление тампонов и дренажей.

Клинические проявления наружных кишечных свищей многообразны и. зависят от их локализации, характера, сроков, прошедших после оперативного вмешательства и общего состояния больного.

Наиболее благоприятно протекают трубчатые свищи тонкой и толстой кишки, при которых на поверхность раны выделяется небольшое количество содержимого. Клиническое течение высоких губовидных и несформированных свищей тяжелое. У этих больных через свищ за сутки выделяется от 0,6-08 до 3л кишечного содержимого с примесью желчи, желудочного и панкреатического сока. Потеря в большом количестве кишечного содержимого вызывает дегидратацию, истощение, нарушение водно-электролитного и белкового обмена, обширную мацерацию кожи вокруг свища.

Особенно тяжело протекают несформированные тонкокишечные свищи, при которых потеря кишечного содержимого сопровождается перитонитом, абсцессами, затеками и интоксикацией. У 16 таких больных наблюдалось гипокалиемия, гипопротейнемия и анемия. Менее выраженные изменения отмечаются при несформированных толстокишечных свищах. Трубчатые и губовидные свищи низкой локализации протекают благоприятно, не вызывая существенных нарушений общего состояния больного и местных изменений. Правильному выбору лечебной тактики, а следовательно, снижению количества послеоперационных осложнений и летальности, способствуют своевременная диагностика свища и его локализация. Основным методом диагностики всех видов кишечных свищей остается рентгенологическое исследование (обзорная фистулография, исследование проходимости желудочно-кишечного тракта с барием, ирригоскопия и др.).

Использование комплекса рентгенологических исследований и УЗИ позволило установить точный диагноз у всех 94 наших больных.

Что касается лечения наружных кишечных свищей, то оно должно быть комплексным, сочетая консервативные и оперативные методы. Консервативная терапия, представляющая собой первый, должна быть направлена на предупреждение или устранение истощения и обезвоживания организма, мацерацию кожи, профилактику атрофических процессов в дистальном отрезке кишки.

Значительные трудности представляет лечение несформированных наружных кишечных свищей, особенно высоких тонкокишечных, когда длительная консервативная терапия приводит к прогрессирующему ухудшению состояния, а выполнить операцию не позволяют обширные гнойные раны, затеки, мацерация кожи. Поэтому главной задачей на первом этапе лечения при несформированных кишечных свищах является применение обтураторов несмотря на трудности, связанные с их фиксацией. Нами при несформированных свищах тонкой кишки у 8 из 16 больных удалось улучшить общее состояние, устранить затеки, санировать гнойную полость и подготовить больных ко второму этапу лечения - операции. У 2 больного состояние не улучшилось, и он вскоре умер от интоксикации и истощения.

Консервативное лечение больных со сформировавшимися губовидными свищами тонкой и толстой кишки обычно направлено, на устранение мацерации кожи, улучшение общего состояния и является одновременно предоперационной подготовкой. Эти больные получали общеукрепляющую терапию, у них применяли различные виды обтураторов. В случаях, когда свищи были наложены с лечебной целью, обтурацию не проводили. У 8 из 13 больных с трубчатыми свищами мы произвели широкое дренирование, остальным 5 пациентам с гнойником в брюшной полости проводилось постоянное отсасывание содержимого свища электроотсосом и орошение через свищ антисептическим веществом 3% раствором бетадин.

В результате консервативной терапии - у 5 больных свищи закрылись, у 8 уменьшились в объеме, улучшилось общее состояние. В последующем эти больные были оперированы. Из 94 наблюдаемых нами больных оперативное лечение проведено у 78 больных, из них у 6 больным операцию выполняли внутрибрюшным способом по Сапожкову.

В зависимости от клинических проявлений, исходов лечения наружных кишечных свищей, все больные условно разделены нами на 5 групп.

Оперативное лечение кишечных свищей с высокой локализацией, особенно несформировавшихся, больших губовидных. Мы стремились выполнить в течение 2-7 недель после их образования. Закрытие таких свищей производили в два этапа. Во время первого этапа у тяжелобольных выполняли минимальную операцию, которая сводилась к наложению энтероэнтероанастомоза, выключаящего свищ, с добавлением «заглушки» по А.А. Шалимову.

После улучшения общего состояния больного (на 21-28 сутки) почти нефункционирующий свищ у 22 больных закрывали по Сапожкову. Лишь у 2 больных при несложных губовидных свищах выполнена одномоментная резекция петли тонкой кишки со свищом.

Для закрытия низких тонкокишечных свищей (2-ая группа) не требуется ускоренного оперативного вмешательства: в течение 20-30 суток удается сформировать свищ и подготовить больного к операции. При этой локализации неосложненных губовидных свищей у 12 больных выполнена внутрибрюшная резекция петли кишки, со свищом с наложением энтероэнтероанастомоза конец в бок. У 4 больных этой группы со сформированными свищами последние были закрыты способом по Сапожкову.

Тяжело протекают обширные кишечные свищи слепой кишки (3-я группа), у 4 больных этой группы нами выполнены илеотрансверзоанастомоз без «заглушки».

В последующем, ликвидировав свищ, достаточно было выполнить операцию по Сапожкову. У 2 больных с хорошо сформированными губовидными свищами толстой кишки (4-ая группа) производили иссечение свища с клиновидной резекцией стенки кишки, дефект ее ушивали двухрядными узловыми швами. Трубчатые свищи обычно закрывались под влиянием консервативного лечения.

Пятую группу составили больные, которым кишечные свищи были наложены искусственно, с лечебной целью. Таких больных среди обследованных нами (24,4%). Показаниями к его наложению служили кишечная непроходимость - у 3, разлитой перитонит - у 5, опухоли слепой и восходящей кишки - у 3, ободочной кишки - у

3. сигмовидной кишки - у 6. Поводом к наложению кишечных свищей у 3 больных явились гинекологические заболевания.

Послеоперационные осложнения наблюдались у 28 больных из них кишечная непроходимость - у 3, рецидив свища - у 6. повторно оперированы - 4, нагноение ран - у 9, межпетлевой абсцесс - у 3, кровотечение - у 3.

Летальных исходов было в том числе - после операции - у 17 больных из них тонкокишечными свищами умерли, - в 12 больных оперативного вмешательства умерли - в 5 больных вследствие крайне тяжелого общего состояния и истощения.

Выводы :

1. Наиболее эффективной метод в лечении послеоперационных кишечных свищей, являются комплексная методика и профилактика с применением интенсивной медикаментозной терапии и хирургическая операция.

2. Хорошая предоперационная подготовка больного и качественная радикальная операция будет достаточно для успеха, позволяет восстановить, анатомио – физиологической функции кишечника.

3. Успех в лечении больных с кишечными свищами зависит от качество хирургической операции и полноценность ведение больных в послеоперационном периоде.

4. Улучшение качества лечения больных с кишечными свищами будет способствовать снижению частоты развития инвалидности, что приводить к возвращению большого числа, людей общественно полезному труду.

5. Применение обтуратора, при кишечных свищей до операционном периоде существенно улучшает результаты радикальной операции, а также своевременное постоянная перфузия лекарственных растворов в/в, способствует ликвидации токсикоза организма и воспалительного процесса.

Литература

1. Беляев А.Л. и др. // Хирургия - 2016. - №9. - с. 68-73.
2. Борисов А.И.//Хирургия - 2012.-№ 6.-С 75-77.
3. Житнток И.Д. // Вестник хирургии -2015. - №12. - с. 6-10.
4. Митрофанов ВТ.//Хирургия-2014.-№3.-с. 65-69.
5. Силаев К).С. и др. //Хирургия - 2018.-№9. -с 120-123
6. Чуланов Б.И.// Вестник хирургия.2014.-№7. - с. 100-1 02.
7. Isbishr J.P. // Microracs. Res –2009. vol. 19 - p. 252
8. Hollender L.F. et al. // Therapie der dünndarm - fistein (Aktuet. Chir) –2006.Bd.21,№4-S. 139-149.
9. Herrington J.L. // Ann. Surg- 2014 Vol. 159. p. 809-811.

Б.Т.Айжарық- 3 курс студенті «Жалпы медицина»,aijaruk@mail.ru

Ж.М. Абдукаримова - магистр, zhanara.0905@mail.ru,

Ғылыми жетекші: Э.Қ. Бекмурзаева – м.ғ.д., профессор, elmira-bek@mail.ru,
«ОҚМА» АҚ, «Ішкі аурулар пропедевтика» кафедрасы, Шымкент қ, Қазақстан Республикасы

СЕМІЗДІК

Семіздік - бұл шамадан артық майлы қабаттардың жинақталумен сипатталатын созылмалы ауру.

Семіздіктің (этиологиясына қарай) ең көп таралған формалары: экзогендік конституциялық, гипоталамус, эндокринді нысандар (аурушандылық және Кушинг синдромы, гипотиреоз, гипогонад, жұмыртқа поликистозы және т.б.). Тері астындағы май басу кезінде: жоғарғы типті (кушингоид), абдоминалды (сондай-ақ, андрондық, орталықтық, висцеральдық, алма тәріздес), төменгі түрі (гиноидтық, «алмұрт» тәріздес) болып бөлінеді.

Кілт сөздер: семіздік, дене салмақ индексі, аурушандылық, өмір сүру салты, гипотериоз.

Кіріспе: Қауіп факторлары: генетикалық бейімділік, гиподинамия, ұтымды тамақтану (май және көмірсулардың сiңiмдi мөлшерiн тұтыну), дәрілік препараттарды қолдану (кортикостероидты препараттар және т.б.), нейроэндокриндік ауруларды (Кушин синдромы және гипотиреоз, гипогонадизм, жұмыртқаның поликистозы және гипотиреоз).

Зерттеу материалдары мен әдістері: Диагностикалық критерилер: Семіздік көрсеткішті есептеу үшін - дене салмағының индексі (ДСИ) қолданылады. ДСИ = дене салмағын (кг көрсетілген) бой көрсеткішіне бөлу (метрде көрсетілген), ДСИ екі еселенген квадраттау = дене салмақтың бойға қатынасы. ДСИ анықтау үшін 18 жас пен 65 жас аралығындағы адамдар алынды.

Балалар мен жасөспірімдерде бойды, дене салмағының жасына сәйкестігін анықтау үшін арнайы пайыздық кестелер қолданылды. ДСИ-і жүкті әйелдерде, емізетін аналарда, бұлшық еттері жақсы дамығандарда (мысалы, спортшыларда және т.б.) есептелмейді. Дене салмағын таңертеңгі уақытта медициналық таразбен анықтайды. Ал, бойды арнайы стадиометрмен өлшейді[2].

Зерттеу нәтижелері 25-тен 29-ға дейін ДСИ көрсеткіш 30-дан артық болса – семіздікті құрайды. Мықын мен жамбастың қатынасын өлшеу маңызды коэффициент болып табылады. Оны өлшеу үшін белдің көлемінің бөксе көлеміне қатынасын айтады. ЖК мен БК өлшеу үшін сантиметрлік лента қолданылады. Әйелдерде ЖК БК қатынасының қалыпты көрсеткіші: әйелдерде 0,85, ал ерлерде 0,95 тең болуы тиіс. Егер науқаста ЖК БК қатынасы жоғарласа онда науқаста висцеральды болып табылады. Семіздік қауіпті нысаны

болып табылады, себебі осы факторлар негізінде гипертония, қант диабеті, миокард инфарктісі және инсультке алып келіп соқтырады.

Семіздік этиологиясы мен май алмасу көрсеткіштерін анықтау, семіздікпен байланысты ауруларды нақтылау үшін науқасты дәрігерге көрсету қажет. Ол үшін бірінші емханада тексерілуден өтеді, соның ішінде: қанының құрамындағы триглицеридтер деңгейін, жалпы холестеринді, аштық пен жүктеме кезіндегі гликемияны (ауыз қуысының глюкоза төзімділігін тексеру) анықтау; қан құрамындағы гормондар деңгейін анықтау (кортизол, ТТГ, ФСГ, ЛГ, эстрогендер, тестостерон) үшін зерттеулер жүргізіледі.

Диагностикалық іс шаралардың негізгі көрсеткіштері: бойды өлшеу, дене массасын өлшеу, ДСИ анықтау, ЖК БК қатынасы мен индексін анықтау, онымен қоса артериялық қысымды өлшеуге негізделеді. Медицина қызметкеріне тиісті: өз науқастарында семіздікті және артық салмақты анықтаған кезде тікелей дәрігерге бағыттау керек, сонымен қатар жалпы дене салмағын бағалайды.

Эндокриндік және неврологиялық негізде туындаған семіздіктің себебін тауып, емдеу барысын ұсынады. Семіздікті емдеу барысы дәрілік препараттармен немесе хирургиялық жолмен жүргізілуін дәрігер қадағалайды.

Қорытынды Барлық семіздік түрінде өмір сүру салтын өзгерту ұстанымдары: белсенді қозғалыс, калорийлы тағамды азайту, майлы, тәтті, ұннан жасалған тағамдарды азайту, ұтымды тамақтану және өзін-өзі бақылауды ұйымдастыру болып табылады.

Науқасты үйрету: дене салмағын төмендету үшін науқасқа осы ауру туралы және дұрыс тамақтану үрдісін меңгерту қажет.

Емнің тиімді индикаторы: семіздікті анықтау барысында науқасты дәрігерге қарату керек және денсаулықты нығайту, ұтымды тамақтану барысына бағытталады.

Әдібиеттер

1. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине, 2002.
2. Консенсус по диагностике и лечению сахарного диабета, заболеваний щитовидной железы, метаболического синдрома. Б.Р. Базарбекова, М.Е. Зельцер, Т.Ф. Косенко, Ш.С. Абубакирова. Астана, 2005.

Анотация

Б.Т.Айжарык- студент 3-го курса «Общая медицина», aijaruk@mail.ru

Ж.М. Абдукаримова - магистр, zhanara.0905@mail.ru

АО «ЮКМА», кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»

г. Шымкент, Республики Казакстан

Научный руководитель: Э.К. Бекмурзаева—д.м.н, профессор, elmira-bek@mail.ru

Ожирение представляет собой хроническое состояние, характеризующееся избыточным накоплением жира. Наиболее распространенные формы ожирения (по этиологии): экзогенно-конституциональное, гипоталамическое, эндокринные формы (при болезни и синдроме Иценко-Кушинга, гипотиреозе, гипогонадизме, поликистозе яичников и т.д.). По преимущественному отложению подкожно-жировой клетчатки: верхний тип (кушингоидное), абдоминальное (еще называют: андройдное, центральное, висцеральное, по типу «яблока»), нижний тип (гиноидное, по типу «груши»).

Ключевые слова: ожирение, индекс масса тела, заболеваемость, образ жизни, гипотериоз.

Abstract

B.T. Aizharyk the 3rd student of course of General Medicine

Abdukarimova Zh.M. - master UKMA, JSC, of Department of Propeademics of Internal diseases Shymkent, Kazakhstan.

Supervisor: Bekmurzayeva E.K. doctor of medical sciences, professor

Obesity is a chronic condition characterized by excessive fat accumulation. The most common forms of obesity (by etiology): exogenous-constitutional, hypothalamic, endocrine forms (in disease and Cushing's syndrome, hypothyroidism, hypogonadism, polycystic ovaries, etc.). For preferential deposition of subcutaneous fat: upper type (cushingoid), abdominal (also called: Android, Central, visceral, type "Apple"), bottom type (method, type "pear").

Айтқулов Р.С., Хамит А.У., Уйсынбаев Ж.С. Интерн-хирургии 6 курса, mega.aitculov@mail.ru

Научный руководитель: **Аннаоразов Ы.А.**, Ylkhannazarov@gmail.com

ОПВО факультет, МКТУ им. Х.А. Ясави, г. Шымкент, РК

ПРЕИМУЩЕСТВО ГАСТРО-РЕНТГЕНО-ЭЛЕКТРОГАСТРОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПРИ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДКА

Введение. Одним из методов пригодным в диагностике, для выявления патологического процесса желудка, является электрогастрография - запись биопотенциалов желудка, связанных его деятельностью. [1,3,7].

Этот метод основан на соответствии ритмических изменений действия токов сокращающихся гладких мышц желудка. [4,6,8].

Метод необременителен для исследуемого и позволяет проследить за динамикой моторной деятельности желудка в течение продолжительного времени, при интерпретации ЭГГ следует, учитывая возрастные изменения моторики, так как молодом возрасте ритм чаще и амплитуда выше, чем в пожилом. [2,5,9,10].

Цель и задачи: Изучить комплексно моторно-эвакуаторной функции желудка, для выявления в ранних признаков молигнизации, при предраковых заболеваниях желудка.

Материалы и методы: Анализ кривой ЭГГ производится по величине амплитуды зубцов (в милливольтмах), частота ритма (число волн в 1 мин). При оценке ЭГГ исходным положением служит факт, свидетельствующих о том, что величина биоэлектрического зубца пропорциональна глубине паристальтической волны, проходящей в данный момент непосредственно под местом фиксации активного электрода. В качестве нормального показателя приняты интервалы 0,2-0,4 мВ. Увеличение амплитуды свидетельствует о гипермоторной дискенизии, а уменьшение - о гипомоторных нарушениях. Амплитуда зубцов у здоровых лиц подразделяется на 2 подгруппы: 0,2-0,48 мВ и 0,48-0,75 мВ [2,5,7]. Биоэлектрический ритм устойчивы в среднем равняется 3,0±0,03 зубца в 1 мин [1,3,9]. С целью выявления зависимости между формой кривой ЭГГ и размерами очагов, атакже локализацией очага желудка нами произведена попытка ЭГГ графического исследования моторной деятельности желудка при ПРЗЖ и выявить степень ее нарушения и изменения под влиянием проведенного лечения. Для этого был применен электрогастрографический метод с использованием аппарата ЭГС-4М. Подобных работ в доступной нам литературе обнаружено не было.

Моторно-эвакуаторная функция желудка была определена у 32 больных ПРЗЖ. Исследование было дополнено результатами клинического наблюдения, с определением секреторной функции желудка и гастро-рентгенологическим методом. Исследование секреторной функции желудка показало, что у большинства больных имеет место резкое снижение общей кислотности, при полном отсутствии свободной соляной кислоты. У больных раком на фоне полипа общая кислотность было несколько ниже, чем у больных раком на фоне ХАГ.

Результаты и их обсуждения: В зависимости от характера и локализации очагов обследованные пациенты были подразделены на 2 группы (таблица №1): 1-локализация очагов в пилоро-антральном отделе желудка (19) больных, 2- локализация очагов в теле и кардиальном отделе желудка (13) больных. Из 32 обследованных больных нормокинетический тип моторики был отмечен только у 4 больных, тогда как у остальных 28 больных он был снижен или ослаблен. При детальном рассмотрении полученных данных оказалось, что из 19 больных ПРЗ антрального отдела желудка, только у 3 ЭГГ приближалась к нормальному типу, средний биопотенциал у этих больных равнялся 0,28 мВ, максимально превышал 0,45 мВ, минимальный оказался равным 0,14 мВ, в разности биопотенциалов - 0,31 мВ. Ритм колебаний был относительно четким - 2,8 в 1 мин.

У 3 больных зафиксирован гиперкинетический тип моторики, при этом средний биопотенциал равнялся на 0,43 мВ, максимальный достигал до 0,9 мВ, а минимальный - 0,2 мВ при разности биопотенциалов 0,7 мВ. Зубцы ЭГГ имели неравномерный характер с меной высокими зубцами низкими, с наличием деформированных зубцов и беспорядочным чередованием их. Ритм был также нарушен. Подобный характер перистальтической деятельности свойственен различным заболеваниям в период обострения и называется «моторикой раздраженного желудка». [9]. У этой группы больных при клиническом обследовании отмечались боли, связанные с приемом пищи, а при гастроскопическом и гистологическом обследовании выявлялась картина очагового или диффузного гастрита. У 5 больных диагностированы множественные очаги в слизистой, а у 3 единичные.

У 2 больных этой группы гастрограммы имели низкий вольтаж; средним биопотенциал не превышал 0,12 мВ, максимальный равнялся 0,16 мВ, а минимальный - 0,05 мВ. Разность биопотенциалов равнялась 0,11 мВ. Усиление моторики желудка у большинства больных ПРЗ антрального и пилорического отделов желудка с наличием сопутствующего гиперпластического гастрита. Полученные нами данные согласуются с результатами исследований других авторов [5]. Из 13 больных участками кардиального отдела и тела желудка у 8 обследованных диагностированы множественные очаги, а у 5 единичные.

Таблица 1 - Показатели моторики желудка при ПРЗ различной локализации

Тип моторики	ПРЗ пилороантрального отдела желудка Количество больных	ПРЗ тела и кардиального отдела желудка. Количество больных
Нормокинетический	3	1
Гипокинетический	13	12
Гиперкинетический	3	-
Всего	19	13

Таблица 2 Показатели электрогастрографического исследования у здоровых лиц и у больных ПРЗ желудка

Показатели ЭГГ	У здоровых лиц	При ПРЗ антрального отдела желудка	При ПРЗ тела и кардии желудка
Ритм (в 1 мин)	2,9-3,1	2,9	2,8
Средний биопотенциал (в мВ)	0,18-0,26	0,31	0,1
Разность биопотенциалов (в мВ)	0,18-0,32	0,35	0,12

При этом у 28 больных при гистологическом исследовании обнаружены признаки малигнизации СОЖ. Показатели ЭГГ не отличались разнообразием - у всех больных, констатировано угнетение двигательной активности желудка у - 25 больных, выявлен гипокинетический тип моторики и лишь у - 4 он приближался к норме (см. таблицу №2). Ритм колебаний не был нарушен и равнялся 2,9 - 3,1 в 1 мин. Биоэлектрическая активность желудка оказалась сниженной до 0,1 мв, максимальный биопотенциал не превышал 0,18 мв при разности потенциалов 0,12 мв. Несмотря на то, что при гастроскопическом исследовании отмечались признаки очагового или атрофического гастрита, ни в одном случае не было обнаружено электрогастрографических признаков усиления перистальтики. При отсутствии видимой и регистрируемой моторной активности желудка (по данным ЭГГ) и рентгенологического исследования показали, что эвакуация бариевой взвеси из желудка была замедлена - в (61,8%) пациентов, ускорена - в (4,5%), оказалось ближе к нормальной - в (33,7%). При этом глубокая перистальтика была отмечена - в (48%), средней глубины - в (34%), отсутствовал - в (18%) пациентов. Таким образом, характерными изменениями функционального состояния желудка при ПРЗЖ, является угнетение моторной деятельности его. Причину подавления двигательной активности желудка при очагах, локализующихся в теле и кардиальном отделе, можно видеть в его атоническом состоянии, вызванном морфологическими изменениями паранхимы желудочной стенки. Помимо этого, показатели ЭГГ у больных ПРЗ желудка отличаются значительным разнообразием, зависящим от степени поражения органа с патологическим процессом, локализацией и количеством последних. Все эти изменения приводят к резкому угнетению биоэлектрической активности желудочной стенки.

Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что электрогастрографический метод, является объективным методом исследования, расширяет наши представления о двигательной деятельности желудка, при ПРЗЖ и позволяет наблюдать изменения этой функции в процессе лечения.

Выводы: Подводя итог полученным выше данным, можно прийти к выводу - черной, что комплексное электрогастрографическое-рентгено-гастроскопическое исследование, дополненное с изучением секреторной функции желудка у больных ПРЗЖ, будет способствовать ранней диагностике ПРЗ желудка, и их злокачественной трансформации. Особую ценность будет иметь прижизненное функционально-морфологическое исследование гастробиопсионного материала, взятого из самого очага, а также из слизистой оболочки желудка в непосредственной близости от очага и вдали от него. Сопоставив полученные данные с результатами исследования у больных ЭГГ, можно добиться выявления ПРЗ желудка и прогнозирования их возникновения и малигнизации. Все это будет способствовать применению патогенетически обоснованной лечебной тактики при ПРЗ желудка.

Список использованных литературных источников

1. Афанасьев Г. А., Орлик ГА, - Вопросы мед. химии, 2014 №1, с.137-139
2. Барбара Л., Биаско Г., Балди О. и др. - В кн.: «Желудочно-кишечные гормоны и патология пищеварительной системы». М.2017. 94-100
3. Бассалык Л.С., Кованова Л.А. В кн.: «Актуальные вопросы гастро-энтерологии», 2012, вып.2, -16-25
4. Пидевич И.Н. - В кн.: «Фармакология серотонина реактивных структур». М 2016
5. Успенский В.М., Голофеевский В.Ю., Фокин А.А. - Физиологический журнал, 2017, №6, стр. 926-930
6. Andre F. et al. - Gastroenterol. Clin, et Biol, 2006 - Vol.6, N 2. - P.170- 171.
7. Gode F.C.- Histamine and Gastric Secretion : A Later book. 1985-2005 Fed.Proc.2012 N.24 P. 113-117
8. Guldvog L. et al.- Gastroenterology. - 2011.. Vol.16,N 1.- P. 27-31.
9. Kahison G. - Biogenesis and Physiology of Histamine.- London, 2015
10. Parsons M.F.-Adv.Histamine Res. :Proc.Int.Histamine Symp. ,Okeayamd. 26-27 July, 2016 - Oxford eva, 2002 - P. 145 - 150.

Оразбеков Алияр, Баркиев Аскар интерны 7 курса

Научный руководитель: доц. Рысбеков Т.Т.,
Шымкент Областная клиническая больница

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ МИНИЛАПАРОДОСТУПА

Введение: До недавнего времени в среде хирургов бытовало расхожее мнение: «Чем больше ранг хирурга, тем больший операционный разрез.». Однако многолетние наблюдения над больными, перенесшими операции широким доступом, показали, что он имеет существенные недостатки, а именно - сопровождается большим по времени и более тяжелым по течению периодом регенерации операционной раны, возможным нагноением, образованием послеоперационных лигатурных свищей, грыж со снижением и даже потерей трудоспособности и т.п. Поэтому вполне естественным явилось стремление хирургов выполнить абдоминальную операцию из меньшего доступа, без ущерба качества вмешательства, а что касается холецистэктомии-это или лапароскопическая холецистэктомия или холецистэктомия из минилапародоступа. Анализируя материал, посвященный лапароскопической холецистэктомии, ряд авторов [1,2] наблюдали сокращение длительности нетрудоспособности в 2 раза, повышение медицинской реабилитации в 4,5 раза. **Цель:** В клинике при холецистэктомии применяется минилапародоступ. В течение последних 2-х лет оперировано 150 больных с

отсроченным острым холециститом или в плановом порядке при хроническом холецистите. Осложнений после операции не было, послеоперационный период протекал гладко. Средний срок пребывания больных в стационаре - 4 суток.

Материал и методы: В клинике хирургии ЮКМА на базе больницы № 1 с 1997-2018г. холецистэктомия проводится из минилапародоступа, представляющего среднее положение между лапароскопической и ортодоксальной холецистэктомией. Операции выполняются с помощью отечественного набора инструментов «Мини-ассистент», предназначенного для операций на желчном пузыре и желчевыводящих путях.

Результаты: В период 2017-2018 гг. оперировано 150 больных, причем преобладают больные женского пола. Соотношение мужчин к женщинам равнялось 1:10 (14 мужчин; 136 женщин). По возрасту встречается больные от 24 до 77 лет, преобладающее количество было в возрасте 30-70 лет, на протяжении этого интервала больные распределялись примерно равномерно. Что касается течения самих операций, то осложнений во время операций, связанных с техникой вмешательства, не наблюдалось. Переход на открытый расширенный доступ имел место у 10 больных (выраженный спаечный процесс при полностью заполненном конкрементами желчном пузыре, инфильтративный процесс в зоне желчного пузыря и гепатодуоденальной связки). Послеоперационный период, сравнительно с ортодоксальной холецистэктомией, протекал более гладко: уменьшались по интенсивности послеоперационные боли, снижалась необходимость применения наркотических анальгетиков, в первые 2 суток они назначались однократно, а с 3-х суток необходимость их применения отпадала, отпадала необходимость в антибиотикотерапии. На 3-4-е сутки больные могли выписываться из клиники, т.е. средний срок пребывания больных в стационаре сокращался более чем в 2 раза и составлял 4 суток.

Выводы: Проведенное исследование отразило вполне очевидные преимущества минилапародоступа при холецистэктомии с ортодоксальной холецистэктомией, он в определенной степени даже конкурирует с лапароскопической холецистэктомией - по степени простоты методики, относительно недорогой аппаратуры и вполне удовлетворительных результатов. Это диктует более широкое внедрение методики минилапаротомии при холецистэктомии в хирургическую практику.

Литература

1. В.А. Голдин, Пучков К.В., Карпов В.В., Мартынов М.М., Филимонов В.Б. Сравнительная оценка результатов лечения больных желчекаменной болезнью, оперированных открытым и лапароскопическим способами в отдаленном послеоперационном периоде. // *Анналы хирургической гепатологии*. Томск, 1997, с.223. Статья изменена и дополнена

Н. Амандыкова, Әбдікұл Б., ЖМҚА-02-16 топ, 3 курс, медицина факультеті

Ғылыми жетекшісі: Қауызбай Ж. Ә., м. ғ. к., қауым. профессор,

"Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы" АҚ, Ішкі аурулар пропедевтикасы кафедрасының меңгерушісі,
Шымкент қ., Қазақстан

ТЫНЫС АЛУ ЖҮЙЕСІ АУРУЛАРЫ БАР НАУҚАСТАРДА ФИЗИКАЛДІ ТЕКСЕРУ ӘДІСТЕРІНІҢ ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ҚҰНДЫЛЫҒЫ

Өзектілігі. Жоғары технологиялық зертханалық-аспаптық әдістерді енгізу физиологиялық тексерулердің нақты клиникалық тәжірибедегі рөлі төмендеу үрдісі бар. Сонымен қатар, диагнозды ерте мерзімде верификациялауға мүмкіндік беретін бірқатар тәсілдер әлі де өте маңызды [1,2].

Мақсаты. Тыныс алу жүйесі аурулары бар науқастарда физиологиялық тексеру әдістерінің диагностикалық маңыздылығын бағалау (пальпация, перкуссия, аускультация).

Материалдар мен әдістер. 2017 жылдан бастап 2018 жылға дейін №1 қалалық клиникалық аурухананың терапевтік бөлімінде стационарлық емделуден өткен 20-дан 76 жасқа дейінгі 50 науқас зерттелді. Тексерілгендер арасында: бөліктік пневмониямен-35, полисегментарлы пневмониямен-9, жайылмалы плевритпен-6. Барлығы физиологиялық әдістермен тексерілді: қарау (статикалық, динамикалық), пальпация (кеуде қуысының аурусының менсерпімділігін, дауыс дірілін анықтау), перкуссия (салыстырмалы және топографиялық), кеуде қуысының аускультациясы (негізгі және қосымша шулар, бронхофония). ҚР ДСӘДМ клиникалық хаттамаларына сәйкес зерттеудің қосымша әдістерінің барлық кешені жүргізілді. Бақылау тобын 20 сау адам құрады.

Нәтижелері және талдауы. Пациенттерді тексеру нәтижесі бойынша бөліктік пневмония диагностикасында ең жоғары ақпаратты әдістері болғандары: бронхофония (73%), аускультация (71%), салыстырмалы перкуссия (65%); полисегментті пневмонияны диагностикалауда: бронхофония (68%), аускультация (крепитация және сырылдар) (67%), салыстырмалы перкуссия (61%); плевриттің диагностикасында: салыстырмалы перкуссия (61%); плевриттің диагностикасында: перкуссия (100%), аускультация (100%), бронхофония (91%). Қалған әдістердің құндылығы мен ақпараттылығы онша болмады.

Тексеру нәтижелерін талдаған кезде, пневмониясы бар науқастарда дауыс дірілінің әлсіреуі, перкуторлық дыбыстың қатаюы, крепитация және бронхофония құбылыстары (44-тен 9-ы) 20,5%; перкуторлық дыбыстың қатаюы, бронхофония (44-тен 5-і) 11,4%; дауыс дірілінің әлсіреуі, перкуторлық дыбыстың қатаюы, бронхофония (44-тен 4-і) 9,1%; дауыс дірілі, перкуторлы қатаю, крепитация, сырылдар мен бронхофония (44-тен 3-і) 6,8%; перкуторлы қатаю, сырылдар, крепитация, бронхофония (3 44-тен) 6,8%. Қалған комбинациялар бір

реттен артық кездеспеді. Сонымен қатар, бронхофония әдісімен патологиялық дыбыс 44 пациенттің 33-де естілді. Зақымдалған жағында дыбыстың күшеюі 20 жағдайда (45%), ал әлсіреуі 11-де (25%) байқалды.

Қорытынды:

1. Диагностикада ең ақпараттандырылған бронхофония, салыстырмалы перкуссия және аускультация әдістері болып табылды. Олардың сезімталдығы 50% жоғары, осы әдістердің көмегімен диагнозды верификациялауға болады.

2. Бөліктік пневмонияның диагностикасында аускультация тәсілімен крепитация құбылысы 71% жағдайда пневмония бар екенін көрсетеді. Полисегментті пневмонияны диагностикалау кезінде крепитация және сырылдар сияқты құбылыстар 67% жағдайда анықталды.

3. Плевриттің диагностикасында салыстырмалы перкуссия, аускультация, бронхофония және дауыс дірілін анықтау әдістері едәуірқұнды болды.

4. Бронхофонияда патологиялық процесті патологиялық дыбыстың пайда болуы ғана емес, сондай-ақ екі өкпеде дыбыс қатаюу айырмашылығы да көрсетеді

Әдебиеттер

1. Манджони С. Секреты клинической диагностики. Пер. с англ. М.: «Издательство БИНОМ», 2017.-864 с., ил.
2. Мухин Н. А. Ішкі аурулар пропедевтикасы: оқулық. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 672 бет

Ametova D.M., I course of Medical faculty, e-mail: ametova.diloram@mail.ru

Sarzhanova D.Zh., e-mail: 83dinaras@mail.ru

Master of humanitarian sciences, a senior teacher of the Foreign Languages department of SKMA
SKMA, Shymkent, Kazakhstan

INNOVATION IN MEDICINE

Аннотация

Мақалада қазір заманғы медицина саласындағы инновация жайында айтылған. Денсаулық сақтау саласындағы инновацияның дамуы – ол халықтың денсаулығы мен өмір сүру сапасының жақсаруы, еліміздегі өлім мен демографиялық мәселелердің шешілуі.

Резюме

Данная статья рассматривает инновации в медицине, которые испльзуются на сегодняшний день. Инновационное развитие здравоохранения – это наиболее оптимальный путь кардинального улучшения здоровья и качества жизни населения, борьбы с преждевременной смертностью и решения демографических проблем страны.

Innovation is an implemented innovation that provides a qualitative increase in the efficiency of processes or products demanded by the market. The innovative development of health care is the most optimal way to radically improve the health and quality of life of the population, combat premature mortality and solve the country's demographic problems. Innovation in healthcare is the result of realized of medical services.

It should be noted that modern medicine over the past few decades has made a huge step forward. Without the countless achievements of scientists, it would be simply impossible. The role of science in medicine is currently difficult to overestimate. Thanks to modern technological advances that such diagnostic methods as endoscopy, ultrasound, computed and magnetic resonance now exist.

The address of the Head of State to the people of Kazakhstan “Let's build the future together!” is perceived by the medical community of the country as a guarantee of social modernization, aimed to solving problems of millions [1].

During the period of implementation of the State program for the reform and development of health care in Kazakhstan for 2005-2010, certain results were achieved. For example: Within the framework of the project “Development of telemedicine and mobile medicine in public health care in villages”, since 2009, 13 sets of telemedicine equipment have been operating in the regional hospital and areas of the region, which allows for more than 500 teleconsultations of patients annually. This is just one example, and there are so many of them!

Full diagnosis in a few minutes. Scientists have idea to create a device that will quickly determine the presence and nature of microorganisms that have infected the human body. Currently, such a study often takes not even days, but weeks. Recent innovations in medicine offer the hope that this state of affairs will not last long. The fact is that Swiss scientists have already been able to invent and create a prototype of a device capable of detecting a microorganism in a given environment in a few minutes and determining its belonging to a particular species [2]. In the future, this will make it possible to almost correctly assign rational treatment of any infectious diseases. This will not only reduce the duration and severity of many serious ailments, but also allow you to avoid numerous complications. Over time, the number of serious achievements in this area is growing inexorably. Currently, scientists are already beginning to be selected to address the issue of donor organs. It has long been announced that this problem will be resolved on its own after the apparatus is created for growing organs in the laboratory. And now it already exists. Moreover, currently there are

already the first data on the practical use of such equipment. Not so long ago, relevant studies were already conducted in China. Their result was the creation of a mouse germ. In the future, an operation was carried out to implant his animal. After a few days, all the vessels grew together properly, and the liver itself began to function adequately. Prospects New in medicine appears almost every week. Now serious ailments, but also to avoid numerous complications, scientists have come close to serious discoveries that will allow people with disabilities to regain a sufficient level of social activity. And we are not talking about any technical means. Today there are already techniques capable of restoring the integrity of a previously destroyed nerve. This will help patients with paralysis and paresis to restore their motor abilities.

Medicine Innovations: 9 startups that will treat the world. Health and help to relatives is now more profitable than gadgets and consumer services. In 2013, there was a real boom of medical startups. Young inventors and entrepreneurs no longer seek to simply earn money by selling a more comfortable life: they want to save people, put paralyzed patients on their feet and give hope to childless families.

The exoskeleton Bionics or bionic costume Ekso is a robot that a person can put on. It is designed specifically for paralyzed from the waist down of people and is equipped with engines located in the hips and knees.

The application for determining the characteristics of the individual - Service TidePool will allow users in a game form to determine their personality type. In order to do this, you only need to consistently choose between different photos and characteristics of photos.

Heart Monitor for Smartphones- The AliveCor Heart Monitor allows you to make an ECG using your iPhone: anywhere and anytime.

Electronic posture control belt- The LumoBack Wireless Sensor Belt is designed for people who suffer from back pain and are constantly forced to monitor their posture. When a person begins to slouch, he feels a soft vibration: this way the sensor reminds you that you need to straighten your back.

"Smart" vial for drugs- the Adheretech pill bottle helps to control drug intake.

Online consultations with doctors The HealthTap mobile application allows anyone anywhere in the world (of course, if the Internet is there) to ask health and medicine questions to doctors.

Tricoder- This electronic box is capable of measuring temperature, pressure, respiration rate and heart rate, oxygen level in the blood and stress level. To do this, the device only needs to attach to the forehead for 10 seconds.

"Cloud" DNA sequencing - The DNAnexus platform is designed specifically for geneticists. There are tools for analyzing data from specialized studies, including DNA sequencing (sequencing in a chain) and chromatin immunoprecipitation (to assess the regulation of gene transcription).

Medicine is that sphere where scientists have achieved particular progress. The fact that I prepared a report on the topic: «Innovation in medicine» is only part of the latest, most important history in medicine. After reading the news in medicine, people do not stop to invent, they are trying to do everything possible for the best development. Hippocrates left such a record as: «Your health is the most valuable thing that you have. All our life we are given only one organism. If you think that you are healthy now, you will always be healthy, you are mistaken». Medicine has no limitation. I think that so much invention comes into the world for a reason, everything is for restoration, improvement, and preservation of your health.

Bibliography

1. «Послание Президента РК Н.Назарбаева народу Казахстана», October 5, 2018 г. «Акорда» residence, Astana
2. «30 величайших открытий в истории медицины, которые навсегда изменили нашу жизнь. Жизни ради жизни» Игорь Кветной 2011
3. «Медицина в искусстве» Джули Андерсон, Эмм Барнс, Эмма Шеклтон 2014
4. «Великие открытия в медицине» Уильям Байнум, Хелен Байнум, 2009
5. <http://fb.ru/article/181262/innovatsii-v-meditsine-innovatsionnyie-tehnologii-v-meditsine>
6. <http://fb.ru/article/181262/innovatsii-v-meditsine-innovatsionnyie-tehnologii-v-meditsine>

Assan A.A.

senior lecturer of department of pharmacology, pharmacotherapy and clinical pharmacology SKMA

PREDICTORS OF THE RISK OF INTRATUBAL FORMATION FETAL HYPOXIA AS A MAIN REASON FOR CEREBRAL CHILDREN IN FIRST MONTHS OF LIFE

Cerebral ischemia occupies one of the most important places in terms of frequency and significance in the structure of morbidity, making up 60–80% of all diseases of early childhood, leading to childhood disability.

She is assigned the main role in the formation of the breakdown of the adaptive capacity of the newborn [1, 3, 7].

Most researchers are of the opinion that the main cause of cerebral ischemia is intrauterine hypoxia, developing in 80–87% of cases against the background of chronic placental insufficiency [5, 6, 10, 13]. However, it should be emphasized that clear data on the main etiological factors in the development of fetal hypoxia are very contradictory.

Many problems of childhood are rooted in the prenatal period, so we believe that a pregnant woman should be watched in parallel and constantly by two specialists: the woman herself is obstetrician-gynecologists, and the unborn child is a pediatrician.

The aim of our study was to trace the prognostic significance of predictors of fetal hypoxia risk in the occurrence of cerebral ischemia in children of the first year of life.

Materials and methods: 306 pregnant women were registered and were registered from 2010 to 2013.

The results of the study:

As shown by data from surveys of obstetric-gynecological risk predictors, the majority of our patients had an aggravated gynecological history. Medical abortions and spontaneous abortions were observed in 165 (54.7%) pregnant women. Thus, 67 (21.9%) women had 1 abortion in the past, 21 (6.9%) - 2 abortions, 7 (2.3%) - 3 abortions, 2 (0.7%) - 4 abortions. Artificially terminated the pregnancy more than 4 times 3 (1%) patients. Prognostically unfavorable for the course of subsequent pregnancy is considered spontaneous miscarriage. Among our patients in 54 (17.6%) women, one previous pregnancy had such an outcome. 7 (2.3%) had a history of 2 miscarriages, 3 (1%) had 3 miscarriages. One pregnant obstetric history was aggravated by 4 miscarriages. Due to cesarean section, a scar on the uterus was seen in 20 (6.5%) patients. Associated gynecological diseases were also characterized by a rather high frequency. Uterine myoma was found in 8 (2.6%) women, endometriosis - in 3 (1%), chronic adnexitis - in 34 (11.4%), cervical erosion - in 15 (4.9%) patients. 9 (2.9%) women underwent surgery to remove ovarian cysts. Infertility history occurred in 3 (1%) pregnant women.

We attached particular importance to the study of the course and the presence of complications of this pregnancy. Primigravids accounted for almost half of the total number of women - 123 (40.2%). The newly pregnant women were 94 (30.7%), the third pregnancy was noted in 48 (15.7%), the fourth - in 19 (6.2%), the fifth - in 9 (2.9%). Primiparous were 206 (67.3%) women, repeated - 88 (28.7%). 10 (3.3%) women had a history of two, and 1 (0.3%) had three genera. Most of the women under our supervision were in the second trimester of pregnancy - 212 (69.3%). About a third of patients in the third trimester of pregnancy - 68 (22.2%). In connection with the late delivery to the dispensary registration of women in the first trimester there were a few - 26 (8.5%).

The majority of patients were diagnosed with threatened abortion. It amounted to 76.8% (235). When analyzing the case histories, the etiology of this condition is not always revealed, which significantly complicates the appointment of an optimal medical complex at any stages of treatment pregnant woman.

In 123 (40.2%) patients, out of the number of women who received treatment for this diagnosis, symptoms of chronic placental insufficiency, which is one of the main causes of fetal oxygen starvation, were found. Some patients also had a number of aggravating factors. In 5 (1.8%) women, pregnancy occurred by IVF, in 5 (1.8%) patients had cervical insufficiency and stitches were imposed on the cervix. In 21 (6.9%), low placentation was observed, in 3 (1%) - there were twins.

In addition to anamnestic data, in our opinion, ultrasound indicators of uteroplacental blood flow, as well as compensatory reactions in the placenta, according to histological data, have a high diagnostic value for predicting cerebral ischemia in children of the first year of life. In 98 women (31.8%) there was a significant increase (compared to the norm for the whole population) of the LMS index in the umbilical artery - 3.03 ± 0.11 ($p < 0.05$). In 46 (15.1%), this indicator was even higher - 3.24 ± 0.18 .

Applying the rating scale to the statistics we obtained, we estimated the risk of cerebral ischemia in newborns from the pregnant women we observed.

In 154 (50.1%) patients, the risk of this pathology in the child was low. He averaged 2.65 ± 0.24 points. One third of the women we observed - 103 (33.2%) had a moderate (or moderate) degree of risk of cerebral ischemia in children. On a scale of calculation, this indicator averaged 6.34 ± 0.19 points. A number of pregnant women - 49 (16.0%) had a high risk of CNS damage in children. The risk index was 9.2 ± 0.2 points.

We traced the history of children after birth. Half of the observed children - 157 (50.9%) were discharged for 4-5 days in a satisfactory condition under the supervision of a district pediatrician. In a third of patients - 100 (32.4%) noted a prolongation of the adaptation period with small vegeto-visceral and neurological disorders. In this regard, the children demanded more careful observation by neonatologists and were discharged home for 6-9 days. A number of children demanded continuous monitoring in a stationary neonatology service. 49 (16.0%) children were transferred to the department of pathology of newborns with cerebral ischemia for further treatment. The degree of CNS damage in children transferred to the hospital was different. In newborns, moderate and severe forms of cerebral ischemia were observed. Thus, out of 49 (16.0%) children transferred to the CSTO, 9 (2.9%) patients were hospitalized in the intensive care unit and intensive care.

Thus, the identification of predictors of the risk of fetal hypoxia at the stage of pregnancy allows us to predict the development of cerebral ischemia in a newborn baby and start treatment promptly.

Literature

1. The structure of the incidence of children with a history of various types of PP CNS / Z.F. Akinina, A.I. Piyanzin, A.I. Shcherbakov, A.V. Fedorov, A.S. Shatokhin // Questions of modern pediatrics: materials of the IX Congress of Pediatricians

Russia. - M., 2004. - Volume 3. - P. 12.

2. Artyuh Yu.A. Optimization of treatment of chronic placental insufficiency using hyperbaric oxygenation: author. dis. ... Cand. honey. sciences. - Samara, 2009. - 22 p.

3. Vdovenko S.A., Katkova L.I. New medical technologies in the service of children's health in the Samara region // Modern technologies in pediatric practice: Sat. mes. scientific and practical conf., dedicated to the 40th anniversary of the MIU DGKB number 1 of GD Samara them. N.N. Ivanova. - Samara, 2010. pp. 24–26.
4. Garmasheva N.L., Konstantinova N.N. Pathophysiological basis for the protection of prenatal human development. - L.: Medicine, 1985. - 160 p.
 5. Davydkin N.F., Lineva OI, Artyukh Yu.A. Methods and effectiveness of HBO in the treatment of pregnant women with chronic placental insufficiency // Regenerative medicine and rehabilitation: materials of the V International Congress. - M., 2008. - P. 63–64.
 6. Perinatal pathology of the central nervous system: the clinic and the consequences / N.M. Zakharova, Z.P. Androsova, G.I. Sofronova, R.S. Popovich // Questions of modern pediatrics. - 2006. - Vol. 5, No. 1. - P. 719–720.
 7. Koptseva A.V., Ivanova O.V., Vinogradov A.F. Features of the adaptation period and improvement of the rehabilitation of premature babies with intrauterine growth retardation // Russian Journal of Perinatology and Pediatrics. - 2008. - № 3. - P. 1–10.

Ikhtiyarova G.A., Khafizova D.B, Ikhtiyarova D.F.
Republic of Uzbekistan, Bukhara State Medical Institute

CRITERIA FOR PREDICTION OF COMPLICATIONS IN PREGNANT WOMEN WITH ANTENATAL FETAL DEATH

The study of the etiology of antenatal fetal death, despite the large number of studies, remains relevant. This is due, firstly, to the increase in the share of antenatal fetal death in the structure of miscarriage (from 45 to 86.6%), and secondly, in 20-40% of cases, the cause of antenatal fetal death remains unknown.(1,3,5)

According to the literature, about 7% of the causes of antenatal fetal death (AFD) are chromosomal abnormalities. Endocrine disorders are from 8 to 20 %, 12-15 % have anatomical features and functional disorders of the uterus.(2,4.)

Objective: to develop a differentiated approach to the management of pregnancy in women with antenatal fetal death on the basis of the study of the immune and hormonal systems to reduce perinatal morbidity and mortality.

Materials and methods research: We studied indicators of gemostosiograms, hormone status, saliva and blood, the excretion of blood cytokines and growth factors in patients with AFD, the complement system and NST test in pregnant healthy and AFD. Group I control - 20 pregnant healthy women, group II-40 women with AFD.

Results of research: It is known that increased IMB (>30kg/m) is associated with an increase in the risk of thromboembolic conditions (Rocky M. G., 2007; Mochalov, A. A. 2011; Rudakova E. B. 2015). In this context, there were analyzed the indices of coagulation in the groups studied. There was a connection of BMI increase and positive markers of thrombus formation in 100% of cases. Among patients with signs of activation of intravascular coagulation (AOIC) 11 people (55%) had excess body weight and 9 people (45%) - obesity of various degrees. Of the patients with high rates of D-dimer 19 people (54.3%) had excess body weight.

Evaluation of the results of coagulation in the subgroups showed that in the group with AFD increase in AOIC was observed in 19 people (47.5%), which is significantly higher. The growth of D-dimer was observed in 21 people (52.5%), which is statistically significant. Hormonal interactions play a significant role in the development of spontaneous premature labor. It is known that progesterone is necessary to maintain the uterus in normal tone by suppressing the formation of slit contacts, the synthesis of prostaglandins and oxytocin receptors. The concentration of estradiol in the maternal bloodstream is a direct marker of the activity of the fetal hypothalamic-pituitary-adrenal axis, which, presumably, is activated before the development of labor.

Thus, as a result of the study we have proved the multidirectional character of cytokine excretion and growth factors in pregnant women with AFD. In General, on the basis of the above, it should be noted that the prognostic significance is to determine the level of IL-8 cytokine in the blood sample, which is the most objective indicator of the degree of activity of exacerbation of chronic obstructive pyelonephritis.

list of used literature

1. Korkhov W, Mengal EV, Lesik EA, Petrosian MA. Effect of instenon on the uterine contractile activity *EkspKlinFarmakol* 2000; 63(4): 32-34.
2. Mandruzzato G, Meir YJ, Natale R, Maso G. Antepartal assessment of IUGR fetuses. *Perinat Med* 2001;29(3):222-9
3. Waugh J, Kilby M. Intrauterine growth restriction: diagnosis and management. *HospMed* 2001 Apr;62(4):214-21
4. Баринаева И.В. Патогенез и танатогенез плодовых потерь при антенатальной гипоксии: автореф. дис. ...докт. мед. наук. Москва, 2015; 48 с.
5. Кузьмин В.Н. Фетоплацентарная недостаточность: проблема современного акушерства. *Лечащий врач*, 2011; (3): 50-54.

Атакулов Р.А. – 5 курс, e-mail: Atakulov.ruslan@yandex.ru, Баранов А.А.– 5 курс
Научный руководитель: д.м.н., профессор Н.А.Терехина
Лечебный факультет, кафедра биохимии, ГБОУ ВПО ПГМУ им.ак. Е.А. Вагнера, Минздрава России, г.Пермь,
Российская Федерация

АКТИВНОСТЬ АМИЛАЗЫ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Число больных острым панкреатитом неуклонно растет. У 20-25% больных развитие острого панкреатита носит деструктивный характер. Возможно исследование слезной жидкости для неинвазивной диагностики острого панкреатита.

Цель. Изучить активность амилазы ротовой жидкости больных с острым панкреатитом и оценить возможность использования данного показателя для диагностики.

Материалы и методы. Объектом исследования являлась ротовая жидкость больных острым панкреатитом. Больные поступили на лечение в ГКБ №4 и МСЧ №1 города Перми. В качестве контроля была использована ротовая жидкость 13 здоровых людей. Среди них 8 женщин и 5 мужчин. Ротовую жидкость собирали после предварительного полоскания полости рта дистиллированной водой по методу Ю.А. Петровича (1976). Затем сецентрифугировали для удаления твердого остатка при 3000 об/мин в течение 10 минут. Активность амилазы определяли в надосадочной жидкости по методу Каравая (1959).

Результаты. В ротовой жидкости активность амилазы на порядок выше ($43,3 \pm 7,82$ мг/(сек*л)), чем в сыворотке крови ($3-8,9$ мг/(сек*л)). Значимых отличий активности фермента в ротовой жидкости и моче выявлено не было. Активность амилазы ротовой жидкости у здоровых мужчин составила $42,4 \pm 16,34$ мг/(сек*л), женщин – $43,9 \pm 11,38$ мг/(сек*л). При остром панкреатите активность фермента в ротовой жидкости $50,34 \pm 9,58$ мг/(сек*л). Таким образом, достоверных изменений активности амилазы ротовой жидкости при остром панкреатите получено не было.

Вывод. Определение активности амилазы ротовой жидкости не может быть использовано для диагностики острого панкреатита.

Баймаганбетова А.С., магистр 1 года обучения факультета послевузовского образования по специальности 6М110100 «Медицина»

Научный руководитель: д.м.н., и.о. профессора Абдурахманов Б.А.
Южно-Казахстанская медицинская академия г. Шымкент, Республика Казахстан

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ МИОМ МАТКИ

Введение. В последние годы отмечена тенденция к увеличению заболеваемости миомой матки и «омоложению» заболевания, что может быть обусловлено, с одной стороны, совершенствованием диагностики, с другой стороны, широким распространением инвазивных акушерских и гинекологических вмешательств (операций кесарева сечения, аборт, гистероскопий, лапароскопии, гистеросальпингографий, биопсий и коагуляций эктопий шейки матки, диагностических выскабливаний, введений и удалений ВМС и др.) и эпидемией воспалительных заболеваний гениталий, передаваемых половым путем.

В настоящее время каждая 4-5 женщина в мире больна миомой матки. Существовало мнение, что миома матки – болезнь женщин пременопаузального возраста. В действительности 80% женщин в возрасте 30-40 лет имеют высокий риск этого заболевания; обнаруживают и 20-летних больных миомой матки [1-4]. В последнее десятилетие с внедрением в практику высокотехнологичных методов лечения все больше и больше возрастает потребность женщин, страдающих различными видами гинекологической патологии, в решении репродуктивных проблем. Сохранение репродуктивной функции у женщин, страдающих миомой матки, с использованием органосохраняющих, малоинвазивных методов лечения становится одним из приоритетных направлений. [5,6].

Значительная распространенность заболевания с неудовлетворяющими клиницистов результатами лечения определяют поиск эффективных и безопасных методов лечения миомы матки. В связи с чем, разработка наиболее оптимальных методов и оценка результатов комплексного лечения миомы матки у женщин репродуктивного возраста применением органосохраняющего метода лечения – эмболизацией маточных артерий (ЭМА) является весьма актуальной.

Цель работы. Оценить результаты лечения миом матки применением методов интервенционной радиологии.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 28 больных фибромиомами матки (ФМ) в возрасте от 38 до 55 лет с применением эмболизации маточных артерий (ЭМА). Показаниями к оперативному лечению явились: субмукозные интрамурально-субсерозные ФМ с диаметром узла до 5-8 см, женщины с симптомными ФМ, отказывающиеся от операции, а также симптомные ФМ в сочетании с тяжелой сопутствующей патологией. Абсолютными противопоказаниями к вмешательству явились: острая инфекция, злокачественные опухоли матки. Непереносимость контрастных препаратов, тяжелые коагулопатии и хронические воспалительные заболевания придатков матки мы считаем относительными противопоказаниями. В качестве эмболизирующего материала применяли гемостатическую губку и спирали по типу Гиантурко. Методика заключалась в следующем:

пунктировали бедренную артерию по Сельдингеру, чаще правой, с последующей селективной последовательной катетеризацией маточных артерий сначала левой, затем правой, с помощью катетера 4-5 F(Cordis).

Результаты. Во всех наблюдениях удалось успешно произвести ЭМА. При динамическом осмотре оперированных больных в срок от 3 мес. до 36 мес. с проведением эхографического контроля во всех наблюдениях отмечена полная резорбция миоматозных узлов. В 1 наблюдении отмечено наступление аменореи в связи с эмболизацией яичниковых артерий. В послеоперационном периоде отмечено возникновение постэмболизационного синдрома: боли (n=12), тошнота и рвота в первые сутки(n=12), лихорадка менее 38 С⁰ до 1 недели(n=3), умеренный лейкоцитоз на 3-4 сутки (n=5). Все эти осложнения купированы консервативными мероприятиями.

Выводы. Таким образом, эмболизация маточных артерий является не только эффективным, органосохраняющим и мининвазивным методом лечения миом матки, но и альтернативой существующим традиционным хирургическим вмешательствам.

Список литературы

1. Ариничева А.В. Влияние эмболизации маточных артерий на функциональное состояние яичников и эндометрия у женщин репродуктивного возраста с миомой матки: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.В. Ариничева. – Москва, 2006. – 24 с.: ил.
2. Борисова О.Г. Эмболизация маточных артерий как метод в алгоритме терапии миомы матки: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.Г. Борисова. – Барнаул, 2004. – 24 с.: ил.
3. Гришин, И.И. Эмболизация маточных артерий (ЭМА) – постэмболизационный синдром. Тактика ведения / И.И. Гришин, Ю.Э. Доброхотова, С.А. Капранов и др. // Матер. IX Всероссийского Научного форума «Мать и дитя», - М., 2007, - С.175.
4. Tropeano G. Uterine artery embolization for fibroids does not have adverse effects on ovarian reserve in regularly cycling women younger than 40 years / G. Tropeano, C. DiStasi, K. Litwicka, et al // Fertil. Steril. 2014. – Vol. 81, №4. – P. 1055-1061.
5. Walker W.J. Uterine artery embolization for symptomatic fibroids: clinical results in 400 women with imaging followup / W.J. Walker, J.P. Pelage // BJOG 2002. – № 109. – P. 1262-1272.
6. Payne J.F. Embolic microspheres within ovarian arterial vasculature after uterine artery embolization / J.F. Payne, S.J. Robboy, A.F. Haney // Obstet. Gynecol. – 2002. – Vol. 100, № 5. – P. 883-886.

ОӘК: 616.831-005.1

Батырбаева Ж.М. Абасова Г.Б. Утепов Д.П. Осипов Е.Қ.
Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті
Шымкент қ. Қазақстан Республикасы, ШҚҚА №1 Шымкент қ.

ШЫМКЕНТ ҚАЛАСЫНДАҒЫ ЖАСТАРДЫҢ БАС МИ ИНСУЛЬТ ҚАУІП ФАКТОРЫ МЕН НЕГІЗГІ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ АНАЛИЗІ.

Қазақстан Республикасында (ҚР) бас ми инсульті кездесу жиілігі бойынша миокард инфарктісі және қатерлі ісіктен кейін үшінші орын алады. Официальді статистикалық мәлімет бойынша 2016 жылы 40 мыңнан астам қазақстандықтар бас ми инсультін басынан өткізген, олардың 24% өліммен аяқталған.[1,2] Бас ми инсультімен аурушандық көрсеткіші еліміздің әр аймағында әр түрлі: жылына 1000 адамға шаққанда 2,5-тен 3,7-ге дейін құрайды, ал өлім көрсеткіші 100 мың адамға шаққанда 100-ден 180-ге дейін жетеді. Қазақстан Республикасында бас ми инсульті мүгедектікке алып келетін басты себептің бірі және ол 100 мың тұрғынға шаққанда 104,6 құрайды Жасөспірімдер арасында инсульт жиілігі инсульт барлық жағдайлардың 3-тен 13% -на дейін әртүрлі популяцияларда өзгереді.[3,4,5]

Негізгі сөздер: жастардағы бас ми инсульті, қауіп факторы, мүгедектік, NIHSS шкаласы.

Зерттеудің өзектілігі: Бүгінгі таңда инсульт дүниежүзі халқының денсаулығы мен өміріне қауіп төндіріп тұрған эпидемия болып табылады. Инсульт мәселесі Қазақстанда да өзекті мәселелердің қатарында. Отандық ғалымдардың мәлімдеуі бойынша статистиканың ресми мәліметтері инсульттің эпидемиологиясы жайлы толық және шынайы ақпаратты бере алмайды, себебі «Инсульттің регистрі» мемлекетіміздің кейбір қалаларында ғана жүргізілді. [6,7] Жыл сайын Қазақстан Республикасында 49 мыңнан астам инсульттің диагностикасы жүргізілуде, оның 70% -ы мүгедектер болып қалады. Қазақстандағы өлімнің екінші себебі - инсульт, жыл сайын 15 500 адам қайтыс болады. Соңғы жылдары жастарда инсульттің жас кезеңінде өсу үрдісі байқалады. ДДҰ жіктелуі бойынша 15 жастан 45 жасқа дейінгі адамдарда инсульт ауруы жиілеуде. (Lozano R. 2010).[8,9]

Қырық бес немесе одан да жоғары жастағы адамдарда ишемиялық инсульттің дамуы гипертония, атеросклероз және жүрек ырғағының бұзылуы әкеледі. Жасөспірімде инсульт себептері егде жастағы адамдардан айтарлықтай ерекшеленеді, жастарда ми ісіктері, ми абцесі, бас миының ауыр жарақаты, мигрен, нейроинфекция. Бұл мәселе медициналық-әлеуметтік емес, сонымен қатар экономикалық жағынан да маңызды. Бұл жас еңбекке жарамды адамдардың мүгедектігіне әкеледі. [10,11,12]

Шымкент қаласындағы инсульт орталығында жастарда бас ми инсультінің негізгі клиникалық эпидемиологиялық көрсеткіштерімен қауіп факторларын зерттеу. Жасөспірімдер мен инсульт құрылымын

анықтау.СВД-дегі ерте жастағы ерлер мен әйелдердің инсультына себептері мен қауіп факторларын зерттеу.Ишемиялық және геморрагиялық инсульттің патогенетикалық типтерінің болуын пациенттердің жынысы мен жасына байланысты анықтау.Жасөспірім ерлер мен әйелдердің клиникалық курсының ерекшеліктерін және инсульттің әртүрлі түрлерінің нәтижелерін талдау.КБК жастарында инсультты емдеу және алдын алу бойынша негізгі ережелерді негіздеу.[13,14]

Шымкент қаласындағы инсульт орталығында жастарда инсульттің негізгі клиникалық эпидемиологиялық көрсеткіштерін зерттеу, әр түрлі жас пен жыныс топтары құрылымын анықтау, талдама жасау. Шымкент қаласындағы инсульт орталығында жастарда инсультке әкелетін негізгі қауіп факторларды зерттеу. Шымкент қаласындағы инсульт орталығында зерттеу нәтижелері бойынша жас инсульттің алдын алу үшін нақты ақпараттарға сүйеніп, тәжірибиені дамыту. [15,16]

Зерттеу жұмысы№1 Шымкент қалалық клиникалық аруханасының қабылдау бөлімі,жүйке қан-тамыр бөлімшесі, мұрағат бөлімдерінде жүргізілді. Зерттеу жұмысына 2016-2018жж аралығынада 110 науқас тіркелінді. Оның ішінде 58-і ерлер, 52-і әйелдер. Зерттеуге алынған науқастың ауру тарихы және ауруханадан шығу туралы анықтамсы зерттелінді. Зерттеуге алынған зерттелушілердің таңдалынып алынуына басты критерий ретінде №1 Шымкент қалалық клиникалық аруханасында инсульт бойынша ем алған науқастар болып саналады.**Іріктеу түрі** –15-45 жас аралығындағы науқастар.

Зерттеу жұмысына қалесі негізгі критерийлерді қамтитын арнайы науқасты зерттеу картасы қолданылды: Паспорттық бөлім. Қауіп факторлар: темекі тарту, алкголь қолдану, семіздік, қант диабеті т.б Жеке анамнез (жүрек-қан тамыры аурулары, өкпе-бронх аурулары, эндокринді аурулар, ас қорыту жолдарының аурулары, бүйрек аурулары, қимыл-тірек аппаратының аурулары, жүйке аурулары). Жанұялық анамнез.Соңғы екі аптада қабылдаған дәрілер және объективті мәліметтер.Антропометрлік тексеріс.[17,18,19]Клинико-неврологиялық тексеру: бас ми инсультінің ауырлық дәрежесін көрсететін NIHSS шкаласы, өзін-өзі күтуді көрсететін Бартель шкаласы, мүгедектік деңгейін көрсететін Рэнкин шкаласы. Когнитивтік қызметті тексеру: MMSE шкаласы мен сағатты сызу тесті.Мүгедектік.[20,21,22]

Әдебиеттер

1. Актуальные вопросы неврологии : междисциплинарные взаимоотношения: материалы конф. / под ред. В. А. Гройсмана ; СамГМУ, Департамент здравоохранения мэрии г.о. Тольятти, МУЗ ГКБ № 1. - Тольятти : Формат, 2007. - 178 с. : ил.
2. Голубев, В. Л. Неврологические синдромы: руководство / В. Л. Голубев, А. М. Вейн. - 2-е изд., доп. и перераб. - Москва :МЕДпресс-информ, 2007. - 736 с. - Библиогр.: с. 711 (20 назв.). - Предм. указ.: с. 712-734. - Прил.: с. 671-704
3. Гусев, Е. И. Неврология и нейрохирургия: учебник. В 2 т. Т. 1. / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 354 с. : ил. - Предм. указ.: с. 602-612. - Прил.: CD.
4. Доронин, Б. М. Управление клиническими процессами в неврологии / Б. М. Доронин, Ю. И. Бородин, В. И. Скворцова ; науч. ред. Т. О. Бажутина ; Федер. агентство по здравоохран. и соцразвитию РФ, Рос.гос. мед. ун-т, Новосиб. гос. мед. ун-т. - Москва : Литтерра, 2007. - 448 с. : ил. - (Б-ка невролога).
5. Епифанов, В. А. Реабилитация в неврологии/ В. А. Епифанов, А. В. Епифанов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 416 с. : ил. - (Б-ка врача-специалиста. Неврология. Реабилитация. Восстановительная медицина). - Библиогр.: с. 398-407. - Предм. указ.: с. 408- 409.
6. Избранные лекции по неврологии [Кн. 2. / под ред. В. Л. Голубева. - Москва :Медпресс-информ, 2012. - 480 с. : ил
7. Котов, С. В. Основы клинической неврологии / С. В. Котов. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2011. - 724 с. : ил. - (Б-ка врача-специалиста. Неврология). - Библиогр: с. 643-648. - Предм. указ.: с. 649-671.
8. Мументаллер, М. Неврология: руководство / М. Мументаллер, Х. Маттле ; под ред. О. С. Левина, пер. с нем. А. В. Кожина. - Москва :МЕДпресс-информ, 2007. - 918 с. : ил. - Библиогр: с. 867-868 (32 назв.). - Алф. указ.: с. 896-917. - Прил.: с. 869-895.
9. Неврология: нац. рук., краткое изд. / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, А. Б. Гехт ; АСМОК. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 688 с. : ил. - Предм. указ.: с. 680-686.
10. Никифоров, А. С. Общая неврология: учеб.пособие / А. С. Никифоров, Е. И. Гусев. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 720 с. : ил. - Предм. указ.: с. 707-718.
11. Никифоров, А. С. Частная неврология: учеб.пособие / А. С. Никифоров, Е. И. Гусев. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 768 с. : ил.
12. Петрухин, А. С. Детская неврология: учебник : в 2 т. Т. 1. / А. С. Петрухин. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 272 с. : ил. - Предм. указ.: с. 263-272.
13. Попп, А. Дж. Руководство по неврологии: пер. с англ. / А. Дж. Попп, Э. М. Дэшайе; под ред. Н. Н. Яхно. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 688 с. : ил. - Библиогр. в конце гл. - Предм. указ.: с. 663-681.
14. Практическая неврология: руководство / под ред. А. С. Кадыкова, Л. С. Манвелова, В. В. Шведкова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 448 с. : ил. - (Б-ка врача-специалиста). - Библиогр. в конце глав. - Предм. указ.: с. 433-446.
15. Сенчукова, Т. Н. Избранные вопросы неврологии: современные методы диагностики и лечения [Текст] / Т. Н. Сенчукова ;рец. К. А. Серафимович. - Москва : ООО РИФ "Стройматериалы", 2012. - 192 с. : ил
16. Скворцов, И. А. Неврология развития: руководство / И. А. Скворцов. - Москва :Литтерра, 2009. - 544 с. : ил. - (Практ. рук. Б-ка невролога). - Библиогр.: с. 525-536 (263 назв.).

17. Справочник врача-невролога/ под ред. А. А. Скоромца. - Москва :МЕДпресс-информ, 2008. - 576 с.
18. Топический диагноз в неврологии по Петеру Дуусу: Анатомия. Физиология. Клиника / под ред. М. Бера, М. Фротшера ; пер. с англ. ; под ред. О. С. Левина. – 3-е изд. – Москва : Практическая медицина, 2015–608 с.:ил.
19. Фармакотерапия в неврологии и психиатрии / под ред. С. Д. Энна, Д. Т. Койла, пер. с англ. ; под ред. О. С. Левина. - Москва : МИА, 2007. - 800 с. : ил. - Библиогр. в конце глав.
20. Цементис, С. А. Дифференциальная диагностика в неврологии и нейрохирургии / С. А. Цементис ; пер. с англ. В. Ю. Халатова ; под ред. Е. И. Гусева. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2007. - 384 с.: ил. - Библиогр. в конце глав. - Предм. указ.: с. 367-378.
21. Шарипова, Э. А. Движение, развитие, здоровье ...: вопросы педиатрии и детской неврологии / Э. А. Шарипова ; М-во образования и науки СО, Департамент образования гор.округа Самара, Самарский муниципальный ун-т Наяновой. - Самара : Офорт, 2007. - 168 с. : ил. - Библиогр.: с. 148-151 (50 назв.). - Прил.: с. 152-165.
22. Бурцев Е.М. Нарушения мозгового кровообращения в молодом возрасте // Клиническая медицина. Оригинальные статьи. 1986.- № 9. -С.30-36.
23. Бурцев Е.М. Особенности реабилитации больных, перенесших мозговую инсульт в молодом возрасте. Проблемы нейрореабилитации: Сб. научных трудов каф.неврологии и нейрохирургии ИГМА.- 1996.- С.27-32.

РЕЗЮМЕ

Батырбаева Ж.М. Абасова Г.Б.

Международный казахско-турецкий университет имени Х.А.Ясави

Основной черепно-мозговой и эпидемиологический анализ риска цереброваскулярного риска головного мозга среди молодежи в Шымкенте.

Шок мозга в Республике Казахстан (РК) занимает третье место после инфаркта миокарда и злокачественных новообразований. Согласно официальной статистике, более 40 тысяч казахстанцев понесли мозговой шок в 2016 году, из которых 24% были смертельными. Одной из основных причин развития мозгового инсульта в Республике Казахстан является 104,6 на 100 000 населения.

Ключевые слова: мозговой шок у молодых людей, фактор риска, инвалидность, Шкала NIHSS.

Summary

Batirbaeva.J.M, Abasova.G.B.

International kazakh-turkish university n.a.KH.A.YASAVI

The main craniocerebral and epidemiological analysis of the risk of brain cerebrovascular risk among young people in Shymkent.

The brain stroke in the Republic of Kazakhstan (RK) takes the third place after myocardial infarction and malignant neoplasms. According to official statistics, over 40 thousand Kazakhstanis suffered a brain stroke in 2016, of which 24% were mortal. One of the main causes of brain stroke in the Republic of Kazakhstan is 104.6 per 100,000 population.

Key words: brain stroke in young people, risk factor, disability, NIHSS scale.

Белинская М.К. — студентка 5-го курса, лечебного факультета, mariabelinskayaa@gmail.com

Научный руководитель: **Морозова О.М.**, врач-гематолог, отделения трансплантации костного мозга ГУ"

Минский НПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии", **Курченкова В.И.**, к.м.н., доцент

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АЛЕМТУЗУМАБА В ИММУНОХИМИОТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА

Введение. Хронический лимфолейкоз — один из наиболее распространенных видов лейкозов в странах Европы и Северной Америки, в которых на его долю приходится около 30% всех лейкозов. Ежегодная заболеваемость ХЛЛ составляет 3–3,5 случая на 100 000 человек, увеличиваясь для лиц старше 65 лет до 20, а старше 70 — до 50 случаев на 100 000 человек. [1]

Внедрение в клиническую практику препаратов моноклональных антител в последнем десятилетии прошлого века стало началом новой эпохи в лечении ХЛЛ, заметно увеличив выживаемость пациентов и в значительной степени изменив подходы к терапии ХЛЛ. Сегодня наиболее широко используемым препаратом моноклональных антител при лечении ХЛЛ является ритуксимаб, используется он главным образом в составе терапии первой линии. Однако, согласно европейским рекомендациям NCCN-2018, алемтузумаб (гуманизированное моноклональное антитело, направленное против мембранного антигена лимфоцитов CD52) может использоваться при ХЛЛ у пациентов из группы высокого риска: пациенты старше 65 лет с сопутствующей патологией, пациенты моложе 65 лет с серьезными сопутствующими заболеваниями, либо пациенты с рефрактерным течением или при возникновении рецидива. [2]

Цель исследования. Оценить эффективность иммунохимиотерапии хронического лимфолейкоза по алемтузумаб-содержащей схеме.

Материалы и методы. В ходе работы были изучены медицинские карты стационарных 25 пациентов с диагнозом «хронический лимфолейкоз» на базе отделений гематологии ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии». Пациенты получали лечение по алемтузумаб-содержащим схемам в период с 2007 по 2012 годы с последующим наблюдением (медиана наблюдения — 64 месяца).

Алемтузумаб получили 25 пациентов, из них лечение по протоколу AFC (алемтузумаб + флударабин + циклофосфамид) проведено 10 пациентам, монотерапию алемтузумабом получили 15 пациентов. Группы сопоставимы по возрасту: медиана в первой группе — 47,2 года, во второй — 44,7 лет; по продолжительности заболевания от момента постановки диагноза до начала терапии: 15,7 мес. в 1-ой группе против 16,7 мес. во 2-ой, но не сопоставимы по полу: в 1-ой группе соотношение мужчины/женщины — 8/2, во 2-ой — 10/5, и по стадиям: 1 группа — стадия В — у 8 пациентов, С — у 2 пациентов, во 2-ой группе соответственно 7 и 8.

Алемтузумаб всем пациентам вводился подкожно, в результате общие нежелательные реакции, такие как озноб, лихорадка и гипотония не наблюдались; отмечались кожные реакции в месте введения препарата (у 90% пациентов), которые купировались противовоспалительными препаратами местного действия.

Ответ на терапию получен у 16 пациентов из 25: у 10 — полный ответ (40%), у 2 из них без признаков МОБ (минимальной остаточной болезни) (8%) и у 6 (24%) частичная ремиссия. У 7 пациентов — стабилизация заболевания (28%). Прогрессия заболевания — у 2 (8%) пациентов.

При использовании схемы терапии AFC признаков длительной нейтропении с инфекционными осложнениями не зафиксировано, при монотерапии алемтузумабом инфекционные осложнения отмечались у 10 пациентов из 15, у 7 из них — требующие госпитализации в стационар.

Выводы.

1. Применение алемтузумаба является высокоэффективным методом лечения ХЛЛ у пациентов из группы высокого риска как в качестве монотерапии, так и по схеме AFC: общий ответ составил 64%.

2. Длительное введение алемтузумаба в качестве монотерапии связано с риском развития тяжелых инфекционных осложнений, требующих госпитализации в стационар (7 из 15 пациентов, получавших алемтузумаб против 0 из 10, получавших лечение по схеме AFC).

3. Подкожное введение алемтузумаба позволяет снизить частоту общих осложнений, характерных для внутривенного введения, а также является более удобным для пациента и позволяет проводить терапию в амбулаторных условиях.

Список литературы

1. Клиническая онкогематология: руководство для врачей/ под ред. Проф. М.А. Волковой (2-е изд.). М.: ОАО Изд-во Медицина. 2007—1120с.
2. Минимальная остаточная болезнь при В-клеточном хроническом лимфолейкозе Е.А.Никитин, Е.М.Грецов / Современная онкология Том 08-N 1 — 2006.
3. Binet J.L., Lepoprier M., Dighiero G. et al. A clinical studing system for chronic lymphocytic leukemia: prognostic significance // Cancer. 1977. V. 40. P. 855—864.

Бердалиев Н.Г., магистр 2 года обучения факультета послевузовского образования по специальности 6М110100 «Медицина»

Научный руководитель: д.м.н., профессор **Сексенбаев Д.С.**

Научный консультант: д.м.н., и.о. профессора **Абдурахманов Б.А.**

Южно-Казахстанская медицинская академия г. Шымкент, Республика Казахстан

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИНИИНВАЗИВНЫХ СПОСОБОВ В ЛЕЧЕНИИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Введение. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и кардии желудка (ВРВПЖ) является наиболее грозным осложнением синдрома портальной гипертензии у больных циррозом печени [1,2]. Летальность от первого эпизода кровотечения составляет 50-70%, обуславливая половину всех смертей больных циррозом печени, а выявляемость ВРВПЖ при этом колеблется от 25 до 80% [3].

Цель исследования. Определить эффективность результатов лечения больных циррозом печени (ЦП) осложненным синдромом кровотечения с применением полностью имплантируемой инфузионной порт-системы.

Материалы и методы исследования. Анализирована эффективность различных методов гемостаза у 393 больных ЦП осложненным кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ). Мужчин было 219 (55,7%), женщин – 174 (44,3%). Возраст больных колебался от 17 до 83 лет. Согласно классификации степени ВРВПЖ по А.Г. Шерцингеру (1986), I степень эктазии выявлена у 31 (7,9%) больных, II степень – у 270 (68,7%) и у 92 (23,4%) пациентов установлена максимальная – III степень патологии. Источник кровотечения в 73,7% случаев располагался в средней и нижней трети пищевода и в 26,3% – в кардиальном отделе желудка.

Результаты и обсуждения. У 155 больных проведена консервативная терапия с применением зонда Блекмора-Сенгстакена, 128 больным выполнено минимальное оперативное вмешательство – операция Пациоры, 87 – применена эндоскопическая склеротерапия (ЭС), которая в 23 наблюдениях сочеталась с имплантацией инфузионной порт-системы Celsite® фирмы В/Вгаун. Через ИПС проводили аутогемореинфузию, ежедневно, в объеме 1,2-1,5 л., следовательно создавали декомпрессию в портальном русле. Курс лечения состоящий из 7-10 аутогемореинфузий продолжали до полной остановки кровотечения и стабилизации показателей портального давления.

Консервативные методы лечения позволили достичь гемостатический эффект у 145 (93,5%) больных, рецидив кровотечения отмечен в 37 (23,8%) наблюдениях, летальность наступила у 64 (41,3%) больных. При проведении операции Пациоры эффективный гемостаз достигнут всего у 112 (87,5%). Рецидивы кровотечения отмечены у 22 (17,2%) больных. Послеоперационная летальность составила 52,8%. Из 87 больных перенесших ЭС, эффективный гемостаз достигнут у 85,1%, рецидив геморрагии отмечен у 7 (8,04%) больных, летальность составила 9,2%. При имплантации ИПС этом начиная с 2-3 суток отмечено регресс явлений гипертензии в портальном русле, со стабилизацией показателей портальной гемодинамики (5-6 сутки) и улучшение показателей печеночного обмена (после 10-12 процедур) в биохимических анализах. Сочетание метода имплантации порт-системы с ЭС позволили улучшить показатели эффективного гемостаза до 93,8%.

Выводы. Таким образом, сочетание ЭС с применением инфузионной порт-системы является эффективным способом портодекомпрессии и надежным методом профилактики возникновения синдрома кровотечения. Отмеченный результат достигнут благодаря суммированию позитивных лечебных свойств ИПС и ЭС, где дозированная, порционная аутогемореинфузия, позволяя снизить и стабилизируя портальное давление, укреплялся эффектом склерозирования вен – предотвращающим возникновение геморрагии.

Список литературы

1. Борисов А.Е. Эндоскопические методы профилактики и лечения кровотечений портального генеза / А.Е. Борисов; В.А.Кашенко, Е.Л.Васюкова, Д.В.Распереза // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. - 2011. - №2. - С. 22-25.
2. Джоробеков А.Д. Хирургическая тактика при синдроме портальной гипертензии, осложненном профузными пищеводными кровотечениями.// Анналы хирургической гепатологии.-1998.- Т. 3.- № 3.- С. 140.
3. Ерамишанцев А.К. Развитие проблемы хирургического лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка // Анналы хирургической гепатологии. 2007.-Т.12.-№2.- С.8-15.

Бердалиев Н.Г., магистр 2 года обучения факультета послевузовского образования по специальности 6М110100 «Медицина»

Научный руководитель: д.м.н., профессор **Сексенбаев Д.С.**

Научный консультант: д.м.н., и.о. профессора **Абдурахманов Б.А.**

Южно-Казахстанская медицинская академия г. Шымкент, Республика Казахстан

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ОСЛОЖНЕННЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Введение. Хирургическая агрессия при циррозе печени (ЦП) сопряжена с высоким риском развития тяжелых осложнений, которые зависят от степени компенсации резервных возможностей больных. Единственно спасительным методом при этом может быть применение малоинвазивных вмешательств [1,2]. Высокая эффективность эндоскопических методов в достижении первичного гемостаза позволила предложить их в качестве терапии первой линии при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода и кардии желудка (ВРВПЖ)[3].

Цель исследования. Оценить эффективность эндоскопических методов в профилактике и лечении кровотечений у больных ЦП.

Материалы и методы исследования. В настоящем исследовании приведены результаты применения эндоскопического склерозирования (ЭС) и лигирования (ЭЛ) ВРВПЖ у 115 больных циррозом печени с синдромом кровотечения. Мужчин было 74, женщин 41, в возрасте от 23 до 71 лет. I степень варикозного расширения вен пищевода и желудка по А.Г. Шерцингеру выявлена у 7,9% больных, II степень – у 68,7% и у 23,4% больных установлена III степень патологии. Кровотечение из ВРВПЖ было первым проявлением заболевания у 35,6% больных, асцит выявлен у 29,9%, активность цирротического процесса – у 13,8% больных. Эндоскопические методы у 25 больных выполнены при продолжающемся кровотечении, и у 90 – отсроченно, в ближайший период после консервативной остановки кровотечения, для профилактики рецидива кровотечения. Рецидив кровотечения отмечен у 21,8% пациентов.

Результаты и обсуждения. Из 15 больных, которым ЭС производилась на высоте кровотечения, гемостаз достигнут у 11 больных, в 4 случаях она была неэффективна. Однако случаи рецидива кровотечения из ВРВПЖ с развитием явлений печеночной недостаточности привели в 7 наблюдениях к летальному исходу, где у 4 из них имел место выраженный эрозивно-язвенный эзофагит.

При этом ЭС проводили спустя 12-14 ч с момента начала медикаментозной терапии и баллонной тампонады. Осложнения после ЭС отмечены у 24,1% пациентов, в основном в группе больных, которым манипуляция выполнена по экстренным показаниям, то есть у 17 (19,5%) больных. В группе больных с

плановым ЭС осложнения возникли в 4 (4,6%) наблюдениях. Частота рецидивов кровотечений в течение одного года составила 34,8%. ЭЛ предусматривало за один и более сеансов наложение лигатур на все варикозно расширенные узлы. При этом за сеанс накладывали 3-5 лигатур, с повторением процедуры с интервалом в 3-4 дня, до полной эрадикации варикозных вен. Плановая ЭЛ и ЭС проводились до достижения состояния полной облитерации всех возможных источников геморрагии. Исследование больных в динамике показало полную эрадикацию варикозных вен у 47% больных, летальность составила 11,7%. Ранний рецидив геморрагии в группе с экстренной ЭСТ у 6 больных и у 2 больных на фоне сформированного изъязвления привело к неблагоприятному исходу. Это были больные с декомпенсированным ЦП у которых наступило прогрессирование печеночной недостаточности и имеющейся сопутствующей патологии на фоне повторного кровотечения из ВРВПЖ. Общая летальность составила 9,2%.

Выводы. Эндоскопические методы высокоэффективны в профилактике и лечении кровотечений портального генеза у больных ЦП и должны рассматриваться в качестве «терапии первой линии» у данной категории больных. При высоком риске оперативных вмешательств эндоскопические методы гемостаза зачастую остаются единственным эффективным средством гемостаза, позволяющие снизить летальность и улучшить «качество жизни».

Список литературы

1. Шерцингер А.Г., Мусин Р.А., Жигалова С.Б. Современные принципы лечения больных с портальной гипертензией и кровотечениями из ВРВ пищевода и желудка // Тез.докл. XVIIIмеждун.конгр. хирургов гепатологов России и стран СНГ. 2010. Уфа. С. 202–203.
2. Santambrogio R, Opocher E, Costa M et al. Natural history of a randomized trial comparing distal spleno-renal shunt with endoscopic sclerotherapy in the prevention of variceal rebleeding: a lesson from the past // World J. Gastroenterol. 2006. V.12(39). P.6331-6338.
3. Бебуришвили А.Г., Михин С.В., Овчаров А.Н. Эндоскопическое склерозирование варикозно расширенных вен пищевода у больных с синдромом портальной гипертензии // Анналы хир. гепатол. 2015. Т.10. №2. С. 72.

Бондарев Е.В.¹, Щекина Е.Г.², Кудина О.В.³

¹докторант кафедры фармакологии, к.фарм.н.

²профессор кафедры фармакологии, д.фарм.н.

³доцент кафедры фармакологии, к.фарм.н.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина, jck.bond@gmail.com

СОВРЕМЕННЫЕ И ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ФРИГОПРОТЕКТОРЫ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ УКРАИНЫ

Сохранение жизни и здоровья, оптимизация функционального состояния и работоспособности людей в условиях холодового воздействия внешней среды является одной из важных задач современной медицины. Под термическим повреждением понимают травму, вызванную действием высокой или низкой температуры. По данным Управления экстренной медицинской помощи и медицины катастроф МОЗ Украины за период января 2017 года в медицинские учреждения обратилось более 900 человек с переохлаждениями и отморожениями, по официальным данным зарегистрировано более 40 смертельных случаев. За период 17-19 ноября 2018 года в Киевской области зарегистрировано 6 случаев смертей от переохлаждений и обморожений. Отсутствие адекватной профилактики и лечения приводит к потере работоспособности, инвалидизации и смертельным исходам. Все чаще холодовые травмы встречаются в странах с умеренным климатом у людей без постоянного места жительства, пожилого возраста и детей. Холодовой травме может подвергаться как организм в целом, так и различные его части. Чаще всего наблюдается отморожения конечностей, носа, ушей и щек. Главными причинами развития отморожения являются влияние низкой температуры окружающей среды, повышенная влажность воздуха и большая скорость ветра, сосудистая патология конечностей, перенесенные ранее переломы, вывихи, обморожения, тесная обувь, алкогольное опьянение, переутомление, истощение, адинамия и другие.

Для профилактики и лечения холодовых травм применяют препараты с фригопротекторными свойствами. Фригопротекторы – современная группа препаратов, применяемых для лечения и профилактики холодовых травм различной степени и локализации. Эта группа включает в себя препараты с разными механизмами фармакологического действия и фармакодинамикой, способные оказывать комплексное протекторное действие и повышать резистентность тканей к негативному воздействию низких температур, ускорять восстановление их после холодового поражения. К сожалению, современные фригопротекторы не всегда являются достаточно эффективными и часто имеют серьезные побочные эффекты. К тому же арсенал фригопротекторов на рынке Украины ограничен, поэтому постоянно актуальным является поиск новых схем лечения и препаратов с фригопротекторными свойствами. Сегодня в качестве фригопротекторов применяют актопротекторы, ноотропные и нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), которые влияют на основные звенья патогенеза холодовой травмы.

На кафедре фармакологии Национального фармацевтического университета под руководством д. мед. н., проф. Штрыголя С.Ю. проводится поиск новых перспективных препаратов и субстанций с фригопротекторным действием. В качестве потенциальных фригопротекторов были изучены препараты

глюкозамина («Глюкозамин-С БХФЗ» (Украина), «Дона» (Ирландия) и субстанцию глюкозамина (Германия)), ацетилсалициловую кислоту (Германия), цефекоксиб (Германия), липин (Биолек, Украина), корвитин (БХФЗ, Украина), липофлакон (Биолек, Украина), экстракт родиолы жидкий, «Полентар», аскорбиновую кислоту (Дарница, Украина), рекомбинантный антагонист рецепторов интерлейкина-1 (Ралейкин).

Значительный интерес в качестве перспективных фригопротекторов представляют нейропептиды, в частности, гомологи фрагмента АКТГ₁₅₋₁₈ (синтезированы в ФГУП «Государственный научно-исследовательский институт особо чистых препаратов» ФМБА России под руководством докт. биол. наук Колобова А.А.).

Доказано, что введение аскорбиновой кислоты за 1 ч до воздействия холода приводит к замедленному снижению ректальной температуры. Наблюдается тенденция к нормализации показателей гемодинамики. Аскорбиновая кислота способствует поддержанию высокого уровня гормональной активности при охлаждении. Выявлено положительное влияние кофеина на тепловой статус организма в условиях низких температур. Метилксантины кофеин и теofilлин потенцируют калоригенное действие норадреналина. Несомненный интерес представляет исследование влияния психотропных веществ на процессы адаптации к холодному климату. Эффективным препаратом в условиях холода оказался психостимулятор амфетамин. Однако высокий аддитивный потенциал амфетамина значительно ограничивает его использование.

К препаратам с фригопротекторными свойствами относят препарат «Яктон», содержащий сукцинат моно (2-диметиламино) этиловый эфир янтарной кислоты, актопротектор «Метапрот» (бемитил или этилтиобензимидазолу гидробромид), который способствует образованию ферментов энергетического обмена, полипептидных гормонов, стимулирует глюконеогенез и антиоксидантную защиту. Известны случаи успешного применения витаминов – аскорбиновой кислоты и токоферола ацетата, гепато- и кардиопротектора эссенциале при холодных травмах, а также ноотропного препарата пираретама для профилактики общего переохлаждения. Назначение препарата, выделенного из водорослей (*Laminaria sacchara*), за 30 мин. до острого охлаждения достоверно увеличивало продолжительность жизни экспериментальных животных.

Также для профилактики и лечения отморожений рекомендуют сборы лекарственных растений «Фитоморозко», экстракты элеутерококка и радиолы розовой и другие.

Доказано, что однократное лечебное и/или профилактическое применение рекомбинантного антагониста рецепторов интерлейкина-1 Ралейкина при холодовой травме достоверно увеличивает время жизни экспериментальных животных по сравнению с ацетилсалициловой кислотой, повышает показатели локомоторной, исследовательской активности и эмоциональности животных, улучшает тонус скелетных мышц, координацию движений и физическую выносливость, стимулирует выделительную функцию почек в восстановительном периоде.

Профилактическое применение «Глюкозамина-С БХФЗ» при холодных травмах (общее охлаждение и отморожение) оказывает выраженное фригопротекторное действие. «Глюкозамин-С БХФЗ» при локальной холодовой травме у крыс достоверно увеличивает время жизни животных по сравнению с ацетилсалициловой кислотой, восстанавливает показатели перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы, восстанавливает массу тела, снижает площадь поражений кожи и нормализует время свертывания крови.

Выраженные фригопротекторные свойства оказывают нейропептиды-гомологи фрагмента АКТГ₁₅₋₁₈ при общем охлаждении у крыс. Введение пептидов достоверно предупреждает снижение ректальной температуры, нормализует поведенческие и эмоциональные реакции в тесте «открытого поля», оказывает анксиолитическое действие, достоверно восстанавливая маркеры тревожности в тесте «приподнятого крестообразного лабиринта», повышает адаптационные возможности крыс при принудительном плавании с нагрузкой.

Таким образом, целесообразным является дальнейший поиск эффективных и безопасных фригопротекторов для лечения и профилактики холодовой травмы.

Бондарев Е.В. e-mail: jck.bond@gmail.com

докторант кафедры фармакологии Национального фармацевтического Университета, г. Харьков, Украина,

СОДЕРЖАНИЕ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ IL-1В И IL-10 В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У КРЫС ПОСЛЕ ОСТРОЙ ХОЛОДОВОЙ ТРАВМЫ

Холодовые травмы (ХТ) в общей структуре травматизма составляют от 3–10%, сопровождаясь значительной инвалидизацией и летальностью. В Украине ежегодно регистрируют более 12 000 случаев ХТ. По данным центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф Управления охраны здоровья Украины в январе 2017 года в медицинские учреждения обратилось 869 человек с переохлаждениями и отморожениями, по официальным данным 40 человек умерло [1, 2].

В формировании острой реакции на холод вовлекаются все органы и системы: центральная нервная система, сердечнососудистая система (ССС), дыхательная и выделительная системы, желудочно-кишечный тракт, кожа [3]. При ХТ минимальная температура тела человека, совместимая с жизнью, составляет 24–26°C. Действие холода приводит к нарушениям со стороны иммунной системы: нарушается фагоцитарная активность лейкоцитов, повышается количество некоторых видов иммуноглобулинов, снижается содержание Т- и В-лимфоцитов, меняется уровень белков острой фазы воспаления и т.д. Важным патогенетическим звеном этих изменений являются цитокины. Ведущее место среди провоспалительных интерлейкинов занимает интерлейкин-

І (ІL-1), который является одним из важнейших эндогенных регуляторов различных защитных реакций организма. Привлекает также внимание интерлейкин-10 (ІL-10), который имеет противовоспалительные свойства. Сохранение жизни, оптимизация функционального состояния и работоспособности человека в условиях холодного воздействия окружающей среды является одним из важных направлений современной медицины. Повышение холодовой резистентности является важным направлением фармакологии. Эффективность терапии ХТ не решена, поэтому постоянно проводится поиск новых схем лечения и препаратов с фригопротекторными свойствами. Сегодня в качестве фригопротекторов применяют актопротекторы, нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), которые влияют на основные звенья патогенеза ХТ. Современные фригопротекторы не всегда достаточно эффективны и имеют серьезные побочные эффекты. К тому же арсенал фригопротекторов на рынке Украины ограничен.

В наших предыдущих исследованиях доказано, выраженное фригопротекторное действие у глюкозамина гидрохлорид при острой ХТ, который оказывает выраженное защитное действие: уменьшает гипотермию, улучшает выживаемость животных, двигательную и физическую активность, нормализует реологические свойства крови, превосходя ацетилсалициловую кислоту (АСК) - известный фригопротектор. Перечисленные преимущества обосновывают целесообразность углубленного изучения препаратов глюкозамина как потенциальных средств лечения ХТ. В частности, остается неизвестным их влияние на состояние цитокинов при острой ХТ.

Цель исследования - изучение влияния препаратов глюкозамина и ацетилсалициловой кислоты на содержание интерлейкинов провоспалительной и противовоспалительного действия (ІL-1b и ІL-10) в сыворотке крови крыс после острого общего охлаждения.

Исследование выполнено в осенний период на 30 белых крысах самках массой 210-250 г. Животных содержали на стандартном пищевом рационе вивария за свободного доступа к воде, постоянной влажности и температурного режима + 22-23 ° С. Протокол исследования согласуется с биоэтическими нормами и соответствует «Общим этическим принципам экспериментов на животных» (Украина, 2001), а также не противоречит положениям «Европейской конвенции по защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и других научных целей» (Страсбург, 1986). Исследуемые препараты - 0,9% раствор NaCl (контроль), «Глюкозамин-С БХФЗ» (Украина), субстанцию Г г / х (Sigma-Aldrich, Германия) и растворимые таблетки АСК («Вауег», Германия) - вводили в виде водного раствора внутривенно в профилактическом режиме за 30 мин до ХТ. Модель острой холодовой травмы моделировали по методике [4]. Как интегральный показатель состояния животных после острой ХТ использовали ректальную температуру, которую измеряли через 30 мин после холодового воздействия цифровым термометром WSD-10. Влияние препаратов на содержание ІL-1b и ІL-10 в сыворотке крови определяли в тот же срок, что и температуру тела. Интерлейкины измеряли иммуноферментным методом с помощью наборов «ВекторБест, Россия» (А-8774 и А-8766). Для статистической обработки использовали критерий Стьюдента в случае нормального распределения, при его отсутствии - непараметрический критерий В Уайта. Проводили корреляционный анализ связи отдельных показателей по Спирменом. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$. Статистическую обработку результатов проводили методами вариационной статистики с помощью стандартного пакета статистических программ «Statistica, V. 6,0».

По данным литературы известно, что при холодовой травме содержание интерлейкина ІL-1b повышается более чем в 3-8 раз после отморожений, и выявлено повышение интерлейкина ІL-10 [5]. Эти изменения свидетельствуют о компенсаторной реакции организма на фоне действия холода с развитием воспалительной реакции. Острая холодовая травма у крыс приводит к статистически значимому снижению ректальной температуры, повышению содержания интерлейкина ІL-1b и снижению уровня интерлейкина ІL-10 в крови, что свидетельствует о развитии воспалительного процесса.

Показано, что в условиях острой холодовой травмы ацетилсалициловая кислота, «Глюкозамин-С БХФЗ» и особенно Г г / х проявили выраженные противовоспалительные свойства, о чем свидетельствует достоверное снижение интерлейкина ІL-1b и повышение содержания противовоспалительного ІL-10 по сравнению с группой контрольной патологии.

Литература

1. Холодная смерть: Минздрав привел страшную статистику смертности от переохлаждения среди граждан Украины [Электронный ресурс] // mk.mk.ua. – 2017. – Режим доступа: <https://www.mk.mk.ua/rubric/social/2017/01/12/35368/>.
2. Бондарев Є.В. Холодова травма: надання медичної допомоги постраждалим, принципи фармакотерапії / Є.В. Бондарев, С.Ю. Штриголь, С.М. Дроговоз, К.Г. Щокіна, С.В. Сушков, Д.В.Оклей, В.Г.Бабійчук // Методичні рекомендації. Харків. - 2018. -35с.
3. Голохваст, К. С. Некоторые аспекты механизма влияния низких температур на человека и животных (литературный обзор) / К. С. Голохваст, В. В. Чайка // Вестник новых мед. технол. – 2011. –Т. 18, № 2. – С. 486–489.
4. Бондарев Є.В. Холодова травма: доклінічне вивчення лікарських препаратів з фригопротекторними властивостями / Є.В. Бондарев, С.Ю. Штриголь, С.М. Дроговоз, К.Г. Щокіна // Методичні рекомендації. Харків. – 2018. – 35с.
5. Коннов В. А. Содержание медиаторов иммунного ответа в плазме больных с местной холодовой травмой при исходной недостаточности питания / В. А. Коннов, К. Г. Шаповалов // Вестник анестезиологии и реаниматологии. – 2014. –Т. 11, № 5. – С. 34–38.

Сафарова К.М., Тагаева А.Ю. – студенты 2 курса медико-педагогического факультета Ташкентского государственного стоматологического института

Научный руководитель: Тастанова Г.Е. - к.м.н., доцент

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

tastanovag@bk.ru

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ В II ТРИМЕСТРЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ГЕСТАЦИИ

Введение. Одной из основных задач современного здравоохранения является снижение заболеваемости и смертности в перинатальном и раннем неонатальном периодах. Как известно, диагностика и прогнозирование нарушений внутриутробного развития плода имеет большое практическое значение, так как до 60% перинатальной патологии формируется в антенатальном периоде [1,2,5]. На основании результатов многих исследований показано, что нормальное развитие и становление органов и систем новорожденного во многих степени определяется течением антенатального периода [4,5]. Следовательно, изучение морфологических преобразований происходящих в плаценте при физиологической беременности имеет важное практическое значение.

Цель исследования. Изучение морфологических изменений в плаценте во втором триместре физиологической гестации.

Материал и методы исследования. Для морфологических и морфометрических исследований плацента (I гр. n=12, контроль; II гр. n=36, с ПОНРП в сроки беременности 22-28 и 33-40 недель беременности) забиралась в операционной или родильном зале в соответствии с требованиями [3]. Из каждого кусочка выделяли 4-5 кусочков: центральной, парацентральной, периферической областей и зона ретроплацентарной гематомы и фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина (до 24 часов). После промывки в проточной водопроводной воде (24 часа) кусочки тканей обезжировали, заливали в парафин. Далее парафиновые срезы окрашивали гематоксилином и эозином, по ван-Гизону, полисахариды ШИК-реакцией. Иммуноцитохимическая реакция на антигены тканей матки и других органов осуществлялась на свежемороженых срезах толщиной 20-30 мкм. Инкубация срезов осуществлялась в растворах, содержащих флуоресцирующие иммуноглобулины к исследуемым внутренним органам. Контрольные срезы помещались в физиологический раствор. В последующем срезы тщательно промывались и заключались в глицерин. Просмотр препаратов осуществляли в микроскопе ЛМ-2.

Результаты исследования и их обсуждение. II триместр физиологической беременности, характеризуется перестройкой всех тканевых структур плаценты, направленных на сближение и увеличение контактных поверхностей между материнской и фетальной кровью.

Наиболее яркая картина морфологических преобразований проявляется в терминальных ворсинах. Электронномикроскопически терминальные ворсины выстланы уплощенным синцитиотрофобластом, местами выявляются скопления синцития в виде «синцитиальных почек», клетки цитотрофобласта почти не встречаются. Ядра округлые, овальные с неровными контурами, нуклеолемы содержат значительное число глыбок гетерохроматина, локализованных по периферии. Цитоплазма синцитиотрофобласта содержит значительное количество расширенных полостей гранулярного эндоплазматического ретикулаума, различных по величине секреторных гранул, расположенных апикально или базально. Свободная поверхность синцития покрыта короткими микроворсинками. Митохондрии единичные, однако свободные рибосомы и полисомы встречаются повсеместно. Встречающиеся единичные клетки цитотрофобласта имеют светлую цитоплазму и крупное ядро, с неровными контурами. Сама строма терминальных ворсин образована многочисленными капиллярами, в просвете которых обнаруживаются форменные элементы фетальной крови. Эндотелий капилляров уплощен, отсутствуют поры и фенестры. Эндотелий капилляров прилегающих к источенным участкам синцитиотрофобласта имеет на всей поверхности плазмолеммы, эндоцитозные везикулы, в цитоплазме немногочисленные вакуоли. Интерстиций между капиллярами содержит коллагеновые волокна, малодифференцированные клетки, фибробласты, единичные клетки Кашенко-Гофбауэра.

Виллезное дерево неоднородно, наряду со зрелыми терминальными ворсинами выявляются более ранние их генерации. Они отличаются меньшим количеством синцитиокапиллярных мембран, более утолщенным синцитиотрофобластом. Капилляры стромы таких ворсин немногочисленные, более мелкие по диаметру.

Заключение. Таким образом, ультрамикроскопическая картина морфологических преобразований в эти сроки физиологической беременности способствует возрастанию диффузной способности плаценты, приспособляя ее к возросшим потребностям плода.

Литература.

1. Бабаджанова Г.С., Мавлонов О.М. Доклиническая диагностика и прогнозирование преждевременной отслойки плаценты у беременных // Мед.ж. Узбекистана -2012.-№5.-С.36-38)
2. Милованов А.П. Патология системы мать-плацента-плод. М.: Медицина, 1999. -348с.
3. Милованов А.П., Кириченко Ф.К. Цитотрофобластическая инвазия - ключевой механизм развития нормальной и осложненной беременности. –Красноярск.-2009.-186с
4. 4.Bargen R.N. Manual of Pathology of the human placenta –N.-Y., Spriger, 2011. -289p.
5. 5.Egbor M., Ansari T., Morris N. Vorphometric placental villous and vascular abnormalities in early and late – onset preeclampsia with and without fetal growth restriction //BJOG.-2006.-N4(66).-P.580-589.

Тулеметов С.К. – к.м.н. доцент,

Ташкентский государственный стоматологический институт, г.Ташкент, Республика Узбекистан,
tulemetov12@mail.ru

Халиков А.С., студент 2-го курса, медико-педагогического факультета Ташкентского
государственного стоматологического института, г.Ташкент, Республика Узбекистан

РАННЕЕ ПОСТНАТАЛЬНОЕ СТАНОВЛЕНИЕ ТИМУС-ЗАВИСИМЫХ И ТИМУС-НЕЗАВИСИМЫХ ЗОН ОРГАНОВ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПОТОМСТВА, ПОЛУЧЕННОГО В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Введение. Известно, что у детей, рожденных в экологически неблагоприятных условиях, значительно чаще наблюдается развитие иммунной недостаточности, приводящее к различным осложнениям и высокой детской смертности. Исследование структурных механизмов ранних иммунных нарушений, связанных с экологическим неблагополучием, остается одной из актуальных задач медицины [1,2,3].

Цель исследования. Изучение влияния хронической интоксикации материнского организма пестицидами на морфометрические показатели постнатального роста и становления периферических иммунных органов потомства.

Материалы и методы исследования. Половозрелые крысы-самки, разделенные на 2 группы, в течение 3 месяцев вместе с пищей получали пестициды титан и вигор. Самки, получавшие стерильный физиологический раствор, служили контролем. Потомство, полученное от опытных и контрольных самок, исследовали на 1, 3, 7, 14, 21, 30 и 90 сутки после рождения. Периферические органы иммунитета - лимфатические узлы (ЛУ), селезенка (Сел) и Пейеровы бляшки (Пбл) изучали с помощью морфометрических и электронно-микроскопических методов.

Результаты исследования и их обсуждение. Выявлено, что хроническая интоксикация организма матери пестицидами приводит к определенным нарушениям процесса постнатального роста и становления органов иммунной системы у потомства. На 3 сутки на фоне достоверного снижения показателей общей площади ЛУ, белой пульпы Сел и лимфоидной ткани Пбл опытных животных, выявлено уменьшение удельной площади тимус-зависимых зон этих органов на 12-17% по сравнению с показателями контрольной группы. Уменьшение удельных площадей тимус-независимых зон ЛУ, Сел и Пбл было менее выраженным и составляло в среднем 5-7% от контроля. Примерно такое различие между морфометрическими показателями указанных зон органов опытных и контрольных групп сохранялось вплоть до 30 суток после рождения, что сопровождалось сниженными параметрами пролиферативной активности клеток при одновременном повышении степени апоптоза и деструкции клеток во всех зонах. Следует отметить, что структурные изменения в периферических органах иммунной системы при интоксикации титаном были относительно более выраженными по сравнению с потомством, полученным от матерей с хроническим отравлением пестицидом вигор.

Заключение. Таким образом, хроническая интоксикация организма матери пестицидами оказывает отрицательное влияние на течение постнатального развития и становления иммунной системы потомства. Наблюдается выраженное снижение темпов формирования структурно-функциональных зон исследованных органов иммунопоэза, при этом в сравнительно большей степени проявляется замедление темпов формирования тимус-зависимых зон органов. Это может быть обусловлено нарушением регуляторной деятельности тимуса в условиях хронической интоксикации материнского организма, что, в свою очередь, способствует нарушению процессов пролиферации, миграции и заселения Т-лимфоцитов в соответствующих компартаментах периферических органов иммунной системы [4,5]. Все это в конечном итоге может играть существенную роль в патогенезе иммунных дефицитов у новорожденных и детей, рожденных в экологически неблагоприятных условиях.

Литература:

1. Хамракулова М.А. Клинические проявления у больных с хронической интоксикацией пестицидами, лечение путем коррекции метаболических нарушений // Теоретическая и клиническая медицина. – 2014. –№1. –С. 67-70.
2. Tukhtaev K. R., Zokirova N. B., Tulemetov S. K., Tukhtaev N. K. Effect of prolonged exposure of low doses of lambda-cyhalothrin on the thyroid function of the pregnant rats and their offspring //Medical and Health Science Journal – 2012. - Vol. 13. - pp. 86-92. www.pradec.en
3. Tukhtaev K. R., Zokirova N. B., Tulemetov S. K., Tukhtaev N. K. et al. Effect of Prolonged exposure low doses of Fipronil on thyroid function of pregnant rats and their offspring. // The Internet Journal of Toxicology. – 2013. – Vol. 10. - N. 1. www.ispub.com/IJTO/10/1/14550.
4. Ki YW, Lee JE, Park JH, Shin IC, Koh HC. Reactive oxygen species and mitogen-activated protein kinase induce apoptotic death of SH-SY5Y cells in response to fipronil. // Toxicol Lett. -2012. - Vol. 211(1). - pp. 18-28.
5. Park JH, Park YS, Lee JB, Park KH. et al., Meloxicam inhibits fipronil-induced apoptosis via modulation of the oxidative stress and inflammatory response in SH-SY5Y cells. // J Appl Toxicol. - 2015. Mar 13. doi: 10.1002/jat.3136.

Халиков А.С., студент 2-го курса, медико-педагогического факультета Ташкентского государственного стоматологического института, г.Ташкент, Республика Узбекистан
Научный руководитель: **Тулеметов С.К.** – к.м.н. доцент,
Ташкентский государственный стоматологический институт, г.Ташкент, Республика Узбекистан,
tulemetov12@mail.ru

РОСТ И СТАНОВЛЕНИЕ ПЕЧЕНИ В РАННЕМ ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ МАТЕРИНСКОГО ОРГАНИЗМА

Вопросы охраны материнства и детства являются важнейшей задачей современной медицины. Дальнейшие успехи в этой области связаны с тщательным изучением влияния внешних факторов на развитие плода и потомства. Известно, что потомство многих видов млекопитающих, в том числе и человека, является незрелорожденным, а следовательно роль пищеварительной системы, и в первую очередь печени, имеют большое значение для адаптации новорожденного в период раннего постнатального онтогенеза [1,2,3]. Однако, имеющиеся литературные данные не содержат тщательного анализа морфофункциональных особенностей печени у новорожденных. Кроме того, в доступной нам литературе практически отсутствуют работы, посвященные изучению состояния печени потомства в условиях патологии печени матери в период беременности.

Цель исследования. Изучение морфо-функциональных особенностей печени в раннем постнатальном онтогенезе у потомства полученных от матерей с хроническим гелиотринной интоксикацией (ХГИ).

Материалы и методы исследования. Опыты проведены на двух группах крысят, полученных от здоровых самок и самок с ХГИ, которую у половозрелых и нерожавших самок вызывали до спаривания путем многократного введения гелиотрина по схеме. Исследованы образцы печени с помощью морфологических методов исследования на 1, 3, 7, 14, 21 и 30 сутки после рождения.

Результаты исследования и их обсуждение. Установлено, что ХГИ материнского организма способствует значительному замедлению темпов постнатального становления печени у потомства. У новорожденных крысят отмечаются гемомикроциркуляторные нарушения в виде полнокровия вен и синусоидальных гемокапилляров. Вокруг сосудов портального тракта наблюдаются довольно большие очаги экстрамедуллярного кроветворения, главным образом эритропоэза. Темпы восстановления гистоархитектоники долек значительно отстают от контрольных крысят. Дольчатая структура печени у них слабо выражена даже к 15 суткам развития. Одновременно с этим у опытных крысят чаще встречается признаки дезорганизации печеночных балок, которые имеют небольшую длину и извилистый ход. Цитоплазма большинства гепатоцитов имеет мелкозернистую структуру, однако, в опытной группе нередко встречаются клетки с мелко и крупно-вакуольной дистрофией. Следует отметить, что двуядерные гепатоциты значительно реже встречались у опытных крысят, чем в контрольной группе. И, наконец, в опытной группе животных очаги кроветворения сохраняются дольше и обнаруживаются вплоть до 15 суток постнатального развития. Относительно выраженное дольчатое строение печени определялось лишь к 30 суткам после рождения. Однако, даже в этот сроки в печени сохранялись единичные очаги кроветворения и умеренные дисциркуляторные и дистрофические изменения.

Заключение. Таким образом, ХГИ материнского организма оказывает отрицательное влияние на постнатальное становление печени у потомства, которое проявляется в виде существенного отставания темпов формирования структурных единиц и более длительного сохранения кроветворной функции органа. Эти изменения могут быть объяснены метаболическими нарушениями в организме матери в результате ХГИ и поступлением токсических метаболитов через молоко в организм потомства.

Литература

1. [Samanta P.](#) Histopathological and ultramicroscopical changes in gill, liver and kidney of *Anabas testudineus* (Bloch) after chronic intoxication of almix (metsulfuron methyl 10.1% + chlorimuron ethyl 10.1%) herbicide / *N.Bandyopadhyay, S.Pal, A.K.Mukherjee, A.R.Ghosh // Ecotoxicol Environ Saf.* -2015 Dec; 122:360-7. doi: 10.1016
2. [Grabovska S.](#) ADHD-like behaviour in the offspring of female rats exposed to low chlorpyrifos doses before pregnancy / *Y.Salyha // Arh Hig Rada Toksikol.* -2015 Jun; 66 (2):121-7. doi: 10.1515
3. [Park S.](#) Impaired development of female mouse offspring maternally exposed to simazine / *S.Kim, H.Jin, K.Lee, J.Bae // Environ Toxicol Pharmacol.* -2014 Nov; 38 (3):845-51. doi: 10.1016

Грибоедова А.А., резидент 2 года обучения по специальности «Инфекционные болезни, в том числе детские»
Маукаева С.Б., Нуралинова Г.И., доценты кафедры, Исабекова Ж.Б., ассистент кафедры
nastyasgmy90@gmail.com

Кафедра «Инфекционных болезней и иммунологии»
РГП на ПХВ «Государственный Медицинский Университет г. Семей» Республика Казахстан, г.Семей,

АНАЛИЗ РАБОТЫ ВЗРОСЛОГО ОТДЕЛЕНИЯ «ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. СЕМЕЙ» ЗА 2017 ГОД

Введение. К числу социально-значимых проблем всего мира, и Казахстана в частности, относятся инфекционные болезни. Инфекционный процесс – один из самых сложных биологических процессов в природе, а инфекционные болезни являются грозными, разрушительными факторами для человечества, наносящими ему колоссальный экономический ущерб. Увеличивается число известных науке инфекций. Если в 1955 г. их насчитывалось 1062, то в настоящее время – более 1200 [1]. Тенденцией нашего времени, как результата социальных, экономических и технологических преобразований в здравоохранении, является активный рост интереса к вопросам качества медицинской помощи.

Цель работы. Изучить сравнительную структуру инфекционной патологии в инфекционной больнице (ИБ) г.Семей за 2016 и 2017 гг., используя индикаторы качества для оценки полноты и правильности оказываемой медицинской помощи

Материалы и методы. Анализ отчета по работе взрослого отделения инфекционной больницы г.Семей за 2017 год в сравнении с работой отделения за 2016 год.

Результаты и обсуждение. Специализированную инфекционную помощь взрослому и детскому населению г.Семей оказывает «Инфекционная больница г. Семей» в течение более 75 лет. Основной миссией организации является «Не только соответствовать, но и превзойти ожидания пациента». Основная цель коллектива – обеспечение доступной, качественной специализированной помощи. Согласно Постановлению Правительства «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи» вся медицинская помощь инфекционным больным предоставляется бесплатно [2]. Изучая индикаторы оценки работы приемного покоя взрослого отделения ситуация за 2017 год выглядит следующим образом: в приемный покой за медицинской помощью обратилось 6254 человека, преимущественно больные доставляются скорой помощью 2876 (44 %) и по направлению 2591 (42,4%). Госпитализировано из обратившихся – 1954 человека (31,25%). Среди них 272 беременных (13,9%). Отказов от госпитализации 693 случая (11,1%). К индикаторам стационарной помощи относятся оборот койки, средняя длительность пребывания больного, работа койки, соответствие критериям необоснованной госпитализации к показателям коечного фонда, расхождение основного клинического и патологоанатомического диагноза. Так, за 2017 год оборот койки составил 49,8, тогда как в 2016 этот показатель был 48,1, что свидетельствует об улучшении качества диагностики, своевременной госпитализации, ухода и лечения в стационаре. Работа койки составила 371, в сравнении с 367,6 в 2016 году. Средняя продолжительность пребывания больного на койке составила 7,4 в 2017 году, и 7,6 – в 2016. Летальных случаев в 2017 году не было, а в 2016 году было 2 случая и показатель летальности составил 0,15. Также к индикаторам оценки качества медицинских услуг для медицинских организаций, оказывающих помощь при инфекционных заболеваниях, относятся: удельный вес случаев, умерших инфекционных больных в стационаре, показатель повторных госпитализаций в течении 7 суток по одному и тому же заболеванию, показатель внутрибольничной инфекции, показатель повторных госпитализации в течении месяца с одним и тем же диагнозом; переводы в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), расхождение диагнозов приемного покоя и отделений. Также мы оценили нозологическую структуру больных, проходивших стационарное лечение во взрослом отделении инфекционной больницы г.Семей за 2017 год (1954 пациента, из них 17 непрофильных). Из 1937 госпитализированных инфекционных больных: 531 пациент (31,4%) проходили лечение с острой кишечной инфекцией (ОКИ), 480 (24,7%) – с диагнозом острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ), 484 (24,9%) – ангина, 55 (0,03%) – бруцеллез, 72 пациента (0,04%) – с вирусными гепатитами (ВГ) и др.

Заключение. В течение 2017 года в Городской Инфекционной Больнице г.Семей проведена работа по исполнению индикаторов оценки качества оказания медицинской помощи, соблюдались приказы, протоколы диагностики и лечения инфекционных заболеваний. Анализ работы инфекционной больницы позволяет оценить заболеваемость инфекционными болезнями, определить задачи эпидемиологии, для рационального, квалифицированного, целенаправленного использования большого арсенала специфических и общих профилактических мероприятий.

Список литературы

1. В.И. Покровский. Поражения нервной системы при инфекционных болезнях. // Терапевтический архив. – 2008. — № 11 (том 80). — С. 5-6.
2. Постановление Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 года № 2136. Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

УДК 615.015.21:616.12-008.313.2
МРНТИ 76.31.29, 76.29.30

Даулешова Ж.С., резидент-онколог 2 курс., Абдешева М.Н., резидент-кардиолог 1курс meruet.abdesheva@bk.ru
Научный руководитель – Назарбаева Р.К., к.м.н., доцент
Центр семейной медицины и исследований первичной помощи
Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, г. Республика
Казахстан

НЕСИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР СРАВНЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЯМЫХ ПЕРОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИИ.

Аннотация

Сравнительный анализ эффективности и безопасности применения прямых пероральных антикоагулянтов для профилактики инсульта у больных с фибрилляцией предсердия проводился на основании данных 16 статей. Исходя из приведенных данных можно сделать вывод, что назначение ривароксобана в клинической практике профилактики тромбообразования у пациентов с фибрилляцией предсердия способствует достижению целевых уровней МНО. Антикоагулянтная эффективность была выше у разных категорий пациентов с сопутствующими заболеваниями: сахарный диабет, нарушениями функций почек, сосудистыми заболеваниями а также пациентов на гемодиализе. Риск внутричерепных кровотечений у групп пациентов принимавших ривароксобан меньше в отличие пациентов принимавших дозозависимый препарат.

Ключевые слова: Nonvalvularatrialfibrillation/фибриляция предсердий, warfarin/варфарин, rivaroxaban/Ривароксабан

Актуальность: Проблема профилактики и лечения тромбоэмболических осложнений продолжает оставаться актуальной для современной медицины (Балуда В.П. с соавт.,1999; Люсов В.А.,1999; Чазов Е.И., 2002; Гиляровский С.Р., 2002; Арутюнов Г.П., 2004). С целью профилактикитромбообразования назначают оральные антикоагулянты (ОАК), в том числе варфарин, который является испытанным препаратом и на протяжении многих лет применяется в разных странах. Несмотря на то, варфаринснижает риск инсульта на 68%, он имеет ряд ограничений, связанный с задержкой начала действия, взаимодействие с пищей и многочисленными препаратами, узкий терапевтический диапазон, и требуют периодического контроля. 2, 3Как класс, DOAC имеют сходную эффективность для профилактики инсульта и ГЭЭ и связаны с менее значительным кровотечением, у пациентов с NVAF. 4

Цель: Целью данного исследования является сравнительный анализ ПОАК(варфарина и ривароксобана) и обоснование безопасности и преимуществ ривароксобана перед варфарином

Материалы и методы исследования. Материалы для данного исследования были взяты с баз данных: PubMed. Были использованы ключевые слова и применены фильтры: Мета-анализ, РКИ, Систематический обзор. Так же были использованы данные со статьи из интернет-источника. Было найдено 20 медицинских статей: исключено 4 статьи, исследовано 16 статей: из них 3 мета-анализ, 3 РКИ и 10 систематический обзор.

Результаты и обсуждения. Сравнительный анализ эффективности и безопасности применения прямых пероральных антикоагулянтов для профилактики инсульта у больных с фибрилляцией предсердияпо сравнению с дозозависимымварфарином (международное нормированное соотношение 2,0-3,0) оценивали в международных исследованиях III фазы. 6-9 Первичными конечными точками безопасности были частота основного кровотечения, частота сердечно-сосудистых кровотечений, характерных для сердечно-сосудистых заболеваний (CRNM). Все четыре DOA были по меньшей мере столь же эффективны и безопасны, как варфарин. Кроме того, по сравнению с варфарином, DOAC снизили темпы внутричерепного кровоизлияния (ICH) на 50%. 4 Тем не менее, частота желудочно-кишечного кровотечения была увеличена для дабигатрана 150 мг два раза в день, ривароксабана и эдоксабана с более высокой дозой по сравнению с варфарином. Исходя из приведенных данных можно сделать вывод, что назначение ривароксобана в клинической практике профилактики тромбообразования у пациентов с фибрилляцией предсердия способствует достижению целевых уровней МНО.

Заключение. В целом результаты вторичных анализов показывают, что рекомендуемая стратегия дозирования для каждого из DOAC обеспечивает последовательный антикоагулянтный эффект у разных категорий пациентов с сопутствующими заболеваниями: сахарный диабет, нарушениями функции почек, сосудистыми заболеваниями а также пациентов на гемодиализе. Однако, поскольку клинические испытания фазы III не были предназначены для конкретной оценки эффективности и безопасности DOAC в этих подгруппах с высоким уровнем риска, результаты поисковых анализов следует рассматривать как генерирующие гипотезы.

Список литературы:

1. Исследователи фибрилляции предсердий. Факторы риска развития инсульта и эффективности антитромботической терапии при фибрилляции предсердий. Анализ объединенных данных из пяти рандомизированных контролируемых испытаний .ArchInternMed 1994; 154 : 1449-1457. [PubMed]
2. Ageno W, Gallus AS, Wittkowsky A, etal. Пероральная антикоагулянтная терапия: антитромботическая терапия и профилактика тромбоза . 9-е изд. В: Американский колледж сундуков врачи основаны на клинических практиках. Грудь 2012; 141 : e44S-e88S. DOI: 10.1378 / сундук.11-2292. [Бесплатная статья PMC] [PubMed] [CrossRef]

3. Эрикссон Б.И., Квинлан DJ, Эйкелбум Дж. Новый оральный фактор Ха и ингибиторы тромбина в лечении тромбоземболии .AnnuRevMed 2011; 62 : 41-57. DOI: 10,1146 / annurev-med-062209-095159. [PubMed] [CrossRef]

Түйін

Даулешова Ж.С., Абдешева М.Н.

ЖҮРЕКШЕЛЕР ЖЫБЫРЫ БАР НАУҚАСТАРДА ИНСУЛЬТТЫҢ АЛДЫН АЛУДА ПЕРОРАЛЬДЫ ТІКЕЛЕЙ АНТИКОАГУЛЯНТТАРДЫ ҚОЛДАНУДЫҢ ТИІМДІЛІГІ МЕН ҚАУІПСІЗДІГІНІҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ ЖҮЙЕЛІ ЕМЕС ШОЛУ

Марат Оспанов атындағы БатысҚазақстан Мемлекеттік медицина университеті
Жүрекшелер жыбыры бар науқастардағы инсульт профилактикасына тікелей пероральді антикоагулянттардың тиімділігі және қауіпсіздігін салыстырмалы түрде бақылау 16 статья негізінде жүргізілді. Келтірілген мәліметтерге сүйене отырып, ривараксандрды клиникалық практикада жүрекшелер жыбыры бар науқастарда тромб түзілудің алдын алу мақсатында қолдану МНО мақсатты деңгейіне қол жеткізуге әкеледі. Әр түрлі категориядағы қосымша аурулары бар науқастарда, мысалы қант диабеті, бүйрек қызметі бұзылыстары, қан тамыр жүйесінің аурулары сонымен қатар гемодиализдегі науқастарда антикоагулянттық әсері жоғары болды. Ривароксандр қабылдаған науқастарда бассүйекшілік қан кету қауіпі варфарин қабылдаған науқастарға қарағанда мейілінше төмен болып келеді.

Summary

Dauleshova Zh.S., Abdesheva M.N

West Kazakhstan Marat Ospanov state medical university

UNSYSTEMATICLY REVIEW OF COMPARATION EFFECTIVETY AND SAFTY OF USING DIRECT ORAL ANTYCOAGULATS FOR A PROPHYLAXIS OF STROKE ON THE PSTIONTS WITH ATRIAL FIBRILLATION.

The comparative analysis of the efficacy and safety of direct oral anticoagulants for stroke profilatics in patients with atrial fibrillation was carried out on the basis of these 16 articles. Based on the above data, it can be concluded that the appointment of rivaroxaban in clinical practice of prevention of thrombosis in patients with atrial fibrillation contributes to the achievement of target levels of INR. Anticoagulations efficiency were higher in different categories of patients with concomitant diseases: diabetes mellitus, disorders of the kidney, vascular diseases as well as patients on haemodialysis. The risk of intracranial bleeding in groups of patients taking rivaroxaban less in contrast to patients taking dose-dependent drug.

Джавланов Т.А., Иманкулов Д.Е., Иривсаев Б.А., резиденты хирургов I курса, Zulya.mkto@mail.ru
Научный руководитель: Сатханбаев А.З., к.м.н., профессор, Ascarsatchanbaev@ayu.ed.kz
факультет ОПВО, МКТУ им. Х.А.Ясави, г.Шымкент, РК.

ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ РАНЕНИЯХ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Введение. Среди заболеваний органов грудной и брюшной полостей важное место занимают травматические повреждения, которые требуют исключительного внимания хирургов. Литературные данные, говорящие о частоте травм грудной и брюшной полости разноречивы. По данным многих авторов [1,2,4], при открытых повреждениях органов грудной и брюшной полостей осложнение составляют до 4,76%. На современном этапе особенно спорным остается тактика хирурга при сочетанных ранениях грудной и брюшной полостей, являющихся одним из факторов развития осложнений в послеоперационном периоде [3,5,6]

Цель работы: разработать оптимальную тактику в лечении, при сочетанных ранениях грудной и брюшной полостей.

Материалы и методы. Наши наблюдения основаны на анализе 140 историй болезней больных, находившихся на лечении в хирургическом отделении ОКБ и ШГБСМП г. Шымкента с 2016г. по 2018г. с открытыми повреждениями органов грудной и брюшной полостей, что составляет в - (6,2%) от числа всех больных с травмами, находившихся в стационаре за указанный период.

Среди больных мужчин было (76%), женщин – в (24%). Это были лица преимущественно в возрасте от 16 до 46 лет. Они составили – в (6,2%) от общего количества больных с открытыми повреждениями. Аналогичные данные сообщают и другие авторы [3,5].

Результаты и их обсуждение. – В (55,2%) больных ранение было нанесено ножом, - в [38,5], колющим предметом типа стилета и - в (6,3%) выяснить характер ранящего орудия не удалось. Из общего количества в осенние месяцы года поступило - в (25,8%), в летние – в (42%), - в зимние – в (4,4%) и в весенние – в (27,6%) раненых. Из общего количества поступивших больных – в 12% были в предпраздничные и праздничные дни. Проникающие ранения без повреждения внутренних органов наблюдались – в (12,5%) больных, причем – в (5,2%) случаях имела место эвентрация тонкого кишечника, - в (7,3%) больных отмечено выпадение салника через рану. Одиночное ранение передней брюшной и грудной стенки было – в (53,6%) больных, - в (46,4%) – ранение было множественным.

Поздняя госпитализация больных с открытыми травмами грудной клетки и живота отмечена только – в (6,4%) случаев. Операция в первые часы после поступления в хирургическое отделение произведена – в (94,4%)

большим, 1,7% - через 1,5 часа. Задержка в проведении хирургического вмешательства обусловлена тяжелым состоянием больных и проведением реанимационных мероприятий.

В (41,6%) больных отмечены все симптомы острой анемии, - в (28,2 %) – положительный симптом Щеткина-Блюмберга и – в (46,2%) больного оба симптома положительные. У всех больных отмечалось напряжение мышц вокруг раны и – в (37,2%) больных отмечена тупость в отлогих местах. Операцию начинали под местной анестезией с первичной хирургической обработкой раны и если рана проникла в брюшную полость, то переходили на общий наркоз и производили срединно-срединную лапаротомию при наличии ранения на брюшной стенке, а торакотомия – при ранениях грудной стенки для ревизии органов грудной и брюшной полости. В случаях эвентрации сальника в рану операцию сразу же начинали со срединно-срединной лапаротомии с последующей перевязкой и отсечением сальника со стороны брюшной полости, а при эвентрации кишечника, последний промывали в физ.растворе и погружали в брюшную полость.

Торако-абдоминальные ранения относятся к числу наиболее тяжелых травм мирного времени, и носят, главным образом, колото-резаный характер, их диагностика трудна и во многих случаях характер ранения устанавливается только на операционном столе.

По нашим наблюдениям, - в (55%) из 140больных с колото-резаными торако-абдоминальными ранениями в момент ранения были в состоянии алкогольного опьянения.

Ранения грудной клетки справа отмечены– в (28,5%), слева –в (67,9%) двухсторонние торако-абдоминальные ранения – в (3,6%).

Сроки доставки в клинику от момента ранения были от 1 до 2часов. Все больные были оперированы, из них операция начата с первичной хирургической обработки раны грудной клетки и торакотомии- в (56,4%) и с лапаротомии– в (46,9%) человек.

При ревизии грудной полости ранение легких обнаружено – в (4,6%), сердца – у 2больного,легкого и перикард сердца -у2 и – в (23,2%) больных повреждение органов грудной полости не обнаружено.

В (70,5%) случаях ревизия органов брюшной полости произведена после срединно-срединной лапаротомии и в двух случаях ушиты раны диафрагмальной поверхности печени, в одном случае при левостороннем ранении ушито сквозное ранение левой доли печени, селезенки и 2 раны на желудке.

В (40,2%) больных после ревизии плевральной полости и обработки поврежденных органов, рана диафрагмы ушита шелковыми швами и после наложения швов на грудную стенку, производилась срединно-срединная лапаротомия – в (26,3%) больных.

У одного больного произведена тораколапаротомия и у 18операция начата сразу с лапаротомии (в этих случаях раны располагались в левом подреберье), обработаны раны и ушиты поврежденные органы брюшной полости, ушит дефект в диафрагме, показаний для торакотомии не было.

При ревизии брюшной полости обнаружены следующие ранения: изолированные повреждения паренхиматозных органов выявлены – в (30,4%) человек и повреждения полых органов – в (5,8%)одновременные повреждения паренхиматозных и полых органов– в (4,8%)ранение только сальника – в (28,1%) больных.

Из 140 наблюдаемых нами больных умерло 26что составляет 18,4%. Из них двое – от шока, 22от перитонита и 2– отвнутреннего кровотечения.

Выводы. Таким образом, сочетанные ранения грудной и брюшной полости относятся к числу тяжелых травм, поэтому в настоящее время летальность остается высокой - до 18,4%. При сочетанных ранениях торакальной и абдоминальной полостях, в первую очередь, необходима своевременная диагностика и оказание мед.помощи в полном объеме. До и во время оперативных вмешательств нужно восполнять объем кровопотери и предотвратить гемо-травматический шок. При наличии ранения одновременно грудной и брюшной полостей целесообразно начать операцию на грудной полости, а затем на брюшной.

Список литературы

1. Абрамцев П.Л., Огенесян Т.С., Григорян В.Д. Экстренная помощь при торако-абдоминальных ранениях // Хирургия. - 2016. - №3. - С. 90-92.
2. Басеева П.И., Кузнецов Т.Г. Последствие торако-абдоинальных ранений // Вест. Хирургии. -2018.-Т. 2.-С. 37-39.
3. Богеева И.И., Абрамов А.И., Колесов СВ. Лечение торако-абдоминальных ранений // Клиническая медицина. -2013.-№6.-С. 42-43.
4. Быстрицкий М.И., Дуплина З.К., Вагнер Е.А. Пути снижения летальности при торако-абдоминальном ранении//Клиническая хирургия. -2017. -№4.-С. 10-12.
5. ДероганьДА., Смагина И.И., Тимофеева Д.С. Сочетанная травма грудной и брюшной полостей // Вест. Хир. - 2012. - ж Т. 9, №4. - С. 53-55.
6. Воробьев П.Р., РучкоСИ., Дорофеев М.И. Осложнения после торако-абдоминальных ранений // Клиническая хирургия. - 2016— № 4. - С. 17-18.

Alibekova Zh.R, Auyezkhankyzy D., Head: Tullemissov K.Zh.
South Kazakhstan Medical Academy

POST-INJECTION INFECTED PURULENT WOUNDS IN DRUG ADDICTS INSTITUTION:

Алибекова Ж.Р., Ауезханқызы Д., Научный руководитель: Тулемисов К.Ж.
Постинъекционные инфицированные гнойные раны у наркоманов
Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент, Казахстан
Әлібекова Ж.Р., Әуезханқызы Д., ғылыми жетекшісі: Тулемисов К.Ж.
Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы
Есірткіге тәуелділерде инъекциядан кейінгі ірінді жаралар

Currently, drug addiction is almost of pandemic proportions and is one of the factors that determine the atypical and severe course of purulent wounds of soft tissues.

As you know, drug addiction contributes to the suppression of the immune system and reduction of the body's resistance, which in itself leads to more frequent development of inflammatory processes in drug addicts, and their use of non-sterile instruments and injectables provides a direct route of infection.

In the clinic of faculty surgery of SKMA on the basis of surgical departments №1 and №2 of the Hospital of Emergency Medical Aid in Shymkent in 2017-2018. there were 80 patients with post-injection abscesses and wounds. Of these, 67 (83%) are drug addicts with post-injection purulent wounds of various locations. There were 57 men, 10 women.

Almost all patients belong to able-bodied and socially active age. On admission to the hospital of 67 patients, 34% were delivered through the NSR, 31% were sent from different polyclinics of the city, 24% applied independently, 6% were sent from the Regional Clinical Hospital of Shymkent and 4.4% from the Regional Narcological Center. Of the narcotic substances, 19 patients used heroin, 23 patients used tetralgin, and in 25 patients, post-injection complications developed after saline was administered. The duration of their use of narcotic substances ranged from 1 month to 7 years. On average, all patients were admitted to the clinic 4-7 days after the onset of signs of a purulent-inflammatory process.

The purulent focus is usually located in the places of injection of narcotic substances.

The purulent focus in 24 patients is localized in the forearm, in 15 patients in the shoulder, 11 in the thigh, 3 in the lower leg, 3 in the foot, 3 in the buttock, 3 - x - in the supraclavicular region, 2 - in the hand and at the 1st in the inguinal region.

In 5 patients, the treatment was carried out conservatively, and in 61 patients, a purulent focus was opened, sanitation and drainage of the purulent cavity was performed. In the postoperative period, wounds were treated with solutions of hydrogen peroxide and furatsillina, drainage with gauze turunda with a hypertonic solution. Bandages with "Levomekol" ointment were used in the II and III phases of the wound process. Antibacterial therapy was obtained depending on the sensitivity of the microflora of the wound to antibacterial agents. The results of bacteriological seeding from wounds were as follows: Ps. Aeruginosa- seeded in 11 patients, Staph. Aureus - 12 patients, E. coli- 2, Enterobacter-1, Citrobacter-1, Protei-1, and in the remaining 39 patients a negative result.

Аралбаев Р.А. Ногай Е.В., интерны-хирурги, ХБ 705

Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент, Казахстан

ОЗОНОТЕРАПИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ГНОЙНЫХ ПЕРИТОНИТОВ

Используя озонотерапию в комплексном лечении различных форм перитонита, учитывают двоякий механизм патогенетического действия озона. Во-первых, локальное действие, с дезинфицирующей активностью в отношении бактерий, вирусов и грибов, что связано с нарушением их оболочки вследствие окисления фосфолипидов и липопротеинов, повреждения полипептидных цепей и протеинов. И во-вторых, системное, метаболическое в отношении белково-липидных комплексов плазмы и мембран клеток, ведущее к повышению рО₂ и устранению гипоксии на клеточном уровне, преобразованию и синтезу биологически активных веществ, ликвидации токсемии, усилению активности иммунокомпетентных клеток, улучшению реологии и кислородтранспортной функции крови, уменьшению интенсификации процессов перекисного окисления липидов и активации антиоксидантной защиты организма.

Местное применение озона и озоносодержащих препаратов: в ходе операции, после устранения источника перитонита, брюшная полость промывается физиологическим раствором, после чего полость живота на 10-15 минут заполняется 3 литрами озононасыщенного физиологического раствора (ОФР), полученного при концентрации озона на выходе 10 мг/л и охлажденного до 10-12 градусов. Повторные ревизии и санации брюшной полости осуществляются ежедневно до стихания внутрибрюшной инфекции, при этом сначала полость промывается 3-4 л физиологического раствора, а затем заполняется охлажденным ОФР на фиксированное время.

Парентеральное введение озонированного физиологического раствора: внутривенные инфузии 400 мл охлажденного ОФР с концентрацией озона 1,5-2 мг/л начинаются в период предоперационной подготовки больного и в дальнейшем продолжают ежедневно в течение 5-10 дней.

Критериями эффективности данной схемы лечения перитонитов являются клиническая картина, показатели, характеризующие тяжесть эндотоксикоза, данные биохимических, бактериологических результаты, состояние микроциркуляции крови в кишечной стенке, конечные результаты лечения больных.

Проведенные исследования показывают, что на 5-е сутки лечения с использованием озono-кислородной смеси начинают снижаться продукты ПОЛ и умеренно активироваться антиоксидантная система. На 4-5 сутки приближаются к норме показатели лейкоцитоза, лейкоцитарного индекса интоксикации, отмечается положительная динамика реологических показателей.

Тактика озонотерапии при перитоните должна строиться с учетом разрушающего воздействия на клеточные мембраны высоких доз озона, суточная доза озона не должна превышать 6-8 мг. Дозировка озона находится в прямом соотношении с возрастом пациентов: чем моложе организм, тем меньше должна быть доза, и наоборот - у пожилых людей дозировки должны быть выше и подбираться индивидуально.

Таким образом, озон – высокоректогенное химическое соединение. Эта реактогенность позволяет озону значительно модифицировать плоские бислойные липидные мембраны. В экспериментах с использованием кишечной палочки было установлено, что содержание одного из основных фосфолипидов ее мембраны - фосфотдидилэтанолamina после озонирования в дозе 1 мг/л в течение 2 минут уменьшается с 48,4% до 38,1%. Озон изменяет ее ферментативную активность клетки. В результате озонирования снижается ее дегидразная и каталазная активность. В культуре появляются лактозодефицитные штаммы бактерий. Все это способствует замедлению роста и размножения кишечной палочки (E.Coli). При концентрации озона 0,3 мг/л в течение 2 часов гибнет 97,7% клеток патогенной культуры синегнойной палочки, а за 4 часа 100% ее клеток. При той же концентрации озона (0,3 мг/л) в течение 1 часа погибает 99,9% клеток золотистого стафилококка. То есть, при озонировании погибает быстрее.

Как оказалось, к озону чувствительны не только бактериальные клетки, но и грибы рода Candida.

Противовоспалительный эффект озона обусловлен не только его высокой бактерицидной и противовирусной активностью. Озон существенно модулирует систему простагландинов – безусловных проводников воспаления, повышает активность глутатионовой системы, формирующей внутриклеточную антиоксидантную защиту организма против свободнорадикальных реакций.

Озон обладает выраженным антигипоксическим действием. При гипоксии тканей озон восстанавливает кислородо-транспортную функцию крови. В результате улучшается оксигенация тканей. Озонирование влияет на реологические свойства крови и процессы микроциркуляции путем увеличения скорости кровотока в микроциркуляторном русле, препятствует развитию пареза артериол.

У больных, получающих озонотерапию, наблюдается активация фагоцитоза. Введение озонированных растворов антисептиков при перитонитах привело к значительному клиническому эффекту, сокращению времени пребывания больного в стационаре в среднем на 27,6%.

На базе ОКБ 20 больных с перитонитом, из них: до 25 лет – 4 пациента, до 60-12 человек, после 60 лет – 4 человека. В динамике на 5-7 сутки отмечается улучшение общего состояния пациентов, снижение интоксикации, самостоятельный стул, нормализация перистальтики кишечника и показателей крови лейкоциты от 20×10^9 г/л до 10×10^9 г/л, улучшился симптом интоксикации за счет более ранней активации перистальтики, был самостоятельный стул, улучшились показатели биохимических анализов мочевины с 12-13 ммоль/л до 8,3 ммоль/л, креатинина с 8 мкмоль/м до 1,1 мкмоль/м в среднем.

Таким образом, использование озонотерапии в гнойной хирургии не утратило своей актуальности. Напротив, можно говорить о ее возрождении как перспективного метода комплексного лечения гнойно-воспалительных заболеваний. Однако, остаются недостаточно изученными иммунологические аспекты озонотерапии, которые, на наш взгляд, значительно расширят область медицинского применения озона.

Литература

1. Алексеев, С.А. Возможности патогенетической коррекции метаболических нарушений у больных распространенным перитонитом / С.А. Алексеев, Ю.М. Гаин, Ю.А. Соколов, А.В. Тарасенко // – Материалы 13 съезда хирургов Республики Беларусь «Проблемы хирургии в современных условиях». – Гомель, 2006. – том 1. – с. 18-19.
2. Зарубина, Т.В. Управление состоянием больных перитонитом с использованием новых информационных техно-логий / Т.В. Зарубина, С.А. Гаспарян // – Москва, изд. ГИТИСа, 1999. – 265 с.
3. Альперович, Б.И. Способ наложения управляемой лапаростомии при распространенном перитоните / Альперович З.Б.И., Барабаш В.И. // – Сибирский государственный медицинский университет МЗ РФ, г. Томск, МКЛПМУ «Городская больница № 3», г. Томск. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ssmu.ru/bull/03/2/1146.pdf> – Дата доступа: 12.03.2009.
4. Макаов, А.Х. Медицинский озон в лечении острого перитонита / А.Х. Макаов, А.А. Теуов, А.М. Базиев // Кафедра общей хирургии КБГУ. КБР, г. Нальчик. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://ozonotherapy.com.ua/17.09.2007/medical-ozone-peritonit-cure/> – Дата доступа: 12.03.2009.

Майор Т. Умаров Б.Э., интерны-хирурги 7 курса по специальности «Общая медицина»
Научный руководитель: к.м.н. **Жумагулов К.Н.**
Южно-Казахстанская медицинская академия г. Шымкент, Республика Казахстан.

СОВРЕМЕННЫЕ МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Актуальность проблемы Острый панкреатит (ОП) одно из наиболее распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта, ведущее к огромным физическим и финансовым потерям. Заболеваемость ОП во всем мире варьирует от 4,9 до 73,4 случаев на 100000 населения и имеет выраженную тенденцию к увеличению. Среди неотложных заболеваний органов брюшной полости ОП составляет 3 – 10% случаев. В структуре острого панкреатита большие панкреонекрозы составляют в среднем 15 – 30%. Летальность при ОП колеблется в пределах 5 – 75% в зависимости от формы заболевания. Удельный вес деструктивного панкреатита составляет 15-20%. Панкреонекроз является одним из наиболее тяжелых проявлений острого панкреатита и грозным хирургическим заболеванием. Летальность при панкреонекрозе даже в специализированных клиниках по данным различных авторов, составляет от 11 до 40%, при крупноочаговом инфицированном панкреонекрозе она более 80%, проводится постоянный поиск путей снижения этих показателей. Судьба больного с острым панкреатитом во многом определяется объемом некроза поджелудочной железы. Таким образом, изучение новых подходов к этапному комбинированному лечению гнойно-деструктивных осложнений острого панкреатита на основе пересмотренной международной классификации ОП (Атланта 1992, 2012), а также совершенствование технологий минимально инвазивных вмешательств при помощи новых инструментов и материалов представляется весьма актуальным вопросом абдоминальной хирургии.

Цель исследования: Повышение эффективности хирургического лечения больных острым тяжелым панкреатитом, осложненного инфицированным панкреонекрозом и ретроперитонеонекрозом.

Задачи исследования: Провести сравнительный анализ традиционных и современных методов хирургического лечения острого панкреатита. Выявить оптимальные методы хирургического лечения острого панкреатита с применением современных инновационных малоинвазивных технологий.

Материалы и методы исследования: Проведен анализ истории болезни больных пролеченных в хирургических отделениях областной клинической больницы ЮКО за последние три года.

При выборе тактики лечения панкреонекроза необходимо учитывать фазу течения заболевания, инфицированность очагов некроза и наличие осложнений. Лечение стерильного панкреонекроза основано на общих принципах интенсивной консервативной терапии, включающей следующие важные моменты: 1) подавление секреции поджелудочной железы, желудка и двенадцатиперстной кишки; 2) снижение ферментной токсинемии; 3) ликвидация гиповолемии, водно-электролитных и метаболических расстройств; 4) коррекция центральной гемодинамики и периферического кровообращения; 5) борьба с гипоксемией; 6) лечение пареза желудочно-кишечного тракта; 7) купирование болевого синдрома; 8) нутритивная и метаболическая поддержка; 9) профилактика инфицирования очагов некроза.

При неэффективности консервативных мероприятий нарастание симптомов интоксикации или распространенного перитонита является показанием к хирургическому лечению. Хирургическое лечение острого панкреатита на сегодняшний день включает в себя традиционную лапаротомию и современные малотравматичные методы лечения, с применением инновационных малоинвазивных технологий.

В нашем случае оперировано 83 пациента с острым тяжелым панкреатитом. Минимально инвазивные вмешательства выполнены 41 пациенту: видеоассистированные лапароскопии, бурсооментоскопии, ретроперитонеоскопии с ультразвуковой кавитацией гнойной полости и применением оригинального многоцелевого дренажа с имплантатом из никелида титана с памятью формы. 42 больным произведены открытые вмешательства. Больные, соответствовавшие критериям включения и исключения (83 чел.), были случайным образом разделены на две группы – группу исследования - 41 чел. и группу сравнения 42 чел. У пациентов группы исследования были выполнены минимально инвазивные вмешательства с использованием многоцелевого дренажа. У пациентов группы сравнения выполнялись открытые лапаротомии с программными санационными релапаротомиями и люмботомиями, дренированием брюшной полости, сальниковой сумки и забрюшинной клетчатки.

Методика малоинвазивных вмешательств. Первый вариант (первичная видеолaparоскопия (ВЛСК) + санационные этапные программные видеоассистированные бурсооментоскопии и/или видеоассистированные ретроперитонеоскопии). Вмешательство начинается с ВЛСК. Выполняется ревизия брюшной полости, выявляются признаки ОП и/или признаки панкреатогенного абсцесса, забрюшинной флегмоны. К ним мы относили наличие мутного или гнойного геморрагического выпота в брюшной полости, стеатонекроз, гиперемия и инфильтрация париетальной брюшины боковых каналов, чаще левого, вздутие желудочноободочной или желудочно-печеночной связок – как признак гнойного оментобурсита.

Второй вариант Доступ – срединная лапаротомия. 1. Эвакуация гнойного экссудата из брюшной полости. 2. Вскрытие, удаление гноя из сальниковой сумки, ревизия ПЖ и перипанкреатического пространства. При сформированных ваннах секвестрах – некрсеквестрэктомия. 3. «Открытая» УЗ-кавитация брюшной полости в течение 10 мин. 4. Установка в сальниковой сумке 2 многоцелевых дренажей по принципу «каждому отрогу гнойной полости свой дренаж». 5. Установка в точках Калька предложенных нами гильз для плановых санационных ВЛСК Лапаротомная рана ушивается наглухо. Тампоны в сальниковую сумку не вводятся. Дренажи в боковые каналы и в малый таз не устанавливаются.

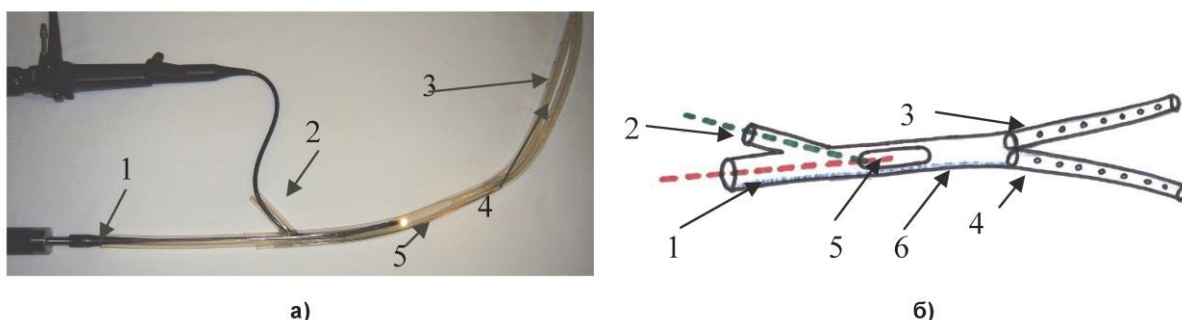


Рис. 1. Многоцелевой дренаж диаметром 30 мм, предложенный нами: а – фотография; б – схема: 1 – основной инструментальный канал дренажа (и для УЗ-кавитатора); 2 – видеоканал; 3, 4 – дренажные трубки для «отрогов» гнойной полости; 5 – инструментальное «окно»; 6 – имплантат никелид-титан

Кроме ВЛСК в нашей клинике применялись следующие малотравматические вмешательства, выполняемые при отёчном и неинфицированном панкреонекрозе: 1. Экстренная дуоденоскопия, эндоскопическая папиллотомия (ЭПТ) с литоэкстракцией при обтурационном папиллолитиазе. 2. Пункционно-дренирующий способ лечения под контролем УЗИ при парапанкреатических жидкостных скоплениях в салынковой сумке и забрюшинной клетчатке. 3. Холецистостомия под контролем УЗИ или лапароскопа (при нарастающей клинике механической желтухе). 4. Видеолапароскопическая санация и дренирование брюшной полости при ферментативном перитоните (лапароскопия должна всегда выполняться при неясности диагноза), оментобурсоскопия, ретроперитонеоскопия

Обсуждение результатов. Установленные эндовидеолапароскопическим способом многоцелевые дренажи, благодаря своему широкому просвету (20 или 30 мм), наличию двух обширных «окон» в проекции гнойной полости способствуют беспрепятственному оттоку гноя и эвакуации тканевых секвестров. Кроме того, исключают быстрое сужение раны и формируют широкий канал для последующего очищения раны и после удаления дренажей.

Все вышеперечисленные малотравматичные вмешательства дают возможность значительно уменьшить операционную травму у больных с острым панкреатитом, не снижая при этом эффективность дренирования и некрэктомии, что и обуславливает выраженные преимущества малоинвазивных методик, снижающих летальность, число послеоперационных осложнений, болевой синдром и продолжительность госпитализации.

Выводы 1. Эффективность применения малоинвазивных вмешательств определяется морфологической формой острого панкреатита и масштабом деструкции как в поджелудочной железе, так и в забрюшинной клетчатке. Наиболее эффективны эти вмешательства при интраабдоминальной экссудации и наличии сформированных парапанкреатических скоплений жидкости при отсутствии распространенной септической секвестрации забрюшинной клетчатки.

2. Использование минимально инвазивных вмешательств при инфицированном панкреонекрозе сокращает сроки пребывания больных в стационаре по сравнению с открытыми методами операций в 1,54 раза.

3. При использовании малоинвазивных методик болевой синдром менее выражен, что позволяет вдвое сократить необходимость в наркотике и избежать применения наркотических анальгетиков после вмешательств и перевязок.

4. Минимально инвазивные вмешательства позволяют снизить число послеоперационных осложнений при остром тяжелом панкреатите с $73,8 \pm 6,8$ до $29,3 \pm 7,1$ %, летальность с $54,7 \pm 7,8$ до $17,5 \pm 7,0$ %.

Литература

1. Бухвалов, А.Г. Многофункциональный дренаж для динамических санационных лапаробурсоментоскопий в лечении инфицированного панкреонекроза / А.Г. Бухвалов, В.Н. Бордуновский // *Анналы хирург. гепатологии.* – 2008. – Т. 13, № 3. – С. 41.
2. Галимзянов, Ф.В. Инфицированный панкреатогенный инфильтрат, панкреатогенный абсцесс и панкреатогенная флегмона, диагностика и лечение / Ф.В. Галимзянов, М.И. Прудков, О.П. Шаповалова // *Вестник Урал. мед. акад. науки.* – 2011. – № 4. – С. 34–37.
3. Зайнутдинов, А.М. Методы интервенционной радиологии в комплексном лечении больных панкреонекрозом / А.М. Зайнутдинов, И.С. Малков, И.Ф. Шарафисламов и др. // *Практ. медицина.* – 2014. – № 5 (81). – С. 50–53.
4. Крохин, А.А. Оценка риска формирования наружных панкреатических свищей после хирургического лечения деструктивных панкреатитов / А.А. Крохин, А.Г., Бухвалов, Д.М. Смирнов // *Актуальные вопросы хирургии: сб. науч.-практ. работ / Региональная дирекция мед. обеспечения на ЮУЖД, ГБОУ ВПО ЮУГМУ Министерства здравоохранения РФ.* – Челябинск, 2014. – С. 52.
5. Неотложная хирургия. Клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи населению УрФО / под ред. М.И. Прудкова. – Екатеринбург, 2013. – 88 с.
6. Острый панкреатит (протоколы, диагностика и лечение) / С.Ф. Багненко, Д.А. Благовестнов, Э.И. Гальперин и др. – М., 2014. – <http://pancreonecrosis.ru/ostriy-pankreatitprotokoli-diag> (дата обращения: 12.10.2014).
7. Савельев, В.С. Хирургическая тактика при панкреатите / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, С.З. Бурневич // *Анналы хирургии.* – 2003. – № 3. – С. 30–35.

8. Успешное лечение больной с множественными кишечными свищами / Г.В. Динерман, В.Н. Бордуновский, М.А. Дрожжилов и др. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2003. – № 11. – С. 44–45.
9. Classification of acute pancreatitis – 2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus / P.A. Banks, T.L. Bollen, C. Dervenis et al. // Gut. – 2013. – № 62. – P. 102–111.
10. Interventions for necrotizing pancreatitis: summary of a Multidisciplinary consensus conference / M.L. Freeman, J. Werner, H.C. Van Santvoort et al. // Pancreas. – 2012. – Vol. 41. – P. 1176–1194.
11. Loveday, B.P. A comprehensive Classification of invasive procedures for treating the local complications of acute pancreatitis based on visualization, route, and purpose / B.P. Loveday, M.S. Petrov, S. Connor // Pancreatology. – 2011. – Vol. 11. – P. 406–413.

Kispayeva T.T., Yendibay B.B.

THE INFLUENCE OF ANTHROPOGENIC FACTORS ON ONCOGENESIS

Industrial and technological promotions have effectively improved life conditions, but at the same time they changed the human living habitat, his way of life that there are begun to appear a lot of "modern diseases", such as cardiovascular diseases, disorders of the peripheral and cerebral dysfunctions, allergy and especially, cancer. As was revealed almost all heavy metals cause different cancer diseases [9,17]. In spite of, harmful toxicity, heavy metals are used in various industrial products; they are found in batteries, paints, vehicle emissions and etc. Moreover, they are utilized in daily used things, such as electronic devices and children's toys. So there must be a huge amount of wastes, which is an important source of pollutions to the natural habitat through erosion by rain and ground water flow to soil, rivers and the sea. Finally, there are high concentrations of diluted molecules of toxic heavy metals in human organism, which were accumulated by circulation in the bio-system, involving the food chain [3,5,18].

The increasing degree of industrial xenobiotics, the growing process of urbanization around industrial centers, causes the high frequency of incidence of cancer.

The review article will describe some of the toxic and oncogenic influences of some chemicals and heavy metals by submitting some explored incidents of cancer due to living near industrial areas.

Arsenic (As) is a heavy metal compound which by breaking intracellular signal ways can lead to numerous diseases. It was investigated, that compounds of arsenic causes genotoxicity of white blood cells in mice and human [14]. As residues by linking to DNA-binding proteins affect the process of DNA repair and cause high risk of oncogenesis. Discovered surveys show that accumulated arsenic methylated metabolites lead to the oncology of the urinary system in As-exposed rats [6].

Accumulated Cadmium (Cd) in the organism can accelerate transcriptional action of the metallothionein (MT), which is the universal protein of coding gene in most bodily organs. MT by binding to the Cd, forms a complex called Cd-MT, that mostly found in kidneys. That complex by making conformational changes causes degradation of glomerular cell functionality. These kind of changes lead to dysfunction of calcium metabolism and increase of the amount of calcium in kidneys, which is followed by the appearance of kidney stones and renal cancer. Moreover, Cd can affect on endocrine system by disrupting the production of reproductive hormones, such as testosterone, progesterone and imitating endogenous estrogen. Consequently, it allows to breast and ovarian cancers [10,11,24].

The toxicity of the chromium (Cr) depends on its valence. Hexavalent Cr was proven as human carcinogen by the International Agency for Research on Cancer (IARC) [4]. Cr compounds can produce free radicals, which are certainly carcinogenic. Cr (VI) has a strong toxicity, it generates reactive hydroxyl radicals, which can lead to damage of blood cells in bloodstream because of oxidation and destruction of the kidney and liver functions. If Cr (VI) compounds are reduced to the Cr (III), they can bind DNA and break off the cellular processes [7,8].

Some of nickel (Ni) compounds that found in industrial dust from Ni refineries are water-insoluble and carcinogenic. Ni via breathing in, can be settled in lungs and by disrupting the cell structure of nasal cavity and lungs, occurs the nasal and lung cancer, especially in workers of Ni refinery [13,20,21].

One more of the widespread environmental pollutant is Polycyclic aromatic hydrocarbons (PAHs), which are lipophilic. They can be passively diffused into cell membranes after an inhalation. PAH compounds are procarcinogens, cause not able to directly damage DNA [1]. However, under an influence of cytochrome P450 and other metabolic enzymes they transform into carcinogenic metabolites, such as catechols, phenols and etc. Finally, these metabolites by impacting DNA replication, lead to oncogenesis [23]. Although PAHs can occur DNA-reactive metabolites in liver following oral exposure.

There was a survey for cancer incidence among 1229 men and 1349 women in the East quadrant area of Ferrara, which is built over an area polluted with chlorinated organic compounds. The results show that there are an excessive percentage of stomach, liver and lung cancers, and fewer proportion of local population of lympho-haematopoietic malignancies and non-Hodgkin lymphoma. [15]

Epidemiological research in Campania (Italy), where illegally were burned and dumped industrial wastes, detected the evidence of an increased risk of liver and lung cancer. These residuals, such as plastics, wheels, textiles and etc. contain dangerous carcinogenic compounds as: dioxins, arsenic, lead, mercury, mineral oil, aluminum residuals. Consequently, by contaminating environment they hurt the men, and animals, too. It was detected, that sheep and buffalo bred in this polluted area, are more exposed to chromosome defect, higher level of mortality and pathological fetal development incidence [2].

It was revealed that in Chinese cities there is high concentration of PAH and Ni [12,16]. Because almost population mainly uses coal and fuel combustions for heating and cooking. Consequently, people from these locations are exposed to oncological diseases [19,22,25].

Conclusion

1. Alexandrov K., Rojas M., Satarug S. The critical DNA damage by benzo(a)pyrene in lung tissues of smokers and approaches to preventing its formation // *Toxicology Letters*. – 2010. – #198. – pp. 63–68.
2. Alfredo Mazza, Prisco Piscitelli, Cosimo Neglia, Giulia Della Rosa and Leopoldo Iannuzzi. Illegal Dumping of Toxic Waste and Its Effect on Human Health in Campania, Italy // *International journal of Environmental Research of Public Health*. – 2015. – #12. – pp. 6818–6831.
3. Bánfalvi G. Heavy metals, trace elements and their cellular effects // *Cellular Effects of Heavy Metals*. New York: Springer. – 2011. – pp. 3–28.
4. Byrne C, Divekar SD, Storch GB, Parodi DA, Martin MB. Metals and breast cancer // *Mammary Gland Biol/Neoplasia*. – 2013. – #18. – pp. 63–73.
5. Cichna-Marx M. Sample clean-up by sol-gel immunoaffinity chromatography for the determination of bisphenol A in food and urine // *Methods*. – 2012. – #56. – pp. 186–191.
6. Cohen SM, Ohnishi T, Arnold LL, Le XC. Arsenic-induced bladder cancer in an animal model // *Toxicology and applied pharmacology*. – 2007. – #222. – pp. 258–263.
7. Eastmond DA, Macgregor JT, Slesinski RS. Trivalent chromium: assessing the genotoxic risk of an essential trace element and widely used human and animal nutritional supplement // *Critical Reviews in Toxicology*. – 2008. – #38. – pp. 173–190.
8. Grün F, Blumberg B. Endocrine disruptors as obesogens // *Molecular Cell Endocrinology*. – 2009. – #304. – pp. 19–29.
9. Hambidge KM, Krebs NF. Zinc deficiency: a special challenge // *Journal of Nutrition*. – 2007. – #137. – pp. 1101–1105.
10. Itoh H, Iwasaki M, Sawada N, Takachi R, Kasuga Y, Yokoyama S, et al. Dietary cadmium intake and breast cancer risk in Japanese women: a case-control study // *International Journal of Hygiene and Environmental Health*. – 2014. – #217. – pp. 70–77.
11. Jahan S, Khan M, Ahmed S, Ullah H. Comparative analysis of antioxidants against cadmium induced reproductive toxicity in adult male rats // *Systems Biology in Reproductive Medicine*. – 2014. – #60. – pp. 28–34.
12. Kim, K. H., Shon, Z. H., Maulida, P. T. & Song, S. K. Long-term monitoring of airborne nickel (Ni) pollution in association with some potential source processes in the urban environment. – *Chemosphere* – 2014 – #111. – pp. 312–319.
13. Küpper M, Weinbruch S, Skaug V, Skogstad A, Thornér EE, Benker N, et al. Electron microscopy of particles deposited in the lungs of nickel refinery workers // *Analytical and Bioanalytical Chemistry*. – 2015. – #407. – pp. 6435–6445.
14. Pai MH, Chien YW, Tsai YH, Hu YM, Yeh SL. Glutamine reduces the expression of leukocyte integrins leukocyte function-associated antigen-1 and macrophage antigen-1 in mice exposed to arsenic // *Nutrition Research*. – 2008. – #28. – pp. 544–549.
15. Roberto Pasetto, Andrea Ranzi, Aldo De Togni, Stefano Ferretti, Paolo Pasetti, Paola Angelini and Pietro Comba. Cohort study of residents of a district with soil and groundwater industrial waste contamination // *Annali dell'Istituto Superiore Di Sanita*. – 2013. – #49. – pp. 354–357.
16. Srivastava NK, Majumder CB. Novel biofiltration methods for the treatment of heavy metals from industrial wastewater // *Hazard Mater*. – 2008. – #151. – pp. 1–8.
17. Stern BR. Essentiality and toxicity in copper health risk assessment: overview, update and regulatory considerations // *Journal of Toxicology and Environmental Health, Part A*. – 2010. – #73. – pp. 114–27.
18. Tchounwou PB, Yedjou CG, Patlolla AK, Sutton DJ. Heavy metal toxicity and the environment // *Molecular, Clinical and Environmental Toxicology*. – 2012. – #101. – pp. 133–164.
19. Tian, H. Z. Anthropogenic atmospheric nickel emissions and its distribution characteristics in China. *Science of Total Environment*. – 2012. – #417–418 – pp. 148–157.
20. Vaktskjold A, Talykova LV, Chashchin VP, Odland JO, Nieboer E. Small-for-gestational-age newborns of female refinery workers exposed to nickel. – *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*. – 2007. – #20. – pp. 327–338.
21. Vaktskjold A, Talykova LV, Chashchin VP, Odland JO, Nieboer E. Spontaneous abortions among nickel-exposed female refinery workers // *International Journal of Environmental Health Research*. – 2008. – #18. – pp. 99–115.
22. Wang, Q. Y. Characteristics of elements in PM_{2.5} during normal and haze period in Chengdu // *Environmental Chemistry*. – 2010. – #4. – pp. 644–648.
23. Wang S., Zhu J., Zhang R., Wang S., Gu Z. Association between microsomal epoxide hydrolase 1 T113C polymorphism and susceptibility to lung cancer // *Tumor Biology*. – 2013. – #34. – pp. 1045–1052.
24. Yang O, Kim HL, Weon JI, Seo YR. Endocrine-disrupting chemicals: review of toxicological mechanisms using molecular pathway analysis // *Journal of Cancer Prevention*. – 2015. – #20. – pp. 12–24.
25. Zhang YX, et al. Emission of polycyclic aromatic hydrocarbons from indoor straw burning and emission inventory updating in China // *Annals the New York Academy of Science*. – 2008. – #1140. – pp. 218–227.

Р.И Джурова, интерн 721 гр ВОП, email.Roksi_777_94@mail.ru,
Научный руководитель: Латыева М.Ш
Южно-Казахстанская Медицинская Академия, г.Шымкент, Республика Казахстан

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОПРОЛОЛА (КАРДОЛАКС) И ЕГО РОЛЬ В РЕМОДЕЛИРОВАНИИ СЕРДЦА БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Цель. Изучить влияние метопролола и его роль в ремоделировании сердца у больных хронической ИБС в сочетании с АГ, осложненной ХСН

Материал и методы исследования. Обследовано 65 больных (30 мужчин и 35 женщин) в возрасте 50-75 лет с диагнозом ИБС, стенокардия напряжения ФК II-III с АГ II ст. и ХСН ФК II-III, которые находились на лечение в кардиологическом центре. Уровень АД соответствовал мягкой или умеренной степени АГ. Обследование и лечение проводилось в стационаре 8-10 дней, затем продолжили амбулаторно. Больные условно были разделены на две группы. В первую группу были включены 45 больных с выше указанной патологией, которые получали метопролол 25 мг 2 раз/сут (Кардолак) и ИАПФ (эналаприл 5 мг 2 р/сут). Во вторую группу входило 20 больных, которые получали только эналаприл в начальной дозе 5 мг/сут, конечная доза 20 мг/сут без метопролола, затем продолжали наблюдения амбулаторно в течение 6 месяцев. Для оценки функциональной работы сердца был использован доплер-эхокардиограф. Исследования проводили в период пребывания больных в стационаре, затем на амбулаторном этапе наблюдения.

Результаты исследования. Лечение метопрололом (Кардолак) привело к улучшению клинического состояния больных и показателей структурно-функционального состояния сердца на доплер-эхокардиографии. Длительное применение метопролола в дозе 50 мг сут., привело к снижению размеров ЛП от 5,13±0,18 см до 4,61±0,14 см и ПЖ от 3,11±0,01 см до 2,90±0,08 см, снижению ИММЛЖ от 127,0±5,4 до 112±4,7 и увеличению ФВ от 48% до 52%, УО от 54 мл до 62 мл, МО от 4,36±0,20 л/мин до 5,30±0,20 л/мин, что свидетельствует о способности БАБ сбалансировать повышенное потребление энергии при тахикардии, сопутствующей гиперсимпатикотонии, скорректировать патологическое ремоделирование сердечно-сосудистой системы, отдалить или замедлить прогрессирование функциональной несостоятельности миокарда, вследствие нарушения функции самих бета-адренорецепторов (down-regulation) и снижения реакции на катехоламины с прогрессирующим уменьшением сократительной функции кардиомиоцитов.

Выводы. Таким образом, препарат метопролол (**Кардолак**) является эффективным средством при лечении больных с стабильной стенокардией напряжения ФК II-III и АГ, осложненной ХСН. Длительное применение метопролола от 3-х месяцев и больше улучшает функцию сердца, уменьшает функциональный класс ХСН, нормализует показатели диастолического наполнения левого желудочка и улучшает продолжительность жизни больных с ХСН.

Р.И Джурова, М.М Кельдиева интерны 721 гр ВОП, email.Roksi_777_94@mail.ru
Научный руководитель – асс. Латыева М.Ш
Южно-Казахстанская Медицинская Академия, г.Шымкент, Республика Казахстан

ФАКТОРЫ РИСКА ИНСУЛЬТА У МОЛОДЫХ

Цель. Определить основные факторы риска развития инсульта у молодых.

Материал и методы исследования. Были обследованы 18 больных в возрасте от 20 до 40 лет с диагнозом ОНМК, которые находились на стационарном лечении во 2-ом неврологическом отделении с января по декабрь 2017 года. Диагноз был подтвержден на основании клинико-неврологического осмотра, а также нейровизуализационных методов. Для изучения основных факторов риска инсульта у молодых пациентов применяли такие методы исследования как: электрокардиография, эхокардиография, измерение артериального давления, исследование липидного профиля, компьютерная и магнитно-резонансная томография, а также учитывалось наличие вредных привычек и образ жизни больного. Средний возраст больных составил 32,5±1,2 года. Мужчины составили 7 человек, женщины – 11.

Результаты исследования. В ходе исследования выявлены 10 больных с геморрагическим инсультом, 8 больных - с ишемическим инсультом. Результаты исследования показали, что у 3 (16,7%) больных причиной инсульта был разрыв аневризмы (по данным КТ и МРТ), в 5 (27,8%) случаях была диагностирована эссенциальная гипертензия, которая носила бессимптомный характер вплоть до развития инсульта или легкую степень выраженности инсульта, у 2 (11,1%) – посттравматический ишемический инсульт, в том числе у 1-го больного была травма грудной клетки с переломом ребра. Гиперхолестеринемия имела у 2 (11,1%) пациентов. У 1 (5,5%) больного среди известных факторов риска было только курение. У 2 (11,1%) установить факторы риска и причину инсульта не удалось. Среди лиц женского пола, двое (11,1%) больных находились на 1-ом

триместребеременности, одна(5,5%) принимала оральные контрацептивы (11,1%) и у одной из них были признаки миокардита (по данным ЭКГ, ЭхоКГ и рентгенографии органов грудной клетки).

Выводы. Таким образом, инсульт у молодых является многофакторным. В первую очередь имеет значение артериальная гипертензия, как для развития геморрагического, так и ишемического типа инсульта. Особую роль в возникновении инсульта у молодых женщин имеет беременность и послеродовое состояние. Аневризмы сосудов также являются серьезным фактором риска инсульта. Изучение факторов риска инсульта способствует разработке оптимальных мер профилактики развития данной патологии у молодых.

Dugachieva H. L., Scientific advisors: **Annaorazov Y.A.** - senior teacher, department of Surgical Sciences; **Khasanova U.A.** – senior teacher, department of Foreign languages of SKMA, Shymkent city, 212 GM SKMA, Shymkent city

LAPAROSCOPIC SURGERY IN GYNECOLOGY

Abstract: this article are described the comparative analysis of laparoscopic and laparotomy surgery in gynecology. The possibilities and effectiveness of laparoscopy were determined in the diagnosis and treatment of gynecological diseases. The great discoveries of topographic anatomy and surgery with modern advances operative gynecology were studied by scientist N. I. Pirogov .

Keywords: Pirogov, laparoscopy, tubectomy, myomectomy, hysterectomy, tubal-peritoneal infertility.

Introduction:

Operative endoscopic gynecology is an independent section of endoscopic surgery, including operations on the pelvic organs of a woman performed by laparoscopic and hysteroscopy access. The rapid development of endoscopic treatment methods in gynecology has allowed to expand the indications and improve the surgical treatment results, as well as to develop new, more rational reconstructive plastic and organ-sparing operations. Progress in surgery in recent decades has been largely associated with the development and introduction of laparoscopic interventions into clinical practice. Laparoscopy was regarded as a revolution in surgical technology. Intensive development of endo-surgical technologies became possible due to the fact that the endo-surgical complex was created by the company Endo Medium in Kazan in 1993. Nowadays laparoscopy is an integral part in surgical gynecology. Laparoscopy has become an indispensable diagnostic and therapeutic method.

Materials and methods:

For laparoscopic interventions are used endo-surgical complex (“Karl Storz”) and a set of endo-surgical instruments. Laparoscopy is performed by the surgeon, who directly manipulates the instruments, and one assistant, who is the camera operator. The operation is performed under endo-tracheal anesthesia. Below the umbilical fossa make a skin incision long to 0.3 cm. Then, trocars are used to make punctures, punctures the anterior abdominal wall under the navel and in both iliac regions. A laparoscope and instruments are inserted through them. A particularly important stage in the development of operative gynecology was the use of laparoscopy for the diagnosis and treatment of emergency conditions [1]. Laparoscopic surgery is performed using clamps, mono or bipolar forceps, scissors. As a result, surgical treatment methods such as diagnostic laparoscopy with biopsy were introduced into medical practice; sterilization; surgery for tubal and peritoneal infertility; surgery for ovarian tumors and cysts, polycystic ovary syndrome; tubectomy; surgical treatment of endometriosis; enucleation of myoma nodes of the uterus; hysterectomy; extirpation of the uterus with lymphadenectomy; reconstructive plastic surgery for the malformations of the internal genital organs; colpoxe; tubal pregnancy; ovarian apoplexy; rupture of ovarian cysts; torsion of the uterus; torsion subserous myoma node; acute inflammatory diseases of the uterus (purulent salpingitis, pyosalpinx, purulent tubo-ovarian formations); differentiation of diagnosis between surgical and gynecological pathology is necessary. [2,3-4].

Results:

Comparative analysis of the laparoscopic results and traditional laparotomic surgery showed that the introduction of a new technology allows for an early diagnosis. This method gives more information which allows to carry out an organ-preserving operation, a reduction in the formation of postoperative adhesions, early activation makes it possible to quickly restore labor capacity, a minimum number of beds in the hospital and decrease in pharmaceutical costs, a cosmetic effect and decrease in the severity of postoperative pain. It is also not necessary to remove the stitches and bandaging is not required, after the second day the patient is observed on an outpatient basis. Drawbacks with traditional laparotomic intervention are: a large operative injury, the possibility of infection, the development of postoperative adhesions, the possibility of the development of postoperative hernia. Late restoration of labor activity increases the need for medicines. There are also contraindications to laparoscopy: hemorrhagic shock, diffuse peritonitis, acute cardiovascular failure, acute cerebrovascular accident. Previously, if a patient underwent a laparotomy, it was considered a contraindication to performing laparoscopic surgery due to the risk of iatrogenic damage to the abdominal organs against the background of the adhesive process. To date, this is not a reason for failure of laparoscopy. For safety, you should use: open laparoscopy, double laparoscopy, Veresh's optical needle, etc.

Conclusion:

Thus, laparoscopy is less traumatic than traditional laparotomy. And laparoscopic surgery is effective surgical treatment for women in gynecology. We have little doubt that modern endoscopic surgery is directly related to the works of N.I. Pirogov. Without careful study of topography, without taking into account the anatomical and physiological features of the patient, without knowledge of the mechanisms of pain shock development, it is impossible to perform very delicate operations on organs located in the pelvic cavity in a confined space. The immediate prospects for the development of operational methods in gynecology are the optimization of techniques and the introduction of advanced operations into practice, the development of new surgical technologies, the use of telecommunication systems, the use of robotic manipulators.

Literature

1. Shtyrov S.V. Laparoscopy for urgent conditions in gynecology Author. dis. ... Dr. med. - M., 2005. - 46 p.
2. Laparoscopy in gynecology / Ed. GM Savelieva. - M.: GEOTAR MEDICINE, 2000. - 328 p.
3. Savelieva G.M., Breusenko V.G., Solomatina A.A. and other Diagnostics of tumors and tumor-like formations of the ovaries // Ros. we know akush.-gin - 2005. - T.5. - No 6. - P.53–61.
4. Savelieva G.M., Breusenko V.G., Kappusheva L.M. et al. Principles of endoscopic myomectomy // Ros. we know akush.-gin - 2002. - Vol. 2. - No5. - pp. 64–71.

Ескендіров Б.Б., Ахметова Б.Д., Садиев Е.К.

Интерн-хирургии 6 курса, E-mail: bekkozhae@mail.ru

Научный руководитель: Тажимурадов Р.Д., д.м.н., профессор, РКЕ-mail: tazhimyradov@mail.ru

ОПВО факультет, МКТУ им. Х.А.Ясави, г.Шымкент, РК

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДКА

Введение. Большинство исследователей указывали на необходимость при диагностике предраковых заболеваний желудка применять небольшое количество рентгеноконтрастной массы, так как при тугом заполнении желудка мелкие очаги перекрывались контрастной массой, становясь недоступными для глаза исследователя. [1,4,5,9]. С другой стороны, имеется мнение о необходимости тугого заполнения желудка при рентгенологической диагностике очага (особенно мелких), полипозного гастрита, так как считается, что при использовании большого количества контрастного вещества мелкие очаги теряются в складках слизистой. [2,3,6] Промежуточное сложение между двумя указанными точками зрения занимают рекомендации диагностировать крупные очаги при тугом заполнении желудка контрастной массой, а малые - при заполнении желудка слабоконтрастной взвесью. [7,8]

В настоящее время успешное распознавание ПРЗ желудка возможно в условиях любой районной больницы, современная методика в цифровом рентгенологическом аппарате исследования позволяет детально изучить структуру слизистой желудка и почти безошибочно выявить очагов.

Цель и задача: Разработать эффективных рациональных и рентгенологических методов обследования в диагностике у больных предраковыми заболеваниями желудка.

Материалы и методы: В настоящей работе рентгенологическое исследование проведено у 70 из 72 больного. У 2 больных рентгенологическое исследование не проведено после гастроскопии.

При установлении диагноза ПРЗ в желудка мы считали обязательным однократное рентгенологическое исследование желудка сочетать с гастроскопией и обязательной прицельной биопсией из очага окружающее его слизистой оболочки. Некоторым больным, которым не производилось гастроскопического исследование, рентгеноскопия произведена дважды, а в сомнительных случаях и трижды.

Результаты и их обсуждения. В наших наблюдениях складки слизистой были нормальными у 15, сглаженными - у 29, обрыв складок был обнаружен у 26 больного.

В данной нашей работе глубокая перистальтика у больного была отмечена в 23 случаях, средней глубины - в 32, отсутствие перистальтики - в 10 случаях. Эвакуация из желудка была замедлена - у 42, ускоренная - у 22, оказалась нормальной - у 6 больных.

Смешаемость желудка, при раке на фоне ХАГ в основном остается свободной, перигастрит, который мог бы препятствовать смешению желудка, в данной ситуации развивается редко.

При рентгенологическом исследовании рака на фоне язвы в злокачественной стадии, особое внимание уделяется состоянию слизистой оболочки желудка соседствующим очагом, характеру складок, их подвижности, калибру, времени задержки бариевой массы в складке.

Обрыв складок слизистой около очага нами обнаружен у 9 больных, у 7 очаги оказались малигнизированными, а у 2 без образования. Как видно, обрыв складок слизистой чаще отмечается при малигнизированных процессах, но и не исключается при доброкачественных.

Адекватная оценка злокачественности патологического процесса по его величине произведена у 8 больных, у 3 рентгенологически заподозренная малигнизация не подтвердилась при морфологическом исследовании, у 18 больных гистологическом исследовании выявлен злокачественный рост опухоли, чего не предполагалось при рентгенологическом изучении.

У - 54 больных подозрение на малигнизацию было высказано на основании наблюдавшегося роста очага, у - 28 из них при гистологическом исследовании диагноз подтвердился, а у - 26 был отвергнут.

Глубокая перистальтика отмечалась у - 15 больных малигнизированным, средней глубины - у 8, слабая у - 26, отсутствовала у - 5 больных.

При аденокарциноме величина дефекта заполнения варьировала от 2 до 6 см. У - 46 больных дефект заполнения оказался неправильной формы, с неровными волнистыми контурами, складки слизистой располагались неправильно, были утолщены, грубы, извиты. Аналогичные данные встречены нами в литературе.

Злокачественные очаги рентгенологически представлялись в виде округлых, овальных и реже неправильной формы дефектов заполнения.

Величина их варировала от 1,5 до 3 см. Контур дефекта чаще всего оказывались ровными, иногда, неровными, изъеденными. Складки слизистой представлялись утолщенными, извитыми, иногда разрушенными в окружности дефекта заполнения.

Очаги переходящие в рак, при рентгенологическом исследовании обнаруживались в виде дефектов заполнения преимущественно округлой формы с неровными, волнистыми контурами, величина дефектов - от 2 до 4 см. Складки слизистой, как правило, обрывались около очага. Полиповидный рак представлялся в виде одного или нескольких, слившихся друг с другом, дефектов заполнения обычно округлой или неправильной формы с ровными контурами. Величина их достигала 0,6 см. Складки слизистой были перестроены, утолщены, ригидный. При наличии множественных мелких очагов рельеф слизистой оболочки рентгенологически выглядит в виде ячеистого рисунка, с неровными контурами желудка в этом отделе, характерно наличие «зубрин», «полудунных выемок». Сочетание очагов и рака желудка характеризуется несколькими дефектами заполнения, больше из которых свойственен раку, а мелкие - полипам.

Рентгенодиагностика сочетанных поражений желудка затруднительна так, в 13 из 38 случаев нами обнаружены множественные дефекты заполнения в желудке. Из этих 13 наблюдений, лишь в двух удалось рентгенологически диагностировать сочетанное поражение желудка ХАГ и раком. В остальных случаях сочетанное поражение было выявлено лишь при изучении резецированного препарата.

В других 58 из 70 случаев при рентгенологическом исследовании был обнаружен дефект заполнения, расцененный рак, а наличие очагов не было констатировано. Это могло быть обусловлено тем, что обнаруженный дефект заполнения, свойственный раку, полностью занимал рентгенолога, не уделившего достаточного внимания исследованию рельефа слизистой, других отделов желудка. В связи с этим мелкие дефекты заполнения, оставались не диагностированными.

Таким образом, из 70 больных, обследованных нами, полное совпадение рентгенологического и гистологического диагнозов было отмечено лишь у - 42 (60%), больных.

Локализация очагов по отделам желудка при рентгенологическом исследовании правильно оценена у - 36 больных, неточно у - 12, правильное расположение на той или иной стенке у - 24, неправильное у - 19.

Выявленное рентгенологическое изъязвление очага послужило поводом для подозрения на малигнизацию его у - 54 больных, но лишь у - 38 это подозрение оказалось оправданным.

У трети обследованных нами больных очаги с обнаруженными рентгенологическими изъязвлениями сохраняли доброкачественное строение. Последнее, вероятно, может быть связано с тем, что изъязвлению может привести нарушению кровообращения в ткани доброкачественного характера.

Таким образом, на основании только лишь данных рентгенологического исследования судить о доброкачественности или злокачественности очагов, их локализации, величине и распространенности патологического процесса в желудке не представляется возможным.

В любом случае, выявив очагов в желудке рентгенологически, необходимо дополнить диагностические мероприятия электрогастрографическим и эндоскопическим исследованием желудка с прицельной биопсией самого очага и окружающей его слизистой оболочки о последующим гистологическим исследованием биоптата.

Выводы:

1. Основным рентгенологическим признаком при патологии ПРЗ, является дефект заполнения и его величина, формы, консистенции, количество очагов, состояние складок слизистой оболочки, смещаемости очага и локализации патологического процесса.

2. Только при рентгенологическом исследовании определяются моторно-эвакуаторной и перистальтической функции желудка.

3. Полное совпадение рентгенологического и гистологического диагноза было отмечено лишь, у - 42 из 70 больных, и у - 68 из 72 больных при эндоскопическом.

4. Рентгенологического метода необходимо дополнить эндоскопическим исследованием желудка с прицельной биопсией самого очага и окружающей его слизистой оболочки с последующим гистологическим исследованием биоптата.

Литература

1. Абдуллаев Д.М. Известия Акад. наук УзССР, серия медицина, 2012 г. №2, с.22-23
2. Асланов Т.Т. Сбор. науч. трудов/НИИ Рентрадиол и онк. МЗ Аз.р. ССР/2017 г. том 7, с.259-258
3. Каделис Г.В. Клиническая рентгенология 2014 вып.2, с.31-35
4. Кириллова Р.А. В книге: Абдоминальная хирургия и травм. 2014. С.46-53
5. Лукиных А.К. Советская медицина 2016, №12, с.109-113
6. Маринберг В.А. В книге: труды 1-го МолГМИ. 2012 том 16 с.131-140
7. Протопопов А.Н. Клиническая медицина 2016 г. том 37, №4, с.73-74
8. Рейнберг С.А. Роттермель Э.Ф. Клиническая медицина 2012.10, с.19-22, с.926-945
9. Рыбинский А.Д. Клиническая медицина 2016 с 109-115

УДК: 004.9

Жақап Б.Ә. 620-18, Пердебаева А., Құлахметова С, Шекербекқызы М., 633-18 тобының дәрігер-интерні,
gipokrat78@mail.ru, zhakar@bk.ru,

Жамантаев Ж.Ә, Сыздықбаева Ж.Ж. резидент-педиатр, ХҚТУ, ҚР
Ғылыми жетекшісі: Қуандықов Е.К.– м.ғ.к., доцент м.а., г.Шымкент, ҚР

ТӘЖІРИБЕЛІК ДАҒДЫЛАРДЫ ҮЙРЕТУДЕ САНДЫҚ ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫ ҚОЛДАНУ

Соңғы жылдары цифрлық технологияның біздің күнделікті өмірімізге етене енуін жиі байқаймыз. Үлкен жобалар, Smart City сияқты бағдарламалар әзірленуде, Алматы, Астана, Шымкент секілді ақылды қалалар пайда болуда. Осындай ауқымды жобалардың негізгі қағидаты - бұл мегаполистердің тұрғындарының өмірін ыңғайлы, қауіпсіз, мобильді етіп жақсарту. Бұл мақсатта әлем елдері белсенді жасыл, цифрлық технологияға ауысуда. Мысалы ретінде - Wi-Fi қосылыстары, 4G технологиясы, күн панельдерін пайдалану, қауіпсіз жүру жолдары, QR коды және басқаларын атауға болады.

QR код (жылдам жауап беру коды) - матрица штрих-кодтарының (немесе екі өлшемді штрих-кодтардың бір түрі (Википедия). «QR коды» - «DENSO Corporation» компаниясының тіркелген сауда белгісі болса да, оны пайдалану қандай да бір лицензиялық төлемдерді қажет етпейді, ISO стандарттары ретінде сипатталады және ашық жарияланады.

Күнделікті өмірде QR кодын қолдану мүмкіндігі 2011 жылы Германиядағы статистика бойынша шамамен 70% -ға өсті. Осындай жағдай Еуропа мен Америка Құрама Штаттарында байқалды. Ресейде QR кодтары тек жарнамалық және бизнес саласында серпінге ие бола бастады, бірақ білім беру мақсаттарында олар іс жүзінде қолданылмайды, дегенмен, мұндай кодтар оқу саласында да пайдаланылуда [1].

Бұл технологияны қолданудың әдістерінің бірі төлемдерді қабылдау. Қазіргі уақытта пластикалық карталар, электрондық ақша, SMS сияқты төлемдердің жаңа түрлерінің пайдасына қолма-қол ақшаны пайдаланудан бас тарту үрдісі байқалады [2].

QR-кодты жиі билбордтарда, саябақтарда және жаппай демалу және туризм орындарында көруге болады. QR-кодтарын мұражай, көрме, галереяда қолдану өте ыңғайлы, мұнда көрсетілген экспозиция туралы ақпаратты қысқаша жеткізуге тура келеді. Көше, бульвардың атуының тақтайшасында шағын QR кодтарының белгілерін жиі көре аламыз.

Шымкент қаласы, Қазақстанның мегаполистерінің бірі ретінде, әлеуметтік-мәдени және нысандарға үлкен мән берілетін қала. Орталық саябақта, сондай-ақ басқа да мәдени орындарда азаматтардың QR коды бар объектілерді жиі көруге болады. Ең әдемі фотосуреттерге авторлар қол қояды және әрқайсының астында QR-кодтары мөрленеді.

Сандық жүйе денсаулық сақтау жүйесімен де тығыз байланысты. Дәрігер мен науқастың электрондық амбулаториялық картасымен, үйдегі дәрігерге қоңырау шалуда, флюорографиямен және басқа да көптеген функциялармен жүйелі түрде дәрігерлермен жұмыс істеуді жеңілдету және медициналық көмекке қолжетімділікті кеңейтуге мүмкіндік берілді. Мұның барлығы интеграцияланған медициналық ақпараттық жүйеде (КМИС, АИС) көрініс алған.

Сандық технологиялар білім беру жүйесінде жиі қолданыла бастады. Platonus - есеп пен тіркеу формаларының бірі. Оқу үдерісіндегі студенттің, мұғалімнің, университеттің барлық қажетті деректерін осы бірыңғай, орталықтандырылған базада жазуға болады. Ол құжаттаманы оңтайландыруға, цифрлық формадағы ілгерілеуге, емтихан нәтижелеріне т.б. аударуға, сондай-ақ мұғалімдерден көп уақыт кететін есеп беру рәсімін жеңілдетуге бағытталған. QR коды халықаралық білім беру жәрмеңкесінде, шетелдік университеттің тұсаукесерінде, жапсырмаларда, плакаттарда және т.б. қолданылады.

Заманауи ақпараттық технологиялардың пайда болуы білім беруді даралау мәселесіне жаңа көзқарасқа жол ашты. Білім беруді ақпараттандырудың дамыған бағыттарының бірі электрондық білім беру ресурстарын пайдалану болып табылады [3].

QR кодын жасау: 1-қадам - ақпаратты кодтау және QR кодын жасау, 2-қадам - ақпаратты декодтаудан тұрады.

Практикалық дағдыларды қалыптастыру және OSKE кезінде QR кодын пайдалану

Студент, интерндердің, резиденттердің, үздіксіз білім беру тыңдаушыларын практикалық дағдыларын қалыптастыру үшін әр оқу орнында арнайы жабдықталған сыныптар бар. Ол жерде студенттер белгілі бір мамандықтар бойынша маманданған манекендер немесе симуляторлар бойынша белгілі бір дағдыларды меңгеруге мүмкіндік алады. ЖТД, педиатрлар т.б. тәжірибелік дағдылану барысында ақпараттық-дидактикалық ақпаратпен қамтамасыз етіледі.

Медициналық факультет студенті теориялық білімдерін пайдалану арқылы тәжірибе жүзінде іске асыру және нақты клиникалық жағдайды имитациялайтын манекендерді өз бетімен қолдану арқылы білімін шыңдайды. Тапсырманы орындау үшін оқушы алдымен белгілі бір дайындықты, қайталауды қажет етеді. Әр-бір манекен немесе симулятордың жанында ақпаратқа жылдам қол жеткізу үшін, кілт сөздің атауын және QR кодын көрсететін кішігірім ақпарат парағын ұсыну қажет деп есептейміз. 1-сурет.

Маникенге жақындағанда, студент смартфонға алдын-ала орнатылған QR-кодты сканерге қашықтан қосу жеткілікті. Толық және жан-жақты ақпарат пайдаланушыға дереу қол жетімді болады. Мысалы: (Мурашко В.В. ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ. Москва «МЕДпресс-информ» 2017. Учебная литература.)



Клиникалық жағдайды неғұрлым тиімді зерттеу және дағдыларды игеру үшін біз әр параққа тек ресми ақпаратпен ғана емес, сонымен қатар қосымша сілтемелерді алдын-ала жасау керек және бірнеше кодты көрсету арқылы материалды кеңейте аласыз.

Мысалы, электрокардиограмманы түсіруге арналған құрылғы ұсынылған. Демек бөлек парақта кодтар жазылады: 1-QR код ЭКГ аппараты туралы ақпарат, техникалық сипаттамалар, жұмыс істеу принципі, құрылғы және т.б.көрсетіледі. 2- код кілтпен шифрланған манекен жайында болады. 3-ші код - белгілі бір шарттар мен сұрақтарға жауап беретін жағдайлық, клиникалық есептер, тапсырма. 4 - осы тақырып бойынша әдістемелік нұсқауларға қол жеткізуге болады. 5-код - электрокардиография бойынша тренингке арналған видео жүктеледі. 6-кодты ғылыми дәлелді ақпарат көздері, беделді басылымдарға сілтемелер, мақалалар, рефераттар және т.б. Сонымен қатар, мақсаты мен тапсырмаларға байланысты мұғалім сабақтың басында студентке кодтар (анықтамалар, ақпараттар) белгілі бір бөлігін және процедураны аяқтағаннан кейін, мысалы, талдау және салыстыру, өзін-өзі бағалау, тесттік тапсырмаларды бекіту ретінде орындауға мүмкіндік бере алады. Осылайша, ұялы құрылғыларды пайдалану арқылы тәжірибелік дағдыларды үйретуде біздің ұсынылған тәсіл тек техникалық құрылғыларды пайдаланып бұрынғы қалыптасқан оқыту дәстүрлерін жалғастырып қана қоймай, оларды мобильді платформалардың түбегейлі жаңа мүмкіндіктерін қолдану арқылы кеңейтеді. Ұсынылған технологияларды қолдану тәжірибесі біздің заманауи, шынайы іске асырылған білім беру практикасында олардың тиімділігін көрсетті. Сонымен қатар, клиникалық дағдыларға оқыту тек сабақ жүйесінде ғана емес, сондай-ақ жаңа ақпаратты табысты алу үшін өте маңызды болып табылатын тәуелсіз және іздеу қызметі түрінде жүзеге асырылады [4].

Қорытындылай келе, QR коды - бұл біршама «тренд» емес екенін, бұл қарапайым және қолдану әдістерінің саны шексіз пайдалануға жол ашады.

Қолданылған әдебиеттер

1. Литус К.Д., Напалков С.В. QR-коды в образовании школьников. Секция «Web-технологии в образовательном пространстве». International student research bulletin № 5, 2015. С.562-563.
2. Maria Ponyavina. New uncommon methods of using qr-codes in the marketing policy of a modern company. <https://elibrary.ru/item.asp?id=21161473>.
3. Демин М.С., Кузнецова А.В. Использование информационно-коммуникационных технологий для создания интерактивных опросов. Современные тенденции организации образовательного процесса: от идеи к результату. Материалы Международной научно-практической конференции. Чебоксары. 2017. С. 101-103.
4. Самохина Н.В. Использование мобильных технологий при обучении английскому языку: развитие традиций и поиск новых методических моделей. Фундаментальные исследования. – 2014. – № 6 (часть 3) – С. 591-595.

Аннотация

Жақап Б.Ә. 620-18, Пердебаева А., Құлахметова С, Шекербекқызы М. 633-18, врачи-интерны, gipokrat78@mail.ru, zhakap@bk.ru, Жамантаев Ж., Сыздықбаева Ж.Ж. резидент-педиатр, МКТУ, г. Шымкент, РК МКТУ, г. Шымкент, РК, научный руководитель: к.м.н., и.о.доц. Куандықов Е.К., ЮКМА, Шымкент, Казахстан

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ОБУЧЕНИИ ПРАКТИЧЕСКИМ НАВЫКАМ

Статья содержит краткие сведения по использованию цифровых технологий в системе образования. Рассматривается возможность применения QR-code при формировании практических, клинических навыков.

Summary

Zhakap B. 620-18, Perdebayeva A., Kulakhmetova S, Shekerbekkyzy M. 633-18, doctors-interns, gipokrat78@mail.ru, zhakap@bk.ru, Shymkent, RK, Zhamantayev, Syzdykbayeva Zh.Zh., IKTU, RK

Scientific adviser: c.m.s., acting. Associate Professor of GMP-1Kuandykov E.K.

USE OF DIGITAL TECHNOLOGIES WHEN TRAINING IN PRACTICAL SKILLS

Article contains short data on use of digital technologies in an education system. The possibility of use of QR-code when forming practical, clinical skills is considered.

Жанабекова Ж.Е., 5 курс, Zhanabekova_zhansaua@mail.ru /Zhangabekova@kgmu.kz.

Ғылыми жоба жетекші – оқытушы, абдоминальды хирург-онколог **Полужетова Я.Л.**
факультет «Медицина мектебі», Онкология және сәулелік диагностика кафедрасы, Қарағанды медицина университеті, Қазақстан Республикасы, Қарағанды қаласы,

ЖАТЫР МОЙНЫ ОБЫРЫ: ӨРШУІ, ЕМІ

Кілт сөздер: жатыр мойны обыры, метастаз, қатерлі ісік

Мәселенің өзектілігі. Әйел жыныс мүшелері онкологиялық ауруларының диагностикасы және емдеу саласында қол жеткізілген белгілі бір жетістіктерге қарамастан, жатыр мойны обыры аурушандық құрылымында жетекші орында тұр.

2012 жылғы статистика бойынша дүние жүзінде 529,4 мың жатыр мойны обырымен ауыратын науқас (әйелдердегі барлық қатерлі ісіктер арасында 9%) және 274,9 мың қайтыс болғандар тіркеледі. Қарастырылған әдебиеттер бойынша Оңтүстік және Орталық Америкада, Африкада, Оңтүстік және Орталық Азияда сырқаттанушылықтың ең жоғары көрсеткіштері (100000-ға 28,5 — 34,5%); Еуропада, Солтүстік Африкада, Солтүстік Америкада және Батыс Азияда (100000-ға 4,5-8,3%) байқалды [1].

Қазақстанда 2015 жылы жатыр мойны обырымен 1826 әйел ауырып, оның ішінде жайылған және асқынған сатыда 233 жағдайда анықталып, барлық жағдайдың 12.9 % құрады. «Жатыр мойны обыры» деген диагнозбен 11578 әйел есепте тұрады, ал 600 аса әйел өлімге ұшыраған. Жыл сайын 1500 жаңа жағдай анықталынады, ал күніне әйел ауруының асқынудан өлімге ұшырап отыр [2].

Осылайша, жатыр мойны обырының біріншілік және ауруының өршуінің емі қазіргі онкогинекологиядағы маңызды мәселелердің біріне айналып отыр

Зерттеудің мақсаты: жатыр мойны обырының өршуі мен еміне сараптама жасау.

Материалдары мен әдістері: Зерттеу Қарағанды қаласының облыстық онкологиялық диспансерінің онкогинекология бөлімінде жасалды. Зерттеу барысында 2016-2017 жылдарда онкогинекология бөлімінде «Жатыр мойны обыры» деген диагнозбен есепте тұрған әйелдердің ауруының өршуі бойынша ем алған 82 науқастың ауру тарихы қарастырылды.

Емдеу нәтижелерін есептеуде қатыстық статистикалық шамалар қолданылды.

Зерттеу нәтижелері мен талқылануы: Қарастырылған ауру тарихы сараптасы бойынша жатыр мойны обырының өршуімен науқастардың жасы 26-дан 72 жасқа дейін, ал орташа жасы 48,03 құрады. Барлық жағдайдың 54.8 % репродуктивті жастағы әйелдер қатарында екені анықталып, жатыр мойны обырының жасарғандығын дәлелдейді.

Жалпы жағдайдың 3,65% I сатыда; 65,8% II сатыда; 36,5% III - IV сатыда анықталып; оның ішінде 35,3% әйелге «Жатыр мойны обырының клиникалық диагностика және емдеу хаттамасына» сәйкес кешенді ем, яғни Вертгеймотасы және адьювантты сәулелік терапия, ал 64,6% әйелге тек сәулелік терапия жүргізілген. Радикалды емнен кейінгі жағдайының тұрақтануы барлық әйелде 1 жылдан 3 жылға дейін созылғаны байқалды. Есепке алынып, негізгі емін алғаннан кейінгі 3 жылға дейін науқастардың 37,8% жағдайда аймақтық парааортальды, мықын, паракавальды лимфа түйіндеріне, 29,2% жағдайда ісіктің әрі қарай қынапқа өсуі, 12,1%, жағдайда шап лимфа түйіндеріне, 8,53% жағдайда өкпеге, 7,3% жағдайда қуыққа, 3,65% жағдайда бауырға, 1,2% жағдайда бел омыртқасына метастаз бергендігі анықталды. Зерттеу нәтижесі бойынша метастаз таралуы ең жиі аймақтық парааортальды, мықын, паракавальды лимфа түйіндеріне берілген. Осылайша, ремиссия кезеңі 3 жылға дейін ғана болуы жатыр мойны обырының агрессивті екенін тағы да дәлелдейді.

Барлық науқастар ауруының қайталануына байланысты химиотерапия курсы алған. Оларға 84,1% платина туындылары, 41,4% винкаалкалоидтар, 31,7% пиримидин антагонисттері, 30,4% таксандар тобындағы дәрілермен химиялық ем жүргізілді. Зерттеу барысында сарапталған барлық науқастың 48% ауру асқынғысынан өлімге ұшыраған, науқастардың 35% жағдайы жақсарып тұрақтанған, қалған 17%емін жалғастыруда. Науқастардың бес жылдық өмір сүру көрсеткіші обырдың сатысына, инвазия тереңдігіне және көрсетілген емге байланысты. Бірақ жүргізілген зерттеу нәтижелерінің қорытындысы үш жылдық өмір сүру көрсеткішінің өте төмен екендігін анықтады.

Қорытынды: Барлық жағдайдың 54,8 % репродуктивті жастағы әйелдер қатарында екені анықталып, жатыр мойны обырының жасарғандығын дәлелдейді.

Зерттеу нәтижесі бойынша метастаз ең жиі аймақтық парааортальды, мықын, паракавальды лимфа түйіндеріне берілген.

Зерттеу барысында сарапталған барлық науқастың 48% ауру асқынғысынан өлімге ұшыраған, науқастардың 35% жағдайы жақсарып тұрақтанған, қалған 17% емін жалғастыруда. Зерттеу нәтижелері жатыр мойны обыры анықталғаннан алғашқы үш жылда диспансерлік есепте тұрған науқастарды 3 ай сайын қарап, ауру өршуін алдын алу шараларын күшейту керектігін талап етеді.

Әдебиеттер

1. Е.М. Акселью Статистика злокачественных новообразований женской половой сферы // Онкогинекология. – 2012. - № 1.- С. 18-23.
2. <https://www.kazpravda.kz/news/obshchestvo/ezhednevno-v-kazhastane-ot-raka-sheiki-matki-umiraut-2-zhenshchini/>

Жанзакова У.- 7курс, интерн - ВОП, факультета «Общая медицина», uzhanzakova@mail.ru
Научный руководитель: **Ботабекова А.К.**, магистр медицинских наук, ассистент кафедры «ВОП-2»
aliyapusel@mail.tu

ЮКМА, г. Шымкент, Республика Казахстан,

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТЕОАРТРОЗОМ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН ЗА 2016-2017 ГОДЫ

Введение. Болезни костно-мышечной системы (БКМС) представляют актуальную социальную, медицинскую и экономическую проблемы в любых странах мира. В структуре общей заболеваемости и первичной инвалидности населения БКМС составляют около 10%, первичной заболеваемости - 5%, в структуре смертности - около 0,1% [1]. В Казахстане прирост общего числа зарегистрированных больных с БКМС в 2017 г. по сравнению с 2016г. составил 2,7% [2].

Анализ статистических данных, взятых с годовых отчетов по форме №12 «О здоровье народа и системе здравоохранения» за 2016-2017 г. стистического сборника «Здоровье населения Республики Казахстан и

деятельность организаций здравоохранения», позволяет делать вывод о сложившейся ситуации в организации здравоохранения в форме амбулаторно-поликлинической, стационарной, стационарзамещающей помощи. При этом следует учитывать, что данные о заболеваемости, регистрируемой по обращаемости жителей страны в государственные лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ), могут несовпадать с показателями истинной заболеваемости остеоартрозом (ОА).

ОА по объективным оценкам международного сообщества ревматологов относится к наиболее распространенной форме патологии суставов, формируя, таким образом, высокие показатели ревматических заболеваний. Доказана возрастная зависимость распространенности ОА, пик заболеваемости которой приходится на людей пожилого возраста. Распространенность ОА среди данной возрастной категории в разных странах мира колеблется в пределах 85 %. Наиболее подвержены заболеванию ОА женщины [3].

ОА связан с большими социально-экономическими потерями. Заболевание негативно влияет на работоспособность пациента, снижает его жизненную активность, наносит ущерб обществу из-за уменьшения продуктивности труда, повышения стоимости лечения, необходимости выделения дополнительных средств для обслуживания больных и приводит к инвалидизации.

Цель исследования. Анализ общей и впервые выявленной заболеваемости ОА среди взрослого населения в Республике Казахстан за 2016-2017 гг.

Материалы и методы. Проведен анализ данных, взятых с годовых отчетов по форме №12 «О здоровье народа и системе здравоохранения» за 2016-2017 гг. статистического сборника «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения» [4].

Результаты и обсуждение. Анализ показателей выявил динамику прироста общей заболеваемости населения на 1%, в том числе БКМС на 3% на 100 000 жителей (темп прироста составил 2,6%). В 2017 г. БКМС среди взрослых (18 лет и старше) зарегистрирован 2022,2 на 100 000 жителей, из них женщин -2290,1, в 2016 г. – 1884,3 и 2094,7 соответственно. Число БКМС среди взрослых (60 лет и старше): 2017 г.- 33 506, из них 24 495 женщин, в 2016 г. -29 145, из них 21 440 женщин (темп прироста 14%, среди женщин 14%).

В 2017 г. на долю коксартроза (КА) в структуре БКМС с впервые установленным диагнозом приходилось 5,1%, на долю гонартроза (ГА)- 11,4%, среди женщин коксартроз выявлен в 4,9%, ГА- в 12,8% случаев. В 2016 г. доля КА в структуре БКМС с впервые установленным диагнозом составила 4,2%, ГА –10,2%, среди женщин КА выявлен в 5%, ГА - в 13% случаев. За 2016-2017 гг. динамика прироста КА и ГА составила 1,8%.

Число больных с впервые установленным диагнозом БКМС среди взрослых выросло на 21%, среди женщин - на 22%; число больных с впервые установленным диагнозом коксартроз (КА) увеличилось на 41%, среди женщин на 19%, с гонартрозом (ГА) - на 36%, среди женщин на 34%.

Преобладающее большинство больных женщины, что соответствует основным статистическим показателям по заболеваемости. Анализируя изложенное, следует отметить, что и по Республике Казахстан отмечается высокая заболеваемость ОА как лиц старше 18 лет с впервые установленным диагнозом КА, ГА, так и старше 60 лет, особенно женщин. Женщины болеют почти в 2 раза чаще мужчин. Часто этому способствует ожирение, дисгормональный фон и другие факторы риска. Установлено, что наличие ОА у женщин снижает продолжительность жизни на 8-10 лет [5]. Поэтому необходимо обращать особое внимание врачей общей практики (на уровне поликлиник) на актуальность данной проблемы.

Выводы. Прирост общей заболеваемости БКМС увеличилась на 3,5%, на 100 тыс. жителей (прирост составил 2,6%). Выявлена динамика прироста среди взрослых (18 лет и старше) с впервые установленными диагнозами КА и ГА - 43 и 36% соответственно. Установлена значительная динамика прироста среди взрослых (60 лет и старше) с впервые установленными диагнозами КА (122%) и ГА (78%). В Республике Казахстан за 2016-2017 гг. в структуре БКМС наблюдается прирост заболеваемости КА и ГА как среди взрослых, так и среди женщин (1,1 и 1,2%).

Список литературы

1. Ногаева М.Г. Остеоартроз у взрослого населения Республики Казахстан. Терапевтический архив. 2015;2:65-68.
2. Балабанова Р.М., Эрдес Ш.Ф. Ревматические заболевания взрослого населения в федеральных округах России. Научно-практическая ревматология. 2014;1(52):5-7.
3. Балабанова Р.М. Остеоартроз или остеоартрит? Современное представление о болезни и её лечении. Современная ревматология. 2013;3:67.
4. Кайдар Э.К., Кенесова А.А., Юрченко И.В. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения. Статистический сборник. Астана-Алматы; 2018:93-94.
5. Баймухамедов Ч.Т., Махмудов Ш.А., Абдурахманов Ш.А. Анализ первичной заболеваемости болезнями костно-мышечной системы в одной из поликлиник города Шымкента за 2011-2013 гг. Сборник тезисов II Евразийского Конгресса ревматолога. 2014; 52:11.

Жауынбеков А.Т., 5 курс, Abzal.timur@mail.ru / Zhaunbekov@kgmu.kz
Сержан Ұ.С., 2 курс, Ulpan.serzhan@mail.ru / Serzhan@kgmu.kz
Ғылыми жоба жетекшісі: к.м.н., и.о. доцента Л.Л. Ахмалтдинова
факультет «медицина мектебі», кафедра иммунологии и аллергологии,
Қарағанды медициналық университеті, Қазақстан Республикасы, Қарағанды қ.

АҒЫНДЫ ЦИТОМЕТРИЯНЫҢ ЛАБОРАТОРИЯДАҒЫ МҮМКІНШІЛІГІ МЕН ЖЕТІСТІКТЕРІ.

Кілт сөздер: Цитометрия, Иммунология, Фагоцитоз, Лимфоцит, Иммунодефицит, CD11, CD18, CD62L молекулалық адгезия

Өзектілігі: Соңғы онжылдықта ағынды цитометрия ТМД-дағы танымал және кең таралған әдіс. Ағынды цитометрия салыстырмалы түрде жаңа, бірақ танымал технология ретінде қолданылады. Технологиялар және реагенттерді жетілдіруі, материалдық-техникалық базаны дамуы, ағымды цитометрия тек ғылыми-зерттеу тәжірибесінде ғана емес, сонымен қатар клиникалық иммуно-цитологияның «алтын стандарттары» ретінде өз ұстанымына ие болуына ықпал етеді. Лимфоциттердің белсенділігі функционалдық бағалау маңызды, себебі көптеген аурулармен жиі кездеседі және қайталама иммундық ақаулар байқалды. Фагоцитозды бағалау әдістері иммунопатологиялық, иммунодефицитті жағдайлар мен уланулар (интоксикация) қатарын диагностикалауда маңызды әдіс болып табылады. Қазіргі кезде фагоцитоз объектілер ретінде бактерияларды да сонымен қатар химиялық реагенттерді немесе полимерлі бөлшектерді қолданып, оны жұту қабілеті бойынша, бактерициди белсенділігі бойынша да фагоцитоздың белсенділігін бағалаудың бірнеше нұсқалары қолданылады.

Мақсаты: Зерттеудің мақсаты ағынды цитометрияның көмегімен қағдай жасушаларды сонымен қатар қаншалықты тәжірибеде қолдана алатынымызды анықтау.

Зерттеу әдістері: Біздің таңдауымыз ағынды цитометрия арқылы фагоцитоздың (CD11, CD18, CD62L молекулалық адгезиясы) функционалдық белсенділігі анықтау сараптамасына тоқтады, себебі ол иммунофенотиптеудің алтын стандарты болып табылады. Ағынды цитометрия микроскоппен визуалды түрде санаумен (классикалық түр) салыстырғанда бір минуттың ішінде бірнеше мың жасушаны қамти алады.

Фагоцитоз объектісі ретінде ас ашытқысын пайдаландық. Ашытқылар суспензиясы 90С ысыту арқылы арқылы жойдық. Осыдан соң пропиций йодиді арқылы ас ашытқысын боядық. Пропиций йодиді – нуклеин қышқылымен байланысқан соң флуоресцентті қасиет көрсететін интеркалирлеуші агент. Ол тірі жасушаның мембранасынан өте алмайды. Боялған жасушалар өлі жасушалар ретінде байқалады. Бояудың артығын жууып тастадық. Одан соң қан мен боялған ас дрожжының суспензиясын инкубациялаймыз. Инкубациядан кейін фиксациялап, лизистеп цитометриялық анализ жасадық.

Нәтижесі: Цитометриялық анализдерінде нейтрофильдер FSC/SCC диаграмасы бойынша (CD11, CD18, CD62L молекулалық адгезиясы) олардың мөлшері мен түйіршіктену негізінде гетирледі. Боялған дрождарды жұтқан нейтрофильдерде боялған ас ашытқысын түсін өздеріне қабылдайды, осылайша біз цитометрияда боялып көрсетілген нейтрофильдердің пайызы арқылы жалпы фагоцитоздың белсенділігін анықтадық.

Қорытынды: Дені сау адамдардың 20 қан сынамасымен 50 эксперимент жүргізілді. Оның нәтижелерін классикалық және НСТ тесттерімен салыстырылды. Салыстыру кезінде бірдей нәтиже алдық. Біз ағынды цитометрия арқылы фагоцитин белсенділігін анықтап, заманауи және қол жетімді жаңа әдісті ойлап таптық.

Литература

1. Заручка А.В, Хайдуков С.В, Кудрявцев И.В, Черешнев В.А. (2013) Проточная цитометрия в медицине и биология. Екатеринбург
2. Arbi M, Pouliliou S, Lampropoulou M, et al. (2011) hydrogen peroxide is produced by E.coli challenged haemocytes and regulates phagocytosis in the medfly *Ceratitis capitata*. Dev. Comp. Immunol.
3. Lamprou I, Mamali I, Dallas K, et al (2014) Distinct signalling pathways promote phagocytosis of bacteria, latex beads and lipopolysaccharide in medfly haemocytes.

Жумабоев С.С.

Научный руководитель: **Бахромов М.Б.**, ассистент кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино, Центральная научно-исследовательская лаборатория. Республика Таджикистан

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МОДЕЛИРОВАНИЯ СТРИКТУР ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА

Актуальность. Стриктуры желчных путей имеют в хирургических патологиях желчных путей частоту встречаемости в 5-14% случаев [1,2]. Кроме того, в нынешнее время фиксируется постепенная тенденция к увеличению удельного роста заболеваемости острыми заболеваниями желчного пузыря и желчных путей [3,4,5]. С каждым годом техника и методы оперативного лечения модернизируются и совершенствуются, однако, одним из наиболее часто встречаемых факторов, приводящих к различного рода осложнениям по прежнему относится ятрогенное повреждение желчных путей [6,7]. Высокая степень ятрогенного риска обусловлена сложностью анатомических структур области [8].

Цель исследования. Провести экспериментальное моделирование стриктуры общего желчного протока. Изучить степень различных повреждений желчных протоков и последующих процессов заживления ран.

Материал и методы. Экспериментальное исследование проведено на 18 кроликах – самцах породы Шиншилла в возрасте одного года с массой 1200-1500 г. Для создания модели ятрогенного повреждения желчных протоков были использованы 3 группы животных (кроликов), по 6 в каждой. В **первой группе (n=6) животным под общим обезболиванием** выполнялась лапаротомия. После выделения общего желчного протока на стенку скальпелем наносилось повреждение на участке 0,4-0,5см. Животным второй группы (n=6) повреждение желчных протоков наносилось аналогичным способом. Однако, в этой группе животным не производилось ушивание раны общего желчного протока. В третьей группе (n=4) животных после нанесения травмы желчного протока на 0,2-0,3 мм и ушивания его раны швами с уменьшением просвета общего желчного протока, на 5, 20, 30, 40-е сутки выполнялась релапаротомия под общим обезболиванием. Проводили морфологическое исследование биоптатов стенки желчного протока. Изучали морфофункциональные изменения в зоне повреждения и рубцовых стриктур.

Результаты и их обсуждение: На 2 и 5-е сутки экспериментального исследования в 1-й группе животных отмечали беспокойство при пальпации живота. При анализе динамики раневого процесса желчного протока были получены следующие результаты. Отёк тканей в области раны общего желчного протока наиболее продолжительно наблюдался у животных 2 группы – $2,8 \pm 0,3$ суток, а у животных 1-й и 3-й группы этот показатель составил $2,3 \pm 0,2$ суток и $2,6 \pm 0,2$ суток соответственно. Необходимо отметить, что в 1-й и 2-й группах наблюдаемых животных раны медленно и постепенно заполнялись грануляционной тканью. Так, в 1-й группе животных появление грануляций отмечалось на $3,7 \pm 0,2$ сутки, а во второй группе - на $4,1 \pm 0,3$ сутки. У животных 3 группы изучаемый показатель в среднем составил $2,1 \pm 0,3$ дня. При проведении гистологических исследований биоптатов тканей общего желчного протока у животных 1-й группы на 2-3 сутки исследования было выявлено, что дефект тканей был заполнен гнойно-некротическим содержимым, определялась преимущественно лейкоцитарная пролиферация, выраженный отёк.

Заключение. Таким образом, результаты экспериментальных исследований показывают, что при ятрогенных повреждениях желчных протоков наблюдаются выраженные нарушения процессов заживления ран. Как правило, заживление ран общего желчного протока происходит вторичным натяжением. Процесс заживления раны общего желчного протока при отсутствии или попадании в рану желчи сопровождается выраженными патоморфологическими изменениями, что обусловлено ишемией и химическим повреждением краев раны.

Список литературы

1. Руненко С.Д. Исследование и оценка функционального состояния спортсменов/ Учебное пособие для студентов лечебных и педиатрических факультетов медицинских вузов/ С.Д. Руненко, Е.А. Галалевум, Е.А. Ачкасов. – М.: профиль – 2с, 2010. – 72 с.
2. Пономаренко В.А. Частная физиотерапия: Уч. пособие для системы послевузовского проф. образования врачей. – М., 2005. – 244 с.
3. Вялков А.И. Медицинская профилактика. Современные технологии: Руководство для практикующих врачей. – М., 2009. – 232 с.
4. Хальфин Р.А. Медико-демографический анализ смертности населения и его использование для определения приоритетов развития здравоохранения региона: - М., 1995. – 26 с.
5. Дорохов Р.Н. Медико-педагогические аспекты подготовки юных спортсменов/ Р.Н.Дорохов, В.Г. Петрухин. – Смоленск, 1989. – С.4-14.
6. Апанасенко Г.Л. Диагностика индивидуального здоровья//Гигиена и санитария. – 2004 - №2 – С.55-58.
7. Карпман В.Л. Тестирование в спортивной медицине/В.Л.Карпман, З.Б. Белоцерковский, И.А. Чудков. - М.: Физкультура и спорт, 1988. - 208с.
8. Кучма В.Р. Теория и практика гигиены детей и подростков на рубеже тысячелетий. – М.: Из-во Научного центра здоровья детей РАМН, 2001. – 376 с.

Жумаханов К.К., резидент 1 года обучения факультета послевузовского образования по специальности «Общая хирургия»

Научный руководитель: д.м.н., и.о. профессора **Абдурахманов Б.А.**
Южно-Казахстанская медицинская академия г. Шымкент, Республика Казахстан

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ

Введение. Ожирение по определению ВОЗ – является неинфекционной эпидемией XXI века, которая приобретает все более агрессивные признаки, поражая молодое население.

Если в 90-годы число больных с ожирением составляло 1,7 млрд., то этот показатель к 2009 г. достигло 2,1 млрд. Возможности современной медицины позволяют решать проблемы ожирения применением хирургических вмешательств [1-5]. Ожирение – хроническое, рецидивирующее заболевание, характеризующееся избыточным отложением жира в организме. Морбидное ожирение (англ. morbid obesity) — болезненное состояние человека, связанное с ожирением. В переводе с английского morbid obesity — ожирение, препятствующее нормальному

функционированию организма. В настоящее время избыточная масса тела стала одной из наиболее серьезных проблем здравоохранения во всем мире [6-10]. Актуальность проблемы обусловлена также отсутствием универсальной технологии лечения морбидного ожирения.

Цель исследования. Изучить результаты хирургического лечения больных морбидным ожирением с определением возможностей различных вариантов оперативных вмешательств.

Материал и методы исследования. Анализируются результаты хирургического лечения 17 пациентов. Характер операций заключался в проведении лапароскопической продольной (рукавная, трубчатая, sleeve) резекции желудка и лапароскопического гастрешунтирования по Ру при алиментарно конституциональном ожирении. При этом у 7 больных диагностирован сахарный диабет. Возраст больных варьировал от 18 до 68 лет, средний возраст наблюдаемых больных составил $39,1 \pm 7,4$ года. Все наблюдаемые пациенты страдали метаболическим синдромом, сопутствующим ожирением, нарушением липидного обмена и имели значительную избыточную массу тела. Среднее значение индекса массы тела составило $42,8 \pm 5,1$ kg/m^2 . Медиана наблюдения составила 12 месяцев.

Всем больным проводили общеклинические анализы крови, мочи, определение показателей биохимии крови (мочевина, сахар крови, креатинин, общий белок, АЛТ, АСТ, общий билирубин, ЛПВП, ЛПНП, холестерин, тимоловая проба, щелочная фосфатаза); коагулограмма (ПВ, фибриноген, АЧТВ, МНО); определение маркеров вируса В,С; ЭКГ и УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, гастроскопию. Также проводили физикальные обследования с измерением массы тела, роста с расчетом индекса массы тела (ИМТ). Проводили измерения объема грудной клетки, талии, бедер, измеряли ЖЕЛ. Показатель ИМТ разработан бельгийским социологом и статистиком Адольфом Кетеле (Adolphe Quetelet) в 1869 году. Расширенная интерпретация ИМТ по рекомендации Международной Федерации по хирургии ожирения и метаболических нарушений. ИМТ больше или равен 25 – избыточная масса тела. ИМТ больше или равен 30 – ожирение; ИМТ больше или равен 35 – серьезное ожирение; ИМТ больше или равен 40 – морбидное ожирение; ИМТ больше или равен 50 – сверхожирение (супер-ожирение); ИМТ более 60 kg/m^2 - супер-суперожирение.

Результаты и обсуждения. Среди 17 пациентов (средний возраст, 45,5 года, 72% женщин, средний ИМТ, 43,9) 205 (94,5%) завершили исследование. Избыточная потеря ИМТ не была существенно различной в течение 5 лет: для гастрэктомии рукава, 61,1%, против ручного обхода желудка, 68,3% (абсолютная разница, -7,18%, 95% ДИ, -14,30% -0,06%; = .22 после корректировки для нескольких сравнений). Желудочная рефлюксная ремиссия наблюдалась чаще после желудочного шунтирования (60,4%), чем после гастрэктомии в рукаве (25,0%). Желудочный рефлюкс ухудшался (больше симптомов или увеличивался в терапии) чаще после гастрэктомии рукавов (31,8%), чем после желудочного шунтирования (6,3%). Число пациентов с повторной операцией или интервенциями составляло (15,8%) после гастрэктомии в рукаве и (22,1%) после желудочного шунтирования.

Выводы: Среди пациентов с болезненным ожирением не было существенной разницы в избыточной потере ИМТ между лапароскопической гидрокрезией рукавов и лапароскопическим желудочным шунтированием Roux-en-Y спустя через год после оперативного вмешательства.

Список литературы

1. Mechanick JI, Kushner RF, Sugerman HJ, Gonzalez-Campoy JM, Collazo-Clavell ML, Guven S, Spitz AF, Apovian CM, Livingston EH, Brolin R, Sarwer DB, Anderson WA, Dixon J. American Association of Clinical Endocrinologists, the Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery Medical guidelines for clinical practice for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support [trunc]. *En-docr Pract.* 2008 Jul-Aug;14(Suppl 1):1-83;
2. WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization, 2000;
3. Branca F., Nikogosian H., Lobstein T. The challenge of Obesity in the WHO European Region and the Strategies for Response: Summary. – Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007
3. Лечение ожирения у взрослых (Европейские клинические рекомендации). *Management of Obesity in Adults: uropean Clinical // Международный эндокринологический журнал.* – 2010. - №6(30). С. 146
4. Проблема ожирения в Европейском регионе ВОЗ и стратегии её решения. ВОЗ. Европейское региональное бюро. Под ред.: Francesco Branca, Haik Nikogosian, Tim Lobstein, 2009. – 393. С.14 Избыточная масса
5. Finucane M.M., Stevens G.A., Cowan M.J., Danaei G. Etal. Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Body Mass Index): National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9,1 million participants *Lancet.* – 2011. – Vol. 377. – P. 557-567.
6. World Gastroenterology Organisation. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines. Irr bowel syndrome: a global perspective. April 2009.
7. Drossman DA, Li Z, Andruzzi E, et al. U.S. householder survey of functional gastrointestinal disorders. Prevalence, sociodemography, and health impact. *Dig Dis Sci* 1993;38:1569–80.
8. Garvey W et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Position Statement on the 2014 Advanced Framework for a New Diagnosis of Obesity as a Chronic Disease // *Endocrine Practice.* 2014.
9. Apovian CM et al. Pharmacological management of obesity: an endocrine society clinical practice guideline // *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism.* 2015.
10. Ligibel JA. et al. American Society of Clinical Oncology Position Statement on Obesity and Cancer // *Obstetrical & necological Survey.* 2015. Vol. 70. № 1. P. 28–29.

Irisbayev B., student of 2 course Winchester2398@mail.ru

Co-author: Tashmetov D., student of 2 course Tashmetov.davlat@mail.ru, Faculty of General Medicine

Xasanova U. A., senior lecturer umida@mail.ru, Department of Foreign Languages

South Kazakhstan medical academy, Shymkent c., Kazakhstan

IMPROVEMENT OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH DEMADEKOUS BLEEFAROCONJUNCTIVITIS WITH SYMPTOMS OF THE "DRY EYE" SYNDROME

The combination of inflammatory lesions of the margin of the eyelids and conjunctiva - blepharoconjunctivitis, is one of the most frequently diagnosed and difficult to treat eye diseases. Blepharoconjunctivitis prone to relapse, reduce the patient's performance, and in some cases even lead to loss of vision [1].

One of the main causes of blepharoconjunctivitis is conditionally pathogenic parasite - the tick of the genus Demodex [2].

In humans, two subspecies of Demodex parasitize, each of which is characterized by its morphological features and parasitization sites: Demodexfolliculorum lives in hair follicles, and Demodexbrevis in sebaceous glands, meibomian glands and Zeis glands [2,3,4].

A parasitic microorganism activates its livelihoods with a general decrease in immunity due to bad habits: alcohol consumption, smoking or sleep disorders. Frequent visits to saunas or ultraviolet procedures, regular tanning, thermal effects on the skin significantly weaken the local skin immunity, which also contributes to the infection with demodicosis [5].

As a result, a long-standing symbiosis between ticks and the host develops a stable equilibrium, in which the effect of the parasite is balanced by the mechanisms of nonspecific resistance of the healthy host-carrier [3,4]. Under the influence of exo- and endogenous factors, the symbiosis is disturbed and clinical manifestations of ophthalmodemodocosis appear [1,2].

Tick can also be infected through hygiene products, bedding, feather pillows and items designed for applying cosmetics. Therefore, it is very important for each family member to have their own bedding and personal care products for the face and body. [4]

In the general clinical picture of the disease, there is a marked swelling of the eyelids, hyperemia of the conjunctiva and adjacent tissues, as a result of which the characteristic redness of the eye protein occurs, photophobia develops, tearing is observed, and purulent-mucous secretions are secreted [6].

The urgency of studying the problem of demodicosis is explained not only by the high frequency of its spread, but also by the fact that the existing methods of its treatment are not always effective.

Moreover, with demodectiblepharoconjunctivitis (DBC), there are some features of the development of dry eye syndrome (CVD). It is known that Demodex feeds on the secretion of the sebaceous glands, 60% consisting of unsaturated fatty acids, and the cytoplasm of epithelial cells. With its intensive reproduction, atrophy and dysfunction of the skin are caused [6]. The skin becomes inflamed, becomes lumpy, acquires a dirty gray shade, rashes, pimples, acne, sores also appear. Disturbed by the feeling of crawling, itching in the lesions. At the same time, the conjunctiva and the edges of the eyelids cannot remain unresponsive - the secretory function of the meibomian glands is impaired, the lipid layer of the pre-corneal tear film is reduced, its evaporation increases, leading to the development of "dry eye" syndrome [2,3,7]. At the same time, trophic disorders and a decrease in its sensitivity are noted in the surface layers of the cornea.

Today, Schirmer's test or stability test of a pre-tear tear film (SP), Norm's test [8], as well as tear crystallography [9,10], are used to diagnose demadecousblephro-conjunctivitis.

As it is known, the stability of the tear film is provided by its protein-lipid (large molecular) component. The predominance of low molecular weight components in tears of patients with chronic DBC, which reflect the results of crystallography, reduces the tearing time of the tear film and contributes to the development of CVD [7].

In the treatment of this disease, scientists advise using a phased treatment with cleansing soap, Stop Demodex gel. The advantage of which over other drugs, including Blefarogel, is that Metronidazole is present in the Stop demodex, which ensures the effectiveness of the drug against ticks, since they have a pronounced antiparasitic effect.

For the correction of dry eye syndrome, high viscosity tear replacement is used. One of the best drugs today is Lakropos, as it contains carbomer, which is a high molecular weight polymer and is a combination of polyacrylic acid and water. Carbomer contributes to the replacement of the aqueous and mucin layers of the tear film, increases the viscosity of the tear, forming a protective moisturizing film on the surface of the cornea.

Thus, timely diagnosis of blepharoconjunctivitis with dry eye syndrome by Schirmer and Norm tests, their prevention and complex treatment with Stop Demodex gel and a tear substitute Lacropos will significantly improve the patient's quality of life.

Bibliography

- Майчук Ю.Ф. Фармакотерапия блефаритов // *Consiliummedicum* – 2001. – С.16-18.
Азнабаев М.Т., Гумерова Е.И., Мальханов В.Б. Демодекоз глаз // *Клинич. офтальмология*. – 2003. – Т. 4, № 1. – С. 7-9.
Бржеский В.В., Сомов Е. Е. Диагностика и лечение больных с синдромом «сухого глаза»: Краткое рук-во для врачей. – СПб.: Изд. «Человек», 2006. – С. 27.
Майчук Ю.Ф. Паразитарные заболевания глаз. – М.: Медицина, 1988. – С. 288
Акбулатова Л.Х. О двух формах клеща демодексфолликулорумгоминис и о демодекозе человека // *Труды Ленингр. ин-та усоверш. врачей*. –1970.–Вып. 74. –С. 54–66.
Коган Б.Г. Специфичность клещей Demodexfolliculorum и Demodexbrevis –возбудителей демодекоза человека / Б. Г. Коган, В. Т. Горголь // *Укр. журн. дерматологии, венерологии, косметологии*. – 2001. – № 1. – С. 37-41.
Сомов Е.Е. Синдром слёзной дисфункции (анатомо-физиологические основы, диагностика, клиника и лечение). – СПб.: Человек, 2011. – С. 160.
Norm M.S. *ActaOphthalmol.* (Copenh) – 1982. – Vol. 60, N 4. – P. 575-583.
Примаков Ф.Д. Демодекоз глаз // *Офтальмологический журнал*. – 1987. – № 2. – С. 120-121.

Ченцова О.Б., Теодор И.Л., Прокофьева Г.Л. и др. Кристаллографический метод обследования при некоторых заболеваниях глаз: Метод.рекомендации. – М.,1988.–С. 8.

Исаева Л.Т., магистр 1 года обучения факультета послевузовского образования по специальности 6М110100 «Медицина»

Научный руководитель: д.м.н., профессор **Рысбеков М.М.**

Научный консультант: д.м.н., и.о. профессора **Абдурахманов Б.А.**

Южно-Казахстанская медицинская академия г. Шымкент, Республика Казахстан

ЧРЕСКОЖНО ЧРЕСПЕЧЕНОЧНЫЕ РЕНТГЕНОЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ

Введение. Современный этап развития абдоминальной хирургии характеризуется широким внедрением в клиническую практику новых высокотехнологичных диагностических методов и миниинвазивных хирургических вмешательств, снижающих риск операции и расширяющих возможности хирургического лечения пациентов[1]. В последнее время отмечается возросший интерес к применению чрескожныхчреспеченочных лечебно-диагностических процедур у больных с механической желтухой. Чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ) с последующей чрескожной чреспеченочной холангиостомией (ЧЧХС) позволяет, как определить причину механической желтухи, так и осуществить наружное дренирование желчи, что на фоне антибактериальной терапии дает возможность избежать открытого хирургического вмешательства, купировать клинические и воспалительные проявления болезни, подготовить больного и произвести второй основной этап хирургического лечения в безопасном периоде[1,2]. Применение ультразвуковойэхолокации на всех этапах коррекции механической желтухи позволяет оценить состояние желчевыводящих систем, провести оптимальные варианты УЗ-навигации и установить сроки проведения основного вмешательства.

Цель исследования. Оценить результаты чрескожночреспеченочныхрентгеноэндобилиарных вмешательств в лечении опухолей гепатопанкреатодуоденобилиарной зоны осложненным механической желтухой по данным городского онкологического центра.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 92 больных опухолями гепатопанкреатодуоденобилиарной зоны (ГПДБЗ). Показания к оперативному лечению установлены у 78 больных. Большой части оперированных – 39 больным выполнены паллиативные вмешательства в виде внутреннего дренирования желчных путей с наложением билиодигестивных анастомозов в различных вариантах, 9 больным произведена стандартная гастропанкреатодуоденальная резекция поA.Whipple с региональной и расширенной лимфодиссекцией и у 7 – бужированиепротока через ткань опухоли и восстановление проходимости на «потерянном» дренаже. Чрескожночреспеченочное дренирование желчевыводящих путей (ЧЧДЖВП) выполнено у 38 больных с применением устройства для дренирования полостных образований (УДПО) проф. Ившина В.Г., под контролем УЗИ и рентгентелевидения. Показаниями к ЧЧДЖВП явились высокий риск оперативного лечения, опухоли ворот печени с прорастанием в ее элементы, запущенность процесса с высоким уровнем билирубина (свыше 200 ммоль/л) и трансаминаз (более чем 2 раза).**Результаты и выводы.** У 31 больных выполнено наружное, у 5 – наружновнутреннее дренирование ЖВП. В 2 наблюдениях манипуляция завершилась наложением холецистостомы. Летальных исходов, связанных с выполнением ЧЧДЖВП не было. Подтекание желчи вдоль пункционного канала отмечено у 2 больных. При ретроспективном исследовании медиана выживаемости пациентом с иноперабельным раком ГПДБЗ, которым в качестве окончательного метода паллиативного лечения были выполнены ЧЧДЖВП, составила 7,2±3,4 мес.

Выводы. Чрескожночреспеченочное дренирование желчевыводящих путей являются эффективными и безопасными методами декомпрессии билиарного тракта при механической желтухе опухолевого генеза.

Список литературы

1. Ившин В.Г., Якунин А.Ю., Лукичев О.Д. Чрескожные диагностические и желчеотводящие вмешательства у больных механической желтухой. Тула. 2000. 312 с.
2. Борисов А.Е., Борисова Н.А., Верховский В.С. Эндобилиарные вмешательства в лечении механической желтухи. Санкт-Петербург: Эскулап, 1997, 152 с.

Калинин С.И., Сафронова М.Ю., Студенты 5-ого курса, roomster.2010@mail.ru

Научный руководитель: Шуст О.Г., к.м.н., доцент

Белорусский государственный медицинский университет, педиатрический факультет, г. Минск, Республика Беларусь

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ МЕМБРАННОЙ ОКСИГЕНАЦИИ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Введение. Экстракорпоральная мембранная оксигенация (ЭКМО) позволяет оказать временную поддержку жизни больных с потенциально обратимой сердечной и/или легочной недостаточностью при помощи искусственного кровообращения и газообмена. Ключевыми компонентами ЭКМО является перенос кислорода из газовой среды через полупроницаемую мембрану в кровь, удаление углекислого газа и доставка оксигенированной крови к органам и тканям организма [1]. Являясь жизнеспасующей, данная технология сопряжена с большим количеством возможных осложнений и финансовыми затратами.

Цель работы: определение патофизиологических аспектов искусственного кровообращения с использованием метода ЭКМО, степени эффективности, а также возникновения возможных побочных эффектов в клинической практике.

Материалы и методы.

Изучение типовой схемы аппарата ЭКМО, принцип его работы был рассмотрен на примере аппарата «MEDOS Deltastream MDC» в отделении анестезиологии и реанимации РНПЦ «Детской хирургии» г. Минска, Республика Беларусь. Проведён ретроспективный анализ 18 медицинских карт стационарных пациентов РНПЦ «Детской хирургии» в период с 2016 года по 2017 год, этапом лечения которых была ЭКМО.

Результаты.

Из общего числа пациентов количество мальчиков составило 55 %, девочек – 45 %, минимальный возраст ребенка – 1 день, максимальный – 16 лет 8 месяцев. Были проанализированы следующие данные: срок гестации, возраст, вес пациента, пол, клинический диагноз, история данного заболевания, показания к подключению аппарата ЭКМО, длительность пребывания пациентов на аппарате ЭКМО, показатели КОС (кислотно-основное состояние) крови в динамике, возникновение побочных эффектов.

Были установлены следующие показания к использованию аппарата ЭКМО: посткардиотомная сердечная недостаточность, резистентная к кардиотонической терапии острая миокардиальная недостаточность, механическая поддержка кровообращения перед трансплантацией сердца или легких, жизнеугрожающие расстройства лёгочного газообмена с нарушением оксигенирующей и/или вентиляционной функции лёгких. Для проведения экстракорпоральной мембранной оксигенации важным является отбор пациентов. Необходимо точно оценить степень снижения сердечного, лёгочного резерва для определения показаний к использованию ЭКМО.

В отличие от других систем экстракорпорального кровообращения ЭКМО включает мембранный оксигенатор, состоящий из нескольких отделений. Тонкие слои крови протекают через плотно расположенную сеть капиллярных волокон, несущих газовую смесь и теплообменную воду, что предполагает повышенную склонность к тромбообразованию. Образование тромбов может произойти также в других, составляющих контура аппарата (канюли, магистрали, центрифужный насос) [2, 3]. Возможен запуск внутреннего пути свёртывания крови в результате контакта с синтетической поверхностью контура аппарата (активацию XIIa фактора свёртывания крови), запуск внешнего пути – в результате контакта крови с поверхностью поврежденных тканей, сосудистой стенки (активация VIIa фактора свёртывания крови). Тромбирование оксигенатора ведёт к снижению эффективности экстракорпорального кровообращения (повышается сопротивление кровотоку и уменьшается объёмная скорость перфузии) и экстракорпорального газообмена, поэтому при проведении ЭКМО существует необходимость поддержания на определённом уровне гипокоагуляционного состояния крови. Внутривенное применение нефракционированного гепарина остается наиболее распространенным методом прямой антикоагулянтной терапии, что в свою очередь является риском развития коагулопатического кровотечения при проведении ЭКМО [3].

Основные противопоказания к использованию ЭКМО: недоношенные дети с экстремально низкой массой тела; наличие коагулопатий, значительных неврологических дефицитов, внутричерепных кровоизлияний; онкологические заболевания 2 стадии и выше; большие генетические, а также экстракардиальные или экстрапульмональные аномалии [4].

При проведении ЭКМО возможно возникновение следующих осложнений: кровотечения из-за коагулопатии, тромбообразования, эмболии, ишемические повреждения конечностей (как результат централизация кровообращения), гемолиз, гепарин-индуцированная тромбоцитопения (довольно редкое осложнение), синдром Арлекино.

Выводы. Экстракорпоральная мембранная оксигенация является единственным методом, позволяющим оказать реальную помощь во временной поддержке как сердечно-сосудистой, так и дыхательной систем организма. Данный метод используется при состояниях средней и тяжелой степени тяжести, при наличии состояний, резистентных к проведению стандартной терапии.

В ходе применения ЭКМО важным является учет возникновения побочных эффектов. Для своевременной коррекции проводимой терапии необходимо проводить ежедневный контроль показателей КОС крови, общего анализа крови, следить за динамикой общего состояния пациента.

Список литературы

1. Бродский А. Г. Метод экстракорпоральной мембранной оксигенации в клинике хирургического лечения врожденных пороков сердца у новорожденных и детей раннего возраста: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук: 17.01.13 / А. Г. Бродский. – Москва, 2013. – 24 с.
2. Клинические рекомендации. Применение экстракорпоральной мембранной оксигенации [Электронный ресурс] / Бесплатная электронная библиотека - электронные материалы. – Электрон.дан. – Режим доступа: <http://doc.knigi-x.ru/22meditsina/563413-1-klinicheskie-rekomendacii-primenenie-ekstrakorporalnoy-membranno-oksigenacii-xo-3-7-viberite-d.php> (дата обращения: 15.10.2018).
3. Периферическая вено-артериальная экстракорпоральная мембранная оксигенация перед трансплантацией сердца [Электронный ресурс] / Бесплатная электронная библиотека - электронные материалы. – Электрон.дан. – Режим доступа: <http://net.knigi-x.ru/24meditsina/21304-1-perifericheskaya-veno-arterialnaya-ekstrakorporalnaya-membrannaya-oksigenaciya-pered-tr.php> (дата обращения: 15.10.2018).
4. [Annich G., Lynch W., MacLaren G. et al. ECMO Extracorporeal Cardiopulmonary Support in Critical Care 4th Edition // Extracorporeal Life Support Organization, Ann Arbor. - Michigan, 2012. - P. 87–104, 309–337, 385–395.](#)

Караев Ш.М., Жумахан Б.Ж., Турашов Е.О., резиденты, I курса, ОПВО факультета,

E-mail: Karayev.sh.e@mail.ru, Muhammedsharif_k@mail.ru

Научный руководитель: Жанабаев Н.С., к.м.н., phd доктор, E-mail: Zhanabayev.n@mail.ru
МКТУ им. Х.А.Ясави, г. Шымкент, РК

ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИСТИ И ПАЛЬЦЕВ С РАСТВОРОМ «БАД» НА АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Введение. Острые воспалительные заболевания кисти и пальцев занимает в амбулаторной практике одно из ведущих мест. По данным литературы, частота панарициев и флегмоны кисти колеблется от 15 - 18%. [1,4,5].

Снижение трудоспособности 8 -10% людей, занимающихся физическим трудом, связано с островоспалительными заболеваниями кисти [2,3,8]. Особенно неудовлетворительным результатом является лечение больных с осложненными формами панарициев в поликлинических условиях, что влечет возрастание из года в год количества госпитализируемых с этими формами в хирургические отделения [6,7].

Цель и задача: На основе применения современных антисептических препаратов БАД и энзимотерапии и оценить экономической целесообразности ее использования в клинической практике, при гнойных заболеваниях кисти и пальцев.

Материалы и методы: По данным городской поликлиники №4,6 г.Шымкента, за последние 5 лет (2014-2018) находились на амбулаторном лечении 152 больных с гнойными воспалительными заболеваниями пальцев и кисти: с различными формами панарициев – в (48,2 %) больных, осложненные флегмоной кисти – в (32,1 %) больных, изолированные панариции кисти – в (19,7%) больных. Среди них мужчин было – в (72,6 %), женщин – в (27,4). Возраст больных от 18 лет до 72 лет.

Результаты исследования и их обсуждения. Анализ наших материалов показал, что чаще острые гнойные заболевания I пальцев правой кисти наблюдались у лиц, занимающихся физическим трудом. Производственный травматизм составил при панариции – в (62,4%), при флегмоне – в (74,8%). У рабочих гнойные воспаления пальцев кисти составили – в (64,2%), у служащих – в (24,2%), у учащихся – в (6,5%), у пенсионеров – в (5,1%). Флегмоны кисти наблюдались у рабочих - в (76,2%), служащих – в (12,1%), у учащихся – в (8,6%), и прочих – в (3,1%), по видам нагноительные процессы кисти и пальцев распределялись так: кожные панариции наблюдались - у 48 больных, подкожные – у 23; суставные - у 46, сухожильные - у 35. В 53 случаях панариции осложнились комиссуральной флегмоной кисти, - у 32 больных были изолированные флегмоны кисти, - у 16 случаях - лимфангоит и у 8 случаях - флегмоны предплечья и плеча.

Основным моментом возникновения гнойных заболеваний кисти пальцев, являлись уколы, занозы, потертости и мозоли. Причины развития панарициев – в (56,2%) больных являлись микротравмы. Потертости и мозоли предшествовали заболеванию - в (16,4%) больных, инфицированные раны – в (24,8%) больных, укушенные раны – в (2,6%) больных. Из этого можно сделать краткий вывод, что характер микротравм играет существенную роль в возникновении гнойных заболеваний кисти и пальцев. Особенно важно отметить, что наиболее часто эти заболевания наблюдались - у мужчин, - в (56,3%) в возрасте 20 - 50 лет. Представляет интерес, что заболевания – в (50,3%) локализовались на правой кисти, а в (35,4%) на левой кисти, что может быть объяснено более активным участием правой кисти в трудовом процессе. По локализации панарициев первое место занимал I палец обеих кистей – в (25,6%) второе место - III палец - в (20,9%), третье место - II палец - в (19,9%) и IV-V пальцы – в (26,7%) и - в (6,9) – в обеих кистей.

В амбулаторных условиях произведено вскрытие панарициев – в (26%) больных, из них 4 раза было вскрытие гнойника у 2 больных, 5 раз - у одного и 2 раза - у 7 больных. Анализ нашего материала показал, что дни нетрудоспособности находятся в прямой зависимости от сроков обращения больного за врачебной помощью. В (68,2%) больных, обратившихся в первые 2-3 дня от начала появления признаков воспаления, имели поверхностные (кожные, подкожные панариции); сроки потери трудоспособности составили 5-10 дней, в

(31,8%)больных, которые обратились за хирургической помощью позже 5 - 10 и более дней после появления признаков воспаления, потеря трудоспособности составила от 20 до 45 дней.

Исходя из современного представления об изменениях, происходящих в гнойной ране, - в (14,1%) больных мы применяли метод энзимотерапии и препарат БАД, в состав которого входили следующие компоненты: эхинацея, чеснок, пармелия, прополис, барбарис, аскорбиновая кислота, фитоантибиотики. Способ приготовления препарата: смешать по 5,0г каждой травы, заварить сбор в стакане, закрыть плотно крышкой на 40-50 минут и затем отцедить. Препарат назначали больным по 50-60 мл 3 раза в день перед едой, а также использовали для промывания гнойных ран. Первичную тампонаду раны ферментами и препаратами БАД производили после обычной обработки гнойника и смена тампонов до трех дней 2-3 раза в день, последующие перевязки раны по показаниям 1-2 раза в сутки.

Ферменты: трипсин, химотрипсин, химопсин, титролин - применяли в виде 1 - 2% раствора (в физиологическом растворе), которым смачивают марлевые тампоны и накладывает на рану.

В процессе энзимотерапии и лечения препаратами БАД через 48 часов после начала лечения уменьшились отечность, гиперемия и болезненность вокруг раны. На 5 - 6 день полное отторжение некротических тканей, на стенках раны появились нежные грануляционные ткани розового цвета. Очищение раны от фибриновых налетов и исчезновение воспаления вокруг раны наступает в 2 - 3 раза быстрее, чем при лечении другими повязками. Сроки продолжительности койко-дней у этих больных - 10,2, от лечения повязками с гипертоническим раствором поваренной соли и мазевыми повязками - в среднем 12, 4 дня. После нормализации температуры и общего состояния больного для ускорения заживления и сокращения койко-дней - в (19,8%) больным накладывали вторичные швы.

Кроме оперативного лечения и энзимотерапии, больным проводилась антибиотикотерапия, введение антистафилококкового анатоксина и плазмы, гамма-глобулина, общее укрепляющее лечение. Кроме того нами изучены микрофлоры до операции, у-144 (90,4%) больных, из этих у-30(20,8%) случаях был выяснен патогенный стафилококк, - у 20 (13,9%) - протей, у-12 (8,3%) - кишечная палочка, у- 34 (23,8%) - стрептококк у- 14 (9,4%) - синегнойная палочка и у-34 (23,8%) -случаях монокультуры ассоциации множественными микрофлорами. Наиболее высокая чувствительность изученных стафилококков отмечалась к группе цефоперазону. Самое низкое антибактериальное действие оказывали к пенициллину стрептомицину.

Средние сроки нахождения на больничном листе больных при осложненных формах гнойных заболеваний кистей и пальцев составляли: при костном панариции - 23,5 дней, при сухожильном -17,4 дня, при суставном - 12,0 дня, при кожном и подкожном -8,6 дней, при панариции, осложнившимся лимфангоитом и лимфаденитом, флегмоной предплечья и плеча - 28 дней, при флегмоне кисти - 20,2 дня.

Выводы

1. Причинами гнойных воспалений пальцев и кисти является недостаточное внимание больных на микротравмы на производстве и в быту.
2. Ранняя диагностика, оперативное вмешательство и активное послеоперационное антибактериальное и физиотерапевтическое лечение с препаратом БАД и энзимотерапии являются факторами, сокращающими койко-дни у больных с гнойными заболеваниями пальцев и кисти. .
3. Улучшить санитарно-просветительную работу среди населения и рабочих с целью своевременного обращения к врачу, санация рук после микротравмы.

Литература

1. Д.С. Джембулатов, М.Е. Ровань. Клиническая медицина, 2016. - №4,17-19с.
2. Р.О. Дрябкина, М.А. Клебанов и З.В. Баркасова: «Специфические и неспецифические подкожные инфильтраты инъекционного происхождения». «Архив патологии». Том №32, №8, 2018. Стр. 62 - 66.
3. В.К. Гостицев, Ю. В. Стручков: «Постинъекционные флегмоны». Журнал «Медицина», №9 - 2018. Стр. 97 - 100.
4. Р.В. Кош. Хирургия, 2016. - №2, 121-122с.
5. П.И. Князев. Панариции: М., М., 2012. - 259с.
6. А.Р. Мароджабова. Д.Я. Халиков, Р.Р. Попова: «Постинъекционные абсцессы и их лечение». Журнал «Здравоохранение Туркменистана», №6 - 2016. Стр. 36 - 37.
7. Я.Л. Рапопорт и Л.И. Нахимсон. «Архив патологии». Том №7, 2016. Стр. 117.
8. В.И. Стручков. Хирургия, учебник для медицинских институтов. М., М., 1987. -320.

Кенбай Н.Б., Ескендіров Б.Б., интерн-хирург., E-mail: kennu2017@mail.ru.

Научный руководитель: Тажимуратов Р.Д., д.м.н., профессор, E-mail: tazhimyradov@mail.ru

Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік Университеті, Жоғары білімнен кейінгі білім беру факультеті. Шымкент қ. ҚР.

ОЗОНДАЛҒАН ФИЗИОЛОГИЯЛЫҚ ЕРІТІНДІНІҢ ІШЕК АНАСТОМОЗ АЙМАҒЫНА ӘСЕРІ

Кіріспе: Ішек анастомоздарын жасағаннан кейінгі жағдайларда ішектің бітпей ажырауы және ішек өтімсіздігіне соқтырады {2,5,7,8}. Сонымен қатар түрлі асқынуларын күшейтіреді {1,3}. Анастомоз аймағының іріңдеуі, ажырауы, ішектердің жабысқақ аурулары, ішек гангреналары және ішектерде пайда болған жылан көздер көбірек кездеседі {4,9,10}, сол себепті осы асқынулардың алдын алу үшін түрлі емдеу іс-әрекеттері жасалуда {2,9}.

Зерттеудегі мақсат: Жасалған ішек анастомоздарынан кейінгі пайда болған анастомоз аймағының іріңдеуі, ажырауы, ішектердің жабысқақ аурулары және ішек гангреналарының озондалған ерітіндіні қолдану арқылы алдын алу.

Зерттеу маңыздылығы: Ішкі ағзаларға жасалған оталардың, соның ішінде ішектердің резекциясы аймағының іріңдеуі, бірқатар ғалымдардың айтуынша {1,4,5} жараның асқыну -18,9%, параколостомиялық -3,9%, интраабдоминальді -12,5% және -7,2% анастомоздардың ажырауы кездеседі. Ішек анастомоздарының, оталық жаралардың жазылуларына жануарларға практикалық зерттеу жұмыстарын жүргізе отырып озондалған ерітіндінің маңыздылығын анықтау.

Материал және зерттеу: Тәжірибе жасау үшін 10-15 кг салмақты құрайтын денісау 8 иттер қолданылды. Тәжіриберетінде иттерге отажасалды. Оларды біз негізгі және бақылау тобына бөлдік. Негізгі топтағы иттерге ішекке ұшпа-ұш (озонсыз) анастомоз, бақылау топтағы иттерге ұшпа-ұш анастомоз жасалды (озон жіберілетін). Ота күні иттерді бөлек қойып, тиопенталь және кетамин мен жалпы анестезия арқылы ұйықтатылды. Кетамин ерітіндісін бұлшықетке, тиопенталь ерітіндісін венесекция жасап көктамырға әр, 20 мин сайын 1-2 мл жіберіп отырдық. Стерильдікті сақтап орта сызықлапаротомиясы жасалды, ортасызықтан 7-8 см кесіліп, ішқуысы ашылып стерильдікті сақтап ашық ішектен 5 см -лік шажырқай артерия тармақтары байланып ішек резекциясы жасалды. Кесілген ішекті ұшпа-ұш, екі қатарлы шырышты және бұлшықет қабатына жәнсероз-субмукоздық қабаттарын жібек жіппентігіліп, энтеро-энтеро анастомоз жасалынды. Негізгі топтағы иттерде (озонсыз) ішқайта стерильді жабылып, бақылаудағы иттерде озон ерітіндісін жіберу үшін ішқуысына түтік салынып стерильді жабылды. Бақылаудағы иттердің ішкі қуысына түтік арқылы (озон) ерітіндісі жіберілді.

Ота 2 топтағы иттерде де асқынусыз сәтті аяқталды. Ота аяқталған соң бір екі топтағы иттерге антибиотик қолданылмады. 1-күн өткен соң аз мөлшерде ауызарқылы жылы су берілді. 2-күннен соң су мен бірге аз мөлшерде тамақ берілді. Бақылау топтағы иттерге озондалған ерітіндіні күнде ішқуысына 10 мл ден түтік арқылы жіберіліп тұрды. Күнде иттердің жағдайлары бақыланып, жылы жерде қаралды.

Негізгі топтағы иттердің жағдайлары үш, төрт күннен сон аздап нашарлай бастады, су мен тамақ жеуі аздап төмендеді, құсу белгілері және үлкен дәретінің шықпауы байқалды. Бақылау тобындағы иттерге озондалған ерітіндіні күнде жіберіп тұрдық.

Алғашқы күндері иттер әлсіз қалыпта болды. Кейіннен жағдайлары біршама жақсарып, тамақ жеуі қалып қатүсті, құсу және үлкен дәретінің шықпауы болмады. Иттерге 14 күннен сон релапаротомия жасалып анастомоз аймағында пайда болған өзгерістерге баға берілді.

Анастомоз жасалған аймақты кесіп макропрепаратын гистологияға жіберіп жергілікті қандай өзгеріс болып жатқанын байқадық №1. Екі топтағы иттерді салыстыра келе, №2, №3, №4 препараттарда анастомоз аймағында пайда болған, түрлі іріңді қабыну ауруларының негізгі топтағы иттерде басым мекенін байқап, салыстырмалы түрде анастомоз аймағынөлшеп, екіге көбейтіп, қабыну болған жерді қосып, бөлдік. Статистикалық түрде өлшеп бұл жерде Student's test қолданылды.

Нәтижесі: Негізгі топтағы иттерде: ішқуысында бөгдесуі ықтықпай да болып, анастомоз аймағында қабыну фибрин, шажырқайдың анастомоз аймағына жабысуы және анастомоздың ісінуі, қызаруы қабыну өрши келе ішек көтімсіздігіне алып келді. Негізгі топта анастомоз аймағында іріңді қабыну -2, 2-итте абсцесс, 2-итте ішектің жабысқақ ауруы және ішек көтімсіздігі, 3-итте анастомоз аймағына ажырауы, перитонит және жапырақшасына жылған көздің пайда болғаны байқалды. Бақылау тобындағы иттерде: ішқуысын қараған да патологиялық бөлінділер, анастомоз аймағының ісінуі, қызаруы және шажырқайдың жабысу аурулары анықталмады. Тек -2 итте аздаған анастомоз аймағында ісіну мен аздаған шарбымайдың жабысқаны анықталды, бірақ физиологиялық көтімділікті қалыптастырған. 2 топтағы иттердің, анастомоз аймағынөлшеп есейт келе анастомоз индексі шығарылды. 1-топтағы иттерде $(0,7 \pm 0,09)$ 2-топтағы иттерде $(0,9 \pm 0,07)$ жоғары болып парадағы өзгеріс статистикалық түрде шығарылды ($p < 0,05$). Бақылау тобындағы иттерде анастомоз индексі өте жоғары болды. Себебі бұл топтағы иттерде отадан соң асқынуболмады.

Гистологиялық көрінісінде. Негізгі топтағы озон ерітіндісіз анастомоз жасалынған прапараттар гистологияда қарағанда, алғашқы күні қабыну аймағына лейкоцит, макрофактардың миграциясы анықталды №1. Екінші, үшінші күндері ашық шырышты, шырышты қабаттарының қабынуы, фибриндердің жабысуы анықталды №3. Бақылау тобындағы озондалған ерітіндінің ішек анастомоз аймағына әсерін білу мақсатында препарат алынды №2. Ондағы өзгерістер, алғашқы күндері аздаған қабыну белгілері анықталды №4. Келесі күндері озондалған ерітінді әсеріне байланысты қабыну белгілері тарқап, регенерация процестері күшейгені байқалды №5.

Қорытынды: Біз Қожа Ахмет Ясауи университетінің вивари «тірі жануарлар» ғимаратында иттерге тәжірибе жасай келе. Озон газының жарағатиімділігін анықтадық. Озондалған физиологиялық ерітіндіні бақылау тобындағы иттердің ішқуысына жіберу арқылы, отадан соң пайда болатын түрлі асқынулардың алдын алуға болатындығын байқадық. Негізгі топтағы иттерде жоғарыдағы көрсетілген асқынулар болғаны анықталды. Озон газы мен озон ерітіндісінің ішек анастомоздарының жарасының тез бітуіне пайдасыз көп екені анықталды.

Қолданылған әдебиеттер тізімі

1. Основные принципы и тактика озонотерапии. Пособие для врачей общей ред. проф. С. Н. Разумова. — Москва, 2000. — 16 с.
2. Д. Чередков, В. Никаноров, В. Захаров. «Хирургия және ортопедия» Алматы, 1953 жыл (120)
3. Орысша – қазақша мал дәрігерлік сөздігі. Т. Сайдуллин. Алматы, 1993 жыл (55)
4. Б. К. Илиясов «Алғашқы ветеринариялық жәрдем». Алматы 2001 жыл. (250)

5. Б.К. Илиясов «Ветеринариялық хирургия». Алматы 2009жыл (230)
6. К.И.Шакалов, Б.А. Баликиров, Б.С.Семенов, А.В. Лебедев, А.И.Федеров, «Хирургические болезни сельско – хозяйственных животных».(150)
7. И.Е.Повоженко, К.И.Шакалов, И.А.Калашник «Частная ветеринарная хирургия». Ленинград, 1981жыл (350)
8. Anteplioglu,H (1964): Carnivorlarda Enterectomie ve Barsak Anastomozları
9. Aslanbey,D. Candaş,A (1987): Veteriner Özel Operasyon. Demircan Yayınevi,Ankara.
10. Омаралиев М.И.«Топографиялық анатомия мен оперативті хирургия»Кентау-2005ж

Керімханов Н.М., Мадеш Қ.Т., «Интернатура және түлектерді жұмысқа орналастыру» факультетінің 6 курс интерны, ego9a.96.@mail.ru
Ғылыми жетекшісі: **Тулемисов К.Ж.** кафедра ассистенті, kayrat_76@mail.ru
ОҚМА, Шымкент қ., Қазақстан

ПАНКРЕОНЕКРОЗДЫҢ ЭНДОВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯЛЫҚ ДИАГНОСТИКАСЫ ЖӘНЕ ЕМІ

Кіріспе. Диагностикалық эндовидеолапароскопияның бағалылығы жоғары, әсіресе пациентке инвазивті манипуляцияны жүргізу қаупінен, операцияны кейінге қалдыру қаупі жоғары болғанда. Осылайша, іш қуысының эндовидеолапароскопиялық ревизиясы оперативті емді қажет етпейтін ферментативті панкреатитте және басқа ауруларда лапаротомияның алдын алуға, сонымен қатар динамикалық бақылауда жатқан науқастар жағдайының күрт нашарлауына алып келетін оперативті емдер кезінде жүргізуге мүмкіндік береді.[1,2,3].

Зерттеу мақсаты. Деструктивті панкреатит кезінде кіші инвазивті хирургиялық технологияларды, оның ішінде эндовидеолапароскопияны қолдана отырып сатылы, кешенді емін жоспарлау, панкреонекроздың ірінді-септикалық асқынуларын және летальділігін төмендету.

Зерттеу тапсырмалары:

1. Құрсақ қуысы мүшелерінің жіті ауруларының құрылымындағы панкреонекроздың өсу динамикасын оқып білу.
2. Панкреонекроздың пайда болуына алып келетін этиологиялық факторларды анықтау.

Зерттеу материалдары және әдістері. Ұсынылып отырған жұмыстың негізінде деструктивті панкреатитпен ауыратын 20-82 жас аралығындағы 180 науқастың тексеру және емдеу нәтижелері қарастырылған. Оның ішінде ер адам – 112 (62,2%), әйел адам – 68 (37,8%). Деструктивті панкреатит көбіне жұмысқа жарамды жастағы (30-59) науқастарда жиі анықталды және жалпы науқас санының 68,9% -ын (124 науқас) құрады. Осы жас аралығындағы ер адам саны 79, әйел адам саны 45.

Нәтижелер және оларды талқылау.

1. Эндовидеолапароскопиялық зерттеулер 49 науқасқа жүргізілді. Липаза мен фосфолипазаның белсенуінің салдарынан пайда болған май тінінің ошақты некроздары деструктивті панкреатиттің айқын белгілері болып табылады. Олар стеариннің тұрып қалған тамшысындай болып көрінеді. Осындай некроз ошағының тіпті біреуі анықталуы некротикалық панкреатит диагнозын күмәнсіз қоюға мүмкіндік береді. Зерттелген науқастардың 61,2% -да стеатонекроз түйіндері анықталды.
2. Бақылау жұмыстарының нәтижесіндепанкреонекроздың дамуына бірнеше қолайсыз факторлардың қосарлануы алып келетіні белгілі болды: өт-тас ауруы, көп мөлшерде, майлы тағам және алкоголь өнімдерін қабылдау (41,1%), ұйқы безінің жарақаты (14,5%).
3. Перитонитпен асқынған панкреонекроздың кешенді емінде эндовидеолапароскопия арқылы перитонеальді диализді қолдану 47 науқастың 26-да (55,3%) тез айқын емдік әсер көрсетті.

Қолданылған әдебиеттер

1. Афендулов С.А., Пашков В.Г. Видеолапароскопические операции при панкреонекрозе. М.: ФГУП ИПЦ Финпол, 2005.-128 с.
2. Затевахин И.И., Цициашвили М.Ш. Лечебная лапароскопия в комплексной терапии панкреонекроза // Новые технологии в хирургии: Тез. докладов Международного хирургического конгресса.- Ростов-на-Дону, 2005.- С. 207-208.
3. Избасаров Р.Ж. Возможности эндовидеохирургической технологии в лечении острого панкреатита// Эндоскопическая хирургия. 2009. - № 6.- С. 32-35.

Komekbayeva R.A. The intern of the second year of training in the general surgery.
Research supervisor is PhD, professor **Abdurakhmanov B.A.**
South Kazakhstan medical academy, Shymkent c., Kazakhstan

EMBOLIZATION OF UTERINE FIBROIDS

Introduction. Uterine artery embolization (UAE) is a radiologic catheterization procedure traditionally used for intractable oncogynecologic or obstetric uterine bleeding, and was first described as a potential treatment for uterine fibroids in 1995. Since then, and in spite of skepticism and resistance on the part of many gynecologists, UAE has become more or less established in the spectrum of uterus-sparing treatments for uterine leiomyoma throughout the world, especially in developed countries.

Materials and methods. The study was carried out in the departments of endovascular surgery and obstetrics and gynecology at regional hospital and centre of oncology of Turkestan region, Shymkent. During 2016-2018 it is made 60 UFE at women in age from 18 to 43 years (middle age was 31.2 ± 4.7 years) with uterus LM. All patients had indications to expeditious treatment, however looked for an alternative way of elimination of a hemorrhagic and pain syndrome of myoma, insisted on preservation of a uterus in a type of further reproductive plans or had contraindications to band operation.

Disease duration (from the moment of detection of a tumor) fluctuated from 2 months to 12 and averaged 6.1 ± 2.8 years. Most of women (73.1%) disturbed uterine bleedings on type meno- and menometrorrhagias, a pain syndrome (55.23%), the speeded-up urination owing to the tumor pressure upon a bladder (12.0%), constipations (3.37%), infertility (20.35%), not incubation (9.1%).

Ultrasonic diagnostics was carried out with a Doppler velocimetry. The assessment of curve speeds of a blood-groove of a uterine artery was carried out in the ascending its branch. The blood stream in tumoral vessels was estimated in three most suspicious sites of the central and peripheral areas of knots. TsDK included localization definition (central, peripheral, mixed) and intensity of an intra tumoral blood-groove.

For assessment of curve speeds of a blood-groove used the following parameters: index of resistance, index of a pulsation, local speed of a blood-groove.

UFE was carried out by a puncture and catheterization by Seldinger's technique of a femoral artery, under local anesthesia, with the subsequent carrying out a catheter to internal iliac and then - to uterine arteries. After catheterization of a uterine artery carried out an angiography of vessels of a uterus for the purpose of determination of its sizes and localization of fibromatous knots, and then carried out occlusion of uterine arteries by introduction to an artery gleam through a catheter of fine particles - emboluses. The number of the entered embolizat depended on specific features of a tumor at the patient - the sizes and vascularization of a leiomyoma, diameter and crimpiness of vessels, etc. Criterion of completion of administration of substance was emergence of a symptom of "standing of contrast" and emergence of a reflux of a contrast agent. After that the catheter was taken, carried out a hemostasis and applied a compressing bandage to the place of a puncture of the general femoral artery at several o'clock.

Results of researches and their discussion. Estimating results of EMA at uterus LM, many authors recommend to mark out technical (success of catheterization and embolization), clinical (reduction of symptoms of a disease), radiological (reduction of the sizes of a uterus and myomatous knots) efficiency and specific features (subjective feelings of patients). Technically successful EMA is made in 98.84% of cases. It was not succeeded to execute EMA at 2 (1.16%) patients because of technical impossibility to catheterize a uterine artery owing to pathological crimpiness of iliac arteries. Within the first 6 months the volume of a uterus decreased by 40.1%, prepotent knot - for 54.1%, for 1 year - respectively for 66.3 and 71.2%. It demonstrates that the sizes of a uterus decrease more at the expense of a tumor reduction, and most quickly - in the first 6 months after EMA.

Conclusion. Bilateral selective EMA represents an effective method of treatment of a leiomyoma of a uterus. Advantages of this method are the lack of the general anesthesia and the related risk of anesthesiology complications, the minimum volume of blood loss and risk of thromboembolic episodes, lack of a big wound surface and process of scarring of tissue of uterus, reduction of risk of a hysterorrhesis at pregnancy in comparison with a conservative myomectomy, the smaller duration of hospitalization and time of disability, lack of the psychoinjuring operation fact and also a recurrence in the long term.

References

1. VerKauf BS. Changing trends in treatment of leiomyomata uteri. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 1993;5:301-10. [PubMed]
2. Pokras R, Hufnagel VG. Hysterectomy in the United States, 1965-84. *Am J Public Health.* 1988;78:852-3. [PMC free article] [PubMed]
3. Chryssikopoulos A, Loghis C. Indications and results of total hysterectomy. *Int Surg.* 1986;71:188-94. [PubMed]
4. Duvauferrier R, Priou G, Tasson D, Laurent MC, Ramée A. Emergency uterine embolization in postpartum hemorrhage secondary to coagulopathy. *J Radiol.* 1984;65(4):285-288. [PubMed]
5. Miller FJ, Jr, Mortel R, Mann WJ, Jahshan AE. Selective arterial embolization for control of hemorrhage in pelvic malignancy: femoral and brachial catheter approaches. *Am J Roentgenol.* 1976;126(5):1028-1032. [PubMed]
6. Ravina JH, Herbretreau D, Ciraru-Vigneron N, et al. Arterial embolization to treat uterine myomata. *Lancet.* 1995;346(8976):671-672. [PubMed]

Коровина А.В., V курс педиатрического факультета, г.Екатеринбург, corovina.anastasya@yandex.ru
Попугайло М.В., д.м.н., доцент кафедры «Патологическая физиология»
УГМУ, г.Екатеринбург, Россия

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Язвенная болезнь (ЯБ) является значимой проблемой в практическом здравоохранении, и по-прежнему, представляет большой научный интерес, связанный с широкой распространенностью, частым рецидивированием, развитием тяжелых осложнений, ведущих к снижению качества жизни больных любого возраста. Особую возрастную категорию составляют дети. Язвенная болезнь может быть диагностирована у детей уже с 5-6-летнего возраста.

Цель исследования: проанализировать особенности течения ЯБ у детей младшего школьного и подросткового возраста.

Материалы и методы исследования: исследование выполнено как нерандомизированное, ретроспективное, когортное. Обследовано 64 подростка, из них 57% мальчики и 43% девочки, находящихся в стационаре на лечении в ОДКБ 1 г.Екатеринбурга с диагнозом ЯБ. Были разделены на две группы: младшего школьного и подросткового возраста. Сравнение клинико-морфологического течения ЯБ у детей этих групп было проведено по данным историй болезни: оценка физического развития по массе и росту, оценка морфо-функционального статуса, патогномичные жалобы, оценка результатов по хелик-тесту, частые осложнения и сопутствующая патология при данной патологии у детей. Статистическая обработка проводилась в пакете Gretl (версия 1.4.1. русифицированная) с использованием методов непараметрической статистики :среднее, стандартное отклонение, доверительный интервал, корреляция.

Результаты исследования: возрастную категорию исследуемых детей можно подразделить на два периода: детимладшего школьного возраста (7-11 лет) и подростки (12-15 лет). Оценка морфо-функционального статуса детей обеих групп выявила, что дети младшего школьного возраста с дисгармоничным статусом (ниже среднего) составляют 28%, подросткового возраста 34%; дисгармоничный (выше среднего) в первой группе 24%, второй группе 41%; в обеих группах гармоничный (средний) статус - 24%, резко дисгармоничный (низкий) статус первой группы - 5%, а во второй группе - 1%, и, наконец, в обеих группах резко дисгармоничный (высокий) - 19,3 %.

Средняя масса детей в младшей группе 30,8 кг, показатель младшей возрастной группы 25 кг-43,3 кг ($p = \pm 0,075$), средний показатель массы подростков 42,8 кг, показатель подростковой группы варьируется 28-61,6 кг ($p = \pm 0,064$). Из чего следует, что ниже среднего имеют массу 24% обследуемых, среднюю для своего возраста 29%, выше среднего 21% исследуемых. Эти результаты можно связать с акселерацией. Средний показатель роста первой группы 136 см, пределы колебания 118-153 ($p = \pm 0,038$) см. Вторая группа имела среднее значение роста 161 см, пределы колебания 147-166 см ($p = \pm 0,88$), из чего следует, что средний рост обследуемых детей соответствует третьему коридору и составляет 84 %, что говорит о том, что деградация в росте не наблюдается. Особенности по показателям роста не выявлено.

Все анализируемые случаи находились в стадии обострения. Хелик-тест у 86% обследуемых был «+», и лишь у 14% «-». Заживление образовавшегося дефекта слизистой в 98 % случаев обеих групп. Но 7-11 лет группе снижение регенерации краёв язвы составило 1,75 %; у детей в возрасте 12-15 лет - 0,94%. Несмотря на хорошие результаты заживления дефектов слизистой, проблемы заживлением можно связать с влиянием Н.рулогина этот процесс, приводит к замедлению регенерации эпителия в случае образования дефекта, с последующей стимуляцией апоптоза. Это усиливает гибель клеток в краях язв и затрудняет их заживление. Отметим, степень инфицирования Н.рулогі находится в прямой зависимости от состояния сформированности иммунной системы в раннем возрасте.

Обнадеживающие результаты получены при лечении язв. Клинический эффект обусловлен, патогенетическим воздействием эстрогенов на регулирующие и местные механизмы гастро-дуоденальной зоны: снижение секреции HCl, усиление процессов регенерации в слизистой, нормализующее влияние на гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему. Лечение ЯБ фолликулином в сочетании с ДОКА нормализует нарушенный баланс половых гормонов.[1,2,3] Описаны исследования, с курсовым применением эстрогенов тормозящих кислотывыделительные и пепсинообразующие функции желудка, ДПК; но у 1/3 больных наблюдалось выраженное разрастание соединительной ткани в месте дефекта.[3,4] Высокая частота нарушений баланса половых гормонов у девочек и мальчиков с язвой, а также наличие положительных и отрицательных корреляционных связей между гормональными и клинико-морфологическими показателями у больных является основанием для выделения патологической гонадо-гастро-дуоденальной функциональной системы и «гонадопривной» формы ЯБ.[4]

У 48% пациентов обеих групп наблюдались осложнения со стороны разных систем организма: наибольший процент, 88% осложнений, со стороны пищеварительного тракта, 4% - нервная система, 6% - сердечно-сосудистая система, 1% - патология крови, 1% - дыхательная система, что свидетельствует о неизменности факторов, влияющих на возникновение заболевания. Анализ осложнений со стороны ЖКТ показал, что на изменения со стороны желудка в первой группе приходится 33%, во второй - 26%, патологию ДПК первой группы - 23%, второй - 20%, патологию поджелудочной железы обеих групп по 21%.

Выводы. На основании проведенного исследования клинико-морфологического течения ЯБ различия между группами не выявлены. Однако, были выявлены особенности развития ЯБ у детей исследуемых групп: во-первых, дети с дисгармоничным статусом (выше и ниже среднего) встречались более часто, чем при

гормоничном статусе, у обеих возрастных групп. Во-вторых, более выраженное заживление дефектов слизистой у подростков можно связать с гормональной перестройкой у детей в этом возрасте. В-третьих, осложнения со стороны желудка и двенадцатиперстной кишки в группе младшего школьного возраста встречались чаще, чем в подростковой. В-четвертых, у большинства обследуемых Хелик-тест был положительным, что говорит о раннем обсеменении организма у детей *H. pylori*.

Список литературы

1. Белоусов Ю.В. Педиатрическая гастроэнтерология: новый справочник / - М.: Эксмо, 2006. - 704с.
2. Ихсанов С.Д., Сергиенко Д.Ф. Язвенная болезнь у детей: современный взгляд на проблему // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 2.
3. Козловский А.А. Основы детской гастроэнтерологии: учеб. пособие / мн.: Технопринт. 2002.- 180с.
4. Лаптев А.А. Язвенная болезнь: диссертационное исследование /2005г./- 180с.

Laura K.N., 214GMB, lkassymkhanova@gmail.com; **Akzer M.S.**, 214 GMB, akzerm15@mail.ru;
Academic advisors: **Zakhro Y.**, senior teacher, **Dinara U.**, senior teacher, dinara.utenova83@gmail.com.
General Medicine, Shymkent, Kazakhstan

PROGRESS TREATING DIABETES

In this article we would like to talk about the problem of diabetes and innovative methods of treatment of diabetes. The number of people with this disease has risen from 108 million in 1980 to 422 million in 2014 in the world. In Kazakhstan, there are about 309 thousand people, of which 2,700 children. This is a huge world problem and fortunately researchers are working to find new lifesaving and life-changing treatments and cures to address diabetes. Doctors and researchers on the forefront of medicine and technology are enhancing patient care in a number of ways with technology spearheading the initiatives.

What is Diabetes?

Diabetes is a condition where the body fails to utilize the ingested glucose properly. This could be due to lack of the hormone insulin or because the insulin that is available is not working effectively. Symptoms of high blood sugar include frequent urination, increased thirst, and increased hunger. If left untreated, diabetes can cause many complications. Acute complications can include diabetic ketoacidosis, hyperosmolar hyperglycemic state, or death. Serious long-term complications include cardiovascular disease, stroke, chronic kidney disease, foot ulcers, and damage to the eyes.

Advances in Diabetes Technology

1. G5 Mobile Continuous Glucose Monitoring System

The G5 Mobile Continuous Glucose Monitoring System, made by Dexcom, can replace fingerstick blood glucose testing for diabetics. "This is the first FDA-approved continuous glucose monitoring system that can be used to make diabetes treatment decisions without confirmation with a traditional fingerstick test," the FDA* said in a statement. Instead of fingersticks, the G5 Mobile Continuous Glucose Monitoring System uses a small sensor wire inserted just below the skin that continuously measures and monitors glucose levels. Real-time results are sent wirelessly every five minutes to a dedicated receiver and a compatible mobile device running a mobile app. Then, alarms and alerts indicate glucose levels above or below user-set thresholds.

2. Synjardy XR

The new combination drug, empagliflozin and metformin hydrochloride extended-release tablets (Synjardy XR), made by Boehringer Ingelheim and Eli Lilly, makes blood glucose control easier for patients with type 2 diabetes. "Adults with type 2 diabetes often take multiple medications, sometimes more than once a day, to manage their condition," said Paul Fonteyne, President and CEO of Boehringer Ingelheim Pharmaceuticals. "With Synjardy XR ... adults with type 2 diabetes now have another convenient daily option to help them reach their glycemic goals, whether they are already being treated or are just at the beginning of their treatment."

3. Xultophy 100/3.6

People with diabetes can now receive a single daily injectable combination drug via Xultophy 100/3.6, made by Novo Nordisk. Xultophy, a combination of Tresiba (insulin degludec injection) and Victoza (liraglutide) injection, is indicated as an adjunct to diet and exercise to improve glycemic control in adults with type 2 diabetes. Novo Nordisk expects to launch Xultophy 100/3.6 in the US in the first half of 2017. The drug is administered as a once-daily injection from a prefilled pen, and can be taken with or without food.

4. Soliqua 100/33

Similar to Xultophy, FDA also recently approved Soliqua 100/33, made by Sanofi, a once-daily injection for type 2 diabetes. Xultophy is a combination of Lantus (insulin glargine 100 units/mL) and lixisenatide, a GLP-1 receptor* agonist. Both Soliqua 100/33 and Xultophy 100/3.6 enter a new class of diabetes treatments that combine a basal insulin and a glucagon-like peptide-1 receptor agonist (GLP-1 RA) in a single, once-daily injection.

5. The MiniMed 670G

The MiniMed 670G hybrid is said to be the first “artificial pancreas,” a device to automatically monitor glucose and provide appropriate basal insulin doses for patients with type 1 diabetes, is a breakthrough in diabetes treatment. Medtronic’s MiniMed 670G hybrid closed-looped system is intended to adjust insulin levels with little or no input from the user. “This first-of-its-kind technology can provide people with type 1 diabetes greater freedom to live their lives without having to consistently and manually monitor baseline glucose levels and administer insulin,” said Jeffrey Shuren, MD, Director of the FDA’s Center for Devices and Radiological Health, in a statement.

In concluding we would like to say that diabetes is a very common disorder caused by high levels of sugar in the bloodstream. It affects a large number of people, with many more people remaining undiagnosed. But fortunately there are many ways of treatment that can help people with diabetes mellitus.

*FDA - Food and Drug Administration, is a federal agency of the United States Department of Health and Human Services, one of the United States federal executive departments.

*Glucagon-like peptide-1 (GLP-1) is a 30 amino acid long peptide hormone deriving from the tissue-specific posttranslational processing of the proglucagon peptide.

References

1. Dr. Bernstein’s Diabetes Solution – Richard K. Bernstein
2. <http://www.who.int>, 3. <http://www.zakon.kz>
4. www.yourhormones.info

UDC УДК 614(075.8)

Lebedeva A.A., Pliyeva U.T., 3rd course of medical faculty, **Horak K.I.**, 4th course of medical faculty, Karizhskaya L.S. 3rd course of pediatric faculty, **Morozov A. M.**, Assistant of Tver State Medical University
Scientific director: Morozov Artem Mihajlovich, Assistant of the Department of General Surgery
Tver State Medical University, Tver, Russia

THEORIES FOR THE ORIGIN OF PHANTOM LIMB PAIN

The topicality: the syndrome of phantom limb pain (PLP) is the syndrome pain perceived as arising in the missing limb and the no painful sensations experienced in the body part that no longer exists. It has a negative effect on the quality of life of patients. The incidence of PLP has been reported to range from 40 to 90% in patients requiring amputation.

The purpose: to study theories for mechanisms phantom limb pain and treatment approaches.

Materials and methods: studying of theories for PLP in literature sources, the theoretical analysis and summarization of scientific literature and the foreign magazines "Frontiers in Neurology", "Annals of Clinical and Translational Neurology" and "The Lancet"; analysis of statistics of stump neuralgias.

The results: In 1999 Harris assumed that neuropathic pain can be caused by incongruence between motor intention, awareness of movement, and visual feedback. Disorganised or inappropriate cortical representation of proprioception may falsely signal incongruence between motor intention and movement, which results in pathological pain. It was shown that chronic pain is the multifactorial pain with a strong psychological component. A depression, concern and the raised strain are pain triggers for phantom extremities [1].

According to Ronald Melzack's theory, the brain contains a neuromatrix, or network of neurons, that, in addition to responding to sensory stimulation, continuously generates a characteristic pattern of impulses indicating that the body is intact and unequivocally one's own. The most common complaint is a burning sensation. This feeling could stem from the loss of sensory signaling from the limb to the neuromatrix. Without its usual sensory stimulation, the neuromatrix would probably produce high levels of activity in a bursting pattern. Other pain may result from the effort of the neuromatrix to make the limbs move as they normally would.

The current theories about a parentage of stump neuralgias are discussed concerning available clinical results. There is an alternative hypothesis for the origin of PLP. It's the theory of stochastic entanglement. Doctor Ortiz Catalan proposes that after an amputation, neural circuitry related to the missing limb loses its role and becomes susceptible to entanglement with other neural networks – in this case, the network responsible for pain perception.

Neurons are never completely silent. When not processing a particular job, they might fire at random. This may result in coincidental firing of neurons in that part of the sensorimotor network, at the same time as from the network of pain perception. When they fire together, that will create the experience of pain in that part of the body.

The offered hypothesis of stochastic entanglement can be combined with Harris’s sensory-motor incongruence theory. That combination can be used for development of new therapeutic methods of treatment [2].

Pharmacologic interventions for treating PLP generally concern pain as a symptom. Re-amputation and neurectomy (resection of the neuroma) constituted some of the initial efforts to treat PLP, albeit unsuccessfully over the long-term

Transplantation of extremities, neogenesis or prostheses can be used for motor function recovery. It recover functions, but also relieves pains. For example, the patient with a controlled bionic extremity receives somatosensory feedback and does not feel the PLP.

Mirror therapy (MT) is a non-pharmacological treatment using representations of movement, the efficacy of which in reducing PLP remains to be clarified. Illusions or imagery of movement of the amputated limb might alleviate

phantom limb pain. Mirror therapy has been used with some success in patients who have had a hand or an arm amputated [3].

The procedure of Phantom motor execution (PME) is rather new method of therapy of PLP. PME aims to reactivate the original central and peripheral circuitry involved in motor control of the missing limb, along with increasing dexterity of stump muscles. The PME hypothesis entails that training of phantom movements induces gradual neural changes similar to those of perfecting a motor skill, and these purposefully induced neural changes disentangle pain-processing circuitry by competitive plasticity [4].

In clinical tests of PME procedure participants finished on average 18-30 minute sessions within 1-2 months that led to appreciable depression of stump neuralgias in seven of eight (88%) the struck extremities. Success of system confirms its use as non-invasive and inexpensive option of therapy for symptoms of phantom extremities at persons with ablation [5].

Conclusion: A syndrome of PLP is the difficult condition, which needs special assessment. There are various theories for origin of this syndrome. Distinction between nociceptive and neuropathic sources of the referred painful sensations is necessary for prescription of suitable treatments. Now there are new ways of treatment of this pathology. Thus, these methods of treatment have to consider the current clinical and neurophysiological restrictions to enlarge their chances of success.

The list of references:

1. Clinical Trial of the Virtual Integration Environment to Treat Phantom Limb Pain With Upper Extremity Amputation.// The Lancet 2018. 9 p.
2. Foell J., Bekrater-Bodmann R., Diers M., Flor H. Mirror therapy for phantom limb pain: brain changes and the role of body representation. Eur. J. Pain.// Ann Clin Transl. Neurol. 2014. 11 p.
3. Ortiz-Catalan M, Sander N, Kristffersen M, Håkansson B, Brånemark R. Treatment of phantom limb pain (PLP) based on augmented reality and gaming controlled by myoelectric pattern recognition: a case study of a chronic PLP patient.// Front Neurosci. 2014. 7 p.
4. The Stochastic Entanglement and Phantom Motor Execution Hypotheses: A Theoretical Framework for the Origin and Treatment of Phantom Limb Pain.// Frontiers in Neurology 2018. 16 p.
5. Tung M.L., Murphy I.C., Griffin S.C., Alphonso A.L., Hussey-Anderson L., Hughes K.E., et al. Observation of limb movements reduces phantom limb pain in bilateral amputees.// Ann Clin Transl. Neurol. 2014. 6 p.

Мауленов К.А., резидент 1 года обучения факультета послевузовского образования по специальности «Общая хирургия»

Научный руководитель: д.м.н., и.о. профессора **Абдурахманов Б.А.**
Южно-Казахстанская медицинская академия г. Шымкент, Республика Казахстан

ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ УКУШЕННЫХ РАНАХ ЛИЦА У ДЕТЕЙ

Введение. За последние годы отмечается рост количества детей с укушенными ранами лица. В США регистрируют 500-600 тыс. укусов в год. В Казахстане обращаемость населения за медицинской помощью по указанному поводу также высокая, по Туркестанской области (ЮКО) этот показатель в 2016 г. составил 5293 человек [1-4]. Укушенные раны лица приводят к серьезным анатомическим, функциональным и неврологическим нарушениям. Лечение детей с обширными укушенными ранами лица представляет собой актуальный и сложный раздел хирургии.

Цель исследования. Изучение эпидемиологии, особенностей клиники укушенных ран лица у детей и оценка методов оказания качественной хирургической антирабической помощи и проведения адекватной антибиотикопрофилактики.

Материал и методы исследования. В ходе работы нами было проанализировано 35 истории болезней детей с укушенными ранами лица в возрасте 0-17 лет, обратившиеся за амбулаторной помощи ЦАХиТГ ЮКО г.Шымкент за 2016 г. методом случайной выборки. Известно, что данный вид травмы сопровождается возможностью инфицирования вирусом абсолютно летального заболевания – бешенства. Основную роль в развитии гнойно-септических осложнений любых укушенных ран играет *Staphylococcus aureus* в монокультуре или в ассоциациях, частота их высеваания из ран по нашим данным составило 57,8%. Реже выявляют грамотрицательные бактерии (в 19,6% случаев), а облигатные неспорообразующие анаэробы обнаруживают у больных с клиникой анаэробной инфекции мягких тканей.

Первичная хирургическая обработка укушенных ран лица у детей начиналась с тщательной обработки ран и окружающих тканей растворами слабых антисептиков (фурациллина, хлоргексидина и др.), остановки кровотечения, удаления инородных тел из раны. Свежие укушенные раны наружно обильно промывали мыльным раствором, так как хозяйственное мыло инактивирует вирус бешенства. ПХО укушенных ран лица у детей проводили так, чтобы получить наиболее совершенный эстетический результат. Профилактика бешенства проводилась согласно общепринятым схемам при подозрении на возможность заражения, что было отмечено в 18% случаев. Вакцинация против бешенства проводилась в 1-й же день обращения пациента за помощью с применением препаратов спеда, эквираб в виде внутримышечных инъекций в объеме 0,5 мл.

Результаты и обсуждения. В результате проведенного исследования установлено, что укушенные раны лица практически одинаково часто встречаются как у мальчиков (54,3%), так и у девочек (45,7%). Укушенные раны

лица у детей в возрасте до 5 лет встречались в 14,3% наблюдениях, 15-17 лет – 28,6%, и наибольшая частота отмечена у детей в возрасте 6-14 лет – 57,1%, что, на наш взгляд, связано с отсутствием навыков обращения с животными. Большинство потерпевших обращалось за медицинской помощью своевременно в течение первых суток после травмы (86%). По локализации укушенные раны лица чаще всего встречались в области верхней (22,6%) и нижней (13,8%) губы, щеки (15,4%), скуловой области (9,1%), нескольких анатомических областей (17,3 %). В большинстве случаев укусы нанесены собаками – 86,9 %, кошками – 8,6% и в 3,6% наблюдениях другими животными. В течение 5 дней после получения травмы лица 98% детей имеют симптомы посттравматического стрессового расстройства, депрессию, нервное истощение. Эти признаки сохраняются у 82% пациентов в течение 1 месяца, у 44% – в течение года.

Выводы: 1. Учитывая высокую частоту и склонность укушенных ран лица к нагноению необходимым являются своевременные проведения мероприятий в виде ПХО ран с их тщательной антисептической обработкой и обязательным дренированием в комбинации с рациональной антибиотикотерапией.

2. Хирургическое лечение укушенных ран лица имеет свои особенности – ушивание ран должно быть послойным, с тщательным сопоставлением краев раны и краев естественных отверстий, с обязательным ушиванием мимических мышц.

3. Повсеместное проведение профилактических мероприятий с повышением культуры содержания домашних питомцев, контроль их разведения и снижение числа бездомных животных является залогом предотвращения укушенных ран.

Список литературы

- 1.Амбулаторная помощь детям из числа укушенных, оцарапанных и ослюенных любимыми животными / В.Е.Поляков, Т.Н.Смирнова, С.И.Козакова, К.Дегтяр // Эпидемиология и инфекционные болезни.2000.№3.С.56-58.
- 2.Петрович, Н. И., Мильгевич Т. Г., Стайнова О. П. Укушенные раны лица у детей/ Материалы XI ежегодного научного форума «Стоматология 2009». Инновации и перспективы в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. М.2009. С.294-296.
- 3.Приказ МЗ РБ от 22.02.1999г. №64 «О совершенствовании мероприятий по профилактике заболеваний людей бешенством»
- 4.Хирургическая тактика лечения и реабилитации детей с укушенными ранами лица и шеи/ А. В. Резникова и др. Московский центр детской челюстно-лицевой хирургии. 10 лет работы. Результаты, итоги, выводы / Под редакцией В. В. Рогинского. 2002. С.137-142

Мелких Н.И., Шилин В.А., Кошелев И.Г., 5 курс, melkich_natalya_seba@mail.ru

Научный руководитель: **Поляков П.П.**, к.м.н., ассистент, Лечебный факультет, г. Краснодар, Россия,

ВЛИЯНИЕ ТЭС-ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ПОСЛЕРОДОВОЙ МАТКИ КРЫСЫ

Инволюция матки является одним из ключевых процессов послеродового периода. Ее течение во многом определяет процент послеродовых осложнений, в связи с чем, актуальным является изучение методов коррекции послеродовой субинволюции матки. Методом, предотвращающим развитие данной патологии может стать транскраниальная электростимуляция (ТЭС-терапия). В основе лечебного эффекта ТЭС-терапии лежит активация эндогенной опиоидергической стресс-лимитирующей системы [2]. В связи с большой важностью эндогенной опиоидергической системы для организма и широким применением методов, направленных на ее модуляцию, исследование влияния опиоидных пептидов на процесс инволюции матки после родов имеет важное значение [4].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ:изучить влияние ТЭС-терапии на состояние матки в раннем послеродовом периоде в эксперименте у крыс методами гистологического исследования и иммуноферментного анализа крови на содержание половых гормонов на 5 сутки после родов

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследование проведено в лаборатории кафедры общей и клинической патологической физиологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России. Эксперименты проведены на 24 белых самках крыс, средней массой 246±25 гр. Оперативные вмешательства сопровождалось использованием золотил-ксилазинового наркоза.

Характеристика групп животных: группа №1 (контроль) – из 12 крыс самок, у которых проводили забор матки на 5 сутки после родов; группа №2 (опытная) – из 12 крыс самок, которым проводили ТЭС-терапию с 1 по 3 сутки и эвтаназию с последующим забором матки на 5 сутки после родов.[3]

Самкам крыс группы №2 (опытная) в течении 3-х дней после родов проводили ТЭС-терапию с помощью модифицированного двухпрограммного электростимулятора«ТРАНСАИР-03», в анальгетическом режиме, длительность сеанса 30 минут [3]

Эвтаназия проводилась у предварительно наркотизированных крыс путем декапитации. Забор матки с последующим взвешиванием проводили на 5 сутки после родов. Матку фиксировали в 1% формалине с сульфатом цинка. Проводили вырезку и проводку образцов через изопропанол с заливкой в парафин. Микропрепараты окрашивали гематоксилин-эозином. Для фотографии микропрепаратов использованы

микроскоп Микмед-5 (Россия) и окулярная камера Levenhuk 230 (США). На полученных фотографиях микропрепаратов рога матки проводили подсчет толщины стенки рога матки и ее слоев. Статистическую обработку проводили с использованием программы «Statistica 10 version» фирмы «Stat Soft Inc.». Результаты выражали в виде медианы с использованием 25 и 75 перцентилей. Использован критерий Манна-Уитни, $p \leq 0,05$. Содержание половых гормонов определяли методом иммуноферментного анализа крови на 5 сутки после родов [1].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ. Случаев незапланированной гибели и осложнений у животных не было. Разницы в весе матки между группами не выявлено ($p \geq 0,05$). Эпителизация матки в группе №1 завершена, просвет рога матки имеет складчатую структуру, покрыт сформированным призматическим эпителием, виден слой слизи. Толщина стенки рога матки составляет 70 мкм, толщина миометрия 30 мкм, отчетливо виден базальный слой эндометрия, редкие железы и просветы сосудов, толщина эндометрия составляет 30 мкм. Толщина стенки рога матки на микропрепаратах из группы №2 составляет 105 мкм, что на 33,4% больше в сравнении с группой №1 ($p \leq 0,05$). Толщина миометрия на микропрепаратах из группы №2 – 55 мкм, что на 45% больше в сравнении с группой №1 ($p \leq 0,05$). Толщина эндометрия на микропрепаратах из группы №2 – 45 мкм, что на 34% больше в сравнении с группой №1 ($p \leq 0,05$). Методом иммуноферментного анализа крови было установлено, что у крыс, получавших сеансы ТЭС-терапии, на 5 сутки после родов уровень прогестерона в крови снижался на 35%, а уровень эстрадиола повышался на 34%, в сравнении с интактной группой. Это может объяснить, наблюдаемые различия в толщине стенки матки [5].

ВЫВОДЫ. Проведение ТЭС-терапии не оказывает влияния на вес матки крысы на 5 сутки после родов. У крыс, получавших ТЭС-терапию к 5 суткам после родов толщина стенки рога матки была на 33,4%, толщина миометрия на 45%, а толщина эндометрия на 34% больше в сравнении контролем. При этом одной из особенностей крыс, получавших ТЭС-терапию, является значительно меньшая складчатость эндометрия рога матки. Результаты исследования также показывают изменение уровня прогестерона и эстрадиола в крови – под действием ТЭС-терапии уровень прогестерона снижается на 35%, а уровень эстрадиола повышается на 34%.

Список литературы

1. Вчерашнюк С.П. Динамика уровня некоторых гормонов при использовании ТЭС-терапии в комплексном лечении гестоза / С.П. Вчерашнюк, А.Х. Каде // Кубанский научный медицинский вестник. – 2011. – № 2. – С. 21-23.
2. Лебедев В.П. Об опиятном механизме транскраниальной электроанальгезии у крыс и мышей / В. П. Лебедев, А. Б. Савченко, Н. В. Петряевская // Физиол. журн. СССР. – 1988. – Т. 74. – № 9. – С. 1249-1256.
3. Липатова А.С. Модификация методики ТЭС-терапии для ее применения у мелких лабораторных грызунов / А.С. Липатова, П.П. Поляков, А.Х. Каде (и др.) // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5. – С. 347.
4. Рычкова С.В. Транскраниальная электростимуляция: обоснованность применения и клиническая эффективность / С.В. Рычкова // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2006. – № 5. – С. 44-47.
5. Fanning R. A. Opioid mediated activity and expression of mu and delta opioid receptors in isolated human term non-labouring myometrium / R. A. Fanning, J.P. McMorro, D.P. Campion, M.F. Carey, J.J. O'connor // European journal of pharmacology. – 2013. – Т. 698. – №. 1-3. – С. 170-177.

Мирзаева Д.Б., кафедра пропедевтики внутренних болезней
Бухарский Государственный Медицинский институт, Узбекистан

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ С АМИКАЦИНОМ У БОЛЬНЫХ С ПНЕВМОНИЕЙ

Целью данного исследования явилась оценка эффективности применения амикацина небулайзерной терапии на клинико-функциональные показатели больных с внебольничной пневмонией.

Обследовано 100 больных (из них 56,7% мужчин) средний возраст(44.5+2,3 года) от (18до 75 лет). У больных отмечались кашель с выделением мокроты от желто-зеленого до ржавого цвета, 31 больных отмечали экспираторную одышку при физической нагрузке, 14-одышку при обычной ходьбе боли в грудной клетке, повышение температуры тела до 39-40*.

У всех больных определяли параметры кривой поток- объем форсированного выдоха на аппарате «Medisog», результаты были сопоставлены с должными величинами, принятыми в России. Больных разделили на 2 группы: в 1-ю группу вошли 58 больных, в комплекс интенсивной терапии включали небулайзерное введение лекарственных средств: антисептики гипохлорид натрия 0,06%-5 мл + антибиотик амикацин по 250 мг. Ингаляции проводились по 2 мин. каждые 6 часов в первые двое суток, затем каждые 12ч в течении 5 суток.

2 ю группу составили 42 больных, поступивших на лечение, которым проводили традиционную терапию. Результаты лечения больных этой группы были подвергнуты ретроспективному анализу. Пациентам обеих групп

выполняли функциональные, лабораторные методы исследования, рентгенография легких в динамике, исследования кислотно-щелочного состояния (КЩС).

Средние значения СОЭ составили $19,7 \pm 1,8$ мм/час. Лейкоциты $15,8 \pm 0,33$ моль/л. В лейкоцитарной формуле моноциты $8,53 \pm 0,41\%$, лимфоциты $30,8 \pm 1,38\%$

Результаты. Исходно изучаемые показатели у больных свидетельствуют о серьезных нарушениях ЖЕЛ, пиковой скорости выдоха (ПСВ), вентиляционной недостаточности. Дальнейшие клинические и лабораторные исследования показали, что у больных 1-ой группы на 3 и сутки наблюдались снижение температуры тела, продуктивное выделение мокроты. Рентгенологически отмечались появления признаков прикорневой бронхопневмонии в пределах одного легочного сегмента, а на 9 е сутки наблюдалось полное ее разрешение.

У больных 2 й группы, на 3 е сутки сохранялись признаки дыхательной недостаточности, это проявлялось клиническими признаками, данными лабораторных исследований. Рентгенологическая картина свидетельствовала о развитии полисегментарной пневмонии-у 35, долевой у 7 пациентов.

Выводы: небулайзерное введение обеспечивает доставку лекарственных препаратов непосредственно в дыхательные пути, что значительно улучшает параметры внешнего дыхания и газов в крови.

Д. Б.Мирзаева

Кафедра пропедевтики внутренних болезней, Бухарский медицинский институт, Узбекистан.

ЧАСТОТА РАСПРОСТРАНЕНИЯ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ ЯЗВ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ

Гастродуоденальные язвы, нередко сопутствующие при хронических обструктивных заболеваниях легких (ХОБЛ), накладывают определенный отпечаток в проявлениях пульмонологических симптомов. В этой связи сведения о наличии гастродуоденальной патологии с учетом их характерных параметров, могут оказать ценную помощь в прогнозировании течения и проявления ведущих признаков ХОБЛ.

Целью настоящей работы явилось изучение частоты распространения симптоматических язв (СЯ) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у лиц с ХОБЛ.

Для осуществления поставленных задач ретроспективно проанализированы стационарные и амбулаторные карты 2690 больных ХОБЛ (из них 55,1% мужчин). Средняя продолжительность обструктивного заболевания составляла от 1 года до 32 лет (в среднем $9,3 \pm 2,5$ года), средний возраст $41,5 \pm 2,3$ года (от 18 до 75 лет). Отягощенный аллергический анамнез имели 53,8% пациентов. В группу исследования не включались медицинские карты больных, получавших в прошлом нестероидные противовоспалительные, глюкокортикоидные препараты.

Для верификации диагноза применялись фиброгастроскопический, рентгенологический, эхокардиографические методы исследования. Скрытую кровь в кале определяли постановкой реакции Вебера-Греггера. Состояние микроциркуляции (МЦ) и реологических свойств крови исследовали с помощью шелевой лампы и тромбозастиграфии. У большинства больных определялись функциональные показатели внешнего дыхания на аппарате «Mediko».

Как следует из полученных данных из общего 2690 больных с ХОБЛ (преимущественно у лиц с легочным сердцем) у 61 пациентов (2,3%) выявлены различные зоны дефекта гастродуоденальной слизистой. Более чем у половины из них дефектные зоны были представлены эрозиями, а у остальной части язвами. Наиболее часто встречаемой формой эрозий оказались точечные. А среди форм язвенных дефектов доминировали овальные. У 4 больных с ХОБЛ сочетающейся СЯ наблюдались эпизоды гастродуоденального кровотечения. Выявленные зоны язвенно-эрозивных дефектов в гастродуоденальной слизистой больных ХОБЛ, свидетельствуют о причастности гипоксии и нарушения реологических свойств крови в происхождении последних. При сочетании ХОБЛ с СЯ следует использовать тест на скрытое кровотечение путем применения реакции Вебера-Греггера.

Мырзахметов Р.Т., магистр 2 года обучения факультета послевузовского образования по специальности «Медицина»

Научный руководитель: д.м.н., профессор **Сексенбаев Д.С.**

Научный консультант: д.м.н., и.о. профессора **Абдурахманов Б.А.**

ЮКМА, г.Шымкент, Республика Казахстан

ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ТРУДНОДОСТУПНЫХ ЗОН ПЕЧЕНИ

Введение. Эхинококкоз является тяжелым паразитарным заболеванием, распространенным в Центральной Азии и Казахстане [1]. Наиболее высокой степенью пораженности отличаются животноводческие районы. Топографо-анатомические особенности эхинококкоза диафрагмальной поверхности печени (ЭДПП) – недоступность пальпации, глубокое залегание кист – объясняют позднюю диагностику, относительно большое число осложнений и трудности при хирургическом лечении [2,3].

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения эхинококкоза диафрагмальной поверхности печени.

Материал и методы исследования. Представлены результаты эхинококкэктомии из диафрагмальной поверхности печени у 88 пациентов. В диагностике патологии применяли общеклинические анализы крови, мочи, биохимия крови, рентгенография органов грудной полости, ультразвуковая эхография и МРТ-томография органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопия, ИФА на эхинококкоз. В сложных диагностических случаях у 9 (8,8%) больных проведена ангиография печени. В 8 наблюдениях выполнено интраоперационное ультразвуковое исследование печени для более точного определения расположения кист. Прорыв нагноившихся кист в плевральную полость отмечена у 4 больных, развитие печеночно-бронхиальных свищей у 2 и в 1 наблюдении наблюдалось образование печеночно-легочного эхинококкоза.

Результаты и обсуждения. Из разреза в правом подреберье оперированы 45 (51,1%) больных, верхнесрединная лапаротомия проведена у 36 (40,9%), торакофренолапаротомия справа в 8-9 межреберье без пересечения реберной дуги у 5 (5,7%) больных и у 2 (2,3%) больных проведен косой разрез в левом подреберье. Учитывая сложность расположения ЭДПП мы разработали показания к использованию торакофренолапаротомии справа как операционного доступа. Метод использовался при прорыве кист в органы грудной полости с образованием печеночно-грудного эхинококкоза, сочетанном поражении правого легкого и печени, рецидивирующем ЭДПП, после неоднократных чрезбрюшинных вмешательств и при выраженном спаечном процессе в брюшной полости. У 25,4% больных операция завершена полной ликвидацией остаточной полости, у 27,6% – ее дренирование, у 22,9% – частичное ушивание остаточной полости, в 24,1% наблюдениях произведена перикистэктомия с абдоминализацией остаточной полости. У 18% больных интраоперационно выявлены желчные свищи, произведена их ушивание. У 5,3% больных через 2-3 дня, иногда через неделю после операции отмечалось желчеистечение, которое не было во время операции. Это объясняется резким расширением желчных ходов после эхинококкэктомии, которые долгое время находились под повышенным давлением кисты.

Выводы: Оптимальным и адекватным доступом при ЭДПП является разрез в правом подреберье параллельно реберной дуге. Проведение операции в виде иссечения перикистозной ткани и создание сообщения остаточной полости с брюшной полостью в виде абдоминализации является оптимальной операцией при больших и гигантских ЭДПП. Она способствует максимальной декомпрессии печени, способствует наиболее адекватному восстановлению кровообращения и желчеоттока в ней.

Список литературы

1. Алиев М.А., Баймаханов Б.Б., Наржанов Б.А. и др. Малотравматичный способ хирургического лечения эхинококкоза печени. *Анналы хирургической гепатологии*. 2004;9(2):69–70.
2. Веронский Г.И., Демин С.А., Ершов К.Г. и др. Радикальные операции при эхинококкозе печени. *Анналы хирургической гепатологии*. 2005; 10(2):106.
3. Tomuş C., Zaharie F., Mocan L. et al. Minimal invasive treatment of abdominal multiorgan echinococcosis // *Int. Surg.* – 2013. – Vol. 98, N 1. – P.61-64.

Мырзахметов Р.Т., магистр 2 года обучения факультета послевузовского образования по специальности «Медицина»

Научный руководитель: д.м.н., профессор **Сексенбаев Д.С.**

Научный консультант: д.м.н., и.о. профессора **Абдурахманов Б.А.**

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

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭХИНОКОККЭКТОМИЯ ИЗ ПЕЧЕНИ

Введение. Эхинококкоз является тяжелым паразитарным заболеванием, широко распространенным в нашей республике и зарубежом. Раннее выявление и хирургическое лечение этого заболевания остается проблемой первостепенной важности [1-4]. Несмотря на значительное снижение в большинстве стран первичных форм эхинококкоза, большинство вопросов этой патологии, ранняя диагностика, выбор оптимального оперативного доступа, адекватная обработка и ликвидация остаточной полости не имеют окончательного решения. В последние годы довольно регулярно появляются работы, посвященные лечению эхинококкоза печени с помощью высоких технологий: лапароскопическая эхинококкэктомия, пункционное лечение под контролем УЗИ, интраоперационное использование высокоэнергетических лазеров, плазменного скальпеля [5-10].

Цель исследования. Оценить эффективность и определить возможности проведения видеолaparоскопической эхинококкэктомии из печени.

Материал и методы исследования. Всего обследованы и оперированы 161 больных, при этом лапароскопической эхинококкэктомии из печени проведены 28 больным. У 48 больных применяли химиотерапевтические препараты с целью профилактики рецидива заболевания. Результаты эндовидеохирurgical эхинококкэктомии сравнивали с традиционной эхинококкэктомией проведенных у 76 пациентов. Всем больным в дооперационном периоде проведены комплекс диагностических обследований включающее общеклинические анализы крови, мочи, определение биохимических показателей крови, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, ИФА на эхинококкоз, и по показаниям эзофагогастродуоденоскопия, МРТ-органов брюшной полости. В наших наблюдениях показаниями для лапароскопической эхинококкэктомии явились: кисты с локализацией во II–VI-м сегментах печени; частичное

поверхностное расположение кисты; размер кисты не менее 5 см; отсутствие в печени кист в I-м, VII-м и VIII-м сегментов или глубоко расположенных кист любого размера. На этапах хирургического вмешательства для обработки остаточной полости применяли иод, спирт, бетадин, 80% водный раствор глицерина.

Результаты и обсуждения. Из 28 эхинококкэктомий из печени в 3 наблюдениях выполнена конверсия с завершением операции лапаротомным доступом. Причинами перехода на лапаротомию были невозможность достичь гемостаза при продолжающемся кровотечении из краев иссеченной фиброзной капсулы (n=1), наличие крупножелчного свища на дне фиброзной полости (n=1) и невозможность завершения операции лапароскопическим путем для ликвидации остаточной полости (n=1). Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде после лапароскопической эхинококкэктомии отмечены у 4 (14,2%), которые не были связаны с характером проведенного вмешательства. Рецидив заболевания за наблюдаемый период развился у 1 (1,2%) пациента. В последнее время отмечается спад увлечения лапароскопическими технологиями при удалении эхинококковых кист печени, что связано с невозможностью обеспечения герметичности и попадания гидатидной жидкости на брюшину и в саму брюшную полость. Указанное обстоятельство обуславливают высокую частоту рецидивов и нередко системные аллергические реакции. Имеющая высокая частота рецидивов указывает на дефект связанный характером проведенного вмешательства. Сравнительная оценка вероятности развития рецидива эхинококкоза в различные сроки после лапароскопических и лапаротомных вмешательств при условии проведения противорецидивного лечения с применением химиотерапевтических препаратов (вермокс, албендазол) также не выявила статистически значимых различий.

Выводы: Сравнительный анализ ближайших и отдаленных результатов лапароскопической эхинококкэктомии с традиционными методами удаления эхинококковых кист сопоставимы. Однако, удаление эхинококковых кист с применением видеолапароскопических технологий оправданы при возможности выполнения «идеальной» эхинококкэктомии – без вскрытия полости кист. Такая ситуация возможна лишь при экстраорганным, минимальном расположении кист в основном во 2-6 сегментах печени и требует высокого уровня подготовленности персонала и технического оснащения операционной.

Список литературы

1. Айдемиров А.Н., Байрамкулов М.Д. Плазменные технологии в хирургии эхинококкоза печени. Проблемы эхинококкоза: Матер.межд.науч.-практ.конф. 29–30 сентября 2000 г.Махачкала, 2000;7–8.
- 2.Акилов Х.А., Сайдазимов Е.М., Агзамходжаев С.С., Атаджанов Ш.К. Лапароскопическая кистэктомия при паразитарных и непаразитарных кистах печени. Анналы хирургической гепатологии. 2002; 7(1):302–3.
- 3.Алиев М.А., Баймаханов Б.Б., Наржанов Б.А. и др. Малотравматичный способ хирургического лечения эхинококкоза печени. Анналы хирургической гепатологии. 2004;9(2):69–70.
- 4.Асраров А.А., Ганиев Ш.А., Шоумаров З.Ф., Исмаилова Д.А. Возможности химиотерапии эхинококкоза печени. Хирургия Узбекистана. 2001;3:76.
5. Ачилов Ш.Д., Шамирзаев Б.Н., Пятаев А.Б. Малоинвазивные операции влечении эхинококкоза печени. Анналы хирургической гепатологии. 2004; 9(2): 72.
6. Веронский Г.И., Демин С.А., Ершов К.Г. и др. Радикальные операции при эхинококкозе печени. Анналы хирургической гепатологии. 2005; 10(2):106.
- 7.Девятов А.В., Икрамов А.И., Махмудов У.М. Химиотерапия на этапах хирургического лечения эхинококкоза печени. Анналы хирургической гепатологии. 2005;10(2):107–8.
8. Ю.Л. Шевченко, Ф.Г.Назыров Хирургия эхинококкоза /–М.:Издательство «Династия», 2016.–288с.:ил.
- 9.Altintas N. Pasttopresent: hydatidosis echinococcosis inTurkey. Abstract book of XX Internationa Congress of hydatidology. Turkey,2001;2.
- 10.Chautems R., Buhler L.H., Gold B., et al. Surgical management and long-term outcome of complicated liverhydatidcysts caused by Echinococcusgranulosus. Surgery.2005;137(3):312–6.
11. Zaharie F., Bartos D., Mocan L. et al. Open or laparoscopic treatment for hydatid disease of the liver? A 10year single-institution experience // Surg. Endosc. —2013. Vol. 27, N 6 – P. 2120-2116

Надеждина А.О., 3 курс, педиатрический факультет, Базыкин Н.В., 6 курс, педиатрический факультет,
Корнельсен Д.А., 4 курс, фармацевтический факультет г.Оренбург, ул.Восточная д.19 кв.44.
razdor1917@gmail.com.

Кузнецов Григорий Эдуардович, д.мед.н., профессор кафедры внутренних болезней, Митрофанова Ирина Сергеевна, к.мед.н., ассистент кафедры внутренних болезней,
Россия, г.Оренбург, ВГБОУ ВО Оренбургский государственный медицинский университет Минздрава России

HEALTH INDICATOR 1.0

Создание индустрии медицинской техники и фармацевтики – одна из приоритетных задач, призванных развивать отрасль в партнерстве с ведущими производителями и научно-исследовательскими учреждениями. Производство медицинской аппаратуры является профильным бизнесом для небольшого количества компаний. Отечественные производители специализируются главным образом на рентгеновском оборудовании, которое составляет 70% медицинской техники, а так же мониторном, наркозно-дыхательном оборудовании, простых

ультразвуковых аппаратах, электрокардиографах, приборах функциональной диагностики и медицинском инструментарии.

Согласно федеральной программе к 2020 году объем российской медицинской техники и изделий медицинского назначения, произведенных за счет коммерциализации созданных передовых технологий, должен составить 40% от общего числа. Модернизация здравоохранения в отношении внедрения и применения современных технологий в медицине (в том числе, телемедицины), оснащения пациентов современной мобильной диагностической аппаратурой, а медицинского персонала современными автоматизированными рабочими местами будет способствовать повышению общего уровня качества медицинской помощи. Удаленное мониторингирование состояния здоровья отдельных категорий пациентов (как индивидуального, так и массового) позволит повысить доступность медицинской помощи, обеспечить регулярные профилактические медицинские осмотры, повысить эффективность использования ресурсов системы здравоохранения.

Таким образом, возникла идея о создании проекта "Health indicator 1.0" в области диагностической медицинской техники. Аппаратно-программный комплекс с помощью новой методики позволит проводить раннюю и высокоэффективную диагностику сердечно-сосудистых заболеваний с использованием современных инновационных технологий, а так же дистанционно будет предоставлять подробную информацию в виде предварительных диагнозов на основании собранной информации и способствовать выявлению прогностически неблагоприятных изменений в сердечно-сосудистой системе. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний очень высока и составляет примерно 56% всех летальных исходов по стране (682 чел на 100 тыс), этим обусловлена актуальность данного технологического решения.

Внешне устройство "Health indicator 1.0" будет прямоугольной формы размером 200x180 с размещенными в нем электронными компонентами, будет выполнено из гипоаллергенного гигроскопичного материала, не раздражающего кожные покровы, безопасного и комфортного в применении. Все электронные компоненты находятся в свободном доступе для покупки и относительно легко заменимы.

Научная новизна данного проекта обусловлена наличием системы, позволяющей дистанционно собирать данные пациента, анализировать их и предоставлять лечащему врачу с вариантами предварительных диагнозов, что позволяет увеличить продуктивность работы лечащего врача на 32,5%, а так же увеличивает точность постановки диагноза на 40%, сокращает время обследования пациента в 6-8 раз, что, несомненно, благоприятно сказывается на общем состоянии пациента в условиях течения заболевания.

Техническая новизна устройства "Health indicator 1.0" обусловлена его конструктивными особенностями, обеспечивающими простоту применения: предполагается, что с устройством сможет работать не только медперсонал, но и человек без медицинского образования, что обеспечит постоянный мониторинг состояния здоровья пациента с риском развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Данное технологическое решение может быть успешно использовано как врачом в ЛПУ, так и непосредственно пациентом в повседневной жизни. Следовательно данный аппаратно-программный комплекс может быть успешно реализован как на рынке в сфере диагностической медицины для ЛПУ, так и на рынке медицинских товаров рядового пользования, так как предполагается относительная простота в применении.

В целом общемировой рынок медицинского оборудования и услуг демонстрирует постоянные положительные темпы роста, в меньшей степени зависит от экономических циклов. На российском рынке медицинских товаров преобладают зарубежные товары. Объем российского рынка медицинских услуг составляет 1,38% от общемирового и 4,27% от общеевропейского. Данный проект может быть направлен на импортозамещение в стране в рамках реализации Стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года и приказа Минпромторга России №655 от 31.03.2015 «Об утверждении плана мероприятий по импортозамещению в отрасли медицинской промышленности Российской Федерации». Существующие аналоги предлагают вариант диагностики по какому-либо отдельному параметру и зачастую применяются лишь в условиях стационара, или же на дому, но в ограниченный период времени. Устройство для Холтеровского мониторингирования ЭКГ в кардиологических отделениях, где помощь гражданам оказывается в рамках действия полиса обязательного медицинского страхования на территории РФ, – яркий тому пример. На данный метод диагностики организована очередь (15-40 человек), в виду ограниченного количества устройств в отделении из-за высокой стоимости данного устройства (около 200 тыс. рублей). На сегодняшний день представлен ряд электронных фонендоскопов (Thinklabs One, Littmann 3200, ViScope MD), способных осуществлять запись фонокардиограммы и легочных шумов, но в виду высокой себестоимости (30 000- 105 000 руб.) не столь распространены в рядовых ЛПУ. Так же существуют различные устройства мониторинга сердечной деятельности, среди которых особенно выделяются компактные фитнес-браслеты, способные регистрировать и отслеживать ЧСС (новые модели способны мониторировать сатурацию и показатели артериального давления). Примером такого устройства может быть новый Xiaomi Mi Band 3, однако не всем пациентам с патологией сердечнососудистой системы подойдет такое устройство.

Таким образом, проект по созданию программно-аппаратного комплекса «Health indicator 1.0» для одномоментного комплексного мониторинга состояния пациента, с функцией анализа и интерпретации полученных данных представляется актуальным в рамках выявления и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов.

Нуралиев З.Б., резидент 1 года обучения факультета послевузовского образования по специальности «Общая хирургия»

Научный руководитель: д.м.н., и.о. профессора Абдурахманов Б.А., ЮКМА, г.Шымкент, РК

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИНИИНВАЗИВНЫХ ПОРТОДЕКОМПРЕССИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Актуальность проблемы. Наиболее фатальным осложнением ЦП является кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и кардии желудка (ВРВПЖ). В лечении и профилактике кровотечений из ВРВПЖ наиболее обоснованным является выполнение портодекомпрессивных шунтирующих вмешательств, которые эффективно снижают давление в гепатолиенальном бассейне. Однако выполнение их возможно лишь у 7-12% больных, что объясняется тяжестью цирротического процесса, техническими трудностями, анатомо-топографическими особенностями, а также частотой возникновения тромбоза сосудов портальной системы [1-10].

Цель исследования. Разработка ускоренной модели развития ЦП с синдромом портальной гипертензии (ПГ) и оценка результатов хирургической декомпрессии портального кровотока у экспериментальных животных с применением полностью имплантируемой инфузионной порт-системы Celsite®.

Материалы и методы. Для проведения исследования первоначально у 12 беспородных собак обоего пола, весом 15-35 кг моделировали ЦП по методике С.А.Шалимова с соавт. (1989) модифицированная нами. Проведены 3 серии экспериментов для получения ЦП: путем подкожного введения 40% раствора четыреххлористого углерода в подсолнечном масле из расчета 2,0 мл/кг два раза в неделю в течение 3 мес. (1 серия – 4 животных), сужением полой вены проксимальнее впадения печеночных вен и обтурацией устьев печеночных вен (2 серия – 4 животных) и эмболизация ветвей воротной вены, с перевязкой печеночных вен и введением четыреххлористого углерода (3 серия – 4 животных)

Эмболизацию ветвей воротной вены проводили кусочками нарезанной гемостатической губки. До начала экспериментов и после формирования ЦП с развитием ПГ измеряли давление в воротной вене и выполняли биопсию печени

Затем у 2 собак проводили хирургическое вмешательство для декомпрессии портального бассейна с применением полностью имплантируемой инфузионной порт-системы Celsite® фирмы В/Braun. При этом после стандартной подготовки животных к операции проводили премедикацию растворами анальгина 50%-2,0+димедрол 1%-2,0+атропина сульфат 0,1%-1,0, по показаниям дроперидол 2,0 в/м. Хирургическое вмешательство проводили под внутривенным наркозом с применением рамитар 0,15 мл/кг, пропофол 13,5 мг/кг, добавляя по необходимости стадол. В последующем выполняли катетеризацию расширенных брыжеечных вен путем лапаротомии, с последующей установкой венозной порт-системы. При этом катетер порта вводили через пункционное отверстие в сальниковую вену с проведением к порту, фиксированному к коже передней брюшной стенки. Порт промывали физиологическим раствором, катетер обрезали необходимой длины и соединяли с портом. В последующем к порт-системе подключается система для трансфузии одноразового пользования, проведенная через инфузomat BraunFMS, конец которой соединяли с подключичной веной

Аутогемореинфузию проводили со скоростью 15-20 мл в минуту, дробно по 300-500 мл с интервалом в 3-5 мин, для профилактики перегрузки сердечно-сосудистой системы и перераспределения введенной крови. Аутогемореинфузию выполняли ежедневно, в объеме 0,8-1,2 л под контролем показателей гемодинамики и состояния животных, следовательно создавали декомпрессию в портальном русле. Курс лечения 7-10 аутогемореинфузий - до стабилизации показателей портального давления. При необходимости (сохранение явлений портальной гипертензии) курсы аутогемореинфузий повторяли до 3-5 раз с недельным интервалом. Венозные порты имплантировали со сроком до 3 месяцев. После каждого использования и в сроки, когда лечение не проводилось порт-систему промывали физиологическим раствором содержащим гепарин каждые 4-6 недель.

Результаты и обсуждения: При эмболизации ветвей воротной вены, с дополнительной перевязкой печеночных вен и введением четыреххлористого углерода получена ускоренная модель развития циррозов печени, где к началу 3 недели сформировывался центрлобулярный некроз с переходом в цирроз.

Давление в воротной вене до начала моделирования ЦП варьировало в пределах 91,4±14,2 мм.вод.ст. С моделью хронической внутрипеченочной ПГ этот показатель составил 269,3±17,8 мм.вод.ст. Начиная с 2-3 суток подключения порт-системы отмечено регресс явлений ПГ до 183,4±22,9 мм.вод.ст. с постепенным снижением и стабилизацией показателей портальной гемодинамики до 157,4±26,5 мм.вод.ст. на 5-6 сутки и значительное улучшение общего состояния животных.

Выводы.

1. Проведенные исследования доказали возможность моделирования цирроза печени в эксперименте по ускоренной методике путем эмболизации ветвей воротной вены в комбинации с дополнительной перевязкой печеночных вен и введением четыреххлористого углерода.
2. Применение инфузионной порт-системы Celsite® при циррозе печени с синдромом портальной гипертензии позволяет провести эффективную декомпрессию портального бассейна, где уже на протяжении первой недели на фоне достоверного снижения давления в портальном русле с 269,3±17,8 до 157,4±26,5 мм.вод.ст. прослеживается тенденция к нормализации функции гепатобилиарной системы.
3. Применение полностью имплантируемой инфузионной порт-системы фирмы В/Braun является малоинвазивным и эффективным методом лечения декомпенсированных форм цирроза печени, выполнение при котором объемных, полостных вмешательств невозможно и неоправданно.

Список литературы

1. Rossle M. When endoscopic therapy or pharmacotherapy fails to control variceal bleeding: what should be done? Immediate control of bleeding by TIPS? // Langenbecks Arch Surg. 2003. V.38. P.155-162.
2. Santambrogio R. Natural history of a randomized trial comparing distal spleno-renal shunt with endoscopic sclerotherapy in the prevention of varicealrebleeding: a lesson from the past // World J. Gastroenterol. 2006. № 12(39). P.6331-6338.
3. Conn H. O. Portal hypertension, varices, and transjugular intrahepatic portosystemic shunts // Clin Liver Dis. 2000. - V. 4, N 1.- P. 133-50.
4. Jovine E., Cescon M., Elcolani G. et al. Splenorenal shunt. An original portosystemicdecompressive technique // Hepatogastroenterology. 2001. V. 48. N 37.P. 107-108.
5. Гарбузенко Д.В. Экспериментальные методы изучения портальной гипертензии // Рос.журн. гастроэнтерол., гепатол. и колопроктол. 2010. №2. С.4-12.
6. Шалимов С. А., Радзиховский А. П., Кейсевич Л. В. Руководство по экспериментальной хирургии. М.: Медицина, 1989.
7. Западнюк И. П., Западнюк В. И., Захария Е. А. и др. Лабораторные животные. Разведение, содержание, использование в эксперименте. Киев: Вища школа, Головное изд-во, 1983.
8. Колодиев Ч. Нужны ли собаке анализы // Биовет. информ. 1996. №3.С.13.
9. Филиппов М. Показатели сыворотки крови у здоровых животных. Собаки и кошки в одной обложке. М.:Зооинформ. 2001. С.23-26.
10. Патент №2410762 РФ. Способ моделирования цирроза печени с синдромом портальной гипертензии / Ганцев Ш.Х., Абдурахманов Б.А., Арыбжанов Д.Т. Заявка 2009143218/1423.11.2009 г. Оpubл. в Б.И., 2011, №3.

УДК 616.155.194.8

З. М. Орзиев., Рахматова М.Р., Жалолова В.З., Насырова С.З.

E-mail: klinikfarma@mail.ru

Бухарский Государственный медицинский институт, Узбекистан

РАЗВИТИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕГИОНА

Железодефицитная анемия (ЖДА) – является общенациональной проблемой систем здравоохранения различных стран. Вопреки активному применению профилактических мер массового распространения ЖДА, пока переломить ход ее шествия в регионе не получается. Некоторое время назад в спектре краевых причин особо выделялся тандем неудержимо возросших родов и эпизодов желудочно-кишечного кровотечения, значительно сказывающийся на габариты распространения железодефицитного состояния (ЖДС) на местах (3,4). К настоящему времени достигнуты впечатляющие результаты на пути низведения их роли до минимума. Тем не менее, ЖДА по-прежнему продолжает занимать лидирующее положение в спектре экстрагенитальных заболеваний (ЭГЗ) женщин фертильного возраста. Очевидно, в этой связи проблема ЖДА по-новому обороту и еще в больших масштабах стала привлекать внимание специалистов.

Подлинный размах интереса специалистов к ЖДА на сегодняшний день трудно соизмерим. Ибо годами увеличивается круг заинтересованных специалистов, осмысленно переориентировавших вектор научного направления именно на ЖДА. Габариты принимаемых мер настолько возросли, что с каждым днем все больше воплощаются в действительность мысли о трансформации ЖДА из ряда чисто медицинской в общегосударственную проблему (1,5). Накал страстей вокруг проблемы ЖДА обязывает каждого специалиста вносить собственный вклад в скорейшей разгадке ключевых аспектов причин так частого ее распространения в регионе среди женщин фертильного возраста.

В свете вышеизложенного обстоятельства предпринята настоящая работа целью, которой явилась определить стержневые причины столь массового распространения ЖДА среди женщин фертильного возраста в регионе.

Материалы и методы исследования. Прежде чем приступить к реализации задач, поставленных перед настоящей работой, была создана рабочая группа в составе: гастроэнтеролога, гематолога, акушер-гинеколога и терапевта с уточнением обязанностей каждого из них. В соответствии составленному графику осуществлялись плановые выезды в сельские врачебные пункты (СВП) для оказания консультативной помощи местному населению. Итоги годичной коллективной работы членов группы легли в основу настоящего исследования. Информационный банк обогащался путем обобщения результатов клинико-anamnestических и лабораторно-инструментальных исследований больных ЖДА и медицинских карт, по ходу их проспективного и ретроспективного изучения. Проспективные исследования осуществлялись во времени регулярных выездов членов рабочей группы в СВП Алатского и Каракульского районов. Также анализировались сведения, полученные путем ретроспективного анализа данных медицинских карт больных ЖДА, пролеченных в течение последних 5 лет на базе гематологического отделения многопрофильного медицинского центра региона. Всего анализу подвергались более полтора (1515) тысячи медицинских документов. У 863 (57%) из них была констатирована легкая, у 462 (30%) средняя, а у остальных 205 (13%) с лишним лиц тяжелая степень ЖДА. Из

общего количества 1515 медицинских документов, 1050 (70%) составляли амбулаторные карты больных ЖДА находящихся на диспансерном учете соответствующих СВІП. В круг исследования привлекались медицинские документы женщин детородного периода в возрасте от 18 до 42 года.

Во всех случаях диагноз ЖДА документировался на основании клинико-анамнестических и лабораторно-инструментальных исследований. Некоторым больным для верификации диагноза ЖДА, особенно в условиях СВІП порой требовались применения специфических тестов, таких как определение содержания сывороточного железа, железо связывающей способности плазмы и т.д. В таких случаях пользовались возможностями лабораторной службы областного многопрофильного центра. Для исключения желудочно-кишечных причин развития ЖДС прибегали к помощи рентгенологических и эндоскопических исследований. При необходимости консультировались ведущими специалистами региона. В отдельных случаях за лабораторными показателями ЖДА вели продолжительный мониторинг в течение востребованного времени.

Полученные результаты и их обсуждения. В ходе проведенных исследований были получены следующие результаты. Диапазон региональных причин, способствующих к развитию ЖДС, оказался достаточно широким (см. табл). В нем значились самые разные причинные факторы: начиная от различных видов кровотечения заканчивая до алиментарного. Даже по ходу беглого анализа спектра этиологических компонентов ЖДА сразу же бросалась в глаза не приметность ранее доминирующего фактора в виде частых до 5-6, не говоря уже о 8-10 родов. Действительно этот фактор не был зафиксирован ни в одном случае исследования. Также крайне редко встречались эпизоды гастродуоденального кровотечения. Обнаруженные единичные случаи таковых эпизодов были обусловлены в основном НПВС ассоциированными гастропатиями. Из-за минимального количества они не были включены в общий реестр причинных факторов.

Таблица 1- Частота региональных причин ЖДА

Перечень основных причин	Частота встречаемости	
	абсолют.	относит.
1. Метроррагия	186	12,1%
2. Дисменорея	168	11,2%
3. Алиментарные	136	9,0%
4. Укороченный межродовой интервал	95	6,3%
5. Частые аборт	90	6,0%
6. Гельминтозы	46	3,1%
7. Смешанные	794	52,3%

Зато, в отличие от предыдущих лет, в структуре этиологических факторов ЖДА появились новые лидеры очевидно характерные для настоящего времени. В соответствии полученных данных, весьма неожиданно на передовую позицию вышли метроррагия и менорагия зачастую обусловленные ВМС. Вместе они составили 23,6% сумму причин способствующих к развитию ЖДА. Из общего количества 1350 женщин с ВМС у 24% наблюдались метроррагии и менорагии. Учитывая генез данных факторов, по-другому их можно будет называть не иначе как ятрогенными. В связи с чем, установленный факт лишней раз обязывает специалистов строго и дифференцированно прибегать к помощи ВМС и одновременно поиску менее обременительных способов предохранения от беременности.

На редкость впечатляющей была роль алиментарных факторов в происхождении ЖДС в регионе. Они в совокупности составили 9,1% спектра выявленных региональных причин ЖДА. Среди них неоспоримое значение приобретала роль чрезмерного приема молока и чая. Многие женщины фертильного возраста из числа сельского населения практически не скрывали факт ежедневного утреннего употребления «широчя» (одновременно приготовленные молоко и чай), более известного в обиходе под именем «калмыцкого» чая. Ведь не секрет что оба нутритивные ингредиенты весьма популярны в качестве мощнейшего ингибитора, достаточно наглядно препятствующего всасыванию железа в кишечнике. Понятно, что только оповещением соответствующей информации этот вопрос не решит. Разумеется, тут необходимы более масштабные конструктивные мероприятия с включением государственных ресурсов. Требуется принятие обширных мер по выпуску мучных изделий обогащенных железом. Наладить технологию производства колбасных изделий и паштетов из печени (ливерная), легких, селезенки и т.д. животного.

Следующим по частоте встречаемости оказался укороченный межродовой интервал, который встречался около 6,3% случаев анализа медицинских карт. Этот факт очень часто имело место у женщин фертильного возраста, вступивших в брак в течение последних 8-10 лет. Еще чаще он встречался у женщин с наличием двух однополых детей. При частной беседе с некоторыми из них выяснилось наличие желания заиметь минимум двух разнополых детей как можно быстрее, желательнее в начальных периодах супружеской жизни. В этом плане не менее влиятельными были мнения старших, принимавших непосредственное участие в создании семьи. Весьма тревожной оказалась позиция женщин фертильного возраста относительно должного (на наш взгляд физиологического) интервала между родами. К великому сожалению у многих из них элементарно отсутствовали понятия о соблюдении минимум четырехлетнего интервала между родами без абортов и выкидышей. Отсюда, незамедлительно следует усилить просветительную работу среди женщин фертильного возраста преимущественно проживающих в сельской местности. Полагаясь, на приобретенный опыт членов

рабочей группы следует подчеркнуть, что для данной цели одинаково хороши как вербальные, так и невербальные методы просвещения.

К сожалению, частые аборт, связанные с нежеланной беременностью также нередко служили причиной развития ЖДА. Указанный факт имело место 6,0% случаев исследования медицинских карт детородных женщин. Чаще всего он регистрировался у женщин с наличием двух или трех детей с разными гендерными признаками. Сложившаяся ситуация вокруг данного явления обязывает специалистов как можно быстрее применять соответствующие меры предохранения от беременностей именно у этой группы женщин фертильного возраста.

Гельминтозы крайне редко служили в качестве единственной причины (3,1%) развития ЖДА. Очень часто идентифицировалась инвазия острицы (*enterobiosvermicularis*) и аскариды (*ascoridislumricoides*). Как правило, они одновременно встречались с другими факторами, чаще всего вместе алиментарными. Поэтому не сочли нужным более подробно останавливаться на них.

Перечисленные региональные причины развития ЖДС зачастую встречались в совокупности. Подобный вариант отмечался более чем 50% проанализированных медицинских картах. Чаще всего сочетались метроррагии, менорагии и алиментарные факторы, гельминтозы. Как правило, сочетанные варианты идентифицировались у женщин фертильного возраста с тяжелыми формами ЖДА.

На основании проведенных исследований можно заключить, что ЖДА по-прежнему продолжает занимать лидирующее положение в спектре ЭГЗ женщин фертильного возраста, особенно проживающих в сельской местности. В течение последних 20 лет произошла неприметная смена ведущих причин развития ЖДС. Вместе прежнего лидера в виде частых родов на первый план поднялись ятрогенные метроррагии и дисменореи, а также алиментарные факторы и укороченный межродовой интервал.

Список литературы

1. Бахрамов С.М., Болтаев К.Ж., Жарылкасынова Г.Ж. и др. Пожилой возраст и гемопатии. *IbnSino*. Ташкент. 2002; 1-2: 73.
2. Белошецкий В.А. Железодефицит у взрослых, детей и беременных. М.:2000. 145с.
3. Воробьев П.А. Анемический синдром в клинической практике. М.: 2001. 188с.
4. Жарылкасынова Г.Ж., Болтаев К.Ж., Атоева А.А. и др. Метаболизм железа у пожилых. Медицина и качество жизни. 2008; 1: 45-47.
5. Циммерман Я.С., Бабушкина Г.Д. Диагностика и дифференциальная диагностика железодефицитной анемии. *Клин. мед-на*. 1997; 11:72-76.

З. М. Орзиев., Рахматова М.Р., Жалолова В.З., Юлдашева Н.М., klinikfarma@mail.ru
Бухарский Государственный медицинский институт, Узбекистан.

ОБЗОР РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ УРСОТЕРАПИИ СИНДРОМА ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО ХОЛЕСТАЗА ПРИ ВИРУСНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ

Цель. Сравнительная оценка эффективности альтернативной схемы приема урсосана, отличающая от традиционных, наверстыванием его суточной дозы по мере росту градаций клинико – биохимических проявлений синдрома ВХ, при различных вирусных заболеваниях печени.

Материалы и методы. Для реализации поставленных задач была обследована группа больных, состоящая из 54 человек (из них мужчин 19 человек), с хроническими вирусными заболеваниями печени, сопровождающимися клинико – биохимическими проявлениями синдрома ВХ. У 36 больных верифицирован хронический вирусный гепатит (ВГ), в том числе у 8 ВГС, а у 28 ВГВ. В группу исследования также были включены 18 больных циррозом печени вирусной природы, у 12 из них был обнаружен ВГВ, а у остальных ВГС. Обследованные были разделены на 2 группы, репрезентативные по числу больных с соответствующими диагнозами, гендерным показателям, средним величинам ИМТ по Кетле и возрасту. Больные 1 группы (контроль) – препарат урсосан получали (в капсулах по 250 мг, фирмы PRO.MED.CS Praha a.s.) по традиционной схеме, в дозе 8 – 10 мг/кг в сутки, а 2 – в альтернативной форме, отличающая наверстыванием суточной дозы урсосана по мере росту градаций клинико – биохимических проявлений синдрома ВХ.

Результаты и их обсуждения. Урсотерапия сопровождалась положительной динамикой в показателях интенсивности клинико – биохимических проявлений ВХ. Однако, происходило это по-разному. Темпы снижения интенсивности кожного зуда у больных альтернативной схемой приема (АСП) оказались превосходными в сравнении таковыми данными пациентов традиционной схемой приема (ТСП) урсосана. Так, если интенсивность кожного зуда больных АСП пошла на спад, начиная с 4 – 5 сутки ($2,3 \pm 0,62$), то сдвиги подобного характера у пациентов ТСП явно задерживались и стали вырисовываться лишь на 8 – 10 сутки ($2,6 \pm 0,61$). У больных ТСП спад зуда затянулся не только по сроку, но и оказался он разношерстным и отчетливо зависимым от градаций ВХ. Лишь у лиц со слабой (+) градацией ВХ спад зуда по времени и интенсивности был близок таковым показателям группы больных АСП. У остальных (лица со средней (++) и, особенно высокой (+++) градацией) сроки спада зуда явно затягивались.

Урсосан положительно влиял также на интенсивность проявлений синдрома желтухи. Однако, указанное влияние по выраженности существенно отличалось в обследованных группах больных. При этом,

«отбеливающий» эффект урсосана в группе больных АСП оказался внушительным, нежели у лиц ТСП. Начиная со второй декады приема урсосана у значимой части больных группы АСП уже визуально констатировалась снижения интенсивности желтушного синдрома.

Таким образом, предварительные данные позволяют заключить, что терапевтическая эффективность урсосана при синдроме ВХ наряду прочими известными факторами (вид заболевания, массы тела и т.д.) также зависит от критерия, позволяющего раннему подбору его оптимальной дозы. Градации клинико – биохимических проявлений синдрома ВХ служат важным подспорьем в усилении терапевтической эффективности урсосана.

З. М. Орзиев., Рахматова М.Р., Жалолова В.З., klinikfarma@mail.ru
Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан

ТАКТИКА УРСОТЕРАПИИ ИКТЕРИЧНОГО ВАРИАНТА ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО ХОЛЕСТАЗА

Известно, что холестаз (Х) является ведущим в когорте дебютных проявлений заболеваний печени. Нередко именно из-за него больные вынуждены обращаться к специалистам. Настоящее время препараты урсодезоксихолиевой кислоты (УДХК) являются средством выбора в терапии холестатических поражений печени и наиболее широко распространена схема приема, в которой величина суточной дозы устанавливается исходя из массы тела (12–15 мг/кг/сут) пациентов.

Цель. Оценить эффективность альтернативной схемы приема УДХК в дозе, возрастающей пропорционально росту градаций клинико – биохимических проявлений внутрипеченочного холестаза (ВХ).

Материалы и методы. Для реализации поставленных задач была обследована группа больных, состоящая из 48 человек (из них мужчин 7 человек, а остальные лица женского пола), с хроническими диффузными заболеваниями печени, сопровождающимися клинико – биохимическими проявлениями ВХ. У 12 больных верифицирован ВХ беременных, у 22 первичный билиарный цирроз печени, а у остальных 14 пациентов лекарственный холестаз. Обследованные были разделены на 2 группы, репрезентативные по числу больных, гендерным показателям, средним величинам ИМТ по Кетле и возрасту. Больные 1 группы (контроль) – препарат урсосан получали (в капсулах по 250 мг, фирмы PRO.MED.CS Praha a.s.) в традиционной схеме, дозе 8 – 10 мг/кг/сут, а 2 – в альтернативной форме, в которой суточная доза урсосана оптимизировалась с учетом выраженности клинико – биохимических проявлений ВХ. Так, при легкой (+) градации ВХ суточная доза УДХК составляла 8 – 10 мг/кг, средней (++) 12 – 14 мг/кг и наконец, в тяжелых (+++) случаях увеличивали ее до 16 – 18 мг/кг.

Результаты и их обсуждения. На фоне проведенной терапии наблюдалась положительная динамика в показателях интенсивности клинико – биохимических проявлений ВХ. Однако, происходило это по-разному. Темпы снижения интенсивности кожного зуда у больных альтернативной схемой приема (АСП) оказались ускоренными в сравнении таковыми данными пациентов традиционной схемой приема (ТСП) урсосана. Так, если интенсивность кожного зуда больных АСП пошла на спад, начиная с 4 – 5 сутки (2,1±0,63), то сдвиги подобного характера у пациентов ТСП явно задерживались и стали вырисовываться лишь на 8 – 10 сутки (2,5±0,62). У больных ТСП спад зуда затянулся не только по сроку, но и оказался он неравномерным и зависимым от градаций ВХ. Лишь у лиц со слабой (+) градацией ВХ начало спада зуда по времени был близок таковым показателям группы больных АСП. У остальных (лица со средней (++) и, особенно высокой (+++) градацией) сроки спада зуда явно затягивались.

Также отличительной оказалась динамика показателей биохимических маркеров ВХ в обследованных группах больных на фоне терапии урсосаном. Она более предпочтительной оказалась у больных с АСП. При этом наиболее наглядные сдвиги наблюдались в показателях щелочной фосфатазы и j – глутамилтранспептидазы.

Выводы: При альтернативной схемы приема урсосана гораздо эффективнее купируются клинико – биохимические проявления ВХ. Темпы снижения интенсивности кожного зуда на 3 – 4 дня, биохимических маркеров ВХ на 5 – 6 дней опережали таковые показатели пациентов ТСП.

Өтепбаев Б.А., резидент 1 года обучения факультета послевузовского образования по специальности «Общая хирургия»

Научный руководитель: д.м.н., и.о. профессора **Абдурахманов Б.А.,**

Южно-Казахстанская медицинская академия г. Шымкент, Республика Казахстан

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ

Введение. Активное внедрение в клиническую практику высокотехнологических современных видеоэндоскопических систем и инструментов позволило пересмотреть роль и место торакокопии в диагностике и лечении заболеваний органов грудной клетки [1,2,3]. До недавнего времени широкая торакотомия являлась основным доступом при диагностических и лечебных вмешательствах. Однако, нередко травматичность операционного доступа гораздо выше травматичности самого этапа операции [4,5]. Поэтому

использование малоинвазивных методик с целью диагностики и лечения заболеваний органов грудной клетки имеет явное преимущество перед традиционной торакотомией.

Цель исследования: Оценить диагностические возможности видеоторакографии при патологии органов грудной клетки и провести сравнительный анализ результатов видеоторакографических и открытых вмешательств в тактике лечения больных.

Материалы и методы исследования: В отделении торакальной хирургии «Областной клинической больницы» за период с 2016 по 2017 гг. оперативное лечение по поводу различных заболеваний органов грудной полости произведены 272 больным в возрасте от 18 до 72 лет. Всем больным при поступлении и в период подготовки к оперативному лечению проведены общеклинические анализы крови, мочи, развернутая биохимия крови, коагулограмма, группа крови и резус фактор, также определяли ИФА на гепатиты В, С и ВИЧ. Из инструментальных методов обследования проведены рентгенография и компьютерная томография органов грудной полости, фибробронхоскопия, эзофагогастроуденофиброскопия и по показаниям эхокардиография, УЗИ вен нижних конечностей, УЗИ органов брюшной полости.

Видеоторакографические вмешательства (ВТВ) проведены 118 (43,4%) больным, традиционные вмешательства (ТВ) посредством торакотомии 154 (56,6%) пациентам. При этом 7 больным с подозрением на плеврит туберкулезной этиологии проведена ВТВ с санацией и эвакуацией экссудата, и взяты биопсии; у 12 пациентов «Неспецифический плеврит» проведены ВТВ удаление плеврита, взяты биопсии.

Из 6 больных с подозрением опухолевое поражение плевры – у 5 проведена ВТВ, декорткация, плеврэктомия и у 1 больного – традиционная торакотомия. В 43 наблюдениях произведена операция видеоторакография, ушивание булл миниторакотомным доступом с диагнозом буллезная эмфизема, осложненная спонтанным пневмотораксом.

Из 17 больных с диагнозом на периферическое доброкачественное новообразование легких – у 8 произведена видеоторакографическая операция с атипичной резекцией легкого вместе с опухолью, у 9 больных – традиционная операция с удалением опухоли. Из 68 больных с травмами и ранениями грудной клетки у 12 проведены видеоторакография, удаление гемоторакса, остановка места кровотечения, санация и дренирование плевральной полости, у – 56 вмешательство проведено посредством традиционной торакотомии. У 4 пациентов из 5 с диагнозом новообразование средостения произведена операция видеоторакография, удаление образования средостения, у 1 – путем традиционной торакотомии.

Из 14 больных с диагнозом кистозная гипоплазия и бронхоэктазы – у 4 проведена ВТВ с атипичной резекцией легкого, у 10 – ТВ. Из 70 больных с диагнозом эхинококкоз легких – у 8 произведена ВТВ с эхинококкэктомией и ликвидацией остаточной полости, у 62 – традиционная торакотомия с последующей эхинококкэктомией.

Результаты и обсуждения: В послеоперационном периоде у 11 (9,3%) больных отмечены осложнения в виде гидроторакса, у 7(5,9%) – пневмоторакс, которые нивелированы проведением плевральных пункций и консервативных мероприятий. Установленные дренажные трубки из плевральной полости удалены на 3-е сутки после операции у 90 больных (76,3%), на 5-е сутки у 20 больных (16,9%) и на 7-е сутки у 8 больных (6,8%). Нагноение операционной раны отмечены у 2(1,7%) больных, в остальных наблюдениях отмечены заживление первичным натяжением. По результатам патогистологических исследований атипичные клетки выявлены у 7 (5,9%), клетки Пирогова-Лангханса – у 2 (1,7%). Летальных исходов в наших наблюдениях не было.

Установлено, что применение видеоторакографии в дифференциальной диагностике таких патологических изменений позволяет в 95,4% случаев установить достоверный морфологический диагноз и сопровождается минимальным количеством осложнений. Доказано, что использование видеоторакографических вмешательств в лечении заболеваний органов грудной клетки позволяет минимизировать кровопотерю, сократить продолжительность операций, уменьшить длительность дренирования плевральной полости и пребывания больных в стационаре в сравнении с традиционной торакотомией. Проводимые разработки в перспективе позволяют разработать оригинальный алгоритм диагностических и лечебных мероприятий у пациентов с заболеваниями органов грудной клетки, определяющий показания и хирургическую тактику на основе широкого использования видеоторакографии. Показано, что дифференцированная хирургическая тактика, предполагающая выполнение резекций легкого из торакографического или торакотомного доступа в зависимости от размеров и локализации патологического очага, позволяет улучшить непосредственные результаты лечения больных с периферическими образованиями легких в сравнении с традиционной тактикой открытых вмешательств.

Выводы: Сравнительный анализ косвенных данных травматичности перенесенной операции позволяет утверждать о менее выраженности хирургического стресса у больных после применения эндовидеохирургических технологий. Уровень качества жизни по всем показателям в группе торакографических оперированных больных в позднем послеоперационном периоде достоверно выше, чем в группе оперированных традиционным методом.

Список литературы

- 1.Черкасов М. Ф., Дегтярев О. Л., Саркисян В. А. Лечебно-диагностическая видеоторакография в экстренной торакальной хирургии // Современные проблемы науки и образования. – 2012г.;
- 2.Воскресенский О.В., Даниелян Ш.Н., Абакумов М.М. Видеоторакография при свернушемся гемотораксе. Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». 2015г.;
- 3.Добровольский С. Р., Белостоцкий А. В. Диагностика и лечение экссудативного плеврита (рус.) // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. — М.: Медиа Сфера, 2012г.;
- 4.Францзайдес К. Лапароскопическая и торакографическая хирургия. — М.: БИНОМ, 2010г.;
- 5.Савальджи Р., Эллис Г. Клиническая анатомия для хирургов, выполняющих лапароскопические и торакографические операции. — М.: Медицина, 2010г.

Д.А.Ошақбай- 3 курс студенті «Жалпы медицина», 84646867@mail.ru, Ғылыми жетекшілері: Э.Қ. Бекмурзаева– м.ғ.д., профессор, elmira-bek@mail.ru, Ж.М. Абдукаримова - магистр, zhanara.0905@mail.ru, АҚ «ОҚМА», «Ішкі аурулар пропедевтика» кафедрасы, Шымкент қ, Қазақстан Республикасы

ЖАС ЖАСТАҒЫ ТЕМЕКІ ШЕГЕТІН ЕМДЕЛУШІЛЕРДЕ БРОНХ ДЕМІКПЕСІНІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

ТҮЙІН

Жыл сайын Қазақстанда бронх демікпесімен ауыратын адамдар саны өсуде. ҚР ДСӘДМ соңғы мәліметтері бойынша Қазақстанда бронх демікпесімен сырқаттанушылық 100000 адамға шаққанда 56,3 оқиғаны құрайды. Бронх демікпесімен ауыратын науқастарды дәстүрлі әдіспен емдеу айтарлықтай асқыну жиілігін қысқартпайды, науқастардың өмір сүру ұзақтығының артуына әкелмейді, себебі бұл емделушілер арасында шылым шегудің кең таралуына да байланысты.

Шылым шегетін науқастарда бронх демікпе ағымының ерекшеліктерін зерттеу осы пациенттерді емдеуді оңтайландыру үшін қажет, бұл демікпеден мүгедектік пен өлім деңгейін төмендетуге мүмкіндік береді.

Кілтті сөздер: бронх демікпесі, темекі шегу, жас ерекшелік.

Зерттеу мақсаты: Жас адамдарда бронх демікпесінің клиникалық ағымына және олардың өмір сүру сапасына темекі шегудің әсерін зерттеу.

Зерттеу материалдары мен әдістері: А.Яссауи атындағы МҚТУ клиникасының пульмонология бөлімшесінде емделген 120 науқас тексерілді, оның ішінде 64 ер адам (53,3 %) және 56 әйел (46,7 %), жас шамалары 27,0 (21,5; 34,0). Бронх демікпесінің орташа ауырлықтағы клиникасымен 120 науқастың 88 –і негізгі топ және 32-сі темекі тартпайтын – бақылау тобын құрады. Барлық пациенттермен кешенді клиникалық-зертханалық және аспаптық тексеру жүргізілді, анамнез жинау, қақырықтың жасушалық құрамын зерттеу, электрокардиограмма жазу, кеуде қуысы мүшелерінің рентгенографиясы, пикфлоуметрия, бронхолитикпен сынамасы бар спирометрия ("Беротек", Boeinger ingelheim, Австрия), сондай-ақ иммунологиялық әдістер (ісік некрозы факторының деңгейін анықтау- α (ФНО- α), интерлейкин 4 (ИЛ-4). Спирометрияны "Диамант" Spiroанализаторымен жүзеге асырдық. Сыртқы тыныс алу функциясының келесі көрсеткіштерін өлшеуді жүргіздік: өкпенің өмірлік сыйымдылығы, өкпенің үдемелі өмірлік сыйымдылығы, бірінші секундта жылдам дем шығару көлемі (ОФВ1), ОФВ1 / ФЖЕЛ, дем шығарудың ең үлкен көлемді жылдамдығы, дем шығару кезіндегі ең үлкен көлемді жылдамдығы 25-75% ЖЕЛ (МОС25, МОС50, МОС75), "Беротек" β 2-агонистінің ингаляциясынан кейін ОФВ1 өсімі.

Зерттеуге енгізу қағидалары: орташа ауырлықтағы бронх демікпесінің ішінара бақыланатын, жасы 18-ден 35-ке дейін, науқастың зерттеуге белгілі бір процедураларды орындау қабілетіне байланысты алынды.

Анамнез деректері бойынша бронх демікпесімен зардап шегетін емделушілерде келесі формула бойынша есептелген темекі қорабы - жыл санымен көрсетілген шылым шегетін адамның индексі (ШШАИ) есептеп шығарды:

ШШАИ = (саны, шылым шегетін тәулігіне)*(жыл саны темекі шегу) [3].

ШШАИ - 60 тан асатын болса темекі ағзаға зиян тудырады.

ШШАИ - 120 дан асатын болса созылмалы обструктивті бронхит тудырады.

ШШАИ - 160 тан асатын болса созылмалы өкпенің обструктивті аурын тудырады.

Жас жастарда бронх демікпесі ағымында темекі шегудің әсерін және олардың өмір сүру сапасын зерттеу үшін негізгі және бақылау топтарының келесі параметрлерін салыстыру жүргізілді:

а) клиникалық симптомдар - демікпенің күндізгі, түнгі симптомдарының саны, өзін-өзі бақылау күнделіктерінің деректері бойынша қысқа әсер ететін β 2-агонистерге қажеттілік, демікпенің деректері бойынша бақылау деңгейі тест бақылауы (АСТ) [2], Борг бойынша енгізу айқындылығы [1], көрнекі аналогтық шкала бойынша жөтелу [1], бір жыл ішінде бронх демікпесінің өршу саны және асқыну ұзақтығы;

б) спирометрия және пикфлоуметрия деректері, қақырықтың жасушалық құрамы, сондай – ақ перифериялық қандағы қабынуға қарсы цитокиндердің деңгейі-ФНО- α , ИЛ-4, ИЛ-8.

в) «SF-36v2TM Health Status Survey» денсаулық жағдайы" сауалнамасының мәліметтері бойынша өмір сүру сапасының көрсеткіштері [4].

Зерттеу нәтижелері: Темекі шегетін науқастарында (негізгі топ), темекі шекпейтіндермен салыстырғанда (бақылау тобы) тәулігіне бронх демікпесінің күндізгі симптомдарының орташа саны, аптасына түнгі симптомдарының орташа саны артқан, қысқа әсер ететін бронхолитиктерге орташа тәуліктік қажеттілік туындаған, жылына бронх демікпесінің асқынуының орташа саны мен ұзақтығы, жөтел және енгізу белгілері жоғарлаған. Негізгі топ пациенттерінің қақырығында бақылау тобының пациенттерімен салыстырғанда нейтрофилдердің көп саны және эозинофилдердің аз саны анықталды. Негізгі топтағы пациенттердің қанында бақылау тобының пациенттерімен салыстырғанда ИЛ-4, ИЛ-8 және ФНО- α жоғары құрамы байқалды.

Темекі шегетін емделушілерде темекі шекпейтіндердің тиісті көрсеткіштерімен салыстырғанда ФВД және пикфлоуметрия, спирография көрсеткіштерінің неғұрлым төмен мәндері статистикалық тұрғыдан тіркелді. Темекі шегетін бронх демікпесі бар науқастарында бронхолитикпен ("Беротек") сынаудан кейін ҮДК1-нің үлкен өсімі және ҚЖА-ның тәуліктік өзгеруі байқалды. ОФВ1/ФЖЕЛ (Тиффно индексі), МОС25, МОС50, МОС75 қатынасының мәні зерттелетін топтарда анық ерекшеленбеген.

Бақылау тобының пациенттері негізгі топтағы пациенттермен салыстырғанда өмір сапасының неғұрлым жоғары көрсеткіштерін мынадай өлшемдер бойынша көрсетті: "дене белсенділігі", "тіршілік әрекетінің

шектелуіндегі физикалық проблемалардың рөлі", "дене ауруы", "денсаулықты жалпы қабылдау", "элеуметтік белсенділік", "тіршілік әрекетінің шектелуіндегі эмоциялық мәселелердің рөлі".

Осылайша, темекі шегу бронх демікпесінің ағымын ауырлатады және жас жастағы адамдарда бронх демікпесінің болжамын нашарлатады, бұл шылым шегетін пациенттердің өмір сүру сапасының төмендігіне әсер етеді.

Қорытындылар: Темекі шегу жас жастағы емделушілерде бронх демікпесінің клиникалық ағымын ауырлатады. Темекі шегу бронх демікпесімен ауыратын науқастардың өмір сүру сапасының төмендеуіне әкеледі. Бронх демікпесімен сырқаттанған пациенттердің темекі шегуден бас тартуға табанды түрде қол жеткізуді талап етеді. Шылым шегетіндердің емдеу стереотипінде өзгертулер қажет.

Әдебиеттер

1. Авдеев С.Н. Диспноэ: механизмы, оценка, терапия// Consilium medicum. – 2004. – Т. 6, № 4. – С. 23-27.
2. Белевский А.С. Тест контроля астмы - "новая игрушка" или важный инструмент// Пульмонология и аллергология. – 2005. – № 1. – С. 33-34.
3. Комплексное лечение табачной зависимости и профилактика хронической обструктивной болезни легких, вызванной курением табака. Метод. рекомендации. № 2002/154. - М: МЗ РФ, 2003. - 48 с.
4. Руководство по исследованию качества жизни в медицине/ А.А. Новик, Т.И. Ионова. – СПб.; М., 2002.– 320 с.
5. Пульмонология: учеб. пособие/ М.А. Осадчук и др. – М.: Медицина, 2010. – 296 с. 6. GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention. - 2008. - <http://www.ginasthma.org>.

Анотация

Э.К. Бекмурзаева – д.м.н, профессор, elmira-bek@mail.ru, Ж.М. Абдукаримова - магистр, zhanara.0905@mail.ru
Д.А.Ошакбай- студент 3-го курса «Общая медицина», 84646867@mail.ru

АО «ЮКМА», кафедра «Пропедевтика внутренних болезней», г. Шымкент, Республики Казахстан
С каждым годом число людей в Казахстане, страдающих бронхиальной астмой, растет. По последним данным МЗСР РК, в Казахстане заболеваемость астмой составляет 56,3 случая на 100 000 человек – это около 10 000 человек. Традиционная тактика ведения больных БА не приводит к существенному сокращению частоты обострений, увеличения продолжительности жизни больных, что может быть связано с большой распространенностью курения среди пациентов. Изучение особенностей течения БА у курящих больных необходимо для оптимизации лечения этих пациентов, что позволит снизить уровень инвалидизации и смертности от астмы.

Ключевые слова: бронхиальная астма, курение, особенности в возрасте.

Bekmurzayeva E.K. doctor of medical sciences, professor, Abdulkarimova Zh.M. - master
D.A.Ochakbai the 3 rd student of course of General Medicine, UKMA, JSC, of Department of Propedeutics of Internal diseases, Shymkent, Kazakhstan

Every year the number of people in Kazakhstan suffering from asthma is growing. According to the latest data of the Ministry of Healthcare and Social Development of the Republic of Kazakhstan, the incidence of asthma in Kazakhstan is 56.3 cases per 100,000 people - about 10,000 people. Traditional management tactics for patients with asthma does not lead to a significant reduction in the frequency of exacerbations and an increase in the life expectancy of patients, which may be due to the high prevalence of smoking among patients. Studying the features of asthma in smoking patients is necessary to optimize the treatment of these patients, which will reduce the level of disability and asthma mortality.

Key words: bronchial asthma, smoking, aged features.

Романюк Ф. Г., 4 курс, педиатрический факультет, БГМУ, philipromaniuk@mail.ru
Научный руководитель док. мед. наук Чур Н. Н., профессор 1-ой кафедры хирургических болезней БГМУ, nic-chur@rambler.ru, БГМУ, г. Минск, Республика Беларусь,

ДИСТАЛЬНЫЕ И УЛЬТРАДИСТАЛЬНЫЕ ШУНТИРОВАНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Актуальность. Сахарный диабет (СД) – заболевание, имеющее широкое распространение во всем мире, и является одной из главных медицинских и социальных проблем. Согласно заключению Международной диабетической федерации двадцать лет назад количество людей с диагнозом СД во всем мире не превышало 30 млн. Предполагается, что к 2035 году этот рост составит 35%, а число заболевших возрастет до 592 млн пациентов [1].

Из всех поздних осложнений СД синдром диабетической стопы (СДС) является одним из основных. СДС объединяет патологические изменения периферической нервной системы, артериального и микроциркуляторного русла, костно-суставного аппарата стопы, представляющие непосредственную угрозу развития язвенно-некротических поражений и гангрены стопы [2, 3]. Вероятность выполнения высоких

ампутаций при глубоких гнойно-некротических поражениях тканей достигает 30–70%, при этом летальность колеблется от 28 до 40%, а в последующие 5 лет выживает только 25–40% пациентов [4, 5].

Очень часто при СД главной особенностью развития критической ишемии нижних конечностей (КИНК) являются: многоуровневый характер поражения бедренно-подколенных сегментов; изолированные поражения артерий голени и стопы; их сочетание [4, 3].

Одним из прямых методов реваскуляризации н/к при нейроишемической форме (НИФ) СДС являются дистальные и ультрадистальные шунтирования.

Цель: определить эффективность реваскуляризации н/к при НИФ СДС путём аутовенозных дистальных и ультрадистальных шунтирований, направленных на сохранение конечностей.

Материалы и методы. В центре «Диабетическая стопа» на базе 10 ГКБ г. Минска с 2013 по 2017 года были выполнены аутовенозные дистальные и ультрадистальные шунтирования 95 пациентам с критической ишемией при НИФ СДС, из которых 73 пациентам выполнены дистальные, а 22 – ультрадистальные шунтирования. Был проведён ретроспективный анализ историй болезней всех 95 оперированных пациентов. Затем был проведён опрос 60 пациентов, которым давностью от 1 до 5 лет выполнялись дистальные шунтирования и 14 пациентов – с ультрадистальным шунтированием. Из 95 пациентов мужчин было 67 (70,5%), женщин – 28 (29,5%), средний возраст составил $67 \pm 5,1$ лет. Преваляировал II тип СД – 96,8%. Длительность СДС составила $1,2 \pm 0,3$ года. Локальный статус был следующим: гангрена одного или нескольких пальцев – 47 (49,5%); трофические язвы – 35 (36,8%); флегмоны стопы – 14 (14,7%); гангрена дистального отдела стопы – 3 (3,1%). Всем пациентам проводилось общеклиническое, лабораторное и инструментальное обследование, включая УЗДГ и ангиографию. Что касается сосудистого статуса, то наибольшее количество пациентов оказалось с поражением трёх магистральных артерий н/к – 29 (30,5%), пяти – 27 (28,4%) и четырёх – 22 (23,1%). С учётом сосудистого и локального статусов пациентам выполнялся тот или иной вид шунтирующих операций.

Результаты. Непосредственные результаты на момент выписки из стационара оказались следующими: из 73 пациентов, которым были выполнены дистальные шунтирования, 49 (67,1%) было выписано без малых операций на стопах, 10 (13,7%) были выполнены ампутации одного или нескольких пальцев, и 10 пациентам – ампутация стопы по Шарпу, высокие ампутации были выполнены 3 (4,1%), и, к сожалению, 1 (1,4%) пациент умер в отделении. Из 22 пациентов, которым выполнялись ультрадистальные шунтирования 11 (50%) было выписано без малых операций на стопах, 9 пациентам (40,9%) проводились ампутации одного или нескольких пальцев и 2 (9,1%) – ампутация стопы по Шарпу, высоких ампутаций и летальных исходов в стационаре среди пациентов данной группы не было.

Следующим этапом выполнения нашей работы было изучение отдаленных результатов хирургического лечения. Для этого применялся метод опроса пациентов, а также повторные госпитализации пациентов в стационар для обследования. Всего из 95 пациентов, отдаленные результаты изучены у 60 (63,2%) после дистального шунтирования и 14 (63,6%) пациентов – с ультрадистальным шунтированием в сроки от 1 до 5 лет после выполненной реваскуляризации. Оценка результатов проводилась по следующей схеме: отличные результаты, удовлетворительные и неудовлетворительные. При этом «отличный» и «удовлетворительный» результаты подразумевают сохранение функциональной, опорной нижней конечности пациенту, которому была бы выполнена ампутация на уровне голени или бедра в случае невозможности выполнения хирургической реваскуляризации. Из 60 пациентов с дистальными шунтированиями отличный отдалённый результат наблюдался у 45 (75%) пациентов, удовлетворительный – среди 6 (10%) и неудовлетворительный – у 9 (15%). Из 14 пациентов с ультрадистальными шунтированиями отличный отдалённый результат отмечен у 11 (78,6%) пациентов, удовлетворительный – у 2 (14,2%), неудовлетворительный – у 1 (7,1%). Таким образом выполнение дистального шунтирования сохранило опорную нижнюю конечность в течении 1–5 лет 51 (85%) пациенту из 60, а ультрадистального – 13 (93%) пациентам из 14, что является очень хорошим результатом при НИФ СДС.

Выводы:

- 1 Выбор первичной операции, направленной на реваскуляризацию конечности, должен базироваться на степени нарушения периферического кровоснабжения, количестве поражённых артерий, состоянии путей притока и оттока в дистальном русле, выраженности поражения костей и мягких тканей стоп, наличии инфекции.
- 2 Дистальное шунтирование при НИФ СДС в случае КИНК позволяет сохранить опорную нижнюю конечность 85% пациентов, а ультрадистальное – 93% в течении 1–5 лет, что существенно улучшает качество и увеличивает продолжительность жизни многим из них.
- 3 Консервативная терапия КИНК малоэффективна без своевременного выполнения реваскуляризации хирургическими методами, включая рентгенэндоваскулярные вмешательства и неминуемо приведет к потере конечности, а зачастую и жизни пациента.
- 4 Ультрадистальное шунтирование является операцией выбора при протяжённых стенозах и множественных окклюзиях артерий голени в её нижней трети, когда невозможно разрешение данной проблемы с помощью эндоваскулярных вмешательств, а так же при переходе зоны гемодинамически значимого поражения из нижней трети передней большеберцовой артерии на артерию тыла стопы (*arteria dorsalis pedis*).
- 5 Широкое внедрение в хирургическую практику дистальных и ультрадистальных шунтирований будет способствовать уменьшению числа ампутаций нижних конечностей, снижению цифр инвалидности и смертности среди пациентов с СД.

Список использованной литературы

1. Рундо А.И. Современные аспекты этиологии и патогенеза синдрома диабетической стопы / А.И. Рундо // Новости хирургии. - Том 23. - № 1. - 2015. - с. 97-104.

2. Amin N. Diabetic foot disease: From the evaluation of the “foot at risk” to the novel diabetic ulcer treatment modalities / N. Amin, J. Doupis // World J diabetes. 7(7); 2016 Apr 10. – p. 37.

3. Bell P.R.F. Charleworth D., De Palma R.G., Eastcott P.P. The definition of critical ischemia of a limb. Working party of the intern. Vaskul. Simp. Brit. J. surg. 1982. – p. 69.

4. Гришин И.Н. Синдром диабетической стопы / И.Н. Гришин, Н.Н. Чур // – Минск: Товарищество Хата, 2000. – с. 171.

5. Янушко В.А. Критическая ишемия нижних конечностей / В.А.Янушко, Д.В. Исачкин, Д.В. Турлюк, П.А. Ладьгин. – Минск: Бизнессофсет, 2014. – с. 232.

Sabirova A. S., scientific advisors: Annaorazov Y. A. – senior teacher, department of Surgical Sciences; Khasanova U. A. – senior teacher, department of foreign languages
SKMA, Shymkeny city, 212 GM

THE ROLE OF CADHERINS IN THE DEVELOPMENT OF BREAST CANCER

Abstract: this article describes the data on the structure of cell adhesion molecules cadherins, their role in the development of the body and the progression of breast cancer. The expression of E-cadherin and β -catenin, which play the most important role in the development of the tumor process. A comparison of metastatic breast cancer cells and healthy cells of epithelial tissue was conducted to identify morphological individualities of breast cancer cells.

Keywords: breast cancer, tumor, cadherins.

Objectives: to study the of cell features of the expression adhesion molecules of E-cadherin and p120-catenin in breast cancer cells for predicting and outcome of the disease.

Introducton: according to European researchers about 90% of newly diagnosed cancer accounts for epithelial forms of cancer. Among them one of the most common is a breast cancer. Breast cancer is the second most common cancer among all malignant tumors and is the most common disease in women. In 2017, about 1, 67 mln new cases of breast were determined in the world which accounted for 25% of all oncological diseases [1]. In the Republic of Kazakhstan, mortality from breast cancer ranks first in the overall oncological structure - 11, 6% (2017). The epithelial component of the tumor has a complex genesis of development. Intercellular adhesion in epithelial tissues is carried out by trans membrane calcium-dependent glycoprotein E-cadherin and intracellular protein p120-catenin. It has been established that the majority of malignant tumors of epithelial origin are characterized by a decrease or complete lack of expression of E-cadherin. These changes are accompanied by a significant increase in the invasive ability of tumor cells.

Research methods and materials: American scientists have been studied the central role of adhesion proteins. It looks like glue that holds cells together so that they have opportunity to form the tissues of the body. These proteins interact with microRNA which forms the program for regulating gene expression. Scientists have discovered that when normal signals from microRNA are restored in cancer cells, the growth of tumor cells is reversed and does not get out of the control of the body. Proteins E-cadherin and p120-catenin are important for normal tissue formation, and have been considered suppressors of tumor growth. These two proteins were also found in tumor cells and they were also important for tumor growth. These proteins had two aspects. One is helped to keep the cells manageable and the second, it made possible to grow tumors.

Scientists discovered that the case was happened in the newly discovered protein PLEKHA7, which is associated with E-cadherin and p120-catenin. This new protein is important for the ability of E-cadherin and p120-catenin to support their first aspect is to inhibit the growth of tumor cells. When the level of PLEKHA7 decreases or the protein disappears altogether, then the ability of E-cadherin and p120-catenin to retain normal cells is greatly reduced and these proteins switch to stimulating the growth of tumor cells. This is similar to a «speeding car» which has a constant acceleration (E-cadherin and p120-catenin), but does not have brakes (PLEKHA7 complex).

Results: as a result of this study was revealed that changes in the expression of E-cadherin and p120-catenin in tumor cells can be considered as factors of an unfavorable prognosis in breast cancer. As soon as the level of microRNA and PLEKHA7 protein reaches a normal value, the cancer cells stop dividing. Thus, cancer cells can be reprogrammed back to normal.

Conclusion: the development of the body is impossible without intercellular adhesion. Adhesive contacts ensure the formation of highly organized tissues and intercellular interaction aimed at maintaining homeostasis and the existence of the organism. The analysis of this research showed us that the study of cadherins and related molecules is an important step in understanding the mechanisms of tumor progression and metastasis. These discoveries allow to create new directions in treatment of malignant tumors.

Literature

1. The relationship of morphological heterogeneity of infiltrating duct breast cancer with various forms of tumor progression / V. M. Perelmuter. / Sibirskiy onkologicheskiy Zhurnal. 2007.

2. Iark Globacan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. 2015.

3. Stepniak E, Radice GL, Vasioukhin V. Adhesive and signaling functions of cadherins and catenins in vertebrate development. Cold Spring Harb Perspect Biol. 2009.

4. Histological and immunohistochemical manifestations of epithelio-mesenchymal transition in triple negative breast cancer / S. V. Sazonov [and other] / Bulletin of Ural medical academic science. 2016.

5. Zaradkiewicz, Yu. M. peculiarities of the expression of markers of epithelial-mesenchymal transition e-cadherin, and vimentin with different immunohistochemical variants of breast carcinoma / Y. M. Zaradkiewicz, A. A. Brilliant, S. V. Sazonov / Ural medical journal. 2014.

6. The role of the epithelial E - and P-cadherin, and β - and p120-catenin in the functioning of breast cancer / S. V. Sazonov [and other] / Bulletin of Ural medical academic science. 2015.

Sambaeva S.S., department of natural sciences, master of applied mathematics and computer science, senior lecturer, s.sanim_kz@mail.ru
West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University, Aktobe, Republic of Kazakhstan,

APPLICATION OF ROBOTS IN MEDICINE

Relevance. Currently countless new disciplines, such as nanotechnology, medical telecommunications, surgery with using images or robotic surgery are still continuing to evolve. This computer and digital revolution taking place in medicine leads to the creation of new diagnostic and therapeutic methods and surgical treatment, as well as to the improvement of surgical treatment. The main progress in the last 50 years has been the emergence of minimally invasive surgery, because numerous procedures to endoscopic methods for the benefit of patients have been adapted. Today, these benefits are well known, and they include less postoperative pain, a shorter hospital stay, a more comfortable postoperative course and better aesthetic results, and others. [1]

Results and discussion. Now robots can be divided into the following groups: 1) robotic manipulators are automated manipulators capable of performing surgical interventions in different areas of medicine at various levels of complexity. 2) Robots for rehabilitation - a robot, the main purpose of which is to restore the lost functions of the patient. 3) Assistant robots - robots that perform low-level qualification work, following a given algorithm of action (measurement of blood pressure, body temperature, etc.). 4) Micro and nanorobots are small-sized robots designed to complete and solve medical problems inside organism of a patient. All of the above robots are practiced in many foreign countries. For example, the MakoRoboticArm robot is designed for endoprosthesis surgery of the hip and knee joints. Also robotic system Robotic Retinal Dissection Device (R2D2) allows performing subtle and complex operations on the human eye. The study involved 12 patients who agreed to surgery to remove the retinal membranes with a robot. In September 2016, the McLaren team first used the system to treat a person. He was a 70 year old priest from Oxford. The study showed that fewer patients with hemorrhages and retinal damage were observed in the second group after surgery. The results of the study in the United States are "Da Vinci robotic surgery in a pediatric hospital". From February 2015 to April 2016, 77 procedures were performed with a Da Vinci robot and 84 with the usual method in patients with an average age of 77 and 98 months in surgery and an average of 20 and 23 kg, respectively. Average run times were 130 and 109 minutes, respectively. We observed 9.1% of complications in the robotic surgery group and 6% in the traditional group, and the difference was not statistically significant. Also, a reduction in recovery time after surgery when using a robot is noted. This approach will be used for a number of selected procedures performed by the robot, since it is not suitable for the conventional method. [2]

In China, a dentist-robotics performed an independent operation on the implantation of two teeth for the first time. Doctors attended the operation, but played the role of observers. The teeth themselves were made using 3D printing. The procedure took place in the city of Xi'an and lasted only an hour. According to experts, implants were installed with an accuracy of 0.2-0.3 mm, which corresponds to the standards of such operations. In Japan, robots are being introduced to assist the nurses. In Russia, the use of robots in medicine is also gaining popularity. In the spring of 2017, the cardiothoracic surgeons of the National Medical Research Center named after E.N.Meshalkin performed the first operation in the country to remove aortic aneurysms using the Da Vinci robotic complex. Kazakhstan also began to use robotic technology in medicine. In 2017, laparoscopic 3D surgery was performed for the first time in Karaganda. Professor from Simane University Yoshihiro Noso arrived from Japan to Karaganda for providing a master class. In 2018, an agreement was reached on the acquisition of the first robotic technology for Kazakhstan. The state also works at a high level in the development of medical robotics in our republic. The center of medical robotics will be created in East Kazakhstan.

Conclusion. The widespread use of robots and their clinical trials indicate a more favorable prognosis due to less invasive and less traumatic intervention. A further vector of development is aimed at creating nanorobots in medicine. Kazakhstan at the moment is just beginning its way in this direction and sets goals for the introduction of robots into our country's medicine, as evidenced by the agreements on the purchase of robots. There are also attempts to create bases for further development in the direction of creating robotic technology. This goal is pursued by our West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University, where, on the basis of the department of natural sciences, work is underway to create a robot.

Bibliography

1. Medicina y robótica. Medicina Clínica, Volume 145, Issue 11, 7 December 2015, Pages 493-495
2. Journal of laparoendoscopic & advanced surgical techniques. Part A. Da Vinci Robotic Surgery in a Pediatric Hospital. May 1, 2017; 27 (5); 539-545
3. Журнал «Виртуальные технологии в медицине», №2 (16), 2016

Сейтжаппар Ж.М., «Жалпы хирургия» мамандығы бойынша жоғары оқудан кейінгі факультетінің 1-жыл резиденті

Ғылыми жетекші: м.ғ.д., профессор м.а. Абдурахманов Б.А.

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯЛЫҚ АППЕНДЭКТОМИЯНЫҢ ТИІМДІЛІГІН АНЫҚТАУ

Тақырыптың өзектілігі: Жедел аппендицит ауруымен сырқаттанушылық көп болғандықтан оның диагностикасы мен емі өзекті мәселе қатарында (тұрғандардың 4–6%-да осы ақау кездеседі). Хирургиялық стационарға жатқызылған барлық пациенттердің 20-50% жедел аппендицитпен түскен науқастар құрайды. Бір қатар авторлардың пікірінше диагностикалық қателіктер 12-31% жағдайда кездеседі, ал, жеткіншектер мен егде жастағы адамдарда қателіктер жиі болып тұрады. Операциядан кейінгі асқынулар жиілігі 0,25%-дан 32,6% дейінгі жоғарғы көрсеткіштерді ұстап тұр [1,2]. Көптеген авторлардың жазбасы бойынша жедел аппендицит себебінен болған өлім саны 0,25-0,3%-ды құрайды, аталмыш сырқаттан дүние жүзі бойынша жылына 40 000-ға жуық адам одүниелік болады екен [3,4]. Статистикалық есептің соңғы қорытындылары бойынша Қазақстан Республикасында бұл көрсеткіш 0,15%-ға жуық. Кейбір авторлардың зерттеулерінде жедел аппендицит жедел жәрдем дәрігерлерімен 8-10%, стационарда 5-12% жағдайларда анықталмайтындығын жазады. Гипердиагностиканың кесірінен пациенттердің 30%-да, ал жеткіншектер мен әйелдерде 40-45% жағдайда аппендэктомия себепсіз жасалынады.

Зерттеудің мақсаты: Жедел аппендицит емінде видеолароскопиялық технологияларды қолданғандағы экономикалық тиімділікті анықтау.

Материалдар мен әдістер: Лароскопияның тиімділігін анықтау үшін, біз 2016-2018 жылдар аралығында ОКА-ға жедел аппендицит диагнозымен емделген науқастарды екі топқа бөліп, науқастардың ем нәтижесін салыстырдық. Негізгі топқа эндовидеохирургиялық жолмен емделгендер кірсе, бақылау тобына дәстүрлі әдісті пайдаланған науқастар құрады. Жасалынған ота түрлерінің сандық көрсеткіштері.

Негізгі топты 120 пациент құрады. Қорытынды клиникалық диагноздарының мәліметтері бойынша флегмонозды аппендицит 80 науқаста гангренозды перфоративті аппендицит 38 науқаста кездесті. Және де бір науқаста жәй аппендицит болды, яғни 0,46%. Бақылау тобында 1249 пациент зерттелді. Бұл топта флегмонозды аппендицит 850 болса, гангренозды перфоративті аппендицит 399 науқаста анықталды. Көңіл аударар жағдай патоморфологиялық тексерудің қорытындысында 184 науқаста жедел жәй аппендицит кездесе, 239 науқаста екіншілік өзгерген құрт тәрізді өсінді анықталды. Мұндай қорытынды негізгі топта бір ғана жағдайда кездескен. Жедел аппендицит түрлері.

Патоморфологиялық зерттеудің нәтижесі: 2016 жыл: лароскопиялық – 21 науқаста, дәстүрлі – 479 науқаста; 2017 жыл: лароскопиялық – 60, дәстүрлі – 428; 2018 жыл: 9 айлық көрсеткіш : лароскопиялық – 39, дәстүрлі – 342.

Нәтиже және талқылау: Негізгі топта құрт тәрізді өсіндінің деструктивті өзгеруіне байланысты және орналасу қалпы атипиялық болғандықтан техникалық қиыншылықтар болу себебінен конверсия саны 18-ге жуық. Релароскопия 2 жағдайда кездесті. Бақылау тобында 1 жағдайда реларотомия болған. Негізгі топта лароскопиялық әдістен кейінгі операциядан кейінгі асқыну 2 (0,46%) жағдайда кездесті, олар құрт тәрізді өсіндінің шажырқайынан қан кету және құрт тәрізді өсінді құлтығының босап кетуі.

Бақылау тобында дәстүрлі әдістен кейінгі асқынулар 127(4,2%) науқаста кездесті, олар операциядан кейінгі жараның іріндеуі және жарадағы инфильтраттың болуы. негізгі топта азайғаны байқалады. Операциядан кейінгі асқынулар: Дәстүрлі – 5,30 %. Лароскопиялық – 0,92 %. Екі топтағы науқастардың стационарда өткізген төсек бейіні мерзімі салыстырмалы есептелініп, орташа алғандағы төсек бейіні мезгілінің саны шығарылды: Дәстүрлі – 7,3. Лароскопиялық – 4,92. 2 күн стационардан ерте шығарылуымен ерекшеленеді.

Қорытынды: жоғарыда жасалынған бірқатар зерттеулердің нәтижесінде жедел аппендициттің емінде лароскопиялық әдісті қолдануын себепсіз жасалынған аппендэктомия санының 6 есеге қысқаруына, операциядан кейінгі кейінгі асқыну жиілігі 5 есеге дейін азаюына, стационарда науқастардың емдеуге кететін мезгілінің 2 тәулікке дейін шегерілуіне, пациенттің толық еміне кететін материалдық шығынның 25%-ға дейін үнемделуіне алып келеді.

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі

1. Джумабеков А.Т. и соавт. Видеолароскопия в диагностике и лечении острого аппендицита // Тезисы III Конгресса с международным участием «Инновации в хирургии» // №1, 2012г.-С.27.
2. Дурманов К.Д., Джумабеков А.Т. // Сборник работ на-учно-практической конференции посвященной 25-летию ЦГКБ г. Алматы // Алматы,1996г.
3. Борисов А. Е. и соавт. Лароскопическая аппендэктомия. Видеоэндоскопические вмешательства на органах живота, груди и забрюшинного пространства: Рук. для врачей, - СПб., 2002г.- С.63-75.
4. Коваленко А.А., Анализ и пути снижения летальности при семи формах острого живота в хирургических стационарах, автореф, дис. к.м.н. СПб.-2007г.-25с.

Синча Е.А. ассистент кафедры психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии Запорожского государственного медицинского университета, katia86ci4@gmail.com

Чугунов В.В. докт. мед. наук, профессор кафедры психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии Запорожского государственного медицинского университета, г. Запорожье, Украина

ОСНОВНЫЕ ВИДЫ КОРРЕКЦИИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Для восстановления качества жизни больных шизофренией, в т.ч. с депрессивными проявлениями, необходим подбор различных лечебных, тренинговых, психокоррекционных, психосоциальных и психообразовательных стратегий и тактик, что и было целью нашего исследования.

Методы исследования: клинико-психопатологический, психометрический, клинико-статистический. Установлено, что основными являются такие методы психотерапии, как когнитивно-бихевиоральная (КБТ) и рациональная (РП) психотерапия, аутогенная тренировка (АТ). К нозоспецифической составляющей эндогенного компонента (эндогенный факториум) относили клинические особенности болезни, приводящие к развитию семиотики депрессивного и парадепрессивного факториумов у больных шизофренией.

Применяли преимущественно такие психотерапевтические методы, как активирующая психотерапия (АП), психотонические тренировки (ПТТ), КБТ, а также психообразование (ПО). Постпсихотическая составляющая эндогенного компонента (эндогенный факториум) сформирована за счет семиотики преимущественно парадепрессивного и, частично, депрессивного факториумов. Действенны РП, симультанно-мнестическая психотерапия (СМП), семейная терапия (СП), КБТ, ПО.

Экзогенно-органический компонент по механизму возникновения является экзогенно-интоксикационным через применение антипсихотических психофармакологических средств (фармакогенная составляющая), имеющих, в частности, прямой или косвенный (пролактогенная ангедония) депрессогенный эффект, но отдаленные последствия протокольной психотропной терапии находятся в психоорганическом регистре (цереброишемическая составляющая), учитывая патоаффективные включения органического генеза. Основным вектором психокоррекции этого компонента является рационализация переживаний и реинтеграция; основными методами - КБТ, РП и ПО.

К психогенному компоненту - и, соответственно, к основным мишеням психотерапии, - относили факторы, которые выполняли роль инициации, амплификации и экзacerbации исследованной психопатологии (психогенный факториум).

Султанов А., резидент 1 года обучения факультета послевузовского образования по специальности «Общая хирургия»

Научный руководитель: д.м.н., и.о. профессора **Абдурахманов Б.А.**
Южно-Казахстанская медицинская академия г. Шымкент, Республика Казахстан

НАШ ОПЫТ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Введение. Прогресс отечественной медицинской науки и практики в области трансплантологии приобретает большое значение и предусматривает серьезный прорыв не только в создании материальных и социальных условий для снижения уровня смертности от заболеваний печени, сокращения инвалидизации и восстановления работоспособности населения [1,2].

Цель исследования: улучшить радикальное лечение пациента с терминальной стадией заболевания печени.

Материалы и методы исследования. В отделении гепатопанкреатобилиарной хирургии больницы скорой медицинской помощи г. Шымкента за период с 2014 по 2018 гг. произведено 17 трансплантаций печени. Показанием к трансплантации печени является терминальные стадии заболевания печени, при которых ожидаемая продолжительность жизни составляет менее 1 года (классы В и С по Child-Turcotte-Pugh); цирроз печени со стойкой паренхиматозной желтухой и др.

Результаты и обсуждения. Выбор вида печеночного трансплантата основывался, в первую очередь, на массе тела реципиента. Объективным критерием считали коэффициент GRWR (Graft/Recipient Weight Ratio): GRWR = масса трансплантата (кг): масса реципиента (кг) Ч 100, который, согласно мировой практике, должен быть не менее 0,8. Научно обоснованно, что при заборе печени у донора имеет значение макроскопическое описание печени на предмет наличия жирового гепатоза, обязательное наличие экспресс гистологии. По данным литературы жировой гепатоз не должен превышать 25%-30% объема печени. Во время забора печени у донора необходимо подвешивание печени (hanging of the liver) с целью профилактики повреждения нижней полой вены. Для определения зоны пересечения правого печеночного протока выполняется интраоперационная холангиография. Пересечение вен VIII и V сегментов печени (ишемия данных сегментов) выполняется не сразу.

После удаления трансплантата в обязательном порядке производили white test, для профилактики желчеистечения в послеоперационном периоде у донора.

Больница скорой медицинской помощи г. Шымкента накладывает широкий печеночный венозный анастомоз для хорошего оттока крови в раннем послеоперационном периоде. В обязательном порядке во время

операции на желчных протоках у реципиента накладывается анастомоз на каркасной дренажной трубке, которая удаляется через 3-4 месяца.

Выводы. Проведение трансплантации печени дает возможность не только уменьшить смертность и увеличить продолжительность жизни пациентов, но и значительно повысить ее качество и вернуть к полноценному существованию огромное число людей.

Список литературы

1. Курмангазина М.Ш., Арингазина А.М. Современные подходы к реализации донорских программ в трансплантологии. Клиническая медицина Казахстана, 2014, N2 (32), С.14-20.
2. Рахипбеков Т.К., Шаймарданов Н.К., Маукаева С.В. Сравнительный анализ заболеваемости вирусными гепатитами в Республике Казахстан. Вестник современной клинической медицины. 2010, Т.3. Прил.1. С.155-156.

УДК 616.727.2

Турсынбаева Г.А., Тулежанов Е.Н., Мусабекова Ф.Ж., Жакып С.М., Бағысбаева Ұ.Т.
Tursynbaeva-90@mail.ru, eroma_8992@mail.ru, musabekova.fariza@ayu.edu.kz, serej1993@mail.ru,
uldan092@mail.ru.

Кожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті. Медицина факультеті. Жалпы хирургия кафедрасы.

ЖЕДЕЛ ИЫҚ ШЫҒУЫНЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫ ЖӘНЕ ОПЕРАТИВТІ ЕМІ

Мақсаты

Иық шығуының жедел кезіндегі КТ және МРТ диагностикасының нәтижелерін зерттеу және артроскопиялық ем жүргізу қажеттілігін негіздеу.

Материалдар мен әдістер

Бұл жұмыста белсенді өмір салтын ұстанатын 16-дан 40 жасқа дейінгі ерлер мен әйелдерде 20 иық буыны шыққан науқастар зерттелді. Жарақаттар айқын дене жүктемелерінің нәтижесінде немесе қолға күш түсу арқылы құлап түскен. Шығуларды түзеуге миорелаксацияны қолдану арқылы жүргізілді. Бірінші апта ішінде пациенттерге КТ және иық буынының МРТ жүргізілді.

Нәтижелері

Тексеру барысында 20 пациент Банкарттың зақымдануы 18 пациенттен табылды, ал Хилл-Сакстың зақымдануы 14 жағдайда анықталды. 8 емделушілер тексеру нәтижелері бойынша жарақат алғаннан кейін алғашқы 2 апта ішінде артроскопиялық емдеу орындалды, қалған емделушілер қолдың иммобилизациясымен консервативті емді жүргізуді жөн көрді. Оперативтік емдеу жарақат алған сәттен бастап алғашқы 2 аптада орындалды. [1.176] Аспаптық тексеру барысында анықталған барлық буын ішіндегі зақымданулар артроскопияны орындау кезінде расталды. Иық буынына жасалатын операциялар иық буынына ең жақсы қол жеткізуді қамтамасыз еткен бүйірінде жатқан жағдайда жүргізілді. Барлық жағдайларда жауырынның буынды өсіндісінің жыртылған фиброзды тіннің қайта тіркелуі жүргізілді. Иықтың алғашқы шығуы бар емделушілерде буын иық байламдарының сапасы созылмалы тұрақсыздығы бар пациенттерге қарағанда жақсы болды, онда капсула қоршаған тіндермен, жұмсақ тіндермен жұмысты қиындатқан. Бастапқы шығулар кезінде буынның мобилизациясы мұндай қиындықтарды тудырмады. Артроскопия кезінде биодеградирленетін анкерлік фиксаторлар қолданылды. Буын байламы мен капсула 2-3 тартатын фиксаторларды қолданумен тіркелген. Операция аяқталғаннан кейін 4 апта бойы аяқ - қолдың иммобилизациясы жүргізілді. Кейіннен, төрт апта ішінде пассивті жаттығулар орындалады. Төртінші аптадан бастап, сегізінші аптадан кейін рұқсат етілген сыртқы ротациядан басқа, бұзылған қозғалыстар қосылды. Спортпен айналысу операциядан кейін алты айдан кейін рұқсат етілді. Нәтижелерді бағалау операция сәтінен бастап 3, 6 және 12 ай өткен соң науқастарды бақылау тексерулері кезінде Rowe-Zarins шкаласы бойынша жүргізілді. [2.46-476] Тұрақсыздықтың қайталанған көріністері жоқ және барлық пациенттер жарақат алғанға дейін тиісті белсенділік деңгейіне қайтып келді. Rowe-Zarins шкаласы бойынша 8 жағдайдың 5-де жақсы нәтиже алынды. Rowe-Zarins шкаласы бойынша орташа көрсеткіш – 96,7 (88-100). Жұқпалы асқынулар, аяқ-қолдың сезімтал және қозғалу бұзылыстары болған жоқ. Пациенттерді бақылау кезеңінде сыртқы ротация тапшылығы 5 градустан артық болған жоқ.

Жалпы қорытынды. Емделушілердің жас жасы мен белсенді өмір салты иықтың қайта шығуы дамуына әкеледі. МРТ-иық буынын тексерудің ең тиімді әдісі. Банкарттың және Хилл-Сакстың зақымдануы жиі иықтың шығуы. Банкарттың зақымдануы операция көрсеткіші болып табылады.

Артроскопия иық буынының тұрақсыздығын емдеудің ең тиімді әдісі.

Жедел иық буының шығуы бар емделушілерде иық байламдарының сапасы созылмалы тұрақсыздығы бар емделушілерден жақсы. Артроскопиялық емдеу ерте және тиімді оңалтуды жүргізуге мүмкіндік береді.

Әдебиеттер

1. Б. Ш. Жонкин Травматология және ортопедия оқулық Қарағанды 2015 Ж II ТАРАУ. Травматологиялық және ортопедиялық науқастарды емдеудің негізгі әдістері 17-22 беттер
2. Травматология и ортопедия - Смирнова Л.А. 1984 46-48 беттер.

Tutayeva Aigerim Aitbaevna, Head of Department for Early Rehabilitation, Turkestan city
Tutaeva.aa@mail.ru

THE FIRST EXPERIENCE OF USING THROMBOLYTIC THERAPY FOR REPERFUSIONS IN THE PERACUTE PERIOD OF ACUTE CEREBROVASCULAR ACCIDENT BY ISCHEMIC TYPE

Introduction: The introduction into clinical practice of thrombolysis with the use of new generation thrombolytics (Alteplase) discovers vast prospects in improving the quality of emergency neurological care for the population. Emergency neurology is based on two principles - reperfusion and neuroprotection. Thrombolytic Therapy (TLT) is one of the best options for reperfusion. Unfortunately, this option of reperfusion is limited to a time interval known as «Therapeutic Window».

Material and Methods: A retrospective analysis of 20 medical records of patients with acute cerebrovascular accident (ACA) of an ischemic type conducted by TLT, for 2017 was carried out. According to the TOAST criteria, cardioembolic genesis of ACA was determined in 6 cases, atherothrombotic in 14 cases. Based on localization: ischemic stroke in the left carotid basin - 14 cases, in the right carotid basin - 6 cases. Indications for TLT: ischemic stroke, age 18-80 years, duration of acute neurologic dysfunction no more than 3-3,5 hours, no significant clinical improvement before beginning TLT. In accordance with accepted standards before the beginning of TLT, all patients underwent neurological imaging of the computerized tomography of the brain, the indications and contraindications to TLT were revealed, blood was taken for assessment of the condition of vascular-trombocytic and coagulation hemostasis. For thrombolytic was used a recombinant tissue plasminogen activator, alteplase (AKTILIZE). The technique used for systemic thrombolysis - alteplase intravenously at a dose of 0.9 mg / kg body weight (maximum dose of 90 mg), with 10% of the drug introduced intravenously by the dispenser during the first minute, the rest - for an hour. The neurological status was assessed according to the Glasgow Scale (GS) and the stroke scale of the National Institutes of Health (NIHSS) upon admission; scale NIHSS one day after TLT and at the time of discharge. The outcome was assessed on the Rankin Scale (RANKIN SCALE) at the time of discharge: 0 - the norm, 1 - there are clinical symptoms, but can do everything, 2 - cannot perform some routine tasks, but he serves himself, 3 - requires some help in the maintenance, but walks by himself, 4 - without help does not go and in most cases need help, 5 - recumbent, constant care, 6 - death.

Based on the assessment of the medical records, all patients are divided into 2 main groups:

1 group (15 people) - TLT was performed with strict adherence to the protocol, 2 group (5 people) - TLT was performed without taking into account some contraindications - it is most often repeated ACA, severe neurological deficit (high score of NIHSS), unknown, precisely exposure. As hemorrhagic complications, the appearance of a symptomatic hemorrhagic transformation of the stroke zone was assessed.

Results: The groups did not differ in age and sex. In the first group, the middle age was $64,3 \pm 11,9$ years, in the second group $64,7 \pm 14,7$ years. There is no intergroup difference in time of arrival, time before TLT. In the first group, the total time from the clinic onset of ACA to the «needle» was $145,3 \pm 36,4$ minutes, and in the second group, $148,0 \pm 28,7$ minutes. The alteplase dose of used for TLT in the first group is $66,8 \pm 12,1$ mg, in the second - $62,6 \pm 9,3$ mg. A significant difference was obtained in terms of Glasgow Scale indicators, NIHSS Scales on admission to the hospital: 1st group - GS $13,8 \pm 0,9$, NIHSS $13,2 \pm 5,9$, compared with group 2 - GS $11,9 \pm 1,7$ ($p < 0,05$), NIHSS $23,5 \pm 7$ ($p < 0,05$). One day after the TLT group also significantly differed in the extent of the neurologic deficit according to the NIHSS Scale of $8,5 \pm 8,1$ and $25,4 \pm 10$ respectively. The same reliable intergroup difference was maintained at the time of discharge. In the first group, the degree of NIHSS deficiency was $3,9 \pm 5$ points, in contrast to the second group - $15,0 \pm 5,7$ points ($p < 0,05$). The outcome of the disease according to RANKIN SCALE in the 1 group was estimated at $1,9 \pm 1,8$ points, in the second - $5,1 \pm 1,3$ points ($p < 0,05$). At a very high level, mortality (60%) and the number of parenchymal hemorrhages after TLT (30%) in the second group of patients were found. When compared with the 1 group, there is a significant difference ($p < 0,05$) in mortality (5,8%) and the number of hemorrhages after TLT (5,8%). Intergroup differences in the number of resuscitation and general bed days reasonably are not significant.

Conclusions

1. TLT is an effective method of restoring blood flow in the ischemic zone, accompanied by a significant regression of neurological dysfunction.
2. There is a need for a clear, thorough follow-up of the standardized survey protocol before TLT.
3. Conducting TLT with a starting score on Glasgow Scale of less than 12 points, a NIHSS Scale greater than 23 points is accompanied by a significant increase in hemorrhagic complications.

Тутаева Айгерим Айтбаевна Tutaeva.aa@mail.ru

Қ. А. Ясауи атындағы Халықаралық қазақ – түрік университетінің Клинико- диагностикалық орталығы, инсульт орталығының бөлім меңгерушісі

ШАЛА ТУЫЛҒАН БАЛАЛАРДЫ ТЕКСЕРУДІҢ ЖАҢА ӘДІСІ

Біз балаларда өмірлерінің алғашқы айларында шартсыз рефлекссті тексеру әдістері – аяқтағы 2-5 саусақтарының бүгілу рефлексін ойлап таптық және тәжірибеге қолдандық (Қазақстан Республикасының өнертабыс патенті 30.06.2017 жылғы № 32174) [1].

Өнертабыс балалар неврологиясына тиісті. Әдіс балаларда өмірлерінің алғашқы айларында өткізілетін шартсыз рефлекс тіксеруге жатады, ал ересектерде спинальді шокты және пирамидалық жолдардың зақымдануын анықтауда қолдануға болады.

Балаларда өмірлерінің алғашқы айларында жүргізілетін неврологиялық тексерулерге – спонтанды қимылдар, бассүйек ми нервтері, бұлшықет тонусы, сіңір – периостальді, шартсыз рефлексдерді анықтау жатады. Туылған кезде анықталатын рефлексдерді зерттеу тек неврологиялық қарау кезінде ғана емес, педиатриялық қарау кезінде де тексерілетін міндетті зерттеу әдістерінің бірі. Шартсыз рефлекстер, басқа да рефлекстер сияқты, белгілі бір рефлекторлық доғасы болады, сондықтан неврологияда топикалық диагноз қоюда қолдануға болады.

Нәрестелерде жоғарыда аталған рефлексдерді («алғашқы», «шартсыз рефлекс») тексеруге көп көңіл бөлу қажет. Қалыпты немесе мидың гипоксиялық - ишемиялық зақымдануы бар балалардың неврологиялық статусының зақымдануы анықталады, ал ересектерде пирамидалық жолдардың зақымдануын білу үшін жиі қолданамыз. Жаңа туылған нәрестелерде зерттелетін көптеген рефлекстер баланың эволюциялық дамып жетілуін, оның функциональді жағдайын және олардың топикалық маңыздылығын анықтайды.

Рефлексдерді зерттеудің маңыздылығы жоғары, себебі олар айқын клиникалық парезді УДЗ, МРТ, КТ аппараттарынан бұрын анықтауға мүмкіндік жасайды. Сондықтан көптеген авторлар оларды қолданудағы маңыздылығын көрсетеді және кейбір шартсыз рефлексдердің топикалық диагноз қоюға үлкен мән беру керектігін айтады.

Жаңа туылған нәрестелердегі шартсыз рефлексдерді нерв жүйесінің перинатальді зақымдануын анықтау үшін қолдануға болады: перинатальді гипоксиялық энцефалопатия кезінде қорғаныс бұзылыстарының синдромында шартсыз рефлексдердің күшеюі байқалады. Невр жүйесінің перинатальді зақымдануының ерте қалпына келу кезеңінде, автоматизм рефлексдерінің төмендеуі немесе болмауы, алақан – ауыз, жоғары қармау рефлексдерінің төмендеуі анықталады [2; 3].

Балаларда өмірлерінің алғашқы айларында анықталатын беймәлім шартсыз рефлекстер (бульбарлы және спинальді автоматизмдер) жайлы мәліметтер өте аз.

Шартсыз рефлекстер балаларда пирамидалық жолдардың толық миелинденбеу салдарынан әр түрлі дәрежедегі зақымданулар кезінде үлкен пирамидалы Бец жасушалары перифериялық мотонейрондарды тежей алмағандықтан дамиды [4].

Ересектерде пирамидалық жол зақымданғанда диагноз қою үшін негізгі объективті критерийлердің бірі жазылу және бұғу топтарының патологиялық рефлексдерінің анықталуы болып табылады[5].

Өнертабыстың техникалық міндеті болып, балаларда өмірлерінің алғашқы айларында анық шақырылатын бұрын белгісіз болған жаңа зерттеу әдісін ұсыну.

Техникалық нәтижесі – табанның барлық бетінегітіркендіру өткізуге байланысты, рефлексогенді аймақтың ауқымды болғандығынан, анықталуы жоғары және аяқтағы 2-5 саусақтың бүгілуіне алып келеді (бүгілу рефлексі).

Көрсетілген техникалық нәтиже – рефлекс табандағы аяқ саусақтарының негізінен басталып өкшеге дейін жанасатын, жылдам тітіркендіру жүргізілгенде шақырылады. Бір айлық балаға тексеру жүргізу нәтижесінде аяқтың 2-5 саусақтарының бүгілуімен жауап берсе, неврологиялық дені сау бала, ал бұл рефлекстің болмауы спинальді шоктың барын дәлелдейді. Ересек адамдарда аяқтағы 2-5 саусақтардың иілуі – пирамидалық жолдың зақымдануын білдіреді.

Бұл әдістің нәтижелілігі ауқымды рефлексогенді аймақты алып жатқандығына байланысты. Қалыпты жағдайда жаңа туылған нәрестелерде бұғу рефлексі тұрақты, анық шақырылады, ал шақырылмаған жағдайда спинальді шоктың бар болуын, ал ересектерде пирамидалық жетіспеушіліктің бар екендігін білдіреді. Рефлекс n. plantaris medialis et lateralis және n. suralis tr. cutaneus cruris medialis осы нервтердің кезекпен тітіркенуінен импульс туындап, жұлынның сенсомоторлы нейрондарының сегменттерінде интеграцияланып, орталық нерв жүйесінің тормоздық бақылауы болмағандықтан, 2-5 саусақтарының флексиясымен және тырнақ фалангаларының иілуімен жауап береді. Рефлекстің доғасы жұлынның мойын буылтығы деңгейінде жатады, сондықтан бұл рефлекстің төмендеуі мен болмауы ОНЖ цервикальді деңгейінде зақымданудың бар екендігі деп болжанады. Бұл рефлекс Бабинский рефлексі тәрізді спинальді шоғы жоқ барлық жаңа туылған нәрестелерде, ал ересектерде – пирамидалық жолдың зақымдануында кездеседі.

Аяқтағы 2-5 саусақтың бүгілу рефлексін шақыруды өткізу тәсілі: бір айлық баланы арқасымен жатқызамыз. Зерттеуші жетекші қолдың алақанымен аяқ саусақтарының негізінен бастап, өкшеге дейін табанның барлық бетіне жанасатын, тітіркендіру жүргізеді. Рефлекс аяқтың 2-5 саусақтарының иілуімен жауап береді. Тәжірибелік дәрігерлер жаңа туылған нәрестелер мен ересектерге пирамидалық жолдың зақымдануында неврологиялық статуска баға беруде жаңа тексеру әдісінің артықшылықтары мен маңыздылығы бойынша ерекше аталатыны:

1. Барлық жаңа туылған нәрестелер дүниеге келген алғашқы минутынан бастап, әр түрлі этиологиялы спинальді шокпен туылған балалардан басқа, табанға тангенциальді тітіркендіру арқылы шақырылған бұғу рефлексі 99% жағдайда оң нәтиже беретіндігі:

2. Екі топ рефлексдерінің жауап реакциясының айқындығы, зерттеу әдісінің дұрыс орындалу сапасы мен кортико-спинальді трактің зақымдалу дәрежесіне және жұлындық рефлекторлық доғаның жағдайына байланысты болуында.

Бұл әдіс Қ.А. Ясауи атындағы ХҚТУ клиникасының неврология бөлімшесінде көптеген жылдар бойы клиникалық тәжірибеден өткен. Анықталған клиникалық мәліметтер инструментальді әдістермен расталды (КТ, МРТ).

Қорытындылай келе, бір айға дейінгі балаларда шартсыз рефлексі тексеру әдісі аяқ саусақтарының негізінен өкшеге дейін, табанның бетіне жанасатын, жылдам тітіркендіру жүргізумен ерекшелінеді. Бір айлық балаларда аяқта 2-5 саусақтарының иілуі анықталса неврологиялық дені сау екендігі, ал рефлексінің болмауы – спинальді шоктың белгісі болып табылады.

Пайдаланылған әдебиеттер

1. ҚР өнертабыс патенті №32174 30.06.2017 жыл. Өмірінің алғашқы айларындағы нәрестелерде шартсыз рефлексдерді зерттеу әдісі – аяқтың 2-5 саусақтарының бұғу рефлексі/ Еликбаев Г.М., Бралов К.Б., Гутаева А.А. 30.06.2017. – 8 б.
2. Шниткова Е.В., Бурцев Е.М., Новиков А.Е., Философова М.С. Нервно – психическое здоровье детей, перенесших перинатальное поражение нервной системы // Журнал неврологии и психиатрии. – 2000. - № 3. -С. 57-59.
3. Пальчик А.Б., Шабалов Н.П. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных. - СПб: Питер, 2001. - С.47-49.
4. Патент №2459578 РФ. Способ исследования безусловного рефлекса детей первых месяцев жизни – рефлекс симметричного разгибания руки/ Мельников А. И.опубл. 27.08. 2012. Бюл. № 24. – С.7.
5. Володин Н.Н. с соавт. Ранняя диагностика неблагоприятных последствий перинатальных гипоксически-ишемических поражений головного мозга у недоношенных детей и оптимизация их лечения //Педиатрия. – 2010.-Т.89, № 2. -С.101-106.

Усерббаева А.Т. интерн 6 курса, aika_userbaeva@mail.ru, ОВП, г. Алматы, Казахстан,
Джураева Р.И., интерн 7 курса, ОВП, г.Шымкент, Казахстан.

Научный руководитель – д. м. н., профессор **Тургунов.М.Б.**, Караганда, кафедра онкологии КГМУ Караганда

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕАНГИОМ У ДЕТЕЙ

Цель. Совершенствовать методы лечения комбинированных и анатомически сложно локализованных гемангиом у детей путем применения склерозирующей, гормональной и криогенной терапии.

Материал и методы исследования. За последние 3 года в отделении детской онкологии было проведено лечение 97 детей с гемангиомами различной локализации. Для лечения данной группы больных использовались комбинированные методы лечения: хирургический, склерозирующий, электрокоагуляционный и гормональный методы лечения. Хирургический способ наиболее целесообразен при локализации гемангиом на “закрытых” участках тела, тогда как при расположении опухолей в области лица и шеи иссечение представляет определенную косметическую проблему. Для лечения небольших кавернозных гемангиом лица и кончика носа с успехом применяется склерозирующая терапия. Она основана на принципе асептического воспаления или тромбирования сосудов, возникающих в гемангиоме в результате введения склерозирующих веществ. У всех больных для инъекций использовали гидрокортизон, отек на месте инъекции исчезал самостоятельно к 5 – 6 дню. Недостатком инъекционного метода лечения является болезненность и длительность лечения.

Результаты исследования. Критериями эффективности склерозирующей и гормональной терапии является уменьшение площади поражения. Это дает хороший косметический результат, а главное оперативное вмешательство после склерозирующей терапии становится менее травматичным.

Выводы. Сочетание методик позволяет добиться хороших результатов как в плане остановки роста и регресса опухоли, так и в эстетическом плане. Таким образом, современное лечение гемангиом у детей и использование всего арсенала средств, имеющегося на вооружении в детской хирургии, позволяет добиться полного излечения опухоли с хорошим косметическим результатом. Следовательно, получить не только здорового, но и красивого ребенка!

Шкунова С.С., 4 курс, лечебный факультет, s.v.e.t.a96@mail.ru
Аметова Э.И., 4 курс, лечебный факультет, ametova_edie@mail.ru
Аптикеева Н.В. доцент, к. мед. н., naptikeeva@yandex.ru, г. Оренбург, Россия

ИННОВАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА СЕНСИТИВНОЙ АТАКСИИ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

Актуальность. В последние годы при медико-социальной экспертизе стали использоваться новые технологии диагностики и реабилитации пациентов с поражением опорно-двигательной и нервной системой. [1]

Материалы и методы. На базе Федерального казённого учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Оренбургской области» Минтруда и социальной защиты Российской Федерации нами был проведен анализ ходьбы и устойчивости на аппарате h/p cosmos sports & medical gmbh у пациентки с рассеянным

склерозом. При исследовании устойчивости исследовались параметры с открытыми, закрытыми глазами (площадь эллипса 95% распределения; при анализе ходьбы – потраченное время на ходьбу, скорость передвижения, количество шагов на 100 метров, длительность двойного шага, темп ходьбы, поворот левой и правой ступней от центра тяжести, длина шагов, фаза приземления и переноса, боковая симметрия. Мы рассмотрели клинический случай пациентки А., 48 лет.

Результаты. При изучении и анализе анамнеза, выявлено, что считает себя больной с 27 лет, когда появилось двоение в глазах, снижение зрения, через 2 года был установлен ретробульбарный неврит. Через 10 лет появилась боль в правом глазу, невралгия тройничного нерва, частичная атрофия диска зрительного нерва. Через год установлен диагноз демиелинизирующего заболевания головного мозга по типу рассеянного склероза. Анализ устойчивости: площадь эллипса 95% распределения с открытыми глазами 760 (1000мм²), с закрытыми глазами – увеличение до 2574 (4000мм²); средние силы с открытыми глазами при опоре на левый носок 69% (на пятку 31%), на правый носок - 58% (на пятку 42%), с закрытыми глазами примерно равномерное распределение. Анализ ходьбы: потраченное время на ходьбу – 30,58 секунд, скорость передвижения – 2,3 км/ч, количество шагов в 100 метров – 130 шагов в минуту, длительность двойного шага – 1,6 секунд, темп ходьбы – 98 шагов в минуту, поворот левой ступни на 14°относительно оси, правой - 6°, длина шагов: слева 29 см, справа - 31 см, фаза приземления слева 22%, справа - 20%, фаза переноса слева 31%, справа - 26%, боковая симметрия влево 150 мм, вперед-назад 181 мм. Следовательно, степень выраженности нарушений опорно-двигательной системы соответствует умеренной при замедленном темпе и атаксией вперед.

Вывод. Анализ ходьбы и устойчивости на аппарате h/p cosmos sports & medical gmbh у пациентки с рассеянным склерозом может быть использован для диагностики сенситивной атаксии и степени выраженности ходьбы. Этому способствует положительная проба с закрытыми глазами, в следствие которой отмечен проприоцептивный дефицит и значительное усиление площади эллипса в 4 раза с атаксией вперед.

Литература

1. Приказ Минтруда России от 24.05.2013 N 214н (ред. от 14.12.2017) Об утверждении классификации технических средств реабилитации (изделий) в рамках федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 г. N 2347-р

Азимбаев Максат, Астана Уалихан, Лесбеков Заманбек, интерны 6 курса, Шымкент
Научный руководитель: ассистент, магистр Пилалов Б. У., Шымкент

ДИНАМИКА РОСТА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ЮКО

Актуальность проблемы. Онкологическая заболеваемость в значительной степени отличается в различных регионах. В одном и том же регионе частота той или иной локализации рака может повышаться или снижаться в течение периода наблюдения. В республике Казахстан изменению географической, этнической распространенности и структуры онкологической заболеваемости, возможно, способствуют природные условия, нарушение экологического баланса, неоднородный состав населения и многие другие факторы. Основной тенденцией в развитии современной клинической онкологии остается стремление к выявлению злокачественных опухолей на раннем этапе их развития. Так каждый пятый больной в республике Казахстан выявляется в IV клинической группе. Анализ литературных данных показал отсутствие работ по изучению эволюции факторов, влияющих на своевременность диагностики злокачественных опухолей. Цель: Определить степень эволюции факторов, влияющих на онкологическую заболеваемость и своевременность диагностики злокачественных опухолей.

Материалы и методы: Для достижения поставленной цели необходимо было решить следующие задачи: 1. Определение общей направленности экологических изменений в Южно Казахстанской области и их влияние на онкологическую заболеваемость. 2. Определить характер и степень демографических сдвигов в Южно-Казахстанской области за 2017-2018 г.г. и их влияние на онкологическую заболеваемость.

3. Изучить своевременность установления диагноза и запущенность при часто встречающихся формах злокачественных опухолей. 4. Оценка изменений экономической обстановки в Южно-Казахстанской области и проведение анализа затрат на онкологическую службу.

Результаты: Одним из показателей эффективности онкологической помощи является удельный вес больных, диагностированных в запущенном состоянии. Из-за трудности обнаружения скрытых отдаленных метастазов в момент установления диагноза рака, более объективным является метод прослеживания за численностью больных, умерших в течение одного года с момента установления диагноза. Сравнение показателей 2017-2018 г.г. и 2014-2015 г.г. показывает, что запущенность при раке легких и желудка не имеет тенденции к снижению, а при раке пищевода выросла на 28 %. Сопоставление показателя запущенности при важнейших локализациях неоплазм, какими являются рак желудка, пищевода и легких, с уровнем бюджетного финансирования показывает, что связь между ухудшением диагностики злокачественных опухолей и снижением бюджетного финансирования является не случайной. Таким образом, изменение экономического уровня жизни населения Южно-Казахстанской области и его влияние на своевременность диагностики злокачественных опухолей мы оценили как эволюцию экономического фактора.

- Выводы: 1. В Южно-Казахстанской области с 2017 по 2018 годы произошли изменения экологической, демографической и экономической обстановки, которые характеризуются быстрым уменьшением загрязнения окружающей среды; ростом абсолютного числа и удельного веса до 81,4% среднеазиатской этнической группы населения, куда включены казахи и узбеки; падением экономического уровня жизни до 20% прожиточного минимума и снижением бюджетного финансирования здравоохранения на 50%.
2. Снижение частоты рака кожи и желудка связано с миграционным процессом, вследствие чего произошло резкое сокращение европейского этноса, более подверженного данным локализациям неоплазм. Сокращение частоты рака легкого связано с улучшением качества атмосферного воздуха.
3. Низкая рождаемость, имевшая место в 1998-2005 г.г., в настоящее время проявляется уменьшением численности населения в возрасте 50-69 лет на 19,4 % по сравнению с 1998 г. Данное явление лежит в основе снижения общей онкологической заболеваемости, так как 50-55% вновь выявляемых злокачественных новообразований приходится на возрастной промежуток 50-69 лет.
4. Качество диагностики злокачественных новообразований висцеральных локализаций определяется показателем О- соотношением показателя запущенности к удельному весу больных, умерших в первом году после установления диагноза рака. Качество диагностики остается крайне низким при раке пищевода (колебание О от 0,19 до 0,35), стабильно низким при раке легкого (5=0,7) и повышается при раке желудка (О - от 0,86 до 1,18).
5. Установлена прямая корреляционная зависимость между реальной величиной прожиточного уровня населения, снижением финансирования онкологической службы и ростом запущенности злокачественных новообразований от 6,1 до 8,8 %. В условиях дефицитного финансирования онкологический диспансер не может в единственном числе осуществить весь комплекс мер противораковой борьбы и вынужден будет уступать его отдельные направления другим звеньям общей лечебно-профилактической сети.

Литература

1. Онкология акад РАМН В.И. проф. С.Л. Дарьялов №6, 2009, с. 57-89
2. Клиническая онкология В.Г. - 2006. - №7 - 8 (88-89) - с. 78 - 87.
3. А.А. Шайн Онкология. 2003. С. 43-49.
4. Rajesh V. Risk factors predicting operative mortality in perforated peptic ulcer disease//. 2003. Vol. 24, №3. P. 148 - 150.

Мирзагельдиев Исламиддин, Махулбек Амангелды, интерны 7 курса, Шымкент
Научный руководитель: доц. Рысбеков Т.Т., Шымкент

ОПИСАНЫ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГИГАНТСКИХ ПЕНЕТРИРУЮЩИХ ЯЗВ ЛУКОВИЦЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.

Введение: Прободная язва занимает лидирующее место в структуре летальности вследствие осложнений язвенной болезни луковицы двенадцатиперстной кишки (ДПК). Количество операций при этом грозном осложнении держится на уровне 7,5-13,0 на 100 тыс. человек, а послеоперационная летальность уже многие годы составляет от 5 до 17,5%. Общепризнана и в большинстве случаев успешно реализуется тактика органосохраняющих оперативных пособий при прободной дуоденальной язве. Однако выделяется обособленная группа пациентов с гигантскими пенетрирующими перфоративными дуоденальными язвами, у которых ушивание перфорации проблематично и показаны резекционные методы хирургического лечения. Слабым звеном, по мнению большинства авторов, является состоятельность «трудной» культи при резекции по Бильрот-2 в раннем послеоперационном периоде. Несостоятельность швов в раннем послеоперационном периоде, по данным литературных источников, варьирует от 2 до 18,8%. Этот фактор делает актуальным дальнейший поиск оптимального решения проблемы.

Цель: опыта и оценка результатов лечения больных прободной гигантской пенетрирующей дуоденальной язвой с использованием предложенного способа ручного формирования «трудной» культи ДПК.

Материал и методы: Исследуемую группу составили 14 пациентов, подвергшихся оперативному лечению в хирургическом отделении Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Шымкент по поводу прободной гигантской пенетрирующей дуоденальной язвы в период с июня 2016 г. по май 2017 г. Мужчин было 13 (92,9%), женщин – 1 (7,1%), возраст пациентов – от 43 до 76 лет. Критерием включения в исследование было наличие у пациента перфоративной гигантской пенетрирующей дуоденальной язвы (более 2,5 см) при согласии пациента участвовать в исследовании. Критерии исключения: декомпенсированные болезни сердца, легких, печени, почек, когда операцией выбора служило паллиативное вмешательство. Все пациенты имели длительный язвенный анамнез: от 3-х до 6 лет – 5 человек (35,7%), от 7 до 10 лет – 6 человек (42,9%), более 10 лет – 3 человека (21,4%). Распределение пациентов в зависимости от органов, вовлеченных в патологический процесс. Стенотическая деформация просвета ДПК при гигантских язвах формируется в области аборального края язвенного дефекта. Декомпенсированный стеноз имел место в 2-х случаях (14,3%), в остальных 13 (85,7%) имела место субкомпенсация. Степень компенсации определялась во время операции по диаметру стенотического отверстия (декомпенсация не более 0,2 см, субкомпенсация – от 0,3 до 1,0 см), размерам желудка и толщине его стенки.

Все пациенты оперированы в стадии химического перитонита: в первые 2 ч от момента перфорации – 7 (50%) человек, от 2 до 6 ч – 5 (42,9%), от 6 до 12 ч – 1 (7,1%) человек.

Оперативное вмешательство всем 14 пациентам произведено в объеме верхнесрединной лапаротомии – дистальной резекции желудка по Бильрот-2 в модификации Гофмейсера – Финстерера. Все рассматриваемые клинические случаи по сложности мобилизации пилородуоденальной зоны относятся к 3-й категории по модифицированной классификации А. Guarneri. Результаты лечения в ближайшем послеоперационном периоде оценивали по длительности операции, продолжительности стационарного лечения, количеству осложнений и летальных исходов. Исследуемые показатели имели нормальное распределение, среднее арифметическое переменных определялось с учетом 95% доверительного интервала.

Результаты и обсуждения: Средняя длительность операции составила 145 мин (от 110 до 195 мин) (95% ДИ: 129,5; 160,5); средняя длительность стационарного лечения – 16,3 койко-дня (от 10 до 26 койко-дней) (95% ДИ: 13,8; 18,8). Распределение осложнений, возникших в раннем послеоперационном периоде. Раневая инфекция в виде инфицированной серомы (около 5 мл) срединной раны передней брюшной стенки выявлена у одного пациента на 3-и сутки после оперативного вмешательства. Структура пневмоний раннего послеоперационного периода включала 2 вида осложнений. Послеоперационная летальность составила 7,1%. Других, наиболее часто встречаемых осложнений, связанных с особенностями оперативного вмешательства, в виде несостоятельности культи ДПК, остро го послеоперационного панкреатита, синдрома приводящей петли в нашем исследовании не выявлено.

Через год после операции в амбулаторно-поликлинических условиях методом ФГДС обследовано 9 (64,3%) пациентов.

Через год после операции при ФГДС отмечен неудовлетворительный результат у одного пациента (11,1%) – язва задней губы желудочно-тощекишечного анастомоза размером 0,7×0,3 см, под фибрином, а также эрозивный гастрит культи желудка. Язва возникла через 8 мес. после операции. Пациент постоянно принимает антисекреторные препараты и наблюдается у гастроэнтеролога.

Рассчитаны интегральные средние значения физического (РН – 53,8±20,6) и психологического компонентов здоровья (МН – 60,7±21,7). Заживление раны ушитой культи ДПК происходит в условиях хронической ишемии области поражения на фоне ангиосклероза, возникающего при длительно существующем язвенном воспалении, что затрудняет процессы репаративной регенерации.

Через год после операции ФГДС выявила единичный неудовлетворительный результат (8,3%) – язву задней губы желудочно-тощекишечного анастомоза, возникшую через 8 мес. после операции. Язва гастроэюноанастомоза – это ахиллеса пята дистальной резекции желудка в модификации Гофмейсера – Финстерера, о чем пишут многие авторы.

Сравнение полученных в исследовании послеоперационных показателей КЖ со значениями, представленными в литературных источниках, однозначно указывает на положительное восприятие пациентами результатов резекции желудка по Бильрот-2 с применением предложенного оперативного пособия.

Выводы: Использование предложенного способа формирования культи ДПК при гигантских перфоративных циркулярных дуоденальных язвах минимизирует вероятность несостоятельности швов, является воспроизводимым и может быть рекомендовано к применению в клинической практике.

Список литературы:

1. Лапина, Т.Л. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки / Т.Л. Лапина // Consilium medicum. -2004. № 1. - С. 12-17.
2. Перегудов, С. И. Хирургическое лечение перфоративных гастродуоденальных язв у больных пожилого и старческого возраста / С.И. Перегудов, А.А. Курыгин // Вестник хирургии. 2004. - № 5. - С. 105-110.

СЕКЦИЯ «ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА»

Хайдарова Х.М.

Ташкенский Аграрный Университет, г.Ташкент, Узбекистан.

ИЗУЧЕНИЕ ФИТОАДСОРБЕНТА ПИСТИИ ТЕЛОРЕЗОВИДНОЙ *PISTIA STRATIOTES L.* В УСЛОВИЯХ СТОЧНЫХ ВОДАХ ДЖУМАБАЗАРСКОГО ЛУБЗАВОДА

В настоящее время для очистки сточных вод применяются механический, физический, химический и биологический методы. Биологический метод считается одним из лучших и эффективных. При этом используются биологические пруды, в которых качество и характер сточных вод влияет на рост и развитие а также состав гидробионтов и в конечном счете на активность очистки самих стоков. Для ускорения очистки сточных вод рекомендуется биологический метод путем обогащения фитоценоза зеленой массой микроскопических водорослей и создания зарослей водных и водно-прибрежных растений [1].

Значительное количество работ посвящено также интродукции водно-болотных растений [2].

В государствах Азии биологические пруда для очистки сточных вод применяли более 100 лет тому назад, широко практикуется сточных вод в биологических прудах и в последние 30-40 лет.

Наблюдение за условиями и ходом самоочищения в биологический прудах на протяжении многих лет проводилось в Калифорнийском технологическом институте. Биологические пруды для очистки сточных вод используются также в Швеции. Большое внимание очистным прудам уделяется в некоторых республиках Африки. [3].

В России первые эксперименты с очисткой вод в прудах проводили на Люблинских полях фильтрации в Москве их площадь превышает 200 га. Они функционируют и сейчас. В первую очередь биологические пруды стали применять для очистки сточных вод, содержащих значительное количество органических соединений. *Pistia stratiotes* L. (сем. Agaceae), Тропического вида ранее в Средней Азии не отмечался. Несмотря на широкое практическое применение, методы массового культивирования пистии телорезовидной до последнего не были разработаны. С 1979 г. в Институте микробиологии АН УзССР были начаты исследования по подбор питательных сред и оптимальных условий для массового культивирования пистии телорезовидной, изучению эколого-биологической биохимических особенностей и динамики прорастания ее с целью дальнейшего использования, ее при биологической очистке сточных вод, животноводческих комплексов (свинокомплексе, птицефабрики), лубзаводов, для кормления сельскохозяйственных животных.

Телорезовидную выращивали в стекло-пластиковых лотках и аквариумах в теплицах (в зимнее время) и бетонированных бассейнах под открытым небом (в летнее время) на различных органических и органоминеральных питательных средах и сточных водах животноводческих комплексов и промышленных предприятий. Из физических свойств сточных вод определяли температуру поверхности воды на глубине 10-15 см, цветность (визуально), - калориметрически по баллам.

Растворенный в воде кислород и БПК₅ определяли по Винклеру, окисляемость – перманганатным по Кубелью, хлориды по методу Мора, азотную группу - калориметрический методом стандартной шкалы. Материалом для исследования служили водное растение пистия телорезовидная и сточная вода Джумабазарского лубзавода.

Прорастание семян начинается с того, что в микропилярной части, спермодерма семян отходит и появляется зародышевая крышечка. Через день после начала прорастания крышечка смещается в бок и наблюдается позеленение зародыша.

Через 2-3 дня после начала прорастания семена семядоля уже значительно выступает из семян. Поверхность семядольного листа имеет слабое опушение. Начинается формирование первого вегетативного листа. Через 3 дня наблюдается появление первого вегетативного листа и образование еще одного корешка. Проросток всплывает на поверхность воды. Вегетативный лист густо покрыт волосками.

Таким образом, пистия телорезовидная может размножаться в условиях Узбекистана семенами в открытых водоемах. Семена под водой сохраняют всхожесть в течение 8-10 месяцев.

Взрослые экземпляры пистии в культуре иногда достигают высоты 20-30 см и более. Корневая система мочковатая, состоит из множества длинных корешков ресниччатой формы. Корешки светлые, относительно прозрачные, 0,5-0,6 м и более в зависимости от условий культивирования. Стебель короткий. Листья клиновидные, Одна взрослая пистия может давать по 6-8 побегов, каждый из них в свою очередь дает такое же количество побегов первого, второго, третьего и т.д. порядка.

После внесения выращенного посадочного материала пистии телорезовидной в биопруды Джумабазарского лубзавода в течение 5-6 дней происходило обесцвечивание и высыхание верхушек листьев растений. Спустя 10-12 дней появились новые листья и побеги (столоны) темно-зеленого цвета, сохраняющиеся до поздней осени. Цветения активно размножались вегетативным путем, цвели и плодоносили. Через 30-35 дней после внесения посадочного материала биопруд полностью зарастал пистией.

Литературы

1. Абдукадиров. А. Васюгов. Т. Келдибеков С. О влиянии культивирования микроводорослей и интенсивности очистки сточных вод Самаркандского химического завода // Актуальные проблемы биосферы в Узбекистане. Ташкент. Фан. 1985г.

2. Бекнзов Р. У. Ильинский И. И. Охрана водоемов от загрязнения сточными водами лубяных заводов. Ташкент. 1982г.

3. Кутлиев Дж. Биопруды на службе очистки сточных вод. Ташкент. Фан. 1989г.

Сейдилабек А. М., Байысбай Ө. П., Кенжебаева Г. С., Жулдызбаева С. Е.
М. Өуезов атындағы ОҚМУ, Шымкент қ.

МИНЕРАЛДЫ ТЫҢАЙТҚЫШТАР ӨНДІРІСІНДЕГІ АҒЫЗЫНДЫ СУЛАРДЫ АДСОРБЦИЯЛЫҚ ТАЗАЛАУ ПРОЦЕССИН ЗЕРТТЕУ

Түйін

Өндіріс орындарының ағын суларын адсорбциялық әдіспен тазалау зиянды қоспаларды ғана емес, сонымен бірге бағалы компоненттерді де залалсыздандыруы мүмкін. Адсорбциялық әдістің эффективтілігі ең бірінші онда қолданылатын адсорбент қасиеттерімен, соның ішінде оның кеуекті құрылымымен, беттің сипаттамаларымен және механикалық беріктілігімен анықталады. Олар жоғары тазалау дәрежесіне және адсорбентті көп мәрте қолдануға мүмкіндік береді.

Кілт сөздер: Минералды тыңайтқыштар өндірісі, сорбент, ағызынды сулар, адсорбция.

Минералды тыңайтқыштар өндірісінің ағызынды суларының құрамындағы ластайтын заттардың және токсикологиялық қосылыстардың болуы қолданып жүрген дәстүрлі тазалау әдістерінің жарамсыздығын, суды залалсыздандыруға көп қаражат кетуі, өндіріс үшін тиімсіз болып жатыр. Ағызынды суларды тазартуға жұмсалатын шығын өндіріс орындарына жалпы сметалық құнының 10-15%, кейде 20-25% құрайды. Ағызынды суларды тазартуға арналған қондырғыларының өте қымбатқа түсуі, сонымен бірге тек тазарту қондырғыларын қолдану арқылы, өндіріс орындарының зиянды әсерінен биосфераны қорғау мәселесін шешу мүмкін еместігі және су көздерін ластанудан қорғаудың өте тиімді жолдарын іздестіруді қажет етіп отыр. Сол себепті, ағызынды суларды тазалауда жаңа ғылыми ізденістер жасап, технологияны жаңартып өңдеуді қажет етеді.

Минералды тыңайтқыштар өндірісіндегі ағызынды сулардың құрамында азот аммоний тұздары, нитриттер, нитраттар түрінде болады. Азотқұрамды заттардың шоғыры 45-51 мг/л болады. Ағызынды сулардағы азотты тазалауда келесі әдістер қолданады: физика-химиялық (сорбциялық, ультракүлгін сәулелендіру, ауамен аммиакты айдау, ионалмасу), химиялық (хлорлау, озондау) және биологиялық.

Нитроаммофос өндірісі минералды тыңайтқыштар өндірістеріндегі аз қалдықты өндіріс болып табылады. Минералды тыңайтқыштар өндірісінің экологиялық мәселері шикізатты кешенді пайдалану мен қалдықтарды пайдаға асырумен тікелей байланысты.

Нитроаммофос өндірісінің ағызынды суларын тазалау өндірістің негізгі бөлігі болып табылады. Бұл қоршаған ортаны қорғаумен бірге, фосфордың (P_2O_5 түрінде) және азоттың (NH_4 , NO_3 түрінде) шығынын азайтуға керек.

Нитраттардан тазалау мына әдістер бойынша жүзеге асады: кері осмос, нитрат-селективті немесе басқа шайырмен ионалмасу әдісі, адсорбциялық әдіс-табиғи адсорбенттер (цеолит, шунгит, торф және т.б.).

Бірінші әдіс, тиімдірек болып келеді. Бұл әдіс тек нитраттардан ғана емес, басқа да ластайтын сұйық қосылыстардан тазалайды.

Кері осмос технологиясы бойынша, ағызынды судан азот қышқылы мен тұздар, соның ішінде сульфаттарды, хлоридтерді, гидрокарбонаттардан тазалайды. Бұл әдістің кемшілігі-сұйықтықты тұзсыздандырып, минералдардан айырылады. Адам ағзасына дистилденген таза су барып, маңызды минералдармен қамтамасыз ете алмайды. Сонымен бірге тазалауда судың дәмі мен сапасы өзгереді.

Ионалмасу әдісі, кері осмосқа қарағанда, қарапайым жүйеде нитрат –селективті шайырды қолданып, нитраттардан тазалау жүзеге асады. Бұл материал ағызынды судағы тек нитраттарды тазалап, адам ағзасына керек минералдарды қалдырады. Кемшілігі, шайырды үздіксіз арнайы таблеткалармен қалапқа келтіріп отыру керек, қалыпқа келтіру кезінде үлкен көлемде реагенттер мен су жұмсалады. Тағы бір кемшілігі, сұйық бір бағытты, жоғарыдан төмен жүреді. Егер автоматты қалапқа келтіру қарастырылмаса, онда әрбір жүйенің уақытын есептеу керек, кері жағдайда шайыр өзінің қасиетін жоғалтады, кей кезде суға нитриттер жиналып қалып, сыртқа шығып кетуі мүмкін, сұйықтық қауіпті болады.[2]

Келесі әдіс, ағызынды суларды тазалауда табиғи минералды сорбенттер (шунгит) немесе (цеолит) қолдану. Цеолиттің жалпы химиялық формуласы: $Me_2/n[Al_2O_3 \cdot (SiO_2)_y] \cdot nH_2O$.

Табиғи цеолиттердің құрамына катион ретінде сілтілік металдар Na, K, Ca, сирек металдар – магний, барий, стронций кіреді. Цеолиттер катионды типті ионалмасуға қатысып, ауыр металдарды тазалауда да қолданылады. Нитраттарды тазалауда табиғи цеолиттер ұнтақ немесе сүзгі материалдары ретінде қолданып, БАЗ, ауыр металдардан, бояғыштардан, пестицидтерден, коллоидты және бактериалды ластанудан тазалайды. Қолданылған цеолиттерді бірнеше рет алдыңғы сумен немесе тұзды ерітіндімен қалыпқа келтіріп отыру керек.

Қазіргі кезде аммонийлі азоттан тазалауда цеолитпен тазалау тиімді.

Цеолиттер – табиғи және синтетикалық алюмосиликаттар. Цеолиттер, өлшемі цеолиттердің саңылауларының тиімді диаметрінен аспайтын молекулаларды сорбциялайды. Ағызынды сулардан аммонийлі азотты адсорбциялауда құрамында максималды 80% SiO_2 -бар цеолиттер тиімді[3].

Ғылыми жұмыста, нитроаммофос өндірісінің ағызынды суын терең тазалау механикалық, физика-механикалық немесе химиялық тазалаумен бірге, сорбциялық активті антрацитпен жүргізілді. Ағызынды суды активті антрацитпен өңдеудің технологиялық сызбасының негізгі бөлігі – ағызынды судың сорбентпен жанасуын, антрациттің гидравликалық айналым жүйесін реттейтін, антрацитті қалыпқа келтіру жіберетін – адсорбер қондырғысы болып табылады[4].

Сорбент ретінде дәнді өлшемі 0,25-1 мм болатын антрацит қолданылды. Антрациттің активті көмірден артықшылығы, кеуестілігі 1,5 есе жоғары, сондықтан көмірге қарағанда 2-8 есе аз жұмсалады, адсорбция үрдісін 1,5-2 есе азайтады. Активті антрацит құрғақ күйінде адсорберде қолданылады. 1 мин. Ішінде сумен ылғалданып, астына батады. Ал активті көмірді қолданғанда, оны суспензия түрінде мөлшерлейді және көмірді тасмалдағанда, құбырмен үйкелісінен шығын болады.

Қазіргі кезде, көптеген өндірісте, соның ішінде нитроаммофос өндірісінде ағызынды суларды NH_4 + иондарынан тазалау үлкен мәселе болып отыр. Аммонийлі азоттың көп мөлшері өсімдіктердің өттекке тапшылығына, су бассейнінің ластануына әкеледі. Ішетін судың құрамында аммонийлі азот болуына жол берілмейді.

Өндіріс орындарының ағын суларын адсорбциялық әдіспен тазалау зиянды қоспаларды ғана емес, сонымен бірге бағалы компоненттерді де залалсыздандыруы мүмкін. Адсорбциялық әдістің эффективтілігі ең бірінші онда қолданылатын адсорбент қасиеттерімен, соның ішінде оның кеуекті құрылымымен, беттің сипаттамаларымен және механикалық беріктілігімен анықталады. Олар жоғары тазалау дәрежесіне және адсорбентті көп мәрте қолдануға мүмкіндік береді. Сонымен бірге оның өзіндік құны да маңызды.

Әдебиеттер

1. Яковлев С.В., Губий И.Г., Павлинова И.И., Родин В.Н. Комплексное использование водных ресурсов : учеб. пособ. –М.: Высшая школа, 2005. 384 с.
2. Алексеев Л.С., Павлинова И.И., Ивлева Г.А. Основы промышленного водоснабжения и водотведения- М.: АСВ, 2013. -360с.
3. Адельшин А.Б., Бусарев А.В., Селюгин А.С., Урмитова Н.С. Муратова Н.А. Расчет сооружений для очистки производственных сточных вод. Ч.1. Механическая и химическая очистка производственных стоков: учеб. пособ.–Казань: КГАСУ, 2010. 67с.
4. источник. <https://cyberpedia.su/3xd17.html>

Сейдилабек А.М., Байысбай Ө.П., Кенжебаева Г.С., Жұлдызбаева С.Е.
М. Өуезов атындағы ОҚМУ, Шымкент қ.

**НИТРОАММОФОС ӨНДІРІСІНДЕГІ АҒЫЗЫНДЫ СУЛАРДЫ АДСОРБЦИЯЛЫҚ ТАЗАЛАУ
ТЕХНОЛОГИЯСЫН ЖЕТІЛДІРУ**

Түйін

Мақалада нитроаммофос өндірісінің ағызынды суын терең тазалау механикалық, физика-механикалық немесе химиялық тазалаумен бірге, десорбциялық активті антрацитпен жүргізілген. Ағызынды суды активті антрацитпен өңдеудің технологиялық сызбасының негізгі бөлігі – ағызынды судың сорбентпен жанасуын, антрациттің гидравликалық айналым жүйесін реттейтін, антрацитті қалыпқа келтіру жіберетін –адсорбер қондырғысы болып табылады.

Кілт сөздер: Нитроаммофос өндірісі, фосфор тыңайтқыштары, азот, ағызынды сулар, адсорбция.

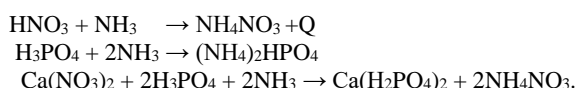
Нитроаммофос өндірісі фосфор тыңайтқыштары өндірісінде аз қалдықты өндіріс болып табылады.

Нитроаммофос үш қоректік элементі –азот, фосфор, калий бар, жалпы массалық үлесі 48-51 % блатын кешенді тыңайтқыш. Бұл тыңайтқышты фосфатты шикізатты азотқышқылды ыдыратып, кальций нитратын мұздату арқылы алады. Бұл әдістің артықшылығы фосфатты шикізатты кешенді өңдеп, фосфогипс сияқты қатты қалдықтың түзілмеуі.

Нитроаммофос алу өндірісінің бірінші сатысында, фосфатты шикізатты азот қышқылымен (шоғыры с= 55-58%), Т= 60-70°C, уақыт 2 сағат шамасында ыдыратады.



Үрдісті азот қышқылының 10-30% артық мөлшерімен жүргізеді. Түзілген ерітіндіде фосфор, азот және гексакремнийлі қышқыл және кальций нитраты түзіледі. Газдық фазаға су буы, азот оксиді және фтор қосылыстары HF және SiF₄(1-2%) түзіледі. Фосфатты шикізатты ыдырату дәрежесі -98%. Мынадай химиялық үрдістер жүреді:

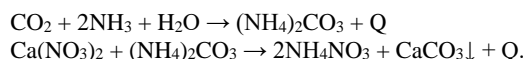


Екінші сатысында кальций нитратын Ca(NO₃)₂·4H₂O кристаллогидрат ретінде температура -5 тен -10°C дейін салқындатып, шамамен 90% бөліп шығады. Кристалдау үрдісі 5-7 сағат жүреді. Вакуум –сүзгіде кальций нитратының тетрагидратын бөледі . Бұл тыңайтқыштың құрамында P₂O₅ тің 80-85%-ке дейін алуға мүмкіндік береді.

Азот –фосфорқышқылды аналық ерітіндіні газды аммиакпен рН 5-6 –ке дейін бейтараптайды. Одан соң, нитроаммофос ерітіндісін вакуум-буландырғыш қондырғысына буландыруға жібереді.

Түзілген балқыманы ұсақтап, тазаланған калий хлоридімен араластырып, түйіршіктеу құлау биіктігі 50-55 метр болатын түйіршіктегіш мұнараға жібереді. Түйіршіктердің түзілуі мұнараның төменгі жағынан берілетін ауамен жүзеге асады. Кальций нитратының тетрагидраты кальций карбонаты мен аммиак селитрасына көмір қышқыл газы мен аммиакты

(жоғары қысымда) қолданып өндейді:



Сүзілген аммиак селитрасының ерітіндісін вакуум –буландырғыш қондырғыға жібереді. Кальций карбонатын кептіріп, ауылшаруашылығы мұқтажына немесе пластмасса өндірісіне толықтырғыш ретінде жібереді.

Қалдық газдарды зиянды заттардан толық тазалауға жібереді. Құрамында аммиагы бар газдарды скрубберден өткізіп, азот қышқылымен қышқылданған аммиак селитрасы ерітіндісімен суландырып, сумен шайып, технологиялық циклден шығарады. Құрамында азот оксиді, азот қышқылы, фторидтері (HF, SiF₄) бар газдарды

циркулиреуші шайғыш сумен скрубберде тазалайды. Газдарды азот оксидтерінен келесі каталикалық тазалау реакторда жүреді, онда NO және NO₂ аммиакпен тотықсызданады[1]. Нитроаммофоска өндірісінде ағызынды суларды тазалау өндірістің бір бөлігі болып табылады. Бұл тек қоршаған ортаны қорғау үшін ғана емес, сонымен бірге фосфордың (P₂O₅ түрінде) және азоттың (NH⁴⁺ және NO₃) аз мөлшерде бөлінуіне көңіл бөледі. Нитроаммофос өндірісінде ағызынды суларды су қоймасына және екіншілей қолдануға жіберер алдында су тазалау сатыларынан өтеді. Нитроаммофос өндірісінің ағызынды суының құрамы 1 кестеде көрсетілген[2].

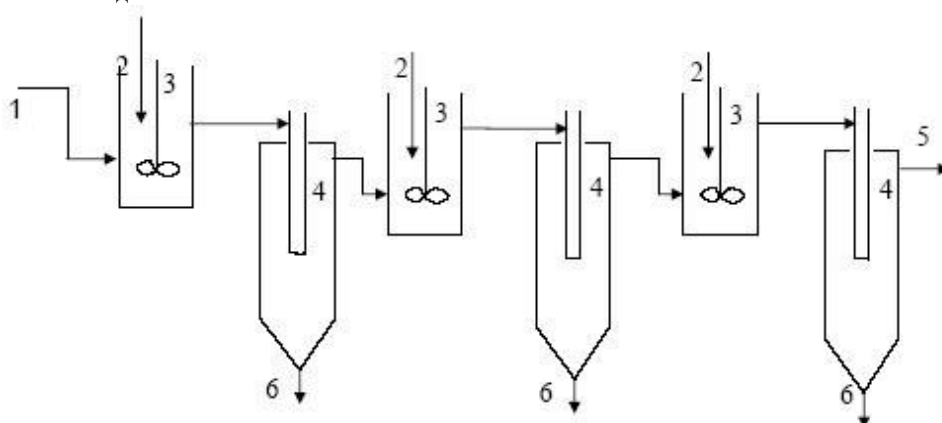
№	Компоненттің аты	Концентрациясы, мг/л
1	Аммонийлі азот	50-200
2	Азот нитраты	20-120
3	Фосфаттар	0,2-2,0
4	Хлоридтер	1,7-7,5
5	Сульфаттар	3,1-11,8
6	Нитриттер	0,24-13,1
7	Жалпы темір	0,01-0,25
8	Мыс	0,04
9	pH	6,5-8,5

Нитроаммофос өндірісінің ағызынды сулардан азот қосылыстарын тазалау, фосфор қосылыстарынан тазалағанда қымбаттырақ келеді. Сол себептен, су қоймаларына суды тастағанда, оның құрамындағы фосфор қосылыстарынан тазалау міндетті, өйткені азот пен фосфор арасында табиғи балансты бұзады, эвтрофикация болуы мүмкін. Фосфор шоғыры 0,001 мг/л – нан аз болғанда, эвтрофикация болмайды.

Фосфорды ағызынды судан тазалауда, механикалық, физика-механикалық, химиялық және биохимиялық әдістер қолданады. Механикалық әдіспен судағы фосфорды суспензияланған түрдегісінен тазалауға болады. Фосфорқұрамды бөлшекті шламдарды судан әртүрлі конструкциялы тұндырғыштарда тазалайды[3].

Жұмыста, нитроаммофос өндірісінің ағызынды суын терең тазалау механикалық, физика-механикалық немесе химиялық тазалаумен бірге, десорбциялық активті антрацитпен жүргізілді. Ағызынды суды активті антрацитпен өңдеудің технологиялық сызбасының негізгі бөлігі – ағызынды судың сорбентпен жанасуын, антрациттің гидравликалық айналым жүйесін реттейтін, антрацитті қалыпқа келтіру жіберетін –адсорбер қондырғысы болып табылады.

Ағызынды судағы азот және фосфор қосылыстарынан тазалауда, адсорбент ретінде антрацит қолданылған адсорбциялық тазалаудың технологиялық сатылары: а) ағызынды суды адсорберге тасымалдау; б) адсорберде адсорбентпен ағызынды судың жанасуы; в) адсорбциялық қондырғыдан тазаланған суды бөлу; г) қолданылған адсорбентті адсорберден шығарып, регенерациялап, пайдаға асыру;е) адсорберге тазаланған адсорбентті жүктеу. Адсорбер конструкциясын таңдауда, адсорбенттің дисперстік құрамын, оның құнын және регенерациялау мүмкіндігін қарастырып, антрацитті адсорбент ретінде таңдадық. Сорбент ретінде дәнді өлшемі 0,25 -1 мм болатын антрацит қолданылды. Антрациттің активті көмірден артықшылығы, кеуектілігі 1,5 есе жоғары, сондықтан көмірге қарағанда 2-8 есе аз жұмсалады, адсорбция үрдісін 1,5-2 есе азайтады. Активті антрацит құрғақ күйінде адсорберде қолданылады, 1 мин. ішінде сумен ылғалданып, астына батады. Ал активті көмірді қолданғанда, оны суспензия түрінде мөлшерлейді және оны көмірді құбырмен тасымалдағанда, үйкелістен шығын болады.



1-сурет. Адсорбентті тізбекті ендіру арқылы жүретін адсорбцияның сызбасы

1,2 – ағызынды су мен антрацитті тасымалдау; 3- араластырғышы бар резервуарлар; 4- қолданылған сорбентті ағызынды судан бөлетін тұндырғыштар; 5- өңделген суды шығару; 6- қолданылған сорбентті шығару.

Бір сатылы адсорбция әдісі, адсорбент арзан және өндіріс қалдығы болғанда қолданылады. Көп сатылы адсорбция адсорбентті аз қолданғанда тиімді болып келеді. Алғашқы сатысында ластанған заттың

концентрациясын төмендетуге қанша адсорбент қажет сонша адсорбент енгізіледі, содан соң тұндыру және сүзу арқылы бөледі. Одан соң келесі сатыға жіберіп, жаңа адсорбент енгізеді.

Ағызынды судағы азот және фосфор қосылыстарынан тазалауда ұсынып отырған адсорбциялық әдістің – ерекшелігі. Біріншіден азот және фосфор қосылыстарынан тазалаудың жоғары тиімділігі, екінші қымбат және күрделі, көпсатылы тазалау сатыларын жүргізбейді, үшіншіден ағызынды суларды тазалауда көп шығын жұмсалмайды.

Әдебиеттер

1. Проскуряков В.А., Шмидт Л.И. Очистка сточных вод в химической промышленности. – М.: Химия, 1977.
2. Когановский А.А. и др. Очистка и использование сточных вод предприятий химической промышленности. – М.: Химия, 1983.
3. <http://www.findpatent.ru/patent/223/2237619.html>

СЕКЦИЯ «БИОТЕХНОЛОГИЯ И НАНОТЕХНОЛОГИЯ: ВЗГЛЯД В БУДУЩЕЕ»

¹Т.С.Бигара, ¹А.Т.Бигараева, ¹М.К.Кәдірова, ¹А.О.Қармақбаев, ¹Н.Н.Нысанбек, ²Ж.Б.Махатов

¹М.Әуезов атындағы Оңтүстік-Қазақстан Мемлекеттік университеті.

²Южно-Казахстанской медицинской академии, г.Шымкент

ҚАРАҚАЛПАҚ СҰРЫ ШАМШЫРАҚ РЕҢДІ ҚАРАКӨЛ ҚОЙЛАРЫНЫҢ СЕЛЕКЦИЯЛЫҚ БЕЛГІЛЕРІНІҢ ҰРПАҚҚА БЕРІЛУ ДӘРЕЖЕСІ

Қаракөл қой шаруашылығында сұр түстің айқындылығы кешенді көрсеткіш, оған жүн қылшығының үш жағының ақшылдану, түп жағының қарақошқылданып ақ түске ұласу қанықтылығының деңгейі және олардың елтірі көлемі бойынша біркелкілігі сияқты белгілер жатады. Сухарьков С.И. өз зертеулерінде қажетті типтегі сұр қозылардың үлесін көбейту мақсатында аналық саулықтарды түс қанықтылығы орта дәрежелі қошқарлармен шағылыстыруды ұсынады [1].

Оңтүстік Қазақстан облысы Арыс ауданы «Жетіқазына» шаруашылығында жүргізілген тәжірибелік жұмыстар нәтижесінде алынған сұр қозылар арасындағы шамшырақ реңінің қанықтылық жағдайы 1 кестеде келтірілген.

Кесте талдауы көрсетіп отырғандай, екі жылда біртекті жұптаудан алынған интенсивті рең қанықтылығы қозылар 32,9 % -дан 35,0% -ды құрап, әртүрлі жұптау нұсқаларына қарағанда 11,0%-дан 11,1%-дейін ($P < 0,001$) көптеу алынған. Қанықтылығы қалыпты реңді қозылар 48,0%-дан 49,0%-ға дейінгі аралықта болса, реңі әлсіз қанықтылар 16,0% - дан 36,7% - ға шейінгі аралықта болды. Сонымен атап айтқанда, бір текті жұптаудан алынған қозылардың айқын қанықтылығы 32,9% - 35,0% құрап әр түрлі жұптаудағылардан 11,0%-11,1%-дай ($P < 0.001$) дәлдікпен басымдылықты көрсетті.

Сұр қозыларды бағалауда түс пен реңнің контрастылығы, яғни жүн талшығының қанық кара түстен ашық түске сатыланып өтуі қаракөл елтірісінде, әсіресе күміс реңді елтірілерде ерекше әдемілік танытатындықтан ең маңызды көрсеткіш болып табылады. Жүн талшығының кара түстен сатыланбай ашық түске бірден өтуі, қаракөл қозылар мен олардың елтірісіндегі айрықша құндылық болып саналады. Селекцияда бұл белгі тұқымға берілуімен және сұр типті қозылардың асылтұқымды қасиеттерін анықтаумен ерекшеленеді.

1 кесте - Реңнің қанықтылық дәрежесі, пайыз есебімен

Жұптау нұсқалары	басы	Қанықтылық дәрежесі, M+m		
		Айқын	қалыпты	әлсіз
Зерттеудің 1-ші жылы				
Шамшырақ х шамшырақ	337	35,0+2,60	49,0+2,73	16,0+2,00
Шамшырақ х кара түс (гетерозиготты)	54	24,0+5,87	42,6+6,79	33,4+6,48
Зерттеудің 2-ші жылы				
Шамшырақ х шамшырақ	331	32,9+2,59	48,0+2,75	19,0+2,16
Шамшырақ х кара түс (гетерозиготты)	53	21,8+5,73	41,5+6,83	36,7+6,68

Жалпы сұр түсінің өзгергіштігі өте күрделі, себебі талшық реңі білінер-білінбестей күнгірттіліктен, өте ашық реңге дейін өзгеріп отырады, сондықтан да асылтұқымды қозықошқарларды іріктеуде бұл белгігіге ерекше көңіл бөлінеді, қанық емес күнгірт реңдегілер асыл тұқымды қозылар қатарына жатқызылмайды.

Сұр қозылардың түп жағының қарақошқылданып ақ түске ұласу контрастылығы бойынша бөлінуі 2-ші кестеде келтірілген.

2 кесте - Сұр қозылардың контрастылық дәрежесі бойынша бөлінуі, пайыз есебімен

Жұптау нұсқалары	Басы	Контрастылық дәрежесі, M+m	
		анық	әлсіз
Зерттеудің 1-ші жылы			
Шамшырақ х шамшырақ	337	80,4+2,17	19,6+2,17
Шамшырақ х қара (гетерозиготты)	54	61,1+6,70	38,9+6,70
Зерттеудің 2-ші жылы			
Шамшырақ х шамшырақ	331	77,0+2,32	23,0+2,32
Шамшырақ х қара (гетерозиготты)	53	58,5+6,83	41,5+6,83

Жоғарыда айтқандай құндылығы жоғары малға немесе елтіріге жүн талшығының қара түстен ашық түске бірден өтуін жатқызамыз. Зерттеу нәтижелері көрсеткендей, кесте бойынша анық дәрежедегі бір текті жұптаудағы қозылардың үлесі 77,0%-дан 80,4% аралығында болды. Алайда қара түсті саулықтардан алынған әлсіз дәрежедегі күнгірт реңді қозылардың үлес салмағы 38,9 - 41,5% болып, тиісінше анық дәрежедегілерге (58,5-61,1%) және де бағалы контрастылық реңді біртекті жұптаудан алынған қозыларға қарағанда әлдеқайда төмен екендігін көрсетті (P< 0.001).

3 кесте- Сұр қозылардың рең біркелкілігіне қарай бөлінуі, пайыз есебімен

Жұптау нұсқалары	басы	Біркелкілік дәрежесі, M+m	
		біркелкі	әркелкі
Зерттеудің 1-ші жылы			
Шамшырақ х шамшырақ	337	82,0+2,10	18,0+2,10
Шамшырақ х қара түс (гетерозиготты)	54	63,0+6,63	37,0+6,63
Зерттеудің 2-ші жылы			
Шамшырақ х шамшырақ	331	80,1+2,20	19,9+2,20
Шамшырақ х қара түс (гетерозиготты)	53	60,4+6,78	39,6+6,78

Сонымен зерттеуден дәлелденгені ең жоғары үлес салмақ (77,0%- 80,4%) бір текті жұптаудан алынған анық дәрежелі қозыларда байқалғандығы және оның сұр түсті қаракөл қойларының селекциясында өте маңызды екенін атап айтқан жөн.

Түсті елтірілерде оның бағалылығын анықтайтын маңызды селекциялық белгілердің бірі оның реңінің елтірі көлемінде біркелкі орналасуы болып табылады, ал сұр түсті қозыларда ол елтірі аумағындағы қылшық ұшының ақшылдану біркелкілігіне байланысты.

Сұр түсті қозылардың шығу тегіне байланысты рең біркелкілігінің мәліметтері 3-ші кестеде келтірілген. Кестеден сұр қозылардың біркелкілік көрсеткіштерінен байқалғандай, бір текті жұптаудан алынған қозылардың үлес салмағы 80,1-дан 82,0%-ға дейін жетіп, олардың шығу тегіне, яғни аналарының рең-түстеріне сәйкес екенін көрсетеді. Бұл мәліметтер бойынша олар өздерімен қатар қозыларға, яғни қара түсті саулықтардан туылған төлдерге қарағанда анағұрлым жоғары деңгейлі басымдылықты танытты (P<0.001).

Қорытындылай келе жоғарыдағы мәліметтерге сүйене отырып анықталғаны «Жетіқазына» асылтұқымды қой шаруашылығындағы сұр қойлардан түстері бойынша бір текті жұптаудан да, әртекті жұптаудан да алынған төлдердің шамшырақ реңінің қанықтылық, біркелкілік сапалықтары өте жоғары болды.

Әдебиеттер

1. Сухарьков С.И. Методы селекционно-племенной работы с овцами сур. Москва, 1993. № 12. - С. 30-33.
1. Бердибеков Т., Сарсенбаев Н.А. селекция каракульских овец сур. Серебристой расцветки плоского тина//сбор науч. Трудов КазНИИЖ. Алматы. 1997. С 75-78.
2. Жилиякова В.С. Опыт разведения карокульских овец сур в пустынной зоне Кызыл-Кума// сб. Науч. Трудов Уз.НИИЖ. ташкент. 1999. Вып 3. С 3-10.

ГРНТИ 65.63.33

¹Юсубаева А.Б., ¹Габрильянц Э.А., ¹Джанмулдаева А.К., ¹Кайпова Ж.Н., ²Махатов Ж.Б.

¹Южно-Казахстанский государственный университет имени М.Ауэзова, г.Шымкент, asel_yusubseva@mail.ru

²Южно-Казахстанский медицинский академия, Шымкент, Казахстан

ИССЛЕДОВАНИЕ И ОТБОР КОМБИНАЦИЙ МОЛОЧНОКИСЛЫХ БАКТЕРИЙ ДЛЯ МНОГОШТАММОВОЙ ЗАКВАСКИ С ПРОБИОТИЧЕСКИМИ СВОЙСТВАМИ

Пробиотики могут включаться в питание в качестве диетических добавок в виде лиофилизированных порошков, содержащих бифидобактерии, лактобактерии и их комбинации, используются без назначения врача для восстановления микробиоценоза кишечника, для поддержания хорошего состояния здоровья, поэтому разрешение на производство и применение пробиотиков в качестве диетических добавок от государственных структур, контролирующих создание лекарственных препаратов не требуется [1].

К настоящему времени разработаны и применяются, некоторые комплексные пробиотические препараты, состоящие из 2-5 различных лиофильно высушенных живых микроорганизмов. На основании анализа литературных данных для экспериментальных исследований были выбраны следующие виды закваски: закваска бактериального препарата «Бифилакт-А», в состав которой входит молочнокислые бактерии *Bifidobacterium longum*, *Lactobacillus acidophilus* и выделенные из местного молочного сырья *Streptococcus cremoris* К-3 и *Streptococcus lactis* ССа-1.

Для возможного совместного использования в качестве закваски штаммы *Streptococcus cremoris* К-3, *Streptococcus lactis* ССа-1 и закваска бактериального препарата «Бифилакт-А», в состав которой входит молочнокислые бактерии *Bifidobacterium longum*, *Lactobacillus acidophilus* культивировали совместно сравнивая результаты с их отдельного культивирования [2].

Микрофлору закваски вносят в широкую пробирку со стерильным обезжиренным молоком (20-30 мл) вносят равное количество каждого штамма, пробирки термостатируют до образования сгустка. Одновременно в другие порции молока добавляют культуры входящие в закваску. Сочетаемость штаммов молочнокислых бактерий определяют по продолжительности свертывания молока комбинацией по сравнению с продолжительностью свертывания каждой культурой (штаммом), входящей в их состав (при равных органолептических показателях). По количеству микроорганизмов (рисунок 1) и кислотности определяют возможность их совместного культивирования [3].

Изменяя температуру при культивировании симбиотических заквасок, есть вероятность регулировать состав ее микрофлоры в нужном направлении. Анализ литературных данных показывает, что рекомендации по поддержанию температуры при культивировании симбиотических заквасок существенно расходятся. Поэтому при составлении заквасок из микроорганизмов с разным температурным оптимумом целесообразно подбирать температуры, близкие к оптимальным для мезофильных микроорганизмов, то есть при температуре 32 °С [4].

При раздельном культивировании выбранных штаммов установлено, что с течением времени кислотность возрастает во всех исследуемых образцах. При использовании закваски бактериального препарата «Бифилакт-А», в состав которой входит молочнокислые бактерии *Bifidobacterium longum*, *Lactobacillus acidophilus* несмотря на более низкие значения титруемой кислотности в первые часы культивирования в дальнейшем идет более быстрый рост кислотности, который достигает максимального значения на 20-24 часа - 135 °Т.

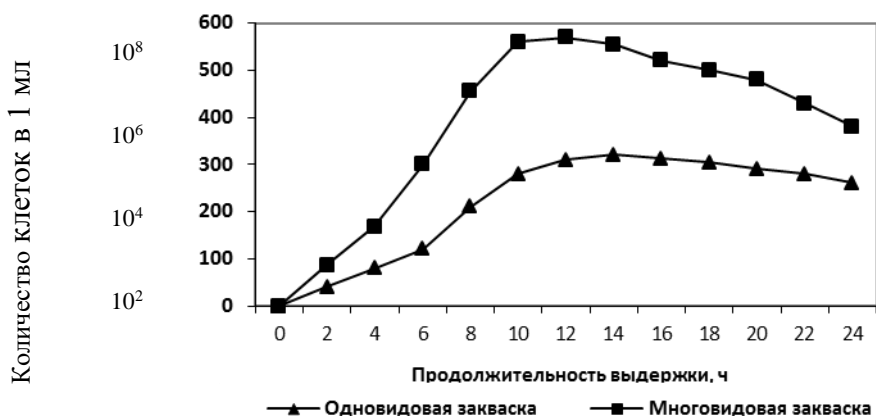


Рис. Сравнительная диаграмма изменения количества клеток штаммов микроорганизмов *Bifidobacterium longum*, *Lactobacillus acidophilus* при раздельном культивировании и совместном с другими штаммами

Однако образования сгустка при использовании данной закваски происходит лишь через 16 часов. При использовании *Streptococcus cremoris* К-3, *Streptococcus lactis* ССа-1 кислотность возрастает более быстро и на 10 ч образуется сгусток.

При совместном культивировании *Streptococcus cremoris* К-3, *Streptococcus lactis* ССа-1 и закваски бактериального препарата «Бифилакт-А», обнаружено более быстрый рост кислотности, на 8 час их совместного культивирования образуется сгусток плотной, ровной консистенцией с чистым кисломолочным вкусом.

Таким образом, совместное культивирование *Streptococcus cremoris* К-3, *Streptococcus lactis* ССа-1 и *Bifidobacterium longum*, *Lactobacillus acidophilus* позволяет уменьшить срок сквашивания на 2-3 часа, с получением достаточно хорошего качества сгустка.

Во всех исследуемых образцах в первые 10-14 часов наблюдался рост количественного состава исследуемых штаммов. Наибольший прирост клеток при использовании многовидовой закваски наблюдался в культуре *Streptococcus lactis* ССа-1, причем в первые часы совместного культивирования прирост клеток был почти в 100 раз и максимальное количество ($3,4 \times 10^9$) молочнокислых бактерий данного штамма приходится на 12-14 часов при совместном *Streptococcus cremoris* К-3, *Streptococcus lactis* ССа-1 и *Bifidobacterium longum*, *Lactobacillus acidophilus* [5, 6].

Совместное культивирование *Streptococcus cremoris* К-3, *Streptococcus lactis* ССа-1 и *Bifidobacterium longum*, *Lactobacillus acidophilus* значительно повышает количество жизнеспособных молочнокислых микроорганизмов *Bifidobacterium longum*, *Lactobacillus acidophilus*. Их количество возрастает прямо пропорционально времени выдержки. Особенный рост отмечается начиная с 4 часа, в дальнейшем наблюдается стационарная фаза их роста фактически даже на вторые сутки.

Таким образом, проведенные эксперименты подтверждают симбиотическое взаимоотношение *Streptococcus cremoris* К-3, *Streptococcus lactis* ССа-1 и *Bifidobacterium longum*, *Lactobacillus acidophilus*.

Литература

1. Карпов В.Г., Виглок А.А., Калистратова Е.Н., Юрьев В.П. Исследование физико-химических и структурных свойств высококонцентрированных гелей крахмалов при нагревании // *Хранение и переработка сельхозсырья*, № 12. 1998. - С. 18.
2. "Нэшнл старч" - ведущий мировой поставщик специальных крахмалов (редакционная статья) // *Пищ. пром.*, № 9. 1998. - С. 34-35.
3. Хоффштейн М. Модифицированные крахмалы в современной разработке продуктов // *Хранение и переработка сельхозсырья*, № 8. 1998. - С. 66-67.
4. Николаев В.А. Измерение структурно-механических свойств пищевых продуктов. - М.: Экономика, 1964. - 223 с.
5. ГОСТ 5867-90. Молоко и молочные продукты. Методы определения жира.
6. ГОСТ 3626-73. Молоко и молочные продукты. Методы определения влаги и сухого вещества.

¹Аханов У.К., ¹Абилдаева Р.А., ¹Дауылбай А.Д., ¹Серикбайулы Н. ²Махатов Ж.Б.

¹Южно-Казахстанский государственный университет имени М.Ауэзова, г.Шымкент, Казахстан.

²Южно-Казахстанский медицинский академия, г.Шымкент, Казахстан.

e-mail: makhatov_8008@mail.ru.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ НАПРАВЛЕННЫЕ НА УКРЕПЛЕНИЯ ОБЩЕЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ СОПРОТИВЛЯЕМОСТИ ОРГАНИЗМА ОВЕЦ

В настоящее время одной из важных задач, определяющих повышение эффективности овцеводства нашей страны, должно быть снижение себестоимости его продукции и улучшение качественных показателей.

Результаты исследований отечественных и зарубежных ученых свидетельствуют, что стрессовый характер любой технологии связан с воздействием на организм животного целого комплекса факторов, таких как кампания ягнения, отбивки ягнят, стрижка и т. д., в результате чего снижается количество и качество животноводческой продукции. Предотвращение и устранение отрицательных последствий воздействий стресса на организм является актуальной задачей овцеводства [1].

Поэтому комплекс зоотехнических и фармакологических мероприятий, связанных с нашей работой по испытанию препарата эмицидин в овцеводстве, направлен на решение данной задачи и способствовал повышению сохранности поголовья и снижению заболеваемости за счет укрепления общей неспецифической сопротивляемости организма, что в конечном итоге привело к увеличению продуктивности овец [2].

Поведенческие реакции маток опытной и контрольной групп изучались путем хронометражных и визуальных наблюдений при помощи азбуки элементов и актов поведения, разработанных ВНИИ ИРГЖ (В.И. Великжанин, 1975), с записями в этограммы. Для фиксации измерений в поведении маток в каждом физиологическом периоде жизни проводились непрерывные наблюдения за животными, по 3 головы в каждой группе, в течение трех суток.

Плодовитость маток и сохранность приплода – путем учета всех родившихся ягнят и сохранившихся живыми к отъему от матерей в 4-месячном возрасте на 100 обьягнвившихся маток.

Изменения в поведенческих реакциях взрослых овец в послеродовом периоде сопровождаются мобилизацией защитных сил организма на преодоление родового стресса.

В основу изучения поведения маток бралась их двигательная активность: продолжительность приема корма, кратность сосания вымени ягнятами, время отдыха и активного состояния – стоя, в движении. Наблюдения за матками проведены до ягнения, через 5 суток после инъектирования эмицидином и в подсосный период с приплодом.

Данные свидетельствуют, что наиболее активными были матки опытной группы, которым вводили эмицидин. Большую часть суточного времени они затрачивали на движение и поедание корма - 25,4 и 25,3% соответственно, или больше, чем контрольными животными, на 4,5 и 3,6 абс. процента.

В весенне-летний период подсоса опытная группа маток также в большей степени, чем контрольная, находилась в движении (плюс прием корма и воды) – 52,6% суточного времени, а контрольная группа – 41,0%. Это объясняется тем, что гуминовые вещества, к которым относится эмицидин, действуют как биологический стимулятор, активизируя рост и развитие, повышают продуктивность, снижают заболеваемость молодняка. То обстоятельство, что баранчики и ярочки от маток опытной группы при рождении имели массу тела на 0,26 и 0,19 кг, или на 6,2 и 5,2% больше, чем их сверстники из контрольной группы, свидетельствует о более высокой молочной продуктивности маток, инъецированных эмицидином.

Высокой оплодотворяемости маток и ликвидации яловости можно добиться полноценным кормлением, правильным уходом и содержанием животных, своевременной подготовкой маток и производителей к случному сезону, доведением их к этому времени до состояния заводской упитанности [3].

Наши исследования показали, что оплодотворяемость как в опытной, так и контрольной группах оказалась достаточно высокой, матки обеих групп практически не различались ни по оплодотворяемости (90 и 92%), ни по плодовитости (105,6 и 102,2%). Однако по сохранности в подсосный период потомство от опытной группы маток существенно превосходило контрольный молодняк – на 6,2%.

Аналогичная тенденция сохранилась к моменту отъема ягнят (6,4%). Это объясняется, во-первых, тем, что ягнята от опытной группы маток рождались более крупными – на 0,19 кг, или на 5,2%, а во-вторых, они получали больше молока – на 13,8% до 20-суточного возраста ($P>0,99$).

Первые недели жизни основной пищей для ягнят является материнское молоко, а поэтому между молочностью маток и приростом ягнят существует прямая зависимость. Ярки, полученные от маток опытной группы, заметно лучше росли и развивались в течение всего подсосного периода, что свидетельствует о положительном влиянии препарата эмицидин на молочность маток и сохранность молодняка.

Ягнение маток является фактором возникновения у них родового и послеродового стресса. Эти виды стрессов у овец имеют анатомо-физиологические и эндокринологические проявления жизнедеятельности организма. Исходя из этого, для изучения физиологического состояния подопытных маток нами проведены исследования крови, а также клинические измерения температуры тела, частоты пульса и дыхания.

В клинических показателях у маток подопытных групп существенных различий не отмечено, все они находились в пределах физиологических норм для овец

Уровень гемоглобина в крови маток опытной группы был выше на 28,3% до ягнения и на 23,9% после ягнения. Содержание форменных элементов у маток опытной группы превышало контрольных по количеству эритроцитов на 31,8% до ягнения и на 33,7% после ягнения, лейкоцитов - на 2,8 и 1,4% соответственно.

Отмечено большее, чем у контрольных животных, содержание в крови белка у маток опытной группы (на 6,2 и 6,6% до и после ягнения соответственно), что также свидетельствует о повышенной напряженности обменных процессов в организме овец при введении препарата. Однако лучше был защищен от сдвига реакции крови в кислую сторону организм у маток опытной группы. Запас щелочей у них превышал контрольных на 2,6 и 0,04% до и после ягнения.

Ферментативная активность трансаминаз АЛТ и АСТ была выше также у маток опытной группы: по АЛТ – на 22,2 и 30,4% до и после ягнения, по АСТ – на 29,7 и 31,0% соответственно.

При изучении показателей естественной резистентности (табл. 4) организма животных отмечено повышение в опытной группе всех показателей: лизоцимной, бактерицидной активности сыворотки крови, фагоцитарной функции в динамике проведения исследований. В опытной группе, по сравнению с контрольной, бактерицидная активность повысилась на 8,4 абс. процента, а лизоцимная активность увеличилась на 3,2 абс. проц., также достоверно возросла фагоцитарная активность крови овец. Фагоцитарный индекс повысился на 1,7 абс. процента.

Таким образом, анализ результатов проведенных исследований показал, что двукратное введение эмицидина в дозе 1 мл на овцематку не оказывает отрицательного влияния на животных до и после родов. В целом гематологические показатели у подопытных маток подтверждают тесную взаимосвязь уровня продуктивности с интенсивностью обменных процессов, протекающих в животном организме. Поэтому включение в ветеринарно-профилактические мероприятия использования препарата эмицидин будет способствовать общему оздоровлению стад, популяций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егоров Е.А. Полиморфизм белков крови и его использование в селекционной работе с каракульскими овцами: проблемы генетики и селекции в каракулеводстве. – Алматы, 2005. С. 26-32
2. Ширинский М.А. Научные исследования по каракулеводству в Казахстане // Тез. докл. III межд. симпозиума по каракулеводству. - Самарканд, 2000. - С.83-92.
3. Мухамедгалиев Ф.М. Некоторые закономерности индивидуального развития животных. – Алма-Ата. «Наука», 2004. С. 3 – 9.

¹Аханов У.К., ¹Абилдаева Р.А., ¹Дауылбай А.Д., ¹Толыбаева Г.О. ²Махатов Ж.Б.

¹Южно-Казахстанский государственный университет имени М.Ауэзова, г.Шымкент, Казахстан.

²Южно-Казахстанский медицинский академия, г.Шымкент, Казахстан.

e-mail: makhatov_8008@mail.ru.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ И ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЕСТЕСТВЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ЖИВОТНЫХ

В настоящее время одной из важных задач, определяющих повышение эффективности овцеводства нашей страны, должно быть снижение себестоимости его продукции и улучшение качественных показателей.

Физиологическое состояние, интенсивность обменных процессов, а, следовательно, здоровье и продуктивность животных во многом зависят от способов содержания и технологии, принятой в том или ином хозяйстве.

Естественные защитные силы организма сельскохозяйственных животных являются довольно динамичным показателем и определяются как генетическими особенностями организма, так и воздействием различных факторов окружающей среды. Это обстоятельство имеет громадное научное и практическое значение. Изменением силы и продолжительности воздействия того или иного фактора можно направленно влиять на формирование и проявление защитных сил организма [1].

Обеспечение животным благоприятных условий содержания и кормления, максимально отвечающих биологическим особенностям организма, сложившимся в процессе эволюционного развития, способствует более быстрому формированию и лучшему проявлению его защитных сил. И, наоборот, неблагоприятное воздействие окружающей среды приводит к ослаблению устойчивости организма, защитные силы его проявляются недостаточно, что усиливает опасность возникновения и распространения различных заболеваний, в том числе инфекционных. Поэтому в основе борьбы с заболеваниями, особенно в условиях крупных ферм и комплексов, а также интенсивного использования животных должны лежать, прежде всего, профилактические мероприятия [2].

Известно, что невосприимчивость организма (специфический иммунитет), создаваемая любой вакциной, лишь дополняет естественную резистентность. Поэтому укрепление естественных защитных сил организма является важнейшей задачей охраны здоровья животных, повышения их продуктивности, улучшения качества получаемой продукции [3].

Результаты исследований отечественных и зарубежных ученых свидетельствуют, что стрессовый характер любой технологии связан с воздействием на организм животного целого комплекса факторов, таких как кампания ягнения, отбивки ягнят, стрижка и т. д., в результате чего снижается количество и качество животноводческой продукции. Предотвращение и устранение отрицательных последствий воздействий стресса на организм является актуальной задачей овцеводства [4].

Поэтому комплекс зоотехнических и фармакологических мероприятий, связанных с нашей работой по испытанию препарата эмицидин в овцеводстве, направлен на решение данной задачи и способствовал повышению сохранности поголовья и снижению заболеваемости за счет укрепления общей неспецифической сопротивляемости организма, что в конечном итоге привело к увеличению продуктивности овец [5].

Поведенческие реакции маток опытной и контрольной групп изучались путем хронометражных и визуальных наблюдений при помощи азбуки элементов и актов поведения, разработанных ВНИИ ИРГЖ (В.И. Великжанин, 1975), с записями в этограммы. Для фиксации измерений в поведении маток в каждом физиологическом периоде жизни проводились непрерывные наблюдения за животными, по 3 головы в каждой группе, в течение трех суток.

Плодовитость маток и сохранность приплода – путем учета всех родившихся ягнят и сохранившихся живыми к отъему от матерей в 4-месячном возрасте на 100 обьягнвившихся маток.

Изменения в поведенческих реакциях взрослых овец в послеродовом периоде сопровождаются мобилизацией защитных сил организма на преодоление родового стресса.

В основу изучения поведения маток бралась их двигательная активность: продолжительность приема корма, кратность сосания вымени ягнятами, время отдыха и активного состояния – стоя, в движении. Наблюдения за матками проведены до ягнения, через 5 суток после инъекирования эмицидином и в подсосный период с приплодом.

Данные свидетельствуют, что наиболее активными были матки опытной группы, которым вводили эмицидин. Большую часть суточного времени они затрачивали на движение и поедание корма - 25,4 и 25,3% соответственно, или больше, чем контрольными животными, на 4,5 и 3,6 абс. процента.

В весенне-летний период подсоса опытная группа маток также в большей степени, чем контрольная, находилась в движении (плюс прием корма и воды) – 52,6% суточного времени, а контрольная группа – 41,0%. Это объясняется тем, что гуминовые вещества, к которым относится эмицидин, действуют как биологический стимулятор, активизируя рост и развитие, повышают продуктивность, снижают заболеваемость молодняка. То обстоятельство, что баранчики и ярочки от маток опытной группы при рождении имели массу тела на 0,26 и 0,19 кг, или на 6,2 и 5,2% больше, чем их сверстники из контрольной группы, свидетельствует о более высокой молочной продуктивности маток, инъекированных эмицидином.

Высокой оплодотворяемости маток и ликвидации яловости можно добиться полноценным кормлением, правильным уходом и содержанием животных, своевременной подготовкой маток и производителей к случному сезону, ведением их к этому времени до состояния заводской упитанности [3].

Наши исследования показали, что оплодотворяемость как в опытной, так и контрольной группах оказалась достаточно высокой.

Как показали результаты исследований, матки обеих групп практически не различались ни по оплодотворенности (90 и 92%), ни по плодовитости (105,6 и 102,2%). Однако по сохранности в подсосный период потомство от опытной группы маток существенно превосходило контрольный молодняк – на 6,2%.

Аналогичная тенденция сохранилась к моменту отъема ягнят (6,4%). Это объясняется, во-первых, тем, что ягнята от опытной группы маток рождались более крупными – на 0,19 кг, или на 5,2%, а во-вторых, они получали больше молока – на 13,8% до 20-суточного возраста ($P>0,99$).

Первые недели жизни основной пищей для ягнят является материнское молоко, а поэтому между молочностью маток и приростом ягнят существует прямая зависимость. Яркие, полученные от маток опытной группы, заметно лучше росли и развивались в течение всего подсосного периода, что свидетельствует о положительном влиянии препарата эмицидин на молочность маток и сохранность молодняка.

Ягнение маток является фактором возникновения у них родового и послеродового стресса. Эти виды стрессов у овец имеют анатомо-физиологические и эндокринологические проявления жизнедеятельности организма. Исходя из этого, для изучения физиологического состояния подопытных маток нами проведены исследования крови, а также клинические измерения температуры тела, частоты пульса и дыхания.

В клинических показателях у маток подопытных групп существенных различий не отмечено, все они находились в пределах физиологических норм для овец.

Уровень гемоглобина в крови маток опытной группы был выше на 28,3% до ягнения и на 23,9% после ягнения. Содержание форменных элементов у маток опытной группы превышало контрольных по количеству эритроцитов на 31,8% до ягнения и на 33,7% после ягнения, лейкоцитов – на 2,8 и 1,4% соответственно.

Отмечено большее, чем у контрольных животных, содержание в крови белка у маток опытной группы (на 6,2 и 6,6% до и после ягнения соответственно), что также свидетельствует о повышенной напряженности обменных процессов в организме овец при введении препарата. Однако лучше был защищен от сдвига реакции крови в кислую сторону организм у маток опытной группы. Запас щелочей у них превышал контрольных на 2,6 и 0,04% до и после ягнения.

Ферментативная активность трансаминаз АЛТ и АСТ была выше также у маток опытной группы: по АЛТ – на 22,2 и 30,4% до и после ягнения, по АСТ – на 29,7 и 31,0% соответственно.

При изучении показателей естественной резистентности организма животных отмечено повышение в опытной группе всех показателей: лизоцимной, бактерицидной активности сыворотки крови, фагоцитарной функции в динамике проведения исследований. В опытной группе, по сравнению с контрольной, бактерицидная активность повысилась на 8,4 абс. процента, а лизоцимная активность увеличилась на 3,2 абс. проц., также достоверно возросла фагоцитарная активность крови овец. Фагоцитарный индекс повысился на 1,7 абс. процента.

Таким образом, анализ результатов проведенных исследований показал, что двукратное введение эмицидина в дозе 1 мл на овцематку не оказывает отрицательного влияния на животных до и после родов. В целом гематологические показатели у подопытных маток подтверждают тесную взаимосвязь уровня продуктивности с интенсивностью обменных процессов, протекающих в животном организме. Поэтому включение в ветеринарно-профилактические мероприятия использования препарата эмицидин будет способствовать общему оздоровлению стад, популяций.

Литература

1. Егоров Е.А. Полиморфизм белков крови и его использование в селекционной работе с каракульскими овцами: проблемы генетики и селекции в каракулеводстве. – Алматы, 1995. С. 26-32
2. Ширинский М.А. Научные исследования по каракулеводству в Казахстане // Тез. докл. III меж. симпозиума по каракулеводству. – Самарканд, 1977. – С. 83-92.
3. Адырбеков И.А., Удалова М.Н., Тяпаев Р.Х., Пак Т.А. Изучение полиморфизма щелочной фосфатазы в сыворотке крови каракульских овец // Сб. науч. тр. КазНИИК. Актуальные вопросы каракулеводства. – 1992. С. 202-205.
4. Ташмухаметов У.Т., Кенесарин Т.А., Карабалин Б.К., Ерквская Г.П. Показатели гематологических исследований при межпородном скрещивании овец. // Проблемы гетерозиса. – Алма-Ата: «Наука», 1966. С. 66 - 75.
5. Мухамедгалиев Ф.М. Некоторые закономерности индивидуального развития животных. – Алма-Ата. «Наука», 1964. С. 3 – 9.

¹Аханов У.К., ¹Абилдаева Р.А., ¹Дауылбай А.Д., ¹Қаппарова А.Г., ²Махатов Ж.Б.

¹Южно-Казахстанский государственный университет имени М.Ауэзова, г.Шымкент, Казахстан.

²Южно-Казахстанский медицинский академия, г.Шымкент, Казахстан.

e-mail: makhatov_8008@mail.ru.

ГОРМОНАЛЬНЫЙ МЕТОД СТИМУЛЯЦИИ ВОСПРОИЗВОДИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ОВЕЦ

Для выполнения задачи, по увеличению производства продуктов животноводства, необходимо ускоренное воспроизводство стада животных, что будет способствовать увеличению роста поголовья.

Изучение закономерностей осуществления воспроизводительной функции, ее регуляции, причин, обуславливающих бесплодие и низкую плодовитость животных, а также разработка эффективных методов воздействия на животный организм с целью восстановления и стимуляции процессов размножения одна из

важнейших проблем современной науки. Она выдвигается запросами практики животноводства, которые требуют от науки действенной помощи в деле дальнейшего повышения продуктивности и плодовитости сельскохозяйственных животных [1].

Совершенствование техники ведения животноводства улучшение кормления, племенного дела и воспроизводства стада могут быть достигнуты при широком использовании достижений науки и передовой практики. Одним из наиболее эффективных приемов повышения воспроизводства поголовья является гормональный метод стимуляции многоплодия сельскохозяйственных животных [2].

Совершенствование технологии получения продуктов животноводства связано с внедрением регулируемых методов воспроизведения животных, поэтому многие исследователи обратили внимание на гормоны и гормональные препараты, оказывающее многостороннее и сильное воздействие на все жизненные функции организма животных и в первую очередь на размножение [3].

Проблема плодовитости, синхронизация охоты и течения беременности у животных является одной из основных для работников животноводства. При успешном решении этой проблемы достигается наиболее полное использование маточного состава и производителей, экономической эффективности животноводства. В связи с этим в настоящее время во всем мире интенсивно ведутся исследования по использованию естественных гормонов для регулирования процессов размножения у сельскохозяйственных животных, чтобы вызвать охоту и течку в хозяйстве удобные сроки и повысить естественную плодовитость животных [4].

Воспроизводительная функция организма животных является сложным процессом, регуляция которого осуществляется нейрогуморальным путем под общим контролем центральной нервной системы установлено, что введение гонадотропных гормонов вызывает полиовуляцию, то есть приводит к одновременному созреванию нескольких яйцеклеток, каждая из которых после оплодотворения может дать начало развитию нового организма [5].

Кроме того, за последние годы работами Менликулова А.Б., Ермаханов М.Н., и др (2014) и Шкилев П.Н., Родионов В.А. (2003) и др. выявлена возможность использования для повышения плодовитости казахских грубошерстных курдючных овец нейротропных препаратов, техника применения которых отличается простотой [6].

Многолетняя практика применения СЖК на каракульских овцах показала, что далеко не все животные, обработанные этим препаратом, проявляют многоплодие, которое зависит не только от условий кормления и содержания, но и от физиологического состояния организма овец [7].

Главные практические мероприятия, обеспечивающие высокую плодовитость и быстрее воспроизводство стада животных — снижение яловости и перегулов, повышение многоплодия при условии полного сохранения молодняка [8].

Из вышеизложенного вытекают, что при использовании гормонов и их заменителей заметно повышается воспроизводительные функции и мясная продуктивность животных, поэтому проведение научно-исследовательских работ в этом направлении является актуальной.

Влияние СЖК и синтетического аналога препарата простагландин Ф-2 альфа на состояние яичников изучалось в остром опыте путем забоя овец.

Результаты забоя овец в нашем опыте показали, что количество овуляций зависит не только от введенного препарата, но и от ее дозы.

Так, например, число овуляций (определенных по количеству желтых тел данного цикла) у овец, инъецированных СЖК, составило 1,9 в среднем на овцу, инъецированных СЖК + прозерин – 2,5 и у овец, обработанных только синтетическим аналогом простагландина Ф-2 альфа, - 1,3 в то время как в контрольной группе количество желтых тел составило только 1,2 в среднем на овцу.

Из приведенных данных видно, что СЖК и СЖК с синтетическим аналогом простагландина Ф-2 альфа оказало значительное стимулирующее действие на увеличение числа овуляций, в то время как введение синтетического аналога препарата простагландин Ф-2 альфа в чистом виде почти не увеличило их число.

У овец опытной группы обработанных различными препаратами, число желтых тел было значительно выше, чем у контрольной группы. Следовательно, состояние маток и их подготовка к случке при стимуляции плодовитости имеет не меньшее, а может быть и большее значение, чем при случке без применения стимуляторов.

Оплодотворяемость и плодовитость овец обработанных различными препаратами.

Одним из необходимых условий для повышения плодовитости овец является высокая оплодотворяемость от первого осеменения, т.е. в срок действия препаратов.

Во всех группах оплодотворяемость маток от первого осеменения была несколько выше. Наиболее высокая оплодотворяемость оказалась в группе маток, получивших при осеменении инъекцию синтетическим аналогом простагландина Ф-2 альфа.

Оплодотворяемость маток, обработанных синтетическим аналогом простагландина Ф-2 альфа, составила 90,2%. Эта разница по сравнению с контролем достоверна при уровне вероятности $P < 0,01$. Самая низкая оплодотворяемость была в группе овец контрольной группы 78,2%.

Стимулирующее действие оказали все испытуемые препараты. Если в контроле многоплодные пометы составили в группе маток 11,2%, от числа осемененных маток, то в группе инъецированной синтетическим аналогом простагландина Ф-2 альфа, многоплодие проявили соответственно 20,3% маток, т.е. в больше, чем в контроле ($P < 0,001$). В первой группе, маток, где применялись препараты СЖК стимулирующего действия препаратов не получилось и многоплодие в этой группе было ниже, чем во второй группе, где инъецировалась СЖК+ простагландин Ф-2 альфа в комплексе, суммированного.

Анализ пометов из различных групп показывает, что из числа маток, инъецированных СЖК, 24,0% обьягнились двойнями из числа маток инъецированных СЖК+ простагландин Ф-2 альфа, только 28,1% дали двойневые пометы. В группе маток, инъецированных синтетическим аналогом простагландин Ф-2 альфа, матки дали только двойневые пометы (20,3,7%).

Таким образом, анализ результатов проведенных исследований показал, что инъекция препарата простагландин Ф-2 альфа не вызывает значительного увеличения числа овуляций, по сравнению с контролем, а способствует более полному проявлению естественной плодовитости за счет увеличения числа двойневых пометов. Эффективность действия препарата простагландин Ф-2 альфа в большей степени зависит от физиологического состояния маток и их подготовки к случке и зимовке.

Как гонадотропный препарат СЖК, так и препарат простагландин Ф-2 альфа и их комплекс достоверно повышают плодовитость овец. Плодовитость овцематок при применении препаратов СЖК в комплексе с препаратом простагландин Ф-2 альфа, по сравнению с матками контрольной группы выше на 9,5%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Менликулова А.Б., Ермаханов М.Н., Кансеитов Т., Зарпуллаев Ш.Н., Абилдаев Т.А. Применение экзогормона для повышения воспроизводительных функций и мясной продуктивности казахских грубошерстных курдючных овец // Современные наукоемкие технологии. – 2014. – № 9. – С. 33-38;
2. Шкилев П.Н., Родионов В.А. Воспроизводительная способность баранов-производителей разных пород // Состояние и перспективы увеличения производства продукции животноводства и птицеводства: Матер. междунар. науч.-практ. конф. Оренбург: Изд.центр ОГАУ, 2003. С. 203-206.
3. Донская В.Н., Рок Л.П., Язвинский М.И. Синхронизации охоты у овец инъекциями прогестагенных препаратов, Ставрополь, 1973, С.212-214.
4. Завадовский М.М. Теория и практика гормонального метода стимуляции многоплодия сельскохозяйственных животных, М., 1963, 671с.
5. Падучева А.Л., Бойко Д.Ф. Гормональные методы повышения плодовитости сельскохозяйственных животных, М., 1965, 304с.
6. Савченко О.Н. Гормональная регуляция функции половых желез, М., 1977, С.34 -51.
7. Алибаев Н., Бекетауов О. Биотехнологические исследования в каракулеводстве: достижения и перспективы развития /Каракулеводство Казахстана: история и проблемы развития. - Алматы:Бастау, 2002. - С.55-59
8. Малмаков Н.И. Индуцирование суперовуляции, извлечение и биосекция эмбрионов у казахских тонкорунных овец: автореф. канд. сельхоз. наук.:28.11.91. - Алматы:Мынбаево, 1991. - 25 с.

¹Кедельбаев Б.Ш., ¹Калымбетов Г.Е., ¹Кайпова Ж.Н., ²Махатов Ж.Б., ²Омирбаева А.Е.

¹Южно-Казахстанский государственный университет имени М.Ауэзова, г.Шымкент, Казахстан.

²Южно-Казахстанский медицинский академия, г.Шымкент, Казахстан.

e-mail: makhatov_8008@mail.ru.

ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ИННОВАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СЕЛЬСКОМ ХОЗЯЙСТВЕ В КАЗАХСТАНЕ

Неоспоримым фактом является необходимость развития сельского хозяйства на инновационной основе.

Немаловажную роль при этом играют инвестиции, как государственные, так и частные. Высокий уровень субсидирования со стороны государства привлекает на агрорынок крупных инвесторов. Данная положительная динамика была получена во многом благодаря тому, что в июле 2012 года была утверждена «Государственная программа развития сельского хозяйства и регулирования рынков сельскохозяйственной продукции, сырья и продовольствия на 2013-2020 годы», где одним из основных направлений является формирование инновационного агропромышленного комплекса [1].

В сельском хозяйстве Казахстана за 2008-2012 годы появилась отрицательная тенденция роста зависимости от импортных товаров, в том числе семян, а это уже прямая угроза для продовольственной безопасности страны. Так же от импортных товаров страдают отечественные производители, так как не могут в таких же объемах представить свой товар на рынках.

Особенно остро эта проблема встала в 2014 году, когда Россия, в ответ на санкции европейских стран, Канады, Японии, Австралии, США, запретила импорт ряда продуктов (мясо крупного рогатого скота, мясо домашней птицы, молочная продукция и т.д.) [2].

За последние годы импорт сельскохозяйственной продукции сократился почти в 2 раза, и что немаловажно, увеличился экспорт (рисунок 1).

Несмотря на положительную динамику предстоит ещё решение ряда вопросов, особенно в аграрном секторе. Необходимы конкретные меры для развития инновационной деятельности в сельском хозяйстве:

- Формирование наиболее эффективной научно-производственной системы.

Не секрет, что для получения каких-либо научно-исследовательских результатов требуется немалое количество времени и материальных затрат. Не все НИИ в нашей стране могут позволить себе современное оборудование и все необходимые для этого материалы. Одной государственной поддержки достаточно не всем и не всегда, эту проблему могло бы решить частное инвестирование, но, в связи с достаточно длительным сроком окупаемости, эта отрасль становится для инвесторов малопривлекательной.

- Обеспечение отрасли квалифицированными кадрами.

В процессе обучения некоторые студенты занимаются научно-исследовательской деятельностью. Необходимо повысить мотивацию и вовлеченность студентов в процесс научной работы, начиная с начальных этапов обучения, что положительно скажется на их профессиональном становлении. Образовательный процесс должен быть ориентирован на адаптацию будущих специалистов к требованиям динамичного научно-технического прогресса.

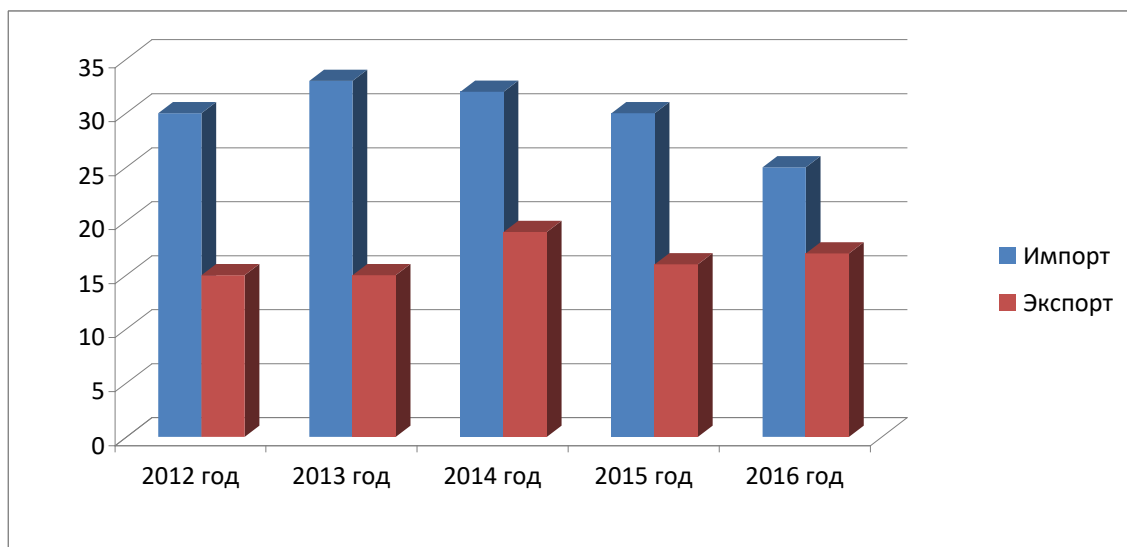


Рисунок 1 – Импорт и экспорт сельскохозяйственной продукции

- Актуальность и эффективность инноваций.

Этому придается особенное значение, если данный процесс требует крупных финансовых вложений. Проект должен быть наиболее значимым, обеспечивать возможность применения его на практике, доказывать необходимость в его использовании.

- Разработка системы государственного страхования.

Применение инновационных решений на практике – это всегда риск. Возникает необходимость в государственной поддержке не только как инвестора, но и как гарант возмещения части убытков в случае несостоятельности инновационной программы. С начала действия государственной программы о развитии сельского хозяйства и в частности направления научно-технического обеспечения наша страна стала заметно продвигаться в сфере инноваций, где особое внимание уделялось сохранности коллекций генетических ресурсов растений.

К сожалению, на данный момент Казахстан ещё сильно отстаёт в развитии инновационной деятельности от мировых лидеров, поэтому поставленные задачи в вопросе инноваций необходимо решать ускоренными темпами.

Список использованной литературы:

1. Немченко А.В., Кашинская Е.Н. Особенности и перспективы азвития инновационной деятельности в сельском хозяйстве. В книге: *ustainable economic development of regions Monograph*. Vienna, 2015. С. 90-99.
2. Шепитько Р.С., Дугина Т.А., Немченко А.В., Лихолетов Е.А. Многофакторный вектор развития сельского хозяйства региона. *Экономика региона*. Волгоград, 2015. №4(44). С. 275-288.

СЕКЦИЯ «МОДЕРНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА»

Aigul Ospanbek - a student of the 4rd year of education of the South Kazakhstan Medical Academy, faculty nursing, Shymkent, Republic of Kazakhstan. E-mail: aikokenes@mail.ru
Scientific supervisor- **Seidahmetova Aizat Ashimhanovna**, head of the Department of emergency medical care and nursing, candidate of medical Sciences, associate Professor.
e-mail: aizat-seidahmetova@mail.ru
Scientific supervisor- **Orazbayeva Elanora Abdykalykovna**-assistant of the department of Emergency medical assistance and nursing of the South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Republic of Kazakhstan. E-mail: o_elya111@mail.ru

PROFESSIONAL-EMOTIONAL BURNOUT IN NURSES

Key words: Emotional burnout, nurse, emotional.

Relevance. In England among all cases of incapacity for work of medical personnel 40% linked with emotional stress is One of the first professions are at high risk for burnout, is a profession of a nurse [1].

Their work involves daily close communication with people suffering from various ailments, requiring increased care and attention. Faced with negative emotions, the nurse unwittingly involved in them, which is why she begins to experience increased emotional stress. Among the nurses of psychiatric departments signs of burnout syndrome are found in 62.9% [3].

The syndrome of professional burnout in nurses, occurs faster than in doctors, on average for 5-9 years [2,4].

Objective: to Study the features of the development of burnout syndrome in different age and professional groups of nurses.

Materials and methods. The study of indicators of the syndrome of " emotional burnout "was carried out using the questionnaire " Emotional burnout ("Boyko").

The study was conducted on the basis of surgical and orthopedic, urological, gynecological departments of the regional clinical hospital and on the basis of the regional center of hyperbaric oxygen Orynbayeva in the department of palliative care and nursing care

Interpretation of the results is carried out in three phases, including four symptoms. The indicator of the severity of each symptom was evaluated as follows: 9 or less points – a simple symptom; 10 -15 points – an emerging symptom; 16 or more points - a developed symptom. Indicators for the phases of Emotional Syndrome were evaluated as 36 or less points-the phase was not formed; 37-60 points-the phase in the formation stage; 61 or more points-the formed phase.

The study involved nurses in the number of 60 people aged 25 to 55 years. Among the respondents, women registered for 96.7 % (58 people), men 3.3 % (2 people.)

Results. Analysis of the results showed that 35 % of respondents have emotional burnout.

In the study, the total intensity of the stress phase was significantly higher in the group of nurses (42.9%) aged 25 to 34 years.

According to the data obtained, the majority of nurses (47.6%) aged 46-55 years before formed a phase of resistance, and in this group significantly higher values of the following symptoms: "inadequate selective emotional response"; "reduction of professional responsibilities". Exhaustion phase is formed by the 2 nurses.

The symptom of " psychosomatic and psychovegetative disorders "was formed in 15% of nurses.

This suggests that the majority of specialists in the process of work experience psycho-emotional stress and stress, which provoke the development of symptoms of emotional burnout.

Analysis of the features of different phases of CMEA in nurses showed some of their features depending on the Department. Thus, 16% of the nurses of the surgical Department of CMEA formed in all three phases. Nurses in the palliative care and nursing Department have a 9% higher rate and in other departments a much lower rate.

Conclusions: Thus, in the process of diagnosis of emotional burnout, we found that the most pronounced symptoms of emotional burnout at the age of 46-55 years.

The highest rates of the emotional burnout phases are observed in the Department of palliative care and nursing care. In second place are in the surgical department.

All of the above confirms the connection of the identified changes with the age characteristics, the nature of professional activities associated with responsibility for the fate, health, life of people. These changes are regarded as a result of prolonged professional stress.

Bibliography

1. Vodopyanova N. E. Starchenkova E. S. burnout Syndrome: diagnosis-stick and prevention. 2-e Izd. SPb.: Peter, 2008. 338 p.
2. Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности: учеб. пособие / под ред. Г.С. Никифорова, М.А. Дмитриевой, В.М. Снеткова. СПб., 2003. 448 с.
3. Van Yperen N.W. Informational support, equity and burnout: The moderating effect of self-efficacy // J. of Occupat. Psychol. 2004. V. 71. № 1. P. 29-33.
4. Perlman B., Hartman E. A. «Burnout»: summary and future and research // J. Human relations. 1982. V. 14. № 5. P. 153-161.

ГРНТИ 76.01.79

ӘОЖ 61:614.253.52

Абдулла Т.Д., «Мейіргер ісі» мамандығының 2-курс магистранты, Сейдахметова А.А., м.ғ.к., доцент, Қауызбай Ж.Ә. м.ғ.к., профессор м.а., Султанова Ж.С. ассистент, Серикова Б.Д. ассистент
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ, Шымкент қ., Қазақстан

МЕЙІРГЕР ІСІ БАКАЛАВРЛАРЫН ДАЙЫНДАУДА ҚҰЗЫРЕТТІЛІК ТӘСІЛДІ ЖЕТІЛДІРУ

Түйін

Мақалада мейіргер ісі мамандарының кәсіптік білімін кеңейтуге бағытталған мейіргер ісіндегі академиялық бакалаврларды даярлау сұрақтары қарастырылған. Мейіргер ісіндегі академиялық бакалаврлардың негізгі кәсіптік құзыреттіліктерін қалыптастыру деңгейін бағалау, жоғары білімді мейірбикелердің кәсіптік дайындық деңгейін және олардың тәжірибелік қызметі статусын анықтауға көмектеседі. Жалпы кәсіптік және элективті пәндер бойынша білім беру процесін ұйымдастыру кезінде оқытушылар студенттерге пациенттермен және ұжыммен, сондай-ақ кіші медициналық персоналмен және пациенттердің туыстарымен тұлғааралық қарым-қатынас негіздерін қалыптастыру тұрғысынан әлеуметтік-жеке құзыреттілікті дамытуға көңіл бөлуі қажет.

Кілт сөздер: мейіргер ісі, оқу үрдісі, негізгі құзыреттіліктер, денсаулық сақтау жүйесі, студенттерге сауалнама жүргізу.

Мейіргер ісі- денсаулықты нығайту, ауруды болдырмау, психоәлеуметтік көмек және физикалық және / немесе психикалық ауруы бар адамдарға қамқорлық пен мүгедектігі бар барлық жастағы топтарды қамтитын денсаулық сақтау жүйесінің ажырамас бөлігі болып табылады. Қазіргі уақытта мейірбике ісі адам денсаулығының әлеуеті зор және халықтың қол жетімді медициналық көмекке деген қажеттіліктерін қанағаттандыру үшін нақты әлеуеті бар медицина қызметкерлерінің ең үлкен үлесі болып табылады.

Мейіргерлік білім беруде мейіргер ісі бойынша бакалавриат бағдарламасының клиникалық практикумы көпір болып табылады. Академиялық білімдерден клиникалық практикумға көшу стресс, мәселелер, рөлдер мен шынайылықты түзету кезеңі ретінде кеңінен танылады, клиникалық практикум Тайвандағы Мейіргер ісі бойынша бакалавриат бағдарламасы бойынша мейіргерлерге арналған оқу бағдарламаларының 50% - дан астамын құрайды [1].

Клиникалық практикумды зерттеу мейіргерлер үшін дамудың маңызды процесі болып табылады. Клиникалық тәжірибе кәсіби қарым-қатынасты дамытуда маңызды рөл атқарады және студенттерге клиникалық құзыреттілікке қол жеткізуге көмектеседі. Сонымен қатар, мейіргер-студенттер пациенттерді күту, кәсіби қарым-қатынас және мәселелерді шешу мүмкіндіктері, психомоторлық дағдылар мен сыни ойлау дағдыларын алады. Олар сондай-ақ олардың әлеуметтенуін және кәсіби рөлге деген сенімін жақсартады [4].

Мейіргер ісі мамандығына студенттердің қызығушылығын ынталандыру және оларды оқуды аяқтағаннан кейінгі мансап ретінде мейіргерлік істі таңдауға ынталандыру үшін мейіргерлердің жетіспеу мәселесін шешу үшін өте маңызды.

Мейіргер ісі мамандығына қатысты клиникалық практикумда студенттер-мейіргерлердің тәжірибесін және қабылдауын зерттеу болып табылады. Бұл зерттеудің нәтижелері студенттердің қанағаттанушылығын арттыру, сондай-ақ академияны бітіргеннен кейін оларды мейіргер ісі жұмысына қатысуға ынталандыру үшін ғана емес, сонымен қатар медициналық ұйымдардың басшыларына жаңа құрылған мейіргерлерді қабылдау және оқыту бойынша олардың күш-жігерімен ақпарат береді деп күтілуде [2].

Білім беру үдерісіне инновациялық ақпараттық технологияларды кеңінен енгізу қажеттілігі, бір жағынан, қоғамды толық технологияландыруға және ақпараттың жылдам жинақталуына, екінші жағынан, материалдарды жеткізу сапасын жақсартуға және оны игерудің тиімділігін бағалауға мүмкіндік беретін мультимедиялық оқу құралдарының мүмкіндіктерін кеңейту қажет. Студенттер оқу материалдарының 70-80% -ын өз бетімен меңгеруі қажет. Сондықтан да, бұл зерттеудің мақсаты академиялық және практикадағы мейіргерлердің басшылары арасында инновацияның табысқа жету үшін сыни құзыреттіліктерді бағалау, осы құзыреттіліктегі елеулі олқылықтар мен инновацияларға байланысты құзыреттілікті дамыту үшін пайдалы болатын оқыту әдістерін бағалау болып табылады [3].

Құрама Штаттардағы Денсаулық сақтау секторында бұрынғысынша жоғары шығындар мен ауыспалы қолжетімділік, сапасы біркелкі емес және дамыған елдердің (Достастық қоры, 2014 жыл) арасында медициналық қызмет көрсету нәтижелері зардап шегеді. Бұл теріс сандарды айналып өтудің екі жолы - бұл инновация қарқынын арттыру және денсаулық сақтау әкімшілері мен басшыларына арналған оқу жоспарларына инновациялық білім беруді енгізу [6].

Мейіргер ісінің жаңашыл болуы - өз пациенттеріне қызмет көрсетуде жиі ауыр жағдайларда және алыс жерлерде не істеу керектігін үйрену (Kirchgeßner & Keeling, 2015). Мейіргер ісі жетекшілері іс жүзінде және ғылыми топтар науқастарды кәсіби күтуді қалыптастыруға үлкен жауапкершілік алатынын және күтімнің алдыңғы жиегіндегі өзгерістерге әсер ететінін ескере отырып, көшбасшылар арасындағы инновациялық құзыреттер шығындарды төмендету және қол жеткізу мен сапаны жақсарту үшін қажет [7].

Зерттеушілер мейіргерлік істегі инновацияларға байланысты мінез-құлықтарды, сипаттамаларды, құндылықтарды, аффективті күйлерді және когнитивті стильдерді анықтау үшін айтарлықтай күш салса да (Malloch and Melnyk, 2013, O'Brien et al., 2011) және инновациялар кәсіпкерлік табысқа әкелді (Roggenkamp & White, 1998), инновацияны қолдайтын нақты құзыреттер бұзылмайды. Мұндай құзыреттерді анықтау ғалымдардың іскерлік дағдыларын инновациялық дағдылардан ажырата алмайтындығымен одан әрі күрделене

түседі. Яғни, академиялық әдебиет, сондай-ақ инновация саласындағы білім беру бағдарламалары, әдетте, сату, өндіріс, қызметкерлерді қадағалау, логистиканы үйлестіру, қаржыландыруды ұйымдастыру және нәтижелерді өлшеу сияқты жалпы бизнес-функцияларға құзыреттілік қажеттілігін атап көрсетеді. Мұндай дағдылар кез келген бизнестің күнделікті қызметі үшін өмірлік маңызы бар болса да, олар Денсаулық сақтау секторының контекстінде инновацияларға қойылатын бірегей талаптарды ескермейді. Мейіргер ісі басшылары үшін инновациялардың нақты расталған құзыреттерін сипаттауға және оларды зерттеу мен іске асыру тәсілдеріне басшылық ету үшін жеткілікті дәлелдер жоқ [8].

Бұл зерттеудің мақсаты мейіргер ісі басшыларының көзқарастарын қарастыратын құзыреттілікті бағалау, инновациялар үшін ең маңызды, осы құзыреттіліктегі олардың өздігінен жүретін кемшіліктері және инновация туралы көбірек ақпарат алу үшін пайдалы болатын оқыту әдістері.

Бакалавриат бағдарламасында жоғарғы мейіргер тәрбиесінің ерекшелігі науқаспен және манипуляция әдістерімен жұмыс істеуді үйрететін клиникалық пәндердің болуы. Білім алушы білім туралы ақпаратты ғана біліп қана қоймай, алған білімін, құзыреттіліктерін іс жүзінде жүзеге асыруды үйреніп, оларды кәсіби құзыреттілікке айналдыруы керек.

Білім беру, менеджмент, әлеуметтік психология, педагогика, басқару және ұйымдастырушылық даму саласында құзыреттілікті анықтау, қалыптастыру және дамыту мәселелеріне көп көңіл бөлінеді. Бұл бір жағынан, құзыреттілік тәсілінің жоғары танымалдылығын көрсетеді, екінші жағынан, құзыреттілік тұжырымдамасын анықтау, нақты құзыреттілікті қалыптастыру сияқты мәселелердің пайда болуы. Егер құзыреттілік ұғымын түсіндіруде көптеген тәсілдер бар болса, онда ең алдымен бірлескен ұйымның құзыреттілігін анықтау басты мәселесі болып табылады [9].

Құзыреттілік тәсілі - қазіргі заманғы қоғамның талаптарына сәйкес болашақ мамандарды жеке тұлға ретінде оқыту сапасына дейін үздіксіз білім берудің бүкіл жүйесін жаңғыртуды қамтамасыз ететін әдіснама. Құзыреттілік көзқарасы – тұлғаның, кәсіби қызмет субъектісінің және процестің үздіксіз білімінің ажырамас бөлігі ретінде біліктілікті, білімділікті зерттеуге бағытталған пәнаралық бағыт. Оны қалыптастыру жеке, әлеуметтік, технологиялық салаларға. Негізінен, кәсіптік құзыреттіктердің негізгі түрлері студенттік жаста қалыптасады, өйткені бұл жаста адамның жеке бас әлеуетті мүмкіндіктері, интеллекттік жетілдірілу, құндылық бағдарлар жүйесі өзгереді, кәсіби дағдылары дамиды.

Білім беруде ақпараттық технологияларды қолданудың келесі салалары: әңгімелесу, интерактивтік, телекоммуникациялық, мультимедиялық білім беру ресурстары қолданылады. Ұзақ уақыт аралығында (10-15 жыл) технологиялар мен олардың элементтері белгілі бір дәрежеде білім беру үдерісінде қолдануға ие болды. Шет елдік білім беру жүйесінде кеңінен таралған бұл тұжырымдама, Қазақстан Республикасында соңғы онжылдықта еуропалық қоғамдастыққа біріктірілген, ол отандық білім беруде жалпы және кәсіби білім беру стратегиясын ғана емес, сонымен қатар тәсілдерді, әдістерді, оқыту құралдарын таңдау үшін негіз болып табылады.

"Мейіргер ісі" студенттердің коммуникативтік құзыреттілігін қалыптастыру және дамыту процесі қарым-қатынастың әртүрлі деңгейлерінде тапсырмаларды шешуді көздейді. Педагогикалық, басқарушылық, экономикалық, инженерлік және медициналық қызметте кәсіби мәдениеттің маңызды бөлігі коммуникативтік құзыреттілік болып табылады.

Мейіргерлердің коммуникативтік құзыреттілігі белгілі бір психологиялық білімдердің болуын ғана емес, сонымен қатар кейбір арнайы дағдылардың қалыптасуын да болжайды: байланыс орнату, тыңдау, коммуникацияның "оқу" бейвербалды тілі, әңгіме құру, сұрақтар қалыптастыру. Сондай-ақ, мейіргерлердің өз эмоцияларын білуі, сенімділік сақтау қабілеті, жалпы өз реакциялары мен мінез-құлқын бақылау маңызды. Адекватты коммуникация науқасты дұрыс түсінуді және оның мінез-құлқына сәйкес әрекет етуді көздейді. Пациенттің жағдайына қарамастан, ол ашуланып немесе қайғы-қасірет, мазасыздық, дабыл немесе үмітсіздік сезеді ме, мейіргер кәсіби міндеттерді шешуге қол жеткізе отырып, онымен өзара іс-қимыл жасай білуі тиіс.

Жоғары білім берудегі құзыреттілік тәсілі-кәсіби міндетті сапалы шешуге және жоғары оқу орындарының білім беру жүйесіндегі болатын қабілетті мамандар мен сұранысты қамтамасыз ететін жұмыс берушілердің арасындағы қарама-қайшылықты болдырмауға арналған. Ол қазіргі уақыттағы мемлекеттік білім беру стандарттарының алдында тұрған білім беру компоненттерінің мазмұнының басымдылығын және қазіргі таңдағы білім беру мазмұнына жаңаша көзқараспен қарау, оқу үдерісінің тәжірибелік, қызметтік компоненттерін қайтадан құрастыру және олардың пайдасын арттыруға мүмкіндік береді [5].

Зерттеудің мақсаты: Оңтүстік Қазақстан Медицина Академиясының «Мейіргер ісі» мамандығы студенттерінің кәсіби құзыреттіліктерін қалыптастыру.

Зерттеу материалдары мен әдістері. Оңтүстік Қазақстан Медицина Академиясы, 5В110100 - «Мейіргер ісі» мамандығы бакалавриатының білім беру бағдарламасы бойынша білім алушы студенттердің құзыреттіліктерін қалыптастыру мақсатында 2 курс - 13, 3 курс- 18 және 4 курс - 30 студенттерімен сауалнамалар ұсынылды: студенттердің кәсіби біліктілігін қалыптастыру бойынша зерттеу сұрақтары, студенттердің кәсіби құзыреттілігінің көрсеткіштерін анықтау және бағалауды зерттеу сауалнамасы, кәсіби құзыреттілікті қалыптастырудың мотивациялық критерийі, кәсіби құзыреттілікті қалыптастырудың жедел-тиімді критерийі, тәжірибелік дағдылар деңгейін өзіндік бағалау, кәсіби құзыреттілікті қалыптастыру бойынша бағалау критерийі.

Зерттеу нәтижелері және талқылау. Кәсіби құзыреттілікті қалыптастыруды зерттеу. Кәсіби құзыреттілікті қалыптастыру ерекшелігін зерттеуді талдау кезінде студенттердің көпшілігі «құзыреттілік» және «кәсіби құзыреттілік» ұғымдарының мәнін дұрыс түсінетіндігін көрсетті.

Кәсіби қызметке қажетті деп санайтын академиялық құзыреттіліктің ең маңызды көрсеткіштері: теориялық және практикалық мәселелерді шешу үшін негізгі ғылыми және теориялық білімдерді қолдану

мүмкіндігі; өмір бойы біліктіліктерін жетілдіруге қабілетті болуы; өз бетімен жұмыс істей білу қабілеті; ең маңыздысы - техникалық құралдарды, ақпаратты басқаруды және компьютермен жұмыс жасауды үйрену дағдыларын меңгеру; зерттеу дағдыларына ие болу.

Кәсіби қызмет үшін қажетті деп есептейтін әлеуметтік жеке құзыреттіліктің маңызды көрсеткіштері: ұжымда жұмыс істеу мүмкіндігі; тұлғааралық қарым-қатынас қабілеті; сыни тұрғыдан және өзін-өзі тану қабілетінен азаматтық қасиеттеріне ие болу.

Қажетті құзыреттерді иеленуге кедергі келтіретін негізгі факторлар: төменгі курс студенттерінің пассивтілігі; жоғарғы курс студенттері оқу бағдарламаларын жетілдіруді қарастырады.

Нәтижелер 2018-2019 оқу жылында 2 курс арасында 88% - 13 студентте тәжірибелік дағдыларының жоғарлағанын, құзыреттіліктерінің артқанын; 3 курс 78% - 18 студентте тәжірибелік дағдыларының жоғарлағанын, құзыреттіліктерінің артқанын; 4 курс арасында 66% - 30 студентте тәжірибелік дағдыларының жоғарлағанын, құзыреттіліктерінің артқанын көрсетті.

Кәсіби құзыреттілік көрсеткіштерін анықтау және бағалауды зерттеу.

1. Кәсіби құзыреттілікті қалыптастырудың мотивациялық критерийі. Кәсіби құзыреттілікті алу үшін мотивациялық критерийді оқығанда: мейіргерлердің 70% -дан астамы – мейіргер ісі мамандығын таңдауы бойынша науқастарға көмек көрсету және жақын адамдарының денсаулығына қамқорлық көрсету ең маңызды фактор екенін атап өтті; шамамен 10% -ы денсаулық сақтау органдарында жұмыс істеуі маңызды екенін, жеке мамандық емес, диплом ғана маңызды екенін атап өтті; мейіргерлердің 60% -дан астамы мамандыққа қызығушылығын және беделін, кәсіби құзыреттілікті алудың мотивациялық критерийі ретінде атап өтті.

2. Кәсіби құзыреттілікті қалыптастырудың ақпараттық-танымдық критерийі. Кәсіби құзыреттілікті алу үшін ақпараттық-танымдық критерийді зерттеу нәтижесі: студенттердің 45% -ы жоғары оқу орнында алған білімдерінің сапасын жоғары деп санады; 53% -ы жеткілікті екендігін анықтауға мүмкіндік берді.

3. Кәсіби құзыреттілікті қалыптастырудың жедел-тиімді критерийі. Тәжірибелік дағдылар деңгейін өзіндік бағалау. Мейіргер ісі мамандығы студенттерінің кәсіби құзыреттілікке ие тәжірибелік іс-әрекеттері мен науқасты дербес түрде тексере білу қабілетінің болуы: 90% -дан астамы қабілетті екенін; ал 65% -ы мұны толығымен жасай аламын деп санайды.

Студенттер болашақ мейіргер ретінде кәсіби құзыреттілігін дамыту мақсатында білім алуды: 20%-ы қажет деп санады; ал бітірушілердің 24%-ы - науқасқа күтім жасау және назар аудару қажет деп есептейді.

Студенттердің пікірі бойынша, жұмыс берушілер түлектерден талап етеді: шамамен 90% білім, тәжірибелік дағдылардың болуы; 60% науқастармен қарым-қатынас жасау мүмкіндігінің болуы; жауаптардың 60% ең маңыздысы компьютерді пайдалана білу мүмкіндігі; 40% ағылшын тілін білу; 10% ұжыммен қарым-қатынас жасай білу қабілетінің болуы.

Қорытынды. Сауалнама сұрақтарына студенттердің жауаптарын талдау болашақ мамандардың кәсіби құзыреттілігін қалыптастыру аспектісінде, Оңтүстік Қазақстан медицина академиясының оқу үдерісін оңтайландырудың негізгі бағыттарын айқындауға мүмкіндік берді: студенттердің ұсыныстарын ескере отырып, енгізілген элективті клиникалық пәндер: науқасқа бағытталған мейіргерлік күтім, мейірбике ісіндегі зерттеу негіздері, мамандандырылған мейірбикелік көмек, бастапқы медико-санитарлық көмек, үй жағдайындағы мейіргерлік күтім осы пәндерді оқып үйрену санын арттыру мақсатында кафедра меңгерушісіне ұсыныс тастауымыз қажет. Оқытушылар жалпы кәсіби және кәсіби пәндер бойынша оқу процесін ұйымдастырған кезде студенттердің әлеуметтік және жеке құзыреттіліктерін дамыту үшін науқастармен және ұжыммен, науқастың туыстарымен жеке қарым-қатынас жасауды негізге алуы қажет.

Әдебиеттер

1. Кеннеди Д. Написание и применение результатов обучения: практическое руководство. Университет Крок (Ирландия). – 2007. - с. 3-5.
2. Вербицкий А.А. Проблемные точки реализации компетентностного подхода //Вестник МГГУ им. М.А.Шолохова. Сер. «Педагогика и психология». 2012. №2. с. 52–60.
3. Пучкова Е.Б. Возможности метода аттитюда в измерении профессиональных компетенций студентов // Актуальные проблемы современной науки. 2013. №2. с. 123–126.
4. А.В Пьяных. Оптимизация подготовки медицинских кадров в системе высшего профессионального образования по направлению «Сестринское дело»: дисс.канд. мед. наук – М., 2015. – 42 с.
5. Р.М. Харден, Дж. Кросби. Руководство АМБЕ № 20: Хороший преподаватель – больше чем лектор. 12 ролей преподавателя (пер. с англ. под ред. проф. И.Г. Никитина). Медицинское образование и профессиональное развитие №4 (10) 2012.
6. Cummings, G., Lee, H., MacGregor, T., Davey, M., Wong, C., Paul, L., & Stafford, E. (2008). Factors contributing to nursing leadership: A systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy*, 13(4), 240–248.
7. Lovering, S., 2012. The crescent of care: a nursing model to guide the care of Arab Muslim patients. *Diversity & Equality in Health and Care* 9, pp. 171–178.
8. Mthembu, T.G., Roman, N.V., Wegner, L., 2015. A cross-sectional descriptive study of occupational therapy students' perceptions and attitudes towards spirituality and spiritual care in occupational therapy education. *J. Relig. Health*.
9. Melhem, G.A.B., Zeilani, R.S., Zaqqout, O.A., Aljwad, A.I., Shawagfeh, M.Q., Al-Rahim, M.A., 2016. Nurses' perceptions of spirituality and spiritual care giving: a comparison study among all health care sectors in Jordan. *Indian J. Palliat. Care* 22 (1), 42–49.

Резюме

Абдулла Т.Д., магистрант 2 курса, специальность «Сестринское дело», Сейдахметова А.А., к.м.н., доцент, Қауызбай Ж.Ә. и.о. профессора, Султанова Ж.С. ассистент, Серикова Б.Д. ассистент
АО «Южно-Казахстанская Медицинская Академия», г. Шымкент, Казахстан

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА В ПОДГОТОВКЕ БАКАЛАВРОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

В статье рассмотрены вопросы подготовки академических бакалавров сестринского дела, направленных на расширение профессиональных знаний специалистов сестринского дела. Оценка уровня сформированности основных профессиональных компетенций академических бакалавров сестринского дела, определение уровня профессиональной подготовки медицинских сестер с высшим образованием и статуса их практической деятельности. При организации образовательного процесса по общепрофессиональным и элективным дисциплинам преподаватели должны уделять внимание развитию социально-личностных компетенций студентам с точки зрения формирования основ межличностного общения с пациентами и коллективом, а также с младшим медицинским персоналом и родственниками пациентов.

Ключевые слова: сестринское дело, учебный процесс, основные компетенции, система здравоохранения, анкетирование студентов.

Summary

Abdulla T.D., Seidakhmetova AA, Kauzybay Z.A., Sultanova Z.S., Serikova B.D.
South Kazakhstan Medical Academy

IMPROVEMENT OF THE COMPETENCE APPROACH IN TRAINING BACHELORS OF NURSING

The article deals with the issues of training of academic bachelors of nursing, aimed at expanding the professional knowledge of nursing professionals. Assessment of the level of formation of the main professional competencies of academic bachelors of nursing, determining the level of professional training of nurses with higher education and the status of their practical activities. When organizing the educational process in General professional and elective disciplines, teachers should pay attention to the development of social and personal competencies of students in terms of the formation of the foundations of interpersonal communication with patients and staff, as well as with Junior medical staff and relatives of patients.

Keywords: nursing, educational process, basic competence, health care system, questioning of students.

Аметова Э.И., 4 курс, лечебный факультет, г. Оренбург, Россия, ametova_edie@mail.ru
Шкунова С.С., 4 курс, лечебный факультет, г. Оренбург, Россия, s.v.e.t.a96@mail.ru
Н.П. Малеева, к.м.н., доцент, г. Оренбург, Россия

СЕМЕЙНЫЙ ПОРТРЕТ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ С ПРОБЛЕМОЙ ДЕМЕНЦИИ

Актуальность: деменция поражает в основном пожилых людей, но не является нормой старения. Деменция – это синдром, обычно хронический и прогрессирующий, вызываемый различными заболеваниями головного мозга, который оказывает воздействие на память, речь, мышление, внимание, поведение, потерю ориентации в пространстве, упрощение эмоций и нарушает способность выполнять повседневные действия, что в свою очередь существенно снижает качество жизни больных.

Цель исследования: изучить семейное положение и качество жизни в семье больных деменцией.

Материалы и методы исследования: был проведен анализ 50 историй болезни больных с деменцией, находящиеся на лечении в ГБУЗ «ООКПБ№1» в соматогериатрическом (женском) отделении, а также, анкетирование родственников больных.

Результаты исследования: при рассмотрении семейного положения больных с деменцией были выделены следующие группы: замужем, в разводе, вдова, не была замужем. Преобладающее число больных имеет семейное положение – вдова – 22 человека (44%), замужем – 16 человек (32%), в разводе 10 человек (20%), 2 женщины замужем не были (4%). Семейное положение может влиять на ухудшение качества жизни больных с деменцией. Связан данный аспект с наличием в семейном прошлом различных социальных стрессовых событий: алкоголизм супруга(76%), конфликтные ситуации в семье (90%). Также в качестве социального стрессового события, как фактора риска деменции можно рассматривать факт потери близкого человека(36%), одиночество (48%).

Выводы: семейное положение может выступать в роли психотравмирующего фактора, влияющего на прогрессирование заболевания.

Аметова Э.И., 4 курс, лечебный факультет, г. Оренбург, Россия, ametova_edie@mail.ru
Шкунова С.С., 4 курс, лечебный факультет, г. Оренбург, Россия, s.v.e.t.a96@mail.ru
Малеева Н.П., к.м.н., доцент, г. Оренбург, Россия

К ВОПРОСУ РОЛИ ШКОЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

В условиях всеобщего среднего образования воспитание высокообразованных, физически крепких и здоровых людей – одна из важнейших задач школы. В решении этих вопросов большую роль призваны сыграть медицинские работники. Школьная медсестра, организывает и проводит лечебно-профилактические мероприятия в школе, направленное на использование физического развития в воспитании детей школьного возраста и предусматривает решение следующих задач.

Оздоровительные задачи

Укрепление здоровья, содействие нормальному физическому развитию: формирование правильной осанки, развитие различных групп мышц тела, правильное и своевременное развитие всех систем организма и их функций, укрепление нервной системы, активизация обменных процессов.

Обеспечение оптимального для каждого возраста и пола гармоничного развития физических качеств. В младшем школьном возрасте необходимо обращать внимание на всестороннее развитие физических качеств, однако акценты делаются на воспитание координационных способностей, а также быстроты движений. В среднем школьном возрасте большое внимание уделяется воспитанию скоростных способностей во всех ее формах, а также добавляется скоростно-силовая подготовка, не связанная с предельными напряжениями силового компонента. В старшем школьном возрасте целесообразно проводить работу по воспитанию скоростно-силовых и собственно силовых качеств, а также общей и анаэробной выносливости.

Повышение сопротивляемости организма неблагоприятным воздействиям внешней среды. При любой возможности физкультурные занятия, в том числе и уроки физкультуры, целесообразно проводить на свежем воздухе, а не в зале.

Повышение общей работоспособности и привитие гигиенических навыков. Эти задачи требуют, чтобы школьники ежедневно выполняли физические упражнения, принимали водные, воздушные, солнечные процедуры, соблюдали режимы учебы и отдыха, сна, полноценного питания. Особенно это относится к младшему и среднему школьному возрасту, так как именно в этот период осуществляется наиболее интенсивное развитие всех систем и функций организма.

Образовательные задачи

Формирование и совершенствование жизненно важных двигательных умений и навыков.

У школьников необходимо формировать следующие пять групп двигательных умений и навыков:

- 1) умения и навыки, с помощью которых человек перемещает себя в пространстве (ходьба, бег, плавание, ходьба на лыжах);
- 2) навыки управления статическими позами и положениями тела при передвижениях (стойки, исходные положения, различные позы, строевые упражнения и т.д.);
- 3) умения и навыки выполнять различные движения с предметами (мячи, скакалки, ленты, гантели, палки);
- 4) навыки управления движениями рук и ног в сочетании с движениями в других звеньях тела (кувырки, перевороты, подъемы, висы, упоры, равновесия);
- 5) умения выполнять комплексные движения для преодоления искусственных препятствий (прыжки опорные, лазание, прыжки в длину и высоту).

Формирование необходимых знаний в области физической культуры и спорта. Учащиеся должны знать:

- 1) условия и правила выполнения физических упражнений;
- 2) влияние занятий физическими упражнениями на основные системы организма;
- 3) правила самостоятельной тренировки двигательных способностей;
- 4) основные приемы самоконтроля во время занятий физическими упражнениями;
- 5) роль физической культуры в семье и т.д.

Воспитательные задачи

1. Воспитание потребности и умений самостоятельно заниматься физическими упражнениями, сознательно применять их в целях отдыха, тренировки, повышения работоспособности и укрепления здоровья.

Решение данной задачи в деятельности медицинской сестры предусматривает создание необходимых предпосылок к самостоятельным физкультурным занятиям учащихся, а это обуславливает необходимость: повышения физкультурной грамотности школьников; стимулирования положительной мотивации к физической культуре; формирования основ правильной техники выполнения жизненно важных двигательных умений и навыков; формирования организационно-методических умений, дающих возможность правильно построить школьнику свое самостоятельное занятие, дозировать нагрузку, применять адекватный метод воспитания физических качеств, осуществлять простейший самоконтроль и т.д..

2. Воспитание личностных качеств (эстетических, нравственных и т.д.), содействие развитию психических процессов.

Перечисленные задачи представлены в официальных документах, регламентирующих физическое воспитание в общеобразовательных учреждениях (школа, училище, лицей, колледж и т.п.). Они играют роль ориентировочных установок для всех сторон направленного использования физической культуры в период школьного возраста. Однако для разных учебных заведений в зависимости от возраста и форм использования физической культуры они должны быть конкретизированы. Такая конкретизация частично представлена в официальных документах, в программах обязательных курсов, программах секционных занятий коллективов физической культуры и ДЮСШ.

ГРНТИ 76.01.79
УДК 614.253.52

Дуйсембаева У. Е., магистрант 2 курса, специальность «Сестринское дело»,
Сейдахметова А.А., к.м.н. доцент, Серикова Б.Д., ассистент, Оразбаева Э.А., ассистент
АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», г. Шымкент, Казахстан
ДОЛЖНОСТНЫЕ ИНСТРУКЦИИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР РАЗНЫХ УРОВНЕЙ ОБРАЗОВАНИЯ

Резюме. В данной статье рассматривается роль сестринского персонала как весьма существенного кадрового резерва в оказании медицинской помощи. В организационной структуре медицинских организаций наблюдается подчинение медсестры врачу, не знающему концепции сестринского ухода (главная медсестра подчиняется главному врачу, старшие медсестры подчиняются врачам - заведующим отделениям). Организация системы сестринской службы, а также правовой статус главных и старших медицинских сестер таковы, что имея множество обязанностей, они не имеют права самостоятельно принимать решения. В сестринском деле доминируют устаревшие формы организации, и распоряжения сестринских служб могут быть отменены их начальниками. Важным становится соответствие между обязанностями и полномочиями руководителей сестринских служб.

Ключевые слова: уровни образования, медицинские сестры, должностные инструкции, соответствие образования, модернизация образования.

Современные социально-экономические требования в повышении качества и доступности квалифицированной медицинской помощи, необходимы для преодоления низких темпов развития сестринского дела в сравнении с уровнем и темпами развития медицинской науки, ликвидации дисбаланса в кадровой политике здравоохранения и важностью повышения качества и уровня подготовки специалистов с высшим медицинским, в том числе сестринским, образованием.

Ориентация экономики страны на развитие рынка и рыночных отношений существенно изменила роль руководящих кадров учреждений здравоохранения, обуславливая рост их самостоятельности в решении вопросов функционирования и развития управляемых объектов. Значительно повысилась степень их ответственности за достижение поставленных целей в условиях действия рыночной системы конкуренции за высокое качество лечения и получение необходимых объемов финансирования [1].

Еще большие требования предъявляются в настоящее время к руководителям сестринских служб учреждений здравоохранения. Именно от их подготовки, профессиональной компетентности зависит рациональное использование имеющихся в учреждении материальных ресурсов, организация качественной сестринской помощи, внедрение в практику новых организационных форм сестринской деятельности, развитие профилактического направления в работе с населением, осуществляемой сестринским персоналом [2].

В исторически сложившейся модели оказания медицинской помощи, рассматривающей деятельность медицинской сестры как вспомогательную для врача, назначение руководителей сестринских служб осуществлялось из числа наиболее опытных медицинских сестер, много лет проработавших в данном учреждении. Процесс управления сестринским персоналом строился с учетом имеющегося опыта, установившихся в коллективе взаимоотношений.

Подготовка медицинских сестер-менеджеров в системе высшего профессионального образования являлась одним из этапов реформирования сестринского образования, направленного на обеспечение учреждений здравоохранения высокопрофессиональными управленческими сестринскими кадрами. Опыт работы указанных специалистов показал их способность обеспечивать высокий уровень качества медицинской помощи, оказываемой населению [3].

Комплексный план развития сестринского дела в Казахстане до 2020 г. установил новые требования к модернизации и развитию сестринского дела. Для Казахстана развитие системы сестринского дела означает его развитие на всех уровнях образования, контроль качества образования на уровне международных стандартов, внедрение в практику института специалистов сестринского дела с разными должностными позициями соответственно уровню образования.

Наряду с реформированием сестринского образования, предполагается внедрение новых механизмов функционирования медицинских организаций с равноправными врачебными и сестринскими организационными структурами, введение регистра специалистов сестринского дела и сестринской документации, внедрение инновационных сестринских технологий, развитие современных сестринских доказательных практик, фундаментальной и прикладной сестринской науки, перераспределение и четкое разграничение функциональных обязанностей между врачами и медсестрами разных уровней [4, 5, 6].

Цель исследования. Установить соответствие должностных инструкций специалистов с высшим и средним сестринским образованием, обосновать необходимость ее оптимизации.

Материалы и методы. Исследование должностных инструкций медицинских сестер проводилось на базе ГКП на ПХВ «Областная клиническая больница» УЗ ЮКО. Временные границы проведенного исследования – январь – март 2018 г. В исследовании принимали участие 20 медицинских сестер с разным уровнем образования, 20 врачей. При анализе данных применялись теоретические, эмпирические методы и статистические. С помощью теоретических методов, таких как анализ литературных данных, анализ нормативно-правовых документов, анализ инструкций сформировалась цель исследования и основные задачи для

определения соответствия должностных инструкций специалистов с высшим и средним сестринским образованием. Исследование проводилось в три этапа. На первом этапе использовался один из эмпирических методов – анкетирование. Анкеты самостоятельно заполнялись респондентами. В анкетировании принимали участие 20 медицинских сестер. Средний возраст медицинских сестер 33,5 лет ±. В анкете содержался перечень вопросов, адаптированных к условиям работы больницы. Анкета состояла из таких блоков как: общий (паспортная часть, общий медицинский стаж, стаж работы, уровень образования, квалификация), блок вопросов по специфике работы, степени нагрузки медицинской сестры, распределении рабочего времени, блок вопросов, связанных с оформлением документации и правилами ухода за пациентами.

На втором этапе был произведен опрос врачей. Для каждой категории участников были разработаны свои вопросы, касающиеся качественных показателей работы среднего медицинского персонала и работы больницы. Они оценивали профессиональные качества работы среднего медицинского персонала. В нем были выделены основные моменты работы медицинских сестер: грамотное ведение медицинской документации; умение быстро и четко действовать в экстренных ситуациях; затраты времени на основные и второстепенные задачи; владение всеми манипуляциями, необходимыми в работе; профессиональная компетентность; коммуникативная компетентность.

Для оценки личностных качеств было предложено оценить культуру речи, внешний вид и стиль поведения. Все качества оценивали по пятибалльной системе. После выставления оценок, все полученные баллы были суммированы, затем количество баллов разделено на количество полученных оценок, найдено тем самым среднее арифметическое значение.

Третий этап. Наблюдение – включал в себя целенаправленное и планомерное восприятие выполнения обязанностей медсестер, результаты которого фиксировались наблюдателями. Для сравнения должностных обязанностей медицинских сестер разного уровня образования использовалась должностная инструкция персонала. Данный этап исследования был направлен для оценки организационной структуры больницы. Экспертом по оценке являлась главная медицинская сестра больницы.

Результаты и обсуждение. Мы проанализировали данные, полученные из анкет медицинских сестер; распределили все вопросы по блокам, тем самым структурируя информацию из них. По результатам анкетирования медицинских сестер было выяснено, что из 20 опрошенных медицинских сестер 3 (15%) имеют высшее сестринское образование; 8 (40%) имеют высшую категорию, 8 (40%) - медицинских сестер с 1-й категорией, 3 (15%) со 2 й категорией, рисунок 1, 2.

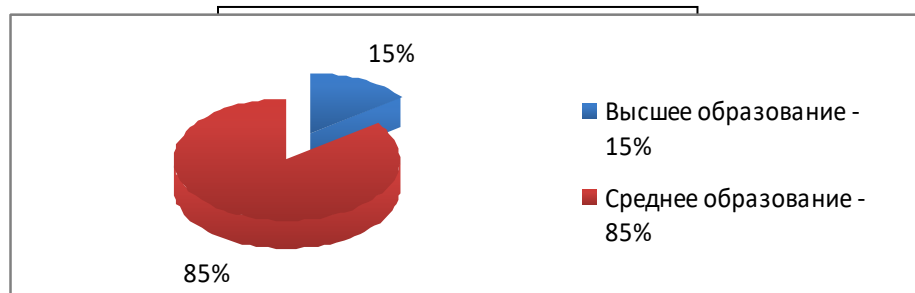


Рисунок 1 – Разделение медицинских сестер по образованию

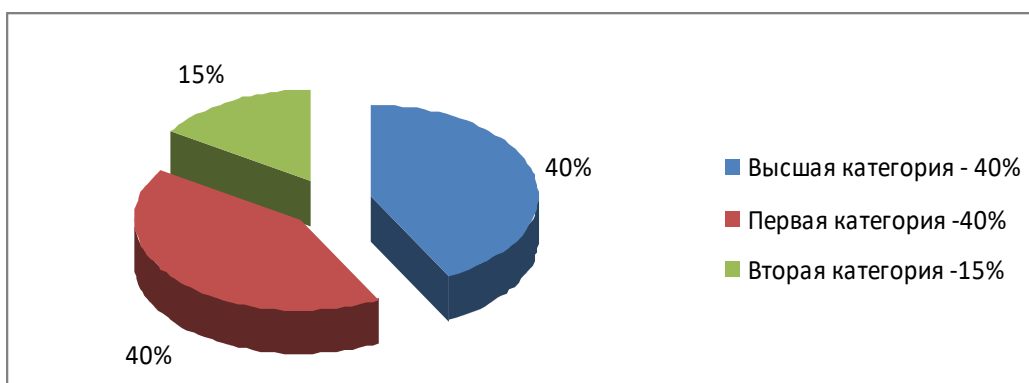


Рисунок 2 – Распределение медицинских сестер по категориям

Из блока вопросов касающихся нагрузки и распределения рабочего времени было выявлено, что 8 (40%) считают нагрузку на рабочем месте - адекватной. Остальные 12 (60%) медицинских сестер считают, что

нагрузка на рабочем месте – чрезмерная и связано это, по их мнению, с недостатком кадров – 6 (30%), неправильным распределением рабочего времени – 4 (20%), выполнением несвойственных должностных обязанностей – 2 (10%). Результаты представлены на рисунке 3.

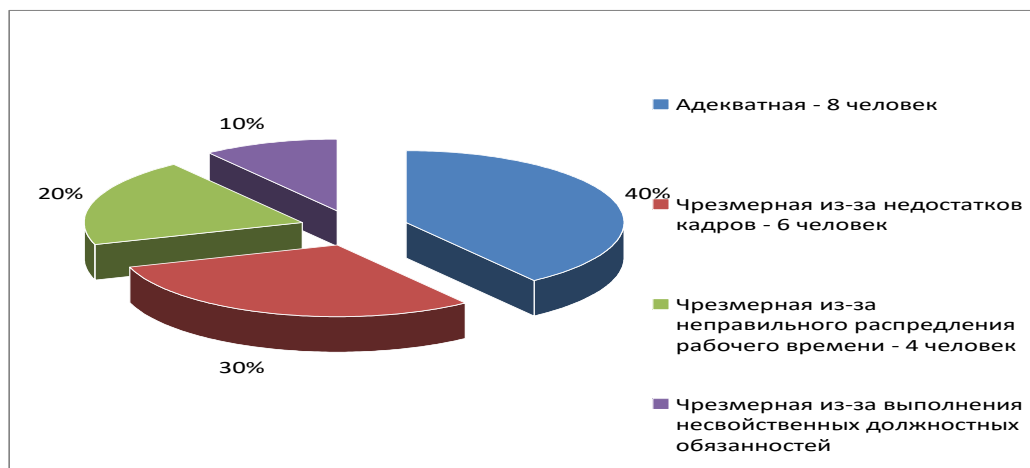


Рисунок 3 – Нагрузки и распределение рабочего времени медицинских сестер

На вопросы связанные с оформлением медицинской документации 20 (100%) ответили, что оформляется и ведется ежедневно. В последнем вопросе анкеты медицинским сестрам было предложено указать, является ли степень бакалавра, степень магистра или другая степень важной в области ухода за пациентом. 13 (65%) опрошенных респондентов считают, что качественные показатели работы непосредственно связаны с образованием медицинской сестры нового формата.

В результате анкетирования было выявлено что, по мнению медицинских сестер у большинства из них нагрузка на рабочем месте чрезмерная.

Подведение итогов второго этапа исследования, было осуществлено по следующей схеме:

1. Подсчет среднего значения баллов по каждому вопросу всех анкет.
2. Подсчет среднего обобщенного балла по всем анкетам.

Средний медицинский персонал в личном и профессиональном плане были высоко оценены врачами больницы. Максимальное количество баллов получилось при оценке профессиональных качеств среднего медицинского персонала. Средний балл составил – 5,0. Личные качества практически у всех сотрудников были оценены на - 4,5 балла. Средний обобщенный балл второго этапа опроса по профессиональным и личностным качествам составил - 4,8. По итогам этого этапа исследования профессиональные качества среднего медицинского персонала были оценены на самые высокие баллы.

Заключительный этап исследования проводился после предварительного изучения объекта исследования. Мы применили непосредственный вид наблюдения.

В квалификационных требованиях для главной медицинской сестры указано высшее медицинское образование по специальности «Сестринское дело» без предъявления требований к стажу работы или техническое и профессиональное (среднее специальное, среднее профессиональное) медицинское образование и первая/высшая квалификационная категория; для старшей медицинской сестры отделения - профессиональное (среднее специальное) медицинское образование по специальности «Сестринское дело» (или «Лечебное дело») или высшее медицинское образование по специальности «Сестринское дело» и сертификат специалиста со средним уровнем квалификации.

При изучении должностных инструкций медицинских сестер было выявлено, что главная медицинская сестра подчиняется непосредственно заместителю главного врача, старшие медсестры подчиняются врачам – заведующим отделениями. Палатная медицинская сестра только по назначению врача осуществляет определение частоты пульса, дыхания, измеряет суточный диурез и т.д., что свидетельствует о недооценке роли сестринского персонала в лечебном процессе. Медицинские сестры с высшим образованием, не обладают полномочиями принятия клинических решений по сестринскому уходу. Выявленные проблемы не позволяют в полной мере использовать потенциал как сестринской, так и врачебной профессии.

Вывод. Исследование показало, что организационная структура больницы требует пересмотр должностных инструкций медицинских сестер разных уровней образования. Для этого необходимо внедрить систему менеджмента сестринского дела в соответствии с международными стандартами.

Список литературы:

1. Алексеева В.М. Научное обоснование системы экономической подготовки медицинских кадров в условиях реформирования здравоохранения: Дис. докт. мед. наук: 14.00.33 М., 2000. - 386 с
2. Алешкина О.Ю., Тупикин Д.В. Современные подходы к системе профессиональной подготовки менеджеров здравоохранения руководителей сестринского персонала с высшим медицинским образованием// Главная медицинская сестра, 2008.-№ 6.-С.157-160.
3. Вагина Е.В., Кадникова Е.А. Проблемы управления кадровым ресурсом в системе сестринской службы // Ремедиум 2007 - № 5. - С. 44.
4. Комплексный план развития сестринского дела в Республике Казахстан до 2020 года.
5. Хейфец А.С. Обзор и анализ инновации в реформирование сестринского дела в лечебно-профилактических учреждениях России // Главн. Мед. Сестра 2002,2003. №10-12, 1,3.
6. Матвейчик Т.В.Волченко В.Ф.Самодиагностика и профилактика синдромов эмоционального выгорания и хронической усталости // Учебно-практическое пособие, изд. Бель – МАПО2002.-23с.

Түйін

Дүйсембаева Ұ. Е., "Мейірбике ісі" мамандығының 2 курс магистранты,
Сейдахметова А. А. м. ғ. к., доцент, Серикова Б.Д. ассистент, Оразбаева Э.А. ассистент
"Оңтүстік Қазақстан медициналық академиясы" АҚ, Шымкент қ., Қазақстан

ӘР ТҮРЛІ ДЕНГЕЙДЕГІ МЕЙІРГЕРЛЕРДІҢ ЛАУАЗЫМДЫҚ НҮСҚАУЛЫҚТАРЫ

Бұл мақалада медициналық көмек көрсетуде айтарлықтай кадрлық резерв құрайтын мейіргерлердің тұлғалық рөлі қарастырылады. Медициналық ұйымдардың ұйымдық құрылымында мейіргердің мейіргерлік күтім тұжырымдамасын білмейтін дәрігерге бағынуы байқалады (бас мейіргер бас дәрігерге бағынады, аға мейіргер – бөлімше дәрігерлеріне бағынады). Мейіргерлік қызмет жүйесін ұйымдастыру, сондай-ақ бас және аға мейіргерлердің құқықтық мәртебесі көптеген міндеттерді атқара отырып, олардың өз бетінше шешім қабылдауға құқығы жоқ. Мейіргерлік істе ұйымның ескірген нысандары басым, және мейіргерлік қызметтердің өкімдерін олардың бастықтары алып тастауы мүмкін. Мейіргерлік қызмет басшыларының міндеттері мен өкілеттіктері арасындағы сәйкестік маңызды болып табылады.

Кілттік сөздер: білім беру деңгейлері, мейіргерлер, лауазымдық нұсқаулық, сәйкестік, білім беру, білім беруді жаңарту.

Summary

Duysembaeva U. E., 2-year student, faculty of "Nursing»,
Seidakhmetova A. A., Serikova B.D., Orazbaeva E.A.

"South Kazakhstan medical academy", Shymkent, Kazakhstan

THE JOB DESCRIPTION OF NURSES OF DIFFERENT LEVELS OF EDUCATION

This article discusses the role of nursing staff as a very significant personnel reserve in the provision of medical care. In the organizational structure of medical organizations there is a subordination of a nurse to a doctor who does not know the concept of nursing care (the chief nurse reports to the chief doctor, senior nurses report to doctors - heads of departments). The organization of the nursing service system, as well as the legal status of the chief and senior nurses are such that having many responsibilities, they do not have the right to make decisions on their own. Nursing is dominated by outdated forms of organization, and the orders of nursing services may be revoked by their superiors. The correspondence between the duties and powers of the heads of nursing services becomes important.

Keywords: levels of education, nurses, job descriptions, compliance of education, modernization of education

ГРНТИ: 76.01.79

ӘОЖ: 616-089.168.1:614.253.52

Пашимова И.П., магистрант, «Мейіргер ісі» мамандығы, Қауызбай Ж.Ә. м.ғ.к., профессор м.а., Сейдахметова А.А. м.ғ.к., доцент, Калменов Н.Ж. ассистент

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

LVAD ОТАСЫ ЖҮРГІЗІЛГЕН НАУҚАСТАРҒА АРНАЙЫ МЕЙІРГЕРЛІК КҮТІМДІ ҰЙЫМДАСТЫРУ

Түйін

Бұл мақалада қарастырылып отырғын негізгі мәселелердің бірі тек Қазақстанда ғана емес әлемдік проблема ретінде қарастырылып отырған жүрек жетіспеушілігі бар науқастардың отадан кейінгі өмір сапасын жақсарту. LVAD аппараты жүрекке хирургиялық жолмен имплантацияланатындықтан шығындылығы өте жоғары және отадан кейін ерекше күтімді қажет етеді. Операция қаншалықты жоғары деңгейде өткізілсе, операциядан кейінгі науқастың күтімі өз деңгейінде көрсетілмесе науқастың ұзақ өмір сүре алатындығына ешқандай кепілдік жоқ. Және отадан кейінгі асқынулар көптеп кездеседі. Біздің негізгі мақсатымыз сол асқынулардың алдын алу мен ота өз нәтижесін беру үшін жоғарғы деңгейде мейіргерлік күтімді ұйымдастыру және оны жүзеге асыру. LVAD аппараты қойылған науқастардың отадан кейінгі мейіргерлік күтім сапасын жақсартып, денсаулықтарын нығайту үшін, ең үздік халықаралық тәжірибе негізінде мейіргерлік көмекті

дамытып, медициналық даярлаудың жоғарғы деңгейлі жүйесін құруға ат салысу. Мейіргерлік күтімді на:уақтың пікірін есепке ала отырып нәтижелі әріптестік орнату және шешім қабылдау, жұмыстарды келісу концепциясына сүйене отырып жүргізуге негіздеу.

Түйінді сөздер: жүрек жетіспеушілігі,ота, LVAD аппараты, асқынулар, мейіргерлік күтім.

Қазіргі таңда соңғы статистикалық мәліметтер бойынша жүрек-қантaмыр жүйесінің аурулары бірінші орында. Соның ішінде жүрек жетіспеушілігі жүрек ауруларының ішінде ең көп кездесетін және экономикасы дамыған елдер арасында халық өлім-жітімі бойынша алдыңғы қатарда тұрған аурулардың бірі екендігі анықталды. Медицинада осы аурумен сырқаттанатын науқастар санының жыл сайын көбеюі және олардың ерекше ем мен күтімді қажет етуі жаңа технологияларды қолдануды талап етуде [1]. Соның негізінде елімізде соңғы жылдары кеңінен қолданылып жатқан жаңа аппараттардың бірі LVAD. Бұл аппарат жүрекке жалғанатын және хирургиялық жолмен импланттелетін механикалық насос. Қазақстан Республикасында тұңғыш рет 2011 жылы «Ұлттық ғылыми кардиохирургия» орталығында шығындылығы жоғары, жаңа технологиялық операция-сол жақ қарыншаны жасанды сүйемелдеу аппараты имплантацияланды. Бұл технологияның не Ресейде, не Орталық Азияда өткізілмегендігін атап өткен жөн. Операция 2011 жылдың 7 қарашасында Астана қаласының 42-жасар тұрғыны М. жасалды. Ауру салдарынан жүрек өз мүмкіндігінің төрттен бір бөлігі мөлшерінде ғана жұмыс істеген, ол минутына 2 литр қан айдай алған. Шұғыл шара қолданылмаған жағдайда, Науқас М. бірнеше айдан артық өмір сүре алмас еді. Бүгін LVAD имплантациясының көмегімен оның жүрегі минутына 5 литр қанға дейін айдай алады. Бұл норма болып табылады. Имплантацияны ғылыми кардиохирургия орталығының жетекшісі, еңбегі сіңген әйгілі кардиохирург және оның шетелдік әріптесі Чех Республикасының профессоры Прага қаласынан келген әріптесі өткізді [2]. Бүгінгі таңда әлемде барлығы 7000 астам LVAD аппараты имплантацияланды. Бұл аппарат адам өмірінің сапасын айтарлықтай жақсартып өмірін ұзартуға оң септігін тигізеді. LVAD аппараты - ол қарапайым батарейка көлеміндегі сорғы, оның екі түтігі болады, біреуі қолқаға, ал екіншісі сол жақ қарыншаға қосылып тұрады. LVAD сол жақ қарынша функциясын атқарып тұрады. Сол жақ қарынша ағзаның басқа органдары мен тіндерін қанмен қамтамасыз етіп тұратын ең үлкен және ең қуатты камера болып табылады [3].

LVAD-тың табиғи жүректен айырмашылығы ол қанды үнемі айдап тұрады және бұл жағдайда жүректің соғу ырғағы болмайды. Сондықтан М. сияқты көптеген науқастардың пульсі жоқ. Осы себеппен LVAD имплантацияланған науқастар білезік түріндегі арнайы белгілер тағып жүреді. Онда науқас есінен таңып қалған жағдайда оған жедел жәрдем көрсетуші адам науқас қайтыс болды деген қорытынды жасамауы үшін тиісті ақпарат берілген. Болашақта осы технология арқылы Қазақстанда көптеген адамдардың өмірін аман алып қалу мүмкін болады деп күтілуде [4].

Аппарат жүрекке хирургиялық жолмен енгізілетіндіктен LVAD отасы жүргізілгеннен кейін ағзаның қайта қалпына келіп емделуі біртіндеп орындалатын процесс саналады. Науқас ағзасы белсенді әрекетке көшуі үшін ерекше күтім мен бақылауды қажет етеді. Сондықтанда мұндай заманауи аппарат қойылған науқастарға күтім жасау заманауи мейіргерлік тәжірибені, көрсетілетін медициналық көмектің сапасын арттыруды, науқасқа бағытталған мейіргерлік күтім принциптерін дамытуды талап етеді. Науқасқа бағытталған мейіргерлік күтім науқастың пікірін есепке ала отырып нәтижелі әріптестік орнату және шешім қабылдау, жұмыстарды келісу концепциясына сүйене отырып жүргізуге негізделген. Бұл технология әлемдік денсаулық сақтау жүйесіне қарқынды түрде енгізілуде және науқастардың қанағаттануына, мәселелердің нақты айқындалуына, коммуникативті дағдылардың қалыптасуы нәтижесінде науқаспен толық байланыс орнатуға мүмкіндік береді. Елімізде LVAD аппараты қойылған науқастардың отадан кейінгі мейіргерлік күтім сапасын жақсартып, денсаулықтарын нығайту үшін, ең үздік халықаралық тәжірибе негізінде мейіргерлік көмекті дамытып, медициналық даярлаудың жоғарғы деңгейлі жүйесін құру қажет [5].

Статистикалық мәліметтер бойынша 08.11.2011-07.09.2018 жылдар аралығында Қазақстанда LVAD аппараты имплантацияланды: барлығы-267, НМ II-99, НМ III-109, НВ-59, трансплант-25+3, тромбоз-15, қайтыс болғандар-105, өмір сүріп жатқандар-117, 2018 жылы 24 аппарат имплантацияланды. Имплантация жасаған науқастардың арасында ең үлкен жас-76, ең кішісі-9 жас. Отадан кейін ең аз өмір сүрген науқас-2 күн, ең ұзақ өмір сүргені-5 жыл, 11 ай, 7 күн [6].

23.07.2014-07.09.2018 жылдар аралығында Қазақстанда НМ III имплантацияланды: барлығы-109, НМ II-99, трансплант-9, Pump stop-26, қайтыс болғандар-36, өмір сүріп жатқандар-15 [7].

08.11.2011-13.09.2017 жылдар аралығында Қазақстанда НМ II имплантацияланды: барлығы-99, НМ II-99, трансплант-13, Pump stop-10, қайтыс болғандар-56, өмір сүріп жатқандар-18. Бұдан шығатын нәтиже Қазақстанда LVAD аппараты имплантацияланған науқастар саны аз, бірақ бұған мұқтаж науқастар саны өте көп. Операция шығындылығы жоғары болғандықтан барлығына бірдей қолжетімді емес. Сондықтанда осы мәселені шешуге байланысты мемлекет тарапынан квота түрлері қарастырылуда [8].

Зерттеудің мақсаты. Облыстық клиникалық аурухананың «Созылмалы жүрек жетіспеушілігі» бөлімшесінде LVAD отасы жүргізілгеннен кейін ем қабылдап жатқан науқастарға отадан кейін болуы мүмкін асқынулардың алдын алу мақсатында арнайы мейіргерлік күтімді ұйымдастыру.

Зерттеу материалдары мен әдістері. Зерттеу Шымкент қаласы, Облыстық клиникалық аурухананың «Созылмалы жүрек жетіспеушілігі» бөлімшесінде жүргізілді. Бөлімше 40 төсек орынмен қамтылған. Науқастардың 85% - 50 жастан жоғары, 15% - 50 жастан төмен науқастар. Науқастардың шағымы барысында олардың көпшілігі мазасыз, ашуланшақ, ұйқысыздық, жалпы әлсіздік, бас ауруы, бас айналуы, тәбеттің болмауы, т.б.

Ең алдымен LVAD отасы жасалған науқастармен жұмыс жасайтын мейірбике өз ісінің маманы, білімді және аппаратпен толық танысқан, қандайда бір асқынулар болған кезде науқасқа тез арада көмек көрсете

алатындай деңгейде болуы қажет. Бұл мейірбикелерге қойылатын талаптар. Бөлімшеде жұмыс істейтін мейірбикелердің барлығы бұл ақпараттармен толық таныс.

Күтімді ұйымдастырудан алдын, болуы мүмкін асқынуларды анықтап алдық. Олар: қан кету, тромбоз, тромбоцитопения, асқынулар, кабель шығу орнының инфекциялары, жүрек фибрилляциясы, анемия, психикалық бұзылулар, салмақ түсіретін кабельдің зақымдануы, артериялық қысымның жоғарлауы. Жоғарыда аталған асқынулардың алдын алып, болдырмау мақсатында осы критерийлерге сүйене отырып ерекше күтімді ұйымдастырдық.

Нәтижелері мен талқылау. 1) Қан кету. Егер, отадан кейін науқас қандайда бір физикалық жүктеме түсетіндей дәрежеде қимыл-қозғалыс жасаса немесе белгілі бір іспен айналысса, мұндай жағдайда операция жасалынған жараның орны ашылып сыртқа немесе ішке қан кету жағдайы орын алады. Тіпті аппарат қойылған науқастар ауыр жүктерді көтеруден және ауыр физикалық жаттығуларды жасаудан бас тарту қажет. Мұндай жағдайда науқас ағзасына артық салмақ түсіп қансырауы әбден мүмкін. Сондықтан біз науқастарға жасауға болатын арнайы физикалық жаттығу түрлерін жасап көрсеттік және оларға үйреттік. 2) Тромбоз, тромбоцитопения, асқынулар. Операциядан кейін ұзақ төсектік режимде жатқанда, созылмалы жүрек қан тамыр жетіспеушілігінде, атеросклероз кезеңінде пайда болуы мүмкін. Сондықтан, осы жағдайларды болдырмау мақсатында біріншіден төсектік қалыпта жатқан науқастың қалпын үнемі ауыстыруын қадағалау, төсектік немесе қатаң төсектік тәртіптегі науқастарға орнынан тұрмай физикалық жаттығулармен айналысуды үйреттік. Екіншіден дұрыс тамақтану режиміне көшу. Арнайы №10 диеталық столды тағайындап, осы тәртіп негізінде тамақтануды қадағаладық. 3) Кабель шығу орнына инфекция түсу. Мұндай жағдай көбіне науқастарда шомылу барысында орын алуы мүмкін. Сондықтан біз науқастарға шомылғанда дұрыс ережені сақтауды түсіндірдік. Жетекші сызықтың денеден шығатын тұсына су тимеуін қадағалаңыз және сол жетекші сызықтың денеден шығатын тұсындағы дәкені алмастырған сәтте ғана жуыңыз. Бақылаушы жабдық пен батареяларды жетекші сызықты тартпайтындей бірақ судан қауіпсіз қашықтықта ұстаңыз. Құралдарды сүлгіге мұқият орналастыру олардың ваннадан не раковинадан сусып, құламауын қамтамасыз ететін болады. Ваннада не суға түсу кабинасында арнайы кресло не орындыққа отырыңыз немесе жылы су құйылған бассейнді, жұмсақ мата, сорғышты пайдаланыңыз. Әйтпесе ваннадағы кілемше не еденді суламас үшін раковина алдында тұрып, дымқыл сүлгімен сүргініңіз. Шашыңызды жуу үшін ваннадағы су бүркігішті пайдаланыңыз. Суға түсіп болғаннан кейін, абайсыз тайғанап кетпес үшін аяғыңыздың асты құрғақ екендігіне көз жеткізіңіз. Жетекші сызықтың денеден шығар тұсына ұнтақтарды себуге болмайды. 4) Жүрек фибрилляциясы. LVAD құрылғысын пайдаланатын науқастардың көбіне қанның ұйып қалу мүмкіндігін азайтып, насос жұмысына кері әсер көлемін төмендету үшін Coumadin (варфарин) дәрісін қабылдауға кеңес беріледі. Егер сіз Coumadin дәрісін қабылдайтын болсаңыз, өзіңіз пайдаланатын тағам өнімдері мен диеталық қоспалардағы К дәруменінің шектеулі көлемінің болуын қатаң бақылауда ұстаңыз, өйткені аталмыш дәрумен Coumadin дәрісінің жұмысына кері әсер етіп, оның тиімділік көлемін төмендетеді. Өз ағзаңыздағы К дәруменінің көлемін шектеулі деңгейде ұстау үшін төмендегі кеңестерге назар аударыңыз: К дәрумені бар тағамдар көлемін күніне ½ кесеге дейін азайту. Мұнда пісірілген капуста, шпинат, шалқан, мангольд, және қыша секілді жасыл өнімдер жатады. К дәруменінің орташа көлемі бар өнімдерді пайдалануды күніне 1 кесеге дейін 3 мезгілді уақытқа шақтап пайдалану. Мұнда шикі шпинат, шалқанның жапырағы, салат жапырақтары, брокколи, эндивий, латук және брассель капустасы жатады (үлесі ½ кесе). Полидәрумендер, шөп қосындылары және К дәруменінің қосындылары бар өнімдерден абай болыңыз. Аталмыш қоспалардың қандай да бір түрін пайдаланбас бұрын дәрігермен ақылдасуын түсіндірдік. 5) Анемия. Жүрекке жасалған отадан кейін көп науқастар анемияға ұшырауы мүмкін – бұл жағдайда ағзаңыздың темірдің қажетті көлеміне қанықпауы салдарынан қан көрсеткіштері күрт төмендеуі байқалады. Анемия кезінде науқас өзін шаршаңқы және мүлдем қуатсыз сезінеді. Ер және әйел адамдар қалыпты жағдайда (екіқабат емес, бала емізбейтін және етеккір циклынан тыс) күніне 10 мг дейін темір көлемін қабылдауы тиіс. Темірдің көп көлемі келесі тағам түрлерінде кездеседі: Байытылған және кеңейтілген дән дақылдары. Дақылдардан жасалған таңғы ас түрлерінің бірқатары ересектердің күнделікті темір қажеттілігін толыққанды қамтамасыз етуге мүмкіндік береді (жалпы 100% мюсли және жүзім жаңғақтарын қоса есептегенде). Ет, балық және құс өнімдері, бұршақ және соя бұршағы, шпинат және жапырақты капуста, кептірілген қара өрік, сары өрік және мейіз. Темірдің ағзаға оңай енуіне септігін тигізетін апельсин, грейпфрут, тәтті бұрыш, құлпынай секілді С дәруменінің жоғары көлемі бар өнімдерді міндетті түрде пайдалануын атап өттік. 6) Психикалық бұзылулар. Кез-келген отадан алдын науқастардың көпшілігінде психологиялық тұрғыдан қорқыныш, үрей болады. Тіпті көптеген науқастарда психикалық бұзылулар орын алып отадан бас тартып жататын кездеріде кездеседі. Ал, ота жүрекпен байланысты болғанда қорқыныш екі еселенетіні анық. Сондықтан мұндай жағдайда науқасқа психологиялық тұрғыдан көмек көрсетіп арнайы седативті терапияны күтімге енгіздік. 7) Артериялық қысымның жоғарлауы. Артериялық қан қысымы жүрек-қан тамыр жүйесі қызметінің негізгі көрсеткіштерінің бірі. Егер адамның дені сау болса, қалыпты артериялық қысыммен қан тамырларында қанның дұрыс айналымы орын алады. Артериялық қысымның физиологиялық нормадан ауытқуы адамға біраз қиындықтар тудырады. Мұндай сырқат дұрыс өмір сүруге кедергі келтіреді және науқастың іс-қимыл әрекеттерін шектейді. Артериялық қысымның жоғарлауы жоғарыда аталған белгілердің салдарынан пайда болады. Сондықтан қысымды жоғарлатпай, бірқалыпта сақтау үшін біз атап өткен ережелердің барлығын қатаң түрде сақтап, күнделікті өмірде қолдануларын талап еттік және күтімді осы критерийлер негізінде аяқтадық.

Қорытынды. Біздің аурухана мейірбикелерімен бірге ұйымдастырған күтімнің арқасында науқастардың отадан кейінгі өмір сапасы жақсарды. Дұрыс тамақтану және диеталық столды күнделікті режимге айналдыру арқасында артық салмағы бар науқастардың 25%-ы артық салмақтан арылды. Отадан кейін суға түсуге үрейленіп жүрген науқастар, біз үйреткен ережелер бойынша душ, ванна қабылдап 95% қатысушылардың өзін-өзі сезінуі

жақсарды. Физикалық активтіліктен қатаң төсектік тәртіпте жатқан науқастардың жатқан ағзасы біршама белсенді әрекетке көшті, ал төсектік тәртіптегі науқастардың ағзасы күш жинап, қалпына келе бастады. Ал 90% науқастар медицина қызметкерлері мен жақындарының қолдауы арқасында және мейірбикелердің аппарат жайлы толық мәлімет беріп науқастарға жиі түсіндіру жұмыстарын жүргізуі нәтижесінде отадан кейін ұзақ өмір сүре алмаймын немесе аппарат кез-келген уақытта тоқтап қалуы мүмкін деген сияқты сан түрлі қорқыныштарынан кішкене болсада арылды. Анемиясы бар науқастарға рационға темір препараты бар тағамдарды енгізудің арқасында біршама нәтижеге қол жеткіздік.

Әдебиеттер

1. Жангирова А.Д. «Ұлттық ғылыми кардиохирургия» орталығы, Астана қаласы. «Heart Magazine Kazakhstan №1», «LVAD аппараты орнатылған науқастар» 23-25 бет. 2014 ж.
2. Сақтағанова А.А. «Мейірбике ісі». -2016 жыл. Мейірбикелік істегі қарым-қатынас 9-10 бет.
3. Асимов М.А., Нұрмағамбетова С.А., Игнатъев Ю.В. Коммуникативтік дағдылар. Оқулық. Алматы, 2009, - 134 б
4. Кулимова Л.Т. Коммуникация негіздері. Оқу әдістемелік құрал. Қарағанды, 2012, - 66-67, - 74 б.
5. Thompson K. Dhesi P. Nguyen D. Czer L. Moriguchi J, Schwarz E. Evaluation of the HeartMate II™ left ventricular assist device in obese heart failure patients: effects on weight loss. Ann Transplant. 16.04.2011: 63-67.
6. Raymond AL, Kfoury AG, Bishop CJ, Davis ES, Goebel KM, Stoker S, Selzman CH. Clayson SE, Smith H. Cowley CG, Alharethi R. Budge D, Reid BB. Obesity and left ventricular assist device driveline exit site infection. ASAIO J. 2010;56:57-60
7. Dang NC. Topkara VK, Mercado M. Kay J. Kruger KH. Aboodi MS. O/. MC.Naka Y. Right heart failure after left ventricular assist device implantation in patients with chronic congestive heart failure. J Heart Lung Transplant. 2006;25:1-6.
8. Kavarana M, Pessin-Minsley M. Urtecho J. Catanese K, Flannery M, Oz M. Naka Y. Right ventricular dysfunction and organ failure in left ventricular assist device recipients: a continuing problem. Ann Thorac Surg. 2006;73:745-750.
9. Morgan J. John R. Lee B. Oz M, Naka Y. Is severe right ventricular failure in left ventricular assist device recipients a risk factor for unsuccessful bridging to transplant and post-transplant mortality. Ann Thorac Surg. 2004;77:859-863.

Резюме

Пашимова И.П., магистрант 2 курса, специальность «Сестринское дело», Қауызбай Ж.Ә. к.м.н., и.о. профессора, Сейдахметова А.А., к.м.н., доцент, Калменов Н.Ж. ассистент
АО «Южно-Казахстанская Медицинская Академия» г. Шымкент, Казахстан

ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛЬНОГО СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ, ПОЛУЧАЮЩИМИ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ LVAD

Одной из основных проблем, рассматриваемых в данной статье, является улучшение качества послеоперационной жизни больных с сердечной недостаточностью, который рассматривается не только в Казахстане, но и как мировая проблема. Из-за того, что аппарат LVAD имплантирован хирургическим путем на сердце имеет очень высокую производительность и требует особого ухода после операции. Не существует никаких гарантий того, что пациент может прожить долгое время, когда операция проводится на высоком уровне, если уход за послеоперационным пациентом не на должном уровне. И послеоперационные осложнения имеют большое количество. Наша основная цель-организация и осуществление сестринского ухода на высоком уровне, чтобы предотвратить эти осложнения и дать свои результаты в операции. Для улучшения качества послеоперационного сестринского ухода и укрепления здоровья больных с поставленным аппаратом LVAD, развития сестринской помощи на основе лучшего международного опыта, содействия в создании системы высокого уровня медицинской подготовки. Обоснование проведения сестринского ухода на основе концепции согласования работ, принятия решений и установления эффективного партнерства с учетом мнения больного.

Ключевые слова: сердечная недостаточность, операция, аппарат LVAD, осложнения, сестринский уход.

Summary

Pashimova I.P., Kauzybay Zh.A., Seidakhmetova A.A., Kalmenov N.Z.

The Department of "Ambulance and nursing", JSC "South-Kazakhstan Medical Academy" Shymkent, Kazakhstan

SPECIAL NURSING CARE OF PATIENTS RECEIVING TREATMENT AFTER THE OPERATION LVAD

One of the main problems considered in this article is to improve the quality of postoperative life of patients with heart failure, which is considered not only in Kazakhstan, but also as a global problem. Due to the fact that the LVAD device is surgically implanted on the heart has a very high performance and requires special care after surgery. There is no guarantee that the patient can live a long time when the operation is carried out at a high level, if the care of the postoperative patient is not at the proper level. And postoperative complications have a large number. Our main goal is to organize and implement nursing care at a high level to prevent these complications and to give the results of the operation. To improve the quality of postoperative nursing care and strengthen the health of patients with LVAD, development of nursing care based on the best international experience, assistance in the creation of a system of high level of medical training. Justification of nursing care on the basis of the concept of coordination of work, decision-making and establishment of effective partnership taking into account the opinion of the patient.

Keywords: heart failure, surgery, LVAD, complications, nursing care.

ГРНТИ 15.41.21

ӘОЖ 616.891.7

Сүйінбай А.Ә., «Мейіргер ісі» мамандығының 2 - курс магистранты, Сейдахметова А.А., м.ғ.к., доцент,

Биболова А.С., м.ғ.к., доцент м.а., Султанова Ж.С., ассистент

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

ТҰРМЫСТЫҚ ЗОРЛЫҚ - ЗОМБЫЛЫҚТЫҢ DAҒДАРЫС ОРТАЛЫҒЫНДАҒЫ ТҮРЛЕРІ МЕН СИПАТЫ

Түйін

Мақалада ғаламдық мәселе болып табылатын әйелдерге қатысты зорлық – зомбылық, отбасылық зорлық-зомбылықтың ауырлық дәрежелі мен құрылымы, балалар мен жасөспірімдер зомбылығы, балалар құқықтарын қорғау қарастырылады. Тұрмыстық зорлық-зомбылық бойынша Қазақстан Республикасы, Ресей, Швейцария елдерінің мәліметтері көрсетілген. Сонымен бірге, тұрмыстық зорлық-зомбылықтың түрлері мен сипаты, тұрмыстық зорлық-зомбылықтың дағдарыс орталығындағы мәселелері, дағдарыс орталықтарындағы көрсетілетін қызмет түрлері, сонымен қатар, қазіргі Қазақстан Республикасындағы тұрмыстық зорлық-зомбылықтың алдын-алу мен зорлық-зомбылықтың жасалу факторлары және әлеуметтік қызметтер зерттеледі.

Түйінді сөздер: әйелдер құқығы, физикалық зорлық-зомбылық, психологиялық зорлық-зомбылық, экономикалық зорлық-зомбылық, шиеленістер.

Өзектілігі: Тіпті ең жақын адамдарымызға да айта бермейтін тақырыптар болады. Солардың бірі - тұрмыстық зорлық-зомбылық. Бұл - жүз мыңдаған әйелде кездесетін өзекті мәселелердің бірі. Отбасындағы зорлық-зомбылық – бұл бір адамның билікті сақтау және басқа адамға бақылау жасауымен сипатталатын мінез-құлқ жүйесі. Отбасылық зорлық-зомбылық циклді түрде дамиды: отбасылық зорлық-зомбылықтың негізгі ерекшеліктерінің бірі - бұл зорлық-зомбылықтың көптеген түрлерінің (физикалық, жыныстық, психологиялық және экономикалық) болуы.

Сарапшылар тұрмыстық зорлық-зомбылықтың латенттілігі, жабықтылығы сияқты ерекшеліктері барын айтады, өйткені, әйелдер өз мәселелерін айналасындағы адамдар дұрыс түсінбей қалуы мүмкін деген оймен айтуға қорқады. Бұл тұрмыстық зорлық-зомбылықтың шешілуін қиындата түседі. Кейде әйелдерге бұл жағдайдан шығар жол жоқ және болмайтындай көрінеді. Бірақ оның шешімі әрқашан бар және қоғамдық жұмыс қызметкерлері тығырықтан шығуға көмектеседі [1].

Ресейлік қылмыстық статистика адам өлімінің 80% үй жағдайында жасалатындығын көрсетеді. Швейцариялық сарапшылар отбасылық зорлық – зомбылықтың муниципияльды және федеральды шығыны жыл сайын шамамен 400 млн швейцариялық франкты құрайды деп санайды. Отбасылық зорлық - зомбылықтың негативті салдары 87,2% психикалық ауытқушылық және 71,4% денсаулыққа физикалық зиян келтіру, 37,5% мінездің нашарлауы, 34,8% репродуктивті функциялардың бұзылуына алып келеді [2].

Қазақстан Республикасының статистикалық мәліметтері бойынша, тұрмыстық зорлық-зомбылықтың салдарынан жыл сайын республикада 500-ге жуық әйел адам көз жұмады екен. Дағдарыс орталығы одағының зерттеулері бойынша, Қазақстанда әрбір үшінші әйел соққыға жығылады, ал әрбір бесінші әйел зорлаудың құрбаны болады екен. Тұрмыстық зорлық-зомбылықтың алдын алу жөніндегі заңдар келесі міндеттерді көздейді: шұғыл түрде тұрмыстық зорлық-зомбылықтың жолын кесу; жәбірленушіге қауіпсіздік жағдайларын жасау; жәбірленушіге көмек түрлерін көрсету (ақпараттық, құқықтық, психологиялық және т.б.) және құқық бұзушыға қатысты тұрмыстық зорлық-зомбылықтың жеке профилактикалық шараларын қолдану. Тұрмыстық зорлық-зомбылық - күш көрсету, психологиялық, сексуалдық және (немесе) экономикалық зорлық-зомбылық түрінде болуы мүмкін. Күш көрсету зорлық-зомбылығы – дене күшін қолданып, денені ауыртып, денсаулыққа қасақана зиян келтіру. Психологиялық зорлық-зомбылық – адамның психикасына қасақана әсер ету, оны қорқыту, қорлау, бопсалау немесе құ-қық бұзушылықтарды немесе өмірге немесе денсаулыққа қауіп төндіретін, сондай-ақ психикалық, дене және жеке басы дамуының бұзылуына әкелетін әрекеттерді жасауға мәжбүрлеу (еріксіз көндіру) арқылы ар-намысы мен абыройын кемсіту. Балаларға, әсіресе кішкентай балаларға зорлық-зомбылықтың үй, отбасы ішінде көрсетілуі көзге түсе қоймағандықтан, көп жағдайда мойындалмайды. Балаларға қауіп-қатер сыртта жүргенде бөгде адамдар тарапынан төнеді деген жалған пікір қалыптастыру үрдісі байқалуда. Жағдайдың шатақ болуы мәселенің күрделілігіне байланысты, сондай-ақ балалар жайлы пікірдің индивидуум және отбасының басқа мүшелері сияқты қорғалу құқығы бар құқық субъектісі болудан гөрі, ата-анасының меншігі ретінде қалыптасудың салдары. Балаларға қатыгездік көрсету және адамзаттық абыройына нұқсан келтіру, оларды ата-аналарының және өзге қамқоршыларының жазалауын қоғамдық пікірдің қолдауы. Тұрмыстық зорлық-зомбылықтың алдын-алу мәселесінде ең маңыздысы құқық бұзушыны жазалау емес, отбасын қолдау және сақтау. Жазалау шараларынан гөрі алдын алу шараларын қарастыру, құпиялылық, өмірлік қиын жағдайда жүрген әрбір адаммен жеке жұмыс жүргізу сияқты принциптер басшылыққа алынады. Сондықтан, тиісті мемлекеттік органдардағы зорлық-зомбылықтың алдын алумен айналысатын қызметкерлер отбасы және адам психологиясын жақсы білетін, тәжірибесі мол азаматтар болуы қажет. Бұл ретте құқық қорғаушылардың алдында күрделі міндеттер пайда болады. Оларды ойдағыдай шешу үшін Ішкі істер министрлігіне сапалы нұсқамалар жазып, біліктілігін арттыру және қайта дайындау, психологиялық курстарды ұйымдастыру қажет болады. Бірақ, қазірдің өзінде полиция органдарында мамандандырылған, яғни әйелдерге, балаларға қарсы жасалған қылмыстармен айналысатын құрылымдар бар. Жасөспірімдер мен отбасына қатысты істерді қарайтын арнайы мамандандырылған соттар құрылған [3].

Отбасындағы зорлық-зомбылық – адамның жеке өміріне араласудың ең қауіпті түрі, өйткені адам өмірінің негізгі құндылығы болып табылатын денсаулығына қауіп төндіреді. Қылмыстың мұндай түрі жалпы

алғанда, мемлекет пен қоғамға түзелмес зиян келтіреді, отбасындағы келіспеушіліктер мен түсініспеушіліктер отбасы ішілік шиеленістерге алып келеді, отбасылық шиеленістерді зорлық-зомбылық арқылы шешеді. Соңғы уақытта, отбасылық-тұрмыстық қылмыстардың ішінде агрессивті отбасылық қылмыстар көбейген. Әсіресе, отбасындағы зорлық-зомбылық өзін-өзі қызықтыру мақсатында (мұрагерлік мәселелері және т.б.) орын алса, қылмыскерлер одан да қатаң болады. Қазіргі уақытта, заңға сәйкес, кәмелетке толмағандарға заңдық өкілдіктерсіз ойын-сауық мекемелеріне келуге тыйым салынады және 21 жасқа толмаған жасөспірімдерге алкоголь өнімдерін сатуға тыйым салынады. Мемлекеттік органдармен қатар, түрлі үкіметтік емес ұйымдар отбасын зорлық-зомбылықтан, әсіресе Қазақстанда қорғауға қатысады, 24 үкіметтік емес ұйымдар әйелдерді және балаларды зорлық-зомбылықтан қорғайды. Сонымен бірге, отбасындағы зорлық-зомбылықтан қорғау үшін 2 ерлердің дағдарыстық орталықтары бар. Нақтырақ айтсақ, тіпті ер адамдар да бұл қылмыс түрінен зардап шегеді.

2001 жылы Ақтөбе қаласында әйелдердің кәсіби деңгейіне қарамастан қазіргі заманға сай қоғамдық және өмірлік бағыт-бағдар беруді мақсат еткен ұйым құрылды. 1998 жылы Алматы қаласында Әділет департаментіне коммерциялық емес қоғамдық ұйым - «Құрбылар» дағдарыс орталығы тіркелген, өмірлік қиын жағдайда жүрген әйелдерге көмектесетін Қазақстандағы ашылған ең алғашқы дағдарыс орталығы болды.

Мұндай орталықтардың бағыты – зорлық-зомбылық көрген әйелдер мен балаларды психологиялық қалпына келтіру мен әлеуметтік бейімдеу, зорлық-зомбылықсыз қоғам қалыптастыру, қоғам ойын зәбір көрсетуші мен зардап шегушіге әрекеттестіру болды [4].

Дағдарыс орталықтарының негізгі мақсаты – адам құқығы мен бостандығын негізге ала отырып, әйелдер құқығының қорғалуын қамтамасыз ету; зорлық – зомбылық құрбанына әлеуметтік, психологиялық және құқықтық қолдау көрсету;

Негізгі қызметтік бағыттары – тұрмыстық зорлық-зомбылықтан зардап шегушіге көмек көрсету, адам саудасына қарсы әрекет ету, адам және балалар құқығын қорғау, отасына қолдау көрсету, еңбек мигранттарының құқығын қорғау.

Дағдарыс орталығына келушілерді зорлық – зомбылық дәрежесіне байланысты бірнеше топқа бөлінеді: психо-физикалық зорлық-зомбылыққа ұшыраған әйелдер мен жасөспірімдер, аяғы ауыр жасөспірімдер мен жасөспірім аналар, кәмелет жасқа толмаған балалары бар ажырасу жағдайындағы әйелдер, өміріне және денсаулығына қауіп төніп тұрған әйелдер мен жасөспірімдер [5].

Дағдарыс орталығына келгенде әйелдер мына қызмет түрлерін алады: әлеуметтік – экономикалық қызмет (Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес отбасыларға әлеуметтік көмек көрсетуді жүзеге асыру, сонымен бірге, мамандық таңдау, жұмысқа орналасу, біліктілігін арттыру, уақытша және тұрақты жұмысқа орналасуын жүзеге асыру), әлеуметтік – құқықтық қызмет (арнайы құқықтық кеңес беру, зейнетақыны және басқа да құжаттарды рәсімдеу немесе қайта қалпына келтіру), әлеуметтік – психологиялық қызмет (шұғыл психологиялық көмек, өзара қолдау көрсететін топтарға және қарым-қатынас клубтарына қатысуына көңіл бөлу, уайымын сейілту мақсатында психологиялық тренингтер өткізуді қамтамасыз ету), әлеуметтік – педагогикалық қызмет (экскурсия, көрме, театр, концерттер және басқа да мәдени іс-шараларға қатысуын қамтамасыз ету, т.б.), әлеуметтік – медициналық қызмет (Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес әлеуметтік – медициналық қызмет алуын қамтамасыз ету). Дағдарыс орталығындағы қызметкерлердің кәсіби біліктілігінің арқасында жылына 23 000-нан астам тұрмыстық зорлық- зомбылық көрген әйелдер өмірлік қиын жағдайлардан шығатын жол таба білді. Жыл сайын дағдарыс орталықтарында әйелдерге қатысты тұрмыстық зорлық-зомбылықты ескертетін және алдын-алатын әлеуметтік маңызды жобалар жасалынады. Қазақстанның әлеуметтік қызмет көрсету және халықты әлеуметтік қорғау жүйесінде өмірлік қиын жағдайда жүрген әйелдермен әлеуметтік жұмыс жасау маңызды компонент болып табылады, оның негізін – ғылыми, қолданбалы, тәжірибелік және ұйымдастырушылық аспектілер құрайды [6].

Отбасылық жанжал мен зорлық-зомбылық жағдайларының айырмашылығын білген маңызды: жанжал жергілікті оқшауланған сипатта болса, зорлық – зомбылық жүйелі негізде және белгілі бір оқиғалардан тұрады [7].

Қақтығыстың негізі белгілі бір мәселені шешуге бағытталады. Ал, отбасындағы зорлық-зомбылық – отбасын билеу мен зардап шеккен тарапты бақылау мақсатында орын алады. Жәбір көрсетуші адам зорлық – зомбылықтың нақты себептерін түсіндіре алмайды [8].

Зерттеу мақсаты: Дағдарыс орталығында әлеуметтік көмек алатын әйелдердегі тұрмыстық зорлық-зомбылықтың ауырлық дәрежесі мен құрылымын зерттеу.

Материалдар мен әдістер. Зерттеу Шымкент қаласы, «Көмек» дағдарыс орталығында жүргізілді. Дағдарыс орталығында осы уақытқа дейін стационарлы түрде әлеуметтік көмек алған әйелдер мен балаларының саны - 95. Әр әйелде орташа алғанда – 4 - 7 балаға дейін бар. Тұрмыстық зорлық-зомбылықтың ауырлық дәрежесін бағалау үшін арнайы «бағалау парағы» құрастырылды. Ол зорлық-зомбылықтың физикалық, психологиялық және экономикалық дәрежесін анықтауға мүмкіндік береді.

Бағалау парағы 3 негізгі бөлімнен тұрады. 1- бөлімі – физикалық зорлық – зомбылық. Бұл бөлімде денсаулыққа зиян келтіру, күш көрсетіп ұрып – соғу, сыйламау, айналасындағы заттарға зиян келтіру және басқа да зорлық –зомбылық әрекеттерді сұрастыру арқылы әйелдерді бағаладық. 2-бөлімі – психологиялық зорлық – зомбылық. Бұл бөлімде әйелдің психикасына әсер ететін жағдайлар: қатігездік, мазақ етушілік, адамды кемсіту, балағаттау, бопсалау, зардап шегушінің адами құндылығын төмендету, теріс эмоция туғызатын басқа да іс-әрекеттерімен бағаладық. 3- бөлімі – экономикалық зорлық –зомбылық. Бұл бөлімде жеке басты куәландыратын құжаттарынан айыру, өмір сүруге қажетті қаражаттан, тұрғын үйден, киім мен тамақтан айыру және басқа да зорлық – зомбылық әрекеттерді сұрастыру арқылы әйелдерді бағаладық.

«Бағалау парағында» максималды балл – 16 балл. 1 немесе 0 деген баға арқылы бағаланады. 10 баллдан жоғары болса – зорлық – зомбылықтың ауыр дәрежесі болып есептелінеді.

Нәтижелері және талқылау. «Бағалау парағы» сараптамасы – 56 әйелге жүргізілді. Осы сараптама бойынша 30 әйел зорлық – зомбылықтың физикалық дәрежесімен, 15 әйел – психологиялық дәрежесімен және 11 әйел экономикалық дәрежеде зардап шеккені анықталды. Яғни, физикалық зорлық – зомбылық – 63%, психологиялық зорлық – зомбылық – 25%, ал экономикалық зорлық – зомбылық дәрежесі – 12% - ды құрады. Соның ішінде, физикалық зорлық – зомбылықтан зардап шеккен 10 әйелден 6 әйел (59%) - ауыр дәрежеде (олардың отбасына қайта оралуға ойы жоқ), 4 әйел (41%) - орташа ауырлық дәрежеде деп бағаланды. Ал, психологиялық зорлық – зомбылықтан зардап шеккен 4 әйелден 3 әйел (75%) - ауыр дәрежеде, 1 әйел (25%) - орташа дәрежеде екендігі анықталды. Экономикалық зорлық – зомбылықтан зардап шеккен 2 әйелдің ауырлық дәрежесі (100%) орташа деп бағаланды.

Қорытынды. Қорыта келе, 63% - физикалық факторлардың нәтижесінде, 25% - психологиялық факторлардың нәтижесінде, 12% - экономикалық факторларға байланысты тұрмыстық зорлық- зомбылықтан зардап шеккен әйелдер отбасына қайта оралуға ниеті жоқ. Тұрмыстық зорлық- зомбылықтан зардап шеккен әйелдер ішінде физиологиялық факторлардың әсері жоғары деп есептелді.

Әдебиеттер:

1. Бойченко Л. Женская преступность, вопросы преодоления домашнего насилия, преступления против женщин в Республике Коми // Права женщин в России. Законодательство и практика. №4, 2008г. – С. 28–35.
2. Борбат А.В., Ильяшенка А.Н., Пономарев П.Г. Насильственная преступность в семье: меры предупреждения // Российский следователь. 2012г. № 2 – стр. 89
3. Сарсенбаев Т.А., Тұрмыстық зорлық - зомбылықпен күрес. Алматы, 2013 ж., - 195 б.
4. Сборник статистических данных о преступности и результатах деятельности правоохранительных органов и судов в Республике Казахстан за 12 месяцев 2013 г. – Астана, 2014.
5. Данилова О.Л. «Психология восприятия насилия: культурный и гендерный аспекты» - СПб., 2015г.- Стр. 391
6. Серикбаев Т.А. Здоровье ребенка и его охрана в уголовном праве: автореф.– Алматы: 2009ж.
7. Алимбекова Г. Т. Проблема насилия в отношении женщин: социологический анализ. - Алматы, 2008. – 264 с.
8. Елена Архипова Насилие в семье. / Елена Архипова. - Москва: Гостехиздат, 2016г. - 910 стр
9. Савкина И.: Мужественное и женственное в автобиографических записках Н. Дуровой // сборник статей – М., 2012г.

Резюме

Сүйінбай А.А., Сейдахметова А.А., Биболова А.С., Султанова Ж.С.
АО «Ожно-Казахстанская медицинская академия»

ВИДЫ И ХАРАКТЕР БЫТОВОГО НАСИЛИЯ В КРИЗИСНОМ ЦЕНТРЕ

В статье рассматриваются насилие в отношении женщин, степень тяжести и структура семейного насилия, насилие детей и подростков, защита прав детей. Данные по бытовому насилию представлены в Республике Казахстан, Российской Федерации, Швейцарии. В нем также рассматриваются типы и характер насилия в семье, проблемы домашнего насилия в кризисном центре, услуги, предоставляемые в кризисных центрах, а также предупреждение насилия в семье в Республике Казахстан и факторы насилия и социальных услуг.

Ключевые слова: права женщины, физическое насилие, психологическое насилие, экономическое насилие, конфликты.

Summary

Suinbai A.A, Seidakhmetova A A, Bibolova A.S., Sultanova Z.S.
South Kazakhstan Medical Academy

THE TYPES AND NATURE OF DOMESTIC VIOLENCE CRISIS CENTER

The article deals with violence against women, the severity and structure of family violence, violence of children and adolescents, protection of children's rights. Data on domestic violence are presented in the Republic of Kazakhstan, the Russian Federation and Switzerland. It also examines the types and nature of domestic violence, the problems of domestic violence in the crisis centre, the services provided in crisis centres, as well as the prevention of domestic violence in the Republic of Kazakhstan and the factors of violence and social services.

Key words: women's rights, physical violence, psychological violence, economic violence, conflicts.

Сағидулла А.Т.- 4 курс студенті, toktarbek2030@mail.ru

Серикова Б.Д. – Жедел медициналық көмек және мейіргер ісі кафедрасының ассистенті, bagi_d90@mail.ru

Сейдахметова А.А. - м.ғ.к., доцент, aiyat-seidahmetova@mail.ru

Султанова Ж.С.- Жедел медициналық көмек және мейіргер ісі кафедрасының ассистенті, Шымкент қ., Қазақстан

ИНСУЛЬТТАН КЕЙІНГІ САУЫҚТЫРУ ШАРАЛАРЫН ЖҮРГІЗУДЕГІ МЕЙІРГЕРДІҢ РӨЛІ

Кіріспе. Инсульт-жедел көмекті қажет ететін ми қанайналым жүйесінің жіті бұзылысы[1]. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының деректері бойынша, жыл сайын әлемде 50 млн адам инсультқа шалдығады[2]. Түркістан облысы бойынша жыл сайын 3000 адам инсульт ауруымен тіркеуге алынады. Ал, осы науқастардың жартысынан көбі мүгедектікке шалдығатынын ескерсек, бұл өзекті мәселе болып табылады[3]. Зерттеудің мақсаты: Инсульттан кейінгі оңалту шараларының ерекшеліктерін бақылау және сауықтыру шараларын жүргізудегі мейіргердің қызметін оңтайландыру мақсатында науқастарға күтім жоспарын дайындау.

Зерттеу материалдары мен әдістері. Зерттеу Обылыстық клиникалық аурухананың неврология бөлімшесінде 2018 жылдың қыркүйек- қараша айлары аралығында жүргізілді. Зерттеуге 30 науқас қатысты, олардың жасы 30-87 аралығында. Ерлер 14 адам(47%), әйелдер 16 адам(53%). Бұл зерттеу үш кезеңнен тұрды:

1. Стационарға жататын науқастар арасында талдау жүргізу.

2. Зерттеу нәтижелерін статистикалық өңдеу.

3. Статистикалық өңдеу нәтижелерін ескере отырып, мейіргерлік күтім жүргізу моделін әзірлеу.

Жұмыс барысында келесі бағалау шкалалары қолданылды:

1. Ривермидтің мобильділік индексі анықтау шкаласы (науқастың қимыл-қозғалыс мүмкіндігін анықтау).

2. Рэнкиннің модификацияланған шкаласы (мүгедектік дәрежесін бағалау шкаласы және науқастың функционалдық тәуелсіздігін анықтау).

Сараптама жүргізу негізінде инсультпен түскен науқастардың жасы мен жынысына талдау жасалды. Оның ішінде әйелдер 53% және ерлер 47% анықталды. Яғни, әйелдердің инсультқа ерлерге қарағанда жиі шалдығатындығын байқауымызға болады. Жасына байланысты 30-40 жас аралығында 1 науқас, 40-50 аралығында 3 науқас, 50-60 жас аралығында 9 науқас, 60-70 жас аралығында 4 науқас, 70-80 жас аралығында 9 науқас, 80 және одан жоғары 4 науқас екендігін анықтадық. Бұл кезеңде ер науқастар 50-60 жас деңгейінде басым, ал әйелдер 70-80 жас деңгейінде басым.

Сараптама негізінде ишемиялық инсультпен түскен науқас саны 23(77%), гемморагиялық инсультпен ауырған науқас саны 7(23%). Талдау көрсеткендей ишемиялық инсульт көлемі гемморагиялықтан 4 есе жоғары.

Осыдан кейін медициналық көмек алуға келгендердің уақыты бойынша талдау жасалды:

1. Бірінші топ-алғашқы 6 сағат ішінде келгендер-13 науқас (43,3%).

2. Екінші топ-6-24 сағат ішінде келген науқастар-10 науқас(33,3%).

3. Үшінші топ-24 сағаттан кейін түскен науқастар-7 науқас (23,4%).

Сонымен қатар Ривермидтің мобильділік шкаласын анықтау үшін науқастарды 3 топқа бөлдік.

1 топ 30-59 жас аралығы: ауруханаға түскен уақыттағы -3,3 балл, 7 күндік емнен соң-5 балл, шыққан уақыттағы көрсеткіш-7,8 балл.

2 топ 60-74 жас аралығы түскен уақыттағы көрсеткіш-3,8 балл, 7 күндік емнен соң-5,3 балл, шыққандағы көрсеткіш-7,1 балл.

3 топ 75-89 жас аралығы түскен уақытта-3,3 балл, 7 күндік емнен соң 4,4 балл, шыққан уақыттағы көрсеткіш-6,2 балл. Яғни, 3 топта да оң көрсеткіш, оңалту белгілері байқалады.

Сонымен қатар біз мүгедектікті анықтау шкаласын жүргіздік. Бұл Рэнкин шкаласы инсульттан кейінгі науқастың функционалдық жағдайын бағалауға негізделген. Барлық талдауды жасап болғаннан соң нәтижелерді бағалау үшін Стьюдендтің бағалау критерийін қолдандық. Бағалау критерийінің негізінде ауруханаға түскен уақытпен салыстырғанда шыққан уақытта науқас жағдайы жақсарғанын және ерте медициналық көмекке жүгінген науқаста оңалу жылдам болатынын анықтадық.

Талдау нәтижелері негізінде инсульт алған науқастарды оңалту мақсатында мейіргерлік күтімді ұйымдастыруды жоспарладық. Күтім 5 кезеңнен тұрды:

I. Мейіргерлік тексерумен қатар науқас мәртебесін анықтайтын сұраныс жүргізіледі. Бұл кезеңде 15 баллдық шкала негізіндегі сұрастыру жүргіздік. Сұраныс: тыныс алу мүмкіндіктерін анықтау, зәр шығару кезіндегі қиындықтарды нақтылау, тамақтануды ұйымдастыру мәселелері, қозғалыс қиындықтары, киім ауыстыру кезіндегі қиындықтар, төсек-орынды ауыстыру мәселелері, өзіне күтім жасау мәселелері: душ қабылдау, жеке гигиенаны сақтау шараларын жүргізу.

II. Зерттеулер негізіндегі мейіргерлік диагноз қою. Бұл кезеңнің негізгі мақсаты: науқастың мәселелерін анықтау. Сұрастыру кезіндегі басым мәселелер: неврологиялық бұзылулар 17 науқаста, артериялық гипертония 8 науқаста, бронхит және пневмония негізіндегі жөтел 5 науқаста анықталды.

III. Үшінші кезеңде қарастырылған мейіргерлік диагноз негізінде күтімді жоспарлау: қажеттіліктерді ескере отырып стратегия құрастыру. Қойылған мақсаттарға жету мерзімін белгіледік: қысқа мерзімді және ұзақ мерзімді. Қысқа мерзімді-пациенттердің басым және ілеспелі мәселелерін жою. Ұзақ мерзімді-қозғалыс функцияларын жандандыру.

IV. Жоспарлау негізінде күтімді жүзеге асырамыз. Алғашқы 3-5 күнде қарқынды терапия жүргіздік:

Профилактикалық іс-шаралар: әрбір 2-3 сағат сайын орын тәртібін ауыстыру, ингаляция жасау, тыныс алу жаттығуларын жасау (статикалық демалыс жаттығулары), діріл массажи, жұтынудың бұзылыстарын қалпына келтіру, пассивті және белсенді гимнастика (иық, шынтақ, тізе, жамбас-сан буындарына жаттығу), конвертилизация (отырғызу және тұрғызу, жүру, кереуетке жатқызу т.б.), кинезиотерапия (белсенді қозғалыс әрекеттерін жасау), эрготерапевтік сабақ (қолдың ұсақ моторикасын, барлық қарым-қатынас қимылдарын қалпына келтіру, логопедтік сабақ (артикуляциялық сабақ), физиотерапия (магнитотерапия, нейробұлшықеттік стимуляция, вокал арқылы тіл-жұтқыншақ қызметін қалпына келтіру, инемен рефлексотерапия, әлеуметтік оңалту).

V. Күтімнен кейінгі нәтижесін шығардық.

Қорытынды. Оңалту кең ауқымды және науқас үшін өте жауапты шаралар кешені. Бұл жұмыста Ривермид және Рэнкин шкаласы бойынша науқастағы негізгі мәселелерді анықтадық. Осы негізде:

1. Оңалтудың бірізді жоспарын дайындадық. 14 күн оңалту негізінде науқастағы барлық мәселелерді қамти отырып, күтім жүзеге асырылды.

2. Оңалтудан кейінгі науқастың өзіне және туыстарына күтім жасауға машықтандырдық: емдәм қабылдау, функционалдық белсенділікті дамыту т.б.

Әдебиеттер

1. Парфенов В.А., Хасанова Д.Р. Мидың тамырлы аурулары 2009 ж, 56 бет.
2. Беленкая Р.М., Инсулт және ми артерияларының нұсқалары 2013 ж, 19 бет.
3. Данилов В.И., Агафонова Н.В. Инсултты емдеу және алдын-алу шаралары 2014 жыл, 21 бет.

ГРНТИ 76.29.30
 ЭОЖ 618.173-084

Эдилова Р.М., «Мейіргер ісі» мамандығының 2- курс магистранты,
 Сейдахметова А.А. м.ғ.к., доцент, Қауызбай Ж.Ә. м.ғ.к., профессор м.а., Ходжакулова У.А.
 «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ, Шымкент қаласы, Қазақстан

ПОСТМЕНОПАУЗАДАҒЫ ӘЙЕЛДЕРДІҢ ЖҮРЕК-ҚАНТАМЫР АУРУЛАРЫН АЛДЫН АЛУ ШАРАЛАРЫ

Түйін

Әйелдердің жасы постменопауза кезеңіне жеткен соң артериялық гипертензия мәселесі өзекті болып табылады. Артериялық гипертензия жүрек-қантамыр ауруларына әкеліп соғып, өлім-жітімді көбейтеді. Сол себептен артериялық гипертензиясы бар постменопаузадағы әйелдерге «Денсаулық мектебі» бағдарламасының ұйымдастыру маңызды болып табылады. Бағдарлама осы кезеңдегі әйелдердің өмір сапасын жақсартып, артериялық гипертензияның өту ағымын жеңілдетеді.

Кілт сөздер: артериялық гипертензия, постменопауза, екіншілік профилактика, психоэмоционалдық бұзылулар, климатериялық синдром.

Мақсаты: №1 Шымкент қалалық клиникалық ауруханасында артериялық гипертензиясы бар постменопаузадағы әйелдерге «Денсаулық мектебі» бағдарламасының тиімділігін бағалау.

Өзектілігі: Әйелдерде еркектерге қарағанда қан қысымы әдетте төмен болады. Алайда, постменопаузадан кейін, әйелдерде артериялық гипертензияның таралуы еркектерге қарағанда жоғарылайды. Сонымен қатар, ерлерге қарағанда әйелдердің басым көпшілігі терапевтік режимдерді ұстанатынына және олардың қан қысымы ерлерге қарағанда жиі өлшенетініне қарамастан, әйелдерде жүрек-қантамыр аурулары өлім-жітімінің басты себебі болып табылады [1]. Әйелдердің жасы ұлғайған сайын артериялық гипертензия мәселесі өзекті болып келеді. Постменопаузаның басталған уақытын көбіне жүрек қантамыр ауруларының көбею қатерімен байланыстырады [2]. Осылайша, эстроген мен прогестерон деңгейінің күрт төмендеуімен сипатталатын менопаузаның пайда болуы артериялық гипертензияның дамуына ықпал етеді [3].

Гипертензияны қадағалаудың шектеулілігінің негізгі себептерінің бірі науқастың өз ауруының бар екендігінен жеткіліксіз хабардар болуы, гипертензияның алдын алу шараларын білмеуі, сондай-ақ науқастардың дәрігер айтқан ұсыныстарын төмен деңгейде сақтауы. Бұған қоса, постменопауза кезеңінде семіздік, диеталық өзгерістер, қимылсыз өмір салты сияқты факторлар глюкозалық төзімділікке, инсулин сезімталдығының төмендеуіне және метобализм алмасуларының бұзылуына алып келеді. Бұл, өз кезегінде, артериялық гипертензияның өту ағымын нашарлатады [4, 5, 6].

Адамның денсаулығы өзінің өмір салтымен анықталады және адам өз денсаулығына өзі қамқорлық жасамаса оған ешқандайда жоғары инновациялық технология көмектеспейді [7].

Жоғарыда айтылғандай, науқастардың бұл категориясында метаболикалық бұзылыстар анықталғандықтан, медикаментозды емес терапия мәселесі маңызды орынға ие болуы керек. Артық салмағы бар әйелдерге төмен калориялы диетаны тағайындау салмақ жоғалуына, қан қысымының төмендеуіне әкеледі және инсулинге төзімділік, қант диабеті, гиперлипидемия, сол жақ қарыншалы миокард гипертрофиясы сияқты қауіпті аурулардың алдын алады [8]. Алдын алу бағдарламаларының нәтижелілігінің маңызды факторына постменопауза кезеңіндегі және сол кезеңге жақындаған әйелдердің өз денсаулығына деген қарым-қатынасы және денсаулығына теріс әсер ететін факторлар жөнінде хабардар болуы жатады [9]. Сол себептен «Денсаулық мектебі» бағдарламасын постменопауза кезеңіндегі әйелдер арасында ұйымдыстыру маңызды болып табылады.

Материал және әдістер: №1 Шымкент қалалық клиникалық ауруханасында терапия бөлімінде стационарда ем қабылдап жатқан 40 артериялық гипертензиясы бар постменопаузадағы әйелдер арасында «Денсаулық мектебі» құрылды. «Денсаулық мектебінде» сабаққа келмеген 40 әйел салыстырмалы топты құрады. Салыстырмалы топтағы әйелдердің хал-жағдайы туралы ақпараттар қашықтан хабарласу арқылы алынып отырды. «Денсаулық мектебі» тобындағы науқастар медикаментозды және медикаментозды емес емдеудің барлық ережелеріне, сондай-ақ денсаулық жағдайын өздігінен бақылауға қатысты міндеттерін орындауға келісті. Екі топтың қатысушыларының орта клиникалық сипаттамасын анықтадық. (1 кесте)

1 кесте - Әйелдердің клиникалық сипаттамасы

Клиникалық сипаттама	Бақыламалы топ	Салыстырмалы топ
Әйелдер саны	40	40
Орта жасы	54,95±1,5	56,8±1,7
Дене салмағының индексі	27,3±2,5	29,4±1,3
Систолалық АҚ	161±21	162±24
Диастолалық АҚ	92±10	93±12

Денсаулық мектебінің басты мақсаты - тәуекел факторларын, әсіресе темекі шегуді тоқтатуды жоюға көмектесу; науқастар мен олардың отбасыларына өмір сапасын жақсарту үшін әлеуметтік және отбасылық қолдау мүмкіндігі туралы хабарлау; қан қысымын өлшеуде практикалық дағдыларды үйрету; гипертония асқынуларының дамуына жол бермеу.

Әйелдердің денсаулығын қадағалауда артериялық гипертензия жөнінде толық хабардар болу маңызды болып табылғандықтан, қатысушылар арасында ақпарат алу көздері жөнінде сауалнама алынды (1 диаграмма).

1 диаграмма – Сауалнама көрсеткіштері



Топ мүшелерінен ең алғашқы және соңғы күні САН сауалнамасы алынды. САН сауалнамасын – 1973 жылы И.С. Сеченов атындағы Мәскеу медициналық институтының мүшелері В. Доскин, Н. Лаврентьева, В.Ш. Шарай және М.Мирошников әзірлеген. Әдіснаманы әзірлегенде, авторлар функционалды психо-эмоционалды жағдайдың үш негізгі компоненті - әл-ауқат, белсенділік және көңіл-күйді полярлы бағалаумен сипаттайтын, оның арасында аралық мәндердің үздіксіз дәйектілігі бар екендігін көрсетті.

Денсаулық мектебіне қатысатын интерактивті оқытылу группасында 5 тақырып бойынша 10 сабақ жүргізіліп, пациенттерге ақпараттық материалдар берілді. Жоспарға салауатты өмір салтын қалыптастырудың негізгі компоненттері кіреді. Екі топтағы әйелдерден олардың өмір сапасын бақылау мақсатында алғашқы күні және 3 айдан кейін Дүниежүзілік денсаулық ұйымының өмір сапасын бағалаудың қысқаша сауалнамасы (WHOQOL-BREF) алынды (2 кесте). WHOQOL-BREF қысқаша сауалнамасы келесі кең ауқымды элементтерден тұрады: физикалық денсаулық, психологиялық денсаулық, әлеуметтік қатынастар және қоршаған орта. WHOQOL-BREF сауалнамасы түпнұсқаның қысқартылған нұсқасы болып табылады. Респонденттерге өз сезімдеріне қатысты жалпы және жеке 26 сұраққа жауап беруі ұсынылады. Сәйкесінше сауалнаманың талаптарына сәйкес, респонденттер бағаланады.

2 кесте - Өмір сапасының көрсеткіштері

Өмір сапасын бақылайтын шкала	Бақыланатын топ (n=40)		Салыстырмалы топ(n=40)	
	Бастапқы	3 айдан кейін	Бастапқы	3 айдан кейін
Физикалық жұмыс (PF)	53,6 ± 4,1	69,7 ± 4,5*	58,2 ± 4,5	60,4 ± 3,5*
Рөлдік физикалық жұмыс (RP)	45,6 ± 5,5	61,7 ± 5,6*	45,0 ± 4,9	50,6 ± 4,1*
Ауырсыну (BP)	42,3 ± 4,6	47,1 ± 4,4	38,2 ± 5,4	40,3 ± 5,4
Жалпы денсаулық (GH)	36,9 ± 4,0	52,2 ± 4,2*	40,0 ± 4,2	45,2 ± 4,1
Өмір сүруге бейімділік (VT)	42,1 ± 5,0	55,7 ± 4,6*	43,7 ± 4,5	47,7 ± 4,5
Әлеуметтік жұмыс (SF)	62,5 ± 4,5	80,4 ± 4,6*	61,5 ± 4,5	68,0 ± 4,8
Эмоционалды жұмыс (RE)	52,2 ± 5,6	85,6 ± 5,7*	55,4 ± 5,6	60,5 ± 5,4
Психологиялық денсаулық (MH)	43,6 ± 4,9	60,0 ± 5,0*	50,3 ± 4,7	51,0 ± 4,8
Хал-жағдай динамикасы (CH)	38,3 ± 3,8	42,9 ± 4,0	41,2 ± 4,1	43,5 ± 4,0

Нәтижелері: Медициналық-әлеуметтік портреттің негізгі сипаттамалары: аурудың ұзақтығы - 9,8 ± 0,3 жыл; орта арнайы білімі бар (52%), артериялық гипертензиясы бар екенін білетіндер (95 ± 2,1) және үйлесімді аурулар (83 ± 1,2), артериялық гипертензияның ұзақтығы 5 жыл (35 ± 1,8) (4,3 + 1,2 жас). Терапияны тұрақты қабылдамай, тек денсаулық жағдайы нашарлағанда препарат қабылдайтындар (емделу жиілігін бұзу) (37 ± 2,5), емдеуді жүргізуге және емдеуге, дәрігерге қаралатындар (20 ± 3,1), өздігінен емделумен айналысатындар (60 ± 4,2). Көптеген адамдар (92 ± 2,3) дәрі қабылдауды ұмытып немесе дәрі қабылдау режимін сақтамайтындар (49 ± 3,2) өзін жақсы сезінгенде дәрі қабылдамайтындар (25 ± 4) болып табылады. Екі топ қатысушыларының САН сауалнамасы бойынша көрсеткіштері 3 кестеде көрсетілген.

3 кесте - САН тестінің динамикасы

Бақылау шкаласы	Негізгі топ		Салыстырмалы топ	
	Бастапқы	3 ай	Бастапқы	3 ай
Хал-жайы	37,9±2,5	46,4±2,7*	38,2±2,8	42,0±2,8
Активтілігі	40,5±1,7	48,7±1,4*	40,5±1,5	42,5±1,6
Көңіл күйі	42,7±2,3	54,2±2,6*	41,2±2,8	43,5±2,7

Қорытынды: Салыстырмалы топтағы қатысушылардың өмір сапасы «Денсаулық мектебінің» бақылаушыларымен салыстырғанда өзгермеді. Өйткені 12 (30%) әйелде қан қысымының диапазоны 150/100 мм құрайды. Салыстырмалы топтағы қатысушылар арасында гипертониялық криздердің жиілігі, сондай-ақ медициналық көмекке сұранысы өзгеріссіз қалды. Бақыланатын қатысушылардың тобында 24 (60%) әйелде тамақтану мәзіріндегі өзгерістерге байланысты дене салмағының жоғалуы байқалды, бұл өмір сүру сапасын жоғарылатуды және басқа ауруларды алдын-алуды білдіреді. Бірінші топтағы 20 (50%) әйелде күнделікті систолалық және диастолалық қан қысымы 10/5 мм-ге дейін төмендеді. Осы топтағы әйелдер денсаулығына қарамастан күнделікті қан қысымын өлшеу маңыздылығын түсінді. Артериялық гипертензиямен ауыратын постменопаузадағы әйелдердің «Денсаулық мектебі» білім беру бағдарламасына белсене қатысуы жеке тұлғаның психологиялық көзқарасына байланысты.

«Денсаулық мектебін» бітіргеннен кейін әйелдерден оқытудың сапасы туралы сауалнаманы жасырын түрде толтыруға шақырдық. Сауалнама нәтижелері пациенттердің оқыту сапасын жақсы бағалайтынын көрсетті. Мұндай бағдарлама топтағы әйелдер арасында алғаш рет өткізіліп отқандықтан, оларда салыстыру мүмкіндігі болмады. Алайда, барлық наукастар осы сабақтардан алған білім дәрежесін «жақсы» және «өте жақсы» деп бағалады. Барлық пациенттер сондай-ақ бағдарлама кезінде алған білімдерін болашақта ұмытпай орындауға ниет білдірді.

Әдебиеттер

1. Chae C.U., Derby C.A. The menopausal transition and cardiovascular risk. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2011; 38(3):p.477–88.
2. Soules MR, et al. Резюме: Этапы Семинара по репродуктивному старению (STRAW). *Fertil Steril*. 2001; 76 (5): p.874-8.
3. Burger HG, et al. Overview of hormonal changes in the menopausal transition: focus on the results of the project of the Melbourne project "Life in average life." *Update Hum Reprod*. 2007; 13 (6): p.559-65.
4. Williams T.P., Vranizan K.M., Austin M.A. et al. Association of age, adiposity, alcohol intake, menstrual status and estrogen therapy with high-density lipoprotein subclasses.// *Atherosclerosis and thrombosis* - 1993 - Vol.13 (Suppl.II)-p.1654-1661.
5. Lindquist O. Intraindividual changes in blood pressure, serum lipids and body 131 weight in relation to menstrual status: results from prospective population study of women in Goteborg, Sweden.// *Prev. Med* - 1982 - 11 - p. 162-172.
6. Александров А.А., Кухаренко С.С., Белянова О.А. и др. Распределение жира в организме: с чем связаны прогностические свойства в отношении сердечно-сосудистой заболеваемости.// *Кардиология* - 1996 - т.36 - №3 - с.56-63.
7. Paramsothy P., et al. The duration of the menopausal transition is longer in women with an early age: a multi-ethnic study of the health of women throughout the nation. *Menopause*. 2017; 24 (2): 142-149.
8. Барт Б.Я., Бороненков Г.М., Беневакская В.Ф. *Российский кардиологический журнал* » N 5 2001; с.31-34.
9. Lidfeldt J., Nyberg P., Nerbrand C, et al. Biological factors are more important than socio-demographic and psychosocial conditions in relation to hypertension in middle-aged women. *The Women's Health in the Lund Area (WHILA) study*. *Blood Press*. 2002;11(5):p.270-8.

Резюме

Эдилова Р.М., Сейдахметова А.А., Кауызбай Ж.А., Ходжакулова У.А.

Южно-Казахстанская медицинская академия

ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Когда женщина достигает постменопаузального периода, увеличивается риск артериальной гипертензии. Артериальная гипертензия приводит к сердечно-сосудистым заболеваниям и увеличивает смертность. Поэтому организация программы «Школа здоровья» очень важна для женщин с артериальной гипертензией в постменопаузальном периоде. Программа помогает улучшить качество жизни у женщин на данном этапе и упрощает течение артериальной гипертензии.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, постменопауза, вторичная профилактика, психоэмоциональные расстройства, климактерический синдром.

Summary

Edilova R.M, Seidakhmetova AA, Kauyzbay Z.A., Hodzhakulova U.A.

South Kazakhstan Medical Academy

PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASE IN POSTMENOPAUSAL WOMEN

When a woman reaches the postmenopausal period, the risk of arterial hypertension increases. Hypertension leads to cardiovascular diseases and increases mortality. Therefore, the organization of the School of Health program is very important for women with arterial hypertension in the postmenopausal period. The program helps to improve the quality of life in women at this stage and simplifies the course of arterial hypertension.

Key words: arterial hypertension, postmenopause, secondary prophylaxis, psycho-emotional disorders, menopausal syndrome.

ГРНТИ 76.35.35

УДК.616-082-039.75

Юсуфхонова Г.К. магистрант 2-го курса специальности «Сестринское дело»

Сейдахметова А.А., к.м.н., доцент, Кауызбай Ж.Ә., к.м.н., и.о. профессора, Калменов Н.Ж. ассистент

АО «Южно-Казахстанская Медицинская Академия», город Шымкент, Казахстан

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ И ИХ СЕМЬЯМ

Резюме. В статье рассмотрены актуальные и сложные проблемы современного общества – онкологии, а именно – социально-медицинской работы с онкологическими больными и их семьями. Мы акцентировали внимание на паллиативной помощи инкурабельным онкологическим больным и их семьям, организация которой занимает особое место в социально-медицинской работе с такими больными. Паллиативная помощь

представляет собой активную помощь больным с длительно текущими заболеваниями в то время, когда заболевание не поддается лечению и когда управление болью и другими симптомами является важнейшей социальной, психологической и духовной проблемой, оказание помощи больным до самой смерти. Особое внимание уделяется в статье хосписам, организация работы которых, является наиболее эффективной формой разрешения проблем оказания паллиативной помощи инкурабельным больным, а также вопросам необходимости введения в штат паллиативной медицины социального работника, что позволит качественно улучшить жизнь инкурабельных больных и их семей. Было проведено исследование, а именно анкетирование родственников пациентов по вопросам общего ухода за тяжелобольными.

Ключевые слова. паллиативная помощь, инкурабельные больные, реабилитационные мероприятия, качество жизни, уход на дому.

Актуальность. Паллиативная медицинская помощь способствует повышению качества жизни пациентов, а также их семей, сталкивающихся с проблемами, которые сопутствуют опасным для жизни физическим, психосоциальным или духовным заболеваниям. Паллиативная медицинская помощь является подходом, который улучшает качество жизни пациентов и их семей, которые сталкиваются с проблемами, сопутствующими опасным для жизни заболеваниям. Она предотвращает и облегчает страдания в результате раннего диагностирования, правильной оценки и лечения боли и решения других проблем, будь то физических, психосоциальных или духовных [1].

Паллиативная помощь складывается из двух больших компонентов – это облегчение страданий больного на протяжении всего периода болезни и медицинская помощь в последние месяцы, дни и часы [2].

В настоящее время паллиативная помощь-важнейшее направление медицинской и социальной деятельности. На сегодняшний день создаются оптимальные условия для оказания паллиативной медицинской помощи. Во многих странах, несмотря на то, что большая часть бюджета сферы здравоохранения в последние годы жизни расходуется для оказания медицинской помощи людям, они не всегда могут получать соответствующую помощь по своим потребностям. Возникают трудности, связанные с уходом за ними, медицинским обслуживанием, дефицитом или дорогостоящим множеством препаратов, недостатком среднего младшего медицинского персонала, нехваткой транспорта для оказания помощи на дому. Не только страдания самих пациентов, но и их родственников. Улучшение качества жизни пациентов на последней стадии усиленного хронического заболевания является одной из важнейших медико-социальных проблем современного здравоохранения, а решение оказания помощи имеет важное значение в паллиативной медицине [3].

Во всем мире паллиативная помощь рассматривается как одно из прав человека – право на достойный уход и заботу в конце жизни для всех пациентов с серьезными заболеваниями. Медицинское обслуживание в любой стране должно включать в себя такой важный аспект как паллиативная помощь, и Казахстан, конечно же, не исключение [4].

В Казахстане в настоящее время на онкологическом учете состоит более 140 тысяч пациентов, не снижается количество больных с церебральным параличом, тяжелыми формами инсульта, заболеваниями сердечно – сосудистой, дыхательной и нервной системой. Большинство из этих пациентов нуждаются в паллиативной помощи и постоянном уходе [5,6].

Основными направлениями реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 - 2019 годы является интеграция всех служб здравоохранения вокруг нужд пациента на основе модернизации и приоритетного развития паллиативной помощи. В рамках интегрированной модели оказания медицинской помощи, на основе тесного взаимодействия с паллиативной помощью и службой социальной защиты будут развиваться услуги длительного медико – социального ухода, паллиативной помощи и домашнего ухода за больными различных категорий. Для улучшения качества жизни инкурабельных больных Республики Казахстан необходимо, во-первых, развивать паллиативную помощь на основе лучшего международного опыта, во-вторых, обеспечить доступность опиоидных анальгетиков, в-третьих, создать систему высокого уровня медицинской и немедицинской подготовки [7].

На сегодняшний момент в Республике Казахстан умирают на дому свыше 80% онкологических больных. К сожалению, печальная реальность современного здравоохранения состоит в том, что больные с четвертой стадией онкологического процесса «неперспективны» в плане радикальных методов лечения. В настоящее время в Республике Казахстан функционируют 12 хосписов, еще около 3 находятся в стадии формирования. Нужно отметить, что медсестры незнакомы в полной мере со спецификой паллиативного ухода, а также с основами психологической поддержки неизлечимых больных. Поскольку за небольшой срок существования в РК хосписов стали очевидными преимущества паллиативной помощи для группы неизлечимых больных и необходимость дальнейшего развития хосписного движения, то совершенно очевидна роль в этом специалистов по социальной работе. Именно специалисты по социальной работе в сотрудничестве с врачами, психологами, способны успешно решать стоящие перед ними задачи: оказывать помощь и достигать эффективного взаимопонимания с учетом психологических и духовных потребностей тяжелобольных и умирающих пациентов, а также психологических проблем семьи и других лиц, играющих важную роль в жизни больного. Личность социального работника в аспекте профессиональной деятельности рассматривается как один из серьезных факторов достижения успеха в решении вопросов организации, управления и внедрения спектра социальных услуг «обремененным» больным и их ближайшему окружению в системе паллиативной медицины и ухода. Умирающий больной нуждается в особо тщательном, особо внимательном, особо чутком уходе. Он нуждается в помощи не меньше, а больше, чем другие больные. Помощь имеет очень большое значение для достойного завершения жизни человека. Уход за умирающим человеком требует очень много физических и душевных сил, много

времени. Надо понимать, что уход за умирающим, его сопровождение по всем этапам умирания - трудное испытание для всех, кто участвует в таком уходе [8].

Важнейшую роль играет организация восстановления больного не только в рамках учреждения лечебного профиля, в амбулаторных условиях, но и по месту жительства - оказание помощи семьям, в которых живут больные с терминальной стадией болезни. В таких семьях возникает множество сложных проблем, в том числе медицинских, экономических, проблем ухода, психологических проблем, связанных с тяжелым заболеванием и с трудностями в установлении контакта с ними, проблемы приобретения специального оборудования, социальные проблемы, связанные с формированием специального уклада жизни семьи [9].

В настоящее время помощь больному в конце жизни выделена как самостоятельное направление паллиативной помощи, а в ряде стран и медицины вообще. Ведущим компонентом в этом направлении является формирование особой философии, организация психологической поддержки больного и его семьи. Поэтому часто говорят, что хоспис – это не лечебное учреждение, это - философия. Иными словами паллиативная помощь – это избавление больного и умирающего от страдания. Страдание складывается из многих компонентов: боль; другие тяжелые физические симптомы; невозможность двигаться; ограничение жизнедеятельности; невозможность себя обслуживать; ощущение собственной беспомощности и обузы для окружающих, чувство вины; страх и беспомощность в связи с ожиданием приближающейся смерти; чувство горечи из-за незавершенных дел и невыполненных обязательств [10].

В Казахстане паллиативная помощь начала развиваться в 90-х годах. Первый в Казахстане «Городской центр паллиативной помощи Управления здравоохранения» был создан в 1999 году в городе Алматы. Согласно рекомендациям международных организаций в области здравоохранения, в одном городе должен быть как минимум один хоспис на 10-25 коек с отдельными направлениями работы по уходу за пациентами на дому. Все хосписы и программы ухода на дому должны иметь мультидисциплинарные команды, состоящие из врачей, медицинских сестер, социальных работников, психологов и других специалистов [11].

Цель исследования: Обучить семьи пациентов организации паллиативной помощи и предложить рекомендации по общему уходу.

Материалы и методы. Исследование проводилось в городе Шымкент, в отделении паллиативной помощи и сестринского ухода Областного центра гипербарической оксигенации имени Т. О. Орынбаева.

В исследование были включены 60 пациентов и их родственники. Большинство пациентов - это люди старше 50 лет.

Была организована программа обучения близких тяжелобольных. Программа включала в себя обучение манипуляциям по профилактике пролежней, замене пеленок и осуществление гигиены больного. А также углубилось в некоторые темы, то есть лечение боли, понятие безопасности и положение пациентов и его родственников как объекта ухода.

Мы углубились в выявление основных потребностей пациентов. В ходе исследования было выявлено, что большинство пациентов беспокойные, их беспокоит бессонница, общая слабость, головная боль, головокружение, отсутствие аппетита, усталость, пассивное состояние. С больными нужно быть осторожным, с ними сначала надо познакомиться, выслушать жалобы и надо знать их потребности.

С целью оценки качества ухода в отделении паллиативной помощи и сестринского ухода проводилось анкетирование пациентов. Анкета состоит из 20 вопросов и включает в себя данные о пациенте (пол, возраст, семейное положение и т.д.), блок вопросов об объеме оказанной сестринской помощи, мнение о работе медицинских сестер в данном отделении, о качестве питания и условиях пребывания в отделении, предложения по улучшению качества ухода. В опросе приняли участие 30 пациентов. Среди опрошенных – 44% мужчины, 56% - женщины.

Также проводилось анкетирование родственников пациентов. Анкетирование проводилось по вопросам общего ухода за тяжелобольными. Выявили процентное соотношение пациентов, знающих о правилах общего ухода за больными, о правилах кормления и оценке функционального состояния, а также об организации досуга пациента.

Результаты. При анкетировании было выявлено что: практически 70% семей знают о правилах общего ухода за больными (умывание больного, уход за глазами, ротовой полостью, носом, бритье, уход за волосами, ногами, наружными половыми органами и промежностью), о правилах кормления и оценке функционального состояния больных, 60% знают о профилактике пролежней и опрелостей, уходе за кожей, смене нательного и постельного белья, и 40 % семей знают о необходимости и правилах проведения реабилитационных мероприятий (лечебной физкультуры, массажа и др.)

В результате данного исследования 30 членов семей прошли обучение по организации паллиативной помощи. Они смогли обучиться практическим навыкам организации паллиативной помощи на дому, прошли подготовку по оказанию паллиативной помощи в отделении.

Выводы.

Таким образом, мы смогли обучить 70% семей, 30% всё ещё имеют трудности при оказании ухода за тяжелобольными. У всех 60-и пациентов улучшилось качество жизни, духовное состояние, физический и психический покой, восстановлена благоприятная психологическая атмосфера в семье. Это исследование позволило помочь родственникам, которые сталкиваются с множеством незнакомых и пугающих обязанностей, с новыми эмоциональными потребностями пациента, вызванными перенесенной болезнью.

Люди с тяжелыми заболеваниями зачастую требуют сложного медицинского ухода. Необходимо стараться обеспечить подопечных всем необходимым, а также обучить их близких людей особенностям ухода, чтобы обеспечить максимальный комфорт каждого пациента.

Литература

1. Бондарь Г.В. Паллиативная медицинская помощь. Пособие для студентов, врачей.-Донецк, 2006.-113с.
2. Ferris F., Heather M., Balfour B., Bowen K, A Model to Guide Patient and Family Care : Based on National Accepted Principles and Norms of Practice. Journal of Pain and Symptom Management 2008 , 24:106-123.
3. Мошой Д.А. Букварь по паллиативной медицине. 2012.-120с.
4. Игликова А.А., Мусабаев Б.С. Паллиативті көмек: ем қонбайтын науқастардың өмірін жақсарту/Журнал Медицина.-2015-№2(152)№с-2-4.
5. Шарова О.Н. Об улучшении качества оказания медико-социальной помощи больным с онкопатологией /Томск,2008.315-316с.
6. Хисматуллина З.Н. Паллиативная помощь incurable больным в рамках социально-медицинской работы в онкологии // Современные проблемы науки и образования. 2008.№ 4 С.41-
7. «Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016 – 2019 жылдарға арналған « Денсаулық » мемлекеттік бағдарламасын бекіту және «Мемлекеттік бағдарламалар тізбесін бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Президентінің 2010 жылғы 19 наурыздағы № 957 Жарлығына толықтыру енгізу туралы » Қазақстан Республикасының Президенті Жарлығы. ҚР Әділет министрлігі .
8. Турарбекова Т.Г. Паллиативная помощь incurable больным с хронической болью. ОңтүстікҚазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясының хабаршысы 4(73)-2015ж. С. -49.
9. Стойчева М.Г. Паллиативный уход: современный взгляд на новое общественное здравоохранение. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья;6(78)-2011;С -44- 48.
10. Кайдарова Д.Р., Кунирова Г.Ж. Паллиативная помощь в Казахстане: этапы развития и текущие вызовы.7(89)-2012;С- 45-47.
11. Игликова А., Мұсабаев Б.С. Паллиативтік көмек: ем қонбайтын науқастардың өмірін жақсарту. Журн. Медицина. - 2015ж. - №2 (152). С. -2-4.

Түйін

Юсуфхонова Г.К. Мейіргер ісі мамандығының 2 курс магистранты, Сейдахметова А.А. м.ғ.к. доцент,
Қауызбай Ж.Ә. м.ғ.к. профессор м.а., Калменов Н.Ж. ассистент
Шымкент қаласы, Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы

НАУҚАСТАР МЕН ОЛАРДЫҢ ОТБАСЫЛАРЫНА ПАЛЛИАТИВТІК КӨМЕК КӨРСЕТУ БОЙЫНША ПРОБЛЕМАЛАРДЫ ШЕШУДІҢ НЕГІЗГІ АСПЕКТІЛЕРІ

Мақалада қазіргі қоғамның өзекті және күрделі мәселелері қарастырылған – онкология, атап айтқанда – онкологиялық аурулармен және олардың отбасыларымен әлеуметтік-медициналық жұмыс. Біз incurable онкологиялық науқастарға және осындай науқастармен әлеуметтік-медициналық жұмыста ерекше орын алатын олардың отбасыларына паллиативтік көмекке назар аудардық. Паллиативтік көмек ауру емдеуге келмейтін және ауырсынуды және басқа да симптомдарды басқару маңызды әлеуметтік, психологиялық және рухани мәселе болып табылатын кезде ұзақ уақыт ағымдағы аурулары бар клиенттерге белсенді көмек, қайтыс болғанға дейін клиенттерге көмек көрсету болып табылады. Жұмыстың ұйымдастырылуы incurable науқастарға паллиативтік көмек көрсету проблемаларын шешудің неғұрлым тиімді нысаны болып табылатын хоспис мақаласына, сондай-ақ әлеуметтік қызметкердің паллиативтік медицинасын штатқа енгізу қажеттілігі мәселелеріне ерекше назар аударылады, бұл incurable науқастар мен олардың отбасыларының өмірін сапалы жақсартуға мүмкіндік береді. Ауыр науқасқа жалпы күтім жасау мәселелері бойынша пациенттердің туыстарына сауалнама жүргізілді.

Кілт сөздер: паллиативтік көмек, incurable науқастар, оңалту іс-шаралары, өмір сапасы, үй жағдайындағы күтім.

Summary

Yussufkhonova G. K. graduate student of the 2nd course of the specialty "Nursing"
Seidakhmetova A.A., Kauzbay Z.A., Kalmenov N.Z.
Shymkent city, South Kazakhstan Medical Academy

THE MAIN ASPECTS OF THE PROBLEMS OF PALLIATIVE CARE TO PATIENTS AND THEIR FAMILIES

The article deals with actual and complex problems of modern society – Oncology, namely – social and medical work with cancer patients and their families. We focused on palliative care for incurable cancer patients and their families, the organization of which occupies a special place in social and medical work with such patients. Palliative care is active care for clients with long-term current diseases at a time when disease is untreatable and when managing pain and other symptoms is a critical social, psychological and spiritual issue, assisting clients until death. Particular attention is paid to the article hospices, the organization of which is the most effective form of solving problems of palliative care for incurable patients as well as the need to introduce a staff of palliative medicine social worker that will qualitatively improve the lives of incurable patients and their families. A study was conducted, namely a survey for relatives of patients on the General care of the seriously ill.

Keywords: palliative care, incurable patients, rehabilitation measures, quality of life, home care.

ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО И ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

УДК 615.32:615.07:53.086

ИЗУЧЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ЦВЕТКОВ ARTEMISIA CINA BERG.

Асылбекова А.Д., Серикбаева А.Д., Джанаралиева К.С., Махова Е.Г.,
Аксентова А.Ж., Турсубекова Б.И., Оспанов Д.Т., Тулебай М.Е., Бақыт Д.Б.
Южно-Казахстанская медицинская академия, Шымкент, Республика Казахстан

Резюме

Актуальность проблемы гельминтозов значительно возросла во всем мире, в том числе и в Казахстане. Биоактивный компонент цветков полыни цитварной - сантонин, представляет большую медицинскую ценность в качестве основы для создания новых антигельминтных препаратов. Морфолого-анатомическое исследование цветков полыни цитварной является обязательным этапом фармакопейного анализа. Изучение нормативных документов показало, что диагностические признаки сырья полыни цитварной не представлены в виде рисунков. В данной статье авторами изучены диагностические признаки цветков *ArtemisiacinaBerg.* с последующим введением иллюстрации в нормативный документ.

Ключевые слова: гельминтозы, полынь цитварная, сантонин, макроскопический, микроскопический анализ, диагностические признаки.

За последние годы актуальность проблемы паразитарных болезней значительно возросла во всем мире, в том числе и в Казахстане.

На сегодняшний день известно, что в организме человека могут паразитировать порядка 287 видов гельминтов, из которых около 70 видов имеют широкое распространение по всему миру. В странах СНГ широкий ареал в отдельных регионах и распространены повсеместно около 30 видов [1].

Применение растений для лечения паразитарных заболеваний известно с глубокой древности. Имеющиеся в настоящее время синтетические антигельминтные препараты не всегда соответствуют запросам специалистов, являются дорогими и могут иметь побочные эффекты. Поэтому понятен интерес исследователей к созданию новых антигельминтных препаратов из растений.

Список препаратов для дегельминтизации, включенных в Государственный реестр лекарственных средств очень ограничен, многие из ранее употребляемых синтетических препаратов сняты с производства из-за высокой токсичности.

Интерес к растительным препаратам обусловлен их натуральностью, низкой токсичностью, лучшей переносимостью. Растения применяются для лечения паразитарных заболеваний с глубокой древности. Однако исследователи до сих пор создают новые препараты, варьируя количественный и компонентный состав растительного сырья.

Большой интерес для современной медицины представляет дикорастущее растение рода полыни – *ArtemisiacinaBerg.*, произрастающей на юге Казахстана. В Казахстане произрастает более 40 видов рода полыни.

Аналитический обзор данных литературы показал, что основными биологически активными веществами в надземных частях изучаемого растения являются сесквитерпеновый лактон сантонин (до 7%) и 1,5 – 3% эфирного масла, в состав которого входят цинеол и другие терпены (70-80%), камфора, карвакрол [1]. Под названием «цитварное семя» цветки цитварной полыни применяют в медицине и как противоглистное средство [2].

В официальной медицине применяются 4 вида полыни: *полынь беловатая* – *Artemisialeucodes Schrenkherba*; *полынь гладкая* – *Artemisia**полынь цитварная* - *ArtemisiacinaBerg.* [2-4].

Изучение нормативных документов показало, что диагностические признаки сырья не представлены в виде рисунков.

Поэтому, определение диагностических признаков сырьевых объектов с последующим введением иллюстрации в Нормативный документ, является необходимым для идентификации конкретного вида сырья.

В связи с вышеизложенным, изучение цветков полыни цитварной как лекарственного растительного сырья и получение на их основе фитопрепаратов, является актуальным.

Цель работы - изучение диагностических признаков цветков *ArtemisiacinaBerg.*

Материалы и методы. Для цельного сырья установлены макроскопические (морфологические) признаки - определение внешнего вида, установление размера, цвета, вкуса проводилось по методике ГФ РК т.1., раздел 5. Для цельного, измельченного и порошоканного вида цветков полыни цитварной (ПЦ) установлены микроскопические (анатомические) диагностические признаки по методике ГФ РК. т.1., раздел 5. Работа выполнена на временных микропрепаратах и рассмотрена под биологическим микроскопом МБР – 3 серии МТ 4000/МТ 5000 МЕЛТЕСНО.

Результаты и их обсуждения. Для установления подлинности и идентичности сырья, нами изучены особенности морфолого-анатомического строения цветков ПЦ.

Установление подлинности и идентичности цветков ПЦ проводили путем макроскопического и микроскопического анализа.

Макроскопический анализ проводили в соответствии требованиями статьи ГФХ «Цветки цитварной полыни». Готовое сырье состоит из нераспустившихся цветочных корзинок яйцевидной формы, очень мелких, длиной 2-4 мм и шириной 1-1,5 мм. Корзинки яйцевидные, на концах заостренные, желто-зеленые, или буровато-зеленые, состоят из 10-20 черепицеобразно-расположенных листочков обертки и 3-6 обоопольх, трубчатых, нераспустившихся цветков, полностью закрытых оберткой. Листочки обертки лодочковидные, выпуклые снаружи, к основанию суженные, с утолщенной желто-зеленой средней частью. Венчик трубчатый, тычинок 5, со сросшимися пыльниками, пестик с нижней завязью. Запах своеобразный, вкус горький, пряный (рис.1).

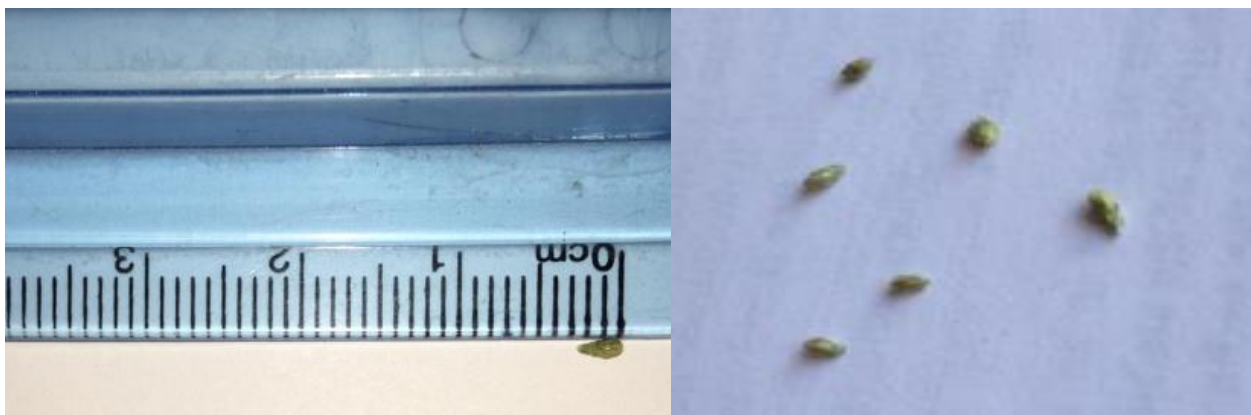


Рисунок 1 – Цельное высушенное сырье травы полыни цитварной

Микроскопический анализ. Несколько бутонов помещают в пробирку, прибавляют 5% раствор натрия гидроксида, разведенный водой (1:1) и кипятят в течение 1-2 мин. Затем содержимое выливают в чашку Петри, жидкость сливают и сырье тщательно промывают водой. Из воды кусочки сырья вынимают скальпелем и помещают на предметное стекло. После этого цветки разделяют скальпелем или препаровальной иглой на составные части: листочки обертки, трубчатые цветки. Листочки обертки изучают с внутренней и наружной частей. Объект накрывают покровным стеклом, слегка подогревают до удаления пузырьков воздуха и, после охлаждения, рассматривают препарат с обеих сторон под микроскопом.

Листочек обертки рассматривают с наружной стороны. Основная ткань листочка состоит из многогранных, удлиненных клеток эпидермиса. Устьица немногочисленные, чаще встречаются около жилки. Поверхность листочка обертки содержит желтоватые железки с эфирным маслом (рис. 2).

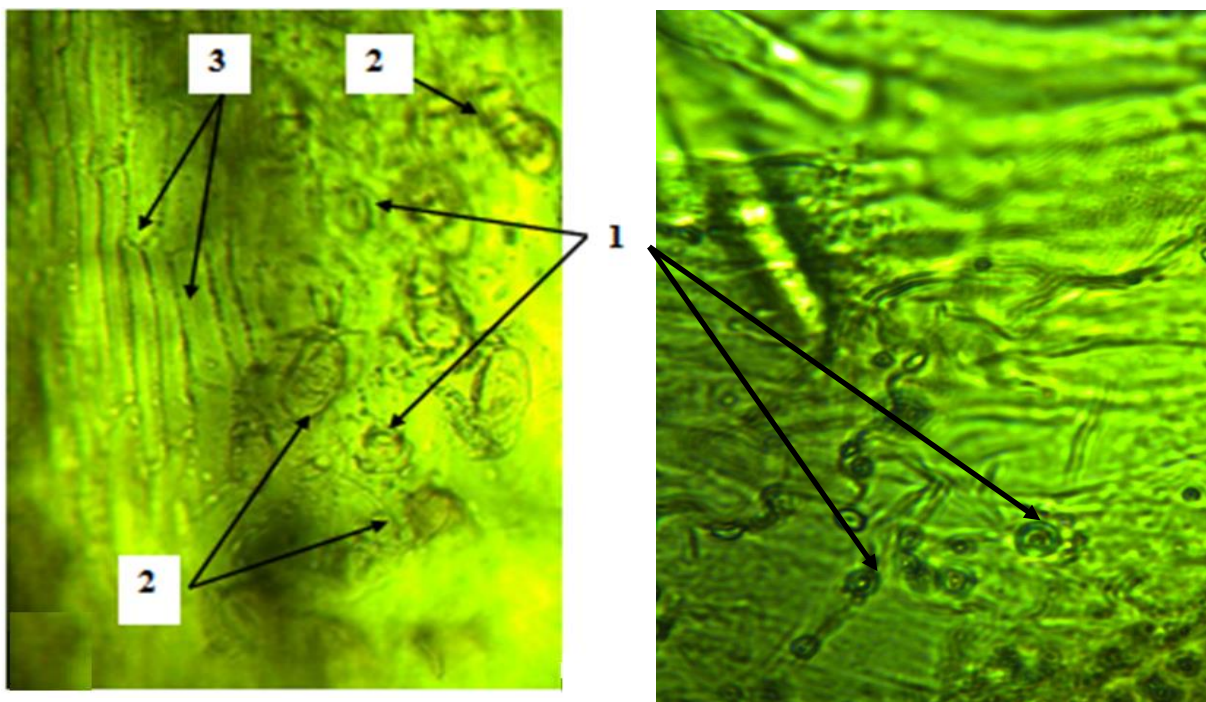


Рисунок 2 – Листочек обертки с наружной стороны: 1 - устьица; 2- эфирномасличные железки с желтоватым содержимым; 3 - многогранные удлиненные клетки эпидермиса.

Поверхность листочка обертки покрыта тонкими, длинными 1-2 клеточными извилистыми или вильчатыми волосками (рис. 3).

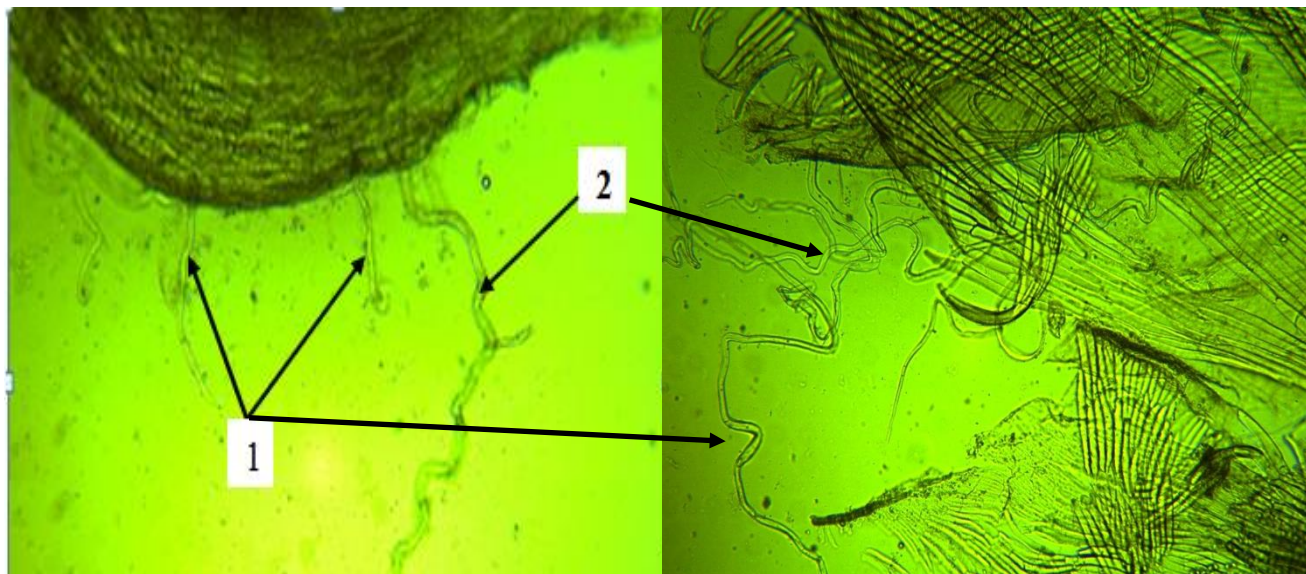


Рисунок 3 – Край листочка обертки с наружной стороны:

1- простые волоски;

2- длинные простые вильчатые волоски;

При рассмотрении железок сверху они имеют овальную форму с поперечной перегородкой; в профиль видно, что они состоят из 8 выделительных клеток, расположенных в 2 ряда и 4 яруса с общей кутикулой, в клетках мякоти иногда видны мелкие друзы оксалата кальция (рис. 4).

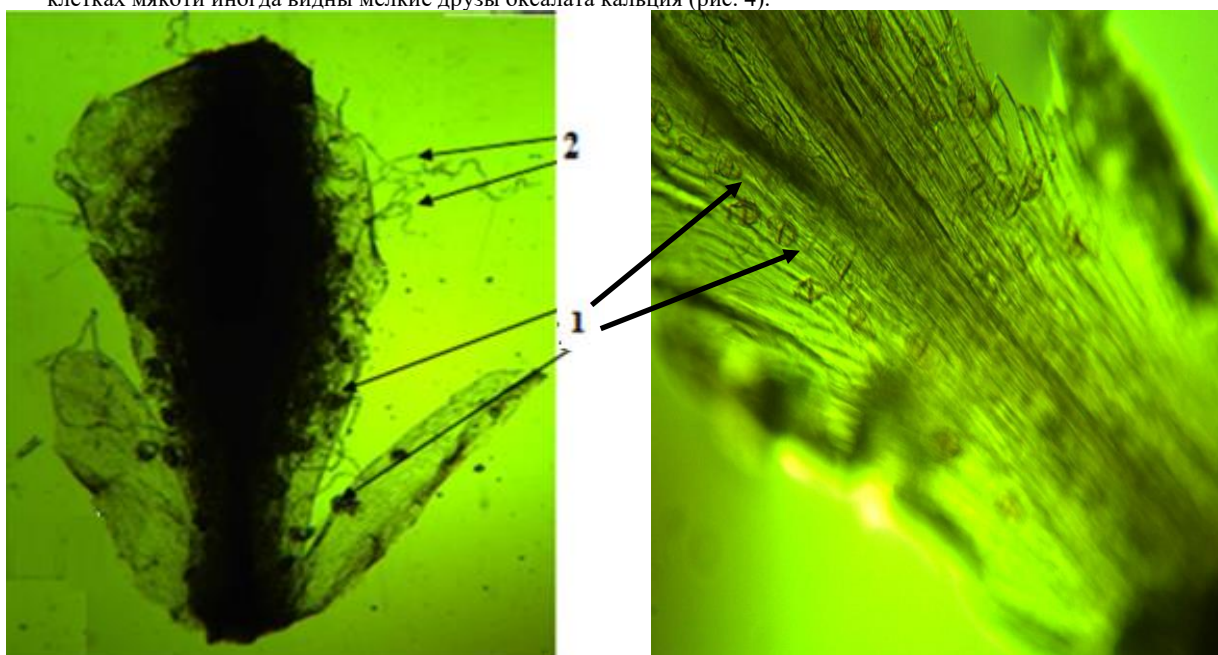


Рисунок 4 – Листочек обертки с наружной стороны:

1 - эфирномасличные железы;

2 - длинные простые, вильчатые волоски.

Цветки в корзинке трубчатые, обоеполые, пятизубчатые (рис.5).

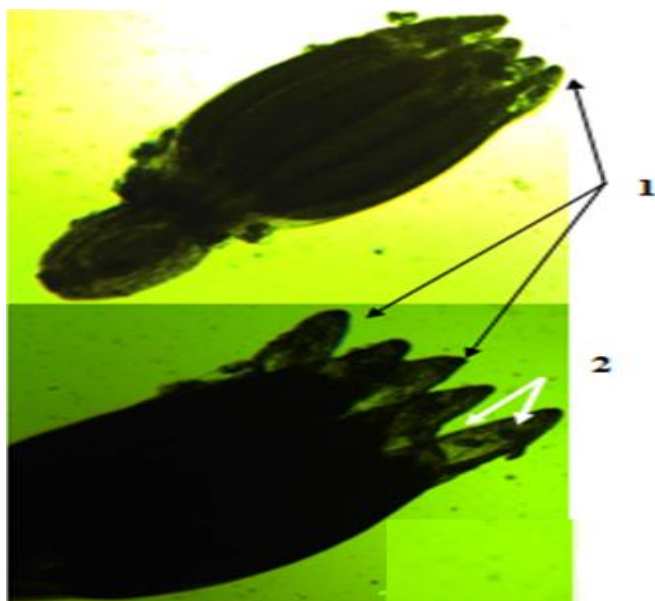


Рисунок 5 - Цветки в корзинке - трубчатые, пятизубчатые

Таким образом, определены макро- и микро- диагностические признаки сырья. Макродиагностическое значение имеет форма, размер цветочных корзинок, расположение и форма листочков обертки, строение венчика, запах сырья.

Микродиагностическое значение имеют извилистые или вильчатые волоски наружной поверхности листочков обертки и наличие многочисленных овальных эфирномасличных железок (характерных для сложноцветных).

Вывод. Изучены диагностические признаки цветков *Artemisia cinna* Berg. для последующей рекомендации в Нормативный документ.

Литература

1. Шварц Е.А., Хейфец О.А., Морозова О.В., Волков А.Е., Кожаринов А.В., Кревер В.Г., Лысенко И.Г., Пушкарев С.В. Видовое богатство наземных позвоночных и высших растений в государственных заповедниках бывшего СССР // Усп. соврем. биологии.- 1996.- Т. 116, №6. - С. 645-672.
2. Фармакопея СССР X издание. – Медицина, 1961г. -1010с.
3. Государственная фармакопея Республики Казахстан.-Алматы: Издательский дом «Жибек жолы».-2008.-Том 1.-592с.
4. Государственная фармакопея Республики Казахстан. Том III. – Алматы: Издательский дом «Жибекжолы», 2014. – 872 с.
5. Самылиной И.А., Сорокиной А.А. Руководство к практическим занятиям по фармакогнозии. - М: ООО «Медицинское информационное агенство», 2007.-672с.
6. Долгова М.Н., Ладыгина Е.Я. Руководство к практическим занятиям по фармакогнозии.- М.: Медицина, 1977.-255с.

Summary

Assilbekova A.D., Serikbayeva A.D., Dzhanaaliyeva K.S., Makhova E.G., Akseitova A.Zh., Tursubekova B.I., Ospanov D.T., Tolebay M.E., Bakyt D.B.
South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Republic of Kazakhstan

LEARNING THE DIAGNOSTIC FEATURES OF FLOWERS ARTEMISIA CINA BERG

The urgency of the problem of helminth infections has increased significantly throughout the world, including in Kazakhstan. The bioactive component of flowers of *Artemisia cinna*- santonin, is of great medical value as a basis for creating new anti-helminth medicines. Morphological and anatomical research of flowers of *Artemisia cinna* is a required stage of pharmacopoeial analysis. The study of regulatory documents showed that the diagnostic features of the raw material of *Artemisia cinna* not presented in the form of drawings. In this article, the authors studied the diagnostic features of flowers of *Artemisia cinna* with the subsequent introduction of an illustration into a normative document.

Keywords: helminthiasis, citrus wormwood, santonin, macroscopic, microscopic analysis, diagnostic signs

Түйін

Асильбекова А.Д., Серикбаева А.Д., Джанаралиева К.С., Махова Е.Г., Аксеитова А.Ж., Турсубекова Б.И.,
Оспанов Д.Т., Тулебай М.Е., Бакыт Д.Б.

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент қаласы, Қазақстан

ARTEMISIA CINA BERG. ГҮЛДЕРІНІҢ ДИАГНОСТИКАЛЫҚ БЕЛГІЛЕРІН ЗЕРТТЕУ

Бүкіл дүние жүзінде гельминттер мәселелерінің маңыздылығы, сонымен қатар Қазақстанда да маңыздылығы артып отыр. Дермене гүлдерінің биобелсенді компоненттері – сантонин, жаңа антигельминтті препараттарды жасау кезеңінде олардың негізін қалау үшін үлкен медициналық құндылығы бар. Дермене жусанның гүлдерін морфологиялық және анатомиялық зерттеулер фармакопеялық талдаудың негізгі кезеңдері болып табылады. Нормативті құжаттарды зерттеу барысында дермене жусан шикізатына суреттері берілмеген.

Берілген мақалада авторлар Artemisia cina Berg. гүлдерінің диагностикалық белгілерін зерттеп, нормативті құжатқа енгізуді ұсынып отыр.

Кілт сөздер: гельминтоздар, дермене жусан, сантонин, макроскопиялық, микроскопиялық талдау, диагностикалық белгілер.

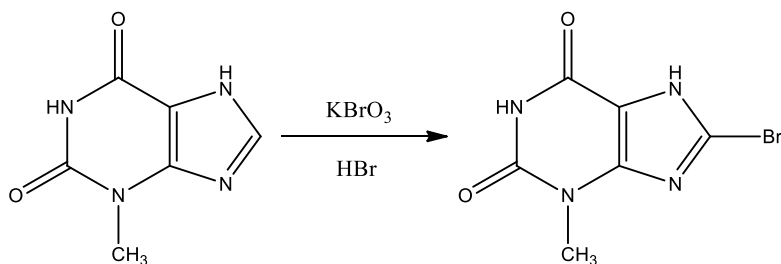
ЖАҢАБИОЛОГИЯЛЫҚ БЕЛСЕНДІ ПУРИН ТУЫНДЫСЫНЫҢ ӨЗІ ЕКЕНДІГІН
СПЕКТРОСКОПИЯЛЫҚ ӘДІСПЕН АНЫҚТАУ

Р.Н. Бидайбек, 2-оқу жылының магистранты, ramazan.bidaybek@mail.ru, С.К. Ордабаева, фарм.ғ.д., профессор, ordabaeva@mail.ru,

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Фармацевтикалық және токсикологиялық химия кафедрасы,
Шымкент қ., Қазақстан Республикасы;

Ф.А. Халиуллин, фарм.ғ.д., профессор, nmm@yandex.ru, И.М. Шарипов, фарм.ғ.к., ishar@hotmail.ru,
Башқұрт мемлекеттік медицина университеті, Аналитикалық және токсикологиялық химия курсымен
фармацевтикалық химия кафедрасы, Уфа қ., Ресей Федерациясы.

Жаңа пурин туындысын Башқұрт мемлекеттік медицина университетінің (БММУ) аналитикалық және токсикологиялық химия курсымен фармацевтикалық химия кафедрасында профессор Ф.А. Халиуллиннің жетекшілігімен ғылыми топ синтездеп алды[1]. Нәтижесінде жаңа биологиялық белсенді зат 8-бром-3-метилксантин алынды:



Бұл қосылыстың прототипі америкалық «Памабром» препараты болып табылады. «Памабром» медицинада спазмолитикалық және несеп айдайтын әсері бар ксантин тобының дәрілік заты ретінде қолданылады[2,3].

Жаңа биологиялық белсенді қосылыстарды медицина тәжірибесіне енгізу үшін физика-химиялық қасиеттері мен сапалық көрсеткіштерін зерттеп, стандарттап нормативтік құжат жасау қажет. Аналитикалық нормативтік құжаттарда дәрілік заттардың өзі екендігін анықтау үшін спектроскопиялық әдісті ұсынады. Бұл әдістің артықшылығы оның спецификалығы мен қарапайымдылығы, сондай-ақ, затты аз мөлшерде (бірнеше миллиграмм) анықтауға болатындығы.

8-Бром-3-метилксантиннің ИҚ аймақтағы спектрлік сипаттамасын зерттеу, осы субстанцияның өзі екендігін анықтау үшін айтарлықтай сенімді және қолжетімді ИҚ-спектроскопия әдісін қолдануға мүмкіндік берді.

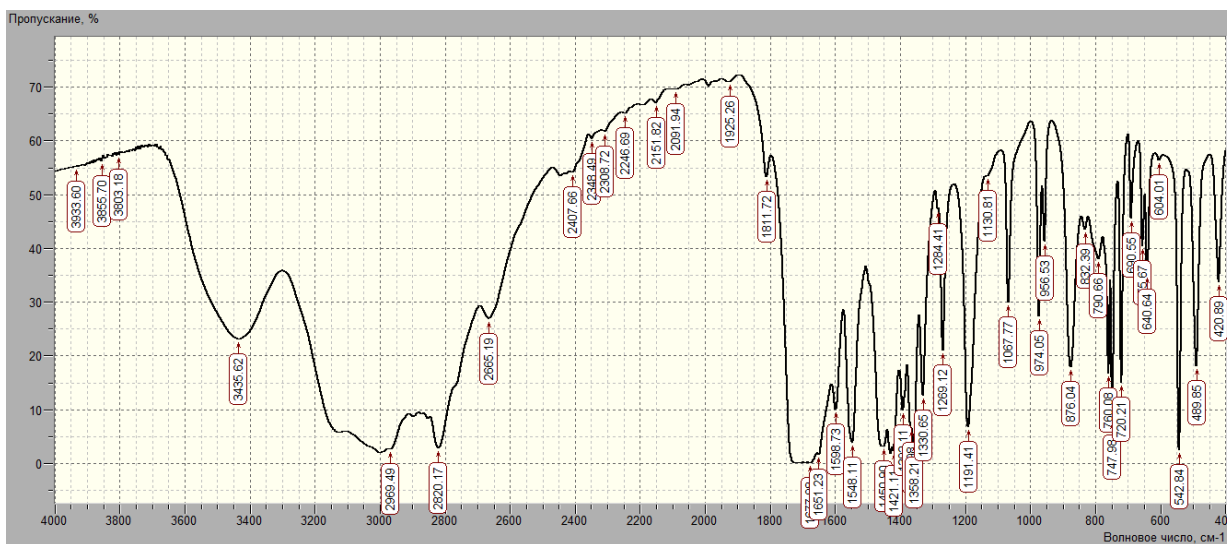
Жұмыстың мақсаты. Жаңа биологиялық белсенді пурин туындысының ИҚ-аймақтағы спектрін зерттеп, өзі екендігін анықтау.

Материалдар мен зерттеу әдістері. Жұмыста 8-бром-3-метилксантин (8Br3MX – Ресей Федерациясы, CAS нөмірі 93703-24-3) және 3-метилксантин субстанциялары, ИНФРАЛЮМ ФТ-08 (РФ) спектрометрі, калий бромиді субстанциясы (ҚР МФ, II том, 230 б.), зертханалық электронды аналитикалық таразы (ОНАУS Pioneer, Швейцария) қолданылды.

Нәтижелер. Қосылыстың ИҚ-спектрлері ИНФРАЛЮМ ФТ-08 спектрометрінде 4000 - 400 см⁻¹ аралығында калий бромидімен дискілеу арқылы түсірілді.

8-Бром-3-метилксантиннің спектрінде өзіне тән төмендегідей жұтылу жолақтары бар: 3435 см⁻¹ аймағында екіншілік амин тобының (N-H), 1651, 1677 см⁻¹ аймағында карбонилдік топтың (C=O), 2969 см⁻¹ аймағында көміртек-сутектік (C-H) байланыстың валентті тербелістері байқалады, ал 604 см⁻¹ аймағындағы жұтылу жолақтары органикалық қосылыстың галогентуындысының (C-Br) валентті тербелісіне сәйкес келеді[4].

Спектрдің 1300 - 625 см⁻¹ аралығы молекуланың «саусақ іздерінің» аймағы деген атаумен белгілі[5]. Бұл аймаққа пурин сақинасының өзіне тән 956, 974 см⁻¹ аймағында көміртек-көміртектік (C-C=C) және 1548 см⁻¹ аймағында көміртек-азоттық (C=N) байланыстарының валентті тербелістері, сонымен қатар деформациялық тербелістер байқалады (сурет 1)[6,7].

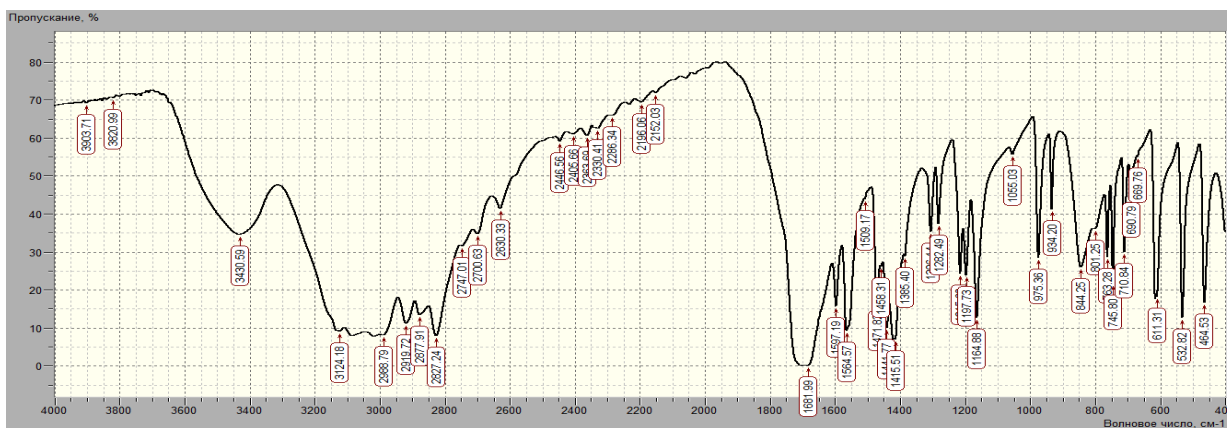


Сурет 1 - 8-Бром-3-метилксантиннің ИҚ-спектрі

Зерттеліп отырған субстанцияның ИҚ-спектрін, оның алу болып табылатын 3-метилксантиннің спектрімен салыстырдық.

3-Метилксантиннің спектрінде өзіне тән төмендегідей жұтылу жолақтары бар: 3430 см⁻¹ аймағында екіншілік амин тобының (N-H), 1681 см⁻¹ аймағында карбонилдік топтың (C=O), 2988 см⁻¹ аймағында көміртек-сутектік (C-H) байланыстың валентті тербелістері байқалады. 1400 - 900см⁻¹ аралығында пурин сақинасының өзіне тән 934, 975 см⁻¹ аймағында көміртек-көміртектік (C-C=C) және 1564 см⁻¹ аймағында көміртек-азоттық (C=N) байланыстарының валентті тербелістері, сонымен қатар деформациялық тербелістер байқалады (сурет 2)[4-7].

8-Бром-3-метилксантиннің ИҚ-спектрі 604 см⁻¹ аймағында ковалентті байланысқан бромның (C-Br) болуымен 3-метилксантиннен ерекшеленеді (сурет 1 және 2).



Сурет 2 - 3-Метилксантиннің ИҚ-спектрі

Қорытынды. Жаңа биологиялық белсенді пурин туындысының өзі екендігі анықталды. Субстанцияның құрамындағы функционалдық топтар спектрлерінің максимумдары әдебиеттерде берілген мәліметтерге сәйкес келгені байқалды

Әдебиеттер

1. Ю.В.Шабалина, Р.М.Шарафутдинов, Р.А.Губаева, Д.З. Муратаев, Ф.А.Халиуллин. Материалы XIV молодежной конференции по органической химии. 518, 10-14.05.2011, Екатеринбург. Синтезы и реакции тиетанилксантинов
2. В.Г.Граник, Лекарства. Фармакологический, биохимический и химический аспекты: Монография. Вузовская книга. 3-е изд. 215 стр. 2015.
3. Справочник Видаль 2013. Лекарственные препараты в России. Vidal 2013.
4. Тарасевич Б.Н., ИК спектры основных классов органических соединений; Справочные материалы / Б.Н. Тарасевич. - М.; МГУ имени М.В. Ломоносова, химический факультет, кафедра органической химии, Москва, 2012 - 54с.
5. Халиуллин Ф.А., Валиева А.Р., Катаев В.А., Инфракрасная спектроскопия в фармацевтическом анализе; Учебное пособие / Ф.А. Халиуллин, А.Р. Валиева, В.А. Катаев. - М.; ГЭОТАР-Медиа, 2017 - 160 с.
6. А.В.Васильев, Е.В.Гриненко, А.О.Шукин, Т.Г.Федулина.Инфракрасная спектроскопия органических и природных соединений: Учебное пособие. СПб.:СПбГЛТА, 2007, 54 с.
7. А.Н.Карабаева, А.Д.Асылбекова, С.К.Ордабаева, И.М.Шарипов - «Разработка методик идентификации 2,4,5-трибром-1-(1-оксотетанил-3)-имидазола». - Матер. IV Межд. науч. конф. мол. уч. и студ. «Перспективы развития биологии, медицины и фармации», инициированной советом молодых ученых Фонда Первого президента РК и ЮКГФА, 9-10 декабря 2016 г., г. Шымкент, РК ISSN 2306-6822, № 4 (77). - Том 2. - 141-142 с.

Р.Н. Бидайбек, 2-оқу жылының магистранты, ramazan.bidaybek@mail.ru,

С.К. Ордабаева, фарм.ғ.д., профессор, ordabaeva@mail.ru,

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, фармацевтикалық және токсикологиялық химия кафедрасы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы;

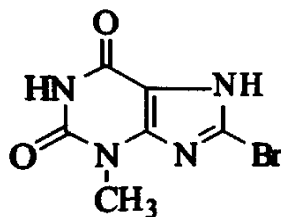
Ф.А. Халиуллин, фарм.ғ.д., профессор, nmm@yandex.ru, **И.М. Шарипов**, фарм.ғ.к., ishar@hotmail.ru, Башқұрт мемлекеттік медицина университеті, Аналитикалық және токсикологиялық химия курсымен фармацевтикалық химия кафедрасы, Уфа қ., Ресей Федерациясы.

ЖАҢА БИОЛОГИЯЛЫҚ БЕЛСЕНДІ ПУРИН ТУЫНДЫСЫНЫҢ ӨЗІ ЕКЕНДІГІН АНЫҚТАУДЫҢ СПЕКТРОФОТОМЕТРИЯЛЫҚ ӘДІСТЕМЕСІН ЖАСАУ

Қазіргі таңдағы медицина және фармацевтикалық ғылымдардың басты міндеттерінің бірі жоғары эффективті және адам ағзасына уыттылығы төмен жаңа биологиялық белсенді қосылыстарды іздеу болып табылады. Зерттеу бағыттарының бірі гетероциклді құрылыстағы биологиялық белсенді қосылыстардың синтезі болып табылады [1,2].

Медицинада қолданылатын, әсер ету спектрі кең дәрілік препараттар қатарында әртүрлі биологиялық белсенділігі бар ксантин туындыларының дәрілік заттары ерекше орын алады. Табиғи метилксантиндер (кофеин, теобромин), сондай-ақ олардың синтетикалық аналогтары: антиагреганттық қасиеті бар пентоксифиллин; бронх демікпесі кезінде қолданылатын эуфиллин, ми қан айналымын жақсартатын, перифериялық тамырларды кеңейтетін ксантинол никотинаты және тағы басқа препараттары белгілі [3].

Жаңа ксантин туындысын Башқұрт мемлекеттік медицина университетінің (БММУ) аналитикалық және токсикологиялық химия курсымен фармацевтикалық химия кафедрасының қызметкерлері синтездеп алды [4]. Нәтижесінде несеп айдайтын әсері бар жаңа биологиялық белсенді зат 8-бром-3-метилксантин алынды:



Сурет 1- 8-Бром-3-метилксантиннің құрылымдық формуласы

Бұл қосылыс америкалық препарат «Памабромның» әсері бойынша аналогы болып табылады. Памабром медицинада несеп айдайтын әсері бар ксантин тобының дәрілік заты ретінде қолданылады [5,6].

Аналитикалық нормативтік құжаттарда дәрілік заттардың өзі екендігін және сандық мөлшерін анықтау үшін көбіне хроматографиялық, спектрофотометриялық әдістерді ұсынады. Себебі, бұл әдістердің спецификалығы, сезімталдығы, дәлдігі, дұрыстығы, қайталанғыштығы жоғары [7].

Жұмыстың мақсаты. Жаңа биологиялық белсенді пурин туындысының өзі екендігін анықтауға арналған тиімді, қолжетімді спектрофотометрия әдістемесін жасау.

Материалдар мен зерттеу әдістері. Жұмыста 8-бром-3-метилксантин субстанциясы (CAS нөмірі 93703-24-3, Ресей Федерациясы); «х.т.» және «г.д.т.» категориялы еріткіштер мен реактивтер, зертханалық электронды аналитикалық таразы (ОНАUS Pioneer, Швейцария). Идентификациялау және сандық мөлшерін анықтау үшін спектрофотометр СФ-2000 («Спектр», Ресей Федерациясы) қолданылды.

8-Бром-3-метилксантиннің УК-жұтылу спектрі еріткіштегі ортаның рН мәніне байланысты. Субстанцияның қышқылдық қасиетінің басымдылығына қарай, әртүрлі сілтілі еріткіштер: 0,1М натрий гидроксиді, 0,01М пиридин, 0,05М аммоний гидроксиді ерітінділері алынып, 200-400 нм толқын ұзындығы диапазонында УК-спектрі өлшенді. Осы еріткіштер қатынасында 290±2нм толқын ұзындығында максималды жұтылу көрсеткішін берді. Берілген қосылыстың еріткіштердегі тұрақтылығын зерттеу барысында 0,05М аммоний гидроксидін қолданғанда тұрақтылық және сапалы жұтылу спектрін көрсетті. Осыған байланысты қосылыстың өзі екендігін және сандық талдау үшін оңтайлы болып 0,05М аммоний гидроксиді ерітіндісі таңдап алынды.

8-Бром-3-метилксантиннің өзі екендігін УК-аймақтағы спектрофотометрия әдісі көмегімен анықтау. 0,0500г субстанцияны сыйымдылығы 100мл өлшеуіш колбаға салып, 25 мл 0,05М аммоний гидроксиді ерітіндісімен ерітіп, сол еріткішпен белгісіне дейін жеткізеді (А ерітіндісі). А ерітіндісінен 5мл алып, сыйымдылығы 100мл өлшеуіш колбаға құйып, сол еріткішпен белгісіне дейін жеткізіп, араластырады (Б ерітіндісі).

Алынған ерітіндінің оптикалық тығыздығын спектрофотометрде қалыңдығы 10мм кюветада 200-400нм толқын ұзындығында өлшейді. Салыстыру ерітіндісі ретінде 0,05М аммоний гидроксиді ерітіндісі қолданылады. Ерітіндінің жарамдылық мерзімі 1 апта.

Нәтижелер және оларды талқылау. 8-Бром-3-метилксантиннің құрылымында хромофорлы топтың болуы оның өзі екендігін спектрофотометриялық жолмен анықтауды жеңілдетеді. 0,1 М аммоний гидроксидінде ерітілген ерітіндінің оптикалық тығыздығын қалыңдығы 10мм кюветада 200-400нм толқын ұзындығы аралығында өлшенді. Зерттеу нәтижесінде алынған ерітінді 290±2нм толқын ұзындығында айқын жұтылу максимумын берді (сурет 2).



Сурет 1 - 8-Бром-3-метилксантиннің 0,05М аммоний гидроксиді ерітіндісіндегі УК-спектрі

Қорытынды. Жаңа биологиялық белсенді пурин туындысының өзі екендігін анықтау үшін спектрофотометрия әдістемесі жасалды. Әдістеме бойынша алынған 8-бром-3-метилксантин субстанциясы ерітіндісі 290±2 нм толқын ұзындығында жұтылу максимумын көрсетті.

Әдебиеттер

1. Романенко Н.И., Назаренко М.В., Корниенко В.И. и др., Химико-фармацевтический журнал, №8, 24 стр. 2014.
2. Шарафутдинов Р.М. Синтез и биологические свойства 8-замещенных 1-*n*-бутил-3-метилксантинов. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата фармацевтических наук. Самара – 2012.
3. Машковский М.Д., Лекарственные средства, 16-е издание. Новая волна. 2012.
4. Шабалина Ю.В., Шарафутдинов Р.М., Губаева Р.А. и др. Материалы XIV молодежной конференции по органической химии. 518, 10-14.05.2011, Екатеринбург. Синтезы и реакции тизетанилксантинов.
5. Граник В.Г. Лекарства. Фармакологический, биохимический и химический аспекты: Монография. Вузовская книга. 3-е изд. 215 стр. 2015.
6. Справочник Видаль 2013. Лекарственные препараты в России. Vidal 2013.
7. Қазақстан Республикасының Мемлекеттік Фармакопеясы. Т. 1. – Алматы: «Жібек жолы» баспа үйі. 2008. – 592 бет.

Ақшабаева А.Ф., Кинаятова Ә.Т. - студенты В-ФКБ-01-16 группы, Мирсоатова М.А.- магистрант II года обучения, mirsoatova@mail.ru, Серикбаева А.Д.- к.фарм. наук, и.о. доцента, aluaul@mail.ru, Ордабаева С.К.- д.фарм.наук, профессор, ordabaeva@mail.ru

Южно-Казахстанская медицинская академия, Шымкент, Республика Казахстан

РАЗРАБОТКА ХРОМАТОГРАФИЧЕСКОЙ МЕТОДИКИ ОБНАРУЖЕНИЯ МОВАЛИСА ПРИ ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

В настоящее время число лиц употребляющих нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) в мире составляет несколько сотен миллионов человек. В практической медицине используется более 1000 лекарственных препаратов, содержащих НПВС в виде таблеток, мазей, растворов для парентерального введения и др., отпуск которых является безрецептурным. Большая популярность применения этих средств объясняется тем, что они обладают широким спектром фармакологического действия и часто используются в качестве средств при болях разной этиологии, а так же наркозависимыми людьми в период абстиненции. В химико-токсикологической и судебно-медицинской экспертной практике при исследовании биологических жидкостей человека обнаруживается НПВС [1-4].

К современным средствам этой группы относятся мовалис. Мовалис – нестероидный противовоспалительный препарат из группы оксикамов, включенный в перечень ЖНВЛС.

Целью исследования является разработка и совершенствование методик обнаружения мовалиса с помощью тонкослойной хроматографии.

Материалы и методы. В работе использованы лекарственная субстанция мелоксикама (серия ЛСР-0088753/09); растворители и реактивы категории «х.ч.» и «ч.д.а.». Для идентификации использован комплект приборов для тонкослойной хроматографии: хроматографические пластинки «Сорбфил ПТСХ-УФ» (ЗАО «Сорбфил», Россия); УФ-хроматоскоп, микрокапилляры объемом 5, 10 мкл (Россия).

Результаты и обсуждения: Предварительно мовалис был изолирован методом жидкость-жидкостной экстракции из мочи экстрагентом, состоящее из хлороформа. С целью выбора условий хроматографирования, позволяющих достичь селективного разделения мовалиса, изучено его хроматографическое поведение в разных системах растворителей.

Подвижная фаза используемая для ТСХ-скрининга мовалиса подбирался по элюотропному ряду Шталья и по рекомендации Международной ассоциации токсикологов для веществ, проявляющих основные свойства, в ряду которых часто используются такие растворители, как толуол, ацетон, спирты метиловый, этиловый, изопропиловый, диоксан и хлороформ. Мелоксикам, который имеет в своей структуре третичный азот атома, дает хорошую детекцию с реактивом Драгендорфа, что соответствует международным рекомендациям ПИАФТ, FDA и Центра судебной медицины Республики Казахстан.

С целью выбора оптимальной подвижной фазы с общей хроматографической системы экспериментально подобраны следующие растворители: хлороформ-ацетон (80:20), хлороформ-метанол (90:10), хлороформ-96% этиловый спирт (90:10), этилацетат-метанол-25% раствор аммония гидроксида (85:10:5), метанол-25% раствор аммония гидроксида (100:1,5), хлороформ-циклогексан-ледяная уксусная кислота (40:40:20), хлороформ-метанол (90:10), метанол-н-бутанол (60:40), хлороформ-метанол-кислота пропионовая (72:18:10), хлороформ-этанол 96%-аммиак 25% (10:10:5), хлороформ-этанол 96%-аммиак 25% (15:1:1), хлороформ-метанол -аммиак 25% (15:5:1), хлороформ-этилацетат-ледяная уксусная кислота (4:6:0,1), бензол-уксусная кислота-этилацетат-ацетон (65:6:12:30), хлороформ-гексан-этанол 96%-ледяная уксусная кислота (8:8:1:1), хлороформ-ацетон (9:1)[5-9].

Подвижность мовалиса в общих системах растворителей оценивали на основании величин R_f , которые находятся в пределах 0,2-0,8, что показывает эффективность данных систем растворителей.

Мовалис имеет оптимальное значение R_f в пределах $0,57 \pm 0,02$ в экспериментально подобранной подвижной фазе, состоящей из хлороформа – метанола-раствора аммония гидроксида 25 % (15:5:1).

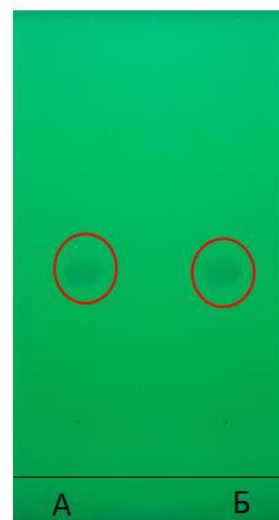
Пятна при этой фазе разделяются селективно, компактно, без «хвостов».

В качестве детектирующего средства использованы: УФ-свет, пары йода, реактив Драгендорфа, модифицированного по Мунье.

Выводы. Исследована возможность обнаружения мовалиса в общих и частных системах растворителей, которые часто используются в скрининговых исследованиях лекарственных препаратов. Предложена методика определения мовалиса в биологических жидкостях при судебно-химическом анализе с применением метода тонкослойной хроматографии.

Литература

1. Нестероидные противовоспалительные препараты /Л.И. Дятчина, А.Г. Ханов// -М., 2014. – С. 80.
2. Химико-токсикологическое исследование веществ, обладающих противовоспалительной активностью/А.А.Ваталёв, Т.В.Горбачева, А.В.Киреева, В.Н.Куклин// Сб. науч. тр. Пятигорская гос. фармацевт. академия. – Пятигорск. 2009. – Вып.64. – С.292-293.



3. Химико-токсикологическое исследование некоторых нестероидных противовоспалительных средств /А.А.Ваталёв, А.В.Киреева, В.Н.Куклин// Бутлеровские сообщения – Казань. 2014. – Т.39. – №7 – С.108-116.
4. Тонкослойная хроматография в анализе некоторых противовоспалительных средств /А.А.Ваталёв, Т.В.Горбачева, А.В.Киреева, В.Н.Куклин// Судебно-медицинская экспертиза. 2010. – №5. – С.25-30.
5. British Pharmacopoeia, London, 2000.
6. The United States Pharmacopoeia.- Rockville, 1995.
7. Хіміко-токсикологічне дослідження мелоксикаму та піроксикаму /С.Ю. Крамаренко// – Львів. 2008. –С.29.
8. Химико-токсикологическое значение НПВС и методы определения их в лекарственных формах и биологических материалах /И.Е. Анисимова А.Е. Коваленко, Т.В. Плетенева Е.М. Саломатин, Д.А. Кардонский, А.А. Еганов, Д.А. Гришин// Вестник РУДН. 2004. – №4. –С. 238-247.
9. Химико-токсикологическое исследование препаратов валис /А.А.Ваталёв, А.В.Тимофеева, Е.Н.Степанова, В.Н.Куклин// Вестник Российской Военной медицинской академии им. С.М.Кирова. 2011. – №1(33). –С.156.

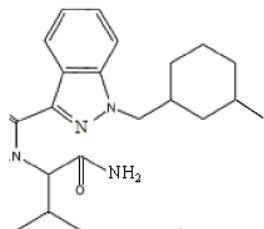
С.С. Исхакова докторант Институт Ионно-плазменных и Лазерных Технологий АН РУз, e-mail: saidais@mail.ru
Ф.С. Жалилов к.фарм.н., доцент, заведующим кафедрой стандартизации менеджмент качества лекарственных средств, dr.fazliddin@gmail.com

Руководители: **У.Хасанов, У.Х. Расулев**, – Институт Ионно-плазменных и Лазерных Технологий АН РУз,
 Л.Т.Пулатова д.т.н., профессор кафедры «Классификация и сертификация товаров», Высший военный таможенный институт, Ташкент, Узбекистан, lorena_97@mail.ru

ПОВЕРХНОСТНО-ИОНИЗАЦИОННАЯ МАСС- И ТЕРМОДЕСОРБЦИОННАЯ СПЕКТРОСКОПИЯ: ОБНАРУЖЕНИЕ И АНАЛИЗ СЛЕДОВЫХ КОЛИЧЕСТВ СИНТЕТИЧЕСКОГО КАННАБИНОИДА АВ-FUBINACA В КУРИТЕЛЬНЫХ СМЕСЯХ

Появившиеся на незаконном обороте Новые Психоактивные Вещества - синтетические каннабиноиды, производные катинона и пиперазина, производные аминоканнабиноидов, прогнозируемое их увеличение в нелегальном обороте и как наркотики “будущего”, изменили наркоситуацию во всем мире. Из них синтетические каннабиноиды (СК) активно внедряются на нелегальном рынке в виде травяных курительных смесей (Спайсы), растворов для электронных сигарет и завоевывают «лидирующие» позиции.

В работе сообщаются результаты сравнительных исследований аналитических возможностей хромато-масс-спектрометрических методов и термодесорбционной термоионной (ТДИ) спектроскопии при обнаружении и идентификации СК на примере АВ-FUBINACA ($C_{20}H_{19}N_4O_2F$, $M_{a.e.m.}=366$) в биологических образцах и криминалистических материалах.



Поверхностно-ионизационная масс-спектрометрия. Масс-спектры поверхностной ионизации курительных смесей с содержанием АВ-FUBINACA малолинейчатые и характерны, от спектров электронного удара существенно отличаются как по составу, так и по главным линиям. В ГХ/МС спектре главным является ион с $m/z=259$, тогда как в спектре ПИ/МС он имеет интенсивность около 17% и главной является линия иона аминной группы с $m/z=118$.

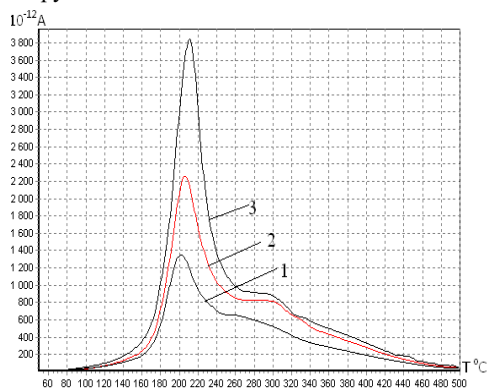


Рисунок 1 -ТДИ спектры АВ-FUBINACA: 1-50нг, 2-100нг, 3-300нг.

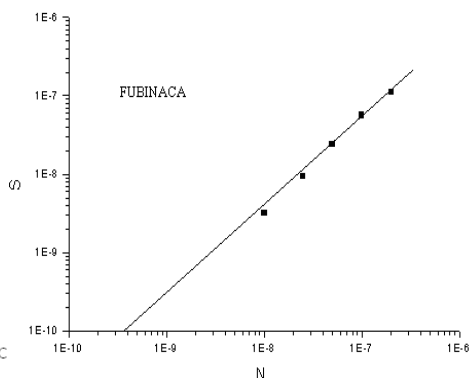


Рисунок 2 -Калибровочная кривая каннабиноида АВ-FUBINACA

ТДПИ спектроскопия Эффективность ионизации АВ-FUBINACA, рассчитанный по термодесорбционным спектрам (рис.1) соответствует около 85 К/моль. Температурный максимум $T_{\text{макс}}$ находится в диапазоне 200°C-215°C и характерен для индольных производных СК. Пределы обнаружения составляют 1.4 пмоль (рис.2) над уровнем фона при ЛДД калибровочной кривой 2.5÷3.0 порядков величины. Метод позволяет проводить быстрый (2-3мин) качественный и количественный анализ СК в различных образцах с высокой чувствительностью (от 0.5-1.0 нг/мл) сравнимых с методами ГХ/МС.

В работе обсуждаются влияние матрицы курительных смесей, типа растворителей на спектры, возможности метода по идентификации классов синтетических каннабиноидов.

Работа выполнена в рамках проекта **ФА-Атех-2018-17** Министерства Инновационного Развития Республики Узбекистан.

Литература

1. Müller, H.H., Kornhuber, J., & Sperling, W. (2016). The behavioral profile of spice and synthetic cannabinoids in humans. *BrainResearchBulletin*, 126(Part 1), 3-7.
2. Термодесорбционный поверхностно-ионизационный индикатор наркотиков и других лекарственных препаратов /С.С. Исхакова, У.Х. Расулев и др.; // Журнал аналитической химии.- Москва, 2004.- Т.53.- №1.- С.56-63.
3. Об анализе опиатов в крови, моче и в трупных материалах методом термодесорбционной поверхностно-ионизационной спектроскопии / Гиясов З.А., Шахитов М.М. и др.; / Методические рекомендации.- Ташкент, 2003.- 12 с.

Мухитдинова К.Ш., Убайдуллаев К.А.

Ташкентский фармацевтический институт, Ташкент, Республика Узбекистан

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ЧИСТОТА ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОГО ФИТОПРЕПАРАТА

Введение: Научный и практический интерес к лекарственным средствам на основе растительного сырья в последние года не уменьшается, несмотря на бурное развитие химии синтеза. Популярность применения растительных препаратов объясняется их мягким терапевтическим действием, меньшей токсичностью большинства из них и натуральностью, т.е. близостью по происхождению.

Начиная с разработки новых фармацевтических препаратов, на всех этапах от производства до потребителя, необходимо оценивать вероятность риска выпуска некачественных средств и совершенствовать систем контроля и обеспечения их качества. Особое место при этом занимает контроль микробиологической чистоты ЛС. Объектом нашего исследования был комбинированный жидкий экстракт «Гепафит», содержащий в своём составе: корней с корневищами солодки голой, кукурузных столбиков с рыльцами, травы зверобоя.

Цели исследования: изучение микробиологической чистоты нового фитопрепарата в виде жидкого экстракта.

Материалы и методы: определение микробиологической чистоты проводили в соответствии с требованиями ГФ XI «Методы микробиологического контроля лекарственных средств».

Испытания проводились в асептических условиях, с применением методов и питательных сред для контроля всех видов нестерильных лекарственных средств. Анализ проводили в чашках Петри со стерильными питательными средами: мясо - пептонный агар - для количественного определения выросших колоний, кровяной агар – для определения гемолитических штаммов бактерий, желточно-солевой агар – для выявления патогенных стафилококков, Эндо - для обнаружения кишечных групп бактерий, Сабуро – для выделения грибов. В питательные среды вносили испытуемый препарат в различных концентрациях (1: 2; 4), не менее в трех чашках Петри. Все чашки с посевами инкубировали в термостате при 37°C, кроме Сабуро 20-25°C. Первичный учет результатов проводился через 24 ч и 48 ч, окончательный - через 5 суток. После инкубации проводили подсчет выросших колоний и их идентификацию.

Полученные результаты: По полученным результатам в жидком экстракте общее число аэробных бактерий в 1г составило 300 колониеобразующая единица (КОЕ) (при повторном проведении микробиологического анализа не обнаружено), общее число дрожжевых и плесневых грибов менее 10 КОЕ. *E.Coli*, *Salmonella*, *Ps. aeruginosa*, *St. aureus* и других грамотрицательных бактерий в течение всего времени не обнаружено.

Предлагаемое жидкое лекарственное средство отвечает требованию по данному показателю, в соответствии с которым такие препараты должны содержать в 1 г не более 10^5 аэробных бактерий, 10^4 дрожжевых плесневых грибов при отсутствии *Pseudomonasaureginosa*, *Staphylococcus aureus* не более 10^3 других кишечных бактерий. Оценка количественного и качественного состава контаминирующей флоры не выявила отклонений от требований ГФ XI.

Выводы: предлагаемая лекарственная форма в виде жидкого экстракта полученного из лекарственных растений: корней с корневищами солодки голой, кукурузных столбиков с рыльцами, травы зверобоя соответствует требованиям ГФ XI вып.2.с 193, изменение 2, от 12.10.2005 категория 3 Б, по показателю «Микробиологическая чистота». Полученные результаты включены в проект ВФС на данную лек форму.

Литература

1. Государственная фармакопея СССР.-XI изд.-М.: Медицина, 1987.- Вып. 1,2
2. Веденкина Ю. И. Разработка и стандартизация лекарственного средства растительного происхождения, рекомендуемого при заболеваниях пародонта. // Автореферат дисс. канд.ф.н. — М., -2009. — С. 3-4 .

Н.А. Юнусходжаева, В.Н. Абдуллабекова, А.У. Абдураимова, М.С. Хакимова
Ташкентский фармацевтический институт, Ташкент, Республика Узбекистан

ОПРЕДЕЛЕНИЕ МАКРО- И МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА В НАСТОЙКЕ КАЛЕНДУЛЫ

Введение. В настоящее время актуальным остается вопрос о расширении номенклатуры отечественных препаратов, в том числе и на основе лекарственного растительного сырья. Разработка нового препарата требуют серьезного вложения материальных средств. Поэтому первостепенное значение приобретает анализ информации о растениях, уже накопленной в академической и народной медицине, и разработка системного подхода к ее оценке. На сегодняшний день в Узбекистане многими производителями производится настойка календулы. Препараты на основе экстрактов из цветов данного растения обладают широким спектром биологической активности, включая: противовоспалительное, спазмолитическое, желчегонное, противомикробное, успокаивающее, противоотечное, антимитотическое, противовирусное, ранозаживляющее действие.

Календула лекарственная (*Calendulaofficinalis L.*) – ценное лекарственное и декоративное растение, одно из самых популярных в народной и официальной медицине.

Лечебные свойства календулы лекарственной основаны на содержании в сырье комплекса биологически активных веществ: каротина (провитамина А), стеринов, тритерпеноидов, флавоноидов, эфирных масел, кумаринов, макро- и микроэлементов.

Целью исследования явилось изучение содержания макро и микроэлементного состава в настойке календулы.

Минеральный состав определяли методом спектрального анализа с использованием прибора ICP-MS (масс – спектрометр индукционно – связанной плазмы) AT 7500. Методика определения заключается в следующем: 1 мл настойку выпаривают и помещают в термостойкую колбу и приливают 10 мл концентрированной азотной кислоты. Образец разлагают в микроволновой печи «Milestone» при программировании мощности от 250 до 500 Вт и температуры от 180 до 220°C. Полученный раствор фильтруют и количественно переносят в мерную колбу объемом 100 мл и в дальнейшем используют для прямого ввода в спрей-камеру прибора ICP-MS. Условия анализа: мощность плазмы -1200 Вт; время интегрирования - 0,1 сек; скорость вращения перистальтического насоса - 0,1 об/сек. Остальные параметры прибора установлены в процессе настройки и неизменны в течении между периодами проведения технического обслуживания. В качестве стандарта используют мультиэлементный (27 компонентный) стандартный раствор фирмы «AgilentTechnology» с содержанием целевых компонентов 10,0 мг/л.

Таблица 1 - Содержание макро и микроэлементного состава в настойке календулы

№	Элемент	Количество мг/л	№	Элемент	Количество мг/л
1	Медь	0,2	14	Молибден	0,00017
2	Сурьма	0,01	15	Никель	0,013
3	Фосфор	7,800	16	Платина	-
4	Ванадий	0,0140	17	Кальций	2,200
5	Калий	180	18	Серебро	0,00006
6	Цинк	0,36	19	стронций	0,00008
7	Олово	0,00014	20	Титан	0,41
8	марганец	0,0230	21	Железо	0,53
9	Хром	1,200	22	Магний	3,100
10	Натрий	26,0	23	алюминий	0,044
11	Свинец	0,01	24	Кремний	0,6
12	Сера	0,5800	25	хром	1,200
13	литий	0,0027	26	Бор	7,300

В результате проведенных исследований было выявлено, что настойка календулы содержит все необходимые макро и микроэлементы, среди которых наибольшее количество составляют: калий, натрий, фосфор, кальций и магний. Необходимо отметить, вышеуказанные элементы относятся к эссенциальным, то есть жизненно – необходимым элементам. Высокое содержание минеральных веществ позволяет расширить спектр применения настойки.

Литература

1. Исмагилов Р.Р., Костылев Д.А. *Календула*. Уфа, 2000. 102 с.
2. Ладыгина, Е.Я. Календула лекарственная // *Фармация*. 1992. Т.40. №4. С. 84–86.

3. Ногаре Д., Джувет Р.С. Газо-жидкостная хроматография. // Теория и практика (пер. с англ.) - Л.: -Недра. -1996. - с. 420.
4. Бубенчикова В.Н., Дроздова И.П. Изучение состава фенольных соединений донника лекарственного методом ВЭЖХ // Хим. фарм. журн.- Москва, 2004.-№4-С.24-25.

Тулеметов А.С. - студент 1-го курса, факультета профессионального образования Ташкентский государственный стоматологический институт,
Научный руководитель: **Тулеметов С.К.** – к.м.н. доцент, tulemetov12@mail.ru
Ташкентский государственный стоматологический институт, г.Ташкент, Республика Узбекистан

ВЛИЯНИЕ УДАЛЕНИЯ БОЛЬШИХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕМЕННИКОВ КРЫС В ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ

Имеется тесная взаимосвязь больших слюнных желез (БСЖ) с репродуктивной системой [1]. БСЖ способны не только к экзокринной (пищеварительные ферменты и муцины слюны), но и эндокринной (эпидермальный фактор роста, фактор роста нервов, глюкагон, калликреин, ренин, паротин, сиалорфин и др.) секреции [2; 3]. Биологически активные факторы БСЖ обладают пара- и эндокринным действием на различные органы и системы, в том числе на репродуктивную систему [4; 5]. С другой стороны активность клеток стенок выводных протоков БСЖ находится под контролем половых гормонов. Введение тестостерона вызывает гипертрофию протоков подчелюстных СЖ. Восстановление нормальной структуры протоков зависит от мужских половых гормонов. Аналогичные изменения возникают при кастрации. Одновременно с этим в клинической практике выявлено, что у мужчин с заболеваниями мочеполовой сферы (изменением количества мужских половых гормонов) нередко встречается интерстициальный сиаладеноз.

Цель исследования. Изучить влияние тотальной сиалоаденэктомии на морфофункциональное состояние семенников неполовозрелых крыс.

Материалы и методы. Исследование проводилось на неполовозрелых (21 дней, $40 \pm 8,0$ г) белых беспородных крысах-самцах, которые были разделены на 3 группы: 1-ая - 10 интактных (ИН), 2-ая - 10 душнооперированных (ЛО) и 3-я - 10 сиалоаденэктомированных (СЭ) животных. Крысам СЭ группы проводили двустороннюю тотальную сиалоаденэктомию - удаление околоушных, поднижнечелюстных и подъязычных желез. Экспериментальных животных забивали через 1, 2, 3, 4, 6, 8, 10 и 12 недель после операции под легким эфирным наркозом. Для светооптических исследований семенники крыс фиксировали в жидкостях Карнуа и Буэна, после соответствующей проводки заливали в парафин. Срезы толщиной 5 мкм окрашивали гематоксилином и эозином. Диаметр извитых семенных канальцев и их просвета измеряли в поперечно срезанных канальцах при помощи окуляр микрометра об.20 ок.10. Индекс сперматогенеза рассчитывали на 50 извитых семенных канальцев. Все цифровые данные обрабатывали по критериям Фишера-Стьюдента; достоверными считались различия, удовлетворяющие $P < 0,05$.

Результаты и обсуждения. Сиалоаденэктомия у неполовозрелых крыс вызывает структурные изменения семенников. Просвет извитых семенных канальцев крыс всех групп обнаруживается с 1 недели эксперимента. У крыс ИН и ЛО групп сперматогонии и сперматоциты выявляются в составе сперматогенного эпителия с 1 недели, поздние сперматиды – со 2 недели, сперматозоиды – с 3 недели эксперимента, тогда как у животных СЭ группы поздние сперматиды определяются с 3 недели, а сперматозоиды – лишь с 6 недели эксперимента. В составе сперматогенного эпителия крыс СЭ группы на 2-4 неделе после удаления БСЖ наблюдаются клетки с морфологическими признаками гибели и крупные многоядерные сперматиды. На 4 неделе после сиалоаденэктомии наблюдаются утолщение и извилистость контуров базальной мембраны извитых семенных канальцев. Появление гибнущих клеток и многоядерных сперматид свидетельствует о нарушении мейотического деления I и II в ходе сперматогенеза, что может быть следствием как прямого влияния сиалоаденэктомии на половые клетки, так и опосредованного через sustentоциты (клетки Сертоли). Диаметр извитых семенных канальцев и их просвета у крыс СЭ группы с 3 по 6 неделю эксперимента меньше, чем у животных 1-ой и 2-ой групп. Уменьшение просвета извитых семенных канальцев может быть связано с угнетением выработки внутриканальцевой жидкости клетками Сертоли. Индекс сперматогенеза у крыс СЭ группы на 1-3 неделе также снижен по сравнению с таковым животных ИН и ЛО групп. Таким образом, удаление БСЖ у неполовозрелых крыс вызывает замедление становления сперматогенеза в извитых семенных канальцах. Влияние сиалоаденэктомии на морфофункциональное состояние семенников, вероятно, опосредовано недостатком биологически активных веществ БСЖ, в частности, эпидермального фактора роста [6].

Заключение. Тотальная сиалоаденэктомия приводит к замедлению роста семенников и задержке сперматогенеза. Описанные структурные изменения семенников неполовозрелых крыс, подвергшихся сиалоаденэктомии, нивелируются к 8 неделе эксперимента.

Литература

1. Афанасьев В.В., Денисов А.Б., Капельян В.Д. Изменение слюнных желез при экспериментальном воздействии на семенники крыс // Российский стоматологический журнал, -2001. -N. 3. -С.4-7

2. Rougeot C., Rosinski-Chupin I., Mathison R. and Rougeon F. Rodent submandibular gland peptide hormones and other biologically active peptides // Peptides, -2000. -Vol. 21. -P.443-455.
3. Amano O., Mizobe K., Bando Y., Sakiyama K. Anatomy and histology of rodent and human major salivary glands // ActaHistochem. Cytochem. -2012. -Vol.45. №5. -P.241-250.
4. Bodare R.D., Pillai M.M. Effect of salivaryadenectomy of the pregnant mother on testicular lactase dehydrogenase in mice // Int. J. Biol. Med. Res. -2013. 3: 2560-2564.
5. Mathison R. Submandibular salivary gland endocrine secretions and systemic pathophysiological responses //The Open Inflammation Journal, -2009. -Vol.2. -P.9-21.
6. Bhopale L. P., Walvekar M. V., Sarvalkar P. P. Sialoadenectomy effect on sublingual gland of male mice // Bionano Frontier. -2011. -Vol.4. -№ 2. -P.240-243.

Тулеметов С.К. – к.м.н. доцент, tulemetov12@mail.ru

Ташкентский государственный стоматологический институт, г.Ташкент, Республика Узбекистан

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕГЕНЕРАЦИИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПОСЛЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ПАРОДОНТ У КРЫС

Введение. Проблема воспалительных заболеваний пародонта до настоящего времени остается в центре внимания многочисленных исследований и является актуальной для современной стоматологии, что обусловлено широкой распространенностью, многообразием клинических проявлений, сложностями диагностики, трудностями в профилактике и лечении данной группы заболеваний [2]. Влияние стальных протезов на течение пародонтита изучено недостаточно. До сих пор в практике ортопедического лечения применяется нержавеющая сталь. Важнейшим пусковым механизмом воспаления является повреждение ткани независимо от вида повреждающих агентов – инфекция, механическая травма - в клетках и субклеточных структурах обнаруживаются общие неспецифические изменения или нарушения, характерные для повреждения ткани. Травма металлическими зубными протезами тканей пародонта способствует попаданию инфекции в зубодесневые карманы [1].

Цель исследования - провести морфологическую оценку гистологических препаратов процесса регенерации тканей пародонта после воздействия механической травмы (цельнометаллической иглой) на модели хронического пародонтита у крыс.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено на 15 крысах средней массой 200-250г в стандартных условиях вивария. Моделирование хронического пародонтита у животных выполнялось путем длительного (в течении недели) нанесения механической травмы цельнометаллической иглой [3,4]. После извлечения травмирующего фактора на 10, 15, 20, 25, 30 сутки производилась декапитация крыс под легким эфирным наркозом по 3 особи соответственно. Сразу после декапитации производилась резекция переднего отдела нижней челюсти, который фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина, для изготовления декальцированных срезов толщиной 3-5 мкм. Окраска препаратов выполнялась по стандартной методике гематоксилином и эозином для дальнейшего гистологического исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. На 10 сутки гистологических препаратах были обнаружены единичные эозинофилы, сохранялся процесс алергизации в тканях пародонта. Имело место разрастание грануляционной ткани, наличие сети молодых кровеносных сосудов, вокруг которых выстилкой располагались клетки фибробластического ряда. При этом в мягких тканях пародонта присутствовали клетки лимфоидного ряда и клеточные детриты. Место травматизации было инфильтрировано лейкоцитами, в альвеолярной кости отмечен процесс образования каверн. На 15 сутки эксперимента отмечена выраженная инфильтрация эозинофилами при небольшом количестве тучных клеток в слизистой оболочке десны. Произошло разрастание грануляционной ткани, истончение стенок сосудов. На фоне присутствия остеокластов наблюдался выраженный лизис альвеолярной кости. В эпителии десны происходил процесс метаплазии. На 20 сутки исследования отмечалось усиление лейкоцитарной реакции в мягких тканях пародонта. Стенки сосудов были разрушены, периваскулярно отмечался диапедез как эритроцитов, так и лейкоцитов. В просвете сосудов были обнаружены аргирофильные волокна. В месте воздействия металлической иглы произошла секвестрация альвеолярной кости. Наблюдалось разрушение базальной мембраны эпителия десны и ее слушивание. На 25 сутки на гистологических препаратах в костной ткани альвеолярной части были обнаружены как остеокласты, так и остеобласты, что свидетельствовало о процессе регенерации. Кость окружена зрелой тканью с организованными кровеносными сосудами без воспалительного инфильтрата в мягких тканях пародонта. Вокруг места травматизации отмечен процесс формирования грубой соединительной ткани. К концу исследования, т.е. на 30 сутки гистологически отмечалось наличие зрелой костной ткани, при этом наблюдался очаг инфильтрации в тканях слизистой оболочки десны с преобладанием лейкоцитарной и единичной лимфоидно-клеточной реакций в месте воздействия травматического фактора. Под базальной мембраной эпителия десны наблюдается образование плотной соединительной ткани с хорошо выраженной васкуляризацией (рубцовая ткань).

Заключение. Таким образом, в тканях пародонта наблюдается процесс сенсibilизации к травмирующему фактору. После устранения травмирующего фактора из тканей пародонта, наблюдаются процессы регенерации альвеолярной кости и соединительнотканной структуры. Регенерация мягких тканей пародонта происходит по типу образования грубой волокнистой ткани (рубца).

Литература

1. Гожая Л.Д. Роль травмы металлическими зубными протезами в патогенезе пародонтита // Пародонтология. - 2012. -№3. -С.12-15.
2. Земеров Д.В. Патогенетические критерии оценки эффективности лечения больных хроническим генерализованным пародонтитом // Пародонтология. -2012. -№ 2(63). -С.16-20.
3. Саркисян Н.Г., Тимченко А.С., Ларионов Л.П., Тузанкина И.А. Способ получения модели хронического пародонтита у крыс // Уральский медицинский журнал. -2014. -№3(117). -С.54-56.
4. Хаитов Р.М. Иммуноterapia: руководство // -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 672с.: ил.

ГРНТИ 76.29.30
УДК 616.12-007-053.1-033.22

Д.К. Утемисова, магистрант

Южно-Казахстанская медицинская академия, Шымкент, Республика Казахстан

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Резюме

Врожденные пороки сердца (ВПС) являются одной из самых распространенных аномалии развития у детей. В статье представлены данные об этиологии, частоте, распространенности и особенностях течения врожденных пороков сердца у детей. Отражены особенности диагностики врожденных пороков сердца. Обращено внимание на важность своевременной диагностики порока сердца и оперативной его коррекции в оптимальные сроки для снижения уровня летальности.

Этиология. Аномалии анатомического развития сердца и крупных сосудов обычно формируются на 2-8-ой неделе внутриутробного развития в результате нарушения эмбрионального морфогенеза и могут быть обусловлены как наследственными (генные, хромосомные, геномные, зиготическимутации), так и средовыми факторами, влияющими на развивающийся зародыш. Конкретные причины возникновения ВПС не известны. Передко они связаны с хромосомными аномалиями. На нарушение эмбриогенеза могут быть и приобретенными воздействием на плод организм матери некоторых неблагоприятных факторов (радиация, алкоголизм, наркомания), эндокринные заболевания (сахарный диабет, тиреотоксикоз), вирусные и другие инфекции, перенесенные в I-триместре беременности (краснуха, грипп, гепатит В), прием лекарственных средств. Большое значение возникновения патологии сердца и сосудов имеют смешанные вирусно-вирусные гетеро-вирусная инфекции, перенесенные плодом внутриутробно.

Эпидемиология врожденных пороков сердца (ВПС) – это одна из самых распространенных врожденных аномалии у детей (30% от всех пороков развития); по частоте занимает третье место после врожденной патологии опорно-двигательной и центральной нервной систем [6]. ВПС наблюдается со средней частотой 5-8 на 1000 живорожденных. В последние годы отмечается увеличение этого показателя, обусловленное, вероятно, применением более современных методов ультразвуковой диагностики и возросшим интересом к данной проблеме врачей других специальностей.

Наиболее часто встречающиеся ВПС: дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) - 15-23%; транспозиция магистральных сосудов (ТМС) - 9-20%; коарктация аорты – 6-15%; открытый артеральный проток (ОАП) – 6-18%; открытый атриовентрикулярный канал (АВК) – 2-5%; дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) – 2,5 – 16%; аномальный дренаж легочных вен – 0,5 – 2%; стеноз устья аорты – 2 – 7%; стеноз легочной артерии – 6,8 – 9%.

Диагностика. На современном этапе развития медицины диагностика этой патологии должна быть антенатальной. Хотя многие пороки радикально лечатся хирургическим путем в первые дни жизни, а некоторые вовсе не требуют хирургического вмешательства, существует ряд ситуаций, когда ребенку предстоит серия жизненноспасающих операций, вплоть до пересадки сердца. Поэтому каждая женщина с 14-й недели беременности должна проходить ультразвуковое обследование плода. Информативность этого метода зависит от квалификации врача, выполняющего исследование. Каждый специалист не в состоянии распознать ВПС. Однако обязан по соответствующим признакам заподозрить его направить в специализированное учреждение, где занимаются ультразвуковой диагностикой, где занимаются ультразвуковой диагностикой врожденных заболеваний сердца. Помимо этиологических выделяются факторы риска рождения ребенка с ВПС. К ним относятся: возраст матери, токсикоз и угроза прерывания в I-триместре беременности.

Литература

- Болезни сердца и сосудов. Руководство Европейского общества кардиологов /Под ред. А.Д. Кэмма, Т.Ф. Люшера, П.В. Серруиса. – Пер. с англ. – М.: ГЭТАР – Медиа, 2011-1480с.
- Белозеров Ю.М., Боябиков В.В. Ультразвуковая семиотика и диагностика в кардиологии детского возраста. – М.: МЕД пресс, 2001.-176с.
- Врожденные пороки сердца: справочник для врачей /Под ред. Е.В. Кривошекова, И.А. Ковалева, В.М. Шипулина. – Томск: 8ТТ, 2009.-286с.

Кардиология (национальное руководство) /Под.ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. – М: ГЭОТАР Медиа, 2007.-1232с. Epidemiological characteristics of congenital heart defects
Circlin/Barrat – Boyes. Cardiac Surgery. – 3-d ed.-Churchill Livingston, 2010.-1919p.
Stark J. Surgery for congenital heart defects.-3d ed.-John Wiley sons, 2006.-574p.

Түйін

Д.К. Утемисова

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент қаласы, Қазақстан
ТУА БІТКЕН ЖҮРЕК АҚАУЫНЫҢ ЭПЕДИМИОЛОГИЯЛЫҚ СИПАТЫ

Туа біткен жүрек ақаулары балалардағы ең көп таралған даму ақаулары болып табылады. Мақалада балалардағы туа біткен жүрек ақаулары ағымының этиологиясы, жиілігі, таралуы және ерекшеліктері туралы деректер берілген. Туа біткен жүрек ақаулары диагностикасының ерекшеліктері көрсетілген. Жүрек ақауы науқастары диагностикалаудың және өлім деңгейін төмендету үшін қолайлы мерзімде оны жедел түзетудің маңыздылығына назар аударылды.

Summary

D.K. Utemisova.

South-Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Kazakhstan

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF CONGENITAL HEART DEFECTS

Congenital heart diseases are a resume one of most widespread to the anomaly of development for children. In the article data are presented about etiology, frequency, prevalence and features of flow of congenital heart diseases for children. The features of diagnostics of congenital heart diseases are reflected. Paid attention to importance of timely diagnostics cardiac and his operative correction anomaly in optimal terms for the decline of level of lethality.

ГРНТИ 76.29.30

УДК 616.12-007-053.1-07

Д.К. Утемисова, Н.З. Шапамбаев

Южно-Казахстанская медицинская академия, Шымкент, Республика Казахстан

ОСОБЕННОСТИ СКРИНИНГА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПО ЭХОКАРДИОГРАФИИ

Резюме

Представлен анализ эпидемиологии врожденных пороков сердца за 3 года (2015-2017гг). Наиболее часто встречается следующие аномалии ДМЖ и ДМП перегородок, открытый артериальный проток. Впервые определены уровни пороков развития в зависимости от различных параметров (пол ребенка, масса тела при рождении, порядковый номер беременности). Для большинства врожденных пороков сердца выявлена ассоциация частоты встречаемости с возрастом матери старше 35лет. Низкая масса тела характерна для детей с тетрадаФалло. Частота встречаемости врожденных пороков сердца существенно не связано с полом детей.

В эпидемиологии пороков важно учитывать изменение их структуры в зависимости от возраста детей. К трем годам значительно уменьшается количество не корригированных пороков. Это важно учитывать в клинической практике.

Ключевые слова: врожденные пороки сердца, дети, скрининг.

Введение. Среди не воспалительных заболеваний сердца у детей определенное место занимают врожденный порок сердца (ВПС), которые формируются в результате нарушения эмбриогенеза на 2-8-й неделе внутриутробного развития.

В настоящее время в общей структуре пороков развития регистрируется увеличение до 22% доли ВПС, которые играют важную роль в формировании младенческой смертности и инвалидности. По данным большинства авторов частота ВПС колеблется от 8 до 10 на 1000 родивших детей, с тенденцией к нарастанию в последние десятилетия.

Распространенность ВПС меняется не только по годам наблюдения, но и по районам и с возрастом детей. В первые месяцы жизни, особенно в периоде новорожденности, не все пороки диагностируются своевременно, в то же время они часто приводят к летальному исходу, другие же выявляются позже, определяя динамику распространенности и структуру в различные возрастные периоды.

Известно, что существует более 90 вариантов ВПС и множество их сочетаний. Без радикальной коррекции 50-60% детей умирают на первом году жизни. Особенно высока летальность от пороков сердца в периоде новорожденности. По статистике ежегодно в Казахстане несколько тысяч маленьких детей родившихся с данной патологией, 36% из них, если не было сделано срочная операция, умирает впервые 30 дней, еще 35% в течение 6 месяцев, большинство выживших впоследствии становятся инвалидами [1,3]. Достаточно высокого процента инвалидности можно избежать у детей с врожденными пороками сердца, используя современные

методы радикальной коррекции. На сегодня актуально является ранняя антенатальная диагностика врожденных пороков сердца и кардиохирургическая коррекция до рождения ребенка или в неонатальном периоде [4,5,6].

Эпидемиология врожденного порока сердца остается недостаточно изученной. Существующие данные различных авторов о частоте их встречаемости, распространенности в различные возрастные периоды противоречивы.

Цель работы является определение особенностей эпидемиологии врожденного порока сердца у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Материалом послужили наблюдения за 200 детьми с различными врожденными пороками сердца, основную часть составили дети с дефектом межжелудочковой перегородки (ДМЖП), дефектом межпредсердной перегородки (ДМПП) и тетрадаФалло. Из них было 110 мальчиков, 90 девочки. Врожденный порок сердца антенатально были диагностированы у 62,2% детей. У 31,2% - постнатально, на первом году, а у остальных в течении первых лет жизни. В нашей работе приводятся данные по описательной эпидемиологии врожденных пороков сердца, включая ДЖМП и ДМПП, тетрадаФалло за 3-лений период (2015-2017г.г.). В анамнезе включены данные мониторинга по Туркестанской области. Для каждого вида порока определялись: частота в зависимости от пола ребенка, массы при рождении, возраста матери, порядкового номера беременности. Частота врожденных пороков сердца рассчитывалось как отношение числа всех случаев порока к общему числу живорожденных. При определении частот определенных нозологических форм врожденных аномалий полученное отношение умножалось на 1000, т.е. частота отдельных видов пороков рассчитывалось на 1000 рожденных.

Результаты и их обсуждения. Проведенный анализ позволил выявить, что в 2015 году из 8200 новорожденных было 54 детей (0,69%) с врожденными пороками сердца из них 32 мальчика и 22 девочки. В 2016 году из 8400 младенцев с аномалиями сердца было 63 (0,76 %), из них 33 мальчиков и 30 девочек. В 2017 году зарегистрировано 78 (0,94 %) детей с врожденными пороками сердца на 9300 родившихся из них 48 мальчиков и 40 девочек. Среди всех пороков было 54 (25,9%) ДМПП, 43 (20,7%) ДМЖП, 17 (8,2%) тетрадаФалло, остальные 94 (45,2%) составили другие пороки. Таким образом, на первом месте по частоте встречаемости располагается ДМПП, реже встречается ДМЖП, тетрадаФалло и другие пороки. Это подтверждается другими литературными данными.

Частота встречаемости ДМПП выше у мальчиков, чем у девочек (таблица). Дети имеющие массу тела при рождении меньше 2500г., чаще имели дефект межпредсердной перегородки, чем пациенты с большей массой. Кроме того, выявлено выраженная зависимость частоты встречаемости детей с этими пороками у матери старше 35 лет при 3-й и более беременности по счету.

При ДМЖП по сравнению с ДМПП, при относительно меньшей частоты первых дефектов, определяется явная зависимость от возраста матери и номер беременности (таблица). Частота параметров других показателей аналогично таковым при ДМПП. Наиболее часто у детей с тетрадаФалло чем в предыдущих группах, встречалась низкая масса тела при рождении. Зависимость частоты встречаемости от возраста матери, номера беременности этой группе меньше выражено (таблица).

В динамике статистические параметры характеризующие структуру пороков, меняются к трехлетнему возрасту. В этом периоде значительно уменьшается (на 68%) количество некорректированных аномалий развития сердца, количество вновь выявленных пороков составляет 6,7%.

Таблица - Частота встречаемости (на 1000 рождений) врожденных пороков сердца в зависимости от изучаемых параметров.

Параметры	ДМПП (n=54)	ДМЖП (n=43)	ТетрадаФалло (n=17)
Пол			
Мальчики	0,21	0,52	0,08
Девочки	0,19	0,58	0,09
Масса тела, г.			
< 2500	0,31	0,27	0,27
>2500	0,07	0,9	0,09
Возраст матери			
18-19	0,21	0,75	0,14
20-24	0,26	0,54	0,09
25-29	0,24	0,46	0,06
30-34	0,51	0,51	0,1
>35		0,21	0,21
Номер беременности			
1-2	0,29	0,18	0,18
3 и более	0,51	0,22	0,22

Выводы. Таким образом нами проанализировано эпидемиология врожденных пороков сердца у детей раннего возраста, свидетельствующая о распространенности врожденных пороков сердца по годам, а также в зависимости от различных параметров. В структуре этих заболеваний ведущее место занимает ДМПП. Частота встречаемости врожденных пороков сердца преимущественно связано с возрастом матери, массы тела ребенка

при рождении и номером беременности. К 3-х летнему возрасту значительно уменьшается количество некоррелированных пороков, это важно учитывать в клинической практике.

Литература

1. Белозеров Ю.М. Детская кардиология М: МЕДпресс-информ, 2004г. 600с.
2. Нуриева Л.Г. Динамика распространённости врождённых пороков сердца среди пациентов детского возраста в Республике Марий Эл за 1999-2009 годы. Тезисы VI Всероссийского конгресса «Детская кардиология 2010», М: Издательство «ИКАР». Стр. 35-36
3. Зубов Л.А., Назаренко С.Ю., исходы оперативного лечения врожденных пороков сердца у детей. Северный государственный университет г. Архангельск, 2003. Стр. 92-132.
4. Бокерия Л.А., Шаталов К.В., Арнаутова М.В. и другие. Современные подходы к хирургическому лечению врожденных пороков сердца в раннем детском возрасте. Тезисы докладом Всероссийского конгресса «Медицина детям». Н. Новгород 2003 с. 5.
5. Шарыкин А.С. Врожденные пороки сердца. Руководство для педиатров, кардиологов, неонатологов. М: Издательство «Теремок» 2005, 384с.
6. Черкасов Н.С., Заболевания сердца и новорожденных раннего возраста. Монография. Астрахань. 2009, 268 с.

Түйін

Д.К. Утемисова, Н.З. Шапамбаев

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент қаласы, Қазақстан

ЭХОКАРДИОГРАФИЯ БОЙЫНША ЕРТЕ ЖАСТАҒЫ БАЛАЛАРДАҒЫ ТУА БІТКЕН ЖҮРЕК АҚАУЛАРЫ СКРИНИНГІНІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

3 жыл ішінде туа біткен жүрек ақаулары эпидемиологиясына талдау жасалды (2015-2017жж). Ең жиі қарынша аралық және жүрекше аралық дефект аномалиялары, ашық артериялық ағындар кездеседі. Алғаш рет әртүрлі параметрлерге (баланың жынысы, туу кезіндегі дене салмағы, жүктіліктің реттік нөмірі) байланысты даму ақауларының деңгейі анықталды. Көптеген туа біткен жүрек ақаулары үшін 35 жастан асқан ананың жасымен кездесу жиілігінің Ассоциациясы анықталды. Дене салмағының төмендігі тетрада Фалло балаларға тән. Туа біткен жүрек ақауының жиілігі балалардың жынысымен байланысты емес. Ақаулардың эпидемиологиясында балалардың жасына байланысты олардың құрылымының өзгеруін ескеру маңызды. Үш жасқа қарай түзетілмеген ақаулардың саны айтарлықтай азаяды. Бұл клиникалық практикада ескеру маңызды.

Кілт сөздер: туа біткен жүрек ақаулары, балалар, скрининг.

Summary

D.K. Utemisova, N.Z. Shapambaev

South-Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Kazakhstan

FEATURES OF SCREENING OF CONGENITAL HEART DISEASES IN CHILDREN OF EARLY AGE ON ECHOCARDIOGRAPHY

The analysis of congenital heart failure epidemiology for 3 years (2015-2017) is given in the article. As it is stated, interventricular and interauricular septum defects and open arterial duct are most often met. The development levels and relative risk dependence on different peculiarities (child's sex, birth body mass, the number of pregnancy) were determined for the first time. The association of the frequency of the most number of congenital heart failures with mothers age older than 35 was revealed. Low body mass is peculiar for children in cases with tetrad of Fallot and combined failures. Congenital heart failures frequency greatly is not children's with sex. In congenital heart failures epidemiology it is important to take into consideration their dependence on children's age. The number of non corrected congenital heart failures is greatly decreased by the age of 3 it should be paid much attention to in clinical practice.

Key words: congenital heart failure, children, screening.

УДК: 614.88:616-084

А.Қ. Қуатбекова, 2 оқу жылы магистрант

Ғылыми жетекші: **З.Ә. Керимбаев** ф.д., профессор

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент қ, Қазақстан Республикасы

ХАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҒЫН НЫҒАЙТУДАҒЫ СКРИНИНГТІК ТЕКСЕРУ-ЛЕРДІҢ РӨЛІ

Түйін

Мақалада халықтың денсаулығын қамтамасыз етудің негізгі факторы ретінде скринингтік тексерулердің рөлі қарастырылады. Алынған нәтижелер аценттердің емделуден бекітілген халақ ауруларының алдын алуды күшейту жағына ауысқанға куәландырады.

Кілт сөздер: бастапқы медициналық-санитарлық көмек, денсаулық сақтау жүйесі.

Бастапқы медициналық-санитарлық көмек (БМСК) жағдайына тұтастай алғанда денсаулық сақтау жүйесінің ұтымдылығы, медициналық-әлеуметтік проблемаларды шешу, елдің еңбек әлеуетін сақтау жүйесін құрылымдық-функционалдық қайта құру үдерісі жалғасуда, халыққа амбулаториялық-емханалық көмекті жетілдіруді ескере

отырып, медицина саласының жұмысын жаңартуға бағытталған зерттеулер жүргізілуде [3,4]. Практикалық денсаулық сақтауға амбулаториялық көмекті төлеудің жан басына шаққандағы принципі енгізілі. Осыған байланысты денсаулық сақтау жүйесінің бюджеттік мекемелері БМСК көрсету үшін науқастарды бекіту мәселелері ашық болып қала береді. Медициналық көмек көрсету үшін «медициналық ұйымды таңдау» түсінігінің кең түсіндірмесі бар және нақтылауды талап етеді.

Республика мемлекеттік бағдарлама шеңберінде 2011 жылдан бастап қан айналымы жүйесі ауруларын ерте анықтауға скрининг жүргізу жүзеге асырылады. Бүгінгі таңда скрининг зерттеулер ауруларды ерте анықтаудың негізгі принциптерінің бірі болып табылатыны дәлелденген [5,6,7,8,9]. Осыған байланысты БМСК қызметі деңгейінде өңірде профилактикалық және әлеуметтік психологиялық көмек бөлімшелері құрамында халықтың нысаналы топтары арасында скринингтік тексеруді жүзеге асыратын оқытылған медицина қызметкерлері жұмыс істейтін тұрғындарды скринингтік тексеру кабинеттері құрылды. Сондай-ақ, бүгінгі таңда науқасты жауапкершілікпен хабардар ету жүйесін енгізу және олардың жоғарыда көрсетілген ережелерді сақтау талаптарын енгізу қажеттілігі пісіп жетілді, сонымен қатар ұйымдатушылық экономикалық тиімділік пен мақсаттылық мәселелерін назар аудару қажет. Сондықтан, қазіргі жағдайда бастапқы медициналық көмекті ұйымдастыруды оңтайландыру жолдарын іздеу қазіргі заманғы денсаулық сақтау жүйесі үшін өзекті болып табылады. Зерттеудің мақсаты №3 емхананың ересек тұрғындарын алдын алу нәтижелерін бағалау.

Материалдар мен әдістер: Шымкент қаласының №3 қалалық емханасының бекітілген халықтың нысаналы топтарын скринингтік тексеру материалдарын зерделеп, мединформ бағдарламасының статистикалық деректері (2014-2016) талданды. Қан айналым жүйесі, қант диабеті және глаукома ауруларын анықтау үшін бекітілген халықтың ерлер мен әйелдеріне профилактикалық медициналық тексеру жүргізілді. Зерттеу материалдарын статистикалық өңдеу жүргізілді. Нәтижелері: 2014 жылы қан айналымы жүйесінің ауруларын анықтау үшін ерлер мен әйелдерді медициналық скринингтік тексеру арқылы профилактикалық медициналық тексеру шеңберінде №3 қалалық емханаға тіркелген ересек тұрғындардың саны 974-ке жетті, 2285 адам тексерумен қамтылды, бұл 97,74% құрады, оның ішінде 148 науқас анықталды, бұл тексерілгендер санына 6,4% құрады, анықталғандар санына Д-есепке 148 бұл 100% құрады. 2016 жылы 3350 және 3352 адам, бұл 100,06% құрады. Тексерілген науқастардың 100% -дан астамы Шымкент қаласының №3 қалалық емханасына 2015 жылдан бастап оралмандар қатарынан қосымша халықтың тіркелуімен түсіндіріледі. Тексерілгендер ішінен 316 науқас анықталды, бұл 9,43% құрады, профилактикалық медициналық тексеру кезінде аурушандықтың өсуі динамикасында байқалады 2014 жылы қант диабеті мен глаукоманы анықтау үшін профилактикалық медициналық тексеру шеңберінде №3 қалалық емханаға бекітілген 2314 және 2623 ересекті тексерілуге жатады, 2285 және 2618 адам тексерумен қамтылды, бұл 98,74% және 98,80 % құрады, оның ішінде 16 және 10 науқас анықталды, бұл қаралғандар санынан 0,70% және 0,40% құрады, тексерілгендер санынан анықталғандарды Д-есепке алынды 16 және 10, бұл 100% құрады. 2016 жылы 3350 және 3552 адам қамтылды, 3351 және 3554 адам қамтылды, бұл 100,03% құрайды. Тексерілгендер санынан 22 және 8 науқас анықталды, бұл 0,66% және 0,23% құрайды анықталғандар Д-есепке 22 және 8 алынды, бұл 100% құрады. Динамикада тіркелген аурулар жағдайларының азайғаны байқалады. Нәтижелерді талқылау: біз ұлттық скринингтік бағдарламаларды іске асыруға талдау жүргіздік. №3 қалалық емхана осы бағдарламаға көп көңіл бөлінді, сапалы диагностиканы денсаулықты сақтап, халықтың қаражатын үнемдеуге көмектеседі. Мұнда халықты скринингпен қамту, түсіндіру жұмыстарын жүргізу, баспа материалдарын шығару және басқа да бұқаралық ақпарат құралдары маңызды.

Зерттеу нәтижелерді бағалау кезінде алдын алу медициналық тексерулерде артуы байқалады. 1,5 есе артқаны байқалады. Аурудың БСК талданып отырған кезеңде аурушандықтың -7,3%, СД глаукома төмендеуі -0,6% және 0,31% ұйқастығы. Жаңадан анықталған барлық науқастарды сауықтыруды динамикалық бақылау жүргізілді. Бұл алдын ала бағдарламасын іске асырудың оң нәтижелерімен байланысты. Зерттеуді талдауды Шымкент қаласының №3 емханасының бастапқы медициналық-санитарлық көмек ұйымдарына тіркелген науқастарды диспансеризация-лаумен қамту толықтығы көрсеткіштің 98,74% 100,0%, бұл халықтың ауруларын алдын алуды күшейту мақсатында бастапқы медициналық-санитарлық көмек көрсетуді акценттердің ауысуы туралы куәландырады. №3 қалалық емхананың тұрғындарына медициналық-әлеуметтік көмекті оңтайландыру Шымкент денсаулық сақтауды дамытудың мемлекеттік бағдарламаларын, медициналық-әлеуметтік, ақпараттық-технологиялық және ұйымдастырушылық сипаттағы іс шараларды іске асыру негізінде қол жеткізілді. Жергілікті деңгейдегі іс-шаралар бекітілген халыққа медициналық қызметтердің қол жетімділігі мен сапасын қамтамасыз етуге мүмкіндік береді.

Қорытынды: тұрғындарды профилактикалық медициналық іс-шаралармен қамту нәтижелері жүрек-қан тамыр патологиясы, қант диабеті, глаукомасы дамуының жоғары қаупі бар тұлғаларды анықтауға және алдын алу іс-шараларының кешенін уақытылы жүргізуге мүмкіндік береді. Аурудың алдын алу және анықтаудағы профилактикалық тексерулердің рөлі халыққа медициналық көмек көрсетудің маңызды және ажырамас бөлігі болып табылады, бұл аурудың ерте сатысында патологияны анықтауға және уақытылы тиімді емдеуді тағайындауға мүмкіндік береді. Осының барлығы диагностикалық зерттеулердің қолжетімділігін арттыруды және ауруларды жасырын патологияны анықтау мүмкіндігін кеңейтуді көрсетеді және БМСК ұйымдастыру мен көрсету сапасын арттыруға денсаулық жағдайын және халықтың әл-ауқатын жақсартуға ықпал етеді

Әдебиеттер

Аканов А.А., Куракбаев К.К., Чен А.Н., Ахметов В.И. Организация здравоохранения Казахстан: учебник.- Астана; Алматы.- 2016.- 231 с.

Мухамеджанова Г.Б., Мусирепова С.К. Стратегия в управлении здравоохранения Республики Казахстан.- 2014.- 4(14).- с. 19-23.

Азанова Б.А., Умралина А.С., Мусина Г.А., Мергентай А., Каупбаев Б.Т. О некоторых аспектах создания социально-ориентированной модели ПМСП в Казахстане// денсаулық сақтауды дамыту журналы.- 2013.-№3(16).- С.42-48.

Резюме

Роль скрининговых осмотров в укреплении населения

А.К. Куатбекова магистрант 2 года обучения, научный руководитель: З.А. Керимбаева д.м.н., профессор
Южно-Казахстанская академия г. Шымкент, Республики Казахстан

В статье рассматривается роль скрининговых осмотров, как основного фактора обеспечения здоровья населения. Полученные результаты свидетельствуют о смещении акцентов от лечения в сторону усиления профилактики заболеваний прикрепленного населения.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, профилактика, система здравоохранения.

Summary

New approaches in the organization of primary healthcare

А.К. Kuatbekova, master of 2 years of study, scientific adviser: Z.A. Kerimbaevad.o.m. professor
South- Kazakhstan medical academy of. Shymkent, Republican of Kazakhstan

The article considers the role of screening examinations as the main factor in ensuring the health of the population. The results indicate a shift in emphasis from treatment to strengthening the prevention of diseases of the attached population.

Key words: primary healthcare, prevention, healthcare system.

Нурмухамбетова Б. К., nurmuhambetova@kgmu.kz, Тусбаев М. Г., Исина З. Е., Сагимбаева Т. Б.
Карагандинский государственный медицинский университет, Республика Казахстан, г. Караганда.
Научный руководитель - к. м. н. , доцент кафедры стоматологии **Танкибаева Ж. Г.**

**К ВОПРОСУ ОБ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ
РТА В ЦЕНТРАЛЬНОМ КАЗАХСТАНЕ**

Ключевые слова: слизистая оболочка рта, распространенность, эпидемиология.

На состояние здоровья населения Центрального Казахстана оказывают существенное влияние резко континентальный климат с частыми перепадами барометрического давления, особенности ветрового режима, недостаток влажности, перепады суточной температуры в межсезонье. Необходимо учитывать и тот факт, что регион является районом концентрации крупных промышленных предприятий (цветная металлургия, угольная промышленность). Изучение распространенности и особенностей течения стоматологических заболеваний, как наиболее распространенной патологии человека в условиях адаптации в разных климато-географических регионах, является актуальной проблемой.

В связи с особенностями этиологии и патогенеза, склонностью к рецидивам, возможностью малигнизации хронические заболевания слизистой оболочки рта (СОР) занимают особое место в структуре стоматологической заболеваемости. Характеризуясь длительным рецидивирующим течением и протекая с выраженной клинической симптоматикой, могут провоцировать обострение системных заболеваний, повышать риск возникновения очагов стоматологической интоксикации в организме и приводить к выраженному снижению качества жизни (Данилевский Н.Ф.с.соавт.,2010).

Целью исследования являлось изучение частоты и структуры заболеваний СОР по материалам работы специализированного пародонтологического кабинета стоматологической клиники Карагандинского государственного медицинского университета.

Материал и методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ 358 амбулаторных карт пациентов с заболеваниями СОР. Единицей наблюдения при изучении распространенности (общей заболеваемости по обращаемости) являлось первичное обращение больного в текущем календарном году по поводу данного заболевания. Распределение больных по клиническим формам заболеваний было проведено согласно классификации МГСМУ (1989). Рассчитаны показатели, характеризующие распространённость заболеваний СОР в различных возрастных группах.

Результаты. Дана оценка распространенности заболеваний СОР и определена ее структура в зависимости от возрастных и половых признаков. Большую часть больных составляли женщины (275 человек, 76,8%), из которых преобладали женщины в возрасте от 60 до 74 лет. Наиболее распространённой патологией, проявляющейся на слизистой оболочке рта, являлись красный плоский лишай-28,8%; кандидоз-23,7%; хронический рецидивирующий афтозный стоматит – 8,9 %.

Выводы. Выявлена высокая распространенность хронических заболеваний СОР у взрослого населения г. Караганды и Карагандинской области. В зависимости от возраста структура заболеваемости СОР была достаточно вариабельной, прослеживалась определенная зависимость от гендерных и возрастных признаков. Высокая распространенность хронических заболеваний СОР, их клиническое разнообразие, выраженная болевая симптоматика, частые рецидивы диктуют необходимость более тщательного изучения причин и факторов риска возникновения этих заболеваний. Следует отметить, что клиническая картина хронических заболеваний слизистой оболочки рта на современном этапе меняет свою окраску - отмечается утяжеление характера их течения (высокий удельный вес эрозивно-язвенных поражений, частые рецидивы, осложненное течение), в чем определенную роль могут играть как климато-географические, так и экологические особенности региона.

Орталық Қазақстандағы ауыздың шырышты қабығының созылмалы ауруларының эпидемиологиясы туралы
Нурмухамбетова Б. К., nurmuhambetova@kgmu.kz, Тусбаев М. Г., Исина З. Е., Сагимбаева Т. Б.

Қарағанды мемлекеттік медицина университеті, Қазақстан Республикасы, Қарағанды қ.

Ғылыми жетекшісі: ҚММУ-н стоматология кафедрасы доценті, м.ғ.к., **Танкибаева Ж. Г.**

Кілт сөздер: ауыз қуысының шырышты қабығы, таралуы, эпидемиология.

To the question of the epidemiology of chronic diseases of the oral mucosa in Central Kazakhstan

Nurmukhambetova B. K., nurmuhambetova@kgmu.kz, Tusbayev M. G., Issina Z. E., Sagimbayeva T. B.

Karaganda State Medical University, Republic of Kazakhstan, Karaganda.

Scientific adviser - Candidate of Medical Science, assistant professor of Dentistry Department Tankibayeva Zh. G.

Key words: Oral mucosa, prevalence, epidemiology.

ӨОЖ:--616-001:796.077.5:616-084=512.122

Жақсыберген А.М., Сауртаева Г.Б., Қырықбаев П.Н.

Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ, Шымкент қ.

АРНАЙЫ СПОРТ МЕКТЕПТЕРІНДЕ ОҚИТЫН БАЛАЛАРДЫҢ СПОРТТЫҚ ЖАРАҚАТТАНУЛАРЫНЫҢ АЛДЫН АЛУДЫҢ ӘЛЕУМЕТТІК МӘСЕЛЕЛЕРІ

Бұл мақалада Түркістан облысы дене шынықтыру және спорт басқармасының мамандандырылған балалар мен жасөспірімдер спорт мектебі коммуналдық мемлекеттік мекемелерінің спорттық жарақаттанулардың себептеріне зерттеу және алдын алу мәселелеріне саралау жасалған.

Кілт сөздер: балалар, спорттық жарақаттанулар, зерттеу, алдын алу.

Кіріспе. Қазіргі уақытта мектептегі дене шынықтыру сабағы, сауықтыру дене тәрбиесі, спорт түрлеріне ерте бағдарлау жағдайы аса қанағаттанарлықсыз. Мемлекеттік қаржыландыруды жақсартпай, жаңа идеялар мен балаларда спорттық машық пен шеберлікті қалыптастырудың жас ерекшеліктері негізіне амалдар мен жаңа идеяларды енгізбей, оларды ары қарай дамыту мүмкіндігі аса шектеулі. Аталмыш жарақат түрлерінің алдын алуға заманауи амалдардың жоқтығы және қалаларда жарақат қызметі құрылымының дұрыс ұйымдастырылмағандықтан жаттықтырулар мен спорттық сабақтар кезінде орын алатын балалар жарақатының көбею көрсеткіштері өсуімен де мәселенің өзектілігі арта түсуде.

Зерттеудің мақсаты. Ғылыми-әдістемелік әдебиетті зерттеу негізінде жарақаттанушылық пен аурулардың алдын алуға арналған дене шынықтыру теориясы мен әдістемесінде қолданылатын негізгі әдістер мен құралдарды анықтау.

Материалдар мен зерттеу әдістері. Зерттеуге алынған материалдардың қатарында Түркістан облысы дене шынықтыру және спорт басқармасының Түркістан облыстық №2 олимпиада резервінің мамандандырылған балалар мен жасөспірімдер спорт мектебі коммуналдық мемлекеттік мекемесінің, Түркістан облыстық жеңіл атлетика, теннис және спорттық ойын түрлерінен ОРМБЖ спорт мектебі коммуналдық мемлекеттік мекемелерінің қызметтік есептері алынды. Зерттеу бірлігі ретінде осы мекемелердегі оқитын оқушылардың жарақат алу көрсеткіштері бойынша мәліметтері алынды.

Нәтижесі және талдау. Жарақаттанушылықтардың пайда болу себептерін және жағдайларын зерттеудің үлкен тәжірибелік мәні бар, себебі ол жаттықтырушыға оқу-жаттықтыру процесін жетілдіруге айтарлықтай назар аударуға мүмкіндік береді. Орташа және ұзын қашықтыққа жүгіру төзімділікті дамытатын субмаксималды қуаттылықтың моноқұрылымдық циклдық жаттығулар санатына жатады. Біздің зерттеулеріміздің талдауы бойынша орташа және ұзын қашықтыққа жүгірудегі негізгі жарақаттандырушы факторлар болып келесі себептер табылады деген қорытынды жасауды мүмкін етеді:

Бір жүгіру жолағынан екіншісіне кенеттен өту. Жаттығу сабақтарының жүйесіне үлкен салмақ салу. Жүктемелер ұзақтығы және бірсарындылығы. Жаттығу жұмыстарына ойын, спорттық-көмекші және басқа да жаттығуларды қосу. Бастапқы сауалдама алынған дәрігерлер мен жаттықтырушылардың пікірі бойынша орташа және ұзын қашықтыққа жүгірушілердің тірек-қозғалыс аппаратының ең осал тізбегі болып келесі көрсеткіштер табылады, оларға: Жіліншігі аймағы. Табан буыны. Омыртқаның бел аймағы.

Осылайша, жүгірушілерде көбіне тірек қимыл аппараттарының жүйесі зақымдалып, жарақаттанады. Алынған ақпаратты талдау нәтижесінде тірек-қозғалыс аппаратының патологиясының ерекшелігі соңғылардың пайдасына жіті және созылмалы жарақаттардың ара қатынасының айтарлықтай өзгерісі болып саналады. Зерттеу процесінде жіті жарақат бүкіл патологияның 24% құрайтыны анықталды. Олардың ішінен 65% артығы – жаңадан бастаған спортшы – жүгірушілерде, 35% - 2 разрядты спортшыларда болады. Тірек-қозғалыс аппаратының жіті аурулары ұзын және қысқа қашықтықтарға жүгірушілердің қайталаған жарақаттарының аясында бүкіл патологияның 51% құрайды. Сонымен қатар жаттықтырушылар мен дәрігерлердің пікірі бойынша, бұл зақымдалулардың басты себептері болып: Жаттығу жұмыстарының жиілігі, қарқындылығы және ұзақтығын өзгерту. Жүгіру техникасындағы кемшіліктер (саусақтың ұшымен жүргізу). Аяқкіім түрін өзгерту және тозған аяқкіімді пайдалану жатады. Жіті және созылмалы жарақаттардан кейінгі екінші орында миоэнтезиялық аппараттың жарақаттары, соның ішінде сан бұлшықеттерінің, сонымен бірге сирақтың үшбасты бұлшықеттерінің ішінара үзілуінен (жарылуы) тұрады. Олар бүкіл патологияның 16% құрайды. Тізе буынының тегіршігінің (мениск) зақымдануы 4% құрайды. Табан буынының капсулдық-дәнекерлеуіш аппаратының зақымдануы да жиірек кездесіп ол – бүкіл

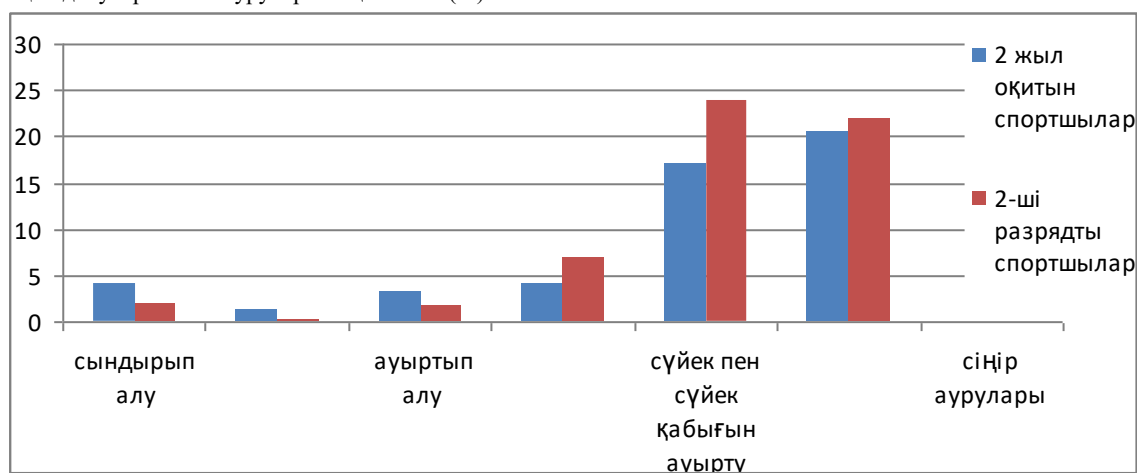
патологияның 5 % құрайды. Зерттеу нәтижесінде жарақаттардың 21% оқу-жаттығу процесіндегі және жарыстар кезіндегі медициналық кемшіліктер құрайды. Болған оқиғалардың 9% жаттығу жүргізілетін жердің нашар дайындалуынан туындайды, яғни жеткіліксіз жарықтандырылуынан, жүгіру жолдарының мен ондағы қолданылатын атлетикалық аспаптардың қанағаттанарлықсыз жағдайынан болады. Дене жүктемелерінің кенеттен қарқындылығының көлемін ұлғайту 70% жағдайда жарақаттардың пайда болуына алып келеді. Жарақаттанушылық жағдайларының статистикасы біршама қызықты әрі үйретері мол. Егер байыппен қарасақ, онда осының негізінде белгілі қорытынды жасап, жарақаттанушылық жағдайларынан сақтандыру бойынша шаралар қабылдауға болады. Бірақ жарақаттанушылық оқиғаларын тіркеу және жүйелендіру жүйесі жетілдірілмеген және барлық уақытта оларды тудыратын себептеріне нақты үңілуге мүмкіндік бермейді. Сондықтан біз спорттық дәрігерлерімен әңгімелесу барысында келесі мәселелерді анықтадық:

Жарақаттанушылық оқиғалары спорттық жарақаттарды есепке алу картасында тіркеледі. Сосын тоқсандық және жылдық есеп жүргізіледі. Негізінен спортшылар аяқ буынының орташа және майда жарақаттарымен келеді, оларға тізе және табан буындарының жарақаттары, сонымен бірге бұл буындарың сіңірлерінің түрлі созылулары мен орнынан тауы жатады;

Көбіне спорттық жарақаттанушылыққа спорттың күрес және шығыс жекпе-жегі түріне мамандырылған спортшылар келіп жүгінеді (60%), сосын жеңіл атлетикамен айналысатын спортшылар (20%), әрі қарай спорттың басқа түрлері, олардың үлесіне жарақаттанушылықтың 20% келеді.

Толыққанды мәліметтер болып бір жыл бойы жарақаттанушылық санын, оларды алған уақытын, қандай жағдайларда және қайда алғанын қамтиды, яғни оқиғалардың толық талдауын қамтиды.

1 сурет. Орташа және ұзын қашықтыққа жүгіретін жеңіл атлетші спортшылардың тірек-қимыл аппаратының зақымданулары және ауруларының сипаты (%)



Осы деректерді талдай отырып, қозғалыс жүйесінің басқа тізбектерімен салыстырғанда, аяқтарға айтарлықтай үлкен жаттығу және жарысу жүктемелері түсетіні анық болды. Оны буындық және капсулдық –дәнекерлеуші аппаратына артық күштусушілікпен түсіндіреді. Сондықтан физикалық қасиеттерді дамыту тек қана таңдалған спорт түрінің ерекшеліктеріне сәйкес емес, сонымен бірге дененің жиі жарақатталатын және көп жүктеме түсетін бөлігін ескере отырып жасалуы тиіс. Оқу-жүктеме құралдарын (ОЖҚ) біртіндеп мамандандыру, қыздыру жаттықтыру әсерін, дайындау жаттығуларынан негізгі жаттығуларға ауыстыруына көмектеседі.

Әдебиеттер

1. Аубакиров М.Т. Объем и качество лечебной помощи при травмах детскому городскому населению: автореф. дис. . канд. мед.наук / М.Т.Аубакиров. Семипалатинск, 1996. - 21с.
2. Бабенко А.И. К методологии социально-гигиенических исследований / Бабенко А.И. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2004. - №6. - С.3-5.
3. Байер К. Здоровый образ жизни: пер. с англ. / К.Байер, Л.Шейнберг. М.: Мир, 1997.-315с.

Резюме

Жаксыбергенов А.М., Сауртаева Г.Б., Кырыкбаев П.Н.

МКТУ им. Х.А.Ясави, г.Шымкент

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТРАВМАТИЗМА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ УЧЕБНО-ТРЕНИРОВОЧНЫХ ЗАНЯТИЙ СПОРТИВНЫХ ШКОЛАХ

Развитие физических качеств должно происходить не только в соответствии с особенностями избранного вида спорта, но и с учетом наиболее нагружаемых и часто травмируемых частей тела. Постепенная специализация средств помогает осуществить перенос тренировочного эффекта с подготовительных упражнений на основные.

Summary

Zhaksybergenov A.M., Saurtayeva G.B., Kyrykbayev P.N.

IKTU named after H.A. Yesevi, Shymkent city

ORGANIZATION OF MAIN DIRECTIONS OF PREVENTING INJURIES DURING TRAINING SESSIONS IN SPORT SCHOOLS
Prevention sport injuries, there is a complex of organizational and methodical events, aimed at the continuous improvement of material and technical provision of the athlete, moreover providing a systematic increasing of his physical and technical, tactical qualification, also moral qualities and health promotion.

ӘОЖ 616-001:796.077.5:616-084=512.122

Жақсыбергенов А.М., Сауртаева Г.Б., Қырықбаев П.Н.
Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ, Шымкент қ.

СПОРТ МЕКТЕПТЕРІНДЕГІ ЖАРАҚАТТАНУШЫЛЫҚТЫҚ АЛДЫН АЛУДЫҢ НЕГІЗГІ БАҒЫТТАРЫ

Бұл мақалада әртүрлі спорт түрлерімен айналысатын балалардың жарақатына әсер ететін қауіптің әлеуметтік медициналық басым факторларын зерттеу және алдын алу мәселелеріне саралау жасалған.
Кілт сөздер: спорт, балалар жарақаттанулары, зерттеу, алдын алу

Кіріспе. Әдебиеттерді талдаудан байқағанымыз, балалар жарақаттанушылығы мәселесі бойынша жұмыстарда көбінесе спорттық жарақаттанушылық алдыңғы орынға шығады[1,2,3]. Әрине, бұл аспектіге ерекше назар аудару керек, бірақ бірқатар зерттеушілердің (Тесленко В.Р., 2004) ойынша, аталмыш жарақаттар жарақаттанушылық құрылымының тек 3-6%-ын құрайды, ал балалар мен ересектердің арасында ең көп кездесетіні тұрмыстық және көше жарақаттары, бұл жарақат құрылымының 80%-дан 86%-ға дейін алады. Жоғарғы спорттық нәтижеге тек дені сау спортшы ғана қол жеткізеді. Алайда, спортпен айналысу зиян емес, керісінше, оңтайлы, тиімді жүктемемен, гигиеналық жағдайға сай жүргізілген жағдайда денсаулықты нығайтуға зор ықпал етеді. Басқаша айтқанда, дене шынықтыру мәдениеті мен спорт сауықтыру пайдасын тигізуі үшін нақты шарттарды сақтау керек. Яғни, ең бірінші, шамадан тыс физикалық және эмоциялық жүктеме болмауы тиіс, жаттықтыру жүктемені бір қалыппа келтіру, оларды оңтайландыру, бұлжымайтын спорттық (салауатты) өмір салтын сақтау, тұрмыс, тамақтану және т.б. жүйелерді сақтау керек.

Зерттеудің мақсаты. Материалдар мен сауалнамалар негізінде жеңіл атлетші – желаяқтардың орташа және ұзақ қашықтықтарға жүгіру кезіндегі жарақаттанушылығы мен ауруларының проблемасын зерттеу.

Материалдар мен зерттеу әдістері. Зерттеуге алынған материалдардың қатарында Түркістан облыстық жеңіл атлетика, теннис және спорттық ойын түрлерінен ОРМБЖ спорт мектебі коммуналдық мемлекеттік мекемелерінің қызметтік есептері алынды. Зерттеу бірлігі ретінде осы мекемелердегі оқитын оқушылардың жарақат алу көрсеткіштері бойынша мәліметтері алынды.

Нәтижесі және талдау. Бізбен сауалнама алынған спортшылар мен жетекші жаттықтырушылардың пікір бойынша, жарақаттанушылық жағдайының артуы келесі жағдайларға байланысты: Психологиялық жүктеме мен бұлшықеттердің шаршауы. Дәруменсіздік (авитаминоз) және жеткіліксіз тамақтану. Бір жүгіру жолағынан екіншісіне өту. Қалпына келтіру құралдарын толыққанды пайдаланбау.

Осы деректерді талдай және жалпылай отырып, жеңіл атлетика жетекші жаттықтырушыларының ұсыныстары бойынша эзірленген жарақаттанушылықтың алдын алудың негізгі құралдары мен әдістеріне келесілерді жатқызуға болады деп анықтауға болады:

Жарақаттанушылықтың шартталған себептерін жою. Жүгірумен айналысатын барлық тұлғалар спорттық дәрігердің алдын ала қарауынан өтуі тиіс. Жаттығу жұмыстарының басталған уақытынан бастап өзінің өмір салтына қайта қарап, зиянды әдеттерден арылу қажет. Жаттығу жұмыстары ұзақ үзілссіз, жүйелі түрде өткізілуі тиіс. Жүгіру қашықтығын біртіндеп және сатылап арттыру қажет. Санитарлық – гигиеналық талаптарды орындау, дәрігерлік бақылаудан жүйелі өту міндетті болып табылады (бұл ретте ауру және жарақаттардан соң дәрігермен ұсынылатын жаттығу жұмыстарын қайта бастау мерзімін қатаң түрде сақтау).

Жаттығу жұмыстарын дұрыс ұйымдастыру (атап айтқанда, мұқият және жан-жақты ширату жұмысы). Ширатуды жүруден бастайды, сосын міндеті бұлшықеттерді, буындар мен сіңірлерді уқалау және қыздыру болып табылатын спорттық нормативтер мен шешімдерді орындап қана қоймай, ішкі жүйелермен қатар бүкіл ағзаны жұмысқа дайындау. Бұл, әсіресе, суық ауа-райында өте маңызды.

Тізе және табан буындарының сирақ, сан еті және дәнекерлеуші аппаратының бұлшықеттерін күшейту. Физикалық қасиеттерді дамыту тек қана таңдалған спорт түрінің ерекшеліктеріне сәйкес емес, сонымен бірге дененің жиі жарақатталатын және көп жүктеме түсетін бөлігін ескере отырып жасалуы тиіс. Оқу-жүктеме құралдарын (ОЖК) біртіндеп мамандандыру, қыздыру жаттықтыру әсерін, дайындау жаттығуларынан негізгі жаттығуларға ауыстыруына көмектеседі.

Арнайы дене дайындығын жетілдіруге арналған ең рационалды жаттығуларды (спортшының жеке ерекшеліктерін ескере отырып) іріктеу. Жаттығулар сипаты, оларды орындау қарқыны және көлемі спорттық жаттығу кезеңіне және спортшының жаттығу жағдайына қатаң сәйкес келуі тиіс.

Жаттығушылардың денсаулығын және көңіл-күйін үнемі бақылау (реңі, ЖСР, тершеңдігі бойынша және т.б.).

Қалпына келтіру құралдарын пайдалану (уқалау, өзін-өзі уқалау, монша, қосымша тамақтану және т.б.).

Жүгіру жаттығуларына арналған жерлерді дайындау және қарап шығу (тегістігін, сырғанақ жерлерін, бөгде заттар және т.б.).

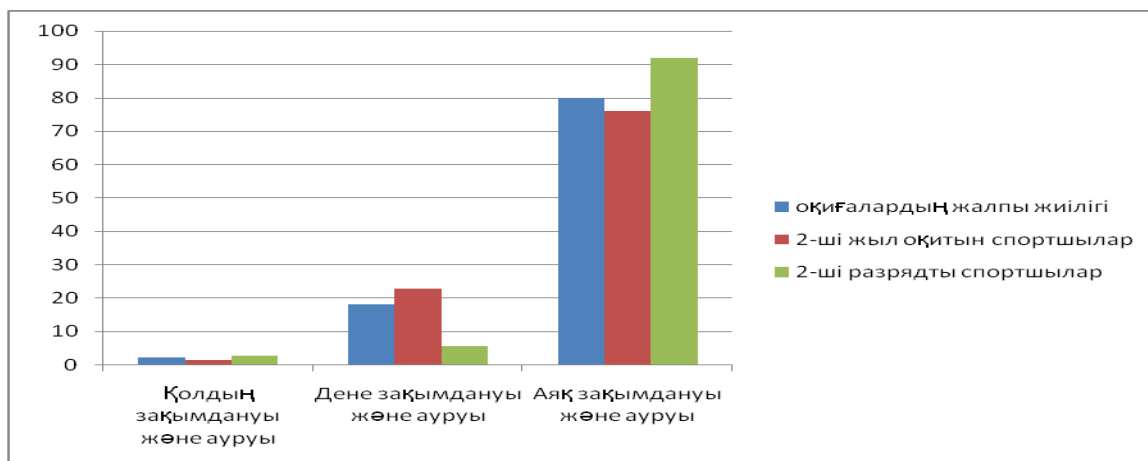
Жарыстарды және оқу-жаттығу сабақтарында тәртіп сақтау.

Метеорологиялық жағдайларға байланысты киім мен аяқкиімге қойылатын гигиеналық талаптарды сақтау.

Спорттық дәрігерлер мен жаттықтырушылардың бақылаулары көрсеткендей, спортшылардың дайындығы барысындағы шамалы ұйымдастыру-әдістемелік кемшіліктердің өздері де түрлі сүйек-буын аппаратының патологиясын туындататын жүктеменің артық болуы және артық күш жұмсау құбылыстарына алып келеді. Жарақаттанушылық жағдайларының статистикасы біршама қызықты әрі үйретері мол. Егер байыппен қарасақ, онда осының негізінде белгілі қорытынды жасап, жарақаттанушылық жағдайларынан сақтандыру бойынша

шаралар қабылдауға болады. Бірақ жарақаттанушылық оқиғаларын тіркеу және жүйелендіру жүйесі жетілдірілмеген және барлық уақытта оларды тудыратын себептеріне нақты үңілуге мүмкіндік бермейді. Сондықтан біз спорттық дәрігерлерімен әңгімелесу барысында келесі мәселелерді анықтадық:

- Жарақаттанушылық оқиғалары спорттық жарақаттарды есепке алу картасында тіркеледі. Сосын тоқсандық және жылдық есеп жүргізіледі.
 - Негізінен спортшылар аяқ буынының орташа және майда жарақаттарымен келеді, оларға тізе және табан буындарының жарақаттары, сонымен бірге бұл буындардың сіңірлерінің түрлі созылулары мен орнынан таюы жатады.
 - Көбіне спорттық жарақаттанушылыққа спорттың күрес және шығыс жекпе-жегі түріне мамандырылған спортшылар келіп жүгінеді (60%), сосын жеңіл атлетикамен айналысатын спортшылар (20%), әрі қарай спорттың басқа түрлері, олардың үлесіне жарақаттанушылықтың 20% келеді.
 - Жарақаттанушылықтың алдын алу мәселесі бойынша ағарту жұмысымен жаттықтырушылар және медициналық мекемелердің қызметкерлері айналысуы тиіс.
 - Зақымдану жағдайларын жарыстар кезінде қызмет көрсететін терапевт дәрігерлер, сонымен бірге травматолог-ортопедиялық емдеу пункттері анықтайды.
 - Толыққанды мәліметтер болып бір жыл бойы жарақаттанушылық санын, оларды алған уақытын, қандай жағдайларда және қайда алғанын қамтиды, яғни оқиғалардың толық талдауын қамтиды.
- 2014-2017 ж.ж. кезеңінде орташа және ұзақ қашықтықтарға жүгіретін жалайқтардың спорттық зақымдануларының сипаты және оларды жою мәселелері бойынша медициналық карталарды зерттеу негізінде біз орындаған зерттеулер келесі нәтижелерге алып келді: Төменде жарақаттардың сипатын және оны жоюды көрсететін суреттер берілген.

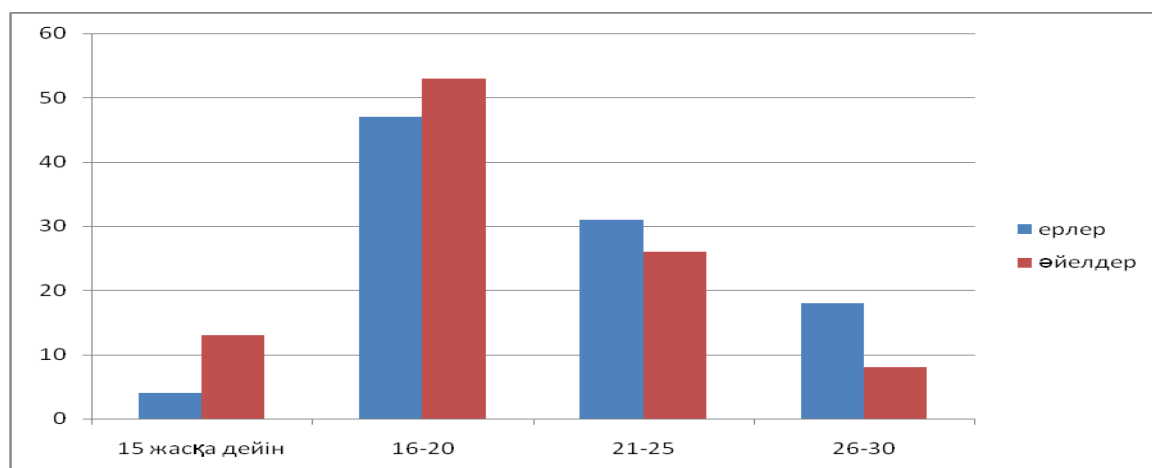


1 кесте - Орташа және ұзын қашықтыққа жүгіретін жеңіл атлетші спортшылардың тірек-қимыл аппаратының зақымданулары және ауруларын оқшаула (%).

Осы деректерді талдай отырып, қозғалыс жүйесінің басқа тізбектерімен салыстырғанда, аяқтарға айтарлықтай үлкен жаттығу және жарысу жүктемелері түсетіні анық болды. Оны буындық және капсулдық –дәнекерлеуші аппаратына артық күштусушілікпен түсіндіреді.

Аяқ жарақаттары жарақаттар мен зақымданулардың жалпы санының ең үлкен пайызын құрайды және олар негізінен жарыс кезеңіне сәйкес келеді. Екінші орында дене, бас пен мойын жарақаттары, олар көбіне 2-ші жыл оқитын спортшыларда байқалады. Сосын кезек қол жарақаттарына келеді. Созылмалы аурулар мен зақымданулар негізінен спортшыларда (2-ші разряд) байқалады. 2-ші жыл оқитын спортшыларда жіті сипаты бар жарақаттар байқалады.

Мамандырылған көмекке жүгінуді талдау науқастардың негізгі контингенті 15-24 жаста (70%) екенін көрсетті, яғни бұл спорттық жетілу және жоғары жетістіктеріне сай кезеңі. Күнтізбелік жыл бойыша тірек-қимыл аппаратының жарақаттанушылығы өсуі оқу-жаттығу кезеңдерінде, жарыстар мен демалыс кезеңдері барысында артатынын анықтады: жеңіл атлетшілердегі жарақаттар санының артуы сәуір-мамыр айларындағы маусымдық күшейтілген дайындықпен байланысты болса, ал қыркүйек-қараша айларында емдеу-қалпына келу шараларын өткізу мүмкіндігімен байланысты болады. Сондықтан тірек-қимыл аппаратының жеке құрылымдарының жіті патологиясы жылдың барлық айларына біркелкі үлестірілсе, тірек-қимыл аппаратының созылмалы патологиясы жиі маусымның басында және күрделі жарыстар сериясынан соң анықталады. Сонымен қатар жүктемені көбейтіп, нәтижені жақсарту оңай және тәжірибесі аз жаттықтырушылар таңдап алынған дайындық әдісінің дұрыстығына көз жеткізуде оқушының қарқынды ілгерушілігін көріп, жаттықтыру жұмыстарының көлемі мен қарқындылығын арттыра түседі.



2 кесте - Орташа және ұзын қашықтыққа жүгіретін жеңіл атлетші спортшылардың тірек-қимыл аппаратының зақымданулары және ауруларын жасқа және жыныс ерекшеліктеріне байланысты көрсетілуі (%)

Әдебиеттер

1. Молчанова Л.Ф. Образ жизни семьи и здоровье / Л.Ф. Молчанова // Советское здравоохранение. 1990. - №10. - С. 25-35.
2. Мыльникова Л. А. Организация и клинические аспекты медицинского обеспечения пострадавших в ДТП: дис.д-ра мед. наук / Мыльникова Л .А. -Москва, 2003 .-310с.
3. Назаренко Г.И. Проектирование навигационных технологий для травматологии и ортопедии: состояние проблемы и перспективы / Г.И.Назаренко, А.М.Черкашев, А.Г.Назаренко // Вест, травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова .- 2000. № 1. - С. 8-15.

Резюме

Жаксыбергенов А.М., Сауртаева Г.Б., Қырыкбаев П.Н.

МКТУ им. Х.А.Ясави, г.Шымкент

Основные направления профилактики травматизма в спортивных школах

Профилактика спортивного травматизма - есть комплекс организационно-методических мероприятий, направленных на постоянное совершенствование материально-технического обеспечения спортсмена, обеспечивающих планомерное повышение уровня его физической и технико-тактической подготовленности, морально-волевых качеств и укрепления здоровья.

Summary

Zhaksybergenov A.M., Saurtayeva G.B., Krykbaev P.N.

IKTU named by H.A. Yesevi, Shymkent city

Main directions of preventing injuries during training sessions in sport schools.

Prevention sport injuries, there is a complex of organizational and methodical events, aimed at the continuous improvement of material and technical provision of the athlete, moreover providing a systematic increasing of his physical and technical, tactical qualification, also moral qualities and health promotion.

СЕКЦИЯ «ГУМАНИТАРНЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОГО И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Aruzhan Kalymbek,

student of South Kazakhstan state university named after M.Auezov, Shymkent city, Republic of Kazakhstan

MEDICAL TOURISM IN KAZAKHSTAN: "FOR" AND "AGAINST"

Annotation

Today, the Republic of Kazakhstan, along with European countries, provides high-tech services at the highest international level. If earlier treatment of certain cancers, rare genetic diseases and organ transplantation were available in foreign clinics, now these operations are carried out in Almaty, Astana, Shymkent and regional centers.

The government of Kazakhstan supports medicine and health care in Kazakhstan, infusing huge amounts of money into this sector of the economy. One important point is the international accreditation and implementation of high-tech services of Kazakhstani clinics, which allows you to attract foreign patients. Medical tourism is one of the sources of replenishment of the state budget.

Key words: medical tourism, high-tech services, cardiac surgery, organ transplantation, service, affordable pricing, budget replenishment.

Tourism is one of the most successful businesses in the world. The importance of tourism is growing from year to year, it is important in international relations and as a source of foreign exchange earnings. The sources of raw materials has decreased, while the tourist industry was working with restorative resources. Tourism has a great impact on other industries, it has side effects on 32 sphere (travel agencies, modes of transport, hotel complexes, holiday homes, sanatoriums, national parks, catering, etc.). It means that every 9 people in the world are in the workplace. The influence of the tourism industry on the state budget revenue, the impact on small and medium-sized businesses, the market of commodities and services has a great impact on the development of the region's economy. At the same time social and socio-economic development of tourism is characterized by the following indicators. The total cost of domestic and international tourism accounts for 12% of the global GDP, domestic and international travel has been registered 1.5 billion annually.

As you know, tourism is divided into several types: water, mountain, gastronomic, medical, medical - sanitary, ski, sea, ethnic, pilgrim, extreme, adventure and other types of tourism. Let us dwell on medical tourism, which is gaining momentum in Kazakhstan since 2010. It began to develop according to the idea of the President of the Republic of Kazakhstan N.Nazarbayev. Having adopted the experience of foreign countries, the government pledged large sums for the construction of clinics with the latest medical equipment. The first foreign guests began to be interested in prices for operations and gradually their flow began to increase. Today, hardly anyone will be surprised by the fact that foreigners come to any form of operation. And as practice shows in Kazakhstan, money can be spent on the operation much less than in Germany, Israel, France, Poland, the Czech Republic, Russia, and the USA. If you can save on this, then why not do it. If there are also qualified personnel.

Among the recent first clinics is the Center for Personal Medicine in Astana. Here, genomic testing and complete diagnosis is carried out with subsequent monitoring of patients in the event of the identification of certain risks of disease. The center works on modern equipment with the involvement of professional staff. In addition, modern clinics of the National Medical Holding appeared in Astana. These include the Center for cardiac surgery and neurosurgery, where the chief physician is Pia, who is already well-known to the world. Doctors of the center provide high-tech services at the highest international level. And for the citizens of Kazakhstan, operations are carried out free of charge. And this is guaranteed by the state. If earlier treatment of a number of oncological diseases, rare genetic diseases and organ transplantation were available in foreign clinics, now these operations are carried out in Shymkent.

It was not by chance that we chose the heading "Medical tourism in Kazakhstan "for" and "against". The first advantage, and this means "for", falls on the state, which is supported by medicine and health care in Kazakhstan. That means funding them. The second advantage is the International accreditation and implementation of high-tech services of Kazakhstani clinics, which allows you to attract foreign patients. The third advantage - medical service is available at a competitive price. So, the analysis of prices for medical services in Kazakhstan and other countries showed that the cost of some resource-intensive services, such as coronary stenting or joint replacement, is still at high level. These operations are carried out. But at the same time opened up the prospects for attracting foreign patients to complete diagnostic evaluation, coronary artery bypass grafting (9.587 dollars - prices abroad) or for some types of neurosurgical operations, which in Kazakhstan is much cheaper than abroad and performed at a high level.

Medical tourism will develop in Kazakhstan if the overall tourism infrastructure is attractive to foreign visitors. A disadvantage (or "against") of the development of medical tourism, unfortunately, is the high cost of air transportation, the high cost of Astana and Almaty hotels and restaurants.

According to the Health Department of Shymkent for 2018, 17 foreigners were transplanted kidneys. Medical assistance received citizens of Germany, Canada, Israel, Romania. In total, Shymkent doctors successfully performed 130 kidney transplants and 18 liver transplants. Among the patients are residents and other states like Ukraine and others. Similar operations in Shymkent have been conducted since 2013.

Undoubtedly, the sphere of rendering medical services should be improved, as well as the development of medical tourism in Kazakhstan. And it should go primarily to create the image of the country as a politically stable, economically developed, as well as an attractive and affordable tourist destination. Undoubtedly, the sphere of rendering medical services should be improved, as well as the development of medical tourism in Kazakhstan. And it should go primarily to create the image of the country as a politically stable, economically developed, as well as an attractive and affordable tourist destination.

Literature

1. Туризм Қазақстана 2007-2011: Стат. сб. / Под ред. А.А.Смаилова.- Астана: ТОО «Казстатинформ», 2012.-136 с.
2. Республика Казахстан. Правительство. Программа «Развитие Туркестана как духовного, культурного и туристического центра Казахстана» 2007-2015 годы.
3. Токсанова А.Н. Основы предпринимательской деятельности. - Астана, 2008.
4. Республика Казахстан. Правительство. Программа развития перспективных направлений туристской индустрии Республики Казахстан на 2010-2014. - Астана, 2010.

Түйін

Қалымбек Аружан, Мұхтар Ауезов атындағы Өңтүстік Қазақстан мемлекеттік университетінің студенті, Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы

ҚАЗАҚСТАНДЫҒЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ ТУРИЗМ: «АРТЫҚШЫЛЫҒЫ» МЕН «КЕМШІЛІГІ»

Қазіргі таңда Қазақстан Республикасы Еуропа елдерімен қатар үздік халықаралық деңгейде жоғары технологиялы қызмет көрсетеді. Егер бірер жыл бұрын онкологиялық ауруларды, сирек кездесетін генетикалық ауруларды және органдарды трансплантациялауды шетел клиникаларында емдеуге болатын болса, қазір бұл операциялар Алматы, Астана, Шымкент және облыс орталықтарында жүзеге асырылады.

Қазақстан үкіметі Қазақстандағы медицина мен денсаулық сақтау саласына қомақты қаржы бөліп қолдайды. Маңызды мәселелердің бірі - Қазақстандық клиникалардың жоғары технологиялық қызметпен қамту және халықаралық аккредитациялауды енгізу, бұл шетелдік пациенттерді тартуға мүмкіндік береді. Медициналық туризм - мемлекеттік бюджетті толықтыру көздерінің бірі болып табылады.

Кілт сөздер: медициналық туризм, жоғары технологиялық қызметтер, кардиохирургия, органдарды трансплантациялау, қызмет көрсету, қолжетімді баға, бюджетті толықтыру.

Резюме

Аружан Қалымбек, студентка Южно-Казахстанского государственного университета им. М.Ауезова, г.Шымкент, Республика Казахстан

МЕДИЦИНСКИЙ ТУРИЗМ В КАЗАХСТАНЕ: «ЗА» И «ПРОТИВ»

Сегодня Республика Казахстан наравне с европейскими странами оказывает высокотехнологичные услуги на высочайшем международном уровне. Если раньше лечение ряда онкологических заболеваний, редких генетических болезней и трансплантация органов доступны были в зарубежных клиниках, то теперь данные операции проводятся в Алматы, Астане, Шымкенте и областных центрах.

Правительство Казахстана поддерживает медицину и здравоохранение, вливая в данную сферу экономики огромные средства. Одним из важных моментов является международная аккредитация и внедрение высокотехнологичных услуг казахстанских клиник, что позволяет привлекать зарубежных пациентов. Медицинский туризм является одним из источников пополнения государственного бюджета.

Ключевые слова: медицинский туризм, высокотехнологичные услуги, кардиохирургия, трансплантация органов, сервис, доступная ценовая политика, пополнение бюджета.

Aruzhan Kazymbek, South Kazakhstan State University named after M.Auezov, Shymkent city, Republic of Kazakhstan

MEDICAL SERVICES ABROAD. HOW INSURANCE CERTIFICATES INFLUENCE ON THE DEPARTURE ABROAD AND THE HEALTH OF TOURIST

Summary

From 2019 there is going to issue insurance certificates to tourists in Kazakhstan.

Thus, the National Bank of Kazakhstan intends to protect the interests of tourists traveling abroad.

This certificate will contain the contact details of the international assistance companies of the insurer, who organize assistance around the clock in accessing medical services abroad. For all the time of travel, the tourist is provided with insurance protection against socially significant risks associated with causing harm to life and health: an accident and the provision of emergency, emergency care in case of a sudden acute illness, a sharp deterioration in health, exacerbation of chronic diseases.

When an insured event occurs abroad, a tourist does not bear the costs of medical services, medical evacuation / repatriation and other expenses. These costs are covered by the insurer through an international company that organizes assistance to the tourist. The tourist's duty is only to immediately apply to the international assistance company of the insurer in any insured event by any of the available communication methods specified in the insurance certificate.

Keywords: outbound tourism, extreme tourism, medical services abroad, tour operator, travel agent, insurance, insurance certificate.

It should be noted that Kazakhstan is taking care of its citizens traveling abroad. As an active vacation involves sightseeing trips to cities located near the sea, entertainment, familiarity with the cultural heritage, cuisine of the peoples of the world, extreme sports. There is at the same time a certain risk of getting sick, catching a viral infection, for example, or going on a camping trip, being at a certain gestational age. How to stay healthy and unharmed, if you were bitten by mosquitoes or poisonous jellyfish, and your friend was eaten by piranha fish? What needs to be done to not remain a debtor in another country?

It happens that our tourists attack the same rake, that is, they make mistakes voiced in the media at all levels: in the local press, radio and television, in programs and programs of national television channels broadcast in digital and analog broadcasting, on cable TV. Thus, focusing the attention of listeners and TV viewers about the dangers they await in one or another country where fires occur, like in California (USA), storms in Thailand, tsunamis and gusty winds in Miami (USA), in Indonesia. But tourists are not afraid of anything: neither Ebola (a viral infection in Africa), nor volcanic eruptions.

To protect its citizens, the state represented by the National Bank of Kazakhstan has taken a number of measures to issue insurance certificates to tourists. The head of the National Bank of Kazakhstan Daniyar Akishev, speaking at a plenary session of the Senate of the Parliament of Kazakhstan on June 14, 2018, noted that now when insuring a tour operator's liability, insurance works only if it is proved that the tour operator made a mistake: "This happens rarely. Tourist, as a rule, is left alone with his problems, mainly related to compensation for harm to health."

According to him, the bill provides for a change in the scheme.

"When implementing a voucher, the tour operator is obliged to issue an insurance certificate to the tourist. The insurance certificate will include the data of international companies that organize around the clock assistance in accessing medical services abroad. In the event of an insured event abroad, the insurance company will bear the cost of paying for medical services, emergency medical care and repatriation," explained Daniyar Akishev.

According to the head of the National Bank, the cost of insurance for the tour operator will be low - about 320-330 tenge per day. At the same time, the insurance coverage will be from 3 to 16 million tenge.

And literally in a month, the National Bank made changes and amendments to the legislative acts.

In Kazakhstan, from 2019, tourists will be issued insurance certificates.

This was announced at the National Bank of Kazakhstan in September 2018. Financial regulator outlined the cost of compulsory insurance.

"The cost of compulsory travel insurance for a tour operator will depend on the country and the duration of the trip, according to the National Bank's Information Report of September 13, 2018."

"The Law of the Republic of Kazakhstan dated July 2, 2018 No. 166-VI" On Amendments and Additions to Certain Legislative Acts of the Republic of Kazakhstan on Insurance and Insurance Activities, the Securities Market" introduced legislative amendments concerning the transition from compulsory liability insurance of a tour operator and travel agent to insurance of the tourist himself, going abroad.

From January 1, 2019, a tour operator in the field of outbound tourism is obliged to issue an insurance certificate to a tourist through a travel agent when selling a tourist voucher. This certificate will contain the contact details of the international assistance companies of the insurer, who organize around the clock assistance in accessing medical services abroad.

For all the time of travel, a tourist is provided with insurance protection against socially significant risks associated with causing harm to life and health: an accident and the provision of emergency, emergency care in case of a sudden acute illness, a sharp deterioration in health, exacerbation of chronic diseases.

When an insured event occurs abroad, a tourist does not bear the costs of medical services, medical evacuation / repatriation and other expenses. These costs are covered by the insurer through an international assistance company that organizes assistance to the tourist.

The tourist's duty is only to immediately apply to the international assistance company of the insurer in any insured event by any of the available communication methods specified in the insurance certificate.

The cost of compulsory travel insurance for a tour operator will be determined depending on the country and the number of days of travel, the insurer's liability limit also depends on the insurance program and is in the range from 4 to 19 million tenge.

The size of the insurance premium and insurance payment are set at the level of a legislative act.

The specified insurance conditions comply with the requirements of countries where insurance is required upon entry. This means that the tourist does not need to enter into an additional insurance contract.

Mandatory travel insurance covers only organized tourism. Tourists who plan their own travels are strongly advised to conclude an insurance contract for persons traveling abroad on a voluntary basis to avoid unexpected financial losses during the trip. ”

The National Bank, therefore, intends to protect the interests of tourists traveling abroad.

Literature

1. Алимкулова А.К. Использование инновационных технологий в организации туристского бизнеса // Инновационное развитие современного Казахстана: экономика, управление и право: Материалы междунар. науч.-практ. конф., 29 окт. 2010 г. - Караганда, 2010. - 333 с.

Түйін

Аружан Қалымбек, М.Әуезов атындағы Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік университетінің студенті, Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы

ШЕТЕЛДЕГІ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУ. САҚТАНДЫРУ СЕРТИФИКАТТАРЫ ШЕТЕЛГЕ ШЫҒУҒА ЖӘНЕ ТУРИСТТІҢ ДЕНСАУЛЫҒЫНА ҚАЛАЙ ӘСЕР ЕТЕДІ

Қазақстанда 2019 жылдан бастап туристерге сақтандыру сертификаттарын беру жоспарланып отыр. Осылайша, Қазақстан Республикасының Ұлттық Банкі шетелге шығатын туристердің мүдделерін қорғауға ниетті. Бұл сертификат шетелде медициналық қызметке қолжетімділікте тәулік бойы көмек көрсететін сақтандырушының халықаралық көмекші компанияларының байланыс ақпаратын қамтиды.

Саяхат уақытында туристке өміріне және денсаулығына зиян келтірумен байланысты әлеуметтік маңызды қауіп-қатерлерден: авариялар мен жедел көмек көрсету, күтпеген өткір аурулар кезінде шұғыл көмек көрсету, денсаулықтың күрт нашарлауы, созылмалы аурулардың өршуіне байланысты сақтандыруды қамтамасыз етеді. Шетелде сақтандырылған оқиға орын алған кезде турист медициналық қызметке, медициналық эвакуацияға / репатриацияға және басқа да шығыстарға жұмсалмайды.

Туристтің міндеті кез-келген сақтандыру жағдайында сақтандыру сертификатында көрсетілген қолжетімді коммуникация әдістерінің бірі арқылы, кез-келген уақытта халықаралық сақтандырушы компанияға өтініш беру.

Кілт сөздер: шығыс туризм, экстремалды туризм, шетелде медициналық қызмет, туроператор, турагент, сақтандыру, сақтандыру сертификаты.

Резюме

Аружан Қалымбек, студентка Южно-Казахстанского государственного университета им. М.Ауезова, г.Шымкент, Республика Казахстан

МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ ЗА РУБЕЖОМ. КАК СТРАХОВЫЕ СЕРТИФИКАТЫ ВЛИЯЮТ НА ВЫЕЗД ЗА РУБЕЖ И НА ЗДОРОВЬЕ ТУРИСТА

В Казахстане намерены с 2019 года туристам выдавать страховые сертификаты. Национальный банк РК намерен, таким образом, защитить интересы туристов, выезжающих за рубеж. В данном сертификате будут указаны контактные данные международных компаний страховщика, организующих в круглосуточном режиме помощь по доступу к медицинским услугам за рубежом.

На все время путешествия турист обеспечивается страховой защитой от социально значимых рисков, связанных с причинением вреда жизни и здоровью: несчастный случай и оказание экстренной, неотложной помощи в случае внезапного острого заболевания, резкого ухудшения состояния здоровья, обострения хронических заболеваний.

При наступлении за рубежом страхового случая турист не несет расходы по оплате медицинских услуг, медицинской эвакуации/репатриации и других расходов. Эти расходы покрывает страховщик через международную компанию, организующую помощь туристу.

Обязанность туриста заключается лишь в незамедлительном обращении при наступлении страхового случая в международную ассистанс-компанию страховщика любым из доступных способов связи, указанных в страховом сертификате.

Ключевые слова: выездной туризм, экстремальный туризм, медицинские услуги за рубежом, туроператор, турагент, страхование, страховой сертификат.

***Мерейтой иесін құттықтаймыз!**

ТӘЖІРИБЕЛІ НАҒЫЗ ҰСТАЗ

Құрметті Қанапия (Қанаш) Жұмағазыұлы!!!

Қанапия (Қанаш) Жұмағазыұлымен 1979 жылдан бері дос, жолдас, әріптес болып қызмет істеп келеміз! Академияның филиалдан фармацевтикалық институт, одан соң медициналық институт болуына Қанаштың зор еңбегі сіңген азаматтың бірі.

Қанаш Жұмағазыұлы көз алдымызда оқытушы, аға оқытушы, доцент, профессор болуы өзінің таза еңбек етуінің арқасында орын алды. Студенттердің ақ халатты абзал жандар болуына Қанаштың еңбегі көп сіңді. Соның ішінде емдеу факультеттерінің студенттеріне. Себебі, Қанаш бұл факультеттің алғашқы Деканы болып тарихта ұмытылмас, өшпес із қалдырды.



Қанаш өте үлкен тәжірибелі нағыз ұстаз, ол кісінің басқарып отырған кафедра ұжымы академия бойынша абыройлы, терең білім беретін алдыңғы қатарлы ұжым.

Кафедраның меңгерушісі ретінде Қанаш ең алдыңғы қатарлы ұйымдастырушы, тәжірибелі әдіскер, ғылыми жұмыстарда жоғары деңгейде ұйымдастырушы өнегелі кафедра меңгерушісі.

Қанаш Жұмағазыұлы ректораттың, ғылыми кеңестің, облыстың және республикалық ұжымдардың талай-талай құрмет грамотасының иегері, облысымыздағы ең үздік ұстаз атағына ие болған, ҚР денсаулық саласының үздігі.

Студенттерге дәрісті өте түсінікті, қарапайым тілімен жеткізетін академияның алдыңғы қатардағы дәріскері. Қанаш Жұмағазыұлы тек қана өте өнегелі ұстаз ғана емес, сонымен қатар адал дос, жолдас және әріптес. Ол кісі кісілерге тек қана жақсылық, аман-саулық тілейтін нағыз ұстаз.

Мен Қанаш Жұмағазыұлымен бірге бір ұжымда 39 жыл еңбек еткеніме өте қуанамын.

Қанаштың Академияға, қаламызға, облысымызға, Қазақстан Республикасына сіңіретін және сіңірген еңбегі шексіз, болашақта маман боламын деген провизорларға, дәрігерлерге беретін білімдері әлі ұшан-теңіз!

Қанаш Жұмағазыұлы үлгілі отбасының нағыз төрағасы, балалары, қыздары көз алдымызда өсіп-өніп ғылыми дәрежелі кандидаттық атақтың иегері.

Балалары мен қызы еліміздің алдыңғы қатарлы, әдепті, адам сүйсінетін отбасының отағалары мен отанасы. Қанаш Жұмағазыұлының балаларының жолдарын немерелері өте үлкен ілтипатпен орнын басып келеді. Қанаш үлгілі отбасының басшысы, сүйікті, абыройлы әке, күн-түні немерелерін, олардың келешегін ойлайтын абзал да, көреген ата, солардың ішіндегі ең үлкені Сәуленің адал, махаббатына өте берік өмірлік жолдасы.

Қанаш Жұмағазыұлы әлі талай-талай ғылыми еңбектердің, оқулықтардың және монографияның авторы болар деп үлкен үмітпен қараймын, ол кісіге зор денсаулық, үлкен табыс, жұмыста абыройлы болуына шексіз тілектеспін.

Намазбай Жаппарұлы ОРМАНОВ, ОҚМА ардагерлер кеңесінің төрағасы, медицина ғылымдарының докторы, профессор, Шымкент, 2018 жыл

* Мерейтой иесін құттықтаймыз!

НАМАЗБАЙ ЖАППАРУҰЛЫ ОРМАНОВ- 70 ЖАСТА!

Орманов Н.Ж. – 1966 ж. Қарағанды мемлекеттік медицина институтының «емдеу ісі» факультетіне түсіп, Лениндік стипендиат атанып, 1972 ж. дәрігер біліктілігін алып шықты. Еңбек жолын аталған институттың микробиология кафедрасының аға лаборанты қызметінен бастады. 1972-1975жж. аралығында Қарағанды ММИ-да «фармакология» мамандығы бойынша аспирантураның күндізгі бөлімінде оқып шықты. 1975 ж. тамақтану гигиенасы кафедрасының ассистенті қызметіне орналасты. 1975ж. 25 желтоқсанда (Алматы) «14.00. 25-фармакология» мамандығы бойынша кандидаттық диссертациясын қорғап шығып, медицина ғылымдарының кандидаты ғылыми дәрежесін алды.

Алматы мемлекеттік медицина институтының Шымкент филиалында 1979-83 жж. аралығында қалыпты физиология, микробиология, гигиена және фармакология кафедраларында ассистент, аға оқытушы, доцент қызметтерінде жұмыс атқарды. 1983 ж. бастап 1991 ж. дейін «Гигиена және кәсіби аурулар» ҒЗИ-ның клиникалық-биохимиялық зертханасының меңгерушісі қызметін атқарды. 1983-1991 жылдары фармакология кафедрасында доцент (0,5 ставка) міндетін атқарушы қызметін атқарды.



Орманов Н.Ж. ОҚМА физиология, патология, микробиология, гигиена, медициналық товароведения және фармакология кафедрасының негізгі қалаушыларының бірі болды. 1991 жылы СССР еңбек гигиенасы және кәсіптік аурулар ҒЗИ-ның директоры академик Н.Н. Измеровтың (Мәскеу) жетекшілігімен докторлық диссертацияны жемісті қорғап, 3-айдан кейін, СОСР ЖАК-тың шешімімен медицина саласындағы докторлық дипломына ие болды (Мәскеу)

1991ж. тамыз айында Шымкент мемлекеттік фармацевтика институтының (қазіргі Оңтүстік Қазақстан медицина академиясының) физиология, анатомия және микробиология кафедрасының меңгерушісі қызметіне тағайындалды. 1991-1997 жж. аралығында ғылыми жұмыстар жөніндегі проректор, оқу жұмыстары жөніндегі проректор, оқу және тәрбие жұмыстары жөніндегі проректор қызметтерін атқарды. 1997 ж. бастап, қазіргі таңға дейін, фармакология, фармакотерапия және клиникалық фармакология кафедрасының меңгерушісі, фармацевтика факультетінің деканы ретінде жұмыс атқарып, 2016 жылдан фармакология, фармакотерапия және клиникалық фармакология кафедрасының профессыры. ОҚМФА ардагерлер кеңесінің төрағасы.

Орманов Н.Ж. - үлкен кәсіби тәжірибесі бар педагог, «Фармация», «Фармация менеджері» мамандықтары бойынша Мемлекеттік стандарттардың серіктес авторы және фармакология, фармакотерапия және клиникалық фармакология бойынша бірнеше типтік оқу бағдарламаларының авторы болып табылады.

Орманов Н.Ж. – медицина ғылымдарының докторы (1991 ж.), профессор (1993ж.), ҚР Медицина Ғылымдары Академиясының корреспондент-мүшесі (1995ж.). Н.Ж. Ормановтың жетекшілігімен 40 кандидаттық диссертация, 6 докторлық диссертация қорғалды. 552 ғылыми еңбектері жарық көрді, 7 монографияның, 15 авторлық куәліктің және патенттің авторы, 5 типтік оқу бағдарламалардың, 65 оқу құралдарының авторы. 15-тен аса ғылыми-техникалық бағдарламалардың ғылыми жетекшісі, жауапты орындаушысы болды.

Еңбек жолында Н.Ж. Орманов медицина саласына енгізген үлкен үлесі үшін бірнеше рет ОҚМФА-ның, ҚР Денсаулық сақтау Министрлігінің, ҚР Білім және ғылым Министрліктерінің, Оңтүстік Қазақстан Облысының Маслихатының Алғыс хатымен марапатталған. Н.Ж. Орманов әріптестер мен студенттер арасында үлкен сыйға бөленген жоғары білікті маман, үлгілі ұстаз, педагог, жетекші.

З.А. КЕРИМБАЕВА, ОҚМА-ның «Фармакология, фармакотерапия және клиникалық фармакология» кафедрасының меңгерушісі, мед. ғыл. докторы, профессор

СОДЕРЖАНИЕ

СЕКЦИЯ «ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ: ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ»	
Ариппаев Нурболат, Курманали Гани, Усманов М.А., Абдурахманов Б.А. ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ МЕТОДОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО КЛИПИРОВАНИЯ И ЛИГИРОВАНИЯ.	3
Әлібек Н.Т., Закирова А.И. ӘЙЕЛ АДАМДАРДАҒЫ ОСТЕОПОРОЗДЫ ДИАГНОСТИКАЛАУДАҒЫ ОСТЕОДЕНСИТОМЕТРИЯНЫҢ МАҢЫЗЫ	4
Глес Н.Т., Өмірхан С.Ж., Үмбетов К.А., Саудаев М.Е., Муканова У.А., МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДКА	4
Х.Т. Қорғанбаева, Ж.Б. Бекназарова, Д. Ақжол ИНСУЛЬТТАН КЕЙІНГІ ОҢАЛТУ НЕГІЗДЕРІ	6
Қайырбекова Қ.Қ., Әбдрахман Б.А. БАУЫР ЖАСУШАЛАРЫНА ӨТЕ ЖОҒАРЫ ЖИЛКТЕГІ СӘУЛЕЛЕНДІРУДІҢ ӘСЕРІ	8
Абубакиров Д., Абдурахманов Б.А. ПРИМЕНЕНИЕ АНГИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ	10
Жанабаев Н.С., Адырбек А.А., Конкабай Б.К., Пердебек О.А., Жанабаев Н.С., ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ НАРУЖНЫХ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ	11
Б.Т. Айжарық, Ж.М. Абдукаримова, Э.Қ. Бекмурзаева СЕМІЗДІК	13
Айтқұлов Р.С., Хамит А.У., Уйсінбаев Ж.С., Аннаоразов Ы.А. ПРЕИМУЩЕСТВО ГАСТРО-РЕНТГЕНО-ЭЛЕКТРОГАСТРОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПРИ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДКА	14
Оразбеков Алияр, Баркиев Аскар, Рысбеков Т.Т., ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ МИНИЛАПАРОДОСТУПА	16
Н. Амандыкова, Әбдікүл Б., Қауызбай Ж. Ә., ТЫНЫС АЛУ ЖҮЙЕСІ АУРУЛАРЫ БАР НАУҚАСТАРДА ФИЗИКАЛДІТЕКСЕРУ ӘДІСТЕРІНІҢ ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ҚҰНДЫЛЫҒЫ	17
Ametova D.M., Sarzhanova D.Zh. INNOVATION IN MEDICINE	19
Assan A.A. PREDICTORS OF THE RISK OF INTRATUBAL FORMATION FETAL HYPOXIA AS A MAIN REASON FOR CEREBRAL CHILDREN IN FIRST MONTHS OF LIFE	20
Ikhtiyarova G.A., Khafizova D.B, Ikhtiyarova D.F. CRITERIA FOR PREDICTION OF COMPLICATIONS IN PREGNANT WOMEN WITH ANTENATAL FETAL DEATH	21
Атақұлов Р.А., Баранов А.А., Н.А. Терехина АКТИВНОСТЬ АМИЛАЗЫ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ	22
Баймаганбетова А.С., Абдурахманов Б.А. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ МИОМ МАТКИ	22
Батырбаева Ж.М. Абасова Г.Б. Утепов Д.П. Осипов Е.Қ. ШЫМКЕНТ ҚАЛАСЫНДАҒЫ ЖАСТАРДЫҢ БАС МИ ИНСУЛЬТ ҚАУІП ФАКТОРЫ МЕН НЕГІЗГІ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ АНАЛИЗІ	23
Белинская М.К., Морозова О.М., Курченкова В.И., ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АЛЕМТУЗУМАБАВИММУНОХИМИОТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА	25
Бердалиев Н.Г., Сексенбаев Д.С., Абдурахманов Б.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИНИИНВАЗИВНЫХ СПОСОБОВ В ЛЕЧЕНИИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ	26
Бердалиев Н.Г., Сексенбаев Д.С., Абдурахманов Б.А. ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ОСЛОЖНЕННЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ	27
Бондарев Е.В., Щекина Е.Г., Кудина О.В. СОВРЕМЕННЫЕ И ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ФРИГОПРОТЕКТОРЫ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ УКРАИНЫ	28
Бондарев Е.В. СОДЕРЖАНИЕ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ IL-1В И IL-10 В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У КРЫС ПОСЛЕ ОСТРОЙ ХОЛОДОВОЙ ТРАВМЫ	29
Сафарова К.М., Тагаева А.Ю., Тастанова Г.Е. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ В II ТРИМЕСТРЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ГЕСТАЦИИ	31

Тулеметов С.К., Халиков А.С. РАННЕЕ ПОСТНАТАЛЬНОЕ СТАНОВЛЕНИЕ ТИМУС-ЗАВИСИМЫХ И ТИМУС-НЕЗАВИСИМЫХ ЗОН ОРГАНОВ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПОТОМСТВА, ПОЛУЧЕННОГО В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ	32
Халиков А.С., Тулеметов С.К. РОСТ И СТАНОВЛЕНИЕ ПЕЧЕНИ В РАННЕМ ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ МАТЕРИНСКОГО ОРГАНИЗМА	33
Грибоедова А.А., Маукаева С.Б., Нуралинова Г.И., Исабекова Ж.Б АНАЛИЗ РАБОТЫ ВЗРОСЛОГО ОТДЕЛЕНИЯ «ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. СЕМЕЙ» ЗА 2017 ГОД	34
Даулешова Ж.С., Абдешева М.Н., Назарбаева Р.К., НЕСИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР СРАВНЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЯМЫХ ПЕРОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИИ	36
Джавланов Т.А., Иманкулов Д.Е., Ирисваев Б.А., Сатханбаев А.З., ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ РАНЕНИЯХ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	37
Alibekova Zh.R., Auyezkhankyzy D., Head: Tullemissov K.Zh. POST-INJECTION INFECTED PURULENT WOUNDS IN DRUG ADDICTS INSTITUTION	38
Аралбаев Р.А. Ногай Е.В. ОЗОНОТЕРАПИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ГНОЙНЫХ ПЕРИТОНИТОВ	38
Майор Т. Умаров Б.Э., Жумагулов К.Н. СОВРЕМЕННЫЕ МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА	40
Kispayeva T.T., Yendibay B.V. THE INFLUENCE OF ANTHROPOGENIC FACTORS ON ONCOGENESIS	42
Р.И Джурбаева., Латыева М.Ш ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОПРОЛОЛА (КАРДОЛАКС) И ЕГО РОЛЬ В РЕМОДЕЛИРОВАНИИ СЕРДЦА БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	44
Р.И Джурбаева, М.М Кельдиева, Латыева М.Ш ФАКТОРЫ РИСКА ИНСУЛЬТА У МОЛОДЫХ	44
Dugachieva H. L., Annaorazov Y.A. , Khasanova U.A. LAPAROSCOPIC SURGERY IN GYNECOLOGY	45
Ескендіров Б.Б., Ахметова Б.Д., Садіббеков Е.К., Тажимурадов Р.Д., РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДКА	46
Жақап Б.Ә., Пердебаева А., Құлахметова С, Шекербекқызы М., Жамантаев Ж.Ә, Сыздықбаева Ж.Ж., Қуандықов Е.К. ТӘЖІРИБЕЛІК ДАҒДЫЛАРДЫ ҮЙРЕТУДЕ САНДЫҚ ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫ ҚОЛДАНУ	48
Жанабекова Ж.Е, Полуэктова Я.Л. ЖАТЫР МОЙНЫ ОБЫРЫ: ӨРШУІ, ЕМІ	49
Жанзакова У., Ботабекова А.К. ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТЕОАРТРОЗОМ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН ЗА 2016-2017 ГОДЫ	50
Жауынбеков А.Т., Сержан Ұ.С., Л.Л Ахмалтдинова АҒЫНДЫ ЦИТОМЕТРИЯНЫҢ ЛАБАРАТОРИЯДАҒЫ МҮМКІНШІЛІГІ МЕН ЖЕТІСТІКТЕРІ	52
Жумабоев С.С., Бахромов М.Б. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МОДЕЛИРОВАНИЯ СТРИКТУР ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА	52
Жумаханов К.К., Абдурахманов Б.А. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ	53
Irisbayev V., Tashmetov D., Xasanova U. A., IMPROVEMENT OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH DEMADEKOUS BLEEFARCONJUNCTIVITIS WITH SYMPTOMS OF THE "DRY EYE" SYNDROME	55
Исаева Л.Т., Рысбеков М.М., Абдурахманов Б.А. ЧРЕСКОЖНО ЧРЕСПЕЧЕНОЧНЫЕ РЕНТГЕНОЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ	56
Калинин С.И., Сафронова М.Ю., Шуст О.Г., ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ МЕМБРАННОЙ ОКСИГЕНАЦИИ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ	57
Караев Ш.М., Жумахан Б.Ж., Турашов Е.О., Жанабаев Н.С., ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИСТИ И ПАЛЬЦЕВ С РАСТВОРОМ «БАД» НА АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	58
Кенбай Н.Б, Ескендіров Б.Б., Тажимурадов Р.Д. ОЗОНДАЛҒАН ФИЗИОЛОГИЯЛЫҚ ЕРТІНДІНІҢ ШЕК АНАСТОМОЗ АЙМАҒЫНА ӘСЕРІ	59

Керімханов Н.М., Мадеш Қ.Т., Тулемисов К.Ж. ПАНКРЕОНЕКРОЗДЫҢ ЭНДОВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯЛЫҚ ДИАГНОСТИКАСЫ ЖӘНЕ ЕМІ	61
Komekbayeva R.A., Abdurakhmanov B.A. EMBOLIZATION OF UTERINE FIBROIDS	62
Коровина А.В., Попугайло М.В. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА	63
Laura K.N., Akzer M.S., Zakhro Y., Dinara U. PROGRESS TREATING DIABETES	64
Lebedeva A.A., Pliyeva U.T., Horak K.I., Karizhskaya L.S., Morozov A. M. THEORIES FOR THE ORIGIN OF PHANTOM LIMB PAIN	65
Мауленов К.А., Абдурахманов Б.А. ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ УКУШЕННЫХ РАНАХ ЛИЦА У ДЕТЕЙ	66
Мелких Н.И., Шилин В.А., Кошелев И.Г., Поляков П.П. ВЛИЯНИЕ ТЭС-ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ПОСЛЕРОДОВОЙ МАТКИ КРЫСЫ	67
Мирзаева Д.Б. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ С АМИКАЦИНОМ У БОЛЬНЫХ С ПНЕВМОНИЕЙ	68
Д. Б.Мирзаева ЧАСТОТА РАСПРОСТРАНЕНИЯ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ ЯЗВ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ	69
Мырзахметов Р.Т., Сексенбаев Д.С., Абдурахманов Б.А. ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ТРУДНОДОСТУПНЫХ ЗОН ПЕЧЕНИ	69
Мырзахметов Р.Т., Сексенбаев Д.С., Абдурахманов Б.А. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭХИНОКОККЭКТОМИЯ ИЗ ПЕЧЕНИ	70
Надеждина А.О., Базикин Н.В., Корнельсен Д.А., Кузнецов Г.Э., Митрофанова И.С. HEALTH INDICATOR 1.0	71
Нуралиев З.Б., Абдурахманов Б.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИНИИНВАЗИВНЫХ ПОРТОДЕКОМПРЕССИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	73
З. М. Орзиев., Рахматова М.Р., Жалолова В.З., Насырова С.З.. РАЗВИТИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕГИОНА	74
З. М. Орзиев., Рахматова М.Р., Жалолова В.З., Юлдашева Н.М.. ОБЗОР РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ УРСОТЕРАПИИ СИНДРОМА ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО ХОЛЕСТАЗА ПРИ ВИРУСНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ	76
З. М. Орзиев., Рахматова М.Р., Жалолова В.З.. ТАКТИКА УРСОТЕРАПИИ ИКТЕРИЧНОГО ВАРИАНТА ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО ХОЛЕСТАЗА	77
Өтепбаев Б.А., Абдурахманов Б.А., ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ	77
Д.А.Ошакбай, Э.Қ. Бекмурзаева, Ж.М. Абдукаримова ЖАС ЖАСТАҒЫ ТЕМЕКІ ШЕГЕТІН ЕМДЕЛУШІЛЕРДЕ БРОНХ ДЕМІКПЕСІНІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ	79
Романюк Ф. Г., Чур Н. Н., ДИСТАЛЬНЫЕ И УЛЬТРАДИСТАЛЬНЫЕ ШУНТИРОВАНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	80
Sabirova A. S., Annaorazov Y. A., Khasanova U. A. THE ROLE OF CADHERINS IN THE DEVELOPMENT OF BREAST CANCER	82
Sambaeva S.S. APPLICATION OF ROBOTS IN MEDICINE	83
Сейтжаппар Ж.М., Абдурахманов Б.А. ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯЛЫҚ АППЕНДЕКТОМИЯНЫҢ ТИМДІЛІГІН АНЫҚТАУ	84
Синча Е.А., Чугунов В.В. ОСНОВНЫЕ ВИДЫ КОРРЕКЦИИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ	85
Султанов А., Абдурахманов Б.А. НАШ ОПЫТ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ	85
Турсынбаева Г.А., Тулжанов Е.Н., Мусабекова Ф.Ж., Жакып С.М., Бағысбаева Ұ.Т. ЖЕДЕЛ ИЫҚ ШЫҒУЫНЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫ ЖӘНЕ ОПЕРАТИВТІ ЕМІ	86
Tutayeva Aigerim Aitbaevna THE FIRST EXPERIENCE OF USING THROMBOLYTIC THERAPY FOR REPERFUSIONS IN THE PERACUTE PERIOD OF ACUTE CEREBROVASCULAR ACCIDENT BY ISCHEMIC TYPE	87
Тутаева Айгерим Айтбаевна ШАЛА ТУЫЛҒАН БАЛАЛАРДЫ ТЕКСЕРУДІҢ ЖАҢА ӘДІСІ	87
Усербаева А.Т., Джураева Р.И., Тургунов.М.Б. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМАНГИОМ У ДЕТЕЙ	89
Шкунова С.С., Аметова Э.И., Аптикеева Н.В.	89

ИННОВАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА СЕНСИТИВНОЙ АТАКСИИ ПРИ РАССЕЙАННОМ СКЛЕРОЗЕ	
Азимбаев Максат, Астана Уалихан, Лесбеков Заманбек, Пилалов Б. У. ДИНАМИКА РОСТА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ЮКО	90
Мирзагельдиев Исламиддин, Махулбек Амангелды, Рысбеков Т.Т. ОПИСАНЫ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГИГАНТСКИХ ПЕНЕТРИРУЮЩИХ ЯЗВ ЛУКОВИЦЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.	91
СЕКЦИЯ «ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА»	92
Хайдарова Х.М. ИЗУЧЕНИЕ ФИТОАДСОРБЕНТА ПИСТИИ ТЕЛОРЕЗОВИДНОЙ PISTIA STRATIOTES L. В УСЛОВИЯХ СТОЧНЫХ ВОДАХ ДЖУМАБАЗАРСКОГО ЛУБЗАВОДА	
Сейдилабек А.М., Байысбай Ө.П., Кенжебаева Г.С., Жулдызбаева С.Е. МИНЕРАЛДЫ ТЫҢАЙТҚЫШТАР ӨНДІРІСІНДЕГІ АҒЫЗЫНДЫ СУЛАРДЫ АДСОРБЦИЯЛЫҚ ТАЗАЛАУ ПРОЦЕССИН ЗЕРТТЕУ	93
Сейдилабек А.М., Байысбай Ө.П., Кенжебаева Г.С., Жулдызбаева С.Е. НИТРОАММОФОС ӨНДІРІСІНДЕГІ АҒЫЗЫНДЫ СУЛАРДЫ АДСОРБЦИЯЛЫҚ ТАЗАЛАУ ТЕХНОЛОГИЯСЫН ЖЕТІЛДІРУ	95
СЕКЦИЯ «БИОТЕХНОЛОГИЯ И НАНОТЕХНОЛОГИЯ: ВЗГЛЯД В БУДУЩЕЕ»	97
Т.С.Бигара, А.Т.Бигараева, М.К.Кәдірова, А.О.Кармакбаев, Н.Н.Нысанбек, Ж.Б.Махатов ҚАРАҚАЛПАҚ СҰРЫ ШАМШЫРАҚ РЕҢДІ ҚАРАКӨЛ ҚОЙЛАРЫНЫҢ СЕЛЕКЦИЯЛЫҚ БЕЛГІЛЕРІНІҢ ҰРПАҚҚА БЕРІЛУ ДӘРЕЖЕСІ	
Юсубаева А.Б., Габрильянц Э.А., Джанмулдаева А.К., Кайпова Ж.Н., Махатов Ж.Б. ИССЛЕДОВАНИЕ И ОТБОР КОМБИНАЦИЙ МОЛОЧНОКИСЛЫХ БАКТЕРИЙ ДЛЯ МНОГОШТАММОВОЙ ЗАКВАСКИ С ПРОБИОТИЧЕСКИМИ СВОЙСТВАМИ	99
Аханов У.К., Абилдаева Р.А., Дауылбай А.Д., Серикбайұлы Н. Махатов Ж.Б. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ НАПРАВЛЕННЫЕ НА УКРЕПЛЕНИЯ ОБЩЕЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ СОПРОТИВЛЯЕМОСТИ ОРГАНИЗМА ОВЕЦ	100
Аханов У.К., Абилдаева Р.А., Дауылбай А.Д., Толыбаева Г.О., Махатов Ж.Б. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ И ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЕСТЕСТВЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ЖИВОТНЫХ	102
Аханов У.К., Абилдаева Р.А., Дауылбай А.Д., Қаппарова А.Г., Махатов Ж.Б. ГОРМОНАЛЬНЫЙ МЕТОД СТИМУЛЯЦИИ ВОСПРОИЗВОДИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ОВЕЦ	103
Кедельбаев Б.Ш., Калымбетов Г.Е., Кайпова Ж.Н., Махатов Ж.Б., Омирбаева А.Е. ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ИННОВАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СЕЛЬСКОМ ХОЗЯЙСТВЕ В КАЗАХСТАНЕ	105
СЕКЦИЯ «МОДЕРНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА»	107
Aigul Ospanbek , Seidahmetova A.A., Orzabayeva E.A. PROFESSIONAL-EMOTIONAL BURNOUT IN NURSES	
Абдулла Т.Д., Сейдахметова А.А., Қауызбай Ж.Ә., Султанова Ж.С., Серикова Б.Д. МЕЙІРГЕР ІСІ БАКАЛАВРЛАРЫН ДАЙЫНДАУДА ҚҰЗЫРЕТТІЛІК ТӘСІЛДІ ЖЕТІЛДІРУ	108
Аметова Э.И., Шкунова С.С., Н.П. Малеева СЕМЕЙНЫЙ ПОРТРЕТ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ С ПРОБЛЕМОЙ ДЕМЕНЦИИ	111
Аметова Э.И., Шкунова С.С., Малеева Н.П. К ВОПРОСУ РОЛИ ШКОЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ	111
Дуйсембаева У. Е., Сейдахметова А.А., Серикова Б.Д., Оразбаева Э.А. ДОЛЖНОСТНЫЕ ИНСТРУКЦИИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР РАЗНЫХ УРОВНЕЙ ОБРАЗОВАНИЯ	113
Пашимова И.П., Қауызбай Ж.Ә., Сейдахметова А.А., Калменов Н.Ж. LVAD ОТАСЫ ЖҮРГІЗІЛГЕН НАУҚАСТАРҒА АРНАЙЫ МЕЙІРГЕРЛІК КҮТІМДІ ҰЙЫМДАСТЫРУ	115
Сүйінбай А.Ә., Сейдахметова А.А., Биболова А.С., Султанова Ж.С. ТҮРМЫСТЫҚ ЗОРЛЫҚ - ЗОМБЫЛЫҚТЫҢ ДАҒДАРЫС ОРТАЛЫҒЫНДАҒЫ ТҮРЛЕРІ МЕН СИПАТЫ	120
Сағидулла А.Т., Серикова Б.Д., Сейдахметова А.А., Султанова Ж.С. ИНСУЛЬТТАН КЕЙІНГІ САУЫҚТЫРУ ШАРАЛАРЫН ЖҮРГІЗУДЕГІ МЕЙІРГЕРДІҢ РӨЛІ	122
Эдилова Р.М., Сейдахметова А.А., Қауызбай Ж.Ә., Ходжакулова У.А. ПОСТМЕНОПАУЗАДАҒЫ ӘЙЕЛДЕРДІҢ ЖҮРЕК-ҚАНТАМЫР АУРУЛАРЫН АЛДЫН АЛУ ШАРАЛАРЫ	124
Юсуфхонова Г.К., Сейдахметова А.А., Қауызбай Ж.Ә., Калменов Н.Ж. ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ И ИХ СЕМЬЯМ	126
Секция: «ПРИОРИТЕТНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ»	
А.Д. Асылбекова, А.Д. Серикбаева, К.С. Джанаралиева, Е.Г. Махова, А.Ж. Аксеитова, Б.И. Турсубекова, Д.Т. Оспанов, М.Е. Тулебай, Д.Б. Бақыт ИЗУЧЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ЦВЕТКОВ ARTEMISIACINABERG.	130
Р.Н. Бидайбек, С.К. Ордабаева, Ф.А. Халиуллин, И.М. Шарипов ЖАҢА БИОЛОГИЯЛЫҚ БЕЛСЕНДІ ПУРИН ТУЫНДЫСЫНЫҢ ӨЗІ ЕКЕНДІГІН СПЕКТРОСКОПИЯЛЫҚ ӨЛЧЕУ АНЫҚТАУ	134

Р.Н. Бидайбек, С.К. Ордабаева, Ф.А. Халиуллин, И.М. Шарипов ЖАҢА БИОЛОГИЯЛЫҚ БЕЛСЕНДІ ПУРИН ТУЫНДЫСЫНЫҢ ӨЗІ ЕКЕНДІГІН АНЫҚТАУДЫҢ СПЕКТРОФОТОМЕТРИЯЛЫҚ ӘДІСТЕМЕСІН ЖАСАУ	136
А.Ғ.Ақшабаева, Ә.Т.Кинаятова, М.А.Мирсоатова, А.Д. Серикбаева, С.К. Ордабаева РАЗРАБОТКА ХРОМАТОГРАФИЧЕСКОЙ МЕТОДИКИ ОБНАРУЖЕНИЯ МОВАЛИСА ПРИ ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ	138
С.С. Исхакова, Ф.С. Жалилов, У.Хасанов, У.Х. Расулев ПОВЕРХНОСТНО-ИОНИЗАЦИОННАЯ МАСС- И ТЕРМОДЕСОРБ-ЦИОННАЯ СПЕКТРОСКОПИЯ: ОБНАРУЖЕНИЕ И АНАЛИЗ СЛЕДОВЫХ КОЛИЧЕСТВ СИНТЕТИЧЕСКОГО КАННАБИНОИДА АВ- FUVINASA В КУРИТЕЛЬНЫХ СМЕСЯХ	139
К.Ш.Мухитдинова, К.А.Убайдуллаев МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ЧИСТОТАГЕПАТОПРОТЕКТОРНОГО ФИТОПРЕПАРАТА	140
Н.А. Юнусходжаева, В.Н. Абдуллабекова, А.У. Абдураимова, М.С. Хакимова ОПРЕДЕЛЕНИЕ МАКРО И МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА В НАСТОЙКЕ КАЛЕНДУЛЫ	141
А.С. Тулеметов, С.К. Тулеметов ВЛИЯНИЕ УДАЛЕНИЯ БОЛЬШИХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕМЕННИКОВ КРЫС В ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ	143
С.К. Тулеметов МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕГЕНЕРАЦИИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПОСЛЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ПАРОДОНТ У КРЫС	143
Секция «ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ: ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ»	144
Д.К. Утемисова ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА	145
Д.К. Утемисова, Н.З. Шапамбаев ОСОБЕННОСТИ СКРИНИНГА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПО ЭХОКАРДИОГРАФИИ	145
А.Қ. Қуатбекова, З.Ә. Керімбаева ХАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҒЫН НЫҒАЙТУДАҒЫ СКРИНИНГТІК ТЕКСЕРУ-ЛЕРДІҢ РӨЛІ	147
Нурмухамбетова Б. К., Тусбаев М. Г., Исина З. Е., Сагимбаева Т. Б., Танкибаева Ж. Г. К ВОПРОСУ ОБ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА В ЦЕНТРАЛЬНОМ КАЗАХСТАНЕ	149
Жаксыбергенов А.М., Сауртаева Г.Б., Кырықбаев П.Н. АРНАЙЫ СПОРТ МЕКТЕПТЕРІНДЕ ОҚИТЫН БАЛАЛАРДЫҢ СПОРТТЫҚ ЖАРАҚАТТАНУЛАРЫНЫҢ АЛДЫН АЛУДЫҢ ӘЛЕУМЕТТІК МӘСЕЛелЕРІ	150
Жаксыбергенов А.М., Сауртаева Г.Б., Кырықбаев П.Н. СПОРТ МЕКТЕПТЕРІНДЕГІ ЖАРАҚАТТАНУШЫЛЫҚТЫҚ АЛДЫН АЛУДЫҢ НЕГІЗГІ БАҒЫТТАРЫ	152
Секция «ГУМАНИТАРНЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОГО И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ»	155
Aruzhan Kalymbek MEDICAL TOURISM IN KAZAKHSTAN: "FOR" AND "AGAINST"	157
Aruzhan Kazlymbek MEDICAL SERVICES ABROAD. HOW INSURANCE CERTIFICATES INFLUENCE ON THE DEPARTURE ABROAD AND THE HEALTH OF TOURIST	157
Н.Ж.ОРМАНОВ *Мерейтой иесін құттықтаймыз! ТӘЖІРИБЕЛІ НАҒЫЗ ҰСТАЗ.	159
З.А.КЕРИМБАЕВА * Мерейтой иесін құттықтаймыз!Намазбай Жаппарұлы Орманов - 70 жаста!	160