



Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік
фармацевтика академиясының

ХАБАРШЫСЫ

• ВЕСТНИК •

“VESTNIK”

of the South-Kazakhstan state pharmaceutical academy

REPUBLICAN SCIENTIFIC JOURNAL

ТЕЗИСЫ, ТОМ III

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ
ҒЫЛЫМИ ЖУРНАЛ

№4(73), 2015

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ
НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА
АКАДЕМИЯСЫНЫҢ ХАБАРШЫСЫ

№ 4 (73), 2015, ТЕЗИСЫ, ТОМ ІІІ

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ ЖУРНАЛ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ
“VESTNIK”

of the South-Kazakhstan state pharmaceutical academy
REPUBLICAN SCIENTIFIC JOURNAL

Основан с мая 1998 г.

Учредитель:

«Республиканское государственное
предприятие на праве хозяйственного
ведения «Южно-Казakhstanская
государственная фармацевтическая
академия»

Журнал зарегистрирован
Министерством связи и информации
Республики Казахстан
Регистрационное свидетельство
№11321-ж от 24.02.2011 года.
ISSN 1562-2967

«Вестник ЮКГФА» зарегистрирован в
Международном центре по
регистрации сериальных изданий
ISSN(ЮНЕСКО, г.Париж,Франция),
присвоен международный номер ISSN
2306-6822

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

Адрес редакции:
160019 Республика Казахстан,
г. Шымкент, пл. Аль-Фараби, 1
Тел.: 8(725-2) 40-22-08, 40-82-22(5113)
Факс: 40-82-19

E-Mail: medacadem@rambler.ru
Тираж 300 экз. Журнал отпечатан в
типографии ОФ «Серпилис»,
г. Шымкент.

Главный редактор

Сексенбаев Б.Д., доктор мед. наук., профессор, академик
КазНАЕН

Заместитель главного редактора

Нурмашев Б.К., кандидат медицинских наук

Редактор научного журнала

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

Редакционная коллегия:

Анартаева М.У., доктор мед.наук, доцент
Булешов М.А., доктор мед наук, профессор
Душанова Г.А., доктор мед.наук, профессор
Махатов Б.К., доктор фарм.наук, профессор, академик
КазНАЕН

Ордабаева С.К., доктор фарм.наук, профессор
Орманов Н.Ж., доктор мед.наук, профессор
Оспанова С.А., доктор мед.наук, профессор
Сагиндыкова Б.А., доктор фарм.наук, профессор
Сисабеков. К.Е., доктор мед. наук, профессор
Патсаев А.К., доктор хим.наук, профессор
Шертаева К.Д., доктор фарм.наук, профессор

Редакционный совет:

Азизов И.К., д.фарм. н., профессор (г. Ташкент, Узбекистан)
Галимзянов Х.М., д.м.н., профессор (г. Астрахань, Россия)
Gasparyan Armen Y., MD, PhD, FESC, Associated
Professor (Dudley, UK)

Гладух Е.В., д.фарм.н., профессор (г.Харьков, Украина)
Исупов С.Д., д.фарм.н., профессор (г. Душанбе,
Таджикистан)

Дроздова И.Л., д.фарм.н., профессор (г.Курск, Россия)
Корчевский А. Phd, Doctor of Science(г. Колумбия, США)
Костенко Н.В., д.м.н., профессор (г. Астрахань, Россия)
Маркарян А.А., д.фарм.н., профессор (г. Москва, Россия)
Попков В.А., д.фарм.н., профессор (г. Москва, Россия)
Тихонов А.И., д.фарм.н., профессор (г. Харьков, Украина)
Чолпонбаев К.С., д.фарм.н., проф. (г. Бишкек, Кыргызстан)
Nannette Turner,Phd.MPH(г.Колумбия, США)
Шнитовска М.,Prof.,Phd.,M.Pharm (г.Гданьск,
РеспубликаПольша)

**ІІІ МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И
СТУДЕНТОВ «ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ БИОЛОГИИ, МЕДИЦИНЫ И
ФАРМАЦИИ»**

9-10 декабря 2015 года, г. Шымкент, Республика Казахстан

**СОВЕТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ ФОНДА ПЕРВОГО ПРЕЗИДЕНТА РЕСПУБЛИКИ
КАЗАХСТАН – ЛИДЕРА НАЦИИ и ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКАЯ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ АКАДЕМИЯ**

«БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

Секция «ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И БИОЛОГИЯ»

А. А. Нижников^{1,2}, К. С. Антонец^{1,2}, С.Г. Инге-Вечтомов^{1,2}

¹Кафедра генетики и биотехнологии Санкт-Петербургского государственного университета, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7-9, Россия, 199034

²Санкт-Петербургский филиал Института общей генетики им. Н.И. Вавилова РАН, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7-9, Россия, 199034, a.nizhnikov@spbu.ru

АМИЛОИДЫ И ПРИОНЫ: ОТ ПАТОЛОГИИ К ФУНКЦИИ

Ключевые слова: амилоид, прион, фибрилла, бета-слой, память.

Амилоидами называют фибриллярные белковые агрегаты, обладающие структурой, называемой «кросс-бета». Этот термин означает, что мономеры в составе амилоидной фибриллы образуют межмолекулярные бета слои, расположенные перпендикулярно ее оси и сочлененные за счет большого количества водородных связей. Такая структура придает амилоидным фибриллам удивительную прочность и устойчивость к обработке протеиназами и различными детергентами [1].

Амилоиды уже в течение долгого времени являются предметом пристального внимания специалистов, поскольку более тридцати различных белков человека формируют патологические амилоидные фибриллы, вызывающие неизлечимые заболевания, называемые амилоидозами. Различными амилоидозами страдают сотни миллионов человек по всему миру. К наиболее распространенным амилоидозам можно отнести диабет II типа, первичный системный (AL), вторичный системный (AA) и гемодиализ-ассоциированный (A β 2M) амилоидозы, а также группу нейродегенеративных амилоидозов (болезни Альцгеймера, Хантингтона, Паркинсона и другие). В последнее время получены свидетельства в пользу того, что некоторые виды раковых заболеваний могут быть ассоциированы с амилоидами, образуемыми мутантным белком p53 [1].

Несмотря на такое обилие данных по патологическим амилоидам, в настоящее время происходит смена парадигмы восприятия амилоидов как патогенов, связанная с возрастающим пониманием их роли как варианта четвертичной структуры белка, необходимого для жизнедеятельности клетки. Начиная с 2000 года, был опубликован ряд исследований, в которых было показано, что амилоиды выполняют целый ряд биологических функций: от формирования биопленок у прокариот, до регуляции долговременной памяти у животных. Особой группой являются прионы, представляющие собой амилоиды, обладающие инфекционными свойствами. Прионы обнаружены у грибов-аскомицетов, а также у животных, и могут быть как патологическими, так и функциональными [1].

Открытие амилоидов и прионов внесло большой фундаментальный вклад в науку, дополнив Центральную Догму молекулярной биологии данными о том, что в качестве матрицы, используемой для хранения и воспроизведения наследственной информации, может выступать не только линейная последовательность биологических макромолекул, но и их конформация [1]. Работа выполнена при поддержке грантов Президента Российской Федерации (МК-4854.2015.4) и СПбГУ (1.50.2543.2013).

[1] Нижников А.А., Антонец К.С., Инге-Вечтомов С.Г. Амилоиды: от патогенеза к функции // Биохимия, 2015, Т.80, С.1356-1375.

SUMMARY

A.A. Nizhnikov^{1,2}, K. S. Antonets^{1,2}, S. G. Inge-Vechtomov^{1,2}

¹Department of Genetics and Biotechnology, St. Petersburg, Universitetskaya emb., 7-9, Russia, 199034

²St. Petersburg Branch, Vavilov Institute of General Genetics, Russian Academy of Sciences, St. Petersburg, Universitetskaya emb., 7-9, Russia, 199034, a.nizhnikov@spbu.ru

AMYLOIDS AND PRIONS: FROM PATHOLOGY TO FUNCTION

Amyloids are protein aggregates composed of fibrils with the structure called “cross-beta”. This means that the monomers comprising amyloid fibril form intermolecular beta-sheets oriented perpendicular the axis of fibril and stabilized by a number of hydrogen bonds. Such a structure provides unusual resistance of amyloid fibrils to treatment with proteinases and different detergents [1].

Amyloids are a subject of intense scrutiny for a long time, since more than thirty different human proteins are capable of forming the pathologic amyloid fibrils causing incurable diseases called amyloidosis. Hundreds of millions of people all over the world suffer of different amyloidosis, the most widespread of which are: type II diabetes, primary systemic (AL), secondary systemic (AA) and haemodialysis-associated amyloidosis, as well as a group neurodegenerative disorders (Alzheimer’s, Huntington’s, Parkinson’s diseases and others). Recently, some types of tumors have been demonstrated to be associated with amyloids formed by mutant p53 [1].

In spite of abundance of data on pathologic amyloids, currently, a change of a paradigm of perception of amyloids as pathogens only occurs. This is due to increasing comprehension of the role of amyloids as a variant of quaternary structure of protein essential for living organisms. Since 2000, a number of studies demonstrated that amyloids play different biological roles: from biofilm formation in prokaryotes, to long-term memory facilitation in animals. Prions are a special group of amyloids harboring infectious properties. Prions were identified in *Ascomycota* fungi and animals and can be as pathogenic, as functional [1].

Discovery of amyloids and prions made a great contribution to fundamental science, expanding the Central Dogma of molecular biology with the point that not only linear sequence but also conformation of biological macromolecules can serve as a template for storage and reproduction of inherent information [1]. The study was supported by the grants of the President of the Russian Federation (МК-4854.2015.4) and St. Petersburg State University (1.50.2543.2013).

[1] Nizhnikov A.A., Antonets K.S., Inge-Vechtomov S.G. Amyloids: from pathogenesis to function // Biochemistry (Mosc), 2015, V.80, P.1127-1144.

Key words: amyloid, prion, fibril, beta-sheet, memory.

А. В. Варданян- врач, младший научный сотрудник, “Армения” Институт Физиологии им. Л.А.Орбели НАН РА, г.Ереван, Республика Армения, anahit5551786@mail.ru

Научный руководитель - **Дж. С. Саркисян** – д.б.н., проф. “Армения” Институт Физиологии им. Л.А.Орбели НАН РА, г.Ереван, Республика Армения, johnsarkissyan@gmail.com

ИССЛЕДОВАНИЕ НЕЙРОНАХ ГИППОКАМПА, АМИГДАЛИ И ЯДРА МЕЙНЕРТА НА МОДЕЛИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА ИНДУЦИРОВАННОЙ, АВ 25-35

Ключевые слова: болезнь Альцгеймера, гиппокамп, амигдала, я. Мейнерта, одиночная спайковая активность.

Введение: Представлены доказательства токсического разрушительного воздействия растворимых олигомеров Аβ на межклеточные нейротрансмиттерные сигналы, ведущие к редукции синаптической интеграции. Согласно гипотезе «амилоидного каскада» в гиппокампе (Г) и коре мозга с возрастом, неравномерное распределение продукции и/или очистки Аβ приводит к ее аккумуляции и агрегации, содействующей нейродегенеративному каскаду с оксидативным стрессом, повреждением и потерей нейронов.

Методы и материалы: Проводили программный математический анализ одиночной спайковой активности нейронов Г (88), Ам (89), ЯМ (90) в норме и на модели БА нейронов Г (205), Ам (293), ЯМ (178). Online регистрацию производили на основе программы, обеспечивающей селекцию спайков посредством амплитудной дискриминации, с последующим выводом «растеров» пре- и постстимульного спайкинга от множества нейронов, а также диаграмм усредненной частоты спайков (разработчик В.С. Каменецкий). Для определения статистической достоверности различий в длительности межспайковых интервалов до и после

действия стимула использовался непараметрический критерий проверки однородности двух независимых выборок - двухвыборочный критерий Вилкоксона-Манна-Уитни (Wilcoxon-Mann-Whitney test). Так как число регистрируемых спайков было достаточно велико (до нескольких сотен спайков за 20 секунд интервал после действия стимула), использовалась разновидность указанного теста, учитывающая его асимптотическую нормальность – z-тест.

Результаты или обсуждение: В настоящих экспериментах на крысах интактных и в полухронических – на амилоидной модели БА спустя 12 -28 нед, в сравнении с нормой, регистрация активности одиночных нейронов Г, Ам и ЯМ на ВЧС ЭК и Г, *on-line* селекцией и программным математическим анализом выявила формирование возбудительных и депрессорных ответов в виде тетанической депрессии и потенциации (ТД, ТП), комбинируемых в одно - (ТД ПТД, ТП ПТП) и разнонаправленной (ТД ПТП, ТП ПТД) посттетанической последовательности. Анализ отмеченных посттетанических проявлений импульсной активности указанных структур, исчисляемых на основе усредненного количества спайков (PETH) с пересчетом в межимпульсные интервалы и частоты в Гц (Frequency Average) выявил следующее. Тетаническая депрессия в указанные сроки в подавляющем количестве случаев испытаний оказалась заниженной, а тетаническое возбуждение - во всех случаях, что полагает отсутствие восстановления соотношения возбудительных и депрессорных постстимульных эффектов с удлинением сроков испытаний и свидетельствует о истощении компенсаторных возможностей, обеспечиваемых постстимульными депрессорными эффектами.

Выводы: В частности, представляет интерес влияние галармина, ПТГ и адреналэктомии на активность нейронов Г на амилоидной модели БА. В настоящей работе, где помимо Г впервые исследованы Ам и ЯМ на модели БА и также не исключено вовлечение истинного ГАМК–ергического торможения в течение тетанической депрессии, с целью ее углубления в изученных структурах, естественно полагается необходимость терапевтического воздействия протекторов в процессе де- и регенерации. В подтверждение, современные изучения на клеточном и сетевом уровнях доказывают, что синаптическое торможение не может оцениваться лишь в качестве противостоящего синаптическому возбуждению и дополнительно обслуживает высоко специфические функции в нервной системе млекопитающих.

RESUME

A.V.Vardanyan-doctor, junior Researcher, L. A. Orbeli Institute of Physiology NAS RA "Armenia", Yerevan, Republic of Armenia

Scientific adviser- **John.S.Sarkissian**, Head of Laboratory, D.Sc., professor, , L. A. Orbeli Institute of Physiology NAS RA "Armenia", Yerevan, Republic of Armenia

RESEARCH HIPPOCAMPAL NEURONS, THE AMYGDALA AND THE NUCLEUS MEYNERT MODEL OF ALZHEIMER'S DISEASE, INDUCED AB 25-35

Back ground: We present evidence of the damaging effects of toxic soluble A β oligomers in the extracellular neurotransmitter signals, leading to a reduction of synaptic integration. According to the hypothesis "amyloid cascade" in the hippocampus (H) and the cerebral cortex with age, the uneven distribution of production and / or purification of A β leads to its accumulation and aggregation, Fostering neurodegenerative cascade with oxidative stress, damage and loss of neurons.

Methods: Wire program mathematical analysis of a single spike activity of neurons r (88), Am (89), holes (90) in normal and AD model neurons H (205), AM (293), Nm (178). On-line registration is made on the basis of the program, which provides a selection of spikes through amplitudes discrimination, followed by the withdrawal of "Raster" pre- and post-stimulus spaykings on a variety of neurons, as well as diagrams of the average frequency of spikes (developer VS . Kamenetskes). To determine the statistical significance of differences in the duration of interspike intervals before and after the stimulus was used nonparametric test of homogeneity of two independent samples - two-sample Wilcoxon-Mann-Whitney (Wilcoxon-Mann-Whitney test). As the number of recorded spikes were quite large (up to several hundreds of spikes 20 second interval after the stimulus), use a variation of this test, which takes into account its asymptotic normality - z-test.

Results: In these experiments on rats and intact semichronic - on амилоидной модели БА after 12 -28 weeks, compared with the norm, the registration of the activity of single neurons H, AM and Nm HFS EC and H, *on-line* selection and software mathematical analysis revealed the formation of excitatory and depressor responses in the form of depression and tetanic potentiation (TD, TP) to be combined into one - (PDD TD, TP TAP) and multidirectional (PTP TD, TP PDD) post tetaniches sequence. Analysis marked posttetanic manifestations of impulse activity of these structures that are calculated based on the average number of spikes (PETH) with conversion to the interpulse intervals and frequency in Hz (Frequency Average) revealed the following. Tetanic depression within a specified time in the overwhelming number of cases, the test proved to be underestimated, and

tetanic drive in all cases, he believes the absence of recovery ratio of excitatory and poststimulus depressant effects of lengthening the trial and evidence of the depletion of the compensatory opportunities offered poststimulus depressant effects.

Conclusion: In particular, the impact of interest galarmines, PTH and adrenalectomy on the activity of neurons in the H model of AD amyloid. In this paper, where in addition to the first study of Am H & A and model of AD and also not ruled out the involvement of true GABA-ergices inhibition during tetanic depression, with the aim of deepening in the study of the structure, naturally supposed protectors need for the rapeutic intervention in the process of de- and regeneration . In confirmation, modern study the cellular and network level show that synaptic inhibition can be evaluated only as opposed synaptic excitation and additionally serves highly specific functions in the mammalian nervous system.

Key words: Alzheimer's disease, the hippocampus, amygdala, nucleus Meynert, a single spike activity.

УДК 616.379-008.64:575.174.015.3(575.2)

Э.Т. Талайбекова – м.н.с. Научно-исследовательского института молекулярной биологии и медицины при НЦКиТ, г. Бишкек, Кыргызская Республика, elya-1209@mail.ru
Научный руководитель – Ж.Т. Исакова - д.м.н., зав. лабораторией молекулярной диагностики НИИ института молекулярной биологии и медицины при НЦКиТ, г. Бишкек, Кыргызская Республика, jainagul@mail.ru

АССОЦИАЦИЯ ОДНОНУКЛЕОТИДНОГО ПОЛИМОРФИЗМА *GLU23LYS* ГЕНА *KCNJ1 C* САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В КЫРГЫЗСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

АННОТАЦИЯ

В последние десять лет количество людей, страдающих сахарным диабетом (СД) увеличилось во всем мире. По данным Международной федерации диабета (IDF) в 2013 году больных СД по всему миру насчитывалось более 382 миллионов человек, и этот показатель, достигнет более 550 млн. к 2030 году. По данным экспертов Всемирной организации здравоохранения около 90%-95% приходится на больных сахарным диабетом 2 типа (СД2).

Ключевые слова: СД2, ген *KCNJ11*, полиморфный маркер *Glu23Lys*, кыргызская популяция.

В Кыргызской Республике, по данным республиканского медико-информационного центра Министерства здравоохранения в 2013г. зарегистрировано 42072 случаев больных СД2. В 2014г. заболеваемость СД2 возросла, составив 44215 случаев.

СД2 – многофакторное заболевание, клинические проявления которого возникают в результате совместного действия генетических и неблагоприятных внешних факторов (переедание, гиподинамия). СД2 со временем может привести к развитию ряда сосудистых осложнений, являющихся причиной инвалидизации и смертности. В настоящее время известно около 20 генов, задействованных в развитии СД2. Одним генов-кандидатов, ассоциированных с развитием СД2 является ген *KCNJ11* (*potassium channel, inwardly rectifying subfamily J, member 11*). Ген *KCNJ11* расположен на хромосоме 11p15.1 и кодирует белок Kir 6.2., входящий в структуру АТФ-зависимых калиевых каналов бета-клеток поджелудочной железы. АТФ-зависимые калиевые каналы играют ключевую роль в секреции инсулина. Целью нашей работы было изучить распространенность аллелей и генотипов полиморфного маркера *Glu23Lys* гена *KCNJ11* в кыргызской популяции и оценить роль данного полиморфного локуса в развитии СД2 у пациентов кыргызской популяции.

Методы и материалы: Для оценки ассоциации полиморфного маркера *Glu23Lys* гена *KCNJ11* с развитием СД2, в исследование было включено 225 пациентов в возрасте от 30 до 73, из которых 118 с СД2 и 107 – контрольная группа. Верификация СД2 типа проводилась согласно общепринятым международным критериям ВОЗ.

Геномная ДНК выделялась из лейкоцитов периферической крови методом фенольно-хлороформной экстракции. Участок гена *KCNJ11*, содержащий сайт *Glu23Lys*, амплифицировался специфическими праймерами методом ПЦР с последующим анализом длины рестриктазных фрагментов ДНК. Рестрикция проводилась с помощью эндонуклеазы *BanII* (BioLabs, Англия). Статистическая обработка данных

выполнялось с помощью пакета программ STATISTICA v. 7.0. (Stat-Soft) GraphPad Prism v.5.0. Для оценки соответствия распределений генотипов ожидаемым значениям равновесия Харди-Вайенберга и для сравнения частот генотипов и аллелей больных и здоровых использовался критерий χ^2 . Об ассоциации аллелей или генотипов с предрасположенностью к заболеваниям судили по величине отношения шансов (OR) и 95% доверительному интервалу (ДИ). Для всех видов анализа статистически значимым считалось значение $p < 0,05$.

Результаты. Полиморфизм *Glu23Lys* (*rs5219*), расположенный в первом экзоне гена *KCNJ11*, обусловлен заменой нуклеотида гуанина на аденин (G→A), который приводит к аминокислотной замене глутаминовой кислоты на лизин в 23-ем положении (*Glu23*→*Lys*) в белке Kir 6.2. В результате такой аминокислотной замены структура белка Kir 6.2. изменяется, что приводит к нарушению работы АТФ-зависимых калиевых каналов, нарушению секреции инсулина из бета-клеток поджелудочной железы в кровотока, что ведет к хронической гипергликемии и развитию СД2.

При анализе распределения частот аллелей и генотипов полиморфного локуса *Glu23Lys* гена *KCNJ11* в кыргызской популяции, были получены следующие генотипы: *GluGlu* - 41% (93/225), гетерозиготный генотип *GluLys* - 42% (94/225) и гомозиготный генотип *LysLys* - 17% (38/225), соответственно аллель *Glu* – 0,62 и аллель *Lys* 0,38.

По результатам генотипирования аллель *Lys* гена *KCNJ11* статистически значимо чаще выявлялся у больных с СД2, по сравнению с контрольной группой ($\chi^2=5,78$; $p=0,016$). При наличии аллеля *Lys* риск развития СД2 повышается в 1,63 (ОШ= 1,63, 95% ДИ = 1,11–2,41).

Выявление группы лиц, генетически предрасположенных к развитию СД2, позволит разработать эффективные индивидуальные программы профилактики, предотвращающие развитие СД2 и его осложнений, начиная с молодого возраста.

Выводы. Полиморфный маркер *Glu23Lys* гена *KCNJ11* ассоциирован с СД2 в кыргызской популяции. *Lys* гена *KCNJ11* является аллелью риска развития СД2.

ТҮЙІН

Ғылыми жетекші – **Ж.Т.Исакова** – м.ғ.д., молекулярлы биология және медицина институты ҒЗИ-ның молекулярлы диагностика лабораториясының менгерушісі, Бишкек қ., Қырғыз Республикасы, jainagul@mail.ru, **Э.Т. Талайбекова** – м.н.с. Научно-исследовательского института молекулярной биологии и медицины при НЦКиТ, Бишкек қ., Қырғыз Республикасы, elya-1209@mail.ru

KCNJ11 ГЕНИНІҢ GLU23LYS МОНОНУКЛЕОТИДТІ ПОЛИМАРФИЗМІНІҢ ҚЫРҒЫЗ ПОПУЛЯЦИЯСЫНДА 2 ТИПТІ ҚАНТ ДИАБЕТІ МЕН БАЙЛАНЫСЫ

Соңғы он жыл ішінде қант диабетімен (ҚД) зардап шегуші адамдардың саны әлем бойынша артты. Халықаралық диабет федерациясының (IDF) мәліметтері бойынша, 2013 жылы ҚД науқастарының дүние жүзі бойынша саны 382 миллионнан асты, және бұл көрсеткіш 2030 жылға қарай 550 млн. астамға жетеді деп болжануда. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы сарапшыларының мәліметтері бойынша науқастардың 90%-95%-ы қант диабетінің 2 типіне (ҚД2) тиесілі

Кілтті сөздер: СД2, *KCNJ11* гені, *Glu23Lys* полиморфті маркері, қырғыз популяциясы.

RESUME

Talaibekova E.T. – Research assistant of Scientific Research Institute of Molecular Biology and Medicine at the National Center of Cardiology and Therapy, Bishkek, the Kyrgyz Republic, elya-1209@mail.ru
Scientific director – **Isakova J.T.**, Doctor of Medicine Science, Head of the Laboratory of Scientific Research Institute of Molecular Biology and Medicine at the National Center of Cardiology and Therapy, Bishkek, the Kyrgyz Republic, jainagul@mail.ru

ASSOCIATION OF THE SINGLE NUCLEOTIDE POLYMORPHIC MARKERS *GLU23LYS* *KCNJ11* GENE WITH TYPE 2 DIABETS IN THE KYRGYZ POPULATION

In research the molecular and genetic analysis of development of type 2 diabetes mellitus (DM2) is carried out. At patients of the Kyrgyz nationality studied association of single nucleotide polymorphism of *Glu23Lys* of a gene of *KCNJ11* with development of DM2. The association of a polymorphic locus of *Glu23Lys* of a gene of *KCNJ11* with SD2 in the Kyrgyz population is revealed. A genetic marker of the increased risk of development of DM2 is the allele 23Lys *KCNJ11* gene 1.63 times (OR = 1.63; 95% CI = 1.11–2.41).

Key words: DM2, gene *KCNJ11*, polymorphic markers *Glu23Lys*, Kyrgyz population.

УДК 616 – 056.52 : 578.52 : 575.857 (575.2)

А.А.Алдашев - д.б.н., проф., научный руководитель, директор НИИ молекулярной биологии и медицины при Национальном центре кардиологии и терапии, г.Бишкек, Кыргызская Республика, aldashev@gmail.com **А.Н.Кутманова**-студентка 3-го курса Кыргызской государственной медицинской академии им И.К.Ахунбаева, г.Бишкек, Кыргызская Республика, kutmanovaanara@gmail.com

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА С677Т ГЕНА МЕТИЛЕНТЕТРАГИДРОФОЛАТРЕДУКТАЗЫ С РАЗВИТИЕМ ОЖИРЕНИЯ В КЫРГЫЗСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

АННОТАЦИЯ

Проведено генотипирование полиморфного маркера С677Т гена метилентетрагидрофолат редуктазы (МТНFR) с развитием ожирения (n=158) к кыргызской популяции. Выявлена ассоциация аллеля 677Т маркера С677Т гена МТНFR с развитием ожирения. У лиц, имеющих аллель 677Т, риск развития ожирения повышается в 2,56 раза (ОШ 2,56 95% ДИ 1,49-4,44).

Ключевые слова: ожирение, полиморфизм С677Т, ген МТНFR, кыргызская популяция.

В настоящее время ожирение является одним из важнейших медико-социальных проблем большинства стран мира. По данным ВОЗ около 30% населения имеют избыточную массу тела. По литературным данным в Кыргызстане людей с избыточным весом более 40% населения, а с ожирением – больше 10%. Ожирение многократно повышает риск развития артериальной гипертензии (АГ), сахарного диабета 2 типа (СД2), атеросклероза и ишемической болезни сердца. Ожирение чаще развивается у лиц с генетической предрасположенностью. Известно более 50 генов-кандидатов, определяющих развитие фенотипа ожирения. Одним из генов-кандидатов, предрасполагающих к развитию ожирения, является ген МТНFR (метилентетрагидрофолатредуктаза). В гене МТНFR полиморфный маркер С677Т наиболее часто ассоциируется с ожирением. Полиморфизм С677Т обусловлен заменой в 677-й позиции нуклеотида цитозина (С) на тимидин (Т), который приводит к образованию термоллабильной формы фермента и, соответственно, к повышению в крови уровня гомоцистеина. Целью нашего исследования было изучить ассоциацию полиморфного локуса С677Т гена МТНFR с развитием ожирения в кыргызской популяции.

Методы и материалы: Обследовано 158 пациентов, из которых 84 – с ожирением (ИМТ \geq 30 кг/м²) и 74 здоровых лиц без ожирения. Все пациенты были этническими кыргызами в 3-м поколении.

Генотипирование проводилось методом полиморфизма длин рестрикционных фрагментов. Обработка статистических данных выполнена с помощью пакета программ STATISTICA v.7.0. и GraphPad Prism v.5.0. Ассоциацию аллелей или генотипов с предрасположенностью к ожирению проводили по величине отношения шансов (ОШ) и 95% доверительному интервалу (ДИ).

Результаты: Распределение частот генотипов указанных полиморфных вариантов гена МТНFR соответствовало равновесию Харди – Вайнберга ($p > 0.05$). При анализе распределения частот аллелей ($\chi^2 = 11,97$, $p = 0,0005$) и генотипов ($\chi^2 = 11,3$, $p = 0,0036$) маркера С677Т в группах с ожирением и контрольной группы были обнаружены статистически значимые различия. В группе с ожирением чаще встречался аллель 677Т (частота встречаемости - 0,26) и повышал риск развития ожирения в 2,56 раза (ОШ 2,56 95% ДИ 1,49-4,44). Аллель С677 чаще встречался в группе контроля и является протективным, частота встречаемости которого – 0,74.

Вывод: Полиморфный локус С677Т гена МТНFR ассоциирован с развитием ожирения в кыргызской популяции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Проблема ожирения в Европейском регионе ВОЗ и стратегии ее решения // Резюме. ВОЗ. – 2007. – 96 с.
2. Спиридонова М.Е., Степанов В.А., Максимова Н.Р. и др. Популяционное исследование частоты полиморфизма С677Т гена метилентетрагидрофолат – редуктазы в Якутии // Генетика. – 2004. - №5. – С. 704 - 708
3. Акильжанова А.Р. Генотип С677Т/МТНFR, гипергомоцистеинемия у лиц казахской национальности // Кардиология на перекрестке наук: Тез: Докл. – Тюмень, 2010 – С. 10.

ТҮЙІН

Научный руководитель - **А.А.Алдашев** - д.б.н., проф., директор НИИ молекулярной биологии и медицины при Национальном центре кардиологии и терапии, г.Бишкек, Кыргызская Республика, aldashev@gmail.com

А.Н.Кутманова-студентка 3-го курса Кыргызской государственной медицинской академии им
И.К.Ахунбаева, г.Бишкек, Кыргызская Республика, kutmanovaanara@gmail.com

МЕТИЛЕН ТЕТРА ГИДРОФОЛАТ РЕДУКТАЗА ГЕНИНІҢ С677Т ПОЛИМОРФТЫ МАРКЕРІНІҢ ҚЫРҒЫЗ ПОПУЛЯЦИЯСЫ СЕМІЗДІГІНІҢ ДАМУЫМЕН БАЙЛАНЫСЫ

Қырғыз популяциясының семіздікке байланысты метилентетрагидрофолат редуктаза
(MTHFR) полиморфты маркер С677Т генының генотиптеуі өткізілді. 677Т аллель ассоциациясы,
С677Т маркері МТНFR генінің семіздіктің көбейгені анықталды. 677Т аллелі бар адамдар семіздікке 2,56
есе көп ұшырауы мүмкін (ОШ 2,56 95% ДИ 1,49-4,44).

Кілт сөздер: семіздік, С677Т полиморфизмі, МТНFR гені, ожирение, қырғыз популяциясы.

RESUME

Kutmanova A.N. - The student of 3d course of Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyz Republic,
kutmanovaanara@gmail.com Scientific director – **Aldashev A.A.**, Doctor of Biological Science, the prof., the
director of scientific research institute of molecular biology and medicine at the National center of cardiology and
therapy, Bishkek, the Kyrgyz Republic, aldashev@gmail.com

ANALYSIS RELATIONSHIP BETWEEN С677Т POLYMORPHISM OF METYLENTETRAHYDROFOLATE REDUSCTASE GENE WITH OBESITY IN KYRGYZ POPULATION

Genotyping of a polymorphic marker of С677Т of a gene methylenetetrahydrofolate reductase (MTHFR)
with development of obesity (n=158) to the Kyrgyz population is carried out. The association allele 677Т of
MTHFR gene С677Т marker with development of obesity is revealed. At the persons having an allele 677Т, the risk
of development of obesity increases by 2,56 times (OR= 2,56 95% of CI: 1,49-4,44).

Key words: obesity, polymorphism С677Т, gene MTHFR, Kyrgyz population

УДК 616-056.52-055.2:578.52(575.2)

А.Т. Турсуналиева – студентка 3-курса Кыргызской государственной медицинской Академии, г.Бишкек,
Кыргызская Республика , aelita_naryn@mail.ru Научный руководитель – Ж.Т.Исакова – д.м.н. зав. лаб.
молекулярной диагностики НИИ института молекулярной биологии и медицины, г. Бишкек, Кыргызская
Республика, jainagul@mail.ru

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА G276Т ГЕНА АДИПОНЕКТИНА С РАЗВИТИЕМ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ У ЖЕНЩИН В КЫРГЫЗСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ

АННОТАЦИЯ

Целью нашего исследования было изучение частоты встречаемости аллеля 276Т гена адипонектина
(АН) с развитием абдоминального ожирения (АО) у женщин кыргызской популяции. Было обследовано
288 человек в возрасте 40-70 лет (средний возраст 52,3±8,2), из которых 139 (81 женщина, 58 мужчин) с АО
и 149 (62 женщины, 87 мужчин) без АО, в качестве контроля. Установлено, что в кыргызской популяции
полиморфный маркер G276Т гена АН ассоциирован с развитием АО у женщин и является важным
компонентом наследственной предрасположенности к развитию.

Ключевые слова: абдоминальное ожирение, полиморфный маркер, ген адипонектина, кыргызская
популяция.

В последние годы доля населения с АО увеличилось. По данным ВОЗ более 1 млрд. человек в мире
имеют лишний вес. АО встречается независимо от социальной и профессиональной принадлежности, зоны
проживания, возраста и пола. АО часто приводит к развитию артериальной гипертензии (АГ),
дислипидемии, инсулинорезистентности (ИР) и сахарного диабета 2 типа (СД2), то есть к формированию
кластера факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний — метаболическому синдрому. Важнейшая
роль в развитии АО принадлежит генетическим факторам. Ген адипонектина (АН), продукт которого
регулирует жировой обмен, рассматривается в качестве гена-кандидата развития АО. Ген адипонектина
(АН) локализован на третьей хромосоме в локусе 3q27. В гене АН имеется несколько полиморфных

участков. Полиморфный маркер G276T гена AN является наиболее изученным и клинически значимым, его аллельные варианты ассоциированы с развитием АО, ИР и СД2. Целью нашей работы было изучить ассоциацию полиморфного маркера G276T гена AN с развитием АО у женщин кыргызской популяции.

Материал и методы: Исследование проводилось в Научно-исследовательском институте молекулярной биологии и медицины при Национальном центре кардиологии и терапии. Было обследовано 288 человек в возрасте 40-70 лет (средний возраст $52,3 \pm 8,2$), из которых 139 (81 женщина, 58 мужчин) с АО и 149 (62 женщины, 87 мужчин) без АО, в качестве контроля. Все лица, участвующие в исследовании, дали информированное согласие на участие. В антропометрические параметры исследования включались вес, рост, окружность талии (ОТ) и бедер (ОБ), а также расчет индекса массы тела (ИМТ) и отношение окружности талии к окружности бедер ОТ/ОБ. ИМТ вычислялся по формуле: $\text{ИМТ} = \text{рост (см)} / \text{вес (кг)}^2$. При $\text{ИМТ} \geq 30 \text{ кг/м}^2$ выставлялся диагноз ожирения. Абдоминальным ожирением считалось состояние при $\text{ОТ} \geq 88 \text{ см}$ у женщин и $\geq 102 \text{ см}$ у мужчин.

Выделение ДНК и генетический анализ: ДНК выделяли из лейкоцитов периферической крови стандартным фенольно-хлороформным методом. Полиморфизм G276T гена AN определяли методом полиморфизма длин рестриционных фрагментов с использованием специфических праймеров (прямой – 5'-GGCCTCTTTTCATCAGACC-3', обратный – 5'-AGATGCAGCAAAGCCAAAGT-3'). Для расщепления продуктов ПЦР использовали фермент BsmI. После рестрикции получены три генотипа: TT –196 п.н., GT – 196+148+48 п.н., и GG – 148+48 п.н.

Результаты: В результате генотипирования выявлено, что в кыргызской популяции полиморфный маркер G276T гена AN ассоциирован с развитием АО у женщин. Аллелем риска развития АО является – 276T. У женщин, имеющих аллель 276T, риск развития АО повышается почти в 2,2 раза (ОШ=2,2; 95% ДИ 1,26–4,00). Ассоциация аллеля T полиморфного маркера G276T гена AN с повышенным риском развития АО выявлена только у женщин. У мужчин подобных связей с аллелем T не обнаружено. Это обусловлено генетической гетерогенностью АО у мужчин и женщин, а также гендерными особенностями регуляции экспрессии гена адипонектина.

Выводы: Полиморфный маркер G276T гена адипонектина ассоциирован с развитием АО у женщин кыргызской национальности. Генетическим маркером риска развития АО является аллель 276T.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Takashi M., Arita Y., et al. Genomic structure and mutations in adipose-specific gene, adiponectin // Int. J. Obes. 2000; 24(7) 861-868. doi: 10.1038/sj.ijo.0801244
2. Беляева О. Д. Метаболический синдром у больных абдоминальным ожирением: клинические и молекулярно-генетические аспекты, 2011-С. 1-377.

ТҮЙІН

Ғылыми жетекші – **Ж.Т.Исакова** – м.ғ.д., молекулярлы биология және медицина институты ҒЗИ-ның молекулярлы диагностика лабораториясының меңгерушісі, Бишкек қ., Қырғыз Республикасы, jainagul@mail.ru **А.Т.Турсуналиева** – Қырғыз мемлекеттік медициналық академиясының 3-курс студенті, Бишкек қ., Қырғыз Республикасы aelita_naryn@mail.ru

G276T АДИНОПЕКТИН ГЕНІНІҢ ПОЛИМОРФТЫ МАРКЕРІНІҢ ҚЫРҒЫЗ ХАЛҚЫ ӘЙЕЛДЕРІНІҢ АБДОМИНАЛЬДЫ СЕМІРУІМЕН БАЙЛАНЫСЫ

Біздің зерттеуіміздің мақсаты кыргыз популяциясындағы әйелдерінің абдоминальды семіздігінің (АС) дамуында 276T адипонектин (AN) ген аллелінің кездесу жиілігін зерттеу. Жасы 40-70 жасқа дейінгі (орташа жасы $52,3 \pm 8,2$) 288 адам тексерілуден өтті, оның 139 (81 әйел, 58, ерлер) АС-пен және бақылау үшін 149 (62 әйел, 87 ерлер) АС-сіз. Қырғыз популяциясында полиморфті маркер G276T ген AN әйелдерде АС дамуымен байланысты екені анықталды.

Кілт сөздер: абдоминальді семіздік, полиморфты маркер, адипонектин гені, кыргыз популяциясы.

RESUME

A.T. Tursunaliyeva – The student of 3st course of Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, the Kyrgyz Republic, aelita_naryn@mail.ru

Scientific director – **Isakova J.T.**, Doctor of Medicine Science, Head of the Laboratory of Scientific Research Institute of Molecular Biology and Medicine at the National Center of Cardiology and Therapy, Bishkek, the Kyrgyz Republic, jainagul@mail.ru

ASSOCIATION BETWEEN ADIPONECTIN G276T GENE POLYMORPHIC MARKER AND ABDOMINAL OBESITY IN THE WOMEN OF KYRGYZ POPULATION

The aim of our study was to investigate the frequency of allele 276T of the gene adiponectin (AN) to the development of abdominal obesity (AO) in women of the Kyrgyz population. The study included 288 people aged 40-70 years (mean age $52,3 \pm 8,2$), of which 139 (81 women, 58 men) with AO and 149 (62 women, 87 men) without AO, as a control. It was found that in polymorphic marker gene G276T AN is associated with the development of for women the Kyrgyz populations and is an important component of a genetic predisposition to the development of AO.

Key words: abdominal obesity, polymorphic marker, gene adiponectin, Kyrgyz population.

УДК 616.12-008.331.1:575.174.015.3(575.2)

Окенаева А.К. – студентка 3-го курса Кыргызской Государственной Медицинской Академии им. И.К.Ахунбаева, г.Бишкек, Кыргызская Республика, ajjana-happy.kg@mail.ru. Научный руководитель – **Алдашев А.А.** – д.б.н., проф., директор НИИ молекулярной биологии и медицины при Национальном центре кардиологии и терапии, г.Бишкек, Кыргызская Республика, aldashev@gmail.com

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА E23K ГЕНА KCNJ11 С РАЗВИТИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В КЫРГЫЗСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Аннотация

В данной работе изучена ассоциация полиморфного маркера E23K гена KCNJ11 с развитием артериальной гипертензии (АГ) в кыргызской популяции. Выявлено, что полиморфный маркер E23K гена KCNJ11 ассоциирован с развитием артериальной гипертензии в кыргызской популяции. Маркером повышенного риска развития АГ является аллель 23K (OR=1,68, 95% ДИ 1,17–2,41).

Ключевые слова: артериальная гипертензия; полиморфизм; ген KCNJ11; кыргызская популяция

Популяционные исследования свидетельствуют о высокой распространенности артериальной гипертензии (АГ). В Кыргызской Республике АГ, как и во всем мире является одной из наиболее распространенных сердечно-сосудистых заболеваний, определяющих высокую смертность населения трудоспособного возраста. Согласно литературным данным, в Кыргызской Республике распространенность АГ в среднем составляет 25–28 % и увеличивается с возрастом. В исследовании, выполненном в 2014 г., распространенность АГ составляла 28,4–46,5 %, причем ее частота существенно варьировала в различных регионах страны от 21,0 до 37,4 %.

АГ возникает вследствие взаимодействия генетических факторов и факторов внешней среды. Главными риск - факторами, способствующими развитию АГ, являются переизбыток, низкая физическая активность, курение и стрессы. Немаловажную роль играют и генетические факторы, которые определяют развитие АГ в 20-40% случаях. Среди генетических факторов, активно изучаются гены, продукты которых задействованы во внутриклеточном транспорте ионов калия и кальция, наиболее клинически значимым среди которых в развитии АГ является ген KCNJ11. Ген KCNJ11 (АТФ-зависимый калиевый канал) кодирует белок – Kir6.2 (Potassium inward rectifier 6.2), входящий в структуру АТФ-зависимых калиевых каналов, которые находятся в гладкомышечных клетках сосудов и участвуют в регуляции сосудистого тонуса и, следовательно, артериального давления. В гене KCNJ11 выявлен полиморфный маркер E23K, ассоциированный с развитием АГ у японцев и корейцев.

Целью нашего исследования являлось изучение ассоциации полиморфного маркера E23K гена KCNJ11 с развитием АГ в кыргызской популяции.

Методы и материалы: Всего обследовано 214 человек кыргызской национальности в возрасте от 36 до 73 лет (средний возраст составил $54,5 \pm 18,5$ лет). В первую группу было включено 152 пациента (57 мужчин, 95 женщин) с установленным диагнозом АГ. Диагноз АГ выставляли в соответствии с критериями ВОЗ: систолическое артериальное давление (САД) 140 мм.рт.ст. и выше и/или диастолическое артериальное давление (ДАД) 90 мм.рт.ст. и выше. Контрольная группа состояла из 109 пациентов (41 мужчин, 68 женщин) без АГ.

Идентификация генотипов гена KCNJ11 проводилась согласно протоколу исследования методом полиморфизма длин рестриционных фрагментов. В результате генотипирования полиморфного маркера E23K гена KCNJ11 было выявлено три типа генотипа: EE – гомозигота (дикий тип), EK – гетерозигота и KK – гомозигота (мутантный тип).

Результаты: При анализе распределения частот аллелей и генотипов маркера E23K в группах с АГ и контрольной группы были обнаружены статистически значимые различия ($\chi^2=7,36$, $p=0,0067$ для аллелей; $\chi^2=8,04$; $p=0,018$ для генотипов). При наличии аллеля 23K риск развития АГ повышается в 1,68 раза (OR=1,68, 95% ДИ 1,17–2,41). Аллель E23 чаще встречается в группе контроля и является защитным (OR=0,60, 95% ДИ 0,41–0,86).

Выводы: Полиморфный маркер E23K гена KCNJ11 ассоциирован с развитием АГ в кыргызской популяции. Маркером повышенного риска развития АГ является аллель 23K.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Джумагулова А.С., Романова Т.А., Полупанов А.Г. Распространенность и эффективность контроля артериальной гипертензии в Кыргызской Республике / Вестник КРСУ. Медицина – 2014. – Том 14. № 4. – С. 63-66

Donald Lloyd-Jones, Robert Adams, Mercedes Carnethon et al. Heart Disease and Stroke Statistics 2009 Update: A Report From the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Circulation 2009; 119: e21-e181.

Романова Т.А., Полупанов А.Г. Клиническое руководство по диагностике и лечению гипертонической болезни у взрослых / Национальная программа по реформированию системы здравоохранения «Манас Таалими» – 2009.- С.14-18

ТҮЙІН

Окенаева А.К. – студентка 3-го курса Кыргызской Государственной Медицинской Академии им. И.К.Ахунбаева, г.Бишкек, Кыргызская Республика, ajana-happy.kg@mail.ru. Научный руководитель – **Алдашев А.А.** – д.б.н., проф., директор НИИ молекулярной биологии и медицины при Национальном центре кардиологии и терапии, г.Бишкек, Кыргызская Республика, aldashev@gmail.com

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА E23K ГЕНА KCNJ11 С РАЗВИТИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В КЫРГЫЗСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

В данной работе изучена ассоциация полиморфного маркера E23K гена KCNJ11 с развитием артериальной гипертензии (АГ) в кыргызской популяции. Выявлено, что полиморфный маркер E23K гена KCNJ11 ассоциирован с развитием артериальной гипертензии в кыргызской популяции. Маркером повышенного риска развития АГ является аллель 23K (OR=1,68, 95% ДИ 1,17–2,41).

Ключевые слова: артериальная гипертензия; полиморфизм; ген KCNJ11; кыргызская популяция

RESUME

Okenaeva A.K. - The student of 3d course of Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyz Republic, ajana-happy.kg@mail.ru

Scientific director – **Aldashev A.A.**, Doctor of Biological Science, the prof., the director of scientific research institute of molecular biology and medicine at the National center of cardiology and therapy, Bishkek, the Kyrgyz Republic, aldashev@gmail.com

ASSOCIATION OF THE E23K POLYMORPHISM IN THE KCNJ11 GENE WITH ARTERIAL HYPERTENSION IN KYRGYZ POPULATION

It is revealed, the polymorphic marker of E23K of KCNJ11 gene is associated with development of arterial hypertension in the Kyrgyz population. A marker of the increased risk of development of arterial hypertension is the allele 23K (OR=1,68, 95% CI 1,17–2,41).

Key words: arterial hypertension, polymorphism, gene KCNJ11, Kyrgyz population.

А.Т.Жауынбеков - Қарағанды мемлекеттік медициналық университетінің 2-ші курс студенті, Қарағанды қ. Қазақстан Республикасы. zhauynbekov@bk.ru

Ғылыми жобы жетекшісі:- **С.Б. Ахметова**, микробиология кафедрa менгерушісі, м.ғ.к., доценті, Қарағанды мемлекеттік медициналық университеті, akhmetova_sb@mail.ru

АНЫҚТАЛҒАН АНТИДЕНЕСІ БАР ҚАН ДОНОРЛАРЫНЫҢ ЦИТОКИНДІ ПРОФИЛДЕРІНІҢ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСҚА ЖӘНЕ GIARDIA LAMBLIA ҚАТЫНАСЫ

Кіріспе: Соңғы жылдары тәжірибелік лабораториялық диагностикаға көптеген диагностикалық өнімдердің өндірушілерінің автоматтандырылған технологиялары енгізілген, лаборотарлы зерттеу жұмыстары өскен, емделушілер әртүрлі мемлекеттерде ем алуға қолы жеткен және ол мультицентрлі лаборотарлық нәтижелердің және глобалды стандартты қолдану көмекшісі атағын алған.

Кілт сөздері: антидене, цитомегаловирус, қан донорын, микропланшет, титры, цитокин, Гамма интерферон, моноцит, G. Lamblia.

Мақсаты: ЦМВ және G. Lamblia донорлардың анықталу жиілігі мен антидене титрын анықтау.

Әдістер және материалдар: Біз 20-40 жас аралығында 29 адамның қан донорларының цитокинді профилдерін анализдедік. Комерциялық тест-жүйелік фирма “Вектор-Бест” көмегімен қан плазмасындағы цитокинді өнімді (қабынуға қарсы ФНО- α , ИНФ- γ , ИЛ-1, ИЛ-4) анықтадық. Оптикалық тығыздықты микропланшеті бар фотометрде IEMS Reader тіркедік. Қан плазмасы құрамындағы цитокиндерді калибрлі қисықта өлшедік (пг/мл). Статикалық өңдеуді CLSI рұқсатымен құрылған жалпы тәжірибелік дәрігерлердің “Клинико-диагностикалық лаборотариялардың сапа жүйесі” “Королиндік госпиталі және СПб ГМУ (И.Павлов атындағы)” көмегімен жасалды.

Алдын-ала кейбір аудандық ерекшеліктерін ескере отырып, ИФА IgM IgG k G lamblia және ЦМВ (18 донордан) әдісі көмегімен анықтадық. Оң нәтиже (ЦМВ) донорлардың қан плазмасында және екеуінде теріс. Анықталу жиілігі және антидене титры (ЦМВ, G-lamblia) халықтың эпидемиологиялық қолайсыз ауданда жоғары көрсеткіші анықталды.

Нәтижелері және талқылау. ФНО құрамы – дені сау донорлардың 2 тобымен көрінді: нормалді және жоғары цитокин секрециясы бар. Жоғары ФНО-ң продукциясы стимуляция алды және in vivo және дені сау донорларды физиологиялық гетерогенділікке байланысты. Ол әдеби мәліметтер бойынша белгілі ФНО орташа продукциясы 1 донор тобында 2,6+/- 0,4 пг/мл, 11 топта -7,0 +/- 1,2 пг/мл. 1 топ донорладың жеке продукция ерекшеліктері бірнеше себеп бойынша анықталады, оның ішінде TOLL – рецепторларының организмдегі функциясы (табиғи иммунитет рецепторы) және экологиялық факторға байланысты.

Гамма-интерферон (гликопротеин) – дені сау донорда 25 пг/мл. Оның индукторлары: вирус, бактерия, токсин т.б. ИНФ- γ антимикробты / паразитті резистенттілік жоғарылатады. Зерттеушілерде ол 4-26 пг/мл, орташа 10,7+/- 5,4 пг/мл. 85% ИНФ төмен деңгейде.

ИЛ-1 рецепторлық антагонисті ИЛ-1 эндогенді ингибиторы, макрофагпен, моноцитпен, нейтрофилмен т.б қозады; ИЛ-1 биологиялық активтілігін төмендетеді. ИЛ-1 көптеген цитокиндер , вирустың өнімдері т.б активтендіреді. Нормада диапазоны 500-1000пг/мл, орташа 316 пг/мл, зерттелушілерде -481 + 75, пг/мл.

ИЛ-4 гликопротеин 38% -30+5,7 пг/мл, қалғандары -16,5+4,2 пг/мл.

ИЛ-8 – хемокиндерге жатады , моноцит, фагоцит т.б. активтендіріледі. Оның бәрі қандағы ИЛ-8 мөлшерін көбейтеді. Донорларда диапазон нормада 0-10 пг/мл, орташа 2 пг/мл, зерттелушіде 25+0,4 пг/мл(инвазияға байланысты).

Қорытынды. Барлық анықталған статикалық өзгерістер аудандардың компьютерлік программасына енгізіліп (референтті нормаға қос бақылау ретінде), инфекциялық емес стационарда және амбулаторияда жүргізілген терапия өзгерістері.

А.Е. Ирғебаева - студентка 3 курса Карагандинского государственного медицинского университета, г. Караганды, Республика Казахстан, Dina1972-72@bk.ru

Научный руководитель: Е.Г. Комкина - старший преподаватель кафедры Нормальной физиологии Карагандинского медицинского университета, г. Караганда, Республика Казахстан

РАЗВИТИЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ В ПРАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

РЕЗЮМЕ

Тема развития теоретической медицины в XXI веке является очень важной и актуальной, так как идет активное развитие медицинского образования в ВУЗ-ах, применение новых методов и подготовка квалифицированных кадров для выхода на международную арену, для профессионального и научно-исследовательских обменов, выпуск конкурентоспособных врачей. В данной статье рассмотрены методы теоретических исследований, необходимые для полноценного получения материала и обработки информации.

Ключевые слова: теоретическая медицина, биология, лечение, мышление, методы исследования.

Актуальность темы. Тема развития теоретической медицины является очень актуальной в наше время, так как сейчас в Казахстане идет очень активное развитие медицинского образования, медицинского обслуживания и профессиональной ориентации в сфере медицины. Для того, чтобы будущие врачи имели возможность полноценно оказывать медицинскую помощь пациентам, им необходимо владеть достаточными теоретическими знаниями.

Введение. Теория является основой практики, отсюда следует, что практикующие врачи должны знать базу, которая пригодится в практической деятельности, а данной базой является теория.

Главной целью развития теоретической медицины является улучшение образования в медицинских учебных заведениях, что приведет к повышению компетенции врачей, , подготовке квалифицированных кадров в сфере медицины.

Теоретическая медицина- область медицины, занимающаяся изучением человеческого организма, как его нормального состояния, так и его патологического строения и функционирования. Данная область медицины изучает заболевания, патологических состояния, к которым приводят заболевания и методы их диагностики, коррекции и лечения. Основа этого – теоретические знания. Теоретическая медицина основана на логике, подтвержденной научными знаниями. Данная область медицины предлагает пути развития практической медицине. Она обобщает знания и создает гипотезы. Теоретическая медицина является первым шагом практической медицины.

Основные задачи теоретической медицины: 1) исследование теоретических основ лечения; 2) предложение путей развития практической медицины. Теоретическая медицина требует подтверждения научными теоретическими знаниями, а эти знания основаны на логическом медицинском мышлении.

Материалы и методы исследования. Теоретическая медицина- это основа практической медицины, а биология - это основа теоретической медицины. Сейчас XXI век, и ни для кого не секрет, что с каждым годом проводятся все больше всевозможных биологических исследований, которые приводят к успешному развитию медицины, в первую очередь, теоретической медицины. Каждому врачу необходимо знать природу человека, так как эти знания дают понять и патологический процесс, и пути распространения болезней. Основные факторы, которые способствуют развитию болезней- живые организмы, поэтому для понимания патогенеза и закономерностей эпидемиологического процесса необходимо знание биологии болезнетворных организмов.

Теоретические исследования по сравнению с поисковыми, проводимыми методом проб и ошибок, имеют преимущество- они оперативны и эффективны, экономичны, позволяют с минимальными затратами использовать мировой опыт, предъявляют высокие требования к квалификации исполнителей и информационной поддержке исследовательского процесса, т.е. информированность высококвалифицированных ученых.

Теоретические исследования- самостоятельный вид научной работы со свойственными ей научными результатами, и промежуточный этап научно-исследовательской работы.

Основные виды теоретических исследований: 1) аналитические обзоры; 2) метаанализ; 3) моделирование ситуации.

Научные обзоры делятся на аналитические и реферативные. Реферативные обзоры подразумевают тематическую подборкой рефератов и статей, изложенных в определенной последовательности. Аналитический обзор выдает критическую оценку и анализирует ситуацию, реферативную и фактографическую информацию, статистические данные, мнение автора о путях решения проблемы. Здесь может рассматриваться законченное научное исследование носящее в себе теоретический характер. Отсюда

следует, что подготовка и издание научной монографии, написанной в форме аналитического обзора, можно представлять в виде научного исследования. Работы над систематизированными обзорами эффективности лекарственных препаратов и определенных медицинских технологий, проводимых в рамках доказательной медицины, также можно рассматривать как частный случай теоретических исследований.

Метаанализ- количественный анализ первичных данных, которые получены из опубликованных или неопубликованных источников о стандартизованных исследованиях. Цель-определение обобщающих показателей. В основе метаанализа лежат рандомизированные контролируемые исследования, проведенные в различных странах (регионах) и отвечающие определенным требованиям (однородность групп исследуемых, стандартизованность используемых методов, реактивов, приборов и т.д.).

Моделирование ситуации — группа методов теоретических исследований, которые используются в клинической и в экспериментальной медицине для формирования вероятностной модели решения научной задачи. Моделирование ситуации представляет собой последовательный перебор и оценку возможных альтернативных вариантов и выбор оптимальной модели.

Данные методы основываются на расчетах данных об изменениях одной составляющей многокомпонентной системы (или вся система в целом) при изменении других составляющих или под влиянием внешних факторов, то есть взаимосвязь каждого компонента системы с другим.

Выводы. Результаты теоретической медицины дают возможность более глубоко понимать молекулярные механизмы, лежащие в основе болезни и процесса выздоровления, тем самым создавая фундамент для всех медицинских приложений, диагностики и лечения, производить новые лекарственные средства.

Написав данную научную статью, я пришла к выводу о том, что теоретическая медицина является очень важной для общей сферы медицины, так как теория является базой для практики. В настоящее время мы встречаем огромное количество врачей, которые не обладают практическими навыками, тем временем практические навыки являются следствием теоретических, то есть практика не может существовать без теории.

ТҮЙІН

А.Е. Ирғебаева– Қарағанды мемлекеттік медицина университетінің 3 курс студенті, Қарағанды қаласы, Қазақстан Республикасы, Dina1972-72@bk.ru

Ғылыми жетекші – Қарағанды мемлекеттік медицина университетінің «Қалыпты физиология» кафедрасының аға – оқытушысы **Е.Г. Комкина**, Қарағанды қаласы, Қазақстан Республикасы

ТЕОРИЯЛЫҚ ДАҒДЫЛАРДЫҢ ТӘЖІРИБЕЛІК МЕДИЦИНАДА ДАМУЫ

Кәсіби және ғылыми-зерттеу алмасу үшін, өте маңызды және өзекті болып табылады, жаңа техника мен пайдалану,. Бұл мақала жоғары сынып материал мен өндеуді өндіру үшін қажетті теориялық зерттеу әдістерін сипаттайды. ХХІ ғасырда теориялық медицинаның дамуы өте маңызды болып табылады, өйткені қазіргі уақытта жоғары оқу орындарында медициналық білім берудің белсенді дамуы, білікті кадрлар даярлауы, бәсекеге қабілетті дәрігерлер өндірісі, дәрігерлерді халықаралық аренаға шығаруы, кәсіби және ғылыми-зерттеу алмасу өте белсенді түрде дамып жатыр. Бұл мақалада ақпаратты толық түсіну үшін және дұрыс бағытта өндеу үшін керекті әдістер қаралды.

Кілт сөздер: теориялық медицина, биология, емдеу, ойлау, зерттеу әдістері.

SUMMARY

A.E. Irgebayeva - The student of 3rd course of Karaganda State Medical University, Karaganda. Republic of Kazakhstan Dina1972-72@bk.ru

Scientific director – E.G. Komkina, senior teacher of department of "Normal physiology" Karaganda State Medical University, Karaganda. Republic Kazakhstan

DEVELOPMENT OF THEORETIC SKILLS ON PRACTICAL MEDICINE

The topic of theoretical medicine at the XXI century, is very important and urgent, as there is an active development of medical education in institutes of higher education. Also, there is development of the use of new techniques and training of qualified personnel to enter the international arena, for professional and research exchanges, production of competitive doctors. This article describes main methods of theoretical research necessary for getting high-grade material and processing information.

Key words: theoretical medicine, biology, treatment, thinking, research methods.

Конарбаева Б.Е. - Қарағанды мемлекеттік медицина университетінің 2 курс студенті студенті
bagzhann@bk.ru

Ғылыми жетекшісі: Ахметова С.Б., Қарағанды мемлекеттік медицина университеті, Қарағанды

ЛАКТОБАЦИЛЛАЛАРДЫҢ АДГЕЗИВТІЛІГІНІҢ БЕЛСЕНДІЛІГІН ЗЕРТТЕУ

Пробиотиктердің құрамындағы және тағаммен түсетін физиологиялық активті микроорганизмдердің асқорыту жүйесіне түсуі – қалыпты микробиоценоздың сақталуын қамтамасыз етеді. Бұл дисбактериоздарды ескертудің бірден-бір эффективті тәсілдерінің бірі.

Микробиоценоздың бұзылуының профилактикасы мен дамыған дисбактериозды емдеу үшін физиологиялық әрі белсенді препараттар қолданылады. Олар қалыпты микрофлораның өкілдері-лактобициллар. Пробиотиктердің кандидаттары үшін штаммдарды таңдау көптеген өзге де параметрлерімен қоса, олардың адгезивті қасиетін бағалау маңызды. Себебі, лактобакциллардың адгезивтілігі, *in vitro* көрсеткіші бойынша, коллониялау қабілеттілігімен ерекшеленеді.

Біз адам ағзасының асқорыту жүйесінен, сүтті-қышқылды тағамдардан-ацидофелин, коммерциялық «Лактобактерин» препаратынан алынған лактобацилладан 30 түрлі штаммының адгезивті қасиетін зерттедік.

Лактобацилланың адгезивті емес штаммдары 48%-н (25тің 12), орташа адгезивті 35%-н (25тің 6), жоғары адгезивтілікті 28%-н (25тің 7) құрады. Жоғары адгезивті *L.cassei*-дің 2 штаммы, *L.fermentum*-ның 1, *L.acidophilus*-тің 1, *L.salivarius*-тің 2 штаммы болса, *L.plantarum*-ның 1 штаммы анықталды. Ал адгезивтілігі орташа дәрежені көрсеткен *L.lactis*, *L.acidophilus*, *L.plantarum*, *L.furmentum* мен *L.delbruki* көрсетті. Төмен адгезивтілікті сүттіқышқылды тағамнан алынған штаммдардың біраз бөлігі көрсетті.

Лактобактерин өнімінде қолданылатын адгезивті штаммдар, *L.plantarum* 8P-A3 және *L.fermentum* 90T-C4 болды.

Жоғары адгезивті штаммдардың көбісі адам ағзасынан алынған лактобактериялар көрсетті. Салыстырмалы анализі кезінде ауыз қуысы мен ішектен алынған штамм адгезивтілігін ішектен алынған 4 штаммның 3-уі жоғары адгезивтілікті көрсетсе, ал ауыз қуысынан алынған 6 штаммның 3-уі ғана жоғары адгезивтілікті көрсетті. Бұл нәтижелер біздің ойымызша лактобактерияның адгезивтілігі лактобацилла штаммының шығу тегіне тікелей байланысты.

Алынған нәтижелер лактобацилланың адгезивтілігінің ішкі түрлері ғана емес, сонымен қатар белгілі бір аралық түрлерінің айырмашылығын көрсетеді. Маңыздысы, адам ағзасының асқорыту жүйесінен алынған штаммдарға жоғары адгезивтілік тән.

А.В. Ляшенко – ассистент кафедры биофизики, информатики и медицинской аппаратуры
Одесского национального медицинского университета, г.Одесса, Украина
Научный руководитель – **Н.Р. Баязитов** – д.м.н., профессор, Одесский национальный медицинский
университет, г.Одесса, Украина, ics_video@ukr.net

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ СИНДРОМАЛЬНАЯ АВТОМАТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ ЯИЧНИКОВ

Ключевые слова: заболевания яичников, анализ изображений, лапароскопическая диагностика.

В основе анализа лапароскопических изображений определяющими являются характеристики изображения, которые включают как цветность, так и контуры образований, подлежащих оценке. Поддержка решений хирурга при диагностической лапароскопии требует одновременного учета множества динамических характеристик, что усложняет разработку подобных технологий и снижает эффективность предлагаемых решений.

Целью настоящего исследования является научно – техническая разработка синдромального классификатора лапароскопических изображений, получаемых при осмотре органов малого таза у женщин на основе анализа их цветности, контура и текстуры.

Методика исследования. При определении возможностей лапароскопической автоматизированной диагностики исходили из необходимости оценки цветопередачи, контура и текстуры рассматриваемого объекта. При этом были определены диагностируемые синдромы.

Диагностику геморрагий на соответствующих цифровых изображениях проводили следующим образом: 1) каждый снимок рассматривали отдельно в трех шкалах RGB системы цветности. При этом было обнаружено, что наилучшее контрастирование очага геморрагии получают в шкале зеленой части спектра. Меньшая степень контрастирования достигается в красном канале шкалы и наихудшая – в синей шкале 2) определяли пиксели с максимумом интенсивности цвета в зеленой шкале и от найденной величины идентифицировали им добавляли к общему изображению подобные пиксели, набирая критическое число G_n , после чего применяли метод адаптивной эквализации гистограмм и осуществляли переход от G_n к G гистогр. изображению. 3) переход к получению открытого изображения проводился на гистограммах эквализированных изображений, «составленных» из дисков радиусом в 15 пикселей. Подобным образом осуществлялась диагностика ишемических изменений – в этом случае ведущим признаком было «количество белого цвета» - светлость по шкале CIELAB.

В работе для определения краев/границ посредством приближенного вычисления градиента функции интенсивности применяли оператор Собеля – дискретный дифференциальный оператор, вычисляющий приближенные значения производных разного порядка для функции яркости пикселей.

В настоящем исследовании применяли пять шкал и 4 линии координат (векторные направления) на геометрической сетке. Для каждой из шкал и каждого из векторов формировалась своя геометрическая сетка. Таким образом, для каждой из шкал получали 4 вектор-ориентированные изображения, что в конечном счете позволяло получить 20 Габор-трансформированных изображений для каждого лапароскопического снимка. В конечном счете во внимание принимали Габор-трансформированное изображение (G_m) которое давала максимальное число ответов в каждой точке отсчета в 20 полученных изображениях.

Эффективность разработанного метода диагностики оценивали у пациентов с подтвержденными в процессе дальнейшего лечения диагнозами. Всего в исследовании наблюдали пациентов страдающих заболеваниями яичника, проявляющимися геморрагиями (27 женщин), ишемией (19 женщин) и злокачественными опухолевыми поражениями (38 женщин). В качестве контроля наблюдали 60 пациенток, у которых лапароскопическая диагностика выполнялась не в связи с заболеванием яичника, но у которых были получены цифровые снимки поверхности яичников.

На основе полученных показателей проводили оценку чувствительности и специфичности диагностической процедуры:

Чувствительность рассчитывали как $ИП/(ИП+ЛН) \square 100 \%$. Специфичность — $ИН/(ИН+ЛП) \square 100 \%$. Кроме того, рассчитывали позитивный прогностический показатель (ППП): $ИП/(ИП+ЛП) \square 100 \%$ и негативный прогностический показатель (НПП) — $ИН/(ИН+ЛН) \square 100 \%$. Результаты исследований обрабатывали статистически, применяя критерий «z» разности двух пропорций.

Результаты работы. Полученные результаты показали, что при диагностике геморрагии яичника чувствительность и специфичность разработанной методики составили 70,4% и 85,0%, в то время как при экспертной оценке снимков аналогичные показатели составили 44,4% ($P>0,05$) и 85,0% соответственно ($P<0,05$). Чувствительность разработанного метода при диагностике ишемии составила 68,4% и недостоверно превышала соответствующий показатель, полученный при экспертной оценке у этих же пациентов (36,8%) ($P>0,05$). При диагностике опухолевого поражения яичника чувствительность и специфичность превышали соответствующие показатели в группе контроля (экспертная оценка) на 31,6% ($P<0,05$) и на 36,0% ($P<0,05$), а позитивный и негативный прогностические показатели возрастали на 30,5% ($P<0,05$) и на 34,6% соответственно ($P<0,05$).

Выводы: 1. Автоматизированный анализ цвета, края и текстуры структур лапароскопических изображений является позволяет идентифицировать синдромы, встречающиеся при распространенных хирургических заболеваниях яичников. 2. Диагностическая эффективность возрастает в ряду: ишемия, геморрагия и опухолевые поражения яичника.

РЕЗЮМЕ

А.В.Ляшенко – ассистент кафедры биофизики, информатики и медицинской аппаратуры Одесского национального медицинского университета, г.Одесса, Украина

Научный руководитель – **Н.Р.Баязитов** – д.м.н., профессор, Одесский национальный медицинский университет, г.Одесса, Украина, ics_video@ukr.net

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ СИНДРОМАЛЬНАЯ АВТОМАТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ ЯИЧНИКОВ

Введение: Автоматизированная диагностика при проведении лапароскопического осмотра органов малого таза позволяет повысить эффективность принятия хирургом решений.

Методы и материалы: Анализировали цвет, контур и текстуру структуры изображений. Каждый снимок рассматривали отдельно в трех шкалах RGB системы цветности и переход к получению открытого изображения проводился на гистограммах эквализированных изображений, «составленных» из дисков радиусом в 15 пикселей.

Результаты: При диагностике геморрагии яичника чувствительность и специфичность разработанной методики составили 70,4% и 85,0%, в то время как при экспертной оценке снимков аналогичные показатели составили 44,4% ($P>0,05$) и 85,0% соответственно ($P<0,05$). При диагностике опухолевого поражения яичника чувствительность и специфичность превышали соответствующие показатели в группе контроля (экспертная оценка) на 31,6% ($P<0,05$) и на 36,0% ($P<0,05$).

Выводы: Автоматизированный анализ цвета, края и текстуры структур лапароскопических изображений позволяет идентифицировать синдромы, встречающиеся при распространенных хирургических заболеваниях яичников.

Ключевые слова: заболевания яичников, анализ изображений, лапароскопическая диагностика.

RESUME

A.V.Lyashenko – professor assistant at the department of biophysics, informatics and medical devices at Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

Scientific director – **N.R.Bayazitov** – MD, PhD, professor at Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine, ics_video@ukr.net

LAPAROSCOPIC SYNDROMAL AUTOMATIC DIAGNOSTICS OF OVARIVM PATHOLOGY

Introduction: Automatic diagnostics during observation of small pelvis state permits to increase the effectiveness of surgery decisions.

Methods and materials: The color, merges and textural characteristics of images were under analysis. Each image was investigated in RGB scale and the transition to open image was made on hystograms which have been equalized, and «composed» from disks with the radius of 15 pixels.

Results: In the course of diagnostics of ovarivm haemorrhagia the sensitivity and specificity of worked out approach were 70,4% and 85,0% correspondently, while traditional expert evaluation provide the analogous indices value as 44,4% ($P>0,05$) and 85,0% correspondently ($P<0,05$). In the course of diagnostics of ovarian tumors the sensitivity and specificity indices exceeded such ones gained by experts by 31,6% ($P<0,05$) and 36,0% ($P<0,05$) correspondently.

Conclusions: The automatized analysis of color, merges and textural characteristics of laparoscopic images permitted to identify syndromes, which are well known for surgical ovarian pathology.

Key words: ovarian pathology, images analysis, laparoscopic diagnostics.

К.С. Жанбосын – студентка 3 курса, Карагандинский Государственный Медицинский Университет, г. Караганды, Республика Казахстан,

Научный руководитель - И.В. Положаева – старший преподаватель кафедры «Визуальной диагностики»

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВОДОРОДНЫХ ПРОТОНОВ В ПОЗИТРОННО – ЭМИССИОННОЙ ТОМОГРАФИИ

РЕЗЮМЕ

В данной статье рассмотрены вопросы использования радионуклидов и связанных с ними ионизирующих излучений в медицине для целей диагностики, терапии и хирургии. Приведены методы генерации короткоживущих радиоактивных изотопов и методы скоростного направления синтеза меченых фарм.препаратов, детекторы и основная аппаратура, используемые в ядерной медицине. Основное

внимание уделено таким методам лучевой диагностики, как позитронно – эмиссионная томография, сцинтиграфия и компьютерная рентгеновская диагностика.

Ключевые слова: ядерная медицина, радионуклиды, однофотонные эмиссионные компьютерные томографы, позитронно-эмиссионные томографы, сцинтиграфия

Актуальность темы развития ядерной медицины на сегодняшний день стало одной из главных во всех сферах. Без полноценного применения в нашей стране методов ядерной медицины является невозможным для решения ряда задач в области здравоохранения (снижение числа заболеваемости и смертности от онкологических, кардиологических и неврологических заболеваний). По данным Всемирной Организации Здравоохранения в таком методе диагностики нуждается каждый третий пациент на планете, поэтому для развития ядерной медицины в Казахстане очень важно. Ядерная медицина имеет место стать лидером на глобальном уровне

Введение. Ядерная медицина – раздел клинической медицины, позволяющий выявить различные заболевания на ранних стадиях. Данный раздел медицины выполняет такие задачи, как выявление опухолей, метастазов и рецидивов, дифференциальная диагностика, лечение опухолевых образований и оценка эффективности противоопухолевой терапии. Занимается применением радионуклидных фармацевтических препаратов в диагностике и лечении. Иногда к ядерной медицине относят также методы дистанционной лучевой терапии. В диагностике использует главным образом однофотонные эмиссионные компьютерные томографы (улавливают гамма-излучение) и позитронно-эмиссионные томографы (ПЭТ-сканеры), в лечении преобладает радиойодтерапия.

Материалы и методы исследования. Термин «ядерная» объединил несколько методов диагностики по общему признаку – использованию радиоактивных изотопов. Иногда только им под силу добраться в самые глубокие уголки нашего организма и установить точный диагноз. К счастью, медицинские изотопы имеют небольшой период полураспада, поэтому обследуемый «фонит» короткий период – до двух дней. При этом, не представляя серьезной опасности для самого себя и окружающих.

Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ, ПЭТ-сканирование, позитронная томография) — метод визуальной диагностики, в котором изображения получаются за счет излучения позитронов. Позитроны — частица электрона, которые испускаются радиоактивным веществом, используемым при исследовании ПЭТ. Данный метод диагностики позволило улучшить оказание современной, медицинской помощи онкологическим больным.

Основной задачей позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) является обнаружение опухоли или ее метастазов, когда другие методы исследования их просто не распознают. С его помощью можно увидеть новообразования размером 3–4 мм, при этом быть уверенным в злокачественной природе опухоли. При сцинтиграфии для каждого органа используют свой изотоп, для ПЭТ нужен один элемент – 2-дезоксид-2-фторо-Д-глюкозы (ФДГ). Он имеет свойство накапливаться в злокачественных клетках, что является важным и необходимым для определения опухолей.

Позитронно-эмиссионная томография играет важную роль в онкологии, кардиологии и неврологии, где ранняя диагностика заболеваний является особенно важной и главной, чаще всего ПЭТ применяют для выявления злокачественных опухолей и для оценки динамики эффективности противораковой терапии. ПЭТ также применяется в кардиологии для измерения кровотока по коронарным артериям и выявления ишемической болезни сердца. С помощью позитронной томографии в постинфарктном периоде можно отличить плохо сокращающиеся, но живые участки миокарда (которые еще могут восстановиться) от необратимых изменений в виде рубцов.

ПЭТ используется техника томографии, что позволяет получать срезы в различных плоскостях. Точность ПЭТ-диагностики составляет от 80 до 95 процентов, тогда как точность компьютерно-томографическая диагностика от 50 до 68 процентов. При этом компьютерная томография часто не указывает на имеющийся рецидив опухоли или метастазы. В чем сходство ПЭТ с другими методами ядерной медицины? Изображение ПЭТ отображает распределение радиологического фармакологического препарата в исследуемом органе. ПЭТ является необходимым дополнением к традиционным методам лучевой диагностики.

Отличие ПЭТ от других методов диагностики и ее преимущества: оценка изменений на уровне клеточного метаболизма. На функциональном клеточном уровне происходят морфологические изменения. Поэтому, многие заболевания диагностируются при помощи ПЭТ намного раньше, чем на КТ и МРТ. ПЭТ способна выявить причину роста маркеров опухоли и определить дальнейшую терапию; **меньшая лучевая нагрузка; сочетание радионуклидного и томографического методов; позволяет избежать хирургических вмешательств за счет высокой точности.**

Результаты метода ПЭТ дает уникальную диагностическую информацию, позволяет изменить тактику лечения в соответствии с данными и в ряде случаев уменьшить стоимость дальнейшей диагностики и

лечения. Получение функциональных изображений ПЭТ позволяет получать функциональные изображения, отражающие процессы жизнедеятельности органов и тканей организма человека на молекулярном уровне, включая метаболизм глюкозы и утилизацию кислорода, оценку кровотока и перфузии, оценку концентрации и средства специфических рецепторов.

Вывод: изучив ядерную медицину и принцип работы позитронно-эмиссионной томографии, я пришла к выводу, что это единственный метод, которые даёт отображение процессов в клетках организма на уровне обмена веществ. Использование томографии ПЭТ позволит повысить эффективность диагностики и контроль процесса лечения в таких областях медицины как онкология, кардиология и неврология. Также хотелось бы отметить, что очень важные меры предпринимаются в нашей стране по развитию и модернизации онкологической службы.

В рамках реализации «Программы развития онкологической помощи в Республике Казахстан на 2012-2016 годы», утвержденной правительством (№ исх: 366 от: 29.03.2012) планировался проект по открытию Центров Ядерной медицины (ЦЯМ) в Региональном онкологическом диспансере г. Семей, а также в Национальном научном онкологическом центре, открытие которого планируется в г. Астане. Центр ядерной медицины – дорогостоящий проект, по региональному принципу также должен располагаться в г. Актобе, для западных областей. Первый в Республике ПЭТ-центр открылся в 2010 году в Республиканском диагностическом центре (РДЦ) г. Астаны. В оснащение этого центра имеется ПЭТ/КТ-сканер и ОФЭКТ-сканер (однофотонная эмиссионная компьютерная томография). Кроме того, за последние годы наблюдается положительная динамика по снижению детской смертности, которая снизилась в 1,6 раза.

ТҮЙІН

К.С. Жанбосын – Қарағанды мемлекеттік медицина университетінің 3 курс студенті, Қарағанды қаласы, Қазақстан Республикасы, janbosyn-k@bk.ru

Ғылыми жетекші – Қарағанды мемлекеттік медицина университетінің «Сәулелі диагностика» кафедрасының аға – оқытушысы **И.В. Положаева**, Қарағанды қаласы, Қазақстан Республикасы, Ineet@mail.ru

СУТЕГІ ПРОТОНДАРЫН ПОЗИТРОНДЫ – ЭМИССОНДЫ ТОМОГРАФИЯДА ҚОЛДАНУ

Бұл мақалада диагностика, терапия және хирургия үшін медицинада радионуклидтердің және ілеспе иондаушы сәулеленуді қалай пайдалану керектігін сипаттайды. Қысқа ғұмырлы радиоактивті изотоптар генерациялау әдістері, жылдамдықтың бағытын және таңбаланған препараттар, детекторлар және ядролық медицинада пайдаланылатын негізгі құрал-жабдықтардың синтездеу әдістері көрсетілді. басты назар сәулелі диагностика әдістеріне бөлінді. Мысалы, позитронды – эмиссионды томография, сцинтиграфия және компьютерлі рентгендік диагностика.

Кілт сөздер: ядролық медицина, радионуклидтер, фотонды эмиссионды томографтар, компьютерлік томография, позитронды – эмиссионды томография, сцинтиграфия.

SUMMARY

K.S.Zhanbossyn - The student of 3rd course of Karaganda State Medical University, Karaganda. Republic of Kazakhstan janbosyn-k@bk.ru

Scientific director – **I.V.Polozhayeva**, enior teacher of department of "Visual diagnostics" of Karaganda State Medical University, Karaganda. Republic of Kazakhstan, Ineet@mail.ru

USING HYDROGEN PROTONS IN POSTRON – EMISSION TOMOGRAPHY

This article describes how to use radionuclides and associated ionizing radiation in medicine for diagnosis, therapy and surgery. Methods of generating short-lived radioactive isotopes -speed direction and methods of synthesis of labeled detectors and the main equipment used in nuclear medicine. The main attention is paid to such radiological techniques like positron - emission tomography, scintigraphy and computed X-ray diagnostics.

Key words: nuclear medicine, radionuclides, positron emission tomography.

Босынбек Г.Қ., Биматова А.Е. - 4 курс, факультет «Общая медицина»,
Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Республика
Казахстан, guly_angel.94@mail.ru
Научный руководитель: к.м.н., **Серикбай М.К.**, кафедра патологической анатомии, Mereili.serikbay@mail.ru

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЕ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Ключевые слова: Бронхолегочная дисплазия, недоношенность, ателектазы, гиалиновые мембраны, эмфизема

Введение. Недоношенность во всем мире является одной из важнейших проблем здравоохранения, что обусловлено высокой смертностью и инвалидизацией выживших детей. У недоношенных детей среди различных патологических состояний одно из ведущих мест занимают респираторные расстройства, известные под названием синдром дыхательных расстройств, частота которого составляет 30-80%.

Грозным осложнением СДР и искусственной вентиляции легких с высокими концентрациями кислорода у недоношенных детей является бронхолегочная дисплазия (БЛД). БЛД является хроническим заболеванием легких, развивающимся у новорожденных преимущественно недоношенных детей в процессе терапии респираторных расстройств с помощью искусственной вентиляции легких (ИВЛ) с высокими концентрациями кислорода и вентиляцией легких положительным давлением (З). БЛД проявляется дыхательной недостаточностью, гипоксемией и стойкими обструктивными нарушениями.

Цель исследования. Определит морфологические изменения бронхолегочной дисплазии у недоношенных детей при искусственной вентиляции легких (ИВЛ).

Материалы и методы: сбор информации и анализ БЛД впервые была описана Уильямом Норсвей (W. H. Northway) в 1967г по результатам комплексного исследования клинических, патологоанатомических и рентгенографических исследований легких 32 глубоко недоношенных детей, перенесших СДР с тяжелой формой болезни гиалиновых мембран и получавших длительно ИВЛ и кислородную поддержку.

Уильям Норсвей (1990г) считает, что БЛД обнаруживается у 15 - 38% детей раннего возраста, родившихся с массой тела менее 1500г и получавших ИВЛ по поводу СДР и по частоте среди хронических бронхолегочных заболеваний детского возраста уступает только бронхиальной астме.

Критерии БЛД были разработаны и предложены E. Bankalare (1979), которые включают наличие в анамнезе проведение ИВЛ в течение первых 3-х дней жизни, сохранение в возрасте 28 суток жизни симптомов дыхательной недостаточности, характерные рентгенологические изменения и необходимость в кислородной поддержке для поддержания уровня PaO_2 более 50мм рт. ст.

По данным А.В. Богдановой с со авт. (1998) БЛД среди исследованных новорожденных составила 60%. Следует отметить, что совершенствование технологии выхаживания и респираторной поддержки недоношенных детей сопровождается ростом частоты БЛД с одновременным снижением смертности среди детей с массой менее 1000г и гестационным возрастом менее 30 недель. (Panker R. et al, 1992).

Выявлено, что частота БЛД зависит от массы тела при рождении и гестационного возраста. Так, по A. Figueras с со авт. (1991) БЛД составила 73% среди детей с массой тела менее 1000г, 41%- с массой 1000-1499г и 16%- с массой выше 1499г. БЛД была ими выявлена у всех новорожденных со сроком гестации менее 28 недель, у 38% новорожденных при сроке гестации 28-30 недель и у 4%-при сроке гестации более 30 недель. Н. П. Шабалов (2004) приводит такие данные по БЛД: у детей с весом при рождении до 750г БЛД развивается в 75% случаев, до 1000 г - в 44%, от 1000 до 1500- в 3-16% и более 2000г - у 1%.

При БЛД происходит нарушение таких свойств легких как снижение эластичности легочной ткани, увеличение динамического сопротивления дыхательных путей, увеличение анатомического мертвого пространства, увеличение функциональной остаточной емкости легких как следствие эмфиземы, аномальное вентиляционно-перфузионное соотношение, повышенная реактивность бронхов, обструкция бронхов и как следствие – нарушенный газообмен, низкий дыхательный объем, увеличение частоты дыхания, низкое PaO_2 , накопление CO_2 .

Известно, что БЛД может развиваться и у детей, требующих проведения ИВЛ по другим причинам. Известна целая группа причин играющих роль в формировании БЛД. Кислород при высоком содержании при проведении ИВЛ как химическое активное вещество, «обжигает» легкие ребенка, что ведет к повреждению, последующему воспалению и репарации посредством пролиферации фибробластов. Токсическое действие высоких концентраций кислорода во вдыхаемой смеси приводит к повреждению эпителиального и эндотелиального клеточных барьеров и развитию протеинсодержащего отека легочной ткани, что сопровождается снижением растяжимости альвеол, уже нарушенной из-за дефицита сурфактанта.

Нарушение вентиляционно-перфузионных отношений ведет к необходимости применения более высоких параметров ИВЛ, что замыкает порочный круг, усиливая повреждение легких (Davis J.M., Rosenfeld W.N. 1994) В частоте формирования БЛД играет значение использование на вдохе (пикового давления) при проведении ИВЛ. Индуктором воспалительного ответа может являться и баротравма с микроскопическим разрывом тканей дистальных отделов легких. Разрыв альвеолярных и бронхиолярных протоков приводит к интерстициальной эмфиземе и пневмотораксу, которые значительно увеличивают риск развития БЛД. Дополнительными, предрасполагающими к развитию БЛД факторами, являются незрелость легких, отек легочной ткани, дефицит антиоксидантных систем – витаминов А и Е, дефицит ферментов антиоксидантной защиты. Известна также генетическая предрасположенность к развитию БЛД: расовая принадлежность – белая раса; мужской пол, генетический детерминированный дефицит протеина В сурфактанта, большая частота бронхиальной астмы и хронических неспецифических заболеваний легких среди родственников больного БЛД, атопия в семье.

Морфологические изменения в легких при БЛД были описаны в 1967г. У Норсвеем в форме 4-стадий. (3).

1 стадия (в течение первых трех дней жизни) включает интерстициальный и альвеолярный отек легких, наличие «гиалиновых мембран», ателектазы, некроз эпителия бронхиол.

2 стадия (4-10 дни жизни) характеризуется более распространенными ателектазами, чередующимися с участками эмфиземы, распространенными некрозами эпителия бронхиол, наличием некротизированных масс в воздухоносных путях.

В 3- стадии БЛД (11-30 день жизни) выявляются распространенная метаплазия и гиперплазия эпителия бронхов и бронхиол, участки эмфиземы с зонами ателектазов, массивной интерстициальной отек.

В 4стадии (2-ой месяц жизни) развивается массивный фиброз легких с деструкцией альвеол, метаплазией эпителия дыхательных путей, гипертрофией мышечного слоя бронхиол, артериол и венул.

Установлено, что у матерей детей с БЛД чаще, чем в популяции, выявлялись урогенитальные инфекции и угроза прерывание беременности на ранних сроках. Дети рождались в тяжелом и крайне тяжелом состоянии с признаками синдрома дыхательных расстройств, что и обуславливало применение ИВЛ. На рентгенограммах в 50% случаев в раннем периоде у детей выявляли признаки болезни гиалиновых мембран («воздушная» бронхограмма, интерстициальный отек, ателектазы и дистелектазы), а также часто симптомы утечки воздуха в форме интерстициальной эмфиземы, пневмомедиастинума, пневмоторакса (5).

Аутопсийное исследование детей, имевших при рождении массу тела от 1000 до 1500г, находившихся на ИВЛ с высокой концентрацией O₂ и умерших на 6-23 день жизни, выявило наличие отека интерстиция с лимфоцитарной, макрофагальной и фибробластной реакцией, гиалиновых мембран, ателектаза, некротического бронхиолита с пролиферацией эпителия, некроза клеток альвеолярного эпителия. (4.)

Результаты исследования. Выраженные морфологические признаки БЛД, появлялись у новорожденных с указанной выше массой тела уже на 6-е сутки жизни. По этому исследователи считают, что необходимо проводить противовоспалительную терапию у детей, находящихся на ИВЛ с жесткими параметрами, на ранних сроках БЛД.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Northway W.H. Bronchopulmonary dysplasia: Then and now. Am. J. Dis. Child.1990; 65:1076-1081
2. Farrel P. A., Fiascone J. M. Strategies for the prevention of bronchopulmonary dysplasia chronic lung disease of infancy in the 1990. Neonat. Respir. Dis. 1988; 8(3): 1-12
3. Г.А.Шишко, Ю.А. Устинович. Современные подходы к ранней диагностике и лечению бронхо-легочной дисплазии. Минск, 2006
4. Morphometric analysis of the lung in bronchopulmonary dysplasia. Am. Rev. Respir. 1991; 143-400
5. Богданова А.В., Бойцова С.. Клинические особенности и течения БЛД//Пульмонология.- 2002.-№1.- С.28-32.
6. Дементьева Г.М., Кузмина Т.Б., Кушнарера М.В. и др. Бронхолегочная дисплазия у недоношенных детей с синдромом дыхательных расстройств // 9-й Национальный конгресс по болезням органов дыхания: тезисы докл. – М., 1999.-С.292.
7. Шабалов Н.П. Неонатология: учебное пособие. - М., 2004.-Т-1.-С.550-563.
8. Овсянников Д.Ю. Течение бронхолегочное дисплазии у детей грудного и раннего возраста // Педиатрия.- 2007.- Т-86.- № 4.- С.35-40.
9. Болгова Л.С. Метаплазия и дисплазия бронхиального эпителия// Клиническая лаборатория диагностика.- 2001.- №1.- С. 46-49.
10. Клейменова Н.В., Клембовский А.И. Морфологические и патогенетические различия дыхательных расстройств у новорожденных детей в первые сутки жизни по данным состава трахеобронхиальных смывов // Архив патологии.-1999.-С.31-36.

11. Смагин А.Ю. Чернышев А.К. Бронхолегочное дисплазия у новорожденных // Анестезиология и реаниматология.- 2004.- №1.-С.71-74.
12. Italian multicentre study on very low-birth-weight babies. Neonatal mortality and two-year outcome/ U. de Vonderweid, A. Spagnolo, C. Corchia et al// Acta Pediatr. –1994. Vol. 83, №4.-P.391-396

ТҮЙІН

Босынбек Г.Қ., Биматова А.Е. - С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университетінің 4 курс студенттері, Алматы қаласы, Қазақстан Республикасы, guly_angel.94@mail.ru.
Ғылыми жетекші – м.ғ.к. **Серікбай М.Қ.**, Алматы қаласы, Қазақстан Республикасы, Mereili.serikbay@mail.ru

ШАЛА ТУЫЛҒАН НӘРЕСТЕЛЕРДЕ БРОНХӨКПЕЛІК ДИСПАЗИЯНЫҢ МОРФОЛОГИЯЛЫҚ КӨРІНІСТЕРІ

Сонымен жоғарыда көрсетілген авторлардың жұмысына сүйене отырып шала туылған нәрестелердің өкпесіне ұзақ уақыт ЖӨВ қолдану барысында У.Норсвей көрсеткен өкпенің БӨД тән барлық морфологиялық өзгерістері дамитындығы анықталды, сондықтан шала туылған барлық нәрестелерге БӨД алдын алу үшін қабынуға қарсы ем қолдану керек.

Кілт сөздер: Бронхөкпелік дисплазия, шала туылу, ателектаз, эмфизема.

RESUME

G.K. Bossynbek., A.E. Bymatova - The student of 4th course of Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty. Republic of Kazakhstan. guly_angel.94@mail.ru
Scientific director: **Serikbay M.K.**, MD, Almaty. Republic of Kazakhstan.

MORPHOLOGICAL MANIFESTATION OF BRONCHOPULMONARY DYSPLASIA IN PREMATURE INFANTS

In addition, based on the above - mentioned authors jumısınna in the use of mechanical ventilation in preterm infant 's lungs for a long time . A Norsvey BLDtän lungs revealed morphological changes develop, so that all preterm infants should be used for the prevention of BPD anti - inflammatory treatment.

Key words: Bronchopulmonary dysplasia, premature, atelectasis, emphysema.

Есенғали Н.М. - Қарағанды мемлекеттік медицина университетінің 2 курс студенті студенті
nakosya_27@bk.ru

Ғылыми жетекшісі: **Ахметова С.Б.**, Қарағанды мемлекеттік медицина университеті Қарағанды, Қазақстан

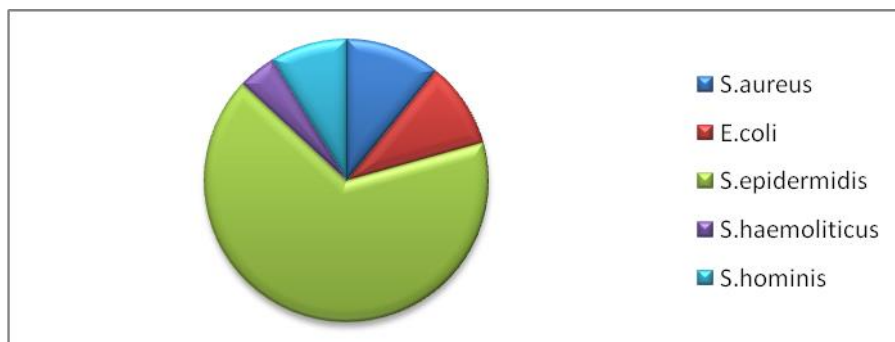
ФОНЕНДОСКОПТАРДЫҢ ЖАЛПЫ МИКРОБТАРМЕН ЛАСТАНУЫН ЗЕРТТЕУ

Медициналық тәжірибеде патологиялық жағдайларды диагностикалау, алдын-алу, емдеу шараларын заманауи инновациялық медициналық технологияларды пайдалану емдеу шарасында медицина маманының жауапкершілігін арттырады. Кез-келген медициналық маманның негізгі міндеті жұмыс үшін қауіпсіз жұмыс ортасын қамтамасыз ету. Сондықтан қазіргі таңда медицина қауіпсіз орта құру өзекті мәселенің бірі. Қауіпсіз орта-бұл қолайлық пен қауіпсіздікті қамтамасыз ететін, қалыптастырылған орта. Инфекциялардың берілуінің бірден-бір жолы ретінде дәрігер фонендоскоптарының микроағзалармен ластануы қарастырылды.

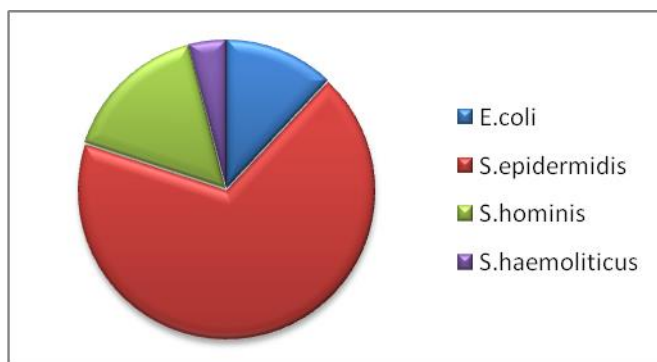
Мақсаты: ҚММУ 4 курс студенттерінің фонендоскоптарының микроағзалармен ластануын зерттеу. Зерттеу күні бойы жүргізілді, таңертен және кешкі уақытта. Зерттеуге 20 студенттің фонендоскоптары алынды.

Қоршау материалы жұғындық әдіс бойынша (стерильді 1% пептон су 5 мл стерильді мақта тампонымен) келесі қоректік орталарды пайдалану арқылы жүргізілді: ЖСА, Эндо, қанды агар, Сабура. Анықтау үшін «Bruker» компаниясының бастап «Flex» сериясының «Maldi» мас-спекторы пайдаланылады.

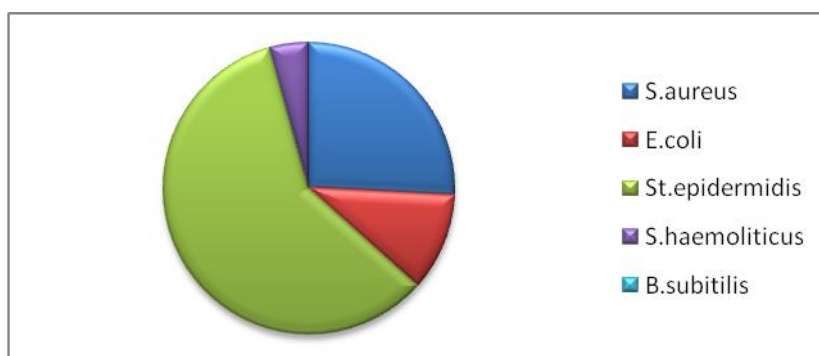
Зерттеу нәтижесінде микроағзалардың құрамында: *S.aureus* (10%), *E.coli* (9%), *S.epidermidis* (61%), *S.haemoliticus* (11%), *S.hominis* (9%) болған 28 штамм көрінді.



Таңғы уақыттағы зерттеу нәтижесінде микроағзалардың 21 штаммы байқалды. Олардың ішінде: *E.coli* (12%), *S.epidermidis* (68%), *S.hominis* (16%), *S.haemoliticus* (4%). Бөлінген таза мәдени дақылды микроағзалардың 28% микроб қауымдастығынан, 72% монодақылдылардан болды.



Кешкі уақыттағы зерттеу нәтижесінде микроағзалардың 23 штаммы байқалды. Олардың ішінде: *S.aureus* (24%), *E.coli* (10%), *St.epidermidis* (55%), *S.haemoliticus* (4%), *B.subtilis* (4%). Бөлінген таза мәдени дақылды микроағзалардың 17% микроб қауымдастығынан, 83% монодақылдылардан болды.



Нәтижесі: Фонендоскоп ластанудың жоғарғы көрсеткішін көрсетті, фонендоскопта грамм оң, грам теріс бактериялық ластану байқалды. Микроағзалардың патогендік және шартты-патогендік түрі көрінді. Бұның себебі, мысалы іріңді тері аурулары кезінде, зергерлік әшекей-бұйымдарды таққанда, тері зақымдалғанда, ұзын тырнақ және т.б. жағдайларда жеке гигиена ережесін сақтамағанда байқалады. Студенттерде тұрақты қолды антисептикпен тазалауды және үнемі жеке гигиенаны сақтауды және фонендоскоптарын әрдайым тазалауды тәрбиелеу керек.

З.О. Инкижино, Г.Б. Дадаханова – студенты 4-го курса медицинского факультета Международного казахско-турецкого университета имени Х.А. Яссави г.Туркестан ЮКО Республики Казахстан
Научный руководитель – **А.Р.Кузьмина** – преподаватель кафедры профилактической медицины МКТУ им. Х.А. Яссави, e-mail: epidemiya-ooi@list.ru, hyalomma@list.ru, proph.med@mail.ru

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ В ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ СЕЗОН КОНГО-КРЫМСКОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ В ТУРКЕСТАНСКОМ РЕГИОНЕ ЮЖНО - КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Ключевые слова: ККГЛ (Конго-Крымская геморрагическая лихорадка), спорадическая заболеваемость, показатель на 100 тысяч населения, вирус ККГЛ, переносчики - иксодовые клещи, природные очаги, распространения иксодовых клещей.

Введение: Природные очаги ККГЛ известны в пустынных, полупустынных и степных ландшафтах, где обитают иксодовые клещи. В целом существование очагов во многом связано с засушливым климатом и высокими среднегодовыми температурами, необходимыми для репродукции вируса в клещах. Рост численности популяций клещей лежит в основе активизации и расширения границ природных очагов этой инфекции, одним из которых является Туркестанский регион ЮКО РК, чему способствует циркуляция в природе зараженных вирусом клещей. Туркестанский регион ЮКО РК состоит из 36 населенных пунктов. За период с 2006 по 2015 года в Туркестанском регионе было зарегистрировано 22 случая ККГЛ, подтвержденных клиническими и лабораторными методами. За период с 2006-2015 года на территории населенных пунктов Туркестанского региона расследовано 53 предположительных случаев ККГЛ: в 11 населенных пунктах 31 случай ККГЛ имеет вероятный характер возникновения, что составляет 58,4% и 22 случая ККГЛ, подтвержденных клинической картиной и лабораторными результатами исследования на наличие вируса, что составляет 41,5%.

Методы и материалы: эпидемиологические и статистические анализы, применение полученных лабораторных анализов биологического материала от переболевших и умерших людей, лабораторные анализы исследований и многолетние практические наблюдения учета сезонной динамики численности переносчиков трансмиссивных инфекций для разработки методов борьбы с ними.

Результаты и обсуждения: Анализ эпидемиологического мониторинга за период 2006-2008 года показал появление единичных случаев ККГЛ в поселке Кос-Корган (показатель на 100 тысяч населения по Туркестанскому региону равен 0,47), в поселке имени А. Усенова (0,46) и в поселке Шорнак (0,46). В 2009г была вспышка ККГЛ - 12 случаев, что составило 5,39 показателя на 100 тысяч населения. Из них в центре города Туркестан зарегистрировано 5 случаев ККГЛ (ВБИ) показатель на 100 тысяч населения составил 4,5. В сельских местностях зарегистрировано по 2 случая ККГЛ - это в поселках Усенова (29,72), Новый Икан (33,23) и по единичному заболеванию ККГЛ в поселках Достык (6,87), Шага (11,0) и Жуйнек (11,75). За период с 2010 по 2011года наблюдалось снижение до 2 случаев ККГЛ: в 2010г – 2 случая (0,87 на 100 тыс. населения) – это в городе (0,88) и п. Орангай (11,23); за 2011г – 2 случая ККГЛ (0,85 на 100 тыс. населения) – это в п. Жуйнек (15,99) и п. Старый Икан (6,99). С 2012-13гг отмечается маленькая победа над коварной инфекцией. Вновь вирус ККГЛ напоминает о себе в 2014 и 2015 годах, при этом четко выражено и имеет манифестные предпосылки возникновения заболевания ККГЛ. В Туркестанском регионе за 2014 год был зарегистрирован единичный случай ККГЛ, что составил 0,39 показателя на 100 тысяч населения, данное заболевание произошло в поселке имени С. Кожанова (147,4), а в 2015 году зарегистрированы 2 случая ККГЛ, что приходится на 0,79 показателя на 100 тысяч населения - это поселки Нуртас (58,34) и Старый Икан (6,34). Все случаи ККГЛ были подтверждены результатами лабораторного исследования (ИФА). Регистрация заболеваний ККГЛ в поселках Кожанова, Нуртас и Старый Икан не случайна, т.к. в частности в данных населенных пунктах неоднократно было выявлено обнаружение вируса ККГЛ в иксодовых клещах, которые являются основными источниками и переносчиками инфекции.

Проанализировав статистику заболеваемости ККГЛ за 10 лет с 2006-2015 года, из 22 случаев ККГЛ в центре города Туркестан заболело 6 человек (27,7%), а в сельской местности – 16 человек (72,7%). При определении профессионального состава по количеству случаев и показателя процентного соотношения выявлено, что из 22 заболевших людей приходится один неорганизованный ребенок (4%) домохозяйки - 3 (14%), 4 школьника (18%), служащие - 3 (14%), медработники – 5 (22%), безработные люди, которые занимаются разведением домашнего скота - 3 (14%), прочие – 3 (14%). Из 22 случаев ККГЛ в 12 очагах содержали дома животных (крупный и мелкий рогатый скот), что составляет 54,5%. Из зарегистрированных случаев ККГЛ 10 случаев были с летальным исходом, что составляет 45,4%, из них погибло 2 городских человека (20%) и 8 человек из сельской местности (80%). По возрастному составу из 22 заболевших людей,

дети до 14 лет - 3 случая – это новорожденная девочка и 2 мальчика в возрасте 8 и 12 лет и 19 случаев взрослого населения, из них 8 женщин и 14 мужчин. Все случаев ККГЛ за 10 лет регистрировались в разные времена года весенний – летний период: в апреле - 2 случая во второй декаде месяца (2011г), июнь – 7 случаев (2006г, 2008г, 2009г, 2014г, 2015г). В июле 11 случаев в течение месяца (2007г, 2009г, 2011г, 2015г) и в августе (2009г и 2011г). При обследовании очагов ККГЛ были произведены сборы клещей и доставлены в вирусологическую лабораторию ООИ центра экспертизы ЮКО РК на определение носительства вируса ККГЛ. В 16 очагах ККГЛ собрано 354 клеща: из них в скотных помещениях – 70 клещей, с прилегающей территории - 9 клещей, с домашнего скота 275 (в частности с КРС 241 и МРС 34 клеща). Положительные результаты на обнаружение вируса ККГЛ – 113 доставленных клещей из 3 населенных пунктов (п. Усенов, п. Орангай и п. Кос-Корган) выявили 30 клещей зараженных вирусом ККГЛ.

Выводы: Sporadic характер заболеваемости ККГЛ на исследованных территориях проявляется по следующим сопутствующим факторам: миграция переносчиков инфекции - клещей в природных очагах населенных пунктов сельских местностях в период 2006-2010 года, в 2000-2010 годах увеличилась торговля домашнего скота за счет перевоза сельскохозяйственных животных как внутри районов и регионов, так и в областях РК. Фактором паразитизма и нападения клещей на людей являются внешние условия среды обитания клещей, и рода деятельности человека.

ТҮЙІН

ҚР ОҚО Түркістан қ. Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университетінің медицина факультетінің 4-курс студенттері – **Инкижино З.О. Дадаханова Г.Б.**
Ғылыми жетекші – **Кузьмина А.Р.** – Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ-нің профилактикалық медицина кафедрасының оқытушысы

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫ ТҮРКІСТАН АЙМАҒЫНДАҒЫ КОНГО ҚЫРЫМГЕМОРАЛИЯЛЫҚ ҚЫЗБАСЫНЫҢ ЭПИДЕМИЯЛЫҚ МАУСЫМЫНДАҒЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ МОНИТОРИНГІ

Зерттеудің материалдары мен тәсілдері: эпидемиологиялық және статистикалық талдау, қайтыс болған және қайта ауырған адамдардың биологиялық материалдарынан алынған зертханалық талдаулардың қолданылуы, трансмиссивті инфекцияларды тасымалдаушыларға қарсы күрес әдістерін әзірлеу үшін олардың көпжылдық іс жүзінде есепке алынуын бақылау және зертханалық талдауларды зерттеу

Зерттеудің мақсаты: Көптеген жылдар бойғы Қазақстан Республикасының ОҚО Түркістан аумағында КҚГҚ-ның тасымалдаушыларының белсенділігін және спорадикалық сырқаттанушылықтың көріністерінің қадағалауын зерттеу. Бұл тезис ҚР ОҚО Түркістан аймағының аумағындағы КҚГҚ жағдайларын тіркеу статистикасын зерттеуге арналған (ОҚО Түркістан аймағындағы 100 мың тұрғынға шаққандағы көрсеткіштердің есептелуінде және абсолютті мөлшерде); 2006-2015жж, яғни 10 жылдық кезеңдегі кенелердің есепке алынуын және Түркістан аймағының аумағында КҚГҚ жағдайларының анықталуының таратылуы туралы кейінгі пікірлердің тұжырымдарын талдау; уақыт және себеп факторларымен (кенелердің белсенділік маусымы), қорытынды тұжырымдар (пікірлер) жасау.

Кілт сөздер: КҚГҚ (Конго-Қырым геморрагиялық қызбасы), спорадикалық сырқаттанушылық, 100 мың тұрғынға шаққандағы көрсеткіш, КҚГҚ вирусы, тасымалдаушылар - иксодальдық кенелер, табиғи ошақтар, иксодальдық кенелердің таратылуы.

SUMMARU

Z.O.Inkizhino, G. B. Dadakhanova – the 4th year students of medical faculty of International Kazakh-Turkish university named after H.A. Yassavi, Turkestan, South Kazakhstan of the Republic of Kazakhstan
The research supervisor – **A.R.Kuzmina** – the teacher of preventive medicine department of International Kazakh-Turkish university named after H.A. Yassavi

EPIDEMIOLOGICAL MONITORING DURING THE EPIDEMIC SEASON OF CONGO-CRIMEAN OF HEMORRHAGIC FEVER IN THE TURKESTAN, SOUTH KAZAKHSTAN OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Methods and materials: epidemiological and statistical analyses, application of the received laboratory analyses of biological material from people who had or died of this illness, laboratory analyses of research and long-term practical supervision of the accounting of seasonal dynamics of number of carriers of the transmissible infections for development of methods of struggle against them. **Purpose:** the study of tracking the development of

sporadic incidence of CCHF and activity of carriers in the territory of Turkestan, South Kazakhstan of the Republic of Kazakhstan for the long-term period. This thesis deals with the researches of case registration statistics of CCHF in the territory of the Turkestan, South Kazakhstan of the Republic of Kazakhstan (in absolute quantity and calculation of indicators for 100 thousand of the population of Turkestan, South Kazakhstan of the Republic of Kazakhstan); the analysis for 10 year period between 2006-2015 the accounting of pincers with the subsequent comments of conclusions on distribution of case identification of CCHF in the territory of Turkestan, South Kazakhstan of the Republic of Kazakhstan; according to time and factors of the reason (seasonality of pincers' activity), final conclusions (comments).

Key words: CCHF (Congo-Crimean Hemorrhagic Fever), sporadic incidence, an indicator on 100 thousand of the population, virus CCHF, carriers - ixodic pincers, the natural centers, distribution of the ixodic pincers.

Мусиралиева Д.А. – магистрант 2-го курса Евразийского национального университета им.Л.Н.Гумилева, г. Астана, Республика Казахстан, dami_309@mail.ru
Научный руководитель – д.б.н. Б.Х.Шаймарданова

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СПЕРМОТОГЕНЕЗА

Ключевые слова: эякулят, спермограмма, бесплодие, вспомогательные репродуктивные технологии.

Введение: Оплодотворяющая способность спермы является важнейшим условием репродуктивности. Сперматогенез — сложный процесс, на который влияет широкий спектр эндогенных и экзогенных факторов. Профилактика мужского бесплодия заключается в раннем выявлении аномалий развития половой системы, в лечении и предупреждении заболеваний, влияющих на фертильность.

Методы и материалы: Нами был проведен ретроспективный анализ эякулята 1007 мужчин в 1007 циклах ЭКО в клинике «Экомед плюс» за 2013-14 гг. Комплексный анализ эякулята выполняли в соответствии с руководством ВОЗ. У всех мужчин, по нашей рекомендации, было воздержание от половой жизни в течении 3-4 дней. В ходе исследования были выделены 3 группы мужчин (всего 384 пациентов), которым пришлось в день трансвагинальной пункции (TVР) сдавать сперму дважды.

Результаты или обсуждение:

В первую группу вошли 188 мужчин, которые готовились к стандартной процедуре ЭКО. У них при предварительном обследовании были выявлены показатели спермы в пределах нормы. Вторую группу составили 113 мужчин, которым предполагалось проведение ЭКО/ИКСИ, так как при предварительном обследовании были выявлены показатели спермы ниже нормы. В третьей группе было 83 мужчин, у которых под вопросом ставилась процедура ИКСИ тестикулярными сперматозоидами. При предварительном обследовании у них была обнаружена вариабельность эякулята от азооспермии до олигоастенотератозооспермия. Поэтому было решено, что в день TVР мужчины будут сдавать сперму дважды, в случае обнаружения азооспермии была запланирована биопсия яичка.

В первой группе в день TVР при получении первой порции эякулята олигоастенотератозооспермия была выявлена у 15,7 %, олигозооспермия была установлена у 26,3 %, астенозооспермия - у 58 % мужчин. Такая сперма может быть использована только в программе ЭКО/ИКСИ, т.к. в программе ЭКО может и не быть оплодотворения ооцитов. При повторном сборе эякулята (интервал составил 30-90 минут) показатели оказались выше. У 55,8 % мужчин была обнаружена астенозооспермия и у 44,2 % - нормозооспермия. Что позволило в итоге использовать данную сперму в программе ЭКО

Во второй группе в день TVР при исследовании первой порции спермы, была обнаружена азооспермия у 6,1%, олигоастенотератозооспермия – у 29,4% мужчин. Олигозооспермия была обнаружена у 42,2%, астенозооспермия – у 22,3% мужчин. При повторном сборе эякулята (интервал составил 30-90 минут) показатели у одной части мужчин изменились незначительно, у другой части оказались выше. У 21,5% мужчин была обнаружена олигоастенотератозооспермия. Олигозооспермия оказалась у 31,6% мужчин, астенозооспермия – у 16,8%, и нормозооспермия - у 30,1% мужчин. Можно предположить, что при сборе первой порции спермы сыграло роль психоэмоциональное напряжение мужчины и поэтому эякулят был собран неправильно. Повторная сдача спермы позволила 46,9 % супружеских пар обойтись без

процедуры ИКСИ. А мужчинам, у которых при первичном сборе эякулята была азооспермия, вторая сдача спермы позволила провести процедуру ИКСИ.

В третьей группе пациентов у 35 мужчин при вторичном сборе эякулята была выявлена олигоастенотератозооспермия (у 42,2%), что позволило провести им процедуру ИКСИ без оперативного вмешательства. А в 48 случаях (азооспермия у 57,8%) была проведена пункционная биопсия яичка.

Выводы.

В ходе проведенного исследования, по итогам полученных результатов были сделаны следующие выводы: По однократной сдаче эякулята нельзя сделать выводы о качестве спермы в силу ее вариабельности у одного и того же мужчины. Необходимо при проведении программы ЭКО, наряду с факторами, влияющими на показатели эякулята (время воздержания от половой жизни, алкоголя, курения, перегревание, прием лекарственных препаратов), принимать во внимание и психологический фактор. Повторная сдача спермы в день TVP может увеличить шансы супружеской пары обойтись без дорогостоящей процедуры ИКСИ, а также без оперативного вмешательства для получения сперматозоидов.

ӘОЖ:615.356-053.6(574.22)

Набиева А.Н., 2курс магистранты, МПІ факультеті «Астана медицина университеті» АҚ, профилактикалық медицина және тағамтану кафедрасы, Қ.Р, Астана. Aliya_777_90@mail.ru

РЕПРОДУКТИВТІ ЖАСТАҒЫ АДАМДАРҒА ЕМДӘМНІҢ ӘСЕРІН БАҒАЛАУ

Аннотация

Тағамдық заттар жиынтығы, мөлшері, олардың аспаздық өңделуі, химиялық құрамы, тағамның физикалық қасиеттері, тағам қабылдау аралығы адамның салмақ дәрежесіне тікелей әсер етеді. Зерттеу жұмысының барысында, төмен каллориялы сәнді диетаны ұстағандардың 24% -ы жалпы 3 кг –нан 7кг -ға дейін салмақ тастады. Нәтижесінде, төмен калориялы диета артық салмақ пен семіздікті қалыптандыруда тиімді болып табылатындығы анықталды.

Кілт сөздер: емдәм, семіздік, салауатты тамақтану.

Кіріспе: Бүгінгі таңда Қазақстанда күн тәртібінде тұрған әлеуметтік маңызы зор мәселенің бірі – ұлттың денсаулығы. Елбасымыз Н.Ә.Назарбаевтың «Қазақстан 2030» стратегиялық бағдарламасында денсаулықты нығайту үшін салауатты өмір салтын насихаттап, дұрыс тамақтануымызға, тазалық пен санитарлық шараларын сақтауымызға бағытталған ақпараттық іс-шаралар жүргізілуі керек, деп атап көрсеткен. Өркениетті елдерде халық денсаулығы – мемлекеттің басты құндылығы болып саналады.

Қоршаған ортаның жағымсыз факторларының 80% адам ағзасына тағам арқылы әсер ететіні анықталған, ал дүние жүзі бойынша өлім-жітімнің 60% тікелей тамақтануға байланысты.

Зерттеу материалдары:

Төмен калориялы сәнді емдәмді қабылдаған 40 адам іріктеліп алынды. Іріктеу физиологиялық зерттеулер, антропометриялық зерттеулермен және де «Қазақ тағамтану академиясы» АҚ -да жасалған арнайы сауалнама арқылы жүргізілді.

40 (100%) адамның ішінде 20 жасқа дейін - 25%, 20-30 жас аралығында - 25%, 30-40 жас аралығында – 25%, 40 жастан жоғары - 25% құрады.

Сауалнама нәтижесінде адамдардың еңбек қабілеттері мен физикалық жүктемелер ауыртпалығы анықталды, яғни 15% отырып (физикалық жүктеме және қимыл қозғалыс та аз), 40% тұрып- отырып (физикалық жүктеме орташа), 30% жартылай активті (физикалық жүктеме және қимыл қозғалыс бар, бірақ активті емес), 15% активті (физикалық жүктеме және қимыл қозғалыс көп) еңбек топтарына жатқызылды.

Тамақтану режиміне келетін болсақ: күніне 2 рет тамақтанатындар – 10%, күніне 3 рет тамақтанатындар – 30%, күніне 4 рет тамақтанатындар – 35%, және күніне 5 рет тамақтанатындардың саны – 25% құрады. Емдәм ұстанатын адамдардың 24 сағат ішінде қабылдаған тағамдары мен жасалған іс-әрекеттері бағаланды.

Физиологиялық және антропометриялық зерттеулердің нәтижесі бойынша 60%-ында бойы мен салмағы сәйкес келмейді, 40% -да дене салмағы мен бойының арақатынасы қалыпты болды.

Дене салмағы индексі (ДСИ) - 45% қалыпты дене салмағы, 15%-артық дене салмағы бар (семіздік алды), 30% - I дәрежелі семіздік және 10% - III дәрежелі семіздік анықталды.

Биологиялық жасты есептеу нәтижелерінің қорытындылары бойынша зерттелген адамдардың 30 % ғана өзінің жасымен сәйкес келген, қалған 70% паспорттық жасы мен биологиялық жасы сәйкес келмейді, яғни биологиялық жасы өз жасынан артық нәтиже көрсетті.

Бейімделу потенциал индексін анықтау бойынша: Қанағаттанарсыз көрсеткіш 50 % құраса, бейімделу механизмінің кернеулігінің жоғарылауы – 30 % және 20 % бейімделу механизмінің шектен шығуы нәтижелерін көрсетті.

Нәтижесі: Жалпы төмен каллориялы емдәмді қабылдаған адамдар 21 күн бойына бақылауда болды. Негізінен, зерттеуге алынған адамдарға 5 реттік тамақ қабылдау тәртібі тағайындалып, негізгі тағамның көлемі жемістер мен көкөністерге ауыстырылды. Дегенмен, ұтымды тамақтанудың принциптеріне сәйкес негізгі тағамдық заттардың қажеттілігі 1:1:3,9 қарым-қатынаста сақталды.

Емдәмнен кейінгі 21 күн ішіндегі бақылаудың нәтижесі келесідей болды: 0,1%-дан 3%-ға дейін салмақ тастағандардың саны жалпы топтың 5%-ын құрады, 3,1%-дан 5%-ға дейін салмақ тастағандардың саны жалпы топтың 25%-ын, ал 5,1%-дан 8%-ға дейін салмақ тастағандардың саны жалпы топтың 45%-ын құрады. Сонымен қатар, 8%-дан 10%-ға дейін салмақ тастағандардың жалпы саны 10% -ды және 11%-дан жоғары салмақ тастаған адамдардың саны 15% -ды құрады.

Қорытынды: Сонымен, барлық сәнді емдәм ұстанған адамдар салмақ түсіруден де денсаулық жағдайының жақсаруынан да өте жақсы көрсеткіштер көрсетті. Бастапқыдағы дене салмағының индексімен салыстырғанда 2 адам III- дәрежелі семіздіктен II-дәрежелі семіздікке өтті. I-дәрежелі семіздіктен артық дене салмағы бар адамдар қатарына 8 адам қосылды. Және қалыпты дене салмақтылар қатарына артық дене салмағы бар адамдардан 4 адам ауысты. Барлық адамдар өздерінің нәтижелеріне көңілдері толды. Үш ай бойы осы адамдарға арнайы ас мәзірі тағайындалды. Және біздің қатаң бақылауымызда болды. Нәтижесінде осы көрсеткіштер сақталды.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Л.З. Тель, Е.Д.Даленов, А.А. Абдулдаева, И.Э.Коман, Нутрициология. Алматы – 2013, 700 б.
2. Шарманов Т.Ш. Питание- важнейший фактор здоровья человека. Алматы -2010, с. 194.
3. Шарманов Т.Ш. Казахстан в контексте глобальных проблем питания. Алматы. - 2000. – 223 с.
4. Withrow D, Alter DA. The economic burden of obesity worldwide: a systematic review of the direct costs of obesity. *Obes Rev*, 2011. V.12(2).-P.131-141.
5. Максұтбек Сүлеймен. Дұрыс тамақтану дәстүрі <http://www.info-tses.kz/red/article.php?article=56878>.
6. "Definition for diet". *Oxford Dictionaries*. Retrieved 13 February 2012.
7. Даленов Е.Д., Қалқамбай З.С., Абдулдаева А.А Емдік тағамдар түрлері Астана 2009. – 204 бет.

РЕЗЮМЕ

Набиева А.Н. магистрант 2 года обучения факультет МПД. АО «Медицинский Университет Астана»
Кафедра профилактической медицины и питания, г.Астана, Р.К.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЕ ДИЕТ НА СОСТОЯНИЕ ЛЮДЕЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

В наше время очень много различных модных диет, больше тысячи разновидностей. Соответственно много реклам для них: интернет сети, газеты и журналы, телевидение, брошюры и т.д., но влияние многих из них на организм еще не изучена. Люди выбирая диеты не обращают внимание на то как они влияют на здоровье, и как организм воспринимает их, на нутрициональное состояние, на метаболическое и психоэмоциональное состояние. Любая диета должна быть выбрана так чтобы соответствовала состоянию здоровья человека, полу, времени года, профессии, месту жительства, движениям, то есть растратие калорий. Правильный подбор диеты позволяет сбросить лишний вес, улучшить здоровье и избавиться от токсинов.

SUMMARY

Nabieva A.N. Post graduate in the 2nd year, «Astana Medicine University» JSC Department of preventive medicine and nutrition, Astana, Republic of Kazakhstan

ESTIMATION OF DIET INFLUENCE ON THE PEOPLE'S CONDITION OF REPRODUCTIVE YERS

Nowadays there are a lot of different types of modern diets, more than a thousand types. According to this you can see many advertisements on TV, in internet, magazines' and even in streets. But the influence of some diets to the human organism has not been investigated yet. When people choose an exact type of diet, they do not pay

attention to its influence and how their bodies will react, it destroys their nutrition and psychological state, how it will affect to metabolic process. People should be care full when choosing diet. It is necessary to choose the diet which will fit the health state. It is necessary to note the factors like seasons of the year, the area of living, how much a person moves in a day, type of job you he or she does and etc. A correct diet helps a person to lose his or her excess weight, to improve his or her health and to get rid of toxins.

Молдекова И. Ж. – преподаватель Актюбинского регионального государственного университета им. К. Жубанова, г. Актобе, Республика Казахстан irinamol@mail.ru

Шухатова А. Т. - преподаватель Актюбинского регионального государственного университета им. К. Жубанова, г. Актобе, Республика Казахстан irinamol@mail.ru

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗАГРЯЗНЕНИЯ НИТРАТАМИ

Ключевые слова: нитраты, нитриты, азотистые удобрения, накопление нитратов, загрязнение нитратами.

Введение: Целью данной статьи является определение нитратов в овощах и фруктах с рынков г. Актобе, а так же изучение их влияния на человека и физиологию растений. Сложность изучаемого вопроса состоит в том, что нитраты – это легко усвояемые формы азота необходимые для нормального развития растений. Азот является основным макроэлементом в растительном организме, он входит в состав питательных веществ. В связи с засорением почвы азотистыми удобрениями начинает повышаться и содержание нитратов в растениях, что может влиять на здоровье человека [1].

Методы и материалы: Определение нитратов в овощах и фруктах производили по методам Грисса и Рычкова (риванольная и антипириновая реакции). Объектом исследования являются растительные продукты рынков г. Актобе: картофель, капуста, морковь, помидор, лук, зелень, яблоки, груши.

Результаты или обсуждение: Нитраты необходимые вещества для нормального развития растений. Накопление нитратов в растениях происходит при чрезмерном потреблении азота, когда накопление превышает ассимиляцию, азотном питании, несбалансированном с другими элементами. [2]. При этом формируется избыток, который накапливается в клубнях и стеблях.

Из проведенных опытов стало видно, что в картофеле содержатся около 250 мг/кг нитратов, в яблоках от 60 мг/кг, в моркови 300 мг/кг. Большое количество нитратов содержит редька, салат, свекла, зелень, меньше – помидоры, яблоки. Количество содержания нитратов зависит от качества почвенных условий и связано нарушением правил использования минеральных удобрений. Анализ результатов, полученных из растительного материала дает возможность сравнить уровень содержания нитратов с допустимой концентрацией: в капусте, зелени и грушах нитратов было обнаружено больше нормы, в свекле, моркови, луке и яблоках меньше ПДК, помидорах и картофеле в соответствии с ПДК.

Выводы: Загрязнение нитратами в исследуемых объектах связано с нарушением правил использования минеральных удобрений. Чтобы избежать накопления нитратов необходимо соблюдать правила земледелия, внесения удобрений, использования азотфиксирующих растений, с учетом севооборота [3].

Литература

1. Абдаладзе О., Азмаипарашвили М., Урушадзе Т., Каджая Г.(коллектив авторов). 100 вопросов и ответов в прикладной экологии. Тбилиси, 2011.
2. Агроклиматический справочник по Актюбинской области Казгосиздат, 1960 Стр. 7-14, 111-119
3. Березов Т.Т. , Коровкин Б.Ф. Биологическая химия. Под ред. Дебова С.С. / М., «Медицина», 1990.
4. Николаев А.Я. Биохимия. / М., «Высшая школа», 1989.

RESUME

Moldekova Irina Zhumabaevna- Natural sciences faculty Aktobe Regional State University named after K. Zhubanov, Aktobe, RK irinamol@mail.ru

Shuhatova A.T. - teacher of Aktobe Regional State University. Zhubanov, Aktobe, Kazakhstan irinamol@mail.ru

DETERMINATION OF CONTAMINATION NITRATES

Key words: nitrates, nitrites, nitrogen fertilizer, the accumulation of nitrate, nitrate pollution.

ТҮЙІН

Молдекова И.Ж - Қ.Жұбанов атындағы Ақтөбе өңірлік мемлекеттік университетінің оқытушысы, биологияның магистрі irinamol@mail.ru

Шухатова А. Т. - Қ.Жұбанов атындағы Ақтөбе өңірлік мемлекеттік университетінің оқытушысы, биологияның магистрі irinamol@mail.ru

ЛАСТАНҒАН НИТРАТТАРДАН АНЫҚТАУ ӘСЕРІ

Кілт сөздер: нитраттар, нитриттер, азотистық тынайтқыштар нитраттардың ластануы

А.Н. Мухатаева, А.А. Ондашева – студенті 3-го курса медицинского факультета Международного казахско-турецкого университета имени Х.А. Яссави г.Туркестан ЮКО Республики Казахстан,

Научный руководитель – **А.Р. Кузьмина** – преподаватель кафедры профилактической медицины МКТУ им. Х.А. Яссави

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ И ЭНТОМОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ В СЕЗОН АКТИВНОСТИ ПЕРЕНОСЧИКОВ – ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕЙ КОНГО-КРЫМСКОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ В ТУРКЕСТАНСКОМ РЕГИОНЕ ЮЖНО - КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Ключевые слова: ККГЛ (Конго-Крымская геморрагическая лихорадка), вирус ККГЛ, переносчики - иксодовые клещи, природные очаги, индекс доминирования клещей, индекс зараженности клещей, показатель инфицированности клещей, распространения иксодовых клещей, крупный рогатый скот (КРС), мелкий рогатый скот (МРС).

Туркестанский регион ЮКО Республики Казахстан является неблагополучным по природной очаговости ККГЛ по причине циркуляции клещей в природе зараженных вирусом ККГЛ и благоприятных климатических условий, особенностей географического ландшафта. Туркестанский регион состоит из 36 населенных пунктов. За период с 2006 по 2015 ГОДА в Туркестанском регионе было зарегистрировано 22 случаев ККГЛ, подтвержденных клиническими и лабораторными методами.

Методы и материалы: эпидемиологический мониторинг и учеты сезонной динамики за переносчиками, применение полученных лабораторных анализов исследований, многолетние энтомологические наблюдения за переносчиками трансмиссивных инфекций, полевые обследования и эпидемиологические разведки территорий природных очагов ККГЛ для разработки методов борьбы с переносчиками.

Результаты и обсуждения: Анализ эпидемиологического и энтомологического мониторинга за период с 2006 по 2014 года показал активизацию иксодовых клещей и их высокую зараженность вирусом ККГЛ в сезонный период на контролируемых населенных пунктах. За период 2006-2014гг собрано на исследование по обнаружению вируса ККГЛ 21131 особь иксодовых клещей с 36 населенных пунктов Туркестанского региона. В 18 населенных пунктах выявлены 460 клещей с положительными результатами по обнаружению вируса ККГЛ при лабораторном исследовании методами ИФА, РПГА, что составляет 50% зараженности вирусом ККГЛ среди населенных пунктов. Из общего числа сбора 21131 особи иксодовых клещей за период с 2006-2014гг в 32 анализах с положительными результатами по выявлению вируса ККГЛ (в городе 2 анализа, сельской местности 30). 2244 клеща обследовались лабораторным методом на инфицированность вирусом ККГЛ: в скотных помещениях обнаружены 177 клещей, на открытой территории природного очага – 186 клещей, а при осмотре домашних животных (крупного и мелкого рогатого скота) сбор клещей составил 1941.

В 18 населенных пунктах при получении положительных анализов по инфицированности клещей вирусом ККГЛ трижды за 9 лет выявлены в поселках Усенова, Нуртас и города Туркестан (центра), дважды за период исследования был обнаружен вирус ККГЛ в поселках Коскорган, Серт, Абай и

многokратно были обнаружены зараженные иксодовые клещи вирусом ККГЛ в поселках Кожанов, Старый Икан. Результаты определения вида клещей в населенных пунктах Туркестанского региона показали наличие распространения видовой принадлежности *Hyalomma scupense*, *Hyalomma anatolicum*, а также *Dermacentor daghestanicus (niveus)*. Индекс доминирования рода *Hyalomma* составил 58,33%, в том числе по видовой принадлежности *Hyalomma scupense* приходится 75,2%, *Hyalomma anatolicum* – 23,53%, *Hyalomma asiaticum* – 0,19%, а также встречаются единичные виды *Hyalomma excavatum* – 0,1% и *Hyalomma plumbeum* – 0,96%. *Dermacentor daghestanicus (niveus)* составляет по индексу доминирования 6,34%, *Haemaphysalis punctata* – 19,47%, *Boohpulus calcaratus* - 0,19%, род *Rhipicephalus* составил 15,63%, в том числе *Rhipicephalus turanicus* - 99,05% и *Rhipicephalus pumilio* – 0,94%. На территории Туркестанского региона по наблюдением за сельскохозяйственными животными – как прокормителями эктопаразитов выявили, что на крупном рогатом скоте (КРС) доминируют клещи *Hyalomma scupense* и *Hyalomma anatolicum*, а на мелком рогатом скоте (МРС) – встречаются в обилии *Haemaphysalis punctata*. В скотных помещениях наблюдаются мигрирующие имаго *Hyalomma scupens*, *Dermacentor daghestanicus (niveus)*, которые затем нападают и доминируют на крупном рогатом скоте (КРС). При лабораторном исследовании (ИФА) по обнаружению вируса ККГЛ в организме переносчиков среди выше перечисленных видов в большем процентном соотношении инфицированности являются виды *Hyalomma scupense*, *Hyalomma anatolicum*.

Анализ лабораторного исследования на выявление вируса ККГЛ клещей показал высокий уровень инфицированности: в 2006г – 6,0% и в 2009г – 5,58% - это пик инфицированности клещей, в 2007г – 3,52% и в 2014г -3,1%, с 2010г (1,81%) и 2013г (2,0%) небольшое снижение индекса зараженности. В среднем показатель инфицированности составил 18,54% на сельскохозяйственных животных, из общего количества собранных клещей за все годы средний показатель зараженности клещей со скота составляет – 1,7%. Общий показатель зараженности клещей – 20,49% из исследованных лабораторными методами ИФА, РПГА, а из общего количества собранных клещей за все годы средний показатель зараженности клещей составляет – 2,17%. Наиболее высокая инфицированность вируса ККГЛ клещей отмечается в трех сельских округах (Ушкайык, Орангай, Старый Икан), где регистрировались случаи ККГЛ (Ушкайык-4, Орангай-2, Старый Икан-2).

В природных очагах ККГЛ на территории Туркестанского региона важным носителем (резервуаром инфекции) и прокормителем эктопаразитов является большая песчанка *Rhombomys opimus*, живущие колониями. При проведении полевых работ по обследованию контрольных территорий природного очага ККГЛ в среднем размещение диких грызунов составляет 65-70% и в среднем численность достигает 4,5-5,5 особей, плотность колоний большой песчанки среднем колеблется в пределах от 2 до 3 особи на 1 га. В условиях аридной зоны ЮКО ведущую роль в передаче возбудителя ККГЛ играют виды *Hyalomma scupense*, особенностью этих видов клещей является обитание преимущественно в норах диких грызунов. Личинки и нимфы паразитируют на мелких грызунах, а также нападают и на насекомых животных в степной и полупустынной зонах.

Выводы: Существуют множество актуальных вопросов по изучению биологии переносчиков клещевой инфекции: это изучение и применение методов исследования на микс-инфекции в лабораториях по одномоментным лабораторным анализам клещей на все клещевые трансмиссивные заболевания. Необходимо углубленное изучение клещей – как носителей инфекций на этапах видовой и подвидовой принадлежности, так и по определению процента зараженности клещей на каждой стадии особи. Определение процента инфицированности в соотношении половой принадлежности клещей каждого вида дало бы определить вероятность зараженности самок и самцов, а также способствовало изучению механизма передачи возбудителей инфекций при размножении клещей на физиолого-молекулярном отношении. Не менее важно изучение факторов природного и техногенного характера для применения снижения заклещеванности территории, взаимосвязь действия возбудителей инфекций между переносчиками и позвоночными животными. И главное - это разработка новых отечественных технологий в борьбе с переносчиками. Только изучив мир опасных переносчиков можно предотвратить возникновения вспышек особо опасных инфекций не только в одной стране, но и во всем мире. Исследуя ареал обитания клещей при наблюдении на практике полевыми методами исследования и применением теоретических расчетов можно избежать летальных исходов людей.

ТҮЙІН

ҚР ОҚО Түркістан қ., Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық казак-түрік университетінің медицина факультетінің 3-курс студенттері – **Мухатаева А.Н, Ондашева А.А.**
Ғылыми жетекші – **Кузьмина А.Р.** – Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ-нің профилактикалық медицина кафедрасының оқытушысы

**ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫ ТҮРКІСТАН
АЙМАҒЫНДАҒЫ КОНГО ҚЫРЫМ ГЕМОРАГИЯЛЫҚ ҚЫЗБАСЫНЫҢ**

**ТАСЫМАЛДАУШЫЛАРЫ – ИКСОДАЛЫҚ КЕНЕЛЕРДІҢ БЕЛСЕНДІЛІК МАУСЫМЫНДАҒЫ
ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ЭНТОМОЛОГИЯЛЫҚ МОНИТОРИНГІ**

Зерттеудің материалдары мен тәсілдері: тасымалдаушылардың эпидемиологиялық мониторингі және маусымдық динамикасының есепке алынуы, зерттеуге алынған зертханалық талдаулардың қолданылуы, трансмиссивті инфекцияларды тасымалдаушылардың көпжылдық энтомологиялық бақылауы, тасымалдаушыларға қарсы күрес әдістерін әзірлеу үшін КҚГҚ табиғи ошақтар аумағының даласын тексеру және эпидемиологиялық зерттеу.

Зерттеудің мақсаты: Көптеген жылдар бойғы Қазақстан Республикасының ОҚО Түркістанаумағында КҚГҚ-ның тасымалдаушыларының белсенділігін және спорадикалық сырқаттанушылықтың көріністерінің қадағалауын зерттеу. Бұл тезис ҚР ОҚО Түркістан аймағының аумағындағы КҚГҚ жағдайларын тіркеу статистикасын зерттеуге арналған(ОҚО Түркістан аймағындағы 100 мың тұрғынға шаққандағы көрсеткіштердің есептелуінде және абсолютті мөлшерде); 2006-2015жж, яғни 10 жылдық кезеңдегі кенелердің есепке алынуын және Түркістан аймағының аумағында КҚГҚ жағдайларының анықталуының таратылуы туралы кейінгі пікірлердің тұжырымдарын талдау; уақыт және себеп факторларымен (кенелердің белсенділік маусымы), қорытынды тұжырымдар (пікірлер) жасау.

Кілт сөздер: КҚГҚ (Конго-Қырым геморрагиялық қызбасы), КҚГҚ вирусы, тасымалдаушылар - иксодалық кенелер, табиғи ошақтар, кенелердің басымдық индексі, кенелердің жұқтырған индексі, кенелердің инфекцияланған көрсеткіші, иксодалық кенелердің таратылуы, ірі қара мал (ІҚМ), шағын мал (ШМ).

SUMMARY

A.N. Mukhatayeva, A.A. Ondasheva – the 3th year students of medical faculty of International Kazakh-Turkish university named after H.A. Yassavi, Turkestan, South Kazakhstan of the Republic of Kazakhstan
The research supervisor – **A.R. Kuzmina** – the teacher of preventive medicine department of International Kazakh-Turkish university named after H.A. Yassavi

**EPIDEMIOLOGICAL AND ENTOMOLOGICAL MONITORING DURING THE SEASON OF
ACTIVITY OF CARRIERS – IXODIC PINCERS OF CONGO-CREMIAN OF HEMORRHAGIC FEVER
IN THE TURKESTAN,SOUTH KAZAKHSTAN OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN**

Methods and materials: epidemiological monitoring and the accounting of seasonal dynamics of carriers, application of the received laboratory analyses of researches, long-term entomological supervision over carriers the transmissivity of infections, field inspections and epidemiological investigations of territories of the natural centers of CCHF for development of methods of struggle against carriers.

Purpose: the study of tracking the development of sporadic incidence of CCHF and activity of carriers in the territory of Turkestan, South Kazakhstan of the Republic of Kazakhstan for the long-term period.

This thesis deals with the researches of case registration statistics of CCHF in the territory of the Turkestan, South Kazakhstan of the Republic of Kazakhstan (in absolute quantity and calculation of indicators for 100 thousand of the population of Turkestan, South Kazakhstan); the analysis for 10 year period between 2006-2015 the accounting of pincers with the subsequent comments of conclusions on distribution of case identification of CCHF in the territory of Turkestan, South Kazakhstan of the Republic of Kazakhstan; according to time and factors of the reason (seasonality of pincers' activity), final conclusions (comments).

Key words: CCHF (Congo-Crimean Hemorrhagic Fever), CCHF virus, carriers - ixodic pincers, the natural centers, an index of domination of pincers, an index of contamination of pincers, an indicator of contamination of pincers, distribution of the ixodic pincers, the cattle (C), the small cattle (SC).

УДК:616.831.9-002.692-022:615.33(574.5)

А.Б.Жүніс – Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясының 5 курс студенті, Шымкент қ, Қазақстан Республикасы, zhunis.aynur@mail.ru

Г.Б.Түймебаева - Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясының 5 курс студенті, Шымкент қ, Қазақстан Республикасы, gauhar.tuymebaeva.1994@mail.ru

К.Д.Кульжанова- Шымкент қалалық, Жұқпалы аурулар ауруханасының бактериологиялық зертханасының меңгерушісі.

Ғылыми жетекші - Б.Т.Сейтханова, м.ғ.д.,и.о.профессор– Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика Академиясы, Шымкент қ, Қазақстан Республикасы, d.m.n._bibigul@mail.ru

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНДАҒЫ МЕНИНГИТ ҚОЗДЫРҒЫШЫНЫҢ АНТИБИОТИКТЕРГЕ СЕЗІМТАЛДЫҚ ҚАСИЕТТЕРІ

ТҮЙІН

Мақсаты: Бұл мақалада 2014-2015 жылдар аралығында ОҚО-ғы тұрғындар арасында менингит қоздырғышының антибиотиктерге сезімталдық қасиеттерін салыстырмалы түрде анықтай отырып, тиімдісін көрсету.

Кілт сөздер: Neisseria meningitides, антибиотикке сезімталдық, түрлі құрамы, микробиологиялық зерттеу.

Кіріспе: Менингококк қоздырғышының антибиотиктерге сезімталдығымен түр спектрі уақыт өткен сайын кез келген клиникада өзгерістерге ұшырайды, бұл тұрақты микробиологиялық мониторинг жүргізуді қажет етеді[2,3,4].

2014-2015 жылдар аралығында ОҚО-ғы тұрғындар арасында менингококк қоздырғышының саны артты. Бұл мәселенің өзектілігін түсіну үшін менингококк қоздырғышының эпидемиологиясымен танысқан жөн. Менингит ауруының ең жоғары көрсеткіші Африкадағы сахарадан оңтүстік бағытқа қарай таралып, Батыс Синигалдан Шығыс Эпиопаға дейін созылады[1]. 2014 жылы Африканың 19 елінде 11908 адам менингит ауруымен тіркеуде тұрған. Осы есеп бойынша 1146 жағдай өліммен аяқталған.

Материалдар және әдістер: Менингококк қоздырғышының антибиотикке сезімталдығын зерттеу мақсатында 2014 және 2015 жылдар аралығында Шымкент қалалық, Жұқпалы аурулар ауруханасындағы 5 айлық балалар және 61 жас аралығындағы 97 науқас зерттеуге алынды. Науқастардың 60,2% ерлер және 39,8% көрсеткішті әйелдер құрап отыр. 2014 жылы 24,8% 15 жасқа дейінгі балалар және 75,2% ересек науқастар құрады. 2015 жылы 71,3% 15 жасқа дейінгі балалар және 28,7% ересек науқастар құрады. Емделген науқастардан мұрын жұтқыншақ, қан, қалың тамшы және жұлын сұйықтығының нәтижелері талданды. Бактериологиялық әдіспен зерттеу жүргізілді, менингококк қоздырғышын өсіру үшін линкомицин қосылған агары қолданылды. Инкубациялық кезеңі 24-48 сағатта, 5-8% жоғарғы көмірқышқыл газында термостатта 37 °C жүргізілді. Антибиотик препараттарға сезімталдық тығыз қоректік ортаға егу арқылы диск әдісімен анықталды.

Нәтижелері және талдау зерттеу: Менингококк қоздырғышына антибиотиктердің сезімталдығын зерттеу үшін 2014 жылы 41 науқас, 2015 жылдың алғашқы 10 айында 56 науқас талданды. Зерттеу барысында 2014жылы 41 науқастың 34-нен жұлын сұйықтығы, 3-нен қан, 2- мұрын жұтқыншақ, 2- қалың тамшы; 2015 жылы 56 науқастың, 36- жұлын сұйықтығы, 8-қан, 9- мұрын жұтқыншақ, 3- қалың тамшы материалдарынан анықталды. 97 менингококк штамнан цефтриоксонда- 62, ципрофлоксацин- 53, цефозолин- 45, цефуросксим-39, пеницилин-32 жоғары сезімталдық қасиеттері анықталды.

Қорытынды:

Зерттеу нәтижесінде Neisseria meningitides қоздырғышы штамының антибиотиктерге сезімталдық қасиеттері қан және мұрын жұтқыншаққа қарағанда, жұлын сұйықтығында жоғары көрсеткішті көрсетті. Менингококк қоздырғышының антибиотиктерге сезімталдық қасиеттерін салыстырмалы түрде анықтай отырып, тиімдісі цефтриоксан, ципрофлоксацин, цефозолин, цефуросксим, пеницилин препараттары екендігі дәлелденді.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Гильманов А. Ж. Д-димер: Что? Как? У кого? С какой целью? // Клинико-лаб. консилиум. 2010. № 6 (31). С. 38–46.
2. Зенькова С. К., Семенов В. М., Скворцова В. В. Эпидемиологическая особенность гнойных менингитов и менингоэнцефалитов не менингококковой этиологии. В кн.: Актуальные аспекты военной медицины. Сб.

научных трудов главного военно-медицинского клинического центра «ГВКГ» Украины. Киев, 2010, с. 147–152.

3. Платонов А. Е., Николаев М. К. и др. Заболеваемость гнойными менингитами у детей в возрасте до 5 лет в регионах России // Журн. эпидемиология и инфекционные болезни. 2010, № 3, с. 11.

4. Шишов А. С., Григорьевская У. Б., Гурьянов А. В. и др. Некоторые клинические особенности бактериальных инфекций с синдромом гнойного менингита // Журн. неврол. и психиат. 2011; 111: 4: 90–95.

5. Чувствительность менингококков к антибиотикам выбора // А.П.Кудин., г.В.Барановская., А.А. Астапов., Н.Л.Клюйно// Медицинские новости-2010-№3-с 60-63.

Хангелді А.Е. – студент 6-го курса Медицинского университета Астана, г.Астана, Республика Казахстан, akmaral_hangeld@mail.ru

Научный руководитель – **Лозовой В.М.** - д.м.н., зав.кафедрой детской хирургии, г.Астана, Республика Казахстан, v.m.loz@mail.ru;

Хамитов М.К. –к.м.н., ассистент кафедры детской хирургии, Астана, Республика Казахстан, medet.khamitov@mail.ru.

ВЫБОР АДЕКВАТНОГО СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

АННОТАЦИЯ

В статье приведен опыт лечения болезни Гиршпрунга у детей в ГККП ДГБ №2 за период 2010-2015гг. Обсуждаются вопросы диагностики, варианты клинических проявлений, а также распределение детей по формам и методам хирургического лечения. Рассматриваются лечебные подходы, варианты оперативного вмешательства при определенных формах болезни Гиршпрунга у детей. Проведен анализ интра и послеоперационных осложнений. Представлен последовательный этап оперативного вмешательства по методам De la Torre-Mandragon, Georgeson и Soave. Целью исследования явилось выбор оптимального способа операции при различных формах болезни Гиршпрунга у детей.

Ключевые слова: Болезнь Гиршпрунга, дети, способы, лечение.

В настоящее время болезнь Гиршпрунга встречается значительно чаще. Радикальное хирургическое лечение данной патологии решается разными способами. Ряд осложнений и рецидивов, достигающие по данным различных авторов до 60% и является результатом не только декомпенсации вышележащих отделов толстой кишки, но и следствием ряда отрицательных характеристик самого доступа, что заставляют искать другие методики оперативного лечения.

Лечение болезни Гиршпрунга в первые месяцы жизни представляет определенные сложности. Ошибки диагностики и неадекватная тактика лечения в данном возрасте являются основными причинами высокой летальности, которая достигает от 8-33%.

Ранняя диагностика и лечение больных с болезнью Гиршпрунга и выбор оптимального метода лечения являются актуальной проблемой на сегодняшний день, что послужило основанием для проведения настоящего исследования.

Цель исследования: выбор оптимального способа операции при различных формах болезни Гиршпрунга у детей.

Методы и материалы. За период 2010-2015 гг. на стационаре ГККП ДГБ №2 хирургическое лечение получили 42 ребенка. Возраст пациентов колебался от 1 месяца до 14 лет из них 22 (52%) детей составили мальчики, 20(48%) – девочки. В возрастном аспекте больные распределились следующим образом: дети до года – 15 (35,7%); 1-3 лет -14 (33,4%); 4-7 лет –8 (19%), дети 8-10 лет -3 (7,14%); 11-14 лет –2 (4,76%),. Из числа анатомических форм болезни наиболее часто встречалась ректосигмоидная в 34 (83%) случаях, ректальная форма – у 2 (3%) пациентов, субтотальная – в 6(14%) наблюдениях. Хирургическое лечение по методам - Soave 11 (26 % случаев), De la Torre-Mondragon – 19 (45 % наблюдений), Georgeson – 12 (29 % случаев) пациентам.

Результаты. Больные при операции по De la Torre-Mandragon и по Georgeson в гемотрансфузии не нуждались, при операции по Soave в 4 (40 % детей) случаях потребовалась гемотрансфузия. Длительность

пребывания после операции составили по методам: Soave - 13,2. De la Torre-Mondragon –10,6. Georgeson – 7,6 дней. Перистальтика кишечника после использования способа Soave появлялась в среднем на 3-и сутки, De la Torre-Mondragon – в первые сутки, Georgeson – в течение 1 дня.

Брюшно-промежностная проктопластика по Soave является наиболее травматичной операцией, требует 2-х оперативных вмешательств и более длительного пребывания больного на койке после операции.

При ректосигмоидной форме и не длинном аганглиарном сегменте методом выбора является трансанальная коррекция по De la Torre-Mondragon, дающая наибольший процент хороших результатов.

При длинном аганглиарном сегменте методом выбора является лапароскопическая коррекция болезни Гиршпрунга по Georgeson.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белоусов Ю.В. Педиатрическая гастроэнтерология: Новейший справочник. – М.: Эксмо, 2006. – С. 680–684.
2. Болезнь Гиршпрунга. – <http://smirnov-gastroentero.narod.ru>.
3. Долецкий С.Я., Пугачев А.Г. Непроходимость пищеварительного тракта у новорожденных и грудных детей. – М., 1968. – С. 254.
4. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Красовская Т.В. Абдоминальная хирургия у детей. – М., 1988. – С. 203.
5. Ленюшкин А.И. Детская колопроктология. – М., 1990. – С. 176.
6. Логинов А.С., Парфенов А.И. Болезни кишечника: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2000. – С. 257–259.
7. Пайков В.Л., Хацкель С.Б. Гастроэнтерология детского возраста в схемах и таблицах: Справочное руководство. – СПб: Спец. лит-ра, 1998. – 534 с.
8. Протокол лечения болезни Гиршпрунга у детей. – <http://www.medafarm.ru>.
9. Руководство по гастроэнтерологии: В 3 т. / Под ред. Ф.И. Комарова, А.Л. Гребнева. – Т.3. Болезни поджелудочной железы, кишечника, системные заболевания с нарушением функций пищеварительного тракта. – М.: Медицина, 1996. – С.337–340.
10. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. – М.: Медицина, 1984. – С. 384.

Reference:

1. Baird P.A. Hirschsprung disease in a large birth cohort// Teratology. – 1985. – Vol. 32. – P. 171–177.
2. Bodian M., Carter C. A family study of Hirschsprung disease // Ann. Hum. Genet. – 1963. – Vol. 26. – P. 261.
3. Bolande R.P. The neurocristopathies; a unifying concept of disease arising in neural crest development // Hum. Pathol. – 1973. – Vol. 5. – P. 409–429.
4. Brooks A.S., Breuning M.H., Meijers C. Spectrum of phenotypes associated with Hirschsprung disease: an evolution of 239 patients from a single institution. The Third International Meeting Hirschsprung disease and related neurocristopathies. – France: Evian, 1988.
5. Goldberg E.I. An epidemiological study of Hirschsprung's disease // Int. Epidemiol. – 1984. – Vol. 13. – P. 479–485.

ТҮЙІН

Хангелді А.Е – Астана медицина университетінің 6 курс студенті, Астана қ., Қазақстан Республикасы, akmaral_hangeldi@mail.ru

Ғылыми жетекші – Лозовой В.М., м.ғ.д., балалар хирургия кафедрасының меңгерушісі, Астана қ., Қазақстан Республикасы, v.m.loz@mail.ru;

Хамитов М.К. м.ғ.к., балалар хирургия кафедрасының ассистенті, Астана қ., Қазақстан Республикасы, medet.khamitov@mail.ru

БАЛАЛАРДАҒЫ ГИРШПРУНГ АУРУЫН ХИРУРГИЯЛЫҚ ТҮЗЕТУДІҢ ҚОЛАЙЛЫ ТӘСІЛІН ТАҢДАУ

Мақалада 2010-2015 жылдардағы №2 ҚБА МКҚК балалар арасындағы Гиршпрунг ауруының емдеу тәжірибиесі көрсетілген. Диагностикалау мәселесі, клиникалық көрсетулері, сондай-ақ нысаны және хирургиялық емдеудің тәсілдері арқылы балаларды бөлу талқыланады. Емдеу ықпалдары, операцияға араласу ваианттары, Гиршпрунг ауруының белгілі бір түрінде қарастырылған. De la Torre-Mondragon, Georgeson, Soave тәсілдері арқылы операцияға араласу тізбекті кезеңдері көрсетілген.

Зерттеу мақсаты: балалар арасындағы Гиршпрунг ауруының белгілі бір түрлерінде операцияның тиімді тәсілін таңдау.

Кілт сөздер: Гиршпрунг ауруы, балалар, тәсілдер, емдеу

SUMMARY

Khangeldi A.Y. - the student of 6th course of Astana Medical University, Astana, Republic of Kazakhstan, akmaral_hangeldi@mail.ru

Scientific director: **Lozovoy V.M.**, MD, PhD, Prof., Head of the department of pediatric surgery; Astana, Republic of Kazakhstan, v.m.loz@mail.ru

Khamitov M.K., MD assistant of the department of pediatric surgery, Astana, Republic of Kazakhstan, medet.khamitov@mail.ru

SELECTION OF ADEQUATE METHOD OF SURGICAL CORRECTION OF HIRSCHSPRUNG'S DISEASE IN CHILDREN

The article presents the experience of the treatment of Hirschsprung's disease in children in CCH №2 over the period between 2010-2015. The questions of diagnosis, clinical manifestations of options, as well as distribution of children according to the forms and methods of surgical treatment are discussed. Therapeutic approaches are considered, embodiments of surgical intervention in certain forms of Hirschsprung's disease in children. It is performed the analysis of intra and postoperative complications. The consecutive stages of surgical intervention on the methods De la Torre-Mandragon, Georgeson and Soave are presented.

The purpose of the investigation was the choice of method of operation in various forms of Hirschsprung's disease in children.

Key words: Hirschsprung's disease, children, methods, treatment.

УДК 616-005.1-08+616.441-008.64

М.В. Чепис – аспирант Тюменского государственного медицинского университета, г. Тюмень, Российская Федерация, 89829174553@mail.ru

А.А. Клименова – студентка 5-го курса Тюменского государственного медицинского университета, г. Тюмень, Российская Федерация

Е.С. Ральченко – ассистент Тюменского государственного медицинского университета, г. Тюмень, Российская Федерация

Научный руководитель – **И.В. Ральченко** – к.б.н., профессор Тюменского государственного медицинского университета, г. Тюмень, Российская Федерация, ralchenko@tyumsmu.ru

ТРОМБОЦИТАРНЫЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ

Аннотация

Среди эндокринных заболеваний распространенность патологии щитовидной железы у населения на большей части территории России занимает первое место. Гормоны щитовидной железы оказывают различные эффекты на систему гемостаза, это подтверждается тем, что дисфункции щитовидной железы могут быть связаны с состоянием как гипокоагуляции, так и гиперкоагуляции. Литературные данные по оценке состояния тромбоцитарной функции у пациентов с дисфункцией щитовидной железы противоречивы. Целью нашей работы является изучение тромбоцитарного звена гемостаза при гипотиреозе.

Ключевые слова: гемокоагуляция, тромбоциты, агрегация, гипотиреоз

Патология щитовидной железы является одной из самых частых среди эндокринных заболеваний. У больных с заболеваниями щитовидной железы отмечаются отклонения гематологических параметров. Важнейшую роль в физиологии свертывания крови играют тромбоциты. Анализ литературных данных показал, что повышение или изменение функциональной активности щитовидной железы приводит к изменению со стороны тромбоцитарной функции. Стоит отметить, что данные исследования немногочисленны и порой противоречивы.

Материалы и методы. В исследование включено 40 пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении в Тюменском областном эндокринологическом диспансере. Все пациенты с патологией щитовидной железы и были разделены на три группы, сопоставимых по полу и возрасту. Критериями исключения из исследования пациентов было наличие в анамнезе следующих патологий: злокачественные новообразования, заболевания желудочно-кишечного тракта, злоупотребление алкоголем, курение, инфаркт

миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, лихорадочные состояния, сердечная недостаточность, а также прием препаратов, влияющих на свертывание крови.

Пациенты первой группы включали 15 человек с манифестным гипотиреозом, средний возраст 45 лет. Уровень тиреотропного гормона гипофиза (ТТГ) в этой группе составил $3,98 \pm 0,81$ мкМЕ/мл, суточная доза L-тироксина составила 75 мкг. Вторую группу составили 15 пациентов (средний возраст 50 лет) с диагнозом нетоксический одноузловой зоб, эутиреоз – уровень ТТГ $2,12 \pm 0,27$ мкМЕ/мл, T_4 свободный (T_4 св.) $14,4 \pm 0,64$ пмоль/л. В третью группу были включены пациенты (10 человек) имеющие оба диагноза – нетоксический одноузловой зоб и манифестный гипотиреоз, средний возраст составил 43 года. В данной группе уровень ТТГ составил $13,5 \pm 0,65$ мкМЕ/мл, T_4 св. $16,6 \pm 0,8$ пмоль/л.

Исследование агрегации проводили на лазерном агрегометре «Биола» (Россия), оценивая динамику изменений светопропускания плазмы и динамику изменения размеров агрегатов. В качестве индуктора агрегации использовали раствор аденозинфосфата (АДФ) в конечной концентрации $0,25 \times 10^{-5}$ М «Технология-Стандарт», Россия. Для оценки агрегационной функции тромбоцитов у пациентов расшифровывали агрегатограммы, устанавливая значение максимальной агрегации /МА/, максимальную скорость агрегации, максимальный размер тромбоцитарных агрегатов /МРА/ оценивали по результатам их динамического измерения на агрегометре.

Цифровые результаты исследований обрабатывали методом вариационной статистики для малых рядов наблюдений с вычислением средней арифметической (М), средней ошибки средней арифметической (m), среднеквадратического отклонения (σ). Для определения достоверности отличий вычисляли доверительный коэффициент Стьюдента (t) и величину вероятности (p). Различия оценивали как достоверные при значениях степени вероятности ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждения. При анализе полученных данных спонтанная агрегация не изменялась по всех исследуемых группах ($1,11 \pm 0,14$ % в первой, $1,04 \pm 0,07$ % во второй и $1,09 \pm 0,09$ % в третьей группах соответственно).

У пациентов с манифестным гипотиреозом наблюдались следующие достоверно значимые изменения: снижение АДФ-индуцированной агрегации ($7,8 \pm 1,02$ %), увеличение скорости агрегации ($9,03 \pm 0,01$ сек.), рост размера агрегатов ($1,59 \pm 0,16$ у.е.).

В группе пациентов с нетоксическим одноузловым зобом: отмечается увеличение АДФ-индуцированной агрегации ($11,83 \pm 4,94$ %) и снижение скорости ее достижения ($19,38 \pm 3,28$ сек.), а также снижение скорости образования максимального размера агрегатов ($1,62 \pm 0,78$ сек.). У пациентов с осложненной патологией щитовидной железы (сочетание нетоксического одноузлового зоба и манифестного гипотиреоза) изменения функциональной активности тромбоцитов были более значимы, а именно снижение АДФ-агрегации тромбоцитов ($4,45 \pm 0,08$ %), снижение размера агрегатов ($1,37 \pm 0,1$ у.е.) и рост скорости образования агрегатов ($0,88 \pm 0,37$ сек.).

Выводы. Следовательно, при нарушениях функции щитовидной железы (манифестный гипотиреоз; нетоксический одноузловой зоб; нетоксический одноузловой зоб и манифестный гипотиреоз) наблюдаются изменения агрегационной активности тромбоцитов. Нами установлена связь между глубиной поражения щитовидной железы и функциональной активностью тромбоцитов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бышевский А.Ш., Галян С.Л., Сулкарнаева Г.А., Шаповалов П.Я. О роли щитовидной железы в регуляции гемостаза. – М.: Медицинская книга, 2006. – 96 с.
2. Егорова Е.Н., Иванов А.М., Харитонов М.А., Вавилова Т.В. Функция тромбоцитов у больных с гипотиреозом // Клинические исследования. – 2013. – №4 (49). – С. 64-69.
3. Петунина Н.А., Мартиросян Н.С., Трухина Л.В. Дисфункция щитовидной железы и система кроветворения // Клиническая и экспериментальная тиреодиология. – 2011. – Т.7 — №4. – С. 27-31.
4. Erem C. Coagulation and fibrinolysis in thyroid dysfunction // Endocrine. – 2009. – № 36 (1). – P. 110–118.
5. Masunga R., Nagasaka A., Nakai A., Kotake M. et al. Alternation of platelet aggregation in patients with thyroid disorders // Metabolism. – 1997. – 46. – P. 1128-1131.

Reference:

1. Byshevsky A.Sh., Galyan S.L., Sulkarnayeva G.A., Shapovalov P.Ya. O roli shchitovidnoy zhelezy v regulyatsii gemostaza. – M.: Meditsinskaya kniga, 2006. – 96 s.
2. Egorova Ye.N., Ivanov A.M., Kharitonov M.A., Vavilova T.V. Funktsiya trombotsitov u bolnykh s gipotireozom // Klinicheskiye issledovaniya. – 2013. – №4 (49). – S. 64-69.
3. Petunina N.A., Martirosyan N.S., Trukhina L.V. Disfunktsiya shchitovidnoy zhelezy i sistema krovotvoreniya // Klinicheskaya i eksperimentalnaya tireodiologiya. – 2011. – T.7 — №4. – S. 27-31.

RESUM

Chepis M.V. – The graduate student of Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia
Klimenkova A.A. – The student of 5st course of Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia
Ralchenko E.S. – The assistant of Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia
Mentor: **Ralchenko I.V.** – Prof., Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

THE PLATELET HEMOSTASIS IN HYPOTHYROIDISM

Incidence of thyroid dysfunction in Russian population takes the first place among endocrinological diseases. Thyroid hormones have different effect on hemostasis system. It is proved that subclinical and true thyroid dysfunctions are related to hypocoagulation and hypercoagulation. The data of platelets function in patient with thyroid dysfunction are contraversal. The aim of work is to investigate the aggregating activity of platelets in manifested hypothyroidism and in diffuse non-toxic goiter.

Key words: hemocoagulation, platelets, aggregation, hypotheriosis

М.А. Баранник – преподаватель, Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина, Maryano4ka2008@ukr.net

О.И. Гордиенко – д.ф.-м.н., проф., Институт проблем криобиологии и криомедицины НАНУ, Харьков, Украина

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ РАСЧЕТ ПОВЕРХНОСТНОГО ПОТЕНЦИАЛА ЭРИТРОЦИТОВ В СРЕДАХ С РАЗЛИЧНОЙ КОНЦЕНТРАЦИЕЙ ХЛОРИДА КАЛЬЦИЯ

Ключевые слова: адгезия, эритроциты, поверхностный потенциал, уравнение Грэма.

Введение. Процесс межклеточной адгезии обычно обсуждается в терминах модели двухступенчатой сорбции, на первом этапе которой осуществляется в основном обратимое прикрепление, тогда как на втором происходит необратимый молекулярный и клеточный адгезивный процесс. Важным фактором, влияющим на адгезивные процессы, являются физико-химические характеристики среды, в частности присутствие в ней двухвалентных катионов. Определяющую роль в межклеточном адгезивном процессе играют электростатические взаимодействия.

Целью данной работы было оценить вклад электростатической составляющей в межклеточном взаимодействии при участии эритроцитов в средах с различной концентрацией 2:1 электролита на первом обратимом этапе адгезии.

Поскольку клетки несут суммарный отрицательный электрический заряд, они имеют тенденцию отталкиваться друг от друга электростатическими силами. Силы отталкивания двойного электрического слоя чувствительны к типу и концентрации электролита, pH и поверхностной плотности заряда (или поверхностного потенциала φ_0). Наличие двухвалентных катионов вызывает кардинальные изменения поверхностного потенциала. Размер φ_0 во многом определяется двухвалентными катионами, если их концентрация превышает 3% от концентрации одновалентных ионов. При высоких концентрациях двухвалентные ионы часто вступают в химические связи с отрицательно заряженными группами на поверхности, тем самым снижая плотность поверхностного заряда σ и еще больше уменьшая поверхностный потенциал φ_0 , так что во многих случаях поверхности оказываются полностью нейтрализованными ($\sigma \rightarrow 0$, $\varphi_0 \rightarrow 0$) в присутствии миллимолярных концентраций Ca^{2+} .

Математическая модель. Рассмотрим распределение ионов вблизи изолируемой поверхности в контакте с раствором электролита. Если записать полную плотность заряда в любой точке x как $\sum_i z_i e \rho_{xi}$, а полную концентрацию ионов (числовую плотность) как $\sum_i \rho_{xi}$, то распределение Больцмана для ионов i в точке x имеет вид

$$\rho_{xi} = \rho_{\infty i} e^{\frac{z_i e \varphi_x}{kT}} \quad (1)$$

а на поверхности, при $x=0$, значение плотности ρ и потенциала φ связаны отношением

$$\rho_{0i} = \rho_{\infty i} e^{\frac{z_i e \varphi_0}{kT}} \quad (2)$$

где $\rho_{\infty i}$ - концентрация ионов i в объеме раствора (при $x = \infty$), где $\varphi_0 = 0$.

Полная концентрация ионов у изолируемой поверхности с плотностью заряда σ составляет:

$$\sum_i \rho_{0i} = \sum_i \rho_{\infty i} + \frac{\sigma^2}{2\varepsilon\varepsilon_0 kT} \quad (3)$$

где ε_0 - диэлектрическая проницаемость вакуума ($\text{Кл}^2 \text{Дж}^{-1} \text{м}^{-1}$), ε - относительная диэлектрическая проницаемость среды, k - постоянная Больцмана (ДжК^{-1}); T - абсолютная температура (К); ρ_{∞} - плотность ионов в объемном растворе (м^{-3}).

Соотношение между плотностью поверхностного заряда σ и поверхностным потенциалом φ_0 для смеси электролитов $\text{NaCl} + \text{CaCl}_2$ получаем из формулы:

$$\begin{aligned} \sigma^2 &= 2\varepsilon\varepsilon_0 kT \left(\sum_i \rho_{0i} - \sum_i \rho_{\infty i} \right) = \\ &= 2\varepsilon\varepsilon_0 kT \left\{ [\text{Na}^+]_{\infty} e^{-\frac{e\varphi_0}{kT}} + [\text{Ca}^{2+}]_{\infty} e^{-\frac{2e\varphi_0}{kT}} + [\text{Cl}^-]_{\infty} e^{+\frac{e\varphi_0}{kT}} - [\text{Na}^+]_{\infty} - [\text{Ca}^{2+}]_{\infty} - [\text{Cl}^-]_{\infty} \right\} \end{aligned} \quad (4)$$

Поскольку $[\text{Cl}^-]_{\infty} = [\text{Na}^+]_{\infty} + 2[\text{Ca}^{2+}]_{\infty}$, это выражение можно записать в виде:

$$\sigma^2 = 2\varepsilon\varepsilon_0 kT \left\{ [\text{Na}^+]_{\infty} \left(e^{-\frac{e\varphi_0}{kT}} + e^{+\frac{e\varphi_0}{kT}} - 2 \right) + [\text{Ca}^{2+}]_{\infty} \left(e^{-\frac{2e\varphi_0}{kT}} + 2e^{+\frac{e\varphi_0}{kT}} - 3 \right) \right\} \quad (5)$$

Тогда конечный результат запишется в виде:

$$\sigma = (8\varepsilon\varepsilon_0 kT)^{\frac{1}{2}} \sinh \left(\frac{e\varphi_0}{2kT} \right) \left\{ [\text{Na}^+]_{\infty} + [\text{Ca}^{2+}]_{\infty} \left(2 + e^{-\frac{e\varphi_0}{kT}} \right) \right\}^{\frac{1}{2}} \quad (6)$$

или при 37°C , где концентрации $[\text{NaCl}] = [\text{Na}^+]_{\infty}$, и $[\text{CaCl}_2] = [\text{Ca}^{2+}]_{\infty}$, выраженные в единицах М, плотность заряда σ в Кл/м^2 и потенциал φ_0 в мВ:

$$\sigma = 0.119 \sinh \left(\frac{\varphi_0}{53.4} \right) \left\{ [\text{NaCl}] + [\text{CaCl}_2] \left(2 + e^{-\frac{\varphi_0}{26.7}} \right) \right\}^{\frac{1}{2}} \quad (7)$$

Данное уравнение, известное как уравнение Грэма, позволяет вычислить значение поверхностного потенциала φ_0 , если известна величина плотности поверхностного заряда σ .

Результаты и обсуждение. Для эритроцитов плотность поверхностного заряда $\sigma = -1,31 \cdot 10^{-2} \text{ Кл/м}^2$. В нашей работе [Апикієва М.О., 2015], было показано, что введение в среду даже небольших концентраций кальция приводит к уменьшению поверхностного заряда. Для концентрации CaCl_2 $0,9 \cdot 10^{-3} \text{ М}$ уменьшение поверхностного заряда составило $\sim 18\%$, для концентраций $1,8 \cdot 10^{-3} \text{ М}$, $2,7 \cdot 10^{-3} \text{ М}$, $3,6 \cdot 10^{-3} \text{ М}$ $\sim 11\%$. Итак будем считать, что в первом растворе $\sigma \approx 1,074 \cdot 10^{-2} \text{ Кл/м}^2$, в других $\sigma \approx 1,166 \cdot 10^{-2} \text{ Кл/м}^2$.

Компьютерное вычисление поверхностного потенциала эритроцитов в изотоническом растворе NaCl с добавлением указанных концентраций CaCl_2 (близких к концентрации в плазме крови) по формуле (7) дают следующие величины:

$$0,15 \text{ М NaCl} + 0,9 \cdot 10^{-3} \text{ М CaCl}_2 \rightarrow \varphi_0 = -12,2 \text{ мВ}$$

$$0,15 \text{ М NaCl} + 1,8 \cdot 10^{-3} \text{ М CaCl}_2 \rightarrow \varphi_0 = -13,2 \text{ мВ}$$

$$0,15 \text{ М NaCl} + 2,7 \cdot 10^{-3} \text{ М CaCl}_2 \rightarrow \varphi_0 = -13,1 \text{ мВ}$$

$$0,15 \text{ М NaCl} + 3,6 \cdot 10^{-3} \text{ М CaCl}_2 \rightarrow \varphi_0 = -13,0 \text{ мВ}$$

для $0,15 \text{ М NaCl}$ рассчитан поверхностный потенциал составлял $\varphi_0 = -14,7 \text{ мВ}$.

Выводы. Рассчитанные данные свидетельствуют о том, что при изменении поверхностной плотности заряда сравнительно небольшая добавка двухвалентных ионов существенно снижает величину поверхностного потенциала φ_0 . Полученные расчетные величины могут быть использованы для оценки вклада электростатических сил в межклеточные взаимодействия.

RESUME

M.O. Barannyk - lecturer, Department of Physics, National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine, Maryano4ka2008@ukr.net

O.I. Gordiyenko - – D.Sc. in Biophysics, Prof., Institute for Problems of Cryobiology and Cryomedicine NAS of Ukraine, Kharkiv, Ukraine.

THEORETICAL CALCULATION OF THE ERYTHROCYTES SURFACE POTENTIAL IN MEDIA WITH DIFFERENT CONCENTRATIONS OF CALCIUM CHLORIDE

In the two-stage sorption model of intercellular adhesion at the first stage is mostly reversible attachment, while at the second irreversible stage molecular and cellular adhesion processes take place. An important factor, influencing the adhesion processes, is physical-chemical characteristics of the medium, in particular, the presence of divalent cations therein. The aim of this work is to assess the role of electrostatic component of the intercellular interactions involving erythrocytes in media with different 2:1 electrolyte concentration at the first reversible stage of adhesion. Electrostatic interactions play a decisive role in intercellular adhesion process. The obtained theoretical calculations of the erythrocytes surface potential in media with different concentrations of calcium chloride can be used for estimating the contribution of electrostatic forces in intercellular interactions.

Key words: *adhesion, erythrocytes, surface potential, the Grahame equation.*

Самарская М.В., Кондратьева А.И., Филипченкова А.В., Стрюкова В.С. – студенты 5-го, 3-го и 2-го курсов Донецкого национального университета, г. Донецк, Украина, summersky@list.ru

МОДУЛЯЦИЯ УМЕРЕННЫМИ ФИЗИЧЕСКИМИ НАГРУЗКАМИ ЭФФЕКТОВ ГИПЕРКОРТИЦИЗМА НА СКЕЛЕТНУЮ МЫШЦУ БЕЛЫХ КРЫС

Известно, что первопричиной многих функциональных и метаболических расстройств в скелетной мускулатуре, вызванных избытком глюкокортикоидов, является их катаболический эффект на мышечные волокна, обуславливающий развитие очаговых деструктивных изменений в них. Исходя из этого, в литературе высказывается предположение, согласно которому средства и факторы, стимулирующие анаболизм или затормаживающие катаболизм белков в мышечной ткани, возможно, окажутся способными несколько сглаживать негативные эффекты глюкокортикоидов на скелетную мышечную ткань. В качестве таких средств рассматриваются умеренные физические нагрузки, оказывающие анаболический эффект на участвующие в их осуществлении скелетные мышцы. Вместе с тем, литературные данные относительно характера влияния физических нагрузок на проявление эффектов глюкокортикоидов на скелетную мускулатуру весьма противоречивы.

В связи с отмеченным целью настоящей работы явилось исследование динамики функциональных изменений в скелетной мышце белых крыс при длительном введении терапевтических доз дексаметазона, сочетаемых с применением умеренной физической нагрузки.

Материалы и методы исследования. Эксперименты проводились на 130 белых крысах, первоначально разделенных на 3 группы. Животные первой группы (n=10) служили контролем. У животных второй группы (n=60) воспроизводили гиперкортицизм различной степени выраженности путем хронического введения синтетического аналога глюкокортикоидов дексаметазона в терапевтической дозе (0,25 мг/кг, внутривенно, через день) на протяжении от 10 до 60 дней. Животные третьей группы (n=60) подвергались комбинированному воздействию хронического применения дексаметазона (в дозе 0,25 мг/кг, 1 раз в 2-е суток, внутривенно на протяжении от 10 до 60 дней) и умеренных физических нагрузок. Умеренные физические нагрузки моделировали путем принудительного плавания возрастающей длительности при температуре комфорта (32-34°C). Первоначальное плавание всех животных начиналось с 5-ти минутной длительности, после чего каждые 2 дня период плавания увеличивали на 1 минуту.

По окончании срока введения дексаметазона, сочетаемого и несочетаемого с плаванием, на животных проводили острый опыт, в котором исследовали некоторые параметры функционального состояния передней большеберцовой мышцы крыс при вызванном ее сокращении. Сокращение мышцы индуцировали путем раздражения сверхпороговым электрическим током (напряжение 200 мВ) малоберцового нерва.

Для оценки достоверности различий между центральными тенденциями сравниваемых групп использовали t-критерий Стьюдента, предварительно убедившись в том, что распределение значений исследуемых параметров близко к нормальному (W-тест Шапиро-Уилка, Statistica, 7.0).

Результаты исследований. Сравнительный анализ влияния хронического введения терапевтических доз дексаметазона на протяжении от 10 до 60 дней, применяемого изолированно и в комплексе с умеренной физической нагрузкой, на параметры функционального состояния передней большеберцовой мышцы показал, что физическая нагрузка модулирует некоторые эффекты дексаметазона на скелетную мышцу. Так, хроническое введение дексаметазона в животный организм сопровождалось неоднозначными изменениями функционального состояния по мере увеличения количества инъекций гормона. Так, спустя 5 инъекций дексаметазона латентный период М-ответа мышцы укорачивался относительно контроля ($p < 0,05$), тогда как спустя 10 инъекций – возвращался к уровню контроля, спустя 15-25 инъекций – удлинялся ($p < 0,05$), а после 30 инъекций гормона – вновь нормализовывался. Вместе с тем, надежность нервно-мышечной передачи, оцениваемая на основании изменения латентного периода возбуждения мышцы после длительной ее работы снижалась относительно контроля спустя 10 инъекций дексаметазона ($p < 0,05$) и сохранялась сниженной ($p < 0,05$) на всем протяжении периода дальнейшего его введения в организм.

В случае комплексного применения дексаметазона и ежедневного плавания спустя 5-15 инъекций глюкокортикоида ни максимально достижимая амплитуда сокращения передней большеберцовой мышцы, ни ее масса не претерпевали значимых изменений относительно контроля, тогда как при изолированном применении дексаметазона максимально достижимая амплитуда сокращения и масса мышцы снижались уже после 5-ти его инъекций, и только лишь спустя 30 инъекций дексаметазона амплитуда сокращения мышцы нормализовывалась, а мышечная масса имела тенденцию к нормализации, хотя оставалась ниже контрольного значения ($p < 0,05$). Более того, спустя 20 инъекций дексаметазона, сочетаемых с плаванием, максимально достижимая амплитуда сокращения передней большеберцовой мышцы превышала значение интактных животных ($p < 0,05$), тогда как масса мышца значимо не отличалась от контрольного уровня. По мере дальнейшего введения дексаметазона, сочетаемого с плаванием (спустя 25-30 инъекций), максимально достижимая амплитуда сокращения мышцы и ее масса, аналогично тому, что было после 5-15 инъекций гормона, сочетаемых с плаванием, значимо не отличались от контроля.

Подводя итог изложенному, необходимо заключить, что кратковременное ежедневное плавание, требующее кратковременной периодической активации быстрых мышечных волокон в передней большеберцовой мышце, защитило их от катаболического действия хронически вводимого дексаметазона, что проявлялось в отсутствии изменения массы исследуемой мышцы и даже возможно обусловило сдвиг ее гистохимического профиля в сторону увеличения доли быстрых мышечных волокон в первый месяц плавательного периода. Кроме того, ежедневное кратковременное плавание предотвратило снижение скорости и надежности нервно-мышечной передачи, вызванное хроническим введением дексаметазона. Вместе с тем, у животных, получавших дексаметазон как в случае изолированного, так и сочетанного с плаванием его применения, наблюдались признаки повышенной утомляемости мышцы, не характерные для интактных животных и свидетельствующие в пользу развития процессов утомления в ней, вызванных возникновением энергетического дефицита в мышечных волокнах.

Выводы.

1. Кратковременное ежедневное плавание предотвратило снижение скорости и надежности нервно-мышечной передачи, уменьшение массы передней большеберцовой мышцы и ухудшение ее силовых и скоростных параметров, вызванные хроническим введением дексаметазона.
2. Хроническое введение дексаметазона сопровождалось повышением утомляемости мышцы. Ежедневное плавание не компенсировало повышенной утомляемости мышцы животных, получавших дексаметазон.

RESUME

In experiments on white rats it has been shown, that the short-term daily swimming had prevented from decrease of speed and reliability of the neuromuscular transmission, of the mass of forward tibial muscle and of its power characteristics, which had been caused by chronic injection of dexamethasone. However, it has been observed the signs of increasing of muscle fatigue in animals, which received the dexamethasone and swum, that was being caused by energy deficit in muscle fibers.

Key words: skeletal muscle, dexamethasone, M-answer of the muscle, solitary muscle's contraction. physical loads.

В.В. Труш – доцент кафедры физиологии человека и животных Донецкого национального университета, г. Донецк, Украина, ver.trush@yandex.ru

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЛИЯНИЯ АДРЕНАЛИНА НА ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ СКЕЛЕТНОЙ МЫШЦЫ КРЫС В ДИНАМИКЕ РАЗВИТИЯ ЯТРОГЕННОГО ГИПЕРКОРТИЦИЗМА

Известно, что естественный или ятрогенный гиперкортицизм сопровождается расстройствами в нервно-мышечной системе, выраженность и характер которых зависят не только от тяжести и длительности заболевания, но и типа скелетной мышцы, ее чувствительности к глюкокортикоидам, возраста и пола животных и некоторых других обстоятельств.

Несмотря на наличие в литературе разнообразного экспериментального материала относительно метаболических расстройств и структурных нарушений в скелетной мускулатуре, вызванных избытком глюкокортикоидов, характер функциональных расстройств в разных типах скелетных мышц изучен недостаточно, также как и недостаточно изучены вопросы, касающиеся изменения чувствительности скелетных мышц под влиянием глюкокортикоидов к другим гормонам, в том числе к катехоламинам. В то же время по эффективности реализации эффектов катехоламинов на скелетную мышечную ткань при гиперкортицизме можно косвенно судить о ее функциональном состоянии.

Целью настоящей работы явилось исследование на основании данных электромиографии характера влияния адреналина на электрофизиологические параметры скелетной мышцы белых крыс в динамике насыщения организма терапевтическими дозами дексаметазона.

Материалы и методы исследования. Эксперименты проводились на 140 половозрелых молодых (4-х месячных) крысах-самках, первоначально разделенных на 2 группы: контрольную (n=20) и опытную (n=120). Животные опытной группы подвергались введению синтетического аналога глюкокортикоидов дексаметазона в дозе, адекватной терапевтической для человека (раствор для инъекций фирмы KRKA, Словения, 0,25 мг/кг, внутривенно, 1 раз в 2-е суток), на протяжении от 10-ти до 60-ти дней. Таким образом, в пределах опытной группы было сформировано 6 подгрупп животных (n=20 в каждой), каждая из которых получила разное количество инъекций дексаметазона: 5, 10, 15, 20, 25 и 30. Такой подход позволил нам исследовать характер функциональных изменений в скелетной мышце по мере увеличения степени насыщения животного организма дексаметазоном и воспроизвести модель хронического его применения, аналогичную таковой в клинической практике.

В последующем (в период выполнения острого опыта) контрольная группа крыс и каждая опытная подгруппа, получившая определенное количество инъекций дексаметазона, была разделена на 2 равные подгруппы (по 10 животных в каждой), одна из которых не подвергалась стимуляции адреналином, а животные второй – в период острого опыта получали однократную внутримышечную инъекцию адреналина гидрохлорида в сверхфизиологической дозе (водный раствор, 0,2 мг/кг, фирмы «Здоровье», Украина).

У наркотизированных животных (тиопентал натрия, 100 мг/кг, внутривенно) всех групп с помощью метода стимуляционной электромиографии оценивали некоторые параметры М-ответа передней большеберцовой мышцы до и через 10 минут после внутримышечного введения адреналина. Сокращение мышцы вызывали путем раздражения сверхпороговым электрическим током малоберцового нерва (электрические импульсы прямоугольной формы длительностью 0,15 мс каждый при частоте 4 имп/с и постоянной силе тока 500 мкА (стабилизатор тока)). М-ответы мышцы каждого животного регистрировали в течение 5 с, что позволило в последующем оценить изменение амплитуды М-ответов в динамике их ритмической генерации мышцей с небольшой частотой. На основании записей серии одиночных М-ответов определяли их амплитуду, декремент ее затухания, длительность, латентный период, а также оценивали форму (двух-, трехфазные или поли- и псевдополифазные).

Для оценки достоверности различий между центральными тенденциями сравниваемых групп использовали t-критерий Стьюдента, предварительно убедившись в том, что распределение значений исследуемых параметров близко к нормальному (W-тест Шапиро-Уилка, Statistica, 7.0).

Результаты исследований. Установлено, что введение дексаметазона сопровождалось удлинением латентного периода М-ответа мышцы (на 20,3-19,3% спустя 15-25 инъекций препарата), снижением его амплитуды (на 28,7-54,6% спустя 10-25 инъекций дексаметазона), существенным декрементом ее затухания (до -30,8 - -31,1% спустя 10-30 инъекций дексаметазона), укорочением длительности (на 18,2-16,3% спустя 10-15 инъекций препарата), увеличением частоты полифазных потенциалов (до 30-75% спустя 10-30 инъекций дексаметазона) и уменьшением мышечной массы (на 13-10,9% спустя 5-30 инъекций дексаметазона). По окончании 2-х месячного периода введения дексаметазона латентный период и амплитуда М-ответа нормализовывались, тогда как частота полифазных потенциалов оставалась

увеличенной (до 75%), а масса мышцы – сниженной (на 10,9%), что свидетельствует в пользу частичной сохранности миопатических изменений.

Введение адреналина контрольным животным сопровождалось укорочением латентного периода М-ответа мышцы (на 8,9%), увеличение его амплитуды (на 30,2%) на фоне укорочения длительности (на 26%), что косвенно свидетельствует в пользу ускорения нервно-мышечной передачи, увеличения возбудимости или степени синхронизации возбуждения в мышце.

Синтетический глюкокортикоид определенным образом модулировал проявление эффектов катехоламина на мышцу, и это модулирующее влияние зависело от длительности ятрогенного гиперкортицизма. Так, спустя первые 5-10 инъекций дексаметазона эффекты адреналина на электрофизиологические параметры мышцы были в целом аналогичны таковым контроля с той лишь разницей, что после 10 инъекций дексаметазона катехоламин вызывал не укорочение, а удлинение и нормализацию исходно укороченной длительности М-ответа, что, вероятнее всего, связано с включением в деятельность первоначально «выключенных» вследствие патологических изменений мышечных волокон.

На фоне длительного ятрогенного гиперкортицизма, спустя 15-25 инъекций дексаметазона, адреналин не оказывал влияния на параметры М-ответа мышцы, что свидетельствует в пользу выраженных патологических изменений в ней, делающих невозможной реализацию стимулирующих эффектов катехоламинов.

По окончании 2-х месячного периода введения дексаметазона реакция мышцы на адреналин восстанавливалась с той лишь разницей, по сравнению с контролем, что катехоламин вызывал не укорочение, а, напротив, удлинение М-ответа, что на фоне высокой частоты полифазных потенциалов, а также сниженной массы мышцы может косвенно свидетельствовать в пользу сохранности определенных патологических изменений в ней.

Выводы.

1. На начальных этапах развития ятрогенного гиперкортицизма, спустя первые 5 инъекций дексаметазона, электрофизиологические параметры мышцы не претерпевали существенных нарушений по сравнению с контролем, хотя масса мышцы снижалась; при этом сохранялась типичная для контроля картина изменения параметров М-ответа мышцы после введения адреналина.

2. По мере углубления ятрогенного гиперкортицизма, спустя 10-25 инъекций дексаметазона наблюдалось ухудшение электрофизиологических параметров мышцы, особенно выраженное спустя 15-25 инъекций синтетического глюкокортикоида, в пользу чего свидетельствует не только наиболее выраженное ухудшение параметров М-ответа, но и полное отсутствие нормальной реакции мышцы на адреналин к данному экспериментальному сроку.

3. По окончании 2-х месячного периода введения дексаметазона основные параметры М-ответа мышцы нормализовались, тогда как частота полифазных потенциалов оставалась увеличенной, а мышечная масса – сниженной относительно контроля. Вместе с тем, реакция мышцы на адреналин восстанавливалась с той лишь разницей, по сравнению с контролем, что катехоламин вызывал не укорочение, а, напротив, удлинение М-ответа, что на фоне высокой частоты полифазных потенциалов, а также сниженной массы мышцы может косвенно свидетельствовать в пользу сохранности определенных патологических изменений в ней.

Ключевые слова: скелетная мышца, дексаметазон, гиперкортицизм, адреналин, М-ответ мышцы.

RESUME

Trush V.V. - Effectivity of adrenaline effects on electrophysiological parameters of the skeletal muscle of rats in dynamics of iatrogenic hypercorticoidism development, ver.trush@yandex.ru

In experiments over the mature narcotized white female rats (n=20) in situ by means of electromyography investigated the nature of adrenaline effect on the parameters of the M-response of the forward tibial muscle in the dynamics of saturation of organism with therapeutic doses of dexamethasone.

It has been established that the synthetic glucocorticoid modulated the expression of catecholamine effects on the muscle and this modulating influence depended on duration of an iatrogenic hypercorticoidism. After the first 5-10 dexamethasone injections the effects of adrenaline on muscle electrophysiological parameters were generally similar to those of control animals with only difference that after 10 dexamethasone injections the catecholamine caused not shortening, but lengthening and normalization of initially reduced M-response duration that, most likely, is connected with inclusion in activity of the muscle fibers which are originally "switched off" as a result of pathological changes. Against a long iatrogenic hypercorticoidism, after 15-25 dexamethasone injections, adrenaline had no impact on M-response parameters that testifies in a favor of the expressed pathological changes in the muscle doing impossible the realization of the stimulating effects of catecholamines.

At the end of the 2-month period of dexamethasone administration muscle reaction to adrenaline was restored with only that difference, in comparison with control, that the catecholamine caused not shortening, and, on the contrary, lengthening of the M-response, that against the high frequency of polyphase potentials, and also the

reduced muscle mass can indirectly testifies in favor of maintenance of certain pathological changes in it.

Key words: skeletal muscle, dexamethasone, adrenaline, M-response.

А.А. Есетова - докторант 2 курса

Международный казахско-пурецкий ениверситет им.Х.А.Ясави,г.Туркестан, Республика Казахстан
esetova.aynura@mail.ru

Научный руководитель: **Г.А.Диханбаева** к.м.н.,доцент кафедры неврологии,психиатрии и наркологии
МКТУ им.Х.А.Ясави, г.Шымкент, Республика Казахстан

ЭПИЛЕПСИЯ У ДЕТЕЙ: ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Ключевые слова: эпилепсия, реабилитация, антиэпилептические препараты.

Эпилепсия – одно из наиболее распространенных заболеваний. Известно, что около 1% людей из общей популяции имели в своей жизни хотя бы один эпилептический припадок. В детском возрасте эпилепсия встречается еще более часто – у 4-5% всего детского населения. Ее проявление, течение, прогноз и подходы к лечению в детском возрасте существенно отличается [1,2]. Основная цель в лечении эпилепсии – медикаментозная ремиссия, с последующей отменой препаратов, достижение полной ремиссии при высоком качестве жизни. Ключевыми в этом процессе остаются правильный подбор медикаментозного лечения и длительный, регулярный прием антиэпилептических препаратов.

Материалы и методы. Для исследования были взяты под наблюдение 65 детей в возрасте от 1 мес. до 15 лет, поступившие с диагнозом - Судорожный синдром, Эпилепсия – в областную детскую клинику больницу г.Шымкент за 2013-2014 гг. Были изучены назначения антиэпилептических препаратов – эффективности, развития неблагоприятных побочных действий и безопасности при длительной терапии средними терапевтическими дозами.

Результаты и их обсуждение. Проводя литературный обзор и собственных наблюдений за лечением судорожных состояний и эпилепсии у 65 детей, мы пришли к следующим заключениям. В лечении эпилепсии ведущие специалисты в мире и у нас исповедуют принципы монотерапии и разумной политерапии. Иными словами, лечение почти всегда начинают с одного антиэпилептического препарата, а в случае его недостаточной эффективности или непереносимых побочных эффектов заменяют его другими либо прибегают к сочетанному назначению двух антиэпилептических препаратов. Такая тактика позволяет при применении современных антиэпилептических препаратов достичь значительного снижения частоты припадков и у большого процента больных – полного прекращения эпилептических припадков, а также снижает вероятность развития неблагоприятных побочных эффектов. Основными факторами, влияющими на выбор антиэпилептических препаратов, являются тип припадков, синдром эпилепсии, сопутствующие заболевания у каждого конкретного больного, а также большое значение имеют социальная и экономическая ситуация, пол и возраст больного.

В последние годы наиболее часто применяются для лечения эпилепсии соли вальпроевой кислоты и карбамазепины. Эти препараты реже вызывают побочные эффекты, высокоэффективны при различных типах припадков и хорошо изучены. При неонатальных судорогах препаратами 1-й и 2-й очереди выбора для курсовой терапии являются фенобарбитал и дифенин. Терапия острого эпизода фебрильных судорог: диазепам, лоразепам, клоназепам. Выбор оптимальной дозы препарата имеет принципиальное значение в обеспечении эффективности терапии. Продолжительность терапии антиэпилептическими препаратами должна составлять несколько лет – от 2-3 лет при доброкачественных формах эпилепсии, до 5-10 лет при злокачественных. Противосудорожный препарат необходимо принимать ежедневно, не должно быть перебоев в приеме. Преждевременный обрыв терапии может вызвать длительные и тяжелые судороги, иногда развитием эпилептического статуса[3].

Выводы. Высокая распространенность судорог в популяции, их полиэтиологичность и сложность диагностики определяют необходимость дифференцированного подхода к вопросам диагностики, лечения и профилактики судорожного синдрома и детской инвалидности. В связи с тем, что дети с судорожными синдромами часто длительно получают антиэпилептические препараты, наблюдение за ними

должно осуществляться различными специалистами – невропатологом и педиатром. Обязателен лабораторный контроль за функциями печени и системы кровотока.

Литература

Темин П.А., Якунин Ю.А., Никанорова М.Ю. Актуальные вопросы детской эпилептологии.// Рос. Вестник перинатологии и педиатрии.1995, -№3. -С.2.

УДК 616.13.002 – 022.12 -

Г.Б. Жалмурзаева -магистрант, gainilek@mail.ru

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Республика Казахстан

Д.И. Медеуов –врач-ревматолог, daulet_085@list.ru

Южно-Казахстанская областная клиническая больница, г.Шымкент, Республика Казахстан

ПРОБЛЕМЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГРАНУЛЕМАТОЗА ВЕГЕНЕРА (НА ПРИМЕРЕ СЛУЧАЯ ИЗ ПРАКТИКИ)

Системные васкулиты относятся к редко встречающимся заболеваниям, с разнообразной клинической картиной и прогрессирующим течением. В статье приводится описание случая больного с гранулематозом Вегенера, еще раз подтверждающий актуальность проблемы ранней диагностики и лечения больных васкулитами.

Ключевые слова: системные васкулиты, гранулематоз Вегенера, цитостатики, глюкокортикостероиды.

Системные васкулиты (СВ) относятся к редко встречающимся заболеваниям с неизвестной этиологией и характеризуются широким полиморфизмом клинической картины, склонностью к прогрессированию, особенно в условиях поздней диагностики и неадекватной терапии [1,2]. Гранулематоз Вегенера (ГВ) является некротизирующим васкулитом, ассоциированным с антинейтрофильными цитоплазматическими антителами (АНЦА), с поражением преимущественно сосудов мелкого калибра и развитием гранулематозного воспаления в верхних дыхательных путях, легких, почках, коже, центральной и периферической нервной системе и глазах [3,4]. Полиморфизм клинических проявлений ГВ затрудняет раннюю диагностику, вследствие чего задерживается своевременное и адекватное лечение, что приводит к неблагоприятным исходам заболевания. Это подтверждают данные ряда авторов, согласно которым, медиана выживаемости составляла всего 5 месяцев после постановки диагноза при естественном течении ГВ, и только 12,5 мес для пациентов, получавших монотерапию глюкокортикоидами [5]. Согласно результатам многочисленных исследований, комбинация циклофосфана и стероидов позволяет достигнуть ремиссии у 75% пациентов и увеличить медиану выживаемости до 22 лет [6,7].

В качестве примера приводим случай, при котором имела место запоздалая верификация диагноза ГВ, быстрое прогрессирование заболевания вследствие несвоевременно начатого лечения. Больной А, 1989 г.р, уроженец Южно-Казахстанской области, временно неработающий, находился на стационарном лечении в отделении ревматологии областной клинической больницы (РМО ОКБ) в ноябре 2011 года с диагнозом "Системный некротизирующий васкулит: Гранулематоз Вегенера, подострое течение, активность 3 степени, с поражением верхних дыхательных путей (деструкция ткани наружного носа, с язвенно-некротическим распадом придаточных пазух носа, глотки и мягкого нёба, с отеком лица и вторичной гнойной инфекцией), глаз (гнойный конъюнктивит, параорбитальный отек), сердца (кардит, кардиоваскулярный синдром, НК-1), ретикуло-эндотелиальной-системы (лимфоаденопатия, спленомегалия), системы крови (тромбоцитопения)".

Жалобы при поступлении на затруднение дыхания через нос, наличие язв в области носа и нёба, отечность лица, преимущественно вокруг глаз, головные боли, общую слабость, одышку при физической нагрузке, боли в мышцах. Из анамнеза: больным себя считает с мая 2011 г., когда впервые появились заложенность и боли в области носа. Лечился амбулаторно у ЛОР-врача с диагнозом «Гайморит», без улучшения. Дважды произведена пункция гайморовых пазух с лечебной целью, исследование пунктата не производилось. В связи с ухудшением состояния и появления язвенных дефектов в области носа в сентябре госпитализирован в отделение челюстно-лицевой хирургии городской больницы скорой помощи г.Шымкент, откуда был направлен в г Алматы. В октябре 2011 года госпитализирован в НИИ кардиологии

и внутренних болезней, где верифицирован диагноз «Гранулематоз Вегенера». Проведено лечение: комбинированная пульс-терапия с циклофосфаном с временным улучшением. Направлен на дальнейшее лечение в РМО ОКБ.

При поступлении состояние тяжелое. Сознание ясное. Кожные покровы бледно-розовые, при визуализации лицевого отдела - деструкция спинки носа, трофические язвенно-некротические изменения в области носовой перегородки, параорбитальные отеки, в ротовой полости – язвенно-некротические изменения с перфорацией мягкого и твердого неба. Подчелюстные лимфоузлы увеличены в размерах до 0,5-1,0 см, болезненные при пальпации. Костно-суставная система без видимой патологии, определяется незначительная болезненность при пальпации мышц конечностей. Аускультация легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС = 84 в мин. АД на правой руке – 105/70 мм.рт.ст. АД на левой руке – 105/70 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень чувствительна при пальпации. Селезёнка не пальпируется. Стул регулярный. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочиспускание свободное, безболезненное.

Обследования: в анализе крови гемоглобин – 118 г/л, эритроциты – 3,8 млн, лейкоциты – 5,6 тысяч, тромбоциты 150 тыс, СОЭ – 12 мм/ч. В анализе мочи относительная плотность – 1025, белок-0,066г/л, лейкоциты 3-2-0 в п/з, эритроциты 1-1-0 в п/з, аморфные фосфаты в небольшом кол-ве. Биохимический анализ крови: белок-56 г/л, альбумин- 46 г/л, креатинин – 0,7мг/дл, мочевины-6,2 ммоль/л, АлТ-136,4 МЕ/л, АсТ-51,7 МЕ/л, сахар-5,7 ммоль/л, билирубин-16,60 мкм/л, ГГТП- 124,3 МЕ/л, ЩФ- 325 ЕД/л. ПТИ 16,3"-98%. RW- отриц. Маркеры гепатита В, С, D-отриц. LE-клетки не обнаружены. АТ к ДНК-отриц. РФ - отриц. СРБ - отриц. ANCA – отриц. R-графия пазух носа: тотальное снижение прозрачности лобных и гайморовых пазух – пансинусит. R-графия органов грудной клетки: в легких без очаговых теней, корни струтурны, средостение не расширено. Осмотрен ЛОР-врачом, гастроэнтерологом, гематологом.

Назначено лечение: комбинированная пульс-терапия (солу-медрол 1000 мг, циклофосфан 600 мг. на 200,0 физ.раствора 1 раз в день), суммамед 500мг 1 раз в день, цефтриаксон 1,0 в/м 2 раза в день, актовегин 200 мг в/в на 200,0 физ раствора, трамадол 50мг в/м, урсосан 250 мг 1 раз в день, омегаст 20 мг 1 раз в день, диклофенак 100 мг 1 раз в день. Анализ крови в динамике выявил прогрессирующую лейкопению (до $2,7 \cdot 10^9$ /л) и тромбоцитопению (до $105 \cdot 10^9$ /л), СОЭ – 3 мм/ч., что послужило основанием к отмене циклофосфана. На фоне лечения больной отмечал незначительное улучшение самочувствия, отказался продолжать лечение, выписан с рекомендациями.

Представленное клиническое наблюдение подчеркивает важность информированности и настороженности врачей разных специальностей в отношении СВ, подробного анализа клинических данных, обязательного и последовательного обследования всех органов и систем, с учетом того, что СВ зачастую дебютируют под маской других заболеваний со сходной симптоматикой и требуют проведения тщательной дифференциальной диагностики для своевременной постановки диагноза и назначения адекватной терапии, от которых напрямую зависит прогноз для жизни пациента.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Насонов, Е.Л. Ревматология: клинические рекомендации /Е.Л. Насонов.–М.: ГЭОТАР- Медиа, 2011. – 752 с.
2. Jennette JC, Falk RJ, Bacon PA, et al. 2012 revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides. *Arthritis Rheum.* 2013;65(1):1–11
3. Reinhold-Keller E., Beuge N., Latza U. et al. An interdisciplinary approach to the care of patients with Wegener's granulomatosis: long-term outcome in 155 patients. *Arthr Rheum* 2000;43:1021–32.
4. EULAR points to consider in the development of classification and diagnostic criteria in systemic vasculitis / N. Basu, R. Watts, I. Bajema [et al.] // *Ann. Rheum.Dis.* — 2010. — № 69. — P. 1744-1750.
5. Hoffman G.S., Kerr G.S., Leavitt R.Y. et al. Wegener granulomatosis: an analysis of 158 patients. *Ann Intern Med* 1992;116:488–98.
6. Novack S.N., Pearson C.M. Cyclophosphamide therapy in Wegener's granulomatosis. *N Engl J Med* 1971;284:938–42.
7. Fauci A.S., Wolff S.M. Wegener's granulomatosis: studies in eighteen patients and a review of the literature. *Medicine (Baltimore)* 1973;52:535–61.

ТҮЙІН

Г.Б.Жалмурзаева -магистрант, gainilek@mail.ru

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

Д.И.Медетуев –дәрігер-ревматолог, daulet_085@list.ru

Оңтүстік Қазақстан облыстық клиникалық аурухана, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

ВЕГЕНЕР ГРАНУЛЕМАТОЗЫНЫҢ ЕРТЕ ДИАГНОСТИКАЛАУ ЖӘНЕ ЕМДЕУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Жүйелі васкулиттер түрлі клиникалық көрініспен және үдемелі ағымымен сипатталатын сирек кездесетін аурулар болып табылады. Мақала Вегенер гранулематозы бар науқастың жағдайын сипаттайды, сонымен васкулиттердің ерте диагностикалау және емдеу мәселесінің маңыздылығын растайды.

Түйін сөздер: жүйелі васкулит, Вегенер гранулематозы, цитостатиктер, глюкокортикостероидтар.

RESUME

G.B.Zhalmurzayeva – postgraduate of medicine, gainilek@mail.ru
South Kazakhstan state pharmaceutical academy, Shymkent, Republic of Kazakhstan
D.I.Medeuov – physician rheumatologist, daulet_085@list.ru
South Kazakhstan regional Clinic Hospital, Shymkent, Republic of Kazakhstan

PROBLEMS EARLY DIAGNOSIS AND TREATMENT OF WEGENER'S GRANULOMATOSIS (CASE STUDY)

Systemic vasculitis are rare diseases, with a variety of clinical and progressive course. The article describes a case of a patient with Wegener's granulomatosis, once again confirms the importance of the problem of early diagnosis and treatment of patients with vasculitis.

Keywords: systemic vasculitis, Wegener's granulomatosis, cytostatics, corticosteroids.

УДК 616.13.002 – 022.12

Г.Б.Жалмурзаева -магистрант, gainilek@mail.ru, **А.Е.Туртаева** -к.м.н.,и.о.профессора, curtcha@mail.ru
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент,
Республика Казахстан

СИСТЕМНЫЕ ВАСКУЛИТЫ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

В статье приводится краткий обзор современной литературы по вопросам классификации, эпидемиологии, трудностей диагностики и перспектив лечения системных васкулитов. Вопросы ранней диагностики СВ в настоящее время изучены недостаточно, что ограничивает возможности эффективной профилактики и лечения.

Ключевые слова: системные васкулиты, ревматология, антинейтрофильные цитоплазматические антитела.

Среди ревматических болезней особое теоретическое и медико–социальное значение имеют системные васкулиты (СВ), что определяется их распространенностью в популяции, быстрым развитием полиорганных поражений и неблагоприятным жизненным прогнозом, трудностью их ранней диагностики и лечения. По определению авторов, СВ - это группа заболеваний, патогенез которых связан с генерализованным иммуновоспалительным процессом в сосудах различного калибра с последующим поражением различных органов и систем, характеризуются широким полиморфизмом клинических проявлений, склонностью к прогрессированию, особенно в условиях поздней диагностики и неадекватной терапии[1,2].

Васкулиты в качестве самостоятельных заболеваний описаны в XIX в., в течение XX в. активно изучались патогенетические механизмы и разрабатывались терапевтические стратегии[3]. Согласно результатам недавних эпидемиологических исследований, СВ не являются редкими заболеваниями, а их распространенность прогрессивно повышается. При этом анализ литературы за последние 10 лет свидетельствует о недостаточной изученности данной патологии [4,5]. К примеру, по литературным данным, частота СВ превышает 100 новых случаев на 1 млн населения. Нет четкой взаимосвязи между распространенностью СВ и национальной принадлежностью, поло-возрастными показателями пациентов. При этом существует ряд общих признаков для всех видов СВ, таких как неизвестная этиология, иммунокомплексный патогенез, полиорганность поражения, быстрое прогрессирование и неблагоприятный

прогноз без проведения адекватной терапии, благоприятный эффект глюкокортикоидов и цитостатиков [6,7].

Классификация СВ в течение многих десятилетий оставалась сложной задачей. Первоначально в качестве классификационных критериев были определены калибр пораженных сосудов и наличие/отсутствие гранулематозного воспаления [8]. В настоящее время ведущими экспертами разработана новая классификация СВ в связи появлением данных о роли антинейтрофильных цитоплазматических антител (АНЦА), а также возможности лечения с использованием биологических препаратов [7,9]. Так, выделены группы некротизирующих васкулитов и АНЦА-ассоциированных СВ. На сегодняшний день различают первичные (самостоятельные) и вторичные васкулиты, развивающиеся при наличии инфекционного агента или на фоне системных заболеваний соединительной ткани и онкологической патологии [7,9,10].

Этиология СВ остается неизвестной. Активно обсуждается возможная роль вирусной или бактериальной инфекции, однако не представлено достаточно убедительных доказательств в ее пользу [11,12]. По мнению ряда авторов, под воздействием этиологического фактора происходит повреждение эндотелиоцитов, а также формирование антител к различным аутоантигенам сосудистой стенки, в частности, АНЦА – гетерогенной популяции аутоантител, реагирующих с различными ферментами цитоплазмы нейтрофилов [12].

Полиморфизм проявлений СВ, недостаточная информированность врачей является причиной сложностей дифференциальной диагностики данной патологии, неадекватной терапии с применением неоправданных лечебных мероприятий и хирургических вмешательств [10]. Как указывают авторы, изменения при узелковом полиартериите приводят к неверному диагнозу опухоли, карбункула, туберкулезного поражения почки. [13]. Гранулематоз Вегенера часто протекает под видом «туберкулеза легких», опухоли гортани [14]. Высыпания на слизистых рта при болезни Бехчета длительно лечат как гнойный стоматит и герпетическую инфекцию, как правило, без эффекта [15].

Основная цель фармакотерапии СВ направлена на подавление иммунопатологических реакций, лежащих в основе заболевания, путем индукции ремиссии, поддержания ремиссии, лечения рецидивов с применением иммуносупрессивной терапией кортикостероидами и иммунодепрессантами с учетом вида и тяжести течения заболевания [6,7,10]. Исходя из вышеуказанного следует, что ведение больных с СВ является сложной задачей, а прогноз зависит от ранней постановки диагноза и своевременного назначения адекватной терапии с привлечением врачей различных специальностей.

Таким образом, анализ современной литературы по проблеме позволяет сделать вывод, что за последние годы достигнуты определенные успехи в расшифровке механизмов иммунопатогенеза СВ, разработке стандартизованных критериев диагностики, новых подходов к фармакотерапии. Однако причины развития и факторы риска многих СВ по-прежнему изучены недостаточно, что ограничивает возможности ранней диагностики, эффективной профилактики и адекватного лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Scott D. G. I. Classification and epidemiology of systemic vasculitis / D. G. I. Scott, R.A.Watts // Brit. J. Rheumatol.— 1994.— Vol.33.— P. 897–900.
2. Семенкова Е.Н. Системные некротизирующие васкулиты. М., 2001. 94 с.
3. Matteson E. Notes on the history of eponymic idiopathic vasculitis. Arthr Care Res 2000;13:237–45.
4. Фоломеева О.М., Галушко Е.А., Эрдес Ш.Ф. Распространенность ревматических заболеваний в популяциях взрослого населения России и США. Научно-практическая ревматология. 2008;(4):4–13
5. Guideline for management of vasculitis syndrome (JCS 2008) // Circ. J. —2011. — Vol. 75. — P. 474-503.
6. Ревматология: национальное руководство / Под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 720 с.
7. EULAR points to consider in the development of classification and diagnostic criteria in systemic vasculitis / N. Basu, R. Watts, I. Bajema [et al.] // Ann. Rheum. Dis. — 2010. — № 69. — P. 1744-1750.
8. Jenette JC, Falk RJ, Andrassy K, et al. Nomenclature of systemic vasculitides. Proposal of an international consensus conference. Arthritis Rheum 1994;37:187–92.
9. Watts R., Suppiah R., Merkel P., Luqmani R. Systemic vasculitis –is it time to reclassify? Rheumatology 2011;50:643–5.
10. Mukhtyar C., Guillevin L., Cid M. et al. EULAR recommendations for the management of primary small and medium vessel vasculitis // Ann.Rheum. Dis. — 2009. — 68. — P. 310-317
11. Guillevin L. Vasculitis: mechanisms involved and clinical manifestations / L. Guillevin, T. Dorner // Arth. Res. and Ther. — 2007. — № 9, Suppl. 2. — P. S9-S18.
12. Kallenberg, C.G.M. Pathophysiology of ANCA-associated small vessel vasculitis / C.G.M. Kal-lenberg // Curr Rheumatol Rep. – 2010. – Vol. 12. – P. 399–405.

13. Трубников Г.В., Шалагинова Е.В., Шашев Н.С., Налобина М.С. Трудности диагностики узелкового периартериита // Тер. архив. – 2003. – № 4. – С. 65–69

14. Синенко А.А., Кулаков Ю.В., Абрамочкина Е.Б. и др. Опыт ведения больного с гранулематозом Вегенера: трудности диагностики и лечения // Вестник совр. клин. медицины. -2011. –Т. 4. Вып. 2. - С. 46–51.

15. Болдарева Н.С., Калягин А.Н., Злобина Т.И. и др. Трудности своевременной диагностики болезни Бехчета // Сибирский мед. журнал (Иркутск). – 2006. – № 2. – С. 88–90.

ТҮЙІН

Г.Б.Жалмурзаева -магистрант, gainilek@mail.ru, **А.Е.Туртаева** –м.ғ.к., профессор м.а., curtcha@mail.ru

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

ЖҮЙЕЛІ ВАСКУЛИТТЕР: МӘСЕЛЕНІҢ ЗАМАНАУИ ЖАҒДАЙЫ

Мақалада жүйелі васкулиттердің жіктемесі, таралуы, диагностика және емдеу мәселелері бойынша заманауи әдебиетке шолу өткізілген. Жүйелі васкулитпен науқасты жүргізу барысында диагностика және емдеу кезеңдерінде әртүрлі саладағы дәрігерлер арасында тығыз байланыс болуын талап етеді. Жүйелі васкулиттердің алдын алу мен емдеудің тиімділігі төмен болуы олардың ерте диагностикасы бойынша сұрақтардың қазіргі таңда толық зерттелмегенімен байланысты.

Түйін сөздер: жүйелі васкулиттер, ревматология, антинейтрофильді цитоплазмалық антиденелер.

RESUME

G.B.Zhalmurzayeva – postgraduate of medicine, gainilek@mail.ru, **A.E.Turtayeva** – candidate of medical sciences, curtcha@mail.ru

South Kazakhstan state pharmaceutical academy, Shymkent, Republic of Kazakhstan

SYSTEMIC VASCULITIS: CURRENT STATE OF PROBLEM

The article provides an overview of the current literature on the classification, epidemiology, diagnostic difficulties and the prospects for the treatment of systemic vasculitis. Management of patients with SV requires a strong relationship between doctors of different specialties both at the stage of diagnosis and treatment. Questions to early diagnosis SV currently not well understood, limiting the effective prevention and treatment.

Keywords: systemic vasculitis, rheumatology, anti-neutrophil cytoplasmic antibody.

Н. Жанкозин – 1-ші курс студенті Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтикалық академиясы, nurkhan.5797@mail.ru

Ғылыми жетекшісі – **Г.К.Орманова** – п.ғ.к., доцент, Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтикалық академиясы, Ormanova.ganiya@mail.ru

БИОЛОГИЯЛЫҚ ЖҮЙЕЛЕРДЕГІ ПРОЦЕССТЕРДІ САРАПТАУДА ТЕРМОДИНАМИКАНЫҢ I-II ЗАҢДАРЫН ҚОЛДАНУ

Кез келген ашық материялы жүйенің негізгі өмір сүру жағдайы энергия алу жолдары болып саналады. Егер жүйеде энергия жеткілікті мөлшерде, арзан болса, тұрақты болады, сақталып қана қалмайды, дамиды. Өйткені тірі жүйелер үшін, өлі табиғат энергияның арзан көздерін іздестіру мәселесі әлдеқайда маңыздырақ. Тірі жүйелер қимылға өте бай, тез дамиды, өзгереді, сондықтан оларға өзгеріп тұратын жағдайларда тұрақтылықты сақтау қажет.

Ағзада болып жатқан процесстерді анализдеуде, тұрақтылықты сақтауда, оны жан-жақты тексеруде термодинамиканың бірінші және екінші заңдарын қолдануға болады [1].

Энергия пайдаланылатын ағзалар денесінің құрылысына арналған жарық энергиясын химиялық энергияға көшіретін икемді материалдар қолайлығы туралы мәселенің маңызы да аз емес.

Денедегі зат алмасу процесі энергия алмасуымен тығыз байланысты. Зат алмасу барысында қоректік заттардағы потенциалдық энергия босанып, ол механикалық, жылу, электр, сәуле энергияларына айналады да, ең соңында организмнен жылу түрінде бөлінеді. Демек, организмге энергия қоректік заттар құрамында келеді де, ол тіршілік әрекеттерін атқаруға, түрлі өнімдер өндіруге жұмсалады.

Өлі табиғаттағы энергия алмасуынан жасушаларда жүретін процестер үш түрлі принциппен ерекшеленеді:

1) Қоректік заттардың химиялық энергиясы жылу энергиясына айналмай-ақ бірден әртүрлі жұмыстар атқаруға пайдаланыла береді және энергияның басқа түріне ауыса алады. Демек, тірі организм хемодинамикалық принциппен жұмыс істеп, энергия көзін тиімді пайдаланады.

2) Тірі организмде энергия бірте-бірте бөлінеді. Бұл организмді энергиялық думпуден сақтап, қуатты толық пайдалануға мүмкіндік береді.

3) Көмірсулар, белоктар, майлар ыдыраған кезде бөлінген энергияның артық мөлшері энергияның биологиялық аккумуляторы – мол қуатты заттардың (макроэрттердің) құрамына ену арқылы организмде жинақталып, қорда сақталады.

Метаболизм – зат алмасу, организмде жүріп жататын барлық химиялық процестердің жиынтығы [2].

Бұл организмнің тіршілік қабілетін сақтау және сыртқы ортамен қарым-қатынасын, организмге қоректік заттардың еніп, олармен ферменттер әсерінен ыдырауын, пайда болған жай заттардың клеткалар мен органдарға тасымалданып, олардың тотығуын, энергия бөлініп шығуын, клетка құрамындағы түзілістердің биосинтезделуін және қорытылған өнімдердің организмнен бөлініп шығуын қамтамасыз етеді. Клеткадағы қандай да болса, бір заттың белгілі бір тәртіппен ферменттік айналуға түсуін – метаболизмдік жол, ал осы кезде пайда болатын аралық өнім – метаболиттер деп аталады. Метаболизмнің қарапайым молекулалардан күрделі құрылымдық заттардың түзілу реакциясын – анаболизм, ал бұған қарама-қарсы өтіп жататын процесті катаболизм дейді. Жасыл өсімдіктерде фотосинтез нәтижесінде түрлі көмірсулар түзіледі. Жануарлар, әдетте осы көмірсулармен қоректенеді. Қарапайым қанттар қанмен жануарлар денесіне таралып, күрделі полисахарид – гликогенге айналады. Метаболизм нәтижесінде көмірсулар (пируват) органикалық қышқылға, одан әрі майға, көмірсудан пайда болған органикалық қышқылдар аммиак азотымен реакцияласу нәтижесінде амин қышқылына, май, белоктар метаболизм нәтижесінде ыдырап, соңында несеп зәрі, аммиак, көмірқышқыл газы, т.б. қарапайым заттарға айналады.

Адам мен жануарлар организміндегі метаболизм процесін реттеуде жүйке жүйесінің атқаратын (әсіресе, үлкен ми сыңарлары қыртысының) маңызы зор. Организмнің дамуы, өсуі, т.б. Метаболизм заңдылықтарына бағынады. Адамда метаболизм процесінің ауытқуы байқалса, адам ауруға шалдығады [3].

Ағзалар тыныс алғанда қоректік заттар толық ыдырау үшін оттегі қажет екендігі баршамаызға белгілі. Тыныс алудың ең соңғы өнімі – көміртегі оксиді су және бос энергия. Бұл соңғы өнімдер — фотосинтезге қажетті негізгі қосылыстар болып табылады. Сондықтан, тыныс алу фотосинтез кезіндегі энергияны жоққа шығарады. Алайда, тыныс алу кезінде жұмсалған пайдалы энергия фотосинтез кезіндегі алынған күн энергиясынан аз болатындығын төменгі тізбектен көруге болады.

Термодинамика денелер энергиясының бір-біріне жылу мен жұмыс түрінде өзгеруін, айналуын зерттейді. Қоршаған ортадағы энергияның осылай алмасуы термодинамикада сандық сипаттама ретінде қарастырылады. Жылу, электрон, атом, молекула сияқты бөлшектердің ретсіз қозғалысын, яғни олардың кинетикалық энергиясының жылу түріндегі энергиямен алмасуын, ал жұмыс — сол бөлшектердің реттелген қозғалысын кинетикалық энергия түрінде сипаттайды.

Термодинамика негізінен термодинамиканың бірінші және екінші заңдары деп аталатын екі заңдылыққа сүйенеді. Олардың екеуі де өмірдегі, өндірістегі тәжірибелерді жинақтап, қорытып, тұжырымдаудан пайда болған. Термодинамика мынадай тараулардан тұрады: энергияның бір түрден екіншіге түрленуіндегі жалпы заңдылықты зерттейтін жалпы немесе физикалық термодинамика, жылу машиналарындағы жылу мен механикалық жұмыстың өзара айналуын, яғни жылудың, жұмысқа, жұмыстың жылуға ауысуын қарастыратын техникалық термодинамика, химиялық реакция, еру, кристалдану, адсорбция сияқты процестердегі энергия түрлерінің өзара алмасуын, айналуын анықтап, есептейтін химиялық термодинамика. Сол сияқты, химиялық термодинамика тек химиялық және басқа да энергиялардағы ара қатынасты зерттеп қана қоймай, белгілі жағдайдағы химиялық процестердің мүмкіндігі мен өздігінен жүру шегін айқындайды. Ендеше, химиялық термодинамика химиялық өндіріс пен технологиялық процестер негізі болып саналатын физикалық-химиялық құбылыстарды нақты түсініп, сауатты есептеп, ұтымды басқаруға көмектеседі [4].

Термодинамикалық әдістегі есептеулерді қолдану өндірістің барлық салаларына өз ықпалын тигізіп, оларды жаңа сатыға көтерді. Ал, қазіргі кезде термодинамикалық әдіс металлургиялық процестерде, пластикалық масса (пластмасса), тыңайтқыш, химиялық талшық өндірісінде, отынды химиялық әдіспен өңдеуде кеңінен қолданылуда. Әсіресе, соңғы жылдары биологиялық термодинамиканың шапшаң дамуына байланысты, өсімдік пен жануар организмдеріндегі биохимиялық процестерге де термодинамикалық есептеу әдістері қолданылуда.

Термодинамиканың алғашқы бағыты табиғатта кездесетін құбылыстарды жай ғана баяндаудан басталып, жылу мен энергия түрлері арасындағы қатынасты сипаттап қана қоймай, оны есептеуді игерді.

Термодинамика математика, физика, химия сияқты түбегейлі ғылым салаларымен тығыз байланыста бірін-бірі толықтыра келіп, ішкі энергияның айналуын анықтап, бағытын, мүмкіндігін көрсетеді. Ал, соңғы жетістіктерге сүйеніп, термодинамика көптеген процестерді есептеп, анықтап, ондағы энергияның қалайша түрленетінін нұсқап қоймастан, жалпы процестің жүру, жүрмеуін алдын ала болжайды..

$$dQ=dU+dA$$

Дене күйінің барлық энергиясы - микроскопиялық қозғалысының толық түріндегі сыртқы кинетикалық энергиясы E_k және салмақ күші өрісі, электрлі немесе магнит өрісі жағдайындағы потенциалды энергия E_n , сонымен қатар, дене бөлшектерінің құрамдық әрекеттері мен қозғалу энергиясын жасаушы ішкі энергия U қосындыларынан тұрады:

$$E = E_k + E_n + U$$

Термодинамиканың екінші заңы да бірінші заң сияқты адамзат өміріндегі тәжірибелер негізінде туған. Оның қалыптасуына жылу машиналарының пайдалы әсер коэффициентін анықтау, есептеу кезіндегі зерттеулер көп әсер етті.

Термодинамиканың екінші бастамасы — статистикалық нысандардың (мысалы, атомдардың, молекулалардың) үлкен санынан тұратын жүйелердің өз бетінше ықтималдығы аздау күйден ықтималдығы молырақ күйге ауысу процесін сипаттайтын табиғаттың түбегейлі заңы [5].

Термодинамиканың екінші заңы табиғаттағы процестердің жүру бағытын көрсетеді.

Өзін қоршаған кеңістікте ешқандай өзгерістер болмайтындай түрде жүретін термодинамикалық процесті қайтымды процесс деп атайды. Қайтымды процесс кезінде термодинамикалық жүйе бастапқы күйіне қайта келеді.

Жылу алмасу кезінде жүретін процесс қайтымсыз процесс болып табылады.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Ремизов А.Н. Медицинская и биологическая физика: учеб. для вузов. -7е изд., стереотип. -М.: Дрофа, 2007.
2. Антонов, В. Ф. Физика и биофизика : учебник. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2010. - 480 с.
3. Антонов В. Ф. Физика и биофизика : курс лекций для студентов мед. вузов: учебное пособие для вузов. -2-е изд., испр. и доп.. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. -240 с.
4. Тиманюк В. А. Биофизика : учебник для студентов фармацевтических и мед. вузов. -2-е изд. -К.: ИД "Профессионал", 2004.
5. Байзақ Ү.А., Құдабаев Қ.Ж. Медициналық биофизика мен медтехникалар бойынша лабораториялық практикум.-Алматы: Эверо, 2011

РЕЗЮМЕ

Н. Жанкозин – студент 1-го курса Южно-Казахстанской государственной фармацевтической академии, nurkhan.5797@mail.ru

Научный руководитель – **Г.К.Орманова** –к.п.н., доцент Южно-Казахстанской государственной фармацевтической академии, Ormanova.ganiya@mail.ru.

Во время существования живого организма в системе происходит обмен веществ, вместе с тем произойдет и обмен энергии, то есть обмен веществ тесно связан с обменом энергии. Количество энергии, выделяемой в открытых и закрытых системах, можно вычислить с помощью первого и второго законов термодинамики.

SUMMARY

During existence of a live organism in system there is a metabolism, at the same time there will be also an energy exchange, that is the metabolism is closely connected with an energy exchange. Amount of the energy emitted in the opened and closed systems, it is possible to calculate by means of the first and second laws of thermodynamics.

А.А. Төлегенова, taa8009@mail.ru, Ғ. М. Орманова, Т.А.Алимова, Ж.Б.Бекназарова.

Ғылыми жетекші - Мұхтарқызы Ф.

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Қазақстан Республикасы, Шымкент қаласы

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНДАҒЫ ВИРУСТЫҚ ГЕПАТИТТЕР БОЙЫНША ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙ

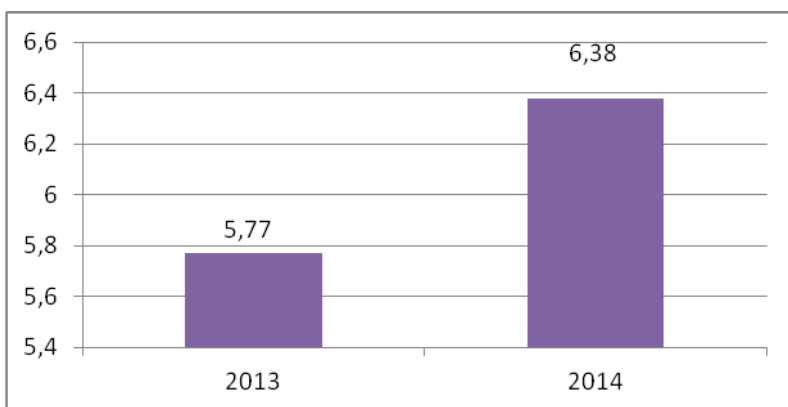
Түйін: Қазақстан Республикасы вирустық гепатиттердің таралуы бойынша жоғарғы эндемиялық аймаққа жатады. Жыл сайын 13 мыңнан 30 мыңға дейін науқастар тіркеліп отырады. Қазақстан Республикасы бойынша ең жоғарғы аурушандық көрсеткіштері Оңтүстік Қазақстан және Қызылорда облыстарында тіркеліп отырады.

Кілт сөздер: жедел вирусты гепатиттер, аурушандық, А гепатиті, В гепатиті, балалар аурушандығы.

Кіріспе: Вирусты гепатиттер - бауырдың зақымдалуымен жүретін, кең таралған, адамның жұқпалы ауруы. Гепатит сөзі латын тілінен аударғанда «бауырдың қабынуы» дегенді білдіреді. Жұғу механизмі мен берілу жолдарына байланысты вирусты гепатиттер екі топқа бөлінеді: бірінші топ - су, тамақ, лас қолдар, ойыншықтар, ыдыстар арқылы берілетін (А және Е гепатиті); екінші топ - инфекцияланған қан арқылы, жыныстық қатынас арқылы, сонымен қатар жүктілік немесе босану кезінде анасынан баласына берілетін (В,С,Д,Г гепатиттері).

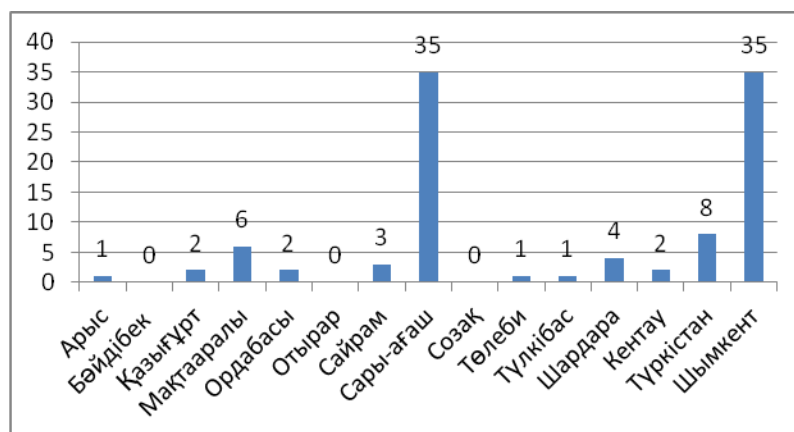
Зерттеу материалдары мен әдістері: Оңтүстік Қазақстан облысы «Тұтынушылардың құқұғын қорғау басқармасының» және Шымкент қаласының жұқпалы аурулар ауруханасының 2013 және 2014 жылы гепатиттермен сырқаттанушылықтың статистикалық мәліметтері.

Нәтижелер мен талқылаулар: Оңтүстік Қазақстан облысындағы вирусты гепатитпен аурушандық көрсеткіштеріне қарайтын болсақ, жедел вирусты гепатиттермен ауырғандар саны 2014 жылы 2013 жылға қарағанда 10,5%-ға көбейіп отыр, яғни 2013 жылы 156 адам ауырса, 2014 жылы 178 адам жедел вирусты гепатитті басынан өткерген.



Сурет 1- Оңтүстік Қазақстан облысындағы жедел вирусты гепатиттердің 2013-2014 жылдардағы аурушандығы (100 мың адамға шаққанда).

Аурушандықтың жартысынан көбі (56,1%) 14 жасқа дейінгі балаларда тіркелген. Облыс бойынша тіркелген жедел вирусты гепатиттердің ішінде Шымкент қаласында 2014 жылы 83 аурушандық оқиғасы тіркеліп, ол 46,6%-ды құрап отыр. Екінші орында 37 аурушандық оқиғасымен 20,7%-ды құрап Сарыағаш ауданы тұр. Жалпы тіркелген жедел вирусты гепатиттердің 37,6%-ы ауыл тұрғындарының аурушандығына тиесілі.



Сурет 2 - Оңтүстік Қазақстан облысындағы жедел вирусты гепатиттердің 2014 жылдағы аудандар бойынша таралуы (100 мың адамға шаққанда).

Барлық вирусты гепатиттерді қарастырғанда А гепатиті 155 оқиғамен 87,1%-ды алып отыр. Ал В гепатиті 17 оқиғамен 9,55%-ды, С гепатиті 4 оқиғамен 2,24%-ды құрайды.

Жедел вирустық гепатиттердің ішіндегі көп таралғаны А гепатиті. Ресми статистикалық мәліметтер бойынша Қазақстанда жыл сайынғы тіркелетін вирусты гепатиттердің 80-85%-ын А гепатиті, 10-15%-ын В гепатиті, 2-2,5%-ын С гепатиті және 1,4-6,5%-ын типтік емес гепатиттер құрайды.

А гепатиті - бұл шұғыл және міндетті түрде госпитализацияны қажет ететін күрделі ауру болып табылады. Науқас адаммен қатынастағыларға жедел вирусты А гепатитін жұқтыру ықтималдығы жоғары.

Басқа вирусты гепатиттердің ішінде гепатитті салыстырмалы түрде қатерлі емес ауру: клиникалық көріністер 2 аптаға созылады, бауырдың қызметі 1 ай көлемінде қалпына келеді, емдеу күрделі терапевтикалық әрекеттер немесе сирек фармацевтикалық дәрілерді қажет етпейді, ауру созылмалы нәтижелерді қалдырмайды. Дүниежүзілік әдебиеттердің мәліметтері бойынша летальдік жағдай 0,1-0,4%-ды құрайды және негізінен қосымша патологиялық жағдайлары бар тұлғаларда орын алады.

Басты қиындықты А гепатитінің барлық аймаққа таралуы және бір мезгілде мыңдаған адамдарды зақымдап нағыз эпидемия сипатындағы жоғары аурушандық жиілігі құрайды.

Қорытынды: Оңтүстік Қазақстан облысындағы жедел вирусты гепатиттер бойынша эпидемиологиялық жағдай әлі де күрделі болып отыр. Жоғары аурушандықтың негізгі себептері тұрғындардың сапасы төмен ауыз суын қолдануы. Гепатитпен аурушандық су құбырлары мен құрылғыларының қанағаттанарлықсыз жағдайымен, ауыз судың нашар сапасы мен санына тікелей байланысты. Еліміздің қалаларында ауыз судың техникалық қамтамасыздандырылуы мен залалсыздандырылуы шешімін тауып отырғанмен, ауылдық аймақтардың су құбырлары оларды қамтамасыздандыратын арнайы қызметтердің жоқтығынан қараусыз қалып отыр.

Тағайындалмаған жерлерде тағам өнімдерінің көптеген ретсіз базарлары мен сату орындарының болуы аурушандықтың жоғарғы дәрежесіне ықпал етуші фактор болып табылады. Нәтижесінде гепатиттердің алдын алу шараларын жетілдіріп, халықтың санитарлық-гигиеналық білімін және әлеуметтік-экологиялық жағдайын жақсартуды қажет етеді.

РЕЗЮМЕ

А.А. Тулегенова, taa8009@mail.ru, Г.М.Орманова, Т.А.Алимова, Ж.Б.Бекназарова., Мұхтарқызы Ф.

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Республика Казахстан относится к региону с высокой эндемичностью распространения вирусных гепатитов. Ежегодно регистрируются от 13 до 30 тысяч больных. Однако по регионам заболеваемость распределяется неравномерно. По итогам 8 месяцев 2007 года высокая заболеваемость вирусным гепатитом отмечается в Южно-Казахстанской, Кызылординской областях.

Ключевые слова: острые вирусные гепатиты, заболеваемость, гепатит А, гепатит В, детская заболеваемость.

SUMMARY

A.A. Tulegenova, taa8009@mail.ru, G.M.Ormanova, T.A.Alimovaa, Zh.B.Beknazarova., Mukhtarkyzy F.
South Kazakhstan State pharmaceutical Academy, Shymkent city

THE EPIDEMIOLOGICAL SITUATION OF VIRAL HEPATITIS IN THE SOUTH OF KAZAKHSTAN REGION

The Republic of Kazakhstan is a region with a high endemic viral hepatitis. Annually recorded from 13 to 30 thousand patients. However, the incidence of the regions unevenly distributed. As a result of 8 months of 2007, the high incidence of viral hepatitis observed in the South of Kazakhstan and Kyzylorda regions.

Key words: acute viral hepatitis, the incidence of hepatitis A, hepatitis B, the incidence of children.

УДК 514.742: 577

Ы.К. Султанмуратова – студентка 1-го курса Южно-Казахстанской Фармацевтической Академии, г.Шымкент, Республика Казахстан, sultanmuratova.1997@mail.ru
Научный руководитель – **Г.С. Сарбасова** – старший преподаватель кафедры медицинской биофизики, информатики и математики ЮКГФА, г.Шымкент, Республика Казахстан, sarqaliya@yandex.ru

ПРИМЕНЕНИЕ ВЕКТОРОВ ПРИ РЕШЕНИИ ФИЗИЧЕСКИХ, БИОЛОГИЧЕСКИХ И ХИМИЧЕСКИХ ЗАДАЧ

РЕЗЮМЕ

В данной статье рассматривается применение векторов при изучении некоторых предметов естественнонаучного цикла.

Ключевые слова: вектор, применение векторов, механика, генная инженерия, химия.

С уверенностью можно сказать, что мало кто из людей задумывается о том, что векторы окружают нас повсюду и помогают нам в повседневной жизни. Я обратила внимание, что векторы, помимо точных наук, встречаются нам и на улице. Так, например, во время прогулки в парке, я заметила, что ель, оказывается, можно рассматривать как пример вектора в пространстве: нижняя ее часть – начало вектора, а верхушка дерева является концом вектора. А вывески помогают нам найти местонахождение нужного магазина, службы или другого необходимого объекта.

Цель: Проследить важность понятия «Вектор» в предметах естественно-научного цикла; Рассмотреть вопросы происхождения развития понятия «вектор» при изучении спецпредметов моей будущей профессии; Углубить знания по естественно-научным предметам; Научиться применять векторы при решении задач физического, биологического и химического содержания;

Поискав материал в интернете, я узнала, что понятие «Вектор» - относительно новое математическое понятие и его изучает раздел математики «Векторная алгебра». Мы на занятиях математики изучили следующие темы: Система декартовых прямоугольных координат в пространстве; Скалярные и векторные величины; Действия над векторами; Скалярное произведение двух векторов; Векторное и смешанное произведение векторов, которые необходимы мне в будущей профессии инженера-технолога. Возникновение векторного исчисления тесно связано с потребностями механики и физики. Известно, что такие физические величины, как сила, ускорение, скорость характеризуются не только численным значением, но и направленностью. Как будущему инженеру, изучение векторов дает мне возможность более глубокого понимания формул, законов, чаще всего заданных уравнениями и математическими символами, векторами. Любая сила, например F тяжести, раскладывается по векторам. В основном, это используется при строительстве различных конструкций (построение моста), расчетах летательных аппаратов (вектор скорости для круговых орбит), в навигации морского и воздушного флота.

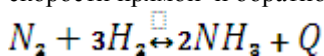
Интересно, но понятие «вектор» встречается даже в биологии и имеет два определения. **В первом случае вектором называется** организм, переносящий паразита от одного организма-хозяина к другому. Например, клещи являются векторами, переносящими вирус, вызывающий энцефалит.

Во втором случае вектор - автономная молекула ДНК, используемая в генной инженерии, для переноса генов от организма-донора в организм-реципиент, а также для клонирования нуклеиновых последовательностей (клонирование вектор).

Вектором, например, является бактериальная плазмида. Плазмиды дают бактериям большие преимущества, например способность синтезировать вещества опасные для других бактерий- антибиотики, а также быть устойчивыми к антибиотикам своих собратьев. Человек научился использовать эти свойства в медицине. Например, был получен антибиотик против бактерии, вызывающей туберкулез, но эта бактерия эволюционировала и приобрела к нему невосприимчивость. Поэтому необходимо снова искать средство, чтобы справиться с этой болезнью, для этого люди также создают искусственные векторы.

С помощью векторов синтезируются различные лекарства, антибиотики и даже необходимые человеку ферменты, например, инсулин. В генной инженерии недавно зародилось новое развивающееся направление- генотерапия, где **векторы позволяют исправлять генетические дефекты**. Также векторы используют при клонировании.

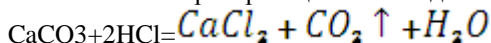
Свое широкое применение векторы получили в химии. Например, рассмотрим обратимость реакций. Обратимыми называются реакции, протекающие в двух взаимно противоположных направлениях. Такие реакции не доходят до конца и заканчиваются установлением химического равновесия, при котором скорости прямой и обратной реакций равны между собой.



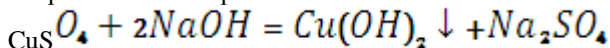
Обратимые реакции не доходят до конца. Концентрации реагентов уменьшаются, что приводит к уменьшению скорости прямой реакции \vec{v} . Скорость же обратной реакции постоянно возрастает, поскольку \vec{v} увеличиваются концентрации продуктов. Когда скорости прямой и обратной реакций станут одинаковыми ($\vec{v} = v \leftarrow$), наступает состояние химического равновесия. Человек научился направлять обратимые химические реакции в нужную для себя сторону, используя действие таких факторов, как температура, давление, концентрация.

Электролиз. Электролиз- это окислительно-восстановительный процесс, протекающий на электропроводах при прохождении электрического тока через расплав или раствор электролита. Знаком вектора обозначается осадок, то есть нерастворимое вещество, которое выпало на дно сосуда, или газ, который уходит вверх, в атмосферный воздух.

Рассмотрим реакцию взаимодействия карбоната кальция с соляной кислотой.



Происходит бурная реакция с выделением углекислого газа, это записывается с помощью вектора, направленного вверх.



Здесь мы видим выпадение в осадок гидроксида меди.

Выводы. Пройдясь по улицам нашего города, понимаю, что понятие вектора встречается на каждом шагу: в тех же самых рекламных плакатах, баннерах, светофорах. Это понятие помогает не только для передвижения или нахождения какого-либо объекта, но и в моей будущей профессии, при построении графиков, чертежей. Базовое понятие «вектор», рассмотренное на занятиях математики, является основой для дальнейшего изучения спецпредметов. Так, например, если применять векторы в физике, то можно решить многие задачи механики; в биологии - векторы позволяют исправлять генетические дефекты, а в химии - выпадение в осадок или выделение газа в атмосферу обозначаются знаком вектор.

Литература

- Беклемишев Д. В., Курс аналитической геометрии и линейной алгебры. Москва; Наука, 1988г.
Лидин Р. А., Аликберова Л. Ю., Химия. Справочник для старшеклассников и поступающих в ВУЗы; М.: «АСТ-ПРЕСС ШКОЛА», 2006г. – 512 с.
Глинка Н. Л., Общая химия: Учебное пособие для вузов; М.: «Интеграл-Пресс», 2008 г. – 728 с.
Уиллет Э., Генетика без тайн; М.: «Эксмо», 2008г. – 224с.

ТҮЙІН

- Ы.К. Султанмуратова** - Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясының 1- курс студенті, Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы, sultanmuratova.1997@mail.ru
Ғылыми жетекші – **Г.С. Сарбасова**- ОҚМФА медициналық биофизика, информатика және математика кафедрасының аға оқытушы, Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы, sarqaliya@yandex.ru

ФИЗИКАЛЫҚ, БИОЛОГИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ХИМИЯЛЫҚ ЕСЕПТЕРДІ ШЕШУДЕ ВЕКТОРЛАРДЫ ҚОЛДАНУ

Бұл мақалада кейбір жаратылыстану ғылымы циклдары пәндерін оқытуда векторларды қолдану қарастырылады.

Кілт сөздер: вектор, векторлардың қолдануы, механика, гендік инженерия, химия.

SUMMARY

I.K. Sultanmuratova – The year student of South-Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent, Republic of Kazakhstan, sultanmuratova.1997@mail.ru
Scientific supervisor – **G.S. Sarbasova**, senior teacher of Medical Biophysics, Informatics and Mathematics Department, SKSPhA, Shymkent, Republic of Kazakhstan

USING VECTORS AT SOLVING PHYSICAL, BIOLOGICAL AND CHEMICAL PROBLEMS

This article focuses on vector using at the study of some natural subjects.

Key words: vector, using vectors, mechanics, genetic engineering, chemistry.

Бурабаев А.А., Ворошилова Н.В., Сыздықов А.А.

Южно-Казakhstanская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Республика Казахстан

О СИМБИОТИЧЕСКОМ ВЫРАЩИВАНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ

РЕЗЮМЕ

В данной работе приводится описание нового метода выращивания лекарственных растений. Метод заключается в применении симбиоза и гидропонных установок. Симбиоз – это форма взаимоотношений организмов, при которой оба растения или один из них извлекает пользу из другого. Есть все основания полагать, что данный метод позволит увеличить урожай, биохимический состав и лечебный эффект растений.

Ключевые слова: лекарственные растения, симбиоз, гидропоника, биохимический состав, лечебный эффект.

Введение: На сегодняшний день перед мировым сообществом наиболее остро стоят вопросы нерационального использования природных ресурсов. Необходима разработка новых методов выращивания растений, которые бы улучшили биохимический состав, лечебные свойства растений, увеличили бы урожай. Для этого авторами предлагается метод симбиотического выращивания лекарственных растений на гидропонных установках. Цель данной работы: доказать эффективность симбиотического выращивания лекарственных растений с применением гидропонных установок. Задача работы: показать преимущества симбиотического выращивания лекарственных растений.

Материалы и методы: в качестве материалов использовались литературные источники, материалы библиографических баз данных. Методы которые мы применяли: литературный обзор, статистический анализ.

Результаты: В результате проведенного литературного обзора и изучения материалов библиографических баз данных было выяснено, что на сегодняшний день мировое население продолжает расти быстрыми темпами, такими же темпами должно увеличиваться производство продуктов питания. На данный момент примерно 38,6% свободной ото льда суши и 70% пресной воды идут на нужды сельского хозяйства. Обычные методы ведения сельского хозяйства могут вызвать широкий спектр негативных воздействий на окружающую среду. Перечислим лишь некоторые из негативных последствий традиционного сельского хозяйства: высокое и неэффективное использование воды, огромные потребности в земельных площадях, высокие концентрации питательных веществ и пестицидов в стоке, а также деградации почв, которые сопровождаются эрозиями. Поэтому, необходимо введение в сельское хозяйство новых методов. Симбиотическое выращивание лекарственных растений на гидропонных установках заключается в том, что на одной гидропонной установке (вертикальной или горизонтальной гидропонной грядке) будут выращиваться несколько видов лекарственных растений, которые являются друг для друга

наиболее благоприятными симбионтами. К примеру: ромашка аптечная, мята перечная, иссоп лекарственный и шалфей мускатный.

В фармакологии и пищевой промышленности данные культуры используются в качестве сырья для производства медицинских препаратов и эфирных масел. В частности, мята перечная используется в качестве лекарственного и ароматического растения с древних времен. Ее листья используют для ароматизации чаев и настоев. Помимо этого, мята перечная обладает отпугивающим действием от таких насекомых как: белянка капустная, блошки земляные, гусеницы-капустницы, муравьи, тля, домашняя моль. Сушеные цветочные головки ромашки аптечной широко используется в традиционной медицине и фитотерапии в европейских странах. При использовании в виде инфузии, ее экстракты обладают сильным противовоспалительным, антибактериальным, антипептическим и противогрибковым эффектами. Иссоп лекарственный является многолетним травянистым растением из губоцветных, которые облегчают кашель и другие симптомы астмы, поэтому широко использовался в уйгурской медицине. Предыдущие исследования показали, что иссоп лекарственный может играть противовоспалительную роль.

Гидропоника также благоприятно влияет на растения, способствует полной реализации их биологического потенциала. Преимущества использования гидропонии в сельском хозяйстве многочисленны. В дополнение к таким преимуществам, как более высокий выход урожая и эффективное использование воды, которое практикуется в контролируемой среде, гидропонные системы могут быть предназначены для поддержки непрерывного производства сельскохозяйственных культур в течение всего года.

В силу преодоления дефицита земли, воды и других ресурсов, сокращения био- и абиотических загрязнений окружающей среды, снижения высокой стоимости рабочей силы, современная гидропоника и беспочвенное выращивание культур будет играть важную роль в будущем сельского хозяйства и для экологических систем.

Выводы: Таким образом, преимущества использования данного метода многочисленны: 1. метод позволит экономить площади посевов, природные ресурсы получать; 2. улучшится биохимический состав растений; 3. будет получено максимальное количество урожая нескольких видов растений одновременно.

ТҮЙІН

Бурабаев А.А., Ворошилова Н.В., Сыздыков А.А.

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ, Қазақстан Республикасы

ДӘРІЛІК ӨСІМДІКТЕРДІ СИМБИОТИКАЛЫҚ ӨСІРУІ ТУРАЛЫ

Дәрілік өсімдіктерді өсірудің жаңа әдісі осы жұмыста сипаттаманы келтіреді. Әдіс симбиоздың қолдануында болады және гидропон қондырғылары. Екі өсімдіктің жанында организмдардың қарым-қатынастарын пішін симбиоз - немесе бірісі басқа пайда табады. Негіздеу бәрі осы әдіс түсім, биохимиялық құрамды үлкейтуге мүмкіндік беретінін сенуге бар, және өсімдік емдік әсері.

Кілт сөздер: дәрілік өсімдік, симбиоз, гидропоника, биохимиялық құрам, емдік әсері.

RESUME

Burabaiv A., Voroshilova N. , Syzdykov A.

South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy , Shymkent , Kazakhstan

ABOUT SYMBIOTIC GROW MEDICINAL HERBS

In this paper we describe a new method of growing plants lekarssvennyh . The method consists in the application of symbiosis and hydroponic systems. Symbiosis - a form of the relationship of organisms, plants which both or one of the benefits from the other. There is every reason to believe that this method will increase the yield, biochemical composition and the therapeutic effect of plants.

Key words: medicinal plants , symbiosis , hydroponics , biochemical composition , the therapeutic effect .

ӘОЖ 616.921.5 (574.5)

Абуова Г.Н., Сансызбаева Ж.М., Омарова Г.Ш., Мұхтарқызы Ф.
ЮҚМФА, ҚР, Шымкент қ., tulegenov.07@mail.ru

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНДАҒЫ ТҰРҒЫНДАРДЫҢ ТҰМАУМЕН СЫРҚАТАНУШЫЛЫҒЫ

Тұмау – бұл вирустармен шақырылатын, жоғарғы тыныс жолдарының ауруы. Тұмау өте жұқпалы, ережеге сай ауру адамнан жөтел және түшкіру арқылы таралады. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (ДДҰ) мәліметінше, жыл сайынғы тұмау індетіне 5 %-дан 15% -ға дейін әлем халықы жоғарғы тыныс жолдарының жұқпалы ауруымен ауырады. Берілген зерттеу Оңтүстік Қазақстан облысында тұмаудың таралуы және алдын-алу мәселелерінің шешімін табу мақсатында жүргізілді.

Кілт сөздер: тұмау, алдын-алу, індет, сырқаттанушылық

Кіріспе: Тұмау – бұл вирустармен шақырылатын, жоғарғы тыныс жолдарының ауруы. Тұмау вирусы адам организміне ауа-тамшы жол арқылы түседі. Бірақ тұмаудың жұғуы күнделікті қолданыстағы заттар арқылы, сөйлесу кезінде, жөтеліп түшкіргенде ауру адам өз айналасында көптеген аэрозольді бөлшектермен (қақырық, сілекей, түкірік т.б.) «қауіпті аймақ» тудырады. Вирус ағзаға түскенде, ол тыныс алу жолдарының эпителиіне орнығады, қорғаныш қызметін бұзады, содан соң РНК вирус жасуша ядросына енеді. Осылай вирус жылдам әрі тез ағзаның басқа да жасушаларын жаулап, тез көбейеді. Тұмауды клиникалық жағдайына қарай нақты анықтау мүмкін емес. Тұмауды нақтылау үшін зертханалық әдістер керек. Тұмаудың мына белгілеріне жүгінеміз: температураның көтерілуі, бас ауруы, конъюнктивит, көз алмасының қозғалғанда ауруы, жалпы интоксикация, дене бұлшықеттерінің ауруы тамақтың құрғауы, ауыруы, жөтел. «Тұмау» диагнозы жедел әрі тез арада қойылуы тиіс. Неғұрлым тез қойылса, соғұрлым аурудың асқинуы (қатты қансырау, ішкі организмнің зақымдалуы - өкпе, орталық нерв жүйесін) алдын-алуға болады.

Тұмауды анықтаудың өте қарапайым әрі тез сараптамасы – қан сараптамасын сараптау. Тұмаумен ауырған адамның қанында лейкопения (лейкоциттердің санының азаюы), тромбоцитопения (тромбоциттердің азаюы) болады. Диагностды нақтылауға серологиялық зерттеулер (аурудың қанындағы вирустық антиденелерді анықтау) немесе вирусологиялық әдіс (арнайы лабораторияларда мұрын жұғындысындағы вирусты бөліп алу) анықтайды. Вирусологиялық әдіс өте қиын және қымбат. Серологиялық, ПТР, иммуноферментті және вирусологиялық әдістер эпидемиялық бұрқ етулерді нақтылап диагностикалауда қолданылады.

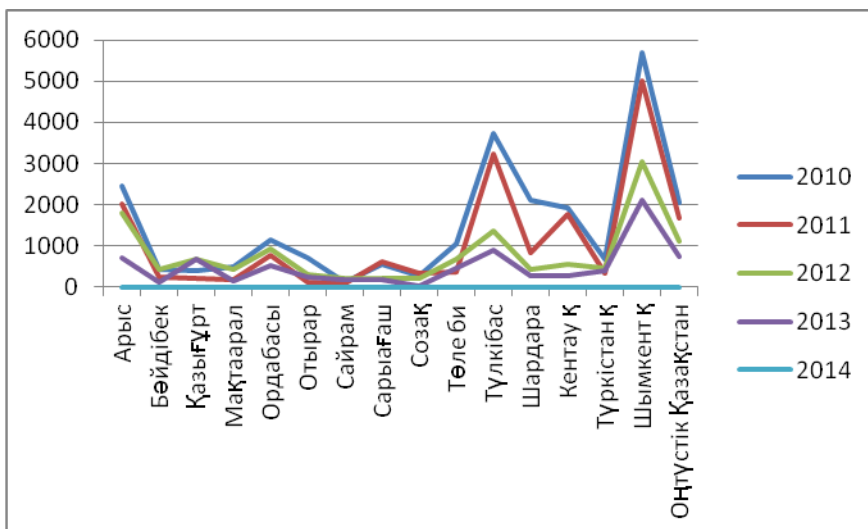
Зерттеу материалдары мен әдістері: Жұмыс материалдары ретінде Оңтүстік Қазақстан облысы «Тұтынушылардың құқұғын қорғау басқармасы», «Облыстық денсаулық сақтау департаментінің» 2010 және 2014 жылы тұмаумен сырқаттанушылықтың статистикалық мәліметтері жан-жақты зерттелді.

Нәтижелер мен талқылаулар: Алынған статистикалық мәліметтер бойынша Оңтүстік Қазақстан облысының Арыс, Бәйдібек, Қазығұрт, Мақтаарал, Ордабасы, Отырар, Сайрам, Сарыағаш, Созақ, Төле би, Түлкібас, Шардара аудандарының және Кентау, Түркістан қалалары, Шымкент қаласы, тұрғындарының тұмаумен сырқаттанушының абсолютті жағдайлары зерттелді. 2010жылдың Оңтүстік Қазақстан облысы-2040, Арыс-2451, Бәйдібек-419, Қазығұрт-402, Мақтаарал-476, Ордабасы-1135, Отырар-715, Сайрам-120, Сарыағаш-550, Созақ-266, Төле би-1033, Түлкібас-3740, Шардара-2117, Кентау-1913, Түркістан қалалары-664, Шымкент қаласы-5690 тұрғындардың тұмаумен сырқаттанушының абсолютті жағдайлары.

2011жылдың Оңтүстік Қазақстан облысы-1680, Арыс-2000, Бәйдібек-231, Қазығұрт-214, Мақтаарал-174, Ордабасы-771, Отырар-123, Сайрам-73, Сарыағаш-606, Созақ-317, Төле би-349, Түлкібас-3244, Шардара-822, Кентау-1769, Түркістан қаласы-340, Шымкент қаласы-5004 тұрғындарының тұмаумен сырқаттанушының абсолютті жағдайлары. 2012 жылдың Оңтүстік Қазақстан облысы-1112, Арыс-1792, Бәйдібек-415, Қазығұрт-674, Мақтаарал-417, Ордабасы-915, Отырар-309, Сайрам-201, Сарыағаш-213, Созақ-203, Төле би-685, Түлкібас-1369, Шардара-411, Кентау-552, Түркістан қаласы-445, Шымкент қаласы-3041 тұрғындарының тұмаумен сырқаттанушының абсолютті жағдайлары.

2013 жылдың Оңтүстік Қазақстан облысы-745, Арыс-711, Бәйдібек-110, Қазығұрт-665, Мақтаарал-142, Ордабасы-514, Отырар-240, Сайрам-173, Сарыағаш-173, Созақ-33, Төле би-463, Түлкібас-891, Шардара-258 аудандары және Кентау-276, Түркістан қаласы-394, Шымкент қаласы-2093, тұрғындарының тұмаумен сырқаттанушының абсолютті жағдайлары. 2014 жылдың Оңтүстік Қазақстан облысы-0.20, Арыс-0.00, Бәйдібек-0.00, Қазығұрт-0.00, Мақтаарал-0.00, Ордабасы-0.00, Отырар-0.00, Сайрам-1.00, Сарыағаш-0.38, Созақ-0.00, Төле би-0.00, Түлкібас-0.00, Шардара-0.00 аудандары және Кентау-0.00, Түркістан қаласы-0.00, Шымкент қаласы-0.00, тұрғындарының тұмаумен сырқаттанушының абсолютті жағдайлары. 2014 жылы басқа жылдарға қарағанда көрсеткіш өте төмен. Бұл көрсеткіштің төмен болуына алдын-алу шараларының

карқынды жүргізілуі көп мәнге ие. Салуатты өмір салтын ұстау, екпе қабылдау, жеке бас гигиенасын сақтау, жоғары иммунитет, физикалық жүктемелер, толық ұйқы, дұрыс тамақтану т.б сақтау арқылы тұмауды жұқтырып алу қауіп факторы төмендейді. Сонымен қатар жаман әдеттерден арылу олар: ішімдік ішу, темекі шегу т.б.



Диаграммада көріп тұрғанымыздай Оңтүстік Қазақстан облысы бойынша тұмаумен сырқаттанушылықтың 2010-2011 жылдары Төле би, Түлкібас, Шардара аудандарында жоғары және Кентау, Түркістан, Шымкент қалаларында сырқаттанушылықтың өте жоғары болғанын байқаймыз. 2012-2013 жылдары бұл көрсеткіш айтарлықтай төмендеген. Ал 2014 жылы барлық аудандарда сырқаттанушылық өте аз болған.

Қорытынды: Қорыта келе Оңтүстік Қазақстан облысының Арыс, Бәйдібек, Қазығұрт, Мақтаарал, Ордабасы, Отырар, Сайрам, Сарыағаш, Созақ, Төле би, Түлкібас, Шардара аудандарының және Кентау, Түркістан қалалары, Шымкент қаласы, тұрғындарының тұмаумен сырқаттанушылығының абсолютті жағдайлары зерттелді. Оңтүстік Қазақстан облысы бойынша тұмаумен сырқаттанушылықтың 2010-2011 жылдары Төле би, Түлкібас, Шардара аудандарында жоғары және Кентау, Түркістан, Шымкент қалаларында сырқаттанушылықтың өте жоғары болғанын байқаймыз. 2012-2013 жылдары бұл көрсеткіш айтарлықтай төмендеген. Ал 2014 жылы барлық аудандарда сырқаттанушылық өте аз болған. Бұл көрсеткіштің төмен болуы алдын-алу шараларының қарқынды жүргізілуі көп мәнге ие. Салуатты өмір салтын ұстау, екпе қабылдау, жеке бас гигиенасын сақтау, жоғары иммунитет, физикалық жүктемелер, толық ұйқы, дұрыс тамақтану т.б сақтау арқылы тұмауды жұқтырып алу қауіп факторы төмендейді. Сонымен қатар жаман әдеттерден арылу олар: ішімдік ішу, темекі шегу т.б.

ӘДЕБИЕТТЕР

Германенко И.Г., 2007- Диагностика и лечение острых респираторных инфекций у детей. Асобны, Минск, 40 с.

Зайцев А.А. Лечение острых респираторных вирусных инфекций. Лечащий врач, 2008 -№8-С.42–45.

Резюме

Абуова Г.Н., Сансызбаева Ж.М, Омарова Г.Ш., Мұхтарқызы Ф.

Ожно-Казакштанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГРИППА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Грипп - респираторное заболевание, вызываемое вирусом. Грипп является в высокой степени заразной, как правило, болезнь распространяется людьми при кашле и чихании. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ежегодных эпидемий гриппа 5% до 15% населения в мире заболевают инфекциями верхних дыхательных путей. Цель данного исследования изучить распространенность гриппа в Южно-Казакштанской области, найти приемлимые профилактические меры.

Ключевые слова: грипп, профилактика, эпидемия, заболеваемость

Summary

Abuova G.N., Sansyzbayeva Zh.M, Omarova G.Sh., Mukhtarkyzy F.

South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent, Kazakhstan

INFLUENZA PREVALENCE OF DISEASES IN THE SOUTH KAZAKHSTAN REGION

Influenza- is a respiratory illness that is caused by a virus. Flu is highly contagious and is usually spread by the coughs and sneezes of a person who is infected. According to the World Health Organization (WHO), in annual influenza epidemics 5% to 15% of the world's population become ill with upper respiratory tract infections. The purpose of this study to investigate the prevalence of influenza in the South Kazakhstan region, comprehensible to find preventive measures

Key words: influenza, prevention, [epidemical](#), morbidity.

Есиркепов М.М., Ворошилова Н.В., Кунпенсов И.А., Тимошенко М.Г.

Южно-Казakhstanская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Республика Казахстан

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ВЫРАЩИВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ

РЕЗЮМЕ

В данной работе приводится сравнительный анализ методов выращивания лекарственных растений. Методы, которые подвергаются сравнению: стандартный, на открытом грунте и симбиотический, на гидропонных установках. Сравнительный анализ, проведенный на основании данных, полученных в результате литературного обзора, показал, что симбиотический метод более эффективен.

Ключевые слова: метод выращивания лекарственных растений, стандартный метод, открытый грунт, симбиотический метод, гидропоника.

Введение: Целью нашей работы является проведение сравнительного анализа методов выращивания лекарственных растений: стандартный, на открытом грунте и симбиотический, на гидропонных установках. Задачи: 1.изучить данные литературных источников; 2. изучить материал библиографических баз данных; 3. Провести сравнительный анализ полученных данных.

Материалы и методы: в качестве материалов использовались литературные источники, материалы библиографических баз данных. Методы которые мы применяли: литературный обзор, статистический анализ.

Результаты и обсуждение: Стандартный метод выращивания лекарственных растений на открытом грунте может вызвать широкий спектр негативных воздействий на окружающую среду. Перечислим лишь некоторые из негативных последствий: высокое и неэффективное использование воды, огромные потребности в земельных площадях, высокие концентрации питательных веществ и пестицидов в стоке, а также деградации почв, которые сопровождаются эрозиями. Всех этих негативных последствий можно избежать, применяя гидропонику, так как ее использование: круглогодично; требует малых посевных площадей; позволяет выращивать любые растения; экономит расходы на воду, и человеческие ресурсы; ликвидирует затраты на транспортные расходы; обеспечивает постоянно свежее сырьё; позволяет произвести посев с целевым расчётом(это нужно для получения каждый день спелого урожая ,что увеличит качество лекарственных продуктов); увеличивает урожайность в сравнение с открытым грунтом более чем в 2 раза. Помимо этого, при выращивании на гидропонике, создаются все необходимые для растений условия: температурный режим, длительность светового дня, необходимое количество влаги и питательных веществ, это способствует полной реализации биопотенциала растений, как следствие, улучшается их биохимический состав, лекарственный эффект, свойства.

Были проведены исследования по совместному выращиванию растений, которые дали положительные результаты. Исходя из этого, можно предположить, что симбиотическое выращивание благоприятно для растений. Исследования, которые были проведены Всероссийским научно-исследовательским, конструкторским и проектно-технологическим институтом органических удобрений и торфа, показали существенную роль совместного выращивания нескольких видов растений в повышении степени полезного использования растениями тепла, света, осадков, питательных веществ почвы и агротехнических приемов. Это связано с тем, что симбионты начинают влиять друг на друга, что повышает устойчивостью их к стрессовым факторам среды и более полной реализацией биопотенциала фитокомпонентов.

Следующее исследование, проведенное в горной зоне Центральной части Северного Кавказа, где было апробировано совместное выращивание многолетних широколистных трав (козлятник восточный, девясил высокий, окопник шершавый, крапива двудомная) и травянистых растений показало, что при совместном выращивании кормовых трав увеличились такие показатели как: всхожесть семян козлятника, популяция козлятника, интенсивность вегетативного размножения, урожайность сухой надземной массы, всхожесть семян девясила высокого и урожайность сырой надземной массы девясила. То же самое можно наблюдать и у остальных растений.

Изучение на легких дерново-подзолистых почвах Центрального района нечерноземной зоны (Мещерская низменность) эффективности на многовариантном уровне смешанных посевов однолетнего узколистного люпина с овсом, ячменем, кукурузой, райграсом и рапсом также дало положительные результаты. Далее приводим показатели, которые изменить в лучшую сторону и процент изменения: прирост сухого вещества укосного урожая смешанных посевов люпина с овсом к среднему суммарному урожаю компонентов составил 20 ц/га (25 %), люпина с кукурузой 29 ц/га (72 %), люпина с райграсом 36 ц/га (62 %), люпина с рапсом 29 ц/га (36 %), урожая зерна люпина с овсом 15,1 ц/га (63 %), люпина с ячменем 12,4 ц/га (55 %). Благодаря смешанным посевам люпина с овсом, ячменем, кукурузой, райграсом и рапсом повышается кормопродукционный потенциал пашни: возрастает выход кормовых единиц, валовой энергии, коэффициент энергетической эффективности и зерновой продуктивности пашни, снижаются энергозатраты и финансовые средства на получение продукции.

Выводы: Из приведенных выше результатов литературного обзора можно сделать вывод, что применение симбиотического метода выращивания растений на гидропонике более эффективен по сравнению со стандартным методом на открытом грунте. Растения, выращенные предлагаемым методом, превосходят по своему биохимическому составу, лекарственным свойствам и количеству урожая растения, выращенные стандартным методом на открытом грунте.

ТҮЙІН

Есиркепов М.М., Ворошилова Н.В., Кунпеисов И.А., Тимошенко М.Г.

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ, Қазақстан Республикасы

ДӘРІЛІК ӨСІМДІКТЕРДІ ӨСІРУДІҢ ӘДІСТЕРІ САЛЫСТЫРМАЛЫ ТАЛДАУ

Дәрілік өсімдіктерді өсірудің әдістері салыстырмалы талдауды осы жұмыста алып келеді. Салыстыруға душар болған әдістер: стандартты симбиотикалығы, гидропон қондырғыларына және ашық топырақ. Деректер негізінде әдеби шолуды нәтиже алынған өткізілген салыстырмалы талдаудың симбиотикалық әдісі аса тиімді көрсетті.

Кілт сөздер: симбиотикалық әдісі, гидропоника дәрілік өсімдіктерді өсірудің әдісі, ашық топырақ стандартты әдіс.

RESUME

Esirkepov M., Voroshilova N., Kunpeisov I., Tymoshenko M.

South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent, Kazakhstan

COMPARATIVE ANALYSIS OF METHODS GROW MEDICINAL HERBS

This paper presents a comparative analysis of methods of cultivation of medicinal plants. Methods which are subject to comparison: standard, open field and symbiotic on hydroponic systems. Comparative analysis on the basis of data obtained from the literature review showed that the symbiotic method is more efficient.

Key words: method of cultivation of medicinal plants, the standard method, the open ground, symbiotic method, hydroponics.

УДК: 616.98-08:614.4

Нұрмаханбетова А.Е.

Ғылыми жетекші: м.ғ.к. Утепов П.Д. Мұхтарқызы Ф.М

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Қазақстан Республикасы, Шымкент қаласы

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫ ХАЛЫҚТАРЫНЫҢ 2011-2015 ЖЫЛДАРДА КОНГО-ҚЫРЫМ ГЕМОРАГИЯЛЫҚ ҚЫЗБАСЫМЕН АУРУЫ ЖАҒДАЙЫН ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ТҮРҒЫДА БАҒАЛАУ

ТҮЙІН

Мақалада ОҚО халықтары арасында 2011-2015 жылдарда Конго-Қырым геморагиялық қызбасы ауруы орын алуымен, оның алдын алумен байланысты жүргізілген іс-шаралардың эпидемиологиялық тұрғыда бағалауы баяндалады.

Кілт сөздер: Конго-Қырым геморагиялық қызбасы, эпидемиологиялық қадағалау, санитариялық-қорғау аумағы.

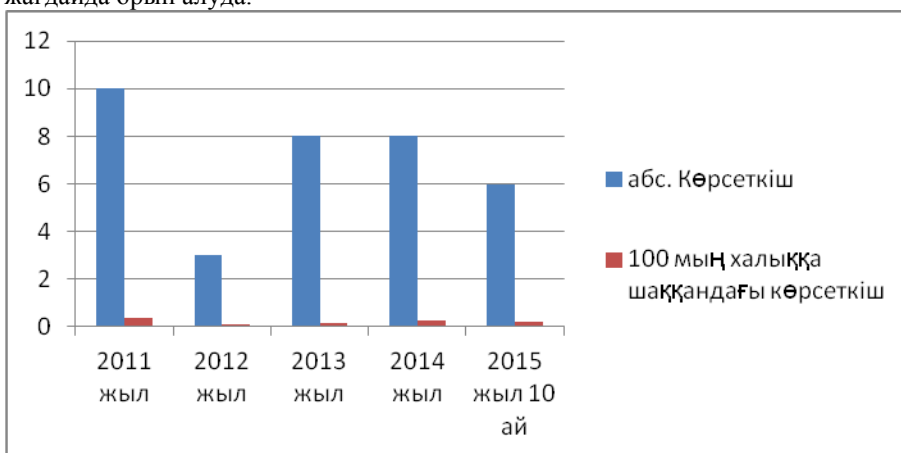
Өзектілігі: Республикамыздың Оңтүстік Қазақстан облысы Конго-Қырым геморагиялық қызбасы ауруының эпидемиологиялық қолайсыз аумағына жатады [1, 2]. Бүгінге қалыптасып отырған эпидемиологиялық ахуалды тұрақтандыруға, Конго-Қырым геморагиялық қызбасын эпидемиологиялық қадағалау және оның алдын алу жүйесін жетілдіру жобасы енгізілген, жобаға сәйкес аурудың зерттеу жүргізу хаттамасы, әр бір ауруға күдікті жағдайлардың зерделеуіне арналған сауалнама қолданылады [3].

Мақсаты: Оңтүстік Қазақстан облысы халықтары арасында Конго-Қырым геморагиялық қызбасы ауруының орын алу жағдайын зерттеу және оның алдын алу іс-шараларын жетілдіру.

Нысаны мен зерттеу әдістері: 2011-2015 жылдарда Оңтүстік Қазақстан облысы халықтарының Конго-Қырым геморагиялық қызбасымен ауруына ретроспективті талдау жүргізу.

Зерттеу нәтижелері мен талдау: 2011-2015 жылдарда халықтың Конго-Қырым геморагиялық қызбасымен ауруы 100 мың халыққа шаққанда 0,36 – 0,21 деңгейінде төмендеуі байқалады (сурет 1). Халықтың ауруы 2011 жылы 10 жағдайда орын алып 100 мың халыққа шаққандағы көрсеткіші 0,36 құраса, 2012 жылы 3 жағдайда орын алып 100 мың халыққа шаққандағы көрсеткіші 0,11 құрап 3 есеге төмендеген. Ал 2013-2014 жылдарда 8 жағдайдан орын алып 100 мың халыққа шаққандағы көрсеткіші 2013 жылы 0,18 және 2014 жылы 0,29 құрады. 2015 жылдың 10 айында ауру 6 жағдайда тіркеліп 100 мың халыққа шаққандағы көрсеткіші 0,21 құрады.

Халықтар арасында Конго-Қырым геморагиялық қызбасы ауруымен өлім- жетім жағдайы 2011 және 2012 жылдыры орын алмаса, бұл көрсеткіш зерттеудегі 2013, 2014 және 2015 жылдың 10 ай аралығында 2 жағдайда орын алуда.



Сурет 1 - Оңтүстік Қазақстан облысы халықтарының 2011-2015 жылдарда Конго-Қырым геморагиялық қызбасымен ауруына шалдығу көрсеткіші.

Жүргізілген талдау, Оңтүстік Қазақстан облысы елді мекендерінің эпидемиологиялық қолайсыз аумағында кенеге қарсы дезинфекциялық, дезинсекциялық іс-шараларды және халықтың арасында санитариялық ағарту жұмыстарын жүргізуді жетілдіруді айқындайды.

Әдебиеттер

1. Крымская гемморагическая лихорадка [Текст] / А.Е. Бейсетаева, Ш.Ж. Курманбекова, Г.С. Омарова // Вестник ЮКГФА. – 2012. – №4. – С. 16-18.
2. О лечении Конго-Крымской гемморагической лихорадки на современном этапе / Абуова Г.Н., Шшеничная Н.Ю., Нурмашева А.А. и др. // Вестник ЮКГФА. – 2013. – №2 (63). – С. 10-11.
3. Конго-Қырым қанды қызбасын эпидемиологиялық қадағалау жүйесін жетілдіру / Есенбаева А.Н., Алиев Д.С., Акимханов Б.С. Медетов Ж.Б., Абуова Г.Н. / ОҚМФА хабаршысы. – 2013. – № 4(65). – Б. 200-201.

ӘОЖ 616-006.6-084 (574.5)

А.Б.Юсупова – магистрант, **Ф.Мұхтарқызы**

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қаласы., tulegenov.07@mail.ru

**ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНДАҒЫ ТҮРҒЫНДАРДЫҢ ҚАТЕРЛІ ІСІКТЕРІМЕН
АУРУШАҢДЫҒЫ ЖӘНЕ АЛДЫН АЛУ ШАРАЛАРЫ**

Кілт сөздер: онкология, қатерлі ісіктер, аурушандық, жас-жыныс ерекшеліктер, алдын-алу.

Кіріспе: Нақты статистика Қазақстанда онкологиялық аурулардан өлім тұрғындар өлімінің барлық себептерінің ішінде екінші орын алатындығын көрсетеді. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының мәліметтері бойынша бүкіл әлемде 2020 жылға дейін қатерлі ісіктерден аурушандық және өлім 1,5-2 есеге ұлғаяды. [5]

Зерттеудің мақсаты: Оңтүстік Қазақстан облысындағы тұрғындардың қатерлі ісіктермен аурушандығы және алдын-алу іс-шараларын күшейтудің өзектілігі.

Зерттеу материалдары мен әдістері: Облыстық онкологиялық диспансердің 2013 жылғы, 2014 жылғы науқастар және қатерлі ісіктермен аурушандық туралы есебі.

Нәтижелер мен талқылаулар: Ісіктер қатерсіз және қатерлі болып екіге бөлінеді. Бұлардың бір-бірінен ең негізгі айырмашылығы, біріншісі еш уақытта көрші сау ұлпаларға, тіндерге, яғни мүшелерге тарамайды, немесе көшпейді, зақымдамайды, ал екіншісі – аталмыш үрдісті міндетті түрде орындайды, сөйтіп өмірге қауіп туғазады. [1] Қатерлі ісіктердің ерекшеліктері сол, бұл ісік өзінен өзі тоқтамай, әрі қарай прогрессия жолымен өсе береді, қатерлі ісіктің түйнегінен рақтың клеткалары бөлініп шығып, лимфа мен қан тамырлары арқылы және имплантация жолымен дене мүшелеріне, лимфа бездеріне тарайды. Қатерлі ісіктің негізгі түйнегінен бөлініп, жан-жаққа тарап шыққан, лимфа бездерінің, дене мүшелерінің ішіне түсіп өскен рак клеткаларын метастаздар деп атайды. Қатерлі ісіктің тағы бір ерекшелігі сол, бұл қатерлі ісікті хирургиялық операция жолымен, радиация сәулесімен, химиялық дәрі препараттарымен түгелдей зақымдап, түбірімен алып тастамаса, рақтың клеткасы немесе ткані өз орнында қалып қойса, онда соңынан осы қалып қойған рак клеткасынан, ісік тканінен қайтадан рак ісігі пайда болады, бұны қатерлі ісіктің рецидиві деп атайды. [2]

Қатерлі ісіктер барлық жас топтарында кездеседі. Бірінші кезекте ағзаның физиологиялық ерекшеліктері және қауіптің модифицирленген факторларына бейімділігімен анықталатын аурушандықтың және өлімнің құрылымы – әрбір жыныс және жас үшін әртүрлі.

Қалыпты ұлпалы ортада болатын ағзаның барлық клеткалары – картаю үрдісі және криздік жыныстық кезеңдерде ритмді физиологиялық өзгерістерге бейім. Адам өмірінде денсаулық үшін анағұрлым қауіпті критикалық кезеңдер 7, 14, 21, 29-30, 36, 42, 59-60, 63, 68 жаста байқалады. Ағзаның функциясының ритмді өзгерістерінің жиілігі және жасушалардағы компенсаторлы молекулалық өзгерістер, ритмді тербелістердің кейбір фазаларында жасушалардың құрылымдық бірліктері және мембраналарының канцерогендік заттардың әсеріне сезімталдығын арттырады. Ұзақтығы ағзаның жыныстық және жастық индивидуальді ерекшеліктеріне: жүйке жүйесі типіне, иммунды және эндокринді жүйенің жағдайына – және ағзаның модифицирлеуші факторларға бейімділігіне байланысты болатын канцерогенді агенттің әсер ету уақыты және ракті манифестация аралығында белгілі латентті кезең өтеді.

**ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ № 4(73)-2015ж.
ТЕЗИСЫ, ТОМ ІІІ**

2013 жылғы, 2014 жылғы облыстық онкологиялық диспансердің науқастар және қатерлі ісіктермен арушандық туралы есебі зерттелді. Талдау барысында 2013 жылы 55-59 жас аралығында жалпы науқастар саны-357 болса, оның ішінде ерлер-163, әйелдер-194 болған. 60-64 жас аралығында жалпы науқастар саны-391-ді құраса, оның ішінде ерлер-191, әйелдер-200-ді құраған. Ал 2014 жылы 50-54 жас аралығында жалпы науқастар саны-331, оның ішінде ерлер-115, әйелдер-216 болса, 55-59 жас аралығында жалпы науқастар-361, оның ішінде ерлер-153, әйелдер-208 болған. Ал 60-64 жас аралығында жалпы сан-384, оның ішінде ерлер-205, әйелдер-179 екендігін көрсетеді.

Кесте - Оңтүстік Қазақстан облысындағы 2013-2014 жылдардағы өмірінде бірінші рет анықталған қатерлі ісіктермен науқастарда жас-жыныс ерекшеліктеріне байланысты аурушандықтың таралуы

Жас	Жыныс	Жыл	
		2013	2014
0-4	е	24	16
	ә	14	18
5-9	е	6	13
	ә	6	8
10-14	е	9	10
	ә	5	5
15-17	е	5	8
	ә	10	4
18-19	е	7	5
	ә	1	5
20-24	е	18	19
	ә	16	15
25-29	е	17	19
	ә	28	18
30-34	е	12	22
	ә	27	35
35-39	е	34	30
	ә	71	74
40-44	е	48	44
	ә	91	101
45-49	е	55	72
	ә	141	130
50-54	е	138	115
	ә	189	216
55-59	е	163	153
	ә	194	208
60-64	е	191	205
	ә	200	179
65-69	е	140	156
	ә	138	155
70-74	е	182	135
	ә	153	153
75-79	е	98	102
	ә	93	128
80-84	е	38	24
	ә	53	39
85+	е	19	16
	ә	34	19

Онкологиядағы алдын-алу іс-шараларын жүргізу канцерогенездің болжамды этиологиялық факторларының көптүрлігінен күрделене түседі. Көптеген эпидемиологиялық және экспериментальдік зерттеулер сыртқы ортаның кейбір факторлары әсері (химиялық, физикалық және биологиялық) және

адамның өмір сүру салты арасында байланысты көрсетті. Тірі ағзаның оларға сезімтал жасушаларының қоршаған ортаның канцерогенді факторларының әсерін максималді төмендету, сондай-ақ адамға спецификалық емес әсер ету жолымен (салауатты өмір салты, дұрыс тамақтану, зиянды әдеттерден бас тарту ж. т. с. с. насихаттау) ағзаның иммунологиялық статусын тұрақтандыруға бағытталған әлеуметті-гигиеналық іс-шаралардың комплексі қатерлі ісіктердің біріншілік алдын-алу деп аталады.

Рак алды аурулармен науқастарды анықтау, келесі оларды сауықтыруға және бақылауға бағытталған медициналық іс-шаралар комплексі екіншілік алдын-алу деп аталады. Рактың ерте диагностикасы бойынша іс-шараларды ұйымдастыру және жүргізу екіншілік алдын-алудың компоненті болып табылады. Рактың рецидиві алдын-алу рақтың үшіншілік алдын-алу болып табылады.

Ағзаның қатерлі ісіктерден жеке бас қорғанысы құрауы керек: жеке бас гигиенасының ережелерін ұстануды; ағзаның бұзылған функцияларының кейінге шегерілуі емдік коррекциясын; дұрыс рационалді тамақтануды; зиянды әдеттерден бас тартуды; репродуктивті жүйенің функциясының оптимизациясын; активті салауатты өмір салтын ұстануды; адамның биік өзінің есін – ағзаға канцерогенді әсері бар факторларды нақты білу және сақтану шараларын, ісіктердің ағымының ерекшеліктерін, сатылығын және емінің нәтижелілігі оларды уақытылы анықтауға байланыстылығын білу; [3]

Қорытынды: Тұрғындардың әртүрлі топтарының қатерлі ісіктермен аурушандығын және олардан өлімнің сандық көрсеткіштерін зерттеу және талдау, денсаулық сақтау жүйесінің басқару органдарына раққа қарсы күрестің бағдарламаларын дайындауға және күшейтуге мүмкіндік береді. [4]

Қатерлі ісікпен күрестің негізгі әдістері – ауруың алдын-алу, салауатты өмір салтын ұстану және науқасты неғұрлым ерте анықтау. Ең бастысы, адамның өз денсаулығына деген жауапкершілі маңызды. Зиянды әдеттерден бойын аулақ ұстап, дұрыс тамақтанған адамдар жаман аурудан сақтана алады. [6]

РЕЗЮМЕ

А. Б. Юсупова – магистрант, Ф. Мұхтарқызы.

Южно-Казакстанская государственная фармацевтическая академия., tulegenov.07@mail.ru

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ НАСЕЛЕНИЯ ЮЖНО-КАЗАКСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

В статье даны литературные данные и статистические данные областного онкологического диспансера. В статье приведена информация о злокачественных новообразованиях. Показаны возрастнополовые особенности злокачественных новообразований. А также уделено особое внимание важности проведения профилактических мероприятий в онкологии.

Ключевые слова: онкология, злокачественные новообразования, заболеваемость, возрастнополовые особенности, профилактика

Summary

A.B.Yusupova – a master, F.Mukhtarkysy

South Kazakhstan state pharmaceutical academy, Shymkent., tulegenov.07@mail.ru

THE INCIDENCE WITH MALIGNANT NEOPLASMS AND PREVENTIVE MEASURES OF RESIDENTS IN SOUTH KAZAKHSTAN

In this article, considered information about literature and static information of regional oncological dispensary. In this article information about malignant neoplasms is given. The age-sex peculiarities of malignant neoplasms is considered too. Also this article discusses more about the importance of doing preventive measures in oncology.

Key words: oncology, malignant neoplasms, the incidence, the age-sex peculiarities, prevention

УДК 616.99-036.22-008.1

Сейдалиева К.Ж., Батырханова С.Т.– магистранты 1-го года Южно-Казахстанской государственной фармацевтической академии, Республика Казахстан, город Шымкент Karlygashseidalieva@mail.ru
Мұхтарқызы Ф. - ассистент кафедры инфекционных болезней и дерматовенерологии, tulegenov.07@mail.ru

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗОМ ПО ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2012-2013ГОДЫ

Ключевые слова: Эхинококкоз, заболеваемость, диагностика, профилактика.

Эхинококкоз человека является зоонозом (болезнью, передаваемой людям от животных), вызываемым паразитами, а именно ленточными червями рода *Echinococcus*. Эти заболевания характеризуются длительным хроническим течением, тяжелой органной и системной патологией, обширностью поражения, приводящим к инвалидности и нередко к гибели больного. С момента заражения до времени установления диагноза отмечается латентный период продолжительностью от 5 до 20 лет (описан латентный период эхинококковой кисты до 75 лет).

Существует четыре формы эхинококкоза: кистозный эхинококкоз, известный также как гидатидная болезнь, или гидатидоз, вызываемый инфекцией *Echinococcus granulosus*; альвеолярный эхинококкоз, вызываемый инфекцией *E. multilocularis*; поликистозный эхинококкоз, вызываемый инфекцией *E. vogeli*; монокистозный эхинококкоз, вызываемый инфекцией *E. oligarthrus*.

Диагностика: В качестве технологии визуализации для диагностики как кистозного, так и альвеолярного эхинококкоза используется ультразвуковая эхография, рентгенография. Подтверждается сканированием с помощью компьютерной томографии (КТ) и/или магнитно-резонансной томографии (МРТ). Специфические антитела выявляются с помощью разных серологических тестов реакции латекс-агглютинации (РЛА), непрямой гемагглютинации (РНГА), иммуноферментного анализ (РИФА, ELIZA), антигенов (АЕ) и могут подтверждать диагноз.

Целью данного исследования явилось провести ретроспективный анализ распространенности и динамики заболеваемости в ЮКО, дать возрастную характеристику больных эхинококкозом.

Материалы и методы исследования: В ходе исследования нами были проанализированы статистические данные по заболеваемости населения эхинококкозом за 2012-2013г. Изучены методы диагностики, используемые в клиниках города Шымкент. Материал получен из Республиканского государственного учреждения «Департамент по защите прав потребителей Южно-Казахстанской области».

Годы	Общее число	На 100тыс население
2012	280	10,43
2013	289	10,69

Результаты: За 2012-2013 г по Южно-Казахстанской области зарегистрировано 569 случая эхинококкоза. В 2012 году -280, из них до 14 лет -55. В 2013 году -289, из них до 14 лет-64, по сравнению с 2012 г повышено на 9 случаев. Если показатель заболеваемости на 100тыс населения в 2012 году составил 10,43, из них до 14 лет-6,41. То в следующий 2013 году -10,69случая, из них до 14 лет-7,22 по сравнению с 2012 г повышено на 0,81.

Обсуждение: Результаты исследование показали, высокий процент среди заболевших приходится на детей до 14 лет. За исследуемый период наблюдается повышение показателей заболеваемости населения эхинококкозом, имеется тенденция к росту.

Выводы: На основании проведенного анализа можно сделать следующие: Заболеваемость эхинококкозом представляет актуальную проблему здравоохранения в ЮКО. Необходимо внедрить современные методы диагностики. Требуется усовершенствование профилактических мер в данной области. Для снижения уровня эхинококкоза нужно ввести скрининговую диагностику у детей до 14 лет с использованием нескольких методов ИФА и ПЦР.

ТҮЙІН

Сейдалиева К.Ж., Батырханова С.Т –Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясында 1ші жылдың магистранттары, Қазақстан Республикасы, Шымкент қаласы Karlygashseidalieva@mail.ru
Мұхтарқызы Ф. –жұқпалы аурулар және дерматовенерология кафедрасының ассистенті tulegenov.07@mail.ru

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫ БОЙЫНША 2012-2013 ж ЭХИНОКОККОЗ СЫРҚАТТАНУШЫЛЫҒЫНЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ТАЛДАУЫ

Эхинококкозға жүргізген талдаудан, оның кең таралуы және өсуі, әлеуметті-экономикалық залалы анықталды. Халықтың денсаулығында созылмалы ауыр кезеңге және қайта қалпына келмейтін сатыға өтіп айқталып, хирургиялық ем кеш болғандықтан әсер болмайды. Бұл мәселеде профилактикалық іс-шараларды, емдеу, санитарлық ағарту жүргізу жиынтығын тұрақты қамтуы қажет.

Кілт сөздер : эхинококкоз, ауру, диагностика, алдын алу

SUMMARY

Seydalyeva K.J., Batirhanova S.T. - Graduate students of the 1st year of the South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Republic of Kazakhstan, Shymkent 2015 Karlygashseidalyeva@mail.ru

Mukhtarkyzy F. - assistant of the department infectious diseases and dermatology, tulegenov.07@mail.ru

A EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF MORBIDITY ECHINOCOCCOSIS OF THE SOUTH KAZAKHSTAN REGION FOR THE PERIOD 2012-2013

Out of the analysis of echinococcosis determined by their widespread and growing socio economic damage to the health of the population, are chronically occurring with severe, diagnosed at an advanced stage, which leads to late surgical treatment that does not give effect. In this issue it is necessary to include a set of preventive measures, including only the identification, treatment of patients and carrying out health education, to obtain high and stable results. **Key words:** Echinococcosis, incidence, diagnosis, prevention.

Жакыпбекова А.Е. – магистрант, ЮКГФА, г.Шымкент, kgmagirl@mail.ru

Мұхтарқызы Ф. - ассистент кафедры инфекционных болезней и дерматовенерологии, tulegenov.07@mail.ru

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО САЛЬМОНЕЛЛЕЗУ В ЮКО

Ключевые слова: сальмонеллез, бактерия, заболеваемость, распространение, инфекция.

Сальмонеллез- одна из часто встречающихся инфекции, которая поражает и детей, и взрослых. Заболевание может протекать по типу пищевой токсикоинфекции (у детей старше года), а также давать тяжелые формы у детей грудного возраста. Немаловажна опасность инфекции у детей, так как заболевание может иметь серьезные осложнения с высокой вероятностью смертельного исхода: инфекционно-токсический шок; отек головного мозга; отек легких; почечная недостаточность; судорожный синдром; реактивный артрит; гнойные осложнения. При своевременном обращении к врачу прогноз благоприятный. Большинство детей переносят сальмонеллез без последствий и осложнений. Опасным заболеванием может стать для грудных малышей и ослабленных детей. Поэтому ранняя диагностика, лечение, профилактика, являются основными путями снижения показателя заболеваемости по данной инфекции. Сальмонеллез имеет глобальное распространение, рост заболеваемости даже в развитых странах, частые вспышки и большую летальность среди детей младшего возраста. *Большое количество людей являются носителями данной инфекции (в организме человека размножаются бактерии, но признаки и симптомы сальмонеллеза отсутствуют).* Для работников многих профессий – например, для барменов, поваров, продавцов в продуктовых магазинах и воспитателей в детских садах – обязательно наличие медицинской (санитарной) книжки, в которой отмечается наличие, или же отсутствие кишечной инфекции. Сейчас можно встретить огромное количество фирм и неких клиник, предлагающих оформить санитарную книжку за один день. Распространение фальшивых санитарных книжек представляет большую опасность, ведь люди с поддельными книжками, устраиваются продавцами в магазины, поварами в кафе, воспитателями в ДДУ, тем самым представляют опасность для окружающих.

Цель исследования: провести анализ заболеваемости сальмонеллезом населения ЮКО за 2009-2014 г.г

Материалы и методы исследования. Изучена заболеваемость населения сальмонеллезом в ЮКО 2009-2014 г.г по отчетным данным.

Результаты и обсуждение. Эпидемиологическая ситуация по сальмонеллезу в Республике Казахстан остается напряженной. На сегодняшний день сальмонеллез остается одной из важных проблем в структуре инфекционной заболеваемости в целом, хотя наблюдается снижение заболеваемости. Ежегодно, в разных областях республики регистрируются вспышки заболеваний сальмонеллезом. Восприимчивость людей почти всеобщая, наиболее поражаемый контингент - дети старшего возраста.

При изучении показателя заболеваемости в ЮКО с 2009- 2014 г.г отмечается, что наиболее высокий уровень был зарегистрирован в 2009 году- 136 человек, интенсивный показатель на 100 тыс. населения составил – 5,43. В 2010 году заболело– 127 человек, интенсивный показатель на 100 тыс. населения составил – 4,97. За аналогичный период 2011 года зарегистрировано– 56 случаев, интенсивный показатель на 100 тыс. населения составил – 2,12. С 2009 года наблюдается снижение заболеваемости на 58,83%. В 2012 году показатель заболеваемости возрастает на 21,13%, зарегистрировано 71 случай, интенсивный показатель на 100 тыс. населения - 2,64. В последующий 2013 год, показатель вновь снижается на 46,48%, зарегистрировано 38 случаев, интенсивный показатель на 100 тыс. населения - 1,41. За минувший год зарегистрировано 22 случая, интенсивный показатель на 100 тыс. населения - 0,79. За 5 лет в ЮКО наблюдается значительное снижение сальмонеллеза, если в 2009 году было зарегистрировано 136 случаев, то в 2014 году- 22, т.е снижение на 83,8%. В 2009 году из 136 зарегистрированных случаев 94 приходится на детей, в 2010 году из 127 случаев- 86 у детей, в 2011 году из 56 случаев- 37 у детей, в 2012 году зарегистрирован 71 случай сальмонеллеза, из них 25 у детей, в 2013 году 38 случаев, 17 из них у детей. В прошлом году из 22 случаев 10 приходилось на детей. По показателю определено, что из всех случаев заболевания 59,7% приходится на долю детского населения (дети до 14 лет). Восприимчивость людей почти всеобщая, наиболее поражаемый контингент – дети.



Выводы: Наибольший показатель зарегистрированных случаев сальмонеллезом отмечался в 2009-2010 г.г, с резким снижением в 3 раза в последующие годы. Проведенный анализ показывает, что эпидемиологическая ситуация в ЮКО за последние 4 года значительно улучшилась. Достичь таких показателей удалось за счет противоэпидемических мероприятий направленных на предупреждение распространения заболевания. В случае возникновения спорадических заболеваний и эпидемических вспышек выявление путей передачи инфекции. Постоянная регистрация сальмонеллеза в ЮКО, требует надзора за инфекцией и совершенствования проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий. В дальнейшем, при проведении санитарно-эпидемиологического обследования эпидзначимых объектов, организации проведения профилактического фагирования работников предприятий по производству и переработке продукции животноводства, проведения санитарно-просветительской работы по профилактике ОКИ, сальмонеллеза, брюшного тифа и паратифов возможно снизить заболеваемость сальмонеллезом на более низкие показатели.

ТҮЙІН

Жақыпбекова А.Е.- магистрант, ОҚМФА, ҚР, Шымкент қ, kgmagirl@mail.ru
Мұхтарқызы Ф. - ассистент кафедры инфекционных болезней и дерматовенерологии, tulegenov.07@mail.ru

ОҚО САЛЬМОНЕЛЛЕЗ БОЙЫНША ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙ

Кілт сөздер: сальмонеллез, бактерия, аурушандық, таралуы, инфекция

Мақала біздің өңірдегі сальмонеллез мәселесіне арналған. Сальмонеллез - жетекші орын алып, жаппай таралған жұқпалы ішек тобының бактериялық инфекциясы. Қазақстанда қазіргі кунде сальмонеллез ауруы төмендеуіне қарамастан, жалпы жұқпалы аурулар құрылымында маңызды мәселелер қатарына жатады. Жыл сайын, еліміздің түрлі өңірлерінде сальмонеллез аурудың өршуі тіркеледі. Оңтүстік Қазақстан облысында сальмонеллез тіркеу жағдайлары бар. Бұл мақалада 2009-2014 ж.ж сырқаттанушылық зерттелген.

SUMMARY

Zhakupbekova A.E- magistrant, SKSFA, Kazakhstan, Shymkent, kgmagirl@mail.ru

Mukhtarkyzy F. - assistant of the department infectious diseases and dermatology, tulegenov.07@mail.ru

THE EPIDEMIOLOGICAL SITUATION OF SALMONELLOSIS IN SKO

The article deals with the problem of salmonellosis in our region. Salmonellosis - ubiquitous bacterial infection that leads the group of intestinal infections. In Kazakhstan today salmonellosis remains one of the important problems in the structure of infectious diseases in general, although a decrease in morbidity. Every year, in different regions of the country recorded outbreaks of salmonellosis. In South Kazakhstan region as there are cases of salmonellosis registration. In this paper we study the incidence rate for 2009-2014 yu.

Key words: salmonellosis.

Секция «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В XXI ВЕКЕ»

УДК:616.33-006.6-08-089-018+615.28

Г.К. Каусова, О.К. Жандосов, А.М. Тиляева, А.И. Нуфтиева
Высшая школа общественного здравоохранения МЗСР РК, г. Алматы
КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, г. Алматы

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЖЕЛУДКА: РОЛЬ ПЕРИОПЕРАТИВНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ

Аннотация

Проблема изучения злокачественных опухолей, несмотря на значительные успехи, достигнутые в последние десятилетия, продолжает оставаться в центре внимания ученых всего мира в связи с постоянным ростом заболеваемости. Лекарственная терапия опухолей в последние годы претерпела существенные изменения и в настоящее время стоит в одном ряду с хирургическим и лучевым методами лечения.

Ключевые слова: рак желудка, эпидемиология рака желудка, периоперативная химиотерапия, скрининговая программа, регрессия опухоли.

Рак желудка (РЖ) остается одним из пяти наиболее распространенных злокачественных новообразований (ЗН) во всём мире [1]. Исторически РЖ был главной причиной летальных исходов от ЗН на планете до 1980-х годов, когда рак лёгкого (РЛ) опередил эту позицию [2,3]. Повсеместная заболеваемость РЖ стремительно уменьшилась за последние несколько десятилетий [4,5,6,7,8]. Есть интересная гипотеза, что популяризация электрических рефрижераторов послужила переломным моментом для снижения заболеваемости РЖ [9,10]. РЖ – это вторая причина смертности населения от ЗН. Самая высокая заболеваемость РЖ отмечена в Азии, Латинской Америке и странах Карибского бассейна, самый низкий уровень – Африка и

Северная Америка [11]. Ежегодно на планете регистрируется около 952000 новых случаев (7%) заболевания [11]. Глобально из 8,2 случаев смерти от РЖ умерло 723000 человек за один год [12].

В Республике Казахстан (РК) в 2014 году выявлено 2804 новых случаев заболевания РЖ. В последнее время в РК от ЗН ежегодно в среднем умирает около 16241 человек, в том числе около 2044 человек (12,6%) от РЖ. В ранговой таблице РЖ стабильно является второй причиной смерти от ЗН после РЛ. [13]. Большой мужчина, умерший от РЖ, не доживает в сравнении с популяционными наблюдениями в среднем 12,2 года, женщина - 15 лет [14].

Одной из основных причин неудовлетворительных результатов лечения и плохих прогнозов является поздняя диагностика заболевания и несовершенство имеющихся методов терапии [15]. В настоящее время удельный вес больных РЖ, выявленных в 1-2 стадии, не превышает 34,2%, а в 4 стадии – 22,7%. Таким образом, более 43% больных выявляется в 3 стадии опухолевого процесса, когда применение только одного локального метода воздействия оказывается недостаточным. [13]. Послеоперационная полихимиотерапия не привела к улучшению отдаленных результатов лечения, поэтому в последний период времени отмечен особый интерес к периоперативной химиотерапии (ПХ) РЖ [16].

В настоящее время проводятся активные предклинические и клинические испытания лекарственных препаратов, предназначенных для терапии РЖ. Диагностика и лечение РЖ в РК улучшились за счёт внедрения скрининговых программ согласно Приказа Министра здравоохранения РК от 16 марта 2011 года №145 и Приказа Министра здравоохранения РК от 8 января 2013 года №8 «О внедрении скрининга на раннее выявление рака пищевода, рака желудка, рака печени и рака предстательной железы в пилотных регионах» [17,18]. Пять институциональных реформ и сто конкретных шагов по их реализации в Плате Нации усилили устойчивость системы здравоохранения на основе солидарной ответственности государства, работодателей и граждан [19].

Основанием для проведения системной ПХ являются несколько неоспоримых моментов. Первый заключается в том, что основное большинство вновь выявленных больных РЖ - это пациенты в распространенной стадии опухоли (T \geq 2- инвазия опухолевой стенки и наличие N+ лимфатических узлов). В данной ситуации весьма проблематична надежда на выполнение радикальной резекции. Кроме того, несомненным является факт, что при позитивных N+ крайне высок риск возникновения в ранние сроки отдаленных метастазов после операции.

Цель исследования: оценка непосредственных результатов эффективности периоперативной химиотерапии рака желудка.

Материалы и методы: Проведено исследование эффективности лечения местнораспространенных форм рака желудка. Проведено 62 больным комбинированное лечение - ПХ + операция. ПХ проведена по схеме: доцетаксел - 75 мг/м² 1 день + 5-фторурацил 500 мг/м² 2- 5-ый дни + кальция фолинат 50 мг/м² также 2-5-ый дни.

Результаты исследования и обсуждение. Проведена оценка результатов эффективности ПХ РЖ. ПХ проведена 62 больным по схеме: доцетаксел - 75 мг/м² 1 день + 5-фторурацил 500 мг/м² 2- 5-ый дни + кальция фолинат 50 мг/м² также 2-5-ый дни. Проведена оценка результатов объективных и субъективных показателей на ПХ. Улучшение субъективного состояния наблюдалось, как правило, на 4-5 сутки от начала лечения. Этот эффект объясняется тем, что 5-фторурацил обладает противоопухолевым и противовоспалительным действием. Таким образом, после назначения фторурацила значительно купировались сопутствующие паратуморозное воспаление. Приведены данные об изменениях в частоте клинических симптомов (КС) заболевания, наступившие после проведения ПХ. (таб.1).

Таблица 1 - Изменение клинических проявлений заболевания.

Симптомы	Наличие симптомов до лечения (абс.ч.)	Снижение или отсутствие симптомов после лечения	
		Абсолютные числа	%
Боль	52	29	55,8 ± 0,5
Слабость	47	22	46,8 ± 0,5
Анорексия	39	17	43,6 ± 0,5
Тошнота	28	18	64,3 ± 0,48
Похудание	27	6	22,3 ± 0,42
Дисфагия	14	3	21,4 ± 0,43

Оценка объективного и субъективного эффектов проводилась в одни сроки при каждом повторном поступлении пациента на очередной этап лечения. Анализ проведенного исследования показал, что у 31 пациента (50%), перенесших ПХ, имелись признаки регрессии опухоли. В 3 (4,8 ± 0,22%) случаях отмечена полная регрессия опухоли. В 13 (20,9 ± 0,41%) случаях отмечена стабилизация процесса. (таб.2).

Таблица 2- Эффективность ПТ.

Эффект неoadъювантной терапии (критерии ВОЗ)	Абсолютное число	%
Полная регрессии	3	4,8 ± 0,22
Частичная регрессии	28	45,2 ± 0,5
Стабилизация	13	20,9 ± 0,41
Нет эффекта	18	29,1 ± 0,46

Отмечен ряд осложнений, вызванных токсическим действием химиопрепаратов на организм больного. В зависимости от сроков возникновения осложнений токсического характера, мы выделили непосредственные и ближайшие осложнения. Непосредственные осложнения возникали в момент инфузии препарата, а ближайшие - в процессе курса лечения. Проведенный анализ показывает, что у всех больных выявлена аллопеция, связанная с токсическим действием доцетаксела и антимиетаболита 5-фторурацила (таб.3).

Таблица 3.- Анализ побочных эффектов при ПХ больных РЖ (n=62).

Побочные явления	Степень токсичности по шкале ВОЗ			
	I	II	III	IV
Алопеция	62 (100%)	-	-	-
Лейкопения	8 (12,9 ± 0,34%)	4 (6,9 ± 0,25%)	-	-
Тошнота	10 (16,1 ± 0,37%)	-	-	-
Рвота	10 (16,1 ± 0,37%)	-	-	-
Энтерит	6 (9,7 ± 0,3%)	-	-	-
Гепаодистрофия	3 (4,8 ± 0,22%)	-	-	-

Из непосредственных обратимых осложнений, имевших место в момент проведения химиотерапии, тошнота и рвота отмечена в равной степени у 10 больных (16,1%) больных. В конце курса ПХ энтерит легкой степени выявлен у 6 (9,7%) больных. Лейкопения наблюдалась у 12 пациентов, причем II степени - у 4 больных. Данной категории пациентов на фоне проводимой дезинтоксикации проводилась коррекция колониестимулирующим препаратом (филграстим). Отмены схем химиотерапии не было. В 3-х случаях гепатодистрофии, подтвержденных ультразвуковым исследованием, проводилась коррекция гепатопротекторами. В целом, достаточно низкие показатели токсичности на систему кроветворения мы связываем с тем, что проводился подбор больных, при котором пациенты с осложненными формами РЖ (тяжелая анемия, лейкопения, декомпенсированный стеноз привратника) не включались в исследование. При клинических проявлениях энтерита химиотерапия прекращалась и в течение 2-3 суток проводилась дезинтоксикационная терапия. Обратимые осложнения, возникшие при проведении предоперационной химиотерапии, носили временный характер, купировались перерывом в лечении на 1-2 дня и не требовали отмены схем лечения.

Вывод. Таким образом, проведение ПХ приводит к полной или частичной регрессии опухолевого процесса. Отмечены выраженные объективные и субъективные положительные эффекты ПТ, заключающиеся в улучшении общего состояния и уменьшения КС. Не отмечено высокой токсичности, потребовавшей отмены лечения. Данная схема показала свою относительную безопасность в терапии рака, что в итоге представило собой пример безусловного прогресса медицинской онкологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. [Jemal A, Bray F, Center MM, et al. Global cancer statistics. CA Cancer J Clin 2011; 61:69.](#)
2. [Parkin DM. Epidemiology of cancer: global patterns and trends. Toxicol Lett 1998; 102-103:227.](#)
3. [Pisani P, Parkin DM, Ferlay J. Estimates of the worldwide mortality from eighteen major cancers in 1985. Implications for prevention and projections of future burden. Int J Cancer 1993; 55:891.](#)
4. [HAENSZEL W. Variation in incidence of and mortality from stomach cancer, with particular reference to the United States. J Natl Cancer Inst 1958; 21:213.](#)
5. [Muñoz N, Asvall J. Time trends of intestinal and diffuse types of gastric cancer in Norway. Int J Cancer 1971; 8:144](#)
6. [Hirayama T. Epidemiology of cancer of the stomach with special reference to its recent decrease in Japan. Cancer Res 1975; 35:3460.](#)
7. Cancer incidence in five continents. Waterhouse J, Muir C, Correa P, et al (Eds), Vol III, IARC Scientific Publication no.15, International Agency for Research on Cancer, Lyon 1976.

8. [Zhu AL, Sonnenberg A. Is gastric cancer again rising? J Clin Gastroenterol 2012; 46:804.](#)
9. [Coggon D, Barker DJ, Cole RB, Nelson M. Stomach cancer and food storage. J Natl Cancer Inst 1989; 81:1178.](#)
10. [La Vecchia C, Negri E, D'Avanzo B, Franceschi S. Electric refrigerator use and gastric cancer risk. Br J Cancer 1990; 62:136.](#)
11. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.1, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2014. Available from: <http://globocan.iarc.fr>, accessed on 16/01/2015.
12. [World Cancer Report 2014](#)
13. Нургазиев К.Ш., Байпеисов Д.М., Ауезова Э.Т., Жылкайдарова А.Ж., Сейсенбаева Г.Т. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2014 год (статистические материалы). Стр. 117-133; 94-107. Алматы, 2015.
14. Арзыкулов Ж.А., Сейтказина Г.Д., Игисинов С.И., Махатаева А.Ж., Сейсенбаева Г.Т. Показатели онкологической службы Республики Казахстан в 2007 году (статистические материалы) // Алматы, 2008.- С. 52.
15. Давыдов М.И., Тер-Ованесов М.Д., Абдихакимов А.Н., Марчук В.А. Рак желудка: предоперационное обследование и актуальные аспекты стадирования // Практическая онкология 2001.- № 3(7).- С.9-24.
16. Kelsen D., Karpeh M., Schwartz G., et al. Neoadjuvant therapy of high-risk gastric cancer: a phase II trial of preoperative FAMTH and postoperative intraperitoneal fluorouracil-cisplatin plus intravenous fluorouracil // J. Clin. Oncol. 1996; 14:1818.
17. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 марта 2011 года №145 О внесении изменений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения».
18. Приказ Министра здравоохранения РК от от 8 января 2013 года №8 «О внедрении скрининга на раннее выявление рака пищевода, рака желудка, рака печени и рака предстательной железы в пилотных регионах».
19. The 100 concrete steps set out by President Nursultan Nazarbayev to implement the five institutional reforms (20 May 2015) - See more at: <http://www.kazakhembus.com/content/100-concrete-s>.

РЕЗЮМЕ

Г.К. Каусова, О.К. Жандосов, А. М. Тиляева, А.И. Нуфтиева
Высшая школа общественного здравоохранения МЗСР РК, г. Алматы
КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, г. Алматы

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО РАСПРОСТРАНЁННОГО РАКА ЖЕЛУДКА: РОЛЬ ПЕРИОПЕРАТИВНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ

Больным раком желудка с местно распространенной формой проводилась периоперативная химиотерапия. Выявлена полная либо частичная регрессия опухолевого процесса. Лечение в данной схеме показала свою относительную безопасность в терапии рака.

Ключевые слова: рак желудка, эпидемиология рака желудка, периоперативная химиотерапия, скрининговая программа, регрессия опухоли.

ТҮЙІН

Г.К. Каусова, О.К. Жандосов, А. М. Тиляева, А.И. Нуфтиева
Қоғамдық денсаулық сақтау мектебі, Алматы қаласы
С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы.

АСҚАЗАННЫҢ ҚАТЕРЛІ ІСІГІНІҢ ПЕРИОПЕРАТИВТЫ ДӘРІЛІК ЕМДЕУДІ

Асқазанның қатерлі ісігінің жергілікті таралған түріне шалдыққан 62 науқастың неoadъюванты емдеуден кейінгі тікелей нәтижесі көрсетілді. Ісіктің толығымен кетуі немесе жартылай азауы морфологиялық зерттеумен әртүрлі дәрежедегі патоморфозы көрінуі анықталды.

Кілт сөздер: асқазанның қатерлі ісігі, периоперативты дәрілік емдеу, скрининг, асқазанның қатерлі ісігінің регрессия.

Resume

G.K. Kausova, O.K. Zhandossov, A.M. Tilyaeva, A.I. Nuftieva

Higher School of Public Health, Almaty

Kazakh National Medical University the name of С.Д. Asfendiarov, city Almaty.

**ASSESSMENT OF RESULTS OF THE COMBINED TREATMENT LOCALLY WIDESPREAD
GASTRIC CARCINOMA: ROLE OF A PERIOPERATIVE CHEMOTHERAPY.**

Perioperative chemotherapy produced to patients with locally advanced gastric cancer. Full or partial regression of cancer process is revealed. The treatment showed the relative safety in a cancer therapy in this scheme

Key words: gastric cancer, epidemiology of gastric cancer, perioperative chemotherapy, screening program, regression of cancer.

УДК 616.12-008.331.1-0555.23-036.1-08

Г.К. Каусова, д.м.н., профессор; **А.И. Нуфтиева**, к.м.н., доцент, **А.К. Турланова**, ассистент, **Е. Есенов**, Д.

Сулайманов, **В. Ирисметов** – студенты факультета «Общая медицина»

Высшая школа общественного здравоохранения МЗ СР РК, г. Алматы

КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, г. Алматы

**БИОХИМИЧЕСКИЙ МАРКЕР РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРТЕНЗИОННЫХ СОСТОЯНИЙ
НА РАННЕМ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

Согласно материалам исследовательской группы ВОЗ, гипертензивные нарушения при беременности – одна из важнейших международных проблем здравоохранения, как для терапевтов и акушеров, так и педиатров. По данным экспертов ВОЗ, артериальная гипертензия (АГ) встречается у 15-20% беременных, одна из наиболее распространенных форм сердечно-сосудистой патологии среди беременных [1].

Ключевые слова: биохимический маркер, гипертензивные состояния, беременность, ранняя диагностика.

Несмотря на то, что история акушерства демонстрирует неуклонное снижение показателей материнской и перинатальной заболеваемости и смертности вследствие уменьшения количества инфекционных, тромбоэмболических и травматических осложнений, артериальная гипертония во время беременности по-прежнему остается ведущей причиной материнской, фетальной и неонатальной смертности в развивающихся и в развитых индустриальных странах. У женщин с артериальной гипертонией выше риск таких осложнений, как отслойка плаценты, нарушения мозгового кровообращения, недостаточность органов, синдром диссеминированного сосудистого свертывания, Hemolysis elevated liver enzymes low platelet count (HELLP) – синдрома, а также внутриутробной задержки плода, недоношенности и внутриутробной гибели плода [2].

Так, по данным ВОЗ, гипертензивный синдром – вторая после эмболий причина материнской смертности, составляющая 20-30% случаев в ее структуре. АГ – самая частая терапевтическая проблема у беременных женщин (до 15%), наиболее частая причина для госпитализации, около 25% всех госпитализаций, а также гестационная гипертензия в анамнезе повышает риск развития артериальной гипертензии в 2 раза, а преэклампсия в 3 раза [1,2]. АГ у беременных – понятие, объединяющее различные клиничко-патогенетические формы гипертензивных состояний: хроническая гипертензия, существовавшая до беременности; хроническая гипертензия, существовавшая до беременности с присоединившейся протеинурией; вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии; вызванная беременностью гипертензия со значительной протеинурией (преэклампсия); неклассифицируемая гипертензия.

По данным Евразийского общества кардиологов по лечению заболеваний сердечно-сосудистых заболеваний у беременных критериями диагностики артериальной гипертонии у беременных являются повышение уровня систолического давления ≥ 140 мм 74Т. Ст. или диастолического ≥ 90 мм 74Т. Ст. Выделяют легкую (140-159/90-109 мм 74Т. Ст.) и тяжелую ($\geq 160/110$ мм 74Т. Ст.) гипертонию в отличие от

рекомендаций Европейского общества гипертонии/ Европейского общества кардиологов [3] и других рекомендаций, предусматривающих выделение различных степеней гипертонии.

Учитывая многообразие форм артериальной гипертонии при беременности и изменения, происходящие в организме под их влиянием, ряд авторов считают ведущим моментом в развитии гестоза глубокие изменения со стороны сосудистой (а) и иммунологической (б) систем:

1. а) На ранних стадиях гестации происходит торможение миграции трофобласта в артерии. При этом извитые материнские маточные артерии сохраняют морфологию небеременных; в них не происходит трансформации мышечного слоя.

Б) Состояние сенсibilизации сопровождается морфологической деструкцией в плаценте, печени и почках в силу перенесенных реакций за счет антигенов общих с антигенами плодного яйца [4].

2. а) Морфологические особенности спиральных сосудов по мере прогрессирования гестации предрасполагают их к спазму, снижению межворсинчатого кровотока и гипоксии.

Б) Нарушение проницаемости маточно-плацентарного барьера в сочетании со снижением иммунологической толерантности способствует сенсibilизации материнского организма к элементам плодного яйца.

3. а) Гипоксия, развивающаяся в тканях маточно-плацентарного комплекса на фоне нарушения кровотока, вызывает локальное поражение эндотелия, которое в последующем приобретает генерализованный характер.

Б) Недостаточная выработка антител способствует нарушению нейтрализации постоянно поступающих в циркулирующую кровь матери плацентарных антигенов, т.е. образованию неполноценных циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), которые не могут быть адекватно выведены из организма, к тому же иммунные комплексы (ИК) с антигенами плаценты имеют повышенное сродство с тканями клубочкового аппарата почек [4].

4. а) Генерализованный сосудистый спазм, нарушения капиллярного кровотока приводят к циркуляторной гипоксии тканей, ведущей к структурным изменениям в паренхиматозных органах, миокарде, головном мозге. Циркуляторная гипоксия приводит к снижению дезинтоксикационной, белковообразовательной, глюкогено-образующей и других функций. Выявлено повышение ЛДГ, концентрации АЛТ и АСТ, свидетельствующих о дегенерации гепатоцитов и гемолизе эритроцитов. О нарушении функции печени свидетельствует и снижение концентрации альбумина [5].

Б) Увеличение времени циркуляции ИК приводит к микротромбообразованию и повышению проницаемости сосудистой стенки, а оседание их в клубочковом аппарате почек — к его повреждению. Последнее активирует ренин-ангиотензин-альдостероновую систему, вызывая генерализованный спазм артериол и подъем артериального давления.

5. Повышается сосудистая проницаемость за счет пропотевания жидкой части крови через сосудистую стенку, резко снижается объем циркулирующей крови, главным образом за счет объема циркулирующей плазмы. Соответственно снижается сердечный объем.

Б) Иммунологические реакции в тканях и органах вовлекают как стрессовые раздражители в патологический процесс нервную систему и систему гипофиз-надпочечники.

6. В результате нарушается водно-электролитный обмен и появляются функциональные изменения в центральной нервной системе [4,5].

Повышение АД следует подтвердить при двух измерениях с помощью ртутного сфигмоманометра в положении сидя, рекомендуя отмечать 4-ю и 5-ю фазу тонов Короткова. Возможно измерение в положении лежа на левом боку [6].

Рекомендуемые лабораторные исследования у женщин с артериальной гипертонией включают в себя: общий анализ крови, мочи, определение уровней гематокрита, ферментов печени, сывороточного креатинина и мочевой кислоты, белок определяют в суточной моче.

Цель исследования: определить повышение уровня аланинтрансферазы выше среднестатистического значения в I половине беременности и возможность использования АЛТ в качестве биохимического маркера гипертензионных состояний у беременных; оптимизация ранней диагностики гипертензионных состояний у беременных.

Материалы и методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ 166 историй беременности и родов на базе поликлиники ВОВ г. Алматы. Из просмотренных 166 историй беременности у 7 беременных (таблица 1) было повышение АЛТ от 0,21 до 0,42 (при N до 0,68) и у 2 – 35 ЕД, 18 ЕД (при N до 31) в сроках до 13-14 недель. Исходом беременности были, как естественные роды, так роды путем кесарева сечения, но сопровождавшиеся преэклампсией, как легкой, так и тяжелой степени. У 2-х беременных АЛТ было в пределах нормы 0,14, но исходом беременности было кесарево сечение по поводу преэклампсии тяжелой степени, что было связано скорее всего с незрелостью организма (17 лет), во втором случае была гестационная гипертензия и естественные роды.

Таблица 1 – Характеристика пациенток с АГ

№	Возраст	Паритет	Срок беременности при поступлении	ИМТ	б/х	Исход беременности, вид гипертензии	Анамнез
1	21	I	11 недель	29	АЛТ 0,28	Естественные срочные роды. Гестационная гипертензия	НЦД по смешанному типу, наследственность не отягощена
2	40	4	11-12	30	35	Преэклампсия легкой степени	Наследственность не отягощена
3	37	1	9-10	20	0,21	Преждевременные оперативные роды в сроке 33-34 недели, преэклампсия тяжелой степени	Наследственность не отягощена
4	27	1	12	20	0,42	Преждевременные естественные роды в сроке 36-37 недель, преэклампсия легкой степени	Наследственность не отягощена
5	40	3	10	25	0,42	Естественные срочные роды, преэклампсия легкой степени	Наследственность не отягощена
6	28	1	11	19	18	Преждевременные роды в сроке 34 недели, раннее излитие о/в, преэклампсия легкой степени	Наследственность не отягощена
7	34	1	12	28	32	Срочные роды, Аг 2 ст.	Не отягощена

Результаты и обсуждение:

1. В структуре факторов риска развития АГ наиболее часто оказывает влияние паритет беременности (71,4%) и избыточная масса тела (42,8%).

2. Согласно нашим данным, не противоречащим исследованиям, проводимым в данной области, наиболее часто гипертензивные состояния встречаются в репродуктивном возрасте (24-40 лет).

3. У 14 % пациенток имелась нейроциркуляторная дистония по смешанному типу.

4. Гестационная АГ у всех пациенток на ранних сроках протекает бессимптомно, впервые дебютируя проявлением преэклампсии в сроке 30-40 недель, способствующей развитию преждевременных родов в 42,8 %.

5. У большинства пациенток коррекция повышенного АД проводилась согласно утвержденным протоколам диагностики и лечения.

Выводы: В протоколы обследования беременных с гипертензивными состояниями на ранних сроках необходимо включить определение АЛТ, который может считаться ранним биохимическим маркером диагностики гипертензивных состояний у беременных на ранних сроках с первой беременностью, с избыточной массой тела, отягощенной наследственностью и в возрасте 24-40 лет. Это будет способствовать улучшению ранней диагностики и прогноза течения гипертензивных состояний у беременных на ранних сроках.

ЛИТЕРАТУРА

1. James PR, Nelson-Piercy C. Management of hypertension before, during, and after pregnancy. Heart 2004; 90: 1499–1504.

2. «Внутренние болезни и беременность: Тактика применения лекарственных», 2008г. Н-Новгород, стр. 40

3. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, Grassi G, Heagerty AM, Kjeldsen SE, Laurent S, Narkiewicz K, Ruilope L, Rynkiewicz A, Schmieder RE, Boudier HA, Zanchetti A. 2007 ESH-ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: ESH-ESC Task Force on the Management of Arterial Hypertension. J Hypertens 2007; 25: 1751–1762.

4. В.Н. Кулаков, В.Н. Серов, А.М. Абубакирова, Т.А. Федорова

Источник: <http://medbe.ru/materials/raznoe-v-ginekologii/gestozy-beremennykh-patogenez-dagnostika-lechenie-i-vozmozhnosti-ikh-ekstrakorporalnoy-korreksii/>

5. Liver Function Tests as Probable Markers of Preeclampsia – A Prospective Study Conducted in Riyadh, Noura Al-Jameil1 , Hajera Tabassum1 , Huda Al-Mayouf2 , Latifa Al-Otay3 , Farah Aziz Khan1 1 Department of Clinical Laboratory Sciences, King Saud University, 2 Section of Obstetrics and Gynecology, King Saud Medical City Hospital, 3 Faculty of Medicine, Imam Muhammad Ibn Saud Islamic University, Riyadh, KSA
6. National High Blood Pressure Education Program Working Group Report on High Blood Pressure in Pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1990; 163: 1691 – 1712.

РЕЗЮМЕ

Г.К. Каусова, д.м.н., профессор; **А.И. Нуфтиева**, к.м.н., доцент, **А.К. Турланова**, ассистент, **Е. Есенов**, **Д. Сулайманов**, **В. Ирисметов** – студенты факультета Общая медицина
Высшая школа общественного здравоохранения МЗ СР РК, г. Алматы
КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, г. Алматы

БИОХИМИЧЕСКИЙ МАРКЕР РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРТЕНЗИОННЫХ СОСТОЯНИЙ НА РАННЕМ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Согласно материалам исследовательской группы ВОЗ, гипертензивные нарушения при беременности – одна из важнейших международных проблем здравоохранения, как для терапевтов и акушеров, так и педиатров. По данным экспертов ВОЗ, артериальная гипертензия (АГ) встречается у 15-20% беременных, одна из наиболее распространенных форм сердечно-сосудистой патологии среди беременных.

Ключевые слова: биохимический маркер, гипертензивные состояния, беременность, ранняя диагностика.

ТҮЙІН

Г.К. Каусова, **А.И. Нуфтиева**, **А.К. Турланова**, **Е. Есенов**, **Д. Сулайманов**, **В. Ирисметов**
Қоғамдық денсаулық сақтаулар Жоғарғы мектеп, Алматы қ., Қазақстан Республикасы
С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университет, Алматы қ., Қазақстан Республикасы

ЖҮКТІЛІКТІН ЕРТЕ МЕРЗІМДЕ ГИПЕРТЕНЗИОНДЫҚ ЖАҒДАЙЛАРДЫҢ ЕРТЕ ДИАГНОСТИКАНЫҢ БИОХИМИЯЛЫҚ МАРКЕРЫ

ДДСҰ-ң зерттеу тобының материалдарына сәйкес, жүктілік кезіндегі гипертензивті бұзылулар - терапевттер және акушерлер үшін, сонымен қатар педиатрлар үшін де халықаралық деңгейдегі денсаулық саласындағы ең маңызды мәселе болып саналады. ДДСҰ-ң сарапшыларына сай, артериалы қысымның көтерілуі (АҚК) жүкті әйелдердің арасында 15-20% кездеседі, жүкті әйелдердің арасында кездесетін жүрек-қан тамырлары патологиясының ішіндегі ең таралғаны болып саналады.

Кілт сөздер: биохимиялық маркер, гипертензивтік жағдайлар, жүктілік, ерте диагностикасы.

SUMMARY

G.K. Kaussova, **A.I. Nuftieva**, **A.K. Turlanova**, **E. Esenov**, **D. Sulaimanov**, **V. Irismetov**
Higher school of community health care, city Almaty, Republic of Kazakhstan
Kazakh National Medical University the name of C.D. Asfendiarov, city Almaty, Republic of Kazakhstan

BIOCHEMICAL MARKER OF EARLY DIAGNOSTICS OF HIGH HYPERTENSION STATES ON EARLY TERM OF PREGNANCY

According to materials of the WHO Study Group, hypertensive disorders in pregnancy - one of the most important international public health problem, both for physicians and obstetricians and pediatricians. According to WHO experts, arterial hypertension (HT) occurs in 15-20% of pregnant women, is one of the most common forms of cardiovascular disease among pregnant women.

Key words: biochemical marker, hypertension states, pregnancy, early diagnostics.

УДК 616.12.008.331.1 - 039.31.08

Г.К. Каусова, д.м.н., профессор; **А.И. Нуфтиева**, к.м.н., доцент, **А.К. Турланова**, ассистент, **Н.Н.Коныртаева**, PhD докторант, **А.Ортаева**, **Г. Асылханов** – жалпы медицина факультеттің студенттері
Қоғамдық денсаулық сақтаулар Жоғарғы мектеп, Алматы қ., Қазақстан Республикасы
С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университет, Алматы қ., Қазақстан Республикасы

ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ НАУҚАСТАРДА АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯНЫ ЕМДЕУДЕГІ АСПЕКТІЛЕРІ

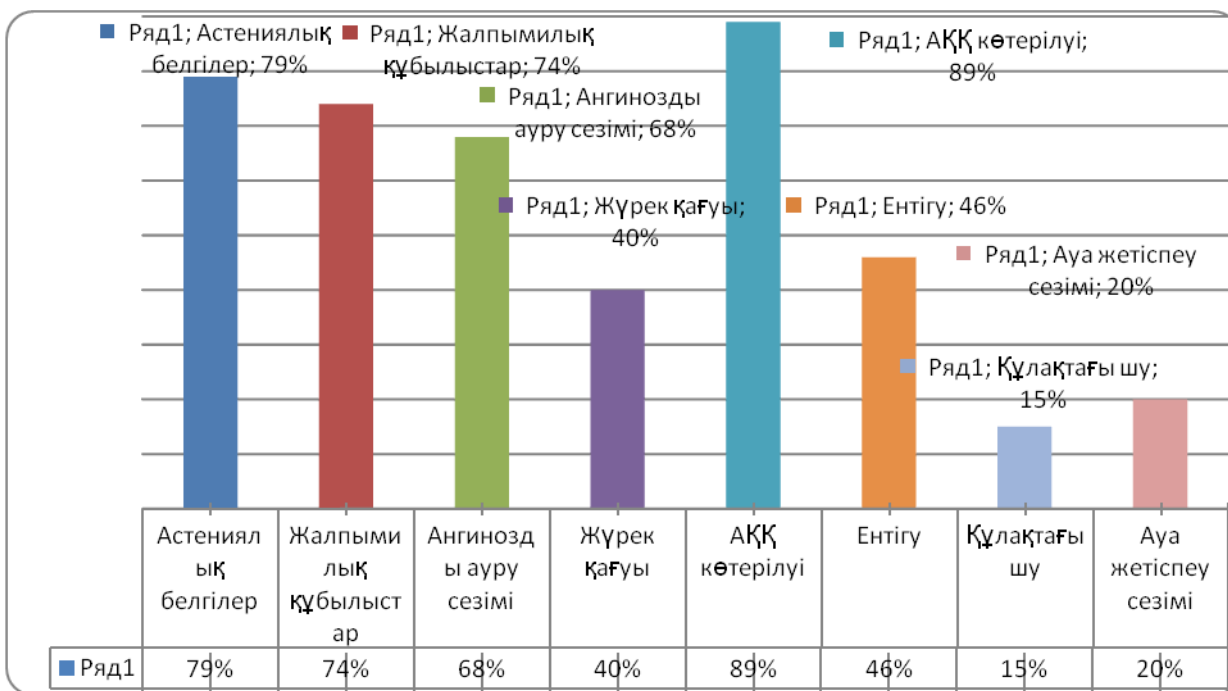
ЕЖ тұрғындар арасында кең таралған АГ емдеудің тиімділігін зерттеу болып табылады. Біздің зерттеу жұмыстарымыз Ұлы Отан соғысы ардагерлеріне арналған емханада жүргізілді. Күндізгі стационардағы АГ бар ЕЖ науқастардың карталарын ретроспективті анализдеу және сауалнама жүргіздік. АГ емдеу үшін науқастарға антигипертензивті препараттардың 5 тобын алып және муколитиктер, антисекреторлы, тамырлық дәрілік заттарды қосып пайдалану полипрагмазияға әкелді. ЕЖ науқастарды емдеуде халықаралық стандартқа сәйкес емді, қосымша патологияны ескере отырыптағайындаған жөн.

Кілт сөздер: егде жас, артериялық гипертензия, емдеудің тиімділігі, полипрагмазия.

Өзекті мәселелердің бірі егде жастағылар (ЕЖ) арасында артериялық гипертензия (АГ) өсуі болып табылады [1,2]. АГ – жүрек қан тамырлары жүйесінің өте жиі таралған ауруларының бірі. Еліміздің статистикалық мәліметтер бойынша соңғы 10 жылда ЕЖ арасында АГ күрт өсіп келеді. Осыған байланысты геронтологиялық тұрғындарға ауруханаға дейінгі кезеңдегі көрсетілетін медициналық көмексапасы үлкен мәнге ие.

Зерттеудің мақсаты: ЕЖ тұрғындар арасында кең таралған АГ емдеудің тиімділігін зерттеу болып табылады.

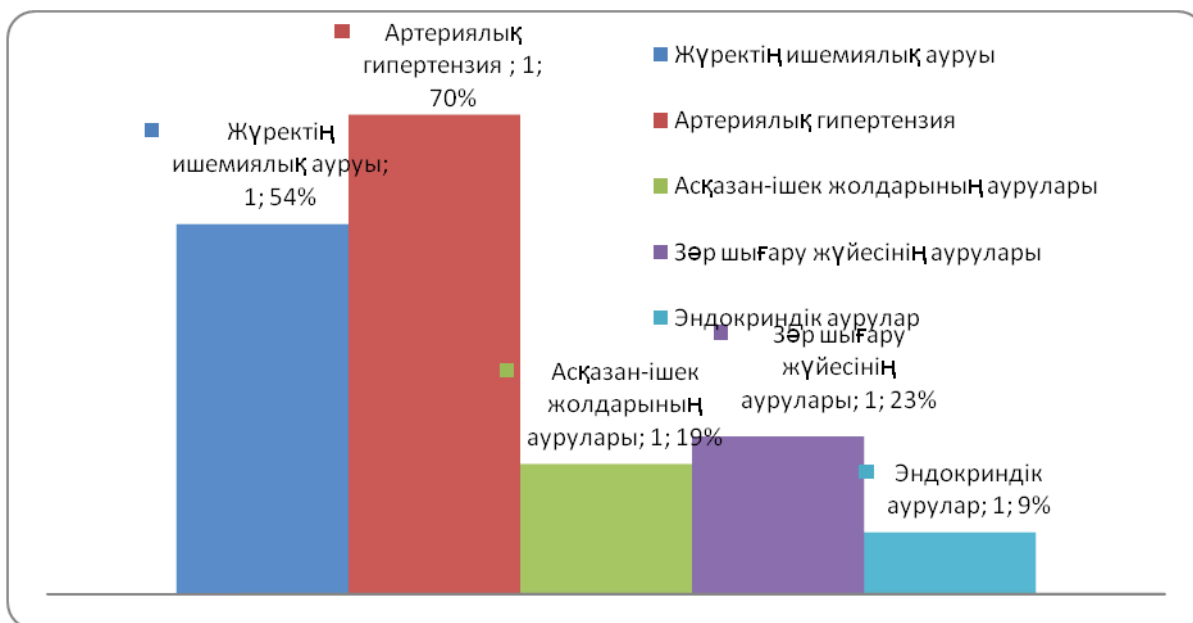
Материалдар және әдістер. Біздің зерттеу жұмыстарымыз Ұлы Отан соғысы ардагерлеріне арналған емханада жүргізілді. Күндізгі стационардағы АГ бар ЕЖ науқастардың карталарын ретроспективті анализдеу жүргіздік. Науқастармен кездесіп сұрастыру жұмыстарын жасадық және науқастармен сауалнама (Опросник SF-36) жүргіздік. Біздің тексеруімізге 100 науқас алынды. Оның 57 әйел 43 ер адам, 60 жасан жоғары (орта жасы 65). Өмір сапасының көрсеткіштерін бағалау (Опросник SF-36) көмегімен жүргіздік, антигипертензивті ем тағайындалғаннан бастап және 4 апта өткен соң. Науқастарға антигипертензивті ем тағайындалды. Ем тағайындалғаннан бастап және 4 апта өткен соң клиническо-инструментальдық және лабораторлық зерттеу жүргізілді.



1 сурет – Клиникалықшағымдарының айқындылығы

Нәтижелер және талқылаулар. Клиникалық көрінісінде астениялық белгілер 79% науқаста кездеседі. Әдебиет мәліметтеріне сәйкес [3] екінші кезекте жалпымилық құбылыстар 74%, ал үшінші орында ангинозды ауру сезімі 68%, АҚҚ көтерілуі 89%, еңтігу 46%, құлақтағы шу 15%, ауа жетіспеу сезімі 20% көрініс береді. Біз бақылаған 100% науқастардың ішінен жиі кездескен клиникалық шағымдарының пайыздық көрсеткіші (1 сурет).

Науқастардың анамнезінде көбісінде жүректің ишемиялық ауруы 54% және АГ 70%, ал 100 науқастың 16% ми қанайналымының жедел бұзылысымен аурып кеткен. Бұл жалпымилық симптомдардың клиникалық көрінісінде орын алатынын дәлелдейді [4]. Өмір анамнезінде 19% асқазан-ішек жолдарының және 23% зәр шығару жүйесінің аурулары кең өріс алған. Бұл берілген жүйелердің жастық өзгерістерімен, әрі осы жүйелерге жүктеменің тым артық болуымен түсіндіріледі. 9% науқастарда жүрек-қантамыр жүйесінің аса маңызды патологиясы болып табылатын семіздік және 2 типті қант диабеті кездеседі [6,7]. Біз бақылаған 100% науқастардың ішінен жиі кездескен ауруларының пайыздық көрсеткіші (2 сурет).



2 сурет – Жиі кездескен ауруларының айқындылығы

Асқынулары-жалпы ми қанайналымының жедел бұзылыстары. Гемодинамиканың көрсеткіштері бойынша жүректің жиырылу жиілігі (ЖЖЖ) орта есеппен 71 соққы минутына болса, ал артериальды қан қысымынорташа 131/83 мм.с.б.б. тең.ЭКГ нәтижесі бойынша 40% науқаста реполяризация үрдісінің бұзылыстары көрініс береді. Бұл өз кезегінде жүректің диастолалық қызметінің бұзылысын көрсетеді.ЖЖЖ мақсаттық деңгейі жеткіліксіз. Сонымен қатар, егер әдебиет көздеріне жүгінсек [8], науқастарда синустық брадикардия кездесетін болса, ал біздің науқастардың 25% керісінше синустық тахикардия орын алады. АГ емдеу үшін науқастар(58%) бета-блокаторларды, (33%) ангиотензин айналдырушы фермент ингибиторларын және кішігірім сартандар мен диуретиктер (25%), кальций антагонистерін (30%) қолданған. Сонымен қатар, муколитиктер (5%) мен антисекреторлы (8%) және тамырлық дәрілік заттар (12%) пайдаланған. Бұл полиморбидтілікті көрсетіп қана қоймай, полипрагмазияға әкеледі.

Қорытынды.ЕЖ тұрғындарға АГ кезінде әр науқасқа жеке қарау мен егде жастағы полиморбидтілігін есепке алып дәрілік заттарды қолдану керек [8]. Бірғақты бақылайтын дәрілік заттарды кең көлемде қолданған жөн.Егде жастағы науқастардағы емдеуде дәрігер науқастың физиологиялық ,клиникалық ерекшеліктеріне қарай отырып ем қолдану қажет. ЕЖ науқастарды емдеуде халықаралық стандартқа сәйкес емді,қосымша патологияны ескере отырыптағайындағанжөн.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Андреева Л.С., Безденежная Л.П., Филатова С.А. Геронтология: оқулық. Феникс, Ростов н/Д, 5-ші басылым (СПО), 2009 г.- 510 б.
2. Воробьева Т.Е., Куницына А.Я., Малеева Т.Ю. Гериятрия. Феникс, Ростов н/Д, 2009 г. - 152 б.

3. Табеева Г.Р., Азимова Ю.Э. Цереброваскулярные расстройства в пожилом возрасте //Практическая медицина.-2010.-№2-С.56.
4. Тундыбаева М.К Кардиоцеребральное поражение у больных артериальной гипертонией. Автореф. на соиск. степени д.м.н... Алматы, 2009 г. - С.42.
5. Денисова Т.П., Малинова Л.И. Клиническая геронтология «Избранные лекции». -М.:ООО Медиц. информационное агентство, 2008-256 с.
6. Zamboni M., Mazzali G., Fantin F. et al. Sarcopenicobesity: a new category of obesity in the elderly // Nutr. Metab Cardiovasc. Dis. 2008. Vol. 18. P. 388.
7. Габбасов З.А., Козлов С.Г. Атеросклероз как проблема пожилого возраста // Клиническая геронтология. - 2008. - Т. 14, № 12 - С. 11.
8. Ярыгин В.Н., Мелентьев А.С. Рук-во по геронтологии и гериатрии. Том 1. - М: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 439 с.

ТҮЙІН

Г.К. Каусова, А.И. Нуфтиева, А.К. Турланова, Н.Н. Коньртаева, А. Ортаева, Г. Асылханов
Қоғамдық денсаулық сақтаулар Жоғарғы мектеп, Алматы қ., Қазақстан Республикасы
С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университет, Алматы қ., Қазақстан Республикасы

ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ НАУҚАСТАРДА АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯНЫ ЕМДЕУДЕГІ АСПЕКТІЛЕРІ

ЕЖ тұрғындар арасында кең таралған АГ емдеудің тиімділігін зерттеу болып табылады. Біздің зерттеу жұмыстарымыз Ұлы Отан соғысы ардагерлеріне арналған емханада жүргізілді. Күндізгі стационардағы АГ бар ЕЖ науқастардың карталарын ретроспективті анализдеу және сауалнама жүргіздік. АГ емдеу үшін науқастарға антигипертензивті препараттардың 5 тобын алып және муколитиктер, антисекреторлы, тамырлық дәрілік заттарды қосып пайдалану полипрагмазияға әкелді. ЕЖ науқастарды емдеуде халықаралық стандартқа сәйкес емді, қосымша патологияны ескере жөн.

Кілт сөздер: егде жас, артериялық гипертензия, емдеудің тиімділігі, полипрагмазия.

РЕЗЮМЕ

Г.К. Каусова, А.И. Нуфтиева, А.К. Турланова, Н.Н. Коньртаева, А. Ортаева, Г. Асылханов
Высшая школа общественного здравоохранения МЗ СР РК, г. Алматы
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Целью нашего исследования явилось определение эффективности лечения АГ среди лиц пожилого возраста. Наша работа проводилась на базе поликлиники ВОВ. Был проведен ретроспективный анализ и анкетирование пожилых пациентов с АГ, находящихся на лечении в дневном стационаре. Использование для лечения АГ 5 групп антигипертензивных препаратов совместно с муколитиками, антисекреторными, сосудистыми препаратами привело к полипрагмазии. При лечении лиц пожилого возраста необходимо использовать лечение с учетом сопутствующей патологии, соответствующее международным стандартам.

Ключевые слова: пожилой возраст, артериальная гипертензия, эффективность лечения, полипрагмазия.

SUMMARY

G.K. Kaussova, A.I. Nuftieva, A.K. Turlanova, N. N. Konyrtaeva, A. Ortaeva, G. Asylkhanov
Higher school of community health care, city Almaty, Republic of Kazakhstan
Kazakh National Medical University the name of S.D. Asfendiarov, city Almaty, Republic of Kazakhstan

ASPECTS OF TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION AT PERSONS IN ELDERLY PATIENTS

The aim of our research was determination of efficiency of treatment of AH among the elderly persons. Our work was conducted on the base of "Veterans clinic". A retrospective analysis and questionnaire of elderly patients with AH being on treatment in daily permanent establishment. Use for treatment of AH 5 groups of antihypertension preparations are joint with expectorant, resulted antisecretory, vascular preparations resulted in polypragmasia. At treatment of elderly persons it is necessary to use treatment taking into account concomitant pathology, in accordance to international standards.

Key words: elderly age, arterial hypertension, efficiency of treatment, polypragmasia.

УДК 614.2(574.13)

Г.К.Каусова, д.м.н., профессор, **М.А.Булешов**, д.м.н., профессор, **А.У.Ембердиев**,
А. М.Кушкарова, **Е.М. Зульфикаров**, **Э.Т. Зульфикарова**
Высшая школа общественного здравоохранения МЗ СР РК, г.Алматы
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия МЗ СР РК, г.Шымкент

К ВОПРОСУ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В данной статье отмечено, что все страны мира сталкиваются с проблемами обеспечения доступности, равноправия, безопасности и участия пациентов, а также совершенствования навыков и умений, технологий и внедрения доказательной медицины при имеющихся ресурсах. Выделяют 4 основных критерия качества медицинской помощи: эффективная и своевременная помощь, эффективное использование ресурсов, удовлетворение потребностей пациентов и результативность лечения.

Ключевые слова: лечебно-профилактические организации, качество медицинской помощи, доступность медицинской помощи, медицинские стандарты, преемственность, эффективность, медицинские технологии.

В Послании народу Казахстана Президент Назарбаев Н.А. в «Стратегии «Казахстан-2050» подчеркнул, что одним из ключевых приоритетов в рамках долгосрочной модернизации национальной системы здравоохранения, является обеспечение предоставления качественных и доступных медицинских услуг [1].

Для большинства стран улучшение качества медицинской помощи (КМП) является одним из основных звеньев реформы системы здравоохранения и оказания услуг [2]. Все страны сталкиваются с проблемами обеспечения доступности, равноправия, безопасности и участия пациентов, а также совершенствования навыков и умений, технологий и внедрения доказательной медицины при имеющихся ресурсах. Выделяют 4 основных критерия качества медицинской помощи (МП): эффективная и своевременная помощь, эффективное использование ресурсов, удовлетворение потребностей пациентов и результативность лечения. Управление качеством должно включать в себя следующие необходимые компоненты: оценку и контроль качества, улучшение качества, обеспечение качества. Обеспечение качества включает в себя три важных критерия: качество является непрерывным, имеет различные методы измерения и улучшения качества, а также проводит четкое различие между внутренними и внешними подходами к оценке качества. С начала 90-х годов проводятся исследования о факторах, влияющих на качество медицинской помощи. За это время были определены большие различия в тактике ведения больных в разных организациях медицинской помощи и на ее различных этапах (первичная помощь, стационар, экстренная помощь), а также накоплены факты о низком качестве оказания медицинских услуг. Факты низкого качества отмечаются во всех странах мира, однако имеются данные, что низкое качество медицинской помощи особенно характерно для бедной экономики (развивающихся стран и стран с переходной экономикой) и государственных больниц в бедных районах развитых стран, что обусловлено плохим состоянием инфраструктуры медицинских организаций, старостью и изношенностью оборудования, отсутствием у врачей мотивации и возможности регулярно повышать свои профессиональные знания и навыки.

Качество медицинской помощи (КМП) это совокупность характеристик медицинской помощи, отражающих ее способность удовлетворять потребности пациентов с учетом стандартов здравоохранения, соответствующих современному уровню медицинской науки, а доступность медицинской помощи – это реальная возможность получения населением необходимой медицинской помощи вне зависимости от социального статуса, уровня благосостояния и места проживания. То есть, качественная медицинская помощь – это своевременная медицинская помощь, оказанная квалифицированными медицинскими работниками и соответствующая требованиям нормативных правовых актов, стандартов оказания медицинской помощи (протоколов ведения больных), условиям договора или обычно предъявляемым требованиям [3, 4,5].

К основным критериям КМП принято относить следующие ее характеристики:

Доступность медицинской помощи — это свободный доступ к службам здравоохранения вне зависимости от географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров. Доступность медицинской помощи, декларируемая в конституциях различных стран, регламентируется национальными нормативно-правовыми актами (НПА), определяющими порядок и объемы оказания бесплатной медицинской помощи, и обусловлена рядом объективных факторов: сбалансированностью необходимых объемов медицинской помощи населению с возможностями

государства, наличием и уровнем квалификации медицинских кадров, наличием на конкретных территориях необходимых медицинских технологий, возможностью свободного выбора пациентом лечащего врача и медицинской организации, имеющимися транспортными возможностями, обеспечивающими своевременное получение медицинской помощи, уровнем общественного образования по проблемам сохранения и укрепления здоровья, профилактики заболеваний.

То есть, доступность медицинской помощи является важнейшим условием оказания медицинской помощи населению во всех странах мира, отражающим как экономические возможности государства в целом, так и возможности конкретного человека. Готовность общества повышать доступность медицинской помощи во многом зависит от экономического состояния страны. Ни одна страна не может расходовать на здоровье граждан более 15% ВВП, так как эти расходы негативно отразятся на ценах производимых товаров, которые могут потерять конкурентоспособность. Поэтому признание ограниченности ресурсов, используемых для оказания медицинской помощи, является фундаментальным для понимания возможностей медицины в обществе [6,7,8]. Важно, чтобы рационализация при распределении средств в системе оказания медицинской помощи было эффективным, справедливым, профессиональным и гарантировало возможность получения качественной МП. Механизмом, в значительной степени реализующим право на доступность медицинской помощи, является ее стандартизация. Медицинские стандарты (протоколы ведения больных) составляются с пониманием ограниченности средств и особенностей оказания помощи в различных лечебно-профилактических организациях (ЛПО), поэтому в них закладывается минимальный уровень необходимой помощи. Иногда это входит в противоречие с целью оказания технологически «современной» помощи. Доступность медицинской помощи может реализоваться путем разделения требований на минимальные (обязательные) и требования оптимальной помощи, выполняемые по мере необходимости (медицинским показаниям) и включающие дорогостоящие виды помощи [5]. Однако второй путь, закрепляющий в рекомендациях (стандартах) дорогостоящие высокотехнологичные виды медицинской помощи, снижает ее доступность.

Адекватность медицинской помощи. По мнению экспертов ВОЗ [9], адекватность медицинской помощи — показатель соответствия технологии медицинского обслуживания потребностям и ожиданиям населения в рамках приемлемого для пациента качества жизни. По мнению ряда авторов [3,8,9,10], адекватность включает характеристики доступности и своевременности медицинской помощи, которая понимается как возможность получения потребителем необходимой ему помощи в нужное время, в удобном для него месте, в достаточном объеме и с приемлемыми затратами.

Преемственность и непрерывность медицинской помощи – это координация деятельности в процессе оказания пациенту медицинской помощи в разное время, различными специалистами и ЛПО. Преемственность при оказании медицинской помощи в значительной степени обеспечивается стандартными требованиями к медицинской документации [11], техническому оснащению, процессу и персоналу. Такая координация деятельности медработников гарантирует стабильность процесса лечения и его результата [12].

Эффективность и действенность медицинской помощи - соответствие фактически оказанной медицинской помощи оптимальному для конкретных условий результату. Эффективное здравоохранение должно обеспечивать оптимальную (при имеющихся ресурсах), а не максимальную медицинскую помощь, т.е. соответствовать стандартам качества и нормам этики. Согласно определению ВОЗ, оптимальная медицинская помощь – это должное проведение (согласно стандартам) всех мероприятий, которые являются безопасными и приемлемыми в смысле затраченных средств, принятых в данной системе здравоохранения [13].

Ориентированность на больного, его удовлетворенность медицинской помощью - участие пациента в принятии решений при оказании медицинской помощи и удовлетворенность ее результатами. Этот критерий отражает права пациентов не только на качественную медицинскую помощь, но и на внимательное и чуткое отношение медицинского персонала и включает необходимость информированного согласия на медицинское вмешательство и соблюдение других прав пациентов.

Безопасность процесса лечения больного - критерий гарантии безопасности для жизни и здоровья пациента и отсутствия вредных воздействий на больного и врача в конкретной медицинской организации с учетом санитарно-эпидемиологической безопасности.

Безопасность и эффективность лечения конкретного пациента в значительной мере зависят от полноты информации, которой располагает лечащий врач. Поэтому безопасность процесса лечения, как и другие критерии, зависит от стандартизации процесса лечения и подготовки врача. Напр., в США в программу обучения врачей, медицинских сестер и фармацевтов включены тренинг по предотвращению медицинских ошибок, ориентация на оказание качественной медицинской помощи, а также тестирование специалистов здравоохранения на уровень их профессионализма [14].

Своевременность медицинской помощи: оказание медицинской помощи по мере необходимости, т.е. по медицинским показаниям, быстро и при отсутствии очередности. Своевременность оказания помощи конкретизирует и дополняет критерий ее доступности и в значительной степени обеспечивается

высокоэффективными диагностическими процедурами, позволяющими своевременно начать лечение, высоким уровнем подготовки врачей, стандартизацией процесса оказания помощи и установлением требований к медицинской документации.

Отсутствие (минимизация) врачебных ошибок при оказании медицинской помощи, затрудняющих выздоровление или увеличивающих риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания, а также повышающих риск возникновения нового. Эта составляющая качественной медицинской помощи напрямую зависит от уровня подготовки врача, использования современных диагностических и лечебных технологий, а также установления критериев квалификации на конкретном рабочем месте в форме инструкций, лицензий, аккредитаций и обеспечения санитарно-гигиенических и метрологических требований.

Научно-технический уровень качества медицинской помощи. Одним из основных компонентов качества медицинской помощи является научно-технический уровень применяемых методов лечения, диагностики и профилактики, что позволяет оценить степень полноты оказания помощи с учетом современных достижений в области медицинских знаний и технологий. Эта характеристика КМП иногда включается в критерий адекватности. Несмотря на закрепленное в конституциях многих стран право на доступную и качественную медицинскую помощь, механизмы реализации этого права в разных государствах различаются, что во многом зависит от типа действующей системы здравоохранения. В большинстве стран основными механизмами, обеспечивающими доступность и надлежащее качество медицинской помощи, являются нормативно-правовая база здравоохранения, регламентирующая оказание, управление и контроль медицинской помощи; стандартизация здравоохранения, осуществляемая посредством нормативно-технических документов, и система экспертизы. Эффективное управление КМП невозможно без создания нормативно-правовой базы, регламентирующей МП на всех уровнях ее оказания. Нормативно-правовая база отрасли – это система взаимосвязанных НПА от закона до нормативно-технического документа, обязательных к исполнению всеми организациями здравоохранения независимо от формы собственности и регламентирующих правовые основы оказания медицинской помощи, ее качества, доступности и контроля. В каждой стране нормативно-правовая база отрасли формируется с учетом национальных традиций оказания медицинской помощи.

Стандартизация здравоохранения. Анализ зарубежного опыта свидетельствует об эффективности использования медицинских стандартов в сфере медицинских услуг как нормативного обеспечения гарантий качества и основного ресурсосберегающего инструмента, обеспечивающего качество медицинской помощи и защиту прав пациентов. Стандарты выступают в качестве важнейшего научно обоснованного механизма, позволяющего принимать решения об общедоступности или ограничении доступности тех или иных медицинских вмешательств. За последние 10-15 лет в экономически развитых странах созданы соответствующие отраслевые нормативно-правовая база и организационные структуры, обеспечивающие деятельность организаций здравоохранения и медицинских работников в рамках профессиональных стандартов и доказательной медицины.

В настоящее время в мире большое признание получил подход А. Donabediana [15] к обеспечению и оценке качества медицинской помощи, основанный на триаде:

1) ресурсы (или структура), включающие оценку стандартов ресурсной базы (кадров, оборудования и медицинской техники; материально-технические условия пребывания больных и работы медицинского персонала);

2) процесс (или технологии), включающий стандарты технологий лечения, диагностики, профилактики;

3) результаты (или исходы), включающие стандарты результатов лечения, профилактики, диагностики, реабилитации, обучения и т.д.

В конечном итоге системная стандартизация в сфере здравоохранения направлена на создание и совершенствование нормативного регулирования отрасли, обеспечивающего доступность и гарантию высокого качества медицинской помощи по следующим основным направлениям стандартизации: медицинские технологии; санитарно-гигиенические технологии; образовательные стандарты; организационные и управленческие технологии; информационные технологии; технологии обращения лекарственных средств; технологии, регламентирующие вопросы метрологии и медицинской техники.

Основой создания системы обеспечения, оценки и контроля КМП во всех странах является стандартизация организации лечебно-диагностического процесса. Создание и внедрение в каждой ЛПО системы, обеспечивающей надлежащий уровень медицинских услуг, включает следующие основные этапы: внедрение стандартов оказания медицинской помощи; лицензирование медицинской деятельности; сертификация медицинских услуг; лицензирование и аккредитация медицинских организаций; аттестация и сертификация специалистов; создание материально-технической базы, позволяющей выполнять стандарты медицинской помощи.

Разработка непрерывно обновляющихся стандартов в сфере медицины во всем мире осуществляется на основе баланса «затраты/эффективность», исходя из реальной ситуации, поэтому клинико-экономические исследования являются важнейшей составляющей современной системы управления КМП, определяющей тенденции развития рынка медицинских услуг и позволяющей оптимизировать планирование ресурсного обеспечения здравоохранения.

Действующая в ряде стран система клинико-экономических стандартов включает методику комплексной оценки КМП по критериям минимизации ошибок и оптимального использования ресурсов [16,17]. Другими словами, медицинская помощь надлежащего качества оказывается квалифицированным врачом в соответствии с территориальными стандартами медицинской помощи и выражается в отсутствии врачебных ошибок.

Таким образом, стандарт медицинской помощи - нормативный документ, устанавливающий требования к процессу оказания МП при конкретном виде патологии (нозологической форме) с учетом современных представлений о необходимых методах диагностики, профилактики, лечения, реабилитации и возможностях конкретной системы медицинской помощи, обеспечивающий ее надлежащее качество.

Медицинские технологии (МТ) наряду со стандартами играют важную роль в системе повышения КМП, так как обновление стандартов происходит при совершенствовании и внедрении в практику новых МТ. Поскольку МТ требуют оценки и регистрации, в каждой стране существуют свои технологии и организации, обеспечивающие их внедрение в практику. К международным организациям по оценке медицинских технологий относятся ИНАНТА – Международная сеть агентств по оценке медицинских технологий и НГАИ – общественная организация оценки технологий здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Послание Президента Республики Казахстан - Лидера нации Нурсултана Назарбаева народу Казахстана «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства». Астана, 2014.
2. Кайгородова Т.В., Михеев П.А. Качество медицинской помощи. Информационный бюллетень для руководителей здравоохранения. 2005. - №6. –
3. Шарабчиев Ю.Т., Дудина Т. В. Медицинские новости. – 2009. – №12. – С. 6-12.
4. Бойко А.Т. Качество и стандарты медицинской помощи (понятие и принципиальные основы) //maps.spb.ru/ordinator/addelment.
5. Северский А.В., Сергеева Е.О. // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2005. – № 11. – С.6–12.
6. Власов В.В. // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2001. – № 1. – С. 9–18.
7. Шарабчиев Ю.Т. // Мед. новости. – 2004. – № 8. – С. 58–67.
8. Wells J.S. // J. Adv. Nurs. – 1995. – Vol. 22. – P. 738–744.
9. 25. Human organ transplantation. A report on developments under the auspices of WHO // Intern. Digest of Health Legislation. – 1991. – Vol. 42, N 23. – P. 393–394.
10. 23. Council on Medical Service, American Medical Association. Quality of care // JAMA. – 1986. – Vol. 256. – P. 1032–1034.
11. 26. *Jessee W.E., Schranz C.M.* // Quality Assurance in Health Care. – 1990. – N 2. – P. 137–144.
12. Стародубов В.И., Воробьев П.А., Якимов О.С. и др. // Экономика здравоохранения. -1997.– № 10. – С. 5–10.
13. Якубовяк В. // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2002. – № 4. – С. 3–5.
14. Самородская И.В. // Здравоохранение. – 2001. – № 7. – С. 25–30.
15. Donabedian A. // MMFQ. – 1966. – Vol. 44. – P. 166–206.
16. Качество медицинской помощи. Глоссарий. Россия–США. Российско-Американская межправительственная комиссия по экономическому и технологическому сотрудничеству Комитет по здравоохранению. Доступность качественной медицинской помощи. – М., 1999.
17. Михайлова Н.В., Гилязетдинов Д.Ф. // Стандарты и качество. – 1999. – № 3.

РЕЗЮМЕ

Г.К.Каусова, д.м.н., профессор, **М.А.Булешов**, д.м.н., профессор, **А.У.Ембердиев**, **А. М.Кушкарова**, **Е.М. Зульфикаров**, **Э.Т. Зульфикарова**

Высшая школа общественного здравоохранения МЗ СР РК, г.Алматы
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия МЗ СР РК, г.Шымкент

К ВОПРОСУ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В большинстве стран основными механизмами, обеспечивающими доступность и надлежащее качество медицинской помощи, являются нормативно-правовая база здравоохранения, регламентирующая оказание, управление и контроль медицинской помощи; стандартизация здравоохранения, осуществляемая

посредством нормативно-технических документов, и система экспертизы. Эффективное управление качеством медицинской помощи невозможно без создания нормативно-правовой базы, регламентирующей медицинскую помощь на всех уровнях ее оказания.

Ключевые слова: лечебно-профилактические организации, качество медицинской помощи, доступность медицинской помощи, медицинские стандарты, преемственность, эффективность, медицинские технологии.

ТҮЙІН

**Г.К.Каусова, м.ғ.д., профессор, М.А.Булешов, м.ғ.д., профессор, А.У.Ембердиев, А. М.Кушкарлова,
Е.М.Зульфикаров, Э.Т.Зульфикарова**

ҚР ДС және ӘДМ Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі, Алматы қ.

ҚР ДС және ӘДМ Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ.

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ҰЙЫМДАРЫНДАҒЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУ МӘСЕЛЕСІНЕ ОРАЙ

Нормативтік-құқықтық база – медициналық көмектің көрсетілуін, басқарылуы мен қадағалануын регламенттейтін, әрі көптеген мемлекеттерде медициналық көмектің қол жетімділігі мен сапасын қамтамасыз ететін механизм болып табылады; нормативтік-техникалық құжаттар көмегімен денсаулық сақтау саласын стандарттауды жүзеге асыру және сараптама жүйесі. Медициналық көмек көрсетудің барлық деңгейлерін регламенттейтін нормативтік-құқықтық базаны құрмайынша, медициналық көмек сапасын басқару мүмкін емес.

Кілт сөздер: емдік-профилактикалық ұйымдар, медициналық жәрдем сапасы, медициналық көмектің қолжетімділігі, медициналық стандарттар, сабақтастық, тиімділік, медициналық технологиялар.

SUMMARY

**G.K.Kausova, M.D., professor, M.A.Bulshov, M.D., professor, A.U.Emberdiev, A.M.Kushkarova, E.M.
Zulfikarov, E.T. Zulfikarov**

Kazakh School of Public Health, Ministry of Healthcare and Social Development of the Republic of Kazakhstan,
Almaty

South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy MH SD of RK, Shymkent

QUALITY MATTERS OF THE MEDICAL AID IN HEALTH CARE ORGANIZATIONS

In most countries, the basic mechanisms that provide the availability and quality of health care are legal and regulatory framework of health care, which regulates the provision, management and control of health care; standardization of health care carried out by the regulatory and technical documents and system of examination. Effective management of the quality of medical care is impossible without the creation of legal and regulatory base regulating the health care at all levels of its provision.

Key words: health facilities, quality of medical care, accessibility of medical care, medical standards, continuity, efficiency and medical technology.

УДК 614.2

**Г.К.Каусова, д.м.н., профессор, М.А.Булешов, д.м.н., профессор, А.У.Ембердиев,
А. М.Кушкарлова, Е.М. Зульфикаров, Э.Т. Зульфикарова**

Высшая школа общественного здравоохранения МЗ СР РК, г.Алматы

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия МЗ СР РК, г.Шымкент

ОСОБЕННОСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Аннотация

На протяжении последних десятилетий и до настоящего времени особенно сложной остается ситуация со здоровьем населения и системой его охраны в сельской местности в силу сложившихся демографических, экономических, территориальных, культурных, медицинских организационно-управленческих факторов сельской жизни.

Ключевые слова: сельское население, лечебно-профилактические организации, фельдшерско-акушерский пункт, сельская врачебная амбулатория, врач общей практики, первичная медико-санитарная помощь, центральная районная больница.

Медико-социальные изменения в обществе, проявляющиеся снижением уровня жизни населения, ухудшением его здоровья, нарастанием социальных проблем, особенно ярко проявляются в сельской местности. Проблема повышения уровня здоровья и качества жизни сельского населения является одной из важнейших задач Республики Казахстан (РК) на современном этапе.

Медицинское обслуживание сельского населения имеет специфику форм и методов организации медицинской помощи. Главной и отличительной особенностью системы организации медицинского обслуживания сельского населения является ее этапность, при которой лечебно-профилактическая помощь населению села оказывается комплексом медицинских организаций (от фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) до областной больницы). Сущность принципа этапности заключается в том, что на каждом из последующих этапов оказывается медицинская помощь, которая не могла быть обеспечена на предыдущем этапе. В соответствии с этим каждый этап имеет в своем составе лечебно-профилактические организации (ЛПО), функции которых различны.

Основные задачи и функции сельской врачебной амбулатории (СВА): амбулаторная медицинская помощь населению; патронаж беременных; мероприятия по охране здоровья детей и подростков; санитарно-противоэпидемические мероприятия; изучение заболеваемости на участке; санитарное просвещение и организация работы санитарного актива; наблюдение за санитарным состоянием населенных пунктов и иных объектов; медико-санитарное обеспечение полевых работ; подготовка санитарного актива и санитарно-просветительная работа.

Сельская врачебная амбулатория является наиболее рациональной формой организации амбулаторной помощи сельскому населению. Большое значение имеет укрепление материально-технической базы, оснащение медицинским оборудованием и инструментарием, укомплектование врачебными кадрами организаций первого этапа. Приближение и совершенствование первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) жителям села предусматривается не только за счет укрепления и развития сети врачебных амбулаторий, но и путем открытия кабинетов приема врачей общей практики на базе медицинских пунктов [1,2,3]. Универсальная подготовка врача общей практики (ВОП) позволяет, во-первых, значительно уменьшить направление к врачам-специалистам (хирург, невролог, дерматолог, отоларинголог, офтальмолог), особенно при проведении профилактических осмотров, а также при выявлении и лечении наиболее распространенных форм патологии, не требующих высокотехнологических лечебно-диагностических мероприятий. Во-вторых, работа ВОП позволяет перераспределять объемы медицинской помощи по оказанию неотложной помощи. В дневное время неотложная помощь оказывается преимущественно ВОП, в ночное - как ВОП, так и бригадами скорой медицинской помощи (в зависимости от транспортной доступности). В-третьих, приближение врачебной помощи к сельскому населению позволяет своевременно проводить необходимый объем диагностических и лечебных мероприятий в соответствии с действующими протоколами, что в ряде случаев снижает потребность в обращении на более высокие технологические уровни оказания медицинской помощи, в том числе - потребность в госпитализации. Этому способствует и лечение пациентов в условиях дневных стационаров при СВА, ЦРБ [3,4,5]. Врач общей практики в большинстве случаев самостоятельно оказывает многопрофильную медицинскую помощь с проведением экспертизы временной нетрудоспособности по заболеваниям в профильных дисциплинах (оториноларингологии, хирургии, неврологии, офтальмологии, эндокринологии, дерматологии).

Отмечено, что потребность в консультациях профильных специалистов уменьшается также за счет самостоятельного проведения врачами общей практики комплексных медицинских осмотров с заполнением в большинстве случаев одним врачом документации при оформлении ребенка в школу, детские дошкольные учреждения, абитуриентов в ВУЗы. ВОП привлекает специалистов только в случае обнаружения патологии или для более широкого оказания медицинской помощи по профильным дисциплинам в сложных случаях. Снижение потребности в консультациях профильных специалистов по формальному поводу (проведение медосмотров, выписка рецептов, диагностики рутинной патологии и др.) значительно снижает нагрузку на профильных специалистов, высвобождает их для оказания медицинской помощи при более сложной патологии [6,7,8].

Создание института общеврачебной и семейной практики может логически соединить нынешние автономно существующие в первичном звене здравоохранения четыре системы (службы): поликлиническую взрослую и педиатрическую, акушерско-гинекологическую и социальную. С экономической точки зрения, очевидно, выгоднее иметь единую систему ПМСП. ВОП может оказывать многопрофильную медицинскую помощь до 80-90% сельскому населению.

На ФАПе проводится лечебно-профилактическая работа: по оказанию неотложной доврачебной помощи амбулаторно и на дому; по выявлению и изоляции больных острозаразными заболеваниями; по профилактике и снижению заболеваемости, в том числе инфекционной и паразитарной; по текущему санитарному надзору за детскими дошкольно-школьными учреждениями, коммунальными, пищевыми, промышленными объектами, водоснабжением; по организации медицинских осмотров населения, отбору больных на диспансерное наблюдение, по трудоустройству больных; контроль за состоянием здоровья больных, учет; по составлению и ведению учетно-отчетной документации о своей деятельности.

По указанию врача фельдшер проводит лечебные процедуры и профилактические прививки населению участка. Осуществляются профилактические осмотры беременных, патронаж новорожденных и родильниц.

Основной организацией медицинского обслуживания сельского населения является центральная районная больница (ЦРБ). Она обеспечивает сельское население квалифицированной лечебно-профилактической помощью, как стационарной, так и поликлинической.

Основные задачи ЦРБ: обеспечение населения района и районного центра высококвалифицированной, специализированной стационарной и поликлинической медицинской помощью; оперативное и организационно-методическое руководство и контроль за деятельностью всех учреждений здравоохранения района; планирование, финансирование и организация материально-технического снабжения медицинских учреждений района; разработка и осуществление мероприятий, направленных на улучшение качества медицинского обслуживания сельского населения; внедрение в практику работы ЛПО района современных методов и средств профилактики, диагностики и лечения; проведение мероприятий по расстановке, рациональному использованию и повышению профессиональной квалификации кадров.

ЦРБ независимо от коечной мощности, численности населения и радиуса обслуживания имеет стационар, поликлинику, аптеку, прозекутуру, параклинические и административно-хозяйственные службы, организационно-методический кабинет, отделение скорой и неотложной помощи.

В стационаре ЦРБ должно быть организовано не менее 5 отделений по таким специальностям, как терапия, хирургия, педиатрия, акушерство и гинекология, инфекционные болезни. Кроме необходимого минимума, в крупных ЦРБ могут быть отделения и по другим специальностям (неврология, оториноларингология, офтальмология, травматология и пр.).

В поликлиническом отделении ЦРБ специализированная помощь оказывается по 10 – 15 специальностям, и такие отделения часто выполняют функции межрайонных специализированных центров.

Большое место в работе ЦРБ занимает передвижная помощь. Выездные врачебные бригады формируются главным врачом и проводят прием больных по 5 – 7 специальностям. Скорая и неотложная помощь осуществляется соответствующим отделением, входящим в состав ЦРБ, которое несет ответственность за оказание этого вида

Наблюдающиеся негативные демографические процессы и рост заболеваемости сельского населения диктуют необходимость доступности для сельских жителей первичной врачебной помощи. С этой целью поэтапное преобразование фельдшерско-акушерских пунктов в филиалы врачебных амбулаторий. Прием врачом больных в них целесообразно организовать в дни приезда по заранее разработанному графику. Это позволит приблизить врачебную помощь к населению; повысить качество и результативность медицинской помощи; активизировать профилактическую работу; оптимально использовать финансовые ресурсы за счет сокращения необоснованных госпитализаций и вызовов скорой помощи, снижения количества консультаций врачей различных специальностей [9,10,11]. Отечественные и зарубежные исследователи проблем сельского здравоохранения на современном этапе считают, что успешное реформирование отрасли возможно только при достаточном ее финансировании и рациональном распределении государственных ассигнований путем концентрации ресурсов на приоритетных направлениях и с усилением первичной медико-санитарной помощи [12,13,14]. Работы ведущих ученых все больше нацелены на изучение взаимообусловленности состояния здоровья населения, проживающего на сельской территории, и образования, качества жизни, удовлетворенности трудом. Вместе с тем на селе уровень образования и качество жизни значительно ниже, чем в городе, что негативным образом отражается на здоровье жителей [15,16,17].

- В настоящее время проблемными остаются вопросы, связанные с недостаточным уровнем материально-технического обеспечения медицинских организаций. К примеру, оснащенность скорой медицинской помощи медицинским оборудованием и изделиями медицинского назначения по РК составляет 51,69%. В ряде регионов РК организации, оказывающие медицинскую помощь (станции скорой медицинской помощи, ПМСП, судебно-медицинская экспертиза и др.), располагаются в нетиповых, приспособленных помещениях, более 400 (4,3%) организаций здравоохранения расположены в аварийных зданиях. Наряду с этим слабо развиваются общеврачебная практика в первичном звене здравоохранения и здоровьесберегающие технологии в профилактической работе с населением. Уровень оплаты труда медицинских

работников остается низким, отсутствует дифференцированный подход к оплате труда, основанный на конечных результатах их работы. Повсеместно наблюдается дефицит квалифицированных кадров, особенно в сельских регионах, что затрудняет обеспечение медицинскими услугами сельского населения РК [18]. В Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2020 годы предусмотрены: модернизация первичной медико-санитарной помощи с внедрением семейной практики в 2016-2018 годы и в 2019-2020 годы дальнейшее совершенствование семейной практики и укрепление ПМСП [19].

ЛИТЕРАТУРА

1. Нечаев В.С. Медико-социологические характеристики работы врача общей практики / В.С. Нечаев, К.Б. Кошман // Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2008. – № 6. – С. 27–29.
2. Суслин С.А. Медико-социальные проблемы сельской местности // Главврач. – 2005. – № 10. – С. 72–76.
3. Scanzano, P. Sanita pubblica: Dal passato alle nuove frontiere / P. Scanzano, G. Carracci, L. Casertano // Ann. Ig.: Med. prev. y comunita. – 2005. – Vol. 17. – N. 2. – P. 87–94.
4. Тестемизану Н.А., Гинтюк Д.В. и др. Экономическая эффективность новых организационных форм медицинской помощи сельскому населению // Актуальные проблемы экономики и планирования здравоохранения. – М., 1983. – С. 152–154.
5. Степанов В.В. Первичная медико-санитарная помощь сельским жителям в современных условиях / В.В. Степанов, А.В. Калинин, Е.А. Финченко // Бюлл. Нац. НИИ общественного здоровья РАМН. – 2006. – Вып. 3. – С. 122–123.
6. Сибатян С.М. Особенности организации медицинской помощи сельскому населению в современных условиях // Росс. мед. журнал. – 1998. – № 1. – С. 8–9.
7. Розова И.Н., Шамраков Д.М., Евладова И.Б. и др. Организация работы дневных стационаров терапевтического профиля // Сов. здравоохранение. – 1987. – № 6. – С. 45–49.
8. Равдугина Т.Г. Особенности развития сельского здравоохранения в Омской области // Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2002. – № 1. – С. 26–28.
9. Полунина Н.В. Факторы, определяющие экономическую эффективность деятельности лечебно-профилактических учреждений / Н.В. Полунина, Е.И. Нестерова, Д.А. Тваладзе // Рос. мед. журн. – 2004. – № 4. – С. 5–8.
10. Светличная Т.Г., Место сельских стационарных учреждений в системе обязательного медицинского страхования / Т.Г. Светличная, П.И. Сидоров, Л.И. Кром и др. // Русский мед. журнал. – 1997. – Т. 5. – № 6. – С. 353–356.
11. Сажин В.П. Методические рекомендации по медико-организационным основам реструктуризации стационарной помощи населению: Методические рекомендации. – М., 2006. – 83 с.
12. Петраков Б.Д. Организация работы участкового врача-терапевта. – М.: Медицина, 1979. – 175 с.
13. Паскаль А.В. Научное обоснование организационных форм и пути повышения эффективности и качества внебольничной помощи населению сельских муниципальных образований района (на примере Саратовской области): Автореф. дис. канд. мед. наук. – СПб., 2002.
14. Овчаров В.К. Основные тенденции здоровья и диспансеризации населения // Профилактика в охране материнства и детства. М., 1985. – С. 3–12.
15. Мовшович Б.Л. Индикаторы качества работы врача общей практики // Врач. – 2006. – № 1. – С. 70–75.
16. Михайлова Ю.В. Отражение развития профилактики в законодательных актах Российской Федерации / Ю.В. Михайлова, Н.П. Соболева, Л.А. Сквердяк // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2005. – № 6. – С. 3–6.
17. Минкин Г.В., Лисица Д.Н. Организация работы дневного стационара в амбулатории врачей общей практики // Семейная медицина России на рубеже веков: опыт и перспективы развития: Материалы научно-практической конференции. – М., 2002. – С. 56–57.
18. Государственная программа развития здравоохранения РК "Саламатты Қазақстан" на 2011–2015 годы. Астана, 2011.
19. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2020 годы. Астана, 2015.

ТҮЙІН

Г.К.Каусова, м.ғ.д., профессор, **М.А.Булешов**, м.ғ.д., профессор, **А.У.Ембердиев**, **А. М.Кушкарлова**,
Е.М.Зульф리카ров, **Э.Т.Зульф리카рова**

ҚР ДС және ӘДМ Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі, Алматы қ.

ҚР ДС және ӘДМ Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ.

АУЫЛ ТҮРҒЫНДАРЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН САҚТАУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Ауыл тұрғындарына медициналық көмек көрсету, медициналық көмек көрсету әдістері мен формаларының ерекшеліктеріне ие. Кезеңділік - ауыл тұрғындарына медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру жүйесінің басты және айқын ерекшелігі болып табылады. Кезеңділік барысында, ауыл тұрғындарына емдік-профилактикалық көмек медициналық ұйымдар кешені тарапынан ұсынылады.

Кілт сөздер: ауыл тұрғындары, емдік-профилактикалық ұйымдар, фельдшерлік-акушерлік пункт, ауылдық дәрігерлер амбулаториясы, жалпы тәжірибелік дәрігер, бастапқы медициналық-санитарлық көмек, орталық аудандық аурухана.

SUMMARY

G.K.Kausova, M.D., professor, M.A.Buleshov, M.D., professor, A.U.Emberdiev, A.M.Kushkarova, E.M. Zulfikarov, E.T. Zulfikarov

Kazakh School of Public Health, Ministry of Healthcare and Social Development of the Republic of Kazakhstan, Almaty

South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy MH SD of RK, Shymkent

FEATURES OF HEALTH CARE OF THE RURAL POPULATION

Medical care of the rural population has a specificity of forms and methods of healthcare. The main feature of the system of organization of health services for the rural population is its gradualness, at which the medical preventive care of the rural population is provided by the complex of medical organizations.

Key words: rural population, health facilities, medical and obstetric centers, rural outpatient clinics, general practitioner, primary health care, central regional hospital.

УДК: 616.33-006.6-08-089-018+615.28

О.К. Жандосов, Г.К. Каусова

Высшая школа общественного здравоохранения МЗСР РК, г.Алматы, Казахстан

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЖЕЛУДКА: ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Аннотация

Рак желудка — злокачественная опухоль, происходящая из эпителия слизистой оболочки желудка. Является одним из наиболее распространённых онкологических заболеваний. Может развиваться в любом отделе желудка и распространяться на другие органы, особенно пище-вод, лёгкие и печень. От рака желудка в мире ежегодно погибает до 800 000 человек [1]. Главной причиной развития рака желудка является микроб *Helicobacter pylori*, ответственный более чем за 60% случаев заболевания. Дополнительные факторы риска это курение и заквашенная пища.

Ключевые слова: рак желудка, *Helicobacter pylori*, злокачественные новообразования, структура смертности, иммунотерапия, Республика Казахстан.

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) онкологические заболевания (ОЗ) составляют одну из основных причин заболеваемости и смертности во всем мире. В 2012 году произошло около 14 миллионов новых случаев заболевания и 8,2 миллиона случаев смерти, связанных с раком [2]. Зарегистрировано 723 000 случая смерти от рака желудка (РЖ) за год. В 2013 году ВОЗ выпустила План действий по борьбе против неинфекционных заболеваний на 2013-2030гг., который направлен на снижение до 25% случаев преждевременной смерти от рака. Некоторые добровольные цели имеют особую значимость для профилактики рака – напр., цель по сокращению потребления табака на 30% за период 2014-2025 годов. Ожидается, что за ближайшие 20 лет число новых случаев заболевания возрастёт примерно на 70%. [1,2].

Около одной трети случаев смерти от рака вызваны 5 основными факторами риска, которые связаны с поведением и питанием, такими как высокий индекс массы тела, недостаточное употребление в пищу фруктов и овощей, отсутствие физической активности, употребление табака и употребление алкоголя.

Инфекции, вызывающие рак, такие как HBV/HCV, Helicobacter pylori и HPV, приводят к 20% случаев смерти от рака в странах с низким и средним уровнем дохода [2].

Более 60% новых случаев заболевания раком зарегистрированы в странах Африки, Азии, Центральной и Южной Америки. В этих регионах происходит 70% всех случаев смерти от рака [1]. По прогнозам ВОЗ, число случаев заболевания от рака будет продолжать расти от 14 миллионов до 22 миллионов в следующие десятилетия [3].

По мнению ВОЗ, производительность систем здравоохранения определяется количеством сохранённых (QALY) или потерянных лет жизни (DALY) вследствие преждевременной смертности и инвалидности [4,5]. В Республике Казахстан (РК) ежегодные потери лет жизни вследствие преждевременной смертности составляют более 100 лет на 1000 человек, а наибольшее глобальное бремя болезней приходится на ОЗ. [6].

В 2012 году утверждён Общенациональный план мероприятий по реализации Послания Главы государства народу Казахстана «Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана» [7]. Принята Программа развития онкологической помощи в РК на 2012-2016 годы, создан Национальный научный онкологический центр в г. Астана на базе Медицинского холдинга и внесено предложение по развитию системы здравоохранения с учётом внедрения механизмов солидарной ответственности граждан за своё здоровье [7,8].

Смертность от ОЗ в РК занимает второе место в структуре смертности (СС) населения. Ежегодно от рака умирает порядка 17000 человек, из которых 42% - лица трудоспособного возраста [8,9,10,11,12].

Таким образом, в 2014 году определилась основная десятка общей СС от ЗН: 1-рак лёгкого (РЛ), 2-рак желудка, 3-рак молочной железы, 4-рак пищевода, 5-рак поджелудочной железы, 6-рак прямой кишки, 7-рак ободочной кишки, 8-гемобластозы, 9-рак шейки матки, 10-рак печени [13].

Сведения о молекулярном патогенезе РЖ позволяют вести направленный поиск новых подходов к лекарственному лечению РЖ. Экспрессия показателей апоптоза при РЖ связана с морфологическими особенностями опухоли, что может иметь прогностическое значение при прогнозировании течения заболевания. Однако данные, полученные различными авторами неоднозначны [14].

К настоящему времени РЖ занимает лишь четвёртое место среди онкологических патологий по встречаемости, уступая опухолям молочной железы, кожи и лёгкого [13,18]. В 2014 году по РК зарегистрировано 34352 новых случая ЗН (33029-2013г.), из которых 45,5% (45,5-2013г.) выявлено у мужчин, 55,0% (54,5-2013г.) – у женщин.

В структуре онкопатологии 9 основных форм ЗН составили 63,89% (64,2-2013г.). Расположение по рангам выглядит следующим образом: 1-рак молочной железы, 2-рак кожи, 3-рак лёгкого, 4-рак желудка, 5-рак шейки матки, 6-рак ободочной кишки, 7-рак прямой кишки, 8-гемобластозы, 9-пищевода, 10-рак предстательной железы [13].

Структура ЗН среди мужчин по рангам: 1-рак лёгкого, 2-рак желудка, 3-рак кожи, 4-рак предстательной железы, 5-рак ободочной кишки, 6-рак пищевода, 7-рак прямой кишки, 8-гемобластозы, 9-почки, 10-рак мочевого пузыря [13].

Структура ЗН среди женщин по рангам: 1-рак молочной железы, 2-рак кожи, 3-рак шейки матки, 4-рак тела матки, 5-рак желудка, 6-рак яичника, 7-рак ободочной кишки, 8-рак прямой кишки, 9-гемобластозы, 10-трахеи, бронхов, лёгкого [13].

Ежегодно РЖ поражает около 1 миллиона человек. Мужчины болеют чаще женщин: стандартизованные показатели заболеваемости в мире РЖ в зависимости от пола составляют примерно 22 случая и 10 случаев на 100000 человек в год, соответственно; впрочем, подобная разница отмечается лишь для интестинальной формы РЖ [17]. Встречаемость дистального РЖ имеет тенденцию к снижению, в то время как частота кардиального РЖ остаётся неизменной или даже несколько увеличивается [15]. Заболеваемость раком желудка, особенно его интестинальной разновидностью, характеризуется примерно 10 кратными географическими колебаниями. РЖ является исключительно частой патологией в странах Восточной Азии (Японии и Корее), Южной Америке и Восточной Европе. Напротив, население Южной Азии, Северной Америки, Северной и Восточной Африки, Австралии, Новой Зеландии страдает от РЖ в значительно меньшей степени [16, 17].

РЖ характеризуется плохим прогнозом: 5 летняя выживаемость при данном заболевании обычно не превышает 20%. Существенно, что своевременность выявления заболевания играет критическую роль в формировании прогноза. В частности, в Европе и других индустриально развитых странах, для которых характерен неплохой стандарт ранней диагностики, от РЖ удаётся излечить каждого четвёртого заболевшего. В Японии, где начиная с 1960-х гг. практикуется эндоскопический скрининг РЖ, этот показатель приближается к 50%, что по праву можно считать уникальным достижением системы здравоохранения этих локализаций.

На сегодняшний день большинство экспериментальных и клинических исследований убедительно свидетельствуют о разбалансировании иммунной системы при онкологической патологии [19]. Работами отечественных и зарубежных авторов достоверно установлено, что существует взаимобратная связь между системой иммунитета и опухолью, что определяет течение и исход опухолевого процесса, а также состояние иммунного ответа в организме больного [20].

Нарушения в иммунной системе под действием опухоли, могут дополнительно усугубляться под влиянием различных лечебных противоопухолевых мероприятий. Доказанным является факт о снижении общей иммунологической реактивности организма или, по крайней мере, о развитии нарушений в отдельных звеньях системы иммунитета после оперативных вмешательств. Причем в литературе описаны качественные и количественные изменения, зависящие от объема и характера операции [21].

Все известные в настоящее время химиопрепараты, воздействуя на активно пролиферирующие клетки, повреждают помимо опухолевых клеток и здоровые ткани организма больного, в первую очередь, в органы кроветворения, где созревают иммунокомпетентные клетки, что вызывает дополнительную иммуносупрессию уже разбалансированной иммунной системы [22]. Таким образом, операционная травма и комбинированная терапия цитостатиками усиливают имеющийся у онкологических больных исходный иммунодефицит, снижая, тем самым, эффективность проводимого лечения. Отсюда становится очевидной необходимость проведения иммунокорректирующих мероприятий с учетом степени и направленности регистрируемых нарушений [23].

Анализ литературы показывает, что на сегодняшний день для проведения иммунотерапии используются препараты разного происхождения и состава, обладающие общим свойством неспецифически усиливать иммунную реакцию организма. Наиболее широкое применение в клинической практике в качестве иммуномодуляторов получили вещества полисахаридной и липополисахаридной природы: пропермил, зимозан, продегиозан, пирогенал, тималин [24]. Эти препараты являются пока наиболее подходящими для проведения иммуностимуляции, поскольку их воздействие на иммунную систему не связано с нарушением фагоцитарной активности нейтрофилов и макрофагов.

В настоящее время проводятся активные предклинические и клинические испытания лекарственных препаратов, предназначенных для терапии РЖ. Диагностика и лечение РЖ в РК улучшились за счёт внедрения скрининговых программ согласно Приказа Министра здравоохранения РК от 16 марта 2011 года №145 и Приказа Министра здравоохранения РК от 8 января 2013 года №8 «О внедрении скрининга на раннее выявление рака пищевода, рака желудка, рака печени и рака предстательной железы в пилотных регионах» [25,26].

Пять институциональных реформ и сто конкретных шагов по их реализации в Плане Нации усилили устойчивость системы здравоохранения на основе солидарной ответственности государства, работодателей и граждан. Первичная помощь стала центральным звеном национального здравоохранения для предупреждения и ранней борьбы с заболеваниями [27]. Особенность доступности и качества медицинских услуг в РК заключается в принципах корпоративного управления и внедрения передовых стандартов медицинского обслуживания. РЖ представляет собой пример безусловного прогресса медицинской онкологии. Эпидемиологические исследования выявили основные факторы риска и позволили сформулировать ряд рекомендаций по его лечению.

Цель исследования: изучение иммунологического подхода при комбинированном лечении больных раком желудка.

Таблица 1 - Показатели уровня цитокинов у больных РЖ в исследуемых группах в пг/мл

Группы больных	Этап лечения	ИЛ - 2	ФНО - α	ИФН - γ
Контроль (здоровые) n=25	-	213,5±0,1	18,2±1,1	14,7±1,9
	в аутогемо-препарате mean ±s.d.	285,6±1,0*	34,5±1,2*	25,4±2,6*
Больные РЖ n= 128	До операции mean ±s.d. (n=66)	289,3±7,9**	23,3±0,2	25,3±3,7**
	в аутогемо-препарате mean ±s.d.	335,8±8,5***	32,5±1,2***	28,6±2,4***
	После ХТ+операция mean ±s.d (n=32)	254,7±8,1***	25,4±1,3	18,8±3,6
	После ХИТ+операция mean ±s.d (n=30)	299,8±7,1	26,6±9,3	29,4±3,4

*-показатель между здоровыми и с аутоиммунитетом

** - показатели между здоровыми лицами и больные РЖ до лечения

*** - показатели до лечения и в аутогемо-препарате

**** - показатели до лечения и после ХТ+операция

Материалы и методы: Проведено изучение эффективности комбинированной неоадьювантной терапии – полихимиотерапии + иммунотерапии пациентам местнораспространенной формой рака желудка (РЖ). Проведено лечение 62 пациентам, из которых 32 по схеме по схеме: неоадьювантная полихимиотерапия + операция и 30- неоадьювантная химиоиммунотерапия + операция – 30 больных. Полихимиотерапия проводилась по схеме: доцетаксел- 75 мг/м² 1 день + 5-фторурацил 500 мг/м² 2- 5-ый дни + кальция фолинат 50 мг/м² также 2-5 дни. В подгруппе исследования с включением иммунотерапии по окончании курса полихимиотерапии проводилась иммунотерапия препаратом тималин- 20 мг на протяжении 6-10 дней. Контрольные группы исследования составили пациенты, перенесшие только хирургическое лечение и относительно здоровые лица.

Результаты и обсуждение: Проведено изучение иммунного статуса больных групп исследования и результаты представлены в таблице 1.

Как видно из данных таблицы 1 у здоровых лиц содержание ИЛ-2 в сыворотке крови составляет 213,5±0,1 пг/мл, у больных РЖ до лечения имеется некоторое достоверное увеличение уровня ИЛ-2, значение показателя составило 289,3±7,9 пг/мл, что может быть связано с усилением функционирования иммунной системы в связи с ростом опухоли.

После контакта *in vitro* с тималином и нахождения в термостате лимфоидные клетки здоровых увеличили уровень ИЛ-2 до 285,6±1,0 пг/мл, т.е. рост показателя составил 33,8%. У больных РЖ также отмечается стимуляция лимфоцитов к выделению цитокинов, в частности, ИЛ-2 до значения 335,8±8,5 пг/мл, т.е. на 15%, при этом степень стимуляции ниже, чем у здоровых. После проведения химиотерапии у больных РЖ средний показатель уровня ИЛ-2 составил 254,7±8,1 пг/мл, т.е. понизился на 12% к исходному, в то время как в группе больных, где химиотерапия проводилась с параллельным введением тималина внутримышечно, содержание цитокина повысилось на 3,7%.

Отсутствие достоверной эффективности иммунотерапии возможно связано со следующими факторами, во-первых, вопрос о времени проведения иммунотерапии (до операции и/или после нее) до конца не решен. Тималин, как показали исследования в аутогемопрепарате, продемонстрировал способность стимулировать иммунитет активным выделением изучаемых цитокинов. Наличие в организме опухоли (рака желудка) само по себе оказывает огромное подавляющее влияние на иммунитет, что ставит неоадьювантную иммунотерапию в тяжелое положение. Была предпринята попытка разработать новый метод иммунотерапии, который мог бы позволить проявить свою активность, повлиять на общее состояние иммунитета, усилить цитокинообразование, что возможно оказало бы прямое цитолитическое действие на опухолевые клетки желудка и метастазы.

Определены результаты исследования *in vitro* об уровне фактора некроза опухолей-альфа в сыворотке крови больных РЖ и здоровых. У больных РЖ наблюдался несколько повышенный уровень ФНО-α, составивший 23,3±1,2 пг/мл по сравнению со здоровыми группы контроля, где количество цитокина было равно 18,2±1,1 пг/мл, что на 13,8% больше, данные не достигли достоверно значимых величин.

Проведено сравнение степени стимуляции лимфоцитов и других клеток иммунной системы тималином в аутокрови здоровых и больных РЖ по количественным показателям уровня ФНО-α в пг/мл. Оказалось, что способность к стимуляции схожая: уровень ФНО-α у здоровых составил 34,5±1,4 пг/мл, а у больных РЖ 32,5±1,3 пг/мл, полученные результаты равнозначны.

В группе больных химиотерапия+операция отмечено незначительное снижение содержания ФНО-α (20,4±5,3 пг/мл), в то время как при химиоиммунотерапии + операция отмечена тенденция к повышению этого показателя до 26,6±9,3 пг/мл ($p>0,05$).

Уровень ИНФ-γ у больных РЖ до начала лечения составил 25,3±3,7 пг/мл, что в более чем в 1,7 раза выше, чем у здоровых лиц (14,7±1,9 пг/мл); при инкубации в термостате аутогемопрепарата здоровых с тималином, установлено увеличение уровня цитокина более, чем в 1,7 раза (25,4±2,6 пг/мл). Количество цитокина в аутогемопрепарате у больных РЖ после стимуляции тималином составило 28,6±2,4 пг/мл, что так же указывает на выраженный стимулирующий эффект иммунопрепарата.

При проведении химиотерапии+операция отмечается некоторое снижение содержания цитокина. Сочетание химиотерапия+операция с введением АИГП привело к возрастанию уровня этого цитокина до значения показателя 29,4±3,4 пг/мл ($p\geq 0,05$).

Исследование клеточного и гуморального иммунитета у больных РЖ проводили в динамике лечения (неоадьювантная химиотерапия и химиоиммунотерапия) и у здоровых лиц цитохимическим методом с дифференцировкой клеток крови на Т-лимфоциты, Т-лимфоциты-хелперы, Т-лимфоциты-супрессоры, не-Т-лимфоциты, нейтрофилы, эозинофилы, моноциты. В таблице 2 представлены основные показатели Т-системы иммунитета в трех обследуемых группах.

Таблица 2- Основные показатели Т-клеточного иммунитета у больных РЖ в динамике лечения, в%.

Группы	Т-хелперы	Т-супрессоры	Т-х/Т-с	Т-лимфоциты
I - контроль (n=32) ХТ+опер.	$29,6 \pm 0,4^*$ 26,4±0,8	$24,5 \pm 1,6$ 23,6±1,3	$1,21 \pm 0,02^*$ 1,11±0,01	$54,6 \pm 0,6^*$ 50,4±0,6**
II- опыт (n=30) ХИТ+операция	$29,7 \pm 0,5^*$ 28,2±0,5	$23,3 \pm 1,1$ 22,7±1,5	$1,27 \pm 0,02^*$ 1,25±0,01	$52,2 \pm 0,5^*$ 50,6±0,9
Норма (n=25)	46,3±0,7	21,4±0,3	2,16±0,08	67,7±0,8

*- различие с показателем в норме и до лечения достоверно, $p < 0,05$

** - различие с показателем до и после лечения достоверно, $p < 0,05$

числитель - показатель до лечения, знаменатель - после лечения

При сравнении показателей Т-системы иммунитета здоровых лиц и больных РЖ до лечения наблюдался характерный для больных со злокачественными новообразованиями Т-дефицит со сниженными показателями субпопуляции Т-хелперов, повышением доли незрелых лимфоцитов и нарушение индекса иммунорегуляции (Т-хелперы/Т-супрессоры). У больных РЖ имеется исходный Т-хелперный дефицит, и, как следствие, снижение регуляторных функций иммунной системы, включая антиоксидантную и противоопухолевую. В динамике лечения показатели иммунитета в группе больных РЖ, получавших неoadьювантную химиоиммунотерапию носили несколько более сохраненный характер.

Считается, что показателем для коррекции субпопуляционных нарушений иммунной системы является сдвиг относительного и/или абсолютного содержания клеточного состава какой-либо субпопуляции на величину, отличающуюся от средненормального показателя не менее, чем на 20%. Данный критерий позволяет индивидуализировать иммунокорректирующую терапию. Из полученных данных видно, что исходный уровень Т-лимфоцитов хелперов был снижен у всех наблюдаемых больных, что явилось абсолютным показателем для проведения иммунокорректирующей терапии.

При анализе иммунограмм в послеоперационном периоде в группе больных контрольной группы обнаружен абсолютный и относительный дефицит Т-лимфоцитов с нарушением иммунорегуляторной функции. ($p \leq 0,05$). В опытной группе отмечалась тенденция к снижению основных показателей клеточного иммунитета.

Таблица 3- Показатели гуморального иммунитета у больных РЖ в динамике лечения.

Группы	IgA (г/л)	IgM (г/л)	IgG (г/л)	ММК (у.е.)
I - контроль ХТ+ опер	$2,45 \pm 0,08^*$ 2,28±0,09	$0,85 \pm 0,15^*$ 0,80±0,12	$9,46 \pm 0,6^*$ 8,68±0,4	$5,65 \pm 0,03^*$ 6,52±0,05**
II- опыт ХИТ+ опер	$2,38 \pm 0,09^*$ 2,46±0,10	$1,04 \pm 0,03^*$ 1,05±0,04	$10,51 \pm 0,15^*$ 10,74±0,16	$5,45 \pm 0,07^*$ 4,69±0,06**
Норма	3,77±0,06	1,21±0,06	12,10±0,16	3,37±0,05

*- различие с показателем до лечения и в норме достоверно, $p < 0,05$

** - различие с показателем до и после лечения достоверно, $p < 0,05$

числитель - показатель до лечения, знаменатель - после лечения

Как видно из таблицы, при сравнении показателей больных РЖ до лечения и здоровых лиц отмечено достоверное снижение синтеза антител Ig M, G у больных РЖ до лечения. Концентрация макромолекулярных комплексов (ММК) до лечения в обеих группах превышала нормальную в 1,7 раза, что характеризует и степень иммуносвязывания антителами эндотоксинов. После лечения отмечается в группе контроля тенденция к снижению количества антител класса IgA, IgG. В группе опыт отмечены тенденции к повышению синтеза антител IgM, IgA, IgG ($p < 0,05$) после лечения у больных раком желудка. Антитела IgG обладают прямым противоопухолевым действием. Содержание ММК в опытной группе в динамике лечения снизилось с $5,45 \pm 0,07$ до $4,69 \pm 0,06$ ($p < 0,05$).

Закключение. Таким образом, необходимо отметить, что у здоровых лиц иммунокомпетентные клетки под действием тималина усиливают выделение цитокина ФНО- α по сравнению с больными РЖ; уровень цитокина у больных РЖ выше его содержания относительно здоровых на 28%; сочетание указанных видов терапии с иммунотерапией свидетельствуют о наличии тенденции к росту количества цитокина. Изучение Т-клеточного и гуморального иммунитета у больных раком желудка в динамике лечения показало снижение уровня основных показателей клеточно-гуморального иммунитета в группе больных раком желудка, получавших стандартную терапию, что в большей степени приводит к снижению

противоопухолевой, антиинфекционной и антиоксидантной защиты организма больных. Применение иммунотерапии в комплексном лечении РЖ способствует нормализации клеточно-гуморального иммунитета у больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Cancer. World Health Organization (February 2011). Проверено 15 сентября 2011. Архивировано из первоисточника 31 марта 2012. (англ.)
2. Stewart B.W., Wild C.P. World Cancer Report 2014 Online. The International Agency for Research on Cancer (IARC) Nonserial Publication. WHO Media centre (e-mail: mediainquiries@who.int).
3. de Martel C, Ferlay J, Franceschi S, et al. Global burden of cancers attributable to infections in 2008: a review and synthetic analysis. *The Lancet Oncology* 2012; 13: 607-615.
4. Информационный бюллетень Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) №297, февраль 2014г.
5. Murray C.J. Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years. Bull World Health Organ. 1994;72(3):429-45. / Global comparative assessments in the health sector.-Geneva-1994-P.3-19.
6. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. 232с.
7. Искакова Б.С., Ким С.В. «Потери лет жизни вследствие преждевременной смертности», «Оценка онкологической службы Акмолинской области вследствие преждевременной смертности». Научно-практический медицинский журнал «Клиническая медицина Казахстана» №3,4 (22,23) 2011, стр.93-95. Специальный выпуск ISSN 1812-2892. Материалы международного конгресса «Инновационные технологии и прогресс в медицине», посвящённого 20-летию Независимости Казахстана и 10-летию со дня основания АО «Национальный научный медицинский центр». Астана, 7-9 октября 2011г.
8. Указ президента Республики Казахстан от 30 января 2012 года №261 «О мерах по реализации Послания Главы Государства народу Казахстана от 27 января 2012года «Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана». Утверждён Указом Президента Республики Казахстан Н.Назарбаевым.
9. Программа развития онкологической помощи в Республике Казахстан на 2012-2016 годы. Утверждена и опубликована Постановлением Правительства РК от «29» марта 2012 года №366 за подписью Премьер-Министра Республики Казахстан К.Масимова
10. Арзыкулов Ж.А., Сейтказина Г.Ж, Игисинов С.И., Ажмагамбетова А.Е., Сейсенбаева Г.Т. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2009 год (статистические материалы). Алматы, 2010. (e-mail: cancer_registr@mail.ru).
11. Izhanov E., Arzykulov Zh., Zhandossov O. The new scheme of treatment of a localized gastric carcinoma //Венеция.- 2006.
12. Ижанов Е. Б., Арзыкулов Ж. А., Жандосов О. К. Анализ результатов хирургического лечения рака желудка с расширенной лимфодиссекцией // Материалы IV съезда онкологов и радиологов. Баку.- 2006.- С. 145.
13. Нургазиев К.Ш., Байпеисов Д.М., Ауезова Э.Т., Жылкайдарова А.Ж., Сейсенбаева Г.Т. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2014 год (статистические материалы). Алматы, 2015.
14. Степанов И.В., Завьялова М.Б., Перельмутер В.М., Вторушин С.В., Чердынцева Н.В., Афанасьев С.Г. «Особенности экспрессии MUC2 и MUC5 при кишечном и диффузном типах рака желудка», «Характеристика экспрессии показателей апоптоза при раке желудка кишечного и диффузного типов». VII съезд онкологов и радиологов стран СНГ «Эпидемиология злокачественных новообразований», №338 и №339, стр.161-162. Астана, 5-7 сентября 2012г.
15. Lochhead P., ElOmar E.M. Helicobacter pylori infection and gastric cancer // Best Pract Res Clin Gastroenterol. – 2007. – Vol.21. – P.281-297. 36. Lochhead P., ElOmar E.M. Gastric cancer // Brit. Med. Bull. – 2008. – Vol.85. – P.87-100.
16. Brenner H., Rothenbacher D., Arndt V. Epidemiology of stomach cancer // Methods Mol. Biol. – 2009. – Vol.472. – P.467-77.
17. Crew K.D., Neugut A.I. Epidemiology of gastric cancer //World J. Gastroenterol. – 2006. – Vol.12. – P.354-362.
18. Parkin D.M., Bray F., Ferlay J., Pisani P. Global cancer statistics, 2002 // CA Cancer J. Clin. – 2005. – Vol.55. – P.74-108.
19. Kim J.P., Kwon O.J., Oh S.T., Yang H.K. Results of surgery on 6589 gastric patients and immunochemosurgery as the best treatment of advanced gastric cancer // Ann Surg. 1992; 216:269, discussion 278.
20. Блинов Л.М., Кожевников С.Н. Принципы ранней диагностики злокачественных новообразований // Вопр. онкологии. - 1990. - № 3. - С. 335-341.
21. Логинов А.С., Потапова В.Б., Гудкова Р.Б. Межклеточные контакты иммунокомпетентных клеток в слизистой оболочке желудка // Иммунология - 1990. - № 3. - С. 26-30.

22. Медведев П.С. Иммунологический статус больных раком желудка на этапах комбинированного лечения // Автореф. дисс... канд. мед. наук. - Томск, 1989. - 21 с.
23. Портной Л.М., Дибиров М.П. Современные перспективы выявления рака желудка: обзор литер // Вестн. рентгенодиагностики. - 1991. - № 1. - С.57-60.
24. Roder J.D., Bottcher K., Siewert J.R. et al. Prognostic factors in gastric carcinoma // Cancer., 1993. - V.72. - P. 2089-2097.
25. Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 16 марта 2011 года №145 О внесении изменений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения».
26. Приказ Министра здравоохранения РК от от 8 января 2013 года №8 «О внедрении скрининга на раннее выявление рака пищевода, рака желудка, рака печени и рака предстательной железы в пилотных регионах».
27. The 100 concrete steps set out by President Nursultan Nazarbayev to implement the five institutional reforms (20 May 2015) - See more at: <http://www.kazakhembus.com/content/100-concrete-s>.

Резюме

О.К.Жандосов, Г.К.Каусова

Высшая школа общественного здравоохранения МЗСР РК, г.Алматы, Казахстан

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЖЕЛУДКА: ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Ежегодно рак желудка поражает около 1 миллиона человек. Мужчины болеют чаще женщин. Исследованы изменения иммунологического статуса больных местнораспространенными формами рака желудка до начала и в процессе лечения. Выявлено, что проведение иммуностимулирующей терапии в комбинации с химиотерапией достоверно улучшает показатели клеточного и гуморального иммунитета.

Ключевые слова: рак желудка, *Helicobacter pylori*, злокачественные новообразования, структура смертности, иммунотерапия, клеточный и гуморальный иммунитет, Республика Казахстан.

Түйін

Г.К.Каусова, О.К.Жандосов

ҚР ДС және ӘДМ Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі, Алматы қ.

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖОҒАРЫ МЕКТЕБІ АСҚАЗАННЫҢ ҚАТЕРЛІ ІСІГІНІҢ КҮНДЕЛЕНЕ ЕМДЕУДІҢ ИММУНОЛОГИЯЛЫҚ АСПЕКТЕРІ

Бұл қатерлі ісікпен жыл сайын шамамен бір миллион адам ауырады. Еркектер әйелдерге карағанда жиі ауырады. Асқазанның қатерлі ісігінің жергілікті таралған түріне шалдыққан науқастардың емдеуге дейін және емдеу кезіндегі иммунологиялық өзгерістері зерттелді. Химиотерапиямен қосарлана жасалған иммунды ынталандырушы емдеуден кейін торшалы және гуморальды иммунитеттің көрсеткіштері біршама жақсарғаны білінді.

Кілт сөздері: асқазанның қатерлі ісігі химиотерапия иммунотерапия торшалы және гуморальды иммунитет, Қазақстан Республикасы.

Summary

O.K. Zhandossov, G. K. Kausova

The Higher School of Public Health Care of MHSD RK

COMBINED TREATMENT OF GASTRIC CANCER: IMMUNOLOGIC ASPECTS

Annually the gastric cancer (GC) affects about 1 million people. Men are ill more often than women. Changes of immunological status in patients with locally advanced gastric cancer before and during treatment were studied. Revealed that an immune-therapy in combination with chemotherapy significantly improves the performance of cellular and humoral immunity.

Keywords: gastric cancer, chemotherapy, immunoterpaiya, cellular, humoral immunity. gastric cancer, Republic of Kazakhstan

УДК – 616.379-008.64/1

Аманжол Т.Т., Сейсенбекова А.К. – студенты 7 и 6 курса
Научный руководитель – Амирханова Д.Т.

Карагандинский государственный медицинский университет, Республика Казахстан, г.Караганда

ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА И КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА АННОТАЦИЯ

В тезисе рассмотрен вопрос о риске развития сахарного диабета (СД) у респондентов с различным уровнем кардиоваскулярного риска (КВР). Анализ полученных результатов свидетельствует, что по мере нарастания КВР возрастает риск развития СД. Таким образом, в нашем исследовании установлена положительная взаимосвязь риска развития сахарного диабета с основными факторами кардиоваскулярного риска.

Ключевые слова: сахарный диабет, факторы риска, кардиоваскулярный риск.

Актуальность исследования. В настоящее время известно, что нарушения углеводного обмена повышают риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Первичная профилактика перечисленных социально-значимых заболеваний может способствовать снижению экономического ущерба и других последствий. Важным является выявление конфаундеров, влияющих на формирование риска сахарного диабета (СД) и кардиоваскулярных осложнений.

Таким образом, целью нашего исследования является оценка риска развития сахарного диабета у респондентов с различной степенью кардиоваскулярного риска среди городского населения Карагандинской области.

Материалы и методы. В основу исследования положены результаты анкетирования и клинического обследования 891 респондентов города Сарань, Карагандинской области. Исследование состояло из 2 этапов. На первом этапе проводился расчет суммарного КВР по шкале SCORE, с помощью специального калькулятора риска. Для оценки суммарного риска сердечно-сосудистого заболевания с помощью калькулятора необходимо указать в соответствующих полях пол, возраст, уровень систолического АД, курит ли пациент и уровень общего холестерина. Полученная цифра представляет собой вероятность наступления смертельного исхода от сердечно-сосудистого заболевания в течение ближайших 10 лет, выраженную в процентах. На втором этапе из 891 опрошенных выбыло 41 респондентов по причине прерывания анкетирования или неполного объема ответов на поставленные вопросы, отобранные 850 респондентов были распределены по группам КВР: I – не имеющий риск – 126(14,8%) респондентов, II – низкий и умеренный (0-4% по шкале SCORE) - 629 (74%) респондентов, III – высокий (5-9% по шкале SCORE) - 65(7,6%) респондентов, IV – очень высокий (> 10% по шкале SCORE) – 30 (3,6%).

У респондентов, включенных в исследование с различным уровнем КВР по шкале SCORE, проводился опрос с помощью опросника FINDRISC. Для определения риска развития СД используются данные по следующим параметрам: возраст, индекс массы тела, окружность талии, наличие мини-мум 30 минут физической активности, артериальное давление, статус гликемии, наличие СД у родственников. По результатам опросника FINDRISC устанавливали: низкий риск развития СД (сумма баллов < 7), умеренный риск (сумма баллов 7≤14), высокий и очень высокий риск (сумма баллов > 15).

Результаты и обсуждение. Согласно полученным результатам из 850 респондентов у 126 опрошенных не выявлено КВР. Таким образом, кардиоваскулярный риск имели 724 обследованных (85,1%). Среди респондентов с наличием КВР по шкале SCORE у 629 респондентов установлен низкий/умеренный риск, у 65 респондентов высокий и у 30 респондентов – очень высокий риск. Среди респондентов с низким/умеренным, высоким и очень высоким КВР по шкале SCORE изучена градация риска развития СД. Среди лиц с низким и умеренным КВР у 318 (50,6 %) респондентов обнаружен низкий риск развития СД, у 257 (40,9%) респондентов выявлен умеренный риск развития СД, у 54 (8,5 %) респондентов обнаружен высокий и очень высокий риск СД. Среди лиц с высоким КВР низкий риск развития СД выявлен у 21 респондентов (32,4%), умеренный риск СД выявлен у 37 (56,8%) респондентов, высокий риск у 7 (10,8 %) респондентов. У лиц с очень высокой КВР низкий риск развития СД определен у 5 (16,7%) респондентов, умеренный риск СД выявлен у 11 (36,6 %) респондентов, а высокий у 14 (46,7 %) респондентов.

Анализ полученных результатов свидетельствует, что по мере нарастания КВР возрастает риск развития СД, что указывает на необходимость анализа структуры факторов риска, обуславливающих развитие данных заболеваний.

Выводы:

1. Среди респондентов городского населения Карагандинской области установлено, что по мере нарастания сердечно-сосудистого риска увеличивается частота риска развития сахарного диабета.

2. Среди респондентов с низким/умеренным КВР преобладают лица с низким риском СД (50,6%), у лиц с высоким КВР - умеренный риск СД (56,8%), с очень высоким КВР - высокий риск развития СД (46,7%).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ковригина М.Н. Оценка риска развития сахарного диабета у мужчин с различным уровнем сердечно-сосудистого риска//автореферат дисс. на соискание ученой степени к.м.н.- Москва.- 2013.- 21 С.

2. Conroy RM. SCORE project group. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. // Eur Heart J 24 (11). -P. 987-1003.

3. Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases: full text. The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Eur Heart J Suppl 2007; 9 (suppl C): C3-C74.

4. Hunt K. J., Resendez R. G., Williams K., Haffner S. M., Stern M. P. San Antonio. American Diabetes Association; National Heart, Lung and Blood Institute; Juvenile Diabetes Foundation International; National Institute of Diabetes and Digestive and kidney Disease; American Heart Association. Diabetes mellitus: a major risk factor for cardiovascular disease.- Circulation 1999. - № 100.-P.1132.

ТҮЙІН

Аманжол Т.Т., Сейсенбекова А.Қ.

Қарағанды мемлекеттік медицина университетінің 6 және 7 курс студенттері

Ғылыми жетекші: Амирханова Д.Т.

КАРДИОВАСКУЛЯРЛЫ ҚАУІП ПЕН ҚАНТ ДИАБЕТІНІҢ ДАМУ ҚАУІП АРАСЫНДАҒЫ БАЙЛАНЫСҚА БАҒА БЕРУ

Бұл тезисте әр түрлі дәрежедегі кардиоваскулярлы қауіп бар респонденттер арасында қант диабетінің даму қауіп жайлы сұрақтар қарастырылған. Алынған мәліметтер нәтижесінде кардиоваскулярлы қауіп дәрежесі жоғарылаған сайын қант диабетінің даму қауіп жоғарылайды. Сонымен, біздің зерттеу қорытындысы бойынша кардиоваскулярлы қауіптің негізгі факторлары мен қант диабеті дамуы арасындағы оң байланыстың болуы анықталды.

Кілт сөздер: қант диабеті, қауіп факторлары, кардиоваскулярлы қауіп.

SUMMARY

Amanzhol T.T., Seysenbekova A.K.

The students of the 6-th and 7-th year of Karaganda State Medical University

Scientific adviser: Amirkhanova D.T.

ASSESSMENT OF INTERCOMMUNICATION OF RISK OF DEVELOPMENT OF DIABETES MELLITUS AND CARDIOVASCULAR RISK

In a thesis a question is considered about risk of development of diabetes mellitus (DM) at respondents with the different level of cardiovascular risk (CR). The analysis of the got results testifies that the risk of development of DM increases as far as growth of CR. Thus, in our research positive intercommunication of risk of development of diabetes mellitus is set with basic cardiovascular risk factors.

Key words: diabetes mellitus, risk factors, cardiovascular risk

УДК - 614.2

Байрамова М.О. -студентка 3-го курса
Научный руководитель - Павлова Е.В., А.К. Бегембетова, lena601985@mail.ru
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент, Казахстан

ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

АННОТАЦИЯ

Здоровье каждого человека, как составляющая здоровья всего населения, становится фактором, определяющим не только полноценность его существования, но и потенциал его возможностей. Уровень состояния здоровья народа, в свою очередь, определяет меру социально-экономического, культурного и индустриального развития страны. С точки зрения устойчивого и стабильного роста благосостояния населения отрасль здравоохранения, представляющая собой единую развитую, социально ориентированную систему, призванную обеспечить доступность, своевременность, качество и преемственность оказания медицинской помощи, является одним из основных приоритетов в республике.

Ключевые слова: здоровье, здравоохранение, государственно-частное партнерство.

Введение. Согласно закону РК «О концессиях» (с изменениями и дополнениями от 04.07.2013 г.) **Государственно-частное партнерство (ГЧП)** – форма сотрудничества между государством и субъектами частного предпринимательства, направленная на финансирование, создание, реконструкцию и (или) эксплуатацию объектов социальной инфраструктуры и жизнеобеспечения.

В своем Послании от 29 января 2010 года Новое десятилетие – Новый экономический подъем – Новые возможности Казахстана, Президент Республики Казахстан Н.А.Назарбаев народу Казахстана высказал такую мысль: «Огромным потенциалом по привлечению частных инвестиций располагает механизм государственно-частного партнерства. Мы запустили этот механизм в Казахстане, но он требует усовершенствования в соответствии с лучшей мировой практикой».

Методы и материалы. В настоящее время ГЧП в Казахстане регулируется Законом Республики Казахстан от 7.07.2006 года №167-ІІІ «О концессиях» (с изменениями и дополнениями от 4.07.2013 г. №131-V), а так же постановлением Правительства Республики Казахстан «Об утверждении Правил представления, рассмотрения и отбора концессионных проектов, проведения конкурса по выбору концессионера, проведения мониторинга договоров концессии, мониторинга и оценки реализации концессионных проектов на условии софинансирования из бюджета, отбора концессионных проектов для предоставления или увеличения объемов лимита поручительств государства» от 10 декабря 2010 года № 1343. Приказ Министра экономического развития и торговли Республики Казахстан от 1 июля 2010 года № 102 «Об утверждении требований к разработке или корректировке, а также проведению необходимых экспертиз технико-экономического обоснования бюджетного инвестиционного и концессионного проектов»

Казахстан имеет законодательство и опыт по применению одной из контрактных форм ГЧП на основе договора концессии при реализации проектов в транспортном и энергетическом секторе. Для дальнейшего расширения правоприменительной практики реализации общественно значимых проектов по механизму ГЧП, Казахстану необходимо совершенствовать правовую и институциональную основу в данной области. В связи с чем, Программа определяет круг важных задач, требующих решений для развития механизмов ГЧП в отраслях традиционной ответственности государства. В Программе представлены меры, направленные на создание необходимых условий для повышения инвестиционной привлекательности проектов, реализуемых с использованием механизма ГЧП.

Согласно международному классификатору для Казахстана более интересны следующие виды договоров ГЧП в сфере здравоохранения:

1. Договор ГЧП на передачу госсобственности в доверительное управление с реконструкцией передаваемого объекта и без реконструкции, при этом будет идти плата за управление.
2. Договор ГЧП с частной поликлиникой/больницей, т. е. аренда объекта государством у частного лица.
3. Договор ГЧП по строительству и эксплуатации поликлиники/больницы с передачей в госсобственность (ВТО и ВОТ), при этом будет производиться возмещение инвестиционных затрат и без передачи в госсобственность (ВОО), будет производиться плата за управление.

Для этих договоров государством предусмотрена поддержка инвесторов в виде предоставления земли и инфраструктуры, а также выделение дополнительного земельного участка в виде натурального гранта (под различную деятельность).

Результаты. Планируется реализовать проекты с применением механизма ГЧП приоритетно в рамках Программ «Строительство 100 школ, 100 больниц» - 6 проектов, «Строительство 350 объектов здравоохранения» - 17 проектов, по инициативе местных исполнительных органов планируется реализация 10 проектов, в рамках передачи в доверительное управление по схеме ГЧП – 5 проектов.

На сегодняшний день в сфере здравоохранения существует 6 проектов, по которым были одобрены концессионные предложения Министерством экономики и бюджетного планирования путем предоставления экономических заключений, таких как:

1. Многопрофильная клиническая больница на 300 коек при РГКП «КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова» в г.Алматы.

2. Многопрофильная клиническая больница на 300 коек при РГП «КарГМУ» в г.Караганда Карагандинской области.

3. Детская городская больницы на 200 коек в городе Семей, Восточно-Казахстанской области.

4. Многопрофильная городская больница на 300 коек в городе Актау Мангистауской области.

5. Городская поликлиника на 500 посещений в городе Рудном Костанайской области.

6. Районная поликлиника на 250 посещений в смену в г. Щучинске Бурабайского района Акмолинской области.

По пяти проектам из вышеуказанных уже ведется работа по разработке ТЭО (техничко-экономическое обоснование) концессионного проекта, где будет определяться насколько это выгодно частной стороне (инвестору). Какие меры государственной поддержки будут оказаны, проводится точный анализ проекта. После разработки ТЭО концессионного проекта осуществляется работа по проведению конкурса по выбору концессионера. В данном конкурсе могут участвовать как местные так и иностранные компании. По итогам будет выбираться победитель конкурса, с которым заключат договор концессии, после чего концессионный проект будет считаться реализуемым, а до заключения договора концессии это еще планируемый концессионный проект.

Выводы. Для реализации Программы необходимо содействие следующих государственных органов и организаций: Министерства финансов, Министерства юстиции, Министерства индустрии и новых технологий, Министерства транспорта и коммуникаций, Министерства образования и науки, Министерства труда и социальной защиты населения, Министерства здравоохранения, Агентства по делам строительства и жилищно-коммунального хозяйства, Агентства РК по регулированию естественных монополий, Акиматов областей, городов Алматы и Астана, АО «Казахстанский центр государственно-частного партнерства». Реализация программы не требует финансовых затрат из государственного бюджета. Основными источниками финансирования инвестиционных проектов, реализуемых с использованием механизма ГЧП, будут являться средства частных инвесторов. В свою очередь центральным и местным исполнительным органам при реализации инвестиционных проектов с использованием механизма ГЧП при планировании бюджета будут предусмотрены соответствующие бюджетные средства для подготовки технико-экономического обоснования концессионного проекта, экономической экспертизы, услуг консультантов, предоставления финансовых мер государственной поддержки.

Основными целями ГЧП в здравоохранении являются: 1.Доступность медицинской услуги. 2. Усиление профилактических мероприятий, скрининговых исследований, совершенствование диагностики, лечения и реабилитации, основных социально значимых заболеваний и травм. 3. Совершенствование организации, управления и финансирования медицинской помощи в Единой национальной системе здравоохранения. 4.Повышение доступности и качества лекарственных средств, для населения, улучшение оснащения организаций здравоохранения медицинской техникой.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Закон Республики Казахстан «О микрокредитных организациях» от 8 декабря 2006 года № 198.

ТҮЙІН

М.О. Байрамова – 3 курс студенті

Ғылыми жетекшілер: Е.В. Павлова., А.К. Бегембетова.

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтик академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ МЕМЛЕКЕТТІК-ЖЕКЕ СЕРІКТЕСТІК

Әрбір адамның денсаулығы, барлық тұрғындардың денсаулығы құрамы ретінде толыққанды ғана емес, оның потенциалды факторының мүмкіндігі болып табылады. Елдің индустриальды және мәдени дамуы, әлеуметтік экономикалық өлшемі халық денсаулық деңгейінің жағдайын анықтайды.

Республиканың негізгі приоритеті медициналық көмек көрсетудің сапасы және тиімділігі, қолжетімділігі, өз уақытысында қамтамасыз ету, әлеуметтік, бағытталуымен, дамудың бірыңғай жүйесіне, денсаулық сақтаудың тұрақты және қалыпты өсуіне негізделген.

Кілт сөздер: денсаулық. денсаулық сақтау, мемлекеттік-жеке серіктестік.

SUMMARY

Bayramova M.O. - the 3rd year of student

Scientific adviser: Pavlova E.V., Begembetova A.K.
South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy

PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP IN THE FIELD OF HEALTHCARE OF KAZAKHSTAN

Health of every person, as a component of the health the entire population, is becoming a factor in determining not only the usefulness of its existence, but also its potential opportunities. The level of the health of the people, in turn, determines the measure of social-economic, cultural and industrial development of the country. From the standpoint of sustainable and stable growth of welfare health care industry, which is a common development, social-oriented of system designed to ensure the availability, timeliness, quality and continuity of care is one of the main priorities in the country.

Key words: health, healthcare, public-private partnership

\УДК - 614.27:001.8:36

Джамалова Г. - студентка 3 курса КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г.Алматы, РК, dzhamalova-g@mail.ru Научный руководитель - **Сатаева Л. Г.**, к.ф.н., доцент, Казахский Национальный медицинский Университет им. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы, lsataeva@mail.ru

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

АННОТАЦИЯ

В статье проведен анализ заболеваемости туберкулезом в Республике Казахстан.

Ключевые слова: лекарственные средства, заболеваемость туберкулезом, лекарственное обеспечение

В Республике Казахстан оказание противотуберкулезной помощи больным гарантируется государством и осуществляется на основе принципов законности, соблюдения прав человека и гражданина, бесплатности, общедоступности. Противотуберкулезная помощь оказывается гражданам при их добровольном обращении или с их согласия.

Цель исследования. Провести анализ заболеваемости туберкулезом в Казахстане.

Методы исследования. контент-анализ, статистический анализ.

Результаты исследования и их обсуждение.

В РК выявляются в основном распространенные формы туберкулеза органов дыхания, требующие длительных сроков лечения и снижающие его эффективности [1, 2]. Критическая эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в изменившихся социально-экономических условиях реформирования здравоохранения свидетельствует о необходимости переоценки как в целом организационных форм противотуберкулезных мероприятий в РК, так и совершенствования системы лекарственного обеспечения больных туберкулезом. Эпидемия туберкулеза становится слишком опасной, так как ежегодно уносит человеческих жизней больше, чем любое другое инфекционное заболевание. В РК ухудшаются не только количественные показатели эпидемиологического процесса, но и структура форм туберкулеза.

В Казахстане ежегодный рост заболеваемости туберкулезом, ухудшение его структуры сопровождаются появлением лекарственно-устойчивых форм заболевания. Наблюдается стремительный рост больных с мультирезистентной формой туберкулеза. Полная мощность противотуберкулезных медицинских заведений республики составляет 14 тыс. 169 коек.

Как видно из данных приведенных в таблице, и как показало наше исследование, в настоящее время имеется следующая тенденция по заболеваемости туберкулезом в Республике Казахстан. Так наибольшее количество зарегистрированных больных туберкулезом в 2014 году имелось в Атырауской (87,3 человека

на 100 000 населения), Костанайской (105,3 человека на 100 000 населения), Восточно-Казахстанской (109,1 человека на 100 000 населения), г.Астана (137,5 человека на 100 000 населения).

Таблица 1 - Заболеваемость туберкулезом городского и сельского населения Республики Казахстан

Регионы Казахстана	На 100 000 населения	
	2013	2014
Республика Казахстан	81,1	74,0
Акмолинский	101,8	83,8
Актюбинский	63,9	58,3
Алматинский	70,4	67,5
Атырауский	94,8	87,3
Восточно-Казахстанский	128,4	109,1
Жамбылский	72,0	68,9
Западно-Казахстанский	75,2	67,6
Карагандинский	83,7	73,4
Костанайский	108,8	105,3
Кызыл-Ординский	54,5	59,5
Мангыстауский	88,4	77,7
Павлодарский	83,0	76,2
Северо-Казахстанский	89,9	69,9
Южно-Казахстанский	68,5	63,8
Алматы	70,1	69,4
Астана	138,1	137,5

В ходе нашего исследования было установлено, что в 2014 году наименьшая численность больных туберкулезом в РК была по Южно-Казахстанской области (63,8 человека на 100 000 населения), Актюбинской области (58,3 человека на 100 000 населения), Кызыл-Ординской области (59,5 человек на 100 000 населения). По данным экспертов ВОЗ эпидемией туберкулеза считается превышение уровня 50,0 человек на 100 000 населения, таким образом установлено, что в настоящее время в РК имеется эпидемия туберкулез в стране.

Как показал проведенный нами анализ, заболеваемость туберкулезом в различных регионах РК неодинаковая. Регионы, в которых преобладает заболеваемость туберкулезом, расположены в неблагоприятной аридной зоне, с серьезными экологическими проблемами. Все вышеизложенные проблемы оказывают влияние и на процесс лекарственного обеспечения данных больных.

Выводы: Как показал проведенный нами анализ, критическая эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в изменившихся социально-экономических условиях реформирования здравоохранения свидетельствует о необходимости переоценки как в целом организационных форм противотуберкулезных мероприятий в РК, так и совершенствования системы лекарственного обеспечения больных туберкулезом. В проработанной литературе нам не встретилось комплексного системного подхода к организации лекарственного обеспечения больных туберкулезом и других социально значимых заболеваний в РК.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1.Кравченко А.Ф. Проблемные вопросы законодательной базы по предупреждению распространения туберкулеза// Туберкулез и болезни легких – 2015 - №5 – С.95-97
- 2.Кабилов Б.Р. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в современном промышленном городе // Туберкулез и болезни легких – 2015 - №7 – С.62-63

ТҮЙІН

Джамалова Г. – С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, 3 курс студенті, Алматы қ., ҚР. dzhamalova-g@mail.ru
Ғылыми жетекші - Сатаева Л. Г., к.ф.н., доцент, С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қ., ҚР. lsataeva@mail.ru

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА ТУБЕРКУЛЕЗБЕН АУРУШАҢДЫҚТЫҢ АНАЛИЗІ
Мақалада Қазақстан Республикасында туберкулезбен сырқаттанушылық талдайды.

SUMMARY

The students of the 3 rd year of Almaty State Medical University
Amanzhol T.T., Seysenbekova A.K.

Scientific adviser: Amirkhanova D.T.

ANALISIS OF THE TUBERCULOSIS IN KAZAKHSTAN

In the article the analysis of desises is conducted tuberculosis in Republic of Kazakhstan

УДК: 614.27:001.8:36

Джамалова Г. - студентка 3 курса КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, РК, dzhamalova-g@mail.ru Научный руководитель - Сатаева Л. Г., к.ф.н., доцент, Казахский Национальный медицинский Университет им. С.Д.Асфендиярова (г. Алматы), lsataeva@mail.ru

АНАЛИЗ СОВРЕМЕННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, СВЯЗАННОЙ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

АННОТАЦИЯ

В статье проведен анализ современной заболеваемости, связанной с употреблением психоактивных веществ в Республике Казахстан.

Ключевые слова: лекарственные средства, психоактивные вещества.

Согласно ежегодному докладу Международного комитета ООН по контролю над наркотиками (МККН), число потребителей наркотиков в мире в 2014 году составило, по разным оценкам, от 185 до 255 млн. человек. Жертвами наркомании могут стать практически все, но в большей степени это касается людей молодого возраста. В Казахстане государство гарантирует полноту и качество наркологической помощи, оказываемой медицинскими организациями, независимо от форм собственности [1, 2].

Цель – провести анализ заболеваемости наркоманией в Казахстане.

Методы исследования – контент-анализ, статистический анализ.

Результаты исследования и их обсуждение. На сегодняшний день в Казахстане ситуация в отношении распространения и употребления наркотиков становится реальной угрозой особенно для детей и подростков. По данным Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании МЗ РК в 2014 году по сравнению с 2012 годом число лиц с впервые в жизни установленным диагнозом психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ незначительно уменьшилась с 57 241 до 54 793 человек (на 100 тыс. населения - с 301,7 до 297,3).

Таблица 1 - Заболеваемость расстройствами поведения, связанная с употреблением психоактивных веществ

Регионы Казахстана	На 100 000 населения	
	2013	2014
Республика Казахстан	301,3	287,3
Акмолинский	204,7	163,5
Актюбинская	103,7	102,7
Алматинская	57,0	57,8
Атырауская	449,5	487,0
Восточно-Казахстанская	510,4	487,7
Жамбылская	107,6	121,9
Западно-Казахстанская	173,2	127,5
Карагандинская	269,3	236,4
Костанайская	176,4	138,8
Кызыл-ординская	242,7	264,8
Мангыстауская	61,5	52,1
Павлодарская	328,6	210,4
Северо-Казахстанская	306,6	284,3
Южно-Казахстанская	137,1	131,7
Алматы	1261,5	1280,0
Астана	226,4	197,4

Как видно из данных приведенных в таблице 1 и как показало наше исследование, наибольшее количество больных с расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ имеется в Костанайской, Карагандинской и Восточно-Казахстанской области. Наименьшее количество больных наркологическими заболеваниями имеется в Алматинской, Атырауской и Актюбинской областях. Этот показатель выше республиканского в г. Алматы (1280,3), в Восточно-Казахстанской (541,9), Атырауской (410,7) областях. Этот показатель ниже республиканского в Мангыстауском регионе и Алматинском регионе.

Выводы. 1. В современных условиях заболеваемость наркоманией несколько снижается, хотя и недостаточно быстрыми темпами. 2. Самый высокий уровень заболеваемости наркоманией в Казахстане имеется в г. Алматы (1280,0). 3. Самый низкий уровень заболеваемости наркоманией в Казахстане имеется в МАНгыстауской области (52,1).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сатаева Л.Г. Лекарственное обеспечение больных психическими и наркологическими заболеваниями в Казахстане / Сатаева Л.Г., Нурпеисова Л.С. // Тезисы II Международной научной конференции молодых ученых и студентов «Перспективы развития биологии, медицины и фармации» Шымкент, 9-10 декабря 2014 года. – С.175-176.

2. Satayeva L.G. The nowadays possibilities of the state to finance drug supply in Kazakhstan / Satayeva L.G., Bekkozhaeva A.A.// Material X International Pirogov science medical conference - Moscow. – Vestnik RGMU. – 2015.- №2. – С.801

ТҮЙІН

Джамалова Г. – С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, 3 курс студенті, Алматы қ., ҚР. dzhamalova-g@mail.ru Ғылыми жетекші - **Сатаева Л. Г.**, к.ф.н., доцент, С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қ., ҚР. lsataeva@mail.ru

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА ПСИХОАКТИВТІ ЗАТТАРДЫ ҚОЛДАНУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ҚАЗІРГІ ЗАМАНҒЫ АНАЛИЗІ

Мақалада Қазақстан Республикасында зат пайдалануға байланысты ағымдағы сырқаттанушылық талдайды. **Кілт сөздер:** дәрілік заттар, психоактивті заттар.

SUMMARY

The students of the 3 rd year of Almaty State Medical University **Dzhamalova G.**
Scientific adviser: Sataeva L.G.

ANALYSIS OF MODERN MORBIDITY, RELATED TO THE USE OF THE PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

The analysis of the modern morbidity related to the use of psychoactive substances in Republic of Kazakhstan is conducted in the article. **Key words:** medicinal facilities, the psychoactive substances.

УДК 614.2:004

Мағауия Т.Е. - студентка 1-го курса Южно-Казахстанской государственной фармацевтической академии, г. Шымкент, Республика Казахстан. **Елубай М.Ж.** - студентка 1-го курса Южно-Казахстанской государственной фармацевтической академии, г. Шымкент, Республика Казахстан, yelubay_moldir50@mail.ru.

Научный руководитель – **З.С. Халметов**, старший преподаватель ЮКГФА, г.Шымкент, Казахстан, Zakir78@mail.ru

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ВРАЧА ПУТЕМ СОЗДАНИЯ И ПРИМЕНЕНИЯ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОЙ БАЗЫ ДАННЫХ

АННОТАЦИЯ

Внедрение информационных коммуникационных технологий в систему здравоохранения позволяет выводить на новый уровень качество оказания медицинской помощи населению. Технологии электронного здравоохранения позволяют проводить мониторинг населения на расстоянии, качественно распространять

информацию среди пациентов, увеличить доступ к медицинской помощи инвалидов и лиц пожилого возраста.

Ключевые слова: электронное здравоохранение, автоматизация, информационные системы

Целью создания электронного здравоохранения является содействие развитию системы здравоохранения путем совершенствования информационной инфраструктуры системы здравоохранения (электронного) и медицинской статистики, проведения исследований, реализации информационных и образовательных программ.

На национальном уровне создаются и поддерживаются инструменты, позволяющие информационным системам различных организаций обмениваться данными, тем самым обеспечивается взаимодействие медработников при оказании помощи пациентам. Одним из условий, необходимых для децентрализации, является формирование открытого рынка в пространстве электронного здравоохранения, в условиях которого частные компании-поставщики могут предлагать медицинским организациям свои медицинские информационные системы, конкурируя друг с другом по цене и качеству решений.

Методы и материалы: Для сбора и организации информации существуют базы данных, созданные с помощью системы управления базами данных (СУБД). Одной из таких программных обеспечений является программа Office Microsoft Access.

Microsoft Access обладает мощными, удобными и гибкими средствами визуального проектирования объектов и это дает возможность пользователю быстро создавать полноценную базу данных.

Результаты: С помощью программного обеспечения Microsoft Access была создана база данных «Врач-пациент». Областью применения базы данных является поликлиника, которая предназначена для контроля и диагностики состояния здоровья граждан. Т.е. поликлиника работает с большим объемом информации, как о сотрудниках, так и о пациентах.



Рисунок 1 - Централизация информационных систем в здравоохранении

В результате в базе данных «Врач-пациент» используются следующие входные данные: информация о пациентах (ФИО, дата рождения, домашний адрес); информация о врачах (ФИО, № участка); информация о посещениях пациента к врачу (ФИО пациента, дата рождения, дата посещения, список диагнозов).

Выходной информацией являются диалоговые окна для работы с базой данных, а также результаты их работы запросов. Т.е. с помощью запросов можно просмотреть данные о пациентах и их диагнозах, определить количество посещений к какому-либо врачу в виде диаграммы и т.д.

Выводы: Данная программа на сегодняшний день является очень актуальной, она автоматизирует работу с базой данных и предоставляет понятный интерфейс. А также позволят перевести всю документацию и отчетность в безбумажный режим ведения и будут содействовать принятию правильных управленческих решений.

Посещение к врачу				
Код посещения	ФИО пациента	Дата рождения	Дата посещения	Диагноз
1	Абдулла Т.Р.	03.11.2002	04.11.2015	грипп
2	Акбар А.О.	08.07.1978	05.11.2015	амебиаз
3	Алимбек Т.Ш.	10.03.1987	14.10.2015	грипп
4	Ибрагимова Ш.А.	05.11.2003	15.10.2015	вирусный гепатит А
5	Ниязалиева Ш.Р.	09.09.2000	10.10.2015	близорукость
6	Нурсейт А.О.	18.12.1977	11.09.2015	веснушки
7	Садуллаева С.В.	05.03.1988	26.10.2015	герпес
8	Абдуразакова Н.Г.	22.11.1984	27.10.2015	ангина
9	Әден Г.У.	04.02.1978	16.10.2015	анемия
10	Зияева Э.Ш.	06.03.1955	24.10.2015	ангина
11	Калилаева Х.Д.	16.07.1988	08.10.2015	близорукость
12	Ниязбек У.Л.	14.11.2000	02.11.2015	ветряная оспа
13	Абдужалилова Г.П.	17.09.1997	19.09.2015	вирусный гепатит А
14	Адхамова Г.Н.	14.09.1994	11.09.2015	бронхиальная астма
15	Ирисметова Р.О.	08.07.1965	04.11.2015	вывихи кистей

Рисунок 2 - Список пациентов обратившихся к врачу в базе «Врач-пациент»

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вопросы преподавания телемедицины и электронного здравоохранения: учебно-методическое пособие / под общ. ред. проф. И.А. Камаева. - Н. Новгород: Издательство Нижегородской государственной медицинской академии, 2014. – С.72-77.

2. Гончаров А. Ю. ACCESS 2010. Самоучитель с примерами - М.: КУДИЦ-ОБРАЗ, 2014. – С.102-108.

3. Гурвиц Г. А. "Microsoft Access 2010. Разработка приложений на реальном примере" БХВ-Петербург, 2010 год, – С.45-50.

ТҮЙІН

Магауия Т.Е. – Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясының 1 курс студенті, Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы. **Елубай М.Ж.** – Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясының 1 курс студенті, Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы. Yelubay_moldir50@mail.ru Ғылыми жетекші – **З.С.Халметов** – аға оқытушы, Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы.

ОРТАЛЫҚТАНДЫРЫЛҒАН ДЕРЕКТЕР БАЗАСЫН ҚҰРУ ЖӘНЕ ҚОЛДАНУ АРҚЫЛЫ ДӘРІГЕР ЖҰМЫСЫНЫҢ ТИІМДІЛІГІН АРТТЫРУ

Ақпараттық коммуникациялық технологияларды денсаулық сақтау жүйесіне енгізілуі халыққа көрсетілетін медициналық көмекті жаңа деңгейге алып шығады. Электрондық денсаулық сақтаудың технологиялары халықтық мониторингті қашықтықта өткізуге, науқастарға сапалы ақпаратты таратуға, мүгедектер мен қарт адамдардың медициналық көмекке қол жетімділігін жақсартуға мүмкіндік берді.

Кілт сөздер: электрондық денсаулық сақтау, автоматтандыру, ақпараттық технологиялар (може жүйелер).

RESUME

Magauiya T.E. - student of 1st course of South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy. Shymkent, Kazakhstan.

Elubay M.Zh.- student of 1st course of South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy. Shymkent, Kazakhstan. Yelubay_moldir50@mail.ru

Supervisor – **Z.S. Khalmet**, senior lecturer SKSPA, Shymkent, Kazakhstan, Zakir78@mail.ru

IMPROVING PERFORMANCE BY DOCTOR CREATION AND APPLICATION OF CENTRALIZED DATABASE

The introduction of information and communication technologies in the health system can display a new level of quality of health care of the population. The technologies of E- Health allow monitoring of the population at a distance, efficiently disseminate information to patients, improve access to health care of persons with disabilities and the elderly.

Key words: e-health, automation, information systems

УДК 613.3.004.9

Научный руководитель – **Е.А. Горева**, к.м.н., асс. Кафедры Факультетской педиатрии Южно-Уральского государственного медицинского университета, г. Челябинск, Российская Федерация, drpetrenko@yandex.ru **Туленкова К.С.** – студентка 5-го курса Южно-Уральского государственного медицинского университета, г. Челябинск, Российская Федерация, leokardanem777@yandex.ru

СТЕРЕОТИПЫ ПИТАНИЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

АННОТАЦИЯ

Среди составляющих здорового образа жизни первой из важнейших является здоровое питание, поскольку оно обеспечивает оптимальную работоспособность, стойкость к воздействию неблагоприятных факторов и нормальное течение процессов роста и развития. Изучение показателей питания студентов показали полное отсутствие культуры питания. У большинства опрошенных отсутствует кратность питания, в большинстве случаев питание носит углеводный характер с преобладанием приема «фаст-фуда», сладких газированных напитков, булочек что ведет к развитию ожирения, дефицита витаминов, минеральных веществ, пищевых волокон, различных заболеваний желудочно-кишечного тракта. В связи с этим представляется актуальной оценка питания современной молодежи и рациональные пути решения этой проблемы.

Ключевые слова: здоровый образ жизни, питание, студенты..

Изучение фактического питания позволяет оценить его как фактор сбережения здоровья молодого поколения, установить наличие факторов риска заболеваний, связанных с недостатками рациона студенческой молодежи.

Материалы и методы. Проведено анонимное анкетирование 372 студентов вузов г. Челябинск очного отделения в возрасте 18-24 лет.

Результаты и обсуждение. Среди респондентов юношей – 105 чел. (28%), девушек – 267 чел. (72%). Анализ кратности приемов пищи студентов показал, что лишь 18% респондентов питаются 4 раза в день, 45% – принимают пищу 3 раза в день. Практически треть опрошенных (27%) не имеют системы режима питания и едят «как придется». Молоко и молочные продукты, овощи и фрукты ежедневно в рационе большинства студентов (43,8%), но объем их значительно ниже ежедневной нормы. Рыба в рационе питания 60% респондентов отмечалась 1 раз в неделю, не более 200 гр.

Мучные продукты и сладости ежедневно преобладали в рационе более двух третей респондентов (72,5%). Из напитков более половины опрошенных (52%) отдают предпочтение сладким газированным напиткам. 53% респондентов регулярно употребляют продукты «фаст-фуда». 25% опрошенных оценили свою массу как неудовлетворительную. Функциональные продукты питания употребляют ежедневно 10,7% студентов. Своё не рациональное питание 61,7% студентов объясняют недостатком времени, средств и неорганизованным режимом дня; 19,7% человек – не считают нужным им заниматься, а 1,6% опрошенных – уверены, что здоровое питание не может быть вкусным.

Выводы. 1) режим питания студентов не соответствует гигиеническим принципам рационального питания, с недостаточным количеством животного белка, дефицитом витаминов и микроэлементов; 2) активное внедрение в рацион студентов разнообразных профилактических продуктов питания позволит существенно снизить показатели заболеваемости острой и хронической патологией различных органов в период обучения. 3) практическая ценность работы заключается в возможности разработки программы профилактических мероприятий направленных на оптимизацию рациона питания студентов;

ТҮЙІН

Туленкова К.С. – Оңтүстік Урал мемлекеттік университетінің 5 курс студенті, Челябинск қ., Ресей Федерациясы, leokardanem777@yandex.ru

Ғылыми жетекші – **Е.А. Горева**, м.ғ.к., асс., Оңтүстік Урал мемлекеттік университетінің педиатрия факультеті, Челябинск қ., Ресей Федерациясы, drpetrenko@yandex.ru

СТУДЕНТТЕРДІҢ ТАМАҚТАНУ СТЕРЕОТИПТЕРІ

Салауатты өмір салтын құрайтын негізгі бөлім – дұрыс тамақтану, себебі, ол адамның жұмысқа қабілеттілігін арттырады, зиянды факторларға төзімділігін арттырады, өсу және даму үрдістерін қалыптастырады. Студенттердің тамақтану көрсеткішін зерттеу барысында, олар тамақтану мәдениетін

сақтамайтыны анықталды. Сұрастырған көпшілік студенттердің арасында тамақтану пропорциясы сақталмайды, тамақтың құрамында көмірсуға бай тағамдар, фаст-фуд, газдалған тәтті сусындар, бәліштермен тамақтанады. Ал, ол семіздікке, дәрумендер мен минералды заттар, тағамдық талшықтардың жетіспеушілігіне, ас қорыту жүйесінің әр түрлі ауруларына алып келіп соқтырады. Осыған байланысты, студенттердің тамақтануы қазіргі таңда өзекті мәселе болып табылады және осы мәселенің рационалды шешу жолдары қарастырылады.

Кілт сөздер: саламатты өмір салты, тағам, студенттер.

SUMMARY

South Ural State Medical University the 5th year of student **Tulenkova K.S.**, Chelyabinsk, Russian Federation, leokardanem777@yandex.ru

Scientific adviser: Goreva E.A., PhD, ass.- South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russian Federation, drpetrenko@yandex.ru

STEREOTYPES OF STUDENT'S FOOD

One of the most important components of health lifestyle is healthy food as it provides optimal working capacity, resistance to influence of adverse factors and the normal course of growth processes. The research of indicators of student's food showed total absence of food culture. Most of respondents has no frequency rate of food, in most cases food has carbohydrate character about prevalence of reception of "fast food", sweet carbonated drinks, rolls that may cause development of obesity, deficiency of vitamins, mineral substances, food fibers, various diseases of a digestive tract. In this regard the assessment of food of modern youth and rational solutions of this problem is represented actual.

Key words: Healthy lifestyle, food, students.

ӘӨЖ 616.379-008.64

Шораева А.С, Қабидолдина Г.Е., Серікбаева С.Қ. - 7 курс студенттері
Қарағанды мемлекеттік медицина университеті, Қазақстан Республикасы, Қарағанды қаласы.
Ғылыми жетекшісі: Амирханова Д.Т.

АУЫЛ ЖӘНЕ ҚАЛА ТҮРҒЫНДАРЫ АРАСЫНДАҒЫ ҚАНТ ДИАБЕТІНІҢ ҚАУІП ТОПТАРЫН САРАЛАУ

АННОТАЦИЯ

Қарағанды облысының тұрғындар арасында қант диабетінің даму қауіп топтарын бағалау үшін FINDRISC сауалнамасы бойынша біртекті көлденең скринингтік зерттеу жүргізілді. Қарағанды облысының ауылдық және қалалық тұрғындары арасында FINDRISC градациясы бойынша қант диабеті дамуының төменгі қауіпі басым екені анықталды.

Кілт сөздер: қант диабеті, қауіп топтары, ауыл, қала, салыстыру.

Зерттеудің өзектілігі: Қант диабеті инсулиннің түзілуінің жеткіліксіздігі немесе инсулинге қатысты тіндердің сезімталдығының төмендеуінен гипергликемиямен көрінетін метаболиттік аурулар тобына жатады. Халық арасындағы мүгедектік пен өлім жағдайына алып келетін үштік аурудың бірі болып саналады. Сондықтан, осы жағдайды ескере отырып Қарағанды облысының Балқаш қаласы мен Жаңаарқа ауылдық аймағындағы тұрғындар арасында қант диабетінің даму қауіпін анықтау мақсатында скринингтік зерттеу бағдарламасы жүргізу.

Материалдар мен зерттеу әдістері: Зерттеуге 2022 адам Қарағанды облысының қатыстырылды, қалалық 1098 респондент (Балқаш қ.) және ауылдық 924 респондент (Жаңаарқа ауданы) тұрғындары арасында скрининг түрінде біртекті көлденең (кросс-секционды) зерттеу жүргізілді.

Зерттеуге респонденттерді қосудың келесі критерийлерді қалыптастырылды: 1) респонденттер жасы 18-65 жас қоса; 2) зерттеліп жатқан мемлекет аймағында отбасылардың соңғы бір жылдан кем емес уақыт бойы тұруы; 3) зерттеу уақытында респондентте жедел аурудың және созылмалы аурудың өршуі болмуы; 4)

респонденттің қазақнемесе орыс тілін еркін меңгеру және зерттеуге қатысуға ақпаратты келісімінің болуы. Қатыстырылмау критерийлері: жүктілер, психикалық, ауыр неврологиялық аурулары бар адамдар.

Ерсектерде он жылдық кезең бойы қант диабетінің даму қауіпін бағалау үшін FINDRISC (FINnishDiabetesRiskScore) пайдаланылды. Санау және ақпаратты ұсынудың ыңғайлығы үшін FINDRISC сауалнамасында алынған балдардың қорытындысын 5 градацияға бөлінді: 0 – қауіп жоқ, 1 – төмен (<7 балл), 2 – аздап төмен (7-11 балл), 3 – орташа (12-14 балл), 4 – жоғары (15-20 балл), 5 – өте жоғары (21 балл >).

Негізгі нәтижелер: Қарағанды облысының респонденттеріне сауалнама жүргізудің нәтижесі бойынша қант диабетінің даму қауіпі 156 адамда (0,7%) анықталмады және 1866 адамда (92,3%) анықталды: қауіпі төмен - 762 адам (40,8%), аздап төмен – 727 адам (39%), орташа – 206 адам (11%), жоғары – 156 адам (8,4%), өте жоғары – 15 адам (0,8%). Алынған мәліметтер ҚД әлемде таралу қарқындылығы бойынша болжамда ұқсас беталыстың болуына және алдын алу шараларының мақсатқа сайлығын меңзейді.

Жаңаарқа ауданында қант диабеті қауіпі 55 адамда (6%) анықталмады және 869 адамда (94%) анықталды, оның ішінде градация бойынша нақтылағанда: қауіпі төмен - 369 адам (42,5%), аздап төмен – 343 адам (39,5%), орташа – 85 адам (9,7%), жоғары – 67 адам (7,7%), өте жоғары – 5 адам (0,6%). Нәтижесінде, ауыл тұрғындары арасында қант диабеті дамуының төмен қауіпі басым.

Балқаш қаласында қант диабетінің даму қауіпі 101 адамда (0,2%) анықталмады және 997 адамда (90,8%) анықталды, қауіпі төмен – 393 адам (39,4%), аздап төмен – 384 адам (38,5%), орташа – 121 адам (12,1%), жоғары – 89 адам (9%), өте жоғары – 10 адам (1%).

Нәтижесінде, қалалық тұрғындар арасында қант диабеті дамуының төмен қауіпі басым.

Қорытынды. 1. Қарағанды облысының Жаңаарқа ауданы мен Балқаш қаласының тұрғындары арасында қант диабеті дамуының төменгі қауіпі 42,5% және 39,4%-ға сәйкес басым екені анықталды. 2. Ауыл тұрғындары арасында қалалық тұрғындармен салыстырғанда қант диабетінің дамуының төмен қауіпі 3,1% жоғары болды.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Ханова А. Ф., Тачкова О. А., Костин В. И. Распространенность факторов риска сахарного диабета у лиц с доклиническими нарушениями углеводного обмена// «Современные наукоемкие технологии».- 2005.- Выпуск № 1.

2. Шортанбаева Б.А. Сахарный диабет и факторы риска // Медицина-2010.- №7.- с. 114-115.

3. Древаль А.В. Риск развития сахарного диабета 2 типа и острых сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с ранним нарушением углеводного обмена// Клиническая медицина .- 2012. №11.

4. П.А. Фадеев. Сахарный диабет // М.: ООО «Издательство Ониск», 2009.-208 с.

РЕЗЮМЕ

Шораева А.С., Кабидолдина Г.Е., Серикбаева С.К.- студенты 7-го курса

Научный руководитель: Амирханова Д.Т.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

АНАЛИЗ РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА СРЕДИ ГОРОДСКОГО И СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Для оценки групп риска развития сахарного диабета у населения Карагандинской области было проведено исследование в виде поперечного одномоментного скрининга по опроснику FINDRISC. Установлено, что среди городского и сельского населения Карагандинской области по градациям FINDRISC преобладает низкий риск развития сахарного диабета.

Ключевые слова: сахарный диабет, группы риска, город, село, сравнение.

SUMMARY

Karaganda State Medical University, a student of the 7th course -**Shoraeva A.S., Kabidoldina G.E.,**

Serikbaeva S.K

Scientific adviser: Amirkhanova D.T.

ANALYSIS OF THE RISK OF DIABETES AMONG URBAN AND RURAL POPULATION

To assess the risk of developing diabetes in the population of Karaganda region study was conducted in the form of simultaneous cross skrinig apo FINDRISC questionnaire. It was found that among the urban and rural population of the Karaganda region of gradations FINDRISC prevails low risk of developing diabetes.

Key words: diabetes , risk groups, town, village , comparison

УДК [61:57]:061.3

В.И. Гладчук – аспирант кафедры акушерства и гинекологии №1 Одесского национального медицинского университета, г.Одесса, Украина
Научный руководитель – **В.Г. Маричереда** - д.м.н., профессор, Одесский национальный медицинский университет, г.Одесса, Украина, valmar@i.ua

ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ ВАЗОАКТИВНЫХ ФАКТОРОВ И МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ В ДЕЦИДУАЛЬНОЙ ОБОЛОЧКЕ У ЖЕНЩИН С ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПЕРЕГОРОДКОЙ

АННОТАЦИЯ

Невынашивание у женщин с перегородкой матки представляет собой проблему, которая может быть связана как с наличием самой перегородки, так и с системными метаболическими, гормональными особенностями организма женщины. Поэтому представляет интерес исследование показателей функционального состояния эндометрия женщин с подобным типом нарушений, а также состояния различных участков децидуальной оболочки, получаемой у женщин в момент самопроизвольного аборта.

Ключевые слова: внутриматочная перегородка, невынашивание беременности, ангиогенные факторы, металлопротеиназы.

Целью настоящей работы было исследование экспрессии эндотелиальный фактор роста (VEGF), представляющий собой индуктор ангиогенеза, и его рецептора Flt-1 (VEGFR-1), а также экспрессию матричных металлопротеиназ (MT-MMP -2 и MT-MMP -5) в ткани децидуальной оболочки женщин с внутриматочной перегородкой и привычным невынашиванием. При этом исследования проводились в образцах децидуального секретирующего эндометрия (ДСЭ), париетальной децидуальной оболочке (ПД), а также в базальной децидуальной оболочке (БД).

Материалы и методы. В работе наблюдали 15 женщин с внутриматочной перегородкой и 12 – практически здоровых. Образцы децидуальной оболочки получали с помощью вакуум-аспирации при проведении абортов (в группе контроля) и при произвольном прерывании беременности в основной группе. Прерывание беременности при спонтанном аборте верифицировали с помощью УЗ-исследования. Аспирированные ткани анализировали на предмет отсутствия патологических изменений и при наличии последних, не включали в исследование.

Образцы децидуальной оболочки, получаемые из вакуумного аспирата, фиксировали в формалине и затем парафинизировали. В последующем проводили окрашивание с помощью гематоксилин-флоксин-сафрана. Гематоксилин (50 г калий-алюминиевого сульфата, 1 г гематоксилина, 500 мг лимонной кислоты, 25 г хлоралгидрата, 200 мг NaJO₃ в 1000 мл дистиллированной воды) окрашивал ядра клеток и в фиолетово-пурпурный цвет; флоксин (0,25 г флоксина в 100 мл дистиллированной воды) окрашивал цитоплазму клеток в розовый цвет; сафранин (3 г сафранина в 1000 мл 100% алкоголя) применяли для окрашивания коллагеновых волокон в оранжево-желтый цвет. Подобное окрашивание позволяло дифференцировать децидуальную оболочку и секреторную ее части – ДСЭ, которая при микроскопии напоминала секреторный эндометрий. БД и ПД различали на основании наличия или отсутствия неворсинчатого трофобласта при использовании анти - цитокератинового окрашивания. В наблюдении анализировали результаты, полученные у женщин с точной верификацией всех компонентов децидуальной оболочки.

Перед проведением иммуногистохимических исследований срезы депарафинизировали, эндогенную пероксидазу инактивировали с помощью 3% раствора перекиси водорода и метанола, а неспецифическое связывание подавляли путем инкубации срезов с 5% бычьим сывороточным альбумином (BSA). Обработку трипсином применяли для определения MT2- и MT5-MMP. В исследовании применяли первичные анти MT1-MMP поликлональные кроличьи антитела. Вторичные антитела были представлены: биотинилированные лошадиные анти-мышинные антитела (разведение 1:300, BA-2000, Vector, США), биотинилированные ослиные анти-кроличьи антитела (1:300, RPN1004, Amersham Biosciences) и биотинилированные кроличьи анти-козьи антитела (1:300, E-0466, DakoCytomation, США). Образцы инкубировали с первичными антителами при 48° С в течение ночи, после чего в течение часа инкубировали со вторичными биотинилированными антителами. Связывание антител верифицировали с помощью стрептавидина в комплексе с биотинилированной пероксидазой (K0377, DakoCytomation, Glostrup, Дания) и NovaRED ТМ субстрата (SK-4800, Vector, США) в соответствии с протоколом производителя.

Срезы окрашивали гематоксилином Майера. Иммуногистохимическое окрашивание оценивали путем определения индекса окрашивания (ИО): пропорцию окрашенных клеток умножали на интенсивность окрашивания. При этом пропорцию окрашенных клеток представляли в виде дискретных величин - 0, 1, 2 или 3, что соответствовало окрашиванию (присутствию антигена в клетках) соответственно в 0; 10; 10-50 и

у 50% клеток по отношению к общему их числу, принятому за 100%. ИО выражали по трехбалльной шкале, приняв за 1 балл- слабое, 2-средней степени выраженности и 3- интенсивное окрашивание. Таким образом, минимальная величина рассчитываемого показателя составлял «0», а максимальная – «9». Для оценки принимали среднее значение ИО, определяемое по результатам соответствующих измерений двумя независимыми экспертами и обрабатывали статистически с применением общепринятых в медико-биологических исследованиях критериев оценки различий.

Результаты исследования. Сравнение общей экспрессии (общий ИО) исследованных антигенов в ПД, ДСЭ и БД группы контроля показало большую общую экспрессию Flt-1 и MT2-MMP в БД- в 1,5 и в 1,8 раза соответственно ($P<0.05$). Экспрессия антигенов была наиболее высокой в секреторных эпителиальных клетках, и снижалась в ряду – периваскулярные гладкомышечные клетки и стромальные клетки. В эндотелии были экспрессированы все ангиогенные факторы, за исключением MT5-MMP. Эндотелиальная экспрессия Flt-1 была различной в исследованных трех участках децидуальной оболочки и MT2-MMP был менее экспрессирован в БД по сравнению с ПД и ДСЭ. Все ангиогенные факторы, за исключением слабо экспрессированного MT5-MMP, также обнаруживались в ворсинках трофобласта; VEGF и Flt-1 имели при этом средний уровень экспрессии.

У пациенток с невынашиванием установлено повышение общего ИО MT5-MMP – в 1,7 раза ($P<0.05$), увеличение общей экспрессии Flt-1 – в 2,1 раза ($P<0.05$). Кроме того, отмечалась редукция общей экспрессии MT5-MMP в 1,5 раза ($P<0.05$). Кроме того, ангиогенные факторы в БД имели различную экспрессию; общий ИО Flt-1 возрастал в БД женщин с невынашиванием в 1,8 раза ($P<0.05$), что особенно проявлялось в периваскулярных гладкомышечных и стромальных клетках. Кроме того, в БД у женщин с привычным абортom была увеличена общая экспрессия MT2- и MT5-MMP – в 1,6 и в 2,0 раза ($P<0.05$). Эндотелиальная экспрессия Flt-1, MT2- и MT5-MMP также были увеличены в сравнении с показателями в контроле – в 1,5-1,7 раз ($P<0.05$).

Выводы. Полученные результаты показали, что у женщин с внутриматочной перегородкой, у которых наблюдается привычное невынашивание, отмечаются изменения экспрессии факторов ангиогенеза и протеиназной активности в различных участках децидуальной оболочки: увеличение экспрессии антигенов Flt1, MT2- и MT5-MMP в участках париетальной и базальной децидуальной оболочки. Подобные различия могут обуславливать различия метаболизма и лежать в основе развития бесплодия и невынашивания.

ТҮЙІН

В.И.Гладчук- Украина, Одесса қ. №1 Одесса ұлттық медициналық университетінің акушерия және гинекология кафедрасының аспиранты

Ғылыми жетекші –В.Г. Маричереда – м.ғ.д., профессор, Одесса ұлттық медициналық университеті Одесса қ., Украина, valmar@i.ua

ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ ЭКСПРЕССИЯСЫН ВАЗОАКТИВНЫХ ФАКТОРЛАР МЕН МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ " ДЕЦИДУАЛЬНОЙ ҚАБЫҒЫНДА ӘЙЕЛДЕРДЕ ЖАТЫРІШЛІК ҚАЛҚАМЕН

Аяғына дейін көтермеу аралық жатыры бар әйелдердің мәселесі үлкен қауіп туғызады, оның себебі аралықтың бар болуы, сондай-ақ әйел ағзасының жүйелік метаболиттік, гормондық ерекшеліктеріне байланысты. Сондықтан әйел эндометриінің функционалды жағдайының көрсеткіштерін зерттеу қызығушылық тудырады, сондай-ақ децидуальды қабығын әр түрлі күйдегі учаскелерінен алатын әйелдердің өздігінен түсік жасатуы.

Кілт сөздер: жатырдың аралығы, жүктілікті аяғына дейін көтермеу, ангиогенді факторлар, металлопротеиназалар.

RESUME

V.I.Gladchuk – postgraduate student at obstetrics and gynecology department №1 at Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

Scientific director - **V.G. Marichereda**, MD, PhD, professor at obstetrics and gynecology department №1 at Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine, valmar@i.ua

PECULIARITIES OF THE VASOACTIVE FACTORS AND METALLOPROTEINASES EXPRESSION IN DECIDUA OF WOMEN WITH INTRAUTERINE SEPTUM

Infertility and miscarriage in women who have intrauterine septum represent by itself the problem, which might be connected both with the presence of the septum per se and with systemic metabolic and hormonal disturbances.

Key words: intrauterine septum, miscarriage, infertility, angiogenic factors, metalloproteinase

ӘӨЖ 371.7

Н. Серікбай- Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясының 1-ші курс студенті, Шымкент қ, Қазақстан Республикасы, nazum@mail.ru **Ғылыми жетекші- Байділдаева А.С.**, аға оқытушы, Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ, Қазақстан Республикасы, 68.akmaral@mail.ru

ЖЕКЕ ТҰЛҒАНЫҢ ҚАЛЫПТАСУЫНА ҒАЛАМТОРДЫҢ ӘСЕРІ

АННОТАЦИЯ

Ақпараттық технологиялар қазіргі заманда қарқынды және жылдам дамып, қоғам жаңа ақпараттық кезеңге қадам басқалы өмірімізді компьютерсіз, ғаламторсыз елестету мүмкін емес, тіпті, қандай салада да онсыз ешнәрсені, ешқандай жұмысты жүзеге асыру мүмкін еместей көрінеді.

Кілт сөздер: ғаламтор, тәуелділік, жеке тұлға, ақпарат.

Тақырыптың өзектілігі: Ғаламтор басқа ақпарат құралдарының қатарына кіріп, байланысқа кірудің жаңа бір түрін әкелді. Ғаламтор адамды мағлұматтардың қайнар көзімен тікелей қарым-қатынасқа түсіре алады.

Статистикалық мәліметтерге сүйенсек, қазірде ғаламтор қызметін пайдаланушылардың саны дүниежүзі бойынша 3500 миллионнан асады екен. Зерттеушілердің пайымдауынша компьютерді өз өмірінің бір бөлшегі деп санайтындардың жастары 13 пен 40 жас аралығындағы адамдарды құрайды екен. Компьютер мен ғаламтордың жеке тұлға үшін пайдалы жақтары өте үлкен. Себебі, ғаламтор жүйесі барлық сала бойынша бүкіл ақпаратты өз қорында сақтап, кез келген уақытта қандай да болмасын ақпаратты тез арада алуына мүмкіндік жасайды. Электрондық пошта әлемнің бір түкпірі мен екінші түкпірін байланыстыруға жол ашады. Сонымен бірге, компьютер үлкен көлемді фотосуреттер мен бейнероликтерді де басқа жерге жолдаумен қатар оны жинақтап, сақтап қоя алатындығымен тиімді. Бұл әрине, компьютердің және ғаламтор желісінің біздің өмірімізге әкелген жеңілділігі мен жақсылығы.

Ғаламтор әсіресе жеткіншектер үшін реферат, музыка мен фильмдер, суреттер, ойындар көшіріп алу, бір-бірімен хат жазысу үшін қажет. Олар өздерін мазалаған сұраққа да ғаламтордан жауап іздейді. Алайда ғаламтордың қаупі де аз емес. Себебі, бүкіләлемдік желіде экстремистік және террористік сипаты бар, қырықтан астам сайт жұмыс істеп тұр. Ал оның жеткіншектердің ой-санасы мен дүниетанымын теріс жолға бағыттап, оларды қылмысқа азғыратыны мәлім. Жеткіншектердің бос уақытын зерттеген статистикаға жүгінсек: «Быттыр жасөспірім, жеткіншектердің 4 пайызы жыныстық қатынасты көрсететін әлемдік желілерді көрген, 14,5 пайызы беймәлім адамдармен кездесуге келіскен, 19 пайызы парносайттарға енген, 38 пайызы зорлық-зомбылық туралы ақпараттарды тамашалаған, 16 пайызы нәсілшілдік мазмұндағы сайттарға кірген». Мінеки, қазіргі таңда көптеген жеткіншектердің суицидке баруының бір сыры осында жатқан тәрізді.

Жеткіншектер үшін ғаламтордың тағы бір зиян жағы: мұнда әр түрлі құмар ойындары, зиянды бағдарламалар көп. Алаяқтар мен хакерлер жастарды ғаламторға тәуелді етіп, бұлыңғыр қарым-қатынас, жыныстық байланыс жасауға шақырып, виртуальды әлемге қызықтырып, ақыл-ойы әлі қалыптаспаған жастарымызды еліктіріп, есінен айырады. Көптеген психологтардың зерттеуіне қарағанда, компьютерлік ойын үстінде адамның ойлау қабілеті, эмоциясы төмендеп, тек көру қабілеті мен рефлекстері жұмыс істейтіні анықталған. Қияли әлемге жіпсіз байланғандардың көпшілігі күнделікті өмірде көптеген қателіктерге бой алдырады екен. Себебі, компьютердегі бейнелер шынайы өмірге мүлдем ұқсамайды. Шын мәнінде, жасөспірім жеткіншектердің виртуалды әлемнің арқасында айналадағы шынайы тіршілікке деген қызығушылықтары төмендейді. Ол тамақ ішу уақытын ұмытып, ұйқы тәртібін бұзып, барлық есіл дерті компьютердегі ойында болады. Соның салдарынан көптеген балалардың саусақтары пернетақта басып отырғандай қалтырап, бас ауруы жиілеп, көздері ашып, ұйқы барысында көретін түстерінің мазмұны өзгеріп, бір сөзбен айтқанда бала психологиясы түрлі ауруларға шалдығады.

Психологтардың зерттеулеріне жүгініп айтар болсақ, соңғы кезде ғаламтор желісіндегі сан қилы зорлық-зомбылыққа толы ойындар мен бейнефильмдер жасөспірімдердің психологиялық адасушылығына жол ашып, түрлі суицидке итермелеген. Мысалы, 2013 жылы 214 жасөспірім өзіне-өзі қол жұмсаса, 2014 жылы олардың саны 217-ге жеткен және 700-ден астам жеткіншектер түрлі бұзақылық қылмыстарға барған.

Халықаралық денсаулық сақтау ұйымының дәлелдеуінше, бүкіләлемдік ғаламтор желісі жеткіншектерге физикалық, психологиялық жағынан айрықша зиянды. Ең алдымен, баланың көру қабілеті төмендейді, себебі, бұлшық еттері қатаймаған жасөспірімнің көздері шаршайды. Көздің барлық көру қабілеті белгілерін біріктіріп, мамандар оны компьютерлік көру қабілетінің синдромы деп атайды. Дәрігерлердің айтуынша, компьютерлік көру қабілетінің синдромдары уақытша рефракцияның

нашарлауына немесе күшеюіне, аккомодация көлемінің кішіреюіне, қарама-қарсылық сезімталды-ғының, сезіну қабілетінің әлсіреуіне әкеліп соқтырады. Сондай-ақ, компьютер алдында көп отыру жасөспірім балдардың омыртқа сүйегін зақымдайды. Қозғалыссыз отыру, қолмен ғана бірыңғай жұмыс істеу, содан ағзаға салмақ түсуі баланың жүйке қызметін бұзып, мойнына тұз бен суықтың жиналуына, яғни остеохондроз ауруына және жамбас сүйектің үнемі қозғалыссыз қалуы простатит пен тоқ ішектегі тамырдың кеңеюі- геморрой ауруына ұшыратады.

Компьютерде ұзақ уақыт отыратындар мания дейтін психикалық ауруға ұшырайды екен. Ол сана мен сезімнің бір идеяға беріліп кетуінен пайда болады.

Британдық биологтар арнайы зерттеу жүргізе келіп: «Әлеуметтік желілерде үнемі отыру ми қызметіне де кері әсер етеді, гормональдық тепе-теңдікті бұзады, иммунитетті нашарлатады, мұның бәрі адамның жүйкесі мен ой-санасына белгілі бір мөлшерде ауыртпалық түсіреді»- деп қорытынды жасаған. Жүйкеге салмақ түсуі дегеніміз - ойлау қабілетінің төмендеуі, көңіл бөлу мен есте сақтаудың кемуі, бас ауруы мен ұйқысыздық, көңіл күйдің құлазуы.

Қазір мамандар компьютердің мониторуна қарағанда пернетақтың одан да қауіптірек екенін айтады. Себебі, пернетақтадағы төмен диапазоннан тарайтын электромагниттік сәулелер саусақ арқылы ағзаға әсер ететін көрінеді. Нәтижесінде, компьютермен көп жұмыс істеген адам жүйке ауруы мен саусақ қалтырауы ауруына шалдығады.

Сонымен, қортыта келгенде осындай келеңсіз жайттар орын алмауы үшін, жас жеткіншектерімізді ғаламтордың зиянынан сақтандыру үшін кез келген ата-ана баласына оны пайдаланудың шарттарын айтып түсіндіруге, ондағы ақпараттардың үнемі шындыққа жанаспайтынын, оған сын көзімен қарау қажеттігін, ол ақпараттарды кітаптағы, энциклопедиядағы және т.б. дерек көздерімен салыстырып, қабылдау керектігін ескертуге тиіс. Сонымен бірге ғаламтордағы зорлық-зомбылыққа, қылмысқа, жыныстық бұзылуға тәрбиелейтін бағдарламалардан, діншілдік, нәсілшілдік туралы ақпараттардан сақтандыру да қажет. Жасөспірім, жеткіншек балалардың электрондық поштасына енгізе ата-анасының мүмкіндігі болуға тиіс. Ол ең бірінші баланың қауіпсіздігі, бақытты болашағы үшін қажет. Ғаламтор қауіпсіз болуы үшін оны үнемі жаңа бағдарламалармен жабдықтап, қауіпсіздік туралы ақпараттарды біліп отыру үшін спамфилтр орнату керек. Жасөспірім балалардың ғаламтордағы компьютерлік ойындарға тәуелділігін тексеріп, сол бойынша тиісті шаралар қолданып отыру қажет.

ӘДЕБИЕТТЕР

1.Искаков К.Т Давыдов В.В., Рубцов В.В., Крицкий А.Г., Психологические основы организации учебной деятельности, опосредованной использованием компьютерных систем.// Психологическая наука и образование. М., - 2010. № 2. С. 68-72.

2.М. Исатаева. Педагогикалық дамудың оқу-тәрбие үрдісіндегі ақпараттық-коммуникациялық технологиялардың ролі.//Информатика негіздері.-2014. № 3. Б 3-4.

РЕЗЮМЕ

Серикбай Н.- студентка 1-го курса Южно-Казахстанской государственной фармацевтической академии, г. Шымкент, Республика Казахстан, nazym@mail.ru.

Научный руководитель- **А.С. Байдилдаева**, старший преподаватель Южно-Казахстанской государственной фармацевтической академии, г. Шымкент, Республика Казахстан.

ВЛИЯНИЕ ИНТЕРНЕТА НА ФОРМИРОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ

В современном мире информационные технологии развиваются быстро и динамично, на пороге нового информационного общества невозможно представить себе жизнь без компьютера и интернета,кажется, в любой сфере без них невозможно выполнить хоть какую-то работу.

Ключевые слова: интернет, зависимость, личность, информация.

RESUME

N.Serikbay – the 1st year student of South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent, Republic of Kazakhstan, nazym@mail.ru.

Scientific director: A.C. Baidildaeva- senior teacher SKSPhA, Shymkent, Republic of Kazakhstan.

THE IMPACT OF THE INTERNET ON THE FORMATION OF PERSONALITY

In the modern world information technologies develop quickly and dynamically, on a threshold new informative society it is impossible to imagine life without a computer and internet, кажется, in any sphere without them it is impossible to execute some work though.

Key words: internet, addiction, individual, information.

УДК 617.57-089.28:156.1-092.4

Нургожа А.Н. – 3 курс, факультет «Общая медицина», Казахский национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова, г. Алматы, РК, aidana.rmc@mail.ru

Жумакова Т.А. – доцент, кафедра «Нормальной физиологии»

ИЛЛЮЗИЯ ВОСПРИЯТИЯ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ «РЕЗИНОВАЯ РУКА»

АННОТАЦИЯ

Мозг строит гипотезы на основе входящих сигналов различных модальностей с учётом прошлого опыта индивида. То, что нам кажется таким реалистичным и правдоподобным, – всего лишь образ, отражение действительности. Одним из подтверждений этой теории являются иллюзии восприятия. Мозг создаёт видимость того, чего нет в реальности.

Ключевые слова: иллюзия восприятия, кинестетика, резиновая рука.

Введение. Иллюзии восприятия – это искажённое восприятие окружающего мира, которое заставляет воспринимающего испытывать чувственные впечатления, не соответствующие действительности.

Иллюзии восприятия бывают не только в зрительной сфере, а также и в других модальностях. Не такими очевидными и зрелищными, но от того не менее загадочными и интересными являются тактильные и телесные иллюзии. Самой известной телесной иллюзией считается иллюзия резиновой руки.

Больше десяти лет назад психологи обнаружили иллюзию, которая позволяет убедить человека в том, что резиновая рука является его собственной. Этому эксперименту не так уж и много лет, всего десять.

Цель исследования: Определить иллюзию восприятия.

Задачи исследования:

1. Дать теоретическое обоснование темы, изучение научной литературы, публикаций и статей
2. Повторить эксперимент с резиновой рукой
3. Сделать сравнительную статистику между студентами и преподавателями
4. Выяснить и обосновать в каких случаях иллюзия не возникает

Объект исследования: студенты Казахского Национального Медицинского Университета (кол.-73) 1-2-3-4-5 курса

Метод исследования: экспериментальный метод;

Для этого опыта нужна резиновая рука или надутая резиновая перчатка, кусок картона и две кисточки. Поместите резиновую руку на стол перед собой, а свою руку спрячьте за картон. Попросите кого-то одновременно поглаживать настоящую и резиновую руку, используя одни и те же движения кисточками.

Через несколько минут у вас появится ощущение, будто искусственная рука стала вашей плотью. Если попросить другого человека ударить резиновую руку, человек почувствует беспокойство и боль, так как мозг убежден, что резиновая рука настоящая.

Почему же это происходит?

Мультисенсорная интеграция

Образ нашего тела строится на основе объединения входящей информации разной модальности: зрительной, тактильной и кинестетической (или проприоцептивной).

Кинестетика (она же проприоцепция) – это «мышечное чувство», ощущение положения и перемещения в пространстве частей тела и всего тела целиком. Благодаря этому чувству мы и с закрытыми глазами безошибочно определяем, стоим мы или сидим, и можем совершить любое движение: сжать руку в кулак, подпрыгнуть вверх или наклониться к земле.

В ходе наших экспериментов, было проведено на 73 чел. Все они были разделены на 3 экспериментальные группы.

Опыт 1: Эксперимент резиновой руки как в инструкции.

Итог: 80% ощутили боль при ударе на фантом.

Опыт2: Эксперимент резиновой руки с асинхронным прикосновением и лежащего в «анатомически несоответствующей» позиции.

Итог: 91% не ощутили боль при ударе на фантом.

Опыт 3: Эксперимент резиновой руки с расстоянием более **30 см.**

Итог: 76% студентов не ощутили в связи с расстоянием.

Заключение: В ходе своей работы я узнала о временных, пространственных и анатомических ограничениях. Так, иллюзия резиновой руки не возникает, если прикосновения к резиновой и реальной рукам асинхронны, а время между рассогласованными стимулами больше **300 мс.** Иллюзия не формируется в том случае, если между резиновой и реальной рукой испытуемого слишком большое расстояние (более **27,5 см.**). Ещё одним ограничением выступает расположение руки: если резиновая рука лежит в «анатомически несоответствующей» позиции, или, другими словами, в неестественной позе, то иллюзии не возникнет. Также было показано, что иллюзия не формируется, если в качестве замещающего конечность объекта выступает абстрактный предмет (например, деревянный брус)

Считаю актуальным проведение вот таких исследований потому что, когда-нибудь эти выводы смогут использоваться для улучшения ощущений от использования искусственных конечностей, либо могут использоваться для помощи людям с параличом в обучении работе с роботизированной рукой. Это может иметь важное значение для разработки улучшенных протезов, где пациент может ощущать и управлять дополнительной роботизированной рукой как для просветительской, так и профилактической целей.

В ходе своего исследования раскрыла основную гипотезу данной работы, обстоятельство, что это работает, сообщает нам нечто очень серьезное о том, как работают наши системы восприятия информации.

ТҮЙІН

Нургожа А.Н.- С.Д.Асфендиярова атындағы ҚазҰМУ 3 курс студенті, Алматы қаласы.
aidana.rmc@mail.ru Ғылыми жетекші - : доцент **Т.А.Жумакова**, С.Д.Асфендиярова атындағы ҚазҰМУ,
Алматы қаласы

"РЕЗЕҢКЕ ҚОЛ" ЭКСПЕРИМЕНТІНДЕ ҚАБЫЛДАУ ИЛЛЮЗИЯСЫ

Біздің миымыз индивидтің жек е өткен тәжірибесіне байланысты әртүрлі сыртқы кіріс сигналдар негізінде гипотезалар құрай алады. Бізге нағыз және шынайы болып көрінетін заттар, бар болғаны, шынайылықтың көлеңкесі ғана Осы теорияның бір дәлелі ретінде қабылдау иллюзиясы есепке алынады. Ми шын мәнінде жоқ заттардың бейнесін жасай алады. .

Кілтті сөздер: қабылау иллюзиясы, кинестетика, резеңке қол.

SUMMARY

Nurgozha A.N.– The student of 3rd course of Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty, Republic of Kazakhstan, aidana.rmc@mail.ru Scientific director - **Zhumakova T.A.**, MD, PhD Head of Department of Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty, Republic of Kazakhstan

ILLUSION OF PERCEPTION IN THE EXPERIMENT "RUBBER HAND"

Our brain builds hypotheses on the basis of incoming signals of different модальностей taking into account past experience of individual. That us it seems to such realistic and plausible, - just character, reflection of reality. One of sustaining this theory are illusions of perception. A brain creates visibility what is not present in reality.

Key words: illusion of perception, kinesthesia, rubber hand.

ӘӨЖ 614.39:331.108.2-057.86(045)

С.Д. Әзімбаев - Қарағанды Мемлекеттік Медициналық Университетінің 2-ші курс студенті, Қазақстан Республикасы, Қарағанды қ. dinash_96@mail.ru Ғылыми жетекшілері: Қарағанды мемлекеттік медицина университетінің микробиология кафедрасының меңгерушісі, м.ғ.к., доцент Ахметова С.Б. akhmetova_sb@mail.ru

ҚАРАҒАНДЫ АЙМАҒЫНЫҢ ДИАБЕТТІК ТАБАН СИНДРОМЫНЫҢ ТАРАЛУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

АННОТАЦИЯ

Көп кездесетін қантты диабеттің асқынуы диабеттік табан синдромына алып келеді. Операция-дан кейін 13-20% летальдік жағдайға, 50%-дан көп жағдайда аяқ-қол мүшесінің ампутациясына алып келетін табан гангрены қантты диабеттен туындайды. Бұл ірің-некротты қабынған диабеттік табан синдромы (ДТС) көбіне қарт адамдарда дамыған, яғни адаптация-функционалды мүмкіншілігі және өзін-өзі басқару-қозғалтқыштығы төмендеген адамдарда.

Кілт сөздер: *Диабет, табан синдром, эпидемиологиялық анализ, ампутация, гангрена, іріңді некроз.*

Мақсаты: *Қарағанды аймағында диабеттік табан синдромының таралуы және ерекшелігі.*

Зерттеу әдістері мен материалдары: Зерттеу бойынша 2 өкілдік пациенттер тобын қалыптастырды: 57 зерттелген және 53 бақыланған адамдар. Топтарға диабеттік табан синдромы және аяқ мүшесінің басқа қантты диабет этиологиясымен зақымданған 61-80 жастағы әйел және еркек науқастары кірді. Зерттеу методы салыстырмалы көрсеткіші бойынша статистикалық анализді көрсетті. Зерттеу Қарағанды толық индустрияланған қаласының 465 мың тұрғын адамдарға толыққанды және таңдаулы методпен жүргізілді. Толыққанды зерттеулер 2011-2013 жылғы “№1 қалалық аурухана” мен “аудандық медицина орталықтарындағы” хирургиялық бөлімшелерінде іріңді-некротты қабынған диабеттік синдромы бойынша госпиталданған 110 науқастардың медициналық сызқатнамалар (история болезни) анализдері бойынша жүргізілді.

Нәтижелері: Эпидемиологиялық анализ. Қантты диабет түрлерінің таралуының зерттеулер бойынша 2011-2013 жылдағы Қарағанды ауданының жалпы 1360664 адам тұрғынының 2012 жылға мынандай аурулар тіркелді: инсулинге тәуелді және инсулинге тәуелсіз қантты диабет, қантсыз диабет және басқа қантты диабеттердің түрлері. Қарағанды ауданы бойынша қантты диабеттердің ең көп таралған түрі: инсулинге тәуелсіз ДС. Бұл синдром 2012 жылғы 23823 науқастарға тіркелген барлық ДС бойынша 90%-ын алған. Сонымен қатар 8%-ын инсулинге тәуелді 1996 адам және қалған 2%-ын қантсыз диабет және басқа қантты диабеттің түрлерін алды.

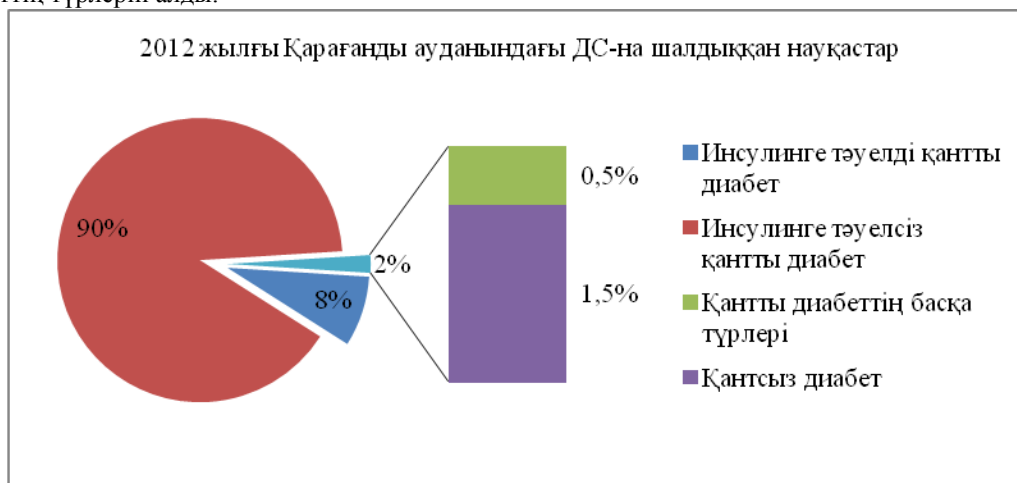


Диаграмма 1 – 2012 жылғы Қарағанды ауданындағы ДС-на шалдыққан науқастар.

2013 жылғы 25344 науқастарға тіркелген инсулинге тәуелсіз қантты диабет 90%-ын алды; инсулинге тәуелді – 2161 – 7%, 2%-ын қантсыз диабет және басқа қантты диабеттердің түрлері алып жатты.

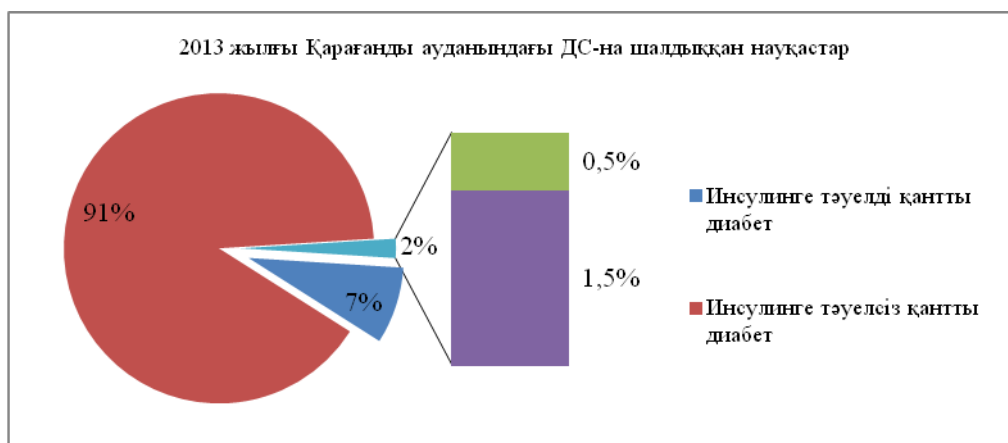


Диаграмма 1 – 2013 жылғы Қарағанды ауданындағы ДС-на шалдыққан науқастар.

Қорытынды: Қарағандыдағы барлық ДТС нәтижелері бойынша алып келеді: сирақ ампутациясына, білезік ампутациясына, ампутация: 1 саусақтан артық, жаралануына (язвалану). Қарағанды ауданы бойынша 2011-2013жылғы табан диабеттік синдромына анализдеген соң ДТС таралуының артуына қорытынды жасасақ болады. Яғни 3 жыл аралығында ДТС-на шалдыққан науқастардың саны 4,6%-ға артты.

РЕЗЮМЕ

Әзімбай Дінмұханбет - студент 2 курса Карагандинского государственного медицинского университета, Республика Казахстан, город Караганда, dinash_96@mail.ru **Научные руководители:** зав. каф. микробиологии Карагандинского государственного медицинского университета, к.м.н., доцент **Ахметова С.Б.** akhmetova_sb@mail.ru.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ В КАРАГАНДИНСКОМ РЕГИОНЕ

Наиболее часто встречающимся осложнением сахарного диабета является синдром диабетической стопы – развивается гангрена стопы у больных сахарным диабетом, что является основной причиной ампутации конечности более чем у 50% больных, послеоперационная летальность составляет 13-20%. Более с гнойно-некротическими осложнениями синдрома диабетической стопы (СДС) – это преимущественно пациенты пожилого и старческого возраста, для которых характерны уменьшение адаптационно-функциональных возможностей, снижение способности к передвижению и самообслуживанию.

Ключевые слова: синдром диабетической стопы, эпидемиологический анализ, ампутация, гангрена, гнойный некроз.

SUMMARY

Azimbay Dinmukhanbet - the student 2 courses of the Karaganda state medical university, the Republic of Kazakhstan, Karaganda city . Scientific adviser: the candidat of medical sciences, associate professor of the Microbiology department of Karaganda state medical university **S.Ahmetova** akhmetova_sb@mail.ru.

CHARACTERISTICS OF DIABETIC FOOT SYNDROME DISTRIBUTION IN THE KARAGANDA REGION

The most common sequel of diabetic foot syndrome when the diabetic patients` foot gangrene is developed which in turn is a major cause of more than 50 per cent of patients; postoperative mortality rate is 13-20 per cent. The most elderly patients with a decreased adaptive functionality and reduced ability of mobility and self-care mainly have a purulent necrotic syndrome.

Key words: diabetic foot syndrome, epidemiological analysis, amputation, gangrene, suppurative necrosis.

ӘӨЖ 613.98

Ғылыми жетекші – Н.К. Тузельбаев;

Ж.А.Ермаханова – Қоғамдық денсаулық сақтау мамандығы бойынша I курс докторанты, Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық казак-түрік университеті, Қазақстан Республикасы, ОҚО, Түркістан қаласы

ЕҢБЕККЕ ҚАБІЛЕТТІ ЖАСТАН АСҚАН ТҰРҒЫНДАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН САҚТАУ ЖӘНЕ ӨМІРІН ҰЗARTUDЫҢ АЛҒЫ ШАРТТАРЫ

АННОТАЦИЯ

Қазіргі таңда қарт тұрғындар жөніндегі ғылыми деректер мен бақылау негізінде мол тәжірибе жинақтаған әлеуметтік нәтижелерден алынған теорияларға сүйенсек еңбекке қабілетті жастан асқан адамдардың денсаулығын сақтау мен өмір жасын ұзартуға жете мән берілмеген. Сондықтан, біздің өмір салтымыз бен қоғам талаптары егде тартқан тұрғындардың денсаулығы мен қуатын сақтауға бағытталған жұмыстарға барынша қолдау көрсету керектігін көрсетеді.

Кілт сөздер: еңбекке қабілетті жастан асқан тұрғындар, жастық кезең, қарттық кезең, қоршаған орта, заманауи медициналық технология.

Тақырыптың өзектілігі: Мемлекетіміздің Президенті «Назарбаев Университеті» студенттеріне оқыған дәрісінде ұзақ өмір сүруге және нәресте туылуын көбейтуге қатысты ғылыми зерттеулердің маңыздылығын атап айтты [1]. Халықтың қартаю мәселелері қоғамның назарын өзіне үнемі аударып отырады. Әсіресе тұрғындардың зейнеткерлік жастан асуы қарттардың санын көбейтеді, ол қоғамда медициналық, әлеуметтік, тұрмыстық мәселелер туындатады. Бұл мәселе әсіресе жалғыз тұратын зейнеткерлерде басымырақ кездеседі.

Бірқатар егде тартқан адамдар өздерін жас көрсеткісі келеді, себебі кәрі және әлсіз болғанша жас әрі дені сау болған жақсы емес пе? Әлемде осыған орай, кейінгі кезде егде және қарт жасқа келген тұрғындардың үлесінің өсуі жаңаша көзқарастың пайда болуын әкелді. Мысалы, қазіргі 70 жасқа келген кісілердің тән және психикалық саулығы өткен ғасырдың орта кезінде өмір сүрген 55 жастағылардың денсаулығымен шамалас. Бүгінде егде жасқа келгендердің көбінде қан қысымының артқаны, қант диабеті, асқазан аурулары секілді, бір-екі созылмалы ауруы бары анықталады, бірақ та ертедегі ұрпақпен салыстырғанда еңбек қабілетінен айырылғандары едәуір аз. Бұған медициналық көмектің тұрғындар арасында ауруларын ерте анықтау, аурудың алдын алу және емдеу бойынша заманауи технологияларды қолдануына байланысты жетті деуге болады. Ғылыми жетістіктерге сүйенсек, адамның қартаюы оның жасына емес, оның айналасындағы қоршаған ортаға, өмір сүру салтына, денінің және саулығының мүмкіндіктерін дұрыс пайдаланбауына байланысты екені анықталды.

Тексеру әдістері және материал: Қазіргі кезде мемлекетімізде 65 жас және одан жасы асқандардың саны 6,6% құрайды. Дүниежүзінің денсаулық сақтау ұйымының адам жасына сәйкес жіктеуі бойынша «65 жас және одан жоғары» жастағылардың құрамы 4% болмаса одан кем «жастық кезеңі» деп саналады. Ал 4-7%-ға дейін қартаю кезеңінің шекара аралығы, ал 7%-дан жоғары «қартаю кезеңі» деп саналады.

Осы жіктеуге байланысты Қазақстан тұрғындары қартаю кезеңінің шекарасынан өтіп, қартаю кезеңіне жақындады деп айтуға болады.

Егер халықаралық статистикаға сүйенсек, бұл көрсеткіштер Германияда 24%, Ұлыбританияда – 20%, АҚШ-та 16%, Ресейде – 16%. Ал Қазақстанда едәуір аз.

Әлемде орташа өмір сүру ұзақтығы үнемі өсуде: ол орта есеппен күніне 5 сағатқа ұзарады. 65 жасқа толған адамдарда бұл көрсеткіш айтарлықтай көбеюде. Ал 85 жасқа толғандардың жасы оданда жоғары көбее береді, басқаша айтқанда, адам баласы қанша ұзақ өмір сүрсе, оның одан көп өмір сүру мүмкіншілігі арта түседі.

Қазіргі таңда халықаралық қоғамдастық әлемдегі тұрғындардың қартаю мәселесіне тек денсаулық және әлеуметтік жағдайын қарастырмай, егде және қарт жастағы адамдардың көбінің еңбек етіп, мемлекеттерінің экономикасы, ғылымы мен білімінің гүлденуіне едәуір үлес қосып отырғанын мәлімдейді. Көпшілігі ақысыз ауылшаруашылықта, үйінде отбасына көмектесіп халықтың рухани құндылықтарымен жастарды тәрбиелеуге жұмсайды. Бірақта, көптеген егде және қарт тұрғындар өте ауыр емес, созылмалы сырқаттарға бейім және саламатты өмір салтын сақтамай өмірге қауіп-қатерлі факторлар туындатып, ұзақ өмір сүрушілердің қатарына қосыла алмай қалады.

Қартаю – көптеген аурулардың дамуындағы негізгі қауіпті фактор болып саналады. Бірақ қартаюдың қауіп-қатер факторларын шектеу арқылы көптеген сырқаттардан арылуға болатыны белгілі. Қарттық деген адамзатқа беріліп қатып қалған түсінік константа емес, ол «пластикалық» өзгермелі ұғым, мүлде басқа өлшем, жаңа парадигма [2].

Саламатты өмір сүру салтын сақтап дұрыс тамақтанып, жүйелі дене қызметінің белсенділігін төмендетпей, медициналық және әлеуметтік көмекті оңтайландырып, кәрілік жасты 8-20 жылға ұзартуға, адам өмірін қызықты, бақытты етуге болады.

Болашақта аталған қауіпті себептерді азайған жағдайда адамдар қосымша 50-60 жыл өмір сүруі мүмкін деген қағида бар.

Қорытынды:

Ғылыми деректерге жүгінсек адамдардың қартаюының 30 пайызы генге, яғни текке байланысты болса, қалған 70 пайызы өмір салтымызға, қоршаған ортамызға байланысты.

Заманауи түсінік бойынша жасты емес, әр адам өзін қанша жастағыдай сезінетіні маңызды.

Басты назарды адамдар өзін жасарту емес, егде тартқанда денсаулық пен қуатты сақтауға мән беруі керек.

Әр адам жасына жас қоса отырып, өткен жылдарға өкінішті болмауы өзіне байланысты.

Саламатты іс әрекеті адамды көп ауыртпай ауыр бейнетсіз өмір сүруге және өзін жас сезінуге көмектеседі.

ӘДЕБИЕТТЕР

1.«Қазақстан на пути к обществу знанию» выступление президента Казахстана Н.А.Назарбаева перед студентами «Назарбаев Университета», Газ. «Казахстанская правда» от 13.07.2013г.

2.Научные основы качественного долголетия и антистарения В кн. Назарбаев университет. Центр наук о жизни под. редакции А.Шарман и Ж.Жумадилова, Нью-Йорк, 2011г.

РЕЗЮМЕ

Ж.А.Ермаханова- докторант I курса «Общественное здравоохранение»

Научный руководитель: Н.К.Тузелбаев

Международный казахско-турецкий университет имени Ахмет Ясауи, г.Шымкент

**ПРЕДПОСЫЛКИ УЛУЧШЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ
ЖИЗНИ ЛИЦ ПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА**

Анализируя социально-демографические данные по пожилым людям, основанные на результатах научных исследований, можно сделать вывод, что сейчас уделяется недостаточное внимание вопросу улучшения состояния здоровья и продолжительности жизни лиц пенсионного возраста. Однако наши традиции и требования общества указывают на поддержку работ, направленных на сохранение здоровья и жизненных сил пожилых людей.

Ключевые слова: пенсионный возраст, период старости, окружающая среда, современные медицинские технологий.

SUMMARY

Yermakhanova Zh.A. Scientific adviser: Tuzelbaev N.K.

South Kazakhstan State, International Kazakh Turkish University Ahmet Yasawi,

**BACKGROUND OF HEALTH IMPROVEMENT AND LIFE EXPECTANCY OF THE ELDERLY
PEOPLE**

Analysing the socio-demographic data on older people, based on the research results, we can conclude that insufficient attention is being given to improving the health status and life expectancy of the elderly people. However, our traditions and the demands of society point to support activities aimed at preserving the health and vitality of older people.

Key words: health, older people, socio-demographic

УДК 618.3-06

Исмаилова А.М.- магистрант 2-го курса, научный руководитель – Р.Т. Тлеужан
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, Республика Казахстан, г.
Шымкент

ЛЕЧЕНИЯ ПОСТАБОРТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ

АННОТАЦИЯ

В настоящее время увеличивается постабортные осложнения среди девушек подростков. Постабортные осложнения приводят к бесплодию и в будущем неблагоприятно действует при создании семьи.

Ключевые слова: аборт, осложнения, бесплодия, подросток, эндометрит, лечения.

Введение: Подростковый период является одним из наиболее критических периодов в жизни человека. Общеизвестно, что формирование и распределение хронической патологии, нередко происходит именно в этом периоде, формируются различные формы девиантного поведения, происходит «взрыв» сексуальной активности. Это приводит к такому явлению, как юное материнство [9,14,16]. Средний возраст полового дебюта среди девушек-подростков равен $14,5 \pm 2,2$ года, а среднее число половых партнеров - 1,5, поэтому в 50% случаев беременность наступает случайно, чаще вне брака, в результате первого незащищенного полового акта [3,6,8]. Среди акушеров-гинекологов и педиатров отсутствует единое мнение о влиянии беременности на организм подростков, о частоте её осложнений [1,2, 12]. Частота беременностей у подростков в последние 20 лет возросла и не имеет тенденции к снижению. Ежегодно в мире беременеют от 5 до 10% девушек-подростков в возрасте от 13 до 17 лет [5,8,17]. При этом у 30% подростков беременность заканчивается абортами, у 14% - самопроизвольными выкидышами, у 56% - родами [10,11, 14].

Следует отметить высокий процент прерывания беременности у девушек-подростков в поздние сроки [18]. В 2007 году аборты в сроке 22-27 недель составили 12,6% от общего числа абортов у девочек 10-14 лет и 3,8% - у девушек 15-17 лет против 1,55% в общей популяции. [13,16]. Аборт, как любое внутриматочное вмешательство, может иметь различные осложнения и не является безопасной операцией для репродуктивного здоровья подростков. Показатели частоты ранних и поздних осложнений абортов у девочек-подростков неоднозначны и, по данным разных авторов составляют от 7,8% до 60,0%, зависят от срока беременности, способа ее прерывания, ряда сопутствующих обстоятельств [1,4]. Есть данные, что в подростковом возрасте иммунная система не в состоянии сформировать адекватный ответ на стимуляцию антигенами плода, в результате чего при наступлении беременности у подростков отмечается ряд признаков иммунологического неблагополучия [15]. У подростков остаются до конца не раскрытыми клинико-иммунологические особенности беременности во втором триместре гестации и послеабортного периода. Представляет интерес прогнозирование осложнений и определение оптимального срока прерывания беременности во втором триместре. Цель научного исследования: установить клинико-иммунологические особенности беременности в 18-22 недели гестации и послеабортного периода у девушек-подростков для прогнозирования осложнений и определения оптимального срока её прерывания во втором триместре.

Методы и материалы: Под наблюдением находилось 300 первобеременных женщин в возрасте от 16 лет до 21 года, которые обратились для лекарственного прерывания нежеланной беременности в ШГБСМП г Чимкент. Всем женщинам до проведения фармакологического аборта и в постабортном периоде мы проводили гинекологическое и ультразвуковое исследование. Для медикаментозного прерывания беременности мы использовали комбинацию мифепристона и мизопростола по регламентированной схеме. В исследование включали только тех женщин, которые после фармаборта находились под динамическим наблюдением и повторно осматривались специалистами через 1, 2 и 3 мес. Менструальный цикл до беременности у всех наблюдаемых женщин был регулярным. В зависимости от ведения постабортного периода пациентки были разделены на 3 группы, каждую из которых составляли по 100 человек. Пациентки из разных групп были сопоставимы между собой по возрасту, а также по репродуктивному и соматическому анамнезу.

1-ю группу (n=100) образовали юные женщины, которые с 5-го дня после появления менструальноподобной реакции начинали прием комбинированного орального контрацептива, содержащего дроспиренон и этинилэстрадиол (мидиана), в циклическом режиме в течение 3 мес.

2-ю группу (n=100) составили молодые пациентки, которые категорически отказывались от приема гормональных препаратов. Этим женщинам для нормализации гормонального статуса в постабортном периоде рекомендовался на следующий день после применения мизопростола прием препарата циклодинон по 1 таблетке per os ежедневно в течение 3 мес.

3-ю группу (n=100) сформировали молодые пациентки, которые отказывались от приема гормональных и фитопрепаратов. Эта группа являлась группой сравнения по отношению к 1-й и 2-й.

Результаты и их обсуждение: Спустя 14 дней после приема мизопростола у всех женщин были проведены гинекологический осмотр и ультразвуковое исследование органов малого таза. Полученные результаты показали, что изгнание плодного яйца, по данным эхографического исследования, произошло у всех женщин, у которых с целью медикаментозного прерывания беременности был использован мифепристон в дозе 600 мкг в комбинации с мизопростолом в дозе 800 мкг per os. По данным сонографии, высота эндометрия находилась у женщин 1-й группы в пределах 4-7 мм, а у пациенток 2-й и 3-й групп - 6-11 мм. Эндометрий был однородным (линейным) у 99, 97 и 98 пациенток в 1-й, 2-й и 3-й группах соответственно. Структурно неоднородный эндометрий обнаружен у 1, 3 и 2 пациенток из 1-й, 2-й и 3-й групп соответственно. По данным клинического осмотра и инструментального обследования, возникновения у наблюдаемых 1-й группы каких-либо опухолевидных образований в яичниках не выявлено. Во 2-й группе наблюдались функциональные кисты у 6% женщин. В 3-й группе у 12% пациенток отмечалось образование односторонних ретенционных кист размерами от 3,5 до 7 см. У всех этих женщин длительность менструального цикла, следующего за фармабортом, составила 38-55 дней, а именно у пациенток 2-й группы - от 38 до 42 дней, у наблюдаемых 3-й группы - от 40 до 55 дней.

Пациенткам, у которых по данным сонографии диагностировался неоднородный эндометрий, после очередной менструации провели повторное ультразвуковое исследование. Неоднородная структура эндометрия сохранялась у 1 женщины из 1-й группы, у 2 пациенток из 2-й группы и у 1 - из 3-й группы. У 1 женщины из 2-й группы и у 1 пациентки из 3-й группы эндометрий оказался линейным, и аборт у них после этого стал считаться завершенным. У остальных (по одной женщине из всех групп) эндометрий сохранялся неоднородным. Неполное отторжение децидуальной оболочки потребовало проведения гистероскопии и инструментального выскабливания стенок полости матки. При морфологическом исследовании соскоба находили участки децидуальной ткани. Дальнейшее наблюдение за пациентками в течение последующих месяцев показало, что менструальный цикл у наблюдаемых пациенток на фоне приема препаратов мидиана и циклодинон был или становился регулярным. У всех женщин 1-й и 2-й группы и у 94% женщин 3-й группы очередные менструации имели обычный характер. В 3-й группе нарушения менструальной функции по типу опсоменореи и (или) полименореи наблюдались в течение 3 мес у 2 и 4 пациенток, ранее их не имевших. Если отдельно сравнить клинические особенности течения постабортного периода во 2-й и 3-й группах, то нужно отметить, что у пациенток (2-я группа), принимавших циклодинон, функциональные нарушения встречались достоверно реже, чем у женщин (3-я группа), которые отказывались от приема гормональных и фитопрепаратов ($p < 0,01$). Вместе с тем на фоне приема эстроген-гестагенсодержащего контрацептива указанные нарушения не наблюдались ни у одной пациентки из 1-й группы. Следует отметить, что лечебное действие препарата мидиана после аборта выражалось в предупреждении развития ретенционных кист яичников, стабилизации менструального цикла, лучшей регенерации слизистой оболочки матки без развития гиперплазии эндометрия. Применение циклодинона в текущем после фармаборта менструальном цикле и далее 2 мес предупреждало в большинстве случаев развитие дисфункции яичников, способствовало формированию овуляторных циклов и нормализовало II фазу менструального цикла.

Заключение: Таким образом, полученные данные показывают, что использование лекарственной постабортной терапии клинически эффективно, позволяет предупредить постабортные функциональные нарушения, а значит, способствует сохранению репродуктивного здоровья молодой женщины.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Прилепская В.Н., Ледина А.В., Тагиева А.Е. Опыт применения препарата агнукастон в лечении предменструального синдрома // Материалы VIII Всерос. науч. форума "Мать и дитя". - М., 2008. - С. 490.
2. Радзинский В.Е. Право на выбор // Мед. вестн. - 2012. - № 592.
3. Руководство по контрацепции / Под ред. В.Н. Прилепская В.Н. М.: МЕДпресс-информ, 2010. - 400 с.
4. Синчихин С.П. Алгоритм медикаментозного прерывания беременности и постабортной реабилитации // Репродукт. здоровье детей и подростков. - 2008. - № 2. - С. 43-50.
5. Ткаченко Л.В., Раздобарина И.А. Опыт применения препарата циклодинон в практике детского гинеколога // Материалы VIII Всерос. науч. форума "Мать и дитя". - М., 2008. - С. 532.
6. Апарцина, Е.В. Беременность и роды у юных матерей Текст. / Е.В. Апарцина, Б. Наранцэцэг, Н.В. Протопопова // Материалы

7. VI Российского Форума «Мать и Дитя». М., 2004. - С. 17-18.
8. Атанизова, Н.К. Характеристика иммунной системы у беременных женщин, проживающих в экстремальных условиях Приаралья Текст. / Н.К. Атанизова, А.Б. Матвеева // Акушерство и гинекология. 1995. - № 1. - С. 26-28.
9. Баклаенко, Н.Г. Современное состояние охраны репродуктивного здоровья подростков Текст. / Н.Г. Баклаенко, Л.В. Гаврилова // Здоровоохранение. 2000. - № 7. - С. 26-33.
10. Баклаенко, Н.Г. Меры по профилактике и снижению числа аборт и материнской смертности в Российской Федерации Текст. / Н.Г. Баклаенко, О.В. Шарапова // Здоровоохранение. 2004. - № 7. - С. 1324.
11. Баранов, А.А. Здоровье детей на пороге XXI века: пути решения проблемы Текст. / А.А. Баранов, Л.А. Щеплягина // Русский медицинский журнал. 2000. - Т.8, № 8. - С. 737-739.
12. Баранов, А.А. Подпрограмма «Здоровый ребенок» Федеральной программы «Дети России» Текст. / А.А. Баранов, Л.А. Щеплягина, А.Г. Ильин // Права Ребёнка. 2003. - № 1. - С. 5-15.
13. Баранов, А.А. Физиология роста и развития детей и подростков: Теоретические и практические вопросы Текст. / А.А. Баранов, Л.А. Щеплягина М., 2006. - 414 с.
14. Батурина, Н.В. Аборт у девочек-подростков и социальный фон ранней половой жизни Текст. / Н.В. Батурина, В.Б. Сапрыкин // Материалы
15. VII Российского Форума «Мать и Дитя». М., 2005. - С. 331-332.
16. Бебнева, Т.Н. Экстренная контрацепция у подростков и молодежи. Основы консультирования Текст. / Т.Н. Бебнева // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2008. - № 2. - С. 13-18.
17. Богатова, И.К. Проблема нежеланной беременности и аборта в молодежной среде Текст. / И.К. Богатова, Н.Ю. Сотникова // Материалы IX Всероссийского научного форума «Мать и Дитя». М., 2007. - С. 334335.
18. П. Богданова, Е.А. Гинекология детей и подростков Текст. / Е.А. Богданова. М., 2000. - 332 с.
19. Брюхина, Е.В. Беременность и роды у девочек-подростков. Предупреждение осложнений, реабилитация Текст.: автореф. . дис. докт. мед. наук / Брюхина Е.В. Челябинск, 1996. - 48 с.

ТҮЙІН

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академияның 2 курс магистранты **А.М. Исмаилова**.

Ғылыми жетекшілер: Р.Т. Тлеужан

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан

ЖАС ЖЕТКІНШЕК ҚЫЗДАРДЫҢ АБОРТТАН КЕЙІНГІ ЭНДОМЕТРИТТІ ЕМДЕУ.

Қазіргі уақытта жас жеткіншек қыздар арасында аборттың артып жатқаны белгілі. Аборттан кейінгі асқинулар келешекте жас қыздардың отбасы құрып ана болуына кері әсерін тигізіп отыр. Көптеген отандық және шетелдік гинекологтардың ұстамы қазіргі таңда жас жеткіншектер арасындағы аборттың асқинуларын емдеуде жаңа әдістерді қолдану және науқастардың өмір сүру сапасын арттыру маңызды міндеттердің бірі болу керек.

Кілт сөздер: аборт, асқинулар, эндометрит, бедеулік, жас жеткіншектер

SUMMARY

South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy of the 2nd course magistrate **A.M. Ismailova**

Scientific adviser: [R.T. Tleuzhan](#)

TREATMENT OF POST-ABORTION COMPLICATIONS IN ADOLESCENT GIRLS

Currently, increased post-abortion complications among adolescent girls. Post-abortion complications lead to infertility and adversely affects future when starting a family.

Key words: abortion complications, infertility, adolescent treatment

УДК 613.816

Научный руководитель – Ларюшина Е.М.- к.м.н, заведующая кафедрой внутренних болезней №2 и фтизиатрии Карагандинского государственного медицинского университета, Казахстан, г.Караганда.

Кабиев Д.О., Исаева К.С.– студенты Карагандинского государственного медицинского университета, Казахстан, г. Караганда

ОЦЕНКА ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ У ЖИТЕЛЕЙ КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

АННОТАЦИЯ

В тезисе представлена оценка уровня потребления алкоголя у жителей Карагандинской области. Оценка потребления алкоголя проводилась с помощью опросника AUDIT. Было опрошено 3468 респондентов. В исследовании определен уровень потребления алкоголя и группы риска с употреблением алкоголя в опасных и вредных для здоровья количествах. Выявленное в ходе исследования низкое потребление алкоголя у жителей Карагандинской области, вероятно, не вносит существенный вклад в развитие социально-значимых заболеваний и смертность от них.

Ключевые слова: потребление алкоголя, AUDIT.

Актуальность исследования. Чрезмерное потребление алкоголя входит в число четырёх ведущих факторов риска для здоровья наряду с табакокурением, высоким артериальным давлением и высоким уровнем холестерина. Их вклад в структуру общей смертности составляет 88%, а в количество лет жизни с утратой трудоспособности - 59%. Злоупотребление алкоголем стоит на первом месте по степени влияния на количество лет жизни с утратой трудоспособности (17%).

В связи с этим, актуальным является изучение уровня потребления алкоголя среди городского и сельского населения Карагандинской области, для оценки взаимосвязи с рисками возникновения социально-значимых заболеваний.

Материалы и методы. Исследование проводилось среди населения Карагандинской области в рамках научно-технической программы «Экологические риски и здоровье населения». Оценка уровня потребления алкоголя проведена у 3639 человек, из них 2796(76,8%) женщин и 843(23,2%) мужчин. Из исследования выбыло 171 человек по причине неполного объема ответов на поставленные вопросы, либо отказа от ответа. Таким образом, представлены результаты 3468 респондентов, в возрасте от 18 до 65 лет, постоянно проживающие в изучаемых населенных пунктах, давшие информированное согласие на участие в исследовании, из них 2665(76,8%) женщин и 803(23,2%) мужчин. В исследование не включались беременные, лица с психическими, тяжелыми неврологическими заболеваниями.

Оценка потребления алкоголя осуществлялась с помощью опросника AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Опросник AUDIT разработан Всемирной организацией здравоохранения в 1982 году и используется для обнаружения проблем, связанных с употреблением алкоголя, испытываемых за прошедший год. Это один из наиболее точных существующих опросников для выявления алкогольных проблем, с эффективностью 92% в выявлении употребления алкоголя в опасных или вредных количествах. Тест содержит 10 вопросов несколькими вариантами ответов, о количестве и частоте употребления алкоголя (вопросы 1-3), о модели употребления алкоголя и зависимости (вопросы 4-7) и о связанных с алкоголем проблемах и травмах (вопросы 8-10).

Результаты исследования. Согласно результатам проведенного скрининга, из общего числа опрошенных 2122 человек (61,2%) остаются абстинентами, то есть сознательно воздерживаются от приёма алкоголя, остальные 1346 опрошенных (38,8%) употребляют алкоголь с различной частотой. Так, в ходе исследования частоты потребления алкоголя, 73,6%(990) опрошенных указали, что выпивают примерно 1 раз в месяц или реже, 21,5% (291) респондентов употребляют алкоголь 2-4 раза в месяц, 3,9%(52) опрошенных – 2-3 раза в неделю, 1,0% (13) более частой алкоголизации (4 и более раз в неделю).

Дальнейший анализ показателей проводился для группы, периодически употребляющих алкоголь 1345 человек. На этапе определения объёма потребления алкоголя в день выпивки было выявлено, что более половины респондентов 838(62,3%) за один раз обычно выпивает количество алкоголя, равное 1-2 стандартным дозам в пересчёте на этанол. Приблизительно 3-4 стандартных дозы в день выпивки употребляют 26,4% (363) респондентов, 7,4% (100) опрошенных выпивают за один раз 5-6 стандартных доз, 2,1% (29) - 7-8 стандартных доз, 25 человек (1,8%) указало, что в день выпивки обычно употребляет 9 и более доз алкоголя.

На следующем этапе исследовалась частота «ударного потребления» алкоголя (употребления за один раз более 4 доз для женщин и более 5 доз для мужчин). Ударное потребление - определяется как

эпизодическое потребление алкогольных напитков в избыточных количествах: более 24 г чистого этанола в день для женщин – 3 стандартные дозы алкоголя и 32 г для мужчин - 4 дозы. По результатам нашего исследования, никогда не принимали чрезмерных доз алкоголя за один раз 77,1%(1038) респондентов, 14,2% (191) опрошенных злоупотребляют количеством принятого этанола менее, чем 1 раз в месяц, 5,5%(74) опрошенных употребляют алкогольные напитки в избыточных количествах с частотой 1 раз в месяц, а около 2,9%(39) – с частотой 1 раз в неделю, и только 4(0,3%) человека употребляют алкоголь в больших количествах каждый день или почти каждый день.

Последующие вопросы теста AUDIT были призваны выявить наличие зависимости от алкоголя, основываясь на способности респондента остановиться, прекратить потребление спиртных напитков после того, как респондент уже начал его принимать, не допустить состояние опьянения, а также на способности контролировать своё время и на наличии похмельного синдрома. При ответе на вопрос о способности прекратить потребление алкоголя во время выпивки 6,2%(84) респондентов отметили, что не могут справиться с этой ситуацией за последний год. Остальные опрошенные (93,8%) 1262 не испытывали трудностей с прерыванием алкоголизации за истекший год. В тот же временной период 105 (7,8%) из опрошенных респондентов хотя бы раз не справлялся из-за выпивки со своими обязанностями или не сдерживал обещаний. Необходимость принять алкогольный напиток утром, чтобы прийти в себя после предшествующей тяжелой выпивки, является одним из признаков похмельного синдрома. У 10 человек (0,7%) из опрошенных данная необходимость возникает с ним еженедельно, а у пяти человек (0,4%) почти каждый день. 26 респондентов (1,9%) отметил, что подобная ситуация возникает с ним ежемесячно, ещё 76 (5,6%) испытывали необходимость опохмелиться хотя бы однократно за истекший год.

На следующем этапе у респондентов с помощью опросника AUDIT были оценены проблемы, связанные с употреблением алкоголя, к которым относят чувство вины или раскаяния после выпивки, возникновение провалов в памяти, несчастные случаи и социальную обеспокоенность. 20 человек (1,5%) отметили, что испытывают чувство вины перед близкими или угрызения совести за своё поведение после выпивки почти ежедневно, 130 респондентов (9,6%) испытывали чувство вины из-за выпивки не менее 1 раза в месяц в течение последнего года, 14,3%(193) опрошенных хотя бы 1 раз за истекший год испытывали раскаяние после употребления алкоголя. 98 респондентов (7,3%) хотя бы 1 раз в течение последнего года не могли вспомнить, что было накануне вечером по причине употребления алкоголя. 3,2%(43) респондентов хотя бы раз в жизни получали физические повреждения или наносили увечья другому человеку в результате употребления алкоголя. Родные и знакомые люди проявляли обеспокоенность по поводу количества выпитого алкоголя у 5%(68) опрошенных респондентов.

Общая оценка теста AUDIT производилась по балльной системе, согласно методике, где показатель 8 баллов является границей между умеренным и опасным потреблением алкоголя. Распределение респондентов по зонам риска, связанным с потреблением алкоголя представлено в таблице 1.

Таблица 1 - Распределение респондентов по зонам риска, связанным с потреблением алкоголя и их распространенность, %.

Зона риска	Баллы	Интерпретация	Распространенность, n=3468
Зона 1	0 баллов	вообще не пьющие	2122(61,2%)
Зона 2	1-7 баллов	низкая вероятность алкогольной зависимости	1218 (35,1%)
Зона 3	8-19 баллов	опасное и вредное потребление алкоголя	115 (3,3%)
Зона 4	20 и более баллов	возможная алкогольная зависимость	13 (0,4%)

Подавляющее большинство опрошенных 3340 (96,3%) набрали менее 8 баллов, что позволяет констатировать у них потребление алкоголя в относительно безопасных для здоровья количествах. Для респондентов, попавших в зону 1 и 2, рекомендовано изучить проблему и следовать простым советам о вреде алкоголя. Тем не менее, 3,7%-это 128 из числа опрошенных попали в зоны 3 и 4, что отражает употребление алкоголя в опасных и вредных количествах. Стоит отметить, что опасное и вредное употребление алкоголя различаются тем, что в первом случае подразумевается наличие риска для здоровья, т.е. зона 3 выявлено у 3,3% опрошенных, тогда как во втором случае констатируется уже оказанный ущерб у 0,4% респондентов, попавших в зону 4. Респонденты, попавшие в зону 3, нуждаются в простых советах, кратком консультировании и продолжение мониторинга, для зоны 4 обязательным является направление к специалисту для диагностики, оценки и лечения. Не исключено, что выбывшие из нашего исследования 171 человек по причине отказа от ответа, употребляют алкоголь в больших количествах и могли бы оказаться в

группе с опасным и вредным для здоровья потреблением алкоголя, что увеличило бы данную когорту обследуемых. Необходимо обратить внимание, на гендерные различия участников нашего исследования, в котором преобладали лица женского пола, общеизвестно относящиеся к группе с меньшим потреблением алкоголя, чем мужчины.

Выводы. По результатам исследования 3,7% респондентов попали в группу с опасным и вредным для здоровья употреблением алкоголя, 61,2% опрошенных воздерживаются от употребления алкоголя, а 35,1% респондентов употребляют алкоголь в низких и относительно безопасных для здоровья количествах. Это позволяет сделать вывод о низком употреблении алкоголя в Карагандинской области. Данная благоприятная ситуация отражает высокий уровень самосознания населения и проводимые государством мероприятия по снижению потребления алкоголя. Таким образом, такой модифицируемый фактор риска как злоупотребление алкоголем, вероятно, не вносит существенный вклад в развитие социально-значимых заболеваний и смертность от них у жителей Карагандинской области.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Babor F., Higgins-Biddle J.C., John B. AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care. Second edition, by Thomas Saunders, and Maristela G. Monteiro. Retrieved June 24, 2006.
2. Allen J.P., Litten R.Z., Fertig J.B., Babor T. A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Alcoholism: Clinical and Experimental Research 1997; 21(4): 613-619.

ТҮЙІН

**Қарағанды мемлекеттік медицина университетінің студенттері Кабиев Д.Ө., Исаева К.С.
Ғылыми жетекші: Ларюшина Е.М.**

ҚАРАҒАНДЫ ОБЛЫСЫНЫҢ ТҮРҒЫНДАРЫНЫҢ ІШІМДІКТІ ҚОЛДАНУЫНА БАҒА БЕРУ

Бұл тезисте Қарағанды облысының тұрғындарының ішімдікті қолдануы дәрежесіне баға берілген. Ішімдікті қолдануға баға бері арнайы сұрақнама AUDIT көмегімен жүргізілді. 3468 респондентке сауалнама жүргізілді. Зерттеуде ішімдікті қолдану дәрежесі мен денсаулыққа зиян және қауіпті мөлшердегі ішімдікті қолданатын қауіп топтары анықталды. Зерттеу барысында Қарағанды облысы тұрғындарының ішімдікті аз мөлшерде қолданатыны анықталды, соған байланысты өлім мен әлеуметтік маңызы бар аурулардың дамуына салмақты әсері жоқ.

Кілт сөздер: ішімдікті қолдану, AUDIT.

SUMMARY

Scientific adviser: **E.M. Laryushina.**

Students of the Karaganda state medical university **D.O. Kabiev, K.S. Isaeva**

ASSESSMENT OF ALCOHOL CONSUMPTION IN RESIDENTS OF KARAGANDA REGION

The study presents an assessment of the level of alcohol consumption among residents of the Karaganda region. Assessment of alcohol consumption was performed using an AUDIT questionnaire. 3468 respondents were interviewed. The study determined the level of alcohol consumption and groups of risk that use alcohol in hazardous and unhealthy quantities. The identified low level of consumption of alcohol among residents of the Karaganda region is probably not making a significant contribution to the development of socially significant diseases and mortality.

Key words: alcohol consumption, AUDIT

УДК: 615.03:615.1/3

О.А. Клименко – магистрант-провизор Запорожского государственного медицинского университета,
г. Запорожье, Украина, olaklimenko1993@gmail.com

Научный руководитель – **Т.П. Заричная** – к. фарм. н., доц. кафедры управления и экономики
фармации, медицинского и фармацевтического товароведения ЗГМУ, г. Запорожье, Украина,
t.zarichnaya@mail.ru

АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРЕПАРАТОВ НА УКРАИНЕ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КОНТИНГЕНТА БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЕЙ

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, анкетирование, Запорожье

Методы и материалы: Исследования проводились с использованием метода анкетирования на базе аптек «ЗФК» города Запорожье. В исследовании принимали участие 50 респондентов. В качестве характеристик для выделения сегментов потребителей были выбраны: пол, возраст, образование, социальный статус.

Результаты и их обсуждение: Большую часть потребителей гипотензивных лекарственных средств составляют пациенты в возрасте от 60 лет (50%), от 51 до 60 лет (34%), среди них преобладают мужчины (53%). Также было установлено, что численность пенсионеров (42%) и служащих (20%) превосходит среди опрошиваемых.

Кроме того, установлено, что основная часть больных (46%) приобретают препараты гипотензивного действия по рекомендации или рецепту врача, 18% – после консультации с провизором, 12% – под влиянием рекламы и 16% – занимаются самолечением.

Сравнив предпочтения в зависимости от происхождения лекарственных средств, можно сделать следующие выводы: 16% больных выбирают препараты растительного происхождения, 60% – синтетические лекарственные препараты. Также среди лекарственных форм наибольшей популярностью пользуются таблетки и капсулы – 84%, жидкие лекарственные формы в виде капель представлены в меньшей мере.

Относительно оценки затрат на приобретение антигипертензивных препаратов с учетом длительности курса лечения, респонденты разделились следующим образом: 82% опрошиваемых считают затраты высокими, 18% – невысокими.

Выводы.

1. Установлено, что большая часть респондентов болеет гипертонической болезнью и использует гипотензивные средства.
2. Среди опрошиваемых количество женщин и мужчин, страдающих данной патологией было практически равным.
3. Большой процент опрошиваемых принимал решение о применении гипотензивных препаратов самостоятельно – 16 %.

ТҮЙІН

О.А. Клименко – Запорожье мемлекеттік медициналық университетінің магистрант - провизоры,
Запорожье қ., Украина, olaklimenko1993@gmail.com

Ғылыми жетекшісі – Т.П. Заричная – фарм. ғ. к., ЗГМУ басқарма және фармация экономикасы,
медициналық және фармацевтикалық тауар енгізу кафедрасының доценті, Запорожье қ., Украина,
t.zarichnaya@mail.ru

УКРАИНАДАҒЫ ГИПЕРТОНИЯЛЫҚ АУРУЛАРДЫ ЕМДЕУ ҮШІН ҚОЛДАНЫЛАТЫН ДӘРІЛЕРДІ ҚОЛДАНАТЫН КОНТИНГЕТТІ ТАЛДАУ

Гипертонияның көп таралуына байланысты, осы аурудың өз уақытында анықтау және науқастарды гипотензивті әсері бар дәрі-дәрмектермен қамтамасыз ету актуальды болып табылады.

Кілт сөздер: гипертония, сұрастыру, Запорожье.

SUMMARY

O. A. Klimenko – the undergraduate pharmacist of the Zaporozhye state medical university, Zaporozhye, Ukraine,
olaklimenko1993@gmail.com

The research supervisor – **T.P. Zarichnaya** – Cand.Ph.Sci., доц. chairs of management and economy of pharmacy, medical and pharmaceutical merchandizing of ZGMU, Zaporozhye, Ukraine, t.zarichnaya@mail.ru

ANALYSIS OF CONTINGENT OF CONSUMERS OF MEDICINAL FACILITIES FOR TREATMENT OF HYPERTENSIVE ILLNESS IN UKRAINE

In connection with high prevalence of high blood pressure, actual are a timely discovery of this pathology and providing of patients medicinal facilities of hypotension action.

Key words: hypertensive illness, questionnaire, Zaporizhzhya

УДК 616.314-08-008.4

Научный руководитель –Процук Р.Ю., Л.П. Липова. Ю.С. Липова – врач-ординатор
Кемеровская государственная медицинская академия, Россия, г. Кемерово

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВРОЖДЕННОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ПАТОЛОГИИ В ГОРОДЕ КЕМЕРОВО АННОТАЦИЯ

В статье представлен статистический анализ количества родившихся детей с врожденными патологиями челюстно-лицевой области по данным родильных домов города Кемерово в период 2013 года и объем оказанной медицинской помощи детям с такими патологиями. Определена целесообразность комплексного лечения патологии. Изучение распространенности врожденной патологии челюстно-лицевой области у детей является актуальной проблемой, поскольку позволяет определить нуждаемость в лечебных и профилактических мероприятиях и эффективность проведения лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: врожденная расщелина губы и неба, комплексное лечение.

Актуальность исследования. Врожденная патология челюстно-лицевой области принадлежат к числу наиболее часто встречаемых пороков развития органов человека, занимающая первое место в структуре антенатальной патологии и включенная в состояния, приводящие к частичному ограничению жизнедеятельности. Врожденные расщелины верхней губы и неба составляют около 13 % всех врожденных пороков развития человека.

В этиологическом аспекте данные пороки развития относятся к мультифакторной патологии, в развитии которой участвуют различные эндогенные, экзогенные, а также генетически обусловленные факторы

За последние десятилетия негативным последствием неблагоприятных изменений в различных сферах жизнедеятельности общества стало ухудшение здоровья детей, а именно, рост хронических форм соматической патологии и психических расстройств, повышение частоты врожденных пороков развития, снижение показателей физического развития.

Ежегодно в России рождается около 30 тысяч детей с врожденными пороками и аномалиями лица и черепа. Врожденные пороки челюстно-лицевой области в связи с их частотой, тяжестью анатомических и функциональных нарушений, трудностью социальной адаптации пациентов, экономическими аспектами являются одной из важнейших проблем медицины.

Целью исследования является изучение статистических данных рождения детей с врожденными расщелинами губы, твердого и мягкого неба по родильным домам города Кемерово и проведенных операций.

Методы и материалы. Проведен статистический анализ количества родившихся детей в период 2013г. в 3 роддомах города Кемерово (областной больницы, 3 горбольницы и 5 роддома), проведенных операций пациентам с врожденной расщелиной верхней губы, твердого и мягкого неба.

Основные результаты. Согласно полученным данным, в 2013г. в 3 роддомах г. Кемерово родилось 9208 детей (3224, 2995, 2989 соответственно), из них с врожденной патологией 0,04% - 4 человека, из них с расщелиной губы – 0,01% (1 человек), неба – 0,03% (3 человека).

В 2013 г. прооперировано 17 человек: дети до года – 4; 1 – 2 года – 1; 3 года – 3; 4 года – 1; 5 лет – 2; 6 лет – 3; 7 – 9 лет – 2; 11лет – 1; среди них 11 – с расщелиной неба, 6 с расщелиной губы. Операции выполняются поэтапно, наблюдение за ребенком начинается с момента рождения. Лечение детей довольно

сложное, поскольку требует объединения усилий нескольких врачей: челюстно-лицевого хирурга, педиатра, анестезиолога, ЛОР врача, ортодонта, логопеда, невропатолога. Челюстно-лицевые хирурги и хирурги-стоматологи проводят осмотры детского населения с целью выявления детей с патологией, определяют объем вмешательства; стоматолог детский проводит санацию полости рта 3-4 раза в год; ортодонты оказывают помощь детям с первых дней жизни и до нормализации прикуса с применением современной ортодонтической аппаратуры и с учетом периода формирования прикуса. Все дети находятся под постоянным наблюдением и лечением у логопеда, поскольку их социальная реабилитация возможна лишь при нормализации речи. Важна работа психолога для своевременного выявления расстройств личности и поведения у детей с врожденной патологией и их коррекция. Ведущая роль акушеров – гинекологов – углубленное обследование женщин, имеющих в анамнезе рождение детей с расщелинами, с целью выявления патологии развития плода, контроль за применением ими во время беременности лекарственных средств. После рождения ребенка с врожденным пороком развития челюстно-лицевой области на диспансерном наблюдении должны находиться не только эти дети, но и их родители.

К сожалению, порок развития не всегда выявляется при проведении УЗИ плода, что говорит о недостаточной информативности диагностики врожденной патологии. Альтернативой этому методу диагностики является использование биочип-диагностики, позволяющей за короткое время выявить несколько тысяч генетических дефектов, определить степень фенотипической реализации генетической предрасположенности порока развития.

Несмотря на успехи, достигнутые в ортодонтическом и хирургическом лечении пациентов с врожденной расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка и неба, полностью устранить анатомические, функциональные и эстетические нарушения удается редко. Это обстоятельство оказывает в дальнейшем отрицательное влияние на формирование личности человека, межличностные отношения, социальную адаптацию в обществе, выбор профессии, трудоустройство, создание семьи. Наиболее эффективной формой оказания поддержки детей-инвалидов и их семей является многопрофильная помощь в центрах диспансерного наблюдения и комплексного лечения.

Выводы. Таким образом, врожденная патология челюстно-лицевой области по-прежнему является одной из острых и актуальных проблем, представляющих угрозу состоянию здоровья детского населения. Дети относятся к наиболее тяжелой группе детей инвалидов. Рождение детей с такой патологией не уменьшается, а тенденция к росту числа нуждающихся в улучшении результатов восстановительных операций и ортодонтического лечения в системе комплексной реабилитации требует постоянного поиска и внедрения новых методов. Пациентам необходимо комплексное, своевременное и многоэтапное лечение, целью которого является не только устранение анатомических нарушений, но и восстановление функционального оптимума и предотвращение их инвалидизации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Косырева Т.Ф. Планирование ортодонтической помощи и прогнозирование результатов лечения зубочелюстных аномалий у детей / Т.Ф.Косырева // Проблемы стоматологии и нейростоматологии. — М., 2006. — №4. — С. 41-44.
2. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Лечение зубочелюстно-лицевых аномалий современными ортодонтическими аппаратами. Клинические и технические этапы их изготовления. / Ф.Я.Хорошилкина, Л.С.Персин // ООО "Ортодент-Инфо". — М., 2008. Кн. 2. — С. 269.
3. Хорошилкина Ф.Я. Руководство по ортодонтии. // Под ред. Ф.Я. Хорошилкиной. // М: Медицина 2005 — С. 9-14.

ТҮЙІН

**Ғылыми жетекші –Процук Р.Ю., Л.П. Липова, Ю.С. Липова – дәрігер –ординаторлар,
Yuliakiselevsk@mail.ru**

Кемеров мемлекеттік медицина академиясы, Ресей Федерациясы, Кемерово қаласы.

КЕМЕРОВО ҚАЛАСЫНДА ТУА БІТКЕН ЖАҚ-БЕТ ПАТОЛОГИЯСЫ ТАРАЛУЫН ЗЕРТТЕУДІҢ ОРЫНДЫЛЫҒЫ

Мақалада 2013 жылы Кемерово қаласы перзентханаларының мәліметтері бойынша жақ-бет патологиясымен туылған балалар санының статистикалық талдауы және осы патологиямен туылған балаларға көрсетілген медициналық қызметтің көлемі көрсетілген. Патологияның кешенді емдеудің мақсаттылығы анықталған. Балаларда жақ-бет туа біткен патологиясының таралуын зерттеу өзекті мәселе болып табылады, өйткені, емдік және профилактикалық шаралардың қажет көлемін анықтауға және емдеу-профилактикалық шаралардың тиімділігін анықтауға мүмкіндік береді

Кілт сөздер: ерін мен тандайдың туа біткен жырығы, кешенді ем.

SUMMARY

Scientific leader -Процук Р.Ю., Л.П. Липова. Ю.С. Липова is a doctor-intern Yuliakiselevsk@mail.ru
Kemerovo state medical academy, Russia, Kemerovo

**EXPEDIENCY OF STUDY OF PREVALENCE OF INNATE MAXILLUFACIAL PATHOLOGY IS
IN CITY KEMEROVO**

In the article the statistical analysis of amount of the born children is presented with innate pathologies of maxillufacial area from data of maternity hospitals of city Kemerovo in the period of 2013 and volume of the rendered medicare to the children with such pathologies. Expediency of holiatry of pathology is certain. A study of prevalence of innate pathology of maxillufacial area children have the issue of the day, as allows to define нуждаемость in curative and prophylactic events and efficiency of realization

Key words: innate cleft of lip and sky, holiatry

ӘӨЖ 616-006-614.876

Ғылыми жетекші – Горемыкина М.В.,

Назарбеков С.М. - Семей мемлекеттік медициналық университетінің 5 курс студенті, Қазақстан Республикасы, Семей қ.

**ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА МІНДЕТТІ МЕДИЦИНАЛЫҚ САҚТАНДЫРУДЫ
ЖҮЗЕГЕ АСЫРУ АЛҒЫШАРТТАРЫ**

АННОТАЦИЯ

Мемлекет басшысының «Қазақстан жолы-2050: бір мақсат, бір мүдде, бір болашақ» атты Жолдауында берілген Қазақстан Республикасында міндетті медициналық сақтандыруды енгізудің орындылығын зерделеу туралы тапсырмасын орындау өзекті болып табылады. Мемлекет басшысы атап өткендей барлық денсаулық сақтау жүйесі мемлекет, жұмыс беруші және жұмысшының өз денсаулығына ортақ жауапкершілігі бас қағидатына негізделуі тиіс. Медициналық сақтандырудың дамуы қазіргі кездегі отандық денсаулық сақтау жүйесіндегі кемшіліктерді азайтып, жүйесіз жүрген істерді біршама жүйелеуге жол ашады, медициналық қызмет көрсететін - медициналық мекемелердің, олардың қызметкерлерінің, жеке машықтанушы дәрігерлердің еңбегінің саны мен сапасына нақты баға беруге мүмкіндік тудырады. Халықтың өз денсаулығына жауапкершілігін күшейтеді және өзі таңдаған жерде ем алуына мүмкіндік тудырады.

Кілт сөздер: міндетті медициналық сақтандыру, анкеталау, статистика, бюджет.

Зерттеудің өзектілігі. Қазақстанда денсаулық сақтауға бюджеттік қаржыландыруды жыл сайын ұлғайту және жаңа медициналық технологияларды дамытумен халықтың өмір сүру ұзақтығының ұлғаю динамикасы байқалады. Соған байланысты медициналық қызметтерге арналған шығыстар мен сұранымдардың ұлғаюы күтілуде.

Қазіргі уақытта денсаулық сақтау жүйесінің тиімділігі тиімділікті жоғарылатудың нарықтық тетіктерін жүзеге асыру жолымен қамтамасыз етіледі. Алайда, болашақта халықтың қажеттіліктеріне жауап беретін тиімді денсаулық сақтау жүйесін қолдау үшін осы шаралардың жеткіліксіз болуы мүмкін. Сондықтан, жалпы алғанда денсаулық сақтаудың тиімділігін арттырудың жаңа тетіктерін іздеу қажет. Осы мәселенің жан-жақты болуы және болашақта Қазақстан денсаулық сақтау жүйесінің алдында тұрған сынын назарға ала отырып, Мемлекет басшысының «Қазақстан жолы-2050: бір мақсат, бір мүдде, бір болашақ» атты Жолдауында берілген Қазақстан Республикасында міндетті медициналық сақтандыруды енгізудің орындылығын зерделеу туралы тапсырмасын орындау өзекті болып табылады. Мемлекет басшысы атап өткендей барлық денсаулық сақтау жүйесі мемлекет, жұмыс беруші және жұмысшының өз денсаулығына ортақ жауапкершілігі бас қағидатына негізделуі тиіс.

Зерттеу әдістері және материалдар. Қазақстандағы және шет мемлекеттердегі осы мәселеге байланысты қол жетерлік ғылыми әдебиетті талдау және жүйелеу. Халықты анкеталау. Әлеуметтік, статистикалық зерттеу әдістері қолданылды.

Зерттеу нәтижелері және талқылау. Әлемдік тәжірибеде сақтандыру нарығы қызметтері бойынша медициналық сақтандырудың 2 түрі қарастырылған: ерікті және міндетті. Қазақстан Республикасының Ұлттық Банкінің статистикалық мәліметтеріне сүйенсек, сақтандыру сыйақысы сақтандырудың ауру

жағдайларына 2015 жылдың 1 қаңтарына республикадағы бүкіл сақтандырудың 8,3 % құрады, бұл былтырғы жылғы көрсеткішпен салыстырғанда 1,0 % көп (2014 жылдың 1 қаңтары – 7,3 %). Статистикаға қарасақ, соңғы жылдары бұл сала бойынша көлемнің тұрақты өскенін байқаймыз, осыдан медициналық сақтандыру көптеген жұмыс берушілердің әлеуметтік пакетіне енгенін көреміз. Зерттеу нәтижелеріне сүйенсек, Қазақстан Республикасы азаматтары ерікті түрде денсаулықтарын сақтандырмайды. Бұл, келесі себептерге байланысты: бағаға қатысты факторлар, халықтың сапалы медициналық қызмет көрсетуге сенбеушілігі, халықтың төмен сақтандыру мәдениеті және медициналық сақтандыруды дамытуда ынталандыруының жоқтығы; мемлекетіміздегі әр облыстың тұрмыс жағдайы мен бағаның (ақша) әртүрлі дәрежеде болуы; сақтандыру нарығында кірістің болмашы қана болуы; халық арасында сақтандыруға қызығушылықтың жоқтығы.

Қазақстанда міндетті медициналық сақтандыруды кезең-кезеңмен басым мемлекеттік үлгіден басым бәсекелестік үлгіге жүзеге асыру керек деп қарастыруда, бұл жүйенің біртіндеп тиімділігін қамтамасыз етеді. Қазіргі уақытта, республикамызда 2009 жылдың 18 қыркүйегінде қабылданған "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексі бекіткен денсаулық сақтау жүйесін қаржыландырудың мемлекеттік үлгісі жұмыс істейді.

Міндетті медициналық сақтандыруды қаржыландыру жүйесі жұмыс берушілер немесе қызметкерлерге сақтандыру шегерулерін мемлекеттік сақтандырудың мемлекеттік қорына енгізуін ұсынады. Республикамыздағы Денсаулық сақтау жүйесіне бөлінген бюджеттік көрсеткіштер соңғы жылдары келесідей болды: 2009 жылы - 455,1 млрд теңге, 2010 жылы - 555,0 млрд теңге, 2011 жылы - 627,3 млрд теңге, 2012 жылы - 731,2 млрд теңге, 2013 жылы - 797,1 млрд теңге, 2014 жылы - 849,0 млрд теңге, 2015 жылы – 900,0 млрд теңге.

Қорытынды: Қазіргі заман - жаңа заман. Нарық талаптарына сәйкес біз жан-жақты білім жинап, заман ағынымен қатар жүзуіміз керек. Сондықтан, медициналық міндетті сақтандыру елімізде тамырын жайса, біздің еш ұтылмайтынымыз айқын. Медициналық сақтандырудың дамуы қазіргі кездегі отандық денсаулық сақтау жүйесіндегі кемшіліктерді азайтып, жүйесіз жүрген істерді біршама жүйелеуге жол ашады, медициналық қызмет көрсететін - медициналық мекемелердің, олардың қызметкерлерінің, жеке машықтанушы дәрігерлердің еңбегінің саны мен сапасына нақты баға беруге мүмкіндік тудырады. Халықтың өз денсаулығына жауапкершілігін күшейтеді және өзі таңдаған жерде ем алуына мүмкіндік тудырады.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Joseph Kutzin. Политика финансирования здравоохранения: руководство для лиц, принимающих решения. Стратегический документ по вопросам финансирования здравоохранения // Всемирная Организация Здравоохранения. - 2008. – 34 с.

РЕЗЮМЕ

Научный руководитель – М.В.Горемыкина, Назарбеков С.М. - студент 5-курса государственного медицинского университета г.Семей, Республика Казахстан

ПРЕДПОСЫЛКИ ВНЕДРЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В КАЗАХСТАНЕ

Актуальным является поручение Главы государства изучить целесообразность внедрения обязательного медицинского страхования в Республике Казахстан, данного в Послании народу Казахстана 2014 года «Казахстанский путь 2050: Единая цель, единые интересы, единое будущее». Как отметил Глава государства, солидарная ответственность государства, работодателя и работника за его здоровье это главный принцип, на котором должна основываться вся система здравоохранения. Внедрение системы обязательного медицинского страхования позволит стимулировать развитие медицинских учреждений, повысит эффективность и качество медицинского обслуживания, доступность основных медицинских услуг, ответственность населения за свое здоровье, также позволит в полной мере реализовать право человека лечиться там, где ему нравится.

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование, анкетирование, статистика, бюджет.

SUMMARY

Scientific adviser: Goremykina M.V.

Nazarbekov S.M. -Semey State Medical University, the 5rd year of student

PRECONDITIONS OF INTRODUCTION OF VOLUNTARY MEDICAL INSURANCE IN KAZAKHSTAN

Actual is the Head of State instructed to study the feasibility of introducing voluntary medical insurance in

the Republic of Kazakhstan, of the address to the nation in 2014 "Kazakhstan Way – 2050: One goal, One Interest and One Future". As the President noted, the joint liability of the state, the employer and the worker for his health is the main principle on which to build the whole system of health care. The introduction of voluntary medical insurance will stimulate the development of medical institutions, increase the efficiency and quality of care, access to basic medical services, the responsibility for the health of the population, will also allow to fully realize the human right to be treated there where he likes.

Key words: voluntary medical insurance, questionnaires, statistics, budget.

ӘӨЖ 616.831-005.1/.12-008.331.1

Ғылыми жетекші – м.ғ.к., профессордың міндетін атқарушы **Талиева Г.Н.**
Серік А.С.- Қарағанды мемлекеттік медицина университетінің 4-курс студенті, Қазақстан Республикасы, Қарағанды қаласы.

МЕКТЕП ЖАСЫНДАҒЫ БАЛАЛАР СЕМІЗДІГІН АЛДЫН АЛУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

АННОТАЦИЯ

Бала денсаулығы қазіргі уақытта бірінші күн тәртібіндегі ең маңызды мәселелердің қатарынан орын алып отыр. Себебі, болашақта өскелең қауымның саулығы- мемлекет іргесінің мықты болу кепілділігі болып табылады. Қазіргі жасөспірім балалардың дұрыс тамақтанбауы- артық салмақтың пайда болуына әкеліп отыр. Ол адам денсаулығына әсер етіп, қазіргі кезде семіздікке соқтыруда. Дұрыс тамақтану мен дене белсенділігі-адам денсаулығының кепілі екенін түсіндіру маңызды болып табылады.

Кілт сөздер: артық салмақ, семіздік, дене белсенділігі мен дұрыс тамақтану, диета.

Өзектілігі. Қазіргі уақытта балалар мен жасөспірімдердің семіздігі қоғам үшін өзекті мәселе болып табылады. Артық салмақты балалар санының өсуі осы күндері дұрыс тамақтанбау мен отырықшы өмірдің негізінде түсіндіріледі. Кейбір уақытта семіздік эндокриндік жүйе аурулары, бас миының ісіктері және басқа да ауыр аурулар әсерінен пайда болуы мүмкін. Осыған байланысты, ата-аналарға уақытылы баланың денсаулығына назар аударып, семіздіктің себебін анықтау негізінде ертерек емдеуді бастау маңыздылығын түсіндіру болып табылады.

Балалық шақтағы семіздік елеулі асқинуларға әкелуі мүмкін. Атап айтқанда, артық салмақты балаларда айтарлықтай қант диабеті, гипертония, бауыр аурулары, өт қабының қабыну қаупі артады. Сонымен қатар, ерте жастан семіздікке бейім адамдар жүрек-қан тамыр жүйесінің, тірек-қимыл жүйесінің ауруынан зардап шегуі мүмкін.

Әдістер мен материалдар. Артық салмақтық пен семіздік өзекті мәселе екенін ескере отырып, жастар арасында семіздіктің пайда болуы мен таралуының негізгі себептеріне медициналық – әлеуметтік сипаттама беру мақсатында «Қарағанды қаласындағы №74 жалпы орта білім беретін» коммуналдық мемлекеттік мекемесінің 8-11 сынып оқушылар арасында арнайы кафедра ұжымымен құрастырылған, бекітілген сауалнама арқылы зерттеу жүргізілді.

Сауалнамамыз осы мәселені толығымен ашады деген әртүрлі 32 сұрақты қамтыды. Сауалнамаға жалпылай - 146 оқушы, оның ішінде 41 ер бала, 105 қыз бала қамтылды. Респонденттердің жас мөлшері 13-18 жасты құрайды.

Негізгі нәтиже. Сұрастыру қорытындысына статистикалық талдау жүргізе келе, оқушылардың 29,6% -дене салмағының жеткіліксіздігімен, 55,6%- қалыпты дене салмағы, 11,1% - артық салмақтан азап шегетіндер, 3,7% - семіздіктің І дәрежесімен тіркелгендігі анықталды.

Өз салмағына қанағаттанбаушылық, өзін-өзі төмен бағалау, дене салмағын азайтуға және денсаулығын жақсартуға бағытталған негізгі алдын алу шаралары туралы сұрағанымызда, физикалық жаттығулармен айналысатындар (мысалы: жүгіру, жаяу жүру, би, фитнес т.б) - 41,9%, толық құнды тағамдарды қабылдайтындар - 22,2%, тағамды талғамай қабылдайтындар - 19,6%, аз, бірақ жиі тағам қабылдайтындар - 12,8%, «диета ұстайтындар» - 3,5% қамтыды.

Фастфуд - семіздіктің ең жиі кездесетін себебі екенін ескере отырып, «Қаншалықты жиі фастфудты пайдаланасыз?» деген сұраққа респонденттердің жауабы қызығушылық танытты. 146 респонденттің 37 оқушысы айына бір рет, 14 оқушы фастфудты күнде, 28 оқушы аптасына бірнеше рет, 67 оқушы мүлдем қолданбайтындығы туралы мәлімдеді.

Салауатты өмір салты – семіздіктің алдын-алуының негізі десек, жүргізілген сауалнама нәтижесінде оқушылар арасында 37% - салауатты өмір салтын жүргізбейтіндігі, себебі оларға өздерінің ұстанған өмір салтын қалыпты деп санайды, ал 24,7%- мектепте және үйде физикалық шынықтырумен айналысуға уақыттарының жетпейтіндігі, 23,5%-олардың аулаларында спорт алаңдарының жоқтығы, 8,6%- достарының спортпен айналыспауына байланысты өздері де спортпен шұғылданбайтындығы, 2,5% - отбасының спортқа деген белсенділігінің болмауынан, ал респонденттердің 3,7% – өздерінің дене салмақтарынан ұялу себептерінен салауатты өмір салтын ұстанбаймыз деп жауап берді.

Семіздікті алдын алу - бала, ата-аналар мен дәрігерлер арасында қарым-қатынас жүйесін орнату болып табылады. Бүгінгі күні диетаны сақтау және дене белсенділігі артық салмақты азайтудың ең тиімді әдісі болып табылады. Диеталар және жаттығулардың негізгі мақсаты дене салмағын азайту емес, дене салмағының артуын алдын алу болып табылады.

Дене салмағы қалыпты деңгейден әлдеқайда жоғары болса, онда балаға артық салмақты жоғалтуға бағытталған диеталар ұсынылады. Бірден салмақ жоғалту немесе салмақ қосу қауіпті болғандықтан, бала артық салмағынан біртіндеп арылуы тиіс.

Диетаны міндетті түрде емдейтін дәрігермен немесе диетолог-дәрігерімен талқылау қажет. Дәрігер емделуші баланың жеке бас ерекшелігін ескере отырып, белоктар, майлар, көмірсулар, сондай-ақ, микроэлементтер мен витаминдердің қажеттіліктерін есептеп береді.

Дене белсенділігі баланы қызықтыратын дене шынықтыру, аэробика, таза ауа, жүзу, жеңіл атлетика, дала ойындары немесе кез келген басқа кәсіп болуы мүмкін. Баланы қызықтыру үшін ата-аналардың өздері үлгі болып, спортпен шұғылдануын мадақтап отыруы керек. Сондай-ақ күнделікті жарты сағат жаяу жүру айтарлықтай бала денсаулығын жақсартып және семіздіктің асқыну қаупін азайтады.

Отбасындағы қолайлы психологиялық ахуал мен ата-аналардың қолдауы маңызды рөл атқарады. Бала немесе жасөспірім артық салмақтан ұялса немесе оның бойында депрессия белгілері бар болса, психолог немесе дәрігермен кенесуді ұсынамыз.

Ата-аналар мен денсаулық сақтау қызметкерлері жас балалардың дұрыс тамақтануын бақылайды. Жасөспірімдер өз таңдауын өздері жасайды, бірақ отбасындағы тамақтану әдеттері маңызды болып табылады. Дәрігерлер отбасы мүшелерінің баланың салмағымен қатар, олардың қандай әдеттерді өзгертуге дайындығын әңгімелесу арқылы бағалауға болады. Ата-аналар өз мінез-құлқын өзгертуге немесе бала салмағын азайту елеулі мәселелер деп санамаса, бұл жағдайда семіздікті емдеу сәтсіздікке әкеледі. Сонымен қатар сәтсіздік балаға өзін-өзі төмен бағалауға немесе болашақта дене салмағын азайтуда зиян келтіруі мүмкін.

Қорытынды. Жоғарыдағы зерттеу нәтижесін қорытындылай келе, біріншіден, мектеп жасындағы балалар арасында семіздіктің I дәрежесінде - 3,7%, 11,1% артық салмақты қамтыды. Екіншіден, 17,3% респонденттер өзінің дене салмағын «артық салмақ» деп санама, 4,3% өзіндерін семіз деп санайды. Үшіншіден, респонденттердің 23,5% - ы аулаларында спортпен айналысуға мүмкіндік жоқ деп жауап берсе, 24,7% – мектепте дене шынықтырумен айналысуға уақыттарының жетпейтіндіктері тіркелді.

Артық салмақ жалқаулықтың және өзін-өзі реттеу тәртібінің болмау салдарынан деген әлеуметтік және этикалық мәселелер балалар мен ата-аналардың жиі қысылуына әкеліп, ұят сезімін тудырады. Жанашырлық пен аяушылықтың көмегімен емдеуші дәрігер балалар мен олардың отбасына бұл артық салмақ және семіздік - созылмалы жағдай екенін сезіндіріп, емделуге болатынын түсінуге көмектеседі.

ӘДЕБИЕТТЕР

- 1) Беляков Н.А., Мазуров В.И. Ожирение. Руководство для врачей. – СПб.: 2003. – 520 б
- 2) Dr. João Breda. WHO Childhood Obesity Surveillance Initiative. WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity. WHO, 2012, 19 p.
- 3) ВОЗ: Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью. ВОЗ, 2004, 21 б

РЕЗЮМЕ

Научный руководитель –к.м.н., и.о. профессора Талиева Г.Н. Серік А.С- студентка 4 курса, Карагандинский Государственный Медицинский Университет, Республика Казахстан, г.Караганда.

ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

В настоящее время ожирение у детей и подростков является актуальной проблемой для общества. Рост количества детей с избыточным весом в наши дни объясняется, преимущественно, неправильным питанием и малоподвижным образом жизни. Реже, ожирение может быть следствием заболеваний эндокринной системы, опухолей головного мозга и других серьезных болезней. В связи с этим родителям

важно вовремя обратить внимание на состояние здоровья ребенка, выяснить причину ожирения и вовремя начать лечение.

Ключевые слова: избыточный вес, ожирение, физическая активность, диета и питание.

SUMMARY

Scientific leader of - candidate of medical sciences, acting as professor Talieva G.N.
Serik A.S- student 4 courses
Karaganda State Medical University, Republic of Kazakhstan, Karaganda.

TO THE PROBLEMS OF PROPHYLAXIS OF OBESITY FOR THE CHILDREN OF SCHOOL AGE

Presently obesity children and teenagers have the issue of the day for society. The height of amount of children with an overweight is in our days explained, mainly, improper feeding and not mobile way of life. Rarer, obesity can be investigation of diseases of the endocrine system, brain-growths and other serious illnesses. In this connection parents are important in time to pay attention to the state of health child, find out reason of obesity and in time to begin treatment. **Key words:** overweight, obesity, physical activity, is a diet and feed.

УДК 619: 579.63

З.К. Авизова - студентка 4-го курса ЮКГФА, г. Шымкент, РК, Zeunepa@mail.ru
Научный руководитель - **Г.Т. Алимжанова** - старший преподаватель ЮКГФА, г. Шымкент, РК.

ПАРАЗИТЫ КАК ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

АННОТАЦИЯ

Проблема заболеваемости внутрибольничными инфекциями (ВБИ) остается наиболее актуальной и трудноразрешимой в современной медицине во всем мире, в том числе и в нашей стране. Острота и важность этого вопроса обусловлены высоким уровнем заболеваемости госпитальными инфекциями и широтой их распространения, особенно в течение последних 20-30 лет.

Ключевые слова: внутрибольничные инфекции, паразиты, заболеваемость

Одним из компонентов, характеризующих “индекс здоровья” нации, является уровень инфекционной заболеваемости, в формировании которого важную роль играют внутрибольничные инфекции. Заболеваемость ВБИ в определенной степени отражает качество медицинской помощи, оказываемой населению, и существенно влияет на уровень экономических затрат. В настоящее время к проблеме ВБИ привлечено внимание медицинских работников различных специальностей: организаторов здравоохранения, гигиенистов, эпидемиологов, бактериологов и клиницистов. По данным ВОЗ в развитых странах от 5 до 10 % госпитализированных пациентов во время пребывания в современных госпиталях заражаются одним или несколькими инфекциями. В развивающихся странах риск возникновения нозокомиальных инфекций в 20 раз выше [1].

Цель исследования - изучение роли паразитов как этиологического фактора в развитии внутрибольничных инфекций.

Материалы и методы исследования. Нами был проведен анализ зарубежной и отечественной научной литературы посвященной данной тематике.

Госпитальные инфекции затрудняют проведение лечебно-диагностического процесса, снижают его эффективность, удлиняют срок госпитализации в среднем на 6-8 дней. А это приводит к дополнительной заболеваемости, повышает летальность, приводя к повышению экономических затрат, и нанося в целом существенный социальный ущерб. Так, в США один случай ВБИ, удлиняя срок госпитализации на 4 дня, делает лечение дороже на \$ 2,100. В 2,7% случаев госпитальные инфекции способствовали летальным

исходам [2].

В развитых странах в результате внедрения и ужесточения эпиднадзора отмечается стабилизация уровня ВБИ в пределах 5-10%. И, тем не менее, экономический ущерб от данной патологии составляет там ежегодно от 5 до 10 млрд. долларов [3].

Внутрибольничные инфекции представляют собой большую угрозу для здоровья населения, в большинстве случаев, они касаются групп с факторами риска. К последним относятся пациенты, прошедшие радио- и химиотерапию, чья иммунная система может быть подавлена, и ВИЧ-инфицированные. На основании данных из 1265 отделений интенсивной терапии в 75 странах, было установлено, что доля паразитов в ВБИ было 0,48% в целом, и 0,25% в Западной Европе [4].

Результаты исследования и их обсуждение. Одним из признаков внутрибольничной инфекции является диарея, обычно вызванная вирусами, такими как ротавирусы и бактерий, таких как *Clostridium difficile* [5].

Установлено, что паразиты как возбудители диареи были обнаружены в 12-17% внутрибольничных эпидемий и в 1% эндемичных очагах [6]. В хирургических отделениях данный показатель намного выше – 19,8% [7]. Наиболее часто были обнаружены простейшие такие как: криптоспоридии, дизентерийная амёба, лямблии и *Blastocystis hominis*. Только в отдельных случаях были обнаружены гельминты. Кишечные паразиты часто наблюдаются у больных после химиотерапии, антибиотикотерапии, лечения стероидами и следовательно данная группа может повлиять на пациентов в других отделениях [5-8].

Лакруа и Соренсен отмечают, что распространенность остриц у детей, находящихся в стационаре составляет 22%, в группе от 5 до 12-летних детей достигая 29% [9]. Эпидемиологические исследования, проведенные в нескольких психиатрических больницах, показали наличие паразитов у 8,4% пациентов, наиболее распространенным среди которых является власоглав. Инфекции в три раза чаще встречается у тех, кто госпитализирован в течение более чем трех лет, что свидетельствует о передаче между пациентами [10].

Простейшие вызывая диарею могут быть переданы через пищу и воду, загрязненные фекалиями, прямой контакт с больным человеком или косвенно, через использование общего оборудования и процедур по уходу [6]. Кишечные простейшие могут привести к вспышкам эпидемии как ротавирус и *Clostridium difficile* [4]. Одним из наиболее интересных случаев была вспышка эпидемии в больнице Копенгагена. Целых 18 ВИЧ-инфицированных пациентов в течение короткого времени были заражены криптоспоридиями. Эпидемиологическое расследование показало, что источником возбудителя был пациент, зараженный криптоспоридиозом при использовании машины для кубиков льда, где были обнаружены цисты криптоспоридии. Эти цисты очень устойчивы к условиям окружающей среды, они способны выжить в течение 2 часов, даже на сухой поверхности. Таким образом, загрязнение льда в течение очень короткого периода времени привело к распространению возбудителя среди людей с ослабленным иммунитетом. К сожалению, большинство дезинфицирующих средств не обладают противопаразитарной активностью, или их эффективность против протозойных цист или яиц гельминтов является низким [11].

Выводы. Таким образом, на основании обзора результатов исследований, проведенных зарубежными учеными, можно сделать следующие выводы: 1) по данной проблеме проводятся широкие исследования в основном европейскими учеными; 2) ими было установлено, что ВБИ представляет собой большую угрозу пациентам с факторами риска; 3) установлено, что ВБИ существенно увеличивают экономические затраты страны; 4) в связи с вышеизложенным материалом рекомендуется усовершенствование системы профилактики ВБИ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1.Турсунбаев А.К., Шарапов О.Н., Юсупова Д.Ю. Профилактика внутрибольничных инфекций – требование времени //Молодой ученый, №19, 2015. -С. 306-311.
- 2.Тотанов Ж.С. Актуальные вопросы оптимизации системы профилактики внутрибольничных инфекций в медицинских учреждениях Республики Казахстан //Гигиена, эпидемиология и иммунобиология, № 2(40), 2009. -С. 84-89.
- 3.World Health Organization. Our Planet, Our Health: Report of the WHO Commission on Health and Environment. Geneva: WHO, 1992.
- 4.Goralska K., Kurnatowski P. Parasites as etiological factors of nosocomial infections. //Annals of Parasitology, №59(1), 2013. -С. 3-11.
- 5.Główny Inspektorat Sanitarny 2012. Stan Sanitarny Kraju w roku 2011. Główny Inspektorat Sanitarny. Warszawa
- 6.Aygun G., Yilmaz M., Yasar H., Asian M., Polat E., Midilli K., Ozturk R., Altas K. 2005. Parasites in nosocomial diarrhea: are they underestimated? Journal of Hospital Infection 60: 283-285.

7.Sandokji A.M., Murshid K.R., El-Badry A.A., Ali-Ali K.H., Halaby S.A. 2009. Infectious nosocomial diarrhea in the surgical wards: role of parasites and microbes imply stool analysis. Journal of Taibah University Medical Sciences 4: 73-81.

8.El-Sibaei M.M., Rifaat M.M., Hameed D.M., El-Din H.M. 2003. Nosocomial sources of cryptosporoidal infection in newly admitted patients in Ain Shams University Pediatric Hospital. Journal of the Egyptian Society of Parasitology 33: 177-188.

9.Lacroix M., Sorensen B. 2000. Occurrence of Enterobius vermicularis in children hospitalized at a central hospital. Ugeskrift for Laeger 162: 1236-1238.

10. Cheng H.C., Wang L.C. 2005 Intestinal parasites may not cause nosocomial infections in psychiatric hospitals. Parasitology Research 95: 358-362.

11. Lebeau B., Pinel C., Grillot R., Ambrose-Thomas P. 1998. Fungal and parasitic nosocomial infections: importance and limitations of disinfection methods. Pathologie Biologie 46: 335-340.

ТҮЙІН

З.К. Авизова - ОҚМФА 4 курс студенті, Шымкент қ., ҚР, Zeynepa@mail.ru
Ғылыми жетекші - **Г.Т. Алимжанова** - ОҚМФА аға оқытушысы, Шымкент қ., ҚР.

ПАРАЗИТТЕР АУРУХАНАШІЛІК ИНФЕКЦИЯЛАРДЫҢ ЭТИОЛОГИЯЛЫҚФАКТОРЫ РЕТІНДЕ

Ауруханашілік инфекция (АИИ) мәселесі қазіргі заманғы медицинада бүкіл әлемде, оның ішінде біздің елде де, ең өзекті және шешімі қиын табылатын мәселе болып қалып отыр. Бұл сұрақтың өткірлігі мен маңыздылығы, соңғы 20-30 жыл ішінде, госпитальдық инфекциялармен жоғары сырқаттанушылық пен кең таралуымен негізделген.

Кілт сөздер: ауруханашілік инфекция, паразиттер, сырқаттылық.

RESUME

Z.K. Avizova - The student of 4 th of the South-Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent, Republic of Kazakhstan, Zeynepa@mail.ru
Scientific director - **G. T. Alimzhanova** - Senior Lecturer of the South-Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent, Republic of Kazakhstan.

PARASITES AS A CAUSATIVE AGENT OF NOSOCOMIAL INFECTIONS

The problem of morbidity remains in-hospital infections (ВБИ) to most actual and трудноразрешимой in modern medicine in the whole world, including in our country. A sharpness and importance of this question are conditioned by the high level of morbidity by hospital infections and breadth of their distribution, especially during the last 20-30

Key words: nosocomial infections, parasites, morbidity.

УДК 616.89-008.441-078

Научный руководитель: старший преподаватель **А.С. Игибаева** Казахского Национального Медицинского Университета им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы
Турдалиева М.У., Закен А.Т - студенты 3-го курса Казахского Национального Медицинского Университета им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы madi_1_kz_girl@mail.ru, aiko_o.o@inbox.ru

ОЦЕНКА УРОВНЯ СИТУАТИВНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ. ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ЧЕЛОВЕКА С ПОМОЩЬЮ ТЕСТА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ САМООЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ-ОПРОСНИКА САН.

АННОТАЦИЯ

Определить уровень тревожности и уровень самочувствия: провести тестирование, анализ результатов, произвести сопоставление с литературными нормативами. Самочувствие — субъективное ощущение физиологической и психологической комфортности внутреннего состояния. Может быть представлено как в виде некоторой обобщенной оценочной характеристики (С. хорошее, плохое, бодрость, недомогание и др.), так и локализованных по отношению к определенным органам, функциям и системам переживаний: признаки дискомфорта в различных частях тела, трудность выполнения определенных моторных и когнитивных актов и т. д.

Ключевые слова:

Тревожность, самочувствие, активность, настроение (САН)

Введение: 1. Уровень тревожности и самочувствие, настроение у студентов до и после рубежного контроля различен. 2. Исследование проводилось при помощи следующих методов: а) метод количественной обработки и качественной интерпретации полученных данных, метод письменного опроса; б) метод математической статистики - критерий Спилберга Ханина и опросника «САН» (Самочувствие, Активность, Настроение). 3. Составить график по результатам тестов Спилберга Ханина и опросника «САН».

Методы и материалы исследования:

1. Исследование проводилось в два этапа. Студент должен был определить: степень выраженности у себя симптомов тревожности (использовалась известная шкала тревожности Ч.Спилбергера в адаптации Ю.Л.Ханина)

1. Психологическое тестирование по методике САН («самочувствие», «активность», «настроение»)

Были выбраны периоды, характеризующиеся наиболее заметными изменениями в тревожности: в обычный учебный день; перед рубежного контроля и после.

На первом этапе была определена ситуативная и личностная тревожность у студентов экспериментальных групп по опроснику Спилбергера в обычный учебный день. Второй этап эксперимента включал психологическое тестирование по методике САН: «самочувствие», «активность», «настроение».

2. Показатели самочувствия, активности, настроения студентов в различные экспериментальные периоды, в баллах. В исследовании принимали участие студенты первого курса Казахского национального медицинского университета имени Асфендиярова. Всего – 70 человека, из них 25 юношей и 45 девушек. Общий возраст: от 17 лет до 19 года.

ГЛАВА 1. Тревоги и тревожности

Проблема тревоги и тревожности в психологической литературе

В современной психологии проблема тревоги и тревожности является одной из наиболее разрабатываемых. Первым акцентировал свое внимание на данной проблеме З. Фрейд. Также изучением тревоги и тревожности занимались многие известные психологи. Такие как К. Хорни, А. Фрейд, Дж. Тейлор, А. М. Прихожан, Р. Мэй.

Тревога - это состояние беспокойства, возникающее у человека в ситуации, которая представляет для него определенную физическую или психологическую угрозу.

Тревожность, в свою очередь, это индивидуальная психологическая особенность, проявляющаяся в склонности человека часто переживать сильную тревогу по относительно малым поводам. Термин «тревожность» нередко используется и для обозначения более широкого круга переживаний, возникающих независимо от конкретной ситуации.

Вот что ощущает человек во время тревожности физиологически: усиление сердцебиения; учащение дыхания; увеличение минутного объема циркуляции крови; возрастание общей возбудимости; снижение порога чувствительности.

На психологическом уровне тревожность ощущается как: напряжение; озабоченность; нервозность; чувство неопределенности; чувство грозящей опасности, неудачи; невозможность принять решения и др.

Тревожность проявляется: в беспомощности; в неуверенности в себе; в преувеличении значимости ситуаций и ощущение бессилия перед ними. В процессе адаптации первокурсников к вузу возникают такие трудности как: а) отрицательное переживание, связанное с уходом вчерашних школьников из школьного коллектива. С его взаимопомощью и моральной поддержкой; б) недоста-точная психологическая подготовка к профессии; в) неумение осуществлять психологическое саморегулирование поведения и деятельности; г) недостаточно развито стремление к самообразованию и т.д.

Самочувствие, активность и настроение.

Самочувствие — субъективное ощущение физиологической и психологической комфортности внутреннего состояния. Может быть представлено как в виде некоторой обобщенной оценочной характеристики (хорошее, плохое, бодрость, недомогание и др.), так и локализованных по отношению к определенным органам, функциям и системам переживаний: признаки дискомфорта в различных частях тела, трудность выполнения определенных моторных и когнитивных актов и т. д. Для разных видов состояний индивида характерна специфическая симптоматика изменений. Этим обусловлено традиционное использование разнообразных симптомов в качестве основной группы признаков в многофакторных субъективных методиках оценки психического состояния и работоспособности. Субъективные оценки получаемые в результате стандартизованного опроса или свободного самонаблюдения, являются необходимым элементом проведения различных форм медицинской и психологической экспертизы, оценки условий труда, оптимальности организации разных форм деятельности (учебной, профессиональной, спортивной и др.). Субъективные оценки анализируются в совокупности с данными объективных измерений, получаемых с помощью средств психофизиологического и психологического тестирования, а при необходимости — и медицинских наблюдений.

Методика САН является разновидностью опросников состояний и настроений. Разработан В.А.Доскиным, Н.А.Лаврентьевой, В.Б.Шарай, М.П.Мирошниковым в 1973 г. При разработке методики авторы исходили из того, что три основные составляющие функционального психоэмоционального состояния-самочувствие, активность и настроение могут быть охарактеризованы полярными оценками, между которыми существует континуальная последовательность промежуточных значений. Однако получены данные о том, что шкалы САН имеют чрезмерно обобщенный характер. Факторный анализ позволяет выявить более дифференцированные шкалы «самочувствие», «уровень напряженности», «эмоциональный фон», «мотивация» (А.Б.Леонова, 1984).

ГЛАВА 2. Изучения тревожности и самочувствия студентов первого курса (до и после рубежного контроля).

Описание. Мы с помощью опросника Спилберга Ханина и опросника САН выявили уровень тревожности и самочувствие, настроение у студентов 1 курса. Для начала мы провели письменный и анонимный опрос у студентов. В опросе приняли участие 70 студентов первого курса. Провели опрос, а затем выявили анализ результатов. По результатам опроса выяснилось, что уровень тревожности и самочувствие у студентов до и после рубежного контроля разные, то есть до рубежки они более спокойные и не утомленные, бодрые, и с повышенной активностью и настроением. То есть показатели тревожности и самочувствие до рубежки намного ниже, чем после. Если говорить о студентах с повышенной тревожностью до рубежки то таких студентов 30, это составляет 43% от всего, а уровень средней тревожности 23 студента 33%, а уровень низкой тревожности 17 студентов 24%. А если говорить о конце рубежки то тут уровень тревожности намного разрастает, к примеру не 30 а уже 52 студента с повышенной тревожностью то есть 74%, средний 16 студентов 23% и низкий 2 студента 3% с уровнем тревожности. А если говорить о Самочувствие, активности и настроение студентов до рубежки намного лучше, чем после. По результатам мы выявили, что хорошее самочувствие до рубежки у студентов 31,5% то есть 45 студентов из 70, а среднее 16 студентов 11,2%, а низкий 9 студентов 6,3%. А после рубежки всего 32 студента остались с повышенным самочувствием, это составляет 22,4%, а среднее 20 это 14%, а низкий 18 это 12,6%. А если говорить об уровне активности у 51 студентов повышенная активность, это 35,7% а низкий уровень 4 студентов, это 2,8%, а после рубежки, 23 студентов высокий уровень активности это 16,1%, среднее 28 студентов 19,6%, а низкий 19 студентов 13,3%. А если скажем о настроении, то у 38 студентов повышенное настроение, это 26,6%, а среднее 20 студентов это 14%, а низкое 12 студентов, это 8,4% составляет.

Предметом исследования является уровень тревожности у студентов первого курса. Для определения уровня тревожности, были использованы следующие методики: Ч. Д. Спилбергер, Ю. Л. Ханин «Шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности» В исследовании приняли участие 70.

Таблица 1 - Результаты исследования студентов 1 курса по методике Ч. Д. Спилбергера.

Показатели	Высокий уровень		Средний уровень		Низкий уровень	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
Количество студентов						
До рубежного контроля	30	43%	23	33%	17	24%
После рубежного контроля	52	74%	16	23%	2	3%

Таблица 2 - Анкета Ч.Д Спилберга для исследования тревожности.

	A	B	C	D
1. Я спокоен	1	2	3	4
2. Мне ничего не угрожает	1	2	3	4
3. Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4. Я испытываю сожаление	1	2	3	4
5. Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6. Я расстроен	1	2	3	4
7. Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8. Я чувствую себя отдохнувшим	1	2	3	4
9. Я не доволен собой	1	2	3	4
10. Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11. Я уверен в себе	1	2	3	4
12. Я нервничаю	1	2	3	4
13. Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14. Я взвинчен	1	2	3	4
15. Я не чувствую скованности, напряжённости	1	2	3	4
16. Я доволен	1	2	3	4
17. Я озабочен	1	2	3	4
18. Я слишком возбуждён и мне не по себе	1	2	3	4
19. Мне радостно	1	2	3	4
20. Мне приятно	1	2	3	4
21. Я испытываю удовольствие	1	2	3	4
22. Я очень быстро устаю	1	2	3	4
23. Я легко могу заплакать	1	2	3	4
24. Я хотел бы быть таким же счастливым, как и другие	1	2	3	4
25. Нередко я проигрываю из-за того, что недостаточно быстро принимаю решения	1	2	3	4
26. Обычно, я чувствую себя бодрым	1	2	3	4
27. Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
28. Ожидаемые меня трудности, обычно, очень тревожат меня	1	2	3	4
29. Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30. Я вполне счастлив	1	2	3	4
31. Я принимаю всё слишком близко к сердцу	1	2	3	4
32. Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33. Обычно, я чувствую себя в безопасности	1	2	3	4
34. Я стараюсь избегать критических ситуаций	1	2	3	4
35. У меня бывает хандра	1	2	3	4
36. Я доволен	1	2	3	4
37. Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38. Я так сильно переживаю свои разочарования, что потом долго не могу о них забыть	1	2	3	4
39. Я уравновешенный человек	1	2	3	4
40. Меня охватывает сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

Тест “Самочувствие Активность Настроение” был разработан сотрудниками 1-го Московского медицинского института имени И.М.Сеченова: В.А.Доскиным, Н.А Лаврентьевой, М.П.Мирошниковым и В.Б.Шарай и впервые опубликован в 1973 г. САН предназначен для определения функционального состояния человека и его изменений в течение определенных интервалов времени (например, рабочей смены, этанов обучения и тренажа или различных периодов социальной или медицинской реабилитации). «САН» представляет с собой бланк на которой нанесены 30 пар словпротивоположного значения, отражающих различные стороны самочувствия, активности и настроения. Метод измерения заключается в том, что испытуемому предлагается поставить оценку своему состоянию (оценить степень выраженности каждого признака). Шкала оценок представлена семью грациями. Между парами слов расположены цифры 3-2-1-0-1-2-3, а задача испытуемого состоит в том, чтобы выбрать и отметить цифру, наиболее точно отражающую его состояние в момент обследования.

Самочувствие — сумма баллов по шкалам: 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.

Активность — сумма баллов по шкалам: 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.

Настроение — сумма баллов по шкалам: 5, 6, И, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Полученные результаты по каждой категории делятся на 10. Средний балл шкалы равен 4. Оценки, превышающие 4 балла, свидетельствуют о благоприятном состоянии испытуемого, ниже 4 — о неблагоприятном состоянии. Нормальные оценки состояния располагаются в диапазоне 5,0—5,5 баллов. Следует учесть, что при анализе функционального состояния важны не только значения отдельных показателей, но и их соотношение.

Полученная по каждой шкале сумма находится в пределах от 40 до 70 и позволяет функциональное состояние индивида в данный момент времени по принципу.

-30 баллов-низкая оценка

-30-50 баллов-средняя оценка

-50-70-высокая оценка

Таблица 3 - “Самочувствие Активность Настроение” результаты студентов до рубежного контроля.

Студенты	Высокий уровень		Средний уровень		Низкий уровень	
	Кол- во	%	Кол- во	%	Кол- во	%
До рубежного контроля						
Самочувствие	45	31,5%	16	11,2%	9	6,3%
Активность	51	35,7%	15	10,5%	4	2,8%
Настроение	46	32,2%	24	16,8%	0	0%

Таблица 4 -“Самочувствие Активность Настроение” результаты после рубежного контроля.

Студенты	Высокий уровень		Средний уровень		Низкий уровень	
	Кол- во	%	Кол- во	%	Кол- во	%
После рубежного контроля						
Самочувствие	32	22,4%	20	14%	18	12,6%
Активность	23	16,1%	28	19,6%	19	13,3%
Настроение	38	26,6%	20	14%	12	8,4%

Таблица 5- Анкета “Самочувствие Активность Настроение” для исследования Самочувствия.

1. Самочувствие хорошее	3210123	Самочувствие плохое
2. Чувствую себя сильным	3210123	Чувствую себя слабым
3. Пассивный	3210123	Активный
4. Малоподвижный	3210123	Подвижный
5. Веселый	3210123	Грустный
6. Хорошее настроение	3210123	Плохое настроение
7. Работоспособный	3210123	Разбитый

8. Полный сил	3210123	Обессиленный
9. Медлительный	3210123	Быстрый
10. Бездеятельный	3210123	Деятельный
11. Счастливый	3210123	Несчастный
12. Жизнерадостный	3210123	Мрачный
13. Напряженный	3210123	Расслабленный
14. Здоровый	3210123	Больной
15. Безучастный	3210123	Увлеченный
16. Равнодушный	3210123	Взволнованный
17. Восторженный	3210123	Унылый
18. Радостный	3210123	Печальный
19. Отдохнувший	3210123	Усталый
20. Свежий	3210123	Изнуренный
21. Сонливый	3210123	Возбужденный
22. Желание отдохнуть	3210123	Желание работать
23. Спокойный	3210123	Озабоченный
24. Оптимистичный	3210123	Пессимистичный
25. Выносливый	3210123	Утомляемый
26. Бодрый	3210123	Вялый
27. Соображать трудно	3210123	Соображать легко
28. Рассеянный	3210123	Внимательный
29. Полный надежд	3210123	Разочарованный
30. Довольный	3120123	Недовольный

Выводы: Для определения функциональных состояний студентов использовалась методика САН, для изучения личностной тревожности – методика Ч. Спилбергера – Ю. Ханина. Показатели САН замерялись до рубежного контроля, после их окончания. Испытуемыми были студенты 1-го курса факультета ОМ. Исследований показали:

- у всех исследованных студентов наблюдается тенденция к проявлению высокого или среднего уровня личностной тревожности;
- перед рубежным контролем более высокие показатели САН обнаруживаются у студентов с меньшим уровнем ЛТ. Связь показателей САН и уровня ЛТ – статистически значима;
- показатели САН увеличиваются после рубежного контроля у более тревожных испытуемых;
- выявлена статистически значимая связь между уровнем ЛТ и уровнем настроения до начала и после окончания занятий в университете. Чем меньше уровень ЛТ, тем выше настроение;
- самочувствие, активность, настроение ухудшаются меньше после окончания занятий у тех студентов, у которых больше выражена познавательная мотивация;
- изменение функционального состояния студентов по всем показателям САН связано с силой возбудительного процесса. По данным корреляционного анализа у студентов с большей силой возбудительного процесса показатели САН меньше снижаются после окончания аудиторных занятий;
- у студентов с более высоким уровнем личностной тревожности показатели САН оказываются сниженными в стрессовой ситуации (перед рубежного контроля).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Айзенк, Х., Психологические теории тревожности [Текст]: учебник для вузов/ Под ред. В.М. Астапова. - СПб.: Питер, 2001.-247с.
- Большая энциклопедия психологических тестов. М.: Эксмо, 2005.-416с.
- Габдреева, Г. Ш, Практикум по психологии состояний [Текст]: учебное пособие/ Г. Ш. Габдреева, А. О. Прохоров; под ред. А. О. Прохорова.-М.: Речь, 2004.-480с.
- Ермолаев, О. Ю, Математическая статистика для психологов [Текст]: учебник/О. Ю. Ермолаев. - М.: Флинта, 2002. - 336 с.
- Колпакова М., Корни тревоги [Текст], М. Колпакова// Московский психотер. журнал. -2003. -№3. -С. 74-85
- Мухина, В.С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество [Текст]: Учеб. для студ. Вузов/ В. С. Мухина, М.: Академия, 2002. - 456 с.

Прихожан, А. М. [Текст]: Причины, профилактика и преодоление тревожности. Анна Прихожан // Психологическая наука и образование. - 1998. -№2. - с. 21-29.
Хорни, К. [Текст]: Невротическая личность нашего времени. - СПб.: Питер, 2002. - 224 с.
Хорни, К. [Текст]: Собрание сочинений в 3 т., том 3: Наши внутренние конфликты. Невроз и развитие личности/ Пер. с англ., М.: Смысл, 1997. - 696 с.
www/n-stress.ru [электронный ресурс].
www. syntone.ru [электронный ресурс].

ТҮЙІН

Ғылыми жетекші - С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медициналық университетінің аға оқытушысы **А.С. Игибаева**, Алматы қ., Қазақстан Республикасы. **Турдалиева М.У.** – С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медициналық университетінің 3 курс студенті, Алматы қ., Қазақстан Республикасы, madi_1_kz_girl@mail.ru **Закен А.Т** – С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медициналық университетінің 3 курс студенті, Алматы қ., Қазақстан Республикасы, aiko_o.o@inbox.ru

ЖАҒДАЙЛЫҚ МАЗАСЫЗДЫҚТЫҢ ДӘРЕЖЕСІН БАҒАЛАУ

Мазасыздану деңгейін және әл-ауқатын деңгейін анықтау үшін, сынау нәтижелерін талдау, нормативтерді салыстыру керек. Денсаулық - ол физиологиялық және психологиялық жайлылық субъективті сезім. (жақсы, жаман, жалпы шаршағыштық, және т.б.) жалпылама бағалау түрінде және белгілі бір мүшелердің, қызметтер, мен жүйелерге сәйкес болуы мүмкін.

Кілт сөздер: мазасыздық, сезінуі, белсенділігі, көңіл-күйі.

SUMMARY

Scientific director - **А.С. Игибаева** Senior Lecturer of Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty, Republic of Kazakhstan **Турдалиева М.У.** – The student of 3rd course of Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty, Republic of Kazakhstan, madi_1_kz_girl@mail.ru **Закен А.Т** – The student of 3rd course of Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty, Republic of Kazakhstan, aiko_o.o@inbox.ru

ASSESSING THE LEVEL OF SITUATIONAL ANXIETY.

To determine the level of anxiety and the level of well-being: to test, analyze the results, to make a comparison with the published regulations. The state of health - the subjective feeling of physiological and psychological comfort of the internal state. It may be represented in the form of a generalized valuation characteristics (pp good, the bad, vigor, malaise, and others.) And localized to certain organs, functions, and systems experience: signs of discomfort in different parts of the body, difficulty performing certain motor and cognitive acts, and so on.

Key words: anxiety, feeling, activity, mood .

УДК 616.12-613.735-078

Закен А.Т- студентка 3-го курса Казахского Национального Медицинского Университета им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы aiko_o.o@inbox.ru **Кенова С.М**- студентка 3-го курса Казахского Национального Медицинского Университета им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы sako_3@mail.ru Научный руководитель: доцент **Т.А.Жумакова** Казахского Национального Медицинского Университета им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы

ОЦЕНКА ТРЕНИРОВАННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ К ВЫПОЛНЕНИЮ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ.

АННОТАЦИЯ

Научить студентов оценивать тренированность сердечно-сосудистой системы к выполнению физической нагрузки. Увеличение психо-эмоционального напряжения, вредной привычки способств-вуют прогрессивному росту заболеваний сердечно-сосудистой системы. Изучение функций сердечно-сосудистой

системы необходимо для понимания механизмов нарушений функции и возможности их коррекции. Данное исследование необходимо проводить также еще и потому, что нужно правильно распределять нагрузки на ССС в процессе тренировочного цикла и отслеживать все показания деятельности и функции сердца. При выполнении физической нагрузки происходит напряжение ССС, что отражается на гемодинамических характеристиках. Изменение частоты сердечных сокращений обеспечивает адаптацию системы кровообращения к потребностям организма и условиям внешней среды.

Ключевые слова: Сердечно-сосудистая система, заболеваний, физические нагрузки, местность.

Введение: Гемодинамика является одной из наиболее важных показателей физической работоспособности человека. По показателям гемодинамических констант можно судить об интенсивности нагрузки. А с помощью функциональных проб можно проконтролировать изменения этих показателей, их отклонения от нормы (если они имеются), установить какой тип реакции организм выдает на физическую нагрузку, как долго восстанавливается и определить состояние сердечно-сосудистой системы.

Методы и материалы исследования: Нами исследовалось 35 человек, в возрасте от 18 до 22 лет. Было измерено АД по методу Короткова, и определена длительность сердечного цикла у испытуемых по пульсу. Определение АД и пульса проводилось одновременно, измерения проводились несколько раз, пока не были получены две одинаковые цифры (близкие) показателей АД и пульса. Предлагали испытуемому встать и быстро измерили давления несколько раз подряд. Одновременно за каждый 15 сек записывали данные частоты пульса. Измерение проводилось до тех пор, пока показания не вернулись к исходным величинам (до полного восстановления). Аналогичное наблюдение проводилось после физической нагрузки (20 приседаний).

Реакции сердечно-сосудистой системы на функциональные нагрузки можно разделить на три основные типа: -адекватный- с умеренным учащением не более 50% к исходному уровню, увеличением систолического АД до 30% при незначительных колебаниях диастолического АД и восстановлением в течении 3-5 мин; -Неадекватный - с чрезмерным увеличением показателей пульса и АД, и задержкой восстановления более пяти мин; -парадоксальный - тип реакции не соответствующий энергетическим потребностям с колебаниями показателей менее 10% к исходному уровню.

Ход работы: Для оценки тренированности сердечно-сосудистой системы к выполнению физической нагрузки могут использоваться такие показатели, как коэффициент выносливости (КВ), показатель качества реакции (ПКР) и ПДП (показатель двойного произведения).

Принципы оценки

Коэффициент выносливости определили по формуле: $КВ = ЧСС \times 10 / ПД$

Увеличение КВ, связанное с уменьшением ПД, является показателем детренированности сердечно-сосудистой системы.

В норме коэффициент выносливости равен 16 единицам. Если КВ выше нормы - свидетельствуют о ослаблении сердечной деятельности, о слабости миокарда, а уменьшение об утомлении миокарда.

ПДП - показатель двойного произведения оценивает состояние ССС в период относительного покоя, по формуле:

Оценка: 111 и выше - очень плохое
95-110 - плохое
85-94 - среднее
70-84 - выше среднего
69 и ниже - отличное

ПКР - показатель качества реакции оценивает качества реакции ССС на любую нагрузку, по формуле:

$$ПКР = \frac{ПД_2 - ПД_1}{П_2 - П_1}$$

ПД2 и ПД1 - пульсовое давление в покое сразу после нагрузки

П2 и П1 - пульс в покое и сразу после нагрузки.

Оценка: 0.5-1.0 - хорошее функциональное состояние ССС, отклонение в ту или другую сторону расценивается как признак плохого состояния.

Результаты и обсуждения: Практически у всех испытуемых наблюдались нормальные физические данные. То есть у всех испытуемых результат оценки тренированности ССС к выполнению физической нагрузки был выше среднего. По результатам ПКР (показатель качества реакции) было выявлено что из 35 студентов разных возрастов, у 17 студентов нормальные показатели, а у 12 пониженные показатели, а у 6 повышенные результаты. А если говорить о ПДП (показатель двойного произведения) то у 4 студентов отличные показатели, а у 3 среднее, у 4 плохое, но у 24 студентов выше среднего.

Таблица 1 - “Коэффициент выносливости” до и после нагрузки.

КВ	Норм.	Выше нормы	Ниже нормы
До	5-14%	22-63%	8-23%
После	2-6%	21-60%	12-34%

Таблица 2 - “Показатель двойного произведения” в процентах после нагрузки.

ПДП	Очень плохое	плохое	среднее	Выше среднего	отлично
35	0	4	3	24	4
100%	0	11%	8%	70%	11%

Таб.3 “Показатель качества реакции” в процентах после нагрузки.

ПКР	Ниже нормы	Норма	Выше нормы
35	12	17	6
100%	34%	49%	17%

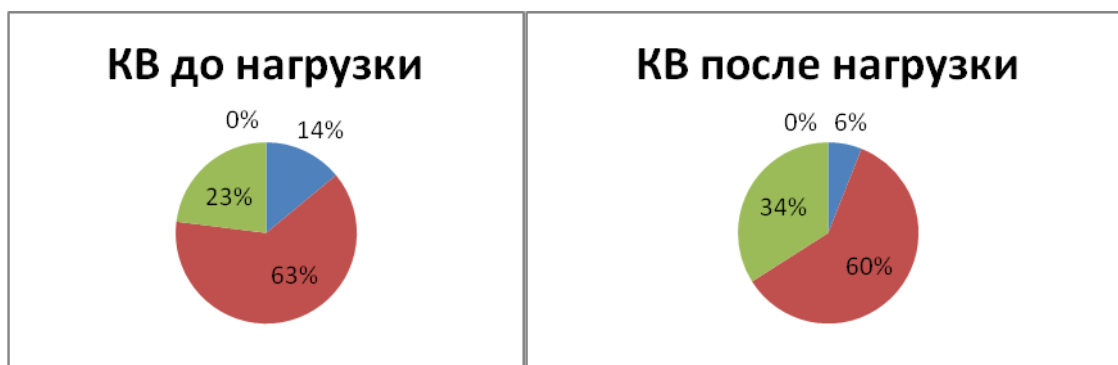


Диаграмма 1. “Коэффициент выносливости” до и после нагрузки.

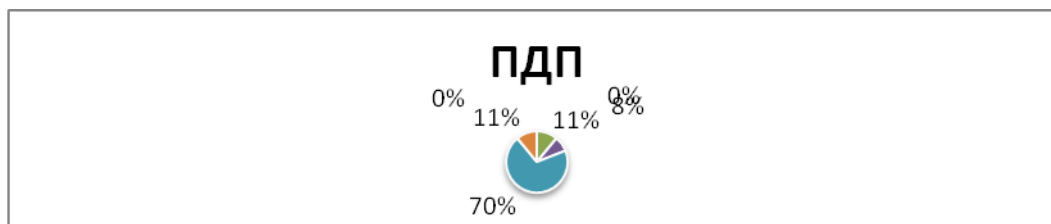


Диаграмма 2 “Показатель двойного произведения” в процентах после нагрузки

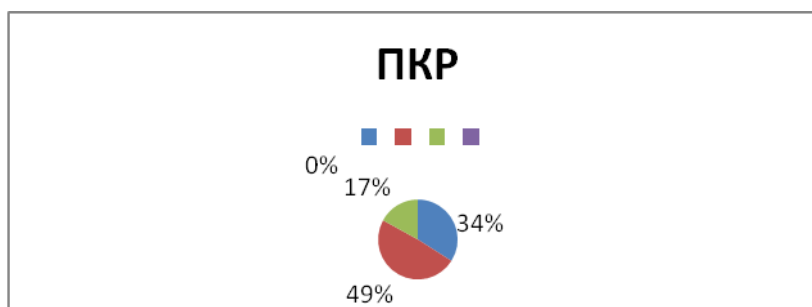


Диаграмма 3. “ Показатель качества реакции ” в процентах после нагрузки.

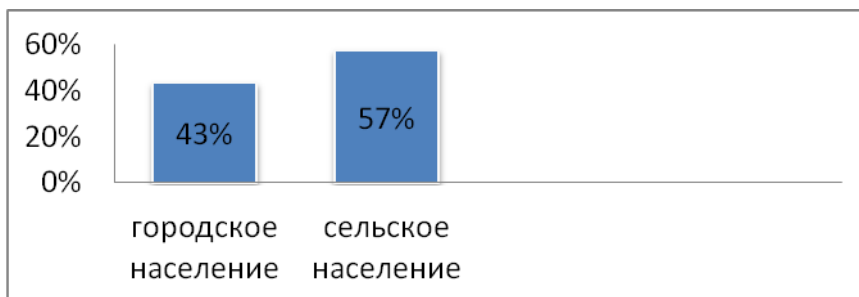


Диаграмма 4. Разница между сельской и городской местностью.

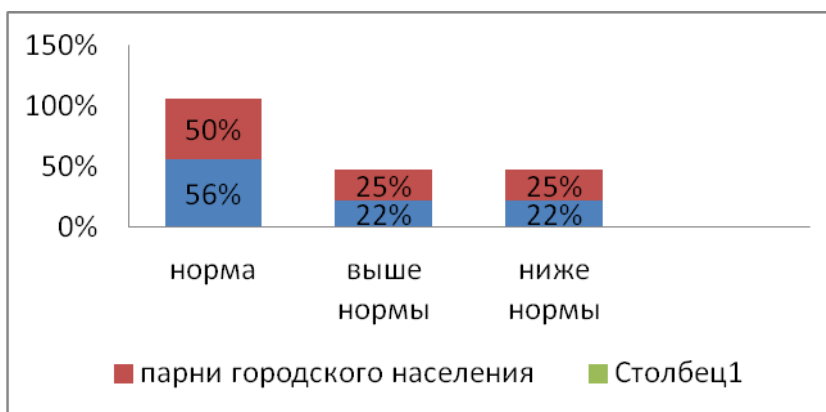


Диаграмма 5. Разница парней сельской и городской местностью.

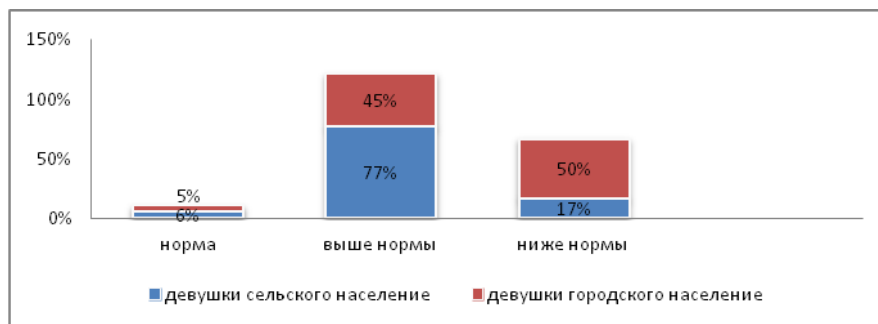


Диаграмма 6. Разница девушек сельской и городской местностью .

Выводы: Гемодинамика является одной из наиболее важных показателей физической работоспособности человека. По показателям гемодинамических констант можно судить об интенсивности нагрузки. А с помощью функциональных проб можно проконтролировать изменения этих показателей, их отклонения от нормы (если они имеются), установить какой тип реакции организм выдает на физическую нагрузку, как долго восстанавливается и определить состояние сердечно-сосудистой системы. Общее функциональное состояние ССС всех испытуемых находится на достаточно высоком уровне, если говорить о каждой физической нагрузке то мы заметим что КВ у парней и девушек различен парни намного устойчивее чем девушки и следует отметить что не только при различий полов тут можно говорить но и в результате мы заметили что уровень тренированности у сельских жителей сердце гораздо лучше способствуют к тренировкам, а ребята из городской местности они более физический не тренированные, но все же у всех студентов результаты положительные. Следовательно физическое состояние организма испытуемых хорошее, все испытуемые в момент выполнения работы были здоровы и не находились в состоянии утомления. Таким образом, следует подчеркнуть наличие у них такого качества, как выносливость, - способность организма совершать работу заданной мощности длительное время. По проведенным

исследованиям, можно сказать, что физическая работоспособность всех испытуемых находится на хорошем уровне. Наше сердце всегда первым откликается на потребности организма: будь то физические нагрузки, подъем в горы, воздействие эмоций или других факторов. Так, при средней продолжительности жизни человека в 70 лет оно сокращается свыше 2,5 миллиардов раз. За это время перекачивается огромное количество крови, для перевозки которой потребовался бы состав из 4 000 000 вагонов. И эта работа выполняется органом, масса которого 250 г (у женщин) и немногим больше 300 г (у мужчин). И тем самым мы сравнили уровень тренированности у парней и девушек, и мы увидели большую разницу между ними у девушек уровень тренированности в норме только у 5% а у парней 50% это очень большая разница, а также мы сравнили уровень городского и сельского населения и мы видим что у городских парней и девушек уровень тренированности намного слабее чем у сельских парней и девушек, это показывает нам что сельская местность намного благоприятно влияет на организм человека, еда пропитанная только натуральными витаминами а также чистый воздух, без выхлопных газ, без разных экологических проблем, это все влияет на нашу ССС. Тем самым мы в своем докладе доказали и показали несколько актуальных проблем это: а) Разница между сельской и городской жизни. б) Это то, что наши студенты и наша молодежь вообще стало мало заниматься спортом. в) И что КВ намного выше нормы, что также нам показывает не готовность к резким физическим испытанием.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агаджанян Н.А. Физиология человека/Н.А. Агаджанян, Л.З. Тель, В.И. Циркин, С. А. Чеснокова. – М.: Медицинская книга, Н. Новгород: НГМА, 2003. – 528с.
2. Занько Н.Г. Физиология человека. Методы исследования функций организма: лабораторный практикум / Н.Г. Занько. – СПб.: СПбГЛТА, 2003. – 36с.
3. Методические указания к лабораторным работам по курсу «Физиология человека» / сост.: Е.А. Нургалиева, Н.Н. Красногорская, Д.А. Еникеев. – Уфа, 2002. – 41 с.
4. Физиология человека: в 3 т. / под ред. Р. Шмидта, Г. Тевса. – М.: Мир, 1996. – 420с.

ТҮЙІН

- Закен А.Т** – С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медициналық университетінің 3 курс студенті, Алматы қ., Қазақстан Республикасы, aiko_o.o@inbox.ru
- Кенова С.М** – С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медициналық университетінің 3 курс студенті, Алматы қ., Қазақстан Республикасы sako_3@mail.ru
- Ғылыми жетекші - Т.А.Жумақова** м.ғ.к., доц. С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медициналық университетінің 3 курс студенті, Алматы қ., Қазақстан Республикасы

ЖҮРЕК ҚАН-ТАМЫРЛАР ЖҮЙЕСІНІҢ ФИЗИКАЛЫҚ ЖҮКТЕМЕЛЕРІ ТӨЗІМДІЛІГІ.

Дене белсенділігін жүзеге асыруға жүрек-қан тамырлары жүйесінің жарамдылығын бағалауды үйрену керек. Психо-эмоционалдық стресс, жаман әдеттер жүрек-қан тамырлары жүйесі ауруларының прогрессивті өсуіне ықпал етеді. Жүрек-тамыр жүйесінің дисфункциясы және олардың түзету тетіктерін түсіну қажет. Жүрек-қан тамырлары жүйесіне жүктемені арттыру, сондай-ақ барлық іс-шаралар мен жүрек функциясын қадағалау қажет.

Кілт сөздер: Жүрек қан тамырлар жүйесі, аурулар, физикалық жүктемелер, жерлері

RESUME

Scientific director - **Т.А.Жумақова**, MD, PhD Head of Department of Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty, Republic of Kazakhstan. **Закен А.Т** – The student of 3rd course of Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty, Republic of Kazakhstan, aiko_o.o@inbox.ru. **Кенова С.М** – The student of 3rd course of Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty, Republic of Kazakhstan, aiko_o.o@inbox.ru

EVALUATION OF THE FITNESS OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM TO PHYSICAL LOAD.

To teach students to assess the fitness of the cardiovascular system to perform physical activity. Uvelechinie psycho-emotional stress, bad habits contribute to the progressive increase in diseases of the cardiovascular system. The study of the cardiovascular system it is necessary to understand the mechanisms of dysfunction and their possible correction. This study should be carried out and also because they need to properly distribute the load on the cardiovascular system in the process of training cycle, and keep track of all activities and evidence of heart function. When the physical load is the voltage CCC, which is reflected in the hemodynamic characteristics. Changes in heart rate provides an adaptation of the circulatory system to the body's needs and environmental conditions.

Key words: Cardiovascular system, diseases, exercise, countryside.

УДК 616.12-008.1-072.7

Кенова С.М.- студентка 3-го курса Казахского Национального Медицинского Университета им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы sako_3@mail.ru **Закен А.Т.**- студентка 3-го курса Казахского Национального Медицинского Университета им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы aiko_o.o@inbox.ru Научный руководитель: доцент **Т.А.Жумакова** Казахского Национального Медицинского Университета им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЫ НА РЕАКТИВНОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

АННОТАЦИЯ

Синхронное определение артериального давления и пульса при проведении различных функциональных проб расширяет диагностические возможности в анализе работы сердечно-сосудистой системы. С помощью функциональных проб можно проконтролировать изменения гемодинамических показателей, их отклонения от нормы (если они имеются), установить какой тип реакции организм выдает на физическую нагрузку, как долго восстанавливается и определить состояние сердечно-сосудистой системы.

Ключевые слова: сердечно-сосудистая система, заболеваний, функциональные нагрузки, типы.

Актуальность: Сердечно-сосудистая система является основной системой жизнеобеспечения всех тканей и органов. Заболевания сердца разнообразны и широко распространены, они занимают первое место среди всех других заболеваний.

Среди стран СНГ Республика Казахстан находится на втором месте после России по показателю смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. В Казахстане зарегистрировано 2 млн человек, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, что составляет 12 % работающего населения.

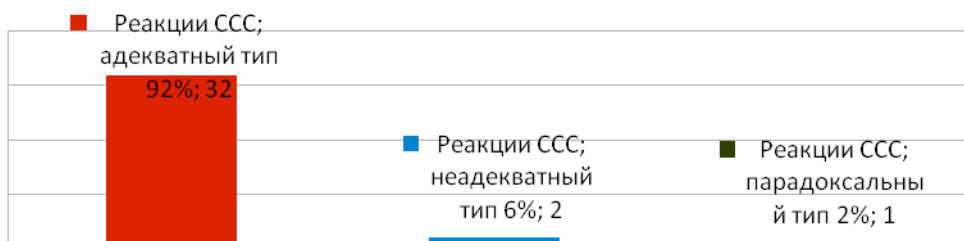
При этом, отечественные ученые утверждают, что официальные данные статистики занижены. В республике Казахстан абсолютное «лидерство» среди причин смертности населения также принадлежит болезням системы кровообращения (инфаркт, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, острый коронарный синдром). Практически половина всех смертей приходится на эту категорию (1995 г. – 47,6 %, 1998 г. – 48,7 %, 2004 г. – 51,1 %, 2005 г. – 51,6 %, 2011г.-54%)

Цель исследования: научить студентов определять реакции сердечно-сосудистой системы на функциональные нагрузки.

Материалы и методы исследования: нами исследовалось 35 человек, в возрасте от 18 до 22 лет. Было измерено АД по методу Короткова, и определена длительность сердечного цикла у испытуемых по пульсу. Определение АД и пульса проводилось одновременно, измерения проводились несколько раз, пока не были получены две одинаковые цифры (близкие) показателей АД и пульса. Предлагали испытуемому встать и быстро измерили давления несколько раз подряд. Одновременно за каждый 15 сек записывали данные частоты пульса. Измерение проводилось до тех пор, пока показания не вернулись к исходным величинам (до полного восстановления). Аналогичное наблюдение проводилось после физической нагрузки (20 приседаний).

Результаты и обсуждения: Реакции сердечно-сосудистой системы на функциональные нагрузки можно разделить на три основных типа:

Диаграмма 1. Реакция студентов в процентах сердечно-сосудистой системы на функциональные нагрузки.



1) Адекватный тип, с умеренным учащением не более 50% к исходному уровню, увеличением систолического АД до 30% при незначительных колебаниях диастолического АД и восстановлением в

течении 3-5 мин, наблюдался у 92%(32 человек) испытуемых. Что говорит о хорошей переносимости данной нагрузки и хорошей работоспособности. Потому что, эти студенты ведут активный образ жизни, не пьют, не курят, занимаются спортом. Следовательно у них хорошо развито функциональное состояние ССС, что также свидетельствует о хорошем восприятии организмом предложенных нагрузок.

2) Неадекватный тип, с чрезмерным увеличением показателей пульса и АД, и задержкой восстановления более пяти мин, был у 6%(двух) испытуемых. Это связано с тем, что нагрузка выполнялась сразу после спортивной тренировки, и они оба еще не успели восстановиться до конца. Эти люди занимаются тяжелым видом спорта, что ведет к перегрузке организма.

3) Парадоксальный тип, не соответствующий энергетическим потребностям с колебаниями показателей менее 10% к исходному уровню, наблюдался у одной девушки. Это обусловлено наследственными признаками. Так как кислородный запрос во время работы удовлетворён только на 30%, после выполнения работы организм медленно восстанавливает параметры своих систем. Испытуемая восстановилась до исходного уровня на седьмой минуте. В данном случае, организм испытуемой не готов к работе в зоне субмаксимальной мощности.

Выводы: Гемодинамика является одной из наиболее важных показателей физической работоспособности человека. По показателям гемодинамических констант можно судить об интенсивности нагрузки. А с помощью функциональных проб можно проконтролировать изменения этих показателей, их отклонения от нормы (если они имеются), установить какой тип реакции организм выдает на физическую нагрузку, как долго восстанавливается и определить состояние сердечно-сосудистой системы. Общее функциональное состояние ССС всех испытуемых находится на достаточно высоком уровне, следовательно физическое состояние организма испытуемых хорошее, 92% испытуемых в момент выполнения работы были здоровы и не находились в состоянии утомления. Таким образом, следует подчеркнуть наличие у них такого качества, как выносливость, - способность организма совершать работу заданной мощности длительное время. По проведённым исследованиям, можно сказать, что физическая работоспособность всех испытуемых находится на хорошем уровне.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агаджанян Н.А. Физиология человека/Н.А. Агаджанян, Л.З. Тель, В.И. Циркин, С.А. Чеснокова. –М.: Медицинская книга, Н. Новгород: НГМА, 2003. -528с.
2. Занько Н.Г. Физиология человека. Методы исследования функций организма: лабораторный практикум / Н.Г. Занько. -СПб.: СПбГЛТА, 2003. - 36с.
3. Методические указания к лабораторным работам по курсу «Физиология человека» / сост.: Е.А. Нургалиева, Н.Н. Красногорская, Д.А. Еникеев. -Уфа, 2002. -41 с.
4. Физиология человека: в 3 т. /под ред. Р.Шмидта, Г. Тевса. -М.: Мир, 1996. -420с.

ТҮЙІН

Кенова С.М – С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медициналық университетінің 3 курс студенті, Алматы қ., Қазақстан Республикасы, sako_3@mail.ru **Закен А.Т** – С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медициналық университетінің 3 курс студенті, Алматы қ., Қазақстан Республикасы, aiko_o.o@inbox.ru **Ғылыми жетекші - Т.А.Жумақова** м.ғ.к., доц. С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медициналық университетінің 3 курс студенті, Алматы қ., Қазақстан Республикасы
ЖҮРЕК ҚАН-ТАМЫРЛАР ЖҮЙЕСІНІҢ ФУНКЦИОНАЛДЫҚ ТӘЖІРИБЕЛЕРГЕ ЖАУАБЫ.

Артериялық қысым мен пульсті бірге анықтау арқылы жүрек-қан тамыр жүйесі ауруларын анықтауда диагностикалық мүмкіндіктерге жол ашылады. Функционалдық тәжірибелер арқылы гемодинамикалық көрсеткіштердің өзгерістерін, ағзаның физикалық жүктемеге қайтаратын жауабын, оның қанша уақытта қалпына келетінін, жүрек-қан тамыр жүйесінің жағдайын анықтай аламыз.

Кілт сөздер: Жүрек қан тамырлар жүйесі, аурулар, функционалді жүктемелер түрлері.

RESUME

Kenova S.M. – The student of 3rd course of **Kazakh National Medical University** named after S.D. Asfendiyarov, **Almaty, Republic of Kazakhstan**, sako_3@mail.ru **Zaken A.T.** – The student of 3rd course of **Kazakh National Medical University** named after S.D. Asfendiyarov, **Almaty, Republic of Kazakhstan**, aiko_o.o@inbox.ru **Scientific director – Zhumakova T.A., MD, PhD** Head of Department of **Kazakh National Medical University** named after S.D. Asfendiyarov, **Almaty, Republic of Kazakhstan**
FUNCTIONAL TESTS ON THE REACTIVITY OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM.

Simultaneous determination of blood pressure and heart rate during various functional tests extends the diagnostic capabilities in the analysis of the cardiovascular system. With the help of functional tests we can control

changes of hemodynamic indexes and their deviations from the norm (if any), define what type of reaction body gives to physical load, how long it recovers and determine the condition of cardiovascular system.

Key words: Cardiovascular system, diseases, functional load, types

УДК 618.179-02:616.441-002

Международный казахско-турецкий университет имени Ахмет Ясауи, докторант I курса
«Общественное здравоохранение» **З.Б. Абдрахманова**
Научный руководитель: **И.С. Молдалиев**

ЗДОРОВЬЕ ПОЖИЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ

АННОТАЦИЯ

Анализ современных тенденций возрастной структуры населения Казахстана свидетельствует о том, что Казахстан уже находится на пороге старения населения. Учитывая эти процессы, особый интерес вызывает целый ряд факторов, связанных со здоровьем, организацией медицинской помощи, социальной защитой пожилых людей в Казахстане.

Ключевые слова: пожилые и старческие лица, здоровье, гериатрия, окружающая среда.

Старение населения актуализирует вопросы обеспечения здорового старения в пожилом возрасте, когда человек становится наиболее уязвимым в экономическом, социальном и психологическом отношении, когда существенно ослабевают внутренние и внешние механизмы защиты от воздействия различных факторов риска. Одними из основных факторов риска, оказывающих негативное воздействие на процесс старения, являются правовая и социальная незащищенность пожилых, снижение качества их жизни. К числу важных показателей качества жизни пожилых относится физическое здоровье, которое оценивается по показателям заболеваемости, инвалидности, продолжительности жизни, смертности. Концепция здорового старения отнесена к наиболее приоритетным направлениям в разработанном Программой ООН проекте «Программы научных исследований по проблеме старения в XXI веке». Ожидаемая при рождении продолжительность жизни во всем мире увеличивается. Новой задачей для исследований становится обеспечение того, чтобы дополнительные годы жизни были здоровыми, активными и продуктивными.

Материалы и методы исследования. Одним из комплексных медицинских обследований, позволяющих охарактеризовать состояние здоровья пожилого населения, является широкомасштабное обследование всего взрослого сельского населения Казахстана, начатое в 2002 г. в рамках Года здоровья и продолжающееся до настоящего времени. В 2002 г. было обследовано 611 285 человек в возрасте 60 лет и старше (14% от общего числа обследованных). Результаты обследования показали, что 25% всех выявленных больных составило пожилое население. В результате усиления работы системы здравоохранения, диспансеризации в последние годы отмечается стабильный рост выявляемой патологии среди пожилого населения. Так, по результатам 2004 г. 48% больных от всех обследованных, составили лица 60 лет и старше. Из числа всех осмотренных пожилых лиц выявлено 91,6% больных. Уровень выявленной патологии на 10 000 осмотренных (0 /000) в этой возрастной группе в 1,7 раза выше среднереспубликанского значения (9157,5 и 5419 0 /000 соответственно). В структуре выявленных заболеваний ведущие позиции занимают болезни системы кровообращения (3952 0 /000, костно-мышечной системы (1041 0 /000), превышающие среднереспубликанское значение в 2,6 и в 2 раза соответственно, болезни органов пищеварения (1018,5 0 /000) – в 1,4 выше среднереспубликанского значения. Болезни органов дыхания составили 804,7 0 /000, болезни глаз и их придатков – 577,9 0 /000. Как уровень выявленной патологии, так и ее структура – это результат груза болезней, приобретенных в детском и трудоспособном возрасте. Следует отметить также высокие показатели заболеваемости среди пожилого населения вследствие относительно низкого уровня доступности к получению высококвалифицированной медицинской помощи.

К сожалению, в Казахстане официальной статистики по учету заболеваемости лиц пожилого возраста нет. В последние годы создаются базы данных о количестве больных лишь по социально значимым заболеваниям: онкология, туберкулез, сахарный диабет, на основании которых можно анализировать показатели здоровья пожилого населения. На начало 2004 г. из каждых ста человек, доживших до пожилого и старческого возраста, достигли долголетия 1,46, в том числе в городе – 1,27, на селе – 1,8. В сравнении с другими странами это очень низкие показатели долголетия. При этом долгожителей среди женщин значительно больше, чем среди мужчин.

Выводы: Проблема старения населения, затрагивающая все стороны деятельности государства и общества, на этапе реформирования экономики и устройства общества ставит перед Казахстаном ответственные задачи по пути к устойчивому социальному развитию, обеспечению коллективной безопасности граждан республики в течение всей жизни. Отсутствие в стране геронтологической службы, высокая заболеваемость, инвалидность, смертность пожилого населения, нормативно-правовые ограничения социальных гарантий в связи с пожилым возрастом (при определении инвалидности, степени утраты общей трудоспособности) подтверждают своевременность постановки вопроса о поиске и разработке путей совершенствования решений проблем, связанных со старением населения Казахстана, одним из которых является применение в республике стратегии здорового старения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Старшее поколение в Казахстане: взгляд в будущее. Национальный отчет о человеческом развитии. – Алматы, 2005.- 144с
2. Аканов А.А. Старение населения // Новости здраво-охранения. – 2008. – № 17-18. – С. 1
3. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения: Статистические сборники МЗ РК за указанные годы.
4. РАЗУМОВ А.Н СТАРЕНИЕ И СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ// I Евразийского съезда геронтологов.- Алматы. 2015.- 40 с.

ТҮЙІН

Ғылыми жетекші – Ы.С. Молдалиев, З.Б. Абдрахманова – Қоғамдық денсаулық сақтау мамандығы бойынша I курс докторанты
Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Қазақстан Республикасы, ОҚО, Түркістан қаласы

ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ ҚАРТ АДАМДАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫ.

Қазақстан халқының жастық құрамын атап өтетін болсақ, қазіргі талдау үрдісі бойынша қазақстан халқы қартаюу процесіне жақын тұрғанын көрсетеді. Осы процестер арнайы денсаулығына әсер етуіне байланысты бірқатар факторларды көрсетеді, денсаулық сақтауды ұйымдастыру, Қазақстандағы егде жастағы адамдардың әлеуметтік қорғауды арттырады.

Кілт сөздер: егде және қарт адамдар, денсаулық, геронтология, қоршаған орта.

SUMMARY

South Kazakhstan State, International Kazakh Turkish University Ahmet Yasawi, **Abdrahmanova Z.B.**
Scientific adviser: Moldalyev. I.S.

HEALTHY ELDERLY POPULATION OF KAZAKHSTAN.

Analysis of current trends in the age structure of the population of Kazakhstan indicates that Kazakhstan is already on the verge of an aging population. Given these processes, of particular interest is a number of factors related to health, the organization of health care, social protection of older people in Kazakhstan.

Key words: elderly and senile persons, health, geriatrics, socio-demographic

ӘОЖ: 616.36-002.12

С.Н.Әліпбекова – магистрант, **Ф.Мұхтарқызы, Апасаттаров Ж.А.** Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Қалалық жұқпалы аурулар ауруханасы Шымкент қаласы., tulegenov.07@mail.ru

В ВИРУСЫ ГЕПАТИТІНІҢ ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫ БОЙЫНША ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

АННОТАЦИЯ

Аталған жұмыста халық арасында вирусты гепатит В ауруымен аурушандықтың таралуы және оның негізгі берілу жолдарының зерттеу қорытындылары келтіріледі. Қазіргі уақытта осы ВГВ жұқпасымен күресуде әрі қарай жетілдірілуді қажет етеді және халықтың денсаулығын қорғау мәселесінде медициналық

көмектің аса жетілдірілген, аз шығынды және тиімді шараларын, гигиеналық оқыту мен тәрбиелеуді, әрі денсаулықты сақтау және дамыту, қалпына келтіру шараларын құрастыруды қажет етеді.

Кілт сөздер: гепатиттер, денсаулықты қорғау, халық денсаулығы, иммунизация, ДДҰ, ВГВ.

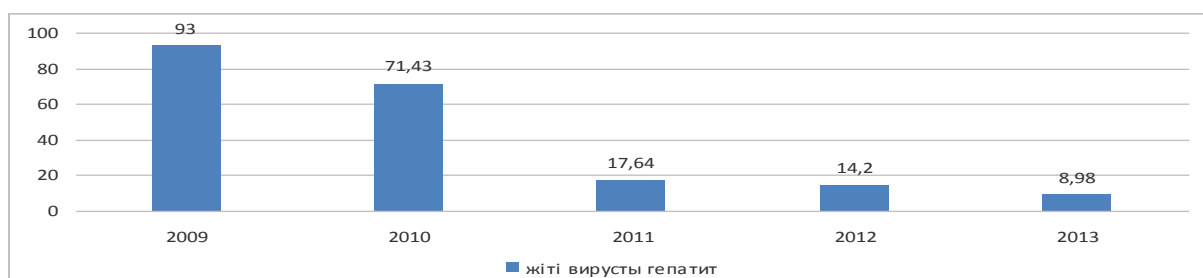
Өзектілігі: Вирусты гепатит В (ВГВ) бүкіл әлемде денсаулық сақтау саласының өзекті проблемасы болып табылады. Осы гепатиттің созылмалы түрі жиі вирустық бауыр циррозына, гепатоцеллюлярлы карцинома секілді аурулар туғызатындығына байланысты маңызды. В вирустық гепатитінің болжамы көптеген жағдайда өлімге алып келеді. Вирусты гепатиттермен жыл сайын жүздеген миллион адамдарға жұқса; жыл сайын 1 млн астам осы аурулардан көз жұматыны белгілі. Бүкіл әлем бойынша ВГВ тасымалдаушылардың саны 350 млн болып саналады [1.2].

ВГВ ауруын экономикалық жағынан алып қарастыратын (емдеу мен алдын алу шаралары) болсақ денсаулық сақтау саласы бюджетінің ауқымды бөлігін алып жатыр. Инфекциялық аурушандықты төмендетуге арналған мемлекеттік бағдарламаларға (Саламатты Қазақстан 2011-2015жж) және арнайы негізгі жоспарларға сай ВГВ аурушандықты төмендету мақсатында арнайы профилактикалық екпелер Қазақстан Республикасының (ҚР) Ұлттық екпелер күнтізбесіне енгізілді [3]. Қазіргі уақытта иммунопрофилактиканың жеңісіне қарамастан ВГВ жыл сайын тіркелу жағдайы артуда, оның маңызды кілттері мыналар деп санауға болады: ВГВ жұқпасы және оның қауіптілігі жөнінде халықтың аз ақпараттануы, екпе алмаған тұрғындардың өте көп болуы (ВГВ екпесі тек қана соңғы он жылдықта жүргізіледі, 1998 жылдан бастап), мамандандырылған қызметкерлер тапшылығы (гепатологтар), халықтың және қызмет көрсетуші жұмысшылардың санитарлы-гигиеналық сауатының төмен болуы (шаштараз, сәндік үйлер және т.с.с), ВГВ аурухана ішілік инфекция ретінде таралуы және алдын алу шараларының ұйымдастырылмауы, жыныстық сауаттың төмен болуы, вакцинадан бас тартуға деген әлеуметтік жарнамалардың көбеюі себеп болып отыр.

Зерттеу мақсаты: ҚР бойынша таралу деңгейін анықтап, инфекцияның негізгі кең таралған берілу жолын анықтау.

Зерттеу материалдары: ҚР бойынша денсаулық сақтау министрлігінің 2013 жылғы, 2014 жылғы статистикалық жинақтары.

Нәтижелер мен талқылаулар: Профессор Л.Пальгованың [4] мәліметіне жүгінсек, елімізде гепатиттің ең ауыр түрлері болып табылатын В және С түрлері кеңінен таралған. 2000-жылы гепатиттің В түріне шалдыққан адамдар саны әрбір 100 мың тұрғынға шаққанда 22,4 болған. Медициналық ұйымдарда, косметикалық салондарда, шаштараздарда медициналық құрал-саймандардың, көп рет қолданылатын піспектердің стерилизациялық режимін сақтамаудан, инъекцияларды жиі қолданатын наркотиктердің арасында залалсыздандырылмаған піспектерді қолдануларынан, жыныстық қарым-қатынастан В вирусты гепатитінің жұғу қаупі туындайды. ВГВ инфицирленген қанмен қатынаста ғана таралады. Науқастардың көбісі (70%) – олар шприцтерді бірге қолданып жұқтырып алған инелік есіртке қабылдаушылар.



1 диаграмма -жіті вирусты гепатитпен 2009-2013 ж. сырқаттанушылық

Есірткілер ВГВ медициналық мәселеден әлеуметтік мәселеге өзгерді. Соның арқасында 15 – 25 жастағы адамдардың арасында ауру көп таралған. Қан немесе қан препараттарды құю ол да инфекцияның негізгі себебі болып табылады. Қазіргі кезде тест-жүйелер 100% инфицирленген донорларды анықтайды. Сонымен қатар, жұғу қаупі көп гемотрансфузия жасағанда жоғарылайды. Гемодиализ бөлімшелерде ВГВ жұғу оқиғалары бар, бірақ құралды қатаң бағалауымен және науқастарға anti-HBV скрининг жасаған кезде жұғу қаупі төмендеді [5].

Вирусты гепатиттермен ауыратын науқастарды зерттеп-қарау және емдеу қағидаларын бекіту туралы Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2012 жылғы 17 ақпандағы № 92 Бұйрығына сәйкес жұмыс жүргізілу арқасында ВГВ қазіргі уақытта он есеге төмендеу байқалды деп айтсақ болады.

Жіті вирустық гепатит бойынша аурушандық 1 диаграммаға сай 100000 халыққа шаққанда 5 жыл аралықта 90,3% төмендеген. Бұл медицина саласындағы атқарылған үлкен жұмыстың бір көрінісі.

Қорытынды. Қорыта келе зерттеу деректері көрсетіп отырғандай жыныстық қатынас және медициналық араласудың арқасында жұқтырылған ВГВ төмендемей отыр. Медициналық қызмет көрсетумен, соның ішінде стоматологиялық емдеу нәтижесінде жұқтырылған ВГВ 35% қамтып отыр. Ал жыныстық қатынас арқылы берілген инфекция үлесі 55% жуық. Алдын алу шараларының жан-жақты жандандырылуы жүргізілгенмен, аурушандықтың кездесуі бұл әлі де халық арасында санитарлық-гигиеналық білімінің төмен екенін көрсетіп отыр.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Абдурахманов Д. Т. Специфическая профилактика инфекции вируса гепатита В. // Врач. – 2010. – № 4. – С. 22-25.
2. Косарев В.В. Медицинские работники – группа риска по гемоконтактным инфекциям // Здорово-охранение. – 2011. – № 1. – С. 163-173.
3. "Халыққа профилактикалық егудіжүргізу бойынша санитариялық-эпидемиологиялық талаптар" санитариялық қағидаларын бекіту туралы Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрінің 2015 жылғы 6 наурыздағы № 190 бұйрығы.
4. Вирусты гепатиттің алдын алу (<http://kaz.caravan.kz/news/elimizde-oqushylar-arasynda-virusty-gepatitting-taraluyna-zhol-bermeuge-baghyttalghan-zhoba-zhuzege-asyrylmaqshy-newsID31277.html>)
5. Шахильдян, И.В. Хухлович П.А., Михайлов М.М. и др. Гепатиты В и С среди медицинских работников и оценка эффективности вакцинопрофилактики HB-вирусной инфекции среди них // Вирусные гепатиты. - 2003. - №2 (17). – С.6-11

РЕЗЮМЕ

С.Н.Алипбекова – магистрант, **Ф.Мухтарқызы, Апсаттаров Ж.А.**
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Казахстан
Городская инфекционная больница, г.Шымкент., tulegenov.07@mail.ru

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

В результате проведенного исследования получены данные, свидетельствующие о значительной эффективности вакцинации в плане сдерживания распространения ВГВ среди населения. В современных условиях профилактическое обслуживание населения нуждается в дальнейшем совершенствовании и проблема охраны здоровья требует разработки более совершенных, мало затратных и эффективных мер профилактической медицинской помощи.

Ключевые слова: гепатит, здравоохранение, общественное здравоохранение, иммунизация, ВОЗ, ВГВ.

SUMMARY

S.N.Alipbekova - a master, **F.Mukhtarkysy, Apsattarov Zh.A.** South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy. The City Infectious Diseases Hospital Shymkent., tulegenov.07@mail.ru

VIRAL B HEPATITIS EPIDEMIOLOGICAL SITUATION IN SOUTH-KAZAKHSTAN REGION

The study produced evidence of significant efficacy of vaccination in terms of containing the spread of HBV among the population. In modern conditions, preventive maintenance of the population needs to be further improved and the problem of health care requires the development of better, a little expensive and effective preventive health care.

Key words: hepatitis, health care, public health, immunization, WHO, HBV.

ӘОЖ: 616.72-002.16-036.22 (571.54)

Әліпбекова С.Н. – магистрант, **Батырбекова А.М.** – магистрант. Ғылыми жетекші – **Сарсенбаева Г.Ж.** Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қаласы., sandu--92@mail.ru

ТІРЕК-ҚИМЫЛ АУРУЛАРЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК МӘСЕЛЕЛЕРІ

Осы зерттеу жұмысында Қазақстан Республикасының тұрғындары арасында сүйек-қимыл аппараты жүйесінің аурулары және оның клиникалық түрлерінің таралуы анықталды.

Кілт сөздер: ревматоидты артрит, остеопороз, тірек-қимыл жүйесі аурулары, таралуы.

Өзектілігі: Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы мәліметтері бойынша мәліметтері бойынша, тірек-қимыл аурулары әлемде инфекциялық емес аурулардың ішінде төртінші орында тұр [1.2]. Ревматоидты

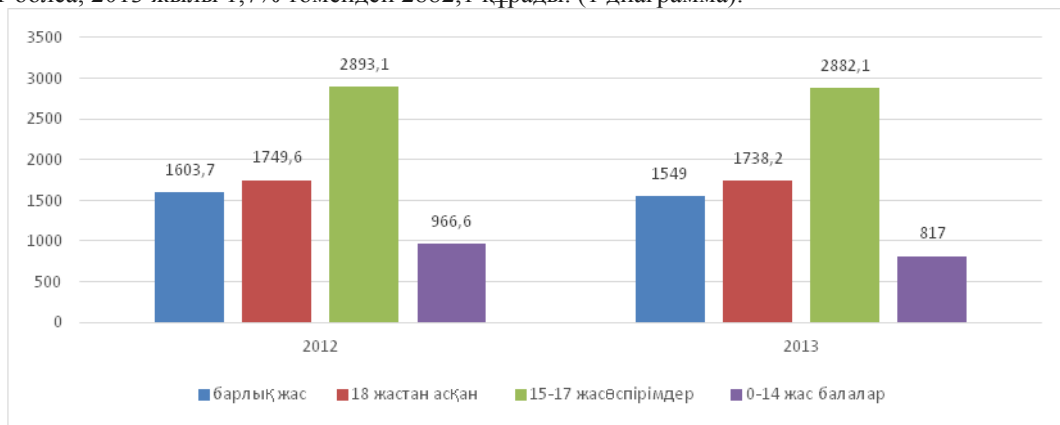
артрит бірлескен аурудың ең көп таралған түрі болып, барлық ревматикалық аурулардың 60-70% құрайды. Бұл ауру көптеген елдер үшін елеулі клиникалық проблема болып табылып, елдің экономикалық даму сатысына мүгедектіктің көбеюіне байланысты шектеу болып отыр. Тірек-қимыл ауруларының таралуы әлемдік халқының 20% құрайды[3].

Тірек-қимыл ауруларының таралу деңгейін анықтауға арналған ең үлкен зерттеу 1978-1984 жылдар аралығында кеңестік республикалар аймағында профессор Л.И.Беневоленский жетекшілігімен жүргізілді. Зерттеу қорытындысына сай тірек-қимыл аурулары кездесу жиілігі 6,43% екендігі анықталды. Әйел адамдар арасында ер адамдарға қарағанда екі есе көп табылған (әйел адамдарда - 6,53%, ал ер адамдарда – 3,42% кездескен). Ревматоидты артрит кезінде екі жынысты да алып зерттегенде үлкен буындар, соның ішінде тізе буындары көп зақымданатыны анықталды (әйел адамдарда - 68%, ер адамдарда - 76,8%) [4].

Зерттеу мақсаты: Қазақстан Республикасы (ҚР) бойынша тірек-қимыл аппараты ауруларының эпидемиологиясы мен ревматоидты артрит кезіндегі остепорозды клиникалық сипаттау.

Зерттеу материалы және әдістері: Осы еңбекте «Денсаулық сақтауды дамыту орталығы» 2012-2013 жылдардағы мәліметтері мен ревматоидты артрит диагнозы қойылған сәттен бастап 2 ай аралығында периартикулярлы остепороз (ОП) диагнозы қойылған 3 науқас алынды. Зерттеу клиникалық хаттамалар мен ретроспективті талдауды қолдану арқылы жүргізілді.

Зерттеу нәтижелері мен талдау: ҚР «Денсаулық сақтауды дамыту орталығының» ресми деректеріне сәйкес елімізде жалпы тірек-қимыл жүйесі аурулары дәнекер тіні ауруларымен қоса есептегенде төмендеуге бет алған. 2012 жыл мен 2013 жылды салыстырғанда 3,7% төмендеу байқалағанымен, жасөспірімдер арасындағы аурушаңдық өте жоғары деңгейін сақтап отыр. 2012 жылы 100000 жасөспірімге есептегенде 2893,1 болса, 2013 жылы 1,7% төмендеп 2882,1 құрады. (1 диаграмма).



1-диаграмма - 100000 тұрғынға есептегенде тірек-қимыл жүйесі ауруларының республикалық көрсеткіші.

Біз алған 3 науқаста ревматоидты артрит диагнозы қойылған сәттен бастап 2 ай аралығында периартикулярлы остепороз (ОП) диагнозы қойылған. Осы үш науқастың жынысы әйел адам, сонымен қатар постменопауза кезіндегі науқастар, орташа жасы – 58 жас. Науқастарда физикалық белсенділік өте төмен, төсектік режимде ем қабылдауда.

Жалпы зерттеуге алынған 20 науқастардың 80% (16 науқас) әйел жынысты адамдар, ал 20% ер адамдар құрады. Жас аралығы 54 пен 72 жас. Орташа жас – 64-ке тең. Ең төменгі салмақ 69 кг, ең жоғары салмақ – 107 кг. Барлық әйел науқастардың ауру тарихында ерте менопауза, отбасылық бейімділік, гипогонадизм, кальций мен Д дәруменін аз мөлшерде қабылдау кездескен. Ал ер адамдарда физикалық дене еңбегінің төмендегені, отбасылық бейімділік пен алкогольизм (қауіп факторы ретінде) тіркелген. 12 науқаста қабыну процесінің белсенділігі байқалды. 1 науқаста ОП ауруының ремиссия кезеңі тіркеліп, басты себеп ретінде РА емдік глюкокортикоидтар танылды. Науқастардың 67% остепениялық синдром анықталды.

Науқастарды омыртқаның бел аймағын остепениялық жиілік пен остепорозға тексергенде 12 және 26% болып, ал проксимальды бөлімнің сан сүйектерін зерттегенде 11 және 32% құрады.

Қорытынды: Қорыта келе ревматологиялық аурулармен әйел адамдар көп зардап шегетінін анықтап отырмыз. Зерттеу объектісі бойынша 10 жылдан асқан ревматоидты артрит бар науқас міндетті түрде остепорозға әкелетіні көрсетілді. Бұл мемлекет экономикасын дамуын шектейтін бірден-бір фактор. Алдын алу мақсатына ревматикалық ауруларды скринингтік бағдарламаға қосу мен халық арасында медициналық сауаттылықты арттыру жатады.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Алексеева Л.И. Ревматология: национальное руководство / Под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2008. – С.573-588.
2. Зукова Н.В. Суставной синдром в популяции сельских жителей Красноярского края: клинико-эпидемиологическая характеристика: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Красноярск, 2008. – 19 с.
3. Калягин А.Н., Казанцева Н.Ю., Горяев Ю.А. Динамика заболеваемости остеоартрозом в Иркутске // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2005. – №7. – С.187-190.
4. Бееволенская, М.М. Бржезовский Л.И. Эпидемиология ревматических болезней. – М.: Медицина, 1988. – 115 с.

РЕЗЮМЕ

Алипбекова С.Н. – магистрант, **Батырбекова А.М.** – магистрант. Научный руководитель – **Сарсенбаева Г.Ж.** Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент., sandu--92@mail.ru

МЕДИЦИНСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕВМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА.

Проведено исследование распространенности заболевания опорно-двигательного аппарата и его клинических форм среди жителей Республики Казахстан.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, остеопороз, заболевания опорно-двигательного аппарата, распространенность.

SUMMARY

S.N.Alipbekova - undergraduate, **Batirbekova A.M.** - undergraduate. Supervisor – **Sarsenbayeva G.Zh.** South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy. Shymkent., sandu--92@mail.ru

HEALTH AND SOCIAL PROBLEMS OF RHEUMATIC DISEASES LOCOMOTOR SYSTEM.

A study of the prevalence of diseases of the musculoskeletal system and its clinical forms among the inhabitants of the Republic of Kazakhstan.

Key words: rheumatoid arthritis, osteoporosis, diseases of the musculoskeletal system, the prevalence.

ӘОЖ: 615.89

Батырбекова А.М. – магистрант, **Әліпбекова С.Н.** – магистрант. Ғылыми жетекші – **Сарсенбаева Г.Ж.**, Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан

ЖАРАҚАТТАНУДЫҢ ЖӘНЕ ЖЕТІЛДІРУ ЖОЛДАРЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ- ӘЛЕУМЕТТІК АСПЕКТІЛЕРІ

АННОТАЦИЯ

Жарақат алу бойынша 2012-2013 жж деректері мен статистикалық жинақтары сараланып, талданды. Аталған жылдардың I тоқсанында жарақат алу 9,4% асқан, ал жалпы мүгедектік себептері ішінде жарақат салдары жетінші орында.

Кілт сөздер: жарақат, мүгедектік, жол көлік оқиғасы, өлім, медицина

Өзектілігі: Халықаралық еңбек ұйымының дерегіне жүгінсек, жыл сайын әлемде тек өндіріс орындарынан 270 миллион адам түрлі деңгейдегі жарақаттар алады екен. Ал оның 160 миллионы біржола мүгедектікке душар болып қалатын анықталған [1]. Бұл жағымсыз жағдай қазір біздің елімізде де белең алып тұр [4]. Өндірістік жарақатпен қоса жол-көлік оқиғаларынан болатын жарақаттың орны бірінші орында тұр. Қазақстан республикасының 2030 стратегиялық даму бағдарламасында атап көрсетілгендей, экономикалық және әлеуметтік даму бағытындағы басты мәселелердің бірі автотранспорт құралдарын тиімді пайдалану, жолаушыларды тасымалдау қызметтерін арттыра отырып жол қозғалысы қауіпсіздігін жоғарылату. Осы аталған мәселелерді тиімді орындау жол қозғалысын жетілдіру, жол апаттары себептерін зерттеу және жол апаттарын болдырмау, алдын алу іс-шараларын орындау арқылы мүмкін. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДҰ) 2013 жылғы дүниежүзіндегі жол қозғалысы қауіпсіздігінің жағдайы туралы баяндамасында әлемдегі 99% халық немесе 6,8 миллиард адамды қамтыған 182 елдің жол

қозғалысының қауіпсіздігі жөнінде мәлімет берілді. Дүниежүзінде жолда 1,24 миллионға жуық адам қаза тауып, ал 20-дан 50 миллионға дейін адам қауіпті жарақат алады. Дүниежүзінде жол-көлік апатының нәтижесінен болатын өлім-жітім оқиғасының 59%-ы 15-44 жас аралығындағы жас адамдар арасында орын алады. Орташа жылдамдықты 5%-ға төмендету өлімге әкелетін апаттың санын толықтай 30%-ға төмендетуге ықпал етеді. Балаларға арналған орындық пен қосымша құрал (жастық) апат болған жағдайда балалар өлімін 54-80%-ға төмендетеді. [1]. Әлемде жол-көлік апаты көп жағдайда дамушы және дамуы тежелген елдерде орын алады. 2010 жылы Блумберг отбасы атындағы қордан ЖКО көп кездесетін 10 елде (Бразилия, Вьетнам, Египт, Үндістан, Камбоджа, Кения, Қытай, Мексика, Ресей Федерациясы және Түркия) алдын алу үшін 5 жылға қаржыландыру жүргізілді және бұл қаражаттың барлығы ЖКО салдарынан болатын жайғайлардың профилактикасына арналған. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы 2008 жылы 178 елде жүргізілген зерттеуіне сай ЖКО-н 90% халықтың жалпы көлеміне көліктер саны аз келетін, күн көрісі төмен және дамушы елдерде орын алып, басты себеп жол сапасының төмен екенін дәлелдейді. Әлем бойынша барлық ЖКО жарты бөлігі жаяу жүргіншілер жолында, велосипед пен мотоцикл айдаушылар арасында кездеседі. Өкінішке орай әлем бойынша барлық жолдардың 15% ғана қауіпсіз болып табылады [1.2].

Зерттеу мақсаты. Қазақстан Республикасы бойынша тұрғындардың жарақаттану динамикасын зерттеп, өлім құрылымын саралау, алдын алу шараларының тиімділігін бағалау.

Зерттеу материалы мен әдістері. Қазақстан Республикасы денсаулық саласы мен ішкі істер басқармаларының мәліметтерін алып, статистикалық талдау жасау.

Зерттеу нәтижелері мен талдау. Жол-көлік оқиғаларының пайда болу себептері мен жағдайларын талдау және осы себептер мен жағдайларды жою үшін әр елде, аймақта, қалада жол-көлік оқиғаларының есебі жүргізіледі. Оны елдің Ішкі істер министрлігі мекемелері, автомобиль жолдарын мемлекеттік басқару органдары, даралық және жеке меншік жолдарының иелері жол-көлік оқиғаларын есепке алу ережелеріне сәйкес жүргізеді. Медицина мекемелері меншік нысанына қарамастан жол-көлік оқиғаларында қаза тапқан немесе жарақаттанған адамдардың есебін жүргізеді. Жол-көлік оқиғаларының мемлекет статистика есептемесіне адамдар қаза тапқан немесе жарақаттанған жол-көлік оқиғалары ғана енгізіледі. Қазақстан Республикасының “Жол жүрісі қауіпсіздігі туралы” Заңына сәйкес жол-көлік оқиғалары туралы мәліметтерді жариялауға рұқсат етіледі және олар мүдделі заңды тұлғалар мен азаматтарға белгіленген тәртіппен беріледі [4.5].

Жол қозғалысы саласындағы нормалар мен ережелерді сақтау деңгейін арттыру, Жол қозғалысы ережелерін бұзудың тіркеудің автоматтандырылған жүйесін енгізу есебінен жол қозғалысын қадағалауды жетілдіру, жолдағы авариялық-қауіпті учаскелерді жою жөніндегі жұмыстар жалғасатын болады. Жол қозғалысын ұйымдастыруда қазіргі заманғы әдістер мен құралдарды қолдану, жол-көлік оқиғаларының (ЖКО) автоматтандырылған ақпараттық-іздістіру жүйесін әзірлеу және енгізу, сондай-ақ, республикалық маңызы бар жолдарды жол қозғалысын басқарудың интеллектуалды көлік жүйелерімен жарактандыру жоспарлануда [6].

2013-2014 жылдың алғашқы I тоқсанының есебі бойынша тіркелген жол-көлік оқиғаларының саны 9,4 %-ға өскені байқалады [7].

2013 жылға қарай ЖКО нәтижесінде қайтыс болғандардың санын 2009 жылғы деңгейден (2898 адам) 10 %-ға, 2015 жылға қарай 14 %-ға төмендету. 2013 жылға қарай зардап шегушілерімен ЖКО-ның санын 2009 жылғы деңгейден (14788 адам) 8%-ға артқан [6.7].

Жарақат алу бойынша өлім себептеріне келетін болсақ 2012-2013 100000 тұрғынға есептегенде жазатайым жарақаттану себептерінен өлім бірінші орында тұр. Ең көп үлесті Солтүстік Қазақстан облысы (2012 ж - 159.06; 2013 ж - 146.63) мен Қарағанды (2012 ж -134.67; 2013 ж - 114.62) облыстары алады. Жарақат себептерінің ішінде 65% қыс мезгілінде орын алатын көктайғақ себептерінен екендігі анықталды. Ал сәбилер арасындағы өлім себептеріне келетін болсақ жарақат салдары туа біткен ақаулар мен перинеталды кезеңде пайда болған аурулардан кейінгі үшінші орынды алып отыр.

Қорытынды: Қорыта келе жарақаттанудың деңгейі 9,4% өскені тіркелді. Жалпы жарақаттанудың ішінде 70% жол көлік оқиғаларына сай келетіні анықталды. Жарақаттау бойынша өлім себептері СҚО мен Қарағанды облыстарында ең жоғары көрсеткішке ие екендегі табылып, басты себептері климаттық-географиялық болып табылды.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Предупреждение насилия и травматизма: Безопасность дорожного движения в 10 странах. ВОЗ. (http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_traffic/countrywork/ru/)
2. Доклад о состоянии безопасности дорожного движения в мире, 2013 г. ВОЗ. http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2013/ru/

3. Статистика дорожно-транспортных происшествий на дорогах страны порой напоминает сводку военной поры. *Газета «Казахстанская правда», 26 июля 2013 г*

4. Қазақстан Республикасы Ішкі істер министрінің 2011 жылғы «01» 09 № 455 бұйрығымен бекітілген «Қазақстан Республикасы ішкі істер органдарының жол қозғалысы қауіпсіздігін қамтамасыз ету жөніндегі» нұсқаулық.

5. Ә.Торбаева. Жол апатының келеңсіздіктерін алдын алу шаралары (<http://www.namys.kz/?p=19177>)

6. 2014 жылдың 4 айы бойынша жол-көлік оқиғаларын есепке алу жағдайы (<http://pravstat.prokuror.kz/kaz/novosti/press-releasy/2014-zhyldyn-4-ayu-boynsha-zhol-kolik-okigalaryn-esepke-alu-zhagdayy>)

7. 2013 жылда Қазақстан Республикасы халқының денсаулығы және денсаулық сақтау ұйымдарының қызметі. Статистикалық жинақ. Астана – 2013 ж.

РЕЗЮМЕ

Батырбекова А.М. – магистрант, **Алипбекова С.Н.** – магистрант. Научный руководитель – **Сарсенбаева Г.Ж.** Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ТРАВМАТИЗМА И ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

Проанализированы данные статистической отчетности, касающиеся первичной травм за период 2013-2014 годы. Отмечено, что за I квартал анализируемый период в абсолютных значениях распространённость травм выросла на 9,4%, а инвалидность от травм в общей структуре занимает седьмое место.

Ключевые слова: травма, инвалидность, ДТП, смертность, медицина.

SUMMARY

Batirbekova A.M.- undergraduate, **Alipbekova S.N.** - undergraduate. Supervisor – **Sarsenbayeva G.Zh.** South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy.

MEDICAL SOCIAL ASPECTS OF INJURIES AND WAYS OF IMPROVING

The data of statistical reports on primary injury for the period 2013-2014 years. It is noted that for the first quarter of the period under review in absolute prevalence of injuries increased by 9.4%, and disability from injuries in the total ranked seventh.

Key words: trauma, disability, accident, death, medicine

УДК 371. ББК 74.58.

Т.А.Чарушина, Н.С.Трапезникова – студентки 5-го курса Кировской государственной медицинской академии, г. Киров, Россия, atka_93@list.ru

Научный руководитель – **С.Б.Петров** - к.м.н., доц. Кировская ГМА, г.Киров, Россия, atka_93@list.ru

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ЗАБОЛЕВАНИЯМ ЖЕЛУДОЧНО – КИШЕЧНОГО ТРАКТА У СТУДЕНТОВ СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ И ТЕХНИЧЕСКИХ ВУЗОВ Г.КИРОВА

АННОТАЦИЯ

Актуальность выбранной темы определяется ухудшением здоровья студентов за последние годы. Особенно выросло количество заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Ключевые слова: сравнительная оценка, предрасположенность, заболевания ЖКТ, студенты.

По данным Е.В. Баркаловой, рост числа заболеваний желудочно-кишечного тракта у студентов связан с неправильным питанием. Этот фактор включает в себя избыточное или недостаточное потребление пищи, нерациональный режим питания, несбалансированность рациона по основным группам питательных веществ (белкам, жирам и углеводам), обилие искусственных веществ в рационе, снижение содержания грубой растительной клетчатки в пище.

В связи с этим, с особым вниманием следует учитывать наличие факторов, которые способствуют возникновению гастроуденальных заболеваний. Не проводились исследования комплекса предрасполагающих факторов к заболеваниям ЖКТ у студентов, что и явилось предметом нашего исследования.

Исходя из вышесказанного, поставлена цель: сравнить предрасположенность и факторы риска заболеваний ЖКТ среди студентов медицинских и технических высших учебных заведений.

Материал и методы исследования: Исходя из цели и задач исследования, в работе изучена предрасположенность к заболеваниям ЖКТ у студентов медицинских и технических ВУЗов. С этой целью проводилось анкетирование.

Было обследовано 60 студентов, в возрасте 18-20 лет, обучающихся в медицинском вузе (30 человек - первая группа) и техническом вузе (30 человек – вторая группа). Каждая исследуемая группа включала 15 девушек и 15 юношей.

С помощью анкеты изучались такие предрасполагающие факторы, как кратность питания, изменение аппетита, употребление еды «в сухомятку», чувство распираания и быстрого насыщения, наличие вредных привычек, стрессовых факторов, болезней ЖКТ у ближайших родственников.

Результаты исследования и их обсуждения: Результаты анкетирования показали, что в возникновении гастроуденальной патологии у студентов роль играют предрасполагающие факторы (психоэмоциональные стрессы, перегрузки, нерегулярность и несбалансированность питания, отсутствие или недостаток в продуктах питания витаминов, недоброкачественные продукты, вредные привычки).

У студентов-медиков основными предрасполагающими факторами являлись кратность питания, употребление пищи «в сухомятку» и стрессовые ситуации, а у студентов технического профиля – вредные привычки.

Юноши медицинского вуза более предрасположены к возникновению гастроуденальной патологии, чем девушки, обучающиеся в техническом вузе.

Выявленные закономерности могут быть использованы при формировании профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости желудочно-кишечного тракта у подростков.

Выводы: В возникновении гастроуденальной патологии у студентов роль играют предрасполагающие факторы: психоэмоциональные стрессы, перегрузки, нерегулярность и несбалансированность питания, отсутствие или недостаток в продуктах питания витаминов, недоброкачественные продукты, вредные привычки. У студентов-медиков предрасполагающими факторами, способствующими возникновению заболеваний ЖКТ, являются кратность питания, употребление пищи «в сухомятку» и стрессовые ситуации, а у студентов технического профиля – вредные привычки.

Юноши медицинского вуза более предрасположены к возникновению гастроуденальной патологии, чем девушки, обучающиеся в техническом вузе.

ТҮЙІН

Т.А.Чарушина, Н.С.Трапезникова – Киров мемлекеттік медицина академиясының 5–ші курс студенттері, Киров қ., Ресей, tatka_93@list.ru

Ғылыми жетекші – **С.Б.Петров** – м.ғ.к., Киров ММА доц., Киров қ., Ресей, tatka_93@list.ru

САЛЫСТЫРМАЛЫ БАҒАЛАУ БЕЙІМДЕЛУ АУРУЛАР АСҚАЗАН – ІШЕК ЖОЛДАРЫНЫҢ СТУДЕНТТЕР АРАСЫНДА МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖӘНЕ ТЕХНИКАЛЫҚ ЖОҒАРҒЫ ОҚУ ОРЫНДАРЫНЫҢ КИРОВ

Жұмыста тандалған тақырыптың өзектілігі айқындалады денсаулығының нашарлауына байланысты студенттер соңғы жылдары. Әсіресе, асқазан-ішек ауруларының саны.

Кілтті сөздер: Салыстырмалы бағалау, бейімділік, асқазан-ішек аурулары, студенттер қатысты.

SUMMARY

T. A. Charushin, N. With. Trapeznikova – students of the 5th course of the Kirov state medical Academy, Kirov, Russia, tatka_93@list.ru

Scientific supervisor – **S. B. Petrov** - PhD, Assoc. Kirov state medical Academy, Kirov, Russia, tatka_93@list.ru

COMPARATIVE EVALUATION OF SUSCEPTIBILITY TO DISEASES of the GASTROINTESTINAL TRACT AMONG STUDENTS of MEDICAL AND TECHNICAL UNIVERSITIES KIROV

The relevance of the chosen topic is determined by the deterioration of students' health in recent years. Especially increased the number of diseases of the gastrointestinal tract. According to E. V. Barkalova, the growing number of diseases of the gastrointestinal tract in students is associated with poor diet. This factor includes

excessive or insufficient food intake, poor diet, an unbalanced diet of the main groups of nutrients (proteins, fats and carbs), plenty of artificial substances in the diet, reducing the content of coarse fiber in the diet.

Key words: Comparative evaluation, predisposition, gastrointestinal Disease, students.

УДК_ 614.2 – 057.875:301.085:392.

Д.Т.Бисалов – С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университетінің 3 курс студенті, Алматы қ., Қазақстан Республикасы, blackstar_26@mail.ru

Ғылыми жетекші – Қ.С.Нұржанова, т.ғ.м., С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университетінің нутрициология кафедрасының оқытушысы, Алматы қ., Қазақстан Республикасы, dumananurzhanova@mail.ru

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ БОЙЫНША ЖОО СТУДЕНТТЕРДІҢ ТАМАҚТАНУ ДЕҢГЕЙІН ЗЕРТТЕУ ЖӘНЕ БАҒАЛАУ

АННОТАЦИЯ

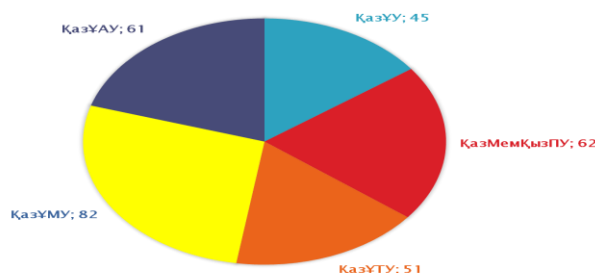
Қазіргі таңда студенттер арасында аурулардың пайда болу көрсеткішінің жоғарылауы өзекті мәселелердің бірі болып отыр. Жұқпалы емес аурулардың студенттер арасында кең таралуы өмір жағдайына, тамақтануына, тамақтану режиміне, жүйке жүйесіне түсетін ауыртпалықтарға тікелей байланысты. Қазіргі таңда танымал болып отырған тағамның қай-қайсысының құрамында күмән бар, тағамның құнарсыз, толыққұнды болмауынан келесі ауқатқа тәуелді аурулардың келіп шығуына себеп болады: созылмалы гастрит, жүрек-қан тамыр аурулары, асқазан ойық жарасы, семіздік, жүректің ишемиялық ауруы, салмақ жетіспеушілік, гиперхолестеринемия, темір тапшылық анемиясы, өт-тас ауруларына және иммунитеттің төмендеуіне әкеліп соқтырады.

Кілт сөздер: студенттер, тамақтану тәртібі, ауқатқа тәуелді аурулар, дұрыс тамақтанбау.

«Тәуелсіздіктің туы – білімді ұрпақтың қолында», – деп Елбасымыз Н.Ә.Назарбаев «Қазақстан жолы – 2050: Бір мақсат, бір мүдде, бір болашақ» Жолдауында мемлекетіміздің болашағы деп, жастарға үлкен сенім білдірді. Еліміздің жарқын болашағының кепілі – білімді, білікті жас мамандар, жастар. Жастарымыз дені сау, білімді, дүниеге сау ұрпақ әкелу үшін дұрыс тамақтанудың алар орны ерекше екенін түсіндіру.

Мақсаты:

- Алматы қаласының ЖОО-ның студенттерінің тамақтану тәртібін зерттеу және бағалау;
- Жастар арасында жұқпалы емес аурулардың көбеюіне байланысты зерттеу жұмысы студенттер арасында жүргізіліп, осындай аурулардың туындауының негізгі себебі – дұрыс тамақтанбау екенін түсіндіру.



Міндеттері:

- Студенттердің дұрыс тамақтанбауының себептерін анықтау;
- Жүргізілген зерттеу бойынша қорытынды жасап, ұсыныстар беру;
- Студенттердің салауатты тамақтану жөнінде ақпараттану деңгейін жоғарылату.

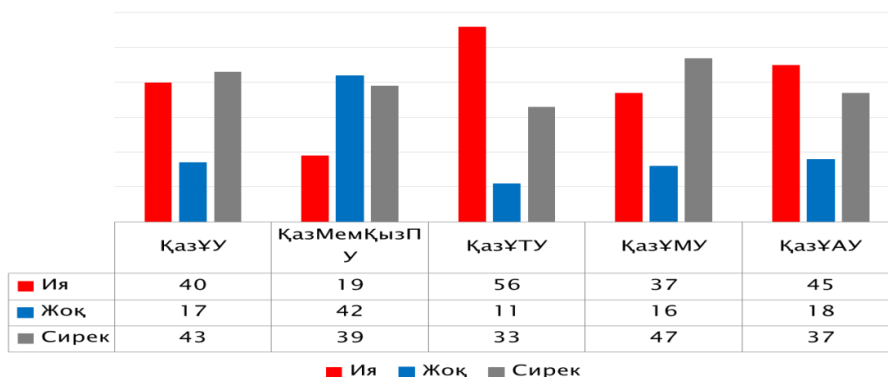
Зерттеу объектілері: ҚазҰМУ(100 студент); ҚазҰУ(100 студент); ҚазМемҚызПУ(100 студент);
ҚазҰТУ(100 студент); ҚазҰАУ(100 студент).

Зерттеу жұмысы кезінде **анкеталық әдіс, антропометриялық әдіс және статистикалық өңдеу әдістері** қолданылды.

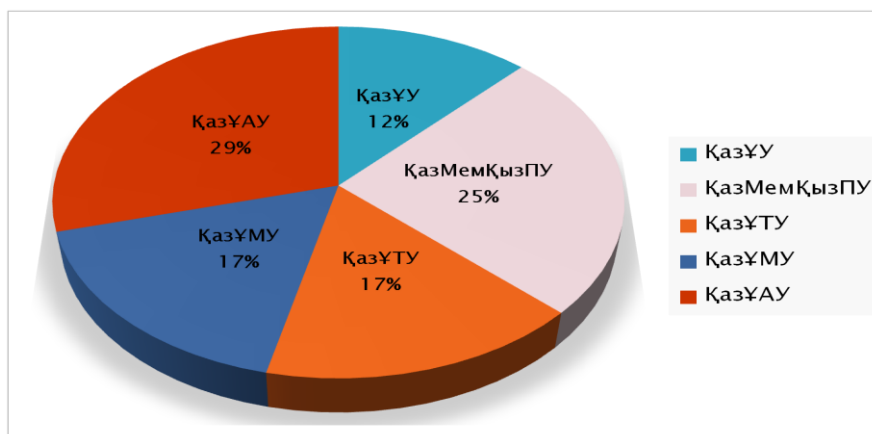
Зерттеу нәтижелері:

Студенттердің дұрыс тамақтану пирамидасы туралы ақпараттану деңгейі, %

Тез дайындалатын тағамдарды тұтыну деңгейі, %



Сіз тамақтану тәртібін ұстанасыз ба?



Қорытынды:

1. Сауалнама нәтижелері бойынша студенттердің дұрыс тамақтану пирамидасы туралы ақпараттану деңгейі С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ-де жоғары екені (82%) және әл-Фараби атындағы ҚазҰУ-де төмен (45%) екендігі анықталды;

2. Студенттер тамақтануында:

- Тез дайындалатын тағамдарды жиі (39,8%) тұтынатыны, оның ішінде Қ.И.Сәтбаев атындағы ҚазҰТУ студенттері – 56%, ал ҚазМемҚызПУ студенттері – 19% екені анықталды;

- Майонезді (70,8%), тәтті сусындар мен тәттілерді (58,6%);

- Тәбет ашатын дәмдеуіштерді (57,2%) жиі тұтынатыны, оның ішінде ҚазҰАУ – 80% және Қ.И.Сәтбаев атындағы ҚазҰТУ студенттері – 33% екендігі мәлім болды;

3. Зерттеу нәтижесі бойынша студенттердің тәуліктік тағам рационында жемістер мен көкөністердің өте аз мөлшерде тұтынатыны анықталды;

4. Тамақтану тәртібін ҚазҰАУ – 29%, ал әл-Фараби атындағы ҚазҰУ – 12% ұстанатыны анықталды;

5. ҚазМемҚызПУ – 27%, ал С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ студенттерінің 15% универси-тет асханасында тамақтанатыны анықталды;

6. ДСИ (Дене салмағының индексі) анықтау нәтижесінде: Салмақ жеткіліксіздігі – 16,4%. Қалыпты ДСИ – 82,2%. Артықшылық – 1,2%. Семіздік І дәреже – 0,2%.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Академик Төрегелді Шарманов: «Отандық өнімнің орны бөлек, отандастарым!» атты мақаласы. Ақпарат көзі: <http://egemen.kz/2015/02/03/48557>
2. <http://qaznews.kz/t-sharmanov-karazhat-emdeuge-emes-aurudyn-aldyn-aluga-burylu-kerek.html>

РЕЗЮМЕ

Д.Т.Бисалов – студент 3 курса КазНМУ им. С.Ж.Асфендиярова, г. Алматы. blackstar_26@mail.ru
Научный руководитель – К.С.Нұржанова, т.преподаватель кафедры нутрициологии, КазНМУ им. С.Ж.Асфендиярова, г.Алматы. dumananurzhanova@mail.ru

ИЗУЧЕНИЕ И ОЦЕНКА УРОВНЯ ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ ПО ГОРОДУ АЛМАТЫ

В настоящее время, одной из актуальной проблемой является, повышение показателя возникновения заболеваний у студентов. Широкая распространенность неинфекционных заболеваний среди студентов непосредственно связано с образом жизни, питанием, режимом питания, нагрузками на нервную систему студента.

В настоящее время, состав любой популярной пищи вызывает сомнение. Не рациональная пища и не питательная пища могут быть причинами заболевания, таких как: хронический гастрит, язва, ожирение, ишемическая болезнь сердца, недостаточность веса, гиперхолестеринемия, железодефицитная анемия, снижение иммунитета.

Ключевые слова: студенты, режим питания, заболевания связанные с питанием, не правильное питание..

SUMMARY

D.T.Bisalov – the student 3 courses of KAZNMU of S. Zh. Asfendiyarov, Almaty. blackstar_26@mail.ru
The research supervisor – **K. S. N • rzhanova, a t.prepodovatel of chair of nutritsologiya, KAZNMU of S. Zh Asfendiyarov, Almaty** dumananurzhanova@mail.ru

STUDYING AND ASSESSMENT OF LEVEL OF FOOD OF STUDENTS OF HIGHER EDUCATION INSTITUTIONS AROUND THE CITY ALMATY

Now, one of an actual problem is, increase of an indicator of developing of diseases at students. Prevalence of noninfectious diseases among students it is directly connected with a way of life, pitpniy, a diet, loads of nervous system of the student.

Now, the structure of any popular food raises doubts. Not rational food and not nutritious food can be the reasons a disease, such as: chronic gastritis, ulcer, obesity, coronary heart disease, weight nedostachnost, hypercholesterolemia, iron deficiency anemia, decrease in immunity.

Key words: students, the diet, diseases connected with food, not healthy nutrition.

УДК 614.2:004

Kozhabek G.B - student of 2nd course of Karaganda State Medical University, Karaganda, Kazakhstan. gulinka_96@mail.ru **Scientific instructors - Akhmetova S.B.**, the head of the department of the microbiology of KSMU, Karaganda, Kazakhstan akhmetova_sb@mail.ru

THE STUDY OF VAGINAL FLORA IN PREGNANT WOMEN WITH THE ASSESSMENT ANTIBIOTIKOGRAMS IF SIGNS OF DYSBIOSIS"

RESUME

The peculiarity of the normal flora of the genital tract in women is the diversity of its species composition represented by lifelong strict and facultative anaerobic microorganisms and significantly less aerobic and microaerophilic. We are studying the microflora of the vagina in order to understand how the bacteria involves the normal microflora of the vagina, and some anaerobes predominate in it, as well as study the factors that affect the composition of the microflora.

Key words: microflora, vagina biocenosis, pathogens.

From the microbiological position remains relatively unexplored question of the extent to which conditionally pathogenic microorganisms can be considered as a component of the normal vaginal flora, and under what conditions, opportunistic microorganisms act now as agents of the inflammatory process.

Microbiocenosis vagina in women of reproductive age normally consists of constantly living microorganisms (an indigenous, autochthonous flora) and transient (allochthonous, random microflora). Indigenous microflora outnumber the population of random, but the number of species of autochthonous flora is not as great as the diversity of species of allochthonous microorganisms. Hormonal changes from the beginning of pregnancy affect the mucous membrane and vaginal microflora, so often the first sign of pregnancy becomes itchy and cheesy discharge - the symptoms of thrush, which meet up to 80% of pregnant women.

Objective: to define the etiological structure of vaginal flora in pregnant women and antibiotikograms isolates from women with different clinical manifestations of the state of the vagina dysbiotic.

Materials and Methods: The study included results of a study microecology vagina in women who have applied to receive a local gynecologist at the antenatal clinic with complaints of abnormal discharge from the genital routes- itching, burning, dysurical disorder. Microbiological studies (microscopic, bacteriological, mycological, serological and molecular genetic methods) underwent vaginal discharge 30 women. Specimen - discharge from the posterior vaginal fornix microscopy, elective plated on nutrient medium and cultured anaerobically and with subsequent identification. Screening for bacterial vaginosis and chlamydia urogenital conducted serological (ELISA) and molecular genetic (PCR) methods.

Results:

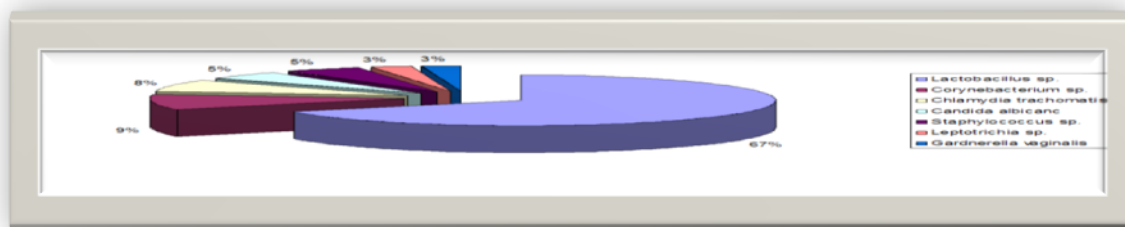


Diagram1 - Allocated strains of microflora vagina

All samples (except 6.9% gave no growth) of flora were dominant bacteria of the genus Lactobacillus, the share of transient microflora had an average of 22.5% of the total number of colony forming units. The etiological structure of opportunistic pathogens presented: coccal flora Staphylococcus epidermidis, Streptococcus agalactae (17,2%), Corynebacterium spp. (13.8%), fungi of the genus Candida (6,9%), Leptotrichia spp. (3.5%), 10.3% were uncultivated Chlamydia trachomatis, confirmed detection of DNA by polymerase chain reaction. As a result, 17 strains were identified S.aureus (5,9%), whereas in the control - 1 strain (3.3%). When analyzing antibiotic strains experimental group showed 100% of strains sensitive to meropenem, clindamycin, clarithromycin, oxacillin, vancomycin; 35.3% moderately resistant to amoxicillin and ceftriaxone; 47.1% moderately resistant, and 17.6% are resistant to tetracycline; 58.8% moderately resistant and 41.2% resistant to neomycin; 52.9% moderately resistant and 47.1% resistant to ciprofloxacin. Antibiotic sensitivity control strain did not differ from the experimental strains. Thus, antibiotic resistance identified S.aureus tetracycline, neomycin, ciprofloxacin. Resistant strains to oxacillin and vancomycin were found. Analyzing the results we can say, the study of the microflora of the vagina revealed the role of opportunistic microflora in violation of the ratio of vaginal contents, their isolation in moderate or abundant amount of growth that makes it possible to prove their etiological role in the development of state dysbiotic vaginal microflora.

LITERATURE

1. Шамбилова Н.А., Азизов И.С., Дегтев А.Ю., Мельникова Н.А. Резистентность к противогрибковым препаратам грибов рода Candida Медицина и Экология, 2004, №4. – с.37-40.
2. Шамбилова Н.А., Азизов И.С., Якубенко А.В., Гладкова В.Г. Антибиотикорезистентность микроорганизмов рода Pseudomonas Медицина и Экология, 2005, №1. – С.33-35.
3. Шамбилова Н.А., Канатчикова В.А., Бекбосынова С.Ш., Карабаева Б.Ж. Применение антимикробных препаратов молодыми женщинами при острых циститах //Мат. I-й Республ. Конф. «Антибиотикорезистентность, клиническая и экономическая эффективность, безопасность антимикробной терапии», Караганда, 2008. – С.9-11
4. Копобаева И.Л., Гребенникова Г.А. Исходы беременности и родов при дородовом излитии вод. // Материалы Республиканской конференции «Репродуктология и перинатология: современный взгляд на проблему», Алматы, 2009. – С. 104-107.

ТҮЙІН

Қожабек Г.Б – Қарағанды мемлекеттік медицина университетінің 2 курс студенті, Қарағанды қаласы, Қазақстан Республикасы. Ғылыми жетекші – **Ахметова С.Б** - Қарағанды мемлекеттік медицина университетінің микробиология кафедрасының жетекшісі, Қарағанды қаласы, Қазақстан Республикасы

ДИСБИОЗА БЕЛГІЛЕРІ БАР ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕР ҚЫНАБЫ МИКРОФЛОРАСЫН АНТИБИОТИКОГРАММА БАҒАЛАУЫМЕН ЗЕРДЕЛЕУ

С микробиологической позиции остается достаточно неизученным вопрос, в какой мере условно-патогенные микроорганизмы можно рассматривать как компонент нормальной микрофлоры влагалища и при каких условиях условно-патогенные микроорганизмы выступают уже как возбудители воспалительного процесса.

Микробиологиялық позициядан шартты - патогенді микроорганизмдерді қынаптың қалыпты микрофлорасыретінде қарастыру жайы және қандай жағдайда шартты - патогендік микроорганизмдер қынаптағы қабыну процессінің қоздырғыштары ретінде қай жағдайда қарастырылатыны толығымен зерттелмеген мәселе болып қалуда.

Кілт сөздер: микрофлора, қынап биоценозы, патогенді микроорганизмдер

РЕЗЮМЕ

Кожабек Г.Б – студентка 2-го курса Карагандинского государственного медицинского университета, г. Караганда, Республика Казахстан. gulinka_96@mail.ru Научный руководитель- **Ахметова С.Б** – заведующий кафедры микробиологии Карагандинского государственного медицинского университета, г.Караганда, Республика Казахстан.

ИЗУЧЕНИЕ МИКРОФЛОРЫ ВЛАГАЛИЩА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ОЦЕНКОЙ АНТИБИОТИКОГРАММА ПРИ ПРИЗНАКАХ ДИСБИОЗА

С микробиологической позиции остается достаточно неизученным вопрос, в какой мере условно-патогенные микроорганизмы можно рассматривать как компонент нормальной микрофлоры влагалища и при каких условиях условно-патогенные микроорганизмы выступают уже как возбудители воспалительного процесса.

Ключевые слова: микрофлора, биоценоз влагалища, патогенные микроорганизмы.

УДК 612.393.1:613.81-056.7

Нургожа А.Н. – 3 курс, «Жалпы медицина» факультеті, С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы қаласы, ҚР, aidana.rmc@mail.ru. **Жумакова Т.А.** – доцент, «Қалыпты физиология» кафедрасы

ҚАЗІРГІ ЗАМАН ЖАСТАРЫНЫҢ ІШІМДІККЕ СУБЪЕКТИВТІ КӨЗҚАРАСЫ

АННОТАЦИЯ

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы бүкіл жер шарында спирт ішімдіктерін тұтыну деңгейін айқындау үшін 188 елде арнайы мониторинг жүргізеді. Соның нәтижесіне сүйенсек, 2011 жылғы рейтингте Қазақстан 34 орында тұр. Бұл - еліміздің әрбір азаматы жылына 11 литрге жуық таза этил спирті немесе жарты литрлік арақтың 50 бөтелкесін тұтынады деген сөз. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы жан басына шаққанда 8 литрден көп алкоголь өнімін тұтынатын елдердің ұлттық генофонды деградацияға ұшырайды деген ақпарат таратқан.

Кілт сөздер: ішімдік, жастар, көзқарас, субъективті көзқарас

Салауатты өмір салтын құру ұлттық орталығының мәліметі бойынша адам басына шаққанда жылына 10-12 литр спирт ішеді екенбіз. Ал БҰҰның мәліметі бойынша тұтыну 8 литр спирттен асса халықтың жойылуға бет бұратындығын ескерткен. Арақ ішу жөнінен Қазақстан бесінші орынға шықты. Мұндай қорытындыны әлемдік нарықты зерттеген ұлыбританиялық *IWSR* (халықаралық шарап пен спирттік ішімдіктер нарығын зерттеу ұйымы) ұйымы жариялады.

Осы және өзге де статистикалық мәліметтер, бұл тақырыптың өзектілігін ашып көрсетуде. Және бұл мәселенің бастауы – жастар арасында белең алуы бүгінгі қоғамды мазалайтын тақырыптардың бірі екенін көрсетеді.

Зерттеу жұмысының мақсаты:

Қазіргі заман жастарының ішімдікті қолдануға деген көзқарасының деңгейін анықтап, бағалау.

Зерттеу жұмысының міндеттері:

1. Ішімдікті қолданудағы эмоциональды тәуелділікті анықтау;
2. Жастардың алкогольді ішімдіктерді, сусындарды қолданудағы әлеуметтік жағдайының әсерін бағалау;
3. Рухани күйзеліс кезінде және материалдық жағдайының төмендеуімен байланысты ішімдікті қолданудың үрдісін қарастыру;
4. Ішімдікті қолдану мен адамның рухани құндылықтарының арасындағы байланысты анықтау.

Зерттеу нысаны (объектісі):

1. С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті студенттері (18-24 жас аралығы)

2. Ғаламтор желісі бойынша қамтылған жалпы жастар

Зерттеу әдісі: анонимді – анкеталық сұрақ-жауап.

Зерттеуге қатысушылар саны: 72 (соның ішінде 37 қолма-қол, 35 интернет желісі арқылы)

Әлеуметтік ақпараттың өңделу әдісі: Алынған ақпарат компьютер көмегімен өңделді.

Сауалнаманың алғашқы сұрақ-жауап бөлімі жалпы шолу көрсеткіштеріне жататындықтан басты назар келесі бөлімдерде жүргізілді. (зерттеу барысы)

✓ Ең алғаш қай кезде ішімдіктің (алкогольді сусындардың) дәмін татып көрдіңіз?

а) мектепке дейін 3% б) 11-сыныпқа дейін 33% в) орта мектеп бітіргеннен соң 41%-

в) жоғарғы оқу орнына түскеннен соң 10%, г) ешқашан – 13% - жауаптар қорытындысы бойынша, көпшілік жастар 11 сыныпқа дейін және орта мектепті бітіргеннен соң ең алғаш алкоголь тектес сусындарды ішіп көрген. Бұл алкогольді ішімдіктерді ерте жастан пайдалану фактін көрсетеді.

✓ Келесі сұрақта ситуациялық жағдай ұсынылды: Сіз өзіңізге құрметті, сыйлы адамды мас күйінде жолықтырдыңыз. Сіздің реакцияңыз: а)ол туралы пікірді өзгертіп, өтіп кете беремін -11% б)көңілім қатты қалатын еді-22% в)«Әр адамның басынан өтеді» деген пікірдемін-49% г)ондай жағдайды елестете алмаймын-18%. Бұл жағдайда жастардың пікірінше, ол сыйлы құрметтейтін адам болғандықтан, «әркімнің басынан өтетін жағдай» деп қарастырады екен. Яғни оларда мас күйінде көрген адам туралы теріс пікір қалыптаспайды

✓ Ішімдікті, алкогольді сусындарды – жамандық деп есептейсіз бе?

а) иә – 100% б) жоқ – 0 - өте қызық қорытынды, жастардың барлығы дерлік ішімдікті жамандық деп санайды, бірақ мас күйінде көрген адамға теріс пікірі қалыптаспайды.

✓ Ішімдік міндетті түрде болатын жерлерге баруға қорқасыз ба?

а)иә-37% б)жоқ-45% в)білмеймін-18% - Бұл жауаптың қорытындысын байқағанымызда, жастардың ішімдігі (алкогольді сусыны) бар ортаны қауіпті деп есептемейтінінде..

✓ Қандай мақсатпен ішімдікті (алкогольді сусындарды) пайдаланасыз?

а) Достарыммен көңіл көтеру үшін-33% б)Эмоциональдық және физикалық күйзелістен арылу үшін- 11 % в) Әр кезде әрқалай 43% г) Өз жауабыңыз-13%. Жоғарыдағы көрсеткіштерден түйетініміз: алда онсыз да қоғамдық дертке айналып бара жатқан ішімдікке салынушылық, алкогольді сусындарды пайдалану - жастардың санасында әдетке айналып кетеді ме деген қорқыныш ұялатады.

✓ Бұл жүргізілген барлық сауалнамалардан кейін, мынадай заңды сауал туады: «Медициналық жоғарғы оқу орнында оқитын студенттерде бұл деңгей қаншалықты, яғни оның ішімдікті пайдаланбауына медицина саласында оқитындығы әсер етеді ме?»

Бірақ өкінішке орай, алынған сауалнамаларды салыстырмалы түрде зерттей келе 78% өкінішке орай жоқ жауап берді. Бұл жастардың жалпы тенденциясы, олардың медицина саласында оқу - оқымауына байланысты емес екендігінің көрсеткіші.

Қорытынды: Зерттеу жұмысы мақсатын орындады, яғни қазіргі заман жастарының ішімдікті қолдануға деген көзқарасының деңгейін анықтауға мүмкіндік болды.

Рухани күйзеліс кезінде және материалдық жағдайының төмендеуімен байланысты ішімдікті қолданудың үрдісін қарастырғанымызда, расында да кейде ішімдікті рухани күйзелістен арылтушы ретінде қабылдайтынын көре алдық. Әлеуметтік жағдайға қарамастан, достармен көңіл көтеруде, қандай да бір күйзелістен арылу үшін ішімдікті (алкогольді сусындарды) пайдалантынын пайымдауға болады.

Барлық жастар қоғамы ішімдік пен алкогольді сусындарды жамандық деп танығанымен, мастыққан қоғам алдарына келгенде, олардың басым көпшілігінің іс-әрекеті бейтарап күйінде қалатынын және ол үшін қорқыныш сезімі аса туындамайтынын бағаладық. Қоғамның 100% салауаттылығын нарықта ішімдікті және ішімдік тектес сусындарға қолжетімділік өршіп тұрған кезеңде шындыққа балай алмайды екенбіз.

Ұсыныс: Ішімдіктің жастар арасында етек алуының басты себебі - қол жетімділікте. Сондықтан 2018 жылдан бастап арнайы «Карточкалы жүйе» бағдарламасын жүзеге асыруды ұсынамын. Арнайы ішімдікті пайдалануға құқық берілетін карточка тек қана 21 жасқа толған азаматтар мен азаматшаларға беріледі, сондай-ақ карточка Сізге тек бір жылдық лимит бойынша, яғни жыл ішінде тек қана 8литрге дейін ішімдік сатып алуға құқық береді. Бұл карточкалы жүйе жергілікті ЦОНдарда беріліп, сол жерде тіркеледі. Бастапқы бағдарлама жоспары осындай.

«Табиғат ресурстары азайып, халық көбейіп, жер тарылып жатқан заманда, Қазақтың байлыққа толы ұлан байтақ жерін соғыссыз жаулап алуға бел буып отырған сыртқы күштерге, алкоголизмге қазір күреспесек ертең тым кеш болары анық. Себебі ертең күресті кеш бастар болсақ, саны көбейген алкогольге тәуелді азаматтарымыз бізге бой бермей кетері анық» - деген сөздер көңілде ой түйдіріп, шешім қабылдауға негіз болары хақ.

Дені сау, білімді және бәсекеге қабілетті ұлт қана туындайтын ауқымды міндеттерді шешуге қабілетті. Сондықтан біз қалыптасқан жағдайды нақты бағалап, еліміздегі алкоголь проблемаларын ауыздықтау үшін барлығымыз атсалысуымыз қажет.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. «Айқын» республикалық қоғамдық – саяси газетінің мақалалары (2012-2014жж.)
2. Бабаян Э. А., Пятое М. Д. Профилактика алкоголизма.— М.: Медицина, 1981.-63 с.
3. Баншиков В. М., Короленко Ц. П. Проблема алкоголизма (медицинский и психологический анализ).
4. Өмешұлы Ә. Салауатты өмір – денсаулық кепілі, Алматы, 1999
5. Каменков К. А. Алкоголизм как социально-гигиеническая проблема.— В кн.: Проблемы социальной гигиены / Под ред. Е. Я. Белицкой. Л.: Медицина, 1970, с. 366—388.

РЕЗЮМЕ

Нургожа А.Н.- студентка 3-го курса Казахского национального медицинского университета им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы aidana.rmc@mail.ru. Научный руководитель: доцент **Т.А.Жумакова** Казахского национального медицинского университета им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы

СУБЪЕКТИВНОЕ ОТНОШЕНИЕ К АЛКОГОЛЮ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ

ВОЗ провел специальный мониторинг в 188 странах для определения объем употребления спиртных напитков во всем мире. Согласно статистике 2011 года Казахстан занимает 34 место в рейтинге. Это обозначает, что каждый житель в год употребляет 11 литров чистого этилового спирта или же 50 бутылок по 0,5 литров водки. По информации ВОЗ, если каждый житель употребляет больше 8 литров алкоголя, то генофонду этой нации грозит деградация.

Ключевые слова: спиртные напитков, молодежь, субъективный взгляд

RESUME

Nurgozha A.N.— The student of 3rd course of Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty, Republic of Kazakhstan, aidana.rmc@mail.ru. Scientific director - Zhumakova T.A., MD, PhD Head of Department of Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty, Republic of Kazakhstan

SUBJECTIVE ATTITUDE TO ALCOHOL OF TODAY'S YOUTH

WHO special monitoring in 188 countries for definition carried out the volume of the use of alcoholic drinks around the world. According to the statistics of 2011 Kazakhstan takes the 34th place in a rating. It designates that each inhabitant in a year uses 11 liters of pure ethyl alcohol or 50 bottles on 0,5 liters of vodka. According to information of WHO if each inhabitant uses more than 8 liters of alcohol, the gene pool of this nation is threatened by degradation.

Key words: the alcoholic drinks, youth, subjective view

Төлеуова Б.Д., Мергенбаева Ж.Қ., Сары С.С., Бейбітбай А.М. – С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ
Ұлттық медицина университетінің 4 курс студенттері, Алматы қ., Қазақстан Республикасы,

toleuova.b@gmail.com zhanat.mergenbaeva@gmail.com

Ғылыми жетекші – Абдужабарова Ш.А., м.ғ.к., Алматы қ, Қазақстан Республикасы, shahlo26.04@mail.ru

АУЫР ДӘРЕЖЕЛІ ПРЕЭКЛАМПСИЯ – АКУШЕРЛІК САЛАДАҒЫ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕ

АННОТАЦИЯ

Қазіргі таңда ауыр дәрежелі преэклампсия ана мен бала өлімінің негізгі себепкері ретінде алдыңғы орынға шығып отыр. ДДСҰ-ның мәліметі бойынша аздаған жылдың ішінде преэклампсияның кездесу жиілігі 1,3%-дан 6,7%-ға жиілеп қоғам назарын өзіне аудартуда. Сол себепті ауыр дәрежелі преэклампсияның негізгі себептері, осы диагнозбен қатарласа жүретін негізгі аурулар мен олардың жалпы асқынулары, жыл санап қандай жағдайлар ауыр дәрежелі преэклампсияның дамуына әкелетінін білу практикалық жағынан өте маңызды болып табылады. Дер кезінде ауыр дәрежелі преэклампсияға ем көрсетілмеген жағдайда эклампсия мен HELP синдромының дамып асқынуына, ол өз кезегінде жүкті ана организмінің жалпы және жергілікті асқынуын шақырып ана өліміне және плацентаның жатыр қабырғасынан ерте сылынып түсіп бала өліміне, сондай-ақ келесі жүктіліктің сәтсіз өтуі мен перинатальдық патологияның дамуына соқтыртады.

Кілт сөздер: преэклампсия, HELP синдромы, пиелонефрит, анемия.

Зерттеудің мақсаты: қандай негізгі себепкер ықпалдар ауыр дәрежелі преэклампсияның жылдан жылға өсіп дамуына әкелетіндігін оқу және ретроспективтік анализ жасау.

Зерттеу тәсілдері мен мәліметтер: жалпы зерттеу Алматы облысы, Қарасай аудандық облыстық ауруханасының перзентхана бөлімшесінде соңғы үш жыл ішінде (2013, 2014, 2015 жылдар) тіркелген жүкті әйелдердің сырқатнамасына ретроспективтік анализ жасау.

Алынған мәліметтер: 3 жылдың қорытындысы бойынша: Қарасай аудандық Орталық ауруханасының перзентхана бөлімшесіне ауыр дәрежелі преэклампсиямен түскен жүкті әйелдер саны барлық босанушы әйелдердің 4,8% қамтып отыр; Оның ішінде анемиямен 37% науқас тіркелген, 41% науқас ұрық дамуының кідіруімен босанды; Барлық босанушы әйелдердің 34%-да сәбиі өлі туылған; Науқастардың 50% -да босану уақыты қалыпты, бірақ дамуы тежелген сәбилер дүниеге келген; Ауыр дәрежелі преэклампсиямен қайталамалы жүкті болған әйелдер алғашқы жүкті әйелдермен салыстырғанда 60% жағдайда жиі шалдығады; Жалпы науқастардың ішінде 52% кесарь тілігінің көмегімен босаған.

Қорытынды: Соңғы 3 жылдың қорытындысы бойынша бір ғана Қарасай аудандық Орталық ауруханасының перзентхана бөлімшесінде ауыр дәрежелі преэклампсия 2,3%-дан 7,4%-ға артып ана мен бала өлімінің негізгі себепкері болып тіркелген. Осы аурумен қатарласа жүретін негізгі аурулар қатарына ана денсаулығы жағынан анемия мен пиелонефрит, сәби денсаулығы жағынан ұрықтың өсуінің кешеуілдеуі болатындығы анықталды.

РЕЗЮМЕ

Төлеуова Б.Д., Мергенбаева Ж.Қ., Сары С.С., Бейбітбай А.М. – студенттері 4 курса КазНМУ им.

С.Ж.Асфендияров. г. Алматы. toleuova.b@gmail.com zhanat.mergenbaeva@gmail.com

Научный руководитель – к.м.н., Абдужабарова Ш.А., г. Алматы. shahlo26.04@mail.ru

ПРЕЭКЛАМПСИЯ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА В СФЕРЕ АКУШЕРИИ

В данное время преэклампсия тяжелой степени является основной причиной смертности матери и ребенка. По данным ВОЗ, за короткое время частота встречаемости преэклампсии выросло с 1,3% до 6,7%. Поэтому, со стороны практики, важно знать основные принципы тяжелой преэклампсии и его сопутствующие заболевания. Несвоевременное лечение преэклампсии тяжелой степени может привести к осложнениям в организме беременной женщины, к смерти ребенка, к тяжелым протеканиям беременности.

Ключевые слова: преэклампсия, синдром HELP-а, пиелонефрит, анемия

SUMMARY

Toleuova B. D., Mergenbayev Zh. K., Sara S.S., A.M. Beybitbay – students 4 courses of KAZNMU of S. Zh. Asfendiyarov. Almaty. toleuova.b@gmail.com zhanat.mergenbaeva@gmail.com

The research supervisor – Candidates of Medical Science., **Abduzhabarova Sh. A.**, Almaty.
shahlo26.04@mail.ru shahlo26.04@mail.ru

PREEKLAMPSIYA OF HEAVY DEGREE – THE ACTUAL PROBLEM IN THE SPHERE AKUSHERY

At present the preeklampsia of heavy degree is the leading cause of death of mother and child. According to WHO data, for a short time the frequency of occurrence of a preeklampsia grew from 1,3% to 6,7%. Therefore, from practice, it is important to know the basic principles of a heavy preeklampsia and its associated diseases. Untimely treatment of a preeklampsia of heavy degree can lead to complications in an organism of the pregnant woman, to death of the child, to heavy courses of pregnancy.

Key words: preeklampsia, syndrome HELP-and, pyelonephritis, anemia

УДК 615.356-053.6(574.22)

Набиева А.Н. - магистрант 2 года обучения факультет МПД, **Досжанова Г.Н** - phd докторант 2 года обучения факультет ЖМ Руководитель темы: профессор кафедры профилактической медицины и питания
Абдулдаева А.А.

АО «Медицинский университет Астана» г.Астана, Республика Казахстан

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ АО «МУА»

АННОТАЦИЯ

Студенты, несмотря на нехватку времени, на перемену места жительства должны питаться правильно, рационально, регулярно и дробно. Должны контролировать правильное поступление в организм углеводов, белков, жиров, витаминов и минералов. Надо питаться дробно 4-5 раза в день, чтобы интервал приема пищи не превышал 3-4 часов. Но не должны превышать суточную потребность. Надо учитывать времена года, движение, то есть растрату калорий и т.д.

Ключевые слова: студенты, здоровье, правильное питание,

Общеизвестно, что правильное питание человека тесно влияет на его здоровье и психоэмоциональное состояние. 80% неблагоприятных факторов окружающей среды оказывают влияние на человека через питание. Нарушения в питании приводят к отрицательным последствиям многих заболеваний и становятся причиной 60% смертности. Отсюда следует, что здоровье человека определяется его пищевым статусом и может быть достигнуто и сохранено только при условии полного удовлетворения физических потребностей в энергии и пищевых веществах.

Таблица 1- Средние значения антропометрических данных студентов

Показатели	Респонденты (студенты)		
	Группа №1 и №2 n=72	Группа №1 n=40	Группа №2 n=32
Возраст	18,8±0,32	16,55±0,09,	21,63±0,21,
Масса тела	57,96±1 кг	58,34±1,22,	57,25±1,7,
Рост	166,07±0,95м	166,65±1,31,	165,35±1,38,
АД	109/73мм рт.ст.: систолическое 109±1,25, диастолическое 73±1,09	114/78мм рт.ст.: систолическое 114±1,43, диастолическое 78±1,23.	104/67мм рт.ст.: систолическое 104±1,73, диастолическое 67±1,27
ЧСС	75,09±0,9 ударов в минуту	78,43±1,09 ударов в минуту	70,93±1,14 ударов в минуту

Проведено исследование среди студентов младших с I по III курсы и старших IV по VI курсы, количество которых составило 72 человека. Из них 76,4% девушки, 23,6% юноши. Для оценки состояния здоровья было использованы – возраст, параметры физического развития - вес, рост и физиологические показатели - АД (систолическое и диастолическое), ЧСС. Еще одним характером учебной нагрузки, режим питания, учебы, быта и времени года.

В данном исследовании включено всего 176 студентов, которые поделены были на две группы - группа №1 (с I по III курсы), группа №2 (с IV по VI курсы), в зависимости от фактической учебной нагрузки. Сбор данных по фактическому питанию проводился по сезонам: осень, зима, весна, лето.

Полученные результаты и их обсуждение:

Таблица 2- Макронутриентный состав среднесуточного рациона питания студентов группы №1 (с I по III курсы) и №2 (с IV по VI курсы) по сезонам

Рекомендуемые нормы *	Наименование нутриента	Фактическое потребление							
		Осень		Зима		Весна		Лето	
10-15% (~12%)	Белки	№1	№2	№1	№2	№1	№2	№1	№2
		12,80	12,90	13,90	14,4	13,9	13,1	11,3	11,61
Не выше 30%	Жиры	33,56	32,59	34,33	37,42	36,88	31,77	31,80	31,13
55-65% (~58%)	Углев.	52,81	53,58	51,23	47,39	49,16	53,98	54,80	55,61
25-35 г	Пищевые волокна	7,092	8,328	7,947	7,973	6,702	8,809	5,507	6,652
2200-2500 ккал	Энергия Ккал.	2042	2246	1936	2407	2321	2445	1637	2311

Выяснилось (Таблица №1) что состояния здоровья студентов ближе к нормативным показателям наблюдается определенная зависимость его от учебной нагрузки, курса обучения и уровень физического состояния здоровья студентов младших курсов ниже, чем у студентов старших курсов. Установлено (Таблица №2) определенная зависимость пищевого статуса студентов от времени года. Несбалансированность рационов питания в исследуемых группах наиболее выражена в осенний период (начало учебного года) и в летний период (конец учебного года); обеспеченность рационов питания студентов необходимыми питательными веществами на младших курсах ниже, чем на старших.

Выводы: Нужно отметить что студенты младших курсов, меняют место жительства, возможно и климат, рядом нет родителей, готовой домашней пищи. Начинается самостоятельная, взрослая жизни, появляются новые моральные и материальные трудности, и нагрузки в ВУЗе. Что и приводит к результатом индекса физического состояния (ИФС) у студентов младших курсов (с I по III) ниже (0,560±0,02 у юношей, 0,640±0,01 у девушек), чем у студентов старших курсов (с IV по VI) (0,680±0,03 у юношей, 0,770±0,02 у девушек).

Энергетическая ценность рационов питания у студентов группы №1 ниже (1984 ккал) и не соответствует нормативным показателям (2200-2500 ккал) (от 69,65% летом до 98,76% весной). Тогда как у студентов старших курсов энергозатраты намного выше, чем энергетическая ценность их рациона, что видимо связано с учебной нагрузкой в исследуемых группах (в группе №1 недельная нагрузка составляла до 40 часов, то в группе №2 до 36 часов в неделю).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. «Гигиена» под редакцией Ю. П. Пивоварова; в двух томах. М: издательский центр «Академия», 2013.

ТҮЙІН

Ғылыми жетекші – м.ғ.к, профессор **Абдулдаева А.А.**. Профилактикалық медицина және тағамтану кафедрасы, Қ.Р, Астана **Набиева А.Н.** - 2курс магистранты, МПІ факультеті. **Досжанова Г.Н.**, - 2курс phd докторанты ЖМ факультеті.

«АМУ»АҚ СТУДЕНТТЕРІНІҢ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫН БАҒАЛАУ

Студенттер ортасының ауыстырғанына, уақытының тығыздығына қарамастан дұрыс, үйлесімді, ұтымды, құнарлы тамақтануы керек. Қажетті мөлшерде көмірсу, ақуыз, май, дәрумендер мен минералдар түсіп тұруын қадағалауы тиіс. Әр тамақтанудың арасын 3-4 сағаттан асырмай күніне 4-5 рет бөлшектеп тамақтанған жөн. Бірақта жыл мезгіліне, тұрған аймағына, іс қимылына яғни калория жұмсауына байланысты тамақтануы тиіс. Өйткені артық тамақтану да адам денсаулығына зиян.

Кілтті сөздер: студенттер, денсаулық, дұрыс тамақтану.

SUMMARY

Nabieva A.N.- Post graduate in the 2nd year, JSC faculty, **Doszhanova G.N.**- phd doctors in the 2nd year.
Abduldaeva A.A. - Department of preventive medicine and nutrition, Astana, Republic of Kazakhstan

ESTIMATION OF DIET INFLUENCE ON THE PEOPLE'S CONDITION OF REPRODUCTIVE YERS

Assessment of students' health state. Despite the lack of time and the change of residence students must eat properly, efficiently, regularly and fractional. They should control proper intake of proteins, fats, carbohydrates, vitamins and minerals. On needs to eat fractional 4-5 times a day in a way that the interval between meals does not exceed 3-4 hours. However, one should not exceed the daily requirement. The seanson, the mobility, the waste of calories, etc. should be taken in account too.

Key words: students, health, healthy nutrition.

ӘӨЖ 613.2 (075)

Молайханов Шохмурод Анарханович – С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университетінің 3 курс студенті, Алматы қ., Қазақстан Республикасы, molaykhanov96@mail.ru. Ғылыми жетекшілері: **Алипбекова Айгуль Сураповна**, С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университетінің қалыпты физиология модулінің аға оқытушысы, Алматы қ., Қазақстан Республикасы, alipbek_aigul@mail.ru. **Хасенова Кадиша Хамзеновна** – С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университетінің қалыпты физиология кафедрасының доценті, м.ғ.к, Алматы қ., Қазақстан Республикасы, Khasenovakx@mail.ru

СТУДЕНТТЕР АРАСЫНДАҒЫ ЙОД ТАПШЫЛЫҒЫ МӘСЕЛелЕРІН АНЫҚТАУ

АННОТАЦИЯ

Жалпы адамға бүкіл өмірінде бар болғаны 4,5 – 5 грамм йод қажет екен. Бірақ күнделікті азық-түлікте йод мүлдем болмаса баланың бойы өспей, алқым без ауруы өршіп, меңіреулік сияқты дерттердің пайда болуына әкеліп соғады. Йод аса ауыр жұмыс жағдайындағы адамдарға, екіқабат әйелдерге өте қажет элемент. Йод тапшылығының кесірінен екіқабат әйелдердің түсік тастауы немесе баланы өлі тууы сияқты жағдайлар жиі орын алады. Ана құрсағындағы сәбиге йодтың қажетті мөлшері түспеген жағдайда ақыл-есі кем болып туылатынын зерттеулер дәлелдеген. Екіқабат әйелдердің ағзасына күніне йод 180-250 мкг мөлшерде қабылдануы керек.

Кілт сөздер: Йод тапшылығы, қалқанша безі, тиреоидты гормондар, тұзды йодтау жөніндегі ұлттық бағдарламалардың жүзеге асуы.

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының зерттеуі бойынша йод тапшылығы — ақыл-ой кемістігіне себеп болатын басты себептердің бірі. Қазақстан халқының төрттен бір бөлігі 15 жасқа дейінгі балалар болса, елімізде жылына 350 000 сәби дүние есігін ашады екен. Бірақ ірі қалалар болмаса, шалғай ауылдардағы әр отбасының балалары күн сайын дәруменге бай тағамдарды тұтынады деуге болмас. Әсіресе, экологиялық ахуалы нашар өңірлердегі сәбилердің денсаулығы арнайы көңіл бөлуді қажет ететіні белгілі. Баланың бес жасқа дейінгі тамақтану нормасы өз деңгейінде болмаса, бойының өсуі мен ақыл-ойының жетілуі кешеуілдеп, денсаулығында ақаулықтар пайда болады. Бір ғана йодтың жетіспеуінің өзі баланың интеллектуалды тұрғыдан дамуын шектейді. ЮНИСЕФ мамандарының зерттеуі бойынша йод тапшылығы сезілген аймақтарды мекендейтін балалардың интеллектуалдық деңгейі басқа өңірдің жеткіншектерімен салыстырғанда көп есеге кем көрінеді. Ғалымдардың айтуынша, йод тапшылығы айқын байқалған өңірлердегі тұрғындардың 1-10 пайызы кретинизм (меңіреулік) ауруына шалдықса, 5-30 пайызында психикалық аурулар білінеді. Бұндай ауруы бар балалардың оқуы нашар, тіпті ойлау қабілеті кем болуы мүмкін. Көп жағдайда ортаға бейімделе алмайды. Йод жетіспеушілігі анық байқалған аймақтар тұрғындарының 30-70 пайызы ақыл-есі кем болады екен. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының мәліметі бойынша, жер бетіндегі тұрғындардың 1,5 миллиарды йод тапшылығын көруде. 650 миллион адам эндемикалық зоб дертінен зардап шегіп отыр.

Мақсаты:

1. Йодтың адам ағзасына көрсететін әсерлерін талдау 2. Студенттерге йодтың маңыздылығы және организмдегі қызметі туралы анықтама беру. 3. Йодқа бай тағам көздерін ұсыну.

Йод - адамның қалыпты өсуі мен дамуы үшін қажетті микроэлемент. Ағзаның қалыпты дамуын

колдау үшін йодтың азғантай ғана мөлшері қажет: бар болғаны 100 – 150 мкг. Йод органикалық және органикалық емес қосылыстар күйінде ауамен, тағаммен, сумен бірге ішек-қарын жолдарына түсіп, қанға, жасушалар мен тіндерге және йод минералынсыз қызмет ете алмайтын мүше – қалқанша безінің жасушаларына жеткізіледі. Пішіні көбелекке немесе қалқанға ұқсас қалқанша безі мойынның алдыңғы жағында орналасқан, «қанатшалары» көмейді алқымдайды. Қалқанша безінің қызметіне жүрек соғысының жиілігі, дене температурасы, тағам өнімдерін «жағу» жылдамдығы тәуелді, ал бездің өзінің қызмет етуі ағзаға түсетін йодтың көлеміне байланысты.[1]

Ағзада шоғырланған йодтың 80%-ы (15-20 мг) қалқанша безінде болады. Йод осы маңызды мүшенің гормондарының түзілуі үшін қажет. Мұнда әрекет ететін бастауышы йод болатын тироксин және трийодтирионин гормондары түзіледі. Йодты гормондардың қызметі әртүрлі. Қарапайым мысал: қалқанша безінде гормондар болмаған жағдайда бақашабак бақаға айнала алмайды. Бұл - гормондардың жануарлар әлеміндегі маңызы зор екенін көрсетеді. Йод диетаны сақтауды жеңілдетеді, артық майларды ыдыратып отырады, бойдың дұрыс өсуіне септігін тигізеді, қосымша энергия көзі рөлін де атқарады, шаш, тырнақ, тері және тістің саулығын қамтамасыз етеді.

Адамның йодқа күндік қажеттілігі $1,5 \cdot 10^{-4}$ - $3,0 \cdot 10^{-4}$ г құрайды және су мен жұмыртқа, балық, жемістер сынды құрамында йод болатын өнімдермен толығып отырады. Балалар мен жүкті балалар үшін бұл шама жоғары.

Адамдарға ұсынылатын йод тұтыну деңгейі

Топ	Жасы	Йод, мкг/күн
Балалар	0-59 ай	90
	6-12 жас	120
Жасөспірімдер мен ересектер	13+ жас	150
Жүкті әйелдер		200
Бала емізетін әйелдер		200

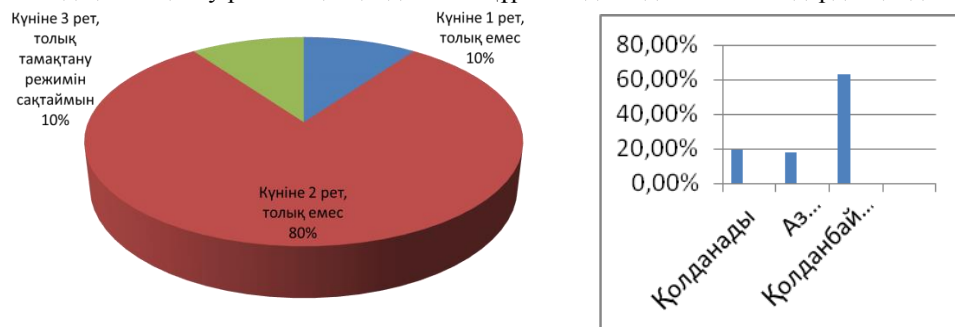
- ▶ йод нәрестелік ұрықтың өнуі, дамуы үшін ықпал етеді;
- ▶ сары дененің қызметін ынталандырып, жүктіліктің алғашқы кезеңін қорғайды;
- ▶ иммундық жүйенің қалыптасуына ықпал етеді;
- ▶ эмбриогенез үрдістерін реттейді;
- ▶ мидың құрсақшілік дамуын қамтамасыз етеді;
- ▶ анаболикалық әсері бар, сондықтан тіндердің өсуі мен бөлінуін бақылайды;
- ▶ ағзадағы барлық алмасу үрдістерің реттеуге қатысады.

Тағам өнімдеріндегі йодтың мөлшері мен оны тағам арқылы тұтыну: Көкөністер: қызылша, салат, шпинат, қызанақ, сәбіз, картоп, орамжапырақ, пияз, бұршақ, сарымсақ (30 мкг/кг); Жеміс – жидектер, жаңғақтар: құрма, алма, жүзім, шие, қарақат, шабдалы, фейхоа, грек жаңғағы (30 мкг/кг); Сүт өнімдері: ірімшік, сүзбе, сүт (50 мкг/кг). **Зерттеу материалдары мен әдістері:** 1. Анкеталық сұрақтар арқылы йодтың төмендеуіне әкелетін жағдайларды анықтау. 2. Студенттердің тағам рационын талдау. **Диагностикалау:** Йодтың жетіспеушілігін анықтаудың ең жиі кездесетін түрі-қалқанша бездің өлшемдерінің ұлғаюы(зоб), ол көзге көрініп, саусақпен басқанда білінеді. Қалқанша бездің өлшемдерін нақты анықтау үшін ультрадыбыстық зерттеу жүргізіледі. Қалқанша бездің көлемі келесі формуламен анықталады: $K_{\text{өл}} = [(Q_1 \times E_1 \times Y_1) + (Q_2 \times E_2 \times Y_2)] \times 0,479$

Мұнда: Q – қалыңдығы, E – ені, Y- қалқанша бездің әр бөлігінің ұзындығы. Қалқанша бездің барлық көлемі оның бөліктерінің көлемдерінің қосындысынан тұрады. Әр бөлігінің көлемі Q, E, Y шамаларын бөліктің эллипсоидтық құрылымының түзету коэффициентіне – 0,479 көбейту арқылы табылады. Қалқанша бездің көлемі, егер ультрадыбыстық зерттеу нәтижесінде ерлерде-25 мл, әйелдерде -18 мл шамасынан асса, бұл - зобтың айқын белгісі.

Нәтижелерді талқылау: Зерттеу жұмысы ҚазҰМУ базасында жүргізілді. Жалпы медицина факультетінің 3 курс студенттері (79 студент: 27 ұл, 53 қыз) қатысты. Сауалнама 10 сұрақтан, арнайы 3 жауаптан тұрды. (мысал ретінде тек екі диаграмма көрсетілді)

1. Сіздің тамақтану режиміңіз қандай? 2. Құрамында йоды көп тағамдарды қолданасыз ба?



Зерттеу нәтижесі бойынша студенттердің тағам рационында йоды бар тағамдардың, көкөністердің жетіспейтіні анықталды. Тамақтану режимі бірқалыпты емес, ас тұзын мөлшерінен артық қолданады. Студенттердің 58% йод препараттарын қабылдаған, бұл зерттеу барысында анықталды. Сондықтан, бүгінде йодтың жетіспеушілігі студенттердің интеллектуалды қабілетінің төмендеуімен қоса еңбекке қабілеттілігінің азаюы жағдайларына әкеліп соғуда.

Йодтың адам ағзасындағы құрамы мезгілге байланысты: қыркүйек пен қаңтар айлары аралығында йодтың концентрациясы төмендейді, ақпан айында жаңадан көтеріле бастайды, ал мамыр мен маусым аралығында йодтың құрамы ең жоғарғы деңгейіне жетеді. Бұл ауытқу әлі күнге дейін жұмбақ болып қалуда.

Қазақстанда йод жетіспеушілігі түсік тастау, баланың ақыл-ойының кеш дамуына әкеп соғатын негізгі фактор болып отыр. Бұл тұрғыда ЮНИСЕФ халықаралық ұйымдармен, Қазақ тағамтану академиясымен бірлесіп бағдарламалар қабылдауда. Қазақстан тұзды йодтау жөнінен алдыңғы қатарда тұрған елдің бірі екенін 2009 жылы төрт халықаралық ұйым (IDDICC, WHO, UNICEF, GAIN) құжатнамалық негізде тіркеген. «Аралтұз» сияқты сапалы йодталған тұзды өндіретін кәсіпорындардың бұл жетістікке жетудегі үлесі қомақты. Алайда соңғы кезде шет елден келетін 10 пайыз мөлшердегі сапасыз тұз өнімдері бұл жетістікке біраз көлеңкесін түсіруде. Әлемдегі 110 мемлекетте йод жетіспеушілігі бар екені анықталған. Бүгінде йод мөлшерінің қажетті деңгейде болуына әлемнің дамыған елдері қатты мән беруде. Мәселен, АҚШ үшін йод тапшылығын жою даму саясатының экономикалық тиімді мақсаттарының бірі болып табылады. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы 2014 жылы ғылыми зерттеу жұмыстары аясында йодталған тұзды үй жағдайында тиімді мөлшерде пайдалану жөнінде нұсқаулық шығарды.

Қорытынды: Йод жетіспеушілігі медициналық мәселе болғанмен оны медициналық тұрғыдан шешу мүмкін емес. Яғни йодтың аздығынан ауруға шалдыққандарды медициналық жолмен емдейміз деген бос сөз. Теледидардан күнделікті жарнамаланып жатқан дәрі-дәрмектер де көмектеспейді. Бір ғана жол бар, ол — күн сайын дұрыс тамақтану, йодталған тұзды мөлшерімен тұтын. Әрине, тек йодталған тұзды тұтыну арқылы ағзаға қажетті элемент толық мөлшерде қабылданады деуге болмайды. Тұзды көп мөлшерде пайдаланудың зиянды екені белгілі. Сондықтан жалғыз йодталған тұзбен йод тапшылығы жойылады деуге болмас. Йод қандай өнімдерде көбірек болады десек, йодтың мол мөлшерін қамтитын өнімдердің басында балық, балық уылдырығы, қарақұмық (гречка), құрма, теңіз қырыққабаты, сұлы, сүт және сүт өнімдері, нан, қызылша, сәбіз, жеміс-жидектер тұр. Сондай-ақ, «Жылдам қорытылатын жылқы етінің құрамында А, В дәрумендері, никотинамид, темір, кобальт, фосфор, кальциймен қатар йод та бар» дейді ғалымдар.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Ә. Нұрмұхамбетұлы. «Клиникалық патофизиология». Алматы: «Эверо», 2010. – 682 бет
2. Ә. Нұрмұхамбетұлы. Ұрық дамуы мен балалық шақ ауруларының патофизиологиясы. - Алматы, 2004 – 25-26 бет

РЕЗЮМЕ

Молайханов Шохмурод Анарханович – студент 3 курса КазНМУ им.С.Ж.Асфендиярова. г. Алматы, Республика Казахстан, molaykhanov96@mail.ru. Научные руководители : ст.преодователь **Алипбекова Айгуль Сураповна**, КазНМУ им. С.Ж.Асфендиярова, кафедра норм.физиология, г. Алматы.,Республика Казахстан. alipbek_aigul@mail.ru; доцент **Хасенова Кадиша Хамзеновна**, КазНМУ им. С.Ж.Асфендиярова, кафедра норм.физиология, г. Алматы., Республика Казахстан Khassenovakx@mail.ru

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДЕФИЦИД ЙОДА СРЕДИ СТУДЕНТОВ

Человеку за всю жизнь необходимо всего 4,5 - 5 грамма йода. Если в продуктах питания совсем не будет йода, то ребенок не будет расти, возникнет зуб. Йод является особенным элементом для беременных женщин и для лиц работающих в тяжелых условиях труда.

Ключевые слова: йододефицит, щитовидная железа, тиреоидные гормоны, реализация национальной программы йодирования соли.

SUMMARY

Molaykhanov Shokhmurod Anarkhanovich – the student 3 courses of KAZNMU of S. Zh. Asfendiyarov. Almaty, Republic of Kazakhstan, molaykhanov96@mail.ru. Research supervisors: **Alipbekov Aygul Surapovna's**, KAZNMU of S. Zh. Asfendiyarov, norm.fiziologiya, Almaty., Republic of Kazakhstan. alipbek_aigul@mail.ru; associate professor Hasenova Kadisha Hamzenovna, KAZNMU of S. Zh. Asfendiyarov, norm.fiziologiya, Almaty., Republic of Kazakhstan Khassenovakx@mail.ru

DEFINITION DEFICIENCY OF IODINE AMONG STUDENTS

The person for all life needs only 4,5 - 5 grams of iodine. But, if, in food there is no iodine at all, the child won't grow, there will be a crawl. Iodine is a special element for pregnant women to the woman for persons работающих в severe conditions of work.

Key words: lack of iodine, a thyroid gland, implementation of the national program of iodination of salt.

УДК 613.95.84

Булешов М.А., м.ғ.д., профессор, **Туманбаева А. М.**, магистр, ОҚМФА, Шымкент қ.. **Омарова Б.А.**, докторант, Ахмета Ясауи атындағы ХҚТУ, Түркістан қ..

БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМДЕР ӨЛІМІНІҢ ӘЛЕУМЕТТІК-ГИГИЕНАЛЫҚ МӘСЕЛЕЛЕРІ

АННОТАЦИЯ

Жасөспірімдер туралы ғылымның ең өзекті мәселесінің бірі, осы жастық топтың арасында қалыптасқан өлім-жітімнің тоқтаусыз өсімі болып табылады. 2012 жылғы ресми деректерге қарағанда әлемде 1,3 миллион жасөспірім өлім-жітімге ұшыраған. ДДСҰ жинақтаған деректі материалдары жасөспірімдердің денсаулығына кері әсерін тигізіп, әлеуметтік мәселеге айналдырып отырған себептердің қатарына темекі шегу, алкогольдік ішімдікке салыну, наркотиктерге құмарту, АҚТҚ, жарақаттану, психикалық денсаулықтың бұзылуы, тамақтанудың сапасыздығы, сексуалдық және репродуктивтік денсаулықтың нашарлауы, зорлық-зомбылық сияқты элементтер жатады.

Кілт сөз: балалар, жасөспірімдер, балалар мен жасөспірімдер өлімі.

Өзектілігі. Өскелең ұрпақтың денсаулығын қорғау қазіргі таңда аса өзекті мәселе болып табылады және жалпы қоғамдық денсаулық сақтауда үлкен әлеуметтік және медициналық маңызға ие. Бала денсаулығының бұзылыстарына оның денсаулығына кері әсерін тигізетін мектептік себептердің маңыздылығы жоғары. Оқыту үрдісін дұрыс ұйымдастырмау, демалу және еңбек ету ережелерін гигиеналық талаптарға сай сақтамау, мектеп жасындағы балалардың денсаулықтарына кері әсерін тигізеді. Жол-көлік апатына ер балалар қыздарға қарағанда үш есе жиі ұшырайды екен. Автокөліктерде жүру қауіпсіздігін арттыру жалпы адамдардың өмірін сақтап қалуға, оның ішінде әсіресе жасөспірімдер өмірінің қауіпсіздігін қамтамасыз етуге өте жақсы жағдай жасар еді. Дүниежүзі бойынша жыл сайын 1 миллион адам өз-өзін ажалға қаса, 10-20 миллиондай адам өзін өлтіруге әрекет жасайды. Соңғы бесжылдықта кәмелетке толмай өзіне қол жұмсағандар саны-14157 жасөспірімді құрады.

Зерттеу мақсаты: Жасөспірімдердің өлім-жітімі көрсеткіштерінің көпжылдық үдерісін және медициналық-әлеуметтік сипаттамасын анықтау арқылы олардың денсаулығын нығайтуға бағытталған тәжірибелік ұсыныстар жүйесін қалыптастыру.

Зерттеу материалдары: Жасөспірімдердің өлім-жітімі туралы қалалық емханалық ұйымдардың ресми есеп беру құжаттары, сұрақнама материалдары. Жасөспірімдердің өлім-жітімі туралы қалалық емханалық ұйымдардың ресми есеп беру құжаттары, сұрақнама материалдары.

Зерттеу әдістері: сараптамалық, медициналық-статистикалық, социологиялық. Шымкент қаласы-

ның әлеуметтік-экономикалық, санитарлық-гигиеналық және экологиялық ахуалына объективті баға беру мақсатында Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің ресми статистикалық деректі материалдарын (құжаттарды) пайдаландық. Арнайы әзірленген зерттеу картасына қоршаған орта нысандарын әлеуметтік-гигиеналық және санитарлық-эпидемиологиялық тұрғыда тексерудің қорытындылары мен деректі мәліметтерін картограмма түрінде түсірдік. Зерттеудің келесі кезеңінде социологиялық әдісті қолдана отырып, тұрғын халықтың арасында сауалнама жолымен олардың денсаулығы мен қатерлі себептерін анықтауды кешенді түрде зерттеу қолға алынды. Бұл социологиялық зерттеу медицина қызметкерлері мен тұрғын халықтың (респонденттердің) «бетпе-бет» сұхбаттасуы түрінде жүзеге асырылды. Сауалнамада респонденттерге дайын жауаптардың жүйелі нұсқалары ұсынылса, сұрақнамаға тартылғандар олардың *ішінен* дұрыс деп танылған жауапты таңдап алып белгіледі. Біздің сауалнамамыздың ерекшелігі сол, тұрғындарының арасындағы ауру-сырқауларды тереңдеп зерттеуге арналып әзірленген статистикалық картамен толық үйлеседі. Сұхбаттасу арқылы жүргізілген сұрақнама кешенді дәрігерлік тексеруден өтіп жатқан пациенттердің арасында да жүргізілді. Біздің әдістемелік тәсіліміздің ерекшелігі жасөспірімдер денсаулығына қалалық ортада әсер ететін қауіп-қатерлер кешені жайлы ақпаратты біруақытта жинақтауда болып отыр. Сауалнама-картасының бұл бөліміне өздеріне қатысты жауап нұсқалары берілген жабық түрдегі 15 сұрақ кіреді. Өнеркәсіптік кәсіпорындардағы еңбек ету ортасының қауіп-қатерлерінің тұрғындар патологиясының дамуына тигізетін жағымсыз әсерінің ерекшеліктерін ескеретін сұрақтардың үшеуін таңдап алдық. Зерттеу нысандарының қатарына жатқызылған емдеу-алдын алу ұйымдарының дәрігерлік-ұйымдастыру шараларына сипаттама беру үшін бұл қажетті ақпаратты жинақтауға арналған арнайы статистикалық картаны әзірледік.

Қолданылған әдістемелік тәсілдер аурушандықты тереңдеп зерттеу ісінде де қолданылды. Осының арқасында әрбір отбасы мүшесін дәрігерлік тексерулерден өткізу барысында ауру-сырқау туралы деректерді бір мезетте көшірмелеу; қол жеткізген деректерді кешенді дәрігерлік тексеру материалдарымен толықтыру; сондай-ақ алдыңғы 2-3 жылда тіркелген, бірақ шағымданулар болмаған созылмалы аурулардың қатарымен толықтыру. Соңғы жылдарда тұрғындардың тез картаюына байланысты созылмалы аурулардың қарқынды түрде өсуі байқалады. Тұрғындардың аурушандығы мен өлім-жітімі жайлы материалдарды статистикалық жинақтау мен өндеуден өткізу жұмыстары ДДҰ-ның 43-ші Халықаралық конференциясында оныншы рет қайта қаралып бекітілген «Ауру-сырқаулардың және денсаулықпен байланысты мәселелердің халықаралық статистикалық классификациясына» сәйкес жүзеге асырылды.

Негізгі нәтижелер: Жасөспірімдер өлімінің ең басты себебі жол-автокөлік апатынан туындайтын ауыр жарақаттар деуге болады. Соңғы он жылда (2004-2014 жылдары) жол-көлік апатынан туындаған өлім көрсеткіші ОҚО жасөспірімдері арасында айтарлықтай өсім берді.

Соңғы жылдардағы деректерге қарағанда жасөспірімдердің әрбір төртінші өлімінің себебі алкогольдік ішімдікке салынудан туындаған. Алкогольдік ішімдікті алғаш рет татып көргендер арасында 11 жасар балалардың үлес салмағы 2004 жылы 4,7% құраса, 2014 жылы оның деңгейі 8,2% жетіп отыр. Ал 15 жасында арақ ішіп мас болғандардың үлес салмағы ер балалардың арасында 65,8%, ал қыздардың арасында 42,1% түзеді. 17 жастағы жасөспірімдердің арасындағы алкогольдік ішімдікті қабылдағандардың үлес салмағы 76,8%-ға жетіп отыр. Жер беті тұрғындары арасында жыл сайын 1 миллионнан астам адам өз-өзін ажалға қиып, орта есеппен алғанда 15 миллиондай адам өзін өлтіруге әрекет жасайды. Өзіне-өзі қол жұмсайтын адамдардың арасында жастар өлімінің көбеюі аса алаңдатуда. Өз-өзіне қол жұмсаудың қазіргі таңда көптеген тәсілдері анықталып отыр. Ер балалар арасындағы 2004-2014 жылдары қалыптасқан деңгейі 4,2-5,1‰ болып айтарлықтай динамикалық өсім берсе, қыздардың арасында 3,7-4,1‰ деңгейі аралықта қалыптасқан болып шықты.

Біздің Республикада, оның ішінде Шымкент қаласы жасөспірімдерінің өлім-жітіміне себеп болатын аурулардың арасында жүрек-қан айналу жүйесінің патологиялары үшінші рангалық орынды қамтиды. Бұл аурулардан өлім-жітім динамикасы 2004-2014 жылдар аралығында тексерілді. Оның динамикасы (2004 жылы 3,64‰ болса, 2014 жылы 3,50‰ жеткен) бірте-бірте төмендеп жатқандығын көрсетеді. Осы жылдардағы динамиканың серпіні 3,9 %-ға төмендегенін көрсетеді. Дәл осы жағдай онкологиялық және неврологиялық ауруларға да қатысты. Айта кететін жағдай жасөспірімдерінің өлім-жітіміне себеп болатын аурулардың арасында онкологиялық аурулар төртінші рангалық орында тұр. Бұл патологиялардан туындаған өлім-жітімнің деңгейі 2004 жылы 1,12‰ құраса, 2014 жылы 1,36‰ түзеді.

Жасөспірімдерінің өлім-жітіміне себеп болатын аурулардың арасында неврологиялық патологиялар бесінші рангалық орында тұр. Осы патологиялардан туындаған өлім-жітімнің деңгейі 2004 жылы 0,59‰ құраса, 2014 жылы 0,63‰ түзеді.

Қорытынды. Жасөспірімдер арасындағы өлім-жітімнің негізгі себептеріне жарақаттар (3,7-5,5‰), жүрек-қан айналу жүйесі аурулары (3,50‰), онкологиялық патологиялар (3,50‰) жатады. Осы аурулардың деңгейі соңғы 10 жыл ішінде тоқтаусыз өсім беруде.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Айдарбекова Д.Ж. Роль медико-социальных факторов в формировании здоровья детей подросткового возраста и пути совершенствования профилактической помощи // Диссертация на соискание степени магистра -Шымкент, 2012. с.61.
2. Каграманов В.И. Комплексная оценка последствий болезней и причин инвалидности в детской популяции // Автореф дис. уанд. мед. наук/Моск. мед.акад. им.И.М.Сеченова. М. , 1996. 24с.
3. Молодцов С.А. Заболеваемость школьников старшего возраста и пути ее снижения //Автореф. дис. канд. мед.наук /Каф. соц медицины, орг. и экономики здравоохранения Нижегород. гос. мед.акад. М. , 1997. - 26 с.
4. Игнатова Л.Ф. Мониторинг состояния здоровья и факторов риска детского населения // Шк. здоровья, 1997, № 3 с.74-78 29. Карабаалин Н.С. Репродуктивное здоровье и совершенствование медико-социальной помощи девушкам-учащимся средних и высших учебных заведениях (на примере г. Алматы) // Автореф. дис. канд. мед. наук. Алматы, 2007.- с.30.

РЕЗЮМЕ

Булешов М.А., д.м.н., профессор, **Туманбаева А. М.**, магистр, ЮКГФА, г. Шымкент. **Омарова Б.А.**, докторант, МКТУ имени Ахмета Ясауи, г. Туркестан.

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СМЕРТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Непрестанный прирост смертности детей и подростков, является одним из самых актуальных вопросов науки о юности. По официальным данным 2012 года смертность подростков и детей в мире составляет 1,3 млн. По данным ВОЗ, к социальным причинам, противодействующим на здоровье подростков, относятся курение, злоупотребление алкоголем, увлечение наркотиками, ВИЧ, травмы, психические расстройства, не правильное питание, ухудшение репродуктивного и сексуального здоровья, насилие.

Ключевые слова: дети, подростки, смертность.

SUMMARY

Buleshov M. A., professor, **Tumanbayeva A. M.**, master, **YuKGFA**, Shymkent. **Omarova B. A.**, the doctoral candidate, **MKTU of Ahmet Yasau**.

SOCIAL AND HYGIENIC PROBLEMS OF DEATH OF CHILDREN AND TEENAGERS

The incessant gain of mortality of children and teenagers, is one of the most topical issues of science about youths. According to official figures 2012 mortality of teenagers and children in the world makes 1,3 million. According to WHO data, smoking, abuse of alcohol, hobby for drugs, HIV, injuries, mental frustration, not healthy nutrition, deterioration of reproductive and sexual health, violence belong to the social reasons counteracting on health of teenagers.

Key words: children, teenagers, mortality.

УДК 61-057.875 : 316.65

Ворошилова Н.В. – студент 4 курса, Южно-Казахстанской государственной фармацевтической академии, г.Шымкент, Республика Казахстан, the_illuminati@mail.ru

Кунпейсов И.А. – студент 3 курса, Южно-Казахстанской государственной фармацевтической академии, г. Шымкент, Республика Казахстан, ilya_kunpeisov@mail.ru

Темиров А.К. - студент 3 курса, Южно-Казахстанской государственной фармацевтической академии, г. Шымкент, Республика Казахстан, asian_ukgma@mail.ru

Тулегенова А.А. – старший преподаватель, Южно-Казахстанской государственной фармацевтической академии, г. Шымкент, Республика Казахстан, taa8009@mail.ru

Научный руководитель – **Биболова А.С.**, к.м.н., Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Республика Казахстан. aliya.seysenbaevna@mail.ru

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ КЛЮЧЕВЫХ РОЛЕЙ СТУДЕНТОВ- МЕДИКОВ КАК ОСНОВНОЙ ФАКТОР УСПЕШНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

РЕЗЮМЕ

В данной статье приведены результаты социологического опроса. Целью опроса являлось определение основных ключевых ролей студентов-медиков. Правильное и ранее определение основных ключевых ролей студентов-медиков является основным фактором успешной профессиональной деятельности. Так как персональные ключевые роли - это позиции людей в обществе с их собственной точки зрения.

Ключевые слова: персональные роли, социологический опрос, позиция в обществе, профессиональная деятельность.

Человек ежедневно взаимодействует с разными людьми и социальными группами. Редко бывает, когда он полностью взаимодействует только с членами одной группы, например семьи, но он в то же время может быть и членом трудового коллектива, общественных организаций и т. п. Входя одновременно во многие социальные группы, он занимает в каждой из них соответствующее положение, обусловленное взаимоотношениями с другими членами группы. Для анализа степени включения индивида в различные группы, а также положений, которые он занимает в каждой из них, используются понятия социального статуса и социальной роли. Социальный статус обычно определяется как положение индивида или группы в социальной системе, имеющее специфические для данной системы признаки. Каждый социальный статус обладает определенным престижем. Все социальные статусы можно подразделить на два основных типа: те, которые предписываются индивиду обществу или группой независимо от его способностей и усилий, и те, которые личность достигает своими собственными усилиями. Помимо этого, существует третья понятие-персональные ключевые роли. Они заключаются в том, как индивид себя ощущает, то как сам он позиционирует себя в жизни.

Необходимо определить как студент себя позиционирует, какими качествами он себя наделяет для того, чтобы сделать вывод о правильности выбранной им профессии. Существует широкий диапазон статусов: предписанные, достигаемые, смешанные, личные, профессиональные, экономические, политические, демографические, религиозные и кровно-родственные, которые относятся к разновидности основных статусов. Кроме них существует огромное множество эпизодических, неосновных статусов. Таковы статусы пешехода, прохожего, пациента, свидетеля, участника демонстрации, забастовки или толпы, читателя, слушателя, телезрителя и т. д. Как правило, это временные состояния. Права и обязанности носителей таких статусов часто никак не регистрируются. Они вообще трудно определимы, скажем, у прохожего. Но они есть, хотя влияют не на главные, а на второстепенные черты поведения, мышления и чувствования. Так, статус профессора определяет очень многое в жизни данного человека. А его временный статус прохожего или пациента? Конечно же нет. Итак, человек имеет основные (определяющие его жизнедеятельность) и неосновные (влияющие на детали поведения) статусы. Первые существенно отличаются от вторых. За каждым статусом - постоянным или временным, основным или неосновным - стоит особая социальная группа либо социальная категория. Католики, консерваторы, инженеры (основные статусы) образуют реальные группы. Например, пациенты, пешеходы (неосновные статусы) образуют номинальные группы или статистические категории. Как правило, носители неосновных статусов никак не согласуют поведение друг с другом и не взаимодействуют. Люди обладают множеством статусов и принадлежат ко множеству социальных групп, престиж которых в обществе неодинаков: коммерсанты ценятся выше сантехников или разнорабочих; мужчины обладают большим социальным «весом», чем женщины; принадлежность к титульному этносу в государстве не одно и то же, что принадлежность к национальному меньшинству, и т. д. Несовпадение статусов вызывает противоречие в интергрупповой и интрагрупповой иерархии, которое возникает при двух обстоятельствах: когда индивид занимает в одной группе высокий ранг, а во второй — низкий; когда права и обязанности статуса одного человека противоречат или мешают выполнению прав и обязанностей другого. Высокооплачиваемый чиновник (высокий профессиональный ранг) скорее всего

будет обладателем также высокого семейного ранга как человек, обеспечивающий материальный достаток семьи. Но отсюда автоматически не следует, что у него будут высокие ранги в других группах — среди друзей, родственников, сослуживцев.

Параллельно с этим каждый человек наделяет себя персональными ролями: управляющий, мудрец, святой, властелин, мать, друг, служащий, партнер, аналитик, стратег, судья, герой и так далее.

Целью нашего исследования является определение наиболее распространенных ключевых ролей среди студентов Южно-Казахстанской государственной фармацевтической академии.

Задачи: 1. провести социологический опрос; 2. проанализировать полученные данные; 3. составить рейтинг наиболее распространенных персональных ролей.

Материалы и методы исследования: Материалом для исследования стали опросники «Персональные ключевые роли (V.GUIDE)», которые были заполнены студентами первого курса медицинского факультета специальности «Общественное здравоохранение» Южно-Казахстанской государственной фармацевтической. Участие приняли 107 студентов. Методами, используемыми в ходе проведения исследования стали: социологический опрос; статистический анализ данных, полученных в ходе социологического опроса; результаты экспериментального исследования; литературный обзор.

Теперь более подробно остановимся на том, как заполнялись данные опросники. Студентам был представлен список, который включал в себя 59 персональных ключевые роли. Из них студент должен в первой графе отметить 30 ролей, которые они считают наиболее важными в своей жизни. Во второй графе из этих 30 выбрать 15, далее в третьей графе 7, в четвертой-3 и в последней графе указать 1 роль, который превосходит остальные.

Результаты: После сбора и анализа полученных данных, был составлен рейтинг наиболее распространенных персональных ключевых ролей. Ими стали: 1. «Друг»- 18 %; 2. «Мать»-17%; 3. «Управляющий»-14 %; 4. «Взрослый»- 12%; 5. «Специалист своего дела»-9 %; 6. «Ученик студент» -8 %; 7. «Лидер»- 7%; 8. «Богатый»- 6%; 9. «Владелец –собственник»-5%; 10. Душа компании-4%.

Выводы: Была достигнута цель работы. Было проведено исследование наиболее распространенных ключевых ролей среди студентов Южно-Казахстанской государственной фармацевтической академии. Также были выполнены задачи:1. проведен социологический опрос; 2. проанализированы полученные данные;3. составлен рейтинг наиболее распространенных персональных ролей.

Результаты показали, что на первом месте у студентов Южно-Казахстанской государственной фармацевтической академии стоят социальные роли , такие как «Друг», «Мать», они являются наиболее распространенными. И только после социальных ролей идет профессиональные персональные ключевые роли. Это означает, что студенты- медики, в первую очередь, позиционируют себя как членов общества, у которых есть определенные обязательства, и только потом как профессионалов, студентов, лидеров.

ТҮЙІН

Ворошилова Н.В. – 4 курс студенті, Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясының доценті, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы the_illuminati@mail.ru

Кунпейсов И.А. – студент 3 курстын студенті, Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясының доценті, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы, ilya_kunpeisov@mail.ru

Теміров А.К.- студент 3 курстын студенті, Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясының доценті, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы, asian_ukgma@mail.ru

Төлегенова А.А. – аға оқытушы, Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясының доценті, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы, taa8009@mail.ru

Ғылыми жетекші - **Биболова Ә.С.**- м.ғ.к., доцент, Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясының доценті, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы, aliya.seysenbaevna@mail.ru

ТАБЫСТЫ КӘСІБИ ҚЫЗМЕТТІҢ НЕГІЗГІ ФАКТОРЫ ҚАЛАЙ ДҰРЫС СТУДЕНТТЕРІНІҢ РӨЛДЕРІНІҢ ДЕРБЕС СЛЮЧЕВЫХТАРЫН ҰЙҒАРЫМ

Жұмыстың мазмұны: Социологиялық сұрақ-жауаптың осы мақалада әкелінген нәтижелері. Пікіртерімнің мақсаты студенттердің негізгі маңызды рөлдерін ұйғарымды болып көрінді. Дұрыс және студенттердің негізгі маңызды рөлдерін ұйғарым бұрын табысты кәсіби қызметтің негізгі факторын болып көрінеді. Қоғамда адамдарды позиция пікір болатын дербес маңызды рөлдер.

Кілт сөздер: қоғамда дербес рөлдер, социологиялық сұрақ-жауап, позиция, кәсіби қызмет.

RESUME

Voroshilova N.V. – 4th year student, South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent, Republic of Kazakhstan, the_illuminati@mail.ru

Kunpeisov I.A. – 3rd year student, South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent, Republic of Kazakhstan, ilya_kunpeisov@mail.ru

Temirov A.K. - 3rd year student, South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent, Republic of Kazakhstan, asian_ukgma@mail.ru

Tolegenova A.T. – senior lecturer, South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent, Republic of Kazakhstan, taa8009@mail.ru

Scientific director - Ph.D., **Bibolova A.S.**, South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Kazakhstan, Shymkent, aliya.seysenbaevna@mail.ru

CORRECT DEFINITION OF THE ROLES OF PERSONAL SLYUCHEVYH MEDICAL STUDENTS AS THE MAIN FACTOR OF SUCCESSFUL PROFESSIONAL ACTIVITY

Summary: This article presents the results of a poll. The aim of the survey was to determine the major key roles of medical students. Right before the definition of the main key roles of medical students is a major factor in a successful career. Since personal key roles is the position of people in society from their own point of view.

Key words: personal role, opinion poll, a position in society, professional activity.

Секция «ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ: ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ»

Е.Асқар, А.Е.Садуақас – интерны 2 курса, КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова г.Алматы, Республика Казахстан, edel_weiss2013@mail.ru

Научные руководители- **Г.К.Айтхожин** – д.м.н проф, **В.К.Исраилова** -д.м.н проф КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы, Республика Казахстан

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ СЕПСИСА

Лечение сепсиса является очень важной проблемой современной медицины, так как смертность от грамотрицательного Гр(-) сепсиса и септического шока остается крайне высокой (от 35% до 75%) даже в высокоразвитых странах и не снижается в течение последних десятилетий.

Ключевые слова: инновационные технологии, лечения сепсиса

Методы и материалы: Сравнительно недавно на мировом рынке появился принципиально новый продукт для экстракорпорального лечения Гр (-) сепсиса - адсорбер Alteco LPS (Алтеко ЛПС адсорбер, Швеция), который был создан на основе современных биотехнологий и не имеет аналогов в Мире, а опыт его применения в ведущих клиниках Европы и США получил очень обнадеживающие результаты. Alteco LPS обладает уникальной способностью избирательно осаждать на своей поверхности токсины, которые вырабатывают Гр (-) бактерии. Эти токсины являются липополисахаридами по составу или LPS-токсинами, отсюда и название: Адсорбер Alteco LPS. К грамотрицательным Гр (-) бактериям относятся: кишечная палочка, клебсиеллы, синегнойная палочка, грамотрицательные кокки, гемофильная палочка, бактероиды и др.

Клиническая апробация Alteco LPS Адсорбера проводилась в период с мая 2013г. по октябрь 2015 года силами сотрудников Кафедры анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии и кафедрой хирургических болезней №3 Каз. НМУ им. Асфендиярова у крайне тяжелой категории пациентов с абдоминальным хирургическим сепсисом на базе Отделения ОРИТ Городской Больницы Скорой Неотложной Помощи г. Алматы.

Оценка эффективности процедуры LPS-сорбции проводилась по критериям, общепринятым в мировой клинической практике для септических больных:

А) Снижение уровня прокальцитонина до 0,5- < 2 нг/мл (нанogramм/миллилитр). Прокальцитонин определялся при помощи PCT-Q теста в следующих полуколичественных пределах: < 0,5 нг/мл (норма); 0,5-

< 2 нг/мл (хр. воспалительный процесс); 2 < 10 нг/мл (системная воспалительная реакция) и > 10 нг/мл (очень высокий уровень токсинов, абсолютное подтверждение сепсиса).

Б) Оценка динамики состояния пациентов по международным шкалам SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessments Score) и APACHE II (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation) для определения тяжести и динамики течения септического процесса.

В) Улучшение клинико-лабораторных показателей состояния пациентов с сепсисом:

- Снижение или нормализация температуры

- Уменьшение частоты сердечных сокращений до 90 уд/мин или ≤ 100 уд/мин

- Уменьшение частоты дыхания или перевод с ИВЛ на спонтанное дыхание

- Снижение или нормализация кол-ва лейкоцитов с уменьшением количества незрелых форм

- Повышение показателей уровня среднего АД (среднего артериального давления) с 60-65 мм Hg до 90-100 мм Hg.

- Снижение дозировки или отмена вазопрессоров (дофамин, мезатон, адреналин и др)

Таким образом, клиническая апробация экстракорпорального лечения абдоминального сепсиса Адсорбером Alteco-LPS, была применена у 12 пациентов, причем двум из них для получения отчетливого положительного результата хватило однократного применения Адсорбера LPS. Одному пациенту с крайне тяжелым течением сепсиса, было проведено две процедуры Alteco LPS-сорбции. Диагнозы у пациентов были следующими: 1) Тотальный геморрагический панкреонекроз. Пара-панкреатическая флегмона. Диффузный перитонит и абдоминальный сепсис. ДВС-синдром. 2) Цирроз печени. Синдром портальной гипертензии. Множественные язвы желудка и 12-ти перстной кишки осложненные кровотечением. Тяжелый абдоминальный сепсис. Септический эндокардит. 3) Острый геморрагический субтотальный некроз поджелудочной железы. Разлитой перитонит. Тяжелый абдоминальный сепсис. Для создания вено-венозного доступа у всех пациенток применялся двух- просветный катетер. Скорость кровотока 150 мл/мин обеспечивалась роликовым насосом аппарата гемодиализа Fresenius 4008 В. Длительность процедуры составляла в от 2-х до 4-х часов. Всего использовано 10 адсорберов.

Полученные результаты: У 2 пациентов была необходимость в проведении повторного сеанса, 1 пациент умер, 9 пациентов переведены в профильное отделение.

Исходы у пациентов были следующими: два пациента с геморрагическим панкреонекрозом продемонстрировали быстрое улучшение по всем клинико-лабораторным критериям, и были переведены из ОРИТ в отделение общего хирургического профиля через 4 и 5 дней соответственно. Один пациент с множественными язвами желудка умер через 10 дней после процедуры LPS-сорбции, но причиной смерти послужил не сепсис, а повторно развившееся профузное желудочное кровотечение.

ВЫВОДЫ: Процедура Alteco ЛПС-сорбции является новым и высокоэффективным методом экстракорпорального лечения пациентов с абдоминальным сепсисом. Ни у одного больного не отмечалось таких осложнений как: гемолиз, тромбоз и т.п.; не было осложнений и со стороны сердечнососудистой системы как: выраженная бради- или тахикардия с переходом в мерцательную аритмию, гипо- или гипертензия. Все пациенты продемонстрировали отчетливое клинико-лабораторное улучшение по вышеперечисленным критериям уже в первые 24 часа после проведения процедуры Alteco LPS-сорбции. У всех пациентов, прошедших процедуру LPS-сорбции, отмечалось отчетливое снижение уровня прокальцитонина как индикатора сепсиса, уже после первого применения. Так же, у всех пациентов отмечалось снижение времени пребывания в Отделении Реанимации: от 4-5 дней у двух пациентов, до 10 дней у одного пациента с фатальным исходом от язвенной болезни желудка; это при среднестатистическом времени пребывания в отделении ОРИТ с такой патологией от 14 до 28 дней.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гельфанд Б.Р., Мамонтова О.А., Гельфанд Е.Б. Инфузионная терапия при тяжелом сепсисе и септическом шоке. // Хирургия, Consilium medicum, приложение № 1, 2002, с. 12 – 14.
2. Канючевский А.Б., Сидоренко В.И., Кассиль В.Л., Стецюк Е.А., Трембач В.А., Черняков Р.М. Случай успешного лечения больного с **панкреонекрозом**, осложненным полиорганной недостаточностью. // Вестник интенсивной терапии, 2002, № 2, с. 81 – 85.
3. Гречишкин А.И., Петренко С.В., Филиппова Е.Г. Опыт использования схемы терапии острого панкреатита – осложнения после ретроградной холангиопанкреатографии. // Вестник интенсивной терапии. Приложение № 5, 2002, с. 12.

ТҮЙІН

Е.Асқар, А.Е.Садуақас - С.Д.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ 2-курс интерндері Алматы қ,
Қазақстан Республикасы edel_weiss2013@mail.ru

Ғылыми жетекшілер – м.ғ.д проф **Г.К.Айтхожин**, м.ғ.д проф **В.К.Исраилова** С.Д.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ Алматы қ, Қазақстан Республикасы

СЕПСИСТІҢ ЕМІНДЕГІ ИННОВАЦИЯЛЫҚ ТЕХНОЛОГИЯЛАР

Сепсистиң емі қазіргі таңдағы медицинаның өте өзекті мәселелердің бірі болып табылады, Грам теріс(-) сепсис пен септикалық шоктың себебінен туындаған өлім көрсеткіші (35% дан 75% ке дейін) дамыған мемлекеттердің өзінде де жоғарғы дәрежені көрсетеді

Кілт сөздер: инновациялық технологиялар, сепсисти емдеу.

RESUME

Y.Askar, A.Y.Saduakas – the students of 2-nd years of KazNMU named after S.D Asfendiyarov Almaty, Republic of Kazakhstan edel_weiss2013@mail.ru
Scientific directors – PhD **G.K.Aitkhozhin**, PhD **V.K.Israilova** KazNMU named after S.D Asfendiyarov Almaty, Republic of Kazakhstan

MODERN TECHNOLOGIES IN THE TREATMENT OF SEPSYS

The treatment of sepsis is a very important problem in modern medicine as death rate from Gram (-) sepsis and septic shock remains extremely high (from 35 % to 75 %), even in highly developed countries and is not reduced in recent decades

Keywords: innovation technologies, the treatment of the sepsis

УДК 618.33-07

Даниярова А.Ж. – к.м.н., доцент, Международный казахско-турецкий университет имени Х.А.Ясави, г.Туркестан, Республика Казахстан

Зулпухаров А.Ж.– ассистент, Международный казахско-турецкий университет имени Х.А.Ясави, г.Туркестан, Республика Казахстан

Кокенова М.У. – главный врач, Областной перинатальный центр №1, г.Шымкент, Республика Казахстан

Налибаева Р.К. – главный врач, Областной перинатальный центр №2, г.Шымкент, Республика Казахстан

Абдукаримова М.М. – врач, Областной перинатальный центр №2, г.Шымкент, Республика Казахстан

ПРИМЕНЕНИЕ НЕИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ПЛОДА

Аннотация

В статье обосновано применение неинвазивных методов (скрининговых программ), которые позволяют выявлять наиболее грубые пороки развития плода на ранних этапах. Работа проведена на основе обследований 432 беременных на разных сроках беременности.

Ключевые слова: плод, ультразвуковая диагностика, доплерометрия, высокий риск.

В последние годы проблема врожденных пороков развития у детей приобрела особую актуальность.

В структуре причин перинатальной и младенческой смертности доля врожденных аномалий развития составляет 20,6 и 20% соответственно [1].

В последнее время в литературе появились сведения об учащение 40-50% случаев можно сохранить жизнь и здоровье детей с аномалиями развития при своевременной диагностике и хирургической коррекции врожденного дефекта впервые часы и дни жизни [2].

На современном этапе эхография является основным методом перинатальной диагностики. Она – наиболее безопасный и максимально эффективный способ оценки развития плода и течения беременности.

Ультразвуковая диагностика возможна с самых ранних этапов развития эмбриона и позволяет на ранней стадии выявить ЗРП. При этом доплерометрия представляет возможность выявить отклонения в системе кровообращения пациентки, т.е. исключить развитие плацентарной недостаточности.

Организация и проведения трехэтапное УЗИ обследования всем беременным на ЗПР и является одной из первоочередных задач.

Основная задача на уровне поликлиники в сроки 10-14 недель – это оценка толщины воротникового пространства. По величине его, если более 3 мм отмечается высокий риск наличие хромосомных аномалии и ВПР сердечнососудистой системы. Комплексный подход к оценке этих эхографических маркеров позволяет наиболее точно выделить группу высокого риска по рождению детей с хромосомными аномалиями.

Несмотря на тщательное исследование на данном сроке беременности, нельзя с уверенностью сказать об отсутствии пороков развития плода. Это связано с небольшими размерами анатомических структур плода. Оптимальным сроком для оценки анатомии плода является срок 20-24 недели. Во время данного скрининга возможны детальное изучение анатомии плода, более точное определение срока беременности, выявление отставание в развитии, в ВПР плода и эхографических маркеров хромосомных аномалий.

Третье исследование необходимо для выявления тех пороков развития, которые проявляют себя только в более поздние сроки беременности. Кроме того, в интервале в 32-34 недели проводятся дополнительные исследования (доплерография, кардиотокография) для оценки внутриутробного состояния плода, характера задержки развития плода с поздним их проявлением: гидроцефалия, гидронефроз, диафрагмальная грыжа, наличие гипоксических изменения и внутриутробного инфицирования, определение степени обвитие плода, пуповины, а также оценка функционального состояния плода. Благодаря проведению УЗИ на данном сроке гестации возможно будет определена тактика родоразрешения, оптимальная для появления на свет здорового ребенка.

Цель: на основании неинвазивного метода исследования выявить врожденного порока развития плода, у которых возможно была бы эффективна хирургическая коррекция новорожденных и разработать оптимальную профилактику осложнений в течении беременности.

Исследование проведено в консультативно-диагностической базы ОПЦ №1 и №2 г. Шымкента.

Материал и методы исследования. Всего было обследовано 432 женщины. Обследовано в I триместре беременности (9-12 недель) 243 женщины, во II триместре (16-22 недель) 159 беременных, и одновременно в I и II триместрах – 30 женщин.

Все беременные были разделены на 2 группы – с низким и высоким риском рождения большого ребенка в зависимости от возраста – до или старше 35 лет, наличия или отсутствия фенотипических и биохимических маркеров, риска хромосомной патологии. В I триместре беременности группу низкого риска составили 202 женщины и высокого – 41 женщин. Во II триместре беременности в группе низкого риска – 143 женщины, высокого риска – 16 женщин. Наибольшее значение в формировании групп высокого риска имели возрастные и эхографические данные.

Все женщины обследованы по единой схеме с помощью неинвазивного метода. Неинвазивный метод включал УЗИ с последующим компьютерным анализом для оценки степени риска хромосомной патологии плода.

Возраст беременных колебался от 22 до 43 лет. Первородящих было 159 (36,8%), повторнородящих 273 (63,19%).

Проанализированы такие аспекты, как особенности наследственности, акушерско-гинекологического и соматического анамнеза, в течении беременности и родов.

Наследственность была отягощена у 103 (23,8%) из наблюдавших беременных. Из этого числа 58 (56,3%) беременных родственники страдали гипертонической болезнью и сахарным диабетом.

Особый интерес представляет анализ экстрагенитальных заболеваний. Практически у всех женщин имелись хронические воспалительные заболевания: сердечно-сосудистой системы, бронхит, тонзиллит, пиелонефрит, цистит.

Гестационный период протекал с обострением хронических заболеваний: сердечно-сосудистой, мочеполовой, эндокринной и пищеварительной систем.

Железодефицитная анемия разной степени отмечена у 278 (64,3%) наблюдений.

Гинекологические заболевания в анамнезе были отмечены 107 (24,7%). У 155 беременных (35,8%) был отягощенный гинекологический анамнез (искусственные и самопроизвольные аборты, несостоявшиеся выкидыши, воспалительные заболевания придатков матки, неспецифические кольпиты).

В группе с высоким риском выявлены следующие пороки и аномалии развития плода: анэнцефалия (1), энцефалоцеле (1), гидроцефалия (3), пороки сердца (4), кистозная дисплазия (4), пиелюктазия (2), толщина воротникового пространства 3 мм и более (3), расщелины губы и неба (1), омфалоцеле (3).

Таблица 1 - Структура хромосомной патологии плода в группе с высоким риском

№ /n	Пороки развития плода	Хромосомная патология	
		Абсолютное число	%
1	Анэнцефалия	1	1,75
2	Энцефалоцеле	1	1,75
3	Гидроцефалия	3	5,26
4	Пороки сердца	4	7,01
5	Кистозная дисплазия	4	7,01
6	Пиелозктазия	2	3,5
7	Гидронефроз	2	3,5
8	Омфалоцеле	3	5,26
9	Расщелины губы и неба	1	1,75
10	Толщина воротникового пространства 3 мм и более	3	5,26
	Всего	24	42,05

Ультразвуковая диагностика грубых патологий развития центральной нервной системы возможна с 10-14 недели беременности, когда завершается оссификация костей свода черепа.

Частота анэнцефалии и составляет в среднем 1 случай на 1 000 новорожденных. При УЗИ в 10-14 недель беременности – это патология обнаружена у одного плода. Беременность была прервана с посредством искусственного аборта, так как это патология несовместимо с жизнью.

Энцефалоцеле представляет собой выход мозговой ткани с оболочками через дефект костного свода черепа. Данный вид порока обнаружен в 1 случае при сроке беременности 14 недель. Учитывая неблагоприятный прогноз беременность была прервана.

Пороки сердца относятся к наиболее частым аномалиям и обнаруживаются приблизительно 1 % живорожденных и у 2-10 % мертворожденных.

Пороки сердца диагностированы у 4 плодов: полная форма атриовентрикулярный коммуникации – у 1, синдром гипоплазии левого отдела сердца у 1. Остальные пороки сердца были подтверждены при динамическом наблюдении при сроке 24 недель беременности.

Беременность плодом с синдромом гипоплазии левого отдела прервана в 25 недель.

Пороки мочевыделительной системы встречаются с частотой 2-3 на 1000 новорожденных. Аномалии мочевыделительной системы выявлены у 8 случаях: кистозная дисплазия у 4 плодов, пиелозктазия – 2, гидронефроз в 2 случаях. Кистозная дисплазия почек может встречается как в изолированном виде так и входит в комплекс патологии развития при генетических синдромах.

В данном случае кистозная дисплазия при динамическом наблюдении за плодом с нормальном кариотипом в 22 недель беременности была выявлена гидронефритическая трансформация контрлатеральной почки. В 2 наблюдениях кистозная дисплазия почек выявлена в сочетании с омфалоцеле.

Пиелозктазия часто отмечается во II – триместре беременности и во многих случаях является транзиторной. В данном случае пиелозктазии были изолированы и явились проявлением обструкции мочевыделительной системы диагностированной при сроке беременности 22 недель. Новорожденным была сделана хирургическая операция.

В 3 случаях при сроке беременности 11-12 недель была заподозрена расщелина верхней губы и неба. В одном из них сочеталась с омфалоцеле и увеличены до 6 мм воротникового пространства. В дальнейшем динамическом наблюдении удалось четко визуализировать верхнюю губу и верхнюю челюсть без аномалии, а у плода с омфалоцеле и увеличенного до 6 мм воротникового пространства указывала на ее срединную расщелину. У 1 из плодов из этой группы при сроке 13-14 недель определялась диафрагмальная грыжа.

При динамическом наблюдении диагностированы пороки развития: в 1 наблюдении при сроке 21 недель выявлен гидронефроз, в 1 – пороки сердца.

Обсуждение. Таким образом, УЗИ 10-14 недель беременности является эффективным методом выявления наиболее грубых пороков развития плода, а также оценить толщину воротникового пространства, являющуюся информативным методом патологии плода.

Качественное УЗИ является наиболее эффективным подходом в диагностике пороков развития плода.

Выводы. Таким образом, применение неинвазивных методов исследования позволяет расширить спектр показаний к инвазивной пренатальной диагностике, способствуя профилактике рождения ребенка с хромосомной патологией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кулаков В.И., Ушакова И.А., Мурашко Л.Е., Клименченко Н.И., Кучеров Ю.И. Беременность и роды при пороках развития плода. Акушерство и гинекология, 2007, № 6. – С.21

2. Кобринский Б.А., Демикова Н. С. Принципы организации мониторинга врожденных пороков развития и его реализация в Российской Федерации// Российский вестник перинатологии и педиатрии – 2001. – Т.46, №4. – С. 56-60.

ТҮЙІН

Даниярова А.Ж. – м.ғ.к., доцент, Қ.Я.Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік университеті, Туркестан қ., Қазақстан

Зулпухаров А.Ж. – ассистент, Қ.Я.Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік университеті, Туркестан қ., Қазақстан

Кокенова М.У. – бас дәрігер, №1 Областық перинаталдық орталық, Шымкент қ., Қазақстан

Налибаева Р.К. – бас дәрігер, №2 Областық перинаталдық орталық, Шымкент қ., Қазақстан

Абдукаримова М.М. – дәрігер, №2 Областық перинаталдық орталық, Шымкент қ., Қазақстан

ҰРЫҚТЫҢ ПЕРИНАТАЛДЫ ПАТОЛОГИЯСЫН ЕРТЕ ДИАГНОСТИКАЛАУДА ИНВАЗИВТІ ЕМЕС ӘДІСТЕРІДІ ҚОЛДАНУ

Мақала ұрықтың даму ақауын ерте кезеңдерінде диагностикалау үшін инвазивті емес әдістерді қолданған. Жұмыс 432 әйелді жүктіліктің түрлі мерзімінде зерттеуге негізделген.

Негізгі сөздер: ұрық, ультрадыбыстық диагностика, доплерометрия, жоғары қауіпті

SUMMARY

A.J.Daniyarova – MD, PhD, H.A.Yassovy International Kazakh-Turkish University, Turkestan, Republic of Kazakhstan

A.J. Zulpuharov – assistant, H.A.Yassovy International Kazakh-Turkish University, Turkestan, Republic of Kazakhstan

M.Y.Kokenova – Chief Doctor of Regional Perinatal Center №1, Shymkent, Republic of Kazakhstan

R.K.Nalibaeva – Chief Doctor of Regional Perinatal Center №2, Shymkent, Republic of Kazakhstan

M.M.Abdukarimova – doctor of Regional Perinatal Center №2, Shymkent, Republic of Kazakhstan

NON-INVASIVE METHOD FOR EARLY DIAGNOSIS OF PERINATAL PATHOLOGY FETUS

The article substantiates the use of screening programs that identify the most serious malformations of the fetus in the early stages of fetal development. Work carried out on the basis of surveys of 432 pregnant women at different stages of pregnancy.

Key words: ultrasound diagnosis, doplerometrii, pregnant women, high risk.

УДК 618.146-007.17-07-09

Даниярова А.Ж. – к.м.н., доцент, Международный Казахско-Турецкий университет имени Х.А.Ясауи, г.Туркестан, Республика Казахстан

Есболаева Ж.М. – магистр, Международный Казахско-Турецкий университет имени Х.А.Ясауи, г.Туркестан, Республика Казахстан

Кокенова М.У. – главный врач, Областной перинатальный центр №1, г.Шымкент, Республика Казахстан

Юнусова С.Т. – ассистент, Международный Казахско-Турецкий университет имени Х.А.Ясауи, г.Туркестан, Республика Казахстан

Зулпухаров А.Ж. – ассистент, Международный Казахско-Турецкий университет имени Х.А.Ясауи, г.Туркестан, Республика Казахстан

ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ДИСПЛАЗИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Аннотация

В статье дана оценка рациональности и эффективности использования лекарственных назначений в лечении дисплазии шейки матки.

Ключевые слова: дисплазия шейки матки, рациональность, эффективность

Введение. В наше время среди генитальных болезней шейки матки, а именно дисплазия покровного эпителия находится в центре внимания почти всех гинекологов мира. Репродуктивная функция женщин считается одним из главных показателей здоровья женщины, определяет качество ее жизни, является косвенным показателем качественной жизни [1,2]. Вопросы повышения эффективности медицинской помощи, направленные на сохранение здоровья, при развитии заболевания, одна из куда более актуальных вопросов здравоохранения и современной медицины.

Согласно международным эпидемиологическим исследованиям воспалительные процессы репродуктивного тракта женщины являются частой патологией в структуре гинекологических заболеваний и составляют по разным оценкам 33-65% [3].

Основная причина этиопатогенеза дисплазий шейки матки, это и есть вирусная теория, первое место в которой занял вирус папилломы человека, которая является главным внешним фактором шеечного канцерогенеза [4,5]. Канцерогенез представляет собой сложный, долгий процесс с накоплением мутаций и других изменений, которые приводят к нарушению регуляции размножения, переход клеток, к снижению сенсбилизации к сигналам, подавляет их развитие, ослабляет индукции в них апоптоза, блокируют дифференцировку [6].

Долгое нахождения вируса папилломы человека очень часто связано с наличием хламидийной, вирусной инфекцией и другими нарушениями микробиоценоза влагалища и приводит к развитию злокачественных процессам шейки матки [7].

Материалы и методы исследования. Для определения эффективности иммуномодулирующей и противовирусной терапии было отобрано 214 женщин с дисплазией шейки матки. Их разделили на две основные группы.

В первой группе проводилась стандартная терапия, а во второй группе проводилась стандартная терапия с иммуномодулирующей и противовирусной терапией. По результатам исследования через 18 месяцев после деструкций наблюдалась регресс заболевания в первой группе у 79% пациентов, а во второй группе 95%; без изменений в первой группе в 13,2% случаев, а во второй группе в 5% случаев; ухудшение в первой группе у 7,8% пациентов, в то время как во второй группе ухудшение не отмечалось в динамике.

Обсуждение. Распределение медикаментов по группам степени затратности и частоте назначений при лечении дисплазии шейки матки показало, что применение лекарственных средств в терапии дисплазии шейки матки, нуждается в изучении рациональности лекарственных назначений в гинекологической практике.

Выводы. Оценка эффективности стандартной противовоспалительной терапии на основе случаев повторных обращений к гинекологу и регрессии заболевания в 79% случаев, а терапия стандартной терапией включительно иммуномодулирующей и противовирусной терапии вызывает регресс заболеваний в 95% случаев, что показало достаточную эффективность проводимой терапии.

Литература

- Лебедева М.И. Папилломавирусная инфекция при воспалительных заболеваниях шейки матки. Патогенетические подходы к лечению Автореф. дис. канд 14.01.10 /Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии, Москва-2009.
- Сапрыгин Д.Б., Печерских Е.В., Керемет О.И. Скрининговые исследования HPV высокого риска как эффективный метод профилактики рака шейки матки // Сборник научно-практических работ. М.; Медицентр - 2005. - С. 422-424.
- Комарова, Л.Е. Современные аспекты цитологического скрининга рака шейки матки: обзор // Опухоли женской репродуктивной системы. 2009. №3 - 4. - С.78 – 83.
- Бибнева Т.Н., Прилепская В.Н. Папилломавирусная инфекция и патология шейки матки // Гинекология. 2000. - Т 3. - №3. - С. 77-81.
- Кулаков В.И., Аполихина И.А., Прилепская В.Н. Современные подходы к диагностике папилломавирусной инфекции гениталий у женщин и их значение для скрининга рака шейки матки (обзор литературы) //Практическая гинекология. 2000. - Т. 1. - №2. -С. 4-8.
- Роговская С.И. Апоптоз при патологии шейки матки, ассоциированной с вирусом папилломы человека // Гинекология. -2000. Т 2.-№3.-С. 91-93.
- Устюжанина Л.А. Патология шейки матки при хламидийной инфекции: клиника, диагностика и лечение: Дисс. . канд. мед. наук. М., 1999. -132 с.

ТҮЙІН

Даниярова А.Ж. – м.ғ.к., доцент, Қ.Я.Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік университеті, Туркестан қ., Қазақстан

Есболаева Ж.М. – магистр, Қ.Я.Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік университеті, Туркестан қ.,
Қазақстан

Кокенова М.У. – бас дәрігер, №1 Областық перинаталдық орталық, Шымкент қ., Қазақстан
Юнусова С.Т. – ассистент, Қ.Я.Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік университеті, Туркестан қ.,
Қазақстан

Зулпухаров А.Ж. – ассистент, Қ.Я.Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік университеті, Туркестан қ.,
Қазақстан

ЖАТЫР МОЙНЫНЫҢ ДИСПЛАЗИЯСЫН ДӘРІЛІК ТЕРАПИЯНЫҢ ТИІМДІЛІГІН НЕГІЗДЕУ

Мақалада жатыр мойнының дисплазиясын емдеуде дәрілерді қолданудың тиімділік нәтижесіне баға берілген.

Кілт сөздер: жатыр мойны дисплазиясы, дәрі, тиімділік.

SUMMARY

A.J.Daniyarova – MD, PhD, H.A.Yassovy International Kazakh-Turkish University, Turkestan, Republic
Kazakhstan

J.M.Esboleeva – master, H.A.Yassovy International Kazakh-Turkish University, Turkestan, Republic Kazakhstan

M.Y.Kokenova – Chief doctor of Regional Perinatal Center №1, Shymkent, Republic of Kazakhstan

S.T.Unusova – assistant, H.A.Yassovy International Kazakh-Turkish University, Turkestan, Republic Kazakhstan

A.J. Zulpuharov – assistant, H.A.Yassovy International Kazakh-Turkish University, Turkestan, Republic of
Kazakhstan

JUSTIFICATION EFFECTIVE MANAGEMENT OF DRUG THERAPY IN PATIENTS WITH CERVICAL DYSPLASIA

The article assesses the efficiency and effectiveness of the use of medicinal purposes in the treatment of cervical dysplasia.

Key words: cervical dysplasia, rationality, efficiency.

СО Д Е Р Ж А Н И Е

<p>«БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ» Секция «ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И БИОЛОГИЯ»</p>	
<p>А. А. Нижников, К. С. Антонец, С.Г. Инге-Вечтомов АМИЛОИДЫ И ПРИОНЫ: ОТ ПАТОЛОГИИ К ФУНКЦИИ</p>	3
<p>А. В. Варданян, Дж. С. Саркисян ИССЛЕДОВАНИЕ НЕЙРОНАХ ГИППОКАМПА, АМИГДАЛИ И ЯДРА МЕЙНЕРТА НА МОДЕЛИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА ИНДУЦИРОВАННОЙ, АВ 25-35</p>	4
<p>Э.Т. Талайбекова, Ж.Т. Исакова АССОЦИАЦИЯ ОДНОНУКЛЕОТИДНОГО ПОЛИМОРФИЗМА GLU23LYS ГЕНА KСN11 С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В КЫРГЫЗСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ</p>	6
<p>А.А.Алдашев, А.Н.Кутманова АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА С677Т ГЕНА МЕТИЛЕНТЕТРАГИДРОФО- ЛАТРЕДУКТАЗЫ С РАЗВИТИЕМ ОЖИРЕНИЯ В КЫРГЫЗСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ</p>	8
<p>А.Т.Турсуналиева, Ж.Т.Исакова АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА G276Т ГЕНА АДИПОНЕКТИНА С РАЗВИТИЕМ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ У ЖЕНЩИН В КЫРГЫЗСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ</p>	9
<p>Окенаева А.К., Алдашев А.А. АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА Е23К ГЕНА KСN11 С РАЗВИТИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В КЫРГЫЗСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ</p>	11
<p>А.Т. Жауынбеков, С.Б. Ахметова АНЫҚТАЛҒАН АНТИДЕНЕСІ БАР ҚАН ДОНОРЛАРЫНЫҢ ЦИТОКИНДІ ПРОФИЛДЕРІНІҢ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСҚА ЖӘНЕ GIARDIA LAMBLIA ҚАТЫНАСЫ</p>	13
<p>А.Е. Иргебаева, Е.Г. Комкина РАЗВИТИЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ В ПРАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ</p>	14
<p>Конарбаева Б.Е., Ахметова С.Б. ЛАКТОБАЦИЛЛАЛАРДЫҢ АДГЕЗИВТІЛІГІНІҢ БЕЛСЕНДІЛІГІН ЗЕРТТЕУ</p>	16
<p>А.В. Ляшенко, Н.Р. Баязитов ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ СИНДРОМАЛЬНАЯ АВТОМАТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ ЯИЧНИКОВ</p>	16
<p>К.С. Жанбосын, И.В. Положаева ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВОДОРОДНЫХ ПРОТОНОВ В ПОЗИТРОННО – ЭМИССИОННОЙ ТОМОГРАФИИ</p>	18
<p>Босынбек Г.Қ., Биматова А.Е., Серикбай М.К. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЕ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПАЗИИ У НЕДОНО- ШЕННЫХ ДЕТЕЙ</p>	21
<p>Есенгали Н.М., Ахметова С.Б. ФОНЕНДОСКОПТАРДЫҢ ЖАЛПЫ МИКРОБТАРМЕН ЛАСТАНУЫН ЗЕРТТЕУ</p>	23
<p>З.О. Инкижино, Г.Б. Дадаханова, А.Р. Кузьмина ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ В ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ СЕЗОН КОНГО- КРЫМСКОЙ ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ В ТУРКЕСТАНСКОМ РЕГИОНЕ ЮЖНО -КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН</p>	25
<p>Мусиралиева Д.А., Б.Х.Шаймарданова ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СПЕРМОТОГЕНЕЗА</p>	27
<p>Набиева А.Н. РЕПРОДУКТИВТІ ЖАСТАҒЫ АДАМДАРҒА ЕМДӘМНІҢ ӘСЕРІН БАҒАЛАУ</p>	28
<p>Молдекова И.Ж., Шухатова А.Т. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗАГРЯЗНЕНИЯ НИТРАТАМИ</p>	30
<p>А.Н. Мухатаева, А.А. Ондашева, А.Р. Кузьмина ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ И ЭНТОМОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ В СЕЗОН АКТИВНОСТИ ПЕРЕНОСЧИКОВ – ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕЙ КОНГО-КРЫМСКОЙ ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ В ТУРКЕСТАНСКОМ РЕГИОНЕ ЮЖНО-КАЗАХС- ТАНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН</p>	31

А.Б.Жүніс, Г.Б.Түймебаева, К.Д.Кульжанова, Б.Т.Сейтханова ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНДАҒЫ МЕНИНГИТ ҚОЗДЫРҒЫШЫНЫҢ АНТИБИОТИКТЕРГЕ СЕЗІМТАЛДЫҚ ҚАСИЕТТЕРІ	34
Хангелді А.Е., Лозовой В.М., Хамитов М.К. ВЫБОР АДЕКВАТНОГО СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ	35
М.В. Чепис, А.А. Клименова, Е.С. Ральченко, И.В. Ральченко ТРОМБОЦИТАРНЫЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ	37
М.А. Баранник, О.И. Гордиенко ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ РАСЧЕТ ПОВЕРХНОСТНОГО ПОТЕНЦИАЛА ЭРИТРОЦИТОВ В СРЕДАХ С РАЗЛИЧНОЙ КОНЦЕНТРАЦИЕЙ ХЛОРИДА КАЛЬЦИЯ	39
Самарская М.В., Кондратьева А.И., Филипченкова А.В., Стрюкова В.С. МОДУЛЯЦИЯ УМЕРЕННЫМИ ФИЗИЧЕСКИМИ НАГРУЗКАМИ ЭФФЕКТОВ ГИПЕРКОРТИЦИЗМА НА СКЕЛЕТНУЮ МЫШЦУ БЕЛЫХ КРЫС	41
В.В. Труш ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЛИЯНИЯ АДРЕНАЛИНА НА ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ СКЕЛЕТНОЙ МЫШЦЫ КРЫС В ДИНАМИКЕ РАЗВИТИЯ ЯТРОГЕННОГО ГИПЕРКОРТИЦИЗМА	43
А.А. Есетова, Г.А. Диханбаева ЭПИЛЕПСИЯ У ДЕТЕЙ: ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ	45
Г.Б. Жалмурзаева, Д.И. Медеуов ПРОБЛЕМЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГРАНУЛЕМАТОЗА ВЕГЕНЕРА (НА ПРИМЕРЕ СЛУЧАЯ ИЗ ПРАКТИКИ)	46
Г.Б.Жалмурзаева, А.Е.Туртаева СИСТЕМНЫЕ ВАСКУЛИТЫ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ	48
Н. Жанкозин, Г.К.Орманова БИОЛОГИЯЛЫҚ ЖҮЙЕЛЕРДЕГІ ПРОЦЕССТЕРДІ САРАПТАУДА ТЕРМОДИНАМИКАНЫҢ І-ІІ ЗАҢДАРЫН ҚОЛДАНУ	50
А.А. Төлегенова, Ф. М. Орманова, Т.А.Алимова, Ж.Б.Бекназарова, Мұхтарқызы Ф. ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНДАҒЫ ВИРУСТЫҚ ГЕПАТИТТЕР БОЙЫНША ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙ	53
Ы.К. Султанмуратова, Г.С. Сарбасова ПРИМЕНЕНИЕ ВЕКТОРОВ ПРИ РЕШЕНИИ ФИЗИЧЕСКИХ, БИОЛОГИЧЕСКИХ И ХИМИЧЕСКИХ ЗАДАЧ	55
Бурабаев А.А., Ворошилова Н.В., Сыздыков А.А. О СИМБИОТИЧЕСКОМ ВЫРАЩИВАНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ	57
Абуова Г.Н., Сансызбаева Ж.М., Омарова Г.Ш., Мұхтарқызы Ф. ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНДАҒЫ ТҮРҒЫНДАРДЫҢ ТҰМАУМЕН СЫРҚАТАНУШЫЛЫҒЫ	59
Есиркепов М.М., Ворошилова Н.В., Кунпеисов И.А., Тимошенко М.Г. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ВЫРАЩИВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ	61
Нұрмаханбетова А.Е., Утепов П.Д., Мұхтарқызы Ф.М ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫ ХАЛЫҚТАРЫНЫҢ 2011-2015 ЖЫЛДАРДА КОНГО- ҚЫРЫМ ГЕМОРАГИЯЛЫҚ ҚЫЗБАСЫМЕН АУРУЫ ЖАҒДАЙЫН ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ТҮРҒЫДА БАҒАЛАУ	63
А.Б.Юсупова, Ф.Мұхтарқызы ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНДАҒЫ ТҮРҒЫНДАРДЫҢ ҚАТЕРЛІ ІСІКТЕРІМЕН АУРУШАҢДЫҒЫ ЖӘНЕ АЛДЫН АЛУ ШАРАЛАРЫ	64
Сейдалиева К.Ж., Батырханова С.Т., Мұхтарқызы Ф. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗОМ ПО ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2012-2013 ГОДЫ	67
Жакыпбекова А.Е., Мұхтарқызы Ф. ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО САЛЬМОНЕЛЛЕЗУ В ЮКО	68

<p align="center">«БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ» Секция «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В XXI ВЕКЕ»</p>	
Г.К. Каусова, О.К. Жандосов, А.М. Тияева, А.И. Нуфтиева ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЖЕЛУДКА: РОЛЬ ПЕРИОПЕРАТИВНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ	70
Г.К. Каусова, А.И. Нуфтиева, А.К. Турланова, Е. Есенов, Д. Сулайманов, В. Ирismetов БИОХИМИЧЕСКИЙ МАРКЕР РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРТЕНЗИОННЫХ СОСТОЯНИЙ НА РАННЕМ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ	74
Г.К. Каусова, А.И. Нуфтиева, А.К. Турланова, Н.Н.Коньртаева, А.Ортаева, Г. Асылханов ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ НАУҚАСТАРДА АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯНЫ ЕМДЕУДЕГІ АСПЕКТІЛЕРІ	78
Г.К.Каусова, М.А.Булешов, А.У.Ембердиев, А. М.Кушкарлова, Е.М. Зульфикаров, Э.Т. Зульфикарова К ВОПРОСУ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	81
Г.К.Каусова, М.А.Булешов, А.У.Ембердиев, А. М.Кушкарлова, Е.М. Зульфикаров, Э.Т. Зульфикарова ОСОБЕННОСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ	85
О.К.Жандосов, Г.К. Каусова КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЖЕЛУДКА: ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД	89
Аманжол Т.Т., Сейсенбекова А.К., Амирханова Д.Т. ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА И КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА	96
Байрамова М.О., Павлова Е.В., А.К. Бегембетова ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН	98
Джамалова Г., Сатаева Л. Г. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН	100
Джамалова Г., Сатаева Л. Г., АНАЛИЗ СОВРЕМЕННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, СВЯЗАННОЙ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН	102
Магауия Т.Е., Елубай М.Ж., З.С. Халметов ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ВРАЧА ПУТЕМ СОЗДАНИЯ И ПРИМЕНЕНИЯ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОЙ БАЗЫ ДАННЫХ	103
Е.А. Горева, Туленкова К.С. СТЕРЕОТИПЫ ПИТАНИЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ	106
Шораева А.С, Қабидолдина Г.Е., Серікбаева С.Қ., Амирханова Д.Т. АУЫЛ ЖӘНЕ ҚАЛА ТҮРҒЫНДАРЫ АРАСЫНДАҒЫ ҚАНТ ДИАБЕТІНІҢ ҚАУІП ТОПТАРЫН САРАЛАУ	107
В.И.Гладчук, В.Г. Маричереда ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ ВАЗОАКТИВНЫХ ФАКТОРОВ И МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ В ДЕЦИДУАЛЬНОЙ ОБОЛОЧКЕ У ЖЕНЩИН С ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПЕРЕГОРОДКОЙ	109
Н. Серікбай, Байділдаева А.С. ЖЕКЕ ТҮЛҒАНЫҢ ҚАЛЫПТАСУЫНА ҒАЛАМТОРДЫҢ ӘСЕРІ	111
Нургожа А.Н., Жумакова Т.А. ИЛЛЮЗИЯ ВОСПРИЯТИЯ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ «РЕЗИНОВАЯ РУКА»	113
С.Д. Әзімбай, Ахметова С.Б. ҚАРАҒАНДЫ АЙМАҒЫНЫҢ ДИАБЕТТІК ТАБАН СИНДРОМЫНЫҢ ТАРАЛУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ	115
Н.К. Тузельбаев, Ж.А.Ермаханова ЕҢБЕККЕ ҚАБІЛЕТТІ ЖАСТАН АСҚАН ТҮРҒЫНДАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН САҚТАУ ЖӘНЕ ӨМІРІН ҰЗАРТУДЫҢ АЛҒЫ ШАРТТАРЫ	117
Исмаилова А.М., Р.Т. Тлеужан. ЛЕЧЕНИЯ ПОСТАБОРТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ	119
Ларюшина Е.М., Кабиев Д.О., Исаева К.С. ОЦЕНКА ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ У ЖИТЕЛЕЙ КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ	122

О.А. Клименко, Т.П. Заричная АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРЕПАРАТОВ НА УКРАИНЕ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КОНТИНГЕНТА БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЕЙ	125
Процук Р.Ю., Л.П. Липова. Ю.С. Липова ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВРОЖДЕННОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ПАТОЛОГИИ В ГОРОДЕ КЕМЕРОВО	126
Горемыкина М.В., Назарбеков С.М. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА МІНДЕТТІ МЕДИЦИНАЛЫҚ САҚТАНДЫРУДЫ ЖҮЗЕГЕ АСЫРУ АЛҒЫШАРТТАРЫ	128
Талиева Г.Н., Серік А.С. МЕКТЕП ЖАСЫНДАҒЫ БАЛАЛАР СЕМІЗДІГІН АЛДЫН АЛУ МӘСЕЛЕЛЕРІ	130
З.К. Авизова, Г.Т. Алимжанова ПАРАЗИТЫ КАК ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ	132
А.С. Игибаева, Турдалиева М.У., Закен А.Т. ОЦЕНКА УРОВНЯ СИТУАТИВНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ. ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ЧЕЛОВЕКА С ПОМОЩЬЮ ТЕСТА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ САМООЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ-ОПРОСНИКА САИ.	135
Закен А.Т., Кенова С.М., Т.А.Жумакова ОЦЕНКА ТРЕНИРОВАННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ К ВЫПОЛНЕНИЮ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ.	140
Кенова С.М., Закен А.Т., Т.А.Жумакова ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЫ НА РЕАКТИВНОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ	145
З.Б. Абдрахманова, И.С. Молдалиев ЗДОРОВЬЕ ПОЖИЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ	147
С.Н.Әліпбекова, Ф.Мұхтарқызы, Апсаттаров Ж.А. В ВИРУСТЫ ГЕПАТИТІНІҢ ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫ БОЙЫНША ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ	148
Әліпбекова С.Н., Батырбекова А.М., Сарсенбаева Г.Ж. ТІРЕК-ҚИМЫЛ АУРУЛАРЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК МӘСЕЛЕЛЕРІ	150
Батырбекова А.М., Әліпбекова С.Н. Сарсенбаева Г.Ж. ЖАРАҚАТТАНУДЫҢ ЖӘНЕ ЖЕТІЛДІРУ ЖОЛДАРЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК АСПЕКТІЛЕРІ	152
Т.А.Чарушина, Н.С.Трапезникова, С.Б.Петров СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ЗАБОЛЕВАНИЯМ ЖЕЛУДОЧНО – КИШЕЧНОГО ТРАКТА У СТУДЕНТОВ СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ И ТЕХНИЧЕСКИХ ВУЗОВ Г.КИРОВА	154
Д.Т.Бисалов, Қ.С.Нұржанова АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ БОЙЫНША ЖОО СТУДЕНТТЕРДІҢ ТАМАҚТАНУ ДЕНГЕЙІН ЗЕРТТЕУ ЖӘНЕ БАҒАЛАУ	156
Kozhabek G.B., Akhmetova S.B. THE STUDY OF VAGINAL FLORA IN PREGNANT WOMEN WITH THE ASSESSMENT ANTIBIOTIKOGRAMS IF SIGNS OF DYSBIOSIS"	158
Нургожа А.Н., Жумакова Т.А. ҚАЗІРГІ ЗАМАН ЖАСТАРЫНЫҢ ШІМДІККЕ СУБЪЕКТИВТІ КӨЗҚАРАСЫ	160
Төлеуова Б.Д., Мергенбаева Ж.Қ., Сары С.С., Бейбітбай А.М., Абдужабарова Ш.А. АУЫР ДӘРЕЖЕЛІ ПРЕЭКЛАМПСИЯ – АКУШЕРЛІК САЛАДАҒЫ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕ	163
Набиева А.Н., Досжанова Г.Н., Абдулдаева А.А. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ АО «МУА»	164
Молайханов Ш.А., Алыпбекова А.С., Хасенова К.Х. СТУДЕНТТЕР АРАСЫНДАҒЫ ЙОД ТАПШЫЛЫҒЫ МӘСЕЛЕЛЕРІН АНЫҚТАУ	166
Булешов М.А., Туманбаева А. М., Омарова Б.А. БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМДЕР ӨЛІМІНІҢ ӘЛЕУМЕТТІК-ГИГИЕНАЛЫҚ МӘСЕЛЕЛЕРІ	169
Ворошилова Н.В., Кунпейсов И.А., Темиров А.К. Тулегенова А.А., Биболова А.С. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ КЛЮЧЕВЫХ РОЛЕЙ СТУДЕНТОВ- МЕДИКОВ КАК ОСНОВНОЙ ФАКТОР УСПЕШНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	172

Секция «ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ: ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ»	174
Е.Асқар, А.Е.Садуақас, Г.К.Айтхожин, В.К.Исраилова ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ СЕПСИСА	
Даниярова А.Ж., Зулпухаров А.Ж, Кокенова М.У, Налибаева Р.К., Абдукаримова М.М. ПРИМЕНЕНИЕ НЕИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ПЛОДА	176
Даниярова А.Ж., Есболаева Ж.М., Кокенова М.У., Юнусова С.Т., Зулпухаров А.Ж. ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ДИСПЛАЗИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ	179