



**JOURNAL OF MEDICINE AND
PHARMACY OF KAZAKHSTAN**

**ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА
ЖӘНЕ ФАРМАЦИЯ ЖУРНАЛЫ**

**КАЗАХСТАНСКИЙ ЖУРНАЛ
МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ**

eISSN: 1562-2967

Основан с мая 1998 г.

Учредитель:

**АО «Южно-Казахстанская
медицинская академия»**

**Журнал перерегистрирован
Министерством информации и
коммуникаций Республики Казахстан
Регистрационное свидетельство
№KZ89VPY00065454 от 24.02.2023
года.
ISSN 1562-2967**

**«Казахстанский журнал медицины и
фармации» зарегистрирован в
Международном центре по
регистрации сериальных изданий
ISSN(ЮНЕСКО, г.Париж,Франция),
присвоен международный номер ISSN
2306-6822**

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

Адрес редакции:
160019 Республика Казахстан,
г. Шымкент, пл. Аль-Фараби, 1
Тел.: 8(725-2) 39-57-57, (1095)
Факс: 40-82-19
www.skma.edu.kz
e-mail: medacadem@rambler.ru

Главный редактор

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

Заместитель главного редактора

Нурмашев Б.К., кандидат медицинских наук,
профессор

Редактор научного журнала

Сейіл Б.С., магистр медицинских наук, докторант

Редакционная коллегия: Абдурахманов Б.А.,
кандидат мед.н., доцент Абуова Г.Н., кандидат
мед.н., доцент Анартаева М.У., доктор
мед.наук, доцент Кауызбай Ж.А., кандидат
мед.н., доцент Ордабаева С.К., доктор фарм.
наук, профессор Орманов Н.Ж., доктор
мед.наук, профессор

Сагиндыкова Б.А., доктор фарм.наук, профессор
Сисабеков. К.Е., доктор мед. наук, профессор
Шертаева К.Д., доктор фарм.наук, профессор

Редакционный совет:

Бачек Т., асс.профессор(г.Гданьск, Республика
Польша)

Gasparyan Armen Y., MD, PhD, FESC, Associated
Professor (Dudley, UK)

Георгиянц В.А., д.фарм.н., профессор (г.Харьков,
Украина)

Дроздова И.Л., д.фарм.н., профессор (г.Курск,
Россия)

Корчевский А. Phd, Doctor of Science
(г.Колумбия, США)

Раменская Г.В., д.фарм.н., профессор (г.Москва,
Россия)

Халиуллин Ф.А., д.фарм.н., профессор (г.Уфа,
Россия)

Иоханна Хейкиля, (Университет JAMK,
Финляндия)

Хеннеле Титтанен, (Университет LAMK,
Финляндия)

Шнитовска М., Prof., Phd., M. Pharm (г.Гданьск,
Республика Польша)



SOUTH KAZAKHSTAN
MEDICAL
ACADEMY



АССОЦИАЦИЯ СЕМЕЙНЫХ
ВРАЧЕЙ КАЗАХСТАНА



Шымкент



«Жалпы дәрігерлік практиканың өзекті мәселелері»

Халықаралық ғылыми-тәжірибелік конференция

28-29 сәуір 2023 ж., Шымкент қ.

Международная научно-практическая конференция

«Актуальные вопросы общей врачебной практики»

28-29 апреля 2023 г., г. Шымкент

International Scientific and Practical conference

«Relevant issues of general medical practice»

April 28-29, 2023 y., Shymkent

Ұйымдастыру комитеті: «Жалпы тәжірибелік дәрігер-2» кафедрасы, «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ

Қазақстанның отбасылық дәрігерлер қауымдастығы

Организационный комитет: кафедра «Врач общей практики-2»

АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»

Ассоциация семейных врачей Казахстана

Organizing committee: «Department of General Practitioner-2»

JSC «South Kazakhstan Medical Academy»

Association of Family Doctors of Kazakhstan



Уважаемые участники конференции !

Поздравляю Вас с началом в Международной научно-практической конференции **«Актуальные вопросы общей врачебной практики»**, посвященной 5-летию кафедры **Врач общей практики- 2!**

Врач общей практики (семейный врач) - врач, прошедший специальную многопрофильную подготовку по оказанию первичной медико-санитарной помощи членам семьи независимо от их пола и возраста. Он должен иметь знания, как в области медицины, так и в других смежных специальностях - психологии, социологии, социальной медицины, экономики здравоохранения, профилактики и пр. Главной его задачей является охрана здоровья обслуживаемых семей, оказание первичной медицинской помощи, лечение больных независимо от их возраста и вида заболевания.

Реформа здравоохранения в нашей стране предусматривает постепенный переход к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики. Одним из главных условий реформы является сохранение всех лечебно-профилактических учреждений здравоохранения, с изменением их функций, методов работы, усовершенствованием их деятельности, заменой участковой службы на врача общей практики.

Сегодня АО «Южно-Казахстанская Медицинская Академия» совместно с Ассоциацией семейных врачей Казахстана (АСВК) организовала уникальную возможность для встречи врачей общей практики, преподавателей, врачей-интернов общей практики на научно-практической площадке не только для традиционного обмена информацией, но также с целью создания и укрепления связей между врачами, преподавателями и интернами семейной медицины.

Желаю успехов, удачи и процветания специальности общей врачебной практики!

Рысбеков Мырзабек Мырзахевич
Ректор Южно-Казахстанской медицинской академии,
Академик наук клинической и фундаментальной
медицины, д.м.н., профессор



ОБ АССОЦИАЦИИ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ КАЗАХСТАНА

Ассоциация семейных врачей Казахстана (АСВК) – одна из старейших профессиональных неправительственных организаций, созданная в ноябре 1998 г. АСВК имеет несколько филиалов, расположенных по всему Казахстану и более 700 членов семейных врачей.

Цель АСВК – укрепление здоровья казахстанцев через развитие первичной медико-санитарной помощи и ее центральной фигуры – семейного врача/врача общей практики, а также повышение осведомленности и ответственности за свое здоровье жителей Казахстана.

Мы стремимся создать систему непрерывного профессионального развития наших членов, проводить обучение врачей общей практики и медицинских сестер, преподавателей Вузов и медицинских колледжей самым передовым технологиям доказательной медицины, включая выявление, первичную и вторичную профилактику распространенных заболеваний, лечение и ведение острых и хронических состояний. АСВК проводит также научные исследования по изучению распространенности хронических заболеваний. В пилотных организациях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) медицинские работники получают достойные условия для работы, когда появляется заинтересованность повышать свои клинические, коммуникативные, компьютерные знания и навыки. АСВК путем внедрения современных технологий вовлечения населения в укрепление своего здоровья, особенно детей и женщин, внедрения научно обоснованных методов диагностики, лечения, профилактики, реабилитации и паллиативной помощи, через повышение приверженности лечению и самостоятельности пациентов с хроническими заболеваниями стремится уменьшить излишнее потребление дорогостоящей и инвазивной скорой и стационарной помощи, снизить социальную напряженность и недовольство населения системой здравоохранения и медицинскими работниками.

АСВК является одной из крупнейших профессиональных медицинских организаций в Казахстане, а также признанным лидером в разработке и реализации международных проектов развития здравоохранения. АСВК в качестве полноправного члена Всемирной

организации семейных врачей Wonca с 2003 г. активно сотрудничает с семейными врачами мира и достойно представляет Казахстан уже 20 лет. Все наши члены одновременно являются ассоциированными членами Wonca.

С 1999 года мы выполняли проекты в нескольких регионах Казахстана, где проводились самые значимые реформы ПМСП в стране. С 2010 года мы активно работаем в Атырауской и Мангистауской областях.

В период пандемии в 2020-2021 гг. АСВК активно включилась в оказание помощи казахстанцам и работникам ПМСП. С марта 2020 года по октябрь 2021 г, врачами АСВК в рамках проекта по онлайн консультированию населения, реализуемого при поддержке ТОО «Тенгизшевройл», было проконсультировано онлайн около 8500 пациентов, при этом большая часть обращений поступила от сельских жителей. Онлайн прием проводился многоканально: посредством социальных сетей АСВК (Instagram, Facebook) и мессенджера (Telegram). Более 40 пациентов получили полноценную многодневную психологическую терапию депрессии, неврозов и панических атак, что в некоторых случаях послужило профилактикой суицидального поведения. Для семейных врачей и медицинских сестер Атырауской, Мангистауской областей, города Алматы были закуплены и вручены индивидуально тысячи наборов СИЗов, дезинфицирующих растворов, бесконтактных термометров. Проведены онлайн-курсы по ведению COVID-19, назначению антикоагулянтов, где обучены сотни врачей.

В 2021-2022 гг. совместно с ЮНИСЕФ нами проведено 8 курсов в 8 регионах Казахстана и онлайн по вакцинации детей и взрослых, где обучилось более 1000 врачей и медицинских сестер.

Д.С. Нұғманова
Д.м.н., профессор, Президент АСВК,
член всемирного
Совета Wonca, ESC, GOLD Emeriti

МРНТИ 76.01.09

УДК 616-051:378.12

Досыбаева Г.Н.

АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», заведующая кафедрой «Врач общей практики-2», доктор медицинских наук, ассоциированный профессор, отличник здравоохранения РК, член-корреспондент Российской академии Естествознания, г.

Шымкент, Казахстан

Досыбаева Г.Н.

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ, "жалпы практика дәрігері-2" кафедрасының меңгерушісі, медицина ғылымдарының докторы, қауымдастырылған профессор, ҚР Денсаулық сақтау үздігі, Ресей Жаратылыстану Академиясының корреспондент-мүшесі, Шымкент қ., Қазақстан

Dosybaeva G.N.

JSC «SKMA», Head of the Department "General Practitioner-2", Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, excellent student of Healthcare of the Republic of Kazakhstan, Corresponding member of the Russian Academy of Natural Sciences, Shymkent, Kazakhstan

ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ-2 ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Кафедре «Врач общей практики-2» в сентябре 2022 года исполнилось 5 лет. За пять лет проделано немало работ и предстоит еще больше; за плечами 2 выпуска потока врачей общей практики, достижениями которых мы можем похвастаться и гордиться.

В соответствии с планом работы кафедры, профессорско-преподавательским составом и интернами регулярно проводятся учебно-методическая, клиническая, научно-исследовательская работы и воспитательные мероприятия. Систематически профессорско-преподавательский состав кафедры участвовали с докладами и публикациями в республиканских, международных научных конференциях. Интерны активно участвовали в работе студенческих межвузовских, региональных, республиканских и международных научно-практических конференций.

Сегодня представилась возможность отметить и вспомнить как все начиналось....

Миссия ЮКМА: быть признанным лидером в сфере подготовки

конкурентоспособных кадров!

Согласно решения Ученого Совета ЮКГФА от 31.08.2017г была организована кафедра «Первичной медико-санитарной помощи -2 с курсом акушерства и гинекологии» Южно-Казахстанской фармацевтической академии. В 13.04.2018 года по приказу № 58п.с. кафедра переименована на «Врач общей практики-2».

Заведующей кафедрой назначена Досыбаева Гульжан Нурбековна –доктор медицинских наук, профессор (рисунок 1).



Рисунок 1-Досыбаева Гульжан Нурбековна

Заведующая кафедрой «Врач общей практики-2», доктор медицинских наук, ассоциированный профессор, отличник здравоохранения РК, член-корреспондент Российской академии Естествознания, г.Москва

Миссия кафедры: «Подготовка высококвалифицированных специалистов, способных к профессиональной подготовке, научным исследованиям и личностному росту».

Открытие кафедры первичной медико-санитарной помощи-2 с курсом

акушерства и гинекологии

30 ноября 2017 года проведено мероприятие в честь открытия кафедры первичной медико-санитарной помощи-2 с курсом акушерства и гинекологии в МЦ «Ай-Нұры» под руководством заведующей кафедры д.м.н., и.о профессора Досыбаевой Г.Н., преподавателями кафедры – к.м.н. Асанова Г.К., к.м.н., доцент – Биболова А.С., Латыева М.Ш., Аманова Э.О., Есетова А.А., к.м.н., доцент Тлеужан Р.Т., PhD Кульбаева С.Н., ассистенты: Акбердиева Г.У., Джунусова Р.К, Салимбаева Б.Т., Тулеева Т.И. и врачами-интернами ВОП 612-619 групп. В мероприятии участвовал главный врач клинической базы МЦ «Ай-Нұры» Сауленбаева Э.У. Гостями данного мероприятия выступили: декан отдела интернатуры и трудоустройства Досыбаев Б.К., начальник УМЦ Ибрагимов А.Г., заведующая кафедры инфекционных болезней и дерматовенерологии, к.м.н., профессор Абуова Г.Н., начальник ФНПР Патсаева Л.А., редактор научного журнала «Вестник ЮКГФА» Шаймерденова Р.А., заведующая кафедрой «ПМСП-1» к.м.н., доцент Югай Н.В., заведующая кафедрой «Терапия бакалавриат» д.м.н., профессор Бекмурзаева Э.К., для которых была продемонстрирована презентация о достижениях кафедры.

Основные учебные курсы – обучение интернов врачей общей практики 6 и 7 курсов.

Преподаваемые дисциплины на кафедре по интернатуре в 2017 году: «Внутренние болезни», «Педиатрия», предусмотренных Государственными образовательными стандартами и учебными планами подготовки дипломированных специалистов.

На кафедральных рассматриваются вопросы успеваемости и посещаемости студентов, индивидуальные планы работ преподавателей, научная и воспитательная деятельность согласно плану ВКК и текущие вопросы. Документы по учебно-методическим, воспитательным и научным частям на кафедре вводятся согласно требованиям ISO- 9000-2001.

На кафедре разработаны модульная учебная программа соответствии с ГОСО и ТУП по специальности 5В130100 «Общая медицина» приложения 4 к приказу №647 Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 31 июля 2015 года и промежуточного ГОСО-17, приказ МОН РК №152 от 20.04.2011г. и приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 17 июля 2017 года № 530 и в соответствии с

пунктом 3 статьи 175 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения».

В учебном процессе применяются инновационные активные технологии (CBL, TBL, RBL); обучение направлено на приобретение навыков клинического мышления и клиническому разбору пациентов.

Сотрудниками кафедры активно внедрялись в учебный процесс и в работу практического здравоохранения эффективные технологии диагностики и лечения внутренней патологии, проводились обучающие семинары и мастер-классы для интернов и врачей. Заведующий и сотрудники кафедры оказывали постоянную специализированную консультативную помощь пациентам города и области.

Ассистентами кафедры Врач общей практики-2 непрерывно ведутся научные исследования по различным направлениям и внедряются в учебный процесс новые клинические и педагогические технологии.

Научные интересы: терапия, педиатрия, гастроэнтерология, профпатология, ревматология, психосоматические заболевания, коммуникативные навыки.

Появление кафедры связано с государственной политикой в сфере здравоохранения: нужно обучить большой поток бакалавров, которые отправятся в свои области и районы для работы в медицинских учреждениях. С момента образования на кафедре было два выпуска молодых специалистов, работающих сейчас в разных отраслях здравоохранения.

Когда ГБ №2 (бывшая клиника МКТУ) обрела статус государственной, появилась кафедра ВОП-2, многие врачи поняли, что имея за плечами огромный опыт, сосредоточить работу следует именно здесь, чтобы передавать накопленные знания молодым специалистам.

Основная деятельность кафедры – подготовка в интернатуре специалистов-врачей общей практики в системе первичной медико-санитарной помощи.

«В нашей работе на первое место я всегда ставлю милосердие. Чтобы лечить, человек должен видеть и чувствовать боль поэтому мы ездим со студентами в детские дома и дома престарелых, там они учатся понимать других людей и помогать им. Наша миссия в том, чтобы каждый выпускник внес вклад в сохранение здоровья населения. В связи с этим я считаю, необходимо уделять внимание статусу врача-педагога, возрождать и повышать его. Наша работа требует большой самоотдачи, потому что от нас во многом зависит, какими врачами завтра будут наши сегодняшние студенты. Мы должны не

только учить, но и показать плюсы выбранной профессии, привить любовь к своему делу и уважение к выбору».

Подготовка к будущей профессии начинается с первых дней: интерны дежурят в приемных покоях, проводят опросы больных, учатся составлять анамнез и пробуют назначать лечение, но пока только теоретически, заполняя необходимые отчеты. Каждый отчет подлежит индивидуальной проверке преподавателем, после чего начинается самое важное – рекомендации или разбор ошибок. Так студенты учатся осознавать свои действия, чтобы впредь не повторять ошибок.

Командный дух, состоящий из преподавателей и студентов, которые сообща идут к новым победам и вершинам. Каждый наставник требовательно относится к знаниям и работе интернов, это дает возможность выпускать качественные кадры для Казахстана. У врачей, работающих на кафедре, много известных и талантливых выпускников по всей стране, готовых в любую минуту прийти на помощь к своим учителям. Чтобы стать специалистом, которому пациенты не боятся доверить свою жизнь и здоровье, необходимо много учиться, только своими знаниями и стараниями можно достичь цели.

Открытие кафедры стало решающим для выстраивания новой методики обучения ВОП, поскольку обучение молодых врачей перенесено из стен аудитории на амбулаторный уровень, где происходит полное погружение в профессию. Очень важно учиться общению с пациентами, умению провести консультацию так, чтобы понять проблему пациента, его ощущения и ожидания.

Считается, что врач, работающий в системе общей практики, является клиницистом широкого профиля. Он должен иметь такой же уровень клинических компетенции, как и все прочие категории врачей. ВОП оказывает персональную первичную и непрерывную медицинскую помощь отдельным лицам и семьям. Он может посещать пациентов на дому, принимать их в амбулаторных условиях, а в отдельных случаях и в стационаре. Он берет на себя ответственность за принятие первичного решения по каждой проблеме, с которой пациент обращается к нему, у него должны быть навыки работы с представителями всех возрастных групп. Коллектив кафедры представлен специалистами разного профиля – врачами общей практики, терапевтами, педиатрами. На протяжении пяти лет здесь трудятся основные: к.м.н., доцент кафедры-А.С.Биболова, к.м.н., и.о.профессора-Н.В.Югай, к.м.н., доцент кафедры-К.А.Сартаева, врач высшей категории с большим стажем, организатор здравоохранения-Б.Н.Баймуратова, магистр медицины, завуч кафедры-Р.А.Сметова, врач терапевт высшей категории-М.Ш.Латыева, врач

терапевт высшей категории-Б.А.Куанышева, магистр здравоохранения, терапевт первой категории-Е.Т.Отумбаева, магистр медицины, терапевт А.К.Ботабекова, врач терапевт высшей категории-А.А.Жолдасбекова, терапевт высшей категории-Г.Ш.Елтаева, врач педиатр-Б.М.Абдиева, магистр медицины, врач терапевт первой категории, ВОП-М.Таскынова; совместители: профессор ЮКМА, врач ревматолог высшей категории-Ч.Т.Баймухамедов, врач педиатр высшей категории-Д.А.Сугирова, магистр медицины врач терапевт, ВОП-Ж.Б.Ташкулова, врач педиатр-Н.Н.Мустафаева, врач педиатр, ВОП - С.М.Мамаева, ВОП-Г.Муханкызы, врач терапевт, ВОП-Г.Ш.Куттыбекова, врач терапевт, ВОП-К.М.Куттыбаева, ВОП-Э.У.Сауленбаева, врач терапевт-Г.Ж.Кульбаева, ВОП-Д.А.Ертаев, врач педиатр, ВОП-А.М.Абдиева. Хочется отметить работу лаборантов кафедры Г.Журсинбек, Ж.Балкашбек.

На кафедре ведется не только научно-педагогическая деятельность, но и огромная воспитательная работа.

Интерны в рамках популяризации ЗОЖ читают лекции в школах и университетах города, это находит большой отклик у подрастающего поколения, у многих появляется мечта стать студентом медицинского вуза.

При кафедре ВОП-2 работает единственная в стране ревмошкола для интернов, где они познают азы ревматологии. Руководители этим направлением Ч.Баймухамедов, директор Медицинского центра суставов г.Шымкента. Работа ведется в практическом направлении: студенты участвуют в семинарах, проводят обследование пациентов и диагностику ревматических заболеваний.

Молодые специалисты выходят с широким набором знаний и практических навыков, необходимых для дальнейшей работы. И очень важно, что перед студентами всегда живой пример бескорыстного служения профессии – их самоотверженные педагоги.

Мероприятия, проведенные кафедрой ВОП-2 (рисунок 2,3,4):

1 марта по 14 марта 2018 года на кафедре ПМСР-2 - круглый стол; Акция 7 апреля «Будьте здоровы!»; Мастер-класс «Ранний ревматоидный артрит у пожилых»; Круглый стол «Вакцинация: За и Против»; Акция «От сердца к сердцу!»; 4-й съезд семейных врачей Казахстана, Алматы; «Әйел- Ана ,Әйел- Өмір, Әйел-тіршілік өзегі!»-открытое занятие; Вебинар «Антикоагулянтная терапия при лечении covid-19» с международным участием; «1-декабря – Всемирного дня борьбы со СПИДом» «Вакцинация–все ЗА!?!»-круглый стол; «Таксономия постковидного синдрома»-мастер класс; Абдоминальная форма атипичного варианта инфаркта миокарда-открытое занятие;

Третья Евразийская конференция «Пандемия коронавирусной инфекции: диагностика, лечение и осложнения» в Баку; Многомерное строение человека-семинар; Деловая игра «Лихорадка неясного генеза»; «ОСМС: в вопросах и ответах»-дебат; Академическая мобильность в Самаркандский государственный медицинский университет;

Открытое занятие «Увеличение лимфоузлов и синдром миелопролиферации. Дифдагностика. CBL метод» и другие.



Рисунок 2- Вместе с основателем и организатором Президентом АСВК профессором д.м.н. Нугмановой Дамилей Сакеновной



Рисунок 3-7 апреля – Всемирный день здоровья.



Рисунок 4-Дежурство интернов-ВОП

На кафедре составлен график дежурств на клинических базах: ГБ №2 (бывшая Фосфорная больница), ОДБ (областная детская больница), согласно которого интерны в месяц 2 раза дежурят в ночное время в приемных отделениях(рисунок 5). Для интернов-беременных и кормящим имеется отдельный график дежурств в поликлинике в субботнее дневное время. Все практические навыки и теоретические знания интерны отрабатывают и применяют во время дежурства и помогают дежурным врачам приемного покоя в оказании экстренной помощи, госпитализации, отказе пациентов, осматривают пациентов, находящихся под наблюдением, при необходимости оказывают помощь, заполняют истории болезни в системе KMIS.

На утро интерны предоставляют отчет о дежурстве и докладывают лично заведующей кафедры Г.Досыбаевой онлайн и оффлайн, заполняют чек-листы, синдромально описывают и проводят синдромальную диф.диагностику заболевания, обосновывают клинический диагноз.

Коллективом кафедры (рисунок 5) ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ-2 проводится большая работа по подготовке интернов к практической деятельности врача.

На сегодня чтобы стать врачом общей практики, необходимо: особое отношение к медицине, болезням и заболеваниям – **Умение**;

Практические знания по всем основным медицинским специальностям-**Навыки**;

Обучение навыкам общения, отношениям между врачом и пациентом-**Обучение**;

Оценка компетентности перед практикой без надзора-**Оценка**.

Это является основными приоритетами нашей кафедры.



Рисунок 5-Профессорско-преподавательский состав кафедры ВОП-2

Пользуясь случаем, искренне поздравляю коллектив кафедры «ВОП-2» АО «ЮКМА» с 5-летием со дня основания! Всех, кто давал клятву Гиппократ и кто с честью носит белый халат, поблагодарить за терпение, выдержку и доверие! Благодаря стойкости духа кафедра имеет на сегодня мощный стержень специалистов, которые ежегодно проходят повышение специализации. В этом есть огромная заслуга каждого, всех членов команды!

Хочу пожелать больших успехов преподавателям в деле становления интернов-Врачей общей практики. Здоровья, удачи и процветания всем!!!

УДК 616.12-008

Абасова Ш.Б.

«Дәрігер Абасова Ш.Б. клиникасы» ЖШС, Х.А. Яссауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Шымкент қ., Қазақстан

**СОЗЫЛМАЛЫ ЖҮРЕК ЖЕТІСПЕУШІЛІГІМЕН АСҚЫНҒАН
АРТЕРИАЛДЫ ГИПЕРТОНИЯ ЖӘНЕ СУСАМЫРМЕН АУЫРАТЫН
НАУҚАСТАРДЫ КОМПЛЕКСТІ ЕМДЕУДЕ РАМИПРИЛДІ ПАЙДАЛАНУ.**

Аннотация

Созылмалы жүрек жетіспеушілігінің NYHA бойынша III- IV функциональдық класымен асқынған артериалды гипертония, жүректің жиырылу қабілетінің төмендеуі бар және сусамырмен ауыратын 68 науқасты комплексті емдеуде рамиприл препаратының 5 және 10 мг дозаларын пайдалануды зерттеу 6 ай бойы жүргізілді. Барлық науқастарға жүргізілген ЭКГ, ЭхоКГ, лабораториялық зерттеулер, брахиоцефальді артериялар мен аяқтардың артерияларын ультрадыбыстық доплерлік зерттеу (УДДЗ), тексеруге көрсеткіштеріне қарай жүректің коронарлық қан тамырларын контрастты компьютерлік томография көмегімен зерттеулер комплексті емдеуде рамиприл препаратының 5 және 10 мг дозаларын пайдалану қан қысымын төмендетіп, жүректің жиырылу қасиеті мен өмір сүру сапасын жақсартуға көмектесетінін көрсетті.

Кілт сөздер: артериалды гипертония, созылмалы жүрек жетіспеушілігі, жүректің жиырылу қабілетінің төмендеуі, сусамыр, рамиприл.

Абасова Ш. Б.

ТОО «Клиника доктора Абасовой Ш. Б.», Международный казахско-турецкий университет им. Х. А. Яссауи, г. Шымкент, Казахстан

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАМИПРИЛА ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ОСЛОЖНЕННЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.

Аннотация

Исследование использования доз препарата рамиприл 5 и 10 мг в комплексном лечении 68 больных с артериальной гипертонией, снижением сократительной способности сердца и сусамином, осложненных функциональным классом III - IV по nyha хронической сердечной недостаточности, проводилось в течение 6 месяцев. Проведенные у всех больных ЭКГ, ЭхоКГ, лабораторные исследования, ультразвуковое доплеровское исследование брахиоцефальных артерий и артерий ног (УДДЗ), исследования коронарных кровеносных сосудов сердца в зависимости от показаний к обследованию с помощью контрастной компьютерной томографии показали, что использование доз препарата рамиприл 5 и 10 мг при комплексном лечении может снизить кровяное давление и помочь улучшить сократительные свойства сердца и качество жизни.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность, снижение сократительной способности сердца, суспензия, рамиприл.

Abassova Sh.B

LLP «Clinic of Dr. Abasova Sh. B.», International Kazakh-Turkish University named after Kh. A. Yassawi, Shymkent, Kazakhstan

THE USE OF RAMIPRIL IN THE COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND DIABETES MELLITUS COMPLICATED BY CHRONIC HEART FAILURE.

Annatation

The aim of the investigation was to study the efficacy of Ramipril 5mg and 10mg during complex therapy in 68 patients with arterial hypertension complicated by chronic heart failure III and functional class IV according to NYHA, with reduced cardiac output against the background of diabetes mellitus during 6 months. All patients underwent ECG, EchoCG, we determined microalbuminuria level, creatinine, glomerular filtration rate, USDG of brachiocephalic arteries and lower limb arteries, and, if indicated, computer tomography of heart with contrasting of coronary arteries before the study and after 6 months. The combination therapy with ramipril 5mg and 10mg in patients resulted in a significant reduction of BP and increase of ejection fraction with improvement of life quality.

Key words: arterial hypertension, chronic heart failure, reduced cardiac output, diabetes mellitus, ramipril.

Введение: актуальность темы заключается в том, что артериальная гипертония и осложнения артериальной гипертонии по-прежнему остаются основной проблемой в кардиологии. Сочетание артериальной гипертонии, сахарного диабета и хронической сердечной недостаточности в несколько раз повышает риск развития грозных осложнений у данной категории пациентов. В основе механизма развития поражения органов-мишеней лежат: поражение почечных канальцев с задержкой Na в организме, снижение активности Na, K-АТФазы и Ca-Mg-АТФазы и нарушение внутриклеточного транспорта катионов, повышение внутриклеточного Na и Ca.[4] Повышается чувствительность клеток головного мозга, сосудов к прессорному эффекту норадреналина и ангиотензина II. Активация симпато-адреналовой системы приводит к повышению сердечного выброса и

общего периферического сопротивления, почечной вазоконстрикции, повышению активности ренин-ангиотензиновой системы.[1] В сосудистой стенке происходит стимуляция пролиферации гладкомышечных клеток, гипертрофия сосудистой стенки. Поэтому многие исследования направлены на поиск решения этих проблем.[2] В исследованиях UKPDS и HOT было доказано, что эффективное снижение повышенного АД приводит к большему снижению риска макрососудистых осложнений у больных с сахарным диабетом, чем контроль гликемии. [3] Одним из целесообразных ИАПФ является препарат рамиприл.

Цель: изучение эффективности применения Рамиприл 5мг и 10мг при комплексной терапии у больных с артериальной гипертонией, осложненной хронической сердечной недостаточностью III и IV функционального класса по NYHA, со сниженным сердечным выбросом на фоне сахарного диабета.

Методы: 68 больных с артериальной гипертонией III ст, хронической сердечной недостаточностью III- IV ФК, со сниженным сердечным выбросом, с сахарным диабетом со средним возрастом $54 \pm 8,0$ лет в течение 6 месяцев получали рамиприл 5мг и 10 мг, в зависимости от уровня артериального давления. Всем пациентам проводились ЭКГ, ЭхоКГ, определяли уровень микроальбуминурии, креатинина, скорость клубочковой фильтрации, УЗИ брахиоцефальных артерий и артерий нижних конечностей, по показаниям компьютерная томография сердца с контрастированием коронарных артерий до начала исследования и через 6 месяцев.

Результаты исследований: артериальная гипертония снизилось в среднем с 200/127 мм рт ст до 130/68 мм рт ст. Экскреция альбумина в среднем снизилась на 58%. КДР ЛЖ уменьшился с $6 \pm 0,8$ до $5 \pm 0,9$ см. Фракция выброса возрасла в среднем с 38 ± 6 до 43 ± 6 . Скорость клубочковой фильтрации с 54 ± 4 мл/мин возросла до 62 ± 5 мл/мин.

Обсуждение результатов: При комплексной терапии с применением рамиприл 5мг и 10мг у больных с артериальной гипертонией, осложненной хронической сердечной недостаточностью III и IV функционального класса по NYHA, со сниженным сердечным выбросом на фоне сахарного диабета достигалось значительное снижения АД и увеличение фракции выброса.

Список литературы.

1. Bartels G. L., Van den Heuvel A.F.M. Van Veldhuisen D.J. et al. Acute antiischemic effects of perindoprilat in men with coronary artery disease and their relation with left ventricular function// Am. J. Cardiol.-1999.-Vj1.83. –P.332-336
2. Braunwald E. Heart Disease.- Philadelphia- London- Toronto-1997.- 1131p,
3. Соколов Е.И. Диабетическое сердце. Москва., Медицина 2002.
4. Оганов Р.Г., Фомина И.Г. Болезни сердца., Млсква., Литтерра., 2006г.

ӘОЖ 76.29.49.

Абдурахманов Б.А.^{1,3}, Арыбжанов Д.Т.^{1,2}, Абдурахманов Ф.Б.¹, Гульметов С.И.³, Юсупов А.М.^{1,2}, Абдурахманова Ш.Г.¹,

¹ «ОҚМА» АҚ, Шымкент қ., Қазақстан

² Қалалық онкологиялық орталық, Шымкент қ., Қазақстан

³ Түркістан облысы ҚДСБ Облыстық клиникалық ауруханасы ТШЖ МҚК, Шымкент қ., Қазақстан

ЖАТЫР МИОМАСЫН ЕМДЕУДЕГІ МИНИМАЛДЫ ИНВАЗИВТІ ИНТЕРВЕНЦИЯЛЫҚ ӘДІСТЕРДІҢ ТИІМДІЛІГІ

Аннотация

Бұл мақалада жатыр миомасы бар науқастарда дәстүрлі және лапароскопиялық миомэктомиамен салыстырмалы аспектіде жатыр артериясының эмболизациясының тиімділігі талданады. Авторлар жатыр артериясының эмболизациясының жоғары тиімділігін атап өтті-пациенттердің стационарда болған ең аз төсек-күндерімен қатар, операциядан кейінгі асқынулардың төмен саны байқалды.

Кілт сөздер: жатыр артериясының эмболизациясы, лапароскопиялық миомэктомия.

Абдурахманов Б.А.^{1,3}, Арыбжанов Д.Т.^{1,2}, Абдурахманов Ф.Б.¹, Гульметов С.И.³, Юсупов А.М.^{1,2}, Абдурахманова Ш.Г.¹

¹ АО «ЮКМА», г. Шымкент, Казахстан

² Городской онкологический центр, г.Шымкент, Казахстан

³ ГКП на ПХВ Областная клиническая больница УОЗ Туркестанской области, Казахстан

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ МИОМ МАТКИ

Аннотация

В данной статье анализируется эффективность эмболизации маточной артерии в сравнительном аспекте с традиционной и лапароскопической миомэктомией у больных с миомой матки. Авторы отмечают высокую эффективность эмболизации маточной артерии – наряду с минимальным койко-днями пребывания пациенток в стационаре, отмечено низкое число послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: эмболизация маточной артерии, лапароскопическая миомэктомия.

Abdurakhmanov B.A.^{1,3}, Arybzhhanov D.T.^{1,2}, Abdurakhmanov F.B.¹, Gulmetov S.I.

³, Yusupov A.M.^{1,2}, Abdurakhmanova Sh.G.¹

¹ JSC«SKMA», Shymkent, Kazakhstan

²Cancer Center, Shymkent, Kazakhstan

³SOE on FEM Regional Clinical Hospital of the PHD of the Turkestan region, Shymkent, Kazakhstan

EFFICACY OF MINIMALLY INVASIVE INTERVENTION METHODS IN THE TREATMENT OF UTERINE MYOMAS

Annotation

This article analyzes the effectiveness of uterine artery embolization in a comparative aspect with traditional and laparoscopic myomectomy in patients with uterine fibroids. The authors note the high efficiency of uterine artery embolization – along with the minimum bed-days of stay of patients in the hospital, a low number of postoperative complications was noted.

Keywords: uterine artery embolization, laparoscopic myomectomy.

Қысқашты. Қазіргі уақытта жас әйелдерде миоманың даму жиілігінің жоғарылау тенденциясы байқалады. Жатыр миомасын емдеудің дәстүрлі әдістері – дәрі-дәрмек терапиясы және хирургиялық араласу-миомэктомия және гистерэктомия [1,2]. Хирургиялық емдеудің жоғары тиімділігіне қарамастан, операциялар араласудың өзі (қуықтың жарақаты, несепардың, қан тамырларының жарақаты, жара инфекциясы, қан жоғалту, адгезия) және жалпы анальгезия салдарынан, әсіресе соматикалық патологиясы

бар науқастарда сөзсіз асқынулармен бірге жүреді. Консервативті миомэктомиядан кейін миоманың қайталануының жоғары деңгейі (15-20%) және симптоматология (30-40%) туралы деректер де бар [3,4].

Атап айтқанда, репродуктивті қызметі орындалмаған әйелдердің көпшілігі үшін жатырды алып тастау ауыр психологиялық жарақат болып табылатын балалы болу мүмкіндігін жоғалтуға әкеледі [3]. Гистерэктомияның теріс ерекшелігі-постгистерэктомиялық синдромның даму ықтималдығы жоғары. Жатыр миомасы бар жас пациенттер үшін гистерэктомия-бұл өмір сапасын едәуір төмендететін және бала туу функциясының жоғалуына әкелетін араласу.

Жоғарыда айтылғандарға байланысты жатыр артерияларының эмболизациясы (ЕМА) гистерэктомия операциясына (GE) балама ретінде өзінің тиімділігін, аз инвазивтілігін және жатыр миомасы бар әйелдерді емдеуде асқыну қаупінің төмендігін дәлелдеді, бірақ ЕМА әсерлері жақсы түсінілмеген. Әрбір жатыр миомасын ЭМА әдісімен емдеу тәсілі жеке болуы керек. Жатыр миомасының белгілері, орналасуы, түйіндердің орналасуы, қанмен қамтамасыз етілуі, пациенттің жатырды сақтауға және репродуктивті функцияға қызығушылығы ескеріледі [2,3].

Зерттеу мақсаты: Шымкент қаласында және Түркістан облысында жатыр миомасы бар пациенттерде ЭМА әдістемесін қолдану бойынша өз деректерін талдау.

Әдістері. ЭМА көрсеткіштері: түйіннің диаметрі 5-8 см-ге дейін субмукозды және интрамуральды-субсерозды ФМ, операциядан бас тартатын симптоматикалық ФМ бар әйелдер, сондай-ақ ауыр ілеспе патологиямен бірге симптоматикалық ФМ. Араласуға абсолютті қарсы көрсеткіштер: жедел инфекция, жатырдың қатерлі ісіктері. Контрастты препараттарға төзбеушілік, ауыр коагулопатиялар және жатырдың созылмалы қабыну аурулары біз салыстырмалы қарсы көрсеткіштер деп санаймыз. Эмболизациялық материал ретінде гемостатикалық губка және бөлшектердің мөлшері 700-900 мкм және 900-1200 мкм болатын PVA стандартты биосфералары қолданылды. Техника келесідей болды: феморальды артериялар Сельдингер бойымен, көбінесе оң жақта, содан кейін 4-5 F (Cordis) катетерімен алдымен сол жақта, содан кейін оң жақта жатыр артерияларының селективті дәйекті катетеризациясымен кесілді. Барлық бақылауларда ЭМА сәтті шығарылды. Біз 26 мен 54 жас аралығындағы жатыр миомасы бар 42 пациентте ЭМА қолдану нәтижелеріне талдау жасадық (әйелдердің орташа жасы 40+1,42 жас). Салыстыру тобы ретінде дәстүрлі хирургиялық операция – лапаротомия, консервативті миомэктомия жасалған 30 мен 56 жас аралығындағы 37 пациенттің (әйелдердің орташа жасы 42+2,12

жас) емдеу нәтижелері зерттелді. Операция жасалған 27 мен 63 жас аралығындағы 40 пациенттен тұратын топ (әйелдердің орташа жасы 45+2,21 жас) - лапароскопиялық миомэктомия, барлығы 119 пациенттің жатыр миомасын емдеу нәтижелері талданды. Деректер кестеде берілген.

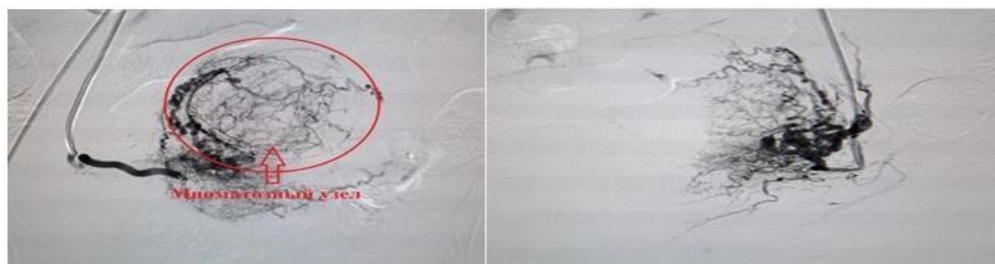
Нәтижелер. ЭМА нәтижелерін бағалай отырып, біз келесі критерийлерді қолдандық: техникалық (сәтті эмболизация), клиникалық (аурудың симптоматикасының төмендеуі), радиологиялық (жатыр мен түйіндердің мөлшерін азайту), жеке (пациенттің жағдайын субъективті бағалау). Хирургиялық емдеудің сәттілігіне жанама әсер ететін жаңа жоғары технологиялық құралдарды қолдану және хирургиялық хирургтың тәжірибесі. Ультрадыбыстық, МРТ және пациенттерді объективті тексеру арқылы операция нәтижелері 3 және 6 айдан кейін бағаланды (кесте 1).

Кесте 1. ЭМА, дәстүрлі және лапароскопиялық миомэктомияның салыстырмалы нәтижелері

Әдіс	Саны	Ауырсыну	Дизуриялық құбылыстар	Өткізілген төсек күндері	Асқынулар
Жатыр артерияларының эмболизациясы	42	8 сағат ішінде, ол анальгетик термен тоқтатылған	Олар біртіндеп жоғалады, миоматозды түйіннің азаюымен, 3-6 ай ішінде.	2-4	Эмболизациядан кейінгі синдром
Дәстүрлі миомэктомия	37	2 апта бойы сақталады	Операциядан кейін бірден жоғалады	10-12	Постгистероэктомиялық синдром, жамбас адгезиясы
Лапароскопиялық миомэктомия	40	1-ші бойы сақталады апталар	Операциядан кейін бірден жоғалады	7-10	Жамбас адгезиялары және нәтижесінде түтікшелі перитонеальді бедеулік

Нәтижелерді талқылау. Біз пациенттерді ЭМА-дан кейін 3 ай ішінде динамикалық бақылау кезінде жатырдың және миоматозды түйіндердің мөлшері біртіндеп азайғанын атап өттік. Жатыр, ультрадыбыстық мәліметтерге сәйкес, пациенттердің 65-78% - миоматозды түйіндер бастапқы мөлшеріне қатысты 25-60% - ға азайды. Субмукозды миомалар ең маңызды өзгерістерге ұшырады. 1-8% жағдайда экспульсия пайда болды – «түйіннің тууы». Миоматозды түйіндер гистологиялық құрамы бойынша айтарлықтай

өзгереді. Экспульсияланған миоматозды түйіндерді гистологиялық зерттеу түйіндердегі ЭМА-дан кейін ишемия процесі және инфаркттың кейінгі дамуы (некроз) болатынын көрсетті. Түйіндердің одан әрі біртіндеп склерозы және дегидратациясы олардың азаюына әкеледі. МРТ мәліметтері бойынша, МРТ критерийлеріне сәйкес гипervasкулярлық миоматозды түйіндер аз қан ағымы бар түйіндерге қарағанда кішірейген (сурет 1,2).



Сурет 1- Оң және сол жақ жатыр артериялары арқылы миоматозды түйіндердің эмболизациясына дейінгі жағдай.



Сурет 2- Оң және сол жақ жатыр артериялары арқылы миоматозды түйіндердің эмболизациясынан кейінгі жағдай.

Одан әрі динамикалық бақылау кезінде 6 айға дейін. пациенттерде симптомдардың төмендеуі, атап айтқанда етеккірдің қалыпқа келуі пациенттердің 81-92% -. байқалды. Миоматозды түйіндердің мөлшеріне байланысты симптомдардың ауырлығы (дизурия, іштің ұлғаюы, ауырсыну синдромы) 70-92% - ға төмендеді. 1 жылға дейінгі мерзімде 7 (16,6%) пациенттерде ЭМА-мен ауырған жүктіліктің басталуы байқалады. 3 әйел мерзімінде босанды, 3 әйел мерзімінен бұрын босанды, 1 жағдайда ерте түсік байқалды. Қазіргі уақытта әлемдік тәжірибеде ЭМА-дан кейінгі жүктіліктің 100-ден астам жағдайы белгілі.

Қорытынды. Жатыр миомасын емдеудегі ЭМА операциясының тиімділігі күмән тудырмайды, бұл оның әлемде кең таралуына ықпал етеді. Бұл әдіс пациенттердің 85-90%-у қан кету, іргелес органдардың қысылуы сияқты жатыр миомасының симптомдарының төмендеуіне қол жеткізуге мүмкіндік береді. Жақсы төзімділік,

ауруханаға жатқызудың ең аз уақыты. Асқынулардың төмен қаупі мен тиімділігі осы операцияның кең таралуына ықпал етеді. Бұл әдіс реанимация бөлімінде эндотрахеальды анестезияны және операциядан кейінгі бақылауды қажет етпейтін аз инвазивті жоғары технологиялық эндоваскулярлық операция болып табылады, бұл емдеудің қаржылық шығындарын айтарлықтай төмендетеді.

Әдебиеттер тізімі:

1. Адамян Л.В., Кулаков В.И., Киселев С.И. Опыт 1000 тотальных лапароскопических гистерэктомии. Лапароскопия и гистероскопия в гинекологии и акушерстве. М., 2012; с. 10-2.

2. Гришин И.И., Рощина В.А., Каусева О.И., Доброхотова Ю.Э. Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки: актуальный подход в современных реалиях//РМЖ. Мать и дитя №2, 2018, С.. 169-172.

3. Капранов С.А., Беленький А.С., Бобров Б.Ю., и др. Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки. Бюлл. НИИ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосуд. забол. 2013; 4(11):219.

4. Scheurig-Muenkler C., Koesters C., Powerski J. et al. Clinical Long-term Outcome after Uterine Artery Embolization: Sustained Symptom Control and Improvement of Quality of Life. Journal of Vascular and Interventional Radiology. 2013;24(6):765–771. DOI: 10.1016/j.jvir.2013.02.018.

ӘОЖ 76.01.79

Абдурахманов Б.А.¹, Дүйсебеков М.Т.¹, Юсупов А.М.¹

¹ «ОҚМА» АҚ, Шымкент қ., Қазақстан

**ЖАЛПЫ ДӘРІГЕРЛІК ПРАКТИКА ИНТЕРНДЕРІНІҢ ҚАТЫСУЫМЕН
ӨТКІЗІЛЕТІН ҒЫЛЫМИ ҮЙІРМЕЛЕР МЕН ОЛИМПИАДАЛАРДЫҢ
ПРАКТИКАЛЫҚ ДАҒДЫЛАРДЫ ЖЕТІЛДІРУДЕГІ ЖӘНЕ КӘСІПТІК
БАҒДАРЛАУДЫ ТАҢДАУДАҒЫ МҮМКІНДІКТЕРІ**

Аннотация

Бұл мақалада жалпы дәрігерлік практика интерндерінің қатысуымен ғылыми үйірмелер мен медициналық олимпиадалардың практикалық дағдыларды жетілдірудегі рөлі талқыланады, бұл білім беру бағдарламаларын игеруге және кәсіби бағдарды таңдауға мүмкіндік береді. Әр конкурстық элементтің орындалуын бағалау критерийлері анықталды. Сабақтас мамандықтарды тарта отырып, олимпиадаларды ұйымдастыру және өткізу болашақта түлектердің сапасын және олардың кәсіби құзыреттілігін жақсартуға мүмкіндік береді.

Кілт сөздер: ғылыми үйірмелер, интерндер, практикалық дағдылар.

Абдурахманов Б.А.¹, Дуйсебеков М.Т.¹, Юсупов А.М.¹

¹ АО «ОҚМА», Шымкент., Қазақстан

ВОЗМОЖНОСТИ НАУЧНЫХ КРУЖКОВ И ОЛИМПИАД С УЧАСТИЕМ ИНТЕРНОВ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ И ВЫБОРЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ

Аннотация

В данной статье обсуждается роль научных кружков и медицинских олимпиад с участием интернов общей врачебной практики в совершенствовании практических навыков, что позволяет в освоении образовательных программ и выборе профессиональной ориентации. Определены критерии оценивания выполнения каждого конкурсного элемента. Организация и проведение олимпиад с привлечением смежных специальностей позволяет в перспективе улучшить качества выпускников и их профессиональные компетенции.

Ключевые слова: научные кружки, интерны, практические навыки

Abdurakhmanov B.A.¹, Duisebekov M.T.¹, Yusupov A.M.¹

¹ JSC «SKMA», Shymkent, Kazakhstan

OPPORTUNITIES OF SCIENTIFIC CIRCLES AND OLYMPIADS WITH THE PARTICIPATION OF INTERNS OF GENERAL MEDICAL PRACTICE IN IMPROVING PRACTICAL SKILLS AND CHOOSING PROFESSIONAL ORIENTATION

Annotation

This article discusses the role of scientific circles and medical Olympiads with the participation of interns of general medical practice in improving practical skills, which allows for the development of educational programs and the choice of professional orientation. The criteria for evaluating the performance of each competitive element are defined. The organization and holding of Olympiads with the involvement of related specialties makes it possible to improve the quality of graduates and their professional competencies in the future.

Key words: *scientific circles, interns, practical skills*

Кіріспе. Студенттерге іс жүзінде маңызды білім мен дағдыларды алу үшін оқу-зерттеу және ғылыми жұмыстарды шебер ұйымдастыру оларға болашақта жұмысқа орналасуға көмектеседі [1,2]. Медициналық университеттің түлегі білім мен дағдылардың жиынтығына ие болып қана қоймай, оларды пациенттерге алғашқы дәрігерлік және мамандандырылған, білікті көмек көрсету үшін практикалық қызметте қолдана білуі керек [1,2,3]. Ғылыми үйірмелер мен олимпиадаларды өткізу тек оқу ғана емес, сонымен қатар зерттеу және тәрбие жұмысының элементтерін қамтиды.

Зерттеудің мақсаты. Хирургия-2 кафедрасы қызметкерлерінің студенттік ғылыми үйірмелердің жұмысын ұйымдастырудағы және практикалық дағдылар бойынша олимпиаданы өткізудегі тәжірибесін көрсету, теориялық білімнің жеке багажын және білім алушылар арасында қолмен дағдыларды игерудің тиімділігін талдау.

Әдістері. Хирургия-2 кафедрасының қызметкерлерімен ОҚМА АҚ Медициналық академия басшылығының қолдауымен практикалық дағдылар орталығы (ОЖК) базасында «Хирургиялық пәндер бойынша бірінші ЖОО ішілік практикалық олимпиада» өткізілді. Олимпиадаға бакалавриат студенттері мен 6-7 интернатура курстарынан тұратын 6 команда қатысты.

Олимпиада 2 кезеңнен тұрды. Бірінші кезең ЦПН базасында өтті, 8 станциядан тұрды және онкология, Жалпы хирургия, травматология, алғашқы медициналық көмек көрсету, Урология, Анестезиология-реанимация – трахея интубациясы, десмургия, тері, сіңір, ішек, тамыр тігістерін қолдану түріндегі элементтерді қамтыды. Сондай-ақ, команда капитандарының байқауы және хирургиялық құралдарды білуге арналған байқау өткізілді. Олимпиаданың 2-кезеңі ОҚМА бас ғимаратының үлкен акт залында өткізілді, 3 станциядан тұрды, оған хирургиялық тораптарды тоқу, теориялық конкурс, командаларды қарсы алу (ұсыну) кірді.

Нәтижелер. Олимпиада жоспарына сәйкес, байқаудың 1 кезеңі жұмыс манипуляцияларының барысын және станцияларды түсіндіруден басталды, оған мыналар кірді: тері тігісі, тамырлы тігіс, сіңір тігісі, ішек тігісі, капитандар байқауы, хирургиялық құралдарды білу байқауы, десмургия, трахея интубациясы. Қазылар алқасы мен қатысушылар атап өткендей, олимпиадалық тапсырмалар диагностика мен емдеуге стандартты емес тәсілді қажет ететін неғұрлым күрделі клиникалық жағдайларды шешуге мүмкіндік береді. Осы станциялардың әрқайсысы бойынша іс-қимыл алгоритмдерін кезең-кезеңімен анықтай отырып, жүйеленген чек-парақтар жасалды. Қазылар алқасының мүшелері стандартталған чек-парақтарға сәйкес балл қойды, онда осы практикалық дағдылардың әрқайсысын бағалау критерийлері анықталды. олардың орындалу уақыты. Әр станция бойынша балл саны 0-3 баллды құрады. Конкурстық бағдарламаның шарттарына сәйкес конкурсқа қатысқан барлық командалар 5 балл алды. 3 орын алған Команда қосымша – 3 балл, 2 орын қосымша – 4 балл, 1 орын қосымша – 5 балл алды, бұл жалпы командалық есепте көрсетілді. Сияқты манипуляциялар трахея интубациясы фантомда орындалды, десмургия стандартталған науқаста.



Сурет 1- «Тамырлы тігіс» байқауы

Нәтижелерді талқылау. Тері тігісінің сапасын бағалау кезінде эстетика, «қалталардың», қуыстардың болмауы, құралдармен дұрыс жұмыс істеу – құралдар мен инені манипуляциялау кезіндегі қауіпсіздік, маталармен жұмыс істеу кезіндегі дәлдік, орындау уақыты және команданың теориялық дайындығы ескерілді.

Тамырлы тігістің сапасы (сурет 1) параметрлер бойынша анықталды: анастомоздың тығыздығы, анастомоздың қалыптасуындағы тігістердің эстетикасы, анастомоздың өткізгіштігі, анастомоздың орындалу уақыты, команданың теориялық дайындығы, құралдармен дұрыс жұмыс. Тамырдың артқы қабырғасын тігудің болмауы және тамыр

қабырғасының шамадан тыс жарақаттануының болмауы ыдысты ашқаннан кейін тексерілді.



Сурет 2- «Ішек тігісі» байқауы

Сіңір тігісі критерийлер бойынша бағаланды: эстетика, ашудың және деформацияның болмауы, 5 кг созылу жүктемесін қолдану кезінде 0,5 см-ден астам диастаздың болмауы, 10 кг жүктемені қолдану кезінде жыртылудың болмауы, құралдармен дұрыс жұмыс істеу, команданы теориялық дайындау.

«Ішек тігісі» байқауындағы бағалау параметрлері (сурет 2) болды: анастомоздың тығыздығы, анастомоздың қалыптасуындағы эстетика, анастомоздың өткізгіштігі, орындау уақыты, команданың теориялық дайындығы, құралдармен дұрыс жұмыс. Капитандар сайысы теориялық сұрақтарға жауаптардан тұрды.



Сурет 3- Хирургиялық құралдарды білуге арналған конкурс

«Хирургиялық құралдарды білу» конкурсында (сурет 3) бағаланды: құралдың жалпы атауы, осы құралдың авторлық атауын айту, егер бар болса, қолдану аясын атау, осы құралды қолыңызда қалай дұрыс ұстау керектігін көрсету.



Сурет 4- «Десмургия» байқауы

«Десмургия» байқауы бойынша (сурет 4) бағалау критерийлері: репозицияны жүргізу техникасы, рентген суреті бойынша сұрақтарға жауаптар және иммобилизациялайтын таңғыштың таңдалған түрінің негіздемесі, таңғыштың шамадан тыс массивтілігінің болмауы және пациентке ыңғайлылық, эстетика, орындау уақыты, сынықтың новокаиндік блокадасының орнын көрсету болды. «Трахея интубациясы» байқауында бағалау параметрлері: интубацияның дұрыстығы (түтік асқазанға емес, тегіс өтуі керек, екі өкпе де біркелкі желдетілуі керек), тренажер мен құралдарды өңдеу, команданың теориялық дайындығы. Олимпиаданың 2-ші кезеңі ОҚМА АҚ үлкен акт залында өтті. Мұнда мыналар көрсетілді: теориялық конкурс, хирургиялық түйіндерді тоқу, бүкіл команданың немесе белгілі бір тұлғалардың қатысуымен команданы ұсыну. «Хирургиялық түйіндерді тоқу» конкурсында түйіндерді тоқу кезінде сапалы тоқылған өрімнің ұзындығы бағаланды (миллиметрмен бағалау). «Команданы ұсыну» кезінде бүкіл команда немесе белгілі бір адамдар қатысты. Қорытындылау. Олимпиада қорытындысы бойынша жүлделі бірінші жалпы командалық орынды «NSA» командасы, екінші орынды «Ақ киімді адамдар» командасы және үшінші жалпы командалық орынды «Хирургияның 12 реңкі» командасы иеленді. Студенттердің пікірінше, студенттер үйірмесіндегі сабақтар және олимпиадаға қатысу практикалық клиникалық медицинаның көптеген салаларында дәрігерлік дағдыларды үйренуге және өз бетінше орындауға мүмкіндік берді. Қазылар алқасы қатысушылардың практикалық дағдылардың барлық кезеңдерін орындауына объективті баға берді. Олимпиада соңында қорытындылар шығарылып, ректор

қатысушыларға естелік сыйлықтар, жүлделі орындар үшін сертификаттар мен дипломдар табыс етті. Әңгіме барысында олимпиаданы ұйымдастыруға қатысқан хирургия-2 кафедрасының оқытушыларынан кері байланыс алынды.

Қорытынды. Студенттік ғылыми үйірмелердің жұмысын ұйымдастыру және білім беру құралы, практикалық білім мен қолмен дағдыларды игерудің пәрменді тәсілі ретінде ЖОО олимпиадаларының ауқымында конкурстар өткізу. Бұл әдіс сонымен қатар қолмен дағдыларды дайындау мен игерудің тиімділігін арттыруға, теориялық білімнің багажын нығайтуға және қосымша мотивацияны анықтауға мүмкіндік береді. Болашақ мамандардың құзыреттерін игеруді бақылаудың басқа түрлерімен салыстырғанда конкурстық сипаттағы іс-шаралар шындыққа жақын жағдай жасауға мүмкіндік береді және түлектердің жалпы дәрігерлік практикаға дайындығын арттырады.

Әдебиеттер тізімі:

1. Цыбусов С.Н., Терентьев И.Г., Светозарский С.Н. Медицинское олимпиадное движение как путь в специальность // Медицинский альманах. 2013. №1(25). С.25-27.
2. Попов А.И., Пучков Н.П. Управление олимпиадным движением в вузе// Образование и саморазвитие. 2010. №3. С. 75-81.
3. Юдаева Ю.А., Понятова Е.А., Снасапова Д.М. и др. Из опыта проведения олимпиады по практической подготовке в Оренбургском государственном медицинском университете // Современные проблемы науки и образования. 2019. №4. С.4-9.

ӘОЖ 76.29.49.

Абдурахманов Б.А., Авизова З.К.

«ОҚМА» АҚ, Шымкент қ., Қазақстан

КЛИНИКА МАТЕРИАЛДАРЫ БОЙЫНША ӨКПЕ ОБЫРЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ КЛИНИКАЛЫҚ-МОРФОЛОГИЯЛЫҚ ДИАГНОСТИКАЛАУДЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Аннотация

Зерттеудің мақсаты: Өкпенің қатерлі ісігінің клиникалық және морфологиялық ерекшеліктерін зерттеу. *Зерттеу материалдары* Шымкент қаласы мен Түркістан облысы бойынша онкологиялық науқастардың электрондық тіркелімінің (ОНЭТ)

деректер базасының материалдары болды. Зерттеуге 129 пациенттің деректері енгізілді. Жұмысты орындау кезінде зерттеудің ретроспективті әдісі, деректерді өңдеудің статистикалық әдісі және аналитикалық әдіс қолданылды.

Кілт сөздер: өкпе обыры, гистологиялық түрі, емдеудің кешігуі, өмір сүру деңгейі, Оңтүстік Қазақстан.

Абдурахманов Б.А., Авизова З.К.

АО «ЮКМА», г. Шымкент, Казахстан

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ-МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО ПО МАТЕРИАЛАМ КЛИНИКИ

Аннотация

Цель исследования. Изучение клинико-морфологических особенностей течения рака легкого. Материалами исследования послужили материалы базы данных электронного регистра онкологических больных (ЭРОБ) по г. Шымкент и Туркестанской области. В исследование были включены данные 129 пациентов. При выполнении работы использовались ретроспективный метод исследования, статистический метод обработки данных и аналитический метод.

Ключевые слова: рак легкого, гистологический тип, задержка лечения, выживаемость, Южный Казахстан.

Abdurakhmanov B.A., Avizova Z.K.

JSC «SKMA», Shymkent, Kazakhstan

FEATURES OF THE CLINIC-MORPHOLOGICAL DIAGNOSIS OF PATIENTS WITH LUNG CANCER BASED ON THE MATERIALS OF THE CLINIC

Annotation

The purpose of the study. Study of clinical and morphological features of the course of lung cancer. The materials of the study were the materials of the database of the Electronic register of cancer patients (EROB) in Shymkent and Turkestan region. The study included data from 129 patients. When performing the work, a retrospective research method, a statistical method of data processing and an analytical method were used. Analysis of patient data shows that there were 37 women and 92 men among the patients. The age of patients ranged from 27 to

75 years, the maximum number of patients was observed in the age group from 50 to 59 years - 33.3%.

Keywords: lung cancer, histological type, treatment delay, survival, South Kazakhstan.

Кіріспе

Жұқпалы емес аурулардың арасында өкпе рагы бүкіл әлем бойынша өлімнің көпшілігінің себебі болып табылады [1], оның ішінде таралуы бойынша 2-ші орында [2]. 2020 жылы қатерлі ісіктің 19,2 миллионнан астам жаңа жағдайы және олардан 9,9 миллионнан астам өлім тіркелді. Бұл мужчинердегі ең көп таралған қатерлі ісік және әйелдердегі ең көп таралған 2-ші қатерлі ісік. Дүниежүзілік онкологиялық зерттеулер қорының мәліметтері бойынша 2020 жылы өкпенің қатерлі ісігінің 2,2 миллионнан астам жаңа жағдайы тіркелді [2].

Өкпе обыры мәселесі Қазақстан үшін де өзекті. ҚР онкологиялық қызметінің көрсеткіштері бойынша 2020 жылы қатерлі ісіктің 29 701 жаңа жағдайы тіркелді [3]. Олардың ішінде 3375 жағдай өкпенің қатерлі ісігін құрайды. Осылайша, екі жыныстағы қатерлі ісіктердің жалпы құрылымында өкпенің қатерлі ісігі 2-ші орында – сүт безі қатерлі ісігінен кейін 11,4%, ерлер арасында 20,4% бірінші орында. Көптеген жылдар бойы өкпенің қатерлі ісігі республикада қатерлі ісік ауруынан болатын өлім-жітімнің негізгі себебі болып қала береді. Екі жыныстағы елдің қатерлі жаңа тұрғындарынан болатын өлім себептерінің құрылымындағы бұл сырқаттанушылық соңғы отыз бес жыл қатарынан 1-ші орында тұр, 2020 жылы 16,4% құрады. Бұл халықтың әртүрлі топтарында жиі кездеседі: ерлер, әйелдер, еңбекке қабілетті жастағы адамдар және қарт адамдар ауырады.

Өкпенің қатерлі ісігінің өмір сүру жоспарындағы жағымсыз нәтижелердің негізгі себебі-бұл әдетте науқаста симптомдар пайда болған кезде кеш диагноз қойылады. Аурудың белгілерін ерте анықтау және дұрыс диагноз қою өмір сүруді жақсарту үшін өте маңызды. Ісіктерді ерте анықтау әдістерін әзірлеу және қолдану өкпе обыры бар науқастарға сәтті терапияның жоғары тиімділігін қамтамасыз етеді. Зерттеу нәтижелеріне сәйкес, емдеуді ерте кезеңдерде бастау пациенттің қалпына келу мүмкіндігін және тез Әлеуметтік және еңбекке бейімделуін айтарлықтай арттыруға мүмкіндік береді. Бұл ретте I сатыдағы емдеуден кейінгі бес жылдық өмір сүру деңгейі 70 %, ал IV сатысы 5% – дан аз [4].

Материалдар мен әдістер. Зерттеуге арналған материал Шымкент қаласының ШЖҚ МКК "Қалалық онкологиялық орталығы" және ШЖҚ МКК Түркістан облысының

"Облыстық клиникалық ауруханасы" бөлімшелерінде 2020 жылдың қаңтар-желтоқсан айлары аралығында ем қабылдаған өкпе обыры диагнозы алғаш рет анықталған пациенттердің ретроспективті деректері болды. Зерттеудің негізі онкологиялық науқастардың электрондық тіркелімінің (ОНЭТ) деректер базасынан алынған деректер болды [5]. Зерттеуге 129 пациенттің деректері енгізілді. Жұмысты орындау кезінде зерттеудің ретроспективті әдісі, деректерді өңдеудің статистикалық әдісі және аналитикалық әдіс қолданылды.

2020 жылғы қаңтар-желтоқсан аралығында жоғарыда аталған клиникалық базаларда өмірінде алғаш рет өкпе обыры диагнозы қойылған 129 пациент тіркелді, оның ішінде Шымкент қаласынан 57 пациент және Қазақстан Республикасының Түркістан облысының әртүрлі аудандарынан (бұдан әрі-ТО) 72 пациент.

Нәтижелер мен талқылаулар. Пациенттердің деректерін талдау көрсеткендей, науқастар арасында 37 әйел мен 92 ер адам болған. Науқастардың жасы 27-ден 75 жасқа дейін өзгерді, науқастардың ең көп саны 50 - ден 59 жасқа дейінгі топта байқалды-33,3 %. Симптомдардың ішінде әлсіздік жиі байқалды 89,1 %, жаттығудан кейінгі енгігу 55,8 %, құрғақ жөтел 51,1 %, кеуде ауыруы 47,2 %, шырышты іріңді қақырықпен жөтел 17,8 %, қалған симптомдар 15%-дан аз болды (салмақ жоғалту, тәбеттің төмендеуі, гемоптиз, тез шаршау).

Пациенттер арасында темекі шегушілер 27,1 % құрады. Темекі шегетін науқастардың 100% - у темекі шегудің ұзақ тәжірибесі (10 жылдан астам) анықталды. Пациенттердің алкогольді асыра пайдаланғаны туралы деректер жоқ, сондай-ақ пациенттердің кәсіп түрі, атап айтқанда кәсіптік зияндар (шахтадағы жұмыс, Ауыл шаруашылығы, электр дәнекерлеу жұмыстары) туралы деректер жоқ.

Зерттелген пациенттердің 65,27% -. әртүрлі қатар жүретін патология болған. Жалпы қатар жүретін аурулардың спектріне жүрек-қан тамырлары, тыныс алу жүйесі, асқазан-ішек жолдарының зақымдануы және басқалары кірді. Ілеспе патологияның ішінде көбінесе гипертония 30,2%, созылмалы бронхит 25,5%, созылмалы холецистит 18,6%, қант диабеті 6,2%, қатар жүретін патологияның тіркесімі 23,2% байқалды.

Ең көп таралған гистологиялық түрі 41,8% қабыршақты жасушалы карцинома болды, содан кейін 27,9% аденокарцинома, 10,8% ұсақ жасушалы карцинома, 10,8% басқа қатерлі ісіктер, 3,8% анықталмады, 4,6% зерттеу жүргізілмеді (кесте 1). Ісік процесінің бірінші кезеңі 3 (2,3 %) науқаста, II кезең - 9 (6,9 %), III - 60 (46,5 %) және IV - 57 (44,1 %) науқастарда анықталды.

Кесте 1. Бастапқы ісіктің патогистологиялық сипаттамасы бойынша науқастардың таралуы

	Гистологиялық түрі , N	Клиникалық-анатомиялық түрі, %
Қабыршақты жасушалы карцинома	54	41,8
Аденокарцинома	36	27,9
Ұсақ жасушалы карцинома	14	10,8
Басқа қатерлі ісіктер	14	10,8
Анықталмады	5	3,8
Зерттеу жүргізілмеді	6	4,6
Барлығы	129	100

Көбінесе науқастарда ісік дифференциациясының төмен дәрежесі – 25,5% және орташа дәрежесі – 21,15 %, жоғары дәрежесі – 3,8%, 50,3% жағдайда ісік дифференциациясының дәрежесі туралы деректер жоқ (кесте 2).

Кесте 2. Өкпенің қатерлі ісігі бар науқастарда бастапқы ісіктің саралау дәрежесі

Ісіктің саралау дәрежесі	N	%
G3 Төмен	33	25,5
G2 Орташа	26	20,15
G1 Жоғары	5	3,8
Барлығы	65	50,3

Жағдайлардың 9,3 % - рака қатерлі ісіктің құрметті түрлері байқалды-бұл пациенттерге хирургиялық араласулар жүргізілді (пульмонэктомия, лобэктомия); пациенттердің 86,0% - ы химиотерапия алды, 3,8% - ы сәулелік терапия және 41,8% - ы паллиативтік химиотерапия алды.

Айқын клиникалық көріністері бар пациенттердің 7,7% - ы 12 айдан астам уақыт ішінде ісік ауруы бойынша мамандандырылған көмек алмағанына назар аударады, 20,9% жағдайда 6 айдан 12 айға дейін, 27,1% жағдайда 3 айдан 6 айға дейін, 34,1% жағдайда 1 айдан 3 айға дейін және тек 2,3 жағдайлардың % - ы бір айдан аз болды (кесте 3). Көпшілігі болжамды пневмония, бронхит, туберкулез немесе басқа аурулармен емделді.

Кесте 3. Клиникалық көріністердің ұзақтығы алғашқы белгілердің пайда болуынан бастап онкологиялық орталыққа жүгінуге дейін

Кезең ұзақтығы алғашқы белгілер пайда болғаннан бастап онкологиялық орталыққа	Пациенттер саны, N	%
---	--------------------	---

жүгінуге дейін (айлар)		
1-дан аз	3	2,3
1-3	44	34,1
3-6	35	27,1
6-12	27	20,9
12-ден астам	10	7,7
Деректер жоқ	10	7,7
Барлығы	129	100

Математикалық модельдеу негізінде өкпе ісіктерінің өсуін есептейтін зерттеулер бұл бірінші рак клеткасының пайда болуынан бастап әдеттегі кеуде рентгенографиясы арқылы өкпе ісігін анықтау мүмкіндігіне дейін 10-15 жыл қажет екенін көрсетеді. Бұл ісіктің өсуі баяу жүретінін көрсетеді және диагноздың кешігуіне байланысты болжам өзгеруі екіталай сияқты. Өкпе ісіктерінің көлемін екі есе арттыруға кететін уақыт 4-тен 56 аптаға дейін, орташа уақыты 17 Апта [6, 7]. Диагностикалық процедуралар кезінде ісіктің тез өсуімен метастатикалық таралумен бірге бастапқы ісік көлемінің екі еселенуі мүмкін. Ісіктің өсуі экспоненциалды түрде жүреді, яғни ұзақ тарихы болса да, анықтау кезінде өсу жылдамырақ болады және ұзақ кідірістер ауруды одан әрі болжаудың теріс факторы болуы мүмкін. Пациенттің алғашқы терапевтке баруы мен хирургиялық емдеу арасында 6-8 аптадан аспауы керек деп ұсынылды [8].

Британдық кеуде қоғамының нұсқауларына сәйкес, терапевт өкпенің қатерлі ісігінің айқын клиникалық белгілері бар науқастарды дереу пульмонологқа жіберуі керек және пациенттер 1 апта ішінде маманға жазылуы керек. Зерттеу нәтижелері қол жетімді болуы керек және пациенттің назарына 2 апта ішінде жеткізілуі керек. Пульмонолог пен торакотомияның алғашқы консультациясы арасында хирургты қабылдау мен торакотомия жасау арасында 8 аптадан аспауы керек және 4 аптадан аспауы керек.

Өкпенің қатерлі ісігін ерте анықтау кеуде қуысының рентгенографиясы немесе компьютерлік томография арқылы скринингтен өткен адамдар арасында өмір сүрудің жақсы көрсеткіштерін көрсетті, дегенмен бұл өлім-жітімді төмендететіні әлі дәлелденбеген [8, 185-бет]. Бұл диагноз ерте қойылған кезде және ауру шектеулі болған кезде болжам жақсырақ болуы мүмкін екенін көрсетеді. Қазіргі уақытта, скрининг әдеттегі тәжірибе болмаған кезде, өмір сүруді жақсартуға күш салу өкпе рагы бағытталған болуы керек резективті ісіктері бар науқастардың санын көбейту.

Шымкент қаласы бойынша алғашқы симптомдардың пайда болуынан дәрігердің алғашқы сапарына дейін орташа кідіріс 135 күн. Онкологтың алғашқы қабылдауынан

бастап диагноз қойылғанға дейін орташа кідіріс 12 күн. Алғашқы белгілердің басталуынан нақты диагнозға дейінгі орташа кідіріс 147 күн, ал емдеуге дейін 162 күн болды. Аудандар бойынша алғашқы белгілердің пайда болуынан дәрігердің алғашқы сапарына дейін орташа кідіріс 144 күн. Онкологтың алғашқы қабылдауынан бастап диагноз қойылғанға дейін орташа кідіріс 14 күн. Алғашқы белгілердің басталуынан нақты диагнозға дейінгі орташа кідіріс 158 күн, ал емдеуге дейін 174 күн болды. Шымкент қаласы мен аудандар бойынша маманға алғашқы жүгіну мен түпкілікті диагноз арасындағы орташа кідіріс ерлер мен әйелдерде бірдей болды және операция жасалған пациенттерде айтарлықтай ерекшеленбеді. Бұл зерттеу ретроспективті болғандықтан, сондықтан кейбір күндер болмады (пациенттердің 23% - первых алғашқы белгілер пайда болған күн болған жоқ). Сондықтан диагностикалық процестің орташа кідірістері соншалықты сенімді болмауы мүмкін.

Британдық кеуде қоғамынан басқа, өкпенің қатерлі ісігін диагностикалау мен емдеудің кешігу уақыты туралы бірнеше басқа ұлттық нұсқаулар бар. Шведтің ұсыныстары 14-ші өкпе обырын зерттеу тобы барлық пациенттердің 80% - . диагностикалық сынақтар маманмен кеңескеннен кейін 4 апта ішінде аяқталуы керек және емдеу 2 аптадан кейін басталуы керек деп санайды [8, Б. 186].

Myrdal және бірлескен авторлардың зерттеуі мамандандырылған емдеудің ұзағырақ кешігуі аурудың кеш сатысында өкпе обыры бар науқастарда нашар нәтижемен байланысты емес екенін көрсетеді, бірақ қысқа кідірістері бар науқастарда болжам нашар болды. Бұл күтпеген жаңалықтың бір түсіндірмесі ісіктің кішкентай мөлшерінде кідіріс ұзаққа созылуы мүмкін, бірақ прогрессивті ауруы бар науқастарға қарағанда болжам жақсы. Сондықтан, егер есептеу тек диагностикалық кідірістер мен болжамдардың корреляциясына негізделген болса, кідірістердің болжамға әсер ету мүмкіндігін жоққа шығара алмаймыз [8, Б.187].

Қорытынды. Осылайша, өкпенің қатерлі ісігі бар науқастар тобының өзіндік клиникалық-морфологиялық ерекшеліктері бар және оларды негізінен егде жастағы ер адамдар әртүрлі органдар мен жүйелердің, негізінен жүрек-қан тамырлары мен тыныс алу жүйелерінің патологиясымен ұсынды. Симптомдардың ішінде әлсіздік, жаттығудан кейін енгігу, құрғақ жөтел, кеуде ауыруы жиі байқалды. Пациенттердің үштен бірін темекі шегушілер таныстырды темекі шегу тәжірибесі 10 жылдан астам.

Зерттелген пациенттердің жартысынан көбінде әртүрлі қатар жүретін патологиялар болды, көбінесе гипертония, созылмалы бронхит, созылмалы холецистит, қант диабеті

байқалды, сонымен қатар қатар жүретін патологияның тіркесімі байқалды. Ең көп таралған гистологиялық түрі қабыршақты жасушалы карцинома болды, жағдайлардың жартысында ісіктің дифференциация дәрежесі туралы деректер жоқ және тек төрттен бірінде ғана ісіктің дифференциациясының төмен дәрежесі байқалды.

Расталған диагнозы бар науқастарда алғашқы белгілердің басталуынан бастап емдеуді бастауға дейінгі уақыт аралығы шамамен 5,4-5,8 айды құрады. Өздеріңіз білетіндей, шетелдік зерттеулердің нәтижелері бойынша бастапқы симптомдардың басталуынан бастап емдеу басталғанға дейін күтудің жалпы уақыты шамамен 4,5 айды құрады [8, б.185]. Біз зерттеп жатқан аймақтың пациенттерінде алғашқы симптомдардың пайда болуынан емдеудің басталуына дейінгі орташа кідіріс шет елдерден келген пациенттерге қарағанда 1-1,5 айға асады. Қазақстанның басқа өңірлері бойынша алғашқы симптомдардың пайда болуынан өкпе обыры бар науқастарды емдеу басталғанға дейінгі уақыт аралығын зерделеу бойынша жүргізілген зерттеулер жоқ.

Біздің зерттеулеріміздің деректері өкпенің қатерлі ісігі көбінесе III және IV сатыларда (46,5% және 44,1%) диагноз қойылғанын көрсетеді. Пациенттердің көпшілігі химиотерапия алды, ал жартысынан азы паллиативті химиотерапия алды, тек 10% - ы хирургиялық араласудан өтті (пульмонэктомия, лобэктомия). Қазіргі уақытта скрининг әдеттегі тәжірибе болып табылмаса, өкпенің қатерлі ісігі бар науқастардың өмір сүруін жақсартуға бағытталған күш-жігер жұмыс істейтін ісік түрлерімен ауыратын науқастардың санын көбейту.

Әдебиеттер тізімі:

1. Абдурахманов Б.А., Авизова З.К. Смертность от рака легкого из-за задержки лечения: обзор литературы// Онкология и радиология Казахстана.2021. №2 (60). С. 36.
2. World Cancer Research Fund. URL:www.wcrf.org/cancer-trends/lung-cancer-statistics/
3. Кайдарова Д.Р., Душимова З. Д., Шатковская О.В., и др. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2020 год: статистические и аналитические материалы. -Алматы: АО «КазНИИОиР». 2021. -366 с
4. Родионов Е. О., Тузиков С.А., Миллер С.В. и др. Методы ранней диагностики рака легкого (обзор литературы) //Сибирский онкологический журнал. 2020. Т. 19. №. 4. С. 113-122.
5. Электронный регистр онкологических больных. URL: www.erob.eisz.kz

6. Koyi H, Hillerdal G, Brandén E. Patient's and doctors' delays in the diagnosis of chest tumors. Lung Cancer 2002;35(1):53-57.
7. Bardell T, Belliveau P, Kong W, et al. Waiting times for cancer surgery in Ontario: 1984-2000. Clin Oncol (R Coll Radiol). 2006;18(5):401-409.
8. Ellis P. M., Vandermeer R. Delays in the diagnosis of lung cancer //Journal of thoracic disease.2011;3 (3):183-188.

УДК 611-053.4:572.087

Акбарова Г.Х., Назарова Г.У.

Андижанский Государственный медицинский институт, г., Андижан, Узбекистан

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕВУШЕК ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА ГОРОДА АНДИЖАНА ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ

Аннотация

В статье приведены результаты исследования изучения физического развития у девушек и женщин 135 из спортивного колледжа и 250 из общеобразовательной школе, практически здоровых девушек 1997–2000 годов рождения, систематический занимающихся спортивной деятельности с учетом антропометрических показателей в городе Андижане.

В результате исследования пришли к выводам: 1) Показатели физического развития у девушек, занимающихся спортом, отличаются по росту, массе тела, окружности грудной клетки, по индексным показателями по сравнению сверстниками из общеобразовательных школ. 2) Среди спортсменок значительно чаще встречается астенический тип телосложения и нормальные значения ИМТ. 3) Становление овариаальной - менструального цикла (ОМЦ) в условиях физической нагрузки происходит позже, чем у девушек из общеобразовательных школ и имеет различия стажу спортивной тренировок девушек. 4) Отмечается существенный различия в показателях антропометрии занимающих и не занимающих спортивной деятельности девушек, которые необходимо учитывать при оценке состояния их физического развития.

Ключевые слова: антропометрия, клетка крови, масса, грудная клетка, спортсмен, девушки.

Акбарова Г.Х., Назарова Г.У.

Өндіжан мемлекеттік медициналық институты, Өндіжан қ., Өзбекстан,

СПОРТПЕН АЙНАЛЫСАТЫН АНДИЖАН ҚАЛАСЫНЫҢ ЖАСӨСПІРІМ ҚЫЗДАРЫНЫҢ ДЕНЕ ДАМУЫН БАҒАЛАУ

Аннотация: Мақалада спорт колледжінде оқитын 135 және орта мектептен 250, 1997–2000 жылдары туылған, іс жүзінде дені сау, спортпен жүйелі түрде айналысатын қыздар мен әйелдердің дене дамуын зерттеу нәтижелері берілген. Андижан қаласындағы антропометриялық көрсеткіштер.

Зерттеу нәтижесінде мынадай қорытындыға келдік: 1) Спортпен шұғылданатын қыздардың дене дамуының көрсеткіштері жалпы білім беретін мектептердегі құрдастармен салыстырғанда бойы, дене салмағы, кеуде шеңбері, индекстік көрсеткіштері бойынша ерекшеленеді. 2) Әйелдер спортшылары арасында астениялық дене түрі және қалыпты BMI мәндері әлдеқайда жиі кездеседі. 3) Дене белсенділігі жағдайында аналық-етеккір циклінің (ОМС) қалыптасуы орта мектептегі қыздарға қарағанда кеш жүреді және қыздардың спорттық жаттығуларының тәжірибесінде айырмашылықтар бар. 4) Спортпен шұғылданатын және айналыспайтын қыздардың антропометриялық көрсеткіштерінің айтарлықтай айырмашылығы бар, бұл олардың физикалық даму жағдайын бағалау кезінде ескерілуі тиіс.

Кілт сөздер: антропометрия, қан клеткасы, салмақ, кеуде қуысы, спортшы, қыздар.

Akbarova G. Kh., Nazarova G.U.

Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan

ASSESSMENT OF THE PHYSICAL DEVELOPMENT OF TEENAGE GIRLS AGE OF THE CITY OF ANDIJAN GOING IN SPORTS

Annotation

The article presents the results of a study of the study of physical development in girls and women 135 from a sports college and 250 from a secondary school, practically healthy girls born in 1997–2000, systematically involved in sports activities, taking into account anthropometric indicators in the city of Andijan. As a result of the study, we came to the following conclusions: 1) Indicators of physical development in girls involved in sports differ in

height, body weight, chest circumference, in index indicators compared to peers from general education schools. 2) Among female athletes, asthenic body type and normal BMI values are much more common. 3) The formation of the ovarian-menstrual cycle (OMC) under conditions of physical activity occurs later than in girls from secondary schools and has differences in the experience of girls' sports training. 4) There is a significant difference in the anthropometry indicators of girls involved and not involved in sports activities, which must be taken into account when assessing the state of their physical development.

Key words: anthropometry, blood cell, weight, chest, athlete, girls.

Актуальность проблемы: Проведенные ранее динамические исследования показателей здоровья подрастающих поколений РУз [6;7;9] свидетельствуют о снижении адаптационных возможностей людей репродуктивного возраста, что заставляет особенно внимательно рассматривать причины этих неблагоприятных изменений. Влияние окружающих среды, перенесенные болезни, влияние физической активности на растущего организма. Особенное значение приобретает изучение показателей физического развития девушек, поскольку от здоровья молодых женщин зависит здоровье будущих поколений. Исследованиями многих авторов убедительно доказано, что антропометрические показатели женщины оказывает влияние на состояние плаценты, следовательно, уже в процессе беременности оказывает влияние на развивающийся плод и, как следствие, на здоровье будущего человека. Показано, что показатели физического развития связано с особенностями обмена веществ, в частности, с липидным обменом в клетках крови [6,9;] и, таким образом, показатели антропометрии могут служить маркерами состояния организма в целом. В становление овариально-менструального цикла (ОМЦ) необходима определенная «критическая» масса тела, большое значение имеет ее жировой компонент. Низкая масса тела приводит к нарушению ОМЦ, могут быть связаны с недостатком не столько массы тела, сколько с недостатком ее жирового компонента (таблица 1).

Таблица 1. Распределение девушек по антропометрическим показателям, по соматотипу

Исследуемая группа	Астеник	Нормастеник	Гиперстеник
Девушки занимающихся спортом, получающих	68,75%	25%	6,25%

динамической физической нагрузок п-48			
Учащихся общеобразовательных школ, физической нагрузке по программе школ п-30	23,7%	41,4%	34,9%

Материал и методы исследования: На первом этапе, с 2016 года проведено анкетирование 135 из спортивного колледжа и 250 из общеобразовательной школы, практически здоровых девушек 1997–2000 годов рождения, систематически занимающихся спортивной деятельности в городе Андижане спорт колледж АСКОР (Андижанский спортивный колледж олимпийского резерва) (таблица 2).

Таблица 2. Показатели физического развития спортсменок занимающихся различными видами спорта 13 - 18 лет, рассчитанные методом индексов

Антропометрические Показатели и индексы	Гармонично е (n=42)	Дисгармоничное (низкое) (n=14)	Дисгармоничное (высокое) (n=11)	Рекомендованные значения индексов
Возраст лет.	14,3±0,125	17,37±1,1	16,7±1,5	
В (кг)	49±0,98	54,63±1,0	65,3±0,7	
Р (см)	161±0,14	158,3±0,25	167,8±0,17	
Р сидя (см)	125,2±0,6	127,75±0,7	132,4±0,5	
ИМТ (усл.ед)	18,8±0,33	21,95±0,28	23,3±0,21	18-24,9усл.ед
И.Талия/бедра (усл.ед.)	0,46±1,61	0,45±0,9	0,49±0,63	
ОГ (см)	73,1±0,54	86,3±0,4	90±0,26	
Коэффициент пропорциональности	61,08±0,531	58,25±0,3	67,0±0,7	
Роста- весовой индекс	62,75±0,0128	57±0,12	62,1±0,2	
Индекс Пинье (кг/см)	32,17±0,91	17,4±0,7	9,1±0,6	10-25
Индекс Брукша (%)	49,6±1,0	54,4±1,2	53,4±0,9	50,0-55,0%
Индекс Рорера (кг/м ²)	11,68±1,0	12,57±0,8	9,38±0,76	10,7-13,7

Индекс Вервека (ус.ед.)	0,92±0,73	0,81±0,91	0,76±0,87	1,25-0,85
Жизненный показатель	56,4±0,23	62,5±0,4	61,8±0,3	
Индекс физического состояния	0,59±0,10	0,63±0,12	0,61±0,10	

В ходе анкетирования выясняли сроки становления ОМЦ, его особенности, условия проживания, характера питания девушек, наличие вредных привычек (употребление алкоголя, пива, курение и др.). В результате анализа ответов на вопросы специально разработанной анкеты для дальнейшего глубокого изучения физического развития была выделена группа из 270 практически здоровых девушек, прошедших профилактический осмотр, установившимся ОМЦ, без вредных привычек. В группе обследования проведено определение показателей физического развития, для этого измерялись: масса тела (М), рост (L), окружность грудной клетки на вдохе (ОГКвд), выдохе (ОКГвыд), в паузе (ОГКп) сила мышц правой (Дп) и левой кисти (Дл), спины (Дсп). На основании полученных результатов рассчитывали морфофункциональные индексы: Кетле (ИКт), Вервека (ИВ), индекс Брукша, индекс Пинье (ИП), индекс массы тела (ИМТ), индекс Рорера, индекс жизненный показатель (ИЖП), экскурсию грудной клетки (ЭГК), относительную силу мышц кисти (ОДп, ОДл) и спины (ОДсп). Определение соматотипа проводили по М.В. Черноруцкому, состав компонентов тела определяли по методу Matiegka с учетом рекомендаций Э.Г. Мартиросова. (таб. №1) Индекс физического состояние (ИФС) по Е.А. Пироговой. Анализ данных антропометрии и соматотипирования показал, что занимающих и не занимающихся спортом девушки, несколько отличаются по массе, росту, площади поверхности тела окружности грудной клетки на вдохе (табл. 2). При этом средние значения индексов Пинье, Эрисмана и Кетле в группах спортсменок и не спортсменок девушек не имеют различий. Поскольку е О.Б. Сахарова и соавт. (2011) отмечало, что индекс Кетле является наиболее значимым в оценке состояния здоровья, мы оценили характер распределения этого показателя среди девушек, занимающихся различными видами спорта в исследуемых группах. При анализе данных проведенного анкетирования оказалось, что становление ОМЦ у девушек, постоянно занимающихся спортивной деятельностью, происходит несколько позже, чем у спортсменок младшего возраста. Средний возраст наступления менархе – $13,2 \pm 0,1$.

Средний возраст установления регулярных менструаций – $14,0 \pm 0,2$ лет отличался у спортсменок младшего возраста, однако распределение сроков установления регулярного ОМЦ было несколько отличным.

Почти у 15 % спортсменок старшего возраста до 18 лет не установился ОМЦ. Среди спортсменок младшего возраста на момент обследования лишь у 4 % отмечен неустановленный цикл.

Показатель крепости тела (Индекс Пинье) в группах спортсменок старшего возраста спортивный стаж больше 2-х лет нормастенического типа средней и выше среднего чем младшего группа где спортивный стаж меньше и эта подтверждается жизненный показателями 62,5, 61,8 и 56,4 соответственно.

Универсальный показатель – индекс физического состояния (ИФС) у старшего возраста ($0,61 \pm 0,10$) и младшего возраста ($0,59 \pm 0,12$) спортсменок практически не отличается, однако нами отмечены некоторые различия в характере его распределения. Крайние значения, характеризующие очень плохой и очень высокий уровень физического состояния, одинаково часто встречаются в сравниваемых группах. При этом большинство спортсменок младшего возраста имеют средние значения ИФС, уровень выше среднего встречается на 10 % больше среди спортсменок старшего возраста.

Выводы

1. Показатели физического развития у девушек, занимающихся спортом, имеют особенности по сравнению сверстниками из общеобразовательных школ. Они отличаются по росту, массе тела, окружности грудной клетки, по индексными показателями. Среди спортсменок значительно чаще встречается астенический тип телосложения и нормальные значения ИМТ. Среди девушек из обще образовательных школ чаще встречаются крайние значения показателей ИМТ (как недостаток, так и избыток) и нормастенические и гиперстенические типы телосложения.

2. Становление овариальной - менструального цикла (ОМЦ) в условиях физической нагрузки происходит позже, чем у девушек из общеобразовательных школ и имеет различия стажу спортивной тренировок девушек. При этом у около 70 % спортсменок очень низкое и низкое содержание жирового компонента тела, что может служить объяснением частых нарушений ОМЦ.

3. Отмечается существенный различия в показателях антропометрии занимающих и не занимающих спортивной деятельности девушек, которые необходимо учитывать при оценке состояния их физического развития.

Список литературы:

1. Оценка физического развития и состояния здоровья детей и подростков. М: ТЦ Сфера, 2005. - 64 с.
2. Региональные показатели физического развития детей и подростков Иркутской области: Методические рекомендации. 2004. - 44 с.
3. Савватеева В.Г., Кузьмина Л.А., Шаров С.В. и др. Физическое развитие детей раннего возраста г. Иркутска // Сибирский медицинский журнал. - 2003. - Т. 40. - № 5. - С. 71 - 77.
4. Соболева Т.С. О проблемах женского спорта / Т.С. Соболева // Теория и практика физической культуры. – 1999. – № 3. – С. 56–63.
5. Соболева Т.С. Крупный научно-практический вклад в решение проблем женского спорта / Т.С. Соболева // Теория и практика физической культуры. – 2001. – № 3. – С. 60–63.
6. Тургунов К.И., Хамрокулов Х.М. и соавт. К вопросу характеристики физического развития детей с нарушением ритма и проводимости сердца. Научно-практической конференции, посвященной 14-летию конституции Республики Узбекистан «Актуальные проблемы кардиоревматологии у детей» Андижан.2006. с.134.
7. Ташбаев О.С., Чуканин Н.Н., Хамрокулов Х.М. Влияние двигательной активности на некоторые показатели ЭКГ у детей школьного возраста Медицинский журнал Узбекистана. Ташкент.1990.№6.с.7-9.
8. Трушкина Л.Ю., Трушкин А.Г., Демьянова Л.М./ Гигиена и экология человека. 2006.
9. Ташбаев О.С., Хакимов Ш.К., Тургунов К.И.,Хамрокулов Х.М., Методика исследования и оценка основных антропометрических показателей детей школьного возраста. Инструктивно-методическое письмо. Андижан. 1992. с.28.

УДК-616.216

Бедешева С.И.¹, Абилов К. Е¹, Калдыгозова Г.Е.¹, Ташбаев Н. А.^{1,2}

¹ Международнй казахско-турецкий университет им. Х.А. Ясави, г. Шымкент, Казахстан.

² Клиника «Дау-Мед», г. Шымкент, Казахстан.

ДИАГНОСТИКО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА КИСТ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ

Аннотация

В данной статье приводятся результаты клинико-диагностического наблюдения и хирургического лечения пациентов с подтвержденным диагнозом кисты придаточных пазух носа в «Клинике Дау-Мед», г. Шымкента. На сегодняшний день кисты придаточных пазух носа являются одной из часто встречающихся патологий среди ЛОР органов. Благодаря развитию медицинской диагностической технологии появились возможность точной постановки диагноза и лечения.

Ключевые слова: кисты, придаточные пазухи носа, заложенность носа, хирургическое лечение, полипы.

Бедешева С.И.¹, Абилов К. Е.¹, Калдыгозова Г.Е.¹, Ташбаев Н. А.^{1,2}

¹ Х.А. Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Шымкент қ.,
Қазақстан

² «Дау-Мед» клиникасы, Шымкент қ., Қазақстан.

ПАРАНАЗАЛЬДЫ СИНУС КИСТАЛАРЫНЫҢ ДИАГНОСТИКАЛЫҚ- ЗЕРТТЕУ ЖҰМЫСЫ ЖӘНЕ ОНЫ ЕМДЕУ

Аннотация

Параназальды синус кисталары бүгінгі күнге дейін Лор органдары арасында жиі кездесетін патологиялардың бірі болып табылады. Медициналық диагностикалық технологияның дамуына байланысты дәл диагноз қою және емдеу мүмкіндігі пайда болды. Бұл мақалада Шымкент қаласындағы "Дау-Мед клиникасында" параназальды синус кистасы диагнозы расталған пациенттерді клиникалық-диагностикалық бақылау және хирургиялық емдеу нәтижелері келтірілген.

Кілт сөздер: кисталар, параназальды синус, мұрын бітелуі, хирургиялық емдеу, полиптер.

Belesheva S.I.¹, Abilov K. E.¹, Kaldygozova G.E.¹, Tashbayev N. A.^{1,2}

¹ International kazakh-turkish University named after Kh.A. Yasavi, Shymkent,
Kazakhstan.

² Clinic "Dau-Med", Shymkent, Kazakhstan.

DIAGNOSTICS-RESEARCH WORK OF PARANASAL SINUS CYSTS AND ITS TREATMENT

Annotation

This article presents the results of clinical and diagnostic observation and surgical treatment of patients with a confirmed diagnosis of a cyst of the paranasal sinuses in the "Clinic Dau-Med", Shymkent. To date, cysts of the paranasal sinuses are one of the most common pathologies among ENT organs. Thanks to the development of medical diagnostic technology, the possibility of accurate diagnosis and treatment has appeared.

Key words: cysts, paranasal sinuses, nasal congestion, surgical treatment, polyps.

Актуальность. Кисты придаточных пазух носа на сегодняшний день являются

Введение. Кисты придаточных пазух носа – это образование с тонкими и эластичными стенками, которое представляют собой пузырь заполнено изнутри жидкостью [1, 2]. Данная нозология характеризуется наличием длительного вялотекущего воспалительного процесса слизистой оболочки и костной ткани околоносовых пазух (ОНП). В развитии этого заболевания наибольшее значение имеют факторы, нарушающие нормальный дренаж пазух и аэрацию ОНП: полипы, аденоидные разрастания, искривление перегородки носа, хроническая персистирующая инфекция. Неблагоприятный экологический фактор, стабильно высокий уровень заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями и нерациональное применение антибактериальных препаратов — все это определяет ежегодный прирост численности больных с кистами придаточных пазух носа на 1,5—2,0% [1-5].

Размер кисты и ее расположение могут быть различны, вследствие этого проявления кист у пациентов могут отличаться.

Кисты ППН являются одной из часто встречающихся находок среди заболеваний лор органов. Отметить, что киста не относится к онкологическим заболеваниям. Увеличение частоты встречаемости связано с улучшением качества, а также доступности современных диагностических аппаратов. Среди всех видов кист придаточных пазух носа, чаще всего встречаются кисты гайморовых пазух. Примерно у 15% здоровых людей киста ППН не вызывающие никаких симптомов и выявляется случайно, при рентгенологическом исследовании, компьютерной (КТ) или магнитно-резонансной томографии (МРТ) [1-3].

Цель исследования. Диагностика и лечение кист придаточных пазух носа.

Материалы и методы. С 2021 по 2022г в клинике Дау-Мед г. Шымкент нами было осмотрено и обследовано 5000 пациентов, из них с подозрением на кисты придаточных пазух носа. Для подтверждения диагноза 432 пациента были направлены на КТ придаточных пазух носа. Из них у 370 пациентов диагноз подтвержден. Также в ходе обследования другими специалистами (невропатолог, стоматолог) были направлены 23 пациента, у которых были выявлены кисты пазух носа.

Локализация кисты придаточных пазух носа у 393 пациентов с диагнозом киста ППН таковы: (рисунок 1)

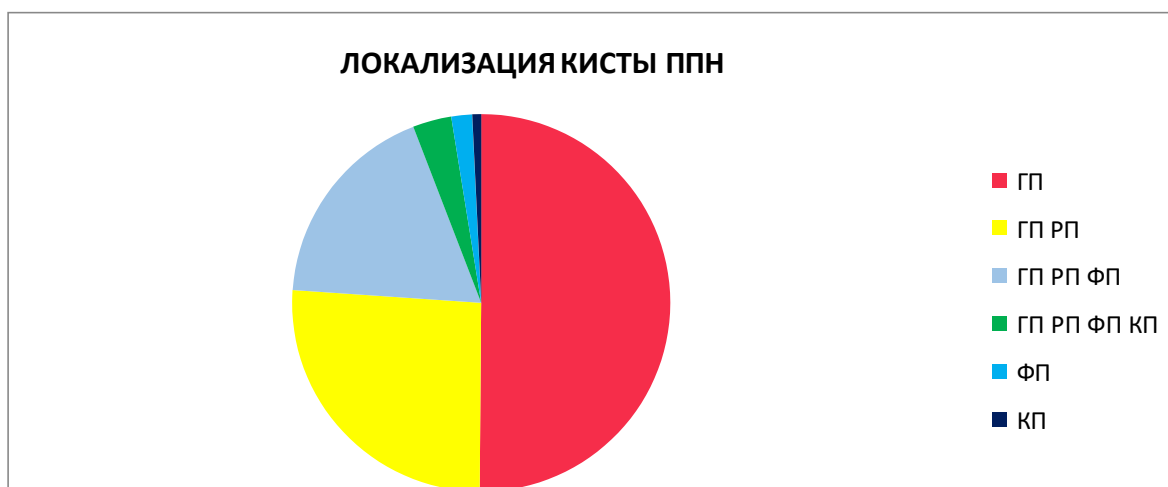


Рисунок 1-Локализация кисты ППН

- 197 пациентов киста с локализацией только в гайморовых пазухах;
- 102 пациента киста с локализацией в гайморовых пазухах в сочетании с решетчатыми пазухами;
- 71 пациента киста с локализацией в гайморовых пазухах в сочетании с решетчатыми и фронтальными пазухами;
- 13 пациента киста с локализацией в гайморовых пазухах в сочетании с решетчатыми пазухами, фронтальными и клиновидной пазухой;
- 7 пациентов киста с локализацией только во фронтальных пазухах;
- 3 пациент киста с локализацией только в клиновидной пазухе.

Результаты. В ходе нашего исследования, нами было выявлено из 5000 пациентов 393 случаев с кистой придаточных пазух носа. Из них были успешно прооперированы 325 пациентов, 36 находятся на пассивном наблюдении и 32 пациентов отказались от операции. Операции проводились под общим наркозом эндоскопическим методом

(микрогайморотомия), через переднюю стенку пазухи. Размеры кисты варьировались в пределах 1,1 -3,2 см. Также при проведении микрогайморотомии параллельно провели и другие операции, такие как коррекция искривлённой перегородки носа, операции на носовых раковинах, целью которых является восстановление нормальной вентиляции носа и его придаточных пазух.

Выводы. В результате проведенной нами работы можно сделать следующие выводы, что кисты околоносовых пазух характеризуются медленным ростом и могут никак не проявлять себя даже в течение нескольких лет. Первыми признаками кисты пазухи становятся: боль в области пораженного синуса, дискомфорт, неприятные ощущения при движениях глазными яблоками, усиление боли при наклонах головы вперед или в стороны.

Для полноценного лечения недостаточно удаления только кисты из пазухи, необходимо также устранение причины, вызвавшей ее появление. Такая тактика позволяет предупредить рецидивы кист и хронизацию воспалительного процесса.

Список литературы

1. Ханс Бербом, Оливер Кашке, Тадеус Навка, Эндрю Свифт. Болезни уха, горла и носа. 2020. №3. С.328.
2. Бойко Н.В. Кисты верхнечелюстной пазухи. Российская ринология. 2019;27(4):204-208. <https://doi.org/10.17116/rosrino201927041204>
3. Крюков А.И., Туровский А.Б., Изотова Г.Н., Царапкин Г.Ю., Товмасын А.С., Федоткина К.М., Горин Д.С., Кравчук А.П., Поданев В.В. Комплексная терапия хронического верхнечелюстного синусита. Медицинский совет. 2015;3:18-22. [Kryukov AI, Turovsky AB, Izotova GN, Tsarapkin GYu, Tovmasyan AS, Fedotkina KM, Gorin DS, Kravchuk AP, Podanев VV. Complex therapy of chronic maxillary sinusitis. Meditsinskiy совет. 2015;3:18-22. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2015-3-18-23>
4. Пальчун В.Т., Михалева Л.М., Гуров А.В., Мужичкова А.В. Особенности формирования хронического воспаления в верхнечелюстной пазухе. Вестник оториноларингологии. 2011;2:5-7. [Palchun VT, Mikhaleva LM, Gurov AV, Muzhichkova AV. Specific features of the development of chronic inflammation in the maxillary sinus. Vestnik otorinolaringologii. 2011;2:5-7. (In Russ.)].
5. Пискунов Г.З., Пискунов С.З., Козлов В.С., Лопатин А.С. Заболевание носа и околоносовых пазух: эндомикрохирургия. М. 2003. [Piskunov GZ, Piskunov SZ, Kozlov VS,

Lopatin AS. Zabolevaniya nosa i okolonosovikh pazukh: endomikrokhirurgiya. M. 2003. (In Russ.)].

УДК 614.2:378.046-021.65

Дадабаева Р.К.¹, Курбонов А.К.², Нуриддинова Ф.М.¹, Кулкароев А.К.¹, Эшмаматов О.Ф.¹.

¹Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

²Ташкентский государственный стоматологический институт, г. Ташкент,
Узбекистан

ЗНАЧЕНИЕ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ КАК ИНСТРУМЕНТ ОБЪЕКТИВНОЙ САМООЦЕНКИ

Аннотация. В статье приведены данные по изучению значения симуляционного обучения семейных врачей системы последипломного непрерывного медицинского образования. Наряду с исследованием профессионально-организационной структуры врачей-курсантов, обучающихся на кафедре повышения квалификации врачей Ташкентской медицинской академии, проведен опрос по знаниям применения различных симуляторов. В результате проведенной работы установлено, что использование симуляционных методов обучения в системе последипломного образования способствует объективно самооценить свою профессиональную компетентность, что служит для них мотивацией к совершенствованию своих знаний и повышению качества медицинских услуг в первичном звене медико-санитарной помощи.

Ключевые слова: семейная медицина, здоровье населения, первичное звено здравоохранения, повышение квалификации врачей, симуляционные методы обучения.

Dadabaeva P.K. ¹, Kurbonov A.K. ², Nuriddinova F.M. ¹, Kulkaraev A.K. ¹,
Eshmamatov O.F. ¹

¹Tashkent medical academy, Tashkent, Uzbekistan

²Tashkent State Dental Institute, Tashkent, Uzbekistan

THE SIGNIFICANCE OF SIMULATION TRAINING FOR FAMILY PHYSICIANS AS A TOOL FOR OBJECTIVE SELF-ASSESSMENT

Summary. The article presents data on the study of the importance of simulation training for family doctors in the system of postgraduate continuing medical education. Along with the study of the professional and organizational structure of medical persons studying at the Department of Advanced Training of Doctors of the Tashkent Medical Academy, a survey was conducted on the knowledge of using various simulators. As a result of the work carried out, it was found that the use of simulation teaching methods in the system of postgraduate education contributes to an objective self-assessment of their professional competence, which serves as a motivation for them to improve their knowledge and improve the quality of medical services in primary health care.

Key words: family medicine, public health, primary health care, advanced training of doctors, simulation teaching methods.

Дадабаева Р. К¹., Курбонов А. К²., Нүриддинова Ф. М¹., Құлқараев А. К¹.,

Эшмаматов О. Ф¹.

¹Ташкент медициналық академиясы, Ташкент қ., Өзбекстан

²Ташкент мемлекеттік стоматологиялық институты, Ташкент қ., Өзбекстан

ОТБАСЫЛЫҚ ДӘРІГЕРЛЕРДІ ИМИТАЦИЯЛЫҚ ОҚЫТУДЫҢ ОБЪЕКТИВТІ ӨЗІН-ӨЗІ БАҒАЛАУ ҚҰРАЛЫ РЕТІНДЕГІ МАҢЫЗЫ

Аннотация

Мақалада жоғары оқу орнынан кейінгі үздіксіз медициналық білім беру жүйесінің отбасылық дәрігерлерін симуляциялық оқытудың маңыздылығын зерттеу туралы мәліметтер келтірілген. Ташкент медицина академиясы дәрігерлерінің біліктілігін арттыру кафедрасында оқитын курсант дәрігерлердің кәсіби-ұйымдастырушылық құрылымын зерттеумен қатар, әртүрлі симуляторларды қолдану білімі бойынша сауалнама жүргізілді. Жүргізілген жұмыстың нәтижесінде жоғары оқу орнынан кейінгі білім беру жүйесінде оқытудың симуляциялық әдістерін қолдану өзінің кәсіби құзыреттілігін объективті түрде өзін-өзі бағалауға ықпал ететіні анықталды, бұл олардың білімдерін жетілдіруге және медициналық-санитарлық көмектің бастапқы буынында медициналық қызметтердің сапасын арттыруға түрткі болады.

Кілт сөздер: отбасылық медицина, Халық денсаулығы, денсаулық сақтаудың бастапқы буыны, дәрігерлердің біліктілігін арттыру, симуляциялық оқыту әдістері.

Введение. Сегодня высшее медицинское образование претерпевает глубокую модернизацию для подготовки специалистов нового качества. Одним из главных направлений является повышение качества практических умений выпускников. Но как это сделать? Данные, опубликованные в журнале «Здравоохранение» по результатам анкетирования 1000 молодых врачей, свидетельствуют, что только 23% выпускников оценили свою подготовку в ВУЗе как хорошую, 55% - как удовлетворительную, а 22% - как неудовлетворительную. Еще более серьезная ситуация проявилась при оценке молодыми врачами своих, сформированных в ВУЗе, практических умений и навыков – только 12% считали их качество хорошим [1,2].

В системе последиplomного непрерывного медицинского образования, в настоящее время, симуляционное обучение является одним из самых востребованных современных методов, основной целью которого является отработка знаний и практических навыков медицинских работников [4,5]. Это поможет слушателю курсов повышения квалификации самостоятельно оценить свои профессиональные знания, навыки и компетенцию, а также уверенно использовать их в полноценной практической деятельности.

В 2020-2021 учебном году на кафедре повышения квалификации врачей Ташкентской медицинской академии прошли обучение на 10 курсах общего повышения квалификации (144 кредита) и 9 курсах тематического повышения квалификации (72 кредита) 476 семейных врачей 6 регионов Республики Узбекистан. Практические занятия по использованию симуляторов в объеме 18 кредитов по каждому виду повышения квалификации проводились на кафедре клинического моделирования Ташкентской медицинской академии.

Цель исследования: изучить значение симуляционного обучения в курсах повышения квалификации семейных врачей в системе последиplomного непрерывного медицинского образования.

Материалы и методы. Нами была изучена организационная структура врачей-слушателей, обучающихся на кафедре повышения квалификации врачей и получены следующие результаты.

Из 300 слушателей 94 чел. (31,3%) работают в городских семейных поликлиниках (СП), 206 чел. (68,7%) - в сельских семейных поликлиниках и, так называемых пунктах

семейных врачей (ранее - сельский врачебный пункт). При разделении на группы по возрастным категориям врачи 25-30-лет составили – 2 чел. (0,67%), 31-40-лет – 40 чел. (13,3%), 41-50-лет – 107 чел. (35,7%) , 51-60 лет – 113 чел. (37,7%) и 61-70 лет – 38 чел. (12,6%). Стаж работы изученных слушателей в первичной медико-санитарной помощи был следующим: до 5 лет - 7 чел.(2,3%), 6-10 лет – 69 чел. (23%), 11-20 лет – 102 чел. (34%) и более 20 лет - 122 чел.(40,7%).

Также нами был проведен опрос всех слушателей курсов повышения квалификации, с использованием анкеты, специально разработанной для врачей первичного звена и состоящей из следующих вопросов:

1. Знакомы ли вы с задачами системы симуляционного обучения?
2. Какие методы симуляционного обучения вам известны?
3. Как вы думаете, чем преимущество симуляционного обучения лично для вас?
4. Каково значение симуляционного обучения в приобретении практических навыков по специальности семейный врач?
5. Овладение каких навыков требует использования роботов-симуляторов?
6. Какие навыки можно укрепить с помощью программы «Виртуальный пациент»?
7. Как вы считаете, симуляционное обучение по какой специальности способствует приобретению более широкого спектра навыков?
8. Достаточно ли учебных часов симуляционного обучения в последипломном непрерывном медицинском образовании? Если недостаточно, ваше предложение?
9. Как вы считаете, какие симуляторы еще необходимы для приобретения навыков, используемых в первичном звене здравоохранения?
10. Проблемы, возникшие у вас при работе на симуляторах?

Полученные результаты и анализ. При изучении полученных результатов установлено следующее: наибольшая часть (37,7%) врачей, обученных на кафедре повышения квалификации врачей Ташкентской медицинской академии, были предпенсионного возраста (51-60-лет - 113 чел), за ними следует слушатели 41-50-лет - 107 чел (35,7%), молодые специалисты в возрасте до 35 лет составили 0,67%. Эти показатели свидетельствуют о том, что большинство врачей, работающих в настоящее время в сфере первичной медико-санитарной помощи, относятся к предпенсионному возрасту или уже являются пенсионерами. Кроме того, семейные врачи в возрасте 61-70 лет составляют 12,6% общего количества слушателей, прошедших повышение

квалификации, и являются самой многочисленной категорией со стажем работы 20 и более лет (40,7%).

Анализ анкетирования, проведенной среди слушателей, показал следующее. На вопрос 1 «Знаете ли вы задачи системы симуляционного обучения?» получен ответ «Нет» у 100%. На второй вопрос опросника 2 «Какие методы симуляционного обучения вам известны?» все слушатели слушателей указали ЭКГ и легочно-сердечную реанимацию, а 85% - офтальмоотоскопию. На вопрос 3 «Как вы думаете, чем преимущество симуляционного обучения лично для вас?» абсолютное количество слушателей ответили практически одинаково «В совершенствовании своих знаний и практических навыков. На следующий вопрос 4 «Каково значение симуляционного обучения в приобретении практических навыков по специальности семейный врач?» - 80% врачей указали очень высокое.

Далее, на вопрос 5 «Овладение каких навыков требует использования роботов-симуляторов?» изучаемая аудитория единогласно указала специальность «семейный врач». При этом большинство анкетированных отметили, что нынешних учебных часов симуляционных занятий (12 кредитов) недостаточно в непрерывном медицинском образовании, и объем этих занятий необходимо увеличить не менее чем до 18 часов, что и являлось ответом на вопрос «Достаточно ли учебных часов симуляционного обучения в последипломном непрерывном медицинском образовании? Если недостаточно, ваше предложение?». На вопрос «Как вы считаете, симуляционное обучение по какой специальности способствует приобретению более широкого спектра навыков?», все врачи (100%) отметили – для специалистов семейной медицины. «Какие навыки можно укрепить с помощью программы «Виртуальный пациент?» – семейные врачи отметили высокую эффективность работы с данным тренажером, как как он способствует отработке большинства практических навыков, необходимых для семейных врачей. «Проблемы, возникшие у вас при работе на симуляторах?» – заключительный вопрос, на который был получен ответ от всех анкетированных слушателей о проблемах, возникающих при работе с тренажерами, в основном не хватает навыков использования компьютерных технологий и гаджетов.

В процессе проведения исследования, в соответствии с международными данными, выявлено, что правильно организованный методический подход педагогов - это использование алгоритмов практических навыков делают усвоение навыков быстрее понятнее, закладывается автоматизм и правильность исполнения навыка. А также

использование симуляционных технологий приводит к овладению профессиональными практическими навыками на более высоком уровне, чем теоретическое описание их [3].

В результате вышеуказанных результатов и их анализа было установлено, что введение симуляционного метода обучения в постдипломное непрерывное медицинское образование\повышение квалификации врачей обеспечивает непрерывное\систематичное повышение профессиональных знаний, компетентности, квалификации и навыков семейных врачей. Включение симуляционных методов обучения в компоненты их профессионального развития создает возможность для врачей оценивать собственные знания, приобретать дополнительные знания и умения в индивидуальном порядке, повышать свою личностную компетентность. Это, в свою очередь, способствует повышению качества медицинских услуг, оказываемых семейными врачами населению.

Выводы:

1. Симуляционные методы обучения семейных врачей в системе последипломного непрерывного медицинского образования внедрены в учебную программу повышения квалификации врачей Ташкентской медицинской академии;

2. Использование симуляционных методов обучения в циклах повышения квалификации семейных врачей поможет им объективно оценить свою личностную компетентность;

3. Включение симуляционных методов обучения в процесс повышения квалификации практических врачей повышает привлекательность образовательных программ и служит мотивацией к совершенствованию своих знаний в данном образовательном учреждении;

4. Внедрение симуляционного метода обучения в повышение квалификации семейных врачей имеет большое значение в охране здоровья населения за счет повышения качества медицинских услуг, оказываемых на первичном уровне здравоохранения.

Список литературы

1. Авдеева В.Г. «Инновационные технологии в системе непрерывного медицинского образования. Опыт подготовки специалистов службы медицины катастроф и скорой медицинской помощи». Медицинское образование и профессиональное развитие, №1, 2010 г, с.23-26 .

2.Булатов С.А. «Преподавание практических умений: российский и международный опыт». Медицинское образование и профессиональное развитие, №1, 2010 г., с.31-35.

3.Турчина Ж.Е., Шарова О.Я., Нор О.В., Черемисина А.В., Битковская В.Г. «Симуляционное обучение, как современная образовательная технология в практической подготовке студентов медицинского ВУЗа//Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 3. – 22-24 б.

4.Gadaev A.G., Abdurakhimova L.A., Dadabaeva R.K. “Wissenschaftlicher ansatz in der medizinischen ausbildung: entwicklung einer prognostischen karte der krankenenwicklung”// Berlin Studies Transnational Journal of Science and Humanities. – 2021. Vol.1 Issue 1.5 Pedagogical sciences. P. 85-93.

5.Kobayashi L., Patterson M.D., Overly F.L., Shapiro M.J., Williams K.A., Jay G.D. Educational and research implications of portable human patient simulation in acute care medicine. Academic Emergency Medicine 2008 Nov;15 (11):1 166-74. Epub 2008 Jul 14.

ӘОЖ 76.29.29:14.35.16.41

Досыбаева Г.Н., Сартаева Қ.А., Отумбаева Е.Т.

«ОҚМА» АҚ, Шымкент қ., Қазақстан

ІШКІ АУРУЛАР ПӘНІНДЕ ҚАЗАҚ ТІЛІНІҢ ФИЛОЛОГИЯЛЫҚ-ҒЫЛЫМИ НЕГІЗДЕРІНДЕ ҚОЛДАНУДАҒЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ ТЕРМИНДЕР

Аннотация

Ұсынылған мақалада ішкі аурулар пәні ғылымын қазақ тілінде сөйлетіп жазу және тіл заңдылығына сай қолдану барысында латын, грек т.б. тілдерінен енген терминдерді қазақ тілінің филологиялық заңдылықтарының негізінде сауатты қолдану тәжірибесі келтірілді және де қолданымдағы терминдердің бірқатар тізімінің заңды жасалу құрылымдары келтірілді.

Кілт сөздер: *ішкі аурулар пәні,терминдердің латын және грек тіліндегі түбірлері, терминдік сөзжасамның заңды үш негіздері, қазақ тілінің дыбыстық сингормонизмі, мемлекеттік тілдегі медициналық терминдер.*

Досыбаева Г.Н., Сартаева Қ.А., Отумбаева Е. Т.

АО «ЮКМА», г. Шымкент, Казахстан

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕРМИНЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ НА ФИЛОЛОГО- НАУЧНЫХ ОСНОВАХ КАЗАХСКОГО ЯЗЫКА В ДИСЦИПЛИНЕ ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

Аннотация

В данной статье приведены результаты опыта грамотного применения медицинских терминов с греческого, латынского языков по дисциплине внутренние болезни на казахском языке, опираясь на основные филологические закономерности, а также ряд применяемых терминов и их закономерная структура словообразования.

Ключевые слова: *дисциплина внутренние болезни, корни терминов на латынском и греческом языках, три основные законы словообразования, звуковой сингармонизм казахского языка, медицинские термины на государственном языке.*

Dosybaeva G. N., Sartaeва K. A., Otumbaeva E. T.

JSC «SKMA», Shymkent, Kazakhstan

MEDICAL TERMS USED IN THE PHILOLOGICAL AND SCIENTIFIC FOUNDATIONS OF THE KAZAKH LANGUAGE IN THE DISCIPLINE OF INTERNAL MEDICINE

Annotation

This article presents the results of the experience of the competent use of medical terms from Greek, Latin in the discipline of internal diseases in the Kazakh language, based on the main philological patterns, as well as a number of terms used and their regular structure of word formation.

Key words: *discipline of internal diseases, roots of terms in Latin and Greek, three basic laws of word formation, sound harmony of the Kazakh language, medical terms in the state language.*

Кіріспе

Медицина ғылымының анасы іспетті терапия (ішкі аурулар) пәнін мемлекеттік тілімізде жүргізу өткен ғасырдың аяғында қолға алынды. Сол кезден бастап басқа тілден енетін терминдерді қазақ тілінің терминдік сөзжасамдағы үш заңдылығына сүйеніп қолданып келеміз: басқа тіл термині қазақ тіліне зат есім, атау септігінде ену керек;

септеулер барысында түбірдің (морфема) жуан не жіңішке буындары ескерілу керек; жалғауларды/суффикстерді (фонема – қосымша) дыбыстық сингармонизмді сақтап жалғау қажет.

Жабдықтар мен тәсілдер. Медициналық терминдердің ана тіліміздің тіл заңдылықтарына сай қолданылуына қол жеткізуді мақсат ете отырып, келесі жабдықтарды қолдандық: ішкі аурулар пәнінде, сонымен бірге жалпы базалық пәндерде де қолданылатын басқа тілдегі жетекші құрал-оқулықтар, ғалымдарымыздың ана тілімізде басылған оқулықтары мен құралдары, филологиялық әдебиет. Алғашқы жылдары терминдердің сөзжасамы әр тақырыптың әдістемелік ұсыныстарында беріле бастады, дәрістерде қолданылды да, оншақты жылдарда ана тілімізде оқулықтар мен оқу құралдары жазылды.

Ішкі аурулар ғылымы, ішкі аурулар пәні – тәжірибедегі барлық медициналық мамандықтардың негізі болған және негізі болып қала бермек, себебі негізгі классикалық клиникалық ойлау дағдысын қалыптастыратын да осы ғылым екендігі даусыз. Мемлекетіміз біріншілік медициналық санитарлық көмек мекемелерінде тұрғындарға алғашқы квалификациялық көмек көрсетуді жалпы практикалық дәрігерлеріне сеніп тапсырған қазіргі кезеңде барлық мамандардың жұмысында жиі кездесетін нозологиялар ішкі аурулар мен балалардың патологиялары және басқа мамандардың да тәжірибесіндегі қолданылатын терминдердің негізі де осы ғылымнан тарайды. Ішкі аурулар (терапия) ғылымын пән ретінде көптеген медициналық пәндермен қатарластыра мемлекеттік тілімізде оқыту тәуелсіздікпен келді, өткен ғасырдың 90-шы жылдарынан басталды. Медициналық мамандықтары кеңес үкіметі үстемдігінің кезінде тек қана орыс тілінде оқытылды, сондықтан медицина факультетінде пәндерді қазақ тілінде жүргізу алғашқы жылдары өте күрделі қиындықтармен басталды. Әрбір пәндерді мемлекеттік тілге келтіріп игеру оның әдістемелік кешендерін жасаудан басталды. Бұл жұмысқа алғаш кіріскен ғалымдар орасан еңбек етуді өздеріне патриоттық міндет санады. Мұндай оқытушы-профессор құрамы біртіндеп қалыптаса келе, қажырлы еңбек етті. Мемлекетіміздің тәуелсіздігімен бірге ашылған Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ-нің медициналық факультетінің зиялы ғалымдары мен оқытушылары медицинаның сол кездегі барлық мамандықтарын қазақ тілінде оқытуға бірінші жылдан-ақ ден қойды. Осындай бағытты ҚР барлық медициналық ЖОО-ның ғалым, оқытушылары ұстанды. Ғалымдармен мардымды тәжірибе жиналды, дегенмен де өкініштісі, ана тілімізде жарық көрген медициналық кітаптарда, құралдарда латын, грек т.б. тілдерден қолданымға енгізілген

терминдердің ана тіліміздің негізгі филологиялық заңдылықтарына сәйкес қолданылмайтындығы турасындағы дәйектер әлі күнге кездесуде.

Медициналық базалық пәндерден бастап, негізгі және қолданбалы мамандықтардың жетекші пәндерінен жарияланған еңбектер аз емес. Ұлттық медициналық терминология ғылымын қалыптастырып, дамытуда арқау етуге тұрарлық еңбектердің келесі авторларын атап өтуге болады: А.Р.Рақышев, Қ.А.Жаманқұлов, Е.Керімбек, М.Мырзабек, Б.С. Калимурзина, Қ.Ж.Ахметов, Т. Момынов, К.Аханов, З.Қ.Қыстаубаева тағы басқалар.

Ішкі аурулар пәнінен қазақ тілінде сабақ беруде терминологияны қалыптастыруда қазақ тіліндегі баламаларды барынша қолдану жүруде, мысалы: қан тасуы – лейкоздар, шор буын – анкилоз, ісіктер – рак, мерез – сифилис, соз – гонорея, күл – дифтерия, шаншу – колика, түйнек – аппендицит, сарып – бруцеллез, іштің шөмені – асцит, шөмен – анасарка т.б. Енді ана тілімізде халықтық медицинадан алуға болатындай баламалары жоқ терминдерді латын, грек тілінен қазақ тілінің терминдік-сөзжасам негіздеріне сүйеніп қалыптастыру қолданылды.

Медициналық терминдерді басқа тілдерден енгізіп, ана тілімізде қолдану барысында келесі қабылданған заңдылықтарға сүйендік: біріншіден, қазақ тіліне басқа тілдегі терминдердің түбірі атау септігіндегі зат есім түрінде өтуі керек; екіншіден, ол түбірлерге қазақ тілінің қосымшалары (жалғаулар, жұрнақтар) дыбыстық сингармонизм (үшіншіден) талаптарына сай жалғану керек. Мысалы: haemolys-is сөзінің түбірі – гемолиз болғандықтан, оны зат есімнен сын есімге айналдыру керек болғанда -дік, -дық жұрнақтарынан жіңішке буындысын қолданып, «гемолиздік» сөзін аламыз.

Орыс тіліндегі әдебиеттерде haemolyticus латын тіліндегі сын есімдік сөзі алынған, сондықтан кейбір әріптестеріміз бұл сөздің түбірін латын тілінен іздемей, қазақ тілінде де гемолитикалық сөзін қолданып жүр, ал бұл қазақ тілінің сөзжасам заңдылықтарына қайшы, дұрысының гемолиздік екендігінде күмән жоқ. Орайы келгенде латын және грек тілдерінен -дік, -дық, -ді, -ды, -лық, -лік, -лы, -лі, -тық, -тік т.б. жұрнақтарды жалғау арқылы жасалған бірқатар сынестімдік терминдердің қазақшасын келтірейік: hyperplasia – гиперплазиялық, hypoplasia – гипоплазиялық, anafilaksia – анафилаксиялық, cytosis-us – цитозисдік, proteolysis – протеолиздік, destructio – деструкциялық, interstitium – интерстицийлік, dilatatio – дилатациялық, parenchyma – паренхималық, dispersia – дисперсиялық, cholestasis – холестазадық exudatum – экссудатты (тық), rheumatism-us – ревматизмдік, paroxysm-us – пароксизмдік, positio – позициялық; гемодилюциялық (грек сөзі, haima кровь + лат. diluere сұйылту, араластыру); метаболизмдік – metabolism –

метаболикалық емес; prolaps-us – түбірі пролапс болғандықтан “пролапсі” деген сөз дұрыс болды.

Сонымен қатар басқа тілдерден енген аорталтерминдерді қазақ тілінің заңдылықтарына сай септеп қолдандық: АНФ – антинуклелік (nucle-us) фактор; аускультациялық (аускультативті емес), түбірі – лат. auscultatio – аускультация-ға -лық, -лік жалғаулары қолданылды; некроздаушы, некроз-дау-шы (некротикалық емес); синдром-дық (синдромальді емес), түбірі (syndromom, греч. syndrom-ē стечение, скопление); түбір сөз “регургитация” болғандықтан, «регургитационды» емес регургитациялық деген сөзжасамын пайдаландық; систоалалық шу, диастоалалық шу (систоликалық, диастоликалық емес), систола және диастола түбірлеріне -лық суффиксінің жалғануы арқылы қолданылды; ық (аортальді емес) сөзі де түбірі – аортаға -лық жалғануы арқылы алынды; prospect-us (лат. – вид, рассматриваемый в аспекте последствий) термині проспектілік; фиброплазиялық (фибропластикалық емес) – сөзі оның түбіріне -лық суффиксін жалғау арқылы жасалды; тиг-ит – қабырға түбірі тиг, сондықтан трансмуральді емес, транмурлы болды; гипертрофия түбіріне – лық жалғауын тіркедік; тәу.тәл (сын есім); толық/тотал; декомпенсация-лану – декомпенсирленген емес; риккетсия-лық (риккетсиозды емес); рестрикция-лық, рестриктивті емес; функция-лық – (түбірі лат. functio), функциональді емес; (гр.pagoxysm-os сильный приступ (болезни), яғни – пароксизмдік; basis грек сөзі – негізі, базистік мембрана, базальді емес.

«Инфарктінде» сөзін инфаркт-інде емес, қазақ тілінің негізгі заңы – сингормонизмге (қазақ тілінде үш дауыссыз дыбыс қатар тұрмайды) сай – бір «т» әрібін түсіріп қолдандық. «Тестер» сөзі де осы заңдылыққа байланысты қолданылды, себебі «тесттер» сөзінде 3 дауыссыз дыбыс қатар келген.

Енді осы сөзжасамдардың, кейбір әріпестеріміз қолданып жүрген, ана тіліміздің морфологиялық заңдылықтарына қайшы аудармаларына тоқтайық: гипер- және гипопластикалық, метаболикалық, анафилактикалық, цитотикалық, деструкционды, интерстициальді, дилатациондық, паренхиматозды, холестатикалық, экссудативті т.б. Бұл терминдердің орыс тіліндегі сын есімдерден (талаптарға сай түбірлерін қолданбаған) алынғандығы көрініп тұр.

Медицина мамандарының барлығы қолданатын диагноз сөзінің де түбіріне үңілсек: diagnos жалпы екі ұғымды жеткізетін гректің сөзі, біріншісі – аурудың (нозологиялық бірліктің) аты (зат есім), ал екіншісі – дертті танып айырудағы ойлау процесі (етістік). Осыған сүйене келе "дифференциальная диагностика" түсінігін differentia – айырмасы

(различие) яғни, «дифференция-лық диагноз» деп қолданудамыз (дифференциальді диагностика емес). Артериялық қан қысымының жоғарылауымен сипатталатын, жиі кездесетін патологияны «артерия-лық гипертензия» деп қолданған дұрыс, осы күнге дейін оны «артериальді гипертония» деп қате айтып (жалғауы қате) қолдануда. Сонымен қатар, topus сөзінің бұлшық етке қатысты термин екендігін ескере келіп, ағылшын, орыс әдебиеттерінде де tension – тамырға қатысты терминге ауыстыру жүруде.

Қазақ халқы қатерлі аурулардың көбін, «жаман ауру» деп келген, қазіргі таңда оларға «ісіктер» атауы берілді, осы орайда ісіну сөзінің бөлек мағыналы «отек» екендігін де еске сала кеткіміз келеді, ағзадағы су іркілу үрдісін «ісік» емес ісіну деп қолдану қажет. Әрбір жүйелерді, органдарды қызметтік шамасыздыққа ұшырататын дерттер аз емес, олар жедел/жіті және созылмалы/сұле болуы мүмкін, мысалы: жүректің созылмалы шамасыздығы (созылмалы жүректің шамасыздығы емес, органдар немесе жүйелер жедел және созылмалы болмайды), мұндай анықтауыштар шамасыздық түсінігіне қатысты екендігін түсініп, оларды өздерінің орындарында қолдану керек: ми қанайналымының созылмалы шамасыздығы/жетіспеушілігі (созылмалы ми қанайналымының шамасыздығы емес); бүйректің жедел/жіті немесе созылмалы шамасыздығы (жедел немесе созылмалы бүйректің шамасыздығы емес).

Нәтижелері. Қысқа уақыт ішінде медициналық пәндерді жастарға ана тілінде оқыту жүзеге асты. Терминологияның біршама қоры түзілді. Сөзжасам үрдісінде қазақ тілінің морфологиясы ұтымды қолданылды. Ана тіліміздің негізгі заңы – дыбыстық сингармонизмді теминдердің септеулерінде де сақтауға болатындығы нақталды.

Нәтижелерін талдау. Қазақ тілін қолдану үрдісі басталғалы, мемлекеттік тілде оқитын жастарға арналған әдебиет санының сапалы көбеюін қамтамасыз етуде, терминдердің мағыналы аудармасын қолдану мүмкіндігі болмағанда, олардың негізгі тілдегі түбірлерін қазақ тілінде сөзжасаудың негізгі заңдылықтарына сүйеніп, сауатты терминология жасауға болады. Және де халқымыздың ғасырлар барысында қолданған ана тіліміздегі ұғымдарды да кеңінен пайдалану керек. Ғалым, оқытушылар ана тіліндегі.

Әдебиеттер тізімі

1. А. Рақышев, Анатомия терминдерінің сөздігі. Алматы, «Рауан» «Демеу», 1994ж.
2. Т. Момынов, А.Рақышев. Медициналық сөздік (орысша- қазақша). Өңделген және толықтырылған 2 - басылым, - Алматы, 2003ж.
3. К.А.Жаманкұлов. «Ішкі аурулар пропедевтикасі», 2 томдық. Ақтөбе, 1998ж.

4. Е.Керімбек Физиология атауларының орысша - қазақша түсіндірме сөздігі. Алматы, «Қазақстан» 1992ж.
5. М. Мырзабеков. Б.Жарбосынов, К. Мөжібаев. Қазақша - орысша медициналық сөздік. Алматы, «Айқап» 1994ж.
6. Б.С.Калимурзина. Ішкі аурулар, 2 томдық оқулық. Түркістан, «Тұран» баспасы, 2004 ж.
7. Ж.Б. Ахметов. Патологиялық анатомия. Алматы, «Білім», 1995 ж.
8. К. Аханов. Тіл білімінің негіздері. Алматы, «Санат», 1993 ж.
9. Ці. Бектұров, А. Бектурова. Казахский язык. Алматы, «Рауан», 1990 ж.

ӘОЖ 616009

Есетова А.А., Жарқынбекова Н.А., Рүстем Т.Ы.,

Сүлейменов М.А., Балтабаева Б.С.

«ОҚМА» АҚ, Шымкент қ., Қазақстан

ДЕМЕНЦИЯНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЖӘНЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ

Аннотация

Фронтотемпоральды деменция (FTD) - мінез-құлық, сөйлеу және қозғалыс функцияларында айқын өзгерістермен сипатталатын гетерогенді нейродегенеративті ауру. FTD жиі сирек кездесетін ауру деп саналса да, бұл 60 жастан асқан адамдарда деменцияның ең көп таралған түрі болуы мүмкін, өмірлік қауіп 742-ден 1 құрайды [1]. Мінез-құлық нұсқасы (bvFTD) тұлғалық өзгерістермен сипатталады, ал тілдік нұсқа (бастапқы прогрессивті афазия, PPA деп аталады) әдетте сөйлеуді жасаудағы немесе түсінудегі прогрессивті қиындықтармен байланысты [2, 3]. FTD бар адамдарда мотор тапшылығы дамуы мүмкін, не амиотрофиялық бүйірлік склероз (AFD-ALS) немесе паркинсонизм, соңғысы көбінесе кортикобазальды синдромның (KBS) немесе прогрессивті супрануклеарлы салданудың (PNP) ерекше белгілері бар [4-6].

Кілт сөздер: деменция, фенотип, когнитивтік функциялар, эпидемиология, есте сақтау.

Есетова А.А., Жарқынбекова Н.А., Рүстем Т.Ю.,

Сулейменов М.А., Балтабаева Б.С.

АО«ЮКМА», г. Шымкент , Казахстан

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕМЕНЦИИ

Аннотация

Лобно-височная деменция (ЛВД) представляет собой гетерогенное нейродегенеративное заболевание, проявляющееся отчетливыми изменениями в поведении, речи и моторных функциях. Несмотря на то, что ЛВД часто считается редким заболеванием, вероятно, это наиболее распространенная форма деменции у людей моложе возраста из 60, с расчетным пожизненным риском 1 на 742 [1]. Поведенческий вариант (bvFTD) характеризуется изменениями личности, в то время как языковой вариант (известный как первичная прогрессирующая афазия, PPA) обычно связан с прогрессирующими трудностями в воспроизведении речи или понимании [2, 3]. У людей с ЛВД также может развиваться моторный дефицит, либо боковой амиотрофический склероз (ЛВД-БАС), либо паркинсонизм, в последнем случае часто со специфическими признаками кортико-базального синдрома (КБС) или прогрессирующего надъядерного паралича (ПНП) [4–6].

Ключевые слова: деменция, фенотип, когнитивные функции, эпидемиология, память.

Yessetova A.A., Zharkinbekova N.A., Rustem T.Y.,

Suleimenov M.A., Baltabaeva B.S.

JSC «SKMA», Shymkent, Kazakhstan

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF DEMENTIA

Annotation

Frontotemporal dementia (FTD) is a heterogeneous neurodegenerative disorder characterized by distinct changes in behavior, speech, and motor functions. Although FTD is often considered a rare disease, it is probably the most common form of dementia in people younger than age 60, with an estimated lifetime risk of 1 in 742 [1]. The behavioral variant (bvFTD) is characterized by personality changes, while the language variant (known as primary progressive aphasia, PPA) is usually associated with progressive difficulties in speech production or comprehension [2, 3]. Individuals with FTD may also develop motor deficits,

either amyotrophic lateral sclerosis (AFD-ALS) or parkinsonism, the latter often with specific features of corticobasal syndrome (KBS) or progressive supranuclear palsy (PNP) [4–6].

Key words: *dementia, phenotype, cognitive functions, epidemiology, memory.*

Тұқым қуалаушылық, гендер және фенотип. FTD – жоғары тұқым қуалайтын ауру, бірақ нейродегенеративті аурулардың спектрінде дерлік бірегей, ол таза генетикалық емес (мысалы, Хантингтон ауруы, HD) немесе негізінен спорадикалық жағдай (мысалы, Альцгеймер ауруы). FTD тұқым қуалаушылық дәрежесі бірқатар зерттеулердің тақырыбы болды, көптеген бастапқы зерттеулер отбасылық тарихтың «нақты» немесе «жоқ» арасындағы дихотомияға негізделген. Дегенмен, FTD үшін тұқым қуалаушылықтың күрделі үлгісін ашатын неғұрлым нәзік жанұя тарихын бағалау жүйелері әзірленді [7-9]. Модификацияланған Голдман шкаласын [7, 8] пайдаланған кезде күшті отбасы тарихы [1–3 ұпай] 31% [8] табылды, ал Пенн шкаласын пайдаланғанда, балама күшті отбасы тарихы [жоғары немесе орташа санат] 26 адамнан табылған. % [9]. Осы зерттеулердің барлығы клиникалық фенотиптер бойынша тұқым қуалаушылықтың өзгергіштігін көрсетеді, яғни. күшті отбасы тарихы eFTD бар адамдардың 48% -ында табылды, бірақ PAD бар адамдардың 12% -ында ғана [9]. Қозғалтқыш фенотиптерінің тұқым қуалаушылығы онша айқын емес (негізінен көптеген зерттеулерде аз санына байланысты), мысалы. күшті отбасы тарихы FTDALS кезінде 10%-дан >40%-ға дейін ауытқиды [8, 10, 11].

FTD тұқым қуалаушылықтың көп бөлігі үш гендегі аутосомды доминантты мутацияларға байланысты: програнулин (GRN), микротүтікшелермен байланысты протеин тау (MAPT) және 9-хромосоманың ашық оқу жақтауы 72 (C9orf72) [12, 13]. Әрбір генетикалық топ жағдайлар сериясы бойынша географиялық өзгермелілігімен (мысалы, Солтүстік Италия мен Баск елінде GRN мутацияларының таралуы [14, 15]) барлық FTD-ның ~5-10% тудырады. Жалпы алғанда, C9orf72 бүкіл әлемде генетикалық FTD-нің ең көп таралған себебі болып табылады, одан кейін GRN, содан кейін MAPT. Осы гендердегі патогендік және басқа нұсқалардың тізімі AD&FTD мутациясының дерекқорында (<http://www.molgen.ua.ac.be/FTDmutation>) онлайн түрде құрастырылған: осы уақытқа дейін 79 патогендік GRN нұсқасы және 45 MAPT сипатталған. Дегенмен, осы гендерде соңғы 5 жыл ішінде хабарланған мутацияларды Pubmed іздеуі қосымша 35 патогенді GRN нұсқасын және осы дерекқорға қосылмаған 18 MAPT-ті анықтайды, яғни бүгінгі күні барлығы анықталған 114 GRN мутациясы және 63 MAPT мутациясы. Бұл сан GRN-дегі қателік нұсқаларының көпшілігін жоққа шығарады, олардың көпшілігі FTD-ның

менделдік себебінен гөрі Альцгеймер ауруы үшін қауіп факторлары болуы мүмкін, дегенмен патогенділігін анықтау әрдайым оңай емес [16]. Соңғы жылдары гендердің көбеюіндегі мутациялар аутосомды-доминантты FTD-мен байланысты болды: VCP (2004), SNMP2B (2005), TARDBP (2008), FUS (2009), SQSTM1 (2012), CHCHD10 (2014), TBK1. (2015), OPTN (2015), CCNF (2016), қате нұсқалардың есептері түсініксіз болып қалады [17]). Дегенмен, негізгі генетикалық топтардағы сияқты, географиялық өзгергіштік бар: Сардиниядағы FTD бойынша жақында жүргізілген зерттеуде пациенттердің 8% -ында TARDBP мутациясы болды [18].

Бастапқы жас. Симптомдардың басталу жасы FTD генетикалық нысандарының әрқайсысында өзгереді, кейбір отбасыларда кемінде он жыл бойына (әсіресе GRN) отбасы ішілік өзгергіштік (тіпті бір ұрпақ ішінде) болады. MAPP мутациялары көп жағдайда толық енетін болса да, GRN [19] және C9orf72 [20] мутациялары әлі симптомдары дамымаған 80 (және 90) жастағы тасымалдаушылардың аз санымен жасқа байланысты пенетранттылықты көрсетеді. GRN тасымалдаушыларында да, C9orf72 тасымалдаушыларында да TMEM106B генетикалық модификатор ретінде анықталды, C9orf72-ге қарағанда GRN-мен күшті байланысы бар [21]: GRN басталуының төменгі жасы гомозиготалы қорғаныста қауіп аллелінің болуымен байланысты болуы мүмкін. аллель симптоматикалық GRN тасымалдаушыларында сирек кездеседі, бұл жасқа байланысты пенетранцияның факторы болуы мүмкін деп болжайды [22]. GRN тасымалдаушыларында жақында анықталған тағы бір ауру қауіп модификаторы, GFRA2, аурудың басталу жасына әсер етпейтін сияқты [22]. Дегенмен, C9orf72 тасымалдаушыларын зерттеу екі қабаттасатын генді (LOC101929163 және C6orf10) қамтитын алтыншы хромосомадағы локусты анықтады, онда rs9357140 полиморфизмі басталу жасымен байланысты болды: GG тасымалдаушыларында басталудың орташа жасы AA-ға қарағанда 6 жыл ерте болды. тасымалдаушылар [23]. C9orf72 қайталану ұзақтығының маңыздылығы белгісіз болып қалады, оның басталу жасымен байланысының айқын дәлелі жоқ [24]. Жақында жүргізілген зерттеу ApoE ε4 тасымалдаушыларының таупатиялардың, соның ішінде MAPP мутацияларының басталу жасының төмен екенін көрсеткенімен, MAPP тобында басталу жасын өзгертетін факторлар туралы аз мәлімет бар [25].

Фенотип. Барлық генетикалық формалардың ең жиі кездесетін клиникалық көрінісі eFTD болып табылады, бірақ FTD спектріндегі барлық фенотиптер байқалады. MAPP мутациясының тасымалдаушыларында айтарлықтай семантикалық бұзылулар болуы

мүмкін, бірақ бұл PPA-ның басқа формалары сияқты сирек кездеседі; дегенмен, CBS және сирек жағдайларда PSP бір уақытта пайда болуы мүмкін, бірақ ешқашан FTD-ALS болмайды. Керісінше, GRN мутациялары PPA синдромы ретінде көрінуі мүмкін, не PPA-ның қашып кетпейтін нұсқасы немесе сипатталған үш кіші түрдің ешқайсысына анық сәйкес келмейтін аралас фенотип [26]. CBS жалғыз немесе PPA-мен бірге пайда болуы мүмкін, бірақ PSP және FTD-ALS ешқашан байқалмайды. C9orf72 экспансиясының тасымалдаушылары қатар жүретін галлюцинациялармен немесе сандырақтармен [27, 28] bvFTD-нің атипті нейропсихиатриялық көріністеріне ие болуы мүмкін [27, 28] және, ең бастысы, C9orf72 тасымалдаушыларының отбасы мүшелерінде психиатриялық бұзылулардың, соның ішінде аутизм спектрінің бұзылыстары, психоздық аурулар, психоздық аурулардың қаупі жоғары. бұзылулар және суицид [27]. Басқа екі негізгі генетикалық топтардан айырмашылығы, C9orf72 кеңеюі тек FTD-ALS немесе ALS тудыруы мүмкін. PPA сирек фенотип болып табылады, бірақ бар болған кезде әдетте еркін емес нұсқа болып табылады және паркинсондық бұзылулар ұқсас болуы мүмкін, бірақ синдром ретінде сирек кездеседі. Сонымен қатар, басқа генетикалық топтардан айырмашылығы, гиперкинетикалық қозғалыс бұзылыстары пайда болуы мүмкін және C9orf72 кейбір жағдайларда Хантингтон ауруына ұқсас фенотиппен байланысты деп айтылады [29]. Басқа генетикалық топтардағы фенотип онша айқын емес. TBK1 мутациялары тек bvFTD, PPA, CBS, FTD-ALS және ALS тудыруы мүмкін — бір отбасындағы бұл бірегей комбинация TBK1 мутациясын ерекше көрсетуі мүмкін. TBK1 және TARDBP мутациялары фокалды уақытша лоб атрофиясымен де, PPA семантикалық нұсқасымен де байланысты болуы мүмкін [18, 30, 31], әдеттен тыс FTD генетикалық фенотипі, өйткені бұл PPA нұсқасы әрдайым дерлік спорадический.

Табиғат тарихын зерттеу және биомаркерлер

Соңғы уақытқа дейін генетикалық FTD клиникалық зерттеулері шағын болды және бір орталықта жүргізілді. Дегенмен, генетикалық FTD бастамасы (GENFI) 2012 жылы жұмысқа қабылдауды бастады және қазір Еуропа мен Канададағы 25 орталықты қамтиды (<http://www.genfi.org.uk>). Бұл пресимптоматикалық және симптоматикалық мутациялардың тасымалдаушыларының егжей-тегжейлі фенотипі бар жаратылыстану зерттеуі [32]. АҚШ-та ұқсас зерттеу (ARTFL/LEFFTDS) соңғы бірнеше жыл бойы жүргізілуде. Бүкіл әлем бойынша генетикалық FTD ғылымы саласындағы ынтымақтастық FTD алдын алу бастамасын (FPI: <http://www.genfi.org.uk/fpi.html>) құрумен басталды, ол болашақ клиникалық зерттеулер үшін ақпарат пен ақпаратты бөлісуге бағытталған.

сынақтар. дизайн. Соңғы бірнеше жыл ішінде осы зерттеулерде (және басқа бір орталық зерттеулерінде) жасалған жұмыстардың көпшілігі аурудың басталуын, сатысын және дамуын сенімді түрде өлшейтін расталған биомаркерлерді әзірлеуге бағытталған (2-сурет). Келесі бөлімдер осы саладағы соңғы жұмыстарды көрсетеді.

Таным. Нейропсихометриялық өлшемдер симптомдардың күтілетін басталуынан шамамен 5 жыл бұрын пресимптоматикалық тасымалдаушыларда қалыпты емес [32]. Атқарушы функциядағы бұзылулар генетикалық топтарда жиі кездеседі, бірақ пресимптоматикалық MAPT, GRN және C9orf72 тасымалдаушыларында когнитивті құлдыраудың ерекше үлгілері анықталды [32]. Бірқатар зерттеулер қазір MAPT тасымалдаушыларының атауларымен де, эпизодтық жадымен де [32-34] симптоматикалық қиындықтары бар екенін көрсетті, бұл ерте медиальды уақытша лоб атрофиясына [32] сәйкес келеді. Жоғарыда айтылғандай, адамдардың көпшілігі ePVD дамытса, кейбіреулері PPA дамытады және бір зерттеу фонология мен тапсырмаларды еркін жазудағы бойлық клиникаға дейінгі төмендеу GRN тасымалдаушыларында еркін емес PPA фенотипіне айналады болжайтынын көрсетті [33].

Нейропсихиатриялық және функционалдық шаралар

Психиатриялық симптомдардың немесе функционалдық төмендеуінің бекітілген өлшемдері генетикалық FTD-де шектелген. Нейропсихиатриялық инвентаризация (NPI) ең көп зерттелген, бірақ ол FTD ескере жасалмаған және FTD [35] кезінде көрінетін барлық тиісті психиатриялық белгілерді қамтымайды. Кембридждік мінез-құлық тізімі (CBI) GENFI зерттеуінде қолданылды және симптомдардың басталуына тікелей жақын жерде өзгерістерді көрсетті [32], дегенмен көптеген мінез-құлық сауалнамаларындағы сияқты, FTD-де уақыт бойынша өзгермелілік байқалуы мүмкін. Эмпатияның жоғалуы (мысалы, тұлғааралық реактивтіліктің индексі) немесе өзін-өзі бақылаудың бұзылуы (мысалы, қайта қаралған өзін-өзі бақылау шкаласы) сияқты нақты белгілердің нақты өлшемдері генетикалық FTD-де әлі жеткілікті түрде зерттелмеген. Аурудың ауырлығын және уақыт өте келе функцияның нашарлауын өлшеу тұрғысынан FTD үшін Клиникалық деменция рейтинг шкаласын бейімдеу (әдетте FTLD-CDR деп аталады) FTD рейтингтік шкаласы (FRS) сияқты генетикалық FTD [35] перспективалы нәтижелерді көрсетеді.) [35]. 36], бірақ осы және басқа да жаңа шараларды толығырақ зерттеу қажет. **Визуализация.** Сұр заттың атрофиясы және гипометаболизмді генетикалық FTD симптомдарының басталуына дейін кемінде 10 жыл бұрын пайда болады, ал ақ зат жолдарының ауытқулары ертерек

кездеседі [37]. Дегенмен, әртүрлі генетикалық топтар арасында уақыт пен жерде айырмашылықтар бар.

Сұр заттың атрофиясы (T1 өлшенген MPT)

Симптомға дейінгі MPT тасымалдаушыларында атрофия симптомның басталуынан шамамен 15 жыл бұрын алдыңғы және медиальды самай лобтарында, орбитофронтальды лобта және инсулада [32,38] болады, ал GRN тасымалдаушыларында пресимптоматикалық атрофия фронтальды, париетальды және аралдық лобтар.. қыртысты, сондай-ақ белгілердің басталуына дейін шамамен 10 жыл бұрын жолақты жолақты [32, 38]. Симптоматикалық GRN тасымалдаушылары әдетте ми атрофиясының өте асимметриялық үлгісіне ие және бұл асимметрия аурудың басталуына дейін шамамен 5 жыл бұрын байқалуы мүмкін [32]. C9orf72 мутациясының тасымалдаушылары сұр зат көлемін басқа екі топқа қарағанда ертерек жоғалтады, 40 жасқа дейін [39] және мүмкін симптомдар басталғанға дейін 25 жылдан астам уақыт бұрын [32]. Бұл әсіресе артқы таламусқа және оның кортикальды байланыстарына бағытталған сияқты [32, 38, 39]. Генетикалық FTD көлемді MPT зерттеулері FTD патогенезінде субкортикалық құрылымдардың маңыздылығын ерекше атап өтті және жаңа кейінгі өңдеу әдістерін қолданатын соңғы жұмыстар, мысалы, осы құрылымдардың ішіндегі субаймақтарды зерттеуге бағытталған. Әртүрлі генетикалық топтарда гиппокампальды субрегиондардың атрофиясы әртүрлі заңдылықтары бар: CA1-4 MPT мутация тасымалдаушыларына қатысады, CA4, CA1 және тісшелі вирус C9orf72 экспансия тасымалдаушыларына қатысады, ал пресубикулум мен субикулум GRN мутация тасымалдаушыларына қатысады [40]. Сұр заттың атрофиясын бойлық зерттеуге аз көңіл бөлінді; дегенмен, атрофияның жылдамдығы басқа топтармен салыстырғанда симптоматикалық кезеңде GRN мутациясының тасымалдаушыларында (қысқа уақыт аралығындағы өлшеулерге мүмкіндік береді: [41]) жоғары жылдамдығы бар генетикалық топтар арасында ерекшеленеді. Симптомдардың басталу уақытында MPT мутациясының тасымалдаушылары атрофияның бірте-бірте ілгерілеуіне ие, бірақ GRN тасымалдаушыларында көлемнің жоғалуының жылдам қайтуы сияқты көрінеді [42]. Бірнеше зерттеулер генетикалық FTD сатысын зерттеді. Ішкі типтеу мен кезеңді біріктіретін машиналық оқытудың бір жаңа әдістемесі тек құрылымдық T1 өлшенген бейнелеуге негізделген FTD генетикалық ішкі типтерін және олардың кезеңдерін анықтады [43]. Бір қызығы, GRN және MPT мутацияларының тасымалдаушылары негізінен бір топқа жататын сияқты, C9orf72 экспансиясының тасымалдаушылары үшін аурудың дамуының екі түрлі үлгісі болды - бұл

екі топтың арасында не ерекшеленетіні патофизиологиялық тұрғыдан түсініксіз болып қалады.

Ақ заттың гиперинтенсивтілігі (T2 өлшенген MPT). Қазіргі уақытта бірқатар зерттеулер ақ заттың гиперинтенсивтілігі (әдетте FTD кезінде сирек кездесетін көрініс) GRN мутацияларына тән екенін көрсетті. Бұл негізінен симптоматикалық мутацияны тасымалдаушыларда болады (бірақ түсініксіз себептермен науқастардың бір бөлігінде ғана), бірақ симптомдардың күтілетін басталуынан уақыт өте келе пресимптоматикалық мутация тасымалдаушыларында да байланыс бар. Патологиялық зерттеу бұл ақ заттың гиперинтенсивтілігі бойынша олар тамырлы емес, бірақ микроглиальды ақ заттың айқын белсенділенуімен және микроглиальды дегенерациямен байланысты деп болжанады [46].

Гипометаболизм (FDG-PET). Гипометаболикалық үлгілер әдетте генетикалық FTD сұр зат атрофиясы үлгісін көрсетеді, симптоматикалық тапшылықтар да симптомдардың басталуынан шамамен 10 жыл бұрын пайда болады.

Құрылымдық байланыс (DTI). Ақ заттың тұтастығындағы өзгерістер әдетте диффузиялық тензорлық бейнелеу (DTI) арқылы өлшенеді, дегенмен нейриттік бағдарлау дисперсиясы және тығыздықты бейнелеу (NODDI) сияқты жаңа әдістер жақында әзірленді. Генетикалық FTD бойынша зерттеулер өзгерістерді белгілер пайда болғанға дейін 30 жыл бұрын байқауға болатынын көрсетеді. Сұр зат атрофиясы сияқты, әртүрлі топтарда ақ заттың ерте тартылуының әртүрлі үлгілері байқалады: пресимптомдық MPT мутациясының тасымалдаушыларында унцинат фасцикуласында және парагиппокамп белдеуінде өзгерістер болады, ал GRN мутациясының тасымалдаушылары алдыңғы және артқы ішкі капсуланың зақымдалуын көрсетеді. C9orf72 кеңеюінің пресимптоматикалық тасымалдаушыларында артқы таламус радиусы, артқы тәждің радиатасы және корпус каллозы жотасы сияқты артқы тракттарда пайда болатын ақ зат трактінің ертерек патологиясы бар. Жалғыз NODDI зерттеуі оның C9orf72 кеңейту тасымалдаушыларындағы ақ заттың ерте өзгерістерін анықтау үшін DTI-ге қарағанда сезімтал болуы мүмкін екенін көрсетеді.

Осылайша, қазіргі уақытта фронтотемпоральды деменциямен ауыратын науқастарды генетикалық зерттеу неврологияда жетекші орын алады. Уақытылы диагноз қою және емдеу фронтотемпоральды деменциямен ауыратын науқастардың өмір сүру сапасын жақсартады.

Әдебиеттер тізімі:

1. Coyle-Gilchrist IT, Dick KM, Patterson K, Vázquez Rodríguez P, Wehmann E, Wilcox A, Lansdall CJ, Dawson KE, Wiggins J, Mead S, Brayne C, Rowe JB (2016) Prevalence, characteristics, and survival of frontotemporal lobar degeneration syndromes. *Neurology* 86(18):1736–1743
2. Rascovsky K, Hodges JR, Knopman D, Mendez MF, Kramer JH, Neuhaus J, van Swieten JC, Seelaar H, Dopfer EG, (2011) Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain* 134(Pt 9):2456–2477
3. Gorno-Tempini ML, Hillis AE, Weintraub S, Kertesz A, Mendez M, Cappa SF, Ogar JM, Rohrer JD, Black S, (2011) Classification of primary progressive aphasia and its variants. *Neurology* 76(11):1006–1014
4. Strong MJ, Abrahams S, Goldstein LH, Woolley S, McLaughlin P, Snowden J, Mioshi E, Roberts-South A, Benatar M, Hortobágyi T, Rosenfeld J, Silani V, Ince PG, Turner MR (2017) Amyotrophic lateral sclerosis—frontotemporal spectrum disorder (ALS-FTSD): revised diagnostic criteria. *Amyotroph Later Scler Frontotempor Degener* 18(3–4):153–174
5. Armstrong MJ, Litvan I, Lang AE, Bak TH, Bhatia KP, Borroni B, Boxer AL, Dickson DW, Grossman M, Hallett M, Josephs KA, Kertesz A, Lee SE, Miller BL, Reich SG, Riley DE, Tolosa E, Tröster AI, Vidailhet M, Weiner WJ (2013) Criteria for the diagnosis of corticobasal degeneration. *Neurology* 80(5):496–503
6. Höglinger GU, Respondek G, Stamelou M, Kurz C, Josephs KA, Lang AE, Mollenhauer B, Müller U, Nilsson CMovement Disorder Society-endorsed PSPStudy Group (2017) Clinical diagnosis of progressive supranuclear palsy: the movement disorder society criteria. *Mov Disord* 32(6):853–864
7. Beck J, Rohrer JD, Campbell T, Isaacs A, Morrison KE, Goodall EF, Warrington EK, Stevens J, Revesz T, Holton J, (2008) A distinct clinical, neuropsychological and radiological phenotype is associated with progranulin gene mutations in a large UK series. *Brain* 131(Pt 3):706–720
8. Rohrer JD, Guerreiro R, Vandrovicova J, Uphill J, Reiman D, Beck J, Isaacs AM, Authier A, Ferrari R, Fox NC, Mackenzie IRA (2009) The heritability and genetics of frontotemporal lobar degeneration. *Neurology* 73:1451–1456
9. Wood EM, Falcone D, Suh E, Irwin DJ, Chen-Plotkin AS, Lee EB, Xie SX, Van Deerlin VM, Grossman M (2013) Development and validation of pedigree classification criteria for frontotemporal lobar degeneration. *JAMA Neurol* 70(11):1411–1417

10. Goldman JS, Farmer JM, Wood EM, Johnson JK, Boxer A, Neuhaus J, Lomen-Hoerth C, Wilhelmsen KC, Lee VM, Grossman M, Miller BL (2005) Comparison of family histories in FTLN subtypes and related tauopathies. *Neurology* 65(11):1817–1819
11. Po K, Leslie FV, Gracia N, Bartley L, Kwok JB, Halliday GM, Hodges JR, Burrell JR (2014) Heritability in frontotemporal dementia: more missing pieces. *J Neurol* 261(11):2170–2177
12. Mahoney CJ, Beck J, Rohrer JD, Lashley T, Mok K, Shakespeare T, Yeatman T, Warrington EK, Schott JM, (2012) Frontotemporal dementia with the C9ORF72 hexanucleotide repeat expansion: clinical, neuroanatomical and neuropathological features. *Brain* 135(Pt 3):736–750
13. Snowden JS, Rollinson S, Thompson JC, Harris JM, Stopford CL, Richardson AM, Jones M, Gerhard A, (2012) Distinct clinical and pathological characteristics of frontotemporal dementia associated with C9ORF72 mutations. *Brain* 135(Pt 3):693–708
14. Borroni B, Bonvicini C, Galimberti D, Tremolizzo L, Papetti A, Archetti S, Turla M, Alberici A, Agosti C (2011) Founder effect and estimation of the age of the progranulin Thr272fs mutation in 14 Italian pedigrees with frontotemporal lobar degeneration. *Neurobiol Aging* 32(3):555.e1–555.e8
15. Barandiaran M, Estanga A, Moreno F, Indakoetxea B, Alzualde A, Balluerka N, Martí Massó JF, de López Munain A (2012) Neuropsychological features of asymptomatic c.709–1G > A progranulin mutation carriers. *J Int Neuropsychol Soc* 18(6):1086–1090
16. Redaelli V, Rossi G, Maderna E, Kovacs GG, Piccoli E, Caroppo P, Cacciato F, Spinello S, Grisoli M, Sozzi G, Salmaggi A, Tagliavini F, Giaccone G (2018) Alzheimer neuropathology without frontotemporal lobar degeneration hallmarks (TAR DNA-binding protein 43 inclusions) in missense progranulin mutation Cys139Arg. *Brain Pathol* 28(1):72–76
17. de Majo M, Topp SD, Smith BN, Nishimura AL, Chen HJ, Gkazi AS, Miller J, Wong CH, Vance C, Baas F, (2018) ALS-associated missense and nonsense TBK1 mutations can both cause loss of kinase function. *Neurobiol Aging* 71:266. e1–266.e10
18. Floris G, Borghero G, Cannas A, Di Stefano F, Murru MR, Corongiu D, Cuccu S, Tranquilli S, Cherchi MV, Serra A, Loi G, Marrosu MG, Chio A, Marrosu F (2015) Clinical phenotypes and radiological findings in frontotemporal dementia related to TARDBP mutations. *J Neurol* 262:375–384

19. Gass J, Cannon A, Mackenzie IR, Boeve B, Baker M, Adamson J, Crook R, Melquist S, Kuntz K, Petersen R, (2006) Mutations in progranulin are a major cause of ubiquitin-positive frontotemporal lobar degeneration. *Hum Mol Genet* 15(20):2988–3001
20. Murphy NA, Arthur KC, Tienari PJ, Houlden H, Chiò A, Traynor BJ (2017) Age-related penetrance of the C9orf72 repeat expansion. *Sci Rep* 7(1):2116
21. Nicholson AM, Rademakers R (2016) What we know about TMEM106B in neurodegeneration. *Acta Neuropathol* 132(5):639–651
22. Pottier C, Zhou X, Perkerson RB 3rd, Baker M, Jenkins GD, Serie DJ, Ghidoni R, Benussi L, Binetti G, López de Munain A, (2018) Potential genetic modifiers of disease risk and age at onset in patients with frontotemporal lobar degeneration and GRN mutations: a genomewide association study. *Lancet Neurol* 17(6):548–558
23. Zhang M, Ferrari R, Tartaglia MC, Keith J, Surace EI, Wolf U, Sato C, Grinberg M, Liang Y, Xi Z, Dupont K, McGoldrick P, Rogaeva E, International FTDGC (2018) A C6orf10/LOC101929163 locus is associated with age of onset in C9orf72 carriers. *Brain* 141:2895–2907
24. Fournier C, Barbier M, Camuzat A, Anquetil V, French Clinical and Genetic Research Network on FTLT/FTLD-ALS; PREVDEMALS and FTLT-Exome Study Groups, Leguern E, Brice A, Le Ber I (2019) Relations between C9orf72 expansion size in blood, age at onset, age at collection and transmission across generations in patients and presymptomatic carriers. *Neurobiol Aging* 74:234. e1–234.e8
25. Koriath C, Lashley T, Taylor W, Druyeh R, Dimitriadis A, Denning N, Williams J, Warren JD, Fox NC, (2019) ApoE4 lowers age at onset in patients with frontotemporal dementia and tauopathy independent of amyloid- β copathology. *Alzheimers Dement (Amst)* 11:277–280
26. Rohrer JD, Crutch SJ, Warrington EK, Warren JD (2010) Progranulin-associated primary progressive aphasia: a distinct phenotype? *Neuropsychologia* 48(1):288–297
27. Devenney EM, Ahmed RM, Halliday G, Piguet O, Kiernan MC, Hodges JR (2018) Psychiatric disorders in C9orf72 kindreds: study of 1,414 family members. *Neurology* 91:e1498–e1507
28. Ducharme S, Bajestan S, Dickerson BC, Voon V (2017) Psychiatric presentations of C9orf72 mutation: what are the diagnostic implications for clinicians? *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 29:195–205
29. Bourinaris T, Houlden H (2018) C9orf72 and its relevance in Parkinsonism and movement disorders: a comprehensive review of the literature. *Mov Disord Clin Pract* 5(6):575–585

30. Koriath CA, Bocchetta M, Brotherhood E, Woollacott IO, Norsworthy P, Simón-Sánchez J, Mead S, Rohrer JD (2016) The clinical, neuroanatomical, and neuropathologic phenotype of TBK1-associated frontotemporal dementia: a longitudinal case report. *Alzheimers Dement (Amst)* 6:75–81
31. Caroppo P, Camuzat A, De Septenville A, Couratier P, Lacomblez L, Auriacombe S, Flabeau O, Journéa L (2015) Semantic and nonfluent aphasic variants, secondarily associated with amyotrophic lateral sclerosis, are predominant frontotemporal lobar degeneration phenotypes in TBK1 carriers. *Alzheimers Dement (Amst)* 1(4):481–486
32. Rohrer JD, Nicholas JM, Cash DM, van Swieten J, Doppler E, Jiskoot L, van Minkelen R, Rombouts SA, Cardoso MJ, (2015) Presymptomatic cognitive and neuroanatomical changes in genetic frontotemporal dementia in the genetic frontotemporal dementia initiative (GENFI) study: a cross-sectional analysis. *Lancet Neurol* 14:253–262
33. Jiskoot LC, Panman JL, van Asseldonk L, Franzen S, Meeter LHH, Donker Kaat L, van der Ende EL, Doppler EGP, Timman R, van Minkelen R, van Swieten JC, van den Berg E, Papma JM (2018) Longitudinal cognitive biomarkers predicting symptom onset in presymptomatic frontotemporal dementia. *J Neurol* 265:1381–1392
34. Cheran G, Wu L, Lee S, Manoochchhari M, Cines S, Fallon E, Lynch T, Heidebrink J, Paulson H, Goldman J, Huey E, Cosentino S (2019) Cognitive indicators of preclinical behavioral variant frontotemporal dementia in MAPT carriers. *J Int Neuropsychol Soc* 25(2):184–194
35. Premi E, Gualeni V, Costa P, Cosseddu M, Gasparotti R, Padovani A, Borroni B (2016) Looking for measures of disease severity in the frontotemporal dementia continuum. *J Alzheimers Dis* 52(4):1227–1235
36. Mioshi E, Hsieh S, Savage S, Hornberger M, Hodges JR (2010) Clinical staging and disease progression in frontotemporal dementia. *Neurology* 74(20):1591–1597
37. Meeter LH, Kaat LD, Rohrer JD, van Swieten JC (2017) Imaging and fluid biomarkers in frontotemporal dementia. *Nat Rev Neurol* 13:406–419
38. Cash DM, Bocchetta M, Thomas DL, Dick KM, van Swieten JC, Borroni B, Galimberti D, Masellis M, Tartaglia MC, Rowe JB, Graff C, Tagliavini F, Frisoni GB, Laforce R Jr, Finger E, de Mendonca A, Sorbi S, Rossor MN, Ourselin S, Rohrer JD, Genetic Ftd Initiative G (2018) Patterns of gray matter atrophy in genetic frontotemporal dementia: results from the GENFI study. *Neurobiol Aging* 62:191–196

39. Bertrand A, Wen J, Rinaldi D, Houot M, Sayah S, Camuzat A, Fournier C, Fontanella S, Routier A, Predict to Prevent Frontotemporal Lobar Degeneration and Amyotrophic Lateral Sclerosis (PREV-DEMALS) Study Group (2018) Early cognitive, structural, and microstructural changes in presymptomatic C9orf72 carriers younger than 40 years. JAMA Neurol 75(2):236–245
40. Bocchetta M, Iglesias JE, Scelsi MA, Cash DM, Cardoso MJ, Modat M, Altmann A, Ourselin S, Warren JD, Rohrer JD (2018) Hippocampal subfield volumetry: differential pattern of atrophy in different forms of genetic frontotemporal dementia. J Alzheimers Dis 64:497–504
41. Sha SJ, Miller ZA, Min SW, Zhou Y, Brown J, Mitic LL, Karydas A, Koestler M, Tsai R, Corbetta- (2017) An 8-week, open-label, dose-finding study of nimodipine for the treatment of progranulin insufficiency from GRN gene mutations. Alzheimers Dement (N Y) 3(4):507–512
42. Jiskoot LC, Panman JL, Meeter LH, Doppler EGP, Donker Kaat L, Franzen S, van der Ende EL, van Minkelen R, Rombouts SARB, Papma JM, van Swieten JC (2019) Longitudinal multimodal MRI as prognostic and diagnostic biomarker in presymptomatic familial frontotemporal dementia. Brain 142(1):193–208
43. Young AL, Marinescu RV, Oxtoby NP, Bocchetta M, Yong K, Firth NC, Cash DM, Thomas DL, Dick KM, Genetic FTD Initiative (GENFI); Alzheimer’s Disease Neuroimaging Initiative (ADNI) (2018) Uncovering the heterogeneity and temporal complexity of neurodegenerative diseases with subtype and stage inference. Nat Commun 9(1):4273

FTMAP: 76.29.29

Жумадилова А.Р¹. , Абабакирова Д. Т¹. , Саркулова И. С².

¹ «ОҚМА» АҚ, Шымкент қ., Қазақстан

²Қ. А. Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Шымкент қ.,
Қазақстан

БАЛАЛАРДАҒЫ БРОНХ ДЕМІКПЕСІНЕ МОНИТОРИНГ ЖҮРГІЗУ ЖӘНЕ БАҚЫЛАУДЫҢ ЗАМАНАУИ ӘДІСТЕРІ

Аннотация

Ресми статистикаға сәйкес, бүкіл әлемде бронх демікпесі диагнозы қойылған 300 миллионға жуық науқас тіркелген. Эпидемиологиялық зерттеулердің нәтижелері бронх

демікпесінің таралуының жоғары деңгейін анықтады (балалардың 6,9% – 1, ал балалар мен жасөспірімдерде 10% - ға дейін). Мақаламызда шетелдік және отандық авторлардың ғылыми жарияланымдары, соның ішінде Google Scholar және т.б. дерекқорларындағы рандомизацияланған бақыланатын зерттеулерге шолулар талданды. Іздеу мерзімі– 10 жыл. Мақсатымыз балалардағы бронх демікпесін бақылау деңгейін бағалау мен бақылаудың заманауи тәсілдерін жалпылау және жүйелеу

Кілт сөздер: бронх демікпесі, обструкция, жарияланым, балалар

Жумадилова А.Р.¹, Абабакирова Д. Т.¹, Саркулова И. С.³.

¹АО «ЮКМА», г. Шымкент, Казахстан

²Международный казахско-турецкий университет имени Х. А. Ясави, г. Шымкент, Казахстан

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОНТРОЛЯ И МОНИТОРИНГА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Аннотация

Согласно официальной статистике, во всем мире зарегистрировано около 300 миллионов пациентов с диагнозом бронхиальная астма. Результаты эпидемиологических исследований выявили высокий уровень распространенности бронхиальной астмы (6,9% – 1 у детей и до 10% у детей и подростков). В нашей статье проанализированы научные публикации зарубежных и отечественных авторов, в том числе обзоры рандомизированных контролируемых исследований в базах данных Google Scholar и др. Срок поиска - 10 лет. Цель обобщение и систематизация современных подходов к оценке и контролю уровня контроля бронхиальной астмы у детей.

Ключевые слова: бронхиальная астма, обструкция, публикации, дети.

Zhumadilova A.R.¹, Abubakirova D.T.¹, Sarkulova I.S.²

¹ JSC «SKMA», Shymkent, Kazakhstan

²International Kazakh-Turkish University named after Kh.A. Yasawi, Shymkent, Kazakhstan

MODERN METHODS OF CONTROL AND MONITORING OF BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN

Annotation

According to official statistics, there are about 300 million patients diagnosed with bronchial asthma worldwide. The results of epidemiological studies revealed a high prevalence of bronchial asthma (6.9% – 1 in children and up to 10% in children and adolescents). Our article analyzes scientific publications of foreign and domestic authors, including reviews of randomized controlled trials in Google Scholar databases, etc. The search period is 10 years. Purpose generalization and systematization of modern approaches to the assessment and control of the level of control of bronchial asthma in children

Key words: *bronchial asthma, obstruction , publications, children.*

Кіріспе. XX ғасырдың 90-шы жылдарының соңында Батыс Еуропа мен АҚШ-та бронх демікпесі бар науқастарға арналған бірнеше ірі фармацевтикалық зерттеулер жүргізілді. Осы зерттеулердің нәтижелері осы ауруды диагностикалау және фармакотерапия мәселелерінің іс жүзінде қаншалықты тиімді шешілетінін анықтауға, нақты медициналық рецепттердің сандық және сапалық көрсеткіштерін бағалауға, сондай-ақ олардың тиімділігін талдауға, демікпені бақылаудың орташа көрсеткіштері туралы түсінік алуға және пациенттердің жалпы емдеуге сәйкестігін анықтауға мүмкіндік береді[1]. Бронх демікпесінің қазіргі классификациясы бақылау деңгейін міндетті бағалауды, соңғысы жүргізілетін негізгі терапияның тиімділігін қамтиды, яғни бұлар медициналық көмектің сапасын көрсетеді. Сондықтан диагнозды тұжырымдау кезінде аурудың ауырлығымен қатар бронх демікпесін бақылау деңгейін жеке тармақпен көрсету керек (біріншісі негізгі терапияның көлемін анықтайды, екіншісі оның тиімділігін сипаттайды). Осыған байланысты дәрігердің бронх демікпесін бақылау деңгейін анықтаудың оңтайлы әдісін таңдау, сондай-ақ жаңа әдістерді әзірлеу мәселесі өзекті болып табылады. Ең алдымен, бұл педиатриялық тәжірибеде бақылау деңгейін диагностикалаудың заманауи тәсілдерін жүйелеуді, сондай-ақ оларды сыни талдауды қажет етеді[2].

Мақсаты: Мақаламызда шетелдік және отандық авторлардың ғылыми жарияланымдары, соның ішінде Google Scholar және т.б. дерекқорларындағы рандомизацияланған бақыланатын зерттеулерге шолулар талданды. Іздеу мерзімі– 10

жыл.Мақсатымыз балалардағы бронх демікпесін бақылау деңгейін бағалау мен бақылаудың заманауи тәсілдерін жалпылау және жүйелеу

Нәтижелер.Gina(Global Initiative for Asthma) жаһандық демікпе бастамасының тұжырымдамасы мен ұсыныстарына сәйкес бронх демікпесін емдеудің мақсаты оның өршуінің саны мен ауырлығын азайту және ең дұрысы (аурудың ауырлығына қарамастан) тұрақты клиникалық – фармакологиялық ремиссияға, яғни бақыланатын жағдайға, сондай – ақ өмірдің жоғары сапасына қол жеткізу болып табылады[3]. Күнделікті клиникалық тәжірибеде бронх демікпесінің өршуінің алдын алуда ең маңыздылары: науқасқа сәйкес келетін негізгі емдеуді насихаттау, науқас баламен және оның ата-анасымен максималды сәйкестікке қол жеткізу, науқастың жағдайын жүйелі медициналық бақылау және асқыну жағдайында маман дәрігерге (пульмонолог/аллерголог) жедел жолдамаға жіберу. Клиникалық тәжірибеде қолданылатын бронх демікпесін бақылау деңгейін бағалау әдістерін клиникалық (дәрігердің бақылаудың ең маңызды клиникалық критерийлерінің жиынтығын талдауы, пациенттің стандартталған сауалнамаларды пайдаланудағы бақылау деңгейін өзін-өзі бағалауы) және функционалдық (спирометрия, бодиплетизмография, ағынды үзу әдісі, импульстік осциллометрия, пикфлуметрия,компьютерлік бронхофонография,дем шығаратын ауаның метаболиттерінің деңгейін анықтау-тыныс алу жолындағы аллергиялық қабынудың биомаркерлері және т.б.) [4].

Балалардағы бронх демікпесін бақылауды бағалаудың клиникалық-анамнестикалық әдістері.Пациенттердің ауруды бақылау деңгейі бойынша градациясы Gina-да кесте түрінде ұсынылған анамнезге сәйкес белгіленген клиникалық симптомдар негізінде дәрігер анықтайтын объективті критерийлерге негізделген.Бұл тәсіл отандық тәжірибеде қолдану үшін де ұсынылады. Бақылау деңгейін өзін-өзі бағалау әдістерінің ішінде педиатриялық тәжірибеде қолданылатын үш расталған сауалнаманы бөліп көрсету керек [6].

Балалардағы бронх демікпесін бақылау деңгейін бағалаудың функционалды әдістері. Жоғарыда аталған клиникалық тәсілдер денсаулық сақтаудың бастапқы буынында амбулаториялық жағдайда күнделікті бақылау үшін өте ыңғайлы,бірақ олар функционалды диагнозды ескермейді, өйткені олар бронх ағашының патенттілігін, оның гиперреактивтілігін және бронх обструкциясының қайтымдылығын объективті түрде көрсетпейді[5]. Бұл көрсеткіштер бақылау деңгейін дәлірек бағалау үшін маңызды және мамандандырылған медициналық көмек деңгейінде қолданылады (дәрігер пульмонолог және аллерголог-иммунолог).Сыртқы тыныс алу функцияларын зерттеу функционалды

диагноз қоюға мүмкіндік береді. Бақылау тұрғысынан ең маңыздысы бронх демікпесі айқын сыртқы (жөтел, ентігу, қашықтықтан ысқырықты сырылдар) және физикалық(қатты тыныс алу, құрғақ ысқырықтар) белгілері болмаған кезде жасырын бронхиалды обструкцияның функционалды диагностикасы болып табылады. Спирометрия-табиғи тыныс алу процесінде және форсирленген дем шығару сынағын орындау кезінде өкпе көлемінің динамикасын тіркеу әдісі[6].

Бодиплетизмография газдың белгіленген мөлшерінің изотермиялық жағдайында көлем (V) мен қысым (P) арасындағы байланысқа,яғни Бойль-Мариотт Заңына($P \times V = \text{const}$)негізделген. Сондықтан, спирометриямен анықталатын өкпе көлемінен басқа, кеуде ішілік газ көлемін және өкпенің қалдық көлемін есептеу мүмкіндігі бар, олардың ұлғаюы бронхиалды обструкцияның, соның ішінде жасырын обструкцияның болуымен тікелей байланысты. Әдістің шектелуі-баланың жасы (5 жастан асқан балаларда қолданылады) және науқаста клаустрофобия болатын болса [7].

Импульстік осциллометрия (ИОМ) тыныш тыныс алу кезінде және 5-35 Гц жиілік диапазонында сыртқы мәжбүрлі тербелістерді өздігінен тыныс алу кезінде тыныс алу жолдарындағы осцилляторлық қарсылық параметрлерін өлшеуге негізделген.Бұл жалпы тыныс алу кедергісін тіркейді: 5 Гц тербеліс жиілігіндегі тыныс алу кедергісі және 5 және 20 Гц тербеліс жиілігіндегі оның резистивті компоненті. Бұл форсирленген дем шығару көлемі көрсеткіштерімен тығыз байланысты,оның бірінші секундында және тыныс алу жолдарының өткізгіштігін толық көрсетеді.

Компьютерлік бронхофонография (КБФГ) 200-12 600 Гц диапазонында олардың амплитудалық-жиілік сипаттамаларын талдай отырып, тыныш тыныс алу кезінде тыныс алу шуларын тіркеуге негізделген. Бронхиалды өткізгіштікті сипаттайтын негізгі көрсеткіш-жоғары жиілікті спектрдегі тыныс алудың акустикалық жұмысы (АКРД, мкДж), оның ұлғаюы 0,2 мкДж-ден асады, субъектінің жасына қарамастан, бронхиалды обструкцияның болуын сипаттайды. Әдістің шектелуі сыртқы бөгде дыбыстардың анақталмауы, соның ішінде пациент тарапанынан да болмау қажеттілігі болып табылады[8].

Пикфлоуметрия (ПФМ)-тыныс алу жолдарының өткізгіштігінің жалғыз көрсеткішін – дем шығарудың ең жоғары жылдамдығын (ПСВ, л/мин) тіркеуге мүмкіндік беретін портативті аппарат –пикфлоуметр көмегімен жүзеге асырылады. Әдістің артықшылығы оның тасымалдануы және қолданудың қарапайымдылығы болып табылады, сондықтан үйдегі бронхтың өткізгіштігін күнделікті бақылау үшін(әдетте

таңертең және кешке), соның ішінде бронх демікпесін бақылау деңгейін өзін-өзі бағалау үшін пикфлоуметрия ұсынылады. Пациент толтырған пикфлуометрия күнделігін дәрігер бронх демікпесін бақылау деңгейін бағалау және негізгі терапияны бұрынғы көлемде сақтау немесе түзету туралы шешім қабылдау үшін талдайды. Пикфлоуметрия күнделігін талдау бронх тонусының тұрақсыздығын сипаттайтын тәуліктік және апталық өзгергіштік шың дем шығару жылдамдығы сияқты туынды көрсеткіштерді есептеуге мүмкіндік береді, дем шығардың е жоғары жылдамдығының тиісті орташа көрсеткіштері болса да, бронхомоторлы тонустың тұрақсыз күйін диагностикалауға мүмкіндік береді, бұл ауруды бақылаудың жеткіліксіздігін білдіреді. Осылайша, сыртқы тыныс алу функциясын зерттеу әдістері бронх демікпесін бақылауды бағалауды объективті етуге мүмкіндік береді. Rint әдістері, импульстік осциллометрия және компьютерлік бронхофонография мәжбүрлі тыныс алу маневрлерін қажет етпейді, сондықтан 5 жасқа дейінгі балаларға бейімделген, ал компьютерлік бронхофонография тіпті жаңа туған нәрестелерде де сәтті қолданылады.

Бронх демікпесін бақылау деңгейін анықтаудағы функционалды респираторлық тесттер(ФРТ). Барлық тыныс алу сынақтары 2 топқа бөлінеді: бронходилатационды (ВДТ) және бронхопровокационды (ВПТ). Біріншісі бронх обструкциясының болуы мен қайтымдылық дәрежесін диагностикалау үшін, екіншісі бронх ағашының гиперреактивтілігін анықтау үшін қолданылады. Функционалдық респираторлық тесттерді(ФРТ) орындау қажеттілігі бронхиалды өткізгіштіктің бастапқы деңгейін тіркеу бронхомоторлы тонустың жай-күйін бағалау үшін жеткіліксіз болуы мүмкін екендігімен байланысты, өйткені оның абсолютті мәні, зерттеу әдісіне қарамастан, анықтамалық мәндер түріндегі орташа нормамен байланысты. Сондықтан "жеке норма" ұғымы енгізіледі – белгілі бір уақыт аралығында белгілі бір пациент үшін ең жақсы көрсеткіш. Осыған байланысты дәрігер белгілі бір нәтижені "жеке норма" мәнімен, демек, абсолютті көрсеткіштер бойынша бронх өткізгіштігін зерттеу нәтижелерін бағалаумен байланыстыруда қиындық тудырады. Екіншіден, ОБО және ГБР бронх демікпесінің маңызды патогенетикалық критерийлері болып табылады, сондықтан клиникалық интерпретация, соның ішінде бронх демікпесін бақылау деңгейін анықтау керек[9].

Бақылау деңгейі және вегетативті жүйке жүйесінің жағдайы. Бронх демікпесі бар 88 баладан тұратын авторлар тобы АСТ, АСQ-5 сауалнамаларының деректері бойынша бақылау деңгейі мен вегетативті жүйке жүйесінің жай-күйін сипаттайтын көрсеткіштер-Кердо және Хильдебрандт индекстері арасында байланыс орнатты. Алайда,

бақыланатын күйді сипаттайтын осы коэффициенттердің нақты шекті деңгейлері берілмеген. Бронх демікпесін бақылау деңгейін бақылау. Бронх демікпесін бақылаудың жеткіліксіз деңгейіне байланысты пациенттердің едәуір бөлігінде бақыланатын жағдайға жету үшін базистік терапияны уақтылы түзету мақсатында оны анықтау әдістерін белсенді іздеу жүргізіледі. Бронх демікпесін бақылаудың перспективалы және дамып келе жатқан құралдарының бірі телемедицина болуы мүмкін[17].

Қорытынды. Осылайша, бронх демікпесін бақылауға қол жеткізу және қолдау негізгі терапия тиімділігінің негізгі критерийі болып табылады. Бақыланатын жағдайға жетудің маңызды шарты клиникалық және функционалдық әдістерді пайдалана отырып, бақылау деңгейін бақылау болып табылады, олардың ішінде балалық шақта өзін-өзі бақылау үшін ең адекватты түрлеріне-АСТ-тест және пикфлоуметрия жатады. Бронх демікпесін бақылау үшін өзін-өзі бақылау әдістерін қолдану пациенттер мен олардың ата-аналарын демікпе мектебінде алдын ала оқытуды қажет етеді[10].

Демікпенің екі жақты мониторингі оның деңгейіне объективті клиникалық және функционалдық баға беруге мүмкіндік беретін қашықтықтан да, бетпе-бет консультацияларда да дәрігердің міндетті бақылауын қамтуы тиіс. Функционалды әдістерді таңдау науқастың жасына байланысты, жас балалар жедел дем шығаруды қажет етпейтін жасырын бронхоспазмды диагностикалау әдістерін қолдануы керек: компьютерлік бронхофонография, импульстік осциллометрия және ағынды үзу әдісі. Балалардағы бронх демікпесінің жедел қашықтықтан мониторингінің клиникалық және функционалдық тиімділігін бағалау бойынша зерттеулер жүргізу перспективалары болуы керек. Педиатриялық тәжірибеде бронх демікпесін бақылау деңгейін нақтылау үшін бронходилатация және бронхоправакационды тест нәтижелерінің диагностикалық маңыздылығын одан әрі зерттеу және бағалау қажет.

Мүдделер қақтығысы. Мүдделер қақтығысы жоқ.

Авторлардың үлесі. Барлық авторлар осы мақаланы жазуға тең дәрежеде қатысты. Бұл материал басқа жарияланмаған және басқа басылымдардың қарауына ұсынылмаған. Қаржыландыру жүргізілмеді.

Әдебиеттер тізімі

1. Балаболкин И. И., Булгакова В. А. Бронхиальная астма у детей. – 2015.

2. Геппе Н. А., Каганов С. Ю. Национальная программ" Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика" и ее реализация //Пульмонология. – 2021. – №. 1. – С. 38-42.
3. Чучалин А. Г. и др. Национальная программа" Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика". – 2008.
4. Овсянников Д. Ю., Фурман Е. Г., Елисеева Т. И. Бронхиальная астма у детей //М.: РУДН. – 2019. – Т. 211.
5. Абдрахманова С. Т. и др. Национальная программа" Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика". – 2017.
6. Огородова Л. М. и др. Тяжелая бронхиальная астма у детей //Пульмонология. – 2021. – №. 1. – С. 68-71.
7. Зайцева О. В., Муртазаева О. А. Бронхиальная астма у детей: современные аспекты терапии //Вопросы современной педиатрии. – 2011. – Т. 10. – №. 6. – С. 148-156.
8. Зайцева С. В. и др. Тяжелая бронхиальная астма у детей //Аллергология и иммунология в педиатрии. – 2019. – №. 3 (58). – С. 4-14.
9. Геппе Н. А. Бронхиальная астма у детей. Направления в совершенствовании ведения пациентов //Медицинский совет. – 2013. – №. 11. – С. 26-33.
10. Клименко В. А. и др. Вирус-индуцированная бронхиальная астма у детей: состояние проблемы и пути решения //Астма та алергія. – 2011. – Т. 4. – С. 50-57

УДК 616 008

Захидова М.У.¹, Миралимова Ш.М.², Мирзарахимова М.Р.²

¹ЦРПКМР, г.Ташкент, Узбекистан

²Институты микробиологии АН РУз, г.Ташкент, Узбекистан

ЛЕЧЕНИЕ АНТИБИОТИКОАССОЦИИРОВАННЫХ ДИАРЕЙ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Аннотация

Дисбактериоз - один из наиболее частых синдромов, с которыми сталкиваются врачи различных профилей. Это состояние может являться следствием целого ряда заболеваний или токсических влияний. В статье даётся описание принципов и тактики лечения дисбактериоза у детей с помощью многокомпонентного препарата Пробиокейр-AWL. Проведено клиническое исследование препарата у детей болеющих респираторной

инфекцией, получавших лечение антибиотиками на фоне которого развилась антибиотик ассоциированная диарея. Хороший результат был получен у 82 % детей, у которых на 4-5 сутки приема нормализовался стул. Знание преимуществ и механизмов действия позволяет правильно использовать этот препарат для профилактики и лечения кишечных инфекций у детей.

Ключевые слова: Дисбактериоз, антибиотикотерапия, пробиотическая терапия, микрофлора кишечника.

Zahidova M.U.¹, Miralimova Sh.M.², Mirzarakhimova M.R.²

¹CDPQMW, Tashkent, Uzbekistan

²Institute of Microbiology of the Academy of Sciences of the Republic of Uzbekistan, Tashkent, Uzbekistan

Treatment of antibiotic-associated diarrhea in children in a family clinic

Annotation

Dysbacteriosis is one of the most common syndromes faced by doctors of various profiles. This condition may be the result of a number of diseases or toxic influences. The article describes the principles and tactics of treating dysbacteriosis in children with the help of the multicomponent drug Probiocare-AWL. A clinical study of the drug was carried out in children with a respiratory infection who received antibiotic treatment against which antibiotic-associated diarrhea developed. A good result was obtained in 82% of children, whose stools returned to normal on the 4rd-5th day of administration. Knowledge of the benefits and mechanisms of action allows the correct use of this drug for the prevention and treatment of intestinal infections in children.

Key words: Dysbacteriosis, antibiotic therapy, probiotic therapy, intestinal microflora.

Захидова М.У.¹, Миралимова Ш.М.², Мирзарахимова М.Р.²

¹МҚКБДО, Ташкент қ., Өзбекстан

²-Өзбекстан Республикасы ғылым академиясының микробиология институты,
Ташкент қ., Өзбекстан

ОТБАСЫЛЫҚ ЕМХАНА ЖАҒДАЙЫНДА БАЛАЛАРДАҒЫ АНТИБИОТИКТЕРМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ДИАРЕЯНЫ ЕМДЕУ

Аннотация

Дисбиоз-әртүрлі медицина салаларындағы дәрігерлер жиі кездесетін синдромдардың бірі. Бұл жағдай бірқатар аурулардың немесе уытты әсерлердің нәтижесі болуы мүмкін. Мақалада пробиоцейр-АВЛ көп компонентті препаратын қолдана отырып, балалардағы дисбиозды емдеудің принциптері мен тактикасы сипатталған. Препараттың клиникалық зерттеуі респираторлық инфекциясы бар балалар арасында жүргізілді. Респираторлық инфекциясы бар балаларда антибиотиктермен емдеу нәтижесінде антибиотиктермен байланысты диарея пайда болды. Балалардың 82%-хороший жақсы нәтижеге қол жеткізілді, қабул килиш препаратын қабылдаудың 4-5-ші күні нәжістің кетуі қалыпты болды. Бұл препаратты әсер ету механизмдерін білудің арқасында балалардағы ішек инфекцияларының алдын алу және емдеу үшін қолдануға мүмкіндік береді.

Кілт сөздер: дисбиоз, антибиотикалық терапия, пробиотикалық терапия, ішек микрофлорасы.

Актуальность. Дисбактериоз - один из наиболее частых синдромов, с которыми сталкиваются врачи различных направлений медицины. Особенно это проблема актуальна среди врачей первичного звена здравоохранения. Увеличение общего числа микроорганизмов, содержащих как полезных, так и условно патогенной флоры в тонком кишечнике, происходит изменение бактериального спектра со сдвигом в сторону грамотрицательных и анаэробных штаммов, что приводит к преждевременной деконъюгации желчных кислот. Дефицит желчных кислот способствует развитию стеатореи. Микробы разрушают и инактивируют пищеварительные ферменты, приводя к нарушению переваривания химуса. В условиях нарушения полостного пищеварения, нутриенты подвергаются гнилоственному разложению и брожению, что наряду с гиперосмолярностью химуса, усугубляется снижение всасывания воды и электролитов. Повышенное газообразование вызывает метеоризм, дистензионные боли, уменьшающиеся после акта дефекации. При длительной персистенции нетипичной флоры в кишечнике, развиваются симптомы мальабсорбции белков, жиров, витаминов А,Д,Е,К,В₁₂, нарушается обмен холестерина, снижается масса тела. Увеличение общего числа микроорганизмов, содержащих как полезных, так и условно патогенной флоры в тонком кишечнике, происходит изменение бактериального спектра со сдвигом в сторону грамотрицательных и анаэробных штаммов, что приводит к преждевременной деконъюгации желчных кислот. Дефицит желчных кислот способствует развитию стеатореи. Микробы разрушают и инактивируют пищеварительные ферменты, приводя к нарушению переваривания

химуса. В условиях нарушения полостного пищеварения, нутриенты подвергаются гнилоственному разложению и брожению, что наряду с гиперосмолярностью химуса, усугубляется снижение всасывания воды и электролитов. Повышенное газообразование вызывает метеоризм, дистензионные боли, уменьшающиеся после акта дефекации, развиваются симптомы мальабсорбции белков, жиров, витаминов А,Д,Е,К,В₁₂, нарушается обмен холестерина, снижается масса тела, с развитием трофологической недостаточности. Это состояние связано с рядом причин:

- нерациональное питание, в том числе диеты, приводящей к нарушению переваривания и всасывания; -заболеваниями желудочно-кишечного тракта, связанные с нарушением моторики: гастростаз, дуоденостаз, дивертикулиты, хронические запоры;

- хронические воспалительные заболевания кишечника – НЯК, болезнь Крона;

- злокачественные заболевания;

- антибиотикотерапия;

- длительные приемы лекарств, влияющих на моторику, регенерацию эпителия кишечника;

- частые «гидроколонотерапии»;

- состояния после хирургических вмешательств: наложение анастомозов, ваготомии; холецистэктомии, резекции кишечника.

В условиях первичного звена здравоохранения методами диагностики таких состояний является:

- данные анамнеза (операции на желудочно-кишечном тракте, антибиотикотерапия);

- инструментальная диагностика (УЗИ, рентгенологические и эндоскопические исследования);

- прямая диагностика нарушения микробного состава кишечника путем посева содержимого на питательные среды.

Для лечения диареи рекомендуется прием симптоматических и лечебных средств. К симптоматическим относятся регидранты для перорального приема; препараты, снижающие моторику кишечника; вяжущие и обволакивающие средства; энтеросорбенты. Лечебные противодиарейные средства включают: кишечные антисептики и антибиотики; противовоспалительные препараты; пробиотики и пребиотики; ферментные препараты для полостного пищеварения.

Цель: Описание принципов и тактики лечения дисбактериоза у детей с помощью многокомпонентного препарата Пробиокейр-AWL.

Материалы и методы исследования: В статье даётся описание принципов и тактики лечения дисбактериоза у детей с помощью много компонентного препарата Пробиокейр-AWL. , разработанного в Институте микробиологии АН РУз.

Пробиокейр-AWL является пробиотическим препаратом третьего поколения и представляет из себя консорциум трех групп пробиотических бактерий - лактобактерии, бифидобактерии и энтерококки, которые представлены семью видами: *Bifidobacterium animalis*, *Bifidobacterium infantis*, *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus delbrueckii*, *Lactobacillus fermentum*, *Enterocococcus faecium*.

Каждый из микроорганизмов в составе препарата обладает полезными свойствами. Так, *Bifidobacterium animalis* обладает иммуномодулирующими свойствами, адгезирует в кишечнике и усиляет его барьерную функцию, *Bifidobacterium infantis* предотвращает воспалительные процессы в кишечнике и модулирует кишечную микрофлору, бактерии рода *Lactobacillus* и *Enterocococcus* обладают выраженной антимикробной активностью по отношению к патогенным и условно-патогенным микроорганизмам.

Проведено клиническое исследование препарата у 23 детей, болеющих респираторной инфекцией, получавших лечение антибиотиками, на фоне которого развилась антибиотико - ассоциированная диарея. Сопутствующей симптоматикой, помимо изменений дыхательной системы, были: повышение температуры тела - 1случай, боль в животе - 5 случаев, диарея - у 23 детей, рвота - у 4-х, слабость и отсутствие аппетита - у 1 ребенка . Назначение комплексного пробиотика Пробиокейр – AWL по показаниям принимали дети по 1 капсуле в день 1 раз.

В первый день назначения у детей не было признаков улучшения. Во второй день приема только у 3-х детей было улучшение -13 %. У остальных 20 детей во второй день диарея продолжалась. В третий день приема улучшение самочувствия отмечено у 19 детей, диарея прошла в одном случае, частый стул сменялся более редкий в 2-х случаях. В четвертый день наблюдения хорошо себя чувствовали 19 детей (82%), диарея отмечалась в день 1-2 раза. В трех случаях диареи не было, состояние оценивалось как отличное. На пятый день наблюдения из 23 детей у 19 ти детей результаты были хорошими (82%), в 6 случаях исчезли все симптомы диспепсии. Знания преимуществ и механизмов действия позволяет правильно использовать этот препарат для профилактики и лечения кишечных инфекций у детей.

Результаты исследования: Таким образом, положительные результаты, полученные при назначении препарата Пробиокейр–AWL в течении 4-5 дней способствовали лечению диареи, спазмов, боли в животе у 82% детей.

Широкий спектр действия препарата Пробиокейр–AWL, содержащий три группы полезных бактерий -лактобациллы, бифидобактерии, а также энтеробактерии обеспечили положительный клинический эффект, благодаря наличию в этом комплексе бактерий антагонистического воздействия на патогенную и условно-патогенную флору.

Выводы:

1. Прием комплекса лакто-, бифидо и энтеробактерий в препарате Пробиокейр–AWL при диарее у детей, связанной с респираторной инфекцией и приемом антибиотиков, оказал положительный клинический эффект (82% детей имели хороший результат).

2. Комплексный препарат Пробиокейр – AWL при антибиотико-ассоциированной диарее, благодаря антагонистическому действию компонентов, восстановил микробиоценоз кишечника у детей с респираторной инфекцией.

3. При назначении антибиотиков у детей и взрослых можно параллельно назначать комплекс полезных бактерий в самом начале лечения антибиотиками и следует продолжать его в течение 14 дней после антибиотикотерапии.

4. Для дифференциальной диагностики вида, причины, патогенеза диареи изначально необходимо изучить спектр полезных бактерий в кишечнике и провести лечебные мероприятия с целью не только восстановить баланс, но и улучшить иммунитет организма и ограничить воспалительные явления на слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта.

Список литературы:

1. Захидова М.З., Захидова М.У. Алгоритм диагностики и лечения диареи в общеврачебной практике. Учебно-методическое пособие. 80 стр. Ташкент 2019 год.

2. Probiotics for the prevention of pediatric antibiotic- associated diarrhea/ Johnston B.C., Goldenberg J.Z., Vandvik P.O. et al. // Cochrane Database Syst. Rev.-2011.- Iss.11, Art.No.CD004827.

3. Recommendations for Probiotic Use -2015 Update :Proceedings and Consensus Opinion /Floch M.H., Walker W.A., Sanders M.E. et al. J. Clin .Gastroenterol .- 2015 –Vol.499 Suppl.1) – P.S69-S73.

4.Рациональное применение лекарственных средств для лечения острой диареи у детей. Женева Всемирная организация здравоохранения 1993 г 1 Diarrhea .Diagnostic and Therepeutic Advances Ed by Guandalini S, Vaziri H. Springer, 2011.

УДК 618.2-084

ББК51.1(5У)4

Мусаджанова Л.Х¹. , Имамова З.З¹., Низамов А². , Каипбекова Г.К³.

¹Республиканский центр повышения квалификации и специализации средних медицинских и фармацевтических работников, г.Ташкент, Узбекистан

²Медицинское объединение Алмазарского района, г.Ташкент, Узбекистан

³Нукусский филиал Республиканского центра повышения квалификации и специализации средних медицинских и фармацевтических работников, г.Ташкент, Узбекистан

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПОВЫШЕНИЮ КВАЛИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР РАБОТАЮЩИХ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ

Аннотация

Данная модель была рекомендована Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ) с целью выявления и снижения рисков медицинского или социального характера, угрожающих жизни, здоровью, развитию ребенка, а также уменьшения количества обязательных посещений в семье, не имеющих рисков. Согласно новой модели патронажного наблюдения существуют 2 подхода: универсальный и прогрессивный. Универсальное или обязательное патронажное наблюдение предоставляется всем беременным женщинам и детям до 5 лет и состоит из 2 дородовых патронажей к беременной женщине (в сроки до 12 недель и 32 недели беременности) и 9 посещений к детям по общей схеме наблюдения беременных, новорожденных и детей до 5 лет врачом/фельдшером и средним медицинским работником на дому и на приеме в медицинских организациях на уровне первично медицинско-санитарной помощи. Прогрессивный подход предусматривает патронажное наблюдение беременных женщин и детей, у которых были выявлены риски медицинского или социального характера, представляющие угрозу для их жизни, здоровья, развития и безопасности по схеме универсально-прогрессивной модели патронажа беременных и детей до 5 лет.

Ключевые слова: патронажная служба, универсально-прогрессивная модель патронажа, ПМСП, Узбекистан

Мусаджанова Л.Х.¹, Имамова З.З.¹, Низамов А.², Кербекова Г.К.³.

¹Орта медициналық және фармацевтикалық қызметкерлердің біліктілігін арттыру және мамандандыру республикалық орталығы, Ташкент қ., Өзбекстан

²Алмазар ауданының медициналық бірлестігі, Ташкент қ., Өзбекстан

³Орта медициналық және фармацевтикалық қызметкерлердің біліктілігін арттыру және мамандандыру республикалық орталығының Нукус филиалы, Ташкент қ., Өзбекстан

БАСТАПҚЫ БУЫНДА ЖҰМЫС ІСТЕЙТІН МЕДБИКЕЛЕРДІҢ БІЛІКТІЛІГІН АРТТЫРУДЫҢ ЖАҢА ТӘСІЛДЕРІ

Аннотация

Бұл модельді БҰҰ Балалар Қоры (ЮНИСЕФ) баланың өміріне, денсаулығына, дамуына қауіп төндіретін медициналық немесе әлеуметтік сипаттағы тәуекелдерді анықтау және азайту, сондай-ақ тәуекелдері жоқ отбасына міндетті түрде бару санын азайту мақсатында ұсынды. Патронажды бақылаудың жаңа моделіне сәйкес 2 тәсіл бар: әмбебап және прогрессивті. Әмбебап немесе міндетті патронаждық бақылау барлық жүкті әйелдер мен 5 жасқа дейінгі балаларға беріледі және жүкті әйелге 2 пренатальды патронаждан (жүктіліктің 12 аптасы мен 32 аптасына дейінгі мерзімде) және жүкті әйелдерді, жаңа туған нәрестелерді және 5 жасқа дейінгі балаларды бақылаудың жалпы схемасы бойынша 9 балаға барудан тұрады. дәрігер / фельдшер және үйдегі орта медициналық қызметкер алғашқы медициналық-санитарлық көмек деңгейінде медициналық ұйымдарда қабылдау кезінде. Прогрессивті тәсіл жүкті әйелдер мен 5 жасқа дейінгі балаларды патронаждаудың әмбебап-прогрессивті моделінің схемасы бойынша олардың өміріне, денсаулығына, дамуына және қауіпсіздігіне қауіп төндіретін медициналық немесе әлеуметтік сипаттағы қауіптері анықталған жүкті әйелдер мен балаларды патронаждық бақылауды көздейді.

Кілт сөздер: патронаж қызметі, патронаждың әмбебап-прогрессивті моделі, МСАК, Өзбекстан

Musadzhanova L.Kh¹, Imamova Z.Z¹, Nizamov A.², Kaipbekova G.K³.

¹Republican Center for Advanced Studies and Specialization of Secondary Medical and
Pharmaceutical Workers, Tashkent, Uzbekistan

²Medical association of Almazar district, Tashkent, Uzbekistan

²Nukus office of the Republican Center for Advanced Studies and Specialization of
Secondary Medical and Pharmaceutical Workers, Tashkent, Uzbekistan

NEW APPROACHES TO ADVANCED TRAINING OF NURSES WORKING IN PRIMARY CARE

Summary

This model was recommended by the United Nations Children's Fund (UNICEF) in order to identify and reduce medical or social risks that threaten the life, health, development of the child, as well as reduce the number of mandatory family visits that do not have risks. According to the new model of patronage observation, there are 2 approaches: universal and progressive. Universal or mandatory patronage supervision is provided to all pregnant women and children under 5 years of age and consists of 2 antenatal visits to a pregnant woman (up to 12 weeks and 32 weeks of pregnancy) and 9 visits to children according to the general scheme for monitoring pregnant women, newborns and children up to 5 years as a doctor / paramedic and paramedical worker at home and at the reception in medical organizations at the level of primary health care. The progressive approach provides for the patronage supervision of pregnant women and children who have identified medical or social risks that pose a threat to their life, health, development and safety according to the scheme of the universally progressive model of patronage for pregnant women and children under 5 years of age.

Key words: *patronage service, universally progressive model of patronage, PHC, Uzbekistan*

Актуальность. В целях последовательного продолжения осуществляемых в системе здравоохранения реформ, обеспечения исполнения приоритетных задач, определенных в области охраны здоровья населения, создания необходимых условий для повышения потенциала медицинских работников, а также учитывая предложения общественности по повышению масштаба и качества медицинских услуг выделить семейным врачебным пунктам и семейным поликлиникам начиная с 2021 года — по 2022 года дополнительно 20 тысяч, штатов средних медицинских работников для налаживания деятельности «медицинских бригад», а также расширения охвата оказанием более качественных

медицинских услуг населению районными (городскими) многопрофильными центральными поликлиниками.[1]

Цель. С привлечением Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ) и ведущих зарубежных экспертов усовершенствовано система подготовки и повышения квалификации средних медицинских работников с полным пересмотром их квалификационных требований, функций, полномочий, ответственности, расширения направлений специализации, должностей, а также учебных программ и планов с точки зрения повышения статуса средних медицинских работников.

Внедрение услуг матерям и детям в учреждениях первично медико-санитарной помощи универсально-прогрессивной модели.

Задачи. Организация патронажной службы по универсальной прогрессивной модели, оказать патронажные услуги по профилактике заболеваний матерей и детей по универсальной прогрессивной модели, введение патронажной работы на дому детей по проблемам возникающим при их воспитании и развитии, роль отцов в воспитании детей, защита детей от жестокого обращения, устранение стигматизации и дискриминации между населением и патронажной медсестрой, развитие отношений между отцом-матерью и ребенком, работа с партнерскими организациями, помощь в проведении разъяснительной работы о необходимости позитивного использования имеющихся в семье возможностей для воспитания детей, укрепления их здоровья и создания безопасной среды, повышение медицинской культуры среди населения, формирование здорового образа жизни, обучение предупреждению распространенных заболеваний путем проведения профилактических мероприятий.

Материалы и методы исследования. Изучение нормативно-правовой базы Республики Узбекистан. Схема универсально-прогрессивной модели патронажа беременных, новорожденных и детей до 5 лет регламентируется Указом Президента и указательным письмом Министерство здравоохранения Республики «Об организации работы патронажных медсестер в первично медико-санитарной помощи [2,3].

С целью выполнения поставленных задач разработано учебная программа - «Медсестры медицинской бригады» обучения по повышению квалификации в учреждениях первично медико-санитарной помощи по универсально-прогрессивной модели. Организация предврачебных кабинетов в семейных поликлиниках и пунктах семейного врача.

На основании приказа Министерство здравоохранения Республики Узбекистан от 21 декабря 2021года № 287 «План мер по внедрению универсально- прогрессивной модели патронажа на практику».

С 1 января 2022 года внедрено новый модель патронажа во всех регионах в соответствии с утвержденным Положением на практику деятельности учреждений первичной медико-санитарной помощи;

Доставлены литературы и пособий, предоставленных ЮНИСЕФ, всему медицинскому персоналу. Оформляется отчеты и отчетные документысоответственно по универсально–прогрессивной модели.

Описание этапов исследования. Патронаж - активное посещение на домумедицинским персоналом учреждений первичной медико-санитарной помощи, основной целью которого является проведение профилактических, санитарно-просветительских мероприятий населению, а в ряде случаев - получение информации о состоянии больного. Патронаж могут осуществлять семейные врачи и медсестры медицинской бригады. Универсально-прогрессивная модель патронажного обслуживания может применяться в сфере работы семейного врача, поскольку патронажное обслуживание осуществляется на всех уровнях семьи. В целях повышения эффективности работы медицинских сестер медицинской бригады необходимо обеспечить их комплектом необходимых материалов (ростометр, горизонтальные весы для детей, электронные весы для взрослых, сантиметровая лента, измеритель температуры тела, тонометр с фонендоскопом, таймер, аэрозольный дезинфектант).

Каждая семейная медсестра должна быть обеспечена необходимыми источниками информации (практические пособия, методические указания для медицинских сестер, брошюры, заметки и др.).

Данная модель была рекомендована Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ) с целью выявления и снижения рисков медицинского или социального характера, угрожающих жизни, здоровью, развитию ребенка, а также уменьшения количества обязательных посещений в семье, не имеющих рисков. Согласно новой модели патронажного наблюдения существуют 2 подхода: универсальный и прогрессивный. Универсальное или обязательное патронажное наблюдение предоставляется всем беременным женщинам и детям до 5 лет и состоит из 2 дородовых патронажей к беременной женщине (в сроки до 12 недель и 32 недели беременности) и 9 посещений к детям по общей схеме наблюдения беременных, новорожденных и детей до 5 лет врачом/фельдшером и средним

медицинским работником на дому и на приеме в медицинских организациях на уровне первично медицинско-санитарной помощи. Прогрессивный подход предусматривает патронажное наблюдение беременных женщин и детей, у которых были выявлены риски медицинского или социального характера, представляющие угрозу для их жизни, здоровья, развития и безопасности по схеме универсально-прогрессивной модели патронажа беременных и детей до 5 лет.

Для реализации патронажной службы в Республике Узбекистан выполнены ряд задач. Сформирован список детей до года и 5 лет согласно регистру прикрепленного населения. Контроль за посещениями на дому осуществляется заведующими отделениями и старшими медицинскими сестрами. Во-вторых, подготовлен участковой сетью индивидуальный план мероприятий патронажного наблюдения. Хотелось бы отметить, роль социальных работников и психологов, а также партнерских организаций «Махалля» по оказанию помощи детям с группой риска. В-третьих, списки беременных женщин ставших на учет по беременности предоставляется гинекологическим отделением для осуществления дородового патронажа участковой службой. Проведен курс по ознакомлению важных вопросов патронажного наблюдения. Курс проводился координатором ЮНИСЕФ, врачами, медицинскими сестрами, прошедшими мастер-класс в г. Ташкенте, согласно разработанным учебным пособиям ЮНИСЕФ. Медицинские сестры ходили на патронаж, консультировали семьи в поликлинике, на занятиях составляли эко-карту ребенка, эко-карту семьи, выявляли сильные стороны, риски, составляли план наблюдения, решали тесты, ситуационные задачи, играли в ролевые игры. По успешному завершению курса тренерам представлены сертификаты. Сертифицированные тренерами начата обучение патронажных медицинских сестер в системе первично медико- санитарной помощи согласно графику утвержденным Министерство здравоохранения Республики Узбекистан (таблица 1).

Таблица 1. Подготовка патронажных медицинских сестер по направлению «Медсестры медицинской бригады» за 2021и 2022 годы

	Название учреждений	Патронажные медсестры		Патронажные медсестры	
		План 2021 года	Выполнение	План 2022 года	Выполнение
	Республиканский центр	8132	7477	1200	750

	Бухарский филиал	2837	2880	510	552
	Андижанский	4612	4542	555	594
	Гулистанский филиал	1776	1770	75	94
	Джиззахский филиал	2038	2069	150	187
	Наманганский филиал	4145	4327	270	374
	Навоийский филиал	1470	1525	135	182
	Нукусский филиал	2799	2799	615	624
	Термезский филиал	3877	3968	750	939
	Ургенчский филиал	2753	2767	480	575
	Самаркандский филиал	5718	5356	1050	460
	Какандский филиал	2342	2407	255	185
	Каршинский филиал	5001	5301	1005	817
	Ферганский филиал	3225	2975	600	684
	Итого	50725	50163	7650	7017

Тренеры Республиканского центра повышения квалификации и специализации средних медицинских и фармацевтических работников и его филиалов продолжают обучать патронажных медсестер города Ташкента и регионов. По сегодняшний день. За 2001-2022 годы 57180 медсестры получили сертификаты «Медсестры медицинской бригады» (курс 144 час).

Выводы. Медицинский работник в лице медицинской сестры может адекватно оценить социальные условия в семье и предотвратить насилие со стороны родителей по отношению к детям. Правильная организация патронажной службы даст возможность снизить младенческую и детскую смертность на территории поликлиники и в пунктах семейного врача.

Практическая значимость. При успешном внедрении универсально-прогрессивной модели патронажного обслуживания в краткосрочной и долгосрочной перспективе можно ожидать позитивные результаты со стороны детей, родителей, семьи, общества.

Личный вклад в выполнении представленной работы. Участие в создании литературы и пособий, предоставленных ЮНИСЕФ и доведение всему медицинскому персоналу. разработка учебных программ, организация учебного процесса, выдача сертификатов, оформление отчетов и отчетных документов соответственно по универсально–прогрессивной модели.

Список литература:

1. Указ президента Республики Узбекистан «О последовательном продолжении осуществляемых в системе здравоохранения реформ и создании необходимых условий для повышения потенциала медицинских работников» № УП-6221 от 5 мая 2021 г.
2. Указательное письмо Министра здравоохранения Республики Узбекистан от 31мая 2021года № 08-04-/5082 «Об организации работы патронажных медсестер в первично медико-санитарной помощи».
3. Приказа Министерство здравоохранения Республики Узбекистан от 21 декабря 2021 года № 287 «План мер по внедрению универсально- прогрессивной модели патронажа на практику».

УДК 616.72-002.77-06

Исакулова А.Е.¹, Досыбаева Г.Н.², Койгельдинова Ш.С.³

¹ «ОҚМА» АҚ, Шымкент, Қазақстан, <https://orcid.org/0000-0001-6980-7708>;

² «ОҚМА»АҚ, Шымкент, Қазақстан, <https://orcid.org/0000-0002-6318-5204> ;

³"Қарағанды медициналық университеті" КеАҚ, Қазақстан, <https://orcid.org/0000-0002-9366-1136> .

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕВМАТИЧЕСКОГО ВАРИАНТА ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА

Аннотация: Постковидті синдром-бұл COVID-19 жедел ағымынан кейін 12 аптадан астам уақытқа созылатын симптомдар кешені. Ұзақ ковидтің көп азгалы көріністері жүйелік аутоиммунды ревматологиялық ауруларға ұқсас белгілермен, атап айтқанда қабыну маркерлерінің жоғарылауымен, аутоантиденелердің болуымен және бейнелеу кезінде органға тән қабыну өзгерістерінің пайда болуымен еліктей алады.

Анамнезді мұқият жинау, физикалық тексеру және тиісті зерттеулер дәрігерлерге осы жағдайларды ажыратуға мүмкіндік береді.

Кілт сөздер: постковидті синдром, ұзаққа созылған ковид, ревматологиялық аурулар, жүйелі аутоиммунды ревматологиялық аурулар.

Исакулова А.Е.¹, Досыбаева Г.Н.², Койгельдинова Ш.С.³

¹ АО «ЮКМА», г.Шымкент, Казахстан, <https://orcid.org/0000-0001-6980-7708>;

² АО «ЮКМА», г.Шымкент, Казахстан, <https://orcid.org/0000-0002-6318-5204> ;

³НАО «Медицинский университет Караганды», г.Караганды, Казахстан,
<https://orcid.org/0000-0002-9366-1136> .

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕВМАТИЧЕСКОГО ВАРИАНТА МОСТОВИДНОГО СИНДРОМА

Аннотация: Постковидный синдром – это симптомокомплекс, сохраняющийся более 12 недель после острого течения COVID-19. Мультиорганные проявления длительного ковид могут имитировать системные аутоиммунные ревматологические заболевания, имея сходные с ними симптомы, а именно повышенные маркеры воспаления, наличие аутоантител и появляющиеся свидетельства органоспецифических воспалительных изменений при визуализации. Тщательный сбор анамнеза, физикальный осмотр и соответствующие исследования позволят клиницистам дифференцировать эти состояния.

Ключевые слова: постковидный синдром, длительный ковид, ревматологические заболевания, системные аутоиммунные ревматологические заболевания.

Isakulova A.E.¹, Dosybaeva G.N.², Koigeldinova S.S.³.

¹JSC «SKMA », Shymkent, Kazakhstan, <https://orcid.org/0000-0001-6980-7708>;

²JSC «SKMA », Shymkent, Kazakhstan, <https://orcid.org/0000-0002-6318-5204> ;

³NC JSC «Medical University of Karaganda», Karaganda, Kazakhstan,
<https://orcid.org/0000-0002-9366-1136>

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE RHEUMATIC VARIANT OF THE BRIDGE SYNDROME

Abstract: *Postcovid syndrome is a symptom complex that persists for more than 12 weeks after the acute course of COVID–19, which cannot be explained by another alternative diagnosis. Multi-organ manifestations of long-term covid can mimic systemic autoimmune rheumatological diseases, having symptoms similar to them, namely increased markers of inflammation, the presence of autoantibodies and emerging evidence of organ-specific inflammatory changes during imaging. A thorough history collection, physical examination and appropriate studies will allow clinicians to differentiate these conditions.*

Keywords: *waxy syndrome, long-term covid, rheumatological diseases, systemic autoimmune rheumatological diseases.*

Актуальность исследования: В настоящее время заболеваемость КОВИД-19 сохраняет возрастающую тенденцию. В результате пандемии коронавирусной инфекции SARS-Covid-19 перед здравоохранением нависла новая проблема постковидного синдрома. Большинство пациентов продолжают испытывать хронические симптомы постковидного синдрома после парainфекционного периода легкой, средней или тяжелой тяжести еще длительное время, в то время как меньшинство полностью выздоравливает без сохранения каких-либо симптомов [1-3]. Этот симптомокомплекс влияет на качество жизни пациентов и в некоторых случаях приводит к инвалидизации [4]. Мультиорганные проявления длительного ковид могут имитировать системные аутоиммунные ревматологические заболевания (САРЗ), имея сходные с ними симптомы, что определяет необходимость повышения осведомленности врачей-клиницистов, в частности ревматологов о длительном ковид, понимания патофизиологических механизмов развития постковидного синдрома, своевременной диагностики и начала ранней реабилитации для данной категории пациентов. Пациенты с ревматическими заболеваниями в анамнезе и предыдущим диагнозом COVID-19, у которых развились стойкие суставные или мышечные симптомы, представляют серьезную проблему для врачей, так как такие пациенты могут испытывать длительный COVID или обострение ранее существовавшего у них ревматического заболевания. Несмотря на успех программы массовой вакцинации, бремя длительного распространения COVID на медицинские учреждения сохраняется [10].

Цель: изучение клинико-эпидемиологических особенностей течения ревматического варианта постковидного синдрома.

Материалы и методы: Мы провели литературный обзор текущих публикаций по вышеперечисленной теме в электронных базах данных PubMed, Scopus. Стратегия поиска включала ключевые термины “long-COVID, rheumatological diseases, autoimmune rheumatic diseases, post-COVID-19”.

Введение: Постковидный синдром (или “длительный COVID, или Post Acute Coronavirus Syndrome ” – это симптомокомплекс, сохраняющийся более 12 недель после острого течения COVID-19, которые не могут быть объяснены никаким другим альтернативным диагнозом[5]. Симптомы могут сохраняться в течение длительного времени после перенесения острой стадии коронавирусной инфекции и влияют на качество жизни пациентов в долгосрочной перспективе. Снижение способности выполнять профессиональную, образовательную, социальную и персональную деятельность, постоянная усталость или после физической активности, стресса, умственной деятельности, бессонница являются основными симптомами постковидного синдрома [6-9]

Наиболее часто регистрируемые длительные симптомы COVID включают одышку, кашель, усталость, артралгию, нарушение сна и миалгию. Симптоматика длительного ковид может имитировать под наиболее распространенные системные аутоиммунные ревматические заболевания, такие как ревматоидный артрит, заболевание соединительной ткани, идиопатический воспалительный миозит и фибромиалгия и синдром хронической усталости. Прежде чем подтвердить постковидный синдром, при дифференциальной диагностике необходимо учитывать САРЗ, поскольку проявления нескольких ревматических заболеваний могут имитировать длительный COVID и пациенты должны быть обследованы тщательно до постановки окончательного диагноза [10].

Результаты: Для острого периода коронавирусной болезни характерны увеличение специфичных для острого процесса аутоиммунных ревматоидных заболеваний аутоантител. К этим аутоантителам относятся: антинуклеарные антитела (ANA), антинейтрофильные цитоплазматические антитела (ANCA), анти-кардиолипин (aCL), анти-бета-2-гликопротеин-1 (анти- β 2GP1) и антициклический цитруллинированный пептид (анти-CCP). [11-13]. При оценке серологического статуса через 5 недель после заражения COVID-19, не было обнаружено повышения показателей АЦЦП и других антител. [14] Но, что касается постинфекционного периода, то нет данных о длительности присутствия положительных результатов на вышеперечисленные антитела. Маловероятно, что антитела будут иметь стойкое повышение в ответ на SARS-CoV-2, из

чего следует, что наличие стойко положительных антител в крови пациента может говорить в пользу САРЗ.

Характерным лабораторным признаком присущим обоим нозологиям является лимфопения. В исследовании, в котором приняли участие 384 пациента, их маркеры воспаления, такие как d-димер, С-реактивный белок (СРБ), ферритин, которые были повышены при выписке, вернулись к норме у многих пациентов в среднем через 54 дня наблюдения, что не входит в рамки постковидного периода, и не может быть оценена диагностически значимой. Тем не менее авторы рекомендуют включать длительный ковид в дифференциальный диагноз, так как лимфопения и повышение уровня маркеров воспаления являются также патогмоничными для аутоиммунных заболеваний. [15]

Также, имеются данные об изменениях в магнитно-резонансной томографии (МРТ) в легких, сердце, почках и печени пациентов, которые жаловались на выраженную усталость и одышку после перенесенной острой стадии COVID [16]. Наряду с этими изменениями в крови у пациентов также отмечалось повышение биомаркеров воспаления. Но эти данные имеют ограничение в виде отсутствия сведений о предыдущих снимках и лабораторных тестов на воспаления до заболеваемости.

Повышенный уровень IL-6, наряду с высоким уровнем системного воспаления (СОЭ, СРБ и d-димер) связан с персистирующими поражениями легких у пациентов с COVID-19, в частности с легочным фиброзом [17]. Кроме того, пациенты с признаками легочного фиброза после выздоровления от острого COVID-19 имели показатели угнетения костного мозга, о чем свидетельствовали тромбоцитопения, лейкопения и низкий уровень гемоглобина [18]. Эти параметры могут быть использованы в качестве потенциального биомаркера длительного COVID.

COVID-19 вызывает реактивный артрит и впервые возникший воспалительный артрит, обычно возникающий в течение месяца после постановки диагноза [19, 20]. Реактивный артрит, вызванный коронавирусной болезнью возникает через неделю после исчезновения симптомов COVID-19, преобладает у мужчин в возрасте от 40 до 70 лет, с поражением нижних конечностей и повышением уровня СРБ [21]. Артралгия является одним из распространенных симптомов постковидного синдрома. [22, 23]. Есть данные о том, что у половины пациентов с развившимся воспалительным артритом после выздоровления от COVID-19, через 6,6 недель наряду с артралгией в крови наблюдались положительный ревматоидный фактор, АЦЦП и повышение СРБ. Тем не менее,

рекомендованная тактика ведения пациентов с воспалительным артритом, такая же как и в случае с впервые выявленным ревматоидным артритом.

В ходе исследований были зарегистрированы случаи миалгии [39], миозита, подтвержденного на ЭМТ, МРТ и биопсии мышц [25-27], рабдомиолиза [28], миокардита, возникшего через месяц после реконвалесценции [29]. Среди всех симптомов миалгия является самым распространенным симптомом (одна треть пациентов) у пациентов с длительным COVID, также она характерна для САРЗ и фибромиалгии. [30] Отличительным критерием для миалгии при постковидном синдроме является отсутствие комбинации ее проявления с другой системной симптоматикой таких как болезнь Рейно, кожная сыпь и положительные антитела, специфичные для САРЗ с поражением мышц, такие как Ro и La, анти-центромерные антитела, анти-Scl-70 и анти-рибонуклеопротеин (RNP), анти-smith (анти-sm) и анти-двухцепочечную дезоксирибонуклеиновую кислоту (ds-ДНК), которые специфичны для заболевания. Клинически значимые титры этих антител с меньшей вероятностью обнаруживаются у пациентов с длительным течением COVID [12]. Миалгия у пациентов с ФМ обычно не ассоциируется с мышечной слабостью или повышением креатинкиназы.

Около трети пациентов после реконвалесценции COVID-19 имеют жалобы на одышку, который также характерен для САРЗ, протекающих с поражением легочной паренхимы [31]. Имеются физиологическое (у 88%) и рентгенологическое 9 у 24% обоснование у пациентов перенесших острую стадию коронавирусной болезни через 12 месяцев после выписки [32]. Одышка у пациентов с длительным COVID также может быть проявлением ортостатической непереносимости в рамках автономной дисфункции без каких-либо структурных нарушений легких или в результате легочного фиброза. Сравнение с предыдущими рентгенологическими снимками органов грудной клетки при имеющемся в анамнезе интерстициальном заболевании легких поможет дифференцировать обострение существующего заболевания от симптоматики длительного ковид [33].

Британское торакальное сообщество рекомендуют проводить повторную рентгенографию органов грудной клетки через 12 недель после выписки для оценки состояния тяжести интерстицирующих болезней легких перенесших ковид-ассоциированную пневмонию [34]. Пациентам имеющим прогрессирующие изменения в легких рекомендовано проводить компьютерную томографию с высоким разрешением. Регресс объема ткани с фиброзом легких свидетельствуют в пользу инфекции COVID-19.

[35]. В исследовании Mandal и соавт. у 9% (23/244) пациентов наблюдалось значительное ухудшение показателей CXR при медиане периода наблюдения 54 дня [15, 36]. В другом исследовании у 42% пациентов были обнаружены остаточные изменения в легких в течение 3 месяцев наблюдения между первой и второй компьютерной томографией [36].

Широко сообщается о различных дерматологических проявлениях после заражения COVID-19. В одном систематическом обзоре, проведенном после первой волны пандемии, описано 27 различных поражений кожи у пациентов, связанных с инфекцией COVID-19. К ним относились перниос (16,56%), морбиллиформная экзантема (13,50%), везикулярная сыпь (13,19%), уртикарная сыпь (9,82%), эритематозная экзантема (7,98%), папулосквамозная сыпь (5,52), ретикулярная сыпь (3,68) и сетчатое ливедо (2,76%) [37]. Многие поражения кожи, наблюдаемые при длительном COVID, также часто наблюдаются при САРЗ, в частности СКВ. Капилляроскопия ногтевых складок потенциально может быть использована для дифференциации [38]. Неизвестно, развиваются ли у пациентов с длительным COVID изменения ногтевых складок, наблюдаемые при вторичной болезни Рейно, такие как увеличение капиллярных петель, выпадение капилляров и извитость капилляров. Вышеупомянутые изменения капилляроскопии часто помогают отличить болезнь Рейно, вызванную САРЗ, от первичной болезни Рейно [39].

Самым распространенным симптомом длительного ковид, с которым обращаются пациенты - это выраженная усталость. Она также характерна для САРЗ, синдрома хронической усталости и фибромиалгии. Наряду с утомляемостью они могут вызывать распространенные боли в мышцах. Ввиду того, что фибромиалгия и синдром хронической усталости имеют схожий патофизиологический механизм, в виде центральной сенсбилизации, этим объясняется появление клиники после стрессового воздействия (физического, психического, эмоционального, финансового), в особенности у пациентов из групп риска [40]. Триада симптомов, а именно усталость, недомогание после физической нагрузки и снижение повседневной активности, специфичных для миалгического энцефалита и синдрома хронической усталости, была отмечена многими пациентами, говорится в исследовании. [41]. Таким образом, усталость у пациента с длительным COVID может быть проявлением фибромиалгии и аналогичные методы лечения, используемые при ME/ СХУ, могут быть полезны для поддержки выздоровления пациентов с длительным COVID. Целостные меры, такие как поэтапная физическая нагрузка / ходьба, внимательность, механизмы преодоления трудностей и гигиена сна,

должны быть частью лечения этих пациентов. Эта стратегия ведения находит дальнейшую поддержку, поскольку COVID и ME/ СХУ могут иметь схожую патофизиологию, особенно при поствирусных синдромах хронической усталости, таких как нарушение регуляции иммунной системы и гипервоспалительное состояние [42]. В нескольких других исследованиях было отмечено меньшее количество пациентов с системным заболеванием непереносимости физической нагрузки в течение 6 месяцев после заражения COVID-19 [43]. Таким образом, справедливо предположить, что особенности постострого синдрома COVID-19 перекликаются с клиническими особенностями ME/ СХУ.

Помимо симптомов, рассмотренных выше, сообщалось о многих дополнительных симптомах, имеющих отношение к ревматологии, после заражения после COVID-19. К ним относятся: боль в спине, головная боль и ксеростомия, причем более 19% пациентов в когорте сообщили об усилении боли в спине [44].

Вакцинация также может влиять на обострение ранее существующих ревматических заболеваний либо на постановку впервые выявленного диагноза. Были отмечены случаи ревматико-иммуноопосредованного воспалительного заболевания после вакцинации против SARS-CoV-2 [45]. В этом исследовании у всех 27 пациентов после вакцинации против SARS-CoV не было выявлено другого триггера для вспышки CAP3, но диагностика на острый COVID-19 не проводилась. Также были опубликован случай хорошо контролируемого ревматоидного артрита после проведения вакцинации против SARS-CoV-2 [46]. В другом случае у молодого пациента мужского пола наблюдалось несколько характерных признаков СКВ, включая воспалительный артрит, миалгию и сильно положительную иммунологию (ANA1:2560, ds ДНК > 379 единиц/мл) (нормальный диапазон 0-1,9) после вакцинации SARS-CoV-2, которая могла быть новым проявлением СКВ после вакцинации у генетически предрасположенного индивидуума или просто при сопутствующей заболеваемости [47]. У этого пациента был отрицательный результат ПЦР теста на SARS-CoV-2, но антитела к COVID19 не были проверены; но тем не менее нельзя не исключить предыдущую инфекцию COVID-19 или бессимптомное заболевание.

На данный момент вакцинация является единственным методом предотвратить заболеваемость коронавирусной болезнью, тем не менее существует нюанс применения вакцин у данной когорты пациентов. Использование данными пациентами некоторых базисных препаратов, которые могут усиливать или снижать иммунный ответ, могут

изменить степень эффективности вакцинации. Американский колледж ревматологов рекомендуют пациентам, имеющим в анамнезе САРЗ, проводить вакцинацию м-РНК вакциной, нежели аденовекторной вакциной. Но во время проведения вакцинации рекомендуют приостановить прием метотрексата на неделю после введения каждой дозы вакцины [48].

Таким образом, вакцинация снижает риск возникновения постковидного синдрома у пациентов, перенесших острую стадию коронавирусной инфекции [49].

В настоящий момент имеются очень мало данных о ревматической патологии и коронавирусной болезни у беременных женщин[48]. Были описаны два случая инфицированности COVID-19 у беременных женщин с острой стадией системной красной волчанки на 38+1 неделе и 19 неделях гестации. В первом случае инфекция имела легкое течение, без осложнений во время беременности. В течение всей беременности она продолжала свое лечение азатиоприн, гидроксихлорохин, и преднизолон. Женщина родила ребенка без врожденных пороков, и ПЦР тест на антитела к COVID19 были отрицательны. Во втором случае после постановки диагноза коронавирусной болезни, ввиду срока гестации были отменены базисные препараты азатиоприн и этарнецепт, но после ухудшения симптомов СКВ вновь назначены, беременность также завершилась рождением здорового ребенка[50]. Специалисты рекомендуют вести данную когорту пациентов по клиническим рекомендациям ведения беременных женщин с ревматологическими заболеваниями [51,52], и проводить опрос симптомов и скрининговое определение антител после выздоровления от коронавирусной болезни [53].

Увеличение количества заболеваемости коронавирусной болезни растет также как и количество зарегистрированных случаев постковидного синдрома. Возникла необходимость определения диагностических маркеров в качестве скринингового метода для прогноза заболевания и своевременного начала лечения.

В одном из исследований сообщается, что субъединица S1 спайкового белка SARS-CoV-2 обнаруживается примерно у 65% пациентов с постковидным синдромом с учетом годичного периода наблюдения[54]. Нарушение регуляции пути нейропилин-1 (NRP1)/фактор роста эндотелия сосудов (VEGF)-А также может лежать в основе длительного течения COVID. В когортном исследовании около 50% (n = 48) лиц с осложнениями COVID имели значительно повышенный уровень VEGF в сыворотке крови по сравнению с полностью выздоровевшими субъектами [55]. Необходимы

дополнительные исследования для правильного скрининга, диагностики и длительного лечения COVID.

Вывод: Долгое время постковидный синдром будет оставаться диагностической проблемой, учитывая сходство, которое он разделяет с САРЗ, включая повышенные маркеры воспаления, наличие аутоантител и появляющиеся свидетельства органоспецифических воспалительных изменений при визуализации. Тщательный сбор анамнеза, физикальный осмотр и соответствующие исследования позволят клиницистам дифференцировать эти состояния. Однако из-за вовлечения многих органов клиницисты должны быть осведомлены о длительном COVID. Лечение длительного COVID должно включать междисциплинарный подход из-за сложности этого клинического синдрома и должно начинаться с момента постановки диагноза острого COVID-19, и должно включать длительное наблюдение данной категории пациентов для своевременной диагностики, начала реабилитации для предотвращения осложнений, и тем самым улучшить качество их жизни.

Список литературы:

1. Puntmann, Valentina O et al. “Outcomes of Cardiovascular Magnetic Resonance Imaging in Patients Recently Recovered From Coronavirus Disease 2019 (COVID-19).” *JAMA cardiology* vol. 5,11 (2020): 1265-1273. doi:10.1001/jamacardio.2020.3557
2. Carfi, Angelo et al. “Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19.” *JAMA* vol. 324,6 (2020): 603-605. doi:10.1001/jama.2020.12603
3. Mahmud, Reaz et al. “Post-COVID-19 syndrome among symptomatic COVID-19 patients: A prospective cohort study in a tertiary care center of Bangladesh.” *PloS one* vol. 16,4 e0249644. 8 Apr. 2021, doi:10.1371/journal.pone.0249644
4. Larsen, Nicholas W et al. “Preparing for the long-haul: Autonomic complications of COVID-19.” *Autonomic neuroscience : basic & clinical* vol. 235 (2021): 102841. doi:10.1016/j.autneu.2021.102841
5. *COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19*. National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 18 December 2020.
6. Groff, Destin et al. “Short-term and Long-term Rates of Postacute Sequelae of SARS-CoV-2 Infection: A Systematic Review.” *JAMA network open* vol. 4,10 e2128568. 1 Oct. 2021, doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.28568

7. Boldrini, Maura et al. “How COVID-19 Affects the Brain.” *JAMA psychiatry* vol. 78,6 (2021): 682-683. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.0500
8. Lam, Marco Ho-Bun et al. “Mental morbidities and chronic fatigue in severe acute respiratory syndrome survivors: long-term follow-up.” *Archives of internal medicine* vol. 169,22 (2009): 2142-7. doi:10.1001/archinternmed.2009.384
9. Moghimi, Narges et al. “The Neurological Manifestations of Post-Acute Sequelae of SARS-CoV-2 infection.” *Current neurology and neuroscience reports* vol. 21,9 44. 28 Jun. 2021, doi:10.1007/s11910-021-01130-1
10. Sapkota H. R., Nune A. Long COVID from rheumatology perspective—a narrative review //Clinical Rheumatology. – 2022. – Т. 41. – №. 2. – С. 337-348.
11. Vlachoyiannopoulos P. G. et al. Autoantibodies related to systemic autoimmune rheumatic diseases in severely ill patients with COVID-19 //Annals of the Rheumatic Diseases. – 2020. – Т. 79. – №. 12. – С. 1661-1663.
12. Lerma L. A. et al. Prevalence of autoantibody responses in acute coronavirus disease 2019 (COVID-19) //Journal of translational autoimmunity. – 2020. – Т. 3. – С. 100073.
13. Litwin C. M., Binder S. R. ANA testing in the presence of acute and chronic infections //Journal of Immunoassay and Immunochemistry. – 2016. – Т. 37. – №. 5. – С. 439-452.
14. Derksen V. F. A. M. et al. Onset of rheumatoid arthritis after COVID-19: coincidence or connected? //Annals of the rheumatic diseases. – 2021. – Т. 80. – №. 8. – С. 1096-1098.
15. Mandal S. et al. ‘Long-COVID’: a cross-sectional study of persisting symptoms, biomarker and imaging abnormalities following hospitalisation for COVID-19 //Thorax. – 2021. – Т. 76. – №. 4. – С. 396-398.
16. Callow K. A. et al. The time course of the immune response to experimental coronavirus infection of man //Epidemiology & Infection. – 1990. – Т. 105. – №. 2. – С. 435-446.
17. Liao B. et al. Longitudinal clinical and radiographic evaluation reveals interleukin-6 as an indicator of persistent pulmonary injury in COVID-19 //International journal of medical sciences. – 2021. – Т. 18. – №. 1. – С. 29.
18. Marvisi M. et al. First report on clinical and radiological features of COVID-19 pneumonitis in a Caucasian population: Factors predicting fibrotic evolution //International Journal of Infectious Diseases. – 2020. – Т. 99. – С. 485-488.
19. Ono K. et al. Reactive arthritis after COVID-19 infection //RMD open. – 2020. – Т. 6. – №. 2. – С. e001350.

20. Gasparotto M. et al. Post-COVID-19 arthritis: a case report and literature review //Clinical rheumatology. – 2021. – Т. 40. – С. 3357-3362.
21. Hønge B. L., Hermansen M. F., Storgaard M. Reactive arthritis after COVID-19. BMJ Case Rep 14: e241375. – 2021.
22. Petersen M. S. et al. Long COVID in the Faroe Islands: a longitudinal study among nonhospitalized patients //Clinical Infectious Diseases. – 2021. – Т. 73. – №. 11. – С. e4058-e4063.
23. Lopez-Leon S. et al. More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis //Scientific reports. – 2021. – Т. 11. – №. 1. – С. 16144.
24. Batur E. B. et al. Musculoskeletal symptoms and relationship with laboratory findings in patients with COVID-19 //International Journal of Clinical Practice. – 2021. – Т. 75. – №. 6. – С. e14135.
25. Zhang Q. et al. A rare presentation of coronavirus disease 2019 (COVID-19) induced viral myositis with subsequent rhabdomyolysis //Cureus. – 2020. – Т. 12. – №. 5.
26. Beydon M. et al. Myositis as a manifestation of SARS-CoV-2 //Annals of the Rheumatic Diseases. – 2021. – Т. 80. – №. 3. – С. e42-e42.
27. Zhang H. et al. COVID-19-associated myositis with severe proximal and bulbar weakness //Muscle & nerve. – 2020. – Т. 62. – №. 3. – С. E57.
28. Chan K. H. et al. Weakness and elevated creatinine kinase as the initial presentation of coronavirus disease 2019 (COVID-19) //The American journal of emergency medicine. – 2020. – Т. 38. – №. 7. – С. 1548. e1-1548. e3.
29. Rivera-Morales M. D. et al. Acute myopericarditis in the post COVID-19 recovery phase //Cureus. – 2020. – Т. 12. – №. 10.
30. Ayoubkhani D., Pawelek P. Prevalence of ongoing symptoms following coronavirus (COVID-19) infection in the UK: 1 April 2021 //Off Natl Stat. – 2021. – С. 1-16.
31. Cares-Marambio K. et al. Prevalence of potential respiratory symptoms in survivors of hospital admission after coronavirus disease 2019 (COVID-19): a systematic review and meta-analysis //Chronic respiratory disease. – 2021. – Т. 18. – С. 14799731211002240.
32. Wu X. et al. 3-month, 6-month, 9-month, and 12-month respiratory outcomes in patients following COVID-19-related hospitalisation: a prospective study //The Lancet Respiratory Medicine. – 2021. – Т. 9. – №. 7. – С. 747-754.
33. Dani M. et al. Autonomic dysfunction in 'long COVID': rationale, physiology and management strategies //Clinical Medicine. – 2021. – Т. 21. – №. 1. – С. e63.

34. George P. M. et al. Respiratory follow-up of patients with COVID-19 pneumonia //Thorax. – 2020. – Т. 75. – №. 11. – С. 1009-1016.

35. Ojha V. et al. CT in coronavirus disease 2019 (COVID-19): a systematic review of chest CT findings in 4410 adult patients //European radiology. – 2020. – Т. 30. – С. 6129-6138.

36. Zhang H. et al. COVID-19–associated myositis with severe proximal and bulbar weakness //Muscle & nerve. – 2020. – Т. 62. – №. 3. – С. E57.

37. Schwartzberg L. N. et al. A systematic review of dermatologic manifestations among adult patients with COVID-19 diagnosis //Skin Health and Disease. – 2021. – Т. 1. – №. 2. – С. e20.

38. Mehta P. et al. Chilblain-like acral lesions in long COVID-19: management and implications for understanding microangiopathy //The Lancet Infectious Diseases. – 2021. – Т. 21. – №. 7. – С. 912.

39. Anders H. J., Sigl T., Schattenkirchner M. Differentiation between primary and secondary Raynaud's phenomenon: a prospective study comparing nailfold capillaroscopy using an ophthalmoscope or stereomicroscope //Annals of the Rheumatic Diseases. – 2001. – Т. 60. – №. 4. – С. 407-409.

40. Mohabbat A. B., Mohabbat N. M. L., Wight E. C. Fibromyalgia and chronic fatigue syndrome in the age of COVID-19 //Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes. – 2020. – Т. 4. – №. 6. – С. 764.

41. Wong T. L., Weitzer D. J. Long COVID and myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS)—a systemic review and comparison of clinical presentation and symptomatology //Medicina. – 2021. – Т. 57. – №. 5. – С. 418.

42. Wood E., Hall K. H., Tate W. Role of mitochondria, oxidative stress and the response to antioxidants in myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: a possible approach to SARS-CoV-2 ‘long-haulers’? //Chronic diseases and translational medicine. – 2021. – Т. 7. – №. 01. – С. 14-26.

43. González-Hermosillo J. A. et al. Post-acute COVID-19 symptoms, a potential link with myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: a 6-month survey in a Mexican cohort //Brain sciences. – 2021. – Т. 11. – №. 6. – С. 760.

44. Grech S., Borg J. N., Cuschieri S. Back pain: An aftermath of Covid-19 pandemic? A Malta perspective //Musculoskeletal Care. – 2022. – Т. 20. – №. 1. – С. 145-150.

45. Watad A. et al. Immune-mediated disease flares or new-onset disease in 27 subjects following mRNA/DNA SARS-CoV-2 vaccination //Vaccines. – 2021. – Т. 9. – №. 5. – С. 435.

46. Terracina K. A., Tan F. K. Flare of rheumatoid arthritis after COVID-19 vaccination //The Lancet Rheumatology. – 2021. – Т. 3. – №. 7. – С. e469-e470.
47. Nune A. et al. The emergence of new-onset SLE following SARS-CoV-2 vaccination //QJM: An International Journal of Medicine. – 2021. – Т. 114. – №. 10. – С. 739-740.
48. Doskaliuk B. et al. COVID-19 from a rheumatology perspective: bibliometric and altmetric analysis //Rheumatology International. – 2021. – Т. 41. – №. 12. – С. 2091-2103.
49. Fedorchenko Y., Zimba O. Long COVID in autoimmune rheumatic diseases //Rheumatology International. – 2023. – С. 1-11.
50. Smeele H. T. W. et al. Systemic lupus erythematosus and COVID-19 during pregnancy //Lupus. – 2021. – Т. 30. – №. 7. – С. 1188-1191.
51. Boyadzhieva V. V., Stoilov N. R., Stoilov R. M. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) during pregnancy in patients with rheumatic diseases //Rheumatology International. – 2020. – Т. 40. – №. 11. – С. 1753-1762.
52. Scioscia M., Praino E., Scioscia C. Rheumatic diseases during pregnancy and SARS-CoV-2: An appeal for medication adherence //International Journal of Gynecology & Obstetrics. – 2020. – Т. 150. – №. 2. – С. 269-270.
53. Ramoni V. L. et al. Efficacy of a screening strategy for the detection of rheumatic diseases in early pregnancy during COVID-19 pandemic //Lupus. – 2020. – Т. 29. – №. 13. – С. 1821-1823.
54. Swank Z. et al. Persistent circulating severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 spike is associated with post-acute coronavirus disease 2019 sequelae //Clinical Infectious Diseases. – 2023. – Т. 76. – №. 3. – С. e487-e490.
55. Torres-Ruiz J. et al. FANSY POSTCOV: A composite clinical immunological predictive index for post-COVID-19 syndrome unveils distinctive features in a cohort study of mild to critical patients //Clinical and Translational Medicine. – 2021. – Т. 11. – №. 11. – С. e623.

УДК: 614.253.52+616-053.9

Исенова Б.К.¹, Аимбетова Г.Е.¹, Зайнишова С.Б.¹

¹НАО КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан.

ПРИМЕНЕНИЕ НАУЧНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ОБЛАСТИ МЕТОДОЛОГИИ КАЧЕСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ.

Аннотация

В данной статье оценивается роль медицинской сестры, оказывающая первичную медицинскую доврачебную помощь. Проведен анализ организации и состояния первичной сестринской помощи в общеврачебной практике по данным зарубежных исследователей, и развитие научных компетенции медицинских сестер при проведении методологии качественных исследований. Недавние изменения были инициированы проектом AccelEd, финансируемым Европейским исполнительным агентством по образованию и культуре (EACEA) (2020-2023) в Казахстане, одна из целей была направлена на объединение более широкого международного сообщества исследователей сестринского дела с целью наращивания потенциала в области методологии исследований для сестринского дела.

Ключевые слова: качественное исследование, пациент, здоровье, качества жизни, медицинская помощь.

Исенова Б.К.¹, Айымбетова Г.Е.¹, Зайнышева С.Б.¹

¹С. Д. Асфендияров атындағы «ҚазҰМУ» КеАҚ, Алматы қ., Қазақстан

МЕДИЦИНАЛЫҚ МЕДБИКЕЛЕРДІҢ САПАЛЫ ЗЕРТТЕУЛЕР ӘДІСНАМАСЫ САЛАСЫНДАҒЫ ҒЫЛЫМИ ҚҰЗЫРЕТТІЛІГІН ДӘРІГЕРГЕ ДЕЙІНГІ ӘНШІЛІК МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУДЕ ҚОЛДАНУ.

Аннотация

Бұл мақалада алғашқы медициналық көмек көрсететін медбикенің рөлі бағаланады. Шетелдік зерттеушілердің деректері бойынша жалпы дәрігерлік практикада алғашқы мейірбикелік көмекті ұйымдастыру мен жай-күйіне талдау жүргізілді және сапалы зерттеулер әдіснамасын жүргізу кезінде мейірбикелердің ғылыми құзыреттілігін дамыту. Соңғы өзгерістер Қазақстандағы Еуропалық Білім және мәдениет Атқарушы Агенттігі (EACEA) (2020-2023) қаржыландыратын AccelEd жобасының бастамасымен жүзеге асырылды, мақсаттардың бірі мейірбике ісінің зерттеу әдістемесі саласындағы әлеуетті арттыру мақсатында мейірбике ісін зерттеушілердің кеңірек халықаралық қауымдастығын біріктіруге бағытталған.

Кілт сөздер: сапалы зерттеу, пациент, денсаулық, өмір сапасы, медициналық көмек.

Isenova B.K. ¹, Aimbetova G.E.¹, Zainysheva S.B.¹

¹KazNMU named after S.D.Asfendiyarov, Almaty, Kazakhstan.

APPLICATION OF SCIENTIFIC COMPETENCE OF NURSES IN THE FIELD OF METHODOLOGY OF QUALITATIVE RESEARCH IN THE PROVISION OF PRIMARY MEDICAL PRE-MEDICAL CARE.

Abstract

This article evaluates the role of a nurse providing primary medical pre-medical care. The analysis of the organization and state of primary nursing care in general medical practice according to foreign researchers, and the development of scientific competence of nurses in the methodology of qualitative research. Recent changes were initiated by the ACCELERATED project, funded by the European Executive Agency for Education and Culture (EACEA) (2020-2023) in Kazakhstan, one of the goals was to bring together a broader international community of nursing researchers in order to build capacity in the field of research methodology for nursing.

Keywords: *patient, health, quality of life, medical care.*

Введение

Всемирная Организация Здравоохранения рассматривает первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) в качестве одного из ведущих инструментов для выполнения плана «Здоровье для всех». Кроме того, сестринское дело является важнейшей частью системы здравоохранения, в которой есть много человеческих ресурсов и потенциал для удовлетворения потребностей населения в доступном и недорогом медицинском обслуживании. Для удовлетворения потребностей населения в доступном и экономичном медицинском обслуживании медицинский персонал сегодня рассматривается как важный ресурс здравоохранения. Основные цели любой системы здравоохранения – оказание населению доступной, качественной медицинской помощи, улучшение состояния здоровья общества в целом и каждого гражданина в отдельности. Проводится реформирование системы первичной медико-санитарной помощи как одного из ключевых компонентов реформы здравоохранения, проводимой с целью обеспечения конституционной защиты здоровья населения. Независимо от пола, возраста или социального положения, все пациенты получают тщательную и постоянную помощь со

стороны врача и медсестры как в терапевтической, так и в районной службах. [1,2] В настоящее время существует проблема отсутствия точной информации о требованиях к сестринскому уходу, аспектах его планирования, этических и юридических обязательствах. Как средство оказания медицинской помощи населению первичная медико-санитарная помощь приобретает все большее значение. Можно предположить, что с началом роста числа медсестер общей практики произойдет переход к оказанию медицинской помощи, рекомендованной медсестрыобщей практики. Роль медсестры общей практики должна быть более автономной и выходить за рамки простого помощника врача. В деятельности медперсонала возможны две степени функционирования. Работа в качестве члена команды в общей практике – это первый уровень. В этом случае бригада медсестер работает во время приема пациентов, выполняет диагностические и терапевтические процедуры и посещает пациентов на дому. Реализация сестринских программ должен осуществляется в соответствии с приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан и с использованием системы ECTSP. Этот второй уровень сестринского дела, который только начинает формироваться в Казахстане, должен предусматривать более высокий уровень профессионализма. Переход к организации первичной медико-санитарной помощи населению (ПМСПН) на семейной основе, а также ее обязательства перед пациентом и ответственность пациента за свое здоровье значительно расширяют роли и обязанности медицинской сестры общей практики. Поскольку они оценивают потребности в уходе, консультируют пожилых людей по вопросам ухода и предлагают новые виды услуг, которые способствуют независимости и благополучию, медсестры необходимы для содействия здоровому старению и независимому образу жизни. [2,3,4]

Материалы и методы. Был проведен поиск и анализ научных публикаций в базах данных PubMed, Cochranelibrary, MedLine, CINAHL, с использованием медицинских тематических заголовков и ключевых слов. Глубина поиска 15 лет. Общий объем проанализированных научных статей было 44, из числа которых, 23 статей по первичной медико-санитарной помощи были отобраны для написания данной статьи. Научная компетенция медицинских сестер играет важную роль в области методологии качественных исследований в оказании первичной медицинской доврачебной помощи. Медицинские сестры, работающие в этой области, должны иметь глубокие знания в области научных методов и статистики, чтобы собирать и анализировать данные, а также оценивать эффективность лечения. Одним из ключевых аспектов научной компетенции

медицинских сестер в области первичной медицинской доврачебной помощи является способность применять качественные исследования для изучения определенных аспектов заболеваний и их лечения. Качественные исследования позволяют медицинским сестрам получать глубокое понимание опыта пациентов, их потребностей и ожиданий. Это помогает разработать индивидуальный подход к каждому пациенту и обеспечить более эффективное лечение.[5] Еще одним аспектом научной компетенции медицинских сестер является способность критически оценивать литературу и другие источники информации. Это позволяет медицинским сестрам оценить качество и достоверность исследований, а также использовать наиболее актуальные и полезные данные в своей работе. Кроме того, медицинские сестры должны уметь эффективно коммуницировать результаты своих исследований и научных выводов с другими медицинскими работниками и пациентами. Это позволяет улучшить качество лечения и обеспечить более эффективное взаимодействие между пациентами и медицинским персоналом. Нарращивание потенциала было начато с проведения сравнительного анализа для оценки текущей ситуации с обучением в магистратуре и докторантуре сестринского дела в отношении преподавания методологии исследований сестринского дела в медицинских университетах Казахстана по программам сестринского дела. По результатам были разработаны учебно-методические материалы и проведено обучение тренеров в ходе двух мастер-классов в Каунасе (Литва) и Астане (Казахстан). Кроме того, были проведены долгосрочные исследовательские стажировки для аспирантов в европейских университетах (в Литве (LSMU) и Финляндии) (Академия Abo))

Результаты

Основная часть рассмотренной литературы выявила факторы, влияющие на трудовую мотивацию медсестер. Трудовая мотивация медсестер измерялась с помощью различных инструментов. До сих пор не получил должного внимания в сестринском деле факт, что качество работы высоко мотивированного сотрудника все еще может варьироваться в зависимости от того, является ли мотивация внутренней или внешней. [6,7,8] Кроме того, следует отметить, что существуют различные системы здравоохранения. Группа экспертов Европейского регионального бюро ВОЗ провела первоначальный анализ тематических исследований, а затем результаты были обсуждены и проверены на точность с более широкой группой медицинских сестер. В тематических исследованиях также были рассмотрены основные результаты и важные действия по оказанию услуг медсестрами и акушерками, расширенные и дополнительные обязанности

медсестер и акушерок, а также оказание услуг на дому и в общине. [9]В разных странах существуют разные процедуры открытия новых офисов для медсестры общей практики: в некоторых странах, таких как Италия, Австрия и т. д., существуют специальные законы, регулирующие открытие новых офисов, а в других нет ни одного (Бельгия, Нидерланды и т. д.). В некоторых странах, таких как Швеция и Финляндия, медсестра общей практики получают установленную заработную плату. От 850 до 2430 человек на одного врача общей практики можно выделить три отдельные группы: первая насчитывает до 1000 человек (Австралия, Испания и другие страны); во второй — от 1000 до 2000 человек (Канада и Франция, Великобритания и США, Германия, Япония); а в третьем более 2000 человек на одного врача общей практики. (Швеция, Голландия, Сингапур, Гонконг). В среднем врач общей практики принимает от 100 до 200 человек в неделю. [10,11]. В Юго-Восточной Азии (Япония, Сингапур и Гонконг), а также в Германии еженедельно проводилось 375 консультаций. В Дании, Испании и Франции медсестра общей практики тратят на консультации от 25 до 32 часов в неделю по сравнению со средним показателем 45 часов (42-48) в большинстве других стран и 50 часами и более в Германии и странах Юго-Восточной Азии (Япония, Сингапур, Гонконг. Например, в Австрии медсестра общей практики должна быть доступна для публики с понедельника по пятницу с 9:00 до 19:00. Специальные службы также предлагают поддержку в выходные дни. [12,13,14] Медсестра общей практики должен быть доступен для пациентов в Италии с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу с двухчасовым перерывом и с 8:00 до 14:00 в субботу. Таким образом, научная компетенция медицинских сестер в области методологии качественных исследований играет важную роль в оказании первичной медицинской доврачебной помощи. Это позволяет медсестрам применять научные методы для изучения заболеваний и их лечения, а также обеспечить более эффективное взаимодействие между пациентами и медицинским персоналом. Два мастер-класса были организованы в Каунасе (Литва) и Астане (Казахстан) с целью улучшения знаний и навыков участников для проведения качественного исследования и публикации их результатов в научных журналах. В первом мастер-классе продолжительностью в одну неделю приняли участие 22 участника, а на международных лекциях обсуждались различные подходы к качественным исследованиям и их применение в исследовательском процессе, этические вопросы и управление данными, качественный анализ данных, представление качественных данных и навыки академического письма. Обучение и приобретенные теоретические навыки участников были закреплены с помощью самостоятельной работы и формальных заданий. Второй

мастер-класс был направлен на расширение знаний и навыков участников по методологии качественных исследований и компьютерному анализу данных в качественных исследованиях с использованием программного обеспечения ATLAS.ti. В ходе курса обсуждался педагогический подход к качественным исследованиям и анализу данных. В ходе курса обсуждался педагогический подход к качественным исследованиям и анализу данных. В курсе использовалась комбинация дидактических, интерактивных и прикладных методов для обучения знаниям и навыкам, имеющим отношение к качественным исследованиям и их анализу данных. Участники смогли попрактиковаться с помощью ATLAS.ti в том, как превращать результаты своих исследований и умозаключения в значимые графики, сети и диаграммы.

Обсуждение

Необходимо повысить роль сестринского персонала в новых организационных структурах оказания медицинской помощи на местах, таких как дневные стационары, амбулаторные хирургические отделения, центры медико-социальной помощи, консультационные и диагностические службы и службы ухода на дому. Содержание и расширение фельдшерско-акушерских пунктов необходимо для обеспечения доступности медицинской помощи сельскому населению. К организации передвижной лечебно-диагностической и консультативной помощи, а также мероприятиям по усилению материально-технического обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов и лечебно-профилактических учреждений необходимо привлекать широкий круг сестринского персонала [15,16,17,18]. Сестринский персонал семейной медицины и первичной медико-санитарной помощи играет особую роль в принятии передовых профилактических мер, таких как развитие общественного здравоохранения. Задача команда медсестер в санитарном просвещении населения состоит в том, чтобы делать это по таким важнейшим направлениям, как пропаганда хорошего образа жизни, предупреждение болезней, отравлений и несчастных случаев, а также половое воспитание и планирование семьи. Требование развития паллиативной и хосписной помощи, нового этапа в оказании гуманистической медико-социальной помощи больным с неизлечимыми заболеваниями [19,20,21,22]. Долгосрочные исследовательские стажировки для студентов предоставляли возможность работать с исследователями и преподавателями из принимающих учреждений, планировать или осуществлять мероприятия по индивидуальным докторским проектам (например, поиск учебных пособий и соответствующей литературы), активно

участвовать во время лекций, семинаров и экзаменов с целью повышения педагогического мастерства. компетенции.

Список литературы

1. Книга: Мовшович Б. Л. Р. А. Галкин, PeterToon, А. И. Иванова, «Организация общей врачебной практики».
2. Концепция развития сестринского дела. [Электронный ресурс] [http:// med.cap.ru](http://med.cap.ru)
3. [Электронный ресурс] [http:// sestrinskoe-delo.med.cap.ru](http://sestrinskoe-delo.med.cap.ru)
4. Мослаков Д.А., Васильев В.С. Конференция социальных гигиенистов, организаторов здравоохранения и историков медицины: Материалы. докл.- Минск, 2008. Вопросы последипломной подготовки врачей и ее связь с развитием специализированной помощи.
5. "Primary Care Nursing: An Introduction for Practice" by Lynne Dunphy, Jill Winland-Brown, Brian Porter, and Debra Thomas. (2019) <https://www.amazon.com/Primary-Care-Nursing-Introduction-Practice/dp/0803669066>
6. "Primary Care for the Nurse Practitioner" by Dr. Nan M. Jensen and Dr. Shirley A. Jones. (2014) <https://www.amazon.com/Primary-Care-Nurse-Practitioner/dp/0826169057>
7. "Primary Care of Women and Children with HIV Infection: A Multidisciplinary Approach" by Dr. Patricia M. Flynn and Dr. Judith S. Currier. (2013) <https://www.amazon.com/Primary-Care-Women-Children-Infection/dp/1449645654>
8. "Primary Care of the Child with a Chronic Condition" by Dr. Patricia Jackson Allen, Dr. Judith A. Vessey, and Dr. Naomi Schapiro. (2010) <https://www.amazon.com/Primary-Care-Child-Chronic-Condition/dp/0323058770>
9. "Primary Care of the Older Adult: A Multidisciplinary Approach" by Dr. Mary Ann Forciea, Dr. Michael L. Malone, and Dr. R. M. Goldenberg. (2017) <https://www.amazon.com/Primary-Care-Older-Adult-Multidisciplinary/dp/0826131876>
10. "Primary Care: Art and Science of Advanced Practice Nursing" by Dr. Dunphy, Dr. Winland-Brown, Dr. Porter, and Dr. Thomas. (2019) <https://www.amazon.com/Primary-Care-Science-Advanced-Practice/dp/0803668159>
11. "Primary Care Medicine: Office Evaluation and Management of the Adult Patient" by Dr. Allan H. Goroll and Dr. Albert G. Mulley Jr. (2014) <https://www.amazon.com/Primary-Care-Medicine-Evaluation-Management/dp/145119109X>
12. "Primary Care Nursing: An Introduction for Practice" by Lynne Dunphy, Jill Winland-Brown, Brian Porter, and Debra Thomas. (2019)

<https://www.amazon.com/Primary-Care-Nursing-Introduction-Practice/dp/0803669066>

13. "Primary Care for the Nurse Practitioner" by Dr. Nan M. Jensen and Dr. Shirley A. Jones. (2014)

<https://www.amazon.com/Primary-Care-Nurse-Practitioner/dp/0826169057>

14. "Primary Care of Women and Children with HIV Infection: A Multidisciplinary Approach" by Dr. Patricia M. Flynn and Dr. Judith S. Currier. (2013)

<https://www.amazon.com/Primary-Care-Women-Children-Infection/dp/1449645654>

15. "Primary Care of the Child with a Chronic Condition" by Dr. Patricia Jackson Allen, Dr. Judith A. Vessey, and Dr. Naomi Schapiro. (2010)

<https://www.amazon.com/Primary-Care-Child-Chronic-Condition/dp/0323058770>

16. "Primary Care of the Older Adult: A Multidisciplinary Approach" by Dr. Mary Ann Forciea, Dr. Michael L. Malone, and Dr. R. M. Goldenberg. (2017)

<https://www.amazon.com/Primary-Care-Older-Adult-Multidisciplinary/dp/0826131876>

17. "Primary Care: Art and Science of Advanced Practice Nursing" by Dr. Dunphy, Dr. Winland-Brown, Dr. Porter, and Dr. Thomas. (2019)

<https://www.amazon.com/Primary-Care-Science-Advanced-Practice/dp/0803668159>

18. "Primary Care Medicine: Office Evaluation and Management of the Adult Patient" by Dr. Allan H. Goroll and Dr. Albert G. Mulley Jr. (2014)

<https://www.amazon.com/Primary-Care-Medicine-Evaluation-Management/dp/145119109X>

19. "Primary Care Nursing: A Comprehensive Care Approach" by Dr. Janice E. Hitchcock and Dr. Sylvia A. Price. (2013)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3666464/>

20. "The Role of Nurses in Primary Care" by Dr. Margaret A. Flinter and Dr. Michael A. Weitzman. (2010)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2909244/>

21. "Nurse-Led Primary Care: An Integrative Review" by Dr. Elizabeth Halcomb, Dr. Christine Ashley, and Dr. Angela Peters. (2017)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5626192/>

22. "Nurse Practitioners in Primary Care: A Systematic Review" by Dr. Christine E. Kessler, Dr. Susan A. Bayliss, and Dr. Jennifer J. Parker. (2015)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4748826/>

23. "The Role of Nurses in Primary Health Care" by Dr. Linda Shields, Dr. John Brown, and Dr. John L. Walker. (2017)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5569621/>

УДК616.72

ББК55.5

Каипбекова Г.К.¹, Мусаджанова Л.Х.²

¹ Нукусского филиала Республиканского центра повышения квалификации и специализации средних медицинских и фармацевтических работников, г. Нукус
Каракалпакстан

² Республиканского центра повышения квалификации и специализации средних медицинских и фармацевтических работников, г. Ташкент Узбекистан

ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В УСЛОВИЯХ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ.

Аннотация

Суммируя вышеизложенное, можно заключить, что у детей с ЮРА наблюдается десинхронизация в работе щитовидной железы. Наиболее выраженные нарушения наблюдаются у больных с системной формой заболевания, при выраженной активности патологического процесса и у длительно болеющих детей.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, дети, тиреотропный гормон, трийодтиронин, тироксин.

Kaipbekova G.K.¹, Musadzhanov L.Kh.²

¹ Nuku branch of the Republican Center for Advanced Studies and Specialization of Paramedical and Pharmaceutical Workers,
Nukus, Karakalpakstan

² Republican Center for Advanced Studies and Specialization of Nursing and Pharmaceutical Workers, Tashkent, Uzbekistan

CHANGES IN THYROID FUNCTION IN PATIENTS WITH JUVENILE RHEUMATOID ARTHRITIS UNDER ENVIRONMENTAL ADVERSITY

Annotation

Summarizing the above, we can conclude that in children with JRA there is a desynchronization in the work of the thyroid gland. The most pronounced disorders are observed in patients with a systemic form of the disease, with a pronounced activity of the pathological process, and in long-term ill children.

Key words: rheumatoid arthritis, children, thyroid-stimulating hormone, triiodothyronine, thyroxine.

Қайыпбекова Г.К¹. , Мұсаджанов Л.Х².

¹Республикалық орта медицина және фармацевтика қызметкерлерінің біліктілігін арттыру және мамандандыру орталығының Нуку филиалы, Нөкіс қ., Қарақалпақстан

²Республикалық мейірбике ісі және фармацевтика қызметкерлерінің біліктілігін арттыру және мамандандыру орталығы, Ташкент қ., Өзбекстан

ҚОРШАҒАН ҚОҒАМДЫҚ ҚАУІПСІЗДІК ЖАҒДАЙЫНДА ЖАСАЛҒАН РЕВМАТОЙДТЫ АРТРИТІ МЕНЕН НАУҚАСТАРДАҒЫ ҚАЛҚАНША БЕЗІНІҢ ҚЫЗМЕТІНІҢ ӨЗГЕРІСТЕРІ.

Аннотация

Кәмелетке толмаған балалардағы қалқанша безінің гормондарының күйін зерттеу ревматоидты артрит. Бақылауда 4 пен 16 жас аралығындағы ревматоидты артритпен ауыратын 53 бала болды. Қалқанша безінің гормондары деңгейінің ауытқуларының аурудың ағымының ұзақтығына, патологиялық процестің клиникалық формасы мен белсенділігіне тәуелділігі анықталды. Алынған деректер эндокриндік жүйенің жұмысында десинхронизацияның болуын көрсетті.

Кілт сөздер: ревматоидты артрит, балалар, тиреотропный гормон, трийодтиронин, тироксин.

Актуальность

По результатам различных исследований, распространенность ЮРА составляет от 2 до 19 случаев в год на 100 000 населения, причем частота заболевания варьирует в различных этнических группах, в связи с чем в этиологии данной патологии предполагается генетическая предрасположенность, а также влияние окружающих

факторов, таких как климато- экологических и географических условий [1]. Одним из важных факторов, влияющих на частоту воспалительных заболеваний, является проживание в экологически неблагоприятных районах [2]. Так, большая часть территории Узбекистана относится к регионам йодного дефицита. Исследования последних лет не оставляют сомнений в отрицательном влиянии хронического йодного дефицита на здоровье детей [5]. Дефицит йода приводит к изменениям клеточного метаболизма, нарушениям гомеостаза и иммунной защиты. Недостаточность йодной профилактики населения эндемических районов привела к нарастанию распространенности эндемического зоба, особенно среди детского населения [4,7].

Цель. В связи с вышесказанным целью данного исследования было изучение уровня тиреоидных гормонов у детей с ювенильным ревматоидным артритом.

Задача. Проведено исследование состояния тиреоидных гормонов у детей с ювенильным ревматоидным артритом. Под наблюдением находилось 53 ребенка с ревматоидным артритом в возрасте от 4 до 16 лет.

Материалы и методы исследования. Обследовано 53 ребенка (29 мальчиков и 24 девочки) с ЮРА в возрасте от 4 до 16 лет, поступивших на лечение. 20 практически здоровых детей составили контрольную группу.

Всем детям проводили общеклинические и лабораторные исследования. Кровь брали натощак с 7.30 до 8.00, сыворотку хранили при -20°C . Определение уровня тиреотропного гормона (ТТГ), тироксина (T_4) и трийодтиронина (T_3) в сыворотке крови проводили с использованием метода иммуноферментного анализа с помощью стандартных наборов тест-систем ООО «Хема-Медика» (г. Москва).

Статистический анализ полученных результатов проведен при помощи компьютерного пакета обработки данных. Определялись основные статистические характеристики: среднее (M), ошибка среднего (m) и стандартное отклонение, достоверными считались результаты при $P < 0,05$.

Описание этапов исследования. Проведенные клинические исследования показали, что суставно-висцеральную форму заболевания наблюдали у 9 детей, преимущественно суставную — у 44 больных. На период обследования у 10 больных преобладала умеренная степень активности процесса, у 28 активность была минимальной и 14 детей находились в стадии ремиссии. По длительности течения ЮРА больные распределились следующим образом: у 24 детей стаж болезни составил от 1 до 3 лет, у 12 — от 3 до 6 лет и у 17 — более 6 лет, что соответственно составило 45,2%, 22,6 % и 32 1% (рисунок 1).

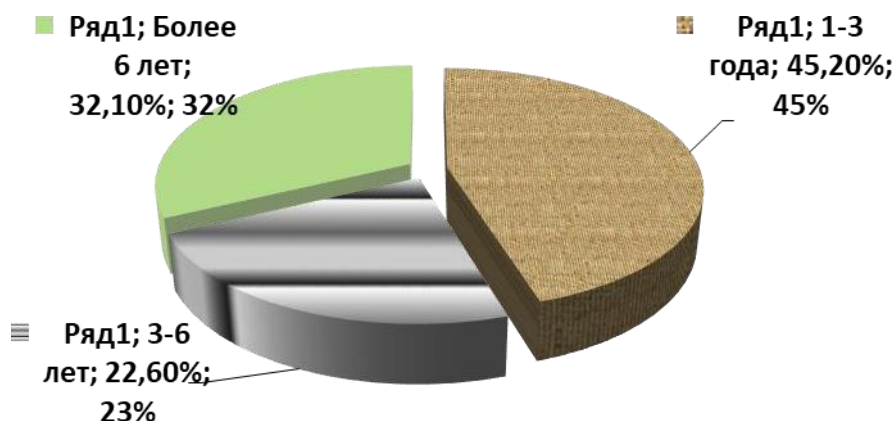


Рисунок 1-Длительность течения ЮРА, (%).

Изучение гормонального фона показало, что у детей с ЮРА наблюдается достоверное снижение уровня ТТГ до $1,47 \pm 0,03$ мМЕ/л ($P < 0,05$) и увеличение содержания T_3 до $2,45 \pm 0,04$ нмоль/л ($P > 0,05$) и повышение содержания T_4 до $97,1 \pm 4,5$ нмоль/л ($P < 0,001$), что в 1,7 раза выше, чем у здоровых детей.

В физиологических условиях синтез этих гормонов подчиняется механизму обратной связи: тиреолиберин гипоталамуса стимулирует синтез ТТГ, что, в свою очередь, приводит к увеличению продукции T_3 и T_4 . Таким образом, имеет место своеобразный взаимоконтроль, устанавливающий гормональное равновесие [4]. Полученные результаты свидетельствовали о наличии у больных ЮРА рассогласованности между центральными и периферическими звеньями данной системы.

При анализе показателей гормонов в зависимости от клинической формы заболевания были выявлены: уменьшение концентрации ТТГ с более выраженным снижением при системном варианте ЮРА, достоверное повышение содержания T_4 с наибольшими показателями при суставно-висцеральной форме. При этом уровень T_3 был несколько выше при суставной форме. Эти данные свидетельствуют о том, что более выраженные изменения секреции гормонов наблюдались при системном, более тяжелом варианте заболевания.

В состоянии оси «гипофиз — щитовидная железа» у детей с различной активностью заболевания выявлено четкое влияние степени активности воспалительного процесса на уровень изучаемых гормонов. Содержание ТТГ прогрессивно снижалось, самые низкие показатели отмечались у больных с умеренной степенью активности. В то же время концентрация T_3 и T_4 в сыворотке крови увеличивалась. Таким образом, при нарастании

активности патологического процесса наблюдаются снижение тропной функции гипофиза и повышение функциональной активности щитовидной железы.

При изучении уровней исследуемых гормонов в зависимости от давности ЮРА были выявлены следующие изменения. Самый низкий уровень ТТГ выявлен у детей с длительностью заболевания от 3 до 6 лет. Содержание T_3 и T_4 хотя и было выше, чем у здоровых детей, но с увеличением давности заболевания наметилась тенденция к его снижению. У больных с длительностью ЮРА более 6 лет уровни исследуемых гормонов имели наиболее низкие показатели.

Для выяснения взаимного влияния исследуемых гормонов был проведен корреляционный анализ, который выявил статистически значимую положительную связь между активностью воспалительного процесса и содержанием тироксина ($r = 0,44$; $p < 0,001$), отрицательная корреляционная связь между давностью заболевания и уровнем трийодтиронина ($r = -0,70$; $p < 0,001$).

Выводы. Суммируя вышеизложенное, можно заключить, что у детей с ЮРА наблюдается десинхронизация в работе щитовидной железы. Наиболее выраженные нарушения наблюдаются у больных с системной формой заболевания, при выраженной активности патологического процесса и у длительно болеющих детей.

Список литературы

1. И.Б. Биляева, В.И. Мазуров, Т.Н. Трафимова и Е.А. Трафимов. «Ранний ревматоидный артрит» Санкт Петербург 2018 г.
2. Бзарова Т.М., Алексеева Е.И., Валиева С.И., Чомахидзе А.М., Исаева К.Б., Лисицин А.О., Денисова Р.В. Опыт применения ингибитора ко-стимуляции т лимфоцитов абатацепта у больной полиартикулярным вариантом ювенильного ревматоидного артрита // Вопросы современной педиатрии. 2010. Т. 9. № 4. С. 147-154.
3. Богатова Н.В. Характеристика нейроиммуно-эндокринных взаимоотношений у больных ювенильным ревматоидным артритом на санаторно-курортном этапе реабилитации // Вестник физиотерапии и курортологии. — 2006. — № 4. — С. 43-45.
4. Жолобова Е.С., Шахбазян И.Е., Торосян Г.Г. Диагностика и лечение системной формы ювенильного идиопатического (ревматоидного) артрита // Доктор.Ру. 2012. № 6. С. 30-33.

5. Иллек Я.Ю., Плюснина С.В., Русских А.Г., Муратова Н.Г. Эндокринные нарушения при ювенильном ревматоидном артрите // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2002. № 4. С. 109-110.

6. Мелихова Н.И., Корешков Г.Г. Длительные катамнестические наблюдения за функциональным состоянием желез внутренней секреции больных ювенильным ревматоидным артритом // Педиатрия. — 2005. — № 4. — С. 42-46.

7. Pavelka K., Gatterova J., Tegzova D. et al. Radiographic progression of rheumatoid arthritis in patients from the Czech national Registry receiving infliximab treatment // Clin. Exp. Rheumatol. — 2007. — V. 25, № 4. — P. 540–555.

УДК: 616-08-039.75

Кален С.К., Ли Ц.Ц.

АО «ЮКМА», г.Шымкент, Казахстан.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В ПРАКТИКЕ ВОП

Аннотация

Паллиативная помощь — это целостный подход к оказанию помощи пациентам, страдающим опасными для жизни заболеваниями, и их семьям на протяжении всего заболевания. В основном это достигается за счет предотвращения и облегчения страданий посредством раннего выявления, комплексной оценки и решения физических, психосоциальных и духовных проблем.

С ростом пожилого населения в мире также будет увеличиваться число пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи.

Ключевые слова: *врачи общей практики, первичная помощь, паллиативная помощь.*

Кален С.К., Ли Ц.Ц.

«ОҚМА» АҚ, Шымкент қ., Қазақстан.

ЖТД ТӘЖІРИБЕСІНДЕГІ ПАЛЛИАТИВТІК КӨМЕКТІҢ ӨЗЕКТІЛІГІ

Аннотация

Паллиативтік көмек — өміріне қауіп төндіретін аурулары бар науқастарға және олардың отбасыларына ауру кезінде көмек көрсетудің біртұтас тәсілі. Бұған негізінен

физикалық, психоәлеуметтік және рухани мәселелерді ерте анықтау, жан-жақты бағалау және басқару арқылы азаптың алдын алу және жеңілдету арқылы қол жеткізіледі.

Әлемде егде жастағы халық санының өсуімен паллиативтік көмекке мұқтаж науқастар саны да артады.

Кілт сөздер: Жалпы тәжірибелік дәрігерлер, алғашқы медициналық көмек, паллиативтік көмек

Kalen S.K., Li Ts.Ts.

JSC «SKMA», Shymkent, Kazakhstan.

RELEVANCE OF PALLIATIVE CARE IN THE PRACTICE OF GP

Annotation

Palliative care is a holistic approach to helping patients with life-threatening illnesses and their families throughout their illness. This is mainly achieved through the prevention and alleviation of suffering through early identification, comprehensive assessment and management of physical, psychosocial and spiritual problems.

With the growth of the elderly population in the world, the number of patients in need of palliative care will also increase.

Key words: General practitioners, primary care, palliative care

Введение

Паллиативная помощь — это целостный подход к оказанию помощи пациентам, страдающим опасными для жизни заболеваниями, и их семьям. В большинстве клинических ситуаций основной целью является излечение болезни и облегчение симптомов, но в паллиативной помощи основной целью является улучшение качества жизни пациентов, а также их семей, которые сталкиваются со сложными проблемами, связанными с болезнью. В основном это достигается за счет предотвращения и облегчения страданий посредством раннего выявления, комплексной оценки и лечения боли и других проблем, таких как физические, психосоциальные и духовные.[1]

Паллиативная помощь также утверждает жизнь и рассматривает смерть как нормальный процесс. Следовательно, лечение должно интегрировать психологические и духовные аспекты ухода за пациентом. Паллиативная помощь требует системы

поддержки, чтобы помочь пациентам прожить остаток жизни как можно активнее, а также членов семьи, которым необходимо развить навыки преодоления трудностей и пройти через собственную тяжелую утрату. Для достижения этих целей необходим междисциплинарный подход [1].

Паллиативная помощь не является терминальным событием. В идеале он начинается во время диагностики опасного для жизни или изнурительного состояния и продолжается на протяжении всего процесса болезни до смерти и в период тяжелой утраты в семье.

Роль паллиативной помощи в течении болезни

Пациенты с запущенными стадиями рака и ВИЧ/СПИДом чаще всего получают паллиативную помощь. Также, пациенты с циррозом и печеночной недостаточностью, нарушениями мозгового кровообращения, болезнью Паркинсона и т. д. [2,3]. Пациенты, нуждающиеся в паллиативной помощи, могут быть любого возраста.

Существует большое количество программ, которые предоставляют эту паллиативную помощь в различных условиях, таких как больницы, амбулаторные учреждения, общественные программы в организациях домашнего здравоохранения и хосписы. В этих условиях работают бригады врачей, врачей общей практики, медсестер, социальных работников, консультантов, специалистов по реабилитации, логопедов и других медицинских работников. Вся вышеперечисленная медицинская бригада призваны помогать пациентам, нуждающимся в специальной паллиативной помощи, оценивать их и лечить боль наряду с другими симптомами, облегчать ориентированное на пациента общение и принятие решений, а также координировать непрерывность оказания помощи в разных условиях на протяжении всего континуума заболевания.

Роль семейных врачей в паллиативной помощи

Семейные врачи/врачи общей практики (ВОП) играют ключевую роль в оказании паллиативной помощи, поскольку они наиболее близки к сообществу и к ним проще всего получить доступ. Кроме того, домашние визиты также возможны для врачей общей практики по сравнению с другими врачами, которые занимаются работой в отделении. Врачи общей практики могут установить тесные отношения с пациентом и его семьей, поскольку большинство пациентов знают своих семейных врачей в течение многих лет, знают историю этих пациентов и знают, какие ресурсы для них доступны. Таким образом, семейные врачи в состоянии обеспечить максимальную поддержку и уход с использованием имеющихся ресурсов. Врачи общей практики могут постоянно наблюдать за этими пациентами, и они могут общаться и координировать свои действия с другими

медицинскими работниками, а также с лицами, осуществляющими уход, в отношении текущей ситуации пациента и заниматься его проблемами. Кроме того, могут быть организованы соответствующие направления к специалистам и другим ресурсам. В этом случае врачи общей практики могут оказывать расширенную помощь нуждающимся, координируя свои действия с другими ресурсами, такими как медсестры, физиотерапевты, эрготерапевты и социальные работники.

В терминальной стадии 74% пациентов и членов их семей неохотно госпитализируют пациентов.[4] Они хотят провести остаток своей жизни комфортно со своими близкими. Поэтому они склонны обращаться к семейному врачу за облегчением боли и других симптомов и затруднений. Выяснилось, что 90% ухода за пациентами в течение последних 12 месяцев приходится на дому при поддержке врачей общей практики и групп медсестер по месту жительства.[2]

Существует четыре основных компонента паллиативной помощи, которые могут оказываться в больнице или на дому у пациента. Это физическая помощь и лечение, психологическая помощь, социальная помощь и духовная помощь.[3]

Самая важная часть физического ухода за пациентом с неизлечимой болезнью состоит в том, чтобы обеспечить ему максимально комфортные условия до самой смерти. Поэтому облегчение боли и симптоматическое лечение других проблем чрезвычайно важны. Врачу общей практики, возможно, придется лечить целый ряд симптомов, таких как слабость, утомляемость, сонливость, потеря аппетита, тошнота и рвота, проблемы со ртом, дисфагия, икота, асцит, запор и диарея, пролежни, кашель и одышка, кровотечение, отек, а также некоторые психологические состояния, такие как тревога и депрессия. Диета – еще один аспект ухода за телом. Врач первичной медико-санитарной помощи должен посоветовать лицам, осуществляющим уход, давать пациенту адекватную пищу и жидкость в форме, которую пациент может легко проглотить и переварить.

Психологическая помощь – это управление психологическими потребностями умирающего пациента и его близких родственников. Психологический дистресс распространен среди людей, нуждающихся в паллиативной помощи, и является понятной реакцией на травматический и угрожающий опыт. Пациенты опираются на собственные внутренние ресурсы, чтобы справиться с ситуацией, и многие из них получают эмоциональную поддержку от семьи и друзей. Тем не менее, некоторые пациенты, вероятно, получают пользу от дополнительного профессионального вмешательства. Чтобы оказать психологическую помощь умирающему пациенту, врач должен знать личность

пациента и его отношение к смерти. Врачи первичной медико-санитарной помощи идеально подходят для этого из-за их долгосрочных отношений с пациентами и членами их семей. Фактически, некоторые семьи считают своего семейного врача другом семьи. Таким образом, семейный врач имеет уникальную возможность оказывать всестороннюю помощь пациенту, сохраняя при этом хорошие отношения между врачом и пациентом. Врачи общей практики должны следить за тем, чтобы психологический статус пациентов и лиц, осуществляющих уход, оценивался в ключевые моменты болезни и им оказывалась соответствующая психологическая поддержка. Этого можно добиться, находясь у постели пациента, эффективно общаясь с ним, показывая заботу, прикасаясь к пациенту, когда это уместно, активно выслушивая его страхи, разочарования, надежды и потребности. Врачи первичного звена могут успокоить пациента и сделать так, чтобы ему было комфортно. Пациентам следует дать надежду, когда это возможно, чтобы они могли прожить оставшуюся часть своей жизни в хорошем психологическом состоянии.

Социальные последствия рака значительны и могут распространяться не только на пациента и ближайших родственников. Пациентам может понадобиться помощь в личном уходе, консультации по вопросам трудоустройства и помощь в получении финансовых пособий. ВОП, будучи активным членом сообщества, сможет помочь пациенту с этими потребностями или направить в соответствующие службы. Вся такая поддержка может предоставляться неофициально или официально, плановым или реактивным образом.

Проблемы, с которыми сталкиваются семейные врачи

Актуализация знаний о новейших методах управления, касающихся контроля физических и психосоциальных симптомов, а также приобретение навыков консультирования важны для врачей общей практики при ведении пациентов, страдающих неизлечимой болезнью. Некоторые врачи общей практики чувствуют себя некомфортно, сталкиваясь с умирающими пациентами, из-за их кажущейся неспособности постоянно обновлять знания о новейших методах лечения.[6]

Знания врачей общей практики о контроле соматических симптомов считаются достаточными, но они большое количество молодых ВОП осознают, что им необходимы определенные психосоциальные навыки и навыки консультирования для работы в сфере паллиативной помощи.[6]

Отсутствие надлежащих руководств — еще одна проблема, с которой сталкиваются врачи общей практики. Таким образом, оказание паллиативной помощи является

проблемой для начинающих врачей общей практики из-за отсутствия рекомендуемых руководств, а также отсутствия предыдущего опыта.

Время является фундаментальным компонентом паллиативной помощи. Большинство врачей общей практики указывают, что время является препятствием для более активного участия в паллиативной помощи их пациентам.[8] Отсутствие лекарств и оборудования также является проблемой, с которой сталкиваются врачи общей практики..

В связи со старением населения потребность в ресурсах паллиативной помощи заметно возрастет в ближайшие несколько десятилетий. В сочетании с этим изменения в демографии и характере работы персонала общей практики приведут к трудностям в достижении цели паллиативной помощи на дому для людей с неизлечимыми заболеваниями, если не будут реализованы структурные инициативы.

Заключение

Удовлетворение потребностей населения в паллиативной помощи является обязанностью врачей первичного звена. Они находятся в уникальном положении, чтобы обеспечить всестороннюю помощь пациенту. Чтобы неизлечимо больные пациенты могли оставаться дома большую часть или всю оставшуюся жизнь, они должны иметь доступ к врачу общей практики, обладающему знаниями и опытом в области паллиативной помощи. Он должен быть готов к посещениям на дому и прикрытию в нерабочее время, иметь доступ к бригаде паллиативной помощи и иметь доступ к стационарному учреждению для лечения острых изменений в состоянии пациента. Разработка моделей паллиативной помощи, улучшение навыков и возможностей всех врачей для изучения принципов паллиативной помощи должны быть начаты уже сейчас, если мы хотим, чтобы профессия была максимально подготовлена к решению проблем стареющего общества.

Список литературы:

1. WHO | WHO Definition of Palliative Care. 2015. [Last cited on 2015 Jul 29]. Available from:<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
2. Arnold R. Clinical practice guidelines for quality palliative care. Brooklyn, NY: National Consensus Project for Quality Palliative Care; 2004. [Google Scholar]
3. De Silva N. Lectuer Notes in Family Medicine. Colombo: Vishwa Lekha; 2006. [Google Scholar]
4. Tylor K, Jackson K, McBride T, Ahmed S. End of Life Care. Edinburgh: The Stationery Office; 2008. [Google Scholar]

5. Battaramulla: Department of Census and Statistics; 2012. Department of Census and Statistics. Census of Population and Housing 2012. [Google Scholar]
6. Mitchell GK. How well do general practitioners deliver palliative care. A systematic review? Palliat Med. 2002;16:457–64. [PubMed] [Google Scholar]
7. Hanratty B. Palliative care provided by GPs: The carer's viewpoint. Br J Gen Pract. 2000;50:653–4. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
8. Reymond E, Mitchell G, McGrath B, Welch D. Brisbane: Mt Olivet Health Services; 2003. [Last accessed on 2014 Aug 08]. Research into the Educational, Training and Support Needs of General Practitioners in Palliative Care. Report to the Department of Health and Ageing. Available from:http://www.mtolivet.org.au/Research/Research%20Projects/Research_projects.htm . [Google Scholar]
9. Boakes J, Gardner D, Yuen K, Doyle S. General practitioner training in palliative care: An experiential approach. J Palliat Care. 2000;16:11–9. [PubMed] [Google Scholar]
10. Mitchell G, Price J. Developing palliative care services in regional areas. The Ipswich Palliative Care Network model. Aust Fam Physician. 2001;30:59–62. [PubMed] [Google Scholar]
11. Ferris FD, Balfour HM, Bowen K, Farley J, Hardwick M. A Model to Guide Hospice Palliative Care. Ontario: Canadian Hospice Palliative Care Association (CHPCA); 2004. [Google Scholar]

ГРНТИ : 76.29.29

Назарова Г.У¹., Мадумарова З.Ш¹.

¹Андижанский Государственный медицинский институт, город Андижан,
Узбекистан.

ВЕДЕНИЕ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПМСП КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ КАРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ

Аннотация: Современными эпидемиологическими подходами и по международным требованиям вовлечены в скрининг-исследованиям 1323 женщины в возрасте 15-49 лет живущие в городе Андижане Республики Узбекистан. На основании обследования доказано, во-первых, высокая степень коморбидных состояний среди обследованных, во-

вторых, особенно их участие в возрасте 30-49 лет, в-третьих, значение эпидемиологических исследований в решении проблемы коморбидных состояний на фоне перенесенного коронавирусной инфекции, а также их ведение в учреждениях первичной медико-социальной помощи.

Ключевые слова: Хронические неинфекционные заболеваний, распространенность, женщины фертильного возраста, профилактика, коронавирусная инфекция.

Назарова Г.У.¹, Мадумарова З.Ш.¹

¹Әндіжан мемлекеттік медицина институты, Әндіжан қаласы, Өзбекстан.

АМСК МЕКЕМЕЛЕРІНДЕ КАРОНАВИРУСТЫҚ ИНФЕКЦИЯСЫМЕН АУЫРҒАН НАУҚАСТАРДА КОМОРБИДТІК ЖАҒДАЙЛАРДЫ ЖҮРГІЗУ

Аннотация: қазіргі заманғы эпидемиологиялық тәсілдермен және халықаралық талаптар бойынша Өзбекстан Республикасының Андижан қаласында тұратын 15-49 жастағы 1323 әйел скринингтік зерттеулерге тартылды. Зерттеу негізінде, біріншіден, зерттелгендер арасында коморбидтік жағдайлардың жоғары дәрежесі дәлелденді, екіншіден, әсіресе олардың 30-49 жас аралығындағы жиілеуі, үшіншіден, короновирустық инфекция аясында коморбидтік жағдайлар мәселесін шешуде эпидемиологиялық зерттеулердің маңызы, сондай-ақ оларды алғашқы медициналық-әлеуметтік көмек мекемелерінде жүргізу.

Кілт сөздер: созылмалы жұқпалы емес аурулар, таралуы, құнарлы жастағы әйелдер, алдын алу, короновирустық инфекция.

Nazarova G.U.¹, Madumarova Z.Sh.¹

¹Andijan State Medical Institute, Andijan city, Uzbekistan.

MANAGEMENT OF COMORBID CONDITIONS IN PRIMARY HEALTH CARE INSTITUTIONS IN PATIENTS WHO HAVE SUFFERED A CARONAVIRUS INFECTION

Summary: 1323 women aged 15-49 years living in the city of Andijan of the Republic of Uzbekistan are involved in screening studies using modern epidemiological approaches and according to international requirements. Based on the survey, it was proved, firstly, a high degree of comorbid conditions among the examined, secondly, especially their increase at the

age of 30-49 years, and thirdly, the importance of epidemiological studies in solving the problem of comorbid conditions against the background of a coronavirus infection, as well as their management in primary medical and social care institutions.

Key words: *Chronic non-communicable diseases, prevalence, women of fertile age, prevention, coronavirus infection.*

Введение: По данным Всемирной организации здравоохранения в конце 2019 г. в Китайской Народной Республике (КНР) произошла вспышка новой коронавирусной инфекции с эпицентром в городе Ухань (провинция Хубэй). Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) 11 февраля 2020 г. определила официальное название инфекции, вызванной новым коронавирусом, – COVID-19 («Coronavirus disease 2019»). Международный комитет по таксономии вирусов 11 февраля 2020 г. присвоил официальное название возбудителю инфекции – SARS-CoV-2[7], также появление COVID-19 поставило перед специалистами здравоохранения задачи, связанные с быстрой диагностикой и оказанием медицинской помощи больным. В настоящее время продолжается интенсивное изучение клинических и эпидемиологических особенностей заболевания, разработка новых средств его профилактики и лечения.

В литературах сообщается что корона - вирус одинаково влияет на состояние человека независимо от возраста. Опасность для пожилых и ослабленных людей заключается лишь в разбалансировке работы организма и ухудшении уже имеющихся хронических заболеваний. Подобное происходит и при других возбудителях острых респираторных инфекций. Однако опасность нового коронавируса заключается в более частом развитии осложнений из-за полной неспособности иммунной системы неизвестному для него патогену [7].

Научные данные всемирного общества дали результаты, что физически активные люди реже умирают от COVID-19. Американскими учеными было исследовано примерно 200 000 пациентов. У которых коронавирус диагностировали с января 2020 года по май 2021 года, до начала вакцинации. Исследование показало, что у физически и социально активных людей были ниже риски госпитализации и смерти в течение 90 дней после заражения COVID-19.

Множественность заболеваний и полиорганность патологии у одного и того же человека уже привлекает внимание клиницистов и исследователей. Однако, представление о сочетанных и комбинированных заболеваниях, би и поли казуальных

причинах твердых клинических точек от них основываются в основном на клинических наблюдениях либо в единичных эпидемиологических исследованиях на неорганизованной сельских популяциях [9]. Если на «заре» эпидемиологии речь шла в основном о популяционном изучении отдельных заболеваний, то в последние годы появились сообщения об изучении множественных факторов риска и заболеваний [3, 6, 9,10].

Материалы и методы: в качестве объектов исследования было выбрано районы г. Андижана, которые по статистическим показателям отвечали всем требованиям репрезентативности. Из списков избирателей старой и новой части города, по таблицам случайных чисел, после верификации адресов в г. Андижана. Была сформирована 10%-ная репрезентативная выборка женщин 15-49 лет в количестве 1598 человек. Всего из 1598 отобранных для исследования, явились и прошли обследование 1323 женщины (82,1%). Настоящая работа является эпидемиологическим и в ней использовались стандартные, унифицированные методы исследования, критерии оценки полученных данных и классификации, рекомендованные ВОЗ для популяционных исследований и используемые в практике профилактической медицины [3, 6]. Обследование проводилось утром, натощак и включало следующие эпидемиологические методы: опросные, инструментальные и биохимические.

Результаты и обсуждение: Одной из основных задач наших исследований, которую мы стремились решить, заключалась выявлении множественных патологий с целью выработки оптимальных подходов к профилактике коморбидных заболеваний на индивидуальном и популяционном уровнях. При этом мы во многом руководствовались известными данными литературы [1, 2, 5].

Проведенные исследования показали, что 86,3% женщин имеют хроническую полиорганную патологию с числом заболеваний 2 и более (коморбидных заболеваний). Только у 23,5% не было полипатий. У 56,7% установлена одна полипатия, у 84,8% - три, у 57,9% - четыре и у 41,8% - все 5 полипатий одновременно (рисунок 1).

Чаще всего у обследованных встречается сочетание двух и трех хронических заболеваний, практически у половины женщин фертильного возраста наблюдается сочетание четырёх или пятерых неинфекционных заболеваний. Такое существенное возрастание распространенности коморбидных заболеваний не может не тревожить, поскольку подобные эпидемиологические тенденции хронических неинфекционных заболеваний тесно связано с твердыми «конечными точками» населения.

Выявлено, что распространенность коморбидных заболеваний увеличивается с возрастной группы до 20 лет (43,0%), затем по мере нарастания возраста частота множественных хронических заболеваний линейно и статистически достоверно возрастает, составляя 76,2% в 20 – 29 лет ($P \leq 0,01$), 94,7% в возрасте до 39 лет ($P \leq 0,01$) и 98,6% в 40 – 49 лет ($P \leq 0,05$). Чаще всего у обследованных женщин 15 – 49 лет встречается 2 хронические неинфекционные заболевания (84,7%), затем сочетание 5 хронических неинфекционных заболеваний (41,8%), приблизительно одинаковой частотой регистрируется женщины с одним и четырьмя хроническими неинфекционными заболеваниями в 56,7% и 57,9% случаев соответственно.

Соответственно по данным литературных источников в возрасте до 20 лет лишь у 4,4% обследованных не определялись полипатии. Хотя бы одна коморбидное состояние была выявлена у 10,5% обследованных, сочетание двух полипатий отмечено у 12,3% обследованных, 3 полипатий – у 7,9%, 4 полипатий – у 5,3% и 5 полипатий – у 2,6% женщин.

Среди женщин в возрасте до 29 лет лишь у 7,8% обследованных не определялись хронические полиорганные патологии; хотя бы одна хронические неинфекционные заболевания отмечены в 17,4%. Сочетание двух и более хронических поли органных патологий установлено у половины обследованных – в 50,9%. У 12,3% женщин выявлена одна хроническая патология, у 15,7% - три, у 10,7% - четыре и у 3,6% - все 5 хронические неинфекционные заболевания одновременно.

В возрастной группе до 39 лет 94,7% женщин имеют коморбидных состояний с числом заболеваний 2 и боле. Среди них только у 11,3% женщин не было хронические неинфекционные заболевания, у 21,4% выявлена одна хроническое неинфекционное заболевание, у 26,0% - 2 хронические неинфекционные заболевания, у 21,4% - три, у 13,8% - четыре и у 6,7% - все 5 хронические неинфекционные заболевание одновременно. Довольно часто встречается сочетание двух и более хронических заболеваний (59,6%, $P \leq 0,01$).

По нашим данным самая высокая частота коморбидных состояний отмечается среди женщин в возрасте 40 – 49 лет – 98,6%. В данной группе только 0,3% обследованных не имели анализируемых патологий. У обследованных встречается 1 полипатия – 4,7%, 2 полипатий – в 15,6%, 3 коморбидных состояний – в 19,9%, 4 коморбидных состояний – в 23,1% и 5 коморбидные состояния – в 35,0% случаев.

Такая картина эпидемиологических показателей заболеваемости полипатий и линейно возрастающая популяционная пирамида по всей вероятностью связана со скоплением определенных риск – факторов, а также физиологическими и патологическими особенностями, происходящими в организме женщин по мере увеличения возраста. Кроме того, с возрастом происходит снижение активности симпатoadреналовой системы, с которой связана распространенность определенных хронических неинфекционных заболеваний и с другой стороны, увеличение частоты полипатий можно связать с материальными затруднениями, проблемами с трудоустройством, ухудшением качества питания, наличием хронических инфекций женской половой сферы, а также с нарушениями психоэмоционального статуса в следствии частых родов и беременностей.

Такое объяснение встречается в литературе ряда стран, в том числе и в странах СНГ, в частности в Центрально – Азиатских государствах [2, 8, 9, 10]. Однако, при этом следует подчеркнуть, доказать роли выше отмеченных причин (в качестве риск факторов) в возникновении и распространенности коморбидных заболеваний удастся лишь путем проспективных исследований, ибо изучаемый эпидемиологический «агент – стержень» может служить как причиной (риск – фактором) болезни, так и являться составляющей в других причинах. Безусловно, для выявления закономерностей зависимости распространенности множественных хронических заболеваний от региональных (эндемических) факторов риска необходимы соответствующие эпидемиологические исследования, которые во многом помогут решить существующие на сегодня проблемы репродуктивного здоровья женского населения.

При коронавирусной инфекции наблюдаются осложнения коронавирусной инфекции в виде следующих заболеваний, которые протекали как коморбидные состояния.

Пневмонии. При котором нарастает общая слабость и головная боль, появление нейтрофильного лейкоцитоза в периферической крови, температура тела резко повышается, отмечается кашель, мокрота, боли в груди во время кашля на стороне поражения, одышка.

Острый респираторный дистресс-синдром. Характеризуется развитием в течение 2-6 дней от начала болезни, нарастанием сухого кашля, одышки, учащённого поверхностного дыхания, подключением вспомогательной мускулатуры во время дыхания, тахикардией, посинением носогубного треугольника, снижение сатурации уровня кислорода в крови

ниже 90 %, нарушением обменного равновесия в организме. В лёгких возможны хрипы, при рентгенографии — инфильтраты в лёгких, плевральный выпот. Прогноз заболевания часто неблагоприятный.

Мульти системный воспалительный синдром. Встречается часто у людей до 21 лет. Протекает длительной лихорадкой с 38°C температурой и более, появлением С-реактивного белка, повышения СОЭ, прокальцитонина, фибриногена и др. [14][15][9][11].

«Длительный COVID» (лонг-ковид), или пост ковидный синдром, — симптомы после перенесенного ковид заболевания, продолжающиеся более 1 месяцев: утомляемость, головокружение, головные боли, потеря запаха и вкуса, депрессия, кашель, боли в груди, мышцах и суставах. В Международной классификации болезней (МКБ-10) кодируемое как U09.9 «Состояние после COVID-19 неуточнённое».

По литературным данным через шесть месяцев после перенесённой коронавирусной инфекции у больных сохранялись тревожность (22,82 %), дыхательные проблемы (18,7 %), усталость (12,82 %), боли в горле и груди (12,6 %), головная боль (8,67 %) и когнитивные нарушения (7,88 %). Наиболее часто у мужчин и пожилых пациентов распространены проблемы с дыханием и когнитивные нарушения, у женщин — головные боли, тревожность и депрессия. Такие симптомы чаще встречались у стационарных больных. [18].

Синдром Гийена - Барре. Острое воспалительное заболевание, характеризующая иммунной атакой собственных нервных клеток, вызывая мышечную слабость и иногда паралич. Выявлены лишь единичные случаи связи этого заболевания с инфекцией [17].

Сахарный диабет. Риск развития диабета 2-го типа повышается на 28 % при ковиде, из-за усиления работы иммунной системы после выздоровления, связанная дисфункцией бета-клеток поджелудочной железы и резистентностью к инсулину, также из-за стресса, вызванного болезнью [19].

Выводы: 1. Среди женского населения фертильного возраста имеет место достаточно высокая распространенность множественных хронических заболеваний. Практически у половины женщин наблюдается сочетание четырех или пяти хронических патологий.

2. Интенсивное накопление хронических полиорганных патологий с числом заболеваний двух и более, би — и поликаузальными факторами происходит в репродуктивном возрасте женской популяции. Своеобразный «пик» коморбидных состояний и различных сочетаний эндогенных факторов риска приходится на возрастные группы 30 – 39 и 40 – 49 лет.

3.Проект даёт возможности профилактики коморбидных заболеваний на индивидуальном и коммунальном уровнях.

4. Прогноз благоприятный при лёгкой и среднетяжёлой форме COVID-19 также круглогодичных формах заболевания. У пожилых людей с полипатиями - лиц с иммунодефицитом, хроническими сердечно-сосудистыми и бронхолёгочными заболеваниями, особенно тяжёлой форме COVID-19 прогноз серьёзный —вероятностью летального исхода до 80 %.

5.Имеется связь между физической активностью и более низкими рисками госпитализации и смерти, которое сохранялась для больных с хроническими состояниями, как повышенное ожирение, артериальное давление, сердечно-сосудистые заболевания [5].

Список литературы:

- 1.Абдуллаев Р.Б. Особенности клинического течения, распространенности и новые подходы к лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в Южном Приаралье // Автореферат дисс.... д.м.н. - Ташкент. - 2002. - С. 10-15.
- 2.Абдусаматов У. А. Беременность и патология почек (клинико-эхографическое исследование) // Дисс... канд. мед. наук. - Ташкент . - 1998. – С. 152-155.
- 3.Аканов А.А. Эпидемиология и профилактика основных хронических неинфекционных заболеваний среди сельского населения Республики Казахстан // Автореферат дисс... д.м.н. - Бишкек. - 1991. - С. 23-26.
- 4.Власов В.В. Введение в доказательную медицину. - М.-Медиасфера. - 2001. - С. 158-174.
- 5.Временные методические рекомендации// профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 16 (18.08.2022). Москва-2022.-С.1-2.
- 6.Каюмов У.К. и соавт. Сердечно-сосудистые заболевания в структуре смертности женского населения 20-59 лет в городе Ташкенте // В книге актуальные проблемы экстрагенитальных заболеваний. - Бухара. - 1999.- С.175-177
- 7.Коронавирусная инфекция (COVID-19): вакцины // WHO, 12.12.2020.ссылка
- 8.Джураева М.А. Популяционные исследования основных хронических неинфекционных заболеваний среди городского и сельского населения Ферганской долины, факторы риска и методические аспекты профилактики // Автореферат дисс.... к.м.н. - Ташкент. - 1999. - С.2-12.

9.Оганов Р.Г, Масленникова Г.Я. Сердечно-сосудистые заболевания в Российской Федерации во второй половине XX столетия: тенденции, возможные причины, перспективы // Кардиология. - 2000. - №6. - С.6-7.

10.Раимжонов А. Дизииония и её связь с распространенностью основных экстрагенитальных заболеваний среди женщин фертильного возраста // Дисс... к.м.н. - Андижан. – 2002. - С.12-28.

11.Руководство по инфекционным болезням / Под ред. Ю. В. Лобзина. — СПб, 2000. — Ч. 2. — С. 14-15.

12.Шамурова Ю.Ю. и соавт. Эпидемиология и профилактика множественных хронических заболеваний (полипатий) в сельской популяции // Материалы конф. «Охр и укрепл. здоровья населения ». - Москва . - 2001. - С.102.

13.Шейхман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность // Ленинград. - 1987. - С.64-78.

14. Al-Tawfiq J. A., Memish Z. A. Update on therapeutic options for Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV) // Expert review of anti-infective therapy. — 2017. — № 3. — P. 269-275.ссылка

15. Centers for Disease Control and Prevention. Coronavirus (COVID-19). ссылка

16. International Committee on Taxonomy of Viruses (ICTV). Taxonomy. [Электронный ресурс]. Дата обращения: 27.03.2020.

17. Luijten L., Leonhard S. E., Doets A. Y. Guillain-Barré syndrome after SARS-CoV-2 infection in an international prospective cohort study // Brain. — 2021.ссылка

18. Taquet M., Dercon Q., Luciano S. et al. Incidence, co-occurrence, and evolution of long-COVID features: A 6-month retrospective cohort study of 273,618 survivors of COVID-19 // PLOS med. — 2021. — № 9.ссылка

19. Rathmann W., Kuss O., Kostev K. Incidence of newly diagnosed diabetes after Covid-19 // Diabetologia. — 2022.ссылка

МРТИ 76.29.51

УДК 616.127-005.8:616.911

Ниязова М.Т¹, Умарова М.Э.¹, Холтаева Ф. Ф.²

¹Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

²Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ У НАСЕЛЕНИЕ В ВОЗРАСТЕ 40 ЛЕТ И СТАРШЕ

Аннотация

Анализ показателей заболеваемости артериальной гипертонией и сахарным диабетом у население в возрасте 40 лет и старше. Исследование проводилась в учреждениях первичного звена медико-санитарной помощи Сырдарьинской области Республики Узбекистан. В ходе исследования были проанализированы амбулаторные карты, нормативные документы и статические отчётно-учетная документация, а также непосредственно контролировался рабочий процесс и проанализировано соответствие стандартам.

Ключевые слова: артериальная гипертония, сахарный диабет, семейная поликлиника, здоровье население.

Niyazova M.T¹., Umarova M.E¹., Kholtaeva F. F.²

¹Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent city, Uzbekistan

²Tashkent Medical Academy, Tashkent city, Uzbekistan

ANALYSIS OF INCIDENCE INDICATORS OF ARTERIAL HYPERTENSION AND DIABETES MELLITUS IN THE POPULATION AGED 40 AND OVER

Annotation

Analysis of the incidence rates of arterial hypertension and diabetes mellitus in the population aged 40 years and older. The study was conducted in primary health care facilities in the Syrdarya region of the Republic of Uzbekistan. During the study, outpatient cards, regulatory documents and static reporting and accounting documentation were analyzed, as well as the workflow was directly controlled and compliance with standards was analyzed.

Key words: arterial hypertension, diabetes mellitus, family clinic, public health.

Ниязова М.Т¹., Умарова М.Е¹., Холтаева Ф. Ф².

¹Ташкент педиатриялық медицина институты, Ташкент қаласы, Өзбекстан

²Ташкент медициналық академиясы, Ташкент қаласы, Өзбекстан Республикасы

ҚЫРЫҚ ЖӘНЕ ОСЫ ЖАСТАҒЫ ХАЛЫҚ АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯ ЖӘНЕ ҚАНТ ДИАБЕТІМЕН СЫРҚАТТАНУШЫЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕРІН ТАЛДАУ

Аннотация

40 жастан асқан халық арасында артериялық гипертензия мен қант диабетімен сырқаттанушылық көрсеткіштерін талдау. Зерттеу Өзбекстан Республикасының Сырдария ауданындағы алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсету мекемелерінде жүргізілді. Зерттеу барысында амбулаторлық карталар, нормативтік құжаттар және статикалық есеп беру және есепке алу құжаттамасы талданды, сонымен қатар жұмыс барысына тікелей бақылау жүргізіліп, стандарттарға сәйкестігі талданды.

Кілт сөздер: артериялық гипертензия, қант диабеті, отбасылық емхана, денсаулық сақтау.

Актуальность. Артериальная гипертензия является важным фактором риска развития многих серьезных осложнений сахарного диабета и ухудшения его течения, включая диабетическую ретинопатию, нефропатию, микро- и макроангиопатию [1,2].

Артериальная гипертензия встречается у больных сахарным диабетом примерно в 2 раза чаще, чем в общей популяции. Частота артериальной гипертензии среди больных сахарным диабетом колеблется от 20 до 60% в зависимости от использованных критериев повышенного артериального давления (АД) и типа сахарного диабета.

Сам сахарный диабет также является предрасполагающим фактором к артериальной гипертензии, так как при этом заболевании отмечается поражение артерий и, в особенности, мелких артерий - артериол, что способствует отложению в них атеросклеротических бляшек. В свою очередь атеросклероз при отсутствии должного внимания к нему и адекватного лечения может значительно повышать риск развития

артериальной гипертензии, а также ишемической болезни сердца (в виде стенокардии и инфаркта миокарда) и инсультов. Кроме того, при атеросклерозе отмечается и поражение почек [3,4].

Цель исследования. Анализ показателей заболеваемости артериальной гипертензией и сахарным диабетом у население в возрасте 40 лет и старше.

Материалы и методы. Исследование проводилась в учреждениях первичного звена медико-санитарной помощи Сырдарьинской области Республики Узбекистан. В ходе исследования были проанализированы амбулаторные карты, нормативные документы и статические отчетно-учетная документация, а также непосредственно контролировался рабочий процесс и проанализировано соответствие стандартам.

Обсуждение результатов. В Сырдарьинской области проживает 267 тысяч 356 человек в возрасте 40 лет и старше, из них: обследовано 251 тысяча 250 человек. По результатам скрининга 96 тысяч 935 человек имели избыточную массу тела, 43 тысячи 739 человек страдали ожирением, 47 тысяч 321 человек страдали недостаточностью питания, 52 тысячи 443 человека малоподвижны, 23 тысячи 300 человек были подвержены вредным привычкам. По результатам обследования установлено, что артериальное давление было у 25 тысяч 192 человек, уровень холестерина - у 12 тысяч 973 человек, уровень глюкозы выше нормы - у 14 тысяч 605 человек.

Заболевания, диагностированные впервые в жизни: сердечно-сосудистые заболевания у 11 тысяч 899 человек, сахарный диабет у 6860 человек, другие заболевания у 6852 человек.

В ходе исследование изучалось первичная заболеваемость у население в возрасте 40 и старше. В таблице №1 представлены сравнительные данные по первичной заболеваемости за последние 3 года.

Таблица 1. Первичная заболеваемость неинфекционными заболеваниями у население в возрасте 40 лет и старше

	Назология	2020 год	2021 год	2022 год
1	Сердечно-сосудистые заболевания	9276	8400	6341
2	Сахарный диабет	1024	1065	1086
3	Хронические обструктивные заболевания легких	4936	4866	5084
	Злокачественные опухолевые заболевания	287	531	424

4				
---	--	--	--	--

В таблице 1 представлены сравнительные данные по первичной заболеваемости за последние 3 года. Из таблицы видно, что первичная заболеваемость по сердечно-сосудистым заболеваниям снизилась, а сахарный диабет и хронические обструктивные заболевания легких наоборот увеличались. Злокачественные опухолевые заболевания имели волнообразное течение: количество пациентов год за год то увеличивалось и то уменьшалось.

Таблица 2. Общая заболеваемость неинфекционными заболеваниями у население в возрасте 40 лет и старше

№	Назология	2020 год	2021 год	2022 год
1	Сердечно-сосудистые заболевания	34866	42369	39472
2	Сахарный диабет	10178	10585	10903
3	Хронические обструктивные заболевания легких	8999	8963	9232
4	Злокачественные опухолевые заболевания	1892	2129	2401

Общая заболеваемость – число всех случаев заболеваний, с которыми население обратилось за данный год за медицинской помощью в любые амбулаторно-поликлинические учреждения, отнесенное к численности населения. Из таблицы №2 видно, что общая заболеваемость по всем указанным назологиям значительно выросло.

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Республики Узбекистан. Состояние диспансерного контроля неинфекционных заболеваний у больных в возрасте 40 лет и старше представлено в таблице №3.

Таблица 3. Состояние диспансерного контроля неинфекционных заболеваний у больных в возрасте 40 лет и старше

	Назология	2020 год	2021 год	2022 год
--	-----------	----------	----------	----------

1	Сердечно-сосудистые заболевания	32692	33359	33207
2	Сахарный диабет	9154	9429	9612
3	Хронические обструктивные заболевания легких	4086	4097	4199
4	Злокачественные опухолевые заболевания	1892	2129	2401

Инвалидностью считается нарушение здоровья человека со стойким расстройством функций организма, приводящее к полной или значительной потере профессиональной трудоспособности или существенным затруднениям в жизни.

Таблица 4. Показатели инвалидности неинфекционных заболеваний у больных в возрасте 40 лет и старше

№	Назология	2020 год	2021 год	2022 год
1	Сердечно-сосудистые заболевания	459	434	416
2	Сахарный диабет	145	141	185
3	Хронические обструктивные заболевания легких	12	9	11
4	Злокачественные опухолевые заболевания	222	207	228

По сравнению с остальной массой населения люди с инвалидностью раньше умирают, имеют худшие показатели здоровья и сталкиваются с большими ограничениями в повседневной деятельности.

Из таблицы №4 видно, что инвалидность увеличилось в у больных с сахарным диабетом, злокачественные опухолевые заболеваниями. Повышение распространенности неинфекционных заболеваний и старение населения ведут к увеличению их численности.

Таблица 5. Преждевременная смертность от неинфекционных заболеваний среди у население в возрасте 40 лет и старше

№	Назология	2020 год	2021 год	2022 год
1	Сердечно-сосудистые заболевания	1979	2087	2107
2	Сахарный диабет	145	151	124
3	Хронические обструктивные заболевания легких	44	48	43

4	Злокачественные опухолевые заболевания	102	173	119
---	--	-----	-----	-----

Преждевременная смерть- смерть наступившая раньше положенного срока по каким-либо причинам. Из таблицы №5 видно, что сердечно-сосудистые заболевания являются самой частой причиной преждевременных смертей. Общее количество смертей было зарегистрировано 2270 в 2020 году, 2459 в 2021 году и 2393 в 2022 году.

Заключение. Таким образом, по результатам скрининга 96 тысяч 935 человек имели избыточную массу тела, 43 тысячи 739 человек страдали ожирением, 47 тысяч 321 человек страдали недостаточностью питания, 52 тысячи 443 человека малоподвижны, 23 тысячи 300 человек были подвержены вредным привычкам. По результатам обследования установлено, что артериальное давление было у 25 тысяч 192 человек, уровень холестерина - у 12 тысяч 973 человек, уровень глюкозы выше нормы - у 14 тысяч 605 человек.

Список литературы:

1. Данилов В.И., Хасанова Д.Р., Данилова Т.В. и др. Инсульт . Современные подходы диагностики, лечения и профилактики: методические рекомендации / под ред. В.И.Данилова, Д.Р.Хасановой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.-248с.: ил
2. Иванова Г.Е. Комплексная дифференцированная физическая реабилитация больных с мозговым инсультом: ... д-ра мед. Наук Москва, 2003. – 409 с. 5.
3. Исанова В.А., Табиев И.И., Методология комплексного подхода в реабилитации пациентов с нейрогенной дисфагией. // Международная научно-практическая конференция по нейрореабилитации в нейрохирургии: материалы конференции./ Под редакцией профессора Данилова В.И. и профессора Ивановой Г.Е. – Казань, 2012. – 344с
4. Исанова В.А., Табиев И.И., Мингазова Л.Ш., Реабилитация пациентов с недостаточностью питания в комплексе мероприятий активизирующего ухода в острый период инсульта.//Актуальные проблемы логопедической помощи больным с нарушением речи и других высших психических функций. Материалы второй Республиканской конференции логопедов и психологов 19 ноября 2013г. – Казань.

UDC 76.29.59.

Nurmukhamedova R.A.

Family medicine with the course of occupational diseases of the Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Tashkent, Uzbekistan

CLINICAL AND PRACTICAL SIGNIFICANCE OF SCREENING STUDIES IN PRIMARY HEALTH CARE.

Summary

In medicine, screening is understood as the conduct of simple and safe studies of large groups of the population in order to identify risk groups for the development of a particular pathology. The procedure with this name has been practiced for more than a century. Examinations to detect possible diseases have already become the norm in medical practice. They allow you to detect a disease when a person still feels healthy, and there are no external signs of pathology.

Key words: screening, population, risk groups, pathology and norm

Нурмухамедова Р.А.

Семейная медицина с курсом профессиональных заболеваний Центра повышения квалификации медицинских работников при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан, г. Ташкент, Узбекистан

КЛИНИЧЕСКАЯ И ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ СКРИНИНГОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ.

Аннотация

В медицине под скринингом понимают проведение простых и безопасных исследований больших групп населения с целью выявления групп риска по развитию той или иной патологии. Процедура с таким названием практикуется уже более века. Обследования с целью выявления возможных заболеваний уже стали нормой в медицинской практике. Они позволяют обнаружить заболевание, когда человек все еще чувствует себя здоровым, и нет никаких внешних признаков патологии.

Ключевые слова: скрининг, популяция, группы риска, патология и норма

Нұрмұхамедова Р. А.

Өзбекстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі жанындағы медицина қызметкерлерінің біліктілігін арттыру орталығының кәсіптік аурулар курсы бар отбасылық медицина, Ташкент қ, Өзбекстан

АЛҒАШҚЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ-САНИТАРЛЫҚ КӨМЕКТЕГІ СКРИНИНГТІК ЗЕРТТЕУЛЕРДІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЖӘНЕ ПРАКТИКАЛЫҚ МАҢЫЗДЫЛЫҒЫ.

Аннотация

Медицинада скрининг дегеніміз-белгілі бір патологияны дамыту үшін қауіп топтарын анықтау үшін халықтың үлкен топтарына қарапайым және қауіпсіз зерттеулер жүргізу. Бұл атаумен рәсім ғасырдан астам уақыт бойы қолданылып келеді. Бқтимал ауруларды анықтау үшін тексерулер медициналық практикада нормаға айналды. Олар адам әлі де сау болған кезде ауруды анықтауға мүмкіндік береді және патологияның сыртқы белгілері жоқ.

Кілт сөздер: скрининг, популяция, тәуекел топтары, патология және норма

Relevance: In order to ensure the comprehensive strengthening of the health of mothers and children, the formation of the necessary conditions for the birth and upbringing of a healthy generation, the further development of the state system for the early detection of pathology in pregnant women and newborns, reduction of disability in children, as well as development and strengthening of human resources and material and technical base of the centers "Screening of mother and child". will improve the health status of a group of people who have undergone screening.

Introduction: What is screening? The word screening means "sifting". In medicine, screening is understood as the conduct of simple and safe studies of a large group of the population in order to identify a risk group for developing common diseases. Examinations to detect possible diseases have already become the norm in medical practice. They allow you to detect a disease when a person still feels healthy, and there are no external signs of pathology.

The purpose of screening is to identify individuals in a relatively healthy population at high risk for a disease or condition in order to suggest earlier treatment or intervention that will improve the health status of the screened group. The era of modern screening began in 1968,

with a landmark publication prepared by Wilson and Jungner for the WHO, which defined screening:

Screening is the presumptive identification of an undiagnosed disease or defect through the use of tests, tests, or other procedures that can be applied quickly. Screening tests make it possible to distinguish outwardly healthy individuals who are presumed to suffer from certain diseases, among those who presumably do not have these diseases. Screening tests do not claim diagnostic value. Individuals with positive or suspicious results should be referred to physicians for diagnosis and appropriate treatment.

Screening tests do not claim diagnostic value. Individuals with positive or suspicious results should be referred to physicians for diagnosis and appropriate treatment.

In some cases, such as antenatal screening, the purpose of screening is to inform you of the presence of an increased risk or condition to help you make an informed decision about care or treatment.

In some cases, such as antenatal screening, the purpose of screening is to inform you of the presence of an increased risk or condition to help you make an informed decision about care or treatment.

Screening and early diagnosis are different concepts. Screening offers testing of asymptomatic populations, while early diagnosis is intended to detect pathological conditions as early as possible in patients with already present symptoms (picture 1).



Picture 1-Appearance of symptoms

Materials and methods: The groups for screening included the service population living on the territory of the Family Polyclinic in Tashkent No. 48 in the amount of 15,440 people, of different sex and age.

Screening contributed to:

- reducing mortality through early detection and early treatment of the disease;
- reducing the incidence of the disease by identifying and treating pre-disease conditions;
- reducing disease severity by identifying individuals with the disease of interest and offering effective treatment;
- expanding choice by identifying diseases or risk factors earlier in life when more treatment options are available.

Breast Cancer Screening Program aims to reduce breast cancer mortality through early detection and early treatment of asymptomatic cancers

The cervical cancer screening program aims to reduce morbidity and mortality from cervical cancer by detecting and treating precancerous stages of cervical cancer.

The Diabetic Retinopathy Screening Program aims to reduce the severity of diabetic retinopathy through early detection and treatment to prevent vision loss.

One of the goals of antenatal screening is to detect genetic disorders in the fetus and provide information to parents so they can make an informed choice about whether to continue or terminate the pregnancy.

Results of the research: Preparation for screening from the very beginning, a group should be created for the work of their organization. This can be done by the chief maternal and child health midwife or the clinical officer of the breast cancer screening service.

The screening itinerary should be designed in accordance with the health system of the country and contain a description of the organization of the movement of the population along the screening route, from identifying and inviting the target population for screening, to conducting the test and referring people who receive an abnormal result for further examinations, as well as a description of the proposed further examinations, treatments or interventions. The itinerary should also define mechanisms for providing participants with screening information and receiving screening test results.

Each leg of the route should be supported by standards, protocols and guidelines based on the best available evidence.

For example, during pregnancy, women may be offered a screening test to determine the likelihood of having a baby with certain conditions, such as Down syndrome, Edwards syndrome, or Patau syndrome.

The results of the test allow you to determine whether the child is more or less likely to have the disorder you are looking for. If there is a high possibility of congenital diseases in a child, a pregnant woman will have to undergo a diagnostic test to confirm a positive result. Based on the results of the test, the woman will have to decide whether to continue or terminate the pregnancy. In such situations, it is imperative that the woman receive medical and emotional support in the decision-making process.

It is important to note that the woman must give her consent before the screening test. Therefore, it is essential that pregnant women are clearly aware of the implications of such a screening test before they consent to it, as well as the decisions they may need to make. This is a key aspect that should be covered as part of obtaining informed consent.

Each leg of the route should be supported by standards, protocols and guidelines based on the best available evidence.

For example, during pregnancy, women may be offered a screening test to determine the likelihood of having a baby with certain conditions, such as Down syndrome, Edwards syndrome, or Patau syndrome. The results of the test allow you to determine whether the child is more or less likely to have the disorder you are looking for. If there is a high possibility of congenital diseases in a child, a pregnant woman will have to undergo a diagnostic test to confirm a positive result.

Based on the results of the test, the woman will have to decide whether to continue or terminate the pregnancy. In such situations, it is imperative that the woman receive medical and emotional support in the decision-making process.

It is important to note that the woman must give her consent before the screening test. Therefore, it is essential that pregnant women are clearly aware of the implications of such a screening test before they consent to it, as well as the decisions they may need to make. This is a key aspect that should be covered as part of obtaining informed consent.

Discussion: Screening programs will only lead to significant improvements in public health if a significant proportion of population that meets the criteria. However, it is necessary take steps to obtain informed consent and ensure protection individual autonomy. Social and cultural factors can influence the level participation in screening, which will be lower among vulnerable and socially disadvantaged populations

Conclusion: The screening program is not a single test, but rather a journey that begins with the identification of individuals who meet the criteria established for screening and ends with reporting on the results of the program.

The quality of screening depends largely on the skills of those who carry it out. All staff required to perform screening should be well trained.

Bibliography:

1. Screening for breast and cervical cancer as a common cause for litigation. Br Med J. 2000;320:1352-3.
2. Andermann A, Blancquaert I, Beauchamp S, Déry V. Revisiting Wilson and
3. Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. Bull World Health Organ. 2008;86:317-9.
4. Andermann A, Blancquaert I, Beauchamp S, Costea I. Guiding policy decisions for genetic screening: developing a systematic and transparent approach. Publ Health Genomics. 2011;14:9-16.
5. The world health report - Financing systems
Health: Pathway to Universal Health Coverage. Geneva: World Health Organization; 2019
6. Screening programs: a short guide. Increasing efficiency, maximizing benefits and minimizing harm. World Health Organization, 2020

ӘОЖ 616-00

Абдуллаева Н., Мұсабек А., Отумбаева Е.Т., Махамбет Д., Прмаханов Н.

«ОҚМА » АҚ, Шымкент қ., Қазақстан

БАЛАЛАРДАҒЫ САРҒАЮ СИНДРОМЫ (клиникалық жағдай)

Аннотация

Сарғаю синдромы қанда билирубин мөлшерінің артық мөлшерде жиналуына байланысты пайда болатын өзгеріс. Қазіргі уақытта сарғаю синдромы өмірінің алғашқы бір айынан асқан уақытқа созылатын жаңа туған нәрестелердің саны артуда. Сарғаю – бұл организмде билирубиннің биотрансформациясы бұзылып, қанда пигменттің жоғары концентрацияда жиналғанда әртүрлі генезді гипербилирубинемияның белгісі немесе түрі.

Кілт сөздер: билирубин, сарғаю, жүктілік, фототерапия, гемолиз.

Абдуллаева Н., Мусабек А., Отумбаева Е. Т., Махамбет Д., Прмаханов Н.

АО «ЮКМА», г. Шымкент, Казахстан

СИНДРОМ ЖЕЛТУХИ У ДЕТЕЙ (КЛИНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ)

Аннотация

Желтушный синдром – это изменение, развивающееся вследствие избыточного накопления билирубина в крови. В настоящее время растет число новорожденных, у которых желтушный синдром длится более одного месяца жизни. Желтуха – это признак или тип гипербилирубинемии различного генеза, когда в организме нарушается биотрансформация билирубина и в крови накапливается пигмент в высоких концентрациях.

Ключевые слова: билирубин, желтуха, беременность, фототерапия, гемолиз.

Abdullayeva N., Musabek A., Otumbaeva E. T., Makhambet D., Prmakhanov N.

JSC «SKMA», Shymkent, Kazakhstan

JAUNDICE SYNDROME IN CHILDREN (CLINICAL CONDITION)

Annotation

Jaundice syndrome is an alteration that occurs due to the accumulation of excess bilirubin in the blood. Currently, the number of newborns whose jaundice syndrome lasts longer than the first one month of life is increasing. Jaundice is a sign or type of hyperbilirubinemia of various origins, when the biotransformation of bilirubin is disturbed in the body and the pigment accumulates in the blood in high concentrations.

Key words: bilirubin, jaundice, pregnancy, phototherapy, hemolysis.

Жаңа туылған нәрестелердегі сарғаюдың екі түрі бар — физиологиялық және патологиялық. Әр түрлі жатырішілік инфекциялар (ЖИИ) жас балалардағы патологиялық сарғаюдың себебі болуы мүмкін. ЖИИ – ұрықтың антенатальды және интранатальды инфекциясына байланысты патологиялық процестер мен аурулар. Педиатриядағы ЖИИ проблемасының өзектілігі репродуктивті шығындардың көптігіне, мүгедектікке және босанғаннан кейінгі балалардың өліміне әкелетін ерте неонатальды ауруға байланысты [1].

Өзектілігі: неонаталды сарғаю балалардың 60-70% жағдайында пайда болатын, анемия және гемолиз белгілерінсіз өтетін патологиялық жағдай ретінде есептеуге болады. Неонаталды сарғаюды конъюгациялық деп те атайды, сонымен қатар, жаңа туған балалардың алғашқы 3-4 күнінде сарғаю белгілермен көрінеді. Қазіргі кезде сарғаю белгілері уақытына жетіп туылған нәрестелерде де жиі кездеседі. Билирубинемия, энцефалопатия, балалардың церебралды салдануымен асқынған ауыр ағымды сарғаюды түбегейлі зерттеуді қажет етеді.

Мақсаты: балалардағы сарғаю синдромын ерте анықтау.

Зерттеу материалдары мен әдістері: 2019 жылғы туылған нәрестелердің ауру тарихын ретроспективті талдау, клиникалық бақылау, амбулаториялық зерттеулердің деректері.

Нәтижелер және оларды талқылау: жаңа туған нәресте бесінші күні нәрестелер патологиясы бөліміне ауыстырылған. Анасының шағымы бойынша баласының терісі сарғайып, тәбеті және дене салмағы азайған. Сарғаю бала өмірінің 3-күні пайда болып, ол физиологиялық сарғаю ретінде қарастырылды. Келесі күндері емуінде әлсіздік, дене салмағының артпағаны, терісінің сарғаюы күшейгені байқалған.

Бала бірінші жүктіліктен. Жүктіліктің 3-айында анасы жедел бронхитпен ауырған. Туған кездегі салмағы 3200 г., бойы 52 см. Туылған соң бірден шыңғырған, Апгар шкаласы бойынша 7-8 балл. Кеудеге 2 сағаттан соң жатқызылды. Кіндік қалдығы қысқышта тұрған қалпында физиологиялық салмақ кемуі 10%-ды құрады.

Қабылдау кезінде жағдайы ауыр, әлсіз, 30-40 мл-дей емшек сүтін емеді. Дене бітімі дұрыс. Салмағы 2900 г., кіндік қалдығы қысқыш қалпында. Өкпесін перкуссиялау кезінде өкпе дыбысы, аускультацияда пуэрильді тыныс естіледі. Жүрек шекаралары қалыпты, жүрек тондары тұйықталған, ритмді. Бауыры тығыз, қабырға доғасынан 4 см төмен пальпацияланады, көкбауыр 2 см-ға ұлғайған, нәжістің түсі өзгерген, зәрі қара түсті. Жаңа туған кезеңінің рефлекстері сақталған. Ошақты невропатиялық симптомдар анықталған жоқ.

Қорытынды: балалық шақ ауруларын кешенді басқару бойынша емшек емуі қалыпты. Тексеру нәтижесі: қан талдаулары: эритроциттер — $5,4 \times 10^{12}/л$, Hb — 161 г/л, ЭТЖ — 4 мм/сағ, жалпы билирубин — 171,04 мкм/л, тура билирубин — 121,02 мкм/л, тура емес билирубин — 50,02 мкм/л, АСаТ — 2,0 ммоль/л, АЛаТ — 3,5 ммоль/л. Зәрдегі өт пигменттеріне сынама «+». Нәжісте стеркобилин табылған жоқ.

Клиникалық көрініс пен жүргізілген тексеру нәтижесінде клиникалық диагноз: «Неонаталды сарғаю. Цитоллиз синдромы, холестаз синдромы» қойылды.

Балаға фототерапия тағайындалды. Фототерапия – уақытылы және дұрыс қан құю қажеттілігін 4%-ға дейін төмендетеді және жаңа туған нәрестелердің сарғаюынан асқыну қаупін азайтады. Фототерапия кезінде төмендегідей сақтық шаралары жүргізілуі тиіс:

- фототерапия инкубатор көмегімен немесе жылы төсекте, қорғалған бөлмеде жүргізіледі;

- баланың көздері жарық өткізбейтін таңғышпен қорғалуы керек;

- әр 3 сағат сайын баланың дене температурасын және шамның астындағы ауа температурасын бақылап отыру қажет, дене температурасын 36,5-37,5⁰С деңгейінде ұстаған жөн;

- баланы әр 3 сағат сайын аударып тұру қажет;

- фототерапия кезінде баланың нәжісі сұйық және сары түсті болуы мүмкін. Бұл қалыпты жағдай және емдеуді қажет етпейді;

- сұраныс бойынша емізуді жалғастырыңыз, түнгі үзіліссіз, күніне 8 реттен кем емес;

- жаңа туған нәрестедегі фототерапия қан сарысуындағы билирубин концентрациясы 24-36 сағат ішінде фототерапия бастау үшін негіз болған мәндерден төмен тұрақты төмендегенде, тәуекел факторлары болмағанда тоқтатылады.

Қорытынды: Бұл клиникалық жағдайды талдай отырып, физиологиялық сарғаю болжамды диагнозы қойылды. Баланың жалпы жағдайы қалыпты, тек сарғаю белгісі мен дене салмағының аздап азайғанын көреміз. Зертханалық тексеру нәтижесінде гипербилирубинемия анықталды, қосымша гемолиз, энцефалопатия белгілері анықталмаған және бұл сарғаюдың басқа да қауіпті түрлерінің жоқтығын айқындайды. Осы клиникалық белгілеріне сүйене отырып, неонаталды сарғаю диагнозы қойылды.

Неонаталды сарғаю – физиологиялық сарғаю болып табылады. Әдетте неонаталды сарғаю арнайы дәрі-дәрмектік емді қажет етпейді және Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (ДДҰ) бойынша Қазақстан Республикасы хаттамасына сәйкес неонаталды сарғаю фототерапиямен емделеді. , болжамы қолайлы болып келеді. Тек неонаталды сарғаюдың «қауіпті, ұзаққа созылған» түрлерінде арнайы қан алмастырушы плазма, коллоидты, кристаллоидты ерітінділермен емдейді.

Физиологиялық сарғаюға алып келетін жағдайлар: анасы мен баласы арасындағы резус-қайшылық, бауырдағы өзгерістер, вирусты гепатиттер және т.б.

Неонаталды сарғаюдың асқынулары: сарғаюдың ұзаққа созылуы, қазіргі кезде сарғаю белгелері уақытында жетіп туылған балаларды да жиі кездесіп осы балаларда билирубинемия, энцефалопатия, балалардың церебралды салдануымен жүретін сарғаюлар көбеюде. Америкалық педиатрия академиясы, жақын шетел және қазақстан авторларының монографиялары мен деректері бойынша ұзаққа созылған сарғаю орталық жүйке жүйесінің қызметін тежейтіндігі көрсетіледі: сенсорлық есту қабулетінің жоғалуы, интеллекттің төмендеуі, эмоционалды-еріктік саланың бұзылысы, физикалық және психомоторлық дамудың бұзылуы түріндегі нәтижелерге әлетіні туралы мәліметтер табылды. Ұзаққа созылған сарғаю орташа және төмен табысы бар елдерге тән деген мәлімдемелер белгілі. Ұзаққа созылған сарғаюдың дамуының этиологиялық факторлары ұлттық және елдік ерекшеліктерге ие. Азиялық популяцияға жату маңыздылығы гипербилирубинемияның даму қаупі факторы болып табылады. Ұзақ сарғаю баланың барлық мүшелері мен жүйелеріне әсер етеді. Сондықтан, қазіргі кезде нәрестелерде сарғаю синдромы жиі кездесуіне байланысты, әр жалпы тәжірибелі дәрігерлері жастардың отбасын жоспарлау барысында жаңа туған нәрестелердегі сарғаю синдромы жайлы міндетті түрде айту керек. Бұл халық арасында сарғаю жөнінде білімді көбейтіп, неонаталды сарғаюдың емнің нәтижелігіне, асқынулардың алдын алуға алып келеді.

Қорыта келгенде, уақытылы анықталған неонаталды сарғаю синдромы еш асқынусыз емделеді. Фототерапиядан басқа емді қажет етпейді.

Әдебиеттер тізімі:

1. Нурғалимов М. К. и др. Эпидемиология желтушного синдрома у детей раннего возраста с врожденными пороками развития желчевыводящих путей // Молодой ученый. – 2020. – №. 9. – С. 89-92.
2. http://www.rcrz.kz/docs/clinic_protocol/2014/ - 8 бет.
3. Ушакова Р.А., Ковтун О.П. Современные аспекты формирования затяжной желтухи у новорожденных детей- Вестник Уральской медицинской академической науки. 2010. №2. С.33-36.
4. Влияние затяжной желтухи неонатального периода на психо-моторное развитие детей первого года жизни. В. Ракишева¹, Маржан М. Лепесова¹-2019 жыл 19 маусым-46 бет.

УДК-2788.61

Панахова Т.Т.

Азербайджанский Медицинский Университет, г. Баку, Азербайджан

СТРУКТУРА ПИЩЕВОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ С РЕСПИРАТОРНОЙ АЛЛЕРГИЕЙ В ГОРОДЕ БАКУ

Аннотация

Респираторные проявления со стороны дыхательных путей при бронхиальной астмы [БА] и аллергический ринит [АР] могут быть проявлением пищевой аллергии. Однако в настоящее время остается открытым вопрос о пищевой аллергии как этиологическом факторе БА и АР у детей, что обуславливает актуальность проводимого исследования. Цель исследования: изучить структуру пищевой сенсibilизации у детей с респираторной аллергией, проживающих в г.Баку. Проведено обследование 220 детей с различными аллергическими заболеваниями в возрастном промежутке от 1 до 17 лет. В нозологической структуре основным диагнозом, по поводу которого имеет место наблюдение детей, в 151 (68,6%) случаев является АР [группа БА-], в 69 (31,4%) случаев БА легкое течение и среднетяжелое течение [группа БА+]. Проведено специфическое аллергологическое обследование (аллергологический анамнез, определение концентрации общего IgE, специфических IgE к пищевым аллергенам). Таким образом, проведенные исследования позволяют заключить, что респираторная аллергия у детей, проживающих в городе Баку, характеризуется поливалентной сенсibilизацией к основным пищевым продуктам, где наиболее значимыми аллергенами является помидор, мандарин, тропомиозин креветок.

Ключевые слова: сенсibilизация, аллергены, дети, бронхиальная астма, аллергический ринит.

Panakhova T.T.

Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan

THE STRUCTURE OF FOOD SENSITIZATION IN CHILDREN WITH RESPIRATORY ALLERGIES IN BAKU

Annotation

Respiratory respiratory manifestations in bronchial asthma [BA] and allergic rhinitis [AR] can be a manifestation of food allergy. However, at present, the question of food allergy as an etiological factor of AD and AR in children remains open, which determines the relevance of the study. Purpose of the study: To study the structure of food sensitization in children with respiratory allergies living in Baku. Examination of 220 children with various allergic diseases in the age range from 1 to 17 years was carried out. In the nosological structure, the main diagnosis for which children are followed up in 151 (68.6%) cases is AR [BA- group], in 69 (31.4%) cases of BA mild course and moderate course [BA + group]. A specific allergological examination was carried out (allergological history, determination of the concentration of total IgE, specific IgE to food allergens). Thus, the conducted studies allow us to conclude that respiratory allergies in children living in the city of Baku are characterized by polyvalent sensitization to the main food products, where the most significant allergens are tomato, mandarin, tropomyosin shrimp.

Key words: sensitization, allergens, children, bronchial asthma, allergic rhinitis

Панахова Т. Т.

Өзірбайжан Медициналық Университеті, Баку қ., Өзірбайжан

БАКУ ҚАЛАСЫНДА РЕСПИРАТОРЛЫҚ АЛЛЕРГИЯСЫ БАР БАЛАЛАРДАҒЫ ТАМАҚ СЕНСИБИЛИЗАЦИЯСЫНЫҢ ҚҰРЫЛЫМЫ

Аннотация

Бронх демікпесіндегі тыныс алу жолдарының тыныс алу көріністері [БД] және аллергиялық ринит [БД] тамақ аллергиясының көрінісі болуы мүмкін. Алайда, қазіргі уақытта балалардағы БД және БД этиологиялық факторы ретінде тағамдық аллергия туралы мәселе ашық күйінде қалып отыр, бұл жүргізіліп жатқан зерттеудің өзектілігін анықтайды. Зерттеудің мақсаты: Бакуде тұратын респираторлық аллергиясы бар балалардағы тағамдық сенсibilization құрылымын зерттеу. 1 жастан 17 жасқа дейінгі аралықта әртүрлі аллергиялық аурулары бар 220 балаға тексеру жүргізілді. Нозологиялық құрылымда балаларды бақылаудың негізгі диагнозы 151 (68,6%) жағдайда AR [BA-тобы], 69 (31,4%) BA жағдайларында жеңіл курс және орташа ауыр курс [BA+тобы] болып табылады. Арнайы алергологиялық тексеру жүргізілді (алергологиялық анамнез, жалпы ige, тағамдық алергендерге тән IgE концентрациясын

анықтау). Осылайша, жүргізілген зерттеулер Баку қаласында тұратын балалардағы респираторлық аллергия негізгі тағамдарға поливалентті сенсублизациямен сипатталады, мұнда ең маңызды аллергендер қызанақ, мандарин, асшаяндардың тропомиозині болып табылады.

Кілт сөздер: сенсублизация, аллергендер, балалар, бронх демікпесі, аллергиялық ринит.

Введение

Проявления пищевой аллергии могут наблюдаться со стороны верхних и нижних дыхательных путей, а также других органов и систем [1,2,3,4] Поэтому важно учитывать ассоциации бронхиальной астмы [БА] с другими аллергическими заболеваниями, такими как аллергический ринит [АР], аллергический конъюнктивит [5]. Распространенность пищевой аллергии среди больных бронхиальной астмой варьирует в широких пределах (от 6 до 8%), что обуславливает актуальность проводимого исследования [3,6]. Респираторные проявления со стороны дыхательных путей при БА и АР могут быть проявлением пищевой аллергии [7]. Однако в настоящее время остается открытым вопрос о пищевой аллергии как этиологическом факторе БА и АР у детей, что обуславливает актуальность проводимого исследования. (3)

Цель исследования: Изучить структуру пищевой сенсублизации у детей с респираторной аллергией, проживающих в городе Баку.

Материалы и методы

В исследование включали последовательно всех обратившихся для аллергологического обследования пациентов, не имеющих критериев исключения. Методика сбора материала включала заполнение разработанной истории болезни, содержащей паспортную часть, анамнестическую часть с детализированными жалобами. Устанавливали диагнозы АР, БА и определяли степень тяжести заболевания согласно клиническим рекомендациям [5]. Проведено обследование 220 детей с различными аллергическими заболеваниями в возрастном промежутке от 1 до 17 лет, средний возраст ($7,5 \pm 0,1$ лет). При распределении детей по полу установлено, что среди обследованных больных преобладали мальчики, из них 130 мальчиков (59,1%), 90 девочек (40,9 %) . В нозологической структуре основным диагнозом, по поводу которого имеет место наблюдение детей, в 151 (68,6%) случаев является АР [группа БА-], в 69 (31,4%) случаев БА легкое течение и среднетяжелое течение [группа БА+]. В целях определения

гиперчувствительности I типа был выявлен в сыворотке крови детей уровень концентрации специфических IgE методом ИммуноКАП. Проведено специфическое аллергологическое обследование (аллергологический анамнез, определение концентрации общего IgE, специфических IgE к пищевым аллергенам). Критерием сенсibilизации считали повышение уровня специфического IgE выше порогового согласно инструкции производителя: более 0,35 кЕ/л. Статистическую обработку материала проводили на электронной таблице Excell-2013 SPSS-20. Различия считались статистически достоверным при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Нами были изучены значений концентрации sIgE антител к причинно-значимым аллергенам. На данном этапе исследования сыворотки крови пациентов с бронхиальной астмой [БА+] были протестированы на наличие аллерген-специфических IgE антител к пищевым аллергенам. [БА-]. Полученный результат представлен в зависимости от концентрации аллерген-специфического IgE как в количестве, так и в виде класса реакции. Распределение признаков было отличным от нормального, поэтому для оценки параметров были использованы медиана и интерквартильный разброс.

Были исследованы относительные концентрации антител IgE к аллергенам орехов: f17 фундук; f13 арахис; f20 миндаль; f256 грецкий орех. У обследованных детей отмечались низкий подпороговый уровень sIgE антител к арахису $0,35 \pm 0,234$ кЕ/л, PF= 0,351; PU= 0,237

В сыворотке периферической крови к аллергенам овощей, бахчевых культур, грибов и масляничных (f25 помидор, f31 морковь, f35 картофель, f216 - капуста белокочанная, f244 - огурец) выявлены антитела IgE специфические с высоким титром к помидорам 2,450 кЕ/л (класс II, диапазон 0,70-3,49 кЕ/л) (табл.1). У детей с клиническими симптомами аллергического ринит отмечался умеренный титр к аллергенам помидора $0,722 \pm 0,447$ кЕ/л и огурца $0,813 \pm 0,778$ кЕ/л (таблица 1).

Таблица 1. Концентрация антител IgE к аллергенам группы овощей, бахчевых культур, грибов и масляничных

		N	Mean	Std. Error	Min	Max	PF Sig.	PU
f31 Морковь	БА-	10	0,213	0,101	,0	1,0	0,274	0,527
	БА+	4	0,025	0,012	,0	,1		
	Total	14	0,159	0,075	,0	1,0		
f35	БА-	10	0,129	0,063	,0	,5	0,149	0,222

Картофель	БА+	7	0,013	0,002	,0	,0		
	Total	17	0,081	0,039	,0	,5		
f216 капуста белокочанная	БА-	14	0,259	0,145	,0	2,1	0,419	0,192
	БА+	9	0,107	0,035	,0	,3		
	Total	23	0,199	0,089	,0	2,1		
f25 Помидор	БА-	5	0,722	0,447	,0	2,5	0,190	0,480
	БА+	1	2,450		2,5	2,5		
	Total	6	1,010	0,465	,0	2,5		
f244 огурец	БА-	3	0,813	0,778	,0	2,4	0,500	0,414
	БА+	2	0,045	0,005	,0	,1		
	Total	5	0,506	0,466	,0	2,4		

В таблице 2 показан результат анализа содержания специфических антител к аллергенам цитрусовых, в частности, f302 мандарина. Умеренный титр антител IgE к мандарину выявлен у детей с аллергическими болезнями $1,303 \pm 0,751$ кЕ/л (класс II).

Таблица 2. Концентрация антител IgE к аллергенам цитрусовых

		N	Mean	Std. Error	Min	Max	PF Sig.	PU
f302 мандари н	БА-	4	1,303	0,751	,0	2,9	0,500	0,414
	БА+	1	0,020		,0	,0		
	Total	5	1,046	0,635	,0	2,9		

Уровень специфических антител IgE к фруктам и сладким бахчевым: f92 – банан, f343 малина, f87 – дыня, составил у детей с аллергическими болезнями к аллергенам дыни $0,655 \pm 0,605$ кЕ/л, банана – $0,558 \pm 0,373$ кЕ/л, малины 1,170 кЕ/л. У детей с atopической бронхиальной астмой отмечался низкий уровень титров специфического IgE к банану $0,439 \pm 0,07$ кЕ/л (I класс, диапазон 0,35-0,69). В концентрациях sIgE к малине у больных аллергическим ринитом и бронхиальной астмой отмечалась достоверная разница ($P_H < 0,05$).

При определении концентрации антител IgE к аллергенам бобовых и масляничных продуктов, а именно f14 - соевые бобы и f12 - горох выявлено, лишь больные с аллергическим ринитом имеют низкий титр антител к гороху $0,613 \pm 0,564$ кЕ/л (I класс), у больных atopической астмой антитела к гороху имеют неопределяемый уровень, а к соевым бобам – очень низкий уровень 0,251 кЕ/л. Среди аллергенов мучных изделий и круп (f4 - пшеница, f11 - гречиха, f8 - кукуруза) специфические IgE были в

диагностически-значимой концентрации обнаружены гречневой крупе 0,410 кЕ/л у больных бронхиальной астмой. Исследование специфических IgE к аллергенам рыб и морепродуктов (f3 - треска, 2f233 - овомукоид (мукопротеид яичного белка) /Ovomucoid (Allergen component nGal d 1) не выявил значимых показателей антител. Креветочный тропомиозин (молекулярный компонент Pen a1) идентифицирован как мажорный аллерген креветок. Тропомиозин – мажорный аллерген всех ракообразных. Таким образом, Pen a 1 может быть использован не только для диагностики аллергии именно на креветок, но потенциально полезен для выявления сенсibilизации и кросс-реактивности к тропомиозиновым аллергенам других видов беспозвоночных, как маркер вероятной аллергической сенсibilизации к соответствующим продуктам. Тропомиозины позвоночных (содержащиеся в говядине, свинине, курятине, костистой рыбе), по сравнению с тропомиозинами лобстера, креветки или таракана, редко аллергенны для человека. Концентрация антител IgE к аллергену f351 - тропомиозин креветок составил $2,111 \pm 2,093$ кЕ/л, что соответствует II классу сенсibilизации с диапазоном 0,70-3,49 кЕ/л. Выявление Pen a1 позволяет выявить аллергию к креветкам. А так как он идентичен аллергену Der p 10, он также используется для определения чувствительности к тропомиозину клещей домашней пыли. Только у детей с аллергическим ринитом отмечается низкий титр к аллергенам говядины sIgEf27 $0,397 \pm 0,259$ кЕ/л (I класс сенсibilизации), тогда как у детей с бронхиальной астмой к аллергенам мяса курицы и говядины антитела выявлялись в очень низких титрах. При определении у детей с аллергическим ринитом и бронхиальной астмой уровня антител к аллергенам молочных продуктов (f2 молоко коровье, f300 - козье молоко, f78 казеин) и яичных продуктов (f1 яичный белок, f75 яичный желток, f245 яйцо куриное) полученные значения концентраций sIgE соответствовали 0 классу сенсibilизации (диапазон <0,10 и 0,10-0,34 кЕ/л), лишь в отношении антител к аллергенам яичного белка у детей с аллергическим ринитом преобладали значения концентрации 0,35 кЕ/л, что соответствует низкой степени сенсibilизации (1 класс). Нами были рассчитаны относительные концентрации антител IgE к панелям пищевых аллергенов: fx1 - арахис, фундук, орех, миндаль, кокос; fx2 - треска, креветки, мидия, тунец, лосось; fx3 - пшеничная, овсяная, кукурузная, гречневая мука, кунжут; fx5 – яичный белок, коровье молоко, треска, пшеничная мука, арахис, соевые бобы; fx20 – пшеница, рожь, ячмень, рис; fx23 – свинина, куриное мясо, говядина, мясо индейки; fx29 – апельсин, лимон, грейпфрут, мандарин; fx30 – киви, манго, банан, авокадо, папайя.

Как видим из таблицы, у детей с аллергическим ринитом были выявлены антитела к панелям fx2 - треска, креветки, мидия, тунец, лосось $0,429 \pm 0,202$ кЕ/л, fx5 – яичный белок, коровье молоко, треска, пшеничная мука, арахис, соевые бобы $0,464 \pm 0,096$ кЕ/л (I класс сенсibilизации, диапазон 0,35-0,69 кЕ/л. У детей с бронхиальной астмой выявлена умеренный титр антител к панели fx20 – пшеница, рожь, ячмень, рис $1,000$ кЕ/л (II класс, диапазон 0,70-3,49 кЕ/л).

Обсуждение

Итак, проведенные исследования позволяют проанализировать спектр IgE детерминированной сенсibilизации к специфическим пищевым аллергенам при бронхиальной астме у детей и выявить определенные закономерности. Установлено, что наиболее значимым пищевыми аллергенами у детей больных бронхиальной астмой являются помидор, тропомиозин креветок, пшеница, рожь, ячмень, рис. В меньшей степени при бронхиальной астме определяется IgE детерминированная сенсibilизация к пекарским дрожжам, гречихе, банану. У больных с аллергическим ринитом значимыми продуктами являлись цитрусовые (мандарин), помидор, огурец, малина, дыня, горох, другие белковые продукты (мясо и яичный желток) играют гораздо меньшую роль для этого типа пищевой аллергии. В подавляющем большинстве случаев при бронхиальной астме определена поливалентная сенсibilизация к пищевым аллергенам. Таким образом, проведенные исследования позволяют заключить, что респираторная аллергия у детей, проживающих в городе Баку, характеризуется поливалентной сенсibilизацией к основным пищевым продуктам, где наиболее значимыми аллергенами является помидор, мандарин, тропомиозин креветок.

Список литературы/References

1. Sherenian M. G., Singh A. M., Arguelles L., Balmert L., Caruso D., Wang X., Pongracic J., Kumar R. Association of food allergy and decreased lung function in children and young adults with asthma. Ann Allergy Asthma Immunol. 2018; 121:588–93.
2. Sampson H. A., Aceves S., Bock S. A., James J., Jones S., Lang D., Nadeau K., Nowak-Wegrzyn A., Oppenheimer J., Perry T. T., Randolph C., Sicherer S. H., Simon R. A., Vickery B. P., Wood R., Bernstein D., Blessing-Moore J., Khan D., Lang D., Nicklas R., Oppenheimer J., Portnoy J., Randolph C., Schuller D., Spector S., Tilles S. A., Wallace D., Sampson H. A., Aceves S., Bock S. A., James J., Jones S., Lang D., Nadeau K., Nowak-Wegrzyn A.,

Oppenheimer J., Perry T. T., Randolph C., Sicherer S. H., Simon R. A., Vickery B. P., Wood R. Food allergy: a practice parameter update-2014. J Allergy Clin Immunol. 2014; 134:1016–25.

3. Борисова И. В., Смирнова С. В. Пищевая аллергия у детей. – Красноярск, 2011, 150 с. [Borisova I. V., Smirnova S. V. Food allergy in children. – Krasnoyarsk, 2011, 150 p. (In Russ.)]

4. Borisova I. V., Smirnova S. V. The peculiarities of food allergies in accordance with the level of injury of respiratory tract in children of Eastern Siberia. International Journal of Circumpolar Health. 2013; 72 (1):301–304.

5. Fulkerson P.C., Fischetti C.A., Rothenberg M.E. Eosinophils and CCR3 regulate interleukin 13 transgene induced pulmonary remodeling. Am. J. Pathol. 2006. Vol. 169 (6):2117 p.

6. Deckers I.A., McLean S., Linssen S., Mommers M., van Schayck C. P., Sheikh A. Investigating international time trends in the incidence and prevalence of atopic eczema 1990–2010: a systematic review of epidemiological studies. PLoS One. 2012. Vol. 7 (7). e39803.

7. Muraro A., Werfel T., Hoffmann-Sommergruber K., Roberts G., Beyer K., Bindslev-Jensen C., Cardona V., Dubois A., duToit G., Eigenmann P., Fernandez Rivas M., Halken S., Hickstein L., Høst A., Knol E., Lack G., Marchisotto M.J., Niggemann B., Nwaru B.I., Papadopoulos N.G., Poulsen L.K., Santos A.F., Skypala I., Schoepfer A., Van Ree R., Venter C., Worm M., Vlieg-Boerstra B., Panesar S., de Silva D., Soares-Weiser K., Sheikh A., Ballmer-Weber B.K., Nilsson C., de Jong N.W., Akdis C.A.; EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines Group. EAACI food allergy and anaphylaxis guidelines: diagnosis and management of food allergy. Allergy. 2014. Vol. 69 (8). P. 1008-1025. 2126.

УДК 616.891.4

Равшанов Б.Х¹, Жумабек А.Н², Отумбаева Е.Т³, Мирхайдаров Ж.М⁴.

Сидикматова Д.Х⁵.

^{1,2,3,5} АО «ЮКМА», г. Шымкент, Казахстан

⁴ «Международный казахско-турецкий университет» им.Х.А.Яссауи, г. Шымкент, Казахстан

⁵ Студент 2-курса факультет педиатрии

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО И ИНСУЛЬТ

Клинический случай из практики

Аннотация

Тревожно-депрессивное расстройство с соматическими проявлениями является одним из часто встречаемых диагнозов на практике экстренной медицины. В статье представлен клинический случай тревожно-депрессивного расстройства с соматическими проявлениями, схожую с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК). В данном случае у пациентки начали беспокоить тревожные расстройства, проявляющееся нарушением сна. В начале были трудности с засыпанием, через некоторое время присоединились симптомы, характерные для постинсультного состояния. Неврологом и терапевтом исключены признаки острой неврологической патологии и ОНМК.

Ключевые слова: тревожно-депрессивное расстройство, инсульт, паническая атака, соматоформные расстройства.

Равшанов Б. Х.¹, Жұмабек А. Н.¹, Отумбаева Е.Т.¹, Мирхайдаров Ж.М.²

Сидикматова Д. Х¹.

¹ «ОҚМА» АҚ, Шымкент қ., Қазақстан

² «Халықаралық қазақ-түрік университеті».Х. А. Яссауи, Шымкент қ., Қазақстан

⁵2 курс студенті педиатрия факультеті

МАЗАСЫЗДЫҚ-ДЕПРЕССИЯЛЫҚ БҰЗЫЛЫС ЖӘНЕ ИНСУЛЬТ

Тәжірибеден клиникалық жағдай

Аннотация

Соматикалық көріністері бар мазасыз-депрессиялық бұзылыс жедел медицина тәжірибесінде жиі кездесетін диагноздардың бірі болып табылады. Мақалада ми қан айналымының жедел бұзылыстарына ұқсас соматикалық көріністері бар мазасыздық-депрессиялық бұзылыстың клиникалық жағдайы келтірілген. Науқаста ұйқының бұзылуымен көрінетін мазасыздық бұзылыстары пайда болады. Аурудың алғашқы күндерінде ұйқысыздық мазалады, біраз уақыттан кейін инсульттан кейінгі жағдайға тән белгілер қосылды. Невропатолог пен терапевт жедел неврологиялық патология мен ми қан айналымының жедел бұзылыс белгілерін жоққа шығарды.

Кілт сөздер: мазасыздық-депрессиялық бұзылыс, инсульт, дүрбелең шабуылы, соматоформалық бұзылулар.

Ravshanov B.X¹., Zhumabek A.N²., Otumbaeva E.T³., Mirkhaydarov Zh.M⁴.
Sidikmatova D.X⁵.

^{1,2,3,5} JSC «SKMA», Shymkent, Kazakhstan

⁴ «International Kazakh-Turkish University» named after Kh.A.Yassawi, Shymkent,
Kazakhstan

⁵ 2nd year student Faculty of Pediatrics

ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDER AND STROKE

A clinical case from practice

Annotation

Anxiety-depressive disorder with somatic manifestations is one of the most common diagnoses in the practice of emergency medicine. The article presents a clinical case of anxiety-depressive disorder with somatic manifestations similar to acute neurological symptoms. In this case, the patient began to worry about anxiety disorders, manifested by sleep disorders. At the beginning there were difficulties with falling asleep, after a while the symptoms characteristic of a post-stroke condition joined. The neurologist and therapist excluded signs of acute neurological pathology and acute cerebrovascular accident.

Key words: *anxiety-depressive disorder, stroke, panic attack, somatoform disorders.*

Введение. Тревожно-депрессивное расстройство (далее ТДР) является часто встречаемым заболеванием психиатрического спектра, который может сопровождаться функциональными нарушениями со стороны других внутренних органов и систем [1-2]. Со стороны дыхательной системы может наблюдаться симптомы дыхательной недостаточности: учащение частоты дыхательных движений, чувство нехватки воздуха; со стороны системы кровообращения: учащение сердцебиения, кардиалгия, рефлекторное повышение артериального давления (АД); со стороны желудочно-кишечного тракта: признаки диспепсии, чувство неполного опорожнения кишечника; со стороны нервно-мышечной системы: головные боли сжимающего характера, психогенное головокружение, онемение в лице и конечностях, субъективная слабость в них, тремор, мышечные подергивания, приливы жара или холода [3-4].

Проблемой данного состояния является:

- очень редко ставится этот диагноз, хотя в популяции нередко встречается;

- расстройство часто неправильно диагностируется, ставят неправильные диагнозы, находят незначительные изменения органического происхождения и лечат эти состояния, которые не приводят к заметному улучшению;

- в случае подозрения на ДТР, в большинстве случаев тактика ведения пациентов некорректна. Ставятся такие диагнозы, как: нейрососудистая дистония, вегетососудистая дистония, шейный остеохондроз с вегетативными проявлениями. Эти диагнозы являются некорректными и в международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) их нет [5];

- пациенты нуждаются в мультидисциплинарном подходе, необходимо комплексное обследование узких специалистов: психиатр, невролог, психотерапевт, гастроэнтеролог (по показаниям), эндокринолог (обычно у людей выявляют нарушения со стороны эндокринных желез.) работают совместно;

- нередко терапия ДТР проводится с недоказанными препаратами или препаратами, которые неэффективны для данного состояния [6];

- и главное, лечение пациентов с ДТР занимает продолжительное время и психологической устойчивости (обычно первичный прием затягивается минимум на 1 час для того, чтобы провести полный осмотр, объяснить пациенту его состояние, с чем это связано и как проводится лечения). Лечение длится в среднем 8-12 месяцев, требует доверительного отношения, постоянного контакта врач-пациент. Учитывая регламент приема пациента в амбулатории, отмечается недообследование и недолечивание больных или развитие осложнений. Поэтому, центры, которые занимаются ДТР, должны быть в каждом городе и области [6].

Цель: дифференцировать острое нарушение мозгового кровообращения.

Материалы и методы: клинический случай. Пациентка Н., 50 лет, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение ГБ №3 с предварительным диагнозом: ОНМК. Осмотрен неврологом, терапевтом приемного покоя: АД 140/90 мм рт.ст., сатурация O₂ – 98, ЧСС-90 в мин., ЧДД- 20 в мин., температура тела – 36,6С⁰, ШКТ 15 балл, NIHSS 0 балл.

Жалобы: головные боли теменно-затылочной области сжимающего характера, головокружение, чувство жара изнутри, онемение и слабость в левых конечностях, субъективная спастичность во всех конечностях, нарушение ночного сна.

Из анамнеза заболевания: данное состояние отмечает в течение нескольких дней, когда впервые начали беспокоить нарушение сна, связанное с затруднением засыпания,

чувством тревожности. За медицинской помощью не обращалась. В динамике отмечалось нарастание вышеперечисленных жалоб, в связи с чем, родственниками вызвана бригада СМП, доставлена в ГБ №3.

Из анамнеза жизни: рост и развитие соответственно возрасту.

При объективном осмотре: общее состояние средней степени тяжести, обусловленное соматоформными расстройствами и цефалгическим синдромом. Индекс массы тела 27,1 кг/м².

Неврологический статус: сознание – ясное. Шкала комы Глазго 15 баллов. Команды выполняет. Зрачки D=S. Фотореакция сохранена. Корнеальные и роговичные рефлексы вызываются. Лицо симметричное. Сглаженности носогубной складки нет. Глотание не нарушено. Сухожильные рефлексы D=S, гипотонии, гипорефлексии нет. Проба Барре - отрицательный с обеих сторон. Симптом Бабинского отрицательный. Менингеальных знаков нет.

Проведен КТ головного мозга для исключения очаговых органических патологии головного мозга. Заключение: без очаговых изменений.

На момент осмотра данных за острую неврологическую патологию и за острое нарушение мозгового кровообращения не выявлено.

Учитывая клинико-инструментальное исследование, диагностировано: тревожно-депрессивное расстройство с неврологическими проявлениями. Сопутствующий диагноз: хроническая головная боль напряжения, ассоциированная болезненностью перикраниальных мышц.

В приемном покое оказана помощь: парентерально – с расслабляющей целью 25%-5 мл сульфата магния на 0,9%-100 мл натрия хлорида; кетотоп 2 мл в/м для купирования головной боли. После оказанной помощи в динамике состояние улучшилось, головные боли уменьшились. Рекомендовано дальнейшее наблюдение у невролога, психиатра по месту жительства; МРТ головы и шеи для исключения органических поражений.

ВЫВОД. В данном клиническом случае, пациентка нуждается в длительной психотерапии, приеме антидепрессантов длительный период, что и было рекомендовано нами. Но, пациентка отказалась от этих препаратов, ссылаясь на неверное утверждение, что к ним развивается зависимость. Учитывая отказ пациентки, было рекомендовано курс психотерапии.

Таким образом, последнее десятилетие посвящено исследованию тревожных и депрессивных состояний. Такой интерес к исследованию связан с прогрессированием

психических нарушений в популяции и их негативным влиянием на течение многих соматических заболеваний. Многочисленные клинические и фармако-эпидемиологические исследования подтверждают социальную значимость этих нарушений. И поэтому мы тоже не должны оставаться в стороне, необходимо изучать этот вопрос, находить новые подходы ведения таких пациентов, учитывая менталитет, психику населения.

Список литературы

1. Дробижев М.Ю. Депрессия как общемедицинская проблема. Психиатрия и психофармакотерапия 2006;8(2):57-61
2. Смулевич А.Б. Депрессии и коморбидные расстройства. М.: РАМН НЦПЗ; 1997.
3. Оганов Р.Г., Погосова Н.В., Шальнова С.А. и др. Депрессивное расстройство в общемедицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога. Кардиология 2005;(8):38-44
4. Авруцкий Г.Я. Неотложная помощь в психиатрии. – М., 1979. – 191 с
5. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных: руководство для врачей. 2-е изд., перераб. и доп. – М., 1988. – 528 с
6. Морозов П.В. Терапия депрессии и тревожных расстройств в современной психиатрии. Психиатрия и психофармакотерапия 2005;7(3):35-9

UDC 616 022

Saidova L.B.

Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan, orcid.org/0000-0001-6024-5729

REHABILITATION OF PATIENTS WITH NEPHROTIC FORM OF CHRONIC GLOMERULONEPHRITIS ON THE EXAMPLE OF STATINS IN PRIMARY HEALTH CARE

Annotation

The article studies the features of treatment with lovastatin and rosuvastatin in patients with nephrotic form of chronic glomerulonephritis (CGN), determining its lipid-suppressive and nephroprotective actions, thereby improving the quality of life of patients.

The study involved 60 patients with a nephrotic form of chronic glomerulonephritis. In patients, the average age was formed 28-46 years. The duration of the study was 30 days, patients were selected during the year. All patients underwent basic treatment of glomerulonephritis in accordance with the approved standards. Detailed information on examination methods and treatment results is described below.

Key words: lovastatin, rosuvastatin, nephrotic form of chronic glomerulonephritis, arterial hypertension, lipid-suppressive effect, nephroprotective effects, primary health care

Саидова Л.Б.

Бухарский государственный медицинский институт, г. Бухара, Узбекистан,

orcid.org/0000-0001-6024-5729

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С НЕФРОТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НА ПРИМЕРЕ СТАТИНОВ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Аннотация

В статье изучено особенности лечения ловастатином и розувастатином у больных с нефротической формой хронического гломерулонефрита (ХГН), определяя его липидосупрессивные и нефропротективные действия, тем самым повышая качества жизни больных. В ходе исследования приняли участие 60 больных с нефротической формой хронического гломерулонефрита. У больных средний возраст был сформирован 28-46 годами. Длительность исследования составило 30 дней, больных подбирали в течение года. Всем больным проводилась базисное лечение гломерулонефрита согласно утверждённым стандартам. Развернутая информация о методах обследования и результатах лечения излагается ниже.

Ключевые слова: Ловастатин, розувастатин, нефротическая форма хронического гломерулонефрита, артериальная гипертензия, липидосупрессив эффект, нефропротективные действия, первичное звено здравоохранения, реабилитация.

Саидова Л.Б.

Бухара мемлекеттік медицина институты, Бухара қ., Өзбекстан, [orcid.org/0000-0001-](https://orcid.org/0000-0001-6024-5729)

[6024-5729](https://orcid.org/0000-0001-6024-5729)

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫҢ БАСТАПҚЫ БУЫНЫНДАҒЫ СТАТИНДЕР МЫСАЛЫНДА СОЗЫЛМАЛЫ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТТІҢ НЕФРОТИКАЛЫҚ ТҮРІМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫ ОҢАЛТУ

Аннотация

Мақалада созылмалы гломерулонефриттің (ХГН) нефротикалық формасы бар науқастарда аторвастатин мен розувастатинмен емдеу ерекшеліктері зерттеліп, оның липидосупрессивті және нефропротекторлық әрекеттері анықталды, осылайша науқастардың өмір сүру сапасы жақсарды. Зерттеу барысында созылмалы гломерулонефриттің нефротикалық түрімен ауыратын 60 науқас қатысты. Науқастарда орташа жас 28-46 жаста қалыптасты. Зерттеудің ұзақтығы 30 күнді құрады, науқастар бір жыл ішінде таңдалды. Барлық науқастар бекітілген Стандарттарға сәйкес гломерулонефритке негізгі ем жүргізді. Зерттеу әдістері мен емдеу нәтижелері туралы толық ақпарат төменде келтірілген.

Кілт сөздер: Ловастатин, розувастатин, созылмалы гломерулонефриттің нефротикалық түрі, артериялық гипертензия, липидтерді басатын әсер, нефропротекторлық әрекеттер, денсаулық сақтаудың бастапқы буыны, оңалту.

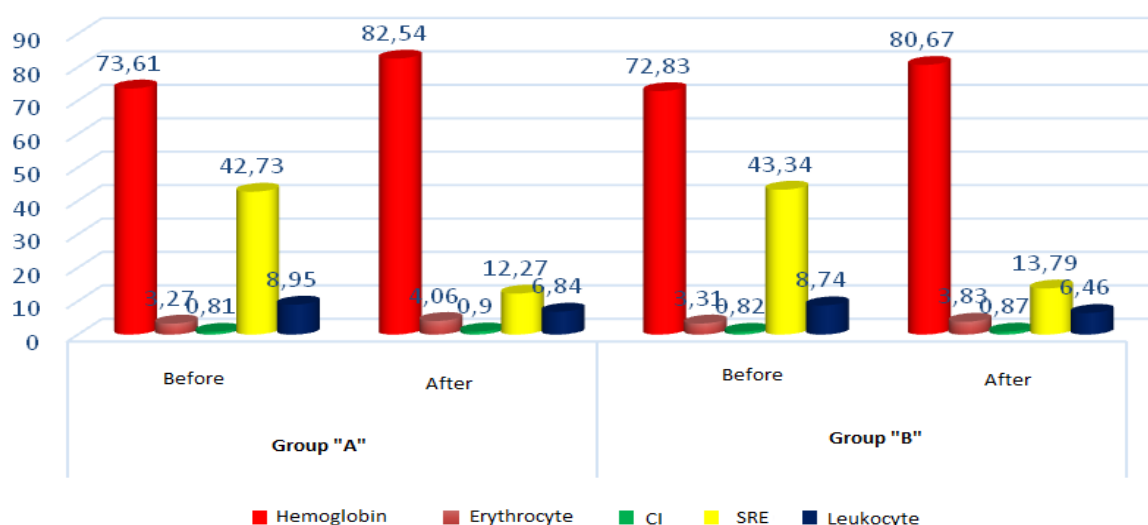
Relevance of the problem. Today, glomerulonephritis affects 10 to 15 adult patients per 10,000 people [4]. According to the frequency of detection among all pathologies of the kidneys, this disease takes 3rd place, second only to pyelonephritis and urolithiasis in prevalence [3]. According to statistics, this pathology acts as the most common cause of disability, which develops due to chronic renal failure [4].

Purpose of the study: study of tolerability and hypolipidemic efficacy of the drug “lovastatin” and “rosuvastatin” in patients with nephrotic form of CGN.

Materials and research methods: The study involved 60 patients with a nephrotic form of CGN. Among the selected patients, the male sex was 33 cases, and the female sex was 27 cases. In patients, the average age was 28-46 years. Of the selected respondents, 49, in addition to CGN, revealed concomitant diseases and syndromes. From here 8 cases of anemia and CGN were revealed; Anemia, AH and CGN amounted to 12 cases; AH and CGN; 26 cases were studied; COPD and CGN in the aggregate were 3 cases. Among patients, a damaged kidney was identified by localization, unilateral (right kidney or left kidney) and bilateral. Among the identified respondents with complications there were 18: complicated cases of chronic renal

failure (I, II, III stages) - 13 cases, and complicated by nephrotic crises - 5 cases. The duration of the study was 30 days, patients were selected during the year. All patients underwent basic treatment of glomerulonephritis in accordance with approved standards. In this case, patients are randomly divided into 2 groups (A and B), comparable by sex, age, weight and height. Patients of group A as part of the complex therapy of glomerulonephritis were prescribed Lovastatin at a dose of 20 mg (1 tablet) 1 time per day for 30 days, patients of group B were prescribed Rosuvastatin at a dose of 10 mg (1 tablet) per day for 30 days. Examination data were recorded on the first, tenth and thirtieth day of treatment. A general clinical study was conducted below: weight and height of patients, to identify hidden edema in the whole body; BMI (kg \ m2) was calculated, AH was measured, as well as examination of the patient, laboratory and biochemical examinations: general blood analysis, biochemical analyzes (creatinine, urea, total protein, ALT, AST), blood lipid spectrum analysis (cholesterol, HDL, LDL, triglycerides); general analysis of urine and ultrasound of the kidneys.

Results and discussion: We examined more than 60 patients, upon admission to the hospital routine body mass index (BMI) was determined, a general blood test (GBT), a general urinalysis (GU), ultrasound of the kidneys, biochemical blood counts were determined, and subsequently the average glomerular filtration rate was calculated (Picture 1). The indicators were recorded on the first day of admission to the hospital and on the 30th day of treatment with the drugs “lovastatin” and “rosuvastatin”. Group A took the drug "lovastatin", group B - "rosuvastatin".



Picture 1- The average indicators of total blood test in patients

According to the study (picture 1), it is seen that the indicators in group “A” hemoglobin, erythrocytes and CL are higher than in group “B”. At the same time, we see the erythrocyte sedimentation rate (SRE) and leukocytes are reduced in group “A” and in group “B” are almost identical.

Table 1. The average indicators of urinalysis in patients

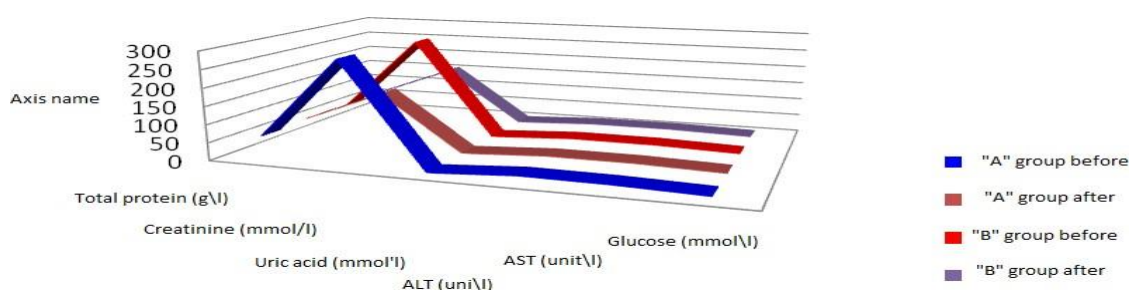
Indicators	“A” group		“B” group	
	Before	After	Before	After
Density	1007,2±1,7 4	1008,7±1,6 8	1006,7±1,5 9	1008,2±1,6 3
Erythrocyte	9,84±2,36	1,04±2,41	9,23±2,52	1,22±2,28
Leukocyte	6,13±1,89	2,27±1,63	7,05±1,72	2,35±1,56
Cylinders	1,79±1,26	1,0±1,12	1,81±1,17	1,10±1,24
Protein (g/l)	5,45±2,73	0,83±1,14	5,28±2,84	1,03±1,32

An important indicator in the general analysis of urine is protein in the urine, so in group “A” it is more reduced than in group “B”. The presence of red blood cells and white blood cells in GU group "A" is more reduced than in group "B". And indicators of cylinders and urine density are almost unchanged(table 1).

Table 2. The average indicators of ultrasound of the kidneys in patients (all indicators in mm)

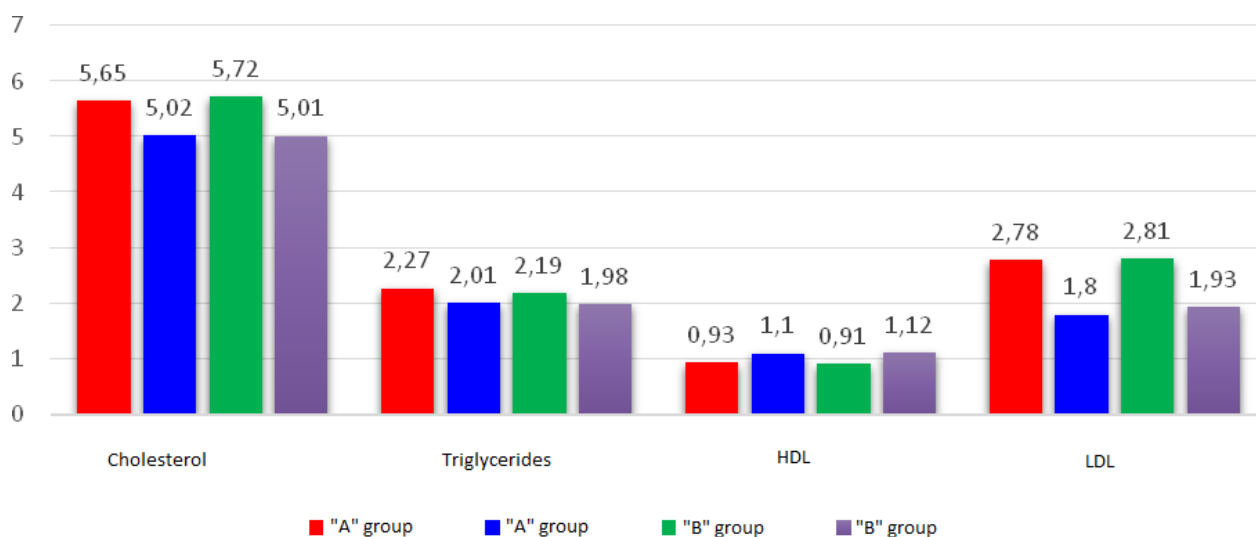
Indicators	“A” group		“B” group	
	Before	After	Before	After
Right kindey	117,76±5,87	113,84±5,27	119,34±5,64	115,95±5,73
Length	50,53±4,56	48,84±4,38	50,07±4,82	48,0±4,18
Width	42,34±3,75	38,59±3,63	39,76±3,27	37,84±3,59
Pelvis	19,05±2,69	14,48±2,76	18,32±2,48	13,85±2,63
Thickness				
Left kindey	120,59±3,85	116,84±3,49	118,83±3,36	115,75±3,71
Length	47,50±2,86	45,28±2,58	48,29±2,63	47,26±2,57
Width	30,63±2,39	28,59±2,74	31,68±2,87	30,07±2,84
Pelvis	17,42±1,96	16,42±1,87	18,22±1,48	17,75±1,69
Thickness				

Renal size indices on ultrasound proves an increase in size before treatment, but after treatment, kidney size recovery was detected. This indicator is higher in group “A” than in group “B”(table 2).



Picture 2-Average biochemical analysis of blood in patients

In terms of the biochemical analysis of blood, the total protein was reduced before treatment, but after treatment this indicator was more increased in group “A” than in group “B”. And indicators of creatinine, uric acid and ALT are more reduced in group “A” than in group “B” (picture 2).



Picture 3- Average lipid profile in patients

The indicators of the blood lipid spectrum of cholesterol, triglycerides and LDL after treatment are more reduced in group “B” than in group “A”. And HDL indicators are more increased in group “B” than in group “A”(picture 3).

Table 3.Average BMI in patients (kg \ m²)

Indicators	“A” group		“B” group	
	Before	After	До	Before
BMI	31,2±2,17	28,71±1,45	33,56±2,87	29,71±3,45

BMI in patients after treatment is more reduced in group “B” than in patients in group “A”(table 3).

Table 4.The average glomerular filtration rate in patients (ml \ min \ 1.73 m²)

Indicators	“A” group		“B” group	
	Before	After	До	Before
Glomerular filtration rate (GFR)	62,34±1,67	78,37±1,29	61,83±1,05	75,03±1,47

The glomerular filtration rate after treatment is increased in group “A” than in group “B” (table 4).

Conclusion:

1. According to the results of biochemical analysis of blood - indicators of creatinine and urea, general analysis of urine - indicators of red blood cells, white blood cells and protein; glomerular filtration rates and renal ultrasound of its nephroprotective effect are higher in lovastatin than in rosuvastatin;

2. According to the results of the blood lipid spectrum, cholesterol, triglycerides and LDL; BMI of lipid-suppressant action; better indicators of rosuvastatin than lovastatin;

3. In patients with CGN with a nephrotic form, the tolerance drug and the absence of side effects are higher in “lovastatin” than in “rosuvastatin”. This indicator was identified by the results of the clinical conditions of patients after treatment; and a general blood test - indicators of hemoglobin, red blood cells, white blood cells and SRE; and biochemical analysis of blood - indicators of ALT, AST and total protein.

List of references:

1. L.B Saidova, Z.S.SHaropova Comparative evaluation of effectiveness of lovastatin and rosuvastatin for patients with a nephrotic form of chronic glomerulonephritis Journal of biomedicine and practice, 2020, № 4, page

2. L.B Saidova, M.K Saidova, Kuvvatov Z.X, Abdullaeva N.Z .Real practice: Glicosid poisoning-difficulties of diagnosis and treatment. 4- th international eduindex multidisciplinary conference, Zurich ,Switzerland.June 2019.crp 37-38

3. L.B Saidova, M.K Saidova, D.B Mirzaeva, Z.H Kuvvatov. [The prevalence of the organization and tactics of emergency care in acute poisoning with psycho-pharmacological drugs according to the Bukhara Medical Ambulance in the Department of Toxicology] Material of 66th annual scientific practical conference of TSMU named after Abu Ali Ibn Sino with international participation, 23 november 2018 year, Dushanbe 693 page.

4. L.B Saidova, M.K Saidova, N.Z Abdullaeva, D.R Hamraeva. Ostrye himicheskie otravleniya, vstrechayushchiesya u detej rannego i podrostkovogo vozrasta [Acute chemical poisoning encountered in young children and adolescents] Material of 66th annual scientific practical conference of TSMU named after ABU ALI IBN SINO with international participation, 23 november 2018 year, Dushanbe 694 page.

5. Naglyadnaya nefrologiya. [Visual nephrology] Kallaghan K.A., Perevod E.M.Shilova. M.: GEOTAR-Media — 2009, 128 str.
6. Diagnostika i lechenie boleznej pochk. [Diagnosis and treatment of kidney disease] Muhin N.A., Tareeva I.E., Shilov E.M., L.V. Kozlovskaya. M.: GEOTAR-Media — 2011, 384 page.
7. Klinicheskaya nefrologiya. [Clinical nephrology] Rukovodstvo. Batyushin M.M., Povilajtite P.E. — Elista: Dzhangar — 2009, 656 page.
8. Patofiziologiya pochki. [Pathophysiology of the kidney] D.A.Shejman. — M.: Binom — 2015, 206 page.
9. Osnovy fiziologii pochk. [Fundamentals of the physiology of the kidneys] K. Lot, Yu.G. Alyaev. M.: Scientific world — 2005, 292 page.
10. Bolezni pochk i mochevyh putej.[Diseases of the kidneys and urinary tract] From book «Internal diseases by Tinsli R. Harrisonu», «Practice» — McGraw-Hill, 2002, in two volumes, 3388 page.
11. Nefrologiya. Revmatologiya.[Nephrology. Rheumatology] From a series of books «Internal diseases by Devidsonu». M.: Rid Elsiver — 2010, 240 page.
12. Rukovodstvo po nefrologii. [Guidelines for Nephrology] Pod red. D.A.Vitvort, D.R.Lourensa. — M.: Medicine. — 2000
13. Nefrologiya. Neotlozhnye sostoyaniya. [Nephrology. Emergency conditions.] Edited by N. A. Muhina. M.: Eksmo — 2010
14. Prakticheskaya nefrologiya.[Practical nephrology] V.P. Carev, S.A. Kazakov. Belarus' — 2006, 135 page.
15. Sekrety nefrologii. [The secrets of nephrology] D. Hrajchik, D. Sedor. M.: Binom — 2001, 303 page.

УДК 616.72-002

Юлдашев А¹., Искандирова Э²., Шагиева Г²., Сахова Б²

¹ ТОО «Журек», г.Жезказган, Казахстан

²Международный казахско-турецкий университет имени Х.А.Ясави, Шымкентский кампус, г. Шымкент, Казахстан

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

(литературный обзор)

Аннотация

В статье приведены основные сведения о псориатическом артрите (ПсА) – хроническом воспалительном заболевании суставов, позвоночника и энтезисов из группы спондилоартритов. Описана эпидемиология заболевания, рассмотрены современные представления о его патогенезе, факторы, влияющие на развитие ПсА у больных псориазом. Приведены классификация и клинические формы ПсА. Указано, что к основным клиническим проявлениям заболевания относят: периферический артрит, энтезит, дактилит, спондилит.

Ключевые слова: псориатический артрит, псориаз, спондилоартриты, дактилит, критерии CASPAR.

Юлдашев А¹., Искандирова Э²., Шагиева Г²., Сахова Б²

ПСОРИАЗДЫҚ АРТРИТТІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ТҮРЛЕРІ

(Әдеби шолу)

¹ «Жүрек» ЖШС емханасы, Жезқазған қ., Қазақстан

² Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Шымкент кампусы,
Шымкент қ., Қазақстан

Аннотация

Мақалада псориазды артрит (ПсА) - спондилоартрит тобындағы буындардың, омыртқаның және энтездің созылмалы қабыну ауруы туралы негізгі ақпарат берілген. Аурудың эпидемиологиясы сипатталған, оның патогенезі туралы заманауи идеялар, псориазбен ауыратын науқастарда ПсА дамуына әсер ететін факторлар қарастырылған. ПсА классификациясы мен клиникалық формалары келтірілген. Аурудың негізгі клиникалық көріністеріне мыналар жатады: перифериялық артрит, энтезит, дактилит, спондилит. Аурудың диагностикасы CASPAR критерийлерін қолдана отырып, типтік клиникалық және радиологиялық белгілерді анықтау негізінде белгіленетіні атап өтілген.

Кілт сөздер: псориазды артрит, псориаз, спондилоартрит, дактилит, CASPAR критерийлері.

Yuldashev A¹., Iskandirova E²., Shagieva G²., Sakhova B.²

¹Polyclinic of «Zhurek» LLP, Zhezkazgan, Kazakhstan

² International Kazakh-Turkish university named after Kh. A. Yasawi, Shymkent campus,
Shymkent, Kazakhstan

CLINICAL VARIETIES OF PSORIATIC ARTHRITIS

(Literare review)

Annotation

The article provides basic information about psoriatic arthritis (PsA) - a chronic inflammatory disease of the joints, spine and enthesitis from the group of spondyloarthritis. The epidemiology of the disease is described, modern ideas about its pathogenesis, factors influencing the development of PsA in patients with psoriasis are considered. The classification and clinical forms of PsA are given. It is indicated that the main clinical manifestations of the disease include: peripheral arthritis, enthesitis, dactylitis, spondylitis. It is noted that the diagnosis of the disease is established on the basis of the identification of typical clinical and radiological signs using the CASPAR criteria.

Keywords: psoriatic arthritis, psoriasis, spondyloarthritis, dactylitis, CASPAR criteria.

Актуальность

Псориатический артрит (ПсА) является актуальной проблемой и в ревматологии, и в дерматологии, т.к. встречается часто среди населения, а его большая доля приходится именно у лиц трудоспособного возраста. ПсА один из тяжелых инвалидизирующих заболеваний который значительно снижает качества жизни пациентов с псориазом. Также неясность этиологии и сложность патогенеза требует постоянного изучения.

Введение

Псориатический артрит (псориаз артропатический) - это спондилоартрит и хроническое воспалительное поражение суставов, у больных псориазом, которые бывают чаще асимметричные.

Псориатический артрит относят к подгруппе периферических спондилоартритов, в клинической картине которых наблюдается воспаление периферических суставов (артрит), сухожилий пальцев кистей и стоп (дактилит, теносиновит) и энтезисов (энтезит), кроме того в воспалительный процесс могут вовлекаться аксиальные структуры – тела позвонков (спондилит) и крестцово-подвздошных сочленениях (сacroиолит) [1].

Псориатический артрит развивается у 25-30% пациентов с диагнозом псориаз. Более распространен среди пациентов, имеющих иммунодефицитные состояния.

Этиология и патогенез данного заболевания изучены не полностью.

В клинической картине ПсА превалирует асимметричное моно-олигоартриты – до 70%. При этом в процесс вовлекаются чаще коленные, голеностопные, локтевые суставы, реже крестцово - подвздошные и позвоночные суставы. В среднем число воспаленных суставов не более 4. Периферическое поражение (дистальная форма) – при котором поражается дистальные межфаланговые суставы наблюдается у 5% больных с ПсА.

Нередко наблюдается воспаление пальцев кистей и стоп по типу «сосисок» - дактилиты. При котором чаще поражается III и IV пальцы стоп. Выявляется у 40–50 % пациентов больных.

Ревматоидоподобная форма – с симметричным поражением суставов также встречаются около 15-20 % больных с ПсА. В отличие от ревматоидного артрита – чаще наступает полная ремиссия и быстрее, а также отсутствуют ревматоидные узелки. Если течение процесса агрессивное и тяжелее – может возникнуть мутилирующий артрит с деформированием пальцев кистей по типу «телескопического пальца». Характеризуется распространенным остеолитом пальцев кистей и/или стоп, встречается до 5%. А также, локальный остеолит суставов может развиваться при всех клинических вариантах псориатического артрита. Наличие сопутствующих симптомов как поражение ногтей (онихолизис, гиперкератоз, точечные вдавления), дактилиты («палец сосика»), тендовагиниты – помогают при верификации диагноза ПсА.

До 50 % больных с псориатическим артритом встречается поражение позвоночника – артрит крестцово-подвздошных и тазобедренных суставов, спондилиты. При отсутствии кожного синдрома дифференцировать от анкилозирующего спондилита будет трудно. Но в изолированном виде встречается редко, чаще в сочетании с периферическим артритом.

Энтезиты – могут воспалиться место прикрепления сухожилия к кости, и вызвать болевые ощущения. Это: ахиллова сухожилия, локтевых надмыщелков, отростков позвонков, надколенный тендинит.

Феномен Кёбнера - появление свежих высыпаний на месте раздражения кожи, наблюдающееся в острой (прогрессирующей) фазе некоторых дерматозов [2].

Этот феномен описал немецкий дерматолог Генрих Кёбнер в 1872 году.

Первый зарегистрированный случай произошёл с пациентом, укушенным лошадью, который при этом страдал псориазом. Кёбнер обнаружил, что все свежие псориазные высыпания располагались точно по линиям следов от зубов животного. Впоследствии он определил, что в острой фазе некоторых дерматозов, небольшая травма эпидермиса или постоянное раздражение какого-либо его участка, провоцирует появление новых патологических изменений, локализованных строго по линиям действия повреждающего фактора.

Феномен Кёбнера также используется с целью ранней диагностики в практике у дерматологов. Для этого они, тонкой, стерильной иглой скарифицируют кожу на участке, свободном от высыпаний, и в течение 10—14 дней наблюдают за всеми реакциями кожи. При появлении характерных для определённого дерматоза кожных высыпаний вдоль линии скарификации эпидермиса, изоморфную реакцию считают положительной, что соответствует прогрессирующей стадии болезни [3].

Данный диагностический метод (провокационный тест) может использоваться для дифференциации ПсА до появления кожного синдрома.

При рецидивирующем синовите коленного сустава у больных с псориазическим артритом, в отличие от РА и остеоартрита, после проведения пункции коленного сустава больному лучше не станет, а будет еще хуже из-за симптома Кёбнера.

Следующей характерной особенностью у пациентов с ПсА является отсутствие ярко выраженного болевого синдрома. Т.е. у больных может быть артрит коленного сустава с содержанием большого количества жидкости (например, 150-200 мл), но при этом пациент не будет жаловаться на боль.

Диагностика.

В диагностике основную роль играет качественный сбор анамнеза, наследственность, наличие в семье псориаза и результаты объективного осмотра. Кроме вышеуказанных клинических картин ПсА также можно диагностировать путем рентгенодиагностики.

Основные типичные рентгенологические критерии диагностики ПсА:

- Асимметрия поражения суставов
- Нет околосуставного остеопороза
- Поражение ДМФС
- Эрозии концевых фаланг
- Концевое сужение фаланг

- Деформация «карандаш в стакане»
- Костный анкилоз
- Остеолиз – «растворение» фаланг
- Дактилит – поражение суставов по вертикали (осевое поражение)

Диагностическими критериями послужит критерии CASPAR 2006г.

1. Псориаз:

- псориаз в момент осмотра -2 б
- псориаз в анамнезе – 1б
- семейный анамнез псориаза -1б

2. Псориатическая дистрофия ногтей:

- точечные вдавления, онихолизис, гиперкератоз -1б

3. Отрицательный РФ (кроме латекс теста) – 1б

4. Дактилит:

- припухлость всего пальца в момент осмотра -1б
- дактилит в анамнезе – 1б

5. Рентгенологические признаки внесуставной костной пролиферации по типу краевых разрастаний (кроме остеофитов) на рентгенограммах кистей и стоп – 1б

Для выставления диагноза ПсА, результат должен быть 3 или более баллов из 5 категорий.

В клинической практике для диагностических критериев используется также индекс DAS28 и DAPSA. В научных целях учитываются критерии согласно ASAS (2009), а также индексы PASDAS CPDAI.

Списки неблагоприятных факторов прогноза по рекомендации EULAR 2019 по лечению ПсА: [4]

- Полиартрит
- Структурное повреждение
- Повышение острофазовых показателей (СОЭ и/или СРБ)
- Дактилит
- Поражение ногтей

Лечение.

Лечение пациентов с ПсА должно быть направлено на обеспечение наилучшего ухода и должно основываться на совместном решении пациента и ревматолога, учитывая эффективность и безопасность проводимой терапии. [4]

Основная задача лечения пациентов с ПсА заключается в максимальном повышении качества жизни, связанного со здоровьем, посредством контроля симптомов, предотвращения структурных повреждений, нормализации функции [4].

Самым важным фактором лечения и эффективности терапии является психосоматика пациента. Стресс, депрессия, курение могут спровоцировать обострения болезни. Большую роль играет стресс, депрессия у пациентов ПсА. При других ревматоидных заболеваниях кожные проблемы не так часто беспокоят больных, как при ПсА, из-за чего пациенты впадают в депрессию, стресс – которые уменьшает эффективность терапии.

Медикаментозное лечение включает в себя, НПВС, ГКС (внутрисуставно), антиметаболиты (метотрексат), иммунодепрессанты (сульфасалазин, лефлуномид, циклоспорин), ГИБП.

Заключение:

Подведя итоги, можно сделать следующее резюме:

1. В связи с клинической разновидностью псориаза, пациент может долгое время наблюдаться у врачей других профилей, что усложняет диагностику и утяжеляет течение псориатического артрита.

2. Качественный сбор анамнеза и результаты объективных данных, проведение провокационных тестов (Феномен Кёбнера) с положительным результатом это гарант своевременного выявления и диагностики, качественного лечения пациентов с псориатическим артритом.

3. Для предотвращения осложнений псориатического артрита очень важно своевременная диагностика и правильный подбор терапии, что приводит к улучшению качества жизни пациентов и предотвращает инвалидизацию у лиц трудоспособного возраста с ПсА.

Список литературы:

1. Gladman DD, Antoni, Mease P, et al. (2005) Psoriatic arthritis: epidemiology, clinical features, course, and outcome. Ann Rheum Dis.64 Suppl 2:14-7. doi: 10.1136/ard.2004.032482

2. [https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-venerologiya/2010/6/031997-28492010623#:~:text=%D0%A4%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D0%BD%20%D0%9A%D0%B5%D0%B1%D0%BD%D0%B5%D1%80%D0%B0%20\(%D1%81%D0%B8%D0%BD.%3A%20%D0%B8%D0%B7%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D1%80%D1%84%D0%BD%D0%B0%D1%8F,%5B6%5D](https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-venerologiya/2010/6/031997-28492010623#:~:text=%D0%A4%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D0%BD%20%D0%9A%D0%B5%D0%B1%D0%BD%D0%B5%D1%80%D0%B0%20(%D1%81%D0%B8%D0%BD.%3A%20%D0%B8%D0%B7%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D1%80%D1%84%D0%BD%D0%B0%D1%8F,%5B6%5D)
3. https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A4%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D0%BD_%D0%9A%D1%91%D0%B1%D0%BD%D0%B5%D1%80%D0%B0

4. Gossec L, et al. EULAR recommendations for the management of psoriatic ar-thritis with pharmacological therapies: 2019 update. Ann Rheum Dis 2020;79:700–712. doi:10.1136/annrheumdis-2020-217159

5. «Псориатический артрит». Авторы: Apostolos Kontzias , MD, Stony Brook University School of Medicine. Медицинский обзор май 2020

6. «Псориатический артрит» протокол №159 от «06» мая 2022 года. Клинические протоколы МЗ РК - 2021 (Казахстан).

Вклад авторов

Все авторы принимали равносильное участие при написании данной статьи.

Конфликт интересов – не заявлен.

Данный материал не заявлен ранее, для публикации в других изданиях и не находится на рассмотрении другими издательствами. При проведении данной работы не было финансирования со сторонними организациями и медицинскими представителями.

Авторлардың қосқан үлесі

Бұл мақаланы жазуға барлық авторлар бірдей атсалысты.

Мүдделер қақтығысы – жарияланбаған.

Бұл материал бұрын басқа басылымдарда жариялану үшін жарияланбаған және басқа баспалардың қарауында емес. Бұл жұмысты жүргізу кезінде бөгде ұйымдар мен медициналық өкілдіктер тарапынан қаржыландыру болмаған.

Contribution of authors.

All authors took an equal part in the writing of this article.

Conflict of interest - not declared.

This material has not been previously announced for publication in other publications and is not under consideration by other publishers. When carrying out this work, there was no funding from third-party organizations and medical representations.

ГРНТИ: 76.29.34:

Соди́кова Д.Т.¹, Наза́рова Г.У.¹

¹ Андижанский Государственный медицинский институт, город Андижан,
Республика Узбекистан.

ЧАСТОТА РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ПРЕДЪЯЗВЕННЫХ И ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДКА В ПОПУЛЯЦИИ НАРКОМАНОВ

Аннотация

Основная часть поражений органов пищеварения приходится на хронические воспалительные заболевания пищеварительного тракта (гастриты, дуодениты, язвенную болезнь желудка, язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки, колиты, энтериты). Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки-хроническое рецидивирующее заболевание, характерный признак которого в период обострения – образование язв слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Язвенная болезнь относится к наиболее распространённым заболеваниям (около 5-10% взрослого населения), занимая второе место после ишемической болезни сердца. Болезнь распространена преимущественно у мужчин в возрасте до 50 лет [1].

Необходимо уделять приоритетное внимание эпидемиологическим методам выявления гастродуоденальных заболеваний у наркоманов, учитывая высокую специфичность и чувствительность их в диагностике воспалительно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, эпидемиология, наркоман, популяция.

Соди́кова Д.Т ¹., Наза́рова Г.У¹.

¹Андижан Мемлекеттік медицина институты, Андижан қ., Өзбекстан

НАШАҚОРЛАР ПОПУЛЯЦИЯСЫНДА АСҚАЗАННЫҢ ОЙЫҚ ЖАРАҒА ДЕЙІНГІ ЖӘНЕ ОЙЫҚ ЖАРАЛЫ ЗАҚЫМДАНУЫНЫҢ ТАРАЛУЫ.

Аннотация

Ас қорыту жүйесінің зақымдануының негізгі бөлігі ас қорыту жолдарының созылмалы қабыну ауруларына түседі (гастрит, дуоденит, асқазан жарасы, он екі елі ішектің ойық жарасы, колит, энтерит). Асқазан мен он екі елі ішектің ойық жарасы – созылмалы қайталанатын ауру, оның асқыну кезеңінде асқазан мен ұлтабардың шырышты қабығының ойық жарасының пайда болуы тән. Асқазанның ойық жарасы – ең көп таралған аурулардың бірі (ересек тұрғындардың шамамен 5-10%), коронарлық артерия ауруынан кейін екінші орында. Ауру негізінен 50 жасқа дейінгі ер адамдарда жиі кездеседі [1].

Асқазан мен он екі елі ішектің қабыну және ойық жаралы зақымдануын диагностикалауда олардың жоғары ерекшелігі мен сезімталдығын ескере отырып, нашақорлардағы гастродуоденальды ауруларды анықтаудың эпидемиологиялық әдістеріне басымдық беру қажет.

Кілт сөздер: асқазан жарасы, он екі елі ішектің ойық жарасы, эпидемиология, нашақор, популяция.

Sodikova D.T.¹, Nazarova G.U.¹

¹ Andijan State Medical Institute, Andijan city, Republic of Uzbekistan.

PREVALENCE OF PRE-ULCER DISEASE AND PEPTIC ULCER DISEASE IN A POPULATION OF DRUG ADDICTS

Annotation

Chronic inflammatory diseases of the digestive tract (gastritis, duodenitis, peptic ulcer, duodenal ulcer, colitis, enteritis) account for the major part of digestive lesions. Gastric and duodenal ulcer is a chronic recurrent disease, which is characterized by the formation of ulcers of the mucous membrane of the stomach and duodenum during exacerbation. Peptic ulcer disease is one of the most common diseases (about 5-10% of the adult population), ranking second after CHD. The disease is predominantly spread in men under 50 years old [1].

It is necessary to give priority to epidemiological methods of gastroduodenal diseases revealing at drug addicts, taking into account their high specificity and sensitivity in diagnostics of inflammatory ulcerous lesions of the stomach and duodenum.

Key words: *peptic ulcer, duodenal ulcer, epidemiology, drug addict, population.*

Актуальность темы: В настоящее время известно довольно большое количество эпидемиологических работ, в которых утверждается, что гастродуоденальное заболевание – одно из распространенных патологий желудочно кишечный тракт. На высоком уровне сохраняется частота осложнений язвенная болезнь и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки: в 10-15% случаев наблюдается желудочно-кишечное кровотечение; перфорация встречается в 5-20% случаев язвенная болезнь у мужчин, что в 10-20 раз чаще, чем у женщин; в 6-15% случаев язвенная болезнь осложняется стенозом привратника и постбульбарным стенозом и 8-10% язвы желудка трансформируются в рак желудка. Конечно, исходя из данных популяционных работ, в последнее время достигнут ощутимый прогресс в диагностике и профилактике хронически дуоденальных заболеваний. Тем не менее, рост числа этих патологий актуализирует применение превентивных подходов по поиску причин заболеваемости и разработке современных популяционных стратегий БОП в целом и гастродуоденальное заболевание, в частности.

Материалы и методы: Нами изучена распространенность предязвенных заболеваний желудка в популяции наркоманов. По данным опросного исследования частота распространенности предязвенные заболевания желудка в популяции наркоманов составила $71,9 \pm 4,9\%$. Следующий наш анализ был посвящен изучению распространенности хронических дуоденитов и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в популяции наркоманов. Данные о частоте выявляемости этих патологий у наблюдаемых больных-наркоманов по данным анкетирования представлены в **Таблице 1**.

Отмечено, как это следует из **Таблицы 2**, у наркоманов язвенная болезнь желудка по данным опросника – анкетирования не выявлялась, основную массу больных ($1,0 \pm 0,6\%$) составили наркоманы с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Отметим, что такой анализ приводится с целью лучшего понимания роли различных методов, прежде всего опросных – скрининг в диагностике гастродуоденальных заболеваний у наркоманов.

Анализ распространенности ХД и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки показал, что среди популяции наркоманов больные с патологией двенадцатиперстной кишки в целом составили 10,4%, а среди них достоверно чаще ($P < 0,001$) регистрировалась язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (9,9%), чем хронические дуодениты (0,5%). Это означает, что по опроснику лучше диагностируется язвенная болезнь

двенадцатиперстной кишки по сравнению с дуоденитами, да и не только с ними, но и по сравнению с язвенными поражениями желудка также, о чем было уже упомянуто выше.

Результаты исследования: Распространенность предязвенные заболеваний с наибольшей частотой обнаруживается в возрастных группах 20-29 лет ($74,2 \pm 2,2\%$), 35-39 лет ($76,5 \pm 4,1\%$), 40-44 ($81,3 \pm 6,5\%$) и 45 лет и старше ($83,3 \pm 20,6\%$). сравнительно низкие показатели предязвенные заболевания отмечены в возрасте 20-24 ($67,9 \pm 3,2\%$) и 30-34 лет ($68,1 \pm 2,4\%$). Предязвенные заболевания с самой наименьшей частотой наблюдались в группе наркоманов до 20 лет ($25,0 \pm 11,0\%$). В целом, с возрастом наркоманов выявляемость предязвенные заболевания увеличивается на 58,3 % или в 3,3 раза ($P < 0,001$).

При этом самой многочисленной группой больных язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки оказались наркоманы в возрасте до 20 лет ($8,3 \pm 8,0\%$). Больные в других возрастных группах определялись следующим образом: в 20-24 лет – 0,0 %, 25-29 лет – $0,52 \pm 0,5$ %, в 30-34 лет - $1,06 \pm 0,70\%$, в 35-39 лет – 0,0 %, в 40-44 лет – 0,0 % и в 45 лет и старше – 0,0 %. На наш взгляд, низкая выявляемость язвенная болезнь, по данным анкетирования, во многом обусловлена особенностями клинического течения язвенная болезнь на фоне наркотизации, что может оказать отрицательное влияние на показатели континуума от этих патологий. Во всяком случае, в этом мы убедились в последующих наших анализах результатов исследований и пришли к заключению, что опросная диагностика язвенная болезнь в наркотизирующейся популяции взрослого населения менее значима и ее результаты требуют осторожной интерпретации.

Таблица 1. Распространенность хронических дуоденитов и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у наркоманов по данным анкетирования

Дуоденальные заболевания	Возраст, годы														Всего	
	До 20 лет (n=12)		20-24 лет (n=78)		25-29 лет (n=190)		30-34 лет (n=191)		35-39 лет (n=81)		40-44 лет (n=32)		45 лет и старше (n=6)			
	б		бс		бс		бс		бс		бс		бс		бс	
Хроническое дуодениты		,0		,0		,5±0,5		,0		,0		,0		,0		,5±0,5

(1)																
ЯБДП К (2)		,3± 8,0		,0		,5± 0,5		,1± 0,7		,0		,0		,0		,9± 3,0
Статистика различия (P): P<0,05		-		-		-		-		-		-		-		-
P<0,01		-		-		-		2-1		-		-		-		-
P<0,001		2-1		-		-		-		-		-		-		2-1

Таблица 2. Распространенность язвенной болезни у наркоманов по данным анкетирования

Виды язвенной болезни	Возраст, годы														Всего	
	До 20 лет (n=12)		20-24 лет (n=78)		25-29 лет (n=190)		30-34 лет (n=191)		35-39 лет (n=81)		40-44 лет (n=32)		45 лет и старше (n=6)			
	бс.ч		с.ч		с.ч	%	с.ч	%	бс.ч		бс.ч		бс.ч		бс.ч	
ЯБДПК		,3±8,0		,0		0,52±0,5		1,06±0,7		,0		,0		,0		,0±0,5
ЯБЖ		,0		,0		0,0		0,0		,0		,0		,0		,0

Выводы : По данным опросного исследования распространенность предязвенные заболевания желудка в популяции наркоманов составила 71,9% и с возрастом выявляемость этих патологий увеличивается на 58,3% или в 3,3 раза (P<0,001).

Нам представлялось интересным выяснение вопроса о том, что какой из примененных методов диагностики более приемлем или ценен для раннего/своевременного выявления воспалительно-язвенных заболеваний желудка у наркотизирующегося населения?!

Полученные данные показали, что в 71,9 % случаев опросные методы пригодны для раннего выявления предязвенных патологий желудка. Лишь в 9,0% случаев они

выявляются только путем использования рентгенологических исследований; а в 30,8% случаев потребуются эндоскопические исследования.

Следовательно, в популяции наркоманов можно будет широко использовать эпидемиологические (опросные) методы для раннего выявления и коррекции предязвенные заболевания желудка.

Список литературы

1. Моисеев В.С., Мухин Н.А., А.И.Мартынов. Внутренние болезни // Учебник. В 2-х томах. Том 2. -2004 г. С.600
2. Анохина И.П., Коган Б.М., Маньковская И.В., Рещикова Е.В., Станишевская А.В. Общность патогенетических механизмов алкоголизма и наркомании и пути поиска средств для лечения этих заболеваний //Фармакол. и токсикол. – 1990. – Т.53, №4. – С.6-8
3. Антонио Мария Коста. Мировая проблема наркотиков //Наркология. -2005. – №2. –С.25-35
4. Аруин И.Л., Григорьев П.Я., Исаков В.А., Яковенко Э.П. Хронический гастрит. – Амстердам, 1993. – 362с.
5. Аскарлов У.А., Усманова М.Д. Современное состояние и перспективы развития гастроэнтерологии в Узбекистане // В кн.: IV съезд терапевтов Узбекистана. – 1995. – С.133
6. Вихерт А.М., Жданов В.С., Чоклин А.В. и др. Эпидемиология неинфекционных заболеваний // Москва: Медицина, 1990. – 272 с.
7. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2004 году // Тер.арх. – 2006. - №2. – С.3-23
8. Дусчанов Б.А., Абдуллаев И.К. Экологик нокулай жанубий Орол буйи худуди кишлок жойларида тугиш ёшидаги аёлларда овкат хазм килиш тизими касалликлари таркалишининг тиббий ижтимоий жихатлари // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. – 2001. - №4. – С.80-82
9. Иванец Н.Н. Зависимость от психоактивных веществ – стратегия лечения. //Вопросы наркологии. -1990. -№2. –С.3-6
10. Каримов Ш.И., Атаханов А.А., Асраров А.А., Мамасолиев Н.С. Эпидемиология, клиническое течение и лечение язвенной болезни

Туракулов В.Н ¹, Нармухамедова Н.А.²

¹ Навоийского филиала Центра повышения квалификации и специализации средних медицинских работников, г. Навоий, Узбекистан

² Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников, г. Навоий, Узбекистан

РОЛЬ ПАТРОНАЖНЫХ СЕСТЕР В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

***Аннотация:** В нашей стране особое внимание уделяется совершенствованию медицинских услуг, в том числе адаптации системы здравоохранения к мировым стандартам, совершенствованию раннего выявления, диагностики, лечения и реабилитации заболеваний за счет внедрения современных методов лечения. Определены такие задачи, как внедрение интеграции и преемственности образования-науки-практики, определение новых направлений высшего и среднего медицинского образования. Эти задачи позволят реформировать систему здравоохранения, повысить качество и эффективность медицинской помощи.*

Исходя из этого, мы провели научное исследование, посвященное улучшению показателей здоровья населения в условиях первичного этапа оказания медицинской помощи, повышению роли патронажных медицинских сестер в работе с населением и улучшению качества их работы. Для этого мы провели анкетирование, опрос и медицинский осмотр средних медицинских работников.

В ходе исследований выявлено, что на качество работы влияют неполная ставка работы, проблемы со здоровьем, профессиональное выгорание, недостаточность знаний и навыков, отсутствие условий и возможности для повышения квалификации.

***Ключевые слова:** организация здравоохранения, медицинская помощь, патронажная сестра, семейный врач, медицинские бригады, повышение квалификации.*

Туракулов В. Н. ¹, Нармухамедова Н.А. ²

¹Орта медицина қызметкерлерінің біліктілігін арттыру және мамандандыру орталығының Науаи филиалы, Науаи қ., Өзбекстан

²Медицина қызметкерлерінің кәсіби біліктілігін дамыту орталығы, Науаи қ., Өзбекстан

АЛҒАШҚЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ-САНИТАРЛЫҚ КӨМЕК МЕКЕМЕСІНДЕГІ ОТБАСЫЛЫҚ ДӘРІГЕРДІҢ ҚЫЗМЕТІНДЕГІ МЕЙІРБИКЕЛЕРДІҢ РӨЛІ

Аннотация

Біздің елімізде медициналық қызметтерді жетілдіруге, оның ішінде денсаулық сақтау жүйесін әлемдік стандарттарға бейімдеуге, заманауи емдеу әдістерін енгізу есебінен ауруларды ерте анықтауды, диагностикалауды, емдеуді және оңалтуды жетілдіруге ерекше назар аударылады. Білім-ғылым-практиканың интеграциясы мен сабақтастығын енгізу, жоғары және орта медициналық білім берудің жаңа бағыттарын айқындау сияқты міндеттер айқындалды. Бұл міндеттер денсаулық сақтау жүйесін реформалауға, медициналық көмектің сапасы мен тиімділігін арттыруға мүмкіндік береді.

Осыған сүйене отырып, біз медициналық көмек көрсетудің бастапқы кезеңінде халықтың денсаулық көрсеткіштерін жақсартуға, патронаждық медбикелердің Халықпен жұмыс жасаудағы рөлін арттыруға және олардың жұмыс сапасын жақсартуға арналған ғылыми зерттеу жүргіздік. Ол үшін біз орта медицина қызметкерлеріне сауалнама, сауалнама және медициналық тексеру жүргіздік.

Зерттеу барысында жұмыс сапасына толық емес жұмыс ставкасы, денсаулық проблемалары, кәсіптік күйін қалу, білім мен дағдылардың жеткіліксіздігі, біліктілікті арттыру үшін жағдайлар мен мүмкіндіктердің болмауы әсер ететіні анықталды.

Кілт сөздер: *Денсаулық сақтау ұйымы, медициналық көмек, патронаждық мейірбике, Отбасылық дәрігер, медициналық топтар, біліктілікті арттыру.*

Turakulov V.N.¹, Narmukhamedova N.A.²

¹ Navoi branch of the Center for Advanced Training and Specialization of Secondary Medical Workers, Navoi, Uzbekistan

² Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers, Navoi, Uzbekistan

**THE ROLE OF NURSING NURSES IN THE ACTIVITIES OF THE FAMILY
DOCTOR IN THE INSTITUTION OF PRIMARY HEALTH CARE**

Abstract

In our country, special attention is paid to improving medical services, including the adaptation of the healthcare system to international standards, improving the early detection, diagnosis, treatment and rehabilitation of diseases through the introduction of modern treatment methods. Tasks such as the introduction of integration and continuity of education-science-practice, the definition of new areas of higher and secondary medical education are defined. These tasks will make it possible to reform the healthcare system, improve the quality and efficiency of medical care.

Based on this, we conducted a scientific study devoted to improving the health indicators of the population in the conditions of the primary stage of medical care, increasing the role of patronage nurses in working with the population and improving the quality of their work. To do this, we conducted a questionnaire, a survey and a medical examination of average medical workers.

The research revealed that the quality of work is affected by part-time work, health problems, professional burnout, lack of knowledge and skills, lack of conditions and opportunities for professional development.

Key words: *healthcare organization, medical care, patronage nurse, family doctor, medical teams, professional development.*

Введение: В условиях реформирования системы здравоохранения, формирования нового рынка медицинских услуг, развития науки и техники происходят изменения в характере и содержании профессии медицинских работников. Проводимые реформы в управлении, планировании и финансировании системы здравоохранения требуют профессиональных навыков у средних медицинских работников [1]. Как отметил Президент Республики Узбекистан “Врачи общей практики превратятся в настоящих семейных врачей и в помощь им будут организованы медицинские бригады, состоящие из медсестер и акушерки” Деятельность семейных врачей будет оцениваться по показателям здоровья населения и росту заболеваемости, а также по направлениям в стационары при осложнениях болезни. Для этой цели выделили дополнительно 20 тысяч штатов средних медицинских работников [2].

Главный принцип работы медицинских бригад – это работа в команде, которая состоит из семейного врача, помощника врача, двух патронажных медсестёр и акушерки.

По проекту одна бригада будет обслуживать 2000 человек населения. Основным приоритетом медицинских бригад является оказание помощи всем членам семьи, они должны знать вопросы профилактики, медицинской реабилитации, обладать широкими знаниями и навыками. Это является одним из эффективных способов обеспечения всех слоев населения грамотной и качественной медицинской помощью [2,3].

В последние годы в Республике Узбекистан проведен ряд научных исследований, направленных на изучение деятельности медсестёр, повышению роли патронажных медицинских сестер в работе с населением [4].

Целью нашего исследования была изучение медицинских, социальных профессиональных аспектов работы среднего медицинского персонала, работающего в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), и оценке влияния их на эффективность сестринской помощи населению.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования стали 1532 средних медицинских работников, работающих в учреждениях первичной медико-санитарной помощи Навоийской области, среди 1362 лиц медицинского персонала Навоийской области провели углубленный медицинский осмотр и лабораторно-инструментальное обследование. Для выявления профессионального выгорания провели опрос по анкете Вайсмана, в котором принимали участие 858 средних медицинских работников.

Результаты. На основании проведенного анкетирования, где изучались возраст, стаж работы, условия труда, семейное и социальное положение, уровень образования, профессиональный потенциал были получены исчерпывающие данные.

Две трети медсестер (65,9%) были в возрасте 18-40 лет, только одна треть (34,1) была в возрасте 41-60 лет, следовательно, медицинские сестры, работающие в учреждениях ПМСП в большинстве молодые, с меньшим опытом работы, а с увеличением возраста они предпочитают работу в стационарах. Только 36,8% медсестер работают на полную ставку, в 2 раза больше медицинских работников - 63,2% работают на неполной рабочей ставки, что тоже отрицательно влияет на качество их работы. Одним из факторов, снижающего эффективность работы медсестер - это наличие внеплановых поручений, которые были выявлены в 61% случаев (95%ДИ=58,3%–63,2%). Негативное статистическое влияние на эффективность работы оказало состояние здоровья сотрудников (тест Вальда, $p < 0,05$). Наиболее часто были выявлены заболевания внутренних органов, среди них железодефицитная анемия.

В последнее время в литературе встречаются данные оценки деятельности медицинских работников в связи с возникновением профессиональной утомляемости [5]. Нами было проведена оценка профессионального стресса и эмоционального выгорания среди 858 медицинских работников. 70% участников (95%ДИ=67,8%–72,2%) оценили уровень своей профессиональной утомляемости, как умеренный (таблица1).

Таблица 1.Результаты оценки профессионального стресса и эмоционального выгорания среди медицинских работников ПМСП

Респонденты	Всего	Уровень стресса и эмоционального состояния		
		Минимальный (30-59 балл)	Средний (60-89 балл)	Высокий (90-150 балл)
Абс. число	858	187	600	71
показатель (%)	100 %	21,8%	69,9%	8,3%

При выявлении среднего уровня необходимо выявлять причины этого состояния и беспокоящие их проблемы, решение которых приведет к снижению стрессового состояния до минимального. При выявлении высокого уровня эмоционального выгорания также необходимо решение проблем работника, направление к психологу, а при отсутствии эффекта направление на другую работу.

Оценка уровня знаний и навыков показала удовлетворительные результаты у медсестер с меньшим стажем работы, на эти показатели влияли также возможность повышения квалификации и получения квалификационной категории

При выявлении степени повышения квалификации медсестер, участвовавших в опросе, 17% ответили, что вообще не повышали свою квалификацию, 27% не повышали квалификацию в течении последних пяти лет из-за отсутствия условий на работе и в семье.

При оценки наличия квалификационной категории медицинских сестер, работающих в учреждениях ПМСП, установлено, что 50,3% средних медицинских работников не имели категории, медсестры второй категории составили 16,6 %, медсестры первой категории - 10,7 % и высшей категории - 22,4 % (рисунок 1).

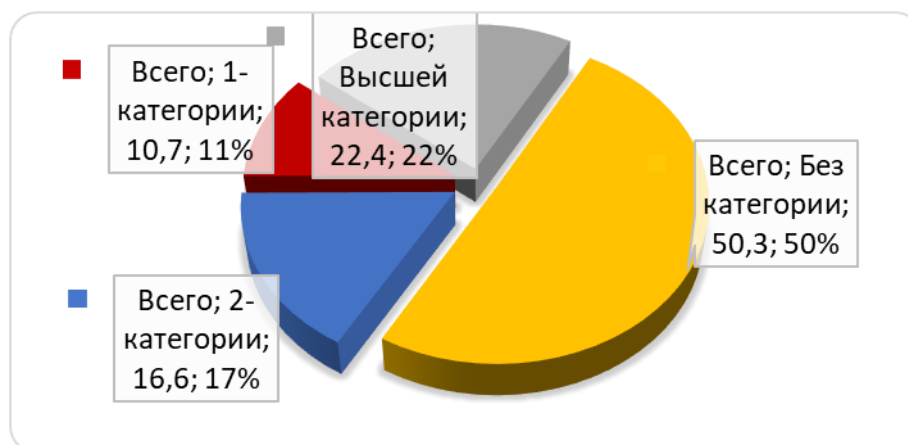


Рисунок 1- Распределение респондентов по категории

Причина отсутствия категории у медицинских сестер, принявших участие в опросе, заключается в том, что большинству сотрудникам не хватило стажа работы для получения категории и дополнительного повышения квалификации. Даже при наличии достаточного непрерывного трудового стажа медицинский работник не может претендовать на категорию, если он не повысил свою квалификацию, поэтому медсестер получивших категорию медицинских сестер оказалось так много (50,3%), а имеющих высшую категорию всего 17%.

Электронная образовательная платформа hamshiramalaka.uz создана для того, чтобы устранить вышеуказанные причины. Положительными сторонами данной платформы являются широкий охват аудитории слушателей, обучение без отрыва от работы, экономическая эффективность, стимулирование творческого подхода слушателей. В случае Навоийской области, по сравнению с традиционным методом дистанционного обучения, знания учащихся заметно повысились на занятиях, организованных в смешанной гибридной форме (рисунок 2).

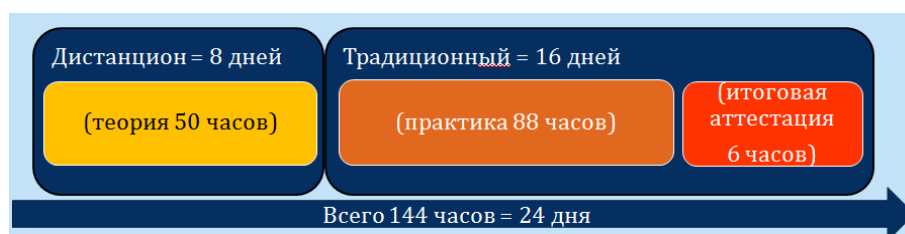


Рисунок 2- Схема гибридной формы проведения занятий

Для повышения эффективности повышения квалификации, мы внедрили в программу дистанционное обучение на рабочем месте 8-дневный цикл обучения (48 часов), 16-дневный цикл обучения практическим навыкам (96 часов) в Центре повышения квалификации и специализации средних медицинских работников, что дало нам больше возможностей для обучения большего количества медсестер, стимулировало их к самостоятельному обучению и повысило их заинтересованность в приобретении новых знаний и навыков для повышения эффективности их работы.

Заключение. Таким образом, в учреждениях первичной медико-санитарной помощи должны быть созданы условия для обучения на рабочем месте и освоения широкого спектра практических навыков. В этот процесс необходимо вовлекать новые методы обучения, такие как дистанционное обучение, онлайн-обучение, «телемедицина», «умная медицина» и «автоматизированное кресло медсестры», которые стали широко использоваться в медицине. Обучение современными методами играет важную роль в комплексной подготовке медицинских работников и служит укреплению их профессиональной деятельности и повышению уровня знаний [6,8]. В связи с пандемией 2020 года учебные мероприятия в учебном центре и филиалах были организованы дистанционно в режиме онлайн [7]. В этом процессе широко использовались современные коммуникационные технологии, социальные сети и системы телеконференций, а также образовательная онлайн-платформа hamshiramalaka.uz. В результате время и затраты обучающихся значительно сократились. Медицинский работник стал не только уделять больше времени работе и семье, но также отмечалось значительное повышение эффективности его работы

Выводы

1. Необходимо создать благоприятные условия для эффективной работы среднего медицинского персонала, работающего в учреждениях ПМСП, это работа на полную ставку, без привлечения для других видов деятельности вне их квалификационной характеристики.

2. Ежегодно уделять внимание оценке состояния здоровья медицинских сестер с последующим оздоровлением для повышения эффективности их работы.

3. Ежеквартально оценивать уровень профессионального выгорания при наличии проблем проводить мероприятия по снижению психоэмоционального утомления.

4. Регулярно привлекать медицинский персонал к повышению квалификации и стимулировать приобретение квалификационной категории.

5. В целях улучшения профессионального развития медицинских сестер создать условия для повышения квалификации на рабочем месте, применять дистанционную форму обучения и платформу электронного обучения hamshiramalaka.uz, улучшающие эффективность обучения.

Список литературы:

1. Асадов. Д.А. Непрерывное профессиональное медицинское образование в Узбекистане-время инноваций: научное издание // Организация и управление здравоохранением. - 2018.- №7 С. 34-33.

2. Указ Президента Республики Узбекистан от 12.11.2020 №6110 «О мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых в системе здравоохранения реформ».

3. Приказ Министерства здравоохранения от 26.09.2022 «Об утверждении Положения и порядка оценки деятельности медицинских бригад, работающих в учреждениях первичной медико-санитарной помощи.

4. Приказ Министра здравоохранения Республики Узбекистан «О медицинской деонтологии и культуре работников управленческого аппарата системы Министерства здравоохранения, лечебно-профилактических учреждений, а также студентов высших и средних специальных учебных заведений»: научное издание // «Организация и управление здравоохранением. -Ташкент, 2016.-Том 73 №7.- С.74-75.

5. Великанова Л.П. Динамические характеристики синдрома эмоционального выгорания у среднего медицинского персонала: научное издание/ Великанова Л.П, Н.П.Потапова// Медицинская сестра: М.-2014. -№6. -С.22-25.-Библиогр.:15 назв.

6. Нефёдова С.Л. Пилотный проект “Универсальная медсестра”: научное издание/ С.Л. Нефёдова, Ж.Е.Турчина// Медицинская сестра. -М., 2017. - №3.-С.17-19.-Библиогр.:6 назв.

7. Быкова Н.В. Использование современных информационных технологий для работы среднего медицинского персонала в Федеральном центре сердечно-сосудистой хирургии г. Красноярск; научное издание/ Быкова Н.В// Главная медицинская сестра-М., 2014. - №2.-С 19-24.

8. Нармухамедова Н. Непрерывное повышение квалификации - залог оказания квалифицированной медицинской помощи: Проект “Здоровье-3” / Н. Нармухамедова// Здравоохранение Узбекистана. - Ташкент, 2017.- №20 (19 мая).-С. 6-7

МРТИ 76.29.51

УДК 616.155.194.8-053.2-085

Умарова М.Э. ¹, Ниязова М.Т. ², Шайхова М. И. ², Каримова Д. И. ²

¹Ташкентский педиатрический медицинский институт, ассистент кафедры
«Фармакология»

²Ташкентский педиатрический медицинский институт, ассистент кафедры
«Семейная медицина», г. Ташкент, Узбекистан

РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГА И ТЕРАПИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ

Аннотация

Раннее выявление лечение железодефицитной анемии у детей. Нами обследованы 447 детей в возрасте 0-6 лет. Проведён объективный осмотр, оценка психомоторного развития и анализ карты индивидуального развития ребенка. Среди детей проведён скрининг на ЖДА – определение гемоглобина в периферической крови. ЖДА среди детей приводит к задержке психомоторного развития. Они более подвержены различным инфекционным заболеваниям вследствие понижение иммунитета. При выборе лекарственной формы необходимо отдавать предпочтение сиропам с приятным вкусом и запахом, учитывая пристрастия маленьких пациентов. Это значительно повышает их приверженность назначенной терапии.

Ключевые слова: *железодефицитная анемия, психомоторное развития, дети, гемоглобин.*

Umarova M.E¹., Niyazova M.T²., Shaykhova M. I²., Karimova D. I².

¹Tashkent Pediatric Medical Institute, assistant of the Department of Pharmacology

²Tashkent Pediatric Medical Institute, assistant of the Department of «Family Medicine»
,Tashkent city, Republic of Uzbekistan

RESULTS OF SCREENING AND THERAPY FOR IRON-DEFICIENCY ANEMIA IN CHILDREN

Annotation

Early detection and treatment of iron deficiency anemia in children. We examined 447 children aged 0-6 years. An objective examination, an assessment of psychomotor development and an analysis of the map of the individual development of the child were carried out. Children were screened for IDA - determination of hemoglobin in peripheral blood. IDA among children leads to delayed psychomotor development. They are more susceptible to various infectious diseases due to a decrease in immunity. When choosing a dosage form, it is necessary to give preference to syrups with a pleasant taste and smell, taking into account the addictions of young patients. This significantly increases their adherence to the prescribed therapy.

Key words: iron deficiency anemia, psychomotor development, children, hemoglobin.

Умарова М.Е¹., Ниязова М.Т²., Шайхова М.И²., Кәрімова Д.И².

¹Ташкент педиатриялық медицина институты, "Фармакология"кафедрасының
ассистенті

²Ташкент педиатриялық медицина институты, "Отбасылық медицина"кафедрасының
ассистенті, Ташкент қ., Өзбекстан

БАЛАЛАРДАҒЫ ТЕМІР ЖЕТІСПЕУШІЛІК АНЕМИЯНЫҢ СКРИНИНГІ МЕН ТЕРАПИЯСЫНЫҢ НӘТИЖЕЛЕРІ

Аннотация

Балалардағы темір тапшылығы анемиясын ерте анықтау және емдеу. Материалдар мен тәсілдер. Біз 0-6 жас аралығындағы 447 баланы тексердік. Объективті тексеру, психомоторлық дамуды бағалау және баланың жеке даму картасына талдау жасалды. Балалар IDA – перифериялық қандағы гемоглобинді анықтау скринингінен өтті. Балалар арасындағы ИДА психомоторлы дамудың кешігуіне әкеледі. Олар иммунитеттің төмендеуіне байланысты әртүрлі жұқпалы ауруларға

бейім. Дәрілік пішінді таңдағанда, жас пациенттердің тәуелділігін ескере отырып, жағымды дәмі мен иісі бар сироптарға артықшылық беру керек. Бұл олардың тағайындалған терапияға бейімделуін айтарлықтай арттырады.

Кілт сөздер: теміртапшылықты анемия, психомоторлық даму, балалар, гемоглобин.

Актуальность. Железодефицитная анемия (ЖДА) – приобретенное заболевание из группы дефицитных анемий, возникает при дефиците железа, сопровождающееся микроцитарной, гипохромной, норморегенераторной анемией, клиническими проявлениями которой являются сочетание сидеропенического и анемического синдромов [1,2].

По данным ВОЗ, ЖДА по всему миру имеется более чем у 2 млрд человек, большая часть из которых – женщины и дети. В развитых странах Европы и на территории России около 12% женщин фертильного возраста страдают ЖДА, а скрытый дефицит железа наблюдается почти у половины данной категории женщин [1–5]. Дети заболевают реже взрослых [6].

Наиболее часто с проблемой ЖДА встречаются в своей практике терапевт, врач общей практики (семейный врач), гематолог и акушер–гинеколог. В соответствии со стандартами в компетенции данных специалистов входит выявление ЖДА на основании данных клинической симптоматики и картины периферической крови, разработка программы диагностических и лечебных мероприятий, обоснование программы профилактических мероприятий у больных с ЖДА с учетом наличия факторов риска ее рецидива.

Наиболее уязвимыми для анемии считаются три группы населения: дети дошкольного возраста (0–5 лет); беременные женщины; женщины детородного возраста (15–50 лет) [7].

Железодефицитная анемия среди детей приводит к нарушениям психомоторного развития и координации, а также к общей задержке развития. Кроме того, больные дети с железодефицитной анемией часто испытывают чувства усталости, слабость, имеют пониженную работоспособность и более подвержены различным инфекционным заболеваниям вследствие понижения иммунитета.

В условиях реформирования первичной медико-санитарной помощи в диагностике и лечении анемии у детей ведущая роль отводится участковому педиатру и врачу общей практики, работающему со смешанным населением (детьми и взрослыми).

Цель исследования. Раннее выявление лечение железодефицитной анемии у детей.

Материалы и методы. Нами обследованы 447 детей в возрасте 0-6 лет. Проведён объективный осмотр кожных покровов, видимых слизистых оболочек и оценка функционального состояние внутренних органов- сердца, печени, селезёнки. У родителей, в основном у матерей этих детей был собран анамнез жизни ребёнка (течение беременности, характер родов, материальное положение семьи и характер питания ребёнка). Среди детей проведён скрининг на ЖДА – определение гемоглобина в периферической крови. Проведена оценка психомоторного развития и анализ карты индивидуального развития ребенка (форма 112/У)

Лабораторные исследования: определение гемоглобина проводилась гемиглобинцианидным методом на аппарате «НемоСue» (Швеция).

Обсуждение результатов. Было обследовано 447 детей в возрасте 0-6 лет, из них у 121 (27,0%) выявлена анемия (таблица 1), что послужило поводом для дальнейшего обследования.

Таблица 1. Распределение детей с анемией по возрастной категории

№	Возраст детей	Число обследованных детей.	Дети, у которых выявлена анемия			
			Общее количество больных	I степень	II степень	III степень
1	0 – 1 год	64	9 (14,0%)	8 (95,2%)	1 (4,8%)	-
2	1 – 2 года	65	11 (16,9%)	9 (81,9%)	2 (8,1%)	-
3	2 – 3 лет	72	21 (29,2%)	18 (85,7%)	3 (14,3%)	-
4	3 – 4 лет	65	24 (36,9%)	19 (79,2%)	5 (22,8%)	-
5	4 – 5 лет	56	20 (35,7%)	18 (90,0%)	2 (10,0%)	-
6	5 – 6 лет	48	15 (31,2%)	11 (73,3%)	4 (26,7%)	-
7	6 лет	77	21 (27,2%)	17 (81,0%)	3 (14,2%)	1(4,8%)
	Итого	447	121 (27,0%)	100 (82,6%)	20 (16,6%)	1 (0,8%)

По данным таблицы видно, что у 100 детей (82,6%) выявлено анемия I степени, 20 дети (16,6%) страдают анемией II степени, а у 1 ребенка (0,8%) анемия III степени.

Ретроспективным методом изучены карты индивидуального развития 121 детей, у которых была выявлена анемия. Кроме того, проведена оценка психомоторного развития этих детей. Из них у 28 (24,6%) выявлена отставание в психомоторном развитии, 32 (25,4%) часто болели и у 38 (28,1%) обнаружены хронические очаги инфекции.

Целью терапии ЖДА является устранение дефицита железа и восстановление его запасов в организме. Добиться этого можно только при устранении причины, лежащей в основе ЖДА, и одновременном возмещении дефицита железа в организме.

Как дефицит железа, так и избыток железа в фетальном и неонатальном периодах одинаково плохо сказывается на развитии органов и систем ребенка, включая головной мозг, сердце и скелетную мускулатуру. Лечение матери, ЖДА, — лучший способ профилактики ЖДА у новорожденного. Количество железа в питании будущей матери во время беременности должно составлять не менее 40 мг в сутки, начиная с 18 нед. гестации.

Выбор препарата железа для лечения ЖДА является прерогативой врача, который выбирает и назначает препарат железа больному с учетом его эффективности, переносимости, стоимости, личного опыта применения, информации, полученной в медицинской литературе. Основными требованиями к пероральным препаратам железа, применяемым в детской практике, являются: высокая эффективность, высокая безопасность, хорошие органолептические свойства, наличие лекарственных форм, удобных для пациентов всех возрастов.

При назначении лечения анемии препаратом выбора из железосодержащих препаратов был мальтофер (из расчета 3 мг/кг элементарного железа в день). Учитывая негативное отношение детей к таблетированным формам, мы назначили эти лекарственные препараты в форме сиропа, поэтому дети с легкостью принимали лекарства, они не возражали против довольно приятного вкуса и аромата. Обязательно предупреждали родителей о возможных побочных действиях, т.к. в противном случае легко происходит срыв и прекращение дальнейшего лечения. Больше всего на комплекс больных воздействовало такое побочное действие, как окрашивание стула в чёрный цвет остатками не всосавшегося в верхних отделах кишечника железа. Мы рекомендовали запивать препараты железа мультивитаминным сиропом, содержащим, кроме прочих витаминов, аскорбиновую кислоту, которая выполняла у нас двойную функцию — способствовала лучшему усвоению препаратов железа и стимулировала аппетит у ребенка. Кроме медикаментозной терапии была рекомендовано рациональное питание.

Через месяц мы повторно обследовали детей: расспрос жалоб, общий клинический осмотр и повторное проведение лабораторных анализов для изучения динамики состояния. В целом, состояние детей значительно улучшилось: отмечалось увеличение активности ребёнка, повышение аппетита, улучшение внимание и памяти, прибавка в массе, уменьшилась раздражительность, восприимчивость к простудным заболеваниям уменьшилась. Повторное обследование показало положительную динамику подъёма уровня гемоглобина – увеличение гемоглобина на 10 г/л в течение месяца.

Кроме медикаментозной терапии мы рекомендовали детям употреблять продукты питания богатые железом и аскорбиновой кислотой, такие как мясо, фрукты, домашняя птица и другие. Всем родителям больных детей объяснили, что приём чая и кофе вместе с пищей значительно снижают усвояемость железа, за счёт образования с танинами нерастворимых комплексов, и поэтому чай или кофе надо употреблять после некоторого промежутка после основного приёма пищи, а во время еды лучше использовать такие напитки как компоты, соки, кипячённая вода, настои из ягод или фруктов.

Заключение. Таким образом, ЖДА I и II степени часто встречаются у детей дошкольного возраста. ЖДА среди детей приводит к задержке психомоторного развития, а также эти дети более подвержены различным инфекционным заболеваниям вследствие понижение иммунитета.

При выборе лекарственной формы необходимо отдавать предпочтение сиропам с приятным вкусом и запахом, учитывая пристрастия маленьких пациентов. Это значительно повышает их приверженность назначенной терапии.

На ряду медикаментозной терапией необходимо рекомендовать больным рациональное питание.

Список литературы

1. Iron deficiency anemia: assessment, prevention, and control. A guide for programme managers. UNICEF, United Nations University, WHO. Geneva: World Health Organization, 2001. URL:

https://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/anaemia_iron_deficiency/WHO_NHD_01.3/en/

2. Серов В.Н., Шаповаленко С.А, Флакс Г.А., Царюк А.В. Диагностика и лечение железодефицитных состояний у женщин в различные периоды жизни. Журнал Российского общества акушеров-гинекологов. 2006; \ URL: <http://ag-info.ru/files/jroag/2006->

[2/jroag-06-02-15.pdf](#)

3. Чилова Р.А., Мурашко А.В., Вечорко В.И. и соавт. Профилактика и лечение железодефицитных состояний у беременных и кормящих женщин. РМЖ. 2017; 15: 1092–1095

4. Johnson–Wimbley T.D., Graham D.Y. Diagnosis and management of iron deficiency anemia in the 21st century. Therap. Adv. Gastroenterol. 2011; 4 (3): 177–84.

5. Трухан Д.И. Железодефицитная анемия: актуальные вопросы диагностики и профилактики на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи. Фарматека. 2018; 13: 84–90. DOI: <https://dx.doi.org/10.18565/pharmateca.2018.13.84-90>

6. Тарасова И.С. Железодефицитная анемия у детей и подростков. Вопросы современной педиатрии. 2011; 2: 40-48.

7. Стуклов Н.И., Митченкова А.А. Анемия и дефицит железа. глобальные проблемы и алгоритмы решений. Терапия. 2018; 6: 147–155. Doi: <https://dx.doi.org/10.18565/>.

УДК 616.9

Хусинова Ш.А.¹, Нармухамедова Н.А.¹, Туракулов В.Н.¹.

¹Самаркандский государственный медицинский университет

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА, ВЛИЯЮЩИХ НА РАЗВИТИЕ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Аннотация

В последние годы повысилось бремя неинфекционных заболеваний, влияющий на показатели заболеваемости инвалидизации и преждевременной смертности. Особенно основные факторы риска такие как курение табака, злоупотребление алкоголем, недостаточное употребление фруктов и овощей, чрезмерное употребление соли и малоподвижный образ жизни являются причиной развития 60% хронический заболеваний.

Проведенное исследование STEPS изучило распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике. Полученные результаты послужат разработке мероприятий по снижению распространенности факторов риска и

уменьшению их влияния на развитие неинфекционных заболеваний в условиях учреждений ПМСП.

Ключевые слова: факторы риска, учреждения первичной медико-санитарной помощи, исследование STEPS

Husinova Sh.A¹, Narmukhamedova N.A¹, Turakulov V.N¹.

¹Samarkand State Medical University

Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers

PREVALENCE OF RISK FACTORS AFFECTING THE DEVELOPMENT OF NON-COMMUNICABLE DISEASES

Annotation

In recent years, the burden of non-communicable diseases has increased, affecting the incidence of disability and premature mortality. Especially the main risk factors such as tobacco smoking, alcohol abuse, insufficient consumption of fruits and vegetables, excessive salt intake and sedentary lifestyle are the cause of the development of 60% of chronic diseases.

The conducted STEPS study examined the prevalence of risk factors for non-communicable diseases in the Republic. The results obtained will serve to develop measures to reduce the prevalence of risk factors and reduce their impact on the development of non-communicable diseases in PHC institutions.

Key words: risk factors, primary health care institutions, STEPS study

Хусинова Ш. А¹, Нармухамедова Н.А¹, Тұрақұлов В.Н¹.

¹Самарқанд мемлекеттік медицина университеті

Медицина қызметкерлерінің кәсіби біліктілігін дамыту орталығы

ЖҰҚПАЛЫ ЕМЕС АУРУЛАРДЫҢ ДАМУЫНА ӘСЕР ЕТЕТІН ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫНЫҢ ТАРАЛУЫ

Аннотация

Соңғы жылдары жұқпалы емес аурулардың ауыртпалығы артты, бұл мүгедектік пен мезгілсіз өлім көрсеткіштеріне әсер етеді. Әсіресе негізгі қауіп факторлары темекі шегу, алкогольді теріс пайдалану, жемістер мен көкөністерді жеткіліксіз пайдалану,

тұзды шамадан тыс пайдалану және отырықшы өмір салты сияқты 60% дамудың себебі болып табылады созылмалы аурулар.

STEPS жүргізген зерттеу республикада жұқпалы емес аурулардың қауіп факторларының таралуын зерттеді. Алынған нәтижелер тәуекел факторларының таралуын азайту және олардың МСАК мекемелері жағдайында жұқпалы емес аурулардың дамуына әсерін азайту жөніндегі іс-шараларды әзірлеуге қызмет етеді.

Кілт сөздер: тәуекел факторлары, алғашқы медициналық көмек көрсету мекемелері, steps зерттеуі

Введение. По данным ВОЗ, ежегодно в мире погибает около 41 млн. человек от неинфекционных заболеваний (НИЗ), что составляет 71% всех случаев смерти, причем 15 млн. человек умирают преждевременно. В структуре смертности от НИЗ наибольшая доля приходится на сердечно-сосудистые заболевания, от которых каждый год умирает 17,9 миллионов человек. За ними следуют раковые заболевания (9 млн случаев), болезни органов дыхания (3,9 млн случаев) и сахарный диабет (1,6 млн случаев). На эти четыре группы заболеваний приходится 80% всех случаев смерти от НИЗ. Если не предпринимать эффективные меры, то согласно прогнозам ВОЗ, показатель смертности в мире от НИЗ будет неуклонно расти и составит почти 75% к 2030 году [1].

Развитие хронических заболеваний в 60% случаев зависит от ведущих факторов риска (ФР): курение табака, злоупотребление алкоголем, недостаточное употребление фруктов и овощей, чрезмерное употребление соли и малоподвижный образ жизни. Эти факторы риска приводят к развитию таких состояний, как избыточный вес и ожирение, повышенное артериальное давление, высокий уровень сахара и холестерина в крови, которые виновны в развитии сердечно-сосудистых, онкологических и респираторных заболеваний среди населения [2].

Результаты исследований в Узбекистане показали, что в 2019 г. неинфекционные заболевания явились причиной 83,5% (702,8 на 100 тысяч населения) всех случаев смерти в стране [1]. В общей структуре причин смерти первое место занимают болезни системы кровообращения – 63,3% такие, как ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия и их осложнения (инфаркт миокарда, мозговой инсульт и др.). За ними следуют злокачественные новообразования (8,6%), сахарный диабет (3,8%), болезни органов дыхания (1,8%). При этом 35% из них приходится на возраст от 30 до 69 лет [2]. Эта ситуация по прогнозу ВОЗ приведет в 2020-2030 гг. к увеличению уровня

преждевременной потери трудоспособности и инвалидизации, и, как следствие, к преждевременной смертности населения в возрасте 40-60 лет [3].

Международный опыт показывает, что снижение воздействия факторов риска приводит к предотвращению около 80% сердечно-сосудистых заболеваний и случаев сахарного диабета 2 типа, 70-80% хронических заболеваний легких и в 40% случаев онкологических заболеваний [5]. Следовательно, борьба с факторами риска, а именно, формирование здорового образа жизни, профилактика, раннее выявление заболеваний и своевременное их эффективное лечение позволит на 50% снизить вероятность возникновения осложнений и развития преждевременной смертности [4].

С **целью** снижения случаев неинфекционных заболеваний у нас в стране было проведено исследование по изучению распространенности основных факторов риска НИЗ среди населения Республики Узбекистан в возрасте 18-69 лет.

Согласно **методологии** исследования: на первом этапе был проведен опрос 4320 жителей республики по стандартному вопроснику для выявления факторов риска. На втором этапе – проведены осмотр, измерение физических данных и уровня артериального давления, на 3 этапе – лабораторное обследование с определением уровня глюкозы, общего холестерина и липидов [8].

Результаты. Как показали результаты проведенного исследования физическая активность у 26,1% населения не соответствует рекомендациям ВОЗ для сохранения здоровья, а более одной трети жителей страны (36,2%) имеют низкий уровень физической активности, 80,9% населения не выполняют интенсивных физических нагрузок.

В среднем в день лица, участвовавшие в опросе, употребляли 5,5 порций овощей и/или фруктов, среди них мужчины – 5,5, женщины – 5,4 порций. Большинство населения (84%) употребляет 5 и более порций овощей и/или фруктов в день согласно рекомендациям ВОЗ. Однако 16,0% населения употребляют менее пяти порций овощей и/или фруктов в среднем в день.

Треть взрослого населения (36,6%) всегда или часто досаливают пищу или добавляет соленый соус к пище перед ее употреблением, хотя 37,3% понимают, что потребление большого количества соли может причинить серьезные проблемы здоровью, но при этом только пятая часть (19,2%) населения ограничивает потребление обработанных продуктов, среди них больше мужчин, чем женщин.

В настоящее время 16,5% населения употребляют табак (курительный и бездымный). Табачные продукты употребляют в основном мужчины - 32,9%. Среди них

18,8% мужчин употребляют курительный табак. В течение последних 12 месяцев почти каждый второй курильщик (47,7%) пытался бросить курить, 39,3%, курильщиков отметили, что медработники рекомендовали им бросить курить. А также информацию о вреде курения половина опрошенных за последние 30 дней заметили в газетах и журналах, 51,8% - по телевидению и 41,1% – по радио. Каждый второй некурящий взрослый житель страны (47,4%) подвергается воздействию табачного дыма дома и почти каждый третий некурящий (37,5%) – на рабочем месте.

Измерение артериального давления у обследуемых лиц выявило у 38% повышение уровня АД более 140/90 мм рт.ст., среди них у 14,7% АГ была установлена ранее в амбулаторных условиях, а 3,8% принимали стационарное лечение в течение последних 12 месяцев.

56,4% населения страны имеют избыточную массу тела, 23,5% – ожирение. Интересно отметить тот факт, что доля лиц с ожирением увеличивается с возрастом: так ожирение в группе лиц 18-29 лет составляло 7,3%, в группе лиц 30-44 лет - 22,9%, а в группе 45-64 лет – уже 38,7%. Более половины мужчин (64,4%) и женщин (55,4%) имеют абдоминальное ожирение.

У 8,4% жителей зарегистрировано повышенное содержание глюкозы в крови, а у 13,5% населения выявлено нарушение гликемии натощак.

Среди жителей, которым проводилось измерение уровня общего холестерина в крови, у 0,7% был выявлен повышенный уровень общего холестерина крови.

Заключение. Таким образом, данный аналитический обзор ситуации по распространенности основных факторов риска НИЗ показал, что для мужчин характерными факторами риска НИЗ являются потребление различных видов табака (курительного и бездымного), алкоголя, повышенное артериальное давление. Для женщин – недостаточная физическая активность, избыточный вес. Выявлена незаинтересованность населения к обращению к врачу, измерению АД и даже при выявленном повышении АД, низкая приверженность пациентов к лечению. Не всем пациентам с избыточным весом и ожирением измеряют уровень глюкозы и холестерина в крови, требуемые согласно стандарту – клиническим протоколам по диагностике и лечению больных с АГ.

Исходя из эпидемиологической ситуации и с учетом социально-экономических факторов целесообразно внедрение программ по скринингу населения и профилактике в учреждениях первичной медико-санитарной помощи наиболее распространенных НИЗ [6]. Качественное оказание медицинской помощи предусматривает использование

клинических протоколов в качестве стандарта квалифицированных медицинских услуг; создание условий и возможностей для выполнения требований протоколов (медицинское оборудование, персонал); обучение персонала для обеспечения необходимого уровня знаний и навыков по внедрению клинических протоколов ПЕН ВОЗ [7].

Медицинский персонал учреждений первичного звена здравоохранения должен своевременно выявлять факторы риска, систематически проводить профилактические мероприятия по снижению воздействия их на организм. Для этого эффективны регулярный мониторинг факторов риска НИЗ, раннее выявления повышенного уровня АД и своевременно начатое лечение.

Список литературы

1. Информационный бюллетень ВОЗ. Неинфекционные заболевания. Основные факты [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 (<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>, по состоянию на 27 июля 2022 г.).

2. Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними в Узбекистане. Аргументы в пользу инвестирования. Подготовлено для Министерства здравоохранения Узбекистана Европейским региональным бюро ВОЗ и Программой развития ООН. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 (https://cdn.who.int/media/docs/librariesprovider2/country-sites/uzbekistan/bizzcase-uzb-ru.pdf?sfvrsn=8c0f21a8_4&download=true, по состоянию на 26 июля 2022 г.).

3. Расчетные стандартизованные показатели по полу и возрасту вычислены на основе статистических данных, предоставленных Государственным комитетом по статистике Республики Узбекистан (письмо от 19 июля 2021 г. № 01/5-02-16/2-247). Ташкент; 2021.

4. Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112551/9789244564226_rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y по состоянию на 1 августа 2022 г.).

5. Dagenais GR et al. Increased occurrence of diabetes in people with ischemic cardiovascular disease and abdominal obesity. Canadian Journal of Cardiology, 2003, 19:1387–1391.

6. Нармухамедова Н.А. Первичная профилактика артериальной гипертонии в учреждениях первичной медико-санитарской помощи. Вестник ТМА, 2020, №4, стр.196-200

7. Нармухамедова Н.А., Цой Е.С., Шукуров Ш.У., Юлдашев Р.М., Валиева М.Х., Рузиева З.И. Внедрение клинических протоколов ПЕН ВОЗ в практику учреждений первичного звена здравоохранения. Вестник **Южно-Казахстанской медицинской академии**, 2019, №3 (87), III том, стр.70-71.

8. STEPS: распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Узбекистан. 2019, стр.115.

СОДЕРЖАНИЕ

Секция «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ» «ЖАЛПЫ ДӘРІГЕРЛІК ПРАКТИКАНЫҢ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕЛЕРІ» СЕКЦИЯСЫ	6
ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ-2 ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ Досыбаева Г.Н.	
СОЗЫЛМАЛЫ ЖҮРЕК ЖЕТІСПЕУШІЛІГІМЕН АСҚЫНҒАН АРТЕРИАЛДЫ ГИПЕРТОНИЯ ЖӘНЕ СУСАМЫРМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫ КОМПЛЕКСТІ ЕМДЕУДЕ РАМИПРИЛДІ ПАЙДАЛАНУ. Абасова Ш.Б.	14
ЖАТЫР МИОМАСЫН ЕМДЕУДЕГІ МИНИМАЛДЫ ИНВАЗИВТІ ИНТЕРВЕНЦИЯЛЫҚ ӘДІСТЕРДІҢ ТИІМДІЛІГІ Абдурахманов Б.А., Арыбжанов Д.Т., Абдурахманов Ф.Б., Гульметов С.И., Юсупов А.М., Абдурахманова Ш.Г.	18
ЖАЛПЫ ДӘРІГЕРЛІК ПРАКТИКА ИНТЕРНДЕРІНІҢ ҚАТЫСУЫМЕН ӨТКІЗІЛЕТІН ҒЫЛЫМИ ҮЙІРМЕЛЕР МЕН ОЛИМПИАДАЛАРДЫҢ ПРАКТИКАЛЫҚ ДАҒДЫЛАРДЫ ЖЕТІЛДІРУДЕГІ ЖӘНЕ КӘСІПТІК БАҒДАРЛАУДЫ ТАҢДАУДАҒЫ МҮМКІНДІКТЕРІ Абдурахманов Б.А., Дуйсебеков М.Т., Юсупов А.М.	23
КЛИНИКА МАТЕРИАЛДАРЫ БОЙЫНША ӨКПЕ ОБЫРЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ КЛИНИКАЛЫҚ-МОРФОЛОГИЯЛЫҚ ДИАГНОСТИКАЛАУДЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ Абдурахманов Б.А., Авизова З.К.	29
ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕВУШЕК ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА ГОРОДА АНДИЖАНА ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ Акбарова Г.Х., Назарова Г.У.	37
ДИАГНОСТИКО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА КИСТ ПРИДАДОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ Бедешева С.И., Абилов К. Е., Калдыгозова Г.Е., Ташбаев Н. А.	43
ЗНАЧЕНИЕ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ КАК ИНСТРУМЕНТ ОБЪЕКТИВНОЙ САМООЦЕНКИ Дадабаева Р.К., Курбонов А.К., Нуриддинова Ф.М., Кулқараев А.К., Эшмаматов О.Ф.	48
ІШКІ АУРУЛАР ПӘНІНДЕ ҚАЗАҚ ТІЛІНІҢ ФИЛОЛОГИЯЛЫҚ-ҒЫЛЫМИ НЕГІЗДЕРІНДЕ ҚОЛДАНУДАҒЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ ТЕРМИНДЕР Г. Н.Досыбаева, Қ. А.Сартаева, Е. Т., Отумбаева	54
ДЕМЕНЦИЯНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЖӘНЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ Есетова А.А., Жарқынбекова Н.А., Рүстем Т.Ы.,	60
БАЛАЛАРДАҒЫ БРОНХ ДЕМІКПЕСІНЕ МОНИТОРИНГ ЖҮРГІЗУ ЖӘНЕ БАҚЫЛАУДЫҢ ЗАМАНАУИ ӘДІСТЕРІ Жумадилова А.Р., Абабакирова Д. Т, Саркулова И. С.	72
ЛЕЧЕНИЕ АНТИБИОТИКОАССОЦИИРОВАННЫХ ДИАРЕЙ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ Захидова Мамура Умиджановна, Миралимова Шахло Миралимовна,	79

Мирзарахимова Мадина Рахимжановна	
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПОВЫШЕНИЮ КВАЛИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР РАБОТАЮЩИХ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ Мусаджанова Л.Х. , Имамова З.З., Низамов А. , Каипбекова Г.К.	84
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕВМАТИЧЕСКОГО ВАРИАНТА ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА Исакулова А.Е., Досыбаева Г.Н., Койгельдинова Ш.С.	92
ПРИМЕНЕНИЕ НАУЧНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ОБЛАСТИ МЕТОДОЛОГИИ КАЧЕСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ. Б.К. Исенова, Г.Е. Аимбетова, С.Б. Зайнишова.	105
ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В УСЛОВИЯХ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ. Г.К. Каипбекова, Л.Х. Мусаджанова	113
АКТУАЛЬНОСТЬ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В ПРАКТИКЕ ВОП Кален С.К., Ли Ц.Ц.	119
ВЕДЕНИЕ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПМСП КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ КАРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ Назарова Гулчехра Усмановна, Мадумарова Зарнигор Шухратовна	125
АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ У НАСЕЛЕНИЕ В ВОЗРАСТЕ 40 ЛЕТ М.Т. Ниязова, М.Э. Умарова , Ф. Ф. Холтаева	133
CLINICAL AND PRACTICAL SIGNIFICANCE OF SCREENING STUDIES IN PRIMARY HEALTH CARE. Nurmukhamedova R.A.	140
БАЛАЛАРДАҒЫ САРҒАЮ СИНДРОМЫ (клиникалық жағдай) Абдуллаева Н., Мұсабек А., Отумбаева Е.Т., Махамбет Д., Прмаханов Н.	145
СТРУКТУРА ПИЩЕВОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ С РЕСПИРАТОРНОЙ АЛЛЕРГИЕЙ В ГОРОДЕ БАКУ Панахова Т.Т.	150
ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО И ИНСУЛЬТ Клинический случай из практики Б.Х.Равшанов, А.Н.Жумабек, Е.Т.Отумбаева, Ж.М.Мирхайдаров, Д.Х.Сидикматова	157
REHABILITATION OF PATIENTS WITH NEPHROTIC FORM OF CHRONIC GLOMERULONEPHRITIS ON THE EXAMPLE OF STATINS IN PRIMARY HEALTH CARE SAIDOVA L.B.	162
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА Юлдашев А., Искандирова Э., Шагиева Г., Сахова Б.	169
ЧАСТОТА РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ПРЕДЪЯЗВЕННЫХ И ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДКА В ПОПУЛЯЦИИ НАРКОМАНОВ Содикова Д.Т., Назарова Г.У	177
РОЛЬ ПАТРОНАЖНЫХ СЕСТЕР В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ Туракулов В.Н, Нармухамедова Н.А.	182
РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГА И ТЕРАПИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ М.Э.	191

Умарова , М.Т. Ниязова, М. И. Шайхова, Д. И. Каримова	
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА, ВЛИЯЮЩИХ НА РАЗВИТИЕ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Хусинова Ш.А., Нармухамедова Н.А., Туракулов В.Н.	197