



**JOURNAL OF MEDICINE AND
PHARMACY OF KAZAKHSTAN**

**ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА
ЖӘНЕ ФАРМАЦИЯ ЖУРНАЛЫ**

**КАЗАХСТАНСКИЙ ЖУРНАЛ
МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ**

eISSN: 1562-2967

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫ
ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА ЖӘНЕ ФАРМАЦИЯ ЖУРНАЛЫ
ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
КАЗАХСТАНСКИЙ ЖУРНАЛ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ
SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY
JOURNAL OF MEDICINE AND PHARMACY OF KAZAKHSTAN

Основан с мая 1998 г.

Учредитель:

АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»

Журнал перерегистрирован

Министерством информации и коммуникаций Республики Казахстан

Регистрационное свидетельство

№KZ89VPY00065454 от 24.02.2023 года.

ISSN 1562-2967

«Казахстанский журнал медицины и фармации» зарегистрирован в

Международном центре по регистрации сериальных изданий ISSN(ЮНЕСКО, г.Париж,Франция), присвоен международный номер ISSN 2306-6822

Журнал индексируется в КазБЦ; в

международной базе данных Information Service, for Physics, Electronics and Computing (InspecDirect)

Адрес редакции:

160019 Республика Казахстан,

г. Шымкент, пл. Аль-Фараби, 1

Тел.: 8(725-2) 39-57-57, (1095)

Факс: 40-82-19

www.skma.edu.kz

e-mail: info@skma.kz

Главный редактор

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

Заместитель главного редактора

Нурмашев Б.К., кандидат медицинских наук, профессор

Редактор научного журнала

Сейіл Б.С., магистр медицинских наук, докторант

Редакционная коллегия:

Абдурахманов Б.А., кандидат мед.н., доцент

Абуова Г.Н., кандидат мед.н., доцент

Анартаева М.У., доктор мед.наук, доцент

Кауызбай Ж.А., кандидат мед.н., доцент

Ордабаева С.К., доктор фарм. наук, профессор

Орманов Н.Ж., доктор мед.наук, профессор

Сагиндыкова Б.А., доктор фарм.наук, профессор

Сисабеков. К.Е., доктор мед. наук, профессор

Шертаева К.Д., доктор фарм.наук, профессор

Редакционный совет:

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

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

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

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

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

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

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

Иоханна Хейкиля, (Университет JAMK, Финляндия)

Хеннеле Титтанен, (Университет LAMK, Финляндия)

Шнитовска М.,Prof.,Phd., M.Pharm (г.Гданьск, Республи



«БИОЛОГИЯ, МЕДИЦИНА ЖӘНЕ ФАРМАЦИЯНЫҢ ДАМУ ПЕРСПЕКТИВАЛАРЫ»
атты жас ғалымдар мен студенттердің X халықаралық ғылыми конференциясы
7-8 желтоқсан 2023 жыл

X международная научная конференция молодых ученых и студентов
«ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ БИОЛОГИИ, МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ»
7-8 декабря 2023 года

X International scientific conference of young scientists and students
«PROSPECTS FOR THE DEVELOPMENT OF BIOLOGY, MEDICINE AND PHARMACY»
7-8 December, 2023

КОНФЕРЕНЦИЯНЫ ҰЙЫМДАСТЫРУШЫ:
Нұрсұлтан Назарбаев қоры жанындағы Ғылым жөніндегі кеңесі және
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ
ОРГАНИЗАТОР КОНФЕРЕНЦИИ
Совет по науке при фонде Нурсултана Назарбаева и АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
CONFERENCE ORGANIZER
Nursultan Nazarbayev Foundation and JCS «South Kazakhstan Medical Academy»

Секция «Теоретические и практические аспекты современной медицины»

ӘОЖ 616.5-002.525-08

Ауанасова А.Т., Есиркепов М.М.

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ, Шымкент, Қазақстан

**ЖҮЙЕЛІ ВАСКУЛИТПЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ-
АНАМНЕСТИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ**

Auanasova A. T., Yessirkeпов M. M.

JSC «South Kazakhstan Medical Academy», Shymkent, Kazakhstan

**CLINICAL AND ANAMNESTIC FEATURES OF PATIENTS WITH SYSTEMIC
VASCULITIS**

Ауанасова А. Т., Есиркепов М. М.

АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», Шымкент, Казахстан

**КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ
СИСТЕМНЫМ ВАСКУЛИТОМ**

Өзектілігі. Жүйелі васкулиттер (ЖВ)- бұл ишемия мен мүшелердің зақымдалуына алып келетін қан тамырлардың қабынуымен бірге жүретін сирек кездесетін аурулар тобы. ЖВ көбінесе зақымдалған қан тамырдың мөлшеріне қарай жіктеледі. Ірі калибрлі қан тамырлар васкулиттері, ең алдымен, қолқаға және оның негізгі тармақтарына әсер етеді және инсульт немесе аяқ-қол ишемиясын тудыруы мүмкін. Ал кіші калибрлі қан тамырлар васкулиттері ең алдымен артериолаларға, капиллярларға және венулаларға әсер етеді, және ең жиі зақымдалатын ағзаларға өкпе, бүйрек, сондай-ақ тері мен оның қосалқылары жатады. Васкулиттерді диагностикалау жүйелі іс-әрекеттерді талап етеді, себебі ауру симптомдары басқа жиі кездесетін ауруларға ұқсас болып келеді. ЖВ әртүрлі мүшелерге әртүрлі жолдармен әсер етуі мүмкін, сонымен қатар ауру белгілері кенеттен немесе баяу, апталар немесе айлар ішінде дамуы мүмкін. Соңғы онжылдықтарда денсаулық сақтау саласының мамандарының васкулиттердің иммунопатогенезі, ауру ағымы мен ерекшеліктері жайында хабардарлығы артқанымен, әлі де ЖВ таралуы мен негізгі этиологиялық факторлары туралы білімі

кеңейтуді қажет етеді.

Зерттеу мақсаты. Жүйелі васкулит науқастарының клиникалық-анамнестикалық ерекшеліктерін бағалау.

Зерттеу материалдары мен әдістері. Алматы қаласы, Қалалалық ревматология орталығында 3 жыл аралығында (2019-2021) стационарлық ем алған 18 жастан жоғары дәлелденген ЖВ диагнозы бар 80 науқастың медициналық карталары ретроспективті түрде зерттелді. 24 ер (30%) және 56 әйел (70%) науқастың сапалық (жынысы, зақымдалған органдар мен жүйелер, мүгедектік, қатар жүретін аурулар) және сандық (жасы, ауру өтілі, зертханалық деректер және т. б.) айнымалылары талданды.

Зерттеу нәтижелері. Зерттеуге кірістірілген 80 жағдайдың ішінде жиі кездесетін васкулит түрлері болып IgA- васкулиті (n=32) және Такаясу артерииті (n=17) танылды, ал полиангиитпен грануломатозы және Бехчет ауруы бар науқастар төменірек жиілікте кездесті, 15% және 11,25% сәйкесінше. ЖВ науқастарында әртүрлі дәрежедегі семіздік анықталды: семіздікалды кезең (19 науқас), I дәрежелі семіздік (13 науқас), II дәрежелі семіздік семіздіктің (2 науқас). ЖВ клиникалық көріністеріне келетін болсақ, тірек-қимыл аппараты (65%) ең жиі зақымдалған жүйе болып табылды. Асқорыту жүйесі, тері мен оның қосалқылары, және жүрек - қантамыр жүйесі шамамен бірдей жиілікте зақымданды, 56,3%, 46,3% және 48,8% сәйкесінше.

Қорытынды. Науқастардағы жүйелі васкулиттің клиникалық көрінісі оның түріне байланысты өзгеріп отырады. Дегенмен, науқастардың басым бөлігінде тірек-қимыл аппараты, тері және оның қосалқылары, асқорыту жүйесі және жүрек-қантамыр жүйесі жиі зақымданады.

Кілт сөздер: жүйелі васкулит, анамнез, клиникалық синдромдар, емдеу

УДК 617-089

Аманова И.М., Мурина Н.М.

АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», Шымкент, Казахстан

ПРОРЫВ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЕ: ТРАНСПЛАНТАЦИЯ КОСТНОГО МОЗГА

Аннотация

На сегодняшний день можно сказать, что медицина стоит уже на довольно высокой

X международная научная конференция молодых ученых и студентов «Перспективы развития биологии, медицины и фармации»

ступени совершенствования. И с каждым днем совершаются новые открытия и с каждым разом она набирает новые обороты. Благодаря новым открытиям пациенты с тяжелыми диагнозами имеют возможность на выздоровление.

И одним из этих открытий является трансплантация органов. Но в данной статье я хочу рассказать больше о трансплантации костного мозга и как наши отечественные врачи стали ее применять при лечении некоторых тяжелых заболеваний. До введения этого новшества, больным которым была необходима трансплантация костного мозга, приходилось ездить за рубежом и проводить ее там. Для многих пациентов именно это новшество подарило не только шанс на избавление от страшного недуга, но и при этом подарило возможность лечиться у своих отечественных врачей.

Костный мозг – это цех по производству крови, и именно он является важнейшим органом кроветворения [2] и нарушение ее функции приводит к заболеваниям разного характера. И как раз таки эту процедуру проводят когда костный мозг перестает производить достаточное количество кровяных элементов.

Костный мозг у детей он распространен по всем костям скелета. С возрастом относительное его количество уменьшается, и у взрослых людей костный мозг обнаруживается в губчатых костях и эпифизах трубчатых костей. Основная его масса находится в тазовых костях, меньше — в черепе [1].

Ключевые слова: трансплантация, костный мозг, стволовые клетки, донор, реципиент, отечественная медицина, гематоонкология, химиотерапия, аллогенная трансплантация, лечение

Аманова И.М., Мурина Н.М.

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ, Шымкент, Қазақстан

**ОТАНДЫҚ МЕДИЦИНАНЫҢ ЖЕТІСТІГІ : СҮЙЕК КЕМІГІН
ТРАНСПЛАНТАЦИЯЛАУ**

Аннотация

Бүгінде медицина айтарлықтай жоғары деңгейде жетілдірілді деп айта аламыз. Әр күні сайын жаңа жаңалықтар ашылып, жаңа қарқын алады. Жаңа ашылулардың арқасында ауыр диагнозы бар науқастар сауығып кетуге мүмкіндік алып отыр.

Ал осындай жаңалықтардың бірі – мүшелерді трансплантациялау. Бірақ бұл мақалада сүйек кемігін трансплантациялау және біздің отандық дәрігерлер оны кейбір ауыр

X международная научная конференция молодых ученых и студентов «Перспективы развития биологии, медицины и фармации»

ауруларды емдеуде үшін қалай қолдана бастағаны туралы көбірек айтқым келеді. Бұл жаңашылдық енгізілгенге дейін сүйек кемігін ауыстырып салуға мұқтаж науқастар шетелге барып, сол жерде жасатқан. Көптеген пациенттер үшін дәл осы жаңалық оларға қорқынышты аурудан құтылуға мүмкіндік берді, бірақ сонымен бірге оларға жергілікті дәрігерлердің қолында емделуге мүмкіндік берді.

Сүйек кемігі - қан өндіруге арналған шеберхана және ол қан түзудің ең маңызды органы болып табылады және оның қызметінің бұзылуы әртүрлі ауруларға әкеледі. Және бұл процедура сүйек кемігі қан элементтерінің жеткілікті мөлшерін шығаруды тоқтатқан кезде жүзеге асырылады.

Балалардағы сүйек кемігі қаңқаның барлық сүйектеріне таралған. Жасы ұлғайған сайын оның салыстырмалы мөлшері азаяды, ал ересектерде сүйек кемігі губка тәрізді сүйектерде және ұзын сүйектердің эпифизінде кездеседі. Оның негізгі бөлігі жамбас сүйектерінде, азырақ бас сүйекте орналасқан.

Кілт сөздер: трансплантация, сүйек кемігі, діңгекті жасушалар, донор, реципиент, отандық медицина, гематоонкология, химиотерапия, аллогендік трансплантация, емдеу

Amanova I.M., Murina N.M.

JSC «South Kazakhstan Medical Academy», Shymkent, Kazakhstan

**BREAKTHROUGH IN DOMESTIC MEDICINE: BONE MARROW
TRANSPLANTATION**

Annotation

Today we can say that medicine is already at a fairly high level of improvement. And every day new discoveries are made and every time it gains new momentum. Thanks to new discoveries, patients with serious diagnoses have the opportunity to recover.

And one of these discoveries is organ transplantation. But in this article I want to tell you more about bone marrow transplantation and how our domestic doctors began to use it in the treatment of some serious diseases. Before the introduction of this innovation, patients who needed a bone marrow transplant had to travel abroad and have it performed there. For many patients, it was this innovation that gave them a chance to get rid of a terrible illness, but at the same time gave them the opportunity to be treated by their local doctors.

Bone marrow is a workshop for the production of blood, and it is the most important organ of hematopoiesis, and disruption of its function leads to diseases of various types. And just this

procedure is carried out when the bone marrow ceases to produce a sufficient amount of blood elements.

Bone marrow in children is distributed throughout all the bones of the skeleton. With age, its relative amount decreases, and in adults, bone marrow is found in spongy bones and the epiphyses of long bones. Its bulk is located in the pelvic bones, less in the skull.

Keywords: *transplantation, bone marrow, stem cells, donor, recipient, domestic medicine, hemato-oncology, chemotherapy, allogeneic transplantation, treatment*

Начиная с 2012 года у нас в стране начали проводить первые операции по трансплантации костного мозга. В этом году провели первую операцию 15-летнему подростку, выбор пал именно на него так как у него был здоровый брат-близнец. Как говорят врачи, братья и сестра отлично подходят в качестве доноров. И в 2001 году у него был диагностирован костномозговой рецидив и начиная с 2011 года по 2012, он получал противорецидивную химиотерапию в научном центре педиатрии и детской хирургии. По словам врачей подросток нуждался в трансплантации костного мозга. И в апреле этого года была проведена дорогостоящая операция с положительным результатом. Костный мозг можно сказать полностью прижился и молодой пациент пошел на поправку. И как сказал лечащий врач Даир Нургалиев: молодого пациента выписали даже без поддержки химиотерапии.

Благодаря профессионалам в своей работе, первая операция по трансплантации костного мозга в нашей стране прошла успешно и подарила шанс на дальнейшую жизнь подростку. Проведение столь сложных операции стала возможным благодаря открытию в (ННЦМД) Национальном научном центре материнства и детства в 2010 году отделения гематоонкологии. И уже на следующий год было вылечено около 300 детей из самых разных регионов Казахстана. Лечение было бесплатным за счет средств республиканского бюджета. И в выше упомянутом мной отечественные маленькие пациенты были вынуждены проводить операцию за рубежом причем за большие средства. И в настоящее время ежегодно в трансплантации нуждаются около 30-50 детей. Но теперь нет необходимости выезжать за границу для проведения этой процедуры, когда эта высокоспециализированная медицинская помощь доступна и в Казахстане.

Введение такого вида трансплантации для страны стало особым видом события и довольно таки хорошо выдвинула отечественную медицину на новый уровень. И в настоящее время проводится как аллогенная пересадка от родственного донора так и от неродственного. Аллогенную трансплантацию от неродственного донора начали проводить

уже с 2019 года. И с каждым годом проведение таких операции увеличивалось и внедрялись и по сей день внедряются новые виды трансплантаций. До нынешнего времени донорство проходило с помощью пересадки от донора реципиенту. Но медицина она не знает границ и тем самым современная медицина позволяет использовать другие методы. Для трансплантации нужно выделить из крови донора -гемопоэтические стволовые клетки. И для этого достаточно донору сдать кровь из вены.

И исходя из таких достижений можно уверенно сказать, что наша страна входит в список стран которые осуществляют данную трансплантацию.

Но такому прорыву понадобился не один год подготовки специалистов, оборудования и лабораторий, к этому шли годами. И первый мастер класс по такой процедуре провели специалисты из Санкт-Петербурга нашим отечественным медикам. Но даже после введения такого вида трансплантации не все так радужно [3]. Так как одна из проблем нашей медицины – это доноры. Чтобы стать донором желательно иметь крупное телосложение чем реципиент. Так как чем больше вес у донора тем выше шанс больше заготовить и пересадить клетки. И как я ранее упомянула идеальными донорами являются родственники особенно братья и сестра, но если среди них не находятся подходящие доноры то врачи-гематологи начинают искать донора в специальных регистрах. В настоящее время идет полная разработка национального регистра доноров костного мозга. Этот процесс долгий и требующий усилий но главное что он уже разрабатывается.

И в заключение хочу сказать , что такой прорыв ожидается и в разных регионах Казахстана. Если в будущем наша страна обеспечит хорошими специалистами, всеми необходимыми оборудованием и лабораториями именно южные и например восточные регионы Казахстана и начнут там проводить такие виды трансплантации то это станет огромным плюсом!

Список литературы

1. «Учебник по гематологии»: Н.И.Стуклов , Г.И. Козинец, Н.Г. Тюрина – 2018г.
2. «Это у тебя в крови»: Паулина Ихнатович, Эмилия Птак – 2021г.
3. «Кровь»: Г.И. Козинец, В.В. Высоцкий – 2014г.
4. «Гематология». Третьяк Н.М. Учебник – 2005г.

Кураева А.Р, Тойымбетова Қ.А

АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», Шымкент, Казахстан

АНГИОГРАФИЯ

Аннотация

За последние десятилетия XX век медицина становится все более уверенной в себе рассматривает себя как науку, но в начале XXI века она трансформируется не столько в научную, сколько в технологическую и технократическую. Развитие медицинских технологий, позволяющих диагностировать заболевание и оказывать квалифицированную медицинскую помощь населению, привело к значительному снижению уровня смертности от сердечно-сосудистой патологии. Например можно сказать американский опыт, который был проведен в 1995г в США. Суть этого эксперимента был в том ,что изменение подходов к лекарственной терапии и внедрение в повседневную практику ранней реваскуляризации (возобновление кровоснабжение) коронарного русла привело к снижению показателя летальности пациентов.

В данный момент в Казахстане очень распространено сосудистые аномалии, которые вызывают нарушение артериального и венозного кровообращение. распространенность сосудистых патологии говорит о необходимости ранней диагностики этих заболеваний. Как раз таки для ранней диагностики сосудистых аномалии все шире используются современные высокотехнологичные методы диагностики и лечения. К ним относятся рентгеноэндоваскулярные методы диагностики и лечения: коронарная ангиография и коронарная ангиопластика. Ангиография начала применяться в медицинской практике в Казахстане в течение последних нескольких десятилетий. Внедрение ангиографии в Казахстан было поэтапным процессом, связанным с развитием медицинской инфраструктуры в стране. На данный момент Ангиография в Казахстане широко применяется для визуализации сосудов и оценки кровеносного потока. Этот метод используется в кардиологии для диагностики заболеваний сердца и сосудов, а также в других медицинских областях, таких как нейрохирургия и сосудистая хирургия. Врачи могут использовать ангиографию для определения причин обструкции сосудов, аневризм, сосудистых дефектов и других патологий. Этот метод позволяет точно определить расположение и характер изменений в сосудах, что важно для планирования лечения.

Ключевые слова: *сосудистые аномалий ,реваскуляризация , коронарная артерия,*

Кураева А.Р., Тойымбетова К.А

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ, Шымкент, Қазақстан

АНГИОГРАФИЯ

Аннотация

XX ғасырдың соңғы онжылдықтарында медицина ғылым жағынан өзіне оданда сенімді бола бастады, бірақ XXI ғасырдың басында ол ғылыми бағытқа қарағанда технологиялық және технократиялық бағытқа көбірек назарын аудара бастады. Ауруды диагностикалауға және халыққа білікті медициналық көмек көрсетуге мүмкіндік беретін медициналық технологиялардың дамуы жүрек-қан тамырлары патологиясынан болатын өлім-жітім деңгейінің айтарлықтай төмендеуіне әкелді. Мысалы, 1995 жылы АҚШ-та жүргізілген американдық тәжірибені айтуға болады. Бұл эксперименттің мәні дәрі-дәрмек терапиясының тәсілдерін өзгерту және күнделікті тәжірибеге ерте реваскуляризацияларды енгізу (қалпына келтіру) болды.қанмен қамтамасыз ету) коронарлық арна пациенттердің өлім-жітім деңгейінің төмендеуіне әкелді.

Қазіргі уақытта Қазақстанда артериялық және веноздық кровошенияны бұзатын тамырлы ауытқулар өте жиі кездеседі. тамырлы патологияның таралуы осы ауруларды ерте диагностикалау қажеттілігін көрсетеді. Қан тамырларының ауытқуларын ерте диагностикалау үшін диагностика мен емдеудің заманауи жоғары технологиялық әдістері кеңінен қолданылуда. Оларға диагностика мен емдеудің рентгендік-эндоваскулярлық әдістері жатады: коронарлық ангиография, вентрикулография және коронарлық ангиопластика. Ангиография соңғы бірнеше онжылдықта Қазақстанда медициналық тәжірибеде қолданыла бастады. Қазақстанға ангиографияны енгізу елдегі медициналық инфрақұрылымды дамытуға байланысты қадамдық процесс болды. Қазіргі уақытта Қазақстанда Ангиография қан тамырларын визуализациялау және қан ағымын бағалау үшін кеңінен қолданылады. Бұл әдіс кардиологияда жүрек және қан тамырлары ауруларын диагностикалау үшін, сондай-ақ нейрохирургия және тамыр хирургиясы сияқты басқа медициналық салаларда қолданылады. Дәрігерлер ангиографияны қан тамырларының бітелу себептерін, аневризмаларды, тамыр ақауларын және басқа патологияларды анықтау үшін қолдана алады. Бұл әдіс емдеуді жоспарлау үшін маңызды болып табылатын тамырлардағы өзгерістердің орналасуы мен сипатын дәл анықтауға мүмкіндік береді.

Кілт сөздер: тамырлы ауытқулар, реваскуляризация, коронарлық артерия,

Kuraeva A.R., Toimbetova K.A

JSC «South Kazakhstan Medical Academy», Shymkent, Kazakhstan

ANGIOGRAPHY

Annotation

Over the last decades of the XX century, medicine has become increasingly self-confident and consider itself as a science, but at the beginning of the XXI century it was transformed not so much into a scientific one as into a technological and technocratic one. The development of medical technologies that make it possible to diagnose the disease and provide qualified medical care to the population has led to a significant reduction in the mortality rate from cardiovascular pathology. For example, we can say the American experience, which was conducted in 1995 in the USA. The essence of this experiment was that the change in approaches to drug therapy and the introduction into everyday practice of early revascularization (resumption of blood supply) of the coronary bed led to a decrease in the mortality rate of patients.

At this moment, vascular anomalies are very common in Kazakhstan, which cause a violation of arterial and venous blood circulation. the prevalence of vascular pathology indicates the need for early diagnosis of these diseases. Just the same, modern high-tech methods of diagnosis and treatment are increasingly being used for the early diagnosis of vascular anomalies. These include X-ray endovascular methods of diagnosis and treatment: coronary angiography, ventriculography and coronary angioplasty. Angiography has been used in medical practice in Kazakhstan over the past few decades. The introduction of angiography in Kazakhstan is a step-by-step process related to the development of medical infrastructure in the country. At the moment, Angiography in Kazakhstan is widely used for visualization of blood vessels and assessments of blood flow. This method is used in cardiology to diagnose heart and vascular diseases, as well as in other medical fields such as neurosurgery and vascular surgery. Doctors can use angiography to determine the causes of vascular obstruction, aneurysms, vascular defects and other pathologies. Thies method allows you to accurately determine the location and nature of changes in the vessels, which is important for treatment planning

Keywords: *vascular anomalies, revascularization, coronary artery, contrast agent, angiography, embolization, sclerosis*

Ангиография проводится с помощью рентгеновских аппаратов. Ангиография более других методов рентгеновского исследования связана с опасной лучевой нагрузкой на

персонал и больного. Для защиты от радиоизлучений врачи надевают специальный рентгенозащитный костюм, который весит около 15-20 кг. Врачам приходится очень долго стоять в этом костюме 6-8 часов даже иногда больше, связи с этим врачам предоставляется турник в предоперационном зале.

Ангиография - это метод медицинского обследования, при котором для визуализации кровеносных сосудов используются рентгеновские лучи и контрастные вещества. Этот процесс позволяет врачам оценивать состояние артерий и вен, выявляя такие проблемы, как сужение или закупорка вен.

Существует несколько типов ангиограмм, названных в честь рассматриваемой части тела:

1. Коронарная ангиограмма: сосуды сердца
2. Легочная ангиограмма: сосуды легких
3. Ангиограмма сонных артерий: Сосуды головы и шеи
4. Периферическая ангиограмма: сосуды рук и ног
5. Ангиограмма аорты: сосуды аорты

Ангиограмма может называться артериограммой, когда исследуются артерии, и венограммой, когда исследуются вены.

Для проведения ангиографии существует несколько доступов. В настоящее время применяются бедренный, лучевой, плечевой, локтевой, подмышечный доступы. Среди них чаще всего используются бедренный и лучевой доступы.

Бедренный доступ : проведением местной анестезии необходимо определить некоторые анатомические ориентиры, например паховая связка, которая идет от переднего верхнего гребня подвздошной кости к лонному бугорку. Бедренная артерия пересекает паховую связку в точке, расположенной на 1/3 от медиального конца связки. Оптимальным местом пункции является 2—3 пальца ниже паховой связки, где и артериальный пульс хорошо прощупывается. Выбор места для пункции бедренной артерии является одним из важнейших моментов: так как не правильная пункция увеличивает риск кровотечения. После местной анестезии скальпелем делается неглубокий разрез в предполагаемом месте прокола. Прокол выполняется под углом 45° к поверхности тела, иглу лицом вверх. Когда через иглу появляется кровоток, в нее вводится диагностический проводник (0,035 ") с J-образным кончиком . Затем игла извлекается, и через проводник вводится контрастное вещество. Контрастное вещество, используемое в ангиографии, обычно содержит йод, что делает его

видимым на рентгеновских снимках. Примеры включают йодированные контрастные среды, такие как йодолипол или йодипамид. Однако, конкретный состав может различаться в зависимости от производителя и цели проведения исследования. Врач, проводящий процедуру, выбирает наиболее подходящее контрастное вещество с учетом медицинских требований и истории пациента.

Врач вводит через тонкий катетер контрастное вещество в кровеносную систему. Далее делаются рентгеновские снимки, которые позволяют визуализировать структуру и функцию сосудов.

Этот метод часто используется для выявления проблем, таких как атеросклероз (отложение холестерина на стенках сосудов), аневризмы (расширение сосуда) также при сосудистых мальформации кровеносных сосудов . Ангиография может применяться для оценки сосудов в различных частях тела, включая мозг, сердце, ноги и другие области. Процедура требует подготовки, и врач решает, когда она необходима, учитывая симптомы пациента и медицинскую историю.

Выбор катетора тоже является очень важным моментом, т.к катетеры бывают разными по своей форме, длиной и диаметром. Чаще всего используются катетеры диаметром 6 F, длиной 90 см, но при необходимости могут использоваться катетеры от 4 до 8F, длиной от 80 до 125 см. При бедренном и радиальном доступе начинают подбор с катетеров типа Judkins (JL и JR), которые различаются своей кривизной и длиной кончика. Если пациенту ранее проводилась ангиография, то врач, выполняющий исследование, должен обязательно оценить предыдущие ангиографические фильмы. Это позволит определить тип использовавшихся катетеров и сложности, которые могут возникнуть во время процедуры.

Показания для ангиографии могут включать:

1. Обструкции или сужения сосудов.
2. Аневризмы (расширения сосудов).
3. Сосудистые дефекты или пороки.
4. Травмы сосудов.
5. Ишемическая болезнь сердца.
6. Оценка состояния артерий перед хирургическим вмешательством.

Противопоказания могут включать:

1. Аллергическую реакцию на контрастное вещество.
2. Беременность (особенно в первом триместре).
3. Почечная недостаточность или другие проблемы с почками.

4. Неконтролируемая гипертензия.

5. Тиреотоксикоз (повышенная активность щитовидной железы).

В заключений хочу сказать , что ангиография является самым современным и малоинвазивным методом диагностики сосудов, которая широко используется на данный момент в Казахстане для диагностики различных сосудистых аномалий. Также ангиографию очень широко используют детские ангиохирурги, кардиохирурги и нейрохирурги. Ангиография используется для применение таких методов лечения как эмболизация (блокировка сосуда с использованием материала) и склерозирование (лечение с введением таких склерозантов как Этанол, Лауромакрогол 400, Натрий тетрадецилсульфат.

Список литературы

1. Интервенционная кардиология Коронарная ангиография и стентирование. А П Савченко О.В. Черкавская ,Б.А. Руденко ,П.А. Болотов 2020г
2. Мальформация кровеносных сосудов головы и шеи 2013г
3. КОРОНАРНАЯ АНГИОГРАФИЯ ВЕНТРИКУЛОГРАФИЯ ШУНТОГРАФИЯ В ИЛЛЮСТРАЦИЯХ И СХЕМАХ. Е. В. МЕРКУЛОВ В. М. МИРОНОВ А. Н. САМКО 2019г
4. Ангиография К.Б. Тихонов 2018 г.

УДК 617.58-77

Арапов А.А, Курбанова Л.К, Чергизова Б.Т.

НАО «Медицинский университет Караганды», Караганда, Казахстан

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ОБРАЗОВАНИИ И МЕДИЦИНЕ, КАК ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД ПРЕПОДАВАНИЯ

Аннотация

В статье представлен краткий обзор использования искусственного интеллекта как методологический подход в педагогике и медицинском образовании. На сегодняшний день, искусственный интеллект обладает потенциалом и перспективами по достижению целей в области образования за счет внедрения и расширения границ для доступа к обучению. Он позволит улучшить автоматизацию процессов управления и оптимизацию методов и

методологий для получения более высоких результатов обучения, а также облегчения монотонности труда педагогов.

Ключевые слова: методология образования и обучения, новые формы персонализации, искусственный интеллект, мобильные технологии.

Arapov A.A., Kurbanova L.K., Chergizova B.T.

NJSC "Medical University of Karaganda", Karaganda, Kazakhstan

ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN EDUCATION AND MEDICINE, AS AN INNOVATIVE TEACHING METHOD

Annotation

The article provides a brief overview of the use of artificial intelligence as a methodological approach in pedagogy and medical education. Today, artificial intelligence has the potential and prospects to achieve educational goals through the introduction and expansion of boundaries for access to learning. It will improve the automation of management processes and optimize methods and methodologies to achieve higher learning outcomes, as well as ease the monotony of teachers' work.

Keywords: methodology of education and training, new forms of personalization, artificial intelligence, mobile technologies.

Арапов А. А., Құрбанова Л. К., Чергизова Б. Т.

«Қарағанды медицина университеті» КЕАҚ, Қарағанды, Қазақстан

БІЛІМ БЕРУ МЕН МЕДИЦИНАДАҒЫ ЖАСАНДЫ ИНТЕЛЛЕКТ, ОҚЫТУДЫҢ ИННОВАЦИЯЛЫҚ ӘДІСІ РЕТІНДЕ

Аннотация

Мақалада педагогика мен медициналық білім беруде әдіснамалық тәсіл ретінде жасанды интеллектті қолданудың қысқаша шолуы келтірілген. Бүгінгі таңда жасанды интеллект оқытуға қол жеткізу үшін шекараларды енгізу және кеңейту арқылы білім беру мақсаттарына қол жеткізу әлеуеті мен перспективаларына ие. Бұл басқару процестерін автоматтандыруды жақсартуға және оқытудың жоғары нәтижелерін алу үшін әдістер мен әдістемелерді оңтайландыруға, сондай-ақ мұғалімдердің жұмысының монотондылығын жеңілдетуге мүмкіндік береді.

Кілт сөздер: білім беру және оқыту әдістемесі, Жекелендірудің жаңа түрлері, жасанды интеллект, мобильді технологиялар.

Искусственный интеллект (ИИ) внес значительный вклад в современную медицину и образование, используя перспективные технологии и инновации в различных сферах здравоохранения и педагогике. Несмотря на некоторые сложности использования ИИ в здравоохранении, более широкое применение он имеет в сфере образования [1]. Многие ВУЗы по СНГ уже приступили к апробации использования ИИ в учебном процессе, так в 2023 году Московский городской педагогический университет (МГПУ) использовал технологий ИИ при подготовке выпускных дипломных работ. Студенты могут использовать чат-боты и другие инструменты ИИ для получения данных и создания текстов, что позволит им самостоятельно анализировать и перерабатывать полученный материал [2].

В школах также с февраля 2023 года применяется нейросеть GPT-3 [3] для проверки сочинений школьников по русскому языку, литературе, истории и обществознанию и другим предметам в пилотном режиме. Существует несколько приложений-репетиторов, благодаря которым можно дополнительно изучить непонятную тему, в последующей перспективе с помощью инноваций ИИ можно будет качественно проверять письменные работы и экзаменационные задания (тесты) с помощью установленных шаблонов и эталонов, которые будут исключать предвзятость либо некомпетентность преподавателей.

Онлайн-обучение проникает все глубже не только в социально-демографическую сферу, но и психологическую сферу и помогает анализировать эмоциональное и физическое состояние людей, особенно детей и родителей (диаграмма 1 и 2).

СТАТИСТИКА ЛЮДЕЙ ГОТОВЫЕ К ОНЛАЙН ОБУЧЕНИЮ



Диаграмма 1-Статистика людей, готовых к онлайн-обучению

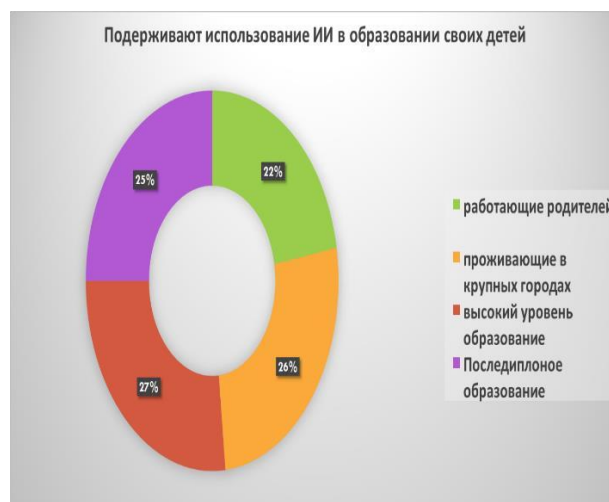


Диаграмма 2-Статистика родителей, использующих ИИ в образовании детей.

В проведенных исследованиях Буйлова Д. и соавт. [3] (диаграмма 1) показано, что 45% детей были из семей со средним и низким уровнем дохода, но несмотря на это их родители готовы были обучать детей дистанционно и с помощью искусственного интеллекта. У 48% детей оба родителя работают и сами обучаются не отрываясь от производства и в 50% случаев родители и дети были в семьях с высоким уровнем дохода. Таким образом, подтверждается мнение, что использование ИИ может способствовать повышению уровня обучения независимо от уровня дохода. На диаграмме 2 можно наблюдать, что более 20% родителей поддерживают использование ИИ в дальнейшем обучении своих детей, при этом уровень образования родителей был очень вариабельным, были родители как работающие, так и имеющие второе и последипломное образование.

В статье Фронцкевича М. [4] описаны потенциальные преимущества искусственного интеллекта в сфере образования такие как: эффективность работы и вовлеченности студентов в процесс обучения, персонализированное обучение, повышение успеваемости, которые благодаря этим разработкам могут способствовать повышению данных категорий. Однако, несмотря на все «плюсы», есть и «минусы», что влияние нейросети на традиционные методы обучения стирает границы персонализации, т.к. студенты будут постоянно полагаться на технологии при выполнении заданий и поисках ответов, это может привести к тому, что они перестанут развивать собственные навыки в поисках источников анализа.

В сфере обучения языкам выделяют 4 типа обучения на базе ИИ [5], которые с успехом комбинируются и применяются комплексно для формирования общей педагогической атмосферы:

1) Распознавание и анализ естественного языка используется при освоении методики преподавания в лингвистике и в специальных приложениях. Недостатком является то, что такой алгоритм часто некорректно анализируется у людей, владеющих несколькими языками.

2) Индивидуальный подход в онлайн-обучении, т.е. коррекция материала курса в зависимости от использования и предпочтений обучаемого.

3) Дистанционное (онлайн) обучение, например – чтение лекций, представление презентаций, ознакомление с алгоритмами и оказание помощи при выставлении оценок, корректировка знаний и понятий у обучающихся.

4) Адаптивное обучение, которое способствует выявлению и устранению погрешностей в знаниях обучающихся.

Следовательно, есть как преимущества, так и некоторые недостатки в использовании ИИ в педагогической сфере.

Искусственный интеллект (ИИ) имеет огромный потенциал для улучшения образовательного процесса и повышения качества образования [6, 7]. ИИ может непрерывно отслеживать прогресс студентов и предоставлять им мгновенную обратную связь. Это помогает студентам понять свои ошибки и улучшить свои навыки. Преподаватели также могут получать детальную информацию о прогрессе каждого студента и адаптировать свои методики обучения в соответствии с их потребностями.

Таким образом, искусственный интеллект обладает широким потенциалом для ускорения процесса достижения перспективных целей в области образования за счет снижения барьеров для доступа к обучению, автоматизации процессов управления и оптимизации методов и методологий для получения более высоких результатов обучения. В педагогической сфере искусственный интеллект является не только основой современного онлайн-обучения, но и для профессорско-преподавательского состава на всех уровнях образования отличается инновационным методологическим подходом.

Список литературы

1) <https://www.unesco.org/ru/articles/kak-iskusstvennyy-intellekt-mozhet-uluchshit-obrazovanie> Как искусственный интеллект может улучшить образование?

2) <https://www.tadviser.ru/index>.

3) Буйлов Д., Вагапова С., Иванцова Д., Кудрявцева А. Преимущества и недостатки искусственного интеллекта, применяемого в образовательных целях. 2023.

http://www.fil.unn.ru/artifintellis_impact_on_education-ru/

4) http://www.fil.unn.ru/artifintellis_impact_on_education-ru/

5) <https://www.learndash.com/4-examples-of-ai-being-used-in-e-learning/> 4 примера использования искусственного интеллекта в онлайн-обучении.

6) <https://obr.so/cifrovizaciya/iskusstvennyj-intellekt-v-obrazovanii/>. Искусственный интеллект в образовании: как и зачем?

7) <https://nauchniestati.ru/spravka/iskusstvennyj-intellekt-v-obrazovanii/>

УДК 616.9

Баяхметова М. М., Абуова Г. Н., Бухарбаев Е.Б

«Оңтүстік Қазақстан медициналық академиясы», Шымкент, Қазақстан

ҚАЗАҚСТАННЫҢ ОҢТҮСТІК АЙМАҚТАРЫНЫҢ ТҰРҒЫНДАРЫ ЖӘНЕ АУЫЛШАРУАШЫЛЫҚ ЖАНУАРЛАРЫ АРАСЫНДАҒЫ КУ ҚЫЗБАСЫНЫҢ СЕРОПРЕВАЛЕНЦИЯСЫ

Аннотация

Ку безгегі (кокциеллез) – Coxiella (C.) burnetii бактериясы тудыратын зооноздық инфекция, ауруды адамдарға, күйіс қайыратын жануарлар (ірі қара, ешкі және қой), үй жануарлары, құстар, кенелер және сирек бауырымен жорғалаушылар мен теңіз жануарлары сияқты әртүрлі жануарлар жұқтыруы мүмкін. Бұл зерттеу иммуноферменттік талдауды (ИФТ) қолдану арқылы Қазақстанның оңтүстік өңірі тұрғындары мен мал шаруашылығында C. burnetii таралуын зерттеуге бағытталған. Серологиялық мониторинг үшін 2019 жылдың эпидемиологиялық маусымында Түркістан, Жамбыл және Қызылорда облыстарының аудандарының 93 тұрғынынан сарысу сынамалары алынды. Ауыл шаруашылығы жануарларының инфекциясына жүргізілген серомониторинг Түркістан қаласы Бәйдібек ауданында ең эпизоотиялық белсенді ошақтар анықталғанын көрсетті. Жамбыл облысының Тұрар Рысқұлов ауданында ұсақ мал арасында серопреваленттілік сәйкесінше 77,0% және 51,1% құрады. Кокциеллез эпидемиологиясының аймақтық ерекшеліктерін анықтау серопозитивтілік қаупі Capra

hircus және *Ovis aries*-де шамамен бірдей екенін және бұл жануар түрі *C. burnetii* инфекциясына неғұрлым осал екенін көрсетті. Зерттеу нәтижелері қоздырғышты оқшаулау және оның негізгі резервуарларын анықтау үшін осы бағытта әрі қарай зерттеулер жүргізу қажеттілігін көрсетеді.

Кілт сөздер: *Coxiella (C.) burnetii*, коксиеллез, эпидемиология, иммундық ферментті талдау, сарысу, қу қызбасы; пневмония; Қазақстан;

Баяхметова М. М., Абуова Г. Н., Бухарбаев Е.Б

«Южно-Казахстанская медицинская академия», Шымкент, Қазақстан

СЕРОПРЕВАЛЕНТНОСТЬ ЛИХОРАДКИ КУ У НАСЕЛЕНИЯ И СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННЫХ ЖИВОТНЫХ В ЮЖНОМ РЕГИОНЕ РК

Аннотация. Лихорадка Ку (коксиеллез) – зоонозная инфекция, вызываемой бактерией *Coxiella (C.) burnetii*, которая может заразить человека, различных животных, таких как жвачные (крупный рогатый скот, козы и овцы), домашних животных, птиц, клещей и редко рептилий и морских млекопитающих. Настоящая работа направлена на исследование превалентности *C. burnetii* среди скота и населения южного региона Казахстана с помощью иммуноферментного анализа (ИФА). Для серологического мониторинга проведен сбор образцов сыворотки у 93 жителей районов Туркестанской, Джамбылской и Кызылординской областей в эпидемиологический сезон 2019 г. Проведенный серомониторинг инфицированности сельскохозяйственных животных показал, что наиболее эпизоотически активные очаги выявлены в Байдибекском районе Туркестанской области и в районе Турар Рыскулов Джамбылской области, где серопревалентность среди МРС составила 77,0% и 51,1% соответственно. Выявление региональных особенностей эпидемиологии коксиеллеза показало, что риск серопозитивности был примерно одинаковым у *Capra hircus* и *Ovis aries*, что данный вид животных является более уязвимым для инфицирования *C. burnetii*. Результаты исследования показывают необходимость проведения дальнейшего исследовательских работ в этом направлении для выделения патогена и выявления его основных резервуаров.

Ключевые слова: *Coxiella (C.) burnetii*, коксиеллез, эпидемиология, иммуноферментный анализ, сыворотка.

Bayakhmetova M.M., Abuova G.N., Bukharbaev E.B.

JSC «South Kazakhstan Medical Academy», Shymkent, Kazakhstan.

SEROPREVALENCE OF Q FEVER IN THE POPULATION AND FARM ANIMALS OF SOUTHERN REGIONS OF KAZAKHSTAN

Annotation

Q fever (coxiellosis) is a zoonotic infection caused by the bacterium Coxiella (C.) burnetii, which can infect humans, various animals such as ruminants (cattle, goats and sheep), domestic animals, birds, ticks and rarely reptiles and marine mammals. The present work aims to investigate the prevalence of C. burnetii among livestock and population of the southern region of Kazakhstan using enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA). For serologic monitoring, serum samples were collected from 93 residents of districts of Turkestan, Jambyl and Kyzylorda regions in the epidemiologic season of 2019. The seromonitoring of infection of farm animals showed that the most epizootically active foci were identified in Baidibek district of Turkestan region and in Turar Ryskulov district of Jambyl region, where seroprevalence among small horned cattle amounted to 77.0% and 51.1%, respectively. Identification of regional peculiarities of coxiellosis epidemiology showed that the risk of seropositivity was approximately the same in Capra hircus and Ovis Aries, that this species of animals is more vulnerable to infection with C. burnetii. The results of the study show the need for further research work in this direction to isolate the pathogen and identify its main reservoirs.

Keywords: *Coxiella (C.) burnetii, coxiellosis, epidemiology, enzyme immunoassay, serum.*

Кіріспе және өзектілігі

Қу безгегі жаһандық зооноздық ауру ретінде танылған[1]. Кейбір елдерде бұл хабарланатын ауру [2]. Бұл ауруды *Coxiella burnetii*, облигатты грамтеріс бактерия шақырады, ол адамға, күйіс қайыратын жануарлар (ірі қара, ешкі және қой), үй жануарлары, құстар, кенелер және сирек бауырымен жорғалаушылар мен теңіз сүтқоректілері сияқты әртүрлі жануарларды жұқтырады [3]. Бұл бактерия туу өнімдерімен (плацента сияқты), сондай-ақ жануарлардың зәрімен, сүтімен және нәжісімен бөлінеді [3,4]. Негізгі берілу жолы – ластанған аэрозольдерді ингаляциялау. Дегенмен, ластанған шикі сүтті қабылдау, кем дегенде, сероконверсияны тудыруы мүмкін. Қоздырғыштың адамнан адамға берілуі сипатталған, ол ластанған қан құю, жыныстық қатынас және әйелдердің босануының ластанған өнімдерімен байланыста болуы мүмкін. Бұл ауру негізінен ауру жануарлармен

және олардың өнімдерімен тығыз байланыста болған адамдарда тіркеледі [3]. Қазақстанда (және КСРО-да) Ку-қызбасы туралы алғашқы баспасөз хабарламаларын Е.Н. Бартошевич 1946 ж., Қазақстанның оңтүстік өңірі тұрғындарының ауылдық жерлерде кездесетін қысқа мерзімді қызбалық ауру ретінде сипаттаған; кейін серологиялық тұрғыдан кокциеллез ретінде анықталды [5]. 1953-1954 жылдар аралығында Өзбекстан, Тәжікстан және Қырғызстанда Ку безгегі тіркелді. Кейіннен Х.Жұматов еңбектерінде А.М. Курочкина, А.Ф. Петров және басқалары бұл инфекцияның Қазақстанда кең тарағанын сипаттады. Қазақстанда Ку безгегі 1980 жылдардан бері бақыланбайды, бұл инфекцияға эпидемиологиялық қадағалау жүргізілмейді. Осыған байланысты Қазақстан Республикасында, оның ішінде қазіргі уақытта мал шаруашылығы қарқынды дамып жатқан республиканың оңтүстік облыстарында адамдар мен ауылшаруашылық жануарлары арасында бұл инфекцияның таралуы туралы жалпы мәлімет жоқ [6].

Қазіргі кезеңде Қазақстанда адамдар мен ауылшаруашылық жануарлары арасында бұл инфекцияның таралуы туралы ақпарат жоқ. Сонымен қатар, 1995 жылдан бастап Қазақстанның оңтүстік өңірінің тұрғындары арасында этиологиясы белгісіз қызбамен ауыратындар санының артуы байқалды және көп жағдайда диагноз зертханалық растаусыз клиникалық-эпидемиологиялық деректерге сүйене отырып қойылады. Елімізде бруцеллез ауруының айтарлықтай саны да тіркеліп отырады және екі инфекцияның клиникалық көрінісі мен эпидемиологиялық факторлары жиі ажыратылмайтынын ескерсек, бұл топта Ку безгегі болуы мүмкін [6,7]. Ку безгегінің кең ауқымды клиникалық көріністері бар, көбінесе спецификалық емес, бірнеше күннен бір жылға дейін созылуы мүмкін, жиі қате диагноз қойылады. Ал бұл жағдай қате емге әкеледі және созылмалы ауруға, асқынуларға, тіпті мүгедекке алып келуі мүмкін. Науқастар әртүрлі мүше жүйелерінде неғұрлым ауыр ауруларды сезінуі мүмкін. Ку безгегі мал шаруашылығы өнімдеріне әсер ету арқылы қоғамға орасан зор экономикалық зиян келтіріп қана қоймай, адамның физикалық және психикалық денсаулығына қауіп төндіреді.

Осылайша, *C. burnetii*-нің қоршаған ортадағы жоғары инвазивтілігі мен тұрақтылығы, осы қоздырғыштың адам мен ауылшаруашылық жануарларына берілуінің бірнеше жолдары, соның ішінде аэрогенді берілу, сондай-ақ *C. burnetii* мүгедектікке әкелетін созылмалы ауруларды тудыруы, осы ауруларды зерттеудің маңызды өзектілігін көрсетеді. Сонымен қатар, біздің ойымызша, дамыған мал шаруашылығы мен халықтың тығыздығына байланысты Қазақстанның оңтүстік өңірі ерекше қызығушылық тудырады.

Жұмыс мақсаты. Бұл зерттеудің мақсаты Қазақстанның оңтүстік аймақтарында кокциеллез қоздырғышының таралуын және оның эпидемиологиялық ерекшеліктерін зерттеу.

Материалдар мен тәсілдер. Түркістан, Жамбыл, Қызылорда облыстарының 14 ауданының аумағында сау тұрғындардан қан алынды, аса қауіпті инфекциялар зертханасында қан сарысуында *C. burnetii*-ге дейін IgG бар-жоғына ИФА зерттелді. Бұл ретте жоғарыда аталған аумақтардағы ауылшаруашылық малдарының қаны ПТР әдісімен кокциеллез қоздырғышына және оған антиденелердің бар-жоғына ферментті иммуносорбенттік талдау арқылы зерттелді.

Зерттеу нәтижелері.

Қазақстанның оңтүстік облыстарының тұрғындары арасында кокциеллездің таралуына талдау жүргізу үшін сау популяцияның қан сарысулары жиналып, алынды. 2019 жылдың эпидемиологиялық маусымында қалалардағы, ауылдар мен елді мекендердегі ауруханалар мен емханаларда сынамалар алынып, 93 сынама зерттелді. Зерттелетіндердің орташа жасы 38,6 жасты (диапазон 3-71 жас) құрады, оның ішінде 62-сі әйелдер (66,7%) және 31-і (33,3%) ер адамдар. Талданған 93 үлгінің 35-інде (37,6%) *C. burnetii* IgG оң болды. Талдау нәтижелері Қазақстанның оңтүстік аймақтарындағы адамдар арасында *C. burnetii* таралу мүмкіндігін анықтады. Ауыл шаруашылығы жануарларының індетіне серомониторинг жүргізу көрсеткендей, эпизоотиялық белсенді ошақтар Түркістан облысының Бәйдібек ауданында және Жамбыл облысының Тұрар Рысқұлов ауданында анықталған, оларда ұсақ малдар арасында сероконверция сәйкесінше 77,0% және 51,1% құраған. Бұл аймақтарда жануарлар белсенді тұрақты вирусемия (яғни қанның ПТР оң). 2022 жылы Түркістан облысында жиналған ірі қара мал үлгілерін зерттеу ұсақ малмен салыстырғанда серопреваленттік көрсеткіштің (2,1%) айтарлықтай төмен екенін көрсетті. Кокциеллез эпидемиологиясының аймақтық ерекшеліктерін анықтау серопозитивтілік қаупі *Capra hircus* және *Ovis aries* кезінде шамамен бірдей екенін көрсетті. Дегенмен, қой саны көбірек аймақта және *Ovis aries* арасында байқалған серопреваленттілік 24,4%, осы түрдің зерттелетін аймақта қоздырғыштың айналымына белсенді қатысуын көрсетеді, бұл Қазақстанның оңтүстік өңірі, әсіресе Түркістан облысы аса эндемиялық аймақ екенін көрсетеді.

Қорытынды.

Серологиялық талдау Қазақстанның оңтүстік облыстарында ұсақ малдың едәуір бөлігінде (77,0%) *C. burnetii*-ге антиденелер бар екені анықталды, бұл зерттелген аймақта ауылшаруашылық жануарлары арасында кокциеллездің жеткілікті кең таралғанын көрсетеді.

Бұл ретте Түркістан облысында (Түркістан, Жетісай және Шолаққорған) эпизоотиялық белсенді ошақтар анықталды. Коксиеллез эпидемиологиясының аймақтық ерекшеліктерін анықтау серопозитивтілік қаупі *Capra hircus* және *Ovis aries*-де шамамен бірдей екенін және *C. burnetii* инфекциясына неғұрлым осал екенін көрсетті. Оңтүстік облыстардың тұрғындарынан алынған сарысу үлгілерінің серологиялық талдауы 38% жағдайда *C. burnetii*-ге антиденелердің болуын көрсетті, бұл зерттелетін аумақта адамның *C. burnetii* жұқтыруының табиғи мүмкіндігін көрсетеді. Осылайша, алынған деректер Ку қызбасының қоздырғышының Қазақстанның оңтүстік аймақтарында белсенді айналымын болжайды, бұл зерттелетін аймақтағы адамдар мен жануарларда *C. burnetii*-ге антиденелердің болуымен расталды және бұл бағытта әрі қарай зерттеулер жүргізу қажеттілігін көрсетті.

Әдебиеттер тізімі

1. Honarmand H. Q Fever: an old but still a poorly understood disease. InterdiscipPerspect Infect Dis. 2012;2012:131932. doi: 10.1155/2012/131932. Epub 2012 Nov 19. PMID: 23213331; PMCID: PMC3506884.
2. Hanssen DAT, Morroy G, de Lange MMA, Wielders CCH, van der Hoek W, Dijkstra F, Schneeberger PM. Notification data and criteria during a large Q-fever epidemic reassessed. Epidemiol Infect. 2019 Jan;147:e191. doi: 10.1017/S0950268819000736. PMID: 31364550; PMCID: PMC6518550.
3. Eldin C, Mélenotte C, Mediannikov O, Ghigo E, Million M, Edouard S, Mege JL, Maurin M, Raoult D. From Q Fever to Coxiellaburnetii Infection: a Paradigm Change. ClinMicrobiol Rev. 2017 Jan;30(1):115-190. doi: 10.1128/CMR.00045-16. PMID: 27856520; PMCID: PMC5217791.
4. Guatteo R, Beaudeau F, Berri M, Rodolakis A, Joly A, Seegers H. Shedding routes of Coxiellaburnetii in dairy cows: implications for detection and control. VetRes. 2006 Nov-Dec;37(6):827-33. doi: 10.1051/vetres:2006038. Epub 2006 Sep 15. PMID: 16973121.
5. Chumakov MP., et al. Materialy` poidentifikacziizabolevaniya Ku likhoradkoj [Materials for the identification of Q fever disease]. Journal of Microbiology, Epidemiology and Immunobiology, no 5 (1954): 40-48. (In Russian).
6. Perfilyeva Y. V. et al. Распространенность лихорадки Ку в южном регионе Казахстана //Вестник КазНУ. Серия экологическая. – 2022. – Т. 73. – №. 4. – С. 99-110.

7. Perfiyeva Yu.V., Nizkorodova A.S., Berdygulova Zh.A., Ostapchuk Ye.A., Naizabayeva D.A., Neupokoyeva A.S., Kuznetsova T.V., Shishkina T.S., Abuova G.N., Yegemberdiyeva R.A., Bissenbay A.O., Maltseva E.R., Mamadaliyev S.A., Dmitrovsky A.M. Detection of IgG against Rickettsia typhi: A population-based study in Southern Kazakhstan. Infektološki glasnik. 2019;39(4). <https://doi.org/10.37797/ig.39.4.2>. SJR 0.104.

УДК 616.22-072.1

Бедешева С.И., Ташбаев Н. А., Хемдемова А.Б., Абилов К. Е.

Международный казахско-турецкий университет имени Ходжи Ахмеда Ясави,
Шымкент, Казахстан

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА

Аннотация

В данном докладе мы описываем клинический случай из практики в клинике «ДАУ-Мед» г. Шымкент, в ходе которого мы выявили полип полости носа и околоносовых пазух. На сегодняшний день полипы полости носа и синусов, являются частой находкой которая требует хирургического лечения.

Ключевые слова: полип, синусы, затруднение носового дыхания, хирургическое лечение.

Бедешева С.И., Ташбаев Н. А., Хемдемова А.Б., Абилов К. Е.

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

ПОЛИПОЗДЫ РИНОСИНУСИТТІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

Аннотация

Бұл баяндамада біз Шымкент қаласындағы "ДАУ-Мед" клиникасындағы тәжірибеден клиникалық жағдайды сипаттаймыз, оның барысында мұрын қуысы мен параназальды синустың полипін анықтадық. Бүгінгі таңда мұрын қуысы мен синус полиптері хирургиялық емдеуді қажет ететін жиі кездесетін олжа болып табылады.

Кілт сөздер: полип, синус, мұрынның тыныс алуы, хирургиялық емдеу.

Bedesheva S.I., Tashbayev N.A., Hemdemova A.B., Abilov K.E

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

A CLINICAL CASE OF POLYPOUS RHINOSINUSITIS.

Annotation

In this report, we describe a clinical case from practice in the clinic "DAU-med" in Shymkent, during which we identified a polyp of the nasal cavity and paranasal sinuses. To date, nasal cavity and sinus polyps are a common finding that requires surgical treatment.

Keywords: *polyp, sinuses, nasal breathing difficulty, surgical treatment.*

Введение

Полипы полости носа и синусов являются доброкачественными разрастаниями слизистой оболочки, которые образуются вследствие длительного воспаления, продолжительных инфекций, действие аллергенов, и некоторых иммунно-гормональных изменений в организме человека. Учитывая высокую склонность к рецидивам, деструирующему росту, возможности высокий риск злокачественной трансформации. Полипы полости носа и пазух (синусов) могут появляться как у взрослых, так и у детей. Лекарственная терапия способствует регрессу полипов в размерах или замедлению их роста, но иногда для купирования симптомов болезни проводится хирургическое вмешательство. Размеры полипов и ее расположение могут быть различны, вследствие этого клинические проявления могут отличаться.

Цель исследования. Диагностика и эндоскопическое лечение полипов в оториноларингологии.

Материалы и методы. Пациент А. 22 года обратился с жалобами на постепенное прогрессирующее затруднение носового дыхания которое наблюдается в течение 2х лет, насморк, частое чихание, снижение обоняние, частые головные боли, ощущение тяжести в правой половине лица, дискомфорт и боль в области правого глаза, храп. В ходе сбора анамнеза мы выявили, что пациент с детства страдает полинозом, а так же около 3х лет работает в строительной сфере.

При эндоскопическом обследовании в правой носовой полости обнаружены выросты белого и серого цвета с гладкой поверхностью, в левой носовой полости гипертрофия носовых раковин, а так же искривление носовой перегородки.

При пальпации болезненность в области лобной, решетчатой и гайморовых пазухах.

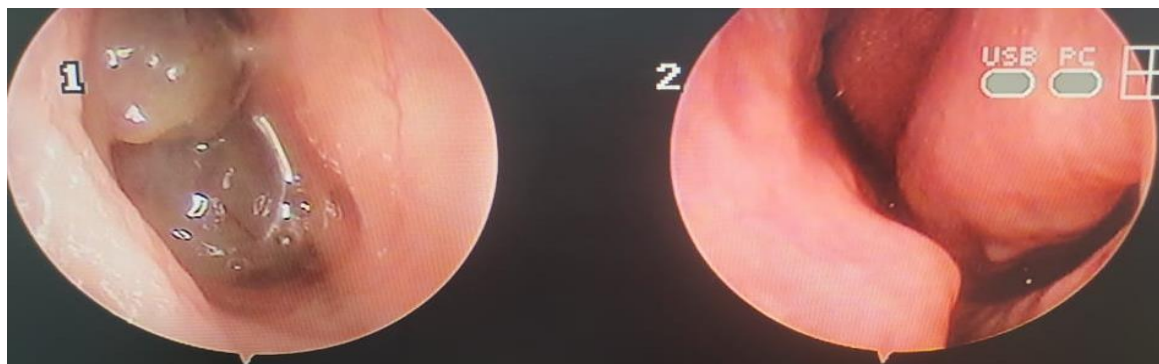


Рисунок 1 - КТ исследование носа и ППН

Пациент был направлен на КТ исследование носа и ППН. На КТ мы выявили: правосторонний полипозный гемисинусит, истончением стенок с небольшим вздутием всех пораженных пазух, дефектом медиальной стенки правой орбиты. Искривление носовой перегородки.

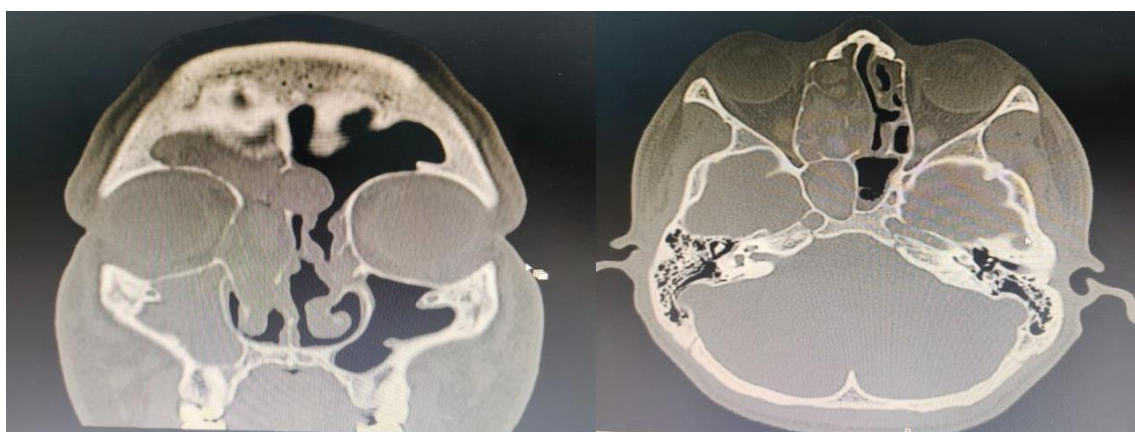


Рисунок 2 – Эндоскопическая гемисинусотомия

Результаты. Нами была проведена эндоскопическая гемисинусотомия (гайморотомия, этmoidотомия, фронтотомия, сфеноидотомия,) с последующим удалением полипов. Операция проведена благополучно, пациенту восстановили носовое дыхание и вентиляцию околоносовых пазух.

Выводы. В результате проведенной нами работы можно сделать следующие выводы, что полипы околоносовых пазух характеризуются постепенным ростом. Первым признаком является постепенное затруднение носового дыхания, боль в области пораженного синуса, дискомфорт, усиление боли при наклонах головы вперед или в стороны. Для полноценного лечения недостаточно удаления только полипов из пазух, необходимо также устранение

причины, вызвавшей ее появление. Такая тактика лечения позволит предупредить рецидивы полипов и хронизацию воспалительного процесса.

Список литературы

1. Ханс Бербом, Оливер Кашке, Тадеус Навка, Эндрю Свифт. Болезни уха, горла и носа. 2020. №3. С.387.
2. Пальчун В.Т., Михалева Л.М., Гуров А.В., Мужичкова А.В. Особенности формирования хронического воспаления в верх- нечелюстной 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.)].
3. 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,

ӘОЖ 616.3-008.1

Әлімбатыров А.Ә., Жексенбек Н.А., Жайлауов Ш.Б., Зординова К.А.

Қазақстан-Ресей медициналық университеті, Алматы, Қазақстан

МЕДИЦИНА СТУДЕНТТЕРІ АРАСЫНДАҒЫ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬДЫ РЕФЛЮКС АУРУЫ

Аннотация

Соңғы жылдары медициналық жоғары оқу орындарының студенттерінің арасында психоэмоционалды және физикалық белсенділіктің артуына байланысты ГЭРА проблемасы өзекті болды. ГЭРА-ны ерте анықтау өңеш аденокарциномасының алдын алу үшін өте маңызды. Асқазан сөлінің агрессивтілігінің өсуі және эндотелин-1 жинақталуына және NO төмендеуіне байланысты стресс кезінде қорғаныс факторларының төмендеуі туралы ғылыми дәлелдер бар.

Кілт сөздер: ГЭРА, антисекреторлық терапия, өңеш аденокарциномасы, эндотелин.

Әлімбатыров А.Ә., Жексенбек Н.А., Жайлауов Ш.Б., Зординова К.А.

«Қазақстанско-Российский медицинский университет», Алматы, Казахстан.

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ СРЕДИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Аннотация

В последние годы проблема ГЭРБ стала актуальной в связи с увеличением психоэмоциональной и физической активности среди студентов медицинских вузов. Раннее выявление ГЭРБ имеет решающее значение для предотвращения аденокарциномы пищевода. Существуют научные данные о росте агрессивности желудочного сока и снижении защитных факторов во время стресса из-за накопления эндотелина-1 и снижения NO.

Ключевые слова: ГЭРБ, антисекреторная терапия, аденокарцинома пищевода, эндотелин.

Alimbatyrov A.A., Zhexenbek N.A., Zhailauov Sh.B., Zordinova K.A.

Kazakh-Russian Medical University, Almaty, Republic of Kazakhstan

GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AMONG MEDICAL STUDENTS

Annotation

In recent years, the problem of GERD has become relevant due to the increase in psychoemotional and physical activity among medical students. Early detection of GERD is crucial to prevent esophageal adenocarcinoma. There is scientific evidence of an increase in the aggressiveness of gastric juice and a decrease in protective factors during stress due to the accumulation of endothelin-1 and a decrease in NO.

Key words: gerd, antisecretory therapy, esophageal adenocarcinoma, endothelin.

Зерттеудің өзектілігі: қазіргі уақытта жастар арасында соның ішінде жоғарғы оқу орнының студенттерінің арасында гастроэзофагеальды рефлюкс ауруы кеңінен тарауда. ГЭРА бұл қышқылға тәуелді ауру, онда асқазан сөлінің тұз қышқылы өңештің шырышты қабығын зақымдайды және көптеген қауіпті асқынуларға әкеліп соғады. Сол себепті ауруды уақытында анықтап, уақытында емдеу өте өзекті болып табылады.

Зерттеудің мақсаты: медициналық студенттер арасында гастроэзофагеальды рефлюкс ауруы белгілерінің таралуына ықпал ететін факторларды анықтап, гастроэзофагеальды рефлюкс ауруы белгілерінің ауырлығын арттыратын факторларды зерттеу.

Гастроэзофагеалды рефлюксті ауру – бұл клиникалық белгілерге тән және/немесе өңештің дисталды қабынбалы өзгерістерінің дамуына әкелетін асқазан немесе дуоденальды ішіндегісінің өңешке тез немесе тұрақты қайталанатын лақтыруымен сипатталатын және гастроэзофагальды аймақ мүшелерінің моторлық-эвакуаторлық функцияларының бұзылуымен шарттастырылған созылмалы қайталанатын ауру [1].

Қалыпты жағдайда өңештің төменгі бөлігінде РН – 6,0 тең. гастроэзофагеальды рефлюкс ауруында РН төмендейді 4,0-ке дейін, немесе 7,0-ке дейін жоғарылайды [2].

Гастроэзофагеальды рефлюкс ауруы көпфакторлы ауру. Ауруға бейімдейтін факторларға: семіру, тамақ ішкен кездегі ыңғайсыз қалып, кейбір дәрілерді тиімсіз қабылдау (Са антагонистері, антихолинергиялық дәрілер, бета-блокаторлар т.б). ГЭРА-ның негізгі себебі – асқорыту жолының жоғарғы бөлігінің моторлық қабілетінің бұзылысы, осыдан төменгі өңеш қысқышы маңында қысым төмендеп, асқазанда жоғарылайды [3].

Материалдар мен әдістер. Сауалнама ҚРМУ медицина факультетінің 5 курс студенттеріне жүргізілді. ГЭРА белгілерінің болуын, сондай – ақ олардың өмір сапасына әсерін бағалау үшін Google Forms сауалнамасы қолданылды. 8 және одан жоғары балл жинаған студенттер Гэра белгілері бар және антисекреторлық терапияны қажет ететін адамдар тобына жатқызылады.

8 немесе одан да көп ұпай жинаған адамдардың пайызы соңғы 5 жылда 17% - дан 24% - ға дейін ауытқиды, әсіресе соңғы 2 жылда өсуде. 2023 оқу жылында 1 курс студенттерінде гастроэзофагеальды рефлюкс белгілерін бағалау кезінде 8 балл жинаған адамдардың пайызы 8,1% құрады. Демек, оқу процесінде Гэра таралуы артады. Қосымша сауалнама кезінде қоздырғыш факторлары анықталды.

Нәтижелер және оларды талқылау. Сауалнамаға 22 мен 23 жас аралығындағы 250 адам (100 ер адам және 150 әйел) қатысты.

Сауалнамаға қатысқандардың жалпы санының 47-(21,7%) гастроэзофагеальды рефлюкс белгілері бұрын болған. Топтағы ерлер мен әйелдердің саны: 20 ер адам (41,1%) және 27 әйел (58,9%). Аурудың ең көп таралған белгілері күйдіргі мен кекірудің тіркесімі болды-30 адам (58%). 8 адам (15,5%) аптасына кемінде 1 рет гастроэзофагеальды рефлюкс белгілерінің мазалауымен байланысты ұйқының бұзылуын байқады. 18 студент бірдей жиіліктегі дәрі-дәрмектерді қабылдауды қажет етеді (32,5%). Симптомдардың 45% тамақпен байланысы жиі кездеседі: құрғақ кептірілген тамақ (63%), ұзақ тамақтану үзілістері (57,4%), асханалардағы ащы тамақ (40,7%), асханада диеталық тағамдардың болмауы. 39 адам (72,2%) асханаларда

диеталық тамақтануды гастроэзофагеальды рефлюкс симптомдарының қарқындылығын төмендетудің оңтайлы әдісі деп санайды.

54 студентте гастроэзофагеальды рефлюкс ауруының белгілері анықталған, оларға бастапқы дозада Омепрозол 20 мг қабылдауды ұсынуға негіз болды. ФГДС жүргізу бойынша ұсыныстарды 3 адам орындады. 2 адамда рефлюкске тән өзгерістер табылды: эрозиялық емес рефлюкс ауруының белгілері анықталды; 1 пациентте эрозиялық рефлюкс ауруының белгілері анықталды. 20 мг дозада Омепрозол қабылдаудың 1 айында гастроэзофагеальды рефлюкс ауруының белгілері айтарлықтай төмендеді, бірақ диетаны сақтамайтын болса, жоғарыдағы симптомдар пайда болды.

Қорытындылар. 5 курс студенттері арасында гастроэзофагеальды рефлюкс ауруы белгілерінің таралуының өсуі анықталды. Гастроэзофагеальды рефлюкс ауруының дамуы мен күшеюіне ықпал ететін негізгі факторлар-дұрыс емес тамақтану, жоғары жүктемелер. Гастроэзофагеальды рефлюкс ауруының алдын алу үшін уақытымен және дұрыс тамақтану өте маңызды. Ерте диагностика және емдеу аурудың дамуын және аурудың асқынуларының дамуын болдырмаудың негізгі факторы болып табылады.

Әдебиеттер тізімі:

1. Маколкин, В.И. Внутренние болезни [Электронный ресурс]: учеб. / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов - 6-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 768 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441572.html>
2. Пропедевтика внутренних болезней : учебник / Мухин Н. А. , Моисеев В. С. - Москва : ГЭОТАРМедиа, 2020. - 848 с. - ISBN 978-5-9704-5327-8. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента"
3. Гастроэнтерология. Национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента"

ӘОЖ 616.34

Жалғасбаев А. А., Джаканов М.К., Тайшибаев К.Р.

«Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті» КеАҚ, Ақтөбе,

Қазақстан

ІШЕК СТОМАЛАРЫ ЖӘНЕ ЖЫЛАНКӨЗДЕРІ БАР НАУҚАСТАРДА ЖАРА АСҚЫНУЛАРЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ

Аннотация

Антисептикалық пленка түзетін ерітінділерді (Apr) қолдану жараның асқыну жиілігін төмендетіп, ішек стомалары мен фистулаларды емдеу нәтижелерін жақсартты.

Кілт сөздер: стома, жыланкөздер, қабық түзуші ерітінді, асқыну.

Жалғасбаев А. А., Джаканов М. К., Тайшибаев К. Р.

НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова»,
Актобе, Казахстан

ПРОФИЛАКТИКА РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ КИШЕЧНЫМИ СТОМАМИ И СВИЩАМИ

Аннотация

Использование антисептических пленкообразующих растворов (АПР) снизило частоту раневых осложнений и улучшило результаты лечения кишечных стом и свищей.

Ключевые слова: пленкообразующих растворов, свищ, кишечные стомы, осложнения.

Zhalgasbayev A. A., Dzhakanov M. K., Taishibaev K. R.

NJSC "West Kazakhstan Medical University named after Marat Ospanov", Aktobe,
Kazakhstan

PREVENTION OF ULCER COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH INTESTINAL STOMATA AND EELS

Annotation

The use of an antiseptic membrane-forming solution significantly reduced the frequency of wound complications and improved the results of care for patients with intestinal stomas and fistulas.

Keywords: film-forming solutions, fistula, intestinal stoma, complications.

Жұмыс мақсаты. Жалпы хирургиялық бөлімшелерде ішек стомалары мен жыланкөздері бар науқастарда жараның асқынуының алдын алу әдістерін жетілдіру.

Материал және зерттеу әдісі. Жіңішке және тоқ ішектің стомасы мен жыланкөздері бар 25 науқас зерттелді. Негізгі топты операциядан кейінгі кезеңде ішек стомаларын қойған соң, жыланкөздердің пайда болуын алдын алу, парастомальды аймақта жараның асқынуын болдырмау үшін антисептикалық қабық түзетін ерітіндіні жергілікті қолданған 10 науқас болды. Бақылау тобы ретроспективті түрде құрастырылды және дәстүрлі антисептиктерді қолданатын 15 пациентті қамтыды. «Excel» бағдарламасында статистикалық деректерді өңдеу арқылы талдау, салыстыру және жалпылау арқылы клиникалық бақылауға негізделген. Жара асқынуларының сипаты зерттеліп, ішек стомалары мен жыланкөздері бар науқастарда осы асқынуларды алдын алуда қолданылатын және жетілдірілген әдістерінің тиімділігіне салыстырмалы баға берілді.

Нәтижелер және оны талқылау. Антисептикалық пленка түзетін ерітіндінің дәстүрлі антисептиктерге қарағанда артықшылығы болды. Бақылау тобындағы науқастарда мацерация негізгі топқа қарағанда 2,3 есе, дерматит 2 есе, парастомальды іріңді процестің дамуы 2,7 есе көп байқалды. Негізгі топта бақылау тобына қарағанда мацерация мен дерматит зерттеудің 10-шы күні байқалмады. Негізгі топтағы науқастарда парастомальды аймақтың және фистула аймағының патогенді микрофлорасы бақылау тобына қарағанда 3,3 есе аз пациенттерде зерттеудің 10-шы күні байқалды. Негізгі топтағы рН деңгейі бақылау тобына қарағанда 7-ші күні қалыпқа келді. Колостомиялық қаптың (нәжіс қабылдағыш) ең тиімді түрі бір реттік екі компонентті дренажды колостомиялық қап болды.

Қорытынды. Бір реттік дренажды колостомиялық қапшықпен антисептикалық пленка түзетін ерітіндіні пайдалану жараның асқынуын айтарлықтай азайтады және ішек стомасы мен жыланкөзі бар науқастарды емдеу нәтижелерін жақсартады.

Әдебиеттер тізімі

1. Науменко Л.Л., Жирнова Л.В. Рекомендации по рациональному подбору средств ухода за стомами в ИПРА инвалидов с нарушениями функции выделения //Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2019.- № 1. – Б. 22-29.
2. Токмаков И.А., Юданов А.В., Ганичева И.А. Профилактика осложнений кишечных стом // Колопроктология. – 2016. - № 1. – Б. 114.

З. Калашникова И.А., Фадеева С.А. Алгоритмы консервативного лечения осложнений
кишечных стом // Колопроктология. – 2015. - № 1. – Б. 118-119.

ӘОЖ 616-01/-099

Жексенбек Н.А, Жайлауов Ш.Б., Әлімбатыров А.Ә., Жанатаев Б.Т.

«Қазақстан-Ресей медициналық университеті», Алматы, Қазақстан

ЕГІЗДІК ӘДІСТІ ЗЕРТТЕУ МЕН ҚОЛДАНУДЫҢ МЕДИЦИНАДАҒЫ МАҢЫЗЫ

Аннотация

Бұл мақалада егіздік әдісті пайдалану әртүрлі тұқым қуалайтын ауруларды анықтау үшін маңызды екендігі айтылады. Егіздік әдіс арқылы басқа да тұқым қуалайтын ауруларға (шизофрения, эпилепсия, қант диабеті) сау адаммен салыстыру арқылы анықтауға болатыны зерттелді. Егіздік әдісті зерттеуде психогенетикалық, генеалогиялық, физиологиялық және антропометриялық, иммуногенетикалық зерттеудің маңызы зор.

Кілтті сөздер: генотип, фенотип, иммуногенетика, генеалогия, антропометрия.

Жексенбек Н.А, Жайлауов Ш.Б., Әлімбатыров А.Ә., Жанатаев Б.Т.

«Қазақстанско-Российский медицинский университет», Алматы, Казахстан

ИССЛЕДОВАНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА БЛИЗНЕЦОВ В МЕДИЦИНЕ

Аннотация

В этой статье говорится, что использование метода близнецов важно для выявления различных наследственных заболеваний. Было исследовано, что с помощью метода двойников можно определить другие наследственные заболевания (шизофрения, эпилепсия, диабет) путем сравнения со здоровым человеком. При изучении метода двойников большое значение имеют психогенетические, генеалогические, физиологические и антропометрические, иммуногенетические исследования.

Ключевые слова: генотип, фенотип, иммуногенетика, генеалогия, антропометрия.

Zhexenbek N.A., Zhailauov Sh.B., Alimbatyrov A.A., Zhanataev B.T.

Kazakh-Russian Medical University, Almaty, Kazakhstan,

RESEARCH AND USE OF THE TWIN METHOD IN MEDICINE

Annotation

This article states that the use of the twin method is important for identifying various hereditary diseases. It has been studied that using the twin method it is possible to identify other hereditary diseases by comparison with a healthy person. When studying the doubles method, psychogenetic, genealogical, physiological, anthropometric, and immunogenetic studies are of great importance.

Key words: *genotype, phenotype, immunogenetics, genealogy, anthropometry*

Зерттеудің өзектілігі

Ғылымда тұқым қуалаушылыққа негізделген бірнеше мәліметтер анықталған [1]. Егіздердің пайда болуына қарай екі топқа бөледі. Бір жұмыртқалы егіздер және екі жұмыртқалы егіздер. Бір жұмыртқалы егіздер бір сперматозоид ұрықтандырған жұмыртқа жасушасының теңдей екі бөлікке бөлінуінен дамиды. Екі жұмыртқалы егіздер бір уақытта пісіп-жетілген екі жұмыртқа жасушасының екі сперматозоидтен ұрықтануынан пайда болады. Сондықтан бір жұмыртқалы егіздердің генотипі біркелкі, барлық белгілері ұқсас, міндетті түрде бір жынысты болады. Екі жұмыртқалы егіздердің генотипі әр түрлі, бір жынысты немесе екі жынысты болуы мүмкін. Екі жұмыртқалы егіздер бір қатар белгілері бойынша бір-біріне ұқсас болмайды [2].

Егіз жүктілік-әйел организмінде бір мезгілде екі, үш одан да көп ұрықтың өсіп-дамуы. Егіз жүктіліктен туылған нәрестелерді егіздер дейді. Егіз жүктілік жүктілер арасында сирек кездеседі. Егіз жүктіліктің себебі толық анықталмаған, бірақ оның тұқым қуалайтыны анықталған. Бұл жағдай әйелдің немесе күйеуінің туыстары жағынан егіз жүктілік болғанда кездеседі.

Зерттеудің әдістері: статистикалық, психогенетикалық, генеалогиялық, физиологиялық және антропометриялық, иммуногенетикалық зерттеу әдістері.

Статистикалық әдіс арқылы 2013-2021 жылдар аралығындағы балалардың туылу көрсеткіштерін анықтадық, статистикалық өңдеу Windows 8.0. жүйесіне арналған SPSS Statistics бағдарламасымен орындалды. ҚР Стратегиялық жоспарлау және реформалар агенттігінің Ұлттық статистика бюросының ақпараты бойынша 2021 жылы балалардың туылу көрсеткіші бойынша оң жылдық рекордты жаңартты. Жаңа Қазақстандықтардың саны 446491 адамды құрады, бұл алдыңғы көрсеткіштерден 4,6%-ға жоғары. 2016 жылы 2139 егіз, 26 үшем дүниеге келсе, 2021 жылы 4216 егіз және 43 үшем дүниеге келген.

Зерттеу объектісі Қазақстан-Ресей медициналық университетінде оқитын студенттер Мәдижанова Анар және Мәдижанова Жанар. Егіздерді психогенетикалық зерттеу әдісімен зерттеуде 30 сұрақтан құралған Айзенк тестын пайдаланып, сауалнама жүргізу арқылы темпераменттерін анықтадық.

Егіздерді генеалогиялық зерттеу әдісі бойынша адамда болатын түрлі белгілер мен қасиеттердің, туыстық қатынастарды, туыстар арасындағы аурулардың бірнеше ұрпақ бойы тұқым қуалау сипатын, оның шыққан тегіне шежіре құрастыру арқылы зерттеп анықтайды. Шежіре әдісінің негізгі мақсаты–жиналған деректер бойынша шежіре үлгісін құрастыру және оны талдау ол үшін зерделенетін мәселе бойынша әкесі мен шешесі жағынан бірнеше буын бойы мәліметтер жинақтап, соның негізінде шежірелік сызбанұсқа жасадық [4].

Егіздік әдісті зерттеуде антропометриялық көрсеткіштер мен физиологиялық әдісті зерттеуді жүргіздік. Антропометрия-адамның дене мүшелерін өлшеу арқылы оның дене құрылысына тән жыныстық, нәсілдік және жас ерекшеліктеріне жан-жақты анықтамалар беретін антропологиялық зерттеудің негізгі тәсілдерінің бірі болса, фенотип-организмнің ішкі және сыртқы белгілердің жиынтығы.

Иммуногенетикалық зерттеу әдісі қан тобы мен резус-фактордың тұқым қуалауын зерттеу негізінде жүзеге асты [5]. Бұл әдіс бойынша егіздердің қан топтарын және резус факторын (AB0, Rh жүйесін) қан тобын анықтадық. Ол үшін қан тобын анықтайтын планшетты, цоликлон анти-A0, анти-A, анти-B, анти-AB, анти-D цоликлондарын пайдаландық. Цоликлондарды планшетке тамыздық, одан соң цоликлон толтырылған шұңқырларға 1 мл қан тамыздық. Планшетты ақырындап шайқап, агглютинацияны 2-5

Зерттеудің нәтижелері: зерттеу негізінде келесі нәтижелер алынды, психогенетикалық зерттеу әдісін пайдалануда Айзенк тестын пайдалану арқылы сауалнама жүргізіп, темпераменттерін анықтадық. Тесттің нәтижесі бойынша Мәдижанова Анардың темпераменті сангвиник- бет-әлпеті құбылмалы және қозғалысы анық, оның жүзіне қарап көңіл-күйін, адамға деген қарым-қатынасын аңғаруға болады, жаңа адамдармен тез тіл табысады, өте қажырлы, әрі жұмысқа қабілетті, шаршамай көп уақыт жұмыс істей алады, жаңа іске асқан белсенділікпен кіріседі. Мәдижанова Жанар меланхолик-бейтаныс адамдармен тіл табысуға қиналады, ұялшақ, тез ренжіп қалады, өзімен-өзі болып, тыныш, қауіпсіз жағдайда жұмысты тындырымды істейді, жай сөйлейді, пікірталасуды қаламайды. Егіздерді генеалогиялық зерттеу әдісі бойынша тұқымқуалаушылық белгілер мен қасиеттер кез келген ұрпаққа беріле алады, яғни доминанттылық жолмен тұқым қуалап, Мендель заңдарына бағынады. Егіздердің әкесі Акимжанов Мәдижан Акимжанович және анасы

Алғожаева Бұлбұл Алғожақызы жағынан бірнеше буын бойы мәліметтер жинақтап, соның негізінде шежірелік сызбанұсқа жасадық. Жасалынған сызбанұсқа егіздердің тұқымқуалаушылық бойынша әкесінің туыстары жағынан егіз жүктілік болғанын көрсетті. Антропометриялық және фенотиптік көрсеткіштер бойынша егіздерді зерттеу нәтижелері төменде кестеде көрсетілген (1-кесте).

Кесте 1. Егіздердің физиологиялық және антропометриялық көрсеткіштері.

№	Белгілер:	Мәдижанова Анар	Мәдижанова Жанар
1	Бойы	176 см	174 см
2	Салмағы	58 кг	56 кг
3	Көзінің түсі	қоңыр қара	қоңыр қара
4	Шашының түсі	қоңыр	Қара

Иммуногенетикалық зерттеу Зерттеу нәтижесі бойынша Мәдижанова Анардың қан тобы III (+), Мәдижанова Жанардың қан тобы I (+).

Қорытынды: егіздерді зерттеу әртүрлі ауруларға тұқым қуалайтын бейімділікті анықтау үшін маңызды. Бір жұмыртқалы егіздердің біреуі шизофрениямен ауырса, екіншісі 69% жағдайда ауырады. Екі жұмыртқалы егіздер үшін мұндай сәйкестік 10% жағдайда ғана болады. Эпилепсия бойынша сәйкес көрсеткіштер 67% және 3%, қант диабеті үшін 65% және 18% құрайды, бұл ауруларға тұқым қуалайтын бейімділіктің өте жоғары екенін білдіреді. Бұл деректер медицина үшін өте маңызды.

Әдебиеттер тізімі:

1. «Молекулалық биология негіздері» Қуандықов Е.Ө., Аманжолова Л.Е., Алматы, 2008 жыл.
2. «Медицинская генетика учебник для медицинских училищ» Под редакцией академика РАМН, Жученко Н. А., Асанов А. Ю., Бочков Николай Павлович, 224 стр.
3. Интернет ресурс <https://stat.gov.kz/>
4. Генетика человека с основами медицинской генетики 2-е изд., испр. и доп. Учебное пособие для СПО Геннадий Иванович Чуваков, Татьяна Николаевна Борисова, 183 стр.
5. Основы медицинской иммунологии: Пер. С англ. –М.: Мир, 2006, 320 стр.

УДК 37.012.6

Келсін Ж.Ж., Сағынтай А.Ж., Отумбаева Е.Т.

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ, Шымкент, Қазақстан

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖОҒАРЫ ОҚУ ОРЫНДАРЫНДА БІЛІМ БЕРУ ӘДІСТЕРІНІҢ АСПЕКТІЛЕРІ

Аннотация

Мақалада Қазақстан Республикасында медицина жоғары оқу орындарындағы білім алушылардың оқытуға қатысты мақсаттар мен міндеттерге жетудің заманауи тәсілдері мен әдістері жайлы жазылған.

Кілт сөздер: жүйе, инновация, әдіс.

Келсін Ж.Ж., Сағынтай А.Ж., Отумбаева Е.Т.

АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», Шымкент, Казахстан

АСПЕКТЫ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Аннотация

В статье изложены современные подходы и методы достижения обучающимися медицинских вузов Республики Казахстан целей и задач, связанных с обучением.

Ключевые слова: система, инновации, метод.

Kelsin Zh., Sagyntay A., Otumbayeva E.

South Kazakhstan Medical Academy JSC, Shymkent, Kazakhstan

ASPECTS OF TEACHING METHODS IN MEDICAL UNIVERSITIES OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Annotation

The article describes modern approaches and methods of achieving the goals and objectives related to training by students of medical universities of the Republic of Kazakhstan.

Keywords: system, innovation, method.

«Білім алудың тамыры ащы, бірақ жемісі тәтті», - деп бірінші ұстаз Аристотель айтқандай, білім мен өнер біздің болашағымыздың жарқын болуына бірден-бір кепіл.

Мақсаты: оқытудың тиімді әдістерінің маңыздылығын анықтау.

Материалдар мен әдістер: медициналық жоғары оқу орындарында қолданылатын CBL/PBL белсенді оқытудың инновациялық білім беру әдістері білім алушыларға тигізетін әсері.

Зерттеу нәтижелері: CBL/PBL (case-based learning/problem based learning) қолдану теория мен тәжірибені байланыстыруға көмектеседі, белгілі бір мәселелерді шешу дағдыларын дамытады, сыни ойлау деңгейін жоғарылатады, қарым-қатынас дағдылары мен топтық жұмысты ынталандырады, нақты жағдайлардың күрделілігін бағалауға көмектеседі, әртүрлі көзқарастардың қалыптасуына ықпал етеді. CBL – жағдайлар негізінде білім беру, алға қойған тапсырмалардың нақты шешімін оқытуға негізделген (кейстер шешімі). Бұл әдіс топтық-бағытталған білім немесе жағдайлық оқыту [1]. PBL әдісімен білім алушыларда жалпы үлгерімділігінде және білім сапасында, сондай-ақ алған білім дәрежесін анықтайтын қорытынды тесттерді тапсырғанда да ешқандай төмен нәтиже болмады [2]. Көптеген зерттеулер CBL және PBL қолдану терең білім алу үшін жағдай жасайтындығын растады. CBL және PBL қазіргі уақытта көптеген медициналық оқу орындарында үздіксіз білім алуға, топтық дағдыларды дамытуға және сыни ойлауға көмектесу үшін қолданылады. Екі әдіс те оқу процесінде жоғары тиімділігін дәлелдеді.

ҰОО зерттеулерінде, топтар арасындағы айтарлықтай айырмашылықтар клиникалық шешімдер қабылдауда және CBL тобы мен бақылау тобында оқуды ынталандыруда байқалды: бұл көрсеткіштер CBL тобында бақылау тобына қарағанда статистикалық жоғары болды. Schmidt H.G. зерттеулерінде дәлелденген, оқу процесінде PBL қолдану алдын-ала алынған білімді белсендіруді ынталандырады және пәнаралық интеграцияның дамуына ықпал етеді, және бұл әдіс оқу кезінде студенттер тарапынан үлкен қызығушылық тудырады. Бұл қызығушылықтың дамуына және студенттердің мәселені шешу процесіне барынша қосылуына ықпал етеді [3, 4]. PBL тиімділігі бойынша жүргізілген зерттеулердің мета-талдауы проблемалық-бағытталған оқыту әдістері бойынша оқыған студенттердің жоғары мотивациясы бар екенін, мәселелерді жақсы шеше алатынын, ақпаратты жақсы талдай алатынын, сонымен қатар қажетті ақпаратты есте сақтай алатынын, клиникалық мәселелерді шешуде негізгі ғылыми білімді біріктіруге жоғары қабілетке ие екенін растайды. Олар келесі тұжырымдарға келді: PBL форматында оқыту білімнің ұзақ сақталуына ықпал етеді, негізгі ғылыми тұжырымдамалардың клиникалық проблемаларға интеграциясын арттырады, пәнге

деген қызығушылықты арттырады және оқу дағдыларының өзін-өзі басқаруын арттырады. CBL және PBL дәстүрлі дәрістерге жақсы қосымша болып табылады, қарым-қатынас дағдыларын дамытады, студенттер белсенді араласады, сұрақтар қояды және тиісті түсініктемелер береді. Major және Palmer өз зерттеулерінде PBL және CBL студенттері дәрістер мен оқу әдебиеттерін қолдана отырып, дәстүрлі әдістерде оқыған студенттерге қарағанда жаңа мәселелерді өздігінен шеше алатындығын атап өтті. Көптеген зерттеулер проблемалық бағытталған белсенді оқыту дәстүрлі әдіске қарағанда тиімді әдіс екенін көрсетті, атап айтқанда, сыни ойлау және білімді ұзақ мерзімді сақтау дағдыларын қарастыру кезінде таптырмас құрал [5].

Бүгінгі таңда Қазақстандағы жоғары медициналық білім беру жүйесі терең модернизациялаудан өтуде. Оны реформалау бағыттарының бірі – болашақ дәрігерлердің тәжірибелік дағдыларын оқыту әдістерін жетілдіру болып табылады. Бұл тұрғыда әр университет өзіне ең оңтайлы және қолайлы нұсқаны таңдауға бейім. Соңғы онжылдықта Қазақстанның медициналық білім беру мекемелерінде бірқатар тәжірибелік дағдылар орталықтары ашылды, олар бүгінде медициналық білім беру саласында берік ұстанымға ие болды. Оның бірі 2018 жылы Оңтүстік Қазақстан Медицина Академиясында ашылған тәжірибелік дағдылар орталығы (ТДО). **ТДО қызметінің мақсаты** – білім алушыларды даярлау сапасын көтеру; денсаулық сақтау мамандарының қайта даярлау және біліктілігін арттыру, сондай-ақ кәсіби құзыреттіліктерін дамыту үшін ұйымдық және оқу жағдайларын жасау.

Қорытынды: медициналық білім беруде белсенді оқыту әдістерін қолдану маңызды медициналық құзіреттіліктерді, әсіресе олардың әлеуметтік және танымдық аспектілерін дамытуға оң әсер етеді. CBL және PBL әдістері білім алушылардың білім деңгейін көтеріп қана қоймай, мәселеге нық және жылдам бейімделуге үйретеді, ауырлық дәрежесін анықтап, шешім қабылдауға көмектесетіні дәлелденді және маңыздылығы артуда. Біздің мемлекетімізде медицина және денсаулық сақтау саласындағы әлемдік стандарттарға қол жеткізу заманауи білім беру технологияларын қолданудың өсуі есебінен, оқытудың заманауи педагогикалық-психологиялық теорияларын меңгерумен жүзеге асады.

Әдебиеттер тізімі

1. Марковина И. Ю., Ширинян М. В. Иностранный язык в неязыковом вузе на постдипломном этапе обучения: потребности и перспективы (на примере медицинских

вузов) //Вестник Московского государственного лингвистического университета. – 2012. – №. 645. – С. 54-61.

2. Ахметова Ж. К. и др. Акушерлік және гинекологиялық практикаға белсенді оқыту әдістерін қолдану //Наука о жизни и здоровье. – 2017. – №. 4. – С. 58-68.

3. Аканов А. А. Проблемы реформирования медицинского образования в Казахстане /А. А. Аканов, Г. М. Есенжанова //Педиатрия и детская хирургия. – 2010. – №4(62). – С. 12-14.

4. Yoo, M.-S., Park, J.-H., & Lee, S.-R. (2010). The effects of case-based learning using video on clinical decision making and learning motivation in undergraduate nursing students // Journal of Korean Academy of Nursing. – 2006. - 40(6). – P. 863-871.

5. Major C., Palmer B. Assessing the effectiveness of problem-based learning in higher education: lessons from the literature // Acad Exchange Qtrly. – 2001. - 5(1). – P. 1–6.

УДК 618.11-006.6

Зейнабедин А.М¹., Кулбаева С.Н¹., Тәйтелі Г.Ә²., Тин А.Л.²

«Оңтүстік Қазақстан Медициналық Академиясы» АҚ, Шымкент, қазақстан
Жамбыл облыстық онкология және хирургия орталығы шжк мкк, Тараз, Қазақстан

АНАЛЫҚ БЕЗІ ҚАТЕРЛІ СІГІНІҢ ҚАЙТАЛАНУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Аннотация

Даму ерекшеліктері бар аналық без обыры бар әйелдердің тарихына, бақылау динамикасына және диагностика мен емдеу әдістеріне ретроспективті талдау жүргізілді.

Кілт сөздер: аналық без обыры, асқынулар, ерекшелігі пациенттерді басқару.

Зейнабедин А.М¹., Кулбаева С.Н¹., Тайтели Г.А²., Тин А.Л.².

АО «Южно-Казахстанская Медицинская Академия», Шымкент, Казахстан
Жамбылский Областной Центр Онкологии и Хирургии ГКП на ПХВ, Тараз, Казахстан

ОСОБЕННОСТИ РЕЦИДИВА РАКА ЯИЧНИКОВ

Аннотация

Был проведен ретроспективный анализ историй женщин с раком яичника с особенностями развития, динамика наблюдения и методы диагностики и лечения.

Ключевые слова: рак яичника, осложнения, особенность ведение пациенток.

Zaynabedyn A.M¹., Kulbayeva S.N¹., Taiteli G.A²., Tin A.L².

JSC «South Kazakhstan Medical Academy», Shymkent, Kazakhstan

Zhambyl Regional Center of Oncology And Surgery SME REM, Taraz, Kazakhstan

FEATURES OF OVARIAN CANCER RECURRENCE

Annotation

A retrospective analysis of the histories of women with ovarian cancer with developmental peculiarities, the dynamics of observation and methods of diagnosis and treatment was carried out.

Keywords: ovarian cancer, complications, a feature of the management of patients.

Kіріспе

Аналық без қатерлі ісігі ең жиі кездесетін гинекологиялық қатерлі ісік және әйелдердің қатерлі ісіктен өлімінің негізгі себебі болып табылады [1, 2]. Аналық без қатерлі ісігі ең жиі таралған он сегіз онкопатологияның ішінде жетінші орында алады. Сонымен қатар, аналық без қатерлі ісігі өлім-жітім құрылымында жетекші тұр: онкогинекологиялық аурулардан қайтыс болғандар арасында бірінші орын және онкопатология салдарынан әйелдер өлімі арасында бесінші орында тұрады [3]. Бүгінгі таңда Жамбыл облысында аналық без қатерлі ісігі бар 354 адам тіркелген; оның 205-і (57,9%) 5 жылдан астам есепте тұр. 2022 жылы тіркелген 58 әйелдің 17 - сінде I кезең, 4 – і II, 34 – III және 3 – IV қатерлі ісік сатысы болды.

Зерттеудің мақсаты аналық без қатерлі ісігі қайталануының ықтимал себебін және ерте диагностика әдістерін көрсету болды.

Материалдар мен әдістер: Біз Жамбыл облыстық онкология және хирургия орталығында 2021-2022 жылдары қайталанған аналық без қатерлі ісігі бар 28 науқасты жүйелі түрде талдадық. Біз оларды жасына, кезеңіне, қайталану кезеңіне, гистология түріне, ісік қатерлі ісігінің дәрежесіне, қайталану орындарына және қайталану белгілеріне қарай бөлдік.

Нәтижелер: жоғарыда айтылып өткендей, біз Жамбыл көпсалалы облыстық онкология және хирургия орталығында қайталанған аналық без қатерлі ісігі бар 28 науқасты қабылдадық. Алдымен біз оларды жасына қарай бөлдік. Аналық без обыры қайталануының 70% - дан астамы 50-70 жас аралығындағы әйелдерде, 50 жасқа дейінгі пациенттерд 25%

және 70 жастан кейін 3,6% ғана байқалды. Егер біз сатыларға тоқталсақ, онда олардың көп бөлігі III-IV сатыларда (56%), яғни неғұрлым кеш сатыларда, I-II сатыларда 22% - ға келеді.

Неоадьювантты терапияны кезең-кезеңімен қабылдайтын пациенттердің санына байланысты. II сатыдағы пациенттердің 7,1% және III сатыдағы 35,7%, жалпы барлығы 42,9% құрады. 21% жағдайда симптомдармен байқалды. Пациенттер өз бетінше шағымданды; 79% симптомсыз болды және қайталанулар аспаптық зертханалық зерттеулер негізінде ғана анықталды. Науқастардың 57,1% біртекті асқынулар болды, қалғандарында бірнеше асқынулар болғаны анықталды. Сонымен қатар, аналық без қатерлі ісігінің қайталануын жергілікті және шеткері жатқан мүшелерде кездесті. Пациенттердің 71% - да алыс метастаз берді, қалған жағдайларда жергілікті асқынулар болған. Кезеңдер бойынша бөлетін болсақ, онда жергілікті қайталанулар, яғни кіші жамбаста, I-II кезеңдерде анықталды, ал алыстағы қайталанулар 50% дамыған кезеңдерді бергенді тұрақталды. Ісік дифференциациясының дәрежесі бойынша төмен сараланған ісіктер (G3 39,3%), G1(14,3%), G2 (28,6%) қарағанда агрессивті және қайталану ықтималдығы жоғары. Сонымен қатар, пациенттердің 17%-ында ісік дифференциациясының дәрежесі анықталмаған, өйткені алынған неоадьювантты терапияға байланысты оны анықтау мүмкін болмадығын айтып кеткен жөн.

Қорытынды: аналық без қатерлі ісігінің қайталануы-бұл агрессивті ауру. Жүргізілген аналитикалық жұмыстарға сүйене отырып, қайталанатын аналық без обыры бар науқастардың 70% - дан астамы 50-70 жаста болды және қайталану жиілігі кеш сатыларда (III кезең) немесе ісіктің төмен сараланған түрінде жоғары болғандығы анықталды. Барлық пациенттер платина негізіндегі аралас терапия алды. Процесті жалпылау кезінде мақсатты таргентті (бевацизумаб) тағайындалды. Барлық пациенттің 20% - дан астамы алты айға дейін қайталанған платинаға төзімді болып келген; қалғандары кейінірек қайталанған платинаға сезімтал. Жоғарыда айтылғандардың барлығына сүйене отырып, аналық без қатерлі ісігінің кеш сатысында ұзақ мерзімді және бірнеше қайталанулардың жоғарылауы байқалады, бұл аналық без обырын ерте сатысында анықтау үшін ісік маркерлеріне негізделген скринингтік бағдарламаларды (CA-125) және аспаптық диагностикалық зерттеулерді (MPT/KT) енгізу қажеттілігін көрсетеді. Емдеуден кейін бұл аурумен ауыратын барлық науқастар әсіресе төмен дәрежелі ісіктері бар және кеш сатыдағы науқастар белсенді бақылауда болуы қажет деп есептейміз.

1. Зигель Р. Л., Миллер К.Д., Фукс х. Э., Джемал а. қатерлі ісік статистикасы // CA Cancer J. Clin. – 2022. - Том. 72. - 7-33 Б. <https://doi.org/10.3322/caac.21708> ;

2. Цзян Ю, Хоу г, Ву Ф, Чжу З, Чжан в, Ченг в. перитонеальды зақымданудың максималды стандартталған мәні мен дәрежесі бастапқы емдеуден кейін қайталанатын аналық без обыры бар науқастардың болжамын болжай алады: ретроспективті клиникалық сынақ // Медицина (Балтимор). – 2020. - Том. 99. - жоқ . e19228. <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000019228> ;

3. Кенслер т.в. дәл медицина және иммуно-онкология арқылы қатерлі ісіктің алдын алуды өзгерту / Т. В. Кенслер, А. Спира, Дж. Э. Гарбер және т. б. // Қатерлі ісіктің алдын алу (Phila). – 2016. – 9 (1). – 2-10 Б.;

УДК 618.714 – 005.1: 577.27

Kulbayeva S., Masroor A., Anuarbek D., Bakyt A.

JSC «South Kazakhstan Medical Academy» Shymkent, Kazakhstan

PREINDUCTION OF CHILDBIRTH IN PREGNANT WOMEN AT HIGH RISK

Annotation

A retrospective analysis of childbirth histories was conducted for women at high risk for pre-induction of labor. In these women, vaginal misoprostol was used as a highly effective and safe remedy.

Keywords: *high-risk group, preinduction of childbirth.*

Кулбаева С., Масрур А., Ануарбек Д., Бақыт А.

«Оңтүстік Қазақстан Медициналық Академиясы» АҚ, Шымкент, Қазақстан

ЖОҒАРЫ ҚАУІП ТОБЫНДАҒЫ ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕГІ БОСАНУ ПРЕИНДУКЦИЯСЫ

Аннотация

Жоғары қауіп тобындағы әйелдерде босану преиндукциясы бойынша босану тарихының ретроспективті талдауы жүргізілді. Осы әйелдерде жоғары тиімді және қауіпсіз дәрілік зат ретінде қынап арқылы мизопростол қолданылды.

Кілт сөздер: *жоғары қауіп тобы, босану преиндукциясы.*

Кулбаева С¹., Масрур А¹., Ануарбек Д¹., Бакыт А¹.

АО «Южно-Казахстанская Медицинская Академия» Шымкент, Казахстан

ПРЕИНДУКЦИЯ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ ГРУПП ВЫСОКОГО РИСКА

Аннотация

Был проведен ретроспективный анализ историй родов у женщин группы высокого риска по проведению преиндукции родов. У данных женщин был применен вагинально мизопроустол как высокоэффективное и безопасное средство.

Ключевые слова: группа высокого риска, преиндукция родов.

Introduction. Activation of Labor is one of the most important measures to prevent complications associated with the culmination of the pathological process with an increase in gestational age. The frequency of increasing contractions varies from 11.4 to 29.1%.

The study aimed to evaluation of the effectiveness and safety of the use of an analogue of misoprostol – prostaglandin E1, which induces contraction of uterine muscle fibers, opening the cervix. It is one of the current medicament methods in prenatal preparation of the cervix.

Materials and methods: A sample retrospective analysis of the history of childbirth of 42 women in labor was carried out at the Regional Perinatal Center No. 1 in Shymkent. Research approaches.

Results. The age of the women studied ranged from 20 to 42 years, with an average of 28.2 to 0.9 years. Among those who gave birth, the first birth was 2(66.7%), the second – 14(33.3%). To find out if the body of a pregnant woman is ready for childbirth, according to "Bishop", the degree of maturity of the cervix is determined: "immature" cervix – 37(88.1%), "mature" cervix – 5(11.9%).

The indicators of preinduction were severe preeclampsia, premature withdrawal of kaganak water, chronic arterial hypertension. 23(54.8%) pregnant women – severe preeclampsia, 10(23.8%) – premature discharge of amniotic fluid, 3(7.14%) – chronic arterial hypertension, 2(4.76%) – intrauterine fetal development syndrome, 2 (4.76%) – prolong pregnancy.

The term of pregnancy was determined by the obstetric indicator and the readiness of the body to give birth. Preinduction of 22(52.4%) pregnant women was carried out at 36-37 weeks, 18(42.9%) - at 38-40 weeks, 2 (4.7%) – at 41-43 weeks.

Before preparing for childbirth: ultrasound, fetal cardiotocography.

The drug misoprostol should be administered vaginally from 25-25-50-50-50 MCG every 6

hours, the daily dose should not exceed 200 mcg. After that, the readiness of the cervix was revised: in patients, 24(64.9%) "immature" cervix were effective after preinduction, and 13 (35.1%) were not effective enough. From the "mature" cervix of pregnant women there was a positive result – 3(60%), insufficient efficiency – 2(40%).

The number of people who gave birth through surgery due to insufficient preinduction efficiency in labor was 2(4.76%). 40(95.2%) of pregnant women were delivered by self-delivery: 27(67.5%) women gave birth by self-delivery, 13(32.5%) women gave birth by intensifying contractions. According to the average time of delivery, 15(37.5%) women gave birth in 7 hours and 25(62.5%) women in 10-12 hours. Most often, the main pathology in the course of childbirth was abnormalities of labor activity: weakness of labor activity – 9(22.5%), discoordination of labor activity – 1(2.5%), weakness of labor activity – 2(5%). The number of babies born with moderate (Apgar score) asphyxia was 9(21.4%), and the state of the rest was estimated at 7-8 points. All mothers were discharged with their children on their due date in satisfactory condition. Perinatal death did not meet.

Conclusion. Thus, the results of a study conducted with us on prenatal preparation of the cervix for women at high risk in terms of maternal and neonatal morbidity and mortality show that the use of misoprostol vaginally in preinduction of Labor is effective and safe.

References:

1.Goffinet F., Dreyfus M., Carbonne B. 2003., Guerra G.V., Cecatti J.G., Souza J.P., 2009., Mealing N.M., Roberts C.L., Ford J.B. Trends in induction of labour, 1998-2007: a population-based study, 2009.

УДК 616-00

Қуаныш Ж.Ф., Мұсабай А.П., Отумбаева Е.Т.

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ, Шымкент қаласы, Қазақстан

БРОНХ ДЕМІКПЕСІНІҢ ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ЗЕРТТЕУ АСПЕКТІЛЕРІ

Аннотация

Бронх демікпесі тыныс алу жолдарының созылмалы қабынуымен, тыныс алудың қиындауымен, ысқырықты сырылдардың естілуімен, еңтігумен, өкпенің толуы және жөтел сияқты көріністермен сипатталады, тыныс алудың ұзақтығы мен қарқындылығымен ерекшеленіп, тыныс алу жолдарының өзгермелі бітелуімен бірге көрінеді [1]. Бронх

демікпесі әртүрлі фенотиптерді анықтауды және терапияға жеке көзқарасты қажет ететін гетерогенді ауру болып табылады. Дегенмен, емдік шараларының кең ауқымына қарамастан, бронх демікпесі бар науқастарды бақылау қиындық тудыруда.

Кілт сөздер: бронх демікпесі, аллергия, спирография.

Қуаныш Ж.Ф., Мұсабай А.П., Отумбаева Е.Т.

АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», город Шымкент, Казахстан

АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Аннотация

Бронхиальная астма характеризуется хроническим воспалением дыхательных путей, проявляется затрудненным дыханием, свистящими хрипами, слышимые на расстоянии, одышкой, воздушностью легких характеризуется продолжительностью и интенсивностью дыхания в сочетании с переменной обструкцией дыхательных путей [1]. Бронхиальная астма-гетерогенное заболевание, требующее выявления различных фенотипов и индивидуального подхода к терапии. Однако, несмотря на широкий спектр лечебных мероприятий, наблюдение за пациентами с бронхиальной астмой приводит к затруднениям

Ключевые слова: бронхиальная астма, аллергия, спирография.

Kuanysh Zh., Musabay A., Otumbayeva Ye.

JSC«South Kazakhstan Medical Academy», Shymkent, Kazakhstan

DIAGNOSTIC RESEARCH ASPECTS OF BRONCHIAL ASTHMA

Annotation

Bronchial asthma is characterized by chronic inflammation of the airways, difficulty breathing, wheezing, shortness of breath, lung filling and cough manifestations, which differ in the duration and intensity of breathing and manifest themselves in combination with variable airway obstruction [1]. Bronchial asthma is a heterogeneous disease that requires the identification of different phenotypes and an individual approach to therapy. However, despite the wide range of therapeutic measures, monitoring patients with bronchial asthma continues to be a challenge.

Key words: bronchial asthma, allergies, spirometry.

Мақсаты: бронх демікпесін диагностикалық тексеру әдістерінің тиімділігін талдау.

Кіріспе. Бүкіл әлемде бронх демікпесімен кем дегенде 348 миллион науқастар зардап шегеді [1]. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының дерегі бойынша 2019 жылы демікпемен ауыратындардың саны 262 миллион адамды құрап [2], аурудан 455 000 өлім тіркелсе [2], 2022 жылы 339 миллион адам бронх демікпесіне шалдыққан. Олардың 36 миллион науқаста ауыр түрі кездеседі, 605 000 адам осы дерттен қайтыс болған.

Бронх демікпесіне тән белгілер – ысқырықты сырылдар, еңтігу, кеуденің ауаға толу сезімі және жөтел. Симптомдар уақыт пен қарқындылықта өзгермелі және көбінесе түнде немесе таңертең күшейеді. Респираторлық вирустық инфекциялар, жаттығулар, аллергиялардың әсері, ауа райының өзгерісі, спецификалық емес ирританттармен байланыс бронх демікпесінің клиникалық көріністерін тудырады [3].

Ересектерде бронх демікпесін бағалау үшін бронх демікпесі бақылау тестін (Asthma Control Test – att) және бронх демікпесі симптомдарын бақылау сауалнамасын (Asthma Control Questionnaire-ACQ-5) қолдану ұсынылады [4-6].

Бронх демікпесіне күдікті барлық науқастарда тыныс алу жолдарының бітелуінің ауырлығын анықтау және бағалау үшін бастапқы зерттеу ретінде спирометрияны қолдану ұсынылады [3, 7-9].

Материалдар мен әдістер. Бронх демікпесін диагностикалау мақсатында стандартты спирометрия және қосымша аспаптық зерттеу әдістерін қарастырдық.

Зерттеу нәтижелері. Спирометрия әдісімен терең тыныс алып дем шығарған кезіндегі өкпедегі ауаның көлемін (өкпенің форсирленген өмірлік көлемі – форсированная жизненная емкость легких ФЖЕЛ), 1 секунд ішінде форсирленген тыныс шығару кезіндегі шығарылған ауаның көлемін (объем форсированного выдоха за 1 секунду-ОФВ1) анықтауға көмектеседі. Осы екі өлшемнің қатынасын анықтау (ОФВ1/ФЖЕЛ) маңызды болып саналады немесе көп жағдайда 1 секунд ішінде форсирленген тыныс шығару кезіндегі шығарылған ауаның көлемінің (ОФВ1) өкпенің өмірлік көлеміне (жизненная емкость легких-ЖЕЛ) қатынасын анықтау арқылы да бронх обструкциясының дәрежесін көрсетуге болады.

Бронх демікпесімен ауыратын барлық науқастарда обструкцияның қайтымдылық дәрежесін анықтау үшін бронхты кеңейтетін дәрілер қолдана отырып бронходилатациялық тест жүргізу ұсынылады (тыныс алу жолдарының құрылымдық аурулары туралы емдеуге арналған препараттар) [10, 11].

Бронх демікпесінің клиникалық белгілері бар науқастарда спирометрия немесе қосымша диагностикалық сынақтар жүргізуге мүмкіндік болмаған жағдайда кем дегенде 2 апта бойы орындалған тыныс шығарудың жоғары жылдамдығын бағалау үшін тыныс

шығару көлемі мен ағынын анықтауға пикфлоуметрді пайдалану ұсынылады. Пикфлоуметрия көмегімен ауа ағынының өзгермелі жылдамдығын растауға болады [8, 12, 13].

Өкпе плетизмографиясы (жалпы плетизмография) — қарқынды қолданылатын өкпенің функционалдық белсенділігін өлшеу әдісі. Оның көмегімен альвеолярлық қысымды, өкпедегі ауаның қалдық және жалпы көлемін анықтауға болады.

Соңғы жылдары тыныс шығару функциясын зерттеудің жаңа әдісі импульстік осциллометрия қолданыла бастады, бұл қарапайым және жылдам әдіс, өздігінен тыныс алу кезінде тыныс алу жолдарының өткізгіштігін бағалауға мүмкіндік береді. Бұл әдісті қолданған кезде «нұсқаулықпен дем алудың» қажеті жоқ.

Импульстік осциллометрия (ИОМ) – тыныс алуды зерттейтін диагностиканың инновациялық әдісі. Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы (ӨСОА), бронх демікпесі кезінде тыныс алудың түрін бағалайтын альтернативті тәсілдің бірі болып табылады, себебі өкпе тінінің инерциялық және эластикалық қасиетінің өзгерісін (өкпе фиброзы, гиперинфляция) анықтап, ӨСОА, бронх демікпесінің ерте диагностикалауға көмектеседі [14].

Қорытынды. Қорыта келгенде, бронх демікпесін ерте анықтауға стандартты спирографиядан бөлек импульстік осциллометрия, плетизмография өте тиімді әрі аурудың зақымдану дәрежесін анықтауға ықпал тигізеді. Бұл әдістер қарқынды түрде қолданысқа ие болса, бронх демікпесінің басталу сатысында анықтауға, ерте емдік шаралар қолдануға, сондай-ақ асқынулардың алдын алуға, өмір сүру жылы мен сапасын арттыруға септігін тигізеді.

Әдебиеттер тізімі

1. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Updated 2018. Available at: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2018/04/wms-GINA-2018-report-V1.3-002.pdf>
2. 2.Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2020;396(10258):1204-22
3. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Updated 2018. Available at: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2018/04/wms-GINA-2018-report-V1.3-002.pdf>

4. O'Byrne P.M., Reddel H.K., Eriksson G. et al. Measuring asthma control: a comparison of three classification systems. *Eur. Respir. J.* 2010; 36 (2): 269–276. DOI: 10.1183/09031936.00124009.
5. Thomas M., Kay S., Pike J. et al. The Asthma Control Test (ACT) as a predictor of GINA guideline-defined asthma control: analysis of a multinational cross-sectional survey. *Prim. Care Respir. J.* 2009; 18 (1): 41–49. DOI: 10.4104/pcrj.2009.00010.
6. Juniper E.F., Svensson K., Mörk A.C., Ståhl E. Measurement properties and interpretation of three shortened versions of the asthma control questionnaire. *Respir. Med.* 2005; 99 (5): 553–558. DOI: 10.1016/j.rmed.2004.10.008.
7. Miller M.R., Hankinson J., Brusasco V. et al. Standardisation of spirometry. *Eur. Respir. J.* 2005; 26 (2): 319–338. DOI: 10.1183/09031936.05.00034805.
8. Levy M.L., Quanjer P.H., Booker R. et al. Diagnostic spirometry in primary care: Proposed standards for general practice compliant with American Thoracic Society and European Respiratory Society recommendations. *Prim. Care Respir. J.* 2009; 18 (3): 130–147. DOI: 10.4104/pcrj.2009.00054.
9. Российское респираторное общество. Методические рекомендации по использованию метода спирометрии. М.; 2016. Доступно на: <http://www.spulmo.ru> / Russian Respiratory Society. [Guidelines for the use of spirometry methods]. Moscow; 2016. Available at: <http://www.spulmo.ru> (in Russian)
10. Pellegrino R., Viegi G., Brusasco V. et al. Interpretative strategies for lung function tests. *Eur. Respir. J.* 2005; 26 (5): 948–968. DOI: 10.1183/09031936.05.00035205.
11. Tan W.C., Vollmer W.M., Lamprecht B. et al. Worldwide patterns of bronchodilator responsiveness: results from the Burden of Obstructive Lung Disease study. *Thorax.* 2012; 67 (8): 718–726. DOI: 10.1136/thoraxjnl-2011-201445.
12. Reddel H.K., Taylor D.R., Bateman E.D. et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: Asthma control and exacerbations: standardizing endpoints for clinical asthma trials and clinical practice. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2009; 180 (1): 59–99. DOI: 10.1164/rccm.200801-060ST.
13. Beydon N., Davis S.D., Lombardi E. et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: pulmonary function testing in preschool children. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2007; 175 (12): 1304–1345. DOI: 10.1164/rccm.200605-642ST.
14. Савушкина О.И., Черняк А.В., Крюков Е.В., Зайце А.А., Неклюдова Г.В., Пашкова Т.Л., Импульсная осциллометрия в диагностике нарушении механики дыхания при

хронической обструктивной болезни легких. Пульмонология. 2020; 30 (3): 285-294.DOI:
10.18093/0869-0189-2020-30-3-285-294.

UDC 616.248-06

Makhmudov Sh.F.

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Bukhara, Uzbekistan

BRONCHOPULMONARY MANIFESTATIONS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Annotation

In this study, 86 patients with gastroesophageal reflux disease and broncho-obstructive syndrome have been thoroughly studied the degree of occurrence of broncho-obstructive syndrome depending on the type of reflux. It was found that the incidence of bronchoobstructive syndrome and the development of clinical symptoms in gastroesophageal reflux disease are accompanied by heartburn, and in patients with an alkaline reflux environment, it is found to be high in combination with the sensation of bitter taste in the mouth.

Key words: *gastroezafagel reflux disease, bronchobsructive syndrome, refluxate condition, acid condition, alkaline condition.*

Махмудов Ш.Ф.

Әбу Әли ибн Сина атындағы Бұхара мемлекеттік медицина институты, Бұхара, Өзбекстан

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬДЫ РЕФЛЮКС АУРУЫНЫҢ БРОНХОПУЛЬМОНАЛЬДЫ КӨРІНІСТЕРІ

Аннотация

Бұл зерттеуде гастроэзофагеальды рефлюкс ауруы және бронхо-обструктивті синдромы бар 86 науқас рефлюкс түріне байланысты бронхо-обструктивті синдромның пайда болу дәрежесін мұқият зерттеді. Гастроэзофагеальді рефлюкс ауруы кезінде бронхобструктивті синдромның жиілігі және клиникалық симптомдардың дамуы күйдіргішпен бірге жүретіні анықталды, ал сілтілі рефлюкс ортасы бар науқастарда ауыздағы ащы дәм сезімімен үйлесімде жоғары екендігі анықталды.

Кілт сөздер: гастроэзофагеальды рефлюкс ауруы, бронхобструктивті синдром, рефлюкс ортасы, қышқылдық орта, сілтілі орта.

Махмудов Ш.Ф.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины,
Бухара, Узбекистан

БРОНХОЛЕГОЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Аннотация

В данном исследовании у 86 пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и бронхообструктивным синдромом была тщательно изучена степень встречаемости бронхообструктивного синдрома в зависимости от вида рефлюксата. Установлено, что частота развития бронхообструктивного синдрома и развитие клинической симптоматики при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни сопровождаются изжогой, а у больных со щелочной рефлюксной средой она бывает высокой в сочетании с ощущением горечи во рту.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, бронхообструктив синдром, кислотный рефлюкс, щелочной рефлюкс

Purpose. Evaluation of the relevance of clinical signs of bronchoobstructive syndrome in gastroesophageal reflux disease depending on the reflux environment

Materials and methods. The clinical, laboratory and instrumental facts of analysis results of 86 seconded patients, which are diseased with Gastroesophageal reflux disease (GERD) and alternatively diseased with 1-2 steps of bronchobstructive syndrome (BOS) were taken for the research. From the patients 51 women and 35 men ages between 18 and 57 (medium $35 \pm 0,7$). Practically healthy 18 people haven't any complaints and objective symptoms of the somatic pathology. Taken facts are recycled used from Student's T-yardstick and diversity of $P < 0.05$ results are acknowledged as reliable.

Results and discussion. The pathology of respiration organs BOS and GERD frequency of occurring together showed the followings. When BA and GERD are diagnosed together in patients Ac.A=56,5% and Al.A=44,4% ambience refluxates, BOS and GERD of occurring together that is in patients Ac.A=56,2% and Al.A=43,7% were difned in researchs.(Difference of statistician

symbols $p < 0,05$). Obviously, index of occurring together GERD and BOS according to ambience of refluxate, which patients have acidic ambience (Ac.A) is high.

So, developing clinical symptoms and occurring degree of the BOS in the GERD in evaluation dependence calls to the A.R, patients who has Ac.A occurring together BOS is high.

List of literature

1. Шептулин А.А. Киприас В.А. «Внепищеводные» проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Рос журн гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2005; 5: С.10 -15.
2. Dent J. From 1906 to 2006 - a century of major evolution of understanding of gastro-oesophageal reflux disease. // Aliment. Pharmacol. & Therapeutics. -2006: Vol.24 (9).- P. 1269–1281.

ӨОЖ 616.37

Нарходжаев Н.С., Байдуллаев Е.Е., Сулейменов Б.Ж., Әбдиев Б.Н.

АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», ГКП на ПХВ «Городская
клиническая детская больница», Шымкент, Казахстан

БАЛАЛАРДА ҰЙҚЫ БЕЗІНІҢ ЖАРАҚАТЫНЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫ ЖӘНЕ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ ТАКТИКАСЫ ӨЗЕКТІЛІГІ

Аннотация

Ұйқы ,езінің жарақатының кездесу жиілігі, клиникалық көрінісі, сипаттамасы, мүмкін болатын асқыныстары және өлім көрсеткіштері. Ұйқы безінің жарақатының классификациясы, инструментальді диагностикасы, клиникасы және хирургиялық емдеу тактикасы.

Кілт сөздер: ұйқы безі, жарақат, панкреатит, лапаросокпия, емдеу.

Нарходжаев Н. С., Байдуллаев Е. Е., Сулейменов Б. Ж., Абдиев Б. Н.

АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», ГКП на ПХВ «Городская
клиническая детская больница», Шымкент, Казахстан

ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ АКТУАЛЬНОСТЬ

Аннотация

Частота встречаемости, клиническая картина, характеристика, возможные осложнения и показатели смертности при травмах поджелудочной железы. Классификация травм поджелудочной железы, инструментальная диагностика, клиника и тактика хирургического лечения.

Ключевые слова: *поджелудочная железа, травма, панкреатит, лапароскопия, лечение.*

Narkhodzhaev N. S., Baidullayev E. E., Suleimenov B. Zh., Abdiyev B. N.

JSC«South Kazakhstan Medical Academy», GKP on PCV "City Clinical children's clinic",
Shymkent, Kazakhstan

**RELEVANCE OF DIAGNOSIS AND TACTICS OF SURGICAL TREATMENT OF
PANCREATIC INJURY IN CHILDREN**

Annotation

Frequency of occurrence, clinical picture, characteristics, possible complications and mortality rates in pancreatic injuries. Classification of pancreatic injuries, instrumental diagnostics, clinic and tactics of surgical treatment.

Keywords: *pancreas, trauma, pancreatitis, laparoscopy, treatment.*

Қазіргі таңда елімізде балалар арасында құрсақ қуысының жабық жарақат жиілеуде, соның ішінде өмірге қауіп төндіретін ұйқы безінің жарақаты. Ұйқы безінің жарақаты жалпы жарақатар ішінде кездесі 2-3%. Ұйқы безінің жарақатын уақытылы диагностикалау кезінде туындайтын қиындықтар. Ұйқы безінің құрсақ қуысында топографиялық оранласуы ерекшеліктері. [2]. Ұйқы безі жарақатымен келген балаларда хирургиялық емдеу тактика түрі, операциядан кейінгі кезеңде организмнің функцияларын қалпына келтіру, ұйқы безі жеке және қосарланған жарақаты.

Ұйқы безінің жарақаты жайлы алғаш рет 1827жылы В.Travers сипаттап жазған, ішінен жарақат алған мәйіттің ұйқы без зақымдалуын анықтаған 1903ж.Mickulicz-Radicki ұйқы безінің жарақаты болған 45 науқасты бақылап, міндетті түрде лапаротомия гемостатикалық тігістермен және зақымдалған аймақты адекватты дренирлеу. Ұйқы безінің жарқаты кезінде летальділік жалпы 71% құрайды. [9].

Ұйқы безінің анатомиялық орналасуын ерекшелігі бойынша қосарланған жарақат түрінде кездеседі. Асқыныс ретінде жарақаттан кейінгі панкреатит, құрсақ қуысы артқы

кеңістік зақымдалуы. Летальділік 50% негізгі себептеріне аррозивті қан кету, полиорганды бұзылыстар, сепсис, панкреонекроз алып келеді.

J. Majeski и G. Tyler [2,5] бойынша ұйқы безінің жабық жарақатын 4 дәрежесі анықтаған:: 1) вирсунгов түтігінің зақымдалуынсыз ұйқы безінің соғылуы. 2) дистальды жарақат, жыртылу он екі елі ішек зақымдалуынсыз. 3) ұйқы безінің басының зақымдалуымен жарақаты; 4) ауыр панкреатодуоденальді жарақат. [1,3,9].

А.Д. Толстого бойынша классификациясы ашық жабық, жеке және қосарланған жарақаттар, ұйқы безінде жарақат орналасу жеріне байланысты. (басы, денесі құйрығы) [4, 25].

Клиникалық қолдануға S. Smego et al. (1985), емдеу тактикасын дифференцилеуге тиімді болып табылады. Автор бойынша ұйқы безінің зақымдалуының 4 дәрежесі бар: 1 дәрежесі – без соғылуы, подкапсулярлы гематома, паренхима зақымдалуынсыз. 2 дәрежесі – Вирсунгов түтік бұзылмай, ұйқы безінің паренхимасы зақымдалуы. 3 дәрежесі – ұйқы безінің паренхимасының Вирсунгов түтігімен бірге зақымдалуы. 3 дәрежесі – ұйқы безінің толықтау ауқымды жарақаты[42].

Ұйқы безінің жекелеген жарақатын диагностикалау қиындықтар туындатады, 5-10% жағдайда мүмкін болады. [1, 12, 21, 3] Көптеген авторлар бойынша жарақат механизміне қарай, эпигастрий аймағына тікелей соққы болғанда ұйқы безінің жарақата жиі кездеседі. [20, 21].

Диагностикалау кезінде науқастар жиі қосарланған политравмалармен түседі анамнез жинау кезінде науқас санасы айқын болмайды[16, 24]. Кейде эпигастри аймағы ауырсынуынан кейін ауырсыну азаю кезеңі туындап, дәрігерлер диагностика жасау қиыншылықтар туындатады. Кейінен жарақаттан кейінгі панкреатит пен перитонитке алып келуі мүмкін.

Қазіргі уақытта іштің зақымдануын диагностикалаудың жалпы қабылданған тактикасы, жабық жарақат кезінде, бір-бірін толықтыратын аспаптық зерттеу әдістерін кешенді қолдану болып табылады[11,16].

Ұйқы безінің зақымдануын диагностикалауда тиімді әдісі лапароскопия болып табылады. Арнайы хирургиялық құралдарды қолдана отырып, видеолапароскопияны енгізу диагностикалық нәтижелерді жақсартып қана қоймайды, сонымен қатар жедел аурулар мен жарақаттарды хирургиялық емдеуге мүмкіндік береді, емделу уақытын қысқартады және жарақаттанған лапаротомиядан кейінгі асқыныстарды азайтады. [4,9,13].

Мақсаты.

Ғылыми зерттеудің негізгі мақсаты – балалардағы кездесетін ұйқы безінің жарақаты кезінде негізгі диагностикалу әдістері, шұғыл хирургиялық көмек көрсету және заманау операция түрлері.

Зерттеу материалдары мен әдістері. Бұл мақалада ұйқы безінің оқшауланған жарақатының клиникалық жағдайын сипаттайды. Диагноз ультрадыбыстық, клиникалық көріністер және диагностикалық лапароскопия деректері негізінде жасалады. [16,18].

Зерттеу нәтижелері:

Қыз бала А., 5 жасар 04.10.2023ж. Шымкент қалалық балалар ауруханасына жедел жәрдеммен жеткізіледі. Қабылдау бөлімінде дәрігерлер қарап, ЖҚА гемоглобин 122г/л; лейкоцитоз 11,2/л; СОЭ 17мм/ч, балаға тазалау клизмасын жасап, балада жедел аппендицит белгілері оң болғандықтан хирургия бөліміне госпитализацияланды. Түскен кездегі шағымдары: анасының айтуынша ішінің ауырсынуына, үлкен дәретінің болмауына, бір рет құсуына, жалпы әлсіздікке.

Анамнезінде: 04.10.2023ж таңертең 8:00 бастап қызы ішінің ауырсынуына шағымданған, дәрі-дәрімек қабылдамаған, медициналық көмекке жүгінбеген. Іш қуысына жарақат алмаған. Объективті жағдайы:

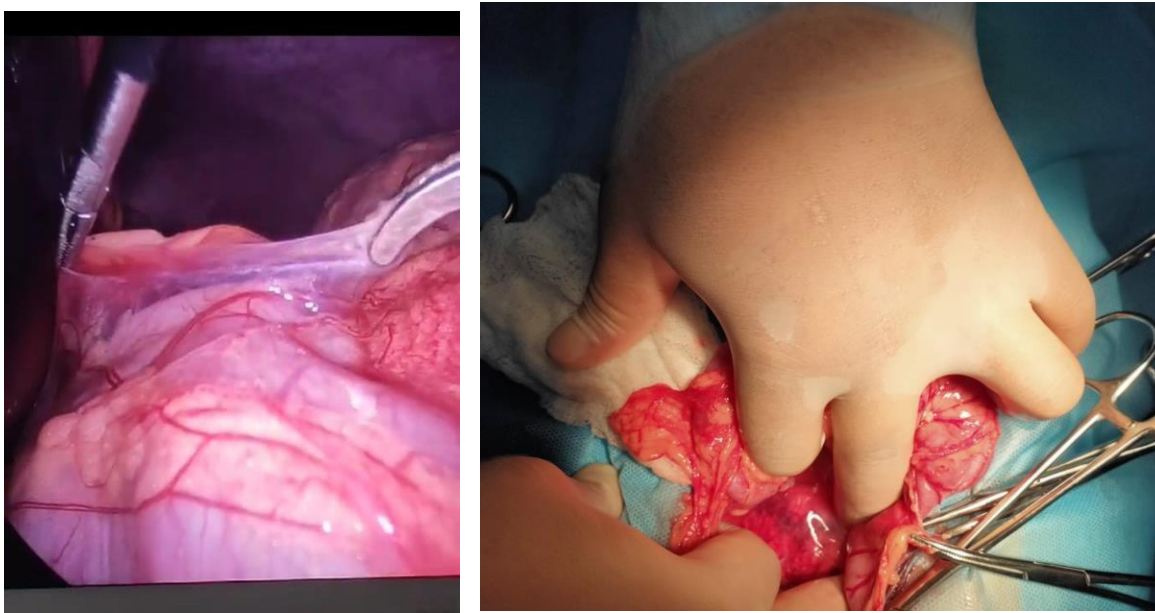
ЖСЖ - 106 соққы минутына, ТАЖ - 28 рет минутына, АҚ - 90/60 мм.сын.бағ. Температурасы - 36,8 С.

Жалпы жағдайы орташа ауыр дәрежелі интоксикация және ауырсыну белгілеріне байланысты. Тері және көзге көрінетін кілегей қабаты әдеттегі түсте. Патологиялық бөртпелер жоқ. Тілі таза, құрғақ. Іші сопақ пішінді, тыныс алу актына екі жақты симметриялы қатысады, Пальпацияда іші қатайған, оң жақ мықын аймағы ауырсынады. Бауыр мен көкбауыр ұлғаймаған, ауырсынусыз. Ішастар тітіркендіру белгісі оң мәнді. Щеткина-Блюмберга, Ситковского, Ровзинга, симптомдары оң мәнді. Аскультацияда ішек перистальтикасы қанағаттанарлық. Желі шығуда. Үлкен дәреті қалыпты.

Алғашқы болжамды диагноз: жедел аппендицит. науқас операция алды дайындақтан кейін, анестезиолог дәрігерлері тексеріп, ата-анасының келісімінен кейін операцияға алынады.

Жасалынған операция: Лапароскопия. Жоғарғы ортаңғы лапаротомия, ұйқы безінің марсипуализациясы. Санация. Кіші шарбы қуысын және құрсақ қуысын дренаждау.

Операциядан кейінгі клиникалық диагноз: Ұйқы безінің гематомасы мен соғылуы. Гемоперитонеум.



Сурет 1 - Ұйқы безінің гематомасы мен соғылуы

Операциядан кейінге емдеу жоспары: Антибиотик 2-топ. Аурысынуды адекватты басу. Инфузионды терапия. Протеолиз ингибиторы Гордокс 100 000 КИЕ/10 мл №10 Сандостатин (октреотид 1мл п/к 2р/д №13) – ұйық безіне жасалған отадан көрсеткіштер бойынша кейін тағайындалатын. [42].

Пациент операциядан кейін жансақтау бөлімінде қарқынды емді 48 сағат қабылдады. Жағдайы тұрақталып кейінен хирургия бөліміне ауыстырылды, екі апта хирургия бөлімінде ем қабылдап, қанағатанарлық жағдайда үйіне шығарылады.

Қорытынды

Ұйқы безінің жарақаты сирек зақымданулардың бірі, бірақ айтарлықтай летальділікпен және ауыр асқынулардың дамуымен сипатталады. Ерте диагностика қиындық туғызады, өйткені жарақаттан кейінгі алғашқы сағаттарда клиникалық көріністер, зертханалық көрсеткіштер нақты емес болады, және бала жаста жарақат алу анамез жинауда қиыншылықтар туындайды.

Ұйқы безінің жабық жарақаты сирек кездесуі, балалар хирургиясында елімізде гепатобилиарлы хирургия тек арнайыландырылған орталықтарда дамуы, ал жарақат кезінде шұғыл хирургиялық көмек дұрыс ұйымдастыру, ұйқы безінің жарақат дәрежесіне байланысты хирургиялық тактика мен науқас емдеу тактикасын хирург дәрігер таңдайды. Отадан кейінгі жағдайда ұйқы безінің, өт жолдары және он екі елі ішектің ауқымды зақымдалуының күрделі асқыныстары, жоғарғы летальділік

Осылайша, қазіргі кезеңде хирургтардың көпшілігі ұйқы безінің зақымдануынан зардап шеккендерді хирургиялық емдеу әдісі сараланған болуы керек деп санайды, хирургиялық тактиканың нақты түрі әлі дәрігерлер арасында талқылануда.

Әдебиеттер тізімі

1. Абакумов М.М., Лебедев Н.В., Малярчук В.И. Диагностика и лечение повреждений живота // Хирургия. – 2001. – №6. – С. 24-28.
2. Махаду А. Р., Поддубный И. В. Результаты применения аппаратных анастомозов в детской хирургии. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2017;12(2):135-137
3. Брюсов П.Г., Ефименко Н.А., Розанов В.Е. Оказание специализированной хирургической помощи при тяжелой механической сочетанной травме // Вестн.хирургии. – 2001. – №1. – С. 43-46.
4. Комиссаров И. А., Денисов А. А., Ялфимов А. Н. Эволюция диагностики и методов лечения закрытых изолированных повреждений селезёнки у детей. Вестник хирургии им. И. И. Грекова. 2010;1:85-85. 309 с.
5. Веронский Г.И., Штофин С.Г. Лечение полных разрывов поджелудочной железы и их осложнений // Хирургия. – 1999. – №4. – С. 36-39.
6. Группель Г.Г., Лазарь А.М., Тарабарин С.А. Диагностическая лапароскопия при повреждениях живота // Хирургия. – 1997. — №6. – С. 26-29.
7. Гуманенко Е.К., Сингаевский А.Б., СВ. Гаврилин и др. Проблемы догоспитальной помощи при тяжелой сочетанной травме // Вестн. хирургии. – 2003. – №4. – С.43-48.
8. Данилов М.Ф., Федоров В.Ф. Хирургия поджелудочной железы. – М: Медицина, 1995. – 510 с.
9. Бабич И. И., Шилов Г. Л. Способ лечения повреждений дистальной части поджелудочной железы. XVIII Конгресс педиатров России с международным участием. III Всероссийская конференция «Неотложная детская хирургия и травматология»: Сборник материалов. Москва. 2015;2:314.
10. Ерамишанцев А.К., Молитвословов А.Б., Филин А.В. Травматические повреждения поджелудочной железы // Хирургия. – 1994. – №4. – С. 13-17.
11. П.Иванов П.А., Гришин А.В., Корнеев Д.А. и др. Повреждения органов панкреатодуоденальной зоны // Хирургия. – 2003. – №12. – С.39-43.

12. Кононов А.Г., Сотниченко Б.А., Макаров Н.И. и др. Хирургическое лечение изолированных повреждений поджелудочной железы // Вестн. хирургии. – 1990. – №5. – С. 70-72.
13. Королев М.П.,
Кутушев Ф.Х., Уракчиев Ш.К. и др. Хирургическая тактика при повреждениях поджелудочной железы // Вестн. хирургии. – 2000. – №3. – С. 40-44.
14. Кулаженков С.А., Федоров В.Н. Повреждения поджелудочной железы // Хирургия. – 1992. – №1. – С.51-57.
15. Лебедев Н.В., Абакумов М.М., Малярчук В.И. Диагностика повреждений живота при сочетанной травме // Хирургия. – 2002. – №12. – С. 53-57.
16. Лубенский Ю.М., Нихинсон Р.А., Гульман М.И. Повреждения поджелудочной железы // Красноярск: изд-во КГУ, 1983. – 186 с.
17. Молитвословов А.Б. Хирургическое лечение травмы поджелудочной железы: автореф. дис. д-ра мед. наук. – М., 1994. – 45 с.
18. Молитвословов А.Б., Бокарев М.И., Мамонтов Р.Е. и др. Диагностика повреждений живота при сочетанной травме // Хирургия. – 2002. – №9. – С. 22-26.
19. Мухиддинов Н.Д. Диагностика и хирургическая тактика при травмах гепатопанкреатодуоденальной зоны: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 2008. – 36 с.
20. Рогов М.Г. Хирургическая тактика у больных с повреждениями поджелудочной железы, осложненными острым панкреатитом: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Красноярск, 2005. – 23 с.
21. Хальзов А.В. Сравнительная оценка эффективности различных способов хирургического лечения больных с полным поперечным разрывом поджелудочной железы: автореф. дис. канд. мед. наук. – Новосибирск, 2003. – 18 с.
22. Хальзов В.Л. Диагностика, хирургическая тактика и лечение больных с повреждениями поджелудочной железы: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Новосибирск, 1996. – 41 с.
23. Швецов Р.В. Повреждения поджелудочной железы и посттравматический

панкреатит: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ярославль, 2003. – 21 с.

27. Arcovitz M.S., Jonhson N., Garsia V.F. Pancreatic trauma in children: Mechanisms of injury // J. Trauma-Injury Infection & Critical Care. – 1999. – №1. – P.49-53.

28. Beger H.G., Matsuno S., Cameron J.L. Diseases of the Pancreas: Current, Surgical, Therapy. – Berlin: Heidelberg, 2008. – 949 p.

УДК 616-7

Файзахматова Н.Х., Оспанов Д.Т.

АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», Шымкент, Казахстан

ДИАГНОСТИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ. НЕЙРОСОНОГРАФИЯ

Аннотация

Один из молодых наук педиатрия его начали изучать в первой половине XIX в. , то неонатология — в XX в. Сам термин неонатолог ввел американский ученый Александром Шаффером в 1960 г он же сам педиатр . Само термин педиатрия от греческого имеет значения *païs, paidos* ребенок *iatreia* лечение , то есть лечение выздоровления детей . Анатомически и физиологически тело детей оно отличается от взрослых . Так как дети растущий организм у них идет не до развитость систем в организме в коком те роде торможения . Но это нельзя считать патологией. Неонтология раздел педиатрии который выхаживает , диагностирующих болезней и лечения новорожденных . Новорожденным называют детей с рождения до 28 дней жизни . Как я уже было упомянута в начале у детей есть особенности , так как у них организм не развился , но могут и быть пороки патологии которые вызванные разными факторами . Одним широко распространённых патологий является неврологические болезни . Причинами могут быть мультифакториальные факторы иле же наследственное предрасположенность .

Для выявления и профилактики используют методы как :

- Рентгенография
- Магнитно- разностное томография
- Компьютерная томография

- Нейросонография (широко используется для выявления патологии у детей возрасте до года)

Ключевые слова: нейросонография, педиатрия ,неонатология , головной мозг , роднички , медиагель.

Файзахматова Н.Х., Оспанов Д.Т.

«Оңтүстік Қазақстан медициналық академиясы» АҚ, Шымкент, Қазақстан

ЖАҢА ТУЫЛҒАН НӘРЕСТЕЛЕРДЕГІ НЕВРОЛОГИЯЛЫҚ АУРУЛАРДЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫ. НЕЙРОСОНОГРАФИЯ

Аннотация

Жас ғылымдардың бірі педиатрия оны XIX ғасырдың бірінші жартысында зерттей бастады, неонатология — XX ғасырда. неонатолог терминін американдық ғалым Александр Шаффер 1960 жылы педиатрдың өзі енгізген. Педиатрия терминінің өзі грек тілінен аударғанда *país, paidos* бала *iatreia* емдеу , яғни балалардың қалпына келуін емдеу . Анатомиялық және физиологиялық тұрғыдан балалардың денесі ол ересектерден ерекшеленеді . Себебі балалар денені араластырады олардың денесінде жүйелердің дамуы жақсы емес коком сол тежеу түрлері . Бірақ бұл патология деп санауға болмайды. Неонатология бөлімі педиатрия ол күтім жасайды, диагностикалық аурулар және жаңа туған нәрестелерді емдеу . Жаңа туған нәрестелер туылғаннан бастап өмірдің 28 күніне дейінгі балалар деп аталады . Басында айтқанымдай, балалардың ерекшеліктері бар, өйткені олардың денесі дамымаған, бірақ ақаулар болуы мүмкін патологтар бұл әртүрлі факторлардан туындаған . Кең таралған патологиялардың бірі-неврологиялық аурулар . Себептер болуы мүмкін мультифактериялық факторлар немесе тұқым қуалайтын бейімділік .

Анықтау және алдын алу үшін келесі әдістер қолданылады :

- Рентгенография
- Магниттік айырмашылық томографиясы
- Компьютерлік томография
- Нейросонография (бір жасқа дейінгі балаларда патологияны анықтау үшін кеңінен қолданылады)

Кілт сөздер: нейросонография, педиатрия, неонатология, бас ми, енбектері, медиагель.

Faizakhmatova N.H., Ospanov D.T.

JSC «South Kazakhstan Medical Academy», Shymkent, Kazakhstan

DIAGNOSIS OF NEUROLOGICAL DISEASES IN NEWBORNS. NEUROSONOGRAPHY

Annotation

One of the young sciences of pediatrics began to study it in the first half of the XIX century , then neonatology — in the XX century . The term neonatologist was introduced by the American scientist Alexander Shaffer in 1960 , he is a pediatrician himself . The very term pediatrics from Greek has the meanings pais, paidos child iatreia treatment, that is , the treatment of the recovery of children. Anatomically and physiologically , the body of children is different from adults . Since children grow the body , they do not have the development of systems in the body in some kind of inhibition . But this cannot be considered a pathology. Neonatology is a section of pediatrics that nurses , diagnoses diseases and treats newborns . Newborns are called children from birth to 28 days of life . As I mentioned at the beginning , children have special features , since their body has not developed , but there may be pathological defects that are caused by various factors . One of the widespread pathologies is neurological diseases . The reasons may be multifactorial factors or hereditary predisposition .

For detection and prevention, methods such as :

- Radiography*
- Magnetic difference tomography*
- Computed tomography*
- Neurosonography (widely used to detect pathology in children under one year of age)*

Keywords: *neurosonography, pediatrics, neonatology, brain, fontanelles , mediagel*

Неврологические болезни они возникают при нарушении работы центральной или периферической нервной системы . Причины возникновения неврологических болезней могут быть :

- наследственным
- недоразвития в внутри утробе
- кислородное голодания во время внутриутробного развития
- сложные роды
- преждевременные роды и др.

При возникновении неврологических болезней у новорожденного можно выявить по таким симптомам как :

- гипертонус мышц (это когда мышцы сокращаются постоянная даже во время покоя)
- гиперчувствительность
- гипервозбудимость
- непроизвольное и ритмическое колебания конечностей
- нарушения сна
- периодические судороги и др.

С помощью этих симптомов неонатолог при первом же обследовании после рождения новорожденного может выявить патологии . Для полной картины младенца нужно снять МРТ или КТ, однако более эффективных и более безопасным методом является нейросонография, если речь идет о диагностике головного мозга . Если проще, это УЗИ головного мозга . Нейросонографию делают обычно детям до 1 года жизни , причиной тому являются анатомические особенности детей . Как уже ранее было указано у новорожденных в целом организм отличается от взрослого, причина в том, что у них организм еще в процессе развития.

Если вы помните в 1 курсе, когда мы проходили череп у новорожденного после рождения, он отличается от взрослого . Отличие в том, что он имеет роднички (fonticuli). У новорожденного может быть 6 родничков:

- передний родничок (fonticulus anterior) имеет ромбовидную форму, находится в передней части черепа, закрывается к 1-2 году жизни .

- задний родничок (fonticulus posterior) имеет треугольную форму, находится в задней части черепа, закрывается к 2 месяцам жизни .

- передние боковые роднички (fonticulus sphenoidalis) являются парными, находятся рядом с клиновидной костью и также могут называться клиновидными родничками . Закрываются к 2-3 месяцам жизни .

- задние боковые роднички (fonticulus mastoideus) являются парными, находятся между чешуйчатой костью теменной кости и основанием пирамиды височной кости, также могут называться сосцевидными родничками . Закрываются к 2-3 месяцам жизни .

С помощью этих родничков младенцу можно сделать нейросонографию . При закрытии этих родничков этот метод не используется . Нейросонография — ультразвуковое исследование головного мозга ребенка относится к медицинскому скринингу, который подразумевает под собой массовое профилактическое обследование детей . Ультразвуковое

исследование головного мозга (нейросонография) является доступным, высокоэффективным, безболезненным и абсолютно безвредным методом, который благодаря высокоточной диагностической аппаратуре экспертного класса позволяет достоверно оценить состояние нервной системы ребенка. Этот метод начал свое развития с 1980-1990 годов . Метод сам не требует особых подготовок , его можно проводит даже если младенец спит . Доктор или врач гель (медигель) и аккуратно с осторожностью наносит на голову а точнее на большой родничок младенца. После с такой же аккуратностью водит датчик , и следит за монитором в котором уже отражается картина головного мозга .

Показания для нейросонографии :

- для профилактики
- преждевременное рождения
- трудные роды
- симптомы или правления патологии со стороны нервной системы
- деформация головного или лица
- для полного повреждения неврологических диагнозов и др.

При помощи нейросонографии диагностируются такие патологии так:

- повышение внутричерепного давления и гидроцефалия;
- врожденные пороки развития (аномалия Денди-Уокера, аномалия Арнольда-Киари, порэнцефалия и другие);
- опухоли и кисты;
- осложнения при инфекциях и травмах (церебральный абсцесс, субдуральная гигрома);
- кровоизлияния, аневризмы;
- ишемия головного мозга, и другие.

Нейросонография показывает нам полностью головной мозг его желудочки его слои находящиеся сосуды и кровоток , этот метод еще широко используется при диагностики заболевания вызванным эндокринными органами как гипофиз и эпифиз нюхавшиеся в в головном мозге . При проведении этого метода врач должен быть очень сосредоточенным и внимательным , врач он оценивает форму и размер органов находящейся в головном мозге .

Нормой считается :

- отсутствия жидкости между правым и левыми полушариями
- борозды и извилины должны быть четко выражены
- желудочках мозга должны быть наполнены жидкостью и не должны быть расширенными и четкое должны выражены границы

- четкое выражения ножек мозга

- хорошо различима пульсирующая базилярная артерия

-Размеры структур мозга должны лежать в определённых диапазонах:

тела боковых желудочков — до 4 мм;

щель между полушариями мозга — от 3 до 4 мм;

передние рога боковых желудочков — до 2 мм (если исследование проводится в возрасте 1 месяц), задние рога — от 10 до 15 мм;

большая цистерна мозга — до 10 мм;

третий желудочек — от 3 до 5 мм;

четвёртый желудочек — до 4 мм;

субарахноидальное пространство — приблизительно 3 мм.

При изменении одно из этих отделов мозга приводить разным заболеванием и патологиям со стороны нервной системы. Например изменения размеров желудочков мозга приводит к гидроцефалии. Гидроцефалия – это состояния характеризующимся избытком ликвора (спинномозговой жидкости) , это и объясняет уличения размеров желудочков .

В заключении хочу сказать что это метод позволяет диагностировать проявлять патологии и начать лечение во время . Хочу подчеркнуть что это метод боле безопаснее и чем другие перечисленные в начале для детского организма . Ведь организм детей отличается от организма взрослого своей хрупкостью причиной которой является что детский организм все еще в процессе развития , тем более организм новорожденных . Чтобы не навредит хрупкому организму новорождённого лучше использовать неросонографию . Я думаю этот метод боле эффективнее и безопаснее для диагностики неврологических болезней у детей .

Список литературы

1. Шабалов Н.П. Неонатология : Учебн. пособие : В 2 т. / Н.П.Шабалов. — Т. I. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : МЕДпресс-информ, 2004. — 608 с. : илл. ISBN 598322-032-2 (т. 1) ISBN 598322-031-4
2. Привес М.Г., Лысенко Н.К., Бушкович В.И. - Анатомия человека. Год издания: 1985
3. Е.Б. Ольхова КЛИНИЧЕСКИЕ НОРМЫ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ПЕДИАТРИИ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ 2021г.
4. Гидроцефалия : учебное пособие / А.И. Мидленко, О.Г. Семенов, М.А. Мидленко, С.Ю. Рябов, Е.Ю. Котова. – Ульяновск : УлГУ, 2015. – 67 с.

ӘОЖ 616.9-036.3

Бухарбаев Е.Б., Баяхметова М.М., Абуова Г.Н.

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ, Шымкент, Қазақстан

ҚАЗАҚСТАННЫҢ ОҢТҮСТІК Өңірлерінде Эмердженттік Табиғи- Ошақты Инфекциялардың алдын алу туралы эпидемиологтардың ХАБАРДАР БОЛУЫН БАҒАЛАУ

Аннотация

Осы мақалада эмердженттік табиғи-ошақты инфекцияларға эпидемиологиялық қадағалауды жүзеге асырудың қазіргі заманғы ұйымдастырылуы мен практикасының принципті теориялық және әдістемелік мәселелері қаралды. Табиғи-ошақты инфекциялар жағдайының өзгеруін және адамдардың олармен байланыс қарқындылығын бақылаудың нақты бағдарламасын дайындау қажеттілігі туралы қорытынды жасалды.

Эмердженттік табиғи-ошақты инфекциялардың алдын алу бойынша эпидемиологтардың хабардарлығын анықтау үшін жүргізілген сауалнама көптеген эпидемиологтар, санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау ұйымдарында жұмыс істейтін мамандар үшін таптырмас ақпарат болып табылады.

Эмердженттік табиғи-ошақты инфекциялардың алдын алу шараларын ұйымдастыруға, математикалық модельдеу жұмыстарын ұйымдастыруға, эпидемиологиялық таралу көрсеткіштерін анықтауға және алдын алуға мүмкіндік береді.

Кілт сөздер: эпидемиология, пайда болу, табиғи ошақ, эпидемиялық процесс, эпидемиологиялық қадағалау.

Бухарбаев Е.Б., Баяхметова М.М., Абуова Г.Н.

АО «Южно-Казахстанская академия медицины», Шымкент, Казахстан

ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГОВ О ПРОФИЛАКТИКЕ ЭМЕРДЖЕНТНЫХ ПРИРОДНО-ОЧАГОВЫХ ИНФЕКЦИЙ В ЮЖНЫХ РЕГИОНАХ КАЗАХСТАНА

Аннотация

Рассмотрены принципиальные теоретические и методические вопросы современной организации и практики осуществления эпидемиологического надзора за эмерджентными

X международная научная конференция молодых ученых и студентов «Перспективы развития биологии, медицины и фармации»

природно-очаговыми инфекциями. Сделано заключение о необходимости подготовки реалистичной программы наблюдений за изменением состояния природно-очаговых инфекций и интенсивности контакта людей с ними.

Опросник, проведенный для определения осведомленности эпидемиологов по профилактике эмерджентных природно-очаговых инфекций, является незаменимой информацией для многих эпидемиологов, специалистов, работающих в организациях санитарно-эпидемиологического надзора.

Эмерджентность позволяет организовывать мероприятия по профилактике природно-очаговых инфекций, организовывать работы по математическому моделированию, определять и предупреждать показатели эпидемиологической распространенности.

Ключевые слова: *эпидемиология, эмерджентность, природный очаг, эпидемический процесс, эпидемиологический надзор.*

Bukharbayev Y.B., Bayakhmetova M.M., Abuova G.N.

JSC «South Kazakhstan Medical Academy», Shymkent, Kazakhstan

ASSESSMENT OF EPIDEMIOLOGISTS' AWARENESS OF PREVENTION OF EMERGENT NATURAL FOCAL INFECTIONS IN SOUTHERN REGIONS OF KAZAKHSTAN

Annotation

The principal theoretical and methodological issues of modern organisation and practice of epidemiological surveillance of emergent natural focal infections are considered. It is concluded that it is necessary to prepare a realistic surveillance programme for changes in the status of natural focal infections and the intensity of human contact with them.

The questionnaire conducted to determine the awareness of epidemiologists on the prevention of emergent natural focal infections is indispensable information for many epidemiologists, specialists working in sanitary and epidemiological surveillance organisations.

Emergent allows to organise measures on prevention of natural-focal infections, to organise works on mathematical modelling, to determine and prevent indicators of epidemiological prevalence.

Key words: *epidemiology, emergent, natural foci, epidemic process, epidemiological surveillance.*

Кіріспе. Бүгінгі күні Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының мәліметі бойынша, эмердженттік инфекциялар бойынша әлемдегі эпидемиологиялық жағдай шиеленісті болып қала береді. Мысалы, 2020 жылы әлемде тырысқақтың 300 жағдайы, 500 – ден астам Конго-Қырым геморрагиялық қызбасы (ККГҚ, 40 өлімге әкелетін), 100 – оба, 200 – сібір жарасы, сары безгектің көптеген жағдайлары тіркелді [1].

Табиғи фокальды аурулардың ішінде қан соратын жәндіктер – кенелер (кене энцефалиті, кене боррелиозы немесе Лайма ауруы, Кене риккетсиозы және кене зооантропонозының басқа инфекциялары) негізгі берілу механизмдері болып табылатын аурулар тобы ерекшеленеді. Бұл аурулар көптеген елдерде кездесетін кең ауқыммен сипатталады. Көбінесе бұл аурулар эпидемиологиялық қауіп тудыруы мүмкін [2].

Қазақстан аумағының кеңдігі, географиялық және ауа-райы-климаттық факторлардың, жануарлар мен өсімдіктердің алуан түрлілігі паразиттік және жұқпалы аурулардың табиғи ошақтарын қалыптастыру үшін қолайлы орта болып табылады [3]. Қазақстанда Ку қызбасы, Конго-Қырым геморрагиялық қызбасы, бүйрек синдромы бар геморрагиялық қызба және риккетсиоздар сияқты пайда болған инфекциялардың табиғи ошақтары айтарлықтай аумақты алып жатыр [4].

Қазақстан Республикасының жалпы аумағынан пайда болған инфекциялардың табиғи ошақтарына шамамен 30 % келеді, бұл 1 млн шаршы шақырымнан асады (негізінен батыс және Оңтүстік Қазақстан өңірлері) [5].

Риккетсияның табиғи ошақтары Түркістан және Маңғыстау облыстарынан басқа Қазақстанның барлық дерлік облыстарында орналасқан. Конго-Қырым геморрагиялық қызбасы ауруының қоздырғышы үшін Оңтүстік Қазақстанның өңірлері (Жамбыл, Қызылорда, Түркістан облыстары), бүйрек синдромы бар геморрагиялық қызба (БСГҚ) үшін – Батыс Қазақстан облысы эндемик болып табылады [6].

Сонымен қатар, пайда болған инфекциялардың табиғи ошақтары көрші мемлекеттердің аумағында (Өзбекстан Республикасы, Қырғыз Республикасы, Ресей Федерациясы, ҚХР) бар, бұл шекара маңындағы аумақтардан ауру жануарларды әкелуге жол бермеу бойынша қосымша іс-шаралар жүргізуді талап етеді [7].

Қазіргі уақытта пайда болған табиғи фокальды инфекциялар өте қарқынды. Шымкент қаласының аумағында пайда болған табиғи-ошақты инфекциялардың ішінен Ку-қызбасы, Конго-Қырым геморрагиялық қызбасы, риккетсиоз сияқты аурулардың табиғи ошақтары пайда болды. Соңғы жылдары бұл аурулардың саны артып келеді, осыған байланысты медициналық мекемеде жұмыс істейтін эпидемиолог-мамандардың инфекциялары туралы

білімдерін толықтыру қажет. Қазіргі уақытта Шымкент қаласы бойынша барлық медициналық мекемелерде пайда болған табиғи-ошақты инфекциялар туралы маман-эпидемиологтардың алдын алу шаралары туралы пікірін, түсінігін, таралу жиілігін, білімін анықтау мақсатында онлайн форматта сауалнама жүргізілді. Сұхбат онлайн форматта, жасырын (күпия) жүргізілді.

Әдістер мен материалдар: бұл сауалнама Шымкент қаласында эмердженттік табиғи-ошақты инфекциялардың алдын алу бойынша эпидемиологтардың қазіргі білімі мен хабардарлығын анықтау үшін әзірленген. Онлайн платформа (Google Forms) сауалнама жүргізу үшін пайдаланылды

Сауалнама элементтері. Үш сарапшы тұжырымдамаларды нақтылау және мазмұнның дұрыстығын қамтамасыз ету үшін талқылаудың үш кезеңінде мәселелерді қарастырды. Үшінші кезең нақты көрініс алу үшін онлайн форманы жалған толтыруды қамтыды. Аяқтағаннан кейін сауалнама 20 сұрақты қамтыды. Сауалнаманың бірінші бөлігі (Q1–Q5) демографиялық сипаттамаларды жинау үшін пайдаланылды (жас, жыныс) бір жауапты таңдау керек болды, сонымен қатар респонденттердің бастапқы сипаттамалары (жұмыс өтілі және жұмыс орнының түрі) тек сандық мәнді енгізу қажет болды. Сауалнаманың екінші бөлімі (Q6–Q10) жалпы білім мен аурудың эпидемиологиясына бағытталған. Соңында, сауалнаманың үшінші және соңғы бөлігі (Q11–Q20) эмердженттік табиғи ошақты инфекциялардың белгілеріне, дифференциалды диагностикасына және алдын алуға арналды, сұрақтар бірнеше таңдау болды. Респонденттер жіберілгенге дейін жауаптарын өзгерте алады, бірақ кейін өзгертуге рұқсат жоқ.

Сұрыптау стратегиясы және құпиялылық. Біз ыңғайлы іріктеу стратегиясын қолдандық. Сауалнама әлеуметтік желі арқылы 2023 жылдың 25 қаңтары мен 2023 жылдың 23 ақпаны аралығында Whatsapp чаттарға таратылды. Респонденттер анонимді болды және әр қатысушыдан бір ғана жауап қабылданды.

Статистикалық талдау. Деректердің қалыптылығы Шапиро-Уилк сынағы арқылы тексерілді. Негізінен сипаттамалық статистика ұсынылған. Графикалық көріністерді құру үшін Microsoft Excel қолданылды. Хи-квадрат тесттері топтар арасындағы жауаптарды салыстыру үшін қолданылды.

Нәтижелер $P < 0,05$ мәнінде маңызды болып саналды. Статистикалық талдау Microsoft Excel көмегімен де жүргізілді.

Нәтижелер және талқылау. Сауалнамаға Шымкент қаласынан 180 респондент, яғни эпидемиологтар қатысты. Респонденттердің гендерлік құрамына сәйкес келесі нәтижелер анықталды: әйелдер-142 (78,9%) және ерлер – 38 (21,1%) (кесте 1).

Респонденттердің жас ерекшеліктері бойынша 23-30 жас 83 адам (46,1%), 31-40 жас – 56 адам (31,1%), 41-50 жас – 15 адам (8,3%), 51-60 Жас – 17 адам (9,4%), 61 жас және одан жоғары – 9 адам (5,0%) (кесте 1).

Респонденттердің жұмыс орны бойынша нәтижелер: ауруханада – 58 адам (32,2%), диспансерде – 3 адам (1,7%), медициналық орталықта – 44 адам (24,4%), емханада – 42 адам (23,3%), қоғамдық денсаулық сақтау басқармасында – 32 адам (17,8%) (кесте 1).

Эпидемиологтардың жұмыс өтілі бойынша нәтижелер: 3-5 жыл – 74 адам (41,1%), 6-10 жыл – 45 адам (25,0%), 11-15 жыл – 20 адам (11,1%), 16-20 жыл – 7 адам (3,9%), 20 және одан жоғары – 34 адам (18,9%) (кесте 1).

Тұрғылықты жері бойынша нәтижелері: қала-89 адам (49,4%), мегаполис – 75 (41,7%), ауыл – 16 адам (8,9%) (кесте 1).

Таблица 1. Респонденттердің паспорттық мәліметтері

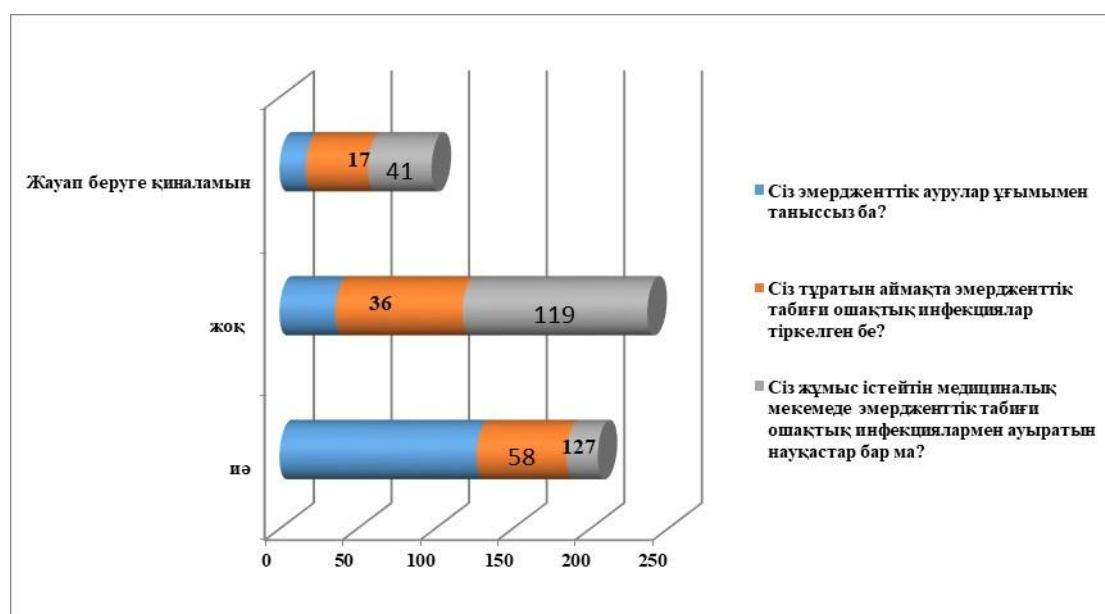
№	Сұрақтар	Нәтижелері	
1	Респонденттердің гендерлік ерекшеліктері	әйелдер	142 (78,9%)
		ерлер	38 (21,1%)
2	Респонденттердің жас ерекшеліктері	23-30 жас -	83 адам (46,1%)
		31-40 жас –	56 адам (31,1%)
		41-50 жас –	15 адам (8,3%)
		51-60 жас –	17 адам (9,4%)
		61 жас және жоғары –	9 адам (5,0%)
3	Респонденттердің жұмыс орны	ауруханада –	58 адам (32,2%)
		диспансерде –	3 адам (1,7%)
		медициналық орталықта –	44 адам (24,4%)
		поликлиникада –	42 адам (23,3%)
		қоғамдық денсаулық сақтау басқармасында –	32 адам (17,8%)
4	Респонденттердің жұмыс өтілі	3-5 жыл –	74 адам (41,1%)
		6-10 жыл –	45 адам (25,0%)
		11-15 жыл –	20 адам (11,1%)
		16-20 жыл –	7 адам (3,9%)
		20 жыл және жоғары –	34 адам (18,9%)

5	Респонденттердің тұрғылықты жері бойынша нәтижелер	қала – 89 адам (49,4%)
		мегаполис – 75 (41,7%)
		ауыл – 16 адам (8,9%)

«Сіз эмердженттік аурулар ұғымымен таныссыз ба?» респонденттердің «иә» деген сұраққа жауаптары - 127 адам (70,6%), «жоқ» - 36 адам (20%), «жауап беруге қиналамын» - 17 адам (9,4%) (сурет 1).

«Сіз тұратын аймақта эмердженттік табиғи ошақтық инфекциялар тіркелген бе?», - келесі жауаптар алынды: «иә» - 58 адам (32,2%), «жоқ» - 82 адам (45,6%), «жауап беруге қиналамын» - 40 адам (22,2%) (сурет 1).

«Сіз жұмыс істейтін медициналық мекемеде эмердженттік табиғи ошақтық инфекциялармен ауыратын науқастар бар ма?», - респонденттердің «иә» деген сұраққа жауабы - 20 адам (11,1%), «жауап беруге қиналамын» - 41 адам (22,8%), «жоқ» - 119 адам (66,1%) (сурет 1).

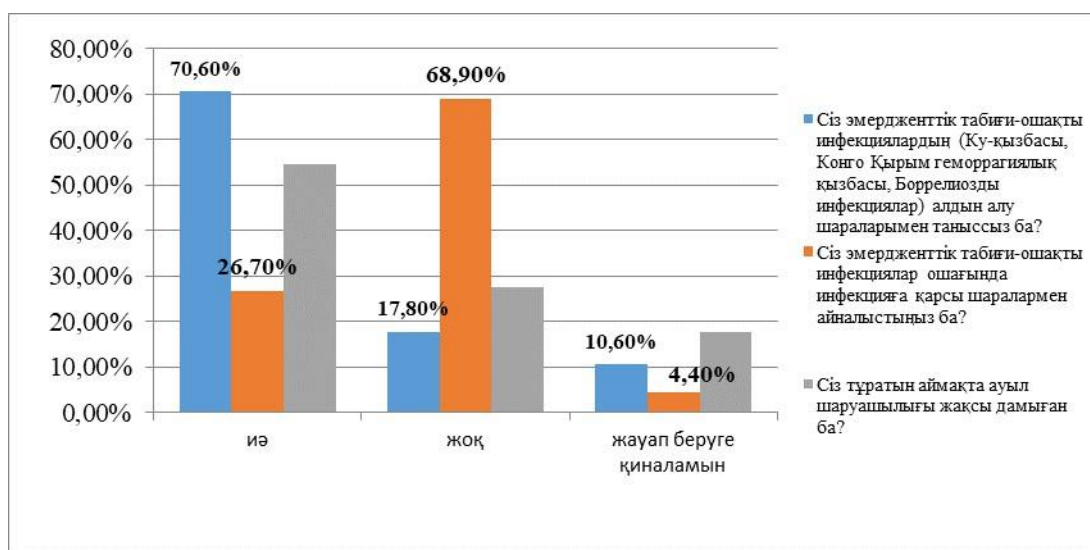


Сурет 1- «Сіз эмердженттік аурулар ұғымымен таныссыз ба?»

«Сіз эмердженттік табиғи-ошақты инфекциялардың (Ку-қызбасы, Конго Қырым геморрагиялық қызбасы, Боррелиозды инфекциялар) алдын алу шараларымен таныссыз ба?», - респонденттердің келесі сұраққа жауаптары: «иә» - 127 адам (70,6%), «жауап беруге қиналамын» - 19 адам (10,6%), «жоқ» - 32 адам (17,8%) (сурет 2).

«Сіз эмердженттік табиғи-ошақты инфекциялар ошағында инфекцияға қарсы шаралармен айналыстыңыз ба?»,- респонденттердің сұраққа жауаптары: «иә» - 48 адам (26,7%), «жауап беруге қиналамын» - 8 адам (4,4%), «жоқ» - 124 адам (68,9%) (сурет 2).

«Сіз тұратын аймақта ауыл шаруашылығы жақсы дамыған ба?» респонденттердің сұраққа жауаптары: «иә» - 98 адам (54,4%), «жауап беруге қиналамын» - 32 адам (17,8%), «жоқ» - 49 адам (27,2%) (сурет 2).



Сурет 2 - Сіз эмердженттік табиғи-ошақты инфекциялардың (Ку-қызбасы, Конго Қырым геморрагиялық қызбасы, Боррелиозды инфекциялар) алдын алу шараларымен таныссыз ба?

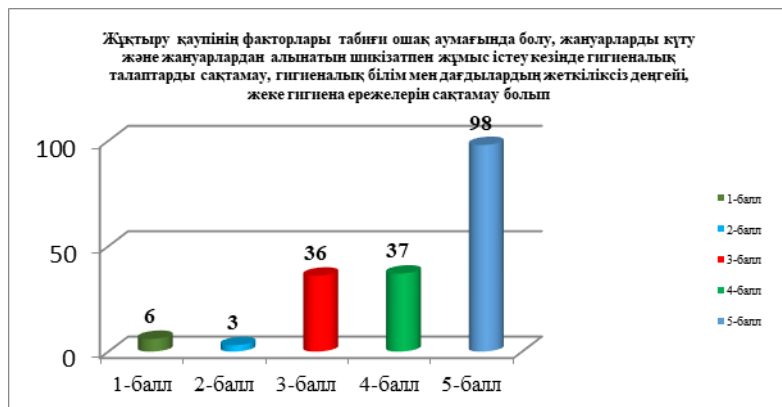
«Эмердженттік табиғи-ошақты инфекциялардың көзі жануар болып табылады» деген пікірді сандық бағалау нәтижелері (ең жоғары 5 балл): 1 балл - 12 адам (6,7%), 2 балл-8 адам (4,4%), 3 балл – 42 адам (23,3%), 4 балл-42 адам (23,3%), 5 балл-76 адам (42,2%).

«Табиғи-ошақты инфекцияның негізгі құрамдас бөлігі аурудың қоздырғышы болып табылады» түсінікті шкала бойынша бағалау нәтижелері: 1 балл-7 адам (3,9%), 2 балл - 7 адам (3,9%), 3 балл-36 адам (20,0%), 4 балл - 41 адам (22,8%), 5 балл – 89 адам (49,4%).

«Кене боррелиозының табиғи ошақтары иксод кенелерінің мекендейтін жерлеріне сәйкес келеді», - түсінікті шкала бойынша бағалау нәтижелері: 1 балл-8 адам (4,4%), 2 балл – 7 адам (3,9%), 3 балл - 41 адам (22,8%), 4 балл - 45 адам (25,0%), 5 балл-79 адам (43,9%).

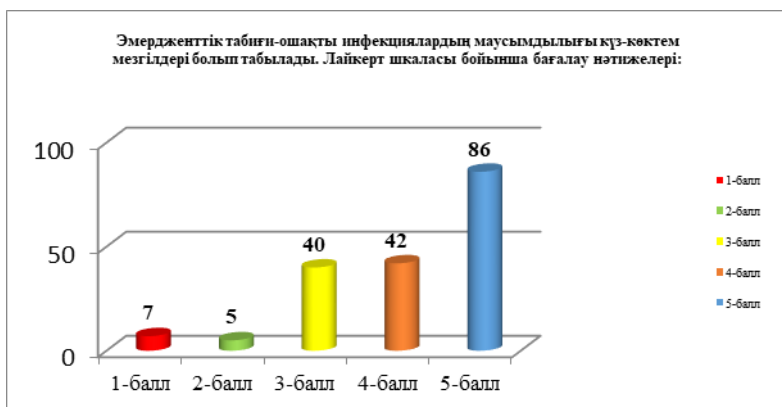
«Жұқтыру қаупінің факторлары табиғи ошақ аумағында болу, жануарларды күту және жануарлардан алынатын шикізатпен жұмыс істеу кезінде гигиеналық талаптарды сақтамау,

гигиеналық білім мен дағдылардың жеткіліксіз деңгейі, жеке гигиена ережелерін сақтамау болып табылады», - респонденттерді бағалау нәтижелері: 1 балл - 6 адам (3,3%), 2 балл - 3 адам (1,73 балл – 36 адам (20,0 %), 4 балл-37 адам (20,6%), 5 балл – 98 адам (54,4%) (сурет 3).



Сурет 3-«Жұқтыру қаупінің факторлары табиғи ошақ аумағында болу, жануарларды күту және жануарлардан алынатын шикізатпен жұмыс істеу кезінде гигиеналық талаптарды сақтамау, гигиеналық білім мен дағдылардың жеткіліксіз деңгейі, жеке гигиена ережелерін сақтамау болып табылады»

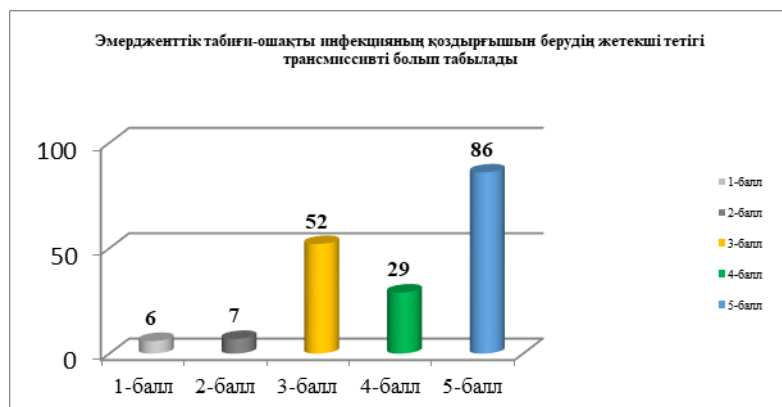
«Эмердженттік табиғи-ошақты инфекциялардың маусымдылығы күз-көктем мезгілдері болып табылады. Лайкерт шкаласы бойынша бағалау нәтижелері: 1 балл-7 адам (3,9%), 2 балл – 5 адам (2,8%), 3 балл-40 адам (22,2%), 4 балл – 42 адам (23,3%), 5 балл-86 адам (47,8%) (сурет 4).



5.

Сурет 4 - «Эмердженттік табиғи-ошақты инфекциялардың маусымдылығы күз-көктем мезгілдері болып табылады. Лайкерт шкаласы бойынша бағалау нәтижелері».

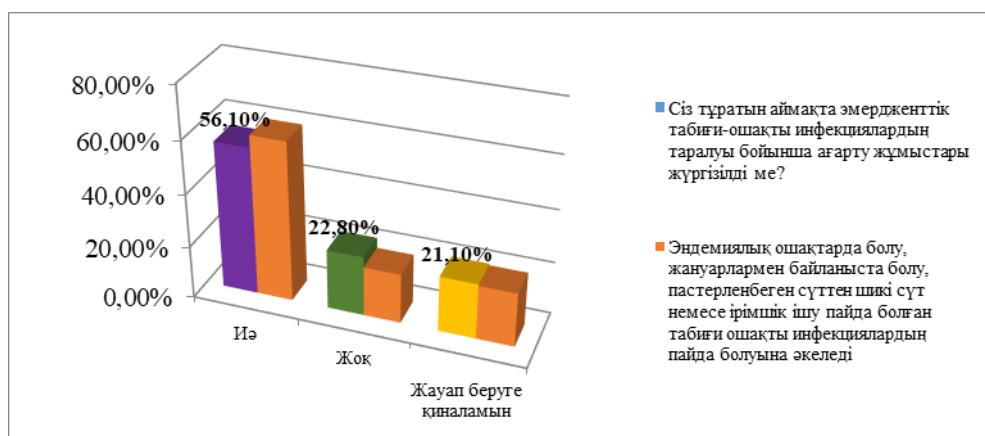
«Эмердженттік табиғи-ошақты инфекцияның қоздырғышын берудің жетекші тетігі трансмиссивті болып табылады» ұғымын бағалау нәтижелері: 1 балл - 6 адам (3,3%), 2 балл-7 адам (3,9%), 3 балл – 52 адам (28,9%), 4 балл -29 адам (16,1%), 5 балл – 86 адам (47,8%) (сурет 5).



Сурет 5 - Эмердженттік табиғи-ошақты инфекцияның қоздырғышын берудің жетекші тетігі трансмиссивті болып табылады.

«Сіз тұратын аймақта эмердженттік табиғи-ошақты инфекциялардың таралуы бойынша ағарту жұмыстары жүргізілді ме?», - деп жауап берді респонденттер: «иә» - 101 адам (56,1%), «жауап беруге қиналамын» - 38 адам (21,1%), «жоқ» -41 адам (22,8%) (сурет 6).

Респонденттердің пікіріне жауап: «Эндемиялық ошақтарда болу, жануарлармен байланыста болу, пастерленбеген сүттен шикі сүт немесе ірімшік ішу пайда болған табиғи ошақты инфекциялардың пайда болуына әкеледі»: «иә»-109 адам (60,6%), «жауап беруге қиналамын» - 37 адам (20,6%), «жоқ» -34 адам (18,9%) (сурет 6).



Сурет 6 - «Сіз тұратын аймақта эмердженттік табиғи-ошақты инфекциялардың таралуы бойынша ағарту жұмыстары жүргізілді ме?»

Респонденттердің «Сіз тұратын аймақта эмердженттік табиғи-ошақты инфекциялардың (Ку-қызбасы, Конго-Қырым геморрагиялық қызбасы, боррелиоз) кездесу ықтималдығы» бағалау нәтижелері: 1 балл-26 адам (14,4%), 2 балл-16 адам (8,9%), 3 балл – 63 адам (35,0%), 4 - балл-26 адам (14,4%), 5 – балл - 49 адам (7,2%) (сурет 7).



Сурет 7 - «Сіз тұратын аймақта эмердженттік табиғи-ошақты инфекциялардың (Ку-қызбасы, Конго-Қырым геморрагиялық қызбасы, боррелиоз) кездесу ықтималдығы»

Табиғи-ошақты аурулардың алдын алудың негізгі принциптерін барлық эпидемиологтар да жеткілікті меңгерген. Әйелдер бұл тапсырманы орта есеппен 83%, ерлер 78% орындады. Айта кету керек, Шымкент қаласының табиғи-ошақты инфекцияларының алдын алу мәселелерін білу деңгейі екі жыныста да 70% - дан жоғары.

Зерттеу нәтижелері бойынша респонденттердің басым көпшілігі, яғни 32% ауруханада жұмыс істейді. Респонденттердің 20%-ы пайда болған табиғи-ошақты инфекциялар ұғымымен таныс емес, ал 9% - ы жауап беру қиынға соқты. Респонденттердің тек 22%-ы өздері тұратын аймақта пайда болған табиғи-ошақты инфекциялардың бар-жоғын нақты айта алмайды. Респонденттердің 23%-ы өз жұмысы барысында пайда болған табиғи-ошақты инфекциялармен тіркелген пациенттердің болуын дәл анықтай алмайды. Респонденттердің 10%-ы пайда болған табиғи-ошақты инфекциялар бойынша алдын алу шараларымен таныс емес. Респонденттердің 69%-ы ошақта ерекше айқын көрінетін табиғи-ошақты инфекциялар бойынша профилактикалық іс-шаралар жүргізбеген. Респонденттердің 7%-ы пайда болған табиғи ошақты инфекциялардың көзі жануар емес деп санайды. Респонденттердің 23%-ы пайда болған табиғи-ошақты инфекциялар бойынша ағарту жұмыстарын жүргізу туралы білмейді. Респонденттердің 14% - ы Шымкент қаласында пайда болған табиғи-ошақты инфекциялардың болу ықтималдығын жоққа шығарды.

Сауалнама нәтижелері көрсеткендей, эпидемиологтардың Шымкент қаласының табиғи-ошақты инфекциясы бойынша білім деңгейі жеткілікті жоғары емес. Бірақ, өздеріңіз білетіндей, ауруды диагностикалау және дифференциалды диагностикалау қажеттілігі кез-келген мамандық дәрігерінің жұмысының ажырамас бөлігі болып қала береді.

Қорытынды. Ұсынылған деректер медициналық мекеме эпидемиологтарының эмердженттік табиғи - ошақты инфекциялары туралы жалпы түсінігін қанағаттанарлық (жақсы) деп бағалауға болады деген қорытынды жасауға мүмкіндік береді.

Қазақстанның оңтүстік өңірі бойынша эпидемиологтардың білімін міндетті түрде жетілдіру қажет деп санаймыз. Квартал сайын жұмыс орнында аудит жүргізілуі керек. Сондай-ақ инфекциялық бақылау бойынша жұмысты күшейту қажет. Жұмыс орнына қарамастан барлық эпидемиологтарды аттестаттау қажет. Біз әртүрлі ғылыми халықаралық конференцияларға қатысуды және білім алмасуды ұсынамыз.

Әдебиеттер тізімі

1. Коренберг, Э.И., Помелова В.Г., Осин Н.С. Природно-очаговые инфекции, передающиеся иксодовыми клещами / А.Л. Гинцбурга, В.Н. Злобина, ред. - М.: ООО Комментарий, 2013. - 463 с.
2. Малхазова, С.М. Атлас России «Природно-очаговые болезни» / Малхазова С.М., Котова Т.В., Орлов Д.С., Шартова Н.В., Масленникова В.В. // Геодезия и картография. - 2014. - № 4. - С. 16-24.
3. Ф.А.Бердалиева, Г.Н.Абуова, С.П.Ауезханов/Modern aspects of schf pathogenesis/DOI:10.53065/kaznmu.2021.28.99.044
4. Мажитова Г.З., Барменбаев Т.С./Геоинформационное картографирование природно-очаговых заболеваний на территории северо-казахстанской области, передающихся клещами/DOI:10.17308/978-5-9273-3693-7-2023-257-259.
5. Абуова Г.Н., Пшеничная Н.Ю., Бердалиева Ф.А., Ходжабеков Б.К., Ермакова Л.А./Прогнозирование исхода Крымской геморрагической лихорадки/doi.org/10.18565/epidem.2019.9.4.28-34
6. Nurmakhanov T., Sansyzbaev Y., Atshabar B. et al. Crimean-Congo haemorrhagic fever virus in Kazakhstan (1948–2013). Int. J. Infect. Dis. 2015; 38: 19–23. DOI: 10.1016/j.ijid.2015.07.007 ·

7. Dokuzoguz B., Celikbas A.K., Gök Ş.E., Baykam N., Eroglu M.N., Ergönül Ö. Severity scoring index for Crimean-Congo hemorrhagic fever and the impact of ribavirin and corticosteroids on fatality. Clin. Infect. Dis., 2013; 57(9): 1270–4.

УДК 617-7

Садыкова А.Ш., Мурина Н.М.

АО «Южно-Казахстанская академия медицины», Шымкент, Казахстан

СОВРЕМЕННЫЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДЕТСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Аннотация

Медицина не стоит на месте, совершенствуясь с каждым днём и предлагая революционные методики диагностики и лечения. Так, на сегодняшний день можно с уверенностью сказать, что медицина XXI века была бы немыслима без методов эндоваскулярной хирургической диагностики и лечения. Сегодня эндоваскулярная хирургия является высокоэффективным и малотравматичным методом лечения ишемической болезни сердца, сосудистых и вальвулярных заболеваний, врожденных пороков сердца. Именно эти заболевания в настоящий момент времени становятся наиболее молодыми. Эндоваскулярная хирургия занимает особое почитаемое место практически во всех отраслях современной медицины (гинекология, урология, онкология и т.д.). Развитие эндоваскулярных методик способствует тесному сотрудничеству между эндоваскулярными хирургами, кардиологами, кардиохирургами и представителями других профильных специальностей. Такое сотрудничество привело к развитию нового направления – гибридная хирургия.

В последние десятилетия в Казахстане стало намного больше клиник, занимающихся эндоваскулярной хирургией. Катетерные технологии достигли высокого уровня развития и постоянно видоизменяются и совершенствуются. С каждым годом становится всё больше и больше высокотехнологичных инноваций. Одни из них так и остаются в истории интервенционной кардиологии, другие становятся идеальным инструментом для хирурга. И только клинический опыт хирурга может с точностью указать место каждой из методик в эндоваскулярной хирургии.

На сегодняшний день рентгеноэндоваскулярные вмешательства смогли без труда заменить практически все открытые хирургические вмешательства при сердечной и сосудистой патологии, ведь область применения эндоваскулярного лечения очень широка.

Казахстан – является одним из ведущих центров эндоваскулярных вмешательств всего мира. Сегодня медицинские центры, клиники, отделения Казахстана, занимающиеся рентгенэндоваскулярным лечением, оснащены самым современным оборудованием, ничем не отличающимся от оборудования ведущих клиник Европы и США. Ежегодно в медицинских центрах и клиниках нашего Отечества выполняется более 15 000 диагностических эндоваскулярных процедур и 3 000 000 эндоваскулярных операций маленьким пациентам с ишемической болезнью сердца, сосудистой патологией, врожденными и приобретенными пороками сердца. В каждом отделении работают опытные международные специалисты.

Ключевые слова: *сердечно-сосудистые заболевания, ангиография, катетеризация, коронарная артерия, ишемическая болезнь сердца, васкуляризация, стентирование*

Садыкова А.Ш., Мурина Н.М.

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ, Шымкент, Қазақстан

БАЛА АУРУЛАРЫН ДИАГНОСТИКАДА ЖӘНЕ ЕМДЕУДЕ ҚОЛДАНЫЛАТЫН ЗАМАНАУИ ЭНДОВАСКУЛЯРЛЫҚ ӘДІСТЕР

Аннотация

Медицина бір орында тұрмайды, күн сайын жетілдіріліп, диагностика мен емдеудің революциялық әдістерін ұсынады. Осылайша, бүгінде 21 ғасыр медицинасын эндоваскулярлық хирургиялық диагностикасыз және емдеусіз елестету мүмкін емес деп сеніммен айта аламыз. Бүгінгі таңда эндоваскулярлық хирургия жүректің ишемиялық ауруын, қан тамырлары мен қақпақшалар ауруларын, жүректің туа біткен ақауларын емдеудің жоғары тиімді және төмен жарақатты әдісі болып табылады. Дәл осы аурулар қазіргі уақытта ең жас болып келеді. Эндоваскулярлық хирургия заманауи медицинаның барлық дерлік салаларында (гинекология, урология, онкология және т.б.) ерекше құрметті орын алады. Эндоваскулярлық әдістерді дамыту эндоваскулярлық хирургтардың, кардиологтардың, кардиохирургтардың және басқа да мамандандырылған мамандықтардың өкілдерінің тығыз ынтымақтастығына ықпал етеді. Мұндай ынтымақтастық жаңа бағыттың - гибриді хирургияның дамуына әкелді.

Соңғы онжылдықтарда Қазақстанда эндоваскулярлық хирургиямен айналысатын клиникалар көбейіп кетті. Катетерлік технологиялар дамудың жоғары деңгейіне жетті және үнемі өзгертіліп, жетілдіріліп отырады. Жыл сайын жоғары технологиялық инновациялар көбейіп келеді. Олардың кейбіреулері интервенциялық кардиология тарихында қалады, ал басқалары хирург үшін тамаша құралға айналады. Ал эндоваскулярлық хирургиядағы әрбір техниканың орнын тек хирургтың клиникалық тәжірибесі ғана нақты көрсете алады.

Бүгінгі күні рентгендік эндоваскулярлық араласулар жүрек және қан тамырлары патологиялары үшін барлық дерлік ашық хирургиялық араласуды оңай алмастыра алды, өйткені эндоваскулярлық емдеудің ауқымы өте кең.

Қазақстан дүние жүзінде эндоваскулярлық араласулардың жетекші орталықтарының бірі болып табылады. Бүгінгі таңда Қазақстандағы рентгендік эндоваскулярлық емдеумен айналысатын медициналық орталықтар, емханалар мен бөлімшелер Еуропа мен АҚШ-тың жетекші клиникаларының жабдықтарынан еш айырмашылығы жоқ ең заманауи құрал-жабдықтармен жабдықталған. Жыл сайын біздің Отанымыздың медициналық орталықтары мен емханаларында жүректің ишемиялық ауруы, қан тамырлары патологиясы, туа біткен және жүре пайда болған жүрек ақаулары бар жас науқастарға 15 мыңнан астам диагностикалық эндоваскулярлық процедуралар мен 3 000 000 эндоваскулярлық операциялар жасалады. Әр бөлімде тәжірибелі халықаралық мамандар жұмыс істейді.

Кілт сөздер: жүрек-тамыр аурулары, ангиография, катетеризация, коронарлық артерия, жүректің ишемиялық ауруы, васкуляризация, стентинг

Sadykova A.SH., Murina N.M.

JSC «South Kazakhstan Medical Academy», Shymkent, Kazakhstan

MODERN ENDOVASCULAR METHODS USED IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHILDREN'S DISEASES

Annotation

Medicine does not stand still, improving every day and offering revolutionary diagnostic and treatment methods. Thus, today we can say with confidence that medicine of the 21st century would be unthinkable without endovascular surgical diagnosis and treatment. Today, endovascular surgery is a highly effective and low-traumatic method of treating coronary heart disease, vascular

and valvular diseases, and congenital heart defects. It is these diseases that are currently becoming the youngest. Endovascular surgery occupies a special revered place in almost all branches of modern medicine (gynecology, urology, oncology, etc.). The development of endovascular techniques promotes close cooperation between endovascular surgeons, cardiologists, cardiac surgeons and representatives of other specialized specialties. Such cooperation led to the development of a new direction - hybrid surgery.

In recent decades, there have been many more clinics engaged in endovascular surgery in Kazakhstan. Catheter technologies have reached a high level of development and are constantly being modified and improved. Every year there are more and more high-tech innovations. Some of them remain in the history of interventional cardiology, while others become ideal tools for the surgeon. And only the clinical experience of a surgeon can accurately indicate the place of each technique in endovascular surgery.

To date, X-ray endovascular interventions have been able to easily replace almost all open surgical interventions for cardiac and vascular pathologies, because the scope of endovascular treatment is very wide.

Kazakhstan is one of the leading centers of endovascular interventions around the world. Today, medical centers, clinics, and departments in Kazakhstan engaged in X-ray endovascular treatment are equipped with the most modern equipment, no different from the equipment of leading clinics in Europe and the USA. Every year, in medical centers and clinics of our Fatherland, more than 15,000 diagnostic endovascular procedures and 3,000,000 endovascular operations are performed on young patients with coronary heart disease, vascular pathology, congenital and acquired heart defects. Each department employs experienced international specialists.

Keywords: *cardiovascular diseases, angiography, catheterization, coronary artery, coronary heart disease, vascularization, stenting*

Рассмотрим применение эндоваскулярных методов диагностики и лечения на примере ишемической болезни сердца.

Ишемическая болезнь сердца – одна из наиболее молодых болезней XXI века; острое или хроническое поражение миокарда, возникающее в результате уменьшения или прекращения артериального кровоснабжения миокарда, в основе которого лежат патологические процессы в системе коронарных артерий [1]. Можно с уверенностью утверждать, что ишемическая болезнь сердца является широко распространенным

заболеванием, последствиями которой являются - смерть, утрата трудоспособности во всем мире. Ведущей причиной смертности являются сердечно-сосудистые заболевания, из которых на долю Ишемической болезни сердца приходится около 40%.

За последние 10 лет у детей стала распространена ишемическая болезнь сердца, которая провоцируется аномальным развитием сердечных артерий. Основной этиологией ишемической болезни сердца является атеросклероз коронарных артерий. Атеросклероз прогрессирует последовательно и волнообразно. Атеросклеротические бляшки образуются в результате накопления холестерина в стенке артерий. Избыток холестерина увеличивает размер бляшки и затрудняет кровоток. Симптомы становятся всё хуже и хуже по мере роста атеросклеротической бляшки, при этом просвет артерии постепенно сужается. Уменьшение площади просвета артерии более чем на 90-95% может привести к летальному исходу, снижая коронарный кровоток и ухудшая самочувствие даже в состоянии покоя [2].

К типичным симптомам ишемической болезни сердца относятся:

- Боль за грудиной, часто отдающая в нижнюю челюсть, левое плечо, предплечье, спину, кисть и шею. Часто возникает в холодную погоду.
- Боль жгучая и давящая, интенсивность которой достаточно различна.
- Возникает из-за физических или эмоциональных факторов. Самопроизвольно прекращается в покое.
- Продолжительность от 30 секунд до 5-15 минут.
- Мгновенный эффект при приеме нитроглицерина.

Распространённым методом в диагностике поражений коронарных артерий сердца является селективная коронарная ангиография. Это рентгеноконтрастное исследование используется для определения того, имеется ли значительное сужение сосуда, какие именно артерии поражены, сколько их, где и как давно они поражены. Коронарная ангиография - это малотравматичное и малоинвазивное исследование сердечно-сосудистой системы, при котором врач вводит в артерии рентгеноконтрастное вещество для получения качественных изображений сердечно-сосудистой системы. На сегодняшний день это исследование считается одним из наиболее информативных тестов на сосудистую патологию в области кардиологии.

Инвазивность коронарной ангиографии состоит в том, что для введения специальной тонкой трубки (катетера) прокалывается вена, которая во время процедуры продвигается к сердцу. Продвижение катетера контролируется врачом с помощью специального

оборудования. Во время коронарной ангиограммы вводится контрастное вещество, поглощающее рентгеновские лучи. Это вещество и рентгеновский аппарат создают на экране монитора изображение кровеносных сосудов, что позволяет врачу детально и точно рассмотреть суженные артерии и их протяженность. Для проведения коронарной ангиографии редко требуется общая анестезия, в большинстве случаев применяется местная анестезия. Исследование не нуждается в длительной госпитализации и широко применяется в диагностике для определения состояния здоровья пациента, способов лечения и необходимости проведения операции.

Лечение этого заболевания обращено прежде всего на восстановление нормального кровоснабжения миокарда и совершенствование качества жизни маленького пациента. К глубокому сожалению, чистая терапия (консервативное лечение) не всегда действенна. На сегодняшний день традиционными методами лечения ИБС с доказанной и несомненной эффективностью являются хирургическая реваскуляризация миокарда, т.е. шунтирование коронарных артерий и чрескожное коронарное вмешательство, или "стентирование"[3].

В настоящее время, в эпоху высоких технологий в области медицинской техники, а также фармацевтики, современные внутрикоронарные стенты дают возможность достигнуть хороших результатов и на ранних, и на отдалённых этапах после ЧКВ.

Данная процедура выполняется под местной анестезией. Пункцируется артерия (бедренная или лучевая) в области бедра или же запястья, вводится интродьюсер (катетер), а уже оттуда под контролем специального ангиографического прибора вводится направляющий катетер. Катетер в свою же очередь вводится в левую или правую коронарную артерию, и делается множество снимков. От введенного катетера в артерию через пораженный участок вводится микропроводник. Через микропроводник в артерию через пораженный участок устанавливается коронарный стент [4].

Сегодня область применения чрескожных коронарных вмешательств значительно увеличилась: от лечения простых и местных стенозов до многососудистой реваскуляризации миокарда (включая левый коронарный ствол) и реканализации хронически окклюзированных (полностью закупоренных сосудов) коронарных артерий. На сегодняшний день в клиническую практику внедрены стенты со специальными биорассасывающимися покрытиями, дающую возможность снизить процент рестеноза (заращения) и тромбоза стента. Широкое распространение получили также методы внутрисосудистой визуализации, которые дают возможность получать изображения коронарных артерий маленьких пациентов в режиме реального времени прямо во время проведения операции. Благодаря

этому, хирурги могут получать высокоточные результаты при установке стентов в коронарные артерии.

Хочу поделиться историей опытного интервенционного врача-кардиохирурга – Сакена Анартаева: «... самое главное очень интересный клинический случай. Вобщем, в нашей ГКБ #7 прошел МАСТЕР КЛАСС по закрытию дефекта межпредсердной перегородки окклюдером. На простом языке исправляли врожденный порок сердца специальным устройством (окклюдер).

Операция сопровождалась гениальным врачом, моим "сенсейем" из Научного центра Педиатрии и Детской хирургии доктором Онласыновым Азиз Кажымухановичем....Пациент является резидентом кафедры кардиологии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, который пришёл ко мне на резидентуру. Примерно пару месяцев назад, во время практики я ребятам показывал как снимать Эхокардиографию, тонкости и особенности. И случайным образом положили одного из резидентов как пациента, и там я ОБНАРУЖИЛ ДЕФЕКТ МЕЖПРЕДСЕРДЕЧНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ (ДМПП). Пациент 1997 г.р. И за эти 24 года он даже не подозревал, что имеет врожденный порок сердца. Представляете? Думаю парню повезло что поступил в медицинский...! Впрочем, хочу сказать, что повезёт и тем, кто хоть раз в жизни снимет ЭХОКАРДИОГРАФИЮ, чтобы обнаружить патологию во время и предупредить возможные нехорошие последствия. Итак, в этом случае операция прошла вполне успешно.»

Из всего вышесказанного можно сделать вывод о том, что эндоваскулярные методы диагностики и лечения применяются у детей для ряда сердечно-сосудистых заболеваний. Эти методы предоставляют более щадящие альтернативы хирургическим вмешательствам. В детской практике они могут использоваться для:

1. Ангиографии: получения детальных изображений сосудов для диагностики пороков развития или других аномалий.
2. Ангиопластики: расширения стенок сосудов с использованием баллонных катетеров для улучшения кровотока.
3. Установки стентов: поддержания открытости сосудов после ангиопластики.
4. Эмболизации: блокировки кровотока в аномальных сосудах, например, при врожденных артериовенозных мальформациях.

Эти методы обычно предпочтительны из-за их меньшей инвазивности, что особенно важно для детей в силу их более быстрого восстановления и меньших рисков. Однако,

решение о применении эндоваскулярных методов всегда зависит от конкретной клинической ситуации и решения исключительно медицинской команды.

Список литературы

1. Сердечно-сосудистая хирургия под ред. В.И.Бураковского и Л.А. Бокерия, М.: Медицина, 2019 г.
2. Болезнь коронарных артерий пересаженного сердца Под редакцией Академика В.И. Шумакова – М: Медицинское информационное агентство, 2018 г.
3. Слушай сердце под ред. Т.Гаглошвили, М.: Медицина, 2020 г.
4. Достучаться до сердца под ред. Ф.Лобжанидзе, М.: Медицина, 2021 г.

УДК 616.22-072.1

Калдыгозова Г.Е., Кожобекова А.С.

Международный Казахско-Турецкий Университет им. Ходжа Ахмет Ясауи, Туркестан,
Казахстан

ОСТРЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ У ДЕТЕЙ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Аннотация

Острый средний отит (ОСО) — наиболее распространенное инфекционное заболевание, встречающееся у детей в возрасте до двух лет. ОСО вызывает у пациентов, особенно у детей раннего возраста, раздражительность, бессонницу, снижение аппетита, нарушение равновесия и головокружение. В нашей статье мы затронем вопросы патогенеза, лечения и диагностики острого среднего отита у детей, а также современные подходы к его терапии в мире.

Ключевые слова. *стрептококковая пневмония, миригнотомия, антибиотикопрофилактика, анестезия, острый средний отит.*

Қалдыгозова Г.Е., Қожобекова Ә.С.

Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Түркістан,
Қазақстан

БАЛАЛАРДАҒЫ ОРТАҢҒЫ ОТИТ: МӘСЕЛЕГЕ ҚАЗІРГІ КӨЗҚАРАС

Аннотация

Жедел ортаңғы отит (ЖОО) екі жасқа дейінгі балаларда жиі кездесетін жұқпалы ауру. ЖОО пациенттерде, әсіресе жас балаларда ашуланишақтықты, ұйқысыздықты, тәбеттің төмендеуін, теңгерімсіздікті және бас айнаруды тудырады. Біздің мақалада біз балалардағы өткір отит медиасының патогенезі, емдеу және диагностикасы мәселелерін, сондай-ақ оны әлемде емдеудің заманауи тәсілдерін қарастырамыз.

Кілт сөздер: *стрептококкты пневмония, миринготомия, антибиотикопрофилактика, анестезия, жедел отит медиасы.*

Kaldygozova G.E., Kozhabekova A.S.

International Kazakh-Turkish University named after. Khodja Ahmet Yasawi, Turkestan,
Kazakhstan

ACUTE OTITIS MEDIA IN CHILDREN: A MODERN VIEW OF THE PROBLEM

Annotation

Acute otitis media (AOM) is the most common infectious disease occurring in children under two years of age. ASO causes irritability, insomnia, decreased appetite, impaired balance and dizziness in patients, especially in young children. In our article we will touch upon the pathogenesis, treatment and diagnosis of acute otitis media in children, as well as modern approaches to its therapy in the world.

Keywords: *streptococcal pneumonia, myringotomy, antibiotic prophylaxis, anesthesia, acute otitis media.*

Введение. Острый средний отит (ОСО) определяется как «быстрое появление признаков и симптомов воспаления в среднем ухе» [1]. Рецидив среднего отита возникает, когда эпизоды ОСО повторяются три отдельных и хорошо документированных случая в течение последних шести месяцев или четыре или более раз за последние 12 месяцев [2]. Более сложной формой среднего отита является выпотной средний отит (СОЭ), который считается хроническим средним отитом. Хронический средний отит проявляется жидкостью в полости среднего уха и без признаков и симптомов острого среднего отита.

Всемирная организация здравоохранения прогнозирует к 2030 г. увеличение числа лиц с социально значимыми дефектами слуха более чем на 30% [3]. Не менее 30% всех случаев тугоухости обусловлено патологией среднего уха.

ОСО является наиболее распространенным диагнозом во всем мире. Данные наблюдения Центров по контролю и профилактике заболеваний (CDC) показали, что распространенность ОСО в США увеличивается (150%). В возрасте до двух лет 70% детей сталкиваются хотя бы с одним эпизодом ОСО.

Отоларингология — это раздел медицины, который занимается изучением уха, носа и горла с анатомических, физиологических и патофизиологических аспектов для оказания помощи в лечении ОСО, и необходимо обеспечить глубокое понимание этих аспектов [4].

В данном исследовании мы рассмотрели современные данные об этиологии, клинических проявлениях, диагностике, лечении ОСО.

Цель исследования. Обзор современной литературы об этиологии, клинических проявлениях, диагностике, лечении ОСО.

Объект и методы исследования.

Проведен анализ научных статей об остром среднем отите, обзоры мировых медицинских журналов по данной проблеме и данные Всемирной организации здравоохранения, а также данные Министерства Здравоохранения Республики Казахстан. Статьи извлечены из сайтов по доказательной медицине, Google Scholar, PubMed, Scopus и Web of Science.

Результаты и обсуждение

На первом году жизни около 60 % детей хотя бы раз болеют средним отитом, у 20 % детей отмечается 2-3 рецидива заболевания. К 3 годам 90 % детей хотя бы раз болели средним отитом, а 50 % детей перенесли несколько эпизодов среднего отита.

Острый средний отит (ОСО) – это гнойный или гнойный средний отит. Как следует из названия, ОСО характеризуется наличием жидкости в области среднего уха. Эта инфекция полости среднего уха связана с признаками и симптомами быстро возникающего острого воспаления. Боль в ушах (оталгия) и лихорадка являются наиболее распространенными признаками ОСО; эти тревожные признаки и их причины являются наиболее частыми причинами обращения детей в поликлинику [5]. Связь между средним ухом, заполненным воздухом и покрытым слизистой оболочкой дыхательных путей, и носоглоткой осуществляется через ЭТ, контролирующую отток жидкости и давление в среднем ухе. Анатомия ЭТ (Эвстахиева труба) у младенцев и детей немного отличается от анатомии

взрослых; более короткая трубка с более крутым углом, обнаруженная у младенцев и детей, превращается во взрослую версию, когда ребенок достигает семилетнего возраста. В состоянии покоя трубка обычно закрыта. Спорадические движения челюсти вследствие зевания и глотания раскрывают ее [6]. Любая анатомическая или физиологическая дисфункция ЭТ может вызвать ОСО [7]. Патофизиология ОСО просто обусловлена воспалением в ЭТ, которое препятствует оттоку жидкости из полости среднего уха, и эта задержка жидкости со временем превращается в гнойный выпот, что характерно для ОСО. Полость среднего уха обычно является стерильным местом. Наличие вирусных или бактериальных патогенов, наряду с аллергическими реакциями, обычно является фактором инициации воспаления ЭТ, которое в конечном итоге перерастает в осложнение ОСО. С рецидивирующим ОСО связаны многие факторы риска, включая мужской пол и генетическую предрасположенность. Другие факторы, такие как использование соски, которая усугубляет дисфункцию ЭТ из-за сосательного давления, также связаны с рецидивирующим ОСО, а также отсутствие грудного вскармливания и пассивное курение [8]. Пик заболеваемости ОСО приходится на возраст 3-18 месяцев.

С ОСО связаны различные этиологии, такие как биология расщелины среднего уха, различия в анатомических структурах между людьми, биология клеток носоглотки и вариации иммунного ответа на микробные инвазии. Вирусные патогены, бактериальные патогены и генетика связаны с ОСО; однако считается, что основными возбудителями ОСО являются бактериальные патогены.

Хорошо диагностированный и своевременно вылеченный ОСО обычно не сопровождается серьезными осложнениями; тем не менее, стойкие симптомы и неудачи в лечении могут увеличить риск потери слуха. Некоторые осложнения ОСО требуют немедленного хирургического вмешательства, такие как разрыв барабанной перепонки, неэффективность лечения или устойчивость к антибиотикам, ОСО, поражающее пациентов с ослабленным иммунитетом, а также тяжелая оталгия, не поддающаяся лечению, или нарушение слуха, которое может перерасти в потерю слуха. Если потеря слуха длительная, она может повлиять на IQ (интеллект) и речевые способности ребенка или перерасти в рецидивирующий ОСО [9].

Лечение рецидивирующего ОСО делится на две категории: медикаментозное и хирургическое. Медикаментозная терапия в основном связана с использованием местных антисептиков, местных и пероральных антибиотиков, а хирургическое лечение в основном проводится путем введения тимпаностомической трубки в полость среднего уха [10].

Восстановление слабокислой среды наружных и средних полостей уха способствует лечению ушных инфекций; таким образом, снижение рН путем применения кислых растворов полезно.

Выжидательный подход при остром среднем отите предполагает отсрочку введения антибиотиков на несколько дней, что в основном направлено на предотвращение развития бактериальной резистентности при респираторной инфекции. Такой подход не оправдан у детей младше 2 лет по нескольким причинам.

Во-первых, острый средний отит - это воспаление среднего уха, возбудителем которого в 70% случаев являются бактерии. Характерными признаками бактериального острого среднего отита являются покраснение и отек барабанной перепонки. Гнойные выделения содержат в основном полиморфноядерные лейкоциты.

Во-вторых, заболевание связано с длительной дисфункцией воспаленной евстахиевой трубы, в основном у детей младше 2 лет. В этой возрастной группе малый калибр ЭТ в сочетании с ее горизонтальным положением 3 приводит к снижению физиологических механизмов очищения, вентиляции и защиты среднего уха.

В-третьих, статистика показывает, что у детей до 2 лет не менее 35% случаев рецидивирующего среднего отита с перфорацией возникают в течение 6 месяцев после ОСО [11].

Вопрос о назначении антибиотикотерапии является спорным в разных странах. Например, в США антибактериальная терапия острого среднего отита является рутинной (42 % рецептов на пероральные антибиотики у детей выписываются по поводу среднего отита), в то время как в некоторых европейских странах практикуется симптоматическая терапия, а антибиотики применяются только при отсутствии положительной динамики.

Заключение.

Острый средний отит (ОСО), несомненно, является одним из наиболее частых воспалительных заболеваний у детей. Это основной источник заболеваемости детей и одна из наиболее распространенных причин назначения антибиотиков. Однако диагностика ОСО может быть проблематичной, поскольку симптомы и показатели не всегда убедительны, а физическое обследование в этом возрасте может быть затруднено. Красноватая барабанная перепонка сама по себе не исключает ОСО, но мутная выбухающая мембрана с пневмоотоскопическими характеристиками, связанная с выпотом на фоне типичной клинической истории, является патогномоничным для этого состояния. Более того, методы лечения ОСО вызывают большие споры, поскольку существуют различные схемы

лечения. Принятие этих принципов еще больше затрудняется непониманием многих типов СО. Считается, что гипердиагностика ОСО широко распространена, что приводит к неправильному назначению антибиотиков, что способствует развитию антибиотикорезистентности и увеличивает риск развития побочных эффектов. Если наблюдение выбрано в качестве основного вмешательства, дальнейшее ведение должно определяться совместно с родителем.

Своевременная диагностика острого среднего отита у детей, адекватная тактика педиатра и рациональная антибиотикотерапия не только своевременно, правильно и, главное, безопасно помогут ребенку, но, прежде всего, предотвратят осложнения и рецидивы в будущем.

Список литературы

1. The diagnosis and management of acute otitis media. Lieberthal AS, Carroll AE, Chonmaitree T, et al. Pediatrics. 2013;131:0–99.
2. Otitis media—principles of judicious use of antimicrobial agents. Dowell SF, Marcy SM, Phillips WR, Gerber MA, Schwartz B. Pediatrics. 1998;101:165–171.
3. Prevention of hearing impairment from chronic otitis media // WHO. – 2000. - №3. – P. 8-9
4. The use of the h-index in academic otolaryngology. Svider PF, Choudhry ZA, Choudhry OJ, Baredes S, Liu JK, Eloy JA. Laryngoscope. 2013;123:103–106.
5. Ear pain: diagnosing common and uncommon causes. Earwood JS, Rogers TS, Rathjen NA. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2018/0101/p20.html>. Am Fam Physician. 2018;97:20–27.
6. Otitis media and eustachian tube dysfunction: connection to allergic rhinitis. Fireman P. J Allergy Clin Immunol. 1997;99:0–97.
7. Rosenfeld RM, Bluestone CD. Evidence-Based Otitis Media, 2nd ed. Hamilton: BC Decker; 2003. Clinical efficacy of surgical therapy; pp. 227–240.
8. A meta-analytic review of the risk factors for acute otitis media. Uhari M, Mäntysaari K, Niemelä M. Clin Infect Dis. 1996;22:1079–1083.
9. Intratemporal and intracranial complications of acute otitis media in a pediatric population. Mattos JL, Colman KL, Casselbrant ML, Chi DH. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2014;78:2161–2164.

10. Ушной туалет (чистка ушей) при хроническом гнойном среднем отите. Бхутта М.Ф., Хед К., Чонг Л.И., Доу Дж., Шилдер А.Г., Бертон М.Дж., Бреннан-Джонс К.Г. Система Кокрановской базы данных, версия 2020 г.; 9 :0.

11. Lucien Corbeel. What is new in otitis media? / Eur J Pediatr (2007) 166:511–519.

ӘОЖ 616.9-036.3

**Тұрғанбек Ә.Д., Жақсылықова Ж.Б., Хангелді Қ.Ж., Сарыпбекова Л.Л., Уралова Г.Б.,
Бердалиева Ф.А.**

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы » АҚ, Шымкент қ., Қазақстан

ТҮРКІСТАН ОБЛЫСЫНДАҒЫ ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРЕГІ БРУЦЕЛЛЕЗ АУРУЫ АҒЫМЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

**Turganbek A. D., Zhaksylykova Zh. B., Hangeldy K. Zh., Sarypbekova L. L., Uralova G. B.,
Berdaliev F. A.**

JSC «South Kazakhstan Medical Academy», Shymkent, Kazakhstan

FEATURES OF THE COURSE OF BRUCELLOSIS IN PREGNANT WOMEN IN THE TURKESTAN REGION

**Турганбек А. Д., Жаксылыкова Ж. Б., Хангельды К. Ж., Сарыпбекова Л. Л., Уралова Г. Б.,
Бердалиева Ф. А.**

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

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРУЦЕЛЛЕЗА У БЕРЕМЕННЫХ В ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Кіріспе

Бруцеллез- зоонозды инфекциялық- аллергиялық ауру. ДДСҰ мәліметтері бойынша әлемде жыл сайын жаңадан анықталған бруцеллездің 500 мыңнан астам жағдайы тіркеледі, бірақ бруцеллезді диагностикалаудағы кемшіліктерге, анықталған жағдайлардың тіркелмеуіне байланысты шын мәнінде олардың саны бірнеше есе көп.

Өзектілігі

Жүктілік кезінде инфекция ана үшін және ұрықтағы қауіпті асқынуларға әкелуі мүмкін: түсік тастау, құрсақішілік ұрықтың өлімі, мерзімінен бұрын босану, туа біткен бруцеллез, баладағы дамудың кешігуі.

Жануарлар мен адамдар арасында бруцеллезге қарсы екпенің сапасыз жүргізілуіне, тиісті термиялық өңдеусіз үйде жасалған сүт өнімдерін сатылымға еркін шығарылуына байланысты бруцеллез ауруы өзекті мәселелердің бірі.

Мақсаты. Жүктілік кезіндегі бруцеллезбен ауру қауіп факторларын, клиникалық көріністерін, ықтимал перинаталды асқынулардың жиілігін, жүктілік ағымына әсерін сипаттау.

Әдістері. ШҚЖАА-да 2012ж. қаңтарынан 2023ж. желтоқсанына дейінгі бруцеллез диагнозымен емделген 17 жүкті әйелдің ауру тарихына ретроспективті талдау жасалды: негізгі қауіп факторлары, клиникалық көріністердің сипаты, ықтимал асқынулары, жүктіліктің нәтижелері туралы деректер анықталды.

Нәтижелері. 18-24 жас аралығындағы жүкті әйелдер 41,7%, 25-34 жас аралығындағылар 35,2% , 35-45 жас аралығында 23,5% тіркелді. Бруцеллезді серологиялық растаудың ең жоғары жиілігі екінші триместрде (58,8%), бірінші триместрде (35,2%), үшінші триместрде (5,8%) анықталды. Хеддельсон сынамаcы бойынша оң нәтиже-94,1%, өткір оң мәнді - 5,8% жағдайда, Райт сынамасында теріс мәнді - 29,4 %, әлсіз оң мәнді -23,5%, оң мәнді -23,5%, өткір оң мәнді- 23,5% нәтиже көрсетті.

52,9% әйелде жедел бруцеллез ауыр ағыммен, 5,8% біріншілік созылмалы бруцеллез субкомпенсация сатысында, 41,1% екіншілік созылмалы бруцеллез декомпенсация сатысында өтті.

Барлық жүкті әйелдерде тірек-қимыл аппаратының зақымдануының клиникалық көріністері анықталды: тізе буынының артриті-38% , жамбас буынының артриті-18%, иық буын артриті-23%, тобық буыны артриті-8%, шынтақ буындарының артриті-13%, бел аймағы остеохондрозының белгілері-5,8%. Ішкі ағзаларды зертханалық және аспаптық зерттеулер нәтижелері бойынша: бауырдың зақымдануы 11,7% жағдайда кездесті және гепатомегалия, трансаминаза ферменттерінің жоғарылауы; зәр шығару жүйесінің патологиясы да расталды және мынадай белгілер көрінді: дене температурасының жоғарылауы, бел аймағындағы ауырсыну, мочеви́на, креатининнің жоғарылауы, лейкоцитурия. Астеновегетативті синдром жүкті әйелдердің 47,0%-да байқалды: ұйқышылдық, шаршағыштық, көз жасы ағу, әлсіздік, летаргия, апатия. Лабораторлы анализинтерпритациялау нәтижесінде: лейкоцитоз-11,7%, тромбоцитоз- 5,8%, тромбоцитопения - 5,8%, ЭТЖ жоғарлауы- 64,7%, трансаминаза ферменттерінің жоғарлауы: АлАт-11,7%, АсАт-5,8% , анемия-47% жағдайда анықталды. Жалпы зәр талдауы

нәтижелерінде: протеинурия-5,8%, лейкоцитурия-47%, эритроцитурия-5,8%, бактериурия-5,8% табылды.

Жедел бруцеллезбен ауыратын жүкті әйелде тексергенде микрогематурия және протеинуриямен қатар жүретін реактивті тубулоинтерстициальды нефриті (УДЗ арқылы) анықталды, бұл жағдай бруцеллез инфекциясының асқынуымен байланысты болуы мүмкін.

Қорытынды

1. Жүкті әйелдер арасындағы бруцеллезбен аурушандық 18-24 жас арасында, жүктіліктің 2 триместрінде жиі тіркелді, басым көпшілігінде ұйқышылдық, шаршағыштық, әлсіздік, апатия байқалды. 17 әйелдің 16-сы ауруды алментарлы жол арқылы жұқтырған.

2. Барлық жүкті әйелдерде тірек-қимыл аппаратының бұзылысы: артрит, артралгия түрінде жиі тізе және иық буындарының зақымдануымен жүрді. 16 әйелде Хеддельсон реакциясы нәтижесі оң мәнді болды. 2 әйелде гепатомегалия және трансаминаза ферменттерінің жоғарылауы белгісімен бауырдың зақымдануы анықталды. 1 науқаста дене температурасының жоғарылауы, бел аймағындағы ауырсынумен, креатинин, мочевинаның жоғарылауымен, лейкоцитуриямен көрінетін ЗШЖ зақымдануы байқалды.

3. Пациенттердің көпшілігінде қан анализі ЭТЖ жоғарылағанын және анемияны, ал зәр анализінде лейкоцитурияны көрсетті. 1 жүкті әйелде аурудың ағымы бүйректің реактивті тубулоинтерстициальды нефритімен асқынған, ол микрогематурия мен протеинуриямен және УДЗ-де бүйректегі сәйкес өзгерістермен білінді.

ӘОЖ 616-33-006.6-091

**Кулиев А.Ф., Калдыгозова Г.Е., Қожамкулов Б.Қ., Анваров Ж.А., Жамбыл Р.О.,
Ташпулатов Д.Д.**

«Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті», Шымкент, Қазақстан

2018-2022 ЖЫЛДАРЫ ШЫМКЕНТ ҚАЛАСЫ ХАЛҚЫНЫҢ ҚУЫҚ ҚАТЕРЛІ ІСІГІНІҢ СЫРҚАТТАНУШЫЛЫҒЫ ТАЛДАУ

Аннотация

Қуық қатерлі ісігінің жиілігі адамның барлық өсінділерінің 3-тен 4-ке дейін, 5% - на дейін өзгереді, ал зәр шығару жолдарының өсінділері арасында әртүрлі мәліметтер бойынша 70% жетеді Зерттеу мақсаты: Шымкент қаласы бойынша 2018-2022 жылдарға

арналған қуық асты безі обырынан халықтың аурушаңдық және өлім-жітім көрсеткіштерін талдау.

Зерттеу мақсаты – 2018-2022 жылдардағы қуық қатерлі ісігінің Шымкент қаласы халқының аурушаңдығы негізгі көрсеткіштерін ғылыми бағалау.

Материалдар мен әдістер: Осы жұмысты орындау шеңберінде 2018-2022 жылдары Шымкент қаласы бойынша қуықтың қатерлі ісігі бар науқастардың аурушаңдығы көрсеткіштері құжаттардан алынып сарапталды

Нәтижелер: 2018-2022 жылдары Шымкент қаласы бойынша қуықтың қатерлі ісігі ауруы туралы статистикалық деректерді талдау науқастардың абсолютті санының динамикалық бір қалыпты туралы қорытынды жасауға мүмкіндік береді.

Қорытынды: Шымкентте осы патологияның ерте сатысында анықталуының төмен пайызын ескере отырып, қуықтың қатерлі ісіктерін ерте анықтау бойынша Шымкент қаласының амбулаториялық - емханалық қызметінің жұмысын жандандыру, емхананың білікті кадрлық құрамымен қамтамасыз ету, халық арасында санитарлық-ағарту қызметін жүргізу қажет деп санаймыз.

Кілт сөздер: қуық қатерлі ісігі, қатерлі ісіктер, аурушаңдық.

Кулиев А. Ф., Калдыгозова Г. Е., Кожамқулов Б. К., Анваров Ж. А., Жамбыл Р. О.,
Ташпулатов Д. Д.

«Международный казахско-турецкий университет имени Ходжи Ахмеда Ясави»,
Шымкент, Казахстан

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ШЫМКЕНТ В 2018-2022 ГОДАХ

Аннотация

Заболеваемость раком мочевого пузыря варьируется от 3 до 4, до 5% от всех новообразований человека, а среди новообразований мочевыводящих путей достигает 70% по разным данным цель исследования: анализ показателей заболеваемости и смертности населения от рака предстательной железы по городу Шымкент на 2018-2022 годы.

Цель исследования-научная оценка основных показателей заболеваемости населения города Шымкент раком мочевого пузыря за 2018-2022 годы.

Материалы и методы: в рамках выполнения данной работы в 2018-2022 годах по городу Шымкент были отобраны и проанализированы показатели заболеваемости больных раком мочевого пузыря из документов

Результаты: анализ статистических данных о заболеваемости раком мочевого пузыря по г. Шымкент в 2018-2022 гг. позволяет сделать вывод о динамической однонедельной норме абсолютного числа больных.

Заключение: учитывая низкий процент выявления данной патологии на ранней стадии в Шымкенте, считаем необходимым активизировать работу амбулаторно - поликлинической службы города Шымкент по раннему выявлению злокачественных новообразований мочевого пузыря, обеспечить квалифицированным кадровым составом поликлиники, провести санитарно - просветительную деятельность среди населения.

Ключевые слова: рак мочевого пузыря, злокачественные опухоли, заболеваемость.

**Kuliev A. F., Kaldygozova G. E., Kozhamkulov B. K., Anvarov Zh. A., Zhambyl R. O.,
Tashpulatov D. D.**

«International Kazakh-Turkish university named after Khoja Ahmed Yasawi», Shymkent,
Kazakhstan

ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF BLADDER CANCER IN THE POPULATION OF SHYMKENT IN 2018-2022

Annotation

The frequency of bladder cancer varies from 3 to 4, 5% of all human growths, and among the growths of the urinary tract, according to various data, reaches 70% the purpose of the study: analysis of morbidity and mortality rates of the population from prostate cancer for 2018-2022 in Shymkent.

The aim of the study is a scientific assessment of the main indicators of the incidence of bladder cancer in the population of Shymkent in 2018-2022.

Materials and methods: as part of the implementation of this work, the indicators of the incidence of bladder cancer patients in the city of Shymkent for 2018-2022 were taken from the documents and analyzed

Results: analysis of statistical data on the incidence of bladder cancer in the city of Shymkent in 2018-2022 allows us to draw conclusions about the dynamic uniformity of the absolute number of patients.

Conclusion: taking into account the low percentage of early detection of this pathology in Shymkent, we consider it necessary to intensify the work of the outpatient service of Shymkent for the early detection of bladder cancer, provide the Polyclinic with qualified personnel, and conduct sanitary and educational services among the population.

Key words: bladder cancer, malignant tumors, morbidity.

Өзектілігі

Қуық қатерлі ісігінің жиілігі адамның барлық өсінділерінің 3-тен 4-ке дейін, 5% - на дейін өзгереді, ал зәр шығару жолдарының өсінділері арасында әртүрлі мәліметтер бойынша 70% жетеді. [1].

Зерттеу мақсаты – 2018-2022 жылдардағы қуық қатерлі ісігінің Шымкент қаласы халқының аурушандығы негізгі көрсеткіштерін ғылыми бағалау.

Материалдар мен әдістер: Осы жұмысты орындау шеңберінде 2018-2022 жылдары Шымкент қаласы бойынша қуықтың қатерлі ісігі бар науқастардың аурушандығы көрсеткіштері құжаттардан алынып сарапталды.

Нәтижелер: Берілген мәліметтер бойынша қуықтың қатерлі ісігімен сырқаттанушылық көрсеткіштері 2018 жылы 4,0 - ‰, 2019 – 4,1 ‰, 2020 – 2,2 ‰, 2021-3,9 ‰, 2022 жылы-4,1‰ құрады. Мысалы, 2018 жылы Қазақстан Республикасында қуықтың қатерлі ісігі диагнозы алғаш рет анықталған 740 науқас тіркелді, 2019 жылы – 770, 2020 жылы - 667, 2021 жылы – 737, 2022 жылы – 806 [2-6]. 2022 жылы қуықтың қатерлі ісігінің бар науқастардың санының көбеюі байқалды.

Шымкент қаласы бойынша қуықтың қатерлі ісігімен сырқаттанушылық көрсеткіштері 2018 жылы 2,0 - ‰, 2019 – 2,9 ‰, 2020 – ‰, 2021-2,3 ‰, 2022 жылы-2,2 ‰ құрады. Мысалы, 2018 жылы Шымкент қаласында қуықтың қатерлі ісігі диагнозы алғаш рет анықталған 20 науқас тіркелді, 2019 жылы – 30, 2020 жылы - 18 , 2021 жылы – 26, 2022 жылы – 25 [6-10], қуықтың қатерлі ісігі ауруының абсолютті саны 2019 жылы 30 жағдайды құрап, 2020 жылмен салыстырғанда 12 жағдайға азайған. Ең төменгі стандартталған көрсеткіштер 2020 жылы тіркелді – 18 жағдай.

2018-2022 жылдары Шымкент қаласы бойынша тұрғындарының қуықтың қатерлі ісігімен шалдығу көрсеткіштері оның даму динамикасында көрсетілген. Көріп отырғанымыздай, абсолютті, қарқынды («өрескел») және стандартталған цифрлық мәндермен расталатын қуықтың қатерлі ісігі зақымдануы бар науқастар санының айтарлықтай өсу қарқыны байқалады. Мәселен, 2018 жылы қуықтың қатерлі ісігінің қатерлі ісіктерімен сырқаттанушылық 2,0 ‰, 2019 – 2,9 ‰, 2020 – 1,8 ‰, 2021 – 2,3 ‰, 2022 –

2,2 ‰ құрады. Көріп отырғанымыздай, 2020 жылы аурудың ең төменгі көрсеткіші, 2019 жылы ең жоғары көрсеткіш.

2018-2022 жылдары Шымкент қаласы бойынша қуықтың қатерлі ісігі ауруы туралы статистикалық деректерді талдау науқастардың абсолютті санының динамикалық бір қалыпты туралы қорытынды жасауға мүмкіндік береді.

Талқылау: Онкологиялық науқастың өмір сапасы, болжамдары қатерлі процестің таралуымен, яғни оның сатысымен анықталады. Қатерлі процестің дамуының ерте кезеңдері бар науқастарды анықтау, денсаулық сақтау саласы жұмысының маңызды бөлігі болып табылады.

Қорытынды: Осылайша, Шымкентте осы патологияның ерте сатысында анықталуының төмен пайызын ескере отырып, қуықтың қатерлі ісіктерін ерте анықтау бойынша Шымкент қаласының амбулаториялық - емханалық қызметінің жұмысын жандандыру, емхананың білікті кадрлық құрамымен қамтамасыз ету, халық арасында санитарлық-ағарту қызметін жүргізу қажет деп санаймыз.

Әдебиеттер тізімі

1. Kamoun A., De Reyniès A., Allory Y. et al. A consensus molecular classification of muscle-invasive bladder cancer. Eur Urol 2020;77(4):420–3. DOI: 10.1016/j.eururo.2019.09.006.
2. Показатели Онкологической службы Республики Казахстан за 2018 год (статистические и аналитические материалы). // Kazior / КазНИИ онкологии и радиологии (<https://onco.kz/kz/news/pokazateli-onkologicheskoy-sluzhby-respubliki-kazahstan-za-2018-god-statisticheskie-i-analiticheskie-materialy/>)
3. Показатели Онкологической службы Республики Казахстан за 2019 год (статистические и аналитические материалы). // Kazior / КазНИИ онкологии и радиологии <https://onco.kz/news/pokazateli-onkologicheskoy-sluzhby-respubliki-kazahstan-za-2018-god-statisticheskie-i-analiticheskie-materialy-2/>
4. Показатели Онкологической службы Республики Казахстан за 2020 год (статистические и аналитические материалы). // Kazior / КазНИИ онкологии и радиологии <https://onco.kz/news/pokazateli-onkologicheskoy-sluzhby-respubliki-kazahstan-za-2020-god/>
5. Показатели Онкологической службы Республики Казахстан за 2021 год (статистические и аналитические материалы). // Kazior / КазНИИ онкологии и радиологии <https://onco.kz/news/pokazateli-onkologicheskoy-sluzhby-respubliki-kazahstan-za-2021-god/>

6. Показатели Онкологической службы Республики Казахстан за 2022 год (статистические и аналитические материалы). // Kazior / КазНИИ онкологии и радиологии
<https://onco.kz/kz/news/pokazateli-onkologicheskoy-sluzhby-respubliki-kazahstan-za-2022-god/>

ӨОЖ 616.24-002-07

Хангелді Қ.Ж., Тұрғанбек Ә.Д., Бердалиева Ф.А.

«Оңтүстік Қазақстан Медицина Академиясы» АҚ, Шымкент, Қазақстан

БАЛАЛАРДАҒЫ ЖИІ РЕСПИРАТОРЛЫҚ ИНФЕКЦИЯЛАРДЫҢ ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫ ЖӘНЕ ЕМДЕУ МҮМКІНДІКТЕРІ

Аннотация

Көптеген эпидемиологиялық зерттеулердің нәтижелері көрсеткендей, балалардың көпшілігі 1 жыл ішінде жедел респираторлық инфекциялардың 3-5 эпизодын басынан өткізеді, ал өмірінің алғашқы 3 жылдығында балаларда ауру 10 жастан асқан балаларға қарағанда 2-2,5 есе жоғары [1].

Кілт сөздер: балалар, жиі ауыратын балалар, денсаулықты жақсарту.

Хангельды К. Ж., Турганбек А. Д., Бердалиева Ф. А.

АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», Шымкент, Казахстан

ФАКТОРЫ РИСКА И ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЧАСТЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Аннотация

Результаты многочисленных эпидемиологических исследований показывают, что у большинства детей в течение 1 года происходит 3-5 эпизодов острых респираторных инфекций, а в первые 3 года жизни заболеваемость у детей в 2-2,5 раза выше, чем у детей старше 10 лет [1].

Ключевые слова: дети, часто болеющие дети, оздоровление.

Hangeldy K. Zh., Turganbek A. D., Berdalieva F. A.

JSC «South Kazakhstan Medical Academy», Shymkent, Kazakhstan

RISK FACTORS FOR FREQUENT RESPIRATORY INFECTIONS IN CHILDREN AND TREATMENT POSSIBILITIES

Annotation

The results of numerous epidemiological studies show that most children Experience 3-5 episodes of acute respiratory infections within 1 year, and in the first 3 years of life, the incidence in children is 2-2.5 times higher than in children over 10 years of age [1].

Key words: children, children with frequent illnesses, health improvement.

Kіріспе

Жіті респираторлық инфекциялар қазіргі уақытта балалардағы инфекциялық аурулар құрылымында айтарлықтай үлесті алып отыр және олар ковидтен кейінгі кезеңде айтарлықтай ерекшеліктерге ие болды. ЖРВИ мен ГВИ-дың жиі бірге жүруі- ауыр асқынулардың дамуының жиілігін арттырып, баланың болашақ денсаулығына кері әсер ететін негізгі себептің бірі. Тыныс алу жолдары ауруларының қоздырғыштары- бактериялар, вирустар болса, олардың ішінде ауыз-жұтқыншақтың эндогендік микрофлорасының өкілдері, яғни оппортунистік вирустар, соның ішінде герпес вирустары (ВПГ, ЭБВ, ЦМВ) ерекше қызығушылық тудырады [2]. Жиі ауыратын балалар— бұл диагноз емес, диспансерлік бақылау тобы, оның ішінде организмнің қорғаныс жүйелеріндегі уақытша түзетілетін ауытқулар нәтижесінде пайда болатын және оларда тұрақты органикалық бұзылыстары жоқ жиі респираторлық инфекциялары бар балалар. Қазіргі уақытта "Жиі ауыратын балалар" проблемасы өзекті болып тұр, олар денсаулықтың II тобы бойынша диспансерлік бақылаудың шартты тобына жатып, бала ағзасының қорғаныс жүйелеріндегі транзиторлы, түзетілетін ауытқулардан туындайтын және оларда тұрақты органикалық бұзылулары жоқ, бірақ функционалды және физикалық бұзылулары бар, яғни созылмалы аурудың даму қаупі бар, жиі респираторлық инфекцияларға ұшыраған балаларды айтамыз. Әр түрлі авторлардың пікірінше, жиі ауыратын балалар жалпы балалар популяциясының 15% - дан 75% - на дейін құрайды. Балаларда жиі респираторлық инфекциялардың пайда болу факторларына- жұтқыншақтың лимфоэпителиальды жүйесінің жеткіліксіз қалыптасуы, әсіресе жас балаларда, белсенді герпесвирустық инфекцияның болуы, мектепке дейінгі балалар мекемелеріне барудың басталуымен байланысты жоғары антигендік жүктеме жатады. Жиі ауыратын балалардың аран жағындысын алып, нәтижесін талдау кезінде- *Klebsiella pneumoniae* - 70%, *Candida albicans* – 66%, *Haemophylus influenzae*-57%, *Streptococcus haemolyticus*-β-30%, *S. aureus* - 88% *S. pneumoniae* -75%, *Neisseria spp.* - 33%

анықталған[3]. Жиі ауыратын балаларда жасушалардың Альфа-ИФН синтездеу қабілеті (5,7 бірлік/мл) болса, ал сирек ауыратын балалармен (сәйкесінше 11,3 бірлік/мл) салыстырғанда төмен. Сирек ауыратын балалармен салыстырғанда ($22,9 \pm 1,89$ мг%) сілекейдегі секреторлық IgA мөлшері жиі ауыратын балаларда ($15,9 \pm 0,95$ мг%) деңгейінде анықталған. Дені сау балалармен салыстырғанда барлық жиі ауыратын балаларда сарысулық IgA концентрациясы төмен, ал клиникалық тұрғыдан қолайлы кезеңде Т және В-лимфоциттердің төмендеуі, альфа және гамма интерферон өндірісінің төмендеуі түріндегі жасушалық иммунитеттің дисфункциясының белгілері, фагоциттердің функционалдық белсенділігінің төмендеуі балалардың 80%-дан астамында байқалады [4]. ЖАБ ауыратын балаларды жүргізу тактикасы- толық анамнез, микробиологиялық, серологиялық, ПЦР зерттеу, жалпы иммуноглобулиндер, риноцитограмма. Емдеу мүмкіндіктеріне келетін болсақ- Альфа-глутамил-триптофанның вирусқа қарсы әсері, әсіресе 1 жасқа дейінгі жиі ауыратын балаларда профилактикалық мақсатта 25мкг/1дозада күніне 1 рет қолдану ЖРВИ мен тұмау ауруларының жиілігі мен аурудың ауырлық деңгейін төмендетуде оң нәтиже көрсеткен.

Әдебиеттер тізімі

1. Актуальные проблемы профилактики и лечения часто болеющих Детей. И. Струков, А. Н. Астафьева, Р. Т. Галеева, Г. В. Долгушкина
2. Спектр маркеров герпесвирусных инфекций и алгоритм их Лабораторной диагностики. Alimbarova L.M., Lazarenko A.A., Lvov N.D., Barinskiy I.F. клиническая лабораторная диагностика. 2017; 62(3)
3. Структура заболеваемости среди детей и подростков в Республике Казахстан. Муханова Г.Т. 1, Оспаналиева М.С. 2, Камалиева М.Р. 3, Journal of Health Development, Volume 1, Number 45 (2022)
4. Immunorehabilitation Children with Impaired Health Status O. V. Shamsheva, I. V. Polesko. Детские инфекции 2016.

УДК 616.34

**Кемельбеков К.С., Абдикаримов Н.Т., Нарходжаев Н.С., Хужахмедова Р.Н.,
Орынбасаров Н.А., Оразбек А., Абдиев Б, Бекжан Н.**
АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: СТРИКТУРЫ КИШЕЧНИКА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ. (ПОСТ-НЭК СТРИКТУРЫ КИШЕЧНИКА)

Аннотация

Некротизирующий энтероколит (НЭК) остается одним из сложных заболеваний, которое возникает в неонатальном периоде. Несмотря на совершенствование диагностики и методов лечения, НЭК высокой смертностью и продолжительным течением, включая развитие в послеоперационном периоде пост-НЭК-стриктуры кишечника. Частота заболеваемости детей с НЭК в городе Шымкент и Туркестанской области достигает до 75%, а смертность до 40-45%. И единичные случаи проявления пост-НЭК стриктуры которые составляют около 1% из всех выявленных случаев.

Ключевые слова: некротизирующий энтероколит, пост НЭК стриктуры, дети.

Кемелбеков К.С., Абдикаримов Н.Т., Нарходжаев Н.С., Хужахметова Р. Н.,

Орынбасаров Н. А., Оразбек А., Абдиев Б., Бекжан Н.

«Оңтүстік Қазақстан медициналық академиясы» АҚ
«Қалалық клиникалық балалар ауруханасы» ШЖҚ МКК, Шымкент, Қазақстан

КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ: ЖАҢА ТУҒАН КЕЗЕҢДЕ НЕКРОТИКАЛЫҚ ЭНТЕРОКОЛИТТЕН КЕЙІНГІ ІШЕК СТРИКТУРАСЫ. (ІШЕК СТРИКТУРАСЫНАН КЕЙІНГІ НЕС)

Аннотация

Некротикалық энтероколит (нес) неонатальды кезеңде пайда болатын күрделі аурулардың бірі болып қала береді. Диагностика мен емдеу әдістерін жетілдіруге қарамастан, НЭК жоғары өлім-жітіммен және ұзақ курспен, соның ішінде операциядан кейінгі кезеңде ішектің пост-НЭК-стриктурасының дамуымен. Шымкент қаласы мен Түркістан облысында ҰЭК-мен ауыратын балалардың жиілігі 75% - ға дейін, ал өлім-жітім 40-45% - ға дейін жетеді. НЭК-тен кейінгі көріністердің жекелеген жағдайлары стриктуралар бұл барлық анықталған жағдайлардың шамамен 1% құрайды.

Кілт сөздер: некротикалық энтероколит, нес-тен кейінгі стриктуралар, балалар.

**CLINICAL CASE: INTESTINAL STRICTURES AFTER NECROTIZING
ENTEROCOLITIS IN THE NEONATAL PERIOD. (POST-NEC INTESTINAL
STRICTURES)**

Annotation

Necrotizing enterocolitis (NEC) remains one of the complex diseases that occurs in the neonatal period. Despite the improvement of diagnostics and treatment methods, NEC has a high mortality rate and a long course, including the development of post-NEC stricture of the intestine in the postoperative period. The incidence rate of children with NEC in Shymkent and Turkestan region reaches up to 75%, and the mortality rate is up to 40-45%. And isolated cases of post-NEC stricture, which account for about 1% of all identified cases.

Key words: *necrotizing enterocolitis, post NEC strictures, children.*

Данное исследование является демонстрацией клинического случая у пациента с НЭК, в позднем периоде наблюдений развилось сужение кишечной трубки, и поиск факторов риска возникновения этого состояния.

Материалы и методы исследования. В данной работе представлен клинический случай стриктуры кишечника диагностированный у ребенка в 10 летнем возрасте. Ребенок в период новорожденности перенес ЯНЭК, в стадии клинических проявлении. Находился на стационарном лечении в течении 10 дней, после чего был выписан с выздоровлением. Периодически страдал копростазом, которое консервативным путем разрешалось. В настоящее время ребенок поступил со стойкими запорами которые беспокоят в течении 6 месяцев. Из анамнеза жизни известно, что дома занимались самолечением, со временем эффекта от лечения все меньше. Обратились в поликлинику к гастроэнтерологу, было рекомендовано ирригография. В условиях ГККП на ПХВ "Городской детской больницы" в отделении детской хирургии, ребенок был обследован, проведена ирригография: Мегаколон?.

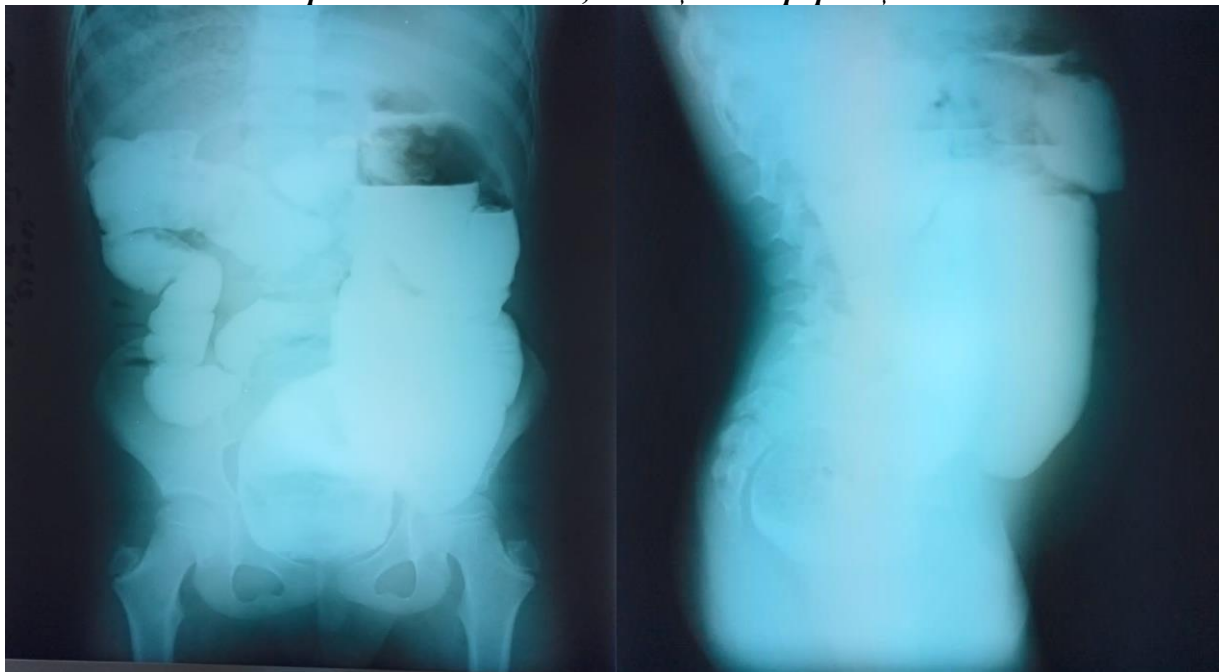


Рисунок 1- Ирригография данного пациента.

Выставлен диагноз: ВПР. Болезнь Гиршпрунга? Хронический запор. Стеноз ректосигмоидного отдела толстой кишки. После предоперационной подготовки, под общим наркозом проведена операция: Нижне-срединная лапаротомия. Резекция толстой кишки, коло-коло-анастомоз «конец в конец». Диагноз после операции: Пост-НЭК стриктура ректосигмоидного отдела толстого кишечника. Состояние в после операционном периоде протекало без осложнений. На 2 сутки начали энтеральное кормление, ребенок усваивал далее активизировался. За период нахождения в стационарном лечении диспепсических явлении не отмечалось. ребенок выписался домой на 14-е сутки.

Выводы. Частота заболеваемости детей с НЭК в городе Шымкент и Туркестанской области достигает до 75%, а смертность до 40-45%. И единичные случаи проявления пост-НЭК стриктуры которые составляют около 1% из всех выявленных случаев.

Изучая частоту возникновения и факторы риска появления стриктур кишечника в результате перенесенного НЭК, выявлено средняя частота пост-НЭК-стриктуры кишечника 24% в странах Средней Азии. Во всем мире итоги исследования демонстрируют распространенность сужений кишечника после перенесенного НЭК.

Профессор, академик Сексенбаев Д.С.

Руководитель ОКБ, к.м.н.: Дильдабеков Ж.Б., Зам. руководителя по онкослужбе

Тулегенов М.А., зав. отделения онкохирургии: Өтепбаев Б.Ә.

ГКП на ПХВ «Областная клиническая больница» УЗ Туркестанской области, г.

Шымкент

ОДИН ИЗ ТЫСЯЧА СПАСЕННЫХ ЖИЗНЕЙ ПРОФЕССОРА

После окончания Алматинского медицинского института по специальности «хирургия» Д.С. Сексенбаев по направлению устроился на работу врачом хирургом в районную больницу с. Славянка Южно-Казахстанской области КазССР. 1962г. после перехода трех районов в УзССР в том числе с. Славянки, Д. Сексенбаевич устроился на работу врачом хирургом в больницу г. Чимкент. Профессору в первые годы работы в этой больнице запомнился один интересный случай: в экстренном порядке в больницу поступает 5-летний ребенок в очень тяжелом состоянии по неосторожности после приема раствора кислот от аккумулятора с выраженными ожогами ротовой полости и верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. После выведения острого отравления химиката, с целью питания ребенку установлена гастростома. Далее перед молодым хирургом был тяжелый выбор решения вопроса о физиологическом самостоятельном питании. Профессор вспоминает, в то время не было пищеводных резиновых бужов, бужирования пищевода проводили только взрослым пациентам с помощью грубого толстого эндоскопического аппарата. Поиски пищеводных резиновых бужов по всем странам постсоветского союза не увенчались успехом и только 1971 году профессором за счет собственных средств были приобретены резиновые пищеводные бужы с Калининградской краевой больницы с помощью которых были спасены жизни многих пациентов. Возвращаясь к ребенку при обследовании обнаружено тотальный ожог пищевода с непроходимостью и ожог 2/3 желудка, профессором беспрецедентно было принято решение создать искусственный пищевод с помощью кожного стебля из кожи грудной клетки. Предоперационная подготовка шла изнурительно длительно, проведено множество процедур и массажа для формирования будущего искусственного пищевода в виде трубчатой формы кожного стебля из кожи грудной клетки. Через 4 месяца произведена сложная операция, сформирован искусственный пищевод из кожи туловища с соединением пищевода в шейной области кожным стеблем с резекцией пораженного участка желудка и формированием кожно-желудочного анастомоза. Операция прошла успешно, ребенок реабилитировался в течении месяца. Через 1 месяц ребенок начал питаться через рот, но из-

X международная научная конференция молодых ученых и студентов «Перспективы развития биологии, медицины и фармации»

за отсутствия перистальтики кожного лоскута, профессором рекомендовано было после каждого приема порции глотка пищи, проводить поглаживающие движения ладошками руки по ходу искусственного пищевода для проталкивания пищи из пищевода в желудок. После выписки, Д.Сексенбаевич регулярно наблюдал за состоянием и физиологическим развитием ребенка. Ему исполнилось 20 лет, окончил школу, получил общее-среднее образование по специальности эксковаторщик. Работал в строительстве зданий, создал семью, стал отцом и в возрасте 30 лет переехал жить в Россию. В течении последующих 10 лет пациент держал связь с профессором. После развала Советского Союза и получения независимости стран СНГ, в 40 летнем возрасте пациента, связь с профессором потерялась. Дальнейшая судьба пациента не известна. До сих пор в мировой практике, а также в медицинской научной литературе источников подобных операции не встречалось, говорит профессор Д. Сексенбаевич. И это один случай из многочисленных сложных ситуации в жизни профессора.

СОДЕРЖАНИЕ

ЖҮЙЕЛІ ВАСКУЛИТПЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ-АНАМНЕСТИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ Ауанасова А.Т., Есиркепов М.М.	3
ПРОРЫВ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЕ: ТРАНСПЛАНТАЦИЯ КОСТНОГО МОЗГА Аманова И.М., Мурина Н.М.	4
АНГИОГРАФИЯ Кураева А.Р, Тойымбетова Қ.А	9
ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ОБРАЗОВАНИИ И МЕДИЦИНЕ, КАК ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД ПРЕПОДАВАНИЯ Арапов А.А, Курбанова Л.К, Чергизова Б.Т.	14
ҚАЗАҚСТАННЫҢ ОҢТҮСТІК АЙМАҚТАРЫНЫҢ ТҮРҒЫНДАРЫ ЖӘНЕ АУЫЛШАРУАШЫЛЫҚ ЖАНУАРЛАРЫ АРАСЫНДАҒЫ ҚҰ ҚЫЗБАСЫНЫҢ СЕРОПРЕВАЛЕНЦИЯСЫ Баяхметова М. М., Абуова Г. Н., Бухарбаев Е.Б	19
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИСУСИТА Бедешева С.И., Ташбаев Н. А., Хемдемова А.Б., Абилов К. Е.	25
МЕДИЦИНА СТУДЕНТТЕРІ АРАСЫНДАҒЫ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬДЫ РЕФЛЮКС АУРУЫ Әлімбатыров А.Ә., Жексенбек Н.А., Жайлауов Ш.Б., Зординова К.А.	28
ШЕК СТОМАЛАРЫ ЖӘНЕ ЖЫЛАНКӨЗДЕРІ БАР НАУҚАСТАРДА ЖАРА АСҚЫНУЛАРЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ Жалғасбаев А. А., Джаканов М.К., Тайшибаев К.Р.	31
ЕГІЗДІК ӘДІСТІ ЗЕРТТЕУ МЕН ҚОЛДАНУДЫҢ МЕДИЦИНАДАҒЫ МАҢЫЗЫ Жексенбек Н.А, Жайлауов Ш.Б., Әлімбатыров А.Ә., Жанатаев Б.Т.	34
ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖОҒАРЫ ОҚУ ОРЫНДАРЫНДА БІЛІМ БЕРУ ӘДІСТЕРІНІҢ АСПЕКТІЛЕРІ Келсін Ж.Ж., Сағынтай А.Ж., Отумбаева Е.Т.	38
АНАЛЫҚ БЕЗІ ҚАТЕРЛІ СІГІНІҢ ҚАЙТАЛАНУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ Зейнабедын А.М., Кулбаева С.Н., Тәйтелі Г.Ә., Тин А.Л.	41
PREINDUCTION OF CHILDBIRTH IN PREGNANT WOMEN AT HIGH RISK Kulbayeva S., Masroor A., Anuarbek D., Bakyt A.	44
БРОНХ ДЕМІКПЕСІНІҢ ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ЗЕРТТЕУ АСПЕКТІЛЕРІ Қуаныш Ж.Ф., Мұсабай А.П., Отумбаева Е.Т.	46
BRONCHOPULMONARY MANIFESTATIONS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE Makhmudov Sh.F.	51
БАЛАЛАРДА ҰЙҚЫ БЕЗІНІҢ ЖАРАҚАТЫНЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫ ЖӘНЕ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ ТАКТИКАСЫ ӨЗЕКТІЛІГІ Нарходжаев Н.С., Байдуллаев Е.Е., Сулейменов Б.Ж., Әбдиев Б.Н.	53
ДИАГНОСТИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ. НЕЙРОСОНОГРАФИЯ	60

Файзахматова Н.Х., Оспанов Д.Т.	
ҚАЗАҚСТАННЫҢ ОҢТҮСТІК Өңірлерінде Эмердженттік Табиғи-Ошақты Инфекциялардың алдын алу туралы Эпидемиологтардың хабардар болуын бағалау Бухарбаев Е.Б., Баяхметова М.М., Абуова Г.Н.	66
СОВРЕМЕННЫЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДЕТСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Садыкова А.Ш., Мурина Н.М.	77
ОСТРЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ У ДЕТЕЙ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ Калдыгозова Г.Е., Кожобекова А.С.	84
ТҮРКІСТАН ОБЛЫСЫНДАҒЫ ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРЕГІ БРУЦЕЛЛЕЗ АУРУЫ АҒЫМЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ Тұрғанбек Ә.Д., Жақсылықова Ж.Б., Хангелді Қ.Ж., Сарыпбекова Л.Л., Уралова Г.Б., Бердалиева Ф.А.	90
2018-2022 ЖЫЛДАРЫ ШЫМКЕНТ ҚАЛАСЫ ХАЛҚЫНЫҢ ҚУЫҚ ҚАТЕРЛІ ІСІГІНІҢ СЫРҚАТТАНУШЫЛЫҒЫ ТАЛДАУ Кулиев А.Ф., Калдыгозова Г.Е., Қожамкулов Б.Қ., Анваров Ж.А., Жамбыл Р.О., Ташпулатов Д.Д.	92
БАЛАЛАРДАҒЫ ЖИІ РЕСПИРАТОРЛЫҚ ИНФЕКЦИЯЛАРДЫҢ ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫ ЖӘНЕ ЕМДЕУ МҮМКІНДІКТЕРІ Хангелді Қ.Ж., Тұрғанбек Ә.Д., Бердалиева Ф.А.	97
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: СТРИКТУРЫ КИШЕЧНИКА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ. (ПОСТ-НЭК СТРИКТУРЫ КИШЕЧНИКА) Кемельбеков К.С., Абдикаримов Н.Т., Нарходжаев Н.С., Хужахмедова Р.Н., Орынбасаров Н.А., Оразбек А., Абдиев Б., Бекжан Н.	99
ОДИН ИЗ ТЫСЯЧА СПАСЕННЫХ ЖИЗНЕЙ ПРОФЕССОРА Профессор, академик Сексенбаев Д.С. Руководитель ОКБ, к.м.н.: Дильдабеков Ж.Б., Зам. руководителя по онкослужбе Тулегенов М.А., зав. отделения онкохирургии: Өтепбаев Б.Ә.	103