



**JOURNAL OF MEDICINE AND
PHARMACY OF KAZAKHSTAN**

**ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА
ЖӘНЕ ФАРМАЦИЯ ЖУРНАЛЫ**

**КАЗАХСТАНСКИЙ ЖУРНАЛ
МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ**

eISSN: 1562-2967

ОҢТУСТІК 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
серийных изданий ISSN(ЮНЕСКО,
г.Париж,Франция), присвоен международный
номер ISSN 2306-6822**

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

Адрес редакции:

160019 Республика Казахстан,
г. Шымкент, пл. Аль-Фараби, 1
Тел.: 8(725-2) 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,
Республика Польша)

ӘОЖ: 616.248-07:612.111-053

Аман Б.Ж., Қадырова Ж.Ж., Серикова Б.Д.

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

БРОНХИАЛДЫ ДЕМІКПЕСІ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ САУАТТЫЛЫҒЫ БОЙЫНША ТЕОРИЯЛЫҚ НЕГІЗДЕРІ

Аннотация

Сауаттылық деңгейі, жалпы алғанда және денсаулық сақтау мәселелерінде, адам денсаулығының жай-күйіне, оның мәдени, әлеуметтік және жеке даму мүмкіндігіне айтарлықтай әсер етеді. Денсаулық сақтау саласындағы құзырлықтың төмен деңгейі адамның өмір сапасына нұқсан келтіруі мүмкін.

Кілт сөздер: денсаулық сауаттылығы, бронх демікпесі, медициналық көмек.

Аман Б.Ж., Қадырова Ж.Ж., Серикова Б.Д.

Медицинский колледж при АО «Южно-Казахстанской
медицинской академии», г. Шымкент, Казахстан

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ГРАМОТНОСТИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Аннотация

Уровень грамотности в целом и в вопросах здравоохранения оказывает существенное влияние на состояние здоровья человека, его культурный, социальный и личностный потенциал развития. Низкий уровень компетентности в сфере здравоохранения может нанести вред качеству жизни человека.

Ключевые слова: медицинская грамотность, бронхиальная астма, медицинская помощь.

Aman B.Zh., Kadyrova Zh.N., S. B. D.

Medical College at JSC «South Kazakhstan Medical Academy» Shymkent, Kazakhstan

THEORETICAL BASIS OF MEDICAL LITERACY IN PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA

Abstract

The level of literacy in general and in health matters has a significant impact on a person's health status, his cultural, social and personal development potential. Low levels of competence in healthcare can harm a person's quality of life.

Key words: *health literacy, bronchial asthma, medical care.*

Кіріспе. Денсаулық әр адамның басты құндылығы болып саналады. Дүниежүзілік Денсаулық сақтау ұйымының (ДДҰ) анықтамасы бойынша, денсаулық - бұл аурулар мен физикалық ақаулардың болмауы ғана емес, толық физикалық, психикалық және әлеуметтік әл-ауқат жағдайы болып табылады [1].

Денсаулық пен сауаттылық – қоғамда болып жатқан жылдам өзгерістерге бейімделу қабілетімізді анықтайтын динамикалық категориялар. Денсаулықты сақтау үшін, әрине, ауруды және оның дамуына әкелетін факторларды мүмкіндігінше тиімді анықтау және тоқтату үшін айтарлықтай білім мен дағдылар қажет.

«Денсаулық сауаттылығы (ДС)» термині бірнеше ондаған жылдар бойы қолданылып келеді, бірақ оның мазмұны денсаулық сақтау саласындағы функционалдық сауаттылық анықтамасына балама болды[2]. Кейінірек ДС анықтамасы кеңейді, ол пациенттердің емдеу туралы шешім қабылдауға қатысу қажеттілігіне назар аударатын құқықтық аспектіні қамтиды.

Соңғы жылдары бірқатар елдердің денсаулық сақтау саясатында пациентке бағытталған көзқарас басым болып келеді, бұл пациенттің оны тексеру мен емдеуге қатысты шешім қабылдауға тікелей қатысуын білдіреді. Денсаулықты сақтау бірқатар дағдыларды қажет етеді. Бұл дегеніміз, шын мәнінде функционалдық сауаттылық болып табылатын оқу, жазу және санау сияқты әрбір адамға қажетті негізгі дағдылармен қатар, медициналық ақпаратты іздеу, табу және қабылдау, оны талдау және түсіну қабілеттерімен қатар денсаулықты сақтау және жақсарту үшін шешім қабылдау қажет жағдайларда медициналық қызметкерлермен қарым - қатынас кезінде оны бағалау және қолдану. ДС медициналық көмекке қол жеткізудің келесі параметрлерімен байланысты: пациентке бағытталған көзқараста қауіпсіздік, тиімділік, әділдік және уақтылылық. Денсаулық сақтау сауаттылығын арттыру денсаулық сақтаудың осы аспектілерінің әрқайсысын жақсартады[3].

Денсаулық сауаттылығының төмен деңгейі өлімнің жоғарылауына, ауруханаға жатқызудың жоғарылауына, денсаулық сақтаудың профилактикалық шараларын қолданудың төмендігіне, тағайындалған рецепттердің нашар сақталуына, медициналық қызметкерлермен байланыс орнатудағы қиындықтарға, аурулардың дамуы мен таралуы туралы білімнің

аздығына әкеледі және созылмалы аурулары бар пациенттер арасында өзін-өзі күтудің төмен деңгейі, денсаулық сақтау шығындарының жоғарылауы және денсаулық сақтау саласындағы білім деңгейіне байланысты теңсіздікке әкеліп соғады[4]. Әр түрлі коммуникация әдістерін қолданудың арқасында денсаулық сақтау саласындағы бірқатар мәселелерді шешуге болады, негізгі әдістер қатарына медициналық сауаттылықты арттыру, денсаулық сақтау жүйесімен өзара әрекеттесу кезінде белгісіздік деңгейін төмендету, аурудың алдын алуды ынталандыру және қолдау, салауатты өмір салтын насихаттау және т.б. Медициналық сауаттылықтың төмендігі халықтың осал санаттары - мүгедектер, қарттар, мигранттар, этникалық азшылықтар, кедейлік шегінен төмен адамдар арасында жиі кездеседі.

Бронх демікпесі бар науқастарға көмек көрсету сапасын жақсарту үшін тиімді өзін-өзі бақылаудың маңызы зор. Дегенмен, пациенттің арнайы білімінсіз клиникалық симптомдарды өзін - өзі бақылау мүмкін емес [5].

Қазіргі заманғы денсаулық сақтаудағы тиімді менеджмент медициналық көмектің сапасы мен қолжетімділігінің тұрақты жоғары көрсеткіштерімен қаржылық шығындарды азайту мақсатында пациенттердің ауруларын сауатты басқаруды көздейді. Пациентті медициналық көмектің белгілі бір кезеңіне немесе түріне жіберудің критерийлері тәулік бойы бақылау қажеттілігі (амбулаториялық және стационарлық кезеңдер), диагностика мен емдеудің арнайы әдістерін қолдану мақсатында мамандардың консультацияларының қажеттілігі (алғашқы медициналық-санитарлық және мамандандырылған медициналық көмек) және т. б. болуы мүмкін [6]. Пациентті басқару тактикасына субъективті факторлардың (мамандарды даярлау деңгейі, медициналық және дәрілік көмектің қолжетімділігі және т.б.) әсерін болдырмау үшін соңғы жылдары әртүрлі реттеуші құжаттарды - стандарттарды, хаттамаларды, клиникалық ұсыныстарды, халықаралық және ұлттық бағдарламаларды жасауға көп көңіл бөлінді. Бронх демікпесіне қатысты ең маңызды реттеуші құжат - GINA (Global Asthma бастамасы - жаһандық астма бастамасы).

Кез келген ауруды сәтті емдеудің алғышарты науқастың барлық медициналық ұсыныстарды дәл орындауы деген пікір бар. Тек осы жағдайда емдеудің әсері максималды болатынына сенуге болады. Бронх демікпесі бар науқастардың дәрігердің тағайындауларын сақтамауын тудыратын нақты дәрілік және дәрілік емес факторлар бар.

Дәрі-дәрмекпен байланысты факторлардың арасында ингаляторды қолданудағы қиындықтар ерекше орын алады; қабылдаудың ыңғайсыз режимі; жанама әсерлер және дәрілік заттардың жоғары құны; фармакологиялық терапияға теріс көзқарас; дәріханалардың шалғайлығы және медициналық көмектің төмендігі [7].

Дәрілік емес факторлар: емдеуші дәрігер жұмысына қанағаттанбау; медициналық тағайындауларды дұрыс түсінбеу; ауру мен терапияға байланысты ақпараттың, қорқыныш пен алаңдаушылықтың болмауы; негізсіз үміттер; медициналық бақылау мен бақылаудың жеткіліксіздігі; ауру болып көрінуді қаламау; ауруға адекватты емес көзқарас; аурудың ауырлығын бағаламау; ұмытшақтық немесе жайбарақаттық; діни аспектілері.

Сонымен қатар, демікпені бақылау пациентті басқару сапасына байланысты. Ауруды бақылау сапасына тікелей факторлар әсер етеді: өзін-өзі бақылау деңгейі, негізгі терапияның болуы және үнемі сақталуы. Жанама факторлар (науқастың білімі және әлеуметтік факторлардың жиынтығы) астманы емдеуге тікелей әсер етпейді, бірақ тікелей факторларға әсер етуі мүмкін [8].

Бронх демікпесі бар науқас жылына орта есеппен жарты сағатқа жуық дәрігермен байланысады, қалған уақытта өзімен және ауруымен жалғыз қалады. Бұл өзін-өзі бақылау әдістемесін меңгерудің маңыздылығын анықтайды. Медициналық ұйымдардағы демікпе мектебінің міндеті - бұл науқасты оқыту, оған іс-әрекет жоспарын беру. Құзыретті оқыту пациенттердің хабардарлығын арттыруға мүмкіндік береді, тұрақты емделушілер санын көбейту, ингаляциялық кортикостероидтарды емдеуді ұстануды арттыру, қысқа әсер ететін ингаляциялық бронходилататорларға қажеттілікті азайту, сыртқы тыныс алу функциясының көрсеткіштерін жақсарту, өмір сүру сапасын жақсарту, жедел жәрдем қызметіне шақыру жиілігін және ауруханаға жатқызу санын азайту [9].

Халықтың медициналық сауаттылығын арттыру бүкіл халықтың денсаулық деңгейін жақсарту жөніндегі экономикалық тиімді шаралардың бірі болып табылады. Біріншіден, медициналық сауаттылықты арттыру денсаулыққа байланысты нәтижелердің кешенді жиынтығын жақсартудың маңызды себебі болып табылады. Зерттеулер көрсеткендей, медициналық сауаттылық әйелдердің репродуктивті денсаулығында, созылмалы бүйрек аурулары, астма және созылмалы обструктивті өкпе ауруы, адамның иммун тапшылығы вирусы және балалардағы ұйқының ұзақтығында маңызды рөл атқарады.

Бронх демікпесі ағымының сипатына әсер ететін факторларды, оның ішінде жеке тұлғаның психологиялық ерекшеліктерін және науқастың мотивациялық саласын зерттеу оның ынтымақтастығын арттыруға, терапияны оңтайландыруға және аурудың болжамын жақсартуға көмектеседі. Бронх демікпесінің жоғары таралуын, үлкен медициналық-әлеуметтік маңызын және ауруды бақылауға қол жеткізудегі қиындықтарды ескере отырып, пациенттердің ынтымақтастығы мен мотивациясын зерттеу мәселесі өте өзекті болып табылады [10].

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі

1. Oscalices MIL, Okuno MFP, Lopes MCBT, Batista REA, Campanharo CRV. Health literacy and adherence to treatment of patients with heart failure. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03447. Published 2019 Jul 15. doi:10.1590/S1980-220X2017039803447;
2. Okan O, Jochimsen M, Hendricks J, Wasem J, Bauer U. Health literacy in children and adolescents: associations between health literacy and health inequalities. *European Journal of Public Health*. 2018;28(suppl_4).doi:10.1093/eurpub/cky212.365;
3. Lorini C, Caini S, Ierardi F, Bachini L, Gemmi F, Bonaccorsi G. Health Literacy as a Shared Capacity: Does the Health Literacy of a Country Influence the Health Disparities among Immigrants?. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(4):1149. doi:10.3390/ijerph17041149;
4. Speros, C. Health literacy: concept analysis / C. Speros // J. Adv. Nurs. –2005. – 50. – P. 633-640.;
5. Mancuso, J.M. Health literacy: a concept/dimensional analysis / J.M. Mancuso // Nurs. Health Sci. – 2008. – 10. – P.248-255;
6. Rüegg R, Abel T. The relationship between health literacy and health outcomes among male young adults: exploring confounding effects using decomposition analysis. *International Journal of Public Health*. 2019;64(4):535- 545. doi:10.1007/s00038-019-01236-x;
7. Miller MJ, Nutbeam D. Advancing international understanding of health literacy in pharmacy: Current trends and future directions. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2018;14(9):v-vi. doi:10.1016/j.sapharm.2018.07.018;
8. Lloyd J, Thomas L, Powell-Davies G, Osten R, Harris M. How can communities and organisations improve their health literacy? *Public Health Research & Practice*. 2018;28(2). doi:10.17061/phrp2821809;
9. Paakkari L, Kokko S, Villberg J, Paakkari O, Tynjälä J. Health literacy and participation in sports club activities among adolescents. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2017;45(8):854-860. doi:10.1177/1403494817714189;
10. Fleary S, Ettienne R. Social Disparities in Health Literacy in the United States. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*. 2019;3(1):e47-e52. doi:10.3928/24748307-20190131-01;

ӘОЖ: 614

Шоланбаева Н. Ж., Серикова Б. Д.

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

ЖИТС-ТІҢ АЛДЫН АЛУ ЖӘНЕ ОҒАН ҚАРСЫ КҮРЕС ЖӨНІНДЕГІ ОРТАЛЫҚТА МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРДІҢ ҚОРҒАНЫС ШАРАЛАРЫН АРТТЫРУ

Аннотация

АИТВ-инфекциясы иммундық жүйенің үдемелі теңгерімсіздігімен клиникалық байланысты көп жылдық ағымы бар ауру, оның аясында оппортунистік аурулардың ауыр түрлері дамиды. АИТВ жұқтырған адамдарда тыныс алу органдарының, асқазан-ішек жолдарының, жүрек-тамыр жүйесінің, бүйректің, жүйке жүйесінің зақымдалуымен байланысты әртүрлі шұғыл жағдайлар болуы мүмкін. Медицина қызметкерлері АИТВ жұқтырған адамдарға адамның иммун тапшылығы вирусы (АИТВ-инфекциясы) тудыратын аурудың жалпы негізінде медициналық көмек көрсетеді.

Халыққа медициналық көмек көрсету кезінде медицина қызметкері барлық жағдайда пациенттің АИТВ-инфекциясының бар-жоғын алдын ала біле алмайды, өйткені пациенттің өзі бұл туралы білмеуі немесе бұл фактіні жасыруы немесе ес-түссіз күйде болуы мүмкін. Сондықтан жедел және шұғыл медициналық көмек көрсету кезінде кез келген пациентке АИТВ жұқтыруы мүмкін деп қарау өте маңызды.

Кәсіби міндеттерін орындауға байланысты пациенттің адамның иммун тапшылығы вирусын жұқтыру фактісі белгілі болған медицина қызметкерлері бұл ақпаратты құпия сақтауға міндетті. Дәрігерлік құпияны құрайтын мәліметтерді жария еткені үшін медицина қызметкерлері заңнамаға сәйкес жауапты болады.

Кілт сөздер: АИТВ инфекциясы, жұқтыру қаупі, мед. қызметкерлер.

Шоланбаева Н. Ж., Серикова Б. Д.

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

ПОВЫШЕНИЕ ЗАЩИТНЫХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ЦЕНТРЕ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИД

Аннотация

ВИЧ-инфекция-это заболевание с многолетним течением, клинически связанное с прогрессирующим дисбалансом иммунной системы, на фоне которого развиваются

тяжелые формы оппортунистических заболеваний. ВИЧ-инфицированные люди могут испытывать различные неотложные состояния, связанные с повреждением органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, почек, нервной системы. Медицинские работники оказывают медицинскую помощь ВИЧ-инфицированным людям на основе общего заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция).

При оказании медицинской помощи населению медицинский работник не во всех случаях может заранее узнать, есть ли у пациента ВИЧ-инфекция, поскольку сам пациент может не знать об этом или скрывать этот факт или находиться в бессознательном состоянии. Поэтому при оказании неотложной и неотложной медицинской помощи важно рассматривать любого пациента как потенциально инфицированного ВИЧ.

Медицинские работники, которым известен факт заражения пациента вирусом иммунодефицита человека в связи с выполнением профессиональных обязанностей, обязаны хранить эту информацию в тайне. За разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, медицинские работники несут ответственность в соответствии с законодательством.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, риск заражения, мед. персонал.

Sholanbayeva N. Zh. , Serikova B. D.

Medical College at JSC «South Kazakhstan Medical Academy», Shymkent, Kazakhstan

INCREASE OF PROTECTIVE MEASURES OF MEDICAL PERSONNEL AT THE CENTER FOR AIDS PREVENTION AND CONTROL

Abstract

HIV infection is a disease with a multi-year course clinically associated with a progressive imbalance of the immune system, against the background of which severe forms of opportunistic diseases develop. HIV-infected people may experience various emergency situations associated with damage to the respiratory organs, gastrointestinal tract, cardiovascular system, kidneys, and nervous system. Health workers provide medical care to HIV-infected people on the general basis of the disease caused by the human immunodeficiency virus (HIV infection).

When providing medical care to the population, a medical worker in all cases cannot know in advance whether the patient has HIV infection, since the patient himself may not know about it or hide this fact, or be in an unconscious state. Therefore, when providing emergency and emergency medical care, it is very important to treat any patient as likely to be infected with HIV.

Medical workers who, in connection with the performance of their professional duties, have become aware of the fact of infection of the patient with the human immunodeficiency virus, are obliged to keep this information confidential. Medical workers are responsible in accordance with the legislation for disclosing information constituting a medical secret.

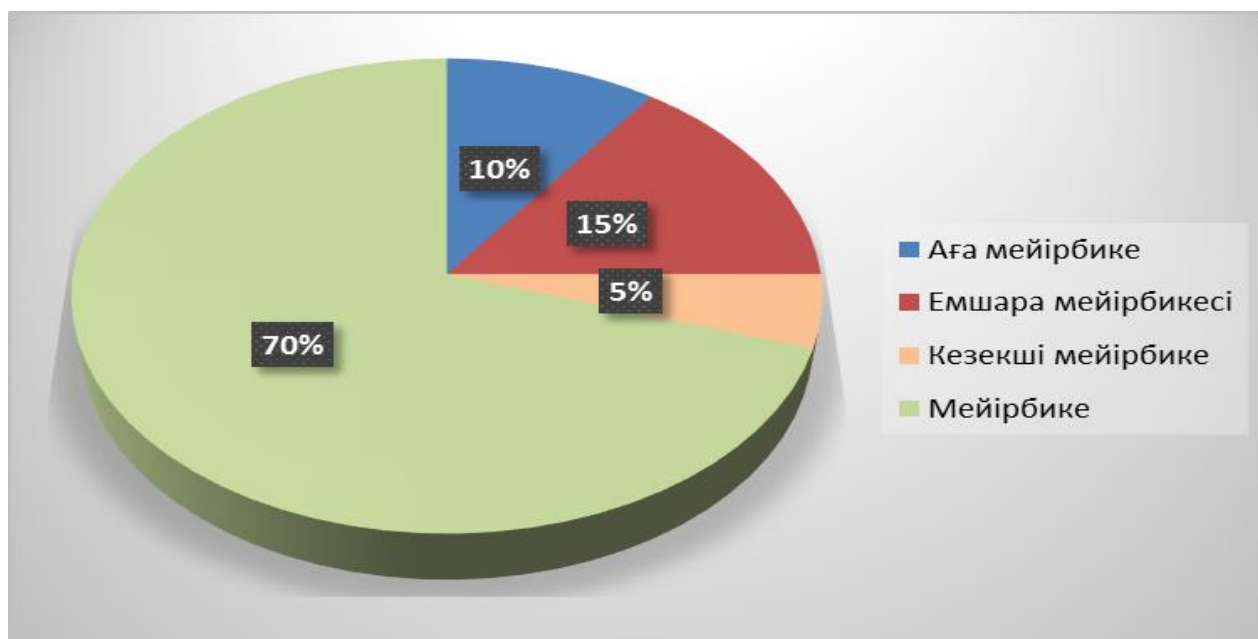
Keywords: HIV infection, risk of infection, med. employees.

Зерттеу мақсаты. Мейіргерлердің кәсіптік қатерін төмендетуге бағытталған алдын алу іс-шараларын ғылыми негіздеу.

Зерттеу материалдары мен әдістері.

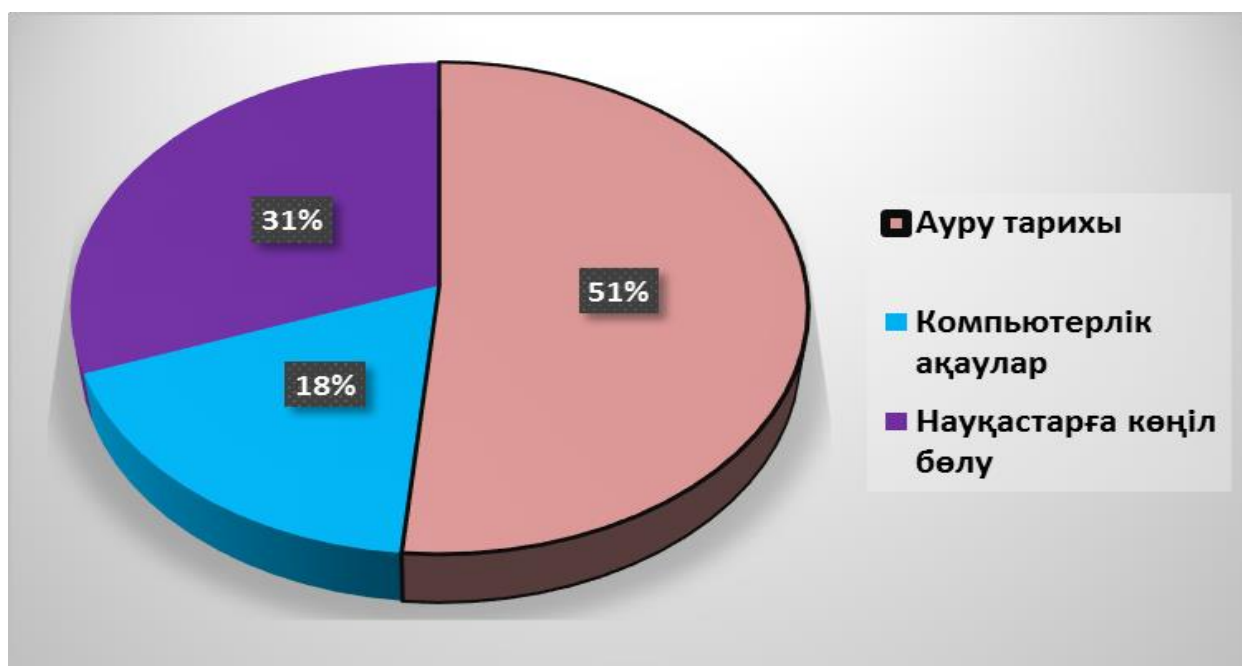
Зерттеу жұмыстары Шымкент қаласының АИТВ орталығында жүргізілді. 2024 жылғы қаңтар-сәуір айына Қазақстанда АИТВ-инфекциясының 281 тасымалдаушысы тіркелді, бұл өткен жылдың сәйкес кезеңімен салыстырғанда 11,7% - ға артық. Зерттеуге ақпараттандырылған келісімін берген 20 мейірбике қатысты.

Зерттеу нәтижесі. Зерттеулердің нәтижелері бойынша мейіргерлердің еңбек процесінің ауырлығы мен қауырттылығына талдау жүргізілді.



Сурет 1- Жұмысы бойынша талдауы

Нормативтік құжаттарға сәйкес еңбек процесінің ауырлығы мен қауырттылығының кейбір көрсеткіштері бойынша еңбек жағдайларын жұмыс уақытының хронометражы негізінде жүзеге асырылады.



Сурет 2- Сауалнама нәтижесі

Зерттеулер нәтижесінде ауысымның мейірбикесінің хронометражы ауру тарихына жұмыс уақытының 52% ең жоғары жүктемесі сипатталғаны анықталды. 18% компьютердің ақаулары мен базалық қателіктерге кететіні анықталды. Медбике жұмыс уақытының қалған 31% - ын пациенттерге әңгімелесу және көмек көрсету үшін бөлді.

Біз медбикелердің АИТВ жұқтырған адамдарға практикалық көмек көрсетуге медициналық, психологиялық және құқықтық дайындығын бағаладық. Науқастың сілекейі қан болған жағдайда ғана қауіпті деп 81,6% мейірбикесанады. Жұмыс орнындағы жиі апаттық жағдайлар инфекцияға әкелуі мүмкін, деп атап өтті медбикелердің 15,5%. Сауалнамаға сәйкес, апаттың ең көп тараған түрі-шприц инесімен немесе қол терісінің басқа өткір құралымен тесу.

Респонденттердің жұмыс кезінде АИТВ жұқтыру қаупінің дәрежесі туралы сұраққа жауаптары субъективті бағалаудың жоғарылағанын көрсетеді. Сонымен, инфекция қаупі төмен болған жағдайда (қолдың терісін шприц инесімен бір рет тесу кезінде – 0,3%), медбикелердің 36,4% - ы оны жоғары деп бағалады. "Сіз жұмыста инфекциядан қорқасыз ба?" медбикелердің 70,9% - ы иә деп жауап берді. Сауалнамаға қатысқандардың 49,3% - ы күнделікті өмірде инфекциядан қорқатындығы анықталды.

Кесте 1. Қанмен жарақаттанудың ең көп тараған түрі шприц инесімен инъекция болды (32,7%). Олардың 28,9% жағдайда инъекциядан кейін қаппақты киген кезде пайда болды.

Сауалнама жауаптары	%
Жиі апаттық жағдайлар инфекцияға әкелуі мүмкін	15,5%
Жұмыс орнында инфекцияланудан қорқамын	70,9%
Қанмен жарақаттанудың ең көп тараған түрі шприц инесімен инъекция деп жауап берді	32,7%
Жұмыс кезінде пациенттердің қанының теріге түсу фактілері	11,6%
АИТВ жұқтырған адаммен жұмыс істеу кезінде төтенше жағдай туындағаннан кейінгі іс - қимылдардың дұрыс реттілігін медбикелер көрсетті	88,4%
АИТВ-мен ауыратын науқастың қанымен ластанған медициналық халатты дезинфекциялау режимі туралы білімі болды	90,6%
Апат болған жерді дереу бастапқы өңдеу қажеттілігін сауалнамаға қатысқандардың растады.	89,6%

Зерттеу қорытындысы

Осы жұмысымда мейірбикенің қызметін жақсарту әдістері зерттелді. Медбике-орта немесе жоғары білімі бар жоғары білікті маман. Жақсы практикалық және теориялық дағдыларға ие.

Науқастардың мейірбикенің жұмысына қанағаттану деңгейі жалпы жоғары. Медбике кәсіби дайындықтың жоғары деңгейіне ие, пациенттер оларды қанағаттанарлық деп бағалады.

Науқастар үшін ұжымдағы микроклимат маңызды екені анықталды.

Мейіргерлердің жақсы тәжірибелік және теориялық дағдылары бар, орта арнайы білімі және тиісті біліктілігі бар.

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі:

1.Қазақстан Республикасы Президентінің Жарлығы. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтауды дамытудың 2011 - 2015 жылдарға арналған "Саламатты Қазақстан" мемлекеттік бағдарламасын бекіту туралы: бекіту. 2010 жылғы 29 қараша, № 1113.

2. АИТВ-инфекциясы. №21 Ақпараттық бюллетень. / В.В. Покровский, Н.Н. Ладная, Е. В. Соколова, Е. В. Буравцова // ЖҚТБ-ның алдын алу және оған қарсы күрес жөніндегі Федералды ғылыми-әдістемелік орталық. М., 2011-20.
3. Денсаулық сақтау секторының АИТВ / ЖИТС бойынша жаһандық стратегиясы 2013 жыл. ДДҰ.
4. Иванова Л. Ю. медицина қызметкерлерінің АИТВ жұқтыру қаупін бағалауы. / Жыныстық жолмен берілетін инфекциялар. – 2002. - №1.
- 5 Рахманова А. Г. " АИТВ-инфекциясы. Клиника және емдеу", 2010.
- 6 Omer S.B., Pan W.K.Y., Halsey N.A., Stokley S., Moulton L.H., Navar A.M., Pierce M., Salmon D.A. Nonmedical Exemptions to School Immunization Requirements Secular Trends and Association of State Policies With Pertussis Incidence // JAMA. - 2016. - Vol. 296, №14. - P. 1757-1763.
- 7 Храпунова И. А. Мәскеудегі Медициналық және профилактикалық мекемелердегі медицина қызметкерлерінің ауруханаішілік жұқпалы ауруларының жағдайы.// Эпидемиология және жұқпалы аурулар. – 2012
- 8 Григорьева, М. Ю. жасөспірімдер ортасында АИТВ/ЖИТС таралуының алдын алу / М. Ю. Григорьева, Е. В. Железникова // оқушыларды тәрбиелеу. — 2014. — № 7. - Б. 50-53.
- 9 Гурман, Е. білім беру мекемелерінде АИТВ/ЖИТС проблемасы бойынша профилактикалық жұмыстың басым бағыттары / Е. Гурман // Здаровы лад жицца. — 2018. — № 3. — 37-38 ББ. ББК 74.200.545.3
- 10 Дьячкова, Т. с. жастарды құқықтық тәрбиелеу процесінде АИТВ-инфекциясының алдын алу / т.с. Дьячкова // Весник адукацыі. — 2010. — № 3. - Б.63-65.

ӘОЖ: 364.4:61

Қуаныш А.Б., Серикова Б.Д.

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ жанындағы
медицина колледжі Шымкент, Қазақстан

ЖҮРЕК – ҚАН ТАМЫР АУРУЛАРЫНА ШАЛДЫҚҚАН НАУҚАСТАРДЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖӘНЕ ӘЛЕУМЕТТІК МӘСЕЛЕЛЕРІ

Аннотация

Бүгінгі таңда, қандай да бір ауруға байланысты науқасты зерттеу ауқымының көңеюі, өмір сүру сапасының деңгейін анықтауға деген қызығушылықты арттырды. Себебі,

дәрігерлер науқастың тек қана биологиялық жағдайын ғана бақылап қоймай, ем нәтижелерінен кейінгі физикалық және рухани аспектілердің өзгерістеріне де мән аударуда.

Кілт сөздер: артериялық гипертензия, жүрек-қантaмыр жүйесі, диспансеризация.

Қуаныш А.Б., Серикова Б.Д.

Медицинский колледж при АО «Южно-Казахстанской
медицинской академии» Шымкент, Казахстан

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Аннотация

Сегодня расширение масштабов исследования пациентов по поводу любого заболевания повысило интерес к определению уровня качества жизни. Причина в том, что врачи не только следят за биологическим состоянием пациента, но и обращают внимание на изменения в физическом и духовном аспектах после результатов лечения.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, сердечно-сосудистая система, дозировка.

Kuanysh A. B., Serikova B.t D.

Medical College at JSC "South Kazakhstan Medical Academy" Shymkent,
Kazakhstan

MEDICAL AND SOCIAL PROBLEMS OF PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES

Abstract

Today, the expansion of patient research for any disease has increased interest in determining the level of quality of life. The reason is that doctors not only monitor the biological condition of the patient, but also pay attention to changes in physical and spiritual aspects after the results of treatment.

Key words: arterial hypertension, cardiovascular system, dosage.

Кіріспе. Қазақстан Республикасының 2030 жылға дейінгі денсаулық сақтау саласында алдына қойған маңызды мақсаттарының бірі – адамдар арасында кеңінен таралған негізгі әлеуметтік аурулардың жетік алдын алу және салауатты өмір сүру салтын қалыптастыру

болып табылады. Орта жастағы адамдар арасындағы әлеуметтік-экономикалық және саяси тұрғыда алғандағы маңызды топтың бірі орта жас пен қарт топтағы адамдар болып есептеледі. Орта жастағы адамдар еліміздің мәдени, ғылыми және техникалық дамуының көзі деп қарастыру керек.

Әдебиеттерге шолу барысында, еңбек ету жасындағы адамдардың денсаулығына кері әсерін тигізетін ең маңызды себептердің жүрек-қан тамыр жүйесінің аурулары екендігін көрсетті.

Шет елдерде және біздің елімізде жүргізілген ғылыми зерттеулер жүрек-қан тамыр жүйесінің ауруларының тек жасы ұлғайған тұрғындар арасында емес, сонымен қатар орта және жас адамдар арасында да кеңінен таралғандығын көруге болады[1].

Жүргізілген зерттеулер егде жастағы адамдардың жүрек-қан тамыр жүйесіндегі әлеуметтік аурулардың кеңінен таралу себебін орта жаспен жасөспірімдер денсаулығынан іздеу қажет екендігі аныкталып отыр.

Жоғары дәрежедегі білікті мамандарды даярлаудың ең тиімді жолы орта жастағы халық пен жасөспірімдердің еңбек ету қабілетін жоғарылату болып табылады. Орта жастағы адамдармен жасөспірімдерді оқытуда және біліктілігін арттыру үрдісінің негізін нейрофизиологиялық механизм қалыптасады. Оның құрамында ойлау, сезіну, көз алдына келтіру, есте сақтау және көңіл тоқтату сияқты элементтер кіреді. Ал, осы психофизиологиялық үрдістердің белсенділік деңгейі орталық жүйке жүйесінің қызметтік жағдайына тікелей байланысты. Орталық жүйке жүйесінің қызметтік жағдайы оқу ортасының негізгі себептеріне және организмнің шамасына байланысты болады. Сондықтан оқыту әдістері мен әдістемелері студенттердің қызметтік шамасын одан ары жетілдіруге бағытталуы керек[2].

Ғылыми-техникалық революция дәуірінде жастарды оқытуда қолданылатын деректі хабарлардың қатары тоқтаусыз арту үстінде.

Сондықтан өмір сүру сапасын барынша жетілдіріп, оның физиологиялық тиімділігін арттыру қажет. Басқаша айтқанда, жасөспірім мен орта жастағы адамдардың білімін жетілдіру арқылы олардың еңбек ету қабілетін төмендетуге, ауруға қарсы тұрақтылығын нашарлатуға және әртүрлі патологияларға ұшырауларына жол беруге болмайды. Қазіргі таңда орта жастағы адамдар арасында таралған осы жүйе аурулары туралы ғылыми деректер және оларға қарсы жүргізілетін алдын алу шаралары жөніндегі хабарлар жоқ деуге болады.

Сондықтан орта жастағы адамдар арасында жүрек-қан тамыр жүйесінің ауруларын алдын алу жүйесін жасау, оны ғылыми тұрғыда негіздеу бүгінгі күннің аса маңызды мәселелерінің бірі болып табылады.

Орта жастағы адамдар арасында жұмыс жасау кезеңінде әртүрлі аурулар мен маңызды ішкі ағзалар жұмысының ауытқу оқиғаларының күрт жоғарылауы ерекше алаңдатады. Бұл жағдайдың қалыптасуына әлеуметтік-гигиеналық, экологиялық себептермен қатар олардың санитарлық мәдениетінің төмендігі де айтарлықтай ықпалын тигізеді.

Жүрек-қан тамыр жүйесінің ауытқулары жылдан-жылға өсуі олардың басталу кезеңінде анықтап, дер кезінде алдын алу шараларын дұрыс ұйымдастыру қажеттігін туындатады. Әсіресе осы жүйеде қызметтік ауытқулары бар қатерлі топтардың анықтауға арналған әдістерді жетілдірудің маңызы үлкен. Қазіргі таңда осы аурудың таралуы және алдын алу жолдарын қарастыру үлкен әлеуметтік мәселе болып табылады [3].

Орта жастағы адамдардың диспансерлік бақылауды әртүрлі скрининг әдістерін қолдана отырып жетілдіру, ғылыми тұрғыда негізделген болжамдау және ауруға дейінгі жағдайдың диагностикасын қолдану, ағзаның қоршаған өмір сүру ортасына бейімделу үрдісінің қуатын анықтау және созылмалы аурулардың алдын алу орта жастағы халықтың денсаулығын сақтауға, олардың физикалық еңбекке жарамдылығын арттыруға көмектеседі.

Арнайы таңдалған әдістемені қолдана отырып орта жастағы науқастардың денсаулығын және оған қатер туғызатын себептерді зерттеу барысы көптеген келесі мәселелерді анықтады. Жүрек-қан тамыр жүйесі бұзылыстарының қалыптасуына науқастардың өмір сүру салты, жұмыс істеу қабілеті, әлеуметтік–гигиеналық себептер, зиянды әдеттер, өмір сүру ортасының әртүрлі химиялық заттармен ластануы, тамақтану ережесінің сақталмауы, демалысты дұрыс ұйымдастырмау және гиподинамия алып келетіндігін байқатты. Әдеби шолудың деректері көрсетіп отырғандай темекі, алкоголь, есірткілердің ағзаға зиянды әсер жайында ағарту жұмыстары айтарлықтай нәтиже беріп отырған жоқ. Осы нәтижелерге байланысты қазіргі кезде халықтың өз денсаулығына қатынасын, салауатты өмір салтын құру дағдысын қалыптастыру қажеттілігін ғылыми тұрғыда дұрыс түсіндіретін ағарту жұмыстарының жаңа әдістерін ұйымдастыру мәселесі орын алып отыр [4].

Адамдардың жұмыс орндарында ағзалары бірінші кезекте жұмыс үрдісінен туындайтын қатерлі себептердің әсеріне қарсы тұрады. Осыған байланысты адамдардың жұмыс ортасына бейімделуінен туындайтын ішкі ағзалардың қызметтік өзгерістерін зерттеудің маңызы арта түседі. Әсіресе жүрек – қан тамыр жүйесіндегі қызметтік жаңа ортаның ерекшеліктеріне сай жүрек жұмысының бейімделгіштік қабілеті көптеген сұрақтар туғызады.

Жүрек – қан тамыр жүйесін жан-жақты зерттеулер белгілі бір көлемде тусірілетін физикалық ауырпалықтарды қолдана отырылып жүргізіледі. Орта жастағы адамдардың ой

еңбегіне қабілетін анықтау үшін Р.М.Баевскийдің тәуліктік бейімделгіштік көрсеткішін қолданады. Жүрек – қан тамыр жүйесінің қызметі қан қысымы, жүрек соғысының жиілігі көрсеткіштерімен бағаланды. Алынған мәліметтерді статистикалық жолмен өңдеу осы жүйедегі жүріп жатқан үрдістердің бағытын анықтап, болашақта туындайтын ауытқулардың қатарын білуге жол ашады.

Орта жастағы адамдар арасында жүргізілген әлеуметтік- гигиеналық және әлеуметтік зерттеулер олардың санитарлық мәдениетінің төмендігін көрсетті. Осыған байланысты орта жастағы адамдардың өмір сүру салтына аса қатты көңіл бөлу керектігі алға тартылады. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының орта жастағы науқастар арасында кеңінен таралуына гиподинамия, тамақтану ережесі мен сапасының дұрыс еместігі, алкогольдік ішімдіктер мен есірткілерді пайдалану, темекі шегу себептері айтарлықтай әсер ететіндігі мәлім болды.

Сондықтан орта жастағы науқастар арасында жүргізілген сауалнама олардың көпшілігі (53,8%) өздерінің денсаулығын және жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының кеңінен таралуын салауатсыз өмір салтымен байланыстырмайтындығын байқалып отыр.

Жүрек – қан тамыр жүйесі ауытқуларын туындататын себептердің ішінде орта жастағы науқастар арасында жиі кездесетін қан қысымының жоғары болуы (артериялық гипертензия) екендігі және оның осы жүйе ауруларын тудыратындығы белгілі. Отандық және шет елдердің ғалымдарының деректеріне қарағанда, орта және балалық шақтарында артериялық гипертензиясы бар әрбір үшінші–төртінші тұлғада есейген шақта гипертониялық аурудың туындайтындығы анықталып отыр [5].

Әлеуметтік саладағы жоспарлау жұмысы жеке шараларды құрастыру және жекелей медициналық бақылау ісін ұйымдастыру қажеттігін туындатады. Орта жастағы науқастардың денсаулығын кешенді әлеуметтік – гигиеналық тұрғыда зерттеу ұзақ қалыптасу кезеңінен өтті. Оның барысында зерттеудің әдістемелік және медициналық-статистикалық негіздері қалыптасты. Орта жастағы науқастардың денсаулығын әлеуметтік – гигиеналық тұрғыда зерттеу жұмыстары біздің елімізде соңғы 25 жылда қолға алына бастады. Қазіргі кезеңде осы салада орындалған әлеуметтік – гигиеналық зерттеулер орта жастағы науқастардың тұрмысын жақсартуға, демалысын дұрыс ұйымдастыруға, тамақтану ережесін гигиеналық талаптарға сай бағытталған шараларды қарастырған. Бұл зерттеулердің ғылыми ұсыныстары күнделікті тәжірибеге енгізілуде [6].

Орта жастағы науқастардың денсаулығын сақтау жұмыстарын жоспарлау және оның жеке топтарында медициналық бақылауды жете ұйымдастыру мәселелерін шешу кешенді әлеуметтік – гигиеналық зерттеулерді жүргізуді талап етеді. Жеке қоғамдық топтардың

денсаулығын және өмір сүру жағдайын әлеуметтік тұрғыда зерттеу жұмыстары кейінгі 20-30 жылдың ішінде кеңінен өріс алуда. Бастапқыда бұл зерттеу жұмыстарының әдістемелі және ғылыми негіздері қаланды. Орта жастағы науқастар және жасөспірімдер ең маңызды болашағы бар әлеуметтік топ болып табылады. Себебі жасөспірімдер мен орта жастағы адамдар болашақтағы халық шаруашылығының мамандары, өндірістің басшылары, әлеуметтік-экономикалық жағдайға елеулі әсерін тигізетін қоғамдық топ. Осы әлеуметтік топтың денсаулығы, олардың болашақтағы еліміздің дамуына қосатын үлесін анықтайтын көрсеткіштердің бірі деуге болады.

Орта жастағы жүрек-қан тамыр жүйесінің ауруларына шалдыққан науқастарды зерттеумен көптеген ғылыми-зерттеу институттары айналысты. Жүрек қан тамыр жүйесінің ауруларына шалдыққан орта жастағы науқастардың санитарлық-гигиеналық медицина институтында оқу үрдісінің әрбір кезеңінде науқастар ағзасында қалыптасатын қызметтік жағдайды жан-жақты тексере отырып, күнделікті жұмыс кезінде әлеуметтік-гигиеналық сипаты айқындалды. Әрбір кезеңнің зиянды себептері анықталып, олардың қатерлілік қуатына баға берілді.

Жүрек қан тамыр жүйесінің ауруларына шалдыққан орта жастағы науқастардың жұмыс орындарындағы әлеуметтік-гигиеналық жағдайға бейімделуі Вильнюс, Ленинград университетінде жан-жақты зерттеліп, медициналық-гигиеналық тұрғыда бағаланды [7]. Зерттеулердің нәтижесінде жүрек қан тамыр жүйесінің ауруларына шалдыққан орта жастағы науқастардың денсаулығын жақсартуға арналған әдістемелік нұсқаулар, тәжірибелік ұсыныстар, ескертпелер және науқастардың денсаулығын сапалы бақылау, емдік-профилактикалық шараларды тиімді етіп ұйымдастыру, әлеуметтік-тұрмыстық жағдайларын жақсарту жолдары туралы ұсыныстар жасалды [8].

Ғылыми-зерттеу жұмыстарының қорытынды мәліметтерін сараптау, жүрек қан тамыр жүйесінің ауруларына шалдыққан орта жастағы науқастардың аурушандығы өте жоғары деңгейде екендігін көрсетті. Науқастардың арасында тереңде жүргізілген кешенді медициналық тексеру, олардың ағзаларында қалыптасқан жалпы аурулардың 19,3%-нан 21,4% дейін есепке алынбай қалатындығын анықтады. Науқастардың 1/5 бөлігі ағзаларында пайда болған жедел аурулары бойынша медицина мекемесіне мүлдем қарамаған болып шықты.

Диспансеризация жұмысының пайдалы жақтары көп жағдайда ұтымды қолданысын таба алмағаны белгілі болуда. Жүрек қан тамыр жүйесінің ауруларына шалдыққан орта жастағы науқастардың арасында жүргізілген сұрақнама жастардың 68% диспансеризация

денсаулықты қорғаудағы маңызын білмейтіндігі, ал олардың 17%-ғана диспансерзация маңызды деп санайтындығын анықтады [9].

Жүрек қан тамыр жүйесінің ауруларына шалдыққан орта жастағы науқастардың арасында жүргізілген әлеуметтік-гигиеналық зерттеулер мен олардың денсаулығын анықтау жұмыстары, олардың 60% астамы жоғары оқу орындарында оқып жүргенде отау құратындығын көрсетті. Жүрек қан тамыр жүйесінің ауруларына шалдыққан орта жастағы науқастардың 75,4% IV курста үйленетіндігі, ал оқуды аяқтаған кезеңде олардың отбасындағы баланың жасы 3 жасқа жететіндігі (35,8%), ал 20% балалары 3 жастан асатындығы белгілі болды. Жанұясы жүрек қан тамыр жүйесінің ауруларына шалдыққан орта жастағы науқастардың 30% оқуды еңбек етумен қоса алып жүргендігі айқындалды[10].

Жүрек-қан тамыр жүйесі асқынуларының таралу деңгейі толық анықтала қойған жоқ. Алайда, осы жүйе ауруларының негізін құрайтын жеке асқынулары таралу деңгейі мен қатерлі себептері кеңінен зерттеле бастады.

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі:

1. Pickering, T.G. Call to action on use and reimbursement for home blood pressure monitoring: a joint scientific statement from the American Heart Association, American Society of hypertension, and Preventive Cardiovascular Nurses Association / T.G. Pickering, N.H. Miller, G. Ogedegbe [et al.] // Hypertension. - 2018. - Vol.52. - P. 10-29.

2. Санюкевич В. И., Санюкевич Л. И., Молодова Л. П. Артериялық оқу процесінде студенттердің жүрек қысымы және вегетативті реттелуі қызметі. // Гигиена және санитария. - Мәскеу, 2016, №6. -С. 35-36.

3. Абдрахманова М. Г. вегето-тамыр аурулары бар студенттерді диспансерлеу дистония. // Халықты диспансеризациялаудың өзекті мәселелері. -Алма-Ата, 2015. -Б.155-156.

4. Хачатрян Г.С., Аветисян Н. Г., Казарян К. А., Абамян З. А. Мазмұны емтихан сессиясы кезінде студенттердің қанындағы серотонин, норепинефрин және допамин. // Эксперименттік және клиникалық медицина журналы. -Мәскеу, 2018. -Т. 20, №3. -Б.308-313.

5. Chowdhury R., Khan H., Heydon E. et al. Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences // Eur. Heart J. - 2019. - Vol. 34. - P. 2940-2948.

6. Шальнова С. А., Деев А. Д., Жуковский Г. С., Шестов Д. Б. артериялық гипертензия және оның жүрек-қан тамырлары ауруларынан болатын өлім-жітімге қосқан үлесі//аурулардың алдын алу және денсаулықты нығайту. - 2020.- №4. - Б.8-14. ДДҰ аймақтық бюросының еуропалық дерекқоры.

7. Антонова Л. Т., Шатунова Л. В., Мехтиева Т. М. Зертханалық- жүрек-тамыр патологиясын зерттеудің эксперименттік әдістері жүйелер // медициналық техника. -Мәскеу, Медицина, 2021, №7. -С. 24-27.

8. Mancia G., De Backer G., Dominiczak A. 2017 Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // Eur. HeartJ. - 2017. - Vol.28. - N12. - P.1462-1536.

9. Конради О.А. Значение приверженности к терапии в лечении кардиологических заболеваний // Справочник поликлинического врача. - 2017. - № 6. - С. 8-12

10. Wang Y., Wang Q. J. The Prevalence of Prehypertension and Hypertension Among US Adults According to the New Joint National Committee Guidelines. // Arch. Intern. Med. – 2019. Vol. 164. - P. 2126-2134.

УДК :618.11-006.2.04:-5

Sarkulova I. S. , Saldarbek E.S.

Khoca Ahmed Yasawi International Kazakh-Turkish university , Turkestan, Kazakhstan

TUMORS, TUMORIDS OVARIAN EDUCATION AND PREGNANCY

Abstract

The problem of diagnosis and treatment of neoplasms and tumor - like formations of ovaries is complex and extremely urgent. According to the frequency of occurrence of these tumors are the second leading cancer of female genitals, making the structure of the last 6-11% . Among the true benign ovarian tumor during pregnancy revealed the formation of epithelial origin: serous and mucinous cystadenoma. For ovarian tumor formations include: the cyst of the corpus luteum, endometrioid cyst, mature teratoma. Luteum cyst, usually with pregnancy regress.

Key words: *benign tumors, pregnancy, complications, foot torsion cysts, ovary, abortion, operative therapy*

Саркулова И. С., Салдарбек Е. С.

Қожа Ахмет Ясауи Атындағы халықаралық қазақ-түрік университеті , Түркістан,
Қазақстан

АНАЛЫҚ БЕЗДЕРДІҢ ІСІКТЕРІ МЕН ІСІК ТӘРІЗДІ ҚҰРЫЛЫМДАРЫ ЖӘНЕ ЖҮКТІЛІК

Аннотация

Аналық бездердің ісіктері мен ісік тәрізді құрылымдарын диагностикалау және емдеу күрделі, өзекті мәселе болып табылады. Әйел жыныс органдарының онкологиялық ауруларының ішінде бұл ісіктер кездесу жиілігі бойынша екінші орында тұр, яғни 6-11 % - ды құрайды. Жүктілік кезінде аналық бездердің шынайы қатерсіз ісіктерінің арасында эпителиальды генезді құрылымдар: серозды және муцинозды цистаденомалар анықталады. Аналық бездердің ісік тәрізді құрылымдарына сары дененің кистасы, эндометриоидты киста, жетілген тератома кіреді. Жүктілік ағымында сары дененің кистасы қайта дамуға ұшырайды.

Кілт сөздері: Катерсіз ісік, жүктілік, асқынулар, ісік аяқшасының бұралуы, аналық без, жүктілікті ұзу, оперативті ем.

Саркулова И. С., Салдарбек Э.С.

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

ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕВИДНЫЕ СТРУКТУРЫ ЯИЧНИКОВ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Аннотация

Проблема диагностики и лечения опухолей и опухолевидных образований яичников сложна и чрезвычайно актуальна. По частоте встречаемости эти опухоли занимают второе место среди онкологических заболеваний женских половых органов, составляя в структуре последних 6-11%. Среди истинных доброкачественных опухолей яичника во время беременности обнаруживаются образования эпителиального генеза: серозная и муцинозная цистаденомы. К опухолевидным образованиям яичника относятся: киста желтого тела, эндометриоидная киста, зрелая тератома. Кисты желтого тела, как правило, с течением беременности подвергаются обратному развитию.

Ключевые слова: доброкачественная опухоль, беременность, осложнения, перекрут ножки кисты, яичник, прерывание беременности, оперативное лечение.

Importance: There is no clear data on specific factors that provoke the development of ovarian tumors during pregnancy. Most ovarian tumors are not associated with pregnancy, and

pathological changes in the ovaries precede its onset. Theoretically, immunosuppression during pregnancy can contribute to the appearance and development of ovarian tumors. In the origin of tumor-like formations. Tumor-like formations of the ovary grow due to the accumulation of fluid in the cavity. With the accumulation of fluid in the follicle cavity, a follicular cyst is formed, and in the cavity of the corpus luteum – a luteal (hemorrhagic) cyst, in the embryonic ovarian appendage formed from the epithelium of the mesonephron - a paraovarian ovarian cyst. Endometrioid ovarian cysts are formed due to benign overgrowth in tissue morphologically and functionally similar to the mucous membrane of the uterine body (endometrium), in the ovarian region. The development of genital endometriosis is facilitated by complicated childbirth and abortions, frequent intrauterine diagnostic and therapeutic manipulations, hormonal disorders, inflammatory diseases of the genital organs. They attach importance to hereditary factors. There are also hypotheses linking the occurrence of endometriosis with autoimmune processes, disorders of cellular immunity.

But the most common theories are about the development of endometrioid tissue from coelomic cells (as a result of their metaplasia); remnants of embryonic cells: endometrial cells implanted in an unusual place, brought with menstrual blood through blood vessels or lymphatic vessels or during operations on the uterus.

The ovaries are given a large role by hormonal disorders and, possibly, inflammation. True benign ovarian tumors grow due to the proliferation of cellular elements of the organ. As a rule, with uncomplicated course and small size (up to 5-6 cm), these formations are almost asymptomatic. The diagnosis and treatment of malignant tumors and tumor-like structures are complex and very relevant problems of ovarian formations. It should be noted that ovarian tumors can appear throughout pregnancy, during pregnancy, in the postpartum period, as well as in ectopic pregnancy [1.2].

Purpose: to conduct a literature review of malignant tumors and tumor-like structures of the ovaries and to analyze our own research.

Research methods and materials: the nature of malignant tumors and tumor-like structures of the ovaries is different during pregnancy. During pregnancy, structures of true benign ovarian tumors such as serous and mucinose cystadenoma are detected.. Tumor-like structures of the ovary include: corpus luteum cyst, endometrioid cyst, mature teratoma. A corpus luteum cyst often undergoes reverse development during pregnancy [3,4,5]. Tumors and tumor-like structures of the ovaries have a very high probability of the transition of the disease from a benign form to a malignant one due to improper attention of patients, insufficient clinically visible appearance of tumors, late visits of patients to doctors. Women at risk, leading to the formation of ovarian tumors, include women with an unfavorable premorbid background, menstrual irregularities from the

menarche period, inflammatory processes of the uterine appendages, primary infertility and fibroids.[1,4]. The first stage of the disease is asymptomatic. Therefore, it will be very difficult to determine the time of the appearance of tumors and tumor-like structures in the ovaries. This manifestation is an immediate reason for patients to visit a doctor at a late stage of the disease..Most of the appearance of a symptom of the disease depends on the size of the tumor with its location..Patients with ovarian cancer complain of pain in the lower abdomen,pulling and pulling pains in the lumbar region. Acute abdominal pain occurs when the tumor limb is twisted and bleeding due to the rupture of the tumor capsule.The pains do not occur due to the menstrual cycle..Pain is caused by inflammation or irritation of the mucous membrane of the ovary,stretching of the tumor capsule, paralysis of the smooth muscles of the genitals. It is this pain that causes the patient to see a doctor. In rare cases ,patients with ovarian cancer have disorders of the function of neighboring organs:constipation, urinary incontinence.. These symptoms are based on the consequences of mechanical suppression of organs and impaired inertness[1,8,4,10]. When a tumor appears in the ovary,there may be complications of pregnancy,invasion of the uterus, premature termination of pregnancy,changes in the cardiovascular system,shortness of breath,gestoses,infant hypoxia, incorrect position of the lower part of the baby.Complications during childbirth:obstruction of the correct movement and correct position of the child's head from the birth canal during childbirth, causing ovarian tumors and rupture of the tumor-like structure, twisting of the legs of ovarian tumors and tumor-like structures.Complications in the postpartum period: there will be tumors of the ovaries and twisting of the legs of tumor-like structures.Complications associated with neighboring organs:bladder compression,displacement of the urine stream due to a tumor,compression of the rectum.Complications caused by ovarian tumors and tumor-like structures:compression of ovarian tumors and tumor-like structures,necrosis of tumor tissues, ovarian tumors and tumor-like structures,leg rotation, rupture of tumors, ovarian tumors and tumor-like structures. In general blood tests for benign ovarian tumors, there are no changes other than ESR. ESR increases to 25-30 mm/s in many patients.The presence of complications usually leads to leukocytosis.Diagnosis of ovarian cancer is based on clinical and Anamnesis data ,vaginal examination, as well as additional research methods [1,2].During a bimanual vaginal examination, many conditions can be determined by the size, consistency, movement of the tumor , the structure of the superficial layer of the tumor , you can determine the location and its ratio to the organs of the small pelvis.Currently, in the diagnosis of tumors and tumor-like structures,modern high-tech research methods are used: transvaginal Echography,color dopplerography ,spiral computer tomography, magnetic resonance imaging, and, if necessary, laparoscopy.Ultrasound scan, it is one of the most valuable diagnostic methods for ovarian tumors

and tumor-like structures. The conduct of pregnancy in asymptomatic forms of ovarian cancer is decided individually. If there is a small benign tumor, operative treatment is not carried out (according to ultrasound and dopplerometry), during pregnancy, the tumor is monitored, if it does not change after childbirth, it is surgically removed [1,3,5,]. It is better not to perform surgery until 16-18 weeks of pregnancy if tumor-like structures of the ovaries appear, that is, there are no clinical symptoms of cysts during pregnancy, such as an acute abdomen, since pregnancy leads to the persistence of yellow dens. (surgical interventions can lead to miscarriage due to progesterone deficiency). After 16-18 weeks of gestation, the corpus luteum of pregnancy continues its persisting function by the placenta, and then the cyst can go away on its own [1,4,7]. An indication for surgical treatment during pregnancy is the abnormal mobility of the tumor, which leads to severe pain, a tumor with a diameter of 7-8 CM, a true tumor, rotation of the legs of ovarian tumors and tumor-like structures [3]. The postoperative period will focus on treatments to continue the pregnancy. The rotation of ovarian tumors and tumor-like structures of the extremities requires immediate operative treatment. Because in such cases, the supply of the ovaries with blood circulation is sharply reduced, which can lead to blood transfusions and necrosis. At the same time, clinical manifestations of the "acute abdomen" syndrome appear. Sudden sharp abdominal pain, nausea, vomiting, increased body temperature may occur. During the examination, defans of the anterior abdominal wall, peritoneal symptoms, intestinal paresis are detected. During the vaginal examination, a structure with sudden painful restricted movement is detected in this case, an emergency operation is performed, which is removed along with the uterine appendages. During the birth of pregnant women with ovarian cancer, the control and care method is used. Because carrying out labor in an expired pregnancy will depend on whether the tumor does not create an obstacle to the birth of the baby. If there is an obstruction, a cesarean section is performed and the changed area of the uterine appendages is operated on. In the case of operative intervention, a laparotomy as well as a laparoscopic penetration route can be used [6,7,11,12]. So, if in 2015 there were 376 operations in the gynecology department of the IKTU clinic, of these, 39 Are operations on the rotation of the foot of an ovarian cyst or cyst. Of these, ovarian cysts or cysts in pregnant women have 8 cases of leg rotation. It should be noted that the development of rotation of the foot of an ovarian cyst or cyst does not depend on the age, course, nature of pregnancy. One of the symptomatic symptoms of ovarian cysts or cystic fibrosis in pregnant women is the different intensity of pain sensations. Ovarian cyst or cystoma in pregnant women made during leg rotation all operations were successful. The postoperative period is characterized by the continuation of pregnancy treatment. It should be noted that it is possible to make a comparative diagnosis of the rotation of the foot of an ovarian cyst or cystoma in pregnancy with self-abortion, which began in the first months of

pregnancy , with acute appendicitis and in the second half months with premature birth, premature detachment of the normally located placenta[5].

Conclusion: in conclusion, it should be noted that only a carefully conducted clinical and Anamnesis study, the use of modern high-tech methods allow you to choose an effective diagnostic approach in the treatment of patients with ovarian cancer and their dynamic monitoring. With timely appeal to the doctor, the prognosis is favorable.

List of references

1. Strizhakov A. N., Davydova A. I., Belogvardeitsev L. D.: clinical lectures on medicine and gynecology, Moscow "Medicine", 2004g.-436-447c.
2. Avalian H. D., optimization of the management board of good citizens : methodological recommendations / Avalian H. D.-M.,2007.- 13C.
13. Adamyanl.V., treatment of benign genital lesions in pregnant women / Adamyan L. V., Martynov S. A., Romanova E. L.// reproduction problems: spec."what?" - M., 2007, - P. 48.
4. Ashrafyan L. A., Kisilev V. I., Opukholi reproductive system (etiology, pathogenesis).M.: Company "Dimitreidgrafikgrupp", 2007.
5. Bazhenova L. G. differential diagnosis of ovules and ovules: abstract. dis. Dr. med. Nauk. - M., 2007. -29 s
6. Bloshinskaya I. A., laparoscopic access to medical care of eggs and pregnant women /I. A. Bloshinskaya, I. L. Zverev // reproductive health 2008 : mat. 2-Go interjection. Congress on reproductive medicine.- M., 2008. - 234C.
7. Logutova, L. S. method of lecheniya good-natured eggs in pregnant and pregnant women / L. S. Logutova, A. A. Popov, V. A. Petrukhin and Dr. // Ros.westn. obstetrician-gynecologist. 2007. № 2. 65-67C.
8. Solomatina A. A. testicular education during pregnancy. / Solomatina A. A., Klimenko P. A., Magnitskaya H. A., Bratchikova O. V., D. A. Shakhronova / / Courier Services" № 2 (47) 2008. 132.

УДК: 615.37:380.13

Raganina K.T., Aidarbek A.A., Akhielova A.L., Tleubaeva M.I., Zhandabayeva M.A.

Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty, Kazakhstan

REVIEW OF THE DOMESTIC MARKET OF IMMUNOSTIMULANTS

Annotation

Immunostimulants are substances that strengthen the body's immune system, increasing its defence functions and ability to fight infections. Immunostimulants are important for maintaining health and preventing disease, especially when there is an increased risk of infections and viruses. They can be used as a preventive agent as well as in the treatment of various diseases.

Objective: The aim of the study is to review the pharmaceutical market of the group of immunotropic drugs according to the register of medicines and medical devices of the Republic of Kazakhstan.

Methods. To achieve the purpose of the study, the research was conducted using the state register of medicines of the Republic of Kazakhstan (date of entry to the site 15.03.2024), methods of content analysis, grouping and graphics were applied.

Results. As a result, according to the conducted market analysis of the domestic group of "immunostimulants" the size and structure of the market were studied, the main manufacturers were shown. The group of immunostimulants containing plant extracts was studied.

Conclusion. Summarising the results of the review of the domestic market, it was found that in the state register of medicines of the Republic of Kazakhstan the group "immunostimulants" shows very low indicators of the number of medicines produced in Kazakhstan, compared to medicines imported from foreign countries.

Keywords: medicines, immunostimulants, pharmaceutical market, state register of medicines of the Republic of Kazakhstan, immunostimulants of plant origin

Раганина К.Т., Айдарбек А.А., Ахелова А.Л., Тлеубаева М.И., Жандабаева М.А.

«С. Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті» КЕАҚ, Алматы,
Қазақстан

ИММУНОСТИМУЛЯТОРЛАРДЫҢ ОТАНДЫҚ НАРЫҒЫНА ШОЛУ ЖАСАУ

Аннотация

Иммуностимуляторлар - ағзаның иммундық жүйесін нығайтып, оның қорғаныс функцияларын және инфекциялармен күресу қабілетін арттыратын заттар. Иммуностимуляторлар денсаулықты сақтау және аурудың алдын алу үшін маңызды, әсіресе инфекциялар мен вирустар қаупі күшейген кезде. Оларды профилактикалық агент ретінде де, әртүрлі ауруларды емдеуде де қолдануға болады.

Зерттеудің мақсаты: Зерттеу мақсаты Қазақстан Республикасының дәрілік заттар мен медициналық бұйымдар тізіліміне сәйкес иммуотропты препараттар тобының

фармацевтикалық нарығына шолу болып табылады. **Әдістері.** Зерттеу мақсатына қол жеткізу үшін Қазақстан Республикасының дәрілік заттардың мемлекеттік тізілімі (сайқа кірген уақыты 15.03.2024 ж.) көмегімен зерттеу жүргізіліп, мазмұнды талдау, топтау және графикалық әдістері қолданылды.

Нәтижесі. Нәтижесінде отандық «Иммуностимуляторлар» тобының нарығына жүргізілген талдау бойынша нарықтың көлемі мен құрылымы зерттелді, негізгі өндірушілер көрсетілді. Иммуностимуляторлардың құрамында өсімдік экстрактыларынан тұратын тобы зерттелді.

Қорытынды. Отандық нарықты шолу нәтижелерін қорытындылай келе, Қазақстан Республикасының дәрілік заттардың мемлекеттік тізілімінде «Иммуностимуляторлар» тобының шетелдік мемлекеттерден әкелінетін дәрілік препараттармен салыстырғанда Қазақстанда өндірілетін дәрілік препараттар мөлшерінің өте төмен көрсеткіш көрсететіні анықталды.

Кілт сөздер: дәрілік препараттар, иммунностимуляторлар, фармацевтикалық нарық, ҚР дәрілік заттардың Мемлекеттік тізілімі, өсімдік текті иммунностимуляторлар

Раганина К.Т., Айдарбек А.А., Ахелова А.Л., Тлеубаева М.И., Жандабаева М.А.

НАО «Казахский Национальный Медицинский университет им. С.Д. Асфендияова»,

Алматы, Казахстан

ОБЗОР ОТЕЧЕСТВЕННОГО РЫНКА ИММУНОСТИМУЛЯТОРОВ

Аннотация

Иммуностимуляторы - это вещества, которые укрепляют иммунную систему организма, повышая его защитные функции и способность бороться с инфекциями. Иммуностимуляторы важны для поддержания здоровья и предотвращения заболеваний, особенно при повышенном риске инфекций и вирусов. Их можно использовать как профилактическое средство, так и при лечении различных заболеваний.

Цель исследования: Целью исследования является обзор фармацевтического рынка группы иммуностимулирующих препаратов в соответствии с реестром лекарственных средств и медицинских изделий Республики Казахстан.

Методы. Для достижения цели исследования проведено исследование с использованием государственного реестра лекарственных средств Республики Казахстан (дата входа в сайт 15.03.2024 г.), применены методы контент-анализа, группировки и графики.

Результаты. В результате по проведенному анализу рынка отечественной группы «иммуностимуляторы» были изучены размеры и структура рынка, показаны основные производители. Была исследована группа иммуностимуляторов, содержащих растительные экстракты.

Выводы. Подводя итоги обзора отечественного рынка, установлено, что в государственном реестре лекарственных средств Республики Казахстан группа «иммуностимуляторы» показывает очень низкие показатели количества лекарственных препаратов, производимых в Казахстане, по сравнению с лекарственными препаратами, ввозимыми из иностранных государств.

Ключевые слова: лекарственные препараты, иммуностимуляторы, фармацевтический рынок, государственный реестр лекарственных средств РК, иммуностимуляторы растительного происхождения

Кіріспе. Адамдар мен басқа омыртқалы жануарлар қалыпты гомеостазға қауіп төндіретін патогендік микробтар мен улы заттардың үлкен спектрімен өмір сүретін әлемде өмір сүреді; және иммунитет - бұл аурудың себептері мен алдын-алу үшін жұмыс істейтін ағзаның қорғаныс механизмінің мамандандырылған түрі [1]. Патогеннен туындаған аурудың көрінісі оның вируленттілігіне және иммундық жүйенің мүмкіндіктеріне байланысты; және ауруға төзімділікке қол жеткізу үшін иммундық жүйені нығайту маңызды болып табылады [2]. Егер иммундық жүйе істен шықса, жеткіліксіз болса немесе шамадан тыс белсенді болса немесе дұрыс емес мақсатқа әсер етсе, бұл бірқатар жағымсыз салдарға әкелуі мүмкін. Иммундық жүйенің жеткіліксіз белсенділігі инфекциялардан қорғаныс механизмінің жоғалуына әкеледі; иммундық жеткіліксіздіктің төтенше дәрежесі АИТВ ауруына, қатерлі ісіктің кейбір түрлеріне және т. б. шамадан тыс белсенділік аутоиммунды ауруларға, соның ішінде артритке, ішектің қабыну ауруларына, өкпенің қабыну ауруларына, дәнекер тінінің ауруларына, аутоиммунды эндокриндік ауруларға, склерозға және т. б.. Сонымен, иммундық жүйені дұрыс түсіну және қатаң реттеу міндетті болып табылады [3]. Сол себепті де қазіргі медициналық тәжірибеде иммуностимуляторлар дененің иммундық жүйесін нығайтуда және әртүрлі аурулармен күресуде маңызды рөл атқарады. Соңғы онжылдықтарда зерттеушілер мен клиникалар иммуностимуляторлардың тиімділігі мен қауіпсіздігін, олардың әртүрлілігі мен әсер ету механизмдерін талдауға үлкен қызығушылық танытты. Зерттеушілер иммуностимуляторларды бактериялық өнімдер, күрделі көмірсулар, вакциналар (антигендер мен адъюванттар), цитокиндер, иммунитетті күшейтетін дәрілер, қоректік факторлар, жануарлардан алынатын экстрактылар және өсімдік экстрактылары сияқты шығу тегі мен

әсер ету режимін пайдалана отырып жіктеді [4]. Нарықтың бұл сегменті де белсенді даму сатысында, бұл ағымдағы жағдайды және одан әрі даму перспективаларын жүйелі талдауды қажет етеді. Бұл шолудың мақсаты - соңғы ғылыми жетістіктерді, клиникалық зерттеулер мен реттеуші аспектілерді ескере отырып, отандық иммуностимуляторлар нарығы туралы деректерді жүйелеу және талдау. Мақалада иммуностимуляторлардың негізгі АТХ классификациясы, оларды өндірушілер, және соның ішінде өсімдік текті иммуностимуляторларға талдау жүргізу қарастырылады. Сонымен қатар, оларды медициналық практиканың әртүрлі салаларында қолдану, сондай-ақ одан әрі даму үшін перспективалық бағыттарды анықтау осы шолудың негізгі мазмұнын құрайды. Тақырыптың өзектілігі Денсаулық сақтау саласындағы заманауи сын-қатерлер мен қоғамдық денсаулықты нығайту жағдайында иммуностимуляторлардың отандық нарығын дамытудың әлеуеті мен перспективаларын бағалау қажеттілігіне байланысты.

Материалдары мен әдістері.

Талдау жүргізу үшін мазмұнды талдау, топтау және графикалық әдістері қолданылды. Зерттеу материалдары ретінде Қазақстан Республикасының дәрілік заттардың мемлекеттік тізілімі (сайқа кірген уақыты 15.03.2024 ж.) қолданылды.

Нәтижесі.

Иммунотропты препараттар тобының Қазақстан Республикасының фармацевтикалық нарығын талдауы оның АТХ коды - иммуностимуляторлар бойынша анықталды. ҚР тіркелген дәрілік нысандардың жалпы саны 7009, оның ішінде иммуностимуляторлар 75, яғни барлық тіркелген дәрілік нысандардың 1,07% құрайды [5].

Иммуностимуляторлар сұйық, жұмсақ және қатты дәрілік қалыптар түрінде әртүрлі шығарылады. ҚР реестрлік талдауына сәйкес 1-2 диаграммаларда АТХ классификациясы бойынша иммуностимуляторлардың жіктелуі және шығарылу түрі көрсетілген. Жинақталған мәліметтер бойынша қатты дәрілік қалыптар – 48%, сұйық дәрілік қалыптар – 49,33% және жұмсақ дәрілік қалыптар – 2,67% құрайды.

Отандық нарықты зерттеу барысында иммуностимуляторларды шығаратын өндіруші елдер мен өндіріс атаулары жөнінде мәліметтер жинақталды. Өндіруші елдердің қатарында көш бастап тұрған мемлекет – Ресей. Иммуностимуляторларды өндіретін елдердің пайыздық мөлшері 3-диаграмма бойынша Ресей – 56%, Қазақстан – 1,33%, Румыния – 1,33 %, Грузия – 1,33%, Украина – 4%, Австрия – 2,67%, Иран – 4%, Испания – 1,33%, Италия – 2,67%, Нидерланды – 1,33%, Словения – 2,67%, Германия – 8%, Израиль – 4%, Ұлыбритания – 2,67%, Үндістан – 1,33%, Финляндия – 1,33%, Франция – 1,33%, Швейцария – 2,67% құрайтыны көрсетілген.

ҚР реестрлік талдауы бойынша иммуностропты препараттарға жүргізілген жалпы мәліметтер бойынша олардың құрамына назар аударылып, құрамында өсімдік экстракттары кездесетін иммуностимуляторға тоқталу көзделді. Нәтижесінде құрамында өсімдік экстракттарынан тұратын иммуностимуляторлар анықталды және олар туралы мәлімет 1-кестеде көрсетілген. 1-кесте бойынша құрамында өсімдік текті экстрактылардан тұратын иммуностимуляторлардың 2 түрі ғана анықталды. Бұл пайыздық мөлшер бойынша 2,67% құрайды. Бұл дәрілік препарат АТХ классификациясы бойынша «L03AX Басқа иммуностимуляторлар» тобына жататын Иммунонорм-Тева дәрілік препараты болып табылды. Бұл дәрілік препараттар «ратиофарм ГмбХ» Германиялық фармацевтикалық компаниясында өндіріледі. Иммунонорм-Тева дәрілік препараттары таблетка және ішуге арналған ерітінді түрінде шығарылады. Олардың негізгі құрамы күлгін эхинацея сығындысынан тұрады. Эхинацея бұл иммунитет қолдайтын дәрілік өсімдіктердің бірі. Эхинацея теріс сыртқы әсерлерге жасушаның төзімділігін арттырады, лейкоциттердің жұмысын белсендіреді және вирустар мен бактериялардың көбеюіне жол бермейді. Оның құрамына кіретін полисахаридтер (молекулалық массасы 25 000 және 10 000 фукогалактоксилоглюкандар) және қышқыл арабиногалактан (молекулалық массасы 75 000) иммуномодуляциялық және қабынуға қарсы әсер етеді. Иммунонорм-тева гранулоциттердің фагоцитарлық белсенділігін арттыра отырып, иммундық жүйенің спецификалық емес бөлігін ынталандырады.

Сонымен қатар иммуностимуляторлар тобын маркетингтік талдау барысындағы басты көрсеткіштерінің бірі бөлшектік саудадағы құны болып табылады. 1-кестедегі иммуностимуляторлардың өсімдік текті түрлері бойынша нарықтағы құны жөнінде мәлімет 2-кестеде көрсетілген. Кестеде өсімдік текті иммуностимуляторлардың нарықтағы ең төменгі бағасы – 1515 тг және ең жоғарғы бағасы – 3065 тг екені анықталды. Препараттардың орташа құны – 2279 тг құрады.

Талқылау.

Зерттеу мақсаты ретінде Қазақстан Республикасының дәрілік заттар мен медициналық бұйымдар тізіліміне сәйкес иммуностропты препараттар тобының фармацевтикалық нарығына шолу негізделген болатын. Себебі, қазіргі кезде дененің иммундық жүйесін нығайтуда және әртүрлі аурулармен күресуде маңызды рөл атқаратын иммуностимуляторлар тобының отандық нарықтағы орнын зерттеу өзекті тақырыптардың бірі болып саналады. Сол себепті зерттеу мақсатына жету үшін иммуностимуляторлардың негізгі АТХ классификациясы, оларды өндірушілер, және соның ішінде өсімдік текті иммуностимуляторларға талдау жүргізу және нарықтағы құны жөніндегі мәліметтер қарастырылады.

Зерттеу барысында Қазақстан Республикасының дәрілік заттар мен медициналық бұйымдар тізілімі қолданылды. Және оның нәтижесінде ҚР тіркелген дәрілік нысандардың жалпы саны 7009, оның ішінде иммуностимуляторлар 75, яғни барлық тіркелген дәрілік нысандардың 1,07% құрайтынын көрсетті. Осы мәліметтер бойынша АТХ классификасы бойынша жіктеліп, негізгі құрамдары және өндіруші кәсіпорындар зерттелді. Және де жинақталған мәліметтер бойынша қатты дәрілік қалыптар – 48%, сұйық дәрілік қалыптар – 49,33% және жұмсақ дәрілік қалыптар – 2,67% құрайтыны жөнінде талдау жүргізіліп, диаграмма құрылды. Нәтижесінде шет елден әкелінетін иммуностимуляторлар көп мөлшерді көрсетсе, Қазақстан – 1,33% ғана көрсетті. 1.33%-ды құрайтын Қазақстанда өндірілетін иммуностимуляторлар тобына жататын дәрілік препаратқа Интербетин жатады. Өндірушісі – Қарағанды фармацевтикалық кешені. Интербетин тері астына енгізу үшін ерітінді дайындауға арналған лиофилизат еріткіш жиынтықта, 0.3 мг мөлшерінде шығарылады. Ал шет елдік мемлекеттердің ішінде Қазақстанға әкелінетін иммуностимулятордың мөлшері жөнінен 56%-бен Ресей көш бастап тұр. Сонымен қатар, негізгі құрамы бойынша құрамында өсімдік экстрактыларынан жасалған препараттардың пайыздық мөлшері 2,67% құрайтыны анықталды. Бұл өсімдік текті иммуностимуляторлар қатарын көбейту үшін көптеген зерттеу жұмыстарын жүргізуді қажет ететінін көрсетеді.

Өсімдік текті иммуностимуляторлар бұл табиғи және органикалық өнімдерді ұнататын немесе денсаулықты нығайтудың балама әдістерін іздейтін адамдар үшін маңызды болып табылады. Көптеген өсімдіктер жасушаларды бос радикалдардан және басқа да зиянды әсерлерден қорғауға көмектесетін айқын антиоксиданттық қасиеттерге ие, бұл жалпы денсаулықты жақсартуға және иммундық жүйені сақтауға көмектеседі. Осылайша, өсімдік тектес иммуностимуляторлар адамның иммундық жүйесін қолдау және нығайту әлеуеті бар биологиялық белсенді заттардың маңызды класы болып табылады, бұл оларды заманауи медицина мен денсаулық сақтауда өзекті етеді.

Нарықты зерттеу компаниялар мен ұйымдарға иммуностимуляторларды өндіру, маркетинг және тарату стратегияларын жасауға мүмкіндік береді. Нарықтың ағымдағы жай-күйін және оның даму болжамдарын білу жаңа өнімдерді зерттеу мен әзірлеуге инвестиция салу туралы негізделген шешімдер қабылдауға көмектеседі. Сонымен қатар нарықта жеткіліксіз болуы мүмкін жаңа түрлерді ашу үшін жаңа мүмкіндіктерді іздеуге көмектеседі. Нарықтағы бәсекелестерді талдау олардың стратегияларын, артықшылықтары мен әлсіз жақтарын түсінуге көмектеседі. Бұл компанияларға бәсекеге қабілеттілігін нығайту және өз позицияларын қорғау шараларын әзірлеуге мүмкіндік береді. Имуностимуляторларға ағымдағы және болашақ сұранысты білу нарық динамикасындағы өзгерістерді болжауға

және оларға дайындалуға мүмкіндік береді. Нарықты шолу иммуностимуляторларға қатысты тұтынушылардың қажеттіліктері мен қалауларын жақсырақ түсінуге көмектеседі. Бұған клиникалық мекемелер мен денсаулық сақтау мамандары да, соңғы тұтынушылар да кіруі мүмкін. Өнімдер мен қызметтерді осы қажеттіліктерге бейімдеу тұтынушылардың қанағаттануына және олардың адалдығын арттыруға ықпал етеді. Осы аспектілердің барлығы нарықты шолу нәтижелерін өндірушілер мен дистрибьюторлардан бастап инвесторлар мен реттеушілерге дейін нарықтың әртүрлі қатысушылары үшін маңызды етеді. Бұл нәтижелер ағымдағы әрекеттерді оңтайландыруға көмектесіп қана қоймайды, сонымен қатар иммуностимуляторлар саласындағы ұзақ мерзімді стратегиялар мен инновацияларды әзірлеуге негіз жасайды.

Қорытынды

Зерттеу жұмысы бойынша Қазақстан Республикасының реестрлік талдауы бойынша иммуностимуляторлардың фармацевтикалық нарығына шолу жасалды. Және соның ішінде құрамында дәрілік өсімдік экстрактыларынан тұратын иммуностимуляторлар анықталды. Қазақстан Республикасының реестрлік талдауына шолу жасау нәтижесінде иммунитетті қолдауға және нығайтуға көмектесетін иммуностимуляторлар тобының үлесі – 1,07% құрады. Иммуностимуляторлардың шығарылу түрі бойынша қатты дәрілік қалыптар – 48%, сұйық дәрілік қалыптар – 49,33% және жұмсақ дәрілік қалыптар – 2,67% құрады. Жүргізілген зерттеулерге сәйкес шығарылу түріне байланысты ең көп кездесетін топ-5 дәрілік қалыптар түрі – ерітінділер (38,67%), суппозиторийлер (16%), таблеткалар (10,67%), лиофилизат түрінде (9,33%) және ұнтақтарды (6,67%) жатқызуға болады. Ал сирек кездескен дәрілік препараттардың шығарылу түрі ретінде капсулалар, мұрынға арналған тамшылар мен спрейлер, сироп, тұндырмалар, гель және жақпамайлар қатары кездесті. Иммуностимуляторларды шығаратын өндіруші елдер арасында Қазақстан бар болғаны – 1,33% құрады (Интербетин, өндірушісі – Қарағанды фармацевтикалық кешені), ал қалған 98,67% шет елдік мемлекеттерге тиесілі болды. Солардың қатарында иммунотропты препараттарды өндіруде көшбасшы мемлекет – Ресей (56%). Жалпы анықталған иммуностимуляторлардың ішінде құрамы дәрілік өсімдік экстрактыларынан тұратын иммуностимуляторлар – 2,67% құрады. Нарықтағы құнына шолу жасау нәтижесінде препараттардың орташа құны – 2279 тг құрады. Зерттеу бойынша имунорм-тева препаратының негізгі құрамы эхинацея сығындысынан тұратыны анықталды. Эхинацея дәрілік өсімдігі құрамына кіретін полисахаридтер және қышқыл арабиногалактан болуына сәйкес иммуномодуляциялық және қабынуға қарсы әсер көрсететіні анықталды. Сонымен қатар, хош иісті аскөк дәрілік өсімдігін де өсімдік текті иммуностимуляторларды өндіруде

қолдану өзекті тақырыптардың бірі болып табылады. Себебі хош иісті аскөктің антиоксидантты қасиеттер көрсетуіне сәйкес осылай қорытындылауға болады. Иммуностимуляторлар өндірісінің отандық үлесі өте төмен. Осылайша, жүргізілген зерттеуді талдай отырып, Қазақстан Республикасында бұл нарықтың осы сегменті отандық өндірушілер үшін перспективті болып табылады.

Мүдделер қақтығысы – мәлімделген жоқ.

Қаржыландыру жүргізілмеді.

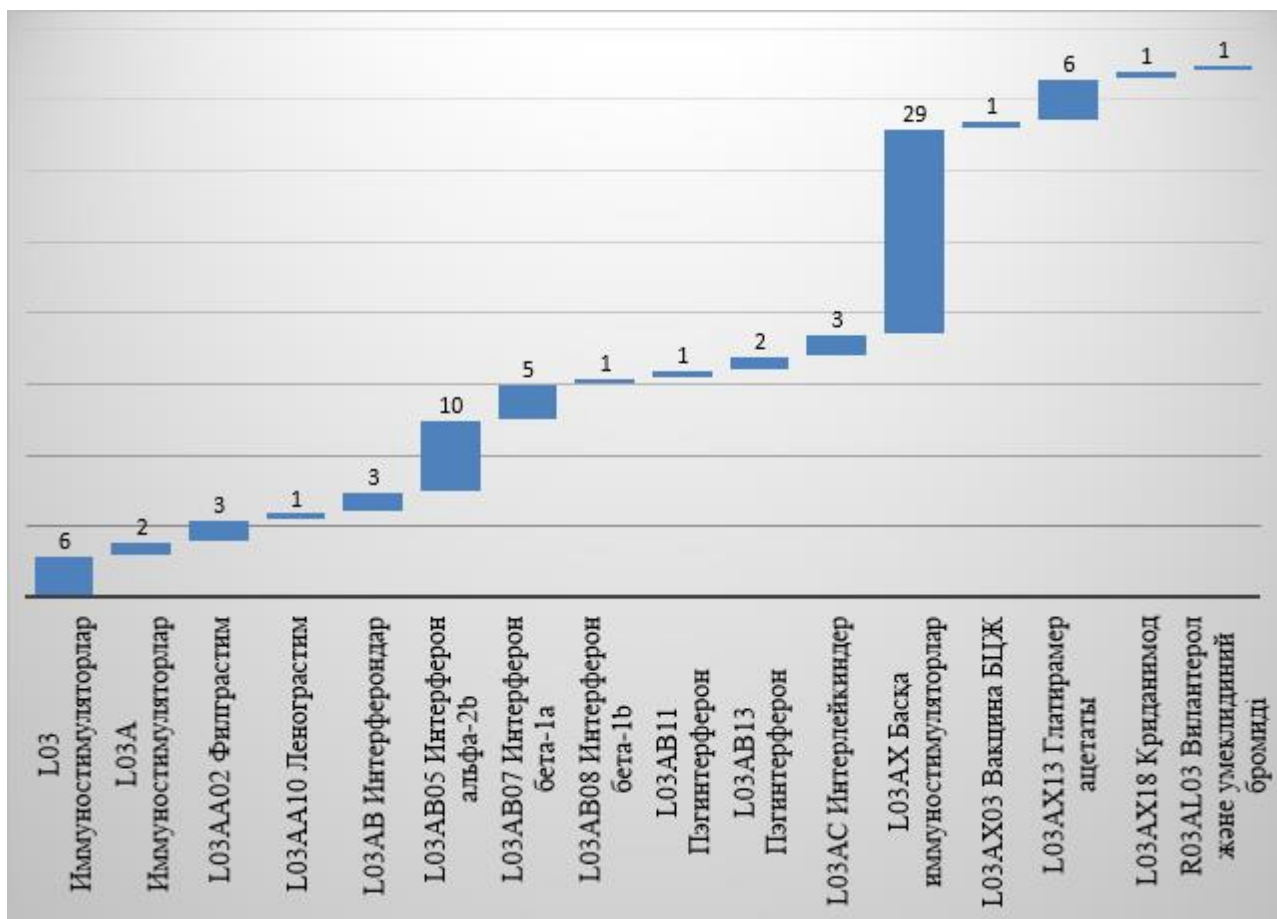
Авторлардың үлесі.

Концептуализация – К.Т.; **әдістеме** – А.Л.; **тексеру** – К.Т.; **формальды талдау** – М.И., М.А.; **жазу (жобаның алдын ала түпнұсқасы)** – А.А.; **жазу (шолу және өңдеу)** - К.Т..

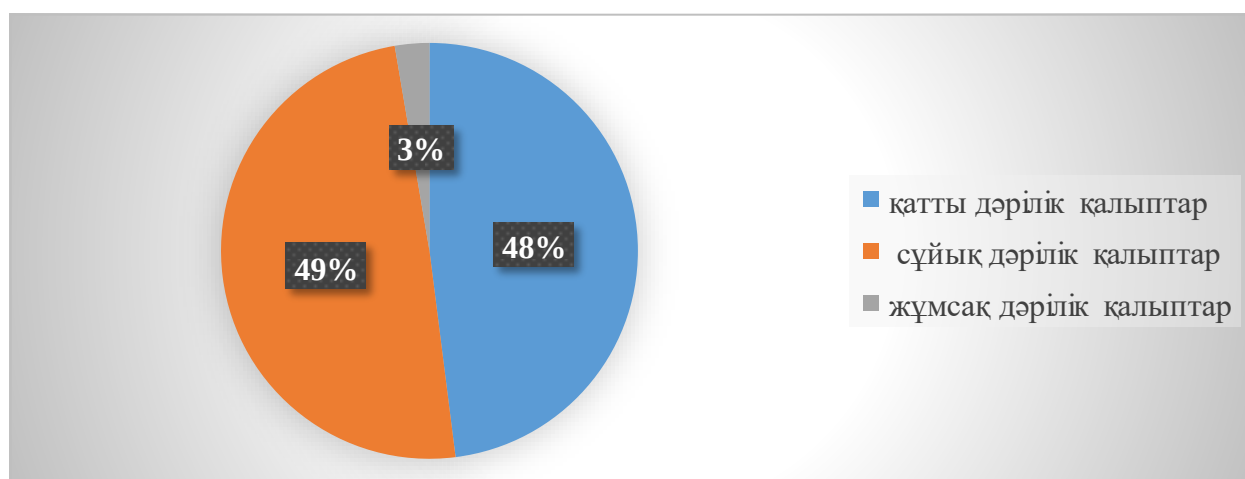
Барлық авторлар қолжазбаның соңғы нұсқасын оқып, келісті.

Әдебиеттер тізімі:

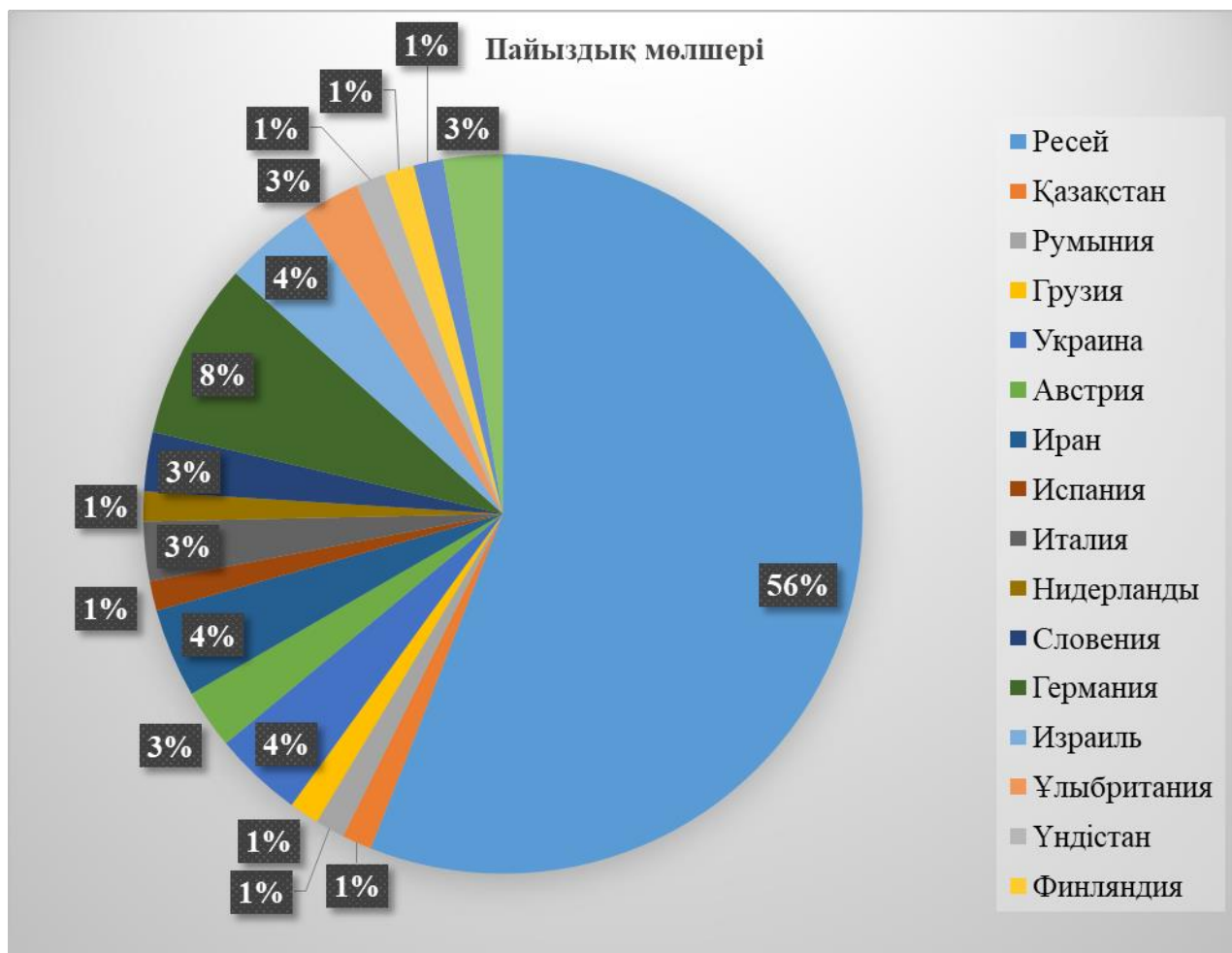
1. Chaplin DD. Overview of the Immune Response. J Allergy Clin Immunol. 2015; 125:1-41.
2. Meagher MW. Immune system structure and function. Encyclopedia of Health Psychology. 2014; 1-9.
3. Carter D, Reed SG. Role of adjuvants in modeling the immune response. Curr Opin HIV AIDS. 2010; 5 (5):409-13. <https://doi.org/10.1097/COH.0b013e32833d2cdb>
4. Prince J, Pratik D, Bhupendra ST etc. Immunostimulants: Concepts, Types and Functions // Asian Journal of Dental and Health Sciences/-2022; 2(4):26-24
5. Дәрілік заттардың мемлекеттік реестрі [сайқа кірген уақыты 15.03.2024ж.]. URL: http://register.ndda.kz/category/search_prep



Сурет 1 – ҚР реестрлік талдауына сәйкес иммуностимуляторлар АТХ классификациясы бойынша мөлшері



Сурет 2 – ҚР реестрлік талдауына сәйкес иммуностимуляторлар дәрілік қалыптарының пайыздық құрамы



Сурет 3 – Иммунотропты препараттарды өндіруші елдер жөнінде пайыздық мәлімет

Кесте 1. ҚР реестрлік талдауы бойынша құрамында дәрілік өсімдік экстракттары бар иммунотропты препараттар жөнінде мәлімет

№	Өнімнің саудалық атауы	ДЗ құрамы	Дәрілік қалып	Өндіруші
1	Иммунорм-Тева	Жаңа гүлденген күлгін Эхинацея шөбінің құрғақ сығынды	Таблеткалар	ратиофарм ГмбХ
2	Иммунорм-Тева	Күлгін эхинацеяның сұйық сығындысы	Ішуге арналған ерітінді	ратиофарм ГмбХ

Кесте 2. Өсімдік текті иммуностимуляторлардың нарықтағы құны жөнінде мәлімет

№	Дәрілік препарат атауы	Нарықтағы ең төменгі бағасы	Нарықтағы ең жоғарғы бағасы	Нарықтағы орташа бағасы
1	Иммунорм-Тева, таблеткалар, 100 мг	2355	3065	2710
2	Иммунорм-Тева, ішуге	1515	2180	1848

	арналған ерітінді, 50 мл			
--	--------------------------	--	--	--

УДК 61:575

Есетова А.А., Полукчи Т.В., Жаркинбекова Н.А., Мусаева С.К., Толебаева Г.Е.,
Русланов Ә.Р., Бауржан Э.

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

МЫШЕЧНАЯ ДИСТРОФИЯ ДЮШЕННА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Аннотация

Мышечная дистрофия Дюшенна - редкое заболевание, вызываемое мутациями в гене дистрофина. В данной статье представлен клинический случай заболевания мышечной дистрофии Дюшенна с подробным описанием анамнеза, клинических проявлений заболевания, диагностических и лечебных мер.

Ключевые слова: мышечные дистрофии, дистрофин, дети, мышечная дистрофия Дюшенна

Есетова А.А., Полукчи Т.В., Жаркинбекова Н.А., Мусаева С.К., Толебаева Г.Е.,
Русланов Ә.Р., Бауржан Э.

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

ДЮШЕНН БҰЛШЫҚЕТ ДИСТРОФИЯСЫ: КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ

Аннотация

Дюшен бұлшықет дистрофиясы - дистрофин генінің мутациясынан туындаған сирек ауру. Бұл мақалада Дюшен бұлшықет дистрофиясы ауруының клиникалық жағдайы келтірілген. Аурудың тарихы, клиникалық көріністері, диагностикасы (клиникалық) сипатталған.

Кілт сөздер: бұлшықет дистрофиясы, дистрофия, балалар, Дюшен дистрофиясы

Yessetova A.A., Polukchi T.V., Zharkinbekova N.A., Musayeva S.K., Tolebayeva G.Ye.,
Ruslanov A.R., Baurzhan E.

JCS «South Kazakhstan Medical Academy», Shymkent, Kazakhstan

DUCHENNE MUSCULAR DYSTROPHY: A CLINICAL CASE

Abstract

Duchenne muscular dystrophy is a rare disease caused by mutations in the dystrophin gene. This article presents a clinical case of Duchenne muscular dystrophy with a detailed description of the history, clinical manifestations of the disease, diagnostic and treatment measures.

Keywords: *muscular dystrophy, dystrophy, children, Duchenne dystrophy*

Введение: Мышечная дистрофия Дюшенна является тяжелым, прогрессирующим заболеванием, приводящим с течением времени к атрофии мышц [1]. Самыми ранними симптомами при данном заболевании являются трудности с подъемом по лестнице, частые падения, которые появляются у пациентов в возрасте 2–3 лет [1,2]. При мышечной дистрофии Дюшенна проосходят мутационные изменения в рецессивном гене, сцепленным с X-хромосомой [2,3]. У детей, в частности у мальчиков, наблюдаются слабость в проксимальных отделах конечностей и гипертрофия икроножных мышц [3,4]. В подростковом возрасте, в большинстве случаев, пациенты оказываются прикованными к инвалидной коляске [1,5]. При должном уходе большая часть пациентов доживает до возраста 20-40 лет, после чего заболевание прогрессирует до сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточностей [1,5]. Согласно данным Национальной организации по редким заболеваниям, распространенность заболевания во всем мире равна 1 на 3500 живорожденных мальчиков [6]. В Республике Казахстан мышечная дистрофия Дюшенна не является широкораспространенным заболеванием и, по последним подсчетам, в стране имеется 580 детей с данной патологией [6].

В Казахстане генетические методы не являются рутинными, поэтому для оптимизации диагностического поиска перед генетическим тестированием проводится клиническая оценка заболевания на основе его симптоматики [7].

Клинический случай:

Ребенок мужского пола, 6 лет, поступил в отделение неврологии Областной детской больницы (ОДБ) с жалобами на слабость в ногах, затруднение ходьбы. Из анамнеза заболевания со слов матери вышеизложенные жалобы наблюдаются с 2022 года с тенденцией прогрессирования.

Из анамнеза жизни: Ребенок от 3 беременности, 3 родов. Беременность протекала на фоне анемии, гестоза. Роды протекали в сроке 38 недель физиологическим путем. Вес при рождении 3,500 грамм, рост – 52см, развитие: голову удерживает с 5 месяцев, сидит с 8 месяцев, ходит-с 2 лет. Речь с двух лет. Ребенок получает профилактические прививки по календарю. Наследственными заболеваниями анамнез не отягощен. Из эпидемиологического

анамнеза: со слов матери в контакте с инфекционными больными в течении 3-х недель не был. Укуса клещей не отмечалось. Контакт с больными Конго-Крымской геморрагической лихорадкой, туберкулезом, венерическими заболеваниями и инфекциями детского возраста отрицает. Переливание препаратов крови не проводилось. Аллергологический анамнез не отягощен.

Из объективных данных пациента: вес – 22 кг, Рост – 122см, частота дыхания -20 в мин, частота сердечных сокращений – 80 ударов в минуту.

Состояние ребенка средней степени тяжести за счет задержки в психомоторном развитии. Сознание ясное. На осмотр реагирует спокойно. Голова округлой формы. Телосложение нормостеническое. Менингеальных знаков нет. Функции черепно-мозговых нервов не нарушены. Глазные щели одинаковы с обеих сторон. Зрачки округлой формы, средних величин. Движение глазных яблок в полном объеме, нистагма глазных яблок нет. Движение нижней челюсти свободное. Болей и парестезии в лице нет. Чувствительность кожи лица сохранена. Лицо симметричное. Лагофталма и слезотечение нет. Ребенок хорошо слышит. Глотание сохранено. Дисфонии, дисфагии нет. Звучность голоса нормальная, внешний вид языка неизменен. Язык по средней линии. Речь внятная.

При оценке двигательной сферы: при осмотре наблюдается атрофия мышц в конечностях. Наблюдается псевдогипертрофия икроножных мышц, снижение тонуса мышц, гипорефлексия, коленные рефлексы не вызываются. Фибриллярных и фасцикулярных подергиваний в мышцах и контрактур нет. Объем активных и пассивных движений в руках и ногах ограничен. Симптом Бабинского отрицательный. Пациент сидит и встает с трудом, походка утинная. Чувствительная сфера не нарушена.

Из лабораторно-диагностических исследований: КФК - 5590 МЕ/л, ЛДГ – 915 ЕД/л. Другие лабораторные исследования без особенностей.

Заключение электромиографии: Локализованное демиелинизирующее повреждение по моторной ветви большеберцового нерва справа, повреждение на уровне медиальной лодыжки. Локализованное демиелинизирующее повреждение по моторной ветви малоберцового нерва справа, повреждение на уровне головки малоберцовой кости и ниже. Аксональное повреждение по сенсорной ветви малоберцового и седалищного нервов справа. Аксонально-демиелинизирующее повреждение моторной ветви малоберцового нерва слева, демиелинизация на уровне головки малоберцовой кости и ниже.

Пациенту выставлен диагноз: Прогрессирующая мышечная дистрофия Дюшена.

В отделении неврологии ОДБ пациенту проведено лечение согласно клиническому протоколу лечения: преднизолон в дозировке 5мг по 1 таблетке 3раза в день (из расчета

0,5мг/кг/сут), фолиевая кислота в дозе 5 мг по 1 таблетке 2 раза в день, колекальциферол в дозе 2800 МЕ/мл 1 раз в день. Дополнительно пациенту ежедневно проводилась индивидуальная кинезотерапия. В стационаре у ребенка, после получения предварительного информированного согласия у родителей, был взят анализ крови на генетическое исследование для верификации данного заболевания.

Выводы: Таким образом, клинический случай показывает, что позднее обращение пациентов с мышечной дистрофией Дюшенна к медицинским специалистам может приводить к неблагоприятному прогнозу заболевания. Ранняя диагностика мышечной дистрофией Дюшенна способствует получению доступа к генетическому консультированию и своевременному лечению данной категории больных.

Список использованных литературы:

1. *Duan D. et al. Duchenne muscular dystrophy// Nat Rev Dis Primers.- 2021- vol.7-No 1-P.13.*
2. *Birnkrant D. J. et al. Diagnosis and management of Duchenne muscular dystrophy, part 1: diagnosis, and neuromuscular, rehabilitation, endocrine, and gastrointestinal and nutritional management//The Lancet. Neurology-2018- vol.17-No 3-P. 251–267.*
3. *Yiu E. et al. Duchenne muscular dystrophy// Neurology India-2008- vol.56- No 3-P. 236–247.*
4. *MacKintosh E. et al. Lifetime Care of Duchenne Muscular Dystrophy// Sleep medicine clinics-2020- vol.15-No 5-P. 485–495.*
5. *Arora H. Duchenne muscular dystrophy: Still an incurable disease// Neurology India-2019- vol.67-No 3-P.717-723.*
6. *Jaxybayeva A. et al. Duchenne Muscular Dystrophy in Kazakhstan: A Journey from Diagnosis to the Treatment, the Biases and Achievements//J Neuromuscul Dis.-2023- vol.10- No 2-P.263-269.*
7. *Umurzakova A. et al. Preliminary Results of a Genetic Study of Children with Duchenne Myodystrophy in Aktobe, Kazakhstan// Arch Razi Inst.- 2023- vol.78- No 3-P. 949-954.*

УДК 616.832–004.2-02-07-08:616.88–008.45/.46] ”312”(091) (045)

Полукчи Т.В.

АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» Шымкент, Казахстан

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Аннотация

В данной статье проведен анализ литературных данных о современных методах диагностики когнитивных нарушений у больных с рассеянным склерозом. Литературный обзор включает в себя оценку эффективности существующих нейропсихологических тестов, применяемых для выявления когнитивной дисфункций у пациентов с рассеянным склерозом. Благодаря использованию специфичных и чувствительных батарей тестов возможно выявление качественных и количественных характеристики когнитивных нарушений. Своевременное выявление когнитивного дефицита у данной категории больных способствует началу необходимого лечения и реабилитации даже при отсутствии двигательных нарушений.

Ключевые слова: рассеянный склероз, когнитивные нарушения, инвалидизация, качество жизни

Полукчи Т. В.

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент, Қазақстан

ШАШЫРАНДЫ СКЛЕРОЗБЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДА КОГНИТИВТІ БҰЗЫЛУЛАРДЫ ДИАГНОСТИКАЛАУДЫҢ ЗАМАНАУИ ӘДІСТЕРІ

Аннотация

Бұл мақалада шашыранды склерозбен ауыратын науқастарда когнитивті бұзылуларды диагностикалаудың заманауи әдістері туралы әдеби мәліметтерге талдау жасалды. Әдеби шолу шашыранды склерозбен ауыратын науқастарда когнитивті дисфункцияларды анықтау үшін қолданылатын бар нейропсихологиялық сынақтардың тиімділігін бағалауды қамтиды. Арнайы және сезімтал сынақ батареяларын пайдалану арқылы когнитивті бұзылулардың сапалық және сандық сипаттамаларын анықтауға болады. Науқастардың осы санатындағы когнитивті тапшылықты уақтылы анықтау қозғалыс бұзылыстары болмаса да, қажетті емдеу мен оңалтудың басталуына ықпал етеді.

Кілт сөздер: шашыранды склероз, когнитивті бұзылулар, инвалидизация, өмір сапасы

Polukchi T.V.

JCS «South Kazakhstan Medical Academy», Shymkent, Kazakhstan

MODERN METHODS OF DIAGNOSING COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

Abstract

This article analyzes the literature data on modern methods of diagnosing cognitive impairment in patients with multiple sclerosis. The literature review includes an evaluation of the effectiveness of existing neuropsychological tests used to detect cognitive dysfunction in patients with multiple sclerosis. Through the use of specific and sensitive batteries of tests, it is possible to identify qualitative and quantitative characteristics of cognitive impairment. Timely detection of cognitive deficit in this category of patients promotes the beginning of necessary treatment and rehabilitation even in the absence of motor disorders.

Keywords: multiple sclerosis, cognitive impairment, disability, quality of life

Введение: Рассеянный склероз (РС) у больных может вызывать не только двигательные, сенсорные, мозжечковые и вегетативные дисфункции, но и когнитивные и психоэмоциональные нарушения (КН) [1,2]. Несмотря на то, что КН, связанные с рассеянным склерозом, были впервые описаны Шарко и другими авторами в середине 1800-х годов, в течение многих лет данными нарушениями пренебрегали и только начиная с последнего десятилетия XX-го века интерес к ним возрос. Благодаря использованию специфичных и чувствительных батарей тестов были выявлены качественные и количественные характеристики КН, а также с помощью методов нейровизуализации были найдены корреляции с неврологической картиной заболевания [1,2]. КН могут появляться на любой стадии заболевания, при этом уровень их распространенности варьируется от 42 до 70% [1]. Когнитивные симптомы у больных с РС бывают обычно не ярко выражены, в отличие от более видимых нарушений, таких как сенсомоторные симптомы. Пациенты с РС могут не полностью осознавать или недооценивать свои жалобы на психоэмоциональные нарушения, усталость или же боль. По этой причине врачам следует полагаться не на саму оценку КН, а на результаты нейропсихологических тестов. Как и все симптомы РС, КН характеризуются высокой вариабельностью и значительно влияют на трудовые навыки, социальные взаимодействия и качество жизни пациентов [1,3].

Цель: систематизировать и оценить эффективность нейропсихологических тестов, применяемых для выявления когнитивных нарушений у больных с рассеянным склерозом по данным современной литературы.

Материалы и методы: Проведен систематический поиск англоязычных источников в базах Web of Science, Scopus и Кокрановской библиотеки с января 2010 по июнь 2024 года.

Результаты: Наиболее часто КН при РС проявляются нарушениями комплексной обработки информации, памяти, исполнительных и зрительно-пространственных функции [4,5,6]. Другими КН, которые могут быть изменены и которые в последнее время вызывают большой интерес, являются социальное познание, принятие решений и моральное суждение [7]. Однако, Пятая редакция «Руководства по диагностике и статистике психических расстройств» (DSM-5), опубликованная Американской психиатрической ассоциацией оценивает симптоматику когнитивных расстройств по шести основным когнитивным областям: внимание/скорость обработки информации, функции памяти/обучения, речь, исполнительные функции, перцептивно-моторные/зрительно-пространственные способности социальное познание [8,9]. КН различной этиологии классифицируются в данном руководстве на «тяжелую» и «легкую» степени тяжести, при этом, КН при РС отнесены в подраздел «легкие когнитивные расстройства» [9,10].

В настоящее время существует широкий спектр нейропсихологических тестов, используемых для оценки когнитивных нарушений у пациентов с рассеянным склерозом.

The Mini-mental State Examination (MMSE) - это 30-балльная оценка, используемая в качестве скринингового инструмента для определения тяжести когнитивных нарушений в клинических и исследовательских условиях. Тест включает в себя копирование пятиугольников и требует от пациентов воспроизведения на бумаге узоров из двух переплетенных пятиугольников. Этот субтест измеряет зрительно-пространственные способности и предоставляет психомоторную информацию о координации мелкой моторики и внимании к деталям. Однако, в настоящее время MMSE и тест на запоминание трех слов считаются нечувствительными для оценки когнитивных нарушений при рассеянном склерозе, поскольку они не учитывают специфический нейропсихологический профиль пациентов этой группы [11,12].

Нейропсихологическая батарея Лурии–Небраска включает 14 доменов и оценивает праксис, экспрессивную и выразительную речь, память, зрительно-пространственный гнозис, навыки счета, интеллект. Данная батарея является высокоинформативной, но имеет ряд ограничений в виде отсутствия стандартизации и трудностей в количественной оценке результатов, противоречивых данных относительно надежности теста [13].

Paced Auditory Serial Addition Task (PASAT) оценивает скорость обработки информации, внимание и рабочую память. В ходе PASAT пациентов просят прослушать серию одноразрядных чисел, а затем прибавить каждое услышанное число к числу, непосредственно предшествующему ему. Чтобы получить правильный ответ, пациенты должны устно ответить до появления следующей цифры. Преимущества этой батареи в том,

что она очень надежна и рекомендована для использования в клинической практике и исследованиях. Однако ее использование требует наличия обученного специалиста, устройства для воспроизведения записи, тест может быть негативно воспринят пациентом из-за его сложности [14,15].

Тест Symbol Digit Modalities Test (SDMT) - это скрининговый инструмент для выявления наличия когнитивных нарушений, в котором участников просят определить девять различных символов, соответствующих числам от 1 до 9, после чего испытуемые должны написать правильную цифру под соответствующим символом. Тест SDMT демонстрирует высокую чувствительность и специфичность не только при выявлении когнитивных нарушений, но и показывает их динамику с течением времени или в ответ на лечение [16]. Преимуществами этого теста являются его высокая воспроизводимость, наилучшая корреляция с изменениями, выявляемыми при магнитно-резонансной томографии головного мозга (МРТ), а недостатком - ограниченная обучаемость [16].

Тест Струп позволяет подавлять автоматические реакции на чтение и переключать перцептивные наборы в соответствии с меняющимися требованиями в условиях ограниченного времени - 5 минут. Участникам теста раздаются три карточки с 24 точками, словами или названиями цветов (шесть рядов по четыре элемента) на каждой карточке. Стимулы на каждой карточке окрашены в разные цвета (красный, зеленый, синий и желтый) в псевдослучайном порядке. Участник должен как можно быстрее назвать цвет каждой точки, слова или названия цвета, двигаясь слева направо. На карточке С названия цветов напечатаны цветом, который не совпадает с цветом слова (например, слово "желтый" напечатано синими чернилами). Для каждой карточки указывается время (в секундах), необходимое для того, чтобы правильно назвать цвет всех предметов на карточке [17].

Двухминутный скрининговый тест Processing Speed Test (PST) разработан для оптимизации оценки когнитивных функций у пациентов с рассеянным склерозом. Преимущество этого теста заключается в том, что пациент выполняет его самостоятельно с помощью планшета, а также в высокой стабильности результатов, корреляции с данными нейровизуализации [18].

Наличие когнитивных нарушений у пациентов с рассеянным склерозом можно определить путем использования шкалы Монреальской когнитивной оценки (MoCA), в которой нормальным считается результат от 26 до 30 баллов (30 баллов - максимально возможный результат). У пациентов с рассеянным склерозом шкала MoCA дает информацию о генерализованных когнитивных нарушениях. Недавний систематический обзор показал, что шкала MoCA демонстрирует хорошую чувствительность и специфичность при

использовании рекомендуемого порога в 26 баллов. Однако имеются сообщения, что для оптимального скрининга полезны более низкие баллы, чем начальный пороговый уровень, поскольку они уменьшают количество ложноположительных результатов, повышают скорость и точность диагностики когнитивных нарушений. Более того, у пациентов с рассеянным склерозом без субъективных когнитивных жалоб пороговое значение в 27 баллов может обеспечить лучший баланс между чувствительностью и специфичностью теста. Тем не менее, исследователи отмечают, что для изучения оптимального порогового значения для выявления когнитивных нарушений у пациентов с рассеянным склерозом необходимо провести дополнительные исследования [19,20].

Для оценки когнитивных нарушений широко распространены три группы валидированных тестов:

BRB-N (Краткая повторяемая батарея нейропсихологических тестов при рассеянном склерозе), MACFIMS (Минимальная оценка когнитивного функционирования при рассеянном склерозе) и BICAMS (Краткая международная когнитивная оценка при РС).

BRB-N (Краткая повторяемая батарея нейропсихологических тестов при рассеянном склерозе) - эта батарея включает в себя тестирование внимания, скорости обработки информации, беглости речи, исполнительных функций, слуховой и зрительной памяти (немедленное и отсроченное запоминание). Несмотря на хорошие психометрические характеристики, использование BRB-NT в клинической практике ограничено ее большой продолжительностью (до 40-45 мин) и необходимостью привлечения опытных нейропсихологов для проведения и оценки результатов [21,22].

MACFIMS (Minimal assessment of cognitive functioning in multiple sclerosis) - это валидированная 90-минутная батарея, включающая 7 тестов, оценивающих рабочую память, внимание, зрительно-пространственный гнозис, исполнительные функции, зрительную и слуховую память. Тесты, используемые в данной методике, обладают высокой надежностью, однако их широкое применение ограничено длительностью их проведения [23,24].

BICAMS (Brief International Cognitive Assessment for MS) - в 2012 году была предложена новая батарея тестов для рутинного использования в клинической практике и исследованиях. Батарея оценивает скоростные характеристики когнитивной деятельности, аудиально-вербальную и зрительную память. Время тестирования составляет не более 15 минут. Данный метод позволяет прогнозировать повседневную активность пациентов и может быть использован в качестве мониторинга когнитивного функционирования у пациентов, получающих препараты от рассеянного склероза (ПИТРС) [25].

Выводы: Таким образом, когнитивные нарушения являются одним из частых симптомов у пациентов с рассеянным склерозом и значительно ухудшают качество жизни больных. Когнитивные нарушения у таких пациентов должны быть выявлены как можно раньше, что позволит начать необходимое лечение и реабилитацию даже при отсутствии двигательных нарушений. Однако, валидация и активное внедрение новых или уже существующих нейропсихологических методик в клиническую практику остаются актуальными. Появление универсального теста для оценки когнитивных функций позволит отбирать пациентов, которым необходимо назначать препараты, модифицирующие течение рассеянного склероза, а также контролировать эффективность лечения.

Список использованных литературы:

1. Piacentini C. et al. Cognitive impairment in multiple sclerosis: "classic" knowledge and recent acquisitions// *Arq Neuropsiquiatr.*- 2023-vol.81-No 6-P. 585-596.
2. McGinley, M. P. et al. Diagnosis and Treatment of Multiple Sclerosis: A Review// *JAMA.*- 2021-vol.325- No 8- P. 765–779.
3. Halabchi F. et al. Exercise prescription for patients with multiple sclerosis; potential benefits and practical recommendations// *BMC neurology.* - 2017- vol.17- No 1- P. 185.
4. Motl R. W. Exercise and Multiple Sclerosis// *Advances in experimental medicine and biology.*-2020- 1228- P. 333–343.
5. Brochet B. et al. Cognitive Impairment in Multiple Sclerosis With Regards to Disease Duration and Clinical Phenotypes// *Frontiers in neurology.*-2019-vol.10- P. 261.
6. Macías I. et al. Assessment and Impact of Cognitive Impairment in Multiple Sclerosis: An Overview// *Biomedicines* -2019-vol. 7- No 1- P. 22.
7. Filippi M. et al. Multiple sclerosis // *Nature reviews. Disease primers.*-2018- vol. 4- No 1- P. 43.
8. Silén Y. et al. Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people//*Current opinion in psychiatry.*-2022- vol.35-No 6- P. 362–371.
9. Park S. et al. Anxiety Disorders in the DSM-5: Changes, Controversies, and Future Directions// *Advances in experimental medicine and biology.*-2020-vol.1191-P.187–196.
10. Call C. et al. From DSM-IV to DSM-5: changes to eating disorder diagnoses// *Current opinion in psychiatry.*-2013- vol. 26- No 6-P. 532–536.
11. Yıldız Z. et al. The reliability and validity of the Turkish version of the apraxia screen of TULIA in multiple sclerosis patients// *Disability and rehabilitation.*-2022- vol. 44-No 25- P. 8042–8047.

12. Redlicka J. et al. Impact of Moderate Individually Tailored Physical Activity in Multiple Sclerosis Patients with Fatigue on Functional, Cognitive, Emotional State, and Postural Stability// Brain sciences-2021- vol.11- No 9- P.1214.
13. Pokryszko-Dragan A. et al. Event-related potentials and cognitive performance in multiple sclerosis patients with fatigue// Neurological sciences: official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology-2016- vol.37- No 9-P. 1545–1556.
14. Meng D. et al. Dorsolateral prefrontal circuit effective connectivity mediates the relationship between white matter structure and PASAT-3 performance in multiple sclerosis// Human brain mapping-2021- vol.42- No 2-P. 495–509.
15. Cortés-Martínez A. et al. What is the meaning of PASAT rejection in multiple sclerosis?// Acta neurologica Scandinavica-2019- vol.139- No 6- P. 559–562.
16. Healy B. et al. Trajectories of Symbol Digit Modalities Test performance in individuals with multiple sclerosis//Multiple sclerosis (Houndmills, Basingstoke, England)-2021- vol. 27- No 4-P. 593–602.
17. Coghe G. et al. Exploring cognitive motor interference in multiple sclerosis by the visual Stroop test// Multiple sclerosis and related disorders-2018-vol. 22- P. 8–11.
18. Patel V. P. et al. Processing speed and distractibility in multiple sclerosis: the role of sleep// Multiple sclerosis and related disorders- 2017-No 11- P. 40–42.
19. Novo A. M. et al. Apathy in multiple sclerosis: gender matters// Journal of clinical neuroscience: official journal of the Neurosurgical Society of Australasia-2016- No 33-P.100–104.
20. Alharthi H. M. et al. Association between cognitive impairment and motor dysfunction among patients with multiple sclerosis: a cross-sectional study//European journal of medical research-2023- vol. 28- No 1- P.110.
21. Lugosi K. et al. Domain-specific cognitive impairment in multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis// Annals of clinical and translational neurology-2024- vol.11- No 3-P. 564–576.
22. Hechenberger S. et al. Information processing speed as a prognostic marker of physical impairment and progression in patients with multiple sclerosis// Multiple sclerosis and related disorders-2022- No 57-P.103353.
23. Maubeuge N. et al. Validation of the French version of the minimal assessment of cognitive function in multiple sclerosis (MACFIMS)// Multiple sclerosis and related disorders-2021- No 48- P.

24. Migliore S. et al. Validity of the minimal assessment of cognitive function in multiple sclerosis (MACFIMS) in the Italian population// Neurological sciences: official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology-2016- vol.37- No 8- P.1261–1270.

25. Potticary H. et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Brief Cognitive Assessment for Multiple Sclerosis (BICAMS) International Validations//Journal of clinical medicine- vol.12- No 2-P. 703.

UDC 616.379-008.64:616.36-06

Haidarova G.K., Saparbekkyzy N., Sabyrova M.S., Kambar Z.A., Umarova F.A.

JSC «South Kazakhstan Medical Academy», Shymkent, Kazakhstan

THE RELATIONSHIP BETWEEN TYPE 2 DIABETES AND NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE

Annotation

Diabetes mellitus and non-alcoholic fatty liver disease are the most common types of diseases in the world. Most often, these diseases occur in one patient. About 75% of cases of non-alcoholic fatty liver disease occur against the background of obesity, dyslipidemia or type 2 diabetes mellitus. Today it is known that there is a constant pathophysiological relationship between non-alcoholic fatty liver disease and type 2 diabetes mellitus. One of the main pathogenetic causes of type 2 diabetes mellitus and non-alcoholic fatty liver disease is insulin resistance.

Keywords: type 2 diabetes mellitus, insulin resistance, non-alcoholic fatty liver disease, diabetes mellitus, liver.

Хайдарова Г. К., Сапарбекқызы Н., Сабырова М. С., Қамбар З. Ә., Омарова Ф. А.

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ, Шымкент, Қазақстан

2 ТИПТІ ҚАНТ ДИАБЕТІ МЕН АЛКОГОЛЬСІЗ МАЙЛЫ БАУЫР АУРУЫ АРАСЫНДАҒЫ БАЙЛАНЫС

Аннотация

Қант диабеті мен бауырдың алкогольді емес майлы ауруы — әлемдегі ең кең таралған ауру түрлері. Көбінесе бұл аурулар бір науқаста кездеседі. Бауырдың алкогольді емес майлы ауруы жағдайларының шамамен 75% семіздік, дислипидемия немесе 2 типті қант диабеті

аясында жүреді. Қазіргі уақытта бауырдың алкогольді емес майлы ауруы және 2 типті қант диабеті арасындағы тұрақты патофизиологиялық өзара байланыс бар екендігі белгілі. 2 типті қант диабеті және бауырдың алкогольді емес майлы ауруы дамуының негізгі патогенетикалық себептерінің бірі - инсулинге төзімділік болып табылады.

Кілт сөздер: 2 типті қант диабеті, инсулинге төзімділік, бауырдың алкогольді емес майлы ауруы, қант диабеті, бауыр.

Хайдарова Г.К., Сапарбекқызы Н., Сабырова М.С., Қамбар З.Ә., Умарова Ф.А.

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

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Аннотация

Диабет и неалкогольная жировая болезнь печени - самые распространенные заболевания в мире, часто встречающиеся у одного пациента. Большинство случаев неалкогольной жировой болезни печени связаны с ожирением, дислипидемией или сахарным диабетом 2-го типа. Существует постоянная патофизиологическая связь между этими двумя заболеваниями. Одной из главных причин развития сахарного диабета 2-го типа и неалкогольной жировой болезни печени является инсулинорезистентность.

Ключевые слова: сахарный диабет 2-го типа, инсулинорезистентность, неалкогольная жировая болезнь печени, сахарный диабет, печень.

Кіріспе. Бауырдың алкогольді емес майлы ауруы (БАЕМА) және 2 типті қант диабеті (ҚД)— бір-бірімен байланысты және эпидемия мөлшеріне жететін патологиялық жағдайлар. БАЕМА 2 типті ҚД-нің дамуына алып келеді, ал 2 типті ҚД өз кезегінде БАЕМА-ның алкогольсіз стеатогепатит пен циррозға дейін өршуіне себеп болады. 2 типті ҚД және БАЕМА дамуының маңызды қауіп факторларының бірі-бар инсулинге төзімділікті арттыратын семіздік. Инсулинге төзімділік осы екі патологиялық жағдайды байланыстыратын негізгі патогенетикалық буын болып табылады. ҚД-мен ауыратын науқастарда жалпы популяцияға қарағанда БАЕМА жиі анықталатындығына байланысты, сондай-ақ қантты диабеттің болуы БАЕМА прогрессиясының қауіп факторы болып табылатындығын ескере отырып, бұл пациенттер дәрігерлердің мұқият бақылауында болуы керек. Сонымен қатар екі ауру да— жүрек-қан тамырлары ауруларының қауіп факторлары. Бұл шолуда көмірсулар алмасуының және БАЕМА бұзылыстарының көрсеткіштері, даму факторлары, осы ауруларды диагностикалау және емдеу (емдеуде қолданылатын қантты

төмендететін дәрілер мен препараттардың негізгі кластарының қысқаша сипаттамасы) көрсетілген.

Тәсілдер мен материалдар

Мақала бауырдың алкогольді емес майлы ауруы мен 2-ші типті қант диабетінің бір-бірімен байланыстылығын анықтау үшін оқулықтар мен ғылыми мақалаларды шолу, зерттеу әдістері, pubmed, uptodate сайттарын қолдану арқылы жазылды. Бұл екі ауру қазіргі уақытта кең таралғандықтан, олар арасындағы тығыз байланысты көрсететін деректер жинақталған.

Нәтижелер

Қант диабетінің 2-ші типі және бауырдың алкогольсіз майлы зақымдануы арасындағы байланыс. БАЕМА таралуы популяцияда 20-25% құрайды, бұл көрсеткіштің тұрақты өсу тенденциясы бар. Сонымен бірге, халықаралық қант диабеті федерациясының мәліметтері бойынша, 2021 жылы қант диабеті ауруы 537 миллион адамды құрады және бұл патологияның өсуі жалғасуда. Әр түрлі зерттеулердің нәтижелері бойынша 2 типті қант диабетінде БАЕМА таралуы 70-тен 100% - ға дейін. 2 типті ҚД және БАЕМА дамуының негізгі себептерінің бірі инсулинге төзімділік болып табылады. Қазіргі тұжырымдамалардың біріне сәйкес, БАЕМА-де бос май қышқылдарының және триглицеридтердің шамадан тыс жинақталуы инсулиннің сигнал беру жолдарының зақымдалуына және инсулинге төзімділік дамуына әкеледі, бұл өз кезегінде инсулин секрециясының біртіндеп бұзылуына және одан әрі 2-ші типті қантты диабеттің дамуына әкеледі. Сонымен қатар, семіздікте жиі кездесетін симпато-адренал жүйесінің активтенуі майлы тіндердегі липолизді күшейтеді, ал бауырда олардың тотығу жылдамдығы төмендейді. Бауырға бос май қышқылдарының жоғарылауы және олардың тотығуының баяулауы гепатоциттерде триглицеридтердің артық жиналуына және өте төмен тығыздықтағы липопротеидтердің көбірек бөлінуіне ықпал етеді.

Сонымен, инсулинге төзімділік бауырда гликоген синтезінің төмендеуімен, гликогенолиз мен глюконеогенездің белсендіруімен қатар жүреді. Деректерге сәйкес БАЕМА морбидті семіздігі және метаболикалық синдромы бар науқастардың барлығында анықталады. БАЕМА қант диабеті мен метаболикалық синдромның басқа клиникалық көріністерінің дамуындағы ерте болжаушы және шешуші фактор ретінде қарастырылуы мүмкін. Бауырдың алкогольсіз майлы ауруының клиникалық көріністерінің сыртқы белгілері пациенттердің басым бөлігінде байқала бермейді. Нақты клиникалық тәжірибеде пациенттер дәрігерлерге артериялық гипертония, жүректің ишемиялық ауруы, перифериялық қан тамырлары аурулары, 2 типті ҚД, семіздікке байланысты шағымдар бойынша жиі жүгінеді, ары қарай диагностикалау барысында БАЕМА да анықталады. Науқастарда пальпация кезінде бауыр мөлшерінің орташа ұлғаюын анықтауға болады, оның шеті

дөңгелектенеді, консистенциясы жұмсақ болады. БАЕМА диагнозын қою үшін алкоголь тарихын жинау қажет. 2типті ҚД-де бауырдың зақымдануын бағалаудың ең маңызды критерийлері қан плазмасындағы аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), сілтілі фосфатаза, γ -глутамилтрансфераза деңгейінің жоғарылауы болып табылады.

2 типті ҚД және БАЕМА және емдеудегі жалпы мүмкіндіктер.

Тамақтану емдеудің негізгі элементі болып табылады. 2 типті ҚД мен БАЕМА-дің патогенетикалық байланыстарын ескере отырып, пациенттерді емдеудің кешенді тәсілі тағайындалады. Емдеу әдісі диеталық терапия мен физикалық белсенділікті, мінез-құлықты өзгертуді және этиопатогенетикалық факторларды да, фондық ауруларды да ескере отырып фармакотерапияны қамтиды. Аса маңыздысы өмір салтын өзгерту: ұтымды гипокалориялық тамақтану, орташа аэробты жаттығулар түріндегі физикалық белсенділік, мысалы, орташа қарқынмен кем дегенде аптасына 5 рет 30 минуттан жаяу жүру, жүзу, велосипед айдау — аурудың өршуін бәсеңдетеді. Семіздік және 2 типті ҚД-нің аясында БАЕМА дамыған жағдайда өмір салтын өзгерту (гипокалориялы диета және қалыпты физикалық белсенділік) салдарынан дене салмағының біртіндеп төмендеуі ең тиімді деп танылған. Клиникалық маңызды салмақ жоғалту болмаса да, тұрақты физикалық белсенділік бауырдың жақсаруына әкеледі, сонымен қатар сарысулық холестерин деңгейінің төмендеуіне ықпал етеді. Екі ауруда да тамақтану бірдей маңызды рөл атқарады. Науқастарға Жерорта теңізі диетасы пайдалы: құрамында моноқанықпаған және ω -3-полиқанықпаған май қышқылдарының көп мөлшері бар тағамдар — балық, өсімдік талшықтары (көкөністер мен жемістер-калорияны ескере отырып) және гликемиялық индексі төмен тағамдар (баяу сіңірілетін көмірсулар) ұсынылады; сондай-ақ майлы қызыл ет, қантты сусындар мен көмірсуларды тұтыну шектеледі. Бұл диета 2 типті ДМ бар емделушілерге ұсынылатын диетамен сәйкес келеді ("табақ әдісі"). Сонымен қатар, дене салмағының тез төмендеуі стеатогепатиттің өршуіне әкелуі мүмкін, сондықтан ұсынылатын төмендеу жылдамдығы 1 кг/аптасына аспауы қажет. Өмір салтын өзгертуге қосымша ретінде дәрі-дәрмек терапиясын қосу ұсынылады. Ол тіндердің инсулинге сезімталдығын арттыруға және бауырдың зақымдану дәрежесін төмендетуге бағытталады.

Дәрі-дәрмекті ем.

Қазіргі уақытта гликемиялық бақылаудың мақсатты мәндеріне қол жеткізу үшін қантты төмендететін дәрілер БАЕМА емдеуде де қолданылады. БАЕМА және 2 типті ҚД этиопатогенезіндегі инсулинге төзімділіктің жетекші рөлін ескере отырып, инсулин

сенситайзерлерін – жасушалардың инсулинге сезімталдығын арттыратын дәрілерді қолдану патогенетикалық негізделген.

Бигуанидтердің (метформин) негізгі әсер ету механизмі инсулинге тәуелді тіндердің цАМФ- киназасын белсендіру арқылы инсулинге сезімталдығын арттыру, демек, глюконеогенезді тежеу және бұлшықет тінінің глюкозаны жоюын арттыру болып табылады. Көмірсулар алмасуына әсер етуден басқа, метформин бауырда триглицеридтер жинақталуының төмендеуіне және май тінінде семіздікпен байланысты созылмалы қабынудың төмендеуіне әкелетін қабілетке ие. Сонымен қатар метформин инсулинге төзімділік пен трансаминаза деңгейін төмендете отырып, гепатоцеллюлярлық карциноманың даму қаупін азайтады.

Тиазолидиндиондар (пиоглитазон) – май, бұлшықет тіндерінде және бауырда кездесетін γ -рецепторлардың (PPAR- γ) селективті агонисті. PPAR- γ ядролық рецепторларының белсендірілуі глюкозаны бақылауға және липидтер алмасуына қатысатын инсулинге сезімтал бірқатар гендердің транскрипциясын модуляциялайды. Пиоглитазон перифериялық тіндерде және бауырда инсулинге төзімділікті төмендетеді, бауырда глюкоза өндірісін азайтуға ықпал етеді. Айта кету керек, инсулиносенситайзерлер тобындағы препараттарды көмірсулар алмасуының (предиабет және ҚД) белгіленген бұзылулары болмаған кезде тағайындау ұсынылмайды. Пиоглитазон, PIVENS зерттеуіне сәйкес, сарысулық трансаминазалардың АСТ және АЛТ белсенділік деңгейін сенімді түрде төмендетеді, бауыр стеатозы мен қабынудың ауырлығын төмендетеді, бірақ фиброз дәрежесінде әсер етпейді.

Глюкагон тәрізді пептид 1 рецепторларының агонистері (арГПП-1) артық салмағы бар және семіздікке шалдыққан 2 типті ҚД бар науқастарда қантты төмендететін дәрілер ретінде қолданылады. арГПП-1 қолдану асқазанның босатылуын кешіктіреді: бұл қанықтылық сезімін тездетеді және глюкозаның тамақтан кейінгі тербелістерінің төмендеуіне ықпал етеді. Мәліметтерге сәйкес, арГПП-1 БАЕМА-мен ауыратын науқастарда дене салмағының төмендеуіне, сондай-ақ бауыр майы мен бауыр трансаминазаларының белсенділігіне, бауыр тығыздығының төмендеуіне қатысты тиімділігін көрсетті. **LEAN** мультицентрлі қос соқыр, рандомизацияланған, плацебо бақыланатын сынақтың II фазасының нәтижелері лираглутидтің қауіпсіздігі мен жақсы төзімділігін көрсетеді, оның қолданылуы БАЕМА-ның ағымына оң әсер етеді.

SGLT2 ингибиторларының БАЕМА ағымына әсер етуі клиникалық зерттеу сатысында болғанымен, соңғы жылдары 2-ші типті қант диабеті бар пациенттерде бұл топ

препараттарын қабылдау аясында бауыр стеатозы мен қабынуы төмендегені туралы деректер пайда болды.

Талқылау

2 типті қант диабеті және БАЕМА органикалық молекулалардың синтезі мен жойылуы арасындағы тепе-теңдіктің бұзылуына байланысты гепатоциттерде триглицеридтер мен басқа холестерин туындыларының артық жиналуымен сипатталады. Тіндердің инсулинге сезімталдығының бұзылуы инсулинге төзімділікті тудырады. Әдетте, инсулин деңгейінің тамақтан кейінгі жоғарылауы липазаның тежелуіне байланысты липолиздің төмендеуіне әкеледі, бұл қан мен бауыр плазмасындағы бос май қышқылдары деңгейін төмендетеді. Сонымен қатар, тіндердің инсулинге сезімталдығының төмендеуімен (инсулинге төзімділік) кері процесс жүреді: липолиз күшейеді, қышқылдану стресстің дамуын тудыратын бос май қышқылдары жоғарылайды. Бос май қышқылдарының тотығуының жеткіліксіздігі бауырда триглицеридтердің артық жиналуына, өте төмен тығыздықтағы липопроteidтер санының жоғарылауының секрециясына және гепатоциттердің өліміне әкеледі, бұл өз кезегінде трансаминазалар деңгейінің жоғарылауына әкеледі.

Қорытынды

БАЕМА 2-ші типті қант диабеті даму қаупін 1,5-5,5 есе арттырады. 2 типті ҚД бар науқастарда БАЕМА таралуы 70-90% құрайды. Дене салмағының индексі жоғарылаған сайын БАЕМА таралуы да артады: морбидті семіздік кезінде барлық дерлік пациенттерде БАЕМА кездеседі. Семіздік пен 2 типті ҚД бір науқаста анықталғанда БАЕМА 20% - дан 75% - ға дейінгі жиілікте анықталады. БАЕМА метаболикалық синдромның басқа компоненттерімен — артериялық гипертензиямен, дислипидемиямен байланысты ғана емес, сонымен қатар оның "бейресми" бөлшегі. 2 типті ҚД және БАЕМА индустриалды дамыған елдер халқының мерзімінен бұрын мүгедектігі мен өлімді 1,2–6,2 есе арттыратын жүрек-қан тамыр ауруларының дамуын және даму қаупін арттырады. Екі аурудың ұзақ мерзімді симптомсыз ағымын, сондай-ақ пациенттердің өмір сүру ұзақтығы мен сапасына әсерін ескере отырып, уақтылы диагностикалау және қажетті терапияны тағайындау мақсатында бұл пациенттер дәрігерлердің мұқият бақылауында болуы керек.

UDC:618.3

Kulbaeva S.N.¹, Sarkulova I.S.², Saldarbek E.S.

¹ South Kazakhstan Medical Academy JSC, Shymkent, Kazakhstan

² International Kazakh-Turkish university named after Kh.A.Yasawi, Turkestan, Kazakhstan

RESULTS OF A PREGNANCY COMPLICATED BY AN ABNORMAL POSITION OF THE PLACENTA

Annotation

Relevance. Abnormal placental abruption (PKT) occurs in 1-2% of pregnancies and refers to conditionally invariable factors that lead to bleeding, but recently their frequency has been steadily increasing.

Purpose of the study. Analysis of the course of pregnancy and childbirth in women with an abnormal position of the placenta.

Research results. The average age of the examined patients was 32.9 ± 5.0 with individual deviations from 22 to 43 years. Women in groups with (PTO) and tetanus attachment (PSG) led a predominantly sedentary lifestyle: 86 and 66%, respectively. Weight-growth indicators, PTO and PSG in groups, the total increase in body weight during pregnancy did not differ much

In the group with a low placental location, the number of pregnancies was 3.8 ± 2.6 , respectively, 4.5 ± 2.1 cases with PSG. No reliable differences have been identified on this basis, but we have noted a tendency to have more pregnancies, which may be a potential risk factor for abnormal placental abruption

Conclusion: 1.as a result of the study, it was found that the main risk factor for abnormal attachment of the placenta is acute childbirth and medical abortion in the Anamnesis.

2. ultrasound diagnostics allows you to determine the risk of placental abruption at the end of the first trimester, but the method of ultrasound diagnostics for diagnosing stuck placenta tetanus is not reliable. High resolution methods are required, such as MRI.

3.in our maternity hospital, the tactics of childbirth are successfully used in women with a low placental location, which in 96% of cases allows you to maintain further reproductive function.

Key words: diagnosis, placenta, trimester, anamnesis, pregnancy

Құлыбаев С. Н. ¹, Сарқұлова И. С. ², Салдарбек Е. С.

¹ «Оңтүстік Қазақстан медицина мкадемиясы» АҚ, Шымкент қ., Қазақстан

² Х.А. Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Түркістан қ., Қазақстан

ПЛАЦЕНТАНЫҢ ҚАЛЫПТАН ТЫС ОРНАЛАСУЫМЕН АСҚЫНҒАН ЖҮКТІЛІКТІҢ НӘТИЖЕЛЕРІ

Аннотация

Өзектілігі. Плацентаның қалыптан тыс орналасуы жүктіліктің 1-2% - ында кездеседі және шартты түрде өзгермейтін факторларға жатады, бұл қан кетуге әкеледі, алайда соңғы кездері олардың жиілігі тұрақты түрде артып келеді.

Зерттеу мақсаты. Плацентаның қалыптан тыс орналасуы бар әйелдерде жүктілік пен босанудың барысын талдау.

Зерттеу нәтижелері. Тексерілген пациенттердің орташа жасы 22-ден 43 жасқа дейінгі жеке ауытқулармен $32,9 \pm 5,0$ құрады. Плацентаның төмен орналасуы және сіресіп жабысуы бар топтардағы әйелдер негізінен отырықшы өмір салтын жүргізді: сәйкесінше 86 және 66%. Салмақ-өсу көрсеткіштері, плацентаның төмен орналасуы мен плацентаның сіресіп жабысуы топтарда гестация кезінде дене салмағының жалпы өсуі айтарлықтай ерекшеленбеді.

Плацентаның төмен орналасуы бар топта жүктілік саны $3,8 \pm 2,6$ құрады, сәйкесінше плацентаның сіресіп жабысуы кезінде $4,5 \pm 2,1$ жағдай. Осы негізде сенімді айырмашылықтар анықталған жоқ, бірақ біз жүктіліктің көбірек болу тенденциясын атап өттік, бұл плацентаның қалыптан тыс орналасуы үшін ықтимал қауіп факторы болуы мүмкін

Қорытынды: 1. Зерттеу нәтижесінде плацентаның анормалды бекітілуінің негізгі қауіп факторы-анамнездегі жедел босану және медициналық түсік түсіру екендігі анықталды.

2. Ультрадыбыстық диагностика бірінші триместрдің соңында плацентаның пайда болу қаупін анықтауға мүмкіндік береді, бірақ плацентаның жабысып сіресуін диагностикалау үшін ультрадыбыстық диагностика әдісі сенімді емес. Жоғары ажыратымдылық әдістері қажет, мысалы, МРТ.

3. Біздің перзентханада плацента плацентаның төмен орналасуы бар әйелдерде босану тактикасы сәтті қолданылады, бұл 96% жағдайда одан әрі репродуктивті функцияны сақтауға мүмкіндік береді.

Кілт сөздер: диагностика, плацента, триместр, анамнез, жүктілік

Кулибаев С.Н. ¹, Саркулова И.С. ², Салдарбек Е.С.

¹ АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», Шымкент, Казахстан

² Международный казахско-турецкий университет имени Ходжи Ахмеда Ясави,
Туркестан, Казахстан

РЕЗУЛЬТАТЫ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ АНОМАЛЬНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ

Аннотация

Актуальность. Аномальное расположение плаценты встречается в 1-2% беременностей и относится к условно неизменным факторам, что приводит к кровотечениям, однако в последнее время их частота неуклонно увеличивается.

Цель исследования. Анализ течения беременности и родов у женщин с аномальным расположением плаценты.

Результаты исследования. Средний возраст обследованных пациентов составил $32,9 \pm 5,0$ с индивидуальными отклонениями от 22 до 43 лет. Женщины в группах с низким расположением плаценты и столбнячной адгезией вели преимущественно малоподвижный образ жизни: 86 и 66% соответственно. Показатели веса-роста, низкое расположение плаценты и спайность плаценты в группах обций прирост массы тела во время беременности существенно не отличался.

В группе с низким расположением плаценты число беременностей составило $3,8 \pm 2,6$, соответственно $4,5 \pm 2,1$ случая при спайке плаценты. Достоверных различий на этой основе не выявлено, но мы отметили тенденцию к увеличению числа беременностей, что может быть потенциальным фактором риска аномального расположения плаценты

Заключение 1.В результате исследования установлено, что основным фактором риска аномальной фиксации плаценты являются экстренные роды в анамнезе и медикаментозный аборт.

2.Ультразвуковая диагностика позволяет определить риск формирования плаценты в конце первого триместра, но метод ультразвуковой диагностики не надежен для диагностики прикрепления плаценты. Требуются методы с высоким разрешением, такие как МРТ.

3.В нашем роддоме успешно применяется тактика родоразрешения у женщин с низким расположением плаценты, что в 96% случаев позволяет сохранить дальнейшую репродуктивную функцию.

Ключевые слова: диагностика, плацента, триместр, анамнез, беременность

Relevance. Massive obstetric bleeding despite the appearance and introduction of modern high-tech ifarma therapeutic hemaferesis, massive obstetric bleeding attacks the fertility of young women. Placenta previa, complicated by overgrowth, is a validating cause of massive hemorrhage. Depending on the stage of growth, the muscles of the muscular tissue differ in Placenta accreta,

increta, percreta. Placenta accreta — The Croatia war took place in contact with the earth's surface, without damaging the structures. Placenta increta — germination of the root and the geometry of the destruction of the structure. Placenta percreta—an overgrowth of fibrous connective tissue, sometimes the Internet bladder, intestines disappear. The etiopathogenesis of placental increment is currently not fully understood. According to one hypothesis, the ingrowth of placental insufficiency of infectious (absence of epiduabasal, incomplete development of the fibrinoid layer), abnormal gravitational subsidence of particles of excess liquidity, mainly placental increment may be complete, a factor in methodical and partial crop production, which is characterized by invasion of the placenta only in separate zones. Often, the mysterious experience presented by various authors ranges from 1:500 to 1:10,000 births. A particularly joyful mood of the frequency is 1 random 24506 births [1-3]. Marked with rectangles, the rectangle ensures the presence of a pressure gauge. Thus, the risk of increment of the placenta previa in a pregnant woman with a history of simultaneous cesarean section is 11-24% and increases to 67% after a quadrangular celestial space. The significance of this problem is determined that with this pathology, life-threatening massive blood loss often occurs and intensive transfusion therapy is required. Maternal mortality due to p o i s o n i n g

due to the use of circulating alcohol, it increases from 7 to 52% [1, 2]. Abnormal placental location occurs in 1-2% of pregnancies and refers to conditionally invariable factors that lead to bleeding, however, recently their frequency has been steadily increasing[1]. Abnormal placental location includes low placental location and tetanus attachment. Low placental location is characterized by placental location, that is, partial or complete closure of the inner rim, this pathology can be successfully detected by ultrasound in early pregnancy[2].

It is known that at 18 weeks of pregnancy, there are cases when the low position of the placenta is maintained up to 25%, and at the same time, by the end of pregnancy, only 7%, which contributes to the timely detection of Labor. The growth of the placenta, characterized by the penetration of chorionic villi into the myometrium in the absence of a layer of porous decidual membrane as a result of atrophic processes in the endometrium, is the main cause of mass bleeding, which leads to the death or disability of a woman in obstetric practice.

In addition to ultrasound examination, magnetic resonance technologies are widely used to c o n f i r m t e t a n u s a d h e s i o n o f t h e p l a c e n t a .

The etiology of the abnormal position of the placenta has not been sufficiently studied, among the main reasons stand out the age and number of births of a pregnant woman, cesarean section in the Anamnesis, atrophic changes in the endometrium due to past inflammatory diseases and abortions, vascular changes in the area of attachment of the placenta, multi-fetal pregnancy, etc. [3].

Abnormal placental location -I when a pregnant woman is admitted to the maternity hospital, it is necessary to determine the timing of delivery, the volume of surgery, as well as prepare infusion and transfusion resources to ensure adequate blood loss. The most controversial issue remains the possibility of maintaining a woman's reproductive function and determining the volume of surgical intervention [4 , 5] .

Purpose of the study. Analysis of the course of pregnancy and childbirth in women with an abnormal position of the placenta .

Materials and methods of research. We conducted a retrospective and prospective analysis of the course of pregnancy and childbirth in women whose pregnancy was complicated by an abnormal position of the placenta .

The studied group includes 25 women: in 7 women, pregnancy was complicated by tetanus attachment of the placenta, in 18 – by a completely low position of the placenta. General clinical examinations were carried out for all pregnant women: collection of complaints and Anamnesis, study of general somatic and obstetric Anamnesis, laboratory diagnostics (general clinical analyzes of blood, urine, biochemical study of blood serum, coagulogram, determination of blood group and Rh factor) .

Special attention was paid to instrumental diagnostic methods: ultrasound of the fetus and placenta, Doppler scanning of blood flow, cardiotocography, magnetic resonance imaging if areas of placental growth are suspected . Consultations of specialists and additional clinical and instrumental examinations were carried out according to individual indications.

Research results. The average age of the examined patients was 32.9 ± 5.0 with individual deviations from 22 to 43 years. Women in groups with (low placental location) and tetanus attachment (PSG) led a predominantly sedentary lifestyle: 86 and 66%, respectively. Weight-growth indicators, low placental location and tetanus attachment of the placenta in groups, the overall increase in body weight during pregnancy did not differ much

In the group with low placental location, the number of pregnancies was 3.8 ± 2.6 , respectively, with tetanus attachment of the placenta, it was 4.5 ± 2.1 cases. No reliable differences have been identified on this basis, but we have noted a tendency to have more pregnancies, which may be a potential risk factor for abnormal placental abruption.

In the group without signs of tetanus attachment of the placenta in case of low placental location, the first pregnant women were 11%, in the group with signs of overgrowth-0%. We paid special attention to the analysis of the results of previous pregnancies. In women whose pregnancy was complicated by the attachment of the placenta to the uterus, it was reliably established that the

previous pregnancy ended with a cesarean section, and with a low position of the placenta without attachment – with spontaneous childbirth.

At the time of abortions, miscarriages, the risk factors for placental growth have not been reliably identified. It should be noted that in 28% of women with tetanus adhesion of the placenta, along with medical abortion, a scar on the uterus was detected, which was an additional risk factor for atrophic processes in the myometrium.

The analysis of somatic pathology in the studied groups did not reveal reliable differences, which is probably not important in the pathology of the location of the placenta. When analyzing the course of pregnancy, the risk of miscarriage was noted in 52%, an increase in white and edema caused by pregnancy – in 16% of cases.

In groups of patients with and without tetanus, the delivery time did not differ significantly and amounted to 36.4 ± 1.7 weeks. In 28%, women underwent emergency surgery due to bleeding. In the group of women with placental tetanus, the duration of cesarean section was reliably different and amounted to 73.7 ± 28.1 , without placental growth – 39.2 ± 26.5 min ($p < 0.05$), which is due to technical difficulties and a large volume of blood loss.

The volume of total blood loss in the group with and without placental tetanus differed significantly: $1,900 \pm 880$ and 653 ± 396 ML ($p < 0.05$), respectively. In order to reduce the volume of plasma and blood component infusions, 10 cases of the data obtained were performed using the Statistica 10.0 program.

The surgical delivery was aimed at maintaining reproductive function. When the tetanus placenta was located on the back wall of the uterus, the back wall was curetted and the placental region was sutured with a Z-shaped suture (28% of cases), the uterine arteries and the sacral-uterine ligament were banded.

When the placenta is located on the anterior wall (entrance to the uterine cavity from the bottom), after a cesarean section, the placenta is separated, plica vesicouterinae and the well is reduced to the normal myometrium border, inside healthy tissues measuring 9x10 CM, suturing with a two – row vicryl suture-metroplasty (57% of cases) is performed.

Conclusion: 1.as a result of the study, it was found that the main risk factor for abnormal attachment of the placenta is acute childbirth and medical abortion in the Anamnesis.

2. ultrasound diagnostics allows you to determine the risk of placental abruption at the end of the first trimester, but the method of ultrasound diagnostics for diagnosing stuck placenta tetanus is not reliable. High resolution methods are required, such as MRI.

3.in our maternity hospital, the tactics of childbirth are successfully used in women with a low placental location, which in 96% of cases allows you to maintain further reproductive function.

Financing: authors do not have any financing
Conflict of interest: the authors have no muddler conflict.
Research transparency: the authors are fully responsible for the content of this article

List of literature

1. Чайка, В. К., Железная, А. А., Говоруха, И. Т., Караман, Е. С., Чермных, С. В., Джоджуа, Т. В., & Белоусов, О. Г. (2016). Сочетание аномального расположения и прикрепления плаценты. *Медико-социальные проблемы семьи*, 21(1), 79-84.
2. Chaika V. K. and Dr. The formation of abnormal placental abruption and placental placental abruption //medical and social problems of the family. - 2016. - Vol.21. -№. 1 – - pp. 79-84
3. Gorin V. S. I. Dr. Anomalies of placental abruption: obstetric and perinatal aspects / / Russian Vestnik obstetrician-gynecologist. – 2010. - Vol.10. -№. 6. - pp. 26-31.
4. Shaklein A. V. I. Dr. Analysis of pregnancy, abnormal placental abruption // new technologies in obstetrics, gynecology, Perinatology and Reproductive Medicine. - 2019. - pp. 174-178.
5. Kolesnikova A. V. I. Dr. Indications for pregnancy, disturbed abnormal placental abruption, in hospital conditions of the third level / / new technologies in obstetrics, gynecology, Perinatology and Reproductive Medicine. – 2017. - pp. 107-111.
6. Kolchina V. V. factor, which affects the patient's pregnancy with a low placenta / / modern problems of Science and education. – 2014. – №. 3. - p.550-550.
7. Barinov, S. V., Tirskaia, Yu. I., Medyanikova, I. V., Kadtsyna, T. V., Lazareva, O. V., & Chulovsky, Yu. I. (2022). FEATURES OF UTERINE BLOOD FLOW IN ABNORMAL PLACENTA PLACEMENT AGAINST THE BACKGROUND OF CORRECTION OF THE CERVIX WITH THE DOMED ARABIN PESSARY. *Mother and child in Kuzbass*, (1 (88)), 28-35.
8. Kovaltsova, M. V., Vanteeva, Yu. I., & Kurchatova, Yu. V. (2017). Pathophysiological mechanisms of development of placental insufficiency.
9. Khasanov A. A. Diagnosis, prevention and organ-preserving methods of delivery of pregnant women with placenta accreta //Kazan Medical Journal. – 2016. – vol. 97. – No. 4. – pp. 477-485.

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі:

1. https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-metabolic-dysfunction-associated-steatotic-liver-disease-nonalcoholic-fatty-liver-disease-in-adults?source=mostViewed_widget
2. <https://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-of-metabolic-dysfunction-associated-steatotic-liver-disease-nonalcoholic-fatty-liver-disease/print?search>
3. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35080136/>
4. Шаронова Л.А., Вербовой А.Ф., Вербовая Н.И., Пашенцева А.В. Взаимосвязь неалкогольной жировой болезни печени и сахарного диабета 2-го типа
Русский медицинский журнал №22 от 27.10.2017 стр. 1635-1640 «Центр «Диабет»,
5. Петунина Н.А., Тельнова М.Э. Неалкогольная жировая болезнь печени при сахарном диабете 2-го типа // Русский медицинский журнал 2017. № 4. С. 92–95
6. Пашенцева А.В., Вербовой А.Ф., Шаронова Л.А. Инсулинорезистентность в терапевтической клинике // Ожирение и метаболизм. 2017. № 14(2). С. 9–17
7. Ермолова Т.В., Ермолов С.Ю., Беляева Е.Л. Неалкогольная жировая болезнь печени: современный взгляд на проблему // Эффективная фармакотерапия. 2016. № 5. С. 26–35
8. Дедов И. И., Мельниченко Г. А., Фадеев В. В. Эндокринология: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020.
9. Звенигородская Л.А., Мкртумян А.М., Нилова Т.В. и др. Неалкогольная жировая болезнь печени у пациентов с сахарным диабетом 2 типа: особенности патогенеза и лечения // Эффективная фармакотерапия. 2017. № 8. С. 6–13
10. Бугаев А.О., Рощина К.М., Богомолов П.О. Неалкогольная жировая болезнь печени: новый взгляд на аспекты коморбидности. Эффективная фармакотерапия. 2022; 18 (6): 32–38.
11. Л. Ю. Моргунов, Х. С. Мамедгусейнов Новые возможности коррекции сахарного диабета 2 типа у пациентов с заболеваниями печени Медицинский научно-практический портал 12.2021г
12. А.С. Аметов, М.А. Прудникова Диагностика и лечение неалкогольной жировой болезни печени у пациентов с сахарным диабетом типа 2: современный взгляд на проблему « Эндокринология: новости, мнения, обучение » №3, 2016. ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, Москва

УДК: 616.01/-099.2-08.

Әлхожа С. И.¹, Әлібек Б. Қ.¹, Ергеш Д. Б.¹, Болат Ж. Ә.¹, Сапар Б. С.², Тажибаева К. Н.^{1,3,5}, Отыншиева Ш. А.⁴, Садыкова А.Д.^{1,3,6}

¹ Казахский Национальный Медицинский Университет имени С.Д. Асфендиярова, г. Алматы,
Казахстан

² Международный Казахско-Турецкий Университет имени А.Ясави, кампус Шымкент,
факультет последипломного образования г. Шымкент, Казахстан

³ Казахский Национальный Университет имени Аль-Фараби, г. Алматы, Казахстан

⁴ Южно-Казахстанская Медицинская Академия, г. Шымкент, Казахстан

⁵ Алматинская Региональная Многопрофильная Клиника, г. Алматы, Казахстан

⁶ СПИД центр г.Алматы, г. Алматы, Казахстан

ЭКССУДАТИВНЫЙ ОТИТ СРЕДНЕГО УХА: ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

Аннотация

Экссудативный отит среднего уха (ЭОСУ) является воспалительным заболеванием среднего уха, характеризующимся наличием негнойного экссудата в барабанной полости. Заболевание распространено среди детей и может приводить к значительным нарушениям слуха. В статье рассматриваются эпидемиология, статистические данные и распространенность ЭОСУ на основе данных из базы данных PubMed. Оценка распространенности проведена с использованием различных методологических подходов, включая популяционные исследования, анализ медицинских записей и клинические обследования. Рассматриваются основные факторы риска, клинические проявления, диагностика и методы лечения ЭОСУ, а также подчеркивается важность профилактических мер и ранней диагностики.

Ключевые слова: экссудатив, отит, уха, диагностика, лечения, дети.

Әлхожа С. И.¹, Әлібек Б. Қ.¹, Ергеш Д. Б.¹, Болат Ж. Ә.¹, Сапар Б. С.², Тажибаева К.
Н.^{1,3,5}, Отыншиева Ш. А.⁴, Садыкова А.Д.^{1,3,6}

¹ С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы қ.,
Қазақстан

² Қ.А. Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ Түрік университеті, жоғары білімнен кейінгі
білім беру факультеті Шымкент кампусы, Шымкент қ., Қазақстан

³ Әл-Фараби атындағы Қазақ Ұлттық Университеті, Алматы қ., Қазақстан

⁴ «Оңтүстік Қазақстан Медицина академиясы» АҚ, Шымкент қ., Қазақстан

⁵ Алматы Аймақтық Көпсалалы Клиникасы, Алматы қ., Қазақстан

⁶ Алматы қаласының АИТВ орталығы, Алматы қ., Қазақстан

ЭКССУДАТИВТІ ОРТАҢҒЫ ҚҰЛАҚ ОТИТИ: ӘДЕБИ ШОЛУ

Аннотация

Экссудативті ортаңғы құлақ отиті (ЭОҚО) ортаңғы құлақтың қабыну ауруы болып табылады, ол барабан қуысында іріңсіз экссудаттың болуымен сипатталады. Ауру балалар арасында кең таралған және есту қабілетінің айтарлықтай бұзылуына әкелуі мүмкін. Мақалада PubMed деректер базасынан алынған деректер негізінде ЭОҚО эпидемиологиясы, статистикалық деректер және таралуы қарастырылады. Таралуды бағалау үшін популяциялық зерттеулер, медициналық жазбаларды талдау және клиникалық тексерулер сияқты түрлі әдістемелік тәсілдер қолданылды. ЭОҚО-ның негізгі қауіп факторлары, клиникалық көріністері, диагностикасы және емдеу әдістері қарастырылады, сонымен қатар профилактикалық шаралардың және ерте диагностиканың маңыздылығы атап өтіледі.

Кілт сөздер: экссудативті, ортаңғы отит, құлақ, диагностика, емдеу, балалар.

Alkhozha S. I.¹, Alibek B. K.¹, Ergesh D. B.¹, Bolat Zh. A.¹, Sapar B. S.², Tazhibayeva K. N.^{1,3,5}, Otynsheva Sh. A.⁴, Sadykova A.D.^{1,3,6}

¹ Kazakh National Medical University named after Asfendiyarov, Almaty, Kazakhstan

² International Kazakh Turkish University named after Kh.A.Yassawi, Shymkent campus, Faculty of Postgraduate Education, Shymkent, Kazakhstan

³ Kazakh National University named after Al-Farabi, Almaty, Kazakhstan

⁴ JSC «South Kazakhstan Medical Academy», Shymkent, Kazakhstan

⁵ Almaty Regional Multidisciplinary Clinic, Almaty, Kazakhstan

⁶ Almaty AIDS center, Almaty, Kazakhstan

EXUDATIVE OTITIS MEDIA: A LITERATURE REVIEW

Abstract

Exudative otitis media (EOM) is an inflammatory disease of the middle ear characterized by the presence of non-purulent exudate in the tympanic cavity. The disease is prevalent among children and can lead to significant hearing impairments. This article reviews the epidemiology, statistical data, and prevalence of EOM based on data from the PubMed database. The prevalence was assessed using various methodological approaches, including population studies, medical record analysis, and clinical examinations. The article discusses the main risk factors, clinical

manifestations, diagnosis, and treatment methods of EOM, highlighting the importance of preventive measures and early diagnosis.

Key words: *exudative, otitis media, ear, diagnosis, treatment, children.*

Введение

Экссудативный отит среднего уха (ЭОСУ), также известный как серозный или секреторный отит, представляет собой воспалительное заболевание среднего уха, характеризующееся наличием негнойного экссудата в барабанной полости. Заболевание распространено среди детей и может приводить к значительным нарушениям слуха. Понимание распространенности этого заболевания важно для разработки профилактических и лечебных стратегий. В данной статье рассматривается эпидемиология, статистические данные и распространенность ЭОСУ на основе данных из базы данных PubMed. Для оценки распространенности ЭОСУ использовались различные методологические подходы, включая популяционные исследования, анализ медицинских записей и клинические обследования. Наиболее информативные данные предоставляют проспективные и ретроспективные когортные исследования, которые позволяют оценить динамику и частоту встречаемости заболевания в различных возрастных группах [1].

Эпидемиология

По данным различных исследований, опубликованных в PubMed, ЭОСУ является наиболее частым заболеванием уха у детей в возрасте от 1 до 7 лет. Частота встречаемости составляет примерно 20-30% среди детей дошкольного возраста. Риск развития заболевания увеличивается в зимний период и после перенесенных респираторных инфекций [2].

Географические и сезонные вариации

Эпидемиология ЭОСУ также демонстрирует значительные географические и сезонные вариации. В регионах с холодным и влажным климатом распространенность заболевания выше. Например, исследования, проведенные в северных странах Европы, показывают более высокие показатели заболеваемости по сравнению с южными регионами. Сезонные пики заболеваемости приходятся на зимний и весенний периоды, что связано с повышенной частотой респираторных инфекций в эти времена года [3].

Факторы риска развития экссудативного отита среднего уха

Экссудативный отит среднего уха (ЭОСУ) развивается вследствие накопления жидкости в среднем ухе без признаков острого воспаления. Множество факторов могут способствовать развитию этого заболевания.

Основные факторы риска

1. Дисфункция евстахиевой трубы:

- Нарушение функции евстахиевой трубы является основным механизмом, способствующим накоплению жидкости в среднем ухе. Евстахиева труба отвечает за вентиляцию среднего уха и поддержание нормального давления. Дисфункция может возникать по разным причинам, включая воспаление, механическую обструкцию или аномалии строения [4].

2. Инфекции верхних дыхательных путей:

- Респираторные инфекции, такие как простуда, грипп и синусит, могут привести к отеку и воспалению евстахиевой трубы, что нарушает ее функцию. Исследования показывают, что частые респираторные инфекции увеличивают риск развития ЭОСУ.

3. Аденоиды:

- Увеличенные аденоиды могут блокировать евстахиеву трубу, вызывая нарушение дренажа среднего уха и способствуя накоплению жидкости. Аденоидные вегетации часто встречаются у детей и являются значимым фактором риска развития ЭОСУ.

4. Аллергические реакции:

- Аллергические заболевания, такие как аллергический ринит, могут способствовать развитию воспаления и отека в носоглотке, что нарушает функцию евстахиевой трубы. Аллергические реакции также могут способствовать повышенному образованию слизи и жидкости в среднем ухе .

5. Пассивное курение:

- Дети, подвергающиеся воздействию табачного дыма, имеют значительно более высокий риск развития ЭОСУ. Табачный дым вызывает воспаление дыхательных путей и евстахиевой трубы, что способствует накоплению жидкости в среднем ухе.

6. Наследственность:

- Генетические факторы также могут играть роль в предрасположенности к ЭОСУ. Исследования показывают, что дети, у которых родители страдали от хронического среднего отита, имеют более высокий риск развития этого заболевания.

7. Возраст:

- Дети в возрасте от 1 до 7 лет имеют самый высокий риск развития ЭОСУ. Это связано с анатомическими особенностями евстахиевой трубы у детей, которая короче и горизонтальнее по сравнению с взрослыми, что облегчает проникновение инфекции и нарушение дренажа.

8. Климатические и сезонные факторы:

- В холодное и влажное время года распространенность респираторных инфекций увеличивается, что способствует развитию ЭОСУ. Географические особенности, такие как жизнь в регионах с холодным климатом, также могут повышать риск заболевания.

9. Социально-экономические факторы:

- Низкий социально-экономический статус может быть связан с повышенной частотой респираторных инфекций, плохими условиями жизни и ограниченным доступом к медицинской помощи, что в свою очередь увеличивает риск развития ЭОСУ.

Распространенность

1. Общая распространенность среди детей:

- По данным исследований, распространенность ЭОСУ среди детей дошкольного возраста (1-5 лет) варьирует от 20% до 30%.

- Исследование Zielhuis и коллег (1990) показало, что около 25% детей в возрасте 2-5 лет хотя бы раз переносили ЭОСУ.

- В исследовании, проведенном в Финляндии, было установлено, что у 40% детей в возрасте от 1 до 2 лет диагностировался ЭОСУ в течение года.

2. Возрастные особенности:

- Наиболее высокая частота ЭОСУ наблюдается у детей в возрасте от 1 до 3 лет, где распространенность может достигать 30-40%.

- К 7 годам частота ЭОСУ снижается до 10-15%.

3. Географические и сезонные вариации:

- В северных странах Европы (например, в Финляндии и Норвегии) распространенность ЭОСУ среди детей достигает 35-40% в зимний период.

- В странах с более теплым климатом, таких как Испания и Италия, распространенность ЭОСУ составляет около 15-20%.

4. Факторы риска:

- Дети, подверженные пассивному курению, имеют в два раза более высокий риск развития ЭОСУ. В одном из исследований было показано, что у 60% детей, подверженных пассивному курению, развивался ЭОСУ по сравнению с 30% детей, не подверженных такому воздействию.

- Дети с аденоидными вегетациями имеют более высокий риск развития ЭОСУ. Распространенность среди таких детей составляет около 50% [5,6].

Дети дошкольного возраста наиболее подвержены развитию ЭОСУ. По данным многочисленных исследований, опубликованных в PubMed, распространенность ЭОСУ среди детей варьирует от 20% до 30%. Например, исследование, проведенное Zielhuis и

коллегами, показало, что около 25% детей в возрасте от 2 до 5 лет хотя бы раз перенесли ЭОСУ. Другие исследования указывают на более высокие показатели, особенно в регионах с повышенной заболеваемостью респираторными инфекциями.

Хотя ЭОСУ чаще всего диагностируется у детей, взрослые также могут страдать от этого заболевания. По данным исследований, распространенность ЭОСУ среди взрослого населения составляет около 1-5%. У взрослых заболевание чаще всего связано с хроническими воспалительными процессами в носоглотке или евстахиевой трубе.

Эти статистические данные демонстрируют значительную распространенность экссудативного отита среднего уха, особенно среди детей, и подчеркивают важность профилактических мер и ранней диагностики для предотвращения осложнений и сохранения здоровья слуха [7].

Материалы и методы

В исследование вошли статьи, опубликованные за последние 10 лет. Научных работ отечественных авторов по изучению персонализированного способа лечения не так много.

Поэтому приоритет отдавался зарубежным статьям (обзорам литературы, метаанализам). Несмотря на то, что в настоящее время в зарубежных странах проводится множество исследований по персонализированному способу ведения больных отитом, эта точка зрения является актуальной. Исследование проводилось в соответствии с рекомендациями для систематических обзоров. Мы выявили соответствующие исследования «случай-контроль», тщательно проведя поиск в следующих базах данных: PubMed, Medline, Embase и Cochrane Library. Стратегия поиска почти исключительно включала термины, связанные с персонализированными подходами к ведению пациентов со средним отитом.

Клинические проявления

ЭОСУ часто протекает бессимптомно, особенно у детей, что затрудняет раннюю диагностику. Основными симптомами являются снижение слуха, ощущение заложенности уха и периодические шумы. У детей младшего возраста могут наблюдаться задержка в развитии речи и трудности в обучении, связанные с нарушением слуха.

Диагностика

Диагностика ЭОСУ базируется на сочетании клинических симптомов и инструментальных методов. Отоскопия позволяет визуализировать барабанную перепонку и оценить наличие жидкости в среднем ухе. Тимпанометрия и аудиометрия являются основными методами для подтверждения диагноза и оценки степени нарушения слуха. Исследования показывают высокую чувствительность и специфичность этих методов для диагностики ЭОСУ [8].

Результаты

Лечение ЭОСУ варьирует от наблюдения до хирургического вмешательства в зависимости от тяжести и продолжительности заболевания. В большинстве случаев рекомендуется консервативное лечение, включающее медикаментозную терапию (антигистаминные препараты, деконгестанты) и физиотерапевтические методы. При хроническом течении и неэффективности консервативного лечения может быть показана тимпаностомия с установкой вентиляционных трубок. Исследования подтверждают эффективность тимпаностомии в улучшении слуха и снижении частоты рецидивов [9].

Обсуждение: Диагностика ОСО устанавливалась на основании сходных признаков и симптомов. Подавляющее большинство европейских руководств призывают к осторожному и выжидающему подходу к антибиотикотерапии, при этом наиболее распространенными показаниями к лечению являются перфорация ТМ и тяжесть симптомов. Амоксициллин был наиболее часто рекомендуемым антибиотиком первой линии, но с различиями в рекомендуемой продолжительности лечения и дозировке. Менее половины руководств касаются особенностей УПП, характерных для конкретных стран. Еще одним ограничением является наше внимание к простому АОМ и исключение рекомендаций по сложным случаям, требующим участия специалиста-отоларинголога [10].

Профилактика

Профилактические меры включают своевременное лечение инфекций верхних дыхательных путей, вакцинацию против гриппа и пневмококка, а также избегание воздействия табачного дыма. Регулярные осмотры у ЛОР-врача особенно важны для детей, имеющих предрасположенность к заболеваниям ушей.

Заключение

Экссудативный отит среднего уха является распространенным многофакторным заболеванием, для которого характерны разнообразные предрасполагающие факторы, особенно среди детей, и может приводить к значительным нарушениям слуха и развитию речевых проблем. Распространенность варьирует в зависимости от возраста, географического региона и сезонных факторов. Статистические данные показывают значительные возрастные, географические и сезонные различия в распространенности заболевания. Понимание этих различий, а также эпидемиологических аспектов и факторов риска ЭОСУ позволяет разрабатывать более эффективные профилактические и лечебные меры, направленные на снижение заболеваемости и улучшение качества жизни пациентов. Ранняя диагностика и своевременное лечение являются ключевыми для предотвращения

осложнений. Дальнейшие исследования необходимы для разработки новых методов профилактики и лечения данного заболевания.

Список использованных литературы

1. Zielhuis GA, Rach GH, van den Broek P. "Environmental risk factors for otitis media with effusion in preschool children." Scand J Prim Health Care. 1990;8(1):33-8.
2. Bluestone CD. "Clinical course, complications and sequelae of acute otitis media." Pediatr Infect Dis J. 2000;19(5):S37-46.
3. Giebink GS. "The pathogenesis of otitis media in children." Pediatr Infect Dis J. 1989;8(5):S10-3
4. Ruohola A, Meurman O, Nikkari S. "Microbiology of acute otitis media in children with tympanostomy tubes: prevalences of bacteria and viruses." Clin Infect Dis. 2006;43(10):1417-22.
5. Hoberman A, Paradise JL, Rockette HE. "Shortened antimicrobial treatment for acute otitis media in young children." N Engl J Med. 2016;375(25):2446-56.
6. Bernstein JM, Lee J, Conboy K, Ellis E. "A clinical study of chronic otitis media with effusion in the pediatric age group." Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl. 1982;91(3 Pt 1):272-7.
7. Rosenfeld RM, Shin JJ, Schwartz SR. "Clinical practice guideline: otitis media with effusion (update)." Otolaryngol Head Neck Surg. 2016;154(1_suppl):S1-41.
8. Paradise JL, Dollaghan CA, Campbell TF. "Language, speech sound production, and cognition in three-year-old children in relation to otitis media in their first three years of life." Pediatrics. 2000;105(5):1119-30.
9. Kay DJ, Nelson M, Rosenfeld RM. "Meta-analysis of tympanostomy tube sequelae." Otolaryngol Head Neck Surg. 2001;124(4):374-80.
10. Klein JO. "The burden of otitis media." Vaccine. 2000;19(Suppl 1): S2-8.

УДК 616.1

Абсеитова С.Р., Жакып А. К., Якубова В. Т.

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

ОБЗОР РУКОВОДСТВА ЕОК 2023 Г. ПО ВЕДЕНИЮ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТОМ

Аннотация

Настоящий обзор посвящен профилактике и лечению проявлений сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с диабетом. Нынешнее руководство – в отличие от предыдущих

руководств Европейского общества кардиологов 2019 года по диабету, преддиабету и сердечно-сосудистым заболеваниям – сосредоточены только на сердечно-сосудистых заболеваниях и диабете и, учитывая отсутствие четких доказательств, оставляют в стороне аспект преддиабета.

Ключевые слова: Сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания, сердечно-сосудистый риск, атеросклеротические сердечно-сосудистые заболевания, SCORE2-Diabetes, сердечная недостаточность, хроническая болезнь почек, Европейское общество кардиологов.

Әбсейітова С. Р., Жақып А. К., Якубова В. Т.

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

ЕКҚ 2023Ж. ҚАНТ ДИАБЕТІМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДА ЖҮРЕК-ҚАН ТАМЫРЛАРЫ АУРУЛАРЫН БАСҚАРУ ЖӨНІНДЕГІ НҰСҚАУЛЫҚҚА ШОЛУ

Аннотация

Бұл шолу қант диабетімен ауыратын науқастарда жүрек-қан тамырлары ауруларының көріністерінің алдын алу мен емдеуге арналған. Қазіргі нұсқаулық – қант диабеті, преддиабет және жүрек-қан тамырлары аурулары бойынша 2019 жылғы ЕКҚ нұсқаулықтарынан айырмашылығы-тек жүрек-қан тамырлары аурулары мен қант диабетіне бағытталған және нақты дәлелдердің жоқтығын ескере отырып, преддиабет аспектісін қалдырады.

Кілт сөздер: Қант диабеті, жүрек-қан тамырлары аурулары, жүрек-қан тамырлары қаупі, атеросклеротикалық жүрек-қан тамырлары аурулары, SCORE2-Diabetes, жүрек жеткіліксіздігі, созылмалы бүйрек ауруы, Еуропалық кардиология қоғамы.

Abseitova S.R., Zhakyp A. K., Yakubova V. T.

JSC «South Kazakhstan Medical Academy», Shymkent, Kazakhstan

REVIEW OF THE ESC 2023 GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF CARDIOVASCULAR DISEASES IN DIABETIC PATIENTS

Abstract

This review is devoted to the prevention and treatment of manifestations of cardiovascular diseases in patients with diabetes. The current guidelines – unlike previous 2019 ESC guidelines on

diabetes, prediabetes and cardiovascular diseases - focus only on cardiovascular diseases and diabetes and, given the lack of clear evidence, leave aside the aspect of prediabetes.

Keywords: *Diabetes mellitus, cardiovascular diseases, cardiovascular risk, atherosclerotic cardiovascular diseases, SCORE2-Diabetes, heart failure, chronic kidney disease, European Society of Cardiology.*

Актуальность

Сахарный диабет (СД) является неинфекционной пандемией XXI века, представляя важнейшую медико-социальную проблему. Это обусловлено широкой распространенностью и быстрыми темпами роста заболевания, развитием осложнений, преждевременной инвалидизацией и смертью пациентов. Следует отметить, что рост числа пациентов с СД в первую очередь определяется пациентами с диабетом 2-го типа, особенно пожилого возраста. В 2021 году сахарный диабет имели 537 миллионов человек во всем мире (распространенность 10,5%), к 2045 г. ожидается 700 млн (10,9% взрослого населения на планете). До 60% больных с сердечной недостаточностью имеют инсулинорезистентность и от 10 до 47% - сахарный диабет. Распространенность диабета у пациентов с острым коронарным синдромом составляет 23–37%.

Введение. У пациентов с СД повышен риск развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ): ишемическая болезнь сердца (ИБС), сердечная недостаточность (СН), фибрилляция предсердий (ФП), инсульт, а также заболевания аорты и периферических артерий. Кроме того, диабет является основным фактором риска развития хронической болезни почек (ХБП), которая сама по себе связана с развитием сердечно-сосудистых заболеваний. Сочетание диабета с этими сердечно-почечными сопутствующими заболеваниями повышает риск не только сердечно-сосудистых (СС) событий, но также сердечно-сосудистой смертности и смертности от всех причин.

За последнее десятилетие результаты различных крупных исследований сердечно-сосудистых исходов (ССИ) у пациентов с диабетом с высоким сердечно-сосудистым риском с применением новых сахароснижающих препаратов, таких как ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера-2 (иНГЛТ2) и агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 (а-ГПП1), а также новые нестероидные антагонисты минералокортикоидных рецепторов (АМКР), такие как финеренон, существенно расширили доступные терапевтические возможности, что привело к появлению многочисленных научно обоснованных рекомендаций по ведению этой группы пациентов.

Цель. Обзор данного руководства написан с целью снижения сердечно-сосудистых и почечных осложнений, которые приводят к инвалидизации и смертности, с учетом новых подходов в терапии пациентов с сахарным диабетом и сердечно-почечной патологией.

Материалы и методы исследования. Литературный обзор руководства ЕОК 2023 г. по ведению сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с диабетом, состоящий из 77 страниц и 845 источников литературы.

Результаты. Что нового? Аспект преддиабета больше не рассматривается в текущих рекомендациях. Для оценки 10-летнего сердечно-сосудистого риска (ССР) у пациентов с СД 2 типа без симптоматического ССЗ или тяжелой формы поражения органов мишеней (ПОМ) предложена шкала SCORE2-Диабет. Сделан акцент на изменение образа жизни этой группы пациентов, в частности коррекция массы тела. Даны рекомендации по ведению пациентов с СД и сопутствующими патологиями, такие как АГ, ИБС, СН (по всему спектру фракции выброса левого желудочка), дислипидемия, ФП, ХБП. Рекомендован жесткий контроль уровня гликемии, артериального давления и липидного спектра.

Для диагностики диабета используются несколько биохимических тестов, включая глюкозу натощак, глюкозу через 2 часа (во время теста на толерантность к глюкозе), случайную глюкозу и гликозилированный гемоглобин (HbA1c).

Таблица 1. Биохимические критерии диагностики диабета и преддиабета по данным Всемирной организации здравоохранения и Американской диабетической ассоциации.

Показатель	ВОЗ	ADA
Глюкоза	Норма: <6,1 ммоль/л Предиабет: 6,1–6,9 ммоль/л Диабет: ≥7,0 ммоль/л	Норма: <5,6 ммоль/л Предиабет: 5,6–6,9 ммоль/л Диабет: ≥7,0 ммоль/л
Гликированный гемоглобин	Предиабет: 6,0–6,4% Диабет: ≥ 6,5%	Предиабет: 5,7–6,4% Диабет: ≥ 6,5%
ОГТТ	Предиабет: 7,8–11,0 ммоль/л Диабет: ≥11,1 ммоль/л	

Необходимо строго контролировать уровень гликемии (HbA1c <7%) для уменьшения микрососудистых осложнений, однако рекомендуется индивидуализировать целевые показатели HbA1c в соответствии с сопутствующими заболеваниями, продолжительностью диабета и ожидаемой продолжительностью жизни. Очень важно избегать гипогликемии, особенно у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

У лиц с СД2 в 2-4 раза выше риск развития ССЗ. При оценке сердечно-сосудистого риска у лиц с СД2 важно учитывать медицинский и семейный анамнез, симптомы, данные

обследования, результаты лабораторных и других диагностических тестов, а также наличие атеросклеротического сердечно-сосудистого заболевания (АССЗ) или тяжелого ПОМ. Тяжелое ПОМ определяется как:

- Расчетная скорость клубочковой фильтрации (pСКФ) <45 мл/мин/1,73 м² независимо от альбуминурии, или
- pСКФ 45–59 мл/мин/1,73 м² и микроальбуминурия 30–300 мг/г; стадия А2 или
- Протеинурия (UACR >300 мг/г; стадия А3) или
- Наличие микрососудистых заболеваний как минимум в трех различных локализациях (например, микроальбуминурия (стадия А2) плюс ретинопатия плюс нейропатия).

Лиц с СД2 следует разделить на различные группы риска сердечно-сосудистых заболеваний на основе следующих критериев.

Таблица 2. Категории сердечно-сосудистого риска при сахарном диабете 2 типа.

Очень высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний	Пациенты с СД2 с: Клиническим установленным ССЗ Тяжелым ПОМ 10-летний риск сердечно-сосудистых заболеваний $\geq 20\%$ при использовании SCORE2-Диабет
Высокий сердечно-сосудистый риск	10-летний риск сердечно-сосудистых заболеваний от 10 до <20% при использовании SCORE2-Диабет
Умеренный сердечно-сосудистый риск	10-летний риск сердечно-сосудистых заболеваний от 5 до <10% при использовании SCORE2-Диабет
Низкий сердечно-сосудистый риск	10-летний риск сердечно-сосудистых заболеваний <5% по шкале SCORE2-Диабет

У пациентов в возрасте ≥ 40 лет с СД2 без АССЗ или тяжелой ПОМ рекомендуется оценивать 10-летний риск ССЗ с использованием алгоритма SCORE2-Диабет. SCORE2-Диабет объединяет информацию об обычных факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний (т. е. возраст, статус курения, систолическое артериальное давление (САД), общий холестерин и липопротеины высокой плотности (ЛПВП) с информацией, специфичной для диабета (например, возраст на момент постановки диагноза диабета, HbA1c и pСКФ). Эта модель откалибрована для четырех групп стран (низкий, средний, высокий и очень высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний) с использованием аналогичной методологии алгоритмов SCORE2 и SCORE2-пожилые люди (SCORE2-OP).
 Прим. 1.

Снижение ССР необходимо начать с изменения образа жизни. Рекомендуется, чтобы люди, живущие с избыточным весом или ожирением, стремились снизить вес и увеличить физические нагрузки для улучшения метаболического контроля и общего профиля риска сердечно-сосудистых заболеваний. Следует рассмотреть возможность назначения сахароснижающих препаратов, влияющих на снижение веса (например, а-ГПП1), бариатрическую хирургию следует рассматривать у пациентов высокого и очень высокого риска с ИМТ >35 кг/м².

Диабет распространен среди пациентов с АССЗ или пациентов с очень высоким риском ССИ. Крайне важно, чтобы первым шагом в стратегии снижения сердечно-сосудистого риска был скрининг всех пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями на СД2. Скрининг на диабет рекомендуется проводить всем лицам с ССЗ используя глюкозу натощак и/или HbA1c. Лица из групп высокого риска (те, кто живет с избыточной массой тела или ожирением, или имеют маркеры резистентности к инсулину, такие как черный акантоз или жировая болезнь печени) должны регулярно проходить скрининг, особенно после 45 лет.

Препараты, снижающие уровень глюкозы, могут назначаться с двумя параллельными, взаимоисключающими целями: 1) улучшить исходы и безопасность сердечно-сосудистых заболеваний; 2) для контроля уровня глюкозы. Исходя из этого, в текущем руководстве разделены рекомендации по назначению препаратов на те, которые предназначены для улучшения исходов сердечно-сосудистых заболеваний, и те, которые предназначены для контроля уровня глюкозы. Так для снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний независимо от контроля уровня глюкозы используют иНГЛТ2 и аГПП-1 (I класс рекомендаций). Для дополнительного контроля уровня глюкозы возможно применение метформина (Класс IIa) и пиоглитазона (Класс IIb).

Артериальная гипертензия и диабет. В отношении пациентов с СД и АГ рекомендуется начать антигипертензивное лечение когда АД $\geq 140/90$ мм рт.ст. Предпочтительно лечение комбинацией ингибитора ренин-ангиотензиновой системы (РАС) и блокатора кальциевых каналов (БКК) или тиазидного/тиазидоподобного диуретика. Для лиц моложе 65 лет целевые уровни САД находятся в диапазоне от 120 до 130 мм рт.ст., у лиц старше 65 лет-130-139 мм рт.ст.

Дислипидемия и диабет. Рандомизированные клинические исследования (РКИ) с применением липидоснижающих препаратов у пациентов с риском сердечно-сосудистых событий (включая пациентов с СД2) продемонстрировали логарифмически линейное пропорциональное снижение сердечно-сосудистых событий и смертности на каждый 1 ммоль снижения уровня холестерина ЛПНП. Цели лечения различаются у пациентов с

диабетом в зависимости от их сердечно-сосудистого риска. Для пациентов очень высокого риска целевой уровень ЛПНП <1.4 ммоль/л, высокого риска-<1.8 ммоль/л и умеренного риска- <2,6 ммоль/л. Статины рекомендуются в качестве препаратов первого выбора. Если целевой уровень ХС ЛПНП не достигается с помощью статинов, рекомендуется комбинированная терапия с эзетимибом. Ингибитор PCSK9 рекомендуется пациентам с очень высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний, с устойчиво высоким уровнем ХС-ЛПНП выше целевого, несмотря на лечение максимально переносимой дозой статинов в комбинации с эзетимибом, или пациентам с непереносимостью статинов. Пациентам с гипертриглицеридемией может быть рассмотрен прием высоких доз икозапент этила (2 г внутривенно) в комбинации со статинами.

Антиромбоцитарная терапия и диабет. Ацетилсалициловая кислота (АСК) в дозе 75-100 мг в сутки рекомендуется пациентам с сахарным диабетом и перенесенным инфарктом миокарда или реваскуляризацией (АКШ или стентирование). У пациентов с ОКС и сахарным диабетом, которым проводится ЧКВ, ингибитор рецептора P2Y₁₂ (тикагрелор или прасутрел) рекомендуется принимать в дополнение к АСК (75-100 мг в сутки) в течение 12 месяцев. В дополнение к поддерживающей терапии рекомендуется принимать клопидогрел в дозе 75 мг перорально после соответствующей нагрузки (например, 600 мг или по крайней мере 5 дней уже на поддерживающей терапии). АСК в течение 6 месяцев после коронарного стентирования у пациентов с ХСН, независимо от типа стента, если только не показана более короткая продолжительность из-за риска возникновения опасного для жизни кровотечения. Клопидогрель рекомендуется в качестве альтернативы при непереносимости АСК. У пациентов с сахарным диабетом и ОКС, перенесшим АКШ и не нуждающимся в длительной терапии ОАК, рекомендуется возобновить прием ингибитора рецептора P2Y₁₂, как только это будет сочтено безопасным после операции, и продолжать его до 12 месяцев.

Фибрилляция предсердий и диабет. У пациентов с СД1 или СД2 может наблюдаться электрическое и структурное ремоделирование предсердий, связанное с повышенной уязвимостью к ФП. Каждый год при диабете увеличивает риск возникновения ФП на 3%. Оппортунистический скрининг на ФП с помощью измерения пульса или ЭКГ рекомендуется у пациентов в возрасте ≥65 лет. Систематический скрининг (ЭКГ) должен рассматриваться для выявления ФП у пациентов в возрасте ≥75 лет или у пациентов с высоким риском инсульта. У пациентов с ФП, получающих антиромбоцитарную терапию, не имеющих противопоказаний к назначению антикоагулянтов, новые оральные антикоагулянты (НОАК) предпочтительнее ангониста витамина К. Пациентам с ОКС или ХСН и сахарным диабетом, которым проводится имплантация коронарного стента и у которых имеются показания к

антикоагулянтной терапии, рекомендуется тройная терапия низкими дозами АСК, клопидогреля и ОАК в течение как минимум 1 недели с последующей двойной терапией ОАК и одним пероральным антитромбоцитарным средством. При комбинированном применении антитромботических препаратов рекомендуется применять ингибиторы протонной помпы для предотвращения желудочно-кишечных кровотечений.

Реваскуляризация и диабет. У пациентов с диабетом показания к реваскуляризации миокарда такие же, как и у пациентов без диабета. Рекомендуется применять аналогичные методы реваскуляризации (например, использование стента с лекарственным покрытием и лучевого доступа для ЧКВ, а также использование левой внутренней маммарной артерии в качестве трансплантата для аорто-коронарного шунтирования (АКШ)) у пациентов с сахарным диабетом и без него. Реваскуляризация миокарда при ХСН рекомендуется, когда стенокардия сохраняется, несмотря на лечение антиангинальными препаратами, или у пациентов с документально подтвержденной большой площадью ишемии ($>10\%$ ЛЖ). Не рекомендуется рутинная немедленная реваскуляризация артерий, не являющихся инфаркт-связанной, у пациентов с ИМ и многососудистым поражением, сопровождающимся кардиогенным шоком.

Острый коронарный синдром и диабет. Терапевтическая стратегия у пациентов с диабетом с ИМпST не должна отличаться от таковой у пациентов без диабета. Поскольку у пациентов с диабетом чаще наблюдаются атипичные симптомы, реперфузию часто проводят поздно. Сахарный диабет рассматривается как независимый фактор риска ранней и поздней смертности. У пациентов с сахарным диабетом и ОКСбпST показания и сроки реваскуляризации не должны отличаться от таковых у пациентов без диабета. Рекомендуется оценивать гликемический статус при первичном обследовании у всех пациентов с ОКС.

Сердечная недостаточность и диабет. Пациенты с диабетом подвергаются риску развития СН, но не у всех пациентов с диабетом развивается СН. Учитывая, что прогноз у пациентов с обоими сопутствующими заболеваниями хуже, крайне важно обследовать всех пациентов с диабетом на наличие СН, чтобы обеспечить раннее применение жизненно важной терапии. Для прогнозирования риска СН среди амбулаторных пациентов с СД2 была использована шкала риска WATCH-DM (вес [ИМТ], возраст, гипертония, креатинин, уровень холестерина ЛПВП, контроль диабета [глюкоза в плазме натощак], продолжительность QRS, ИМ и АКШ). Каждое увеличение шкалы риска на 1 единицу связано с повышением риска СН на 24% в течение 5 лет. Для снижения риска госпитализации в связи с СН и смерти от ССЗ иНГЛТ2 (дапаглифлозин, эмпаглифлозин или

сотаглифлозин) рекомендуются всем пациентам с СД2 и сердечной недостаточностью вне зависимости от фракции выброса левого желудочка.

Хроническая болезнь почек и диабет. Для снижения риска сердечно-сосудистой или почечной недостаточности у пациентов с диабетом 2 типа и хронической болезнью почек рекомендован прием иSGLT2 и финеренона (АМКР), а также контроль артериального давления.

Заключение. Пациенты с диабетом имеют очень высокий риск развития сердечно-сосудистой патологии, а также нарушений со стороны почек. Чтобы снизить сердечно-сосудистую смерть и смерть от всех причин рекомендуется раннее выявление и лечение факторов риска и сопутствующих заболеваний. В этой связи данное руководство подчеркивает важность мультидисциплинарного подхода в отношении этих пациентов.

Список использованных литературы:

1. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes: Developed by the task force on the management of cardiovascular disease in patients with diabetes of the European Society of Cardiology (ESC).
2. Sun H, Saeedi P, Karuranga S, Pinkepank M, Ogurtsova K, Duncan BB, et al. IDF Diabetes Atlas: global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. *Diabetes Res Clin Pract* 2022;183:109119.
3. Beagley J, Guariguata L, Weil C, Motala AA. Global estimates of undiagnosed diabetes in adults. *Diabetes Res Clin Pract* 2014;103:150–160.
4. International Expert Committee. International Expert Committee report on the role of the A1C assay in the diagnosis of diabetes. *Diabetes Care* 2009;32:1327–1334. <https://doi.org/10.2337/dc09-9033>
5. World Health Organization. Classification of Diabetes Mellitus 2019. Geneva, Switzerland, 1–36.
6. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. Use of glycated Haemoglobin (HbA1c) in the Diagnosis of Diabetes Mellitus: Abbreviated Report of a WHO Consultation. Geneva, Switzerland, 2011.
7. American Diabetes Association. Classification and diagnosis of diabetes. *Diabetes Care* 2021;44(Suppl 1):S15–S33.

УДК 616.1200761.616.12127

МРНТИ 76.29.30

Абсеитова С.Р., Налибаева Н.Н., Маханова А.Т.

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

ОБЗОР РУКОВОДСТВА ЕОК 2023 ГОДА ПО МЕНЕДЖМЕНТУ КАРДИОМИОПАТИЙ

Аннотация

Впервые ЕОК 2023 г разработало руководство по введению пациентов по кардиомиопатий, за исключением гипертрофической кардиомиопатий. В документе освещены различные фенотипы кардиомиопатии, диагностические подходы, общие вопросы оценки и лечения.

Ключевые слова: *Аритмогенная кардиомиопатия правого желудочка, Дилатационная кардиомиопатия, Гипертрофическая кардиомиопатия, Недилатационная кардиомиопатия левого желудочка, Рестриктивная кардиомиопатия, Внезапная сердечная смерть.*

Абсеитова С.Р., Налибаева Н.Н. Маханова А.Т.

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

КАРДИОМИОПАТИЯЛАРДЫ БАСҚАРУҒА АРНАЛҒАН 2023 ESC НҰСҚАУЛЫҚҚА ШОЛУ

Аннотация

Алғаш рет ЕОК 2023 жылы гипертрофиялық кардиомиопатиядан бөлек, кардиомиопатиялар бойынша пациенттерді жүргізу нұсқаулығын әзірледі. Құжатта кардиомиопатияның әртүрлі фенотиптері, диагностикалық тәсілдер, бағалау мен емдеудің жалпы мәселелері қамтылған.

Кілт сөздер: *Оң жақ қарыншаның аритмогенді кардиомиопатиясы, дилатационды кардиомиопатия, гипертрофиялық кардиомиопатия, кеңеймеген сол жақ қарынша кардиомиопатиясы, рестриктивтік кардиомиопатия, кенеттен өлім.*

Abseitova S.R., Nalibayeva N.N., Makhanova A.T.

JSC «South Kazakhstan Medical Academy», Shymkent, Kazakhstan

REVIEW OF THE 2023 ESC GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF CARDIOMYOPATHIES

Abstract

For the first time, the EOC 2023 has developed guidelines for the management of patients with cardiomyopathy, with the exception of hypertrophic cardiomyopathy. The document highlights various phenotypes of cardiomyopathy, diagnostic approaches, and general issues of assessment and treatment.

Keywords: Arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy, Dilated cardiomyopathy, Hypertrophic cardiomyopathy, Non-dilated left ventricular cardiomyopathy, Restrictive cardiomyopathy, Sudden cardiac death.

Актуальность.

Кардиомиопатии по-прежнему остаются одними из наименее изученных кардиологических заболеваний, являясь объектом активно развивающейся области современной кардиологии.

Повышенный интерес к проблеме изучения заболеваний миокарда объясняется необходимостью дальнейшего изучения этиологии и патогенеза, многообразием и неспецифичностью их клинических проявлений, значительными диагностическими и терапевтическими трудностями. Географическое распространение генетических вариантов влияет на оценку распространенности в различных популяциях, этнических группах, регионах и странах.

Цель. Помочь медицинским работникам диагностировать и лечить пациентов с кардиомиопатиями всех возрастов в соответствии с наилучшими имеющимися доказательствами, а также предоставить практическую основу диагностики и лечения для пациентов и их родственников.

Материалы и методы исследования. Руководства по менеджменту кардиомиопатий ЕОК 2023 года. Рекомендации по диагностике и лечению гипертрофической кардиомиопатии ЕОК 2014 г. В данном руководстве главы-13, количество страниц-124, ссылок на литературу-1204, общее количество рекомендаций составляет 156. В соответствии с классом рекомендаций и уровнем доказательности было 72 рекомендации класса I, 57 рекомендаций класса II а, 24 рекомендаций класса II б и 5 рекомендаций класса III. 5 рекомендаций УД А, 50 рекомендаций УД В, 98 рекомендаций УД С.

Введение.

Кардиомиопатии – заболевания сердечной мышцы, развивающиеся вследствие множества различных причин, как генетических дефектов, повреждении кардиомиоцитов или миокардиальных тканей. Кардиомиопатии классифицирует по структурно-функциональным фенотипам. Различают гипертрофический фенотип(характеризуется утолщением и уплотнением стенок желудочков и усилением сократимости сердца), дилатационный фенотип (характеризуется расширением полостей желудочков и снижением сократительной способности сердца), рестриктивный фенотип (характеризуется преимущественно утолщением и уплотнением стенок желудочков, что нарушает их диастолическая наполнение при минимальных нарушениях систолической функции), аритмогенный фенотип (фиброзно-жировая инфильтрация миокарда правого желудочка), недилатационный фенотип (характеризуется интенсивно развитыми желудочковыми трабекулами в сочетании с глубокими выстланными эндокардом межтрабекулярными лакунами).

Таблица 1. Эпидемиологические показатели различных типов фенотипов кардиомиопатии.

Фенотип КМП	Взрослые	Дети
ГКМП	Распространенность: 0,2%	Заболеваемость в детском возрасте: 0,002–0.005%.Распространенность в детском возрасте: 0,029%
ДКМП	Распространенность: 0.036–0.400%	Заболеваемость в детском возрасте: 0,003–0.006%.Распространенность в детском возрасте: 0,026%.Младенческая заболеваемость: 0,038–0.046%
НДКМП	Предстоит определить	Предстоит определить
АКМП	Распространенность: 0,078%	Очень редко встречается в младенчестве и в раннем детстве; определяется у детей старшего возраста и подростков
РКМП	Редкий	Заболеваемость в детском возрасте: 0,0003%

Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП)-генетически обусловленное заболевание миокарда, характеризующееся гипертрофией миокарда левого (более 1,5 см) и/или правого желудочка, чаще асимметрического характера за счет утолщения межжелудочковой

перегородки, что не может объясняться исключительно повышением нагрузки давлением, и возникающее при отсутствии другого сердечного или системного заболевания, метаболического или полиорганного синдрома, связанного с ГЛЖ.

Первоначальное обследование при ГКМП включает личный и семейный анамнез, физическое обследование, электрокардиографию, визуализацию сердца и лабораторные тесты. Электрокардиографические признаки: короткий pQ интервал, АВ-блокада, выраженная ГЛЖ, низкий вольтаж QRS, гигантский зубец Т (>10 мм).

Эхокардиографические изменения: увеличение толщины стенки ЛЖ ≥ 15 мм. Минимальная степень утолщения стенки (13–14 мм) требует оценки других особенностей, включая семейный анамнез, генетические данные и отклонения ЭКГ.

В большинстве современных исследований среди взрослых пациентов с ГКМП ежегодная частота сердечно-сосудистой смертности составляет 1–2%, при этом основными причинами смерти являются ВСС, сердечная недостаточность и тромбоэмболия.



Рисунок 2- Алгоритм лечения сердечной недостаточности при гипертрофической кардиомиопатии.

Дилатационная кардиомиопатия (ДКМП)- генетическое или приобретенное заболевание миокарда, характеризующееся дилатацией и систолической дисфункцией левого желудочка (или обоих желудочков), не являющееся следствием ишемической болезни сердца или состояний, приводящих к перегрузке давлением или объемом.

Для взрослых это соответствует конечно-диастолическому диаметру ЛЖ >58 мм у мужчин и >52 мм у женщин. Глобальная систолическая дисфункция левого желудочка определяется при ФВЛЖ $<50\%$.

Ключевые элементы диагностического обследования всех пациентов с ДКМП включают: клинический и семейный анамнез, лабораторные тесты, ЭКГ, холтеровское мониторирование, визуализация сердца и генетическое тестирование.

Электрокардиографические признаки: низкая амплитуда зубца Р, низкая амплитуда QRS. Трансторакальная эхокардиография рекомендуется всем пациентам с ДКМП, поскольку она предоставляет всю необходимую информацию о глобальной и региональной анатомии ЛЖ, функции и гемодинамике, пороках клапанов сердца, функции правых отделов сердца, легочное давление.

Магнитно-резонансная томография предоставляет дополнительную информацию о характеристиках тканей у пациентов с ДКП, включая наличие отека миокарда, который может указывать на миокардитическую или воспалительную причину, и позднее усиление гадолинием, для определения наличия и степени фиброза.

Недилатационная кардиомиопатия (НДКМП) определяется наличием неишемического рубцевания левого желудочка при отсутствии дилатации. Глобальная систолическая дисфункция ЛЖ определяется ФВ ЛЖ ($<50\%$). Большинство пациентов с НДКМП протекают бессимптомно. Но у некоторых развиваются симптомы, связанные с аритмией, нарушением проводимости или диастолической сердечной недостаточностью. Ключевые элементы диагностического обследования для всех пациентов с НДКМП включают историю болезни, лабораторные анализы, холтеровское мониторирование и визуализацию сердца, а также генетическое тестирование. Эхокардиография и МРТ играют центральную роль в постановке диагноза.

Электрокардиографические характеристики: длительный интервал PR, выявления наджелудочковых и желудочковых аритмий или брадикардии, вызванные блокадой AV-проводимости, нарушения деполяризации.

Эхокардиография: предоставляет о глобальной и региональной анатомии, функций и гемодинамику левого желудочка; пороках клапанов сердца; функции правых отделов сердца; легочное давление.

Магнитно-резонансная томография сердца определяет подтверждение наличия не ишемического фиброза миокарда, отека миокарда, который может свидетельствовать о воспалительной или миокардитической этиологии.

Золотым стандартом исследования для выявления воспаления сердца остается - эндомикардиальная биопсия.

Устойчивая желудочковая аритмия, остановка сердца или ВСС могут быть первоначальными проявлениями у большинства пациентов. Имплантация кардиовертер-дефибриллятора рекомендуется пациентам, пережившим остановку сердца, устойчивые желудочковые аритмии с гемодинамическими нарушениями. Решение об имплантации должно учитывать мнение пациента и его качество жизни, а также отсутствие других заболеваний, которые могут привести к смерти в течение 1 года.

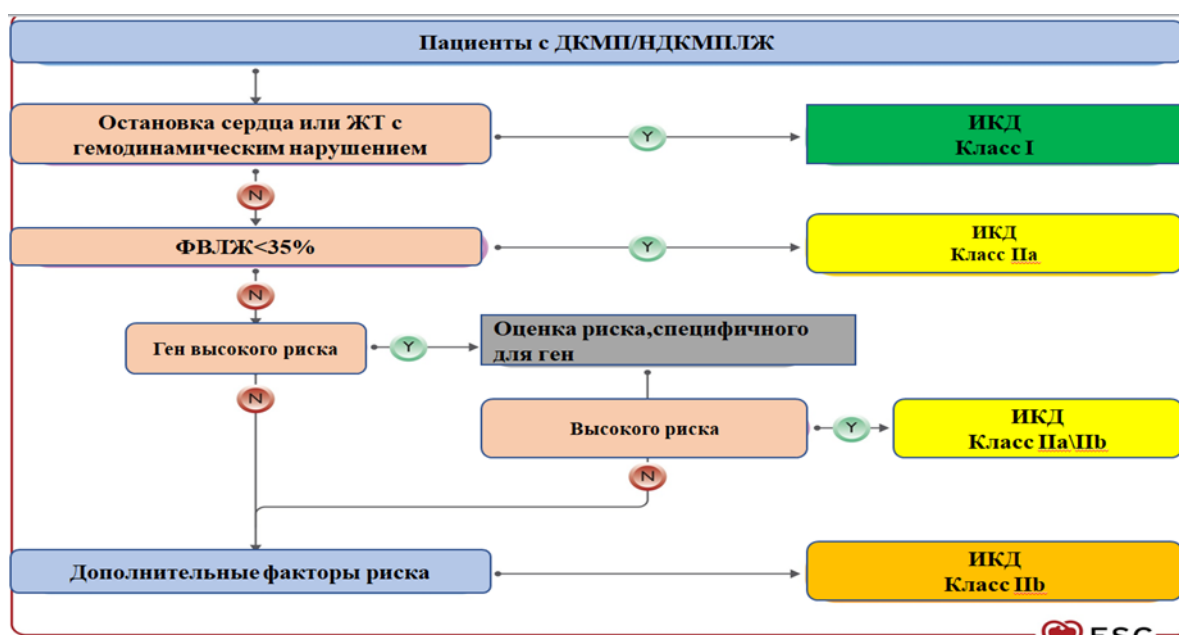


Рисунок 3- Имплантации ИКВД пациентам с дилатационной кардиомиопатией или не дилатационной кардиомиопатией левого желудочка.

Аритмогенные кардиомиопатии правого желудочка (АКМП)- характеризующееся замещением миокарда ПЖ фиброзно-жировой тканью. АКМП проявляется правожелудочковой тахикардией, которая может вызвать внезапную смерть. Ключевые элементы диагностического обследования для всех пациентов с АКМП ЭКГ, холтеровское мониторирование и визуализацию сердца, а также генетическое тестирование.

Магнитно-резонансная томография сердца: следует рассматривать как метод первой линии тест для оценки критерия функциональных структурных отклонений ПЖ.

Генетическое тестирование и скрининг семьи: основном кодируют белки десмосомы сердца: плакофилин-2, десмоплакин, десмоглеин-2, десмоколлин-2 и плакоглобин.

Антиаритмическая терапия. Бета-блокаторы представляют собой первый вариант снижения аритмической нагрузки за счет снижения адренергического тонуса, особенно при физической нагрузке. В ретроспективных обсервационных исследованиях титрование до максимально переносимой дозы было связано с улучшением выживаемости при тяжелых желудочковых аритмиях. Амиодарон следует рассматривать в тех случаях, когда регулярная терапия бета-адреноблокаторами не позволяет контролировать симптомы, связанные с аритмией.

Катетерная абляция с возможностью эпикардимального доступа должна быть рассмотрена у пациентов с АКМП с непрекращающейся ЖТ.

Рестриктивная кардиомиопатия (РКМП) - представляет собой сердечную патологию, которая характеризуется диастолической дисфункцией, повышенной жесткостью миокарда и уменьшением наполнения желудочков. РКМП является самым редким видом кардиомиопатии и составляет приблизительно 5% случаев из всех типов. Физикальное обследование может выявить выраженный пульс на яремных венах. На поздних стадиях пульсовой объем снижается, а частота сердечных сокращений может увеличиваться. У пациентов с декомпенсацией часто наблюдаются гепатомегалия, асцит и периферические отеки.

ЭКГ признаки: снижение амплитуды комплекса QRS, признаки перегрузки предсердий: P-pulmonale, P-mitrale, депрессия сегмента ST, инверсия зубца Т, нарушения ритма и проводимости: ФП, АВ-блокады.

Рентгенография грудной клетки поможет выявить застой крови в малом круге, увеличение, расширение предсердий.

Трансторакальная ЭхоКГ: выраженная дилатация предсердий, уменьшение полости пораженного желудочка, функциональная митральная и/или трикуспидальная регургитация, признаки легочной гипертензии.

Клинические особенности, предположительно связанные с повышенным риском смерти или трансплантации, включают: симптомы сердечной недостаточности; снижение систолической функции ЛЖ; увеличение размера левого предсердия; обморок; ишемия; и нарушение диастолической функции ЛЖ по данным эхокардиографии.

Специальную терапию при рестриктивной кардиомиопатии не проводят. Основные усилия по лечению направлены на устранение осложнений.

Генетическое консультирование - процесс, направленный на то, чтобы помочь пациентам и их семьям понять и адаптироваться к медицинскому, психосоциальному и семейному воздействию генетических заболеваний. Генетическое консультирование,

проводимое соответствующим образом подготовленным медицинским работниками включающее генетическое просвещение для принятия обоснованных решений и психосоциальную поддержку, рекомендуется семьям с наследственной кардиомиопатией или подозрением на нее, независимо от того, рассматривается ли возможность генетического тестирования.

Генетическое тестирование рекомендуется пациентам, отвечающим диагностическим критериям кардиомиопатии, в тех случаях, когда оно позволяет поставить диагноз, составить прогноз, провести терапевтическую стратификацию или вести репродуктивное лечение пациента, или когда оно позволяет провести каскадную генетическую оценку их родственников, которые в противном случае были бы включены в программу долгосрочного наблюдения.

Рекомендуется, чтобы генетическое тестирование на кардиомиопатию проводилось с привлечением мультидисциплинарной команды, включая специалистов, обладающих опытом в методологии генетического тестирования, интерпретации вариантов последовательностей и клиническом применении генетического тестирования, как правило, в специализированной службе кардиомиопатии или в сетевой модели с доступом к эквивалентным специалистам.

Выводы. Данные заболевания требуют дальнейшего внедрения высокоэффективных и современных методов диагностики, позволяющих дифференцировать патологию с другими состояниями. Несмотря на достигнутые успехи по разработке новых лекарственных препаратов и хирургических методов лечения, проблема терапии далека от окончательного решения, и новые направления исследований в этой сфере остаются актуальными.

Список использованных литературы:

1. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiomyopathies: Developed by the task force on the management of cardiomyopathies of the European Society of Cardiology (ESC)
2. Authors/Task Force Members; Elliott PM, Anastakis A, Borger MA, Borggrefe M, Cecchi F, et al. 2014 ESC Guidelines on diagnosis and management of hypertrophic cardiomyopathy: the Task Force for the Diagnosis and Management of Hypertrophic Cardiomyopathy of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2014;35:2733–2779.
3. Biesecker LG, Adam MP, Alkuraya FS, Amemiya AR, Bamshad MJ, Beck AE, et al. A dyadic approach to the delineation of diagnostic entities in clinical genomics. Am J Hum Genet 2021;108:8–15.

4. Rapezzi C, Aimo A, Barison A, Emdin M, Porcari A, Linhart A, et al. Restrictive cardiomyopathy: definition and diagnosis. Eur Heart J 2022;43:4679–4693.

5. Aimo A, Merlo M, Porcari A, Georgiopoulos G, Pagura L, Vergaro G, et al. Redefining the epidemiology of cardiac amyloidosis. A systematic review and meta-analysis of screening studies. Eur J Heart Fail 2022

СОДЕРЖАНИЕ

БРОНХИАЛДЫ ДЕМІКПЕСІ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ САУАТТЫЛЫҒЫ БОЙЫНША ТЕОРИЯЛЫҚ НЕГІЗДЕРІ Аман Б.Ж., Қадырова Ж.Ж., Серикова Б.Д.	2
ЖИТС-ТІҢ АЛДЫН АЛУ ЖӘНЕ ОҒАН ҚАРСЫ КҮРЕС ЖӨНІНДЕГІ ОРТАЛЫҚТА МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРДІҢ ҚОРҒАНЫС ШАРАЛАРЫН АРТТЫРУ Шоланбаева Н. Ж., Серикова Б. Д.	6
ЖҮРЕК – ҚАН ТАМЫР АУРУЛАРЫНА ШАЛДЫҚҚАН НАУҚАСТАРДЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖӘНЕ ӘЛЕУМЕТТІК МӘСЕЛЕЛЕРІ Қуаныш А.Б., Серикова Б.Д.	12
TUMORS, TUMOROIDS OVARIAN EDUCATION AND PREGNANCY Sarkulova I. S. , Saldarbek E.S.	19
ИММУНОСТИМУЛЯТОРЛАРДЫҢ ОТАНДЫҚ НАРЫҒЫНА ШОЛУ ЖАСАУ Раганина К.Т., Айдарбек А.А. , Ахелова А.Л., Тлеубаева М.И., Жандабаева М.А.	24
МЫШЕЧНАЯ ДИСТРОФИЯ ДЮШЕННА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ Есетова А.А., Полукчи Т.В., Жаркинбекова Н.А., Мусаева С.К., Толебаева Г.Е., Русланов Ә.Р., Бауржан Э.	35
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ Полукчи Т. В.	38
2 ТИПТІ ҚАНТ ДИАБЕТІ МЕН АЛКОГОЛЬСІЗ МАЙЛЫ БАУЫР АУРУЫ АРАСЫНДАҒЫ БАЙЛАНЫС Хайдарова Г. К., Сапарбекқызы Н., Сабырова М. С., Қамбар З. Ә., Омарова Ф. А.	46
RESULTS OF A PREGNANCY COMPLICATED BY AN ABNORMAL POSITION OF THE PLACENTA Kulbaeva S.N. , Sarkulova I.S. , Saldarbek E.S.	51
ЭКССУДАТИВНЫЙ ОТИТ СРЕДНЕГО УХА: ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР Әлхожа С. И., Әлібек Б. Қ., Ергеш Д. Б., Болат Ж. Ә., Сапар Б.С., Тажибаева К. Н., Отыншиева Ш. А., Садыкова А.Д.	59
ОБЗОР РУКОВОДСТВА ЕОК 2023 Г. ПО ВЕДЕНИЮ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТОМ Абсеитова С.Р., Жакып А. К., Якубова В. Т.	67
ОБЗОР РУКОВОДСТВА ЕОК 2023 ГОДА ПО МЕНЕДЖМЕНТУ КАРДИОМИОПАТИЙ Абсеитова С.Р., Налибаева Н.Н., Маханова А.Т.	76