



ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРАІГІ  
«ҚДСЖМ» ҚАЗАҚСТАНДЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ  
ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН  
КАЗАХСТАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «ВШОЗ»  
ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

MINISTRY OF HEALTHCARE OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN  
KAZAKHSTAN'S MEDICAL UNIVERSITY "KSPH"  
SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY

**«ҒЫЛЫМ ЖӘНЕ ЖАСТАР: ЖАҢА СЫН-ҚАТЕРЛЕР  
МЕН ОЛАРДЫ ШЕШУ ЖОЛДАРЫ»**  
Жас ғалымдардың халықаралық ғылыми-тәжірибелік  
конференциясының материалдары  
22 сәуір 2022

**«НАУКА И МОЛОДЕЖЬ: НОВЫЕ ВЫЗОВЫ  
И ПУТИ РЕШЕНИЯ»**  
Материалы Международной  
научно-практической конференции  
22 апреля 2022

**«SCIENCE AND YOUTH:  
NEW CHALLENGES AND SOLUTIONS»**  
Materials of international scientific and practical  
conference of young scientists  
22nd of april 2022

АЛМАТЫ 2022

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ  
«ҚДСЖМ» ҚАЗАҚСТАНДЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ  
ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «ВШОЗ»  
ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

MINISTRY OF HEALTHCARE OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN  
KAZAKHSTAN'S MEDICAL UNIVERSITY "KSPH"  
SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY

**«ҒЫЛЫМ ЖӘНЕ ЖАСТАР: ЖАҢА СЫН-ҚАТЕРЛЕР МЕН ОЛАРДЫ ШЕШУ  
ЖОЛДАРЫ»**

Жас ғалымдардың халықаралық ғылыми-тәжірибелік  
конференциясының материалдары  
22 сәуір 2022

**«НАУКА И МОЛОДЕЖЬ: НОВЫЕ ВЫЗОВЫ  
И ПУТИ РЕШЕНИЯ»**

Материалы Международной научно-практической конференции  
22 апреля 2022

**«SCIENCE AND YOUTH:  
NEW CHALLENGES AND SOLUTIONS»**

Materials of international scientific and practical conference  
of young scientists  
22<sup>nd</sup> of april 2022

АЛМАТЫ 2022

**УДК 001**  
**ББК 72**  
**Г96**

Под общей редакцией и.о. ректора КМУ «ВШОЗ»  
профессора Б. Турдалиевой

Редакционная коллегия:

А.А. Кауышева, Е.Л. Степкина, А.Т. Джумабеков, М.К. Кульжанов,  
К.К. Куракбаев, М.А. Камалиев, А.Р. Рыскулова, Д.С. Смаилова,  
И.К. Карибаева, Д.Б. Жумабекова (отв. секретарь сборника),  
Ш.М. Мойынбаева (отв. секретарь оргкомитета)

Ғылым және жастар: жаңа сын-қатерлер мен оларды шешу жолдары =  
Наука и молодежь: новые вызовы и пути решения = Science and youth: new challenges and  
solutions: мат-лы междун. науч.-практ. конф. – Алматы: КМУ «ВШОЗ», 2022.- 158 с. – Англ.,  
каз., рус.

**ISBN 978-601-305-467-4**

В сборнике рассматриваются актуальные вопросы общественного здравоохранения, практического здравоохранения, такие как вопросы управления и организации медицинской помощи, современные подходы к профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, актуальные вопросы клинической и профилактической медицины, проблемы, связанные с COVID-19.

Расчитан на широкий круг медицинских работников, руководителей организаций здравоохранения, практических врачей, преподавателей и студентов.

**УДК 001**

**ББК 72**

**ISBN 978-601-305-467-4**

ISBN 978-601-305-467-4



9 786013 054674

© КМУ «ВШОЗ», ЮКМА, 2022

**СОЗЫЛМАЛЫ ЖҮРЕК ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ ӨМІР СҮРУ  
САПАСЫН SF-36 САУАЛНАМАСЫ АРҚЫЛЫ БАҒАЛАУ**

*Абдан Айдана Қаныбеқызы  
I курс магистранты «Мейіргер ісі» мамандығы  
Ғылыми жетекші: м.ғ.к., қауым.профессор м.а. Қауызбай Ж.Ә.  
Ғылыми кеңесші: м.ғ.к., доцент Сейдахметова А.А  
Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы.,  
Шымкент қ., Қазақстан Республикасы  
e-mail: [kanubekovnaa@mail.ru](mailto:kanubekovnaa@mail.ru)*

**КІРІСПЕ.** ХХІ ғасырдың басынан бастап созылмалы жүрек жеткіліксіздігі (СЖЖ) сырқаттанушылықтың, мүгедектіктің және өлімнің жоғары болуына байланысты әлемнің дамыған елдерінде негізгі медициналық-әлеуметтік проблемасы болып қалуда. Емдеудің жаңа әдістерін әзірлеуге және енгізуге қарамастан, осы патологиядан зардап шеккен науқастарда өмір сүру сапасы мен оның ұзақтығын жақсарту мәселесін шешуде алға қарай ұмтылушылық болған жоқ. Көптеген аурулар адамның физикалық жағдайына ғана емес, сонымен қатар оның мінез-құлқының психологиясына, эмоционалды реакцияларына да әсер етеді, сонымен қатар оның рөлін, әлеуметтік өмірдегі орнын өзгертеді.

Эпидемиологиялық деректерге сәйкес, Қазақстанда СЖЖ көптеген жүрек-қан тамырлары ауруларының, әсіресе артериялық гипертензия мен жүректің ишемиялық ауруларының асқынуы ретінде халықтың 4%-ында кездеседі. Дүниежүзілік Денсаулық сақтау ұйымының деректері бойынша, қан айналымы жүйесі аурулары салдарынан Қазақстан халқының өлім-жітім көрсеткіші Еуропа елдеріне қарағанда екі есе жоғары. Соңғы он жылда қан айналымы жүйесі ауруларымен сырқаттану 1,7 есе өсті [1].

Науқастарды емдеу және оңалту тиімділігінің жеткіліксіздігінің себептерінің бірі-нақты өмірде емдеу бойынша қолданыстағы ұсынымдар науқастардың ұйғарылған терапиялық режимге көз-қарасының төмендігінен іске асырылмауы, диета мен өмір салтына қатысты дәрігерлік ұсыныстардың тиісті түрде орындалмауы болып табылады. Науқастарды өзін-өзі бақылау және өзіне-өзі көмек көрсету дағдыларына үйрету, дәлелденген емдеу әдістерін мұқият қолдану, науқастарының ауруханаға жатқызылуының және өлімінің маңызды бөлігін болдырмауға қабілетті деп саналады [2, 3]. Соңғы уақытта СЖЖ бар науқастарға арналған мектептерді ұйымдастыруға ерекше көңіл бөлінуде. Науқасты және оның жақын туыстарын жүрек ауруларының алдын алу үшін оқыту өте маңызды мәселе болып табылады [4].

ДДҰ соңғы онжылдықтарда бүкіл әлем бойынша СЖЖ аурулары бар науқастар санының үздіксіз өсуін, өлім деңгейі жоғарылауын атап өтуде. Әлемде СЖЖ 25 миллионнан астам адам ауырады.

СЖЖ жиілігінің таралу жиілігі дамыған елдерде жалпы популяцияның 0,3-2,4%, жасы > 65 төмен науқастардың 3-13% құрайды және әлемнің барлық дамыған елдерінде халық өлімінің негізгі себебі болып табылады. Батыс Еуропа елдерінде және АҚШ-та популяциясында СЖЖ таралу жиілігі 0,1-0,5 %, жыл сайын бұл көрсеткіш екі есе артуда. 2019 жылы СЖЖ ауырған 100.000 науқасқа шаққандағы өлім көрсеткіші: Қазақстан-34,5%; Ресей- 33,7 %; Қырғыстан-32 %. 2020 жылы ҚР-да СЖЖ шалдыққан науқастар барлық тұрғындардың 25-30% құрады [5].

**ЗЕРТТЕУ МАҚСАТЫ.** «Шымкент жүрек орталығында» созылмалы жүрек жеткіліксіздігі бар науқастарға «SF-36 өмір сүру сапасын бағалау сауалнамасын» жүргізу.

**ЗЕРТТЕУ МАТЕРИАЛДАРЫ МЕН ӘДІСТЕРІ.** Зерттеу Шымкент жүрек орталығында стационарлық ем алған 30 науқасқа жүргізілді. Науқастардың жасы, жынысы, әлеуметтік-этникалық, клиникалық көрсеткіштері есепке алынды. Зерттеуге өмір сүру сапасына әсер ететін, ауыр аурулары қатар жүретін науқастар (бронх демікпесі, созылмалы цереброваскулярлық аурулар, онкологиялық аурулар) енгізілмеді. Зерттеуге қатысқандар 45-65 жас аралығындағы науқастардың ортақ жасы  $56,6 \pm 15,2$ , олардың 57% әйелдер, 43% ер адамдар болды.



Науқастардың тамақтануы және диетасы, су режимі, дене белсенділігі және емдік дене шынықтыруы, дәрі-дәрмектерді дұрыс қабылдауы, өзін-өзі бағалау мәселелері қарастырылды. Зерттеудегі науқастар кеңес берген жоғары білімді мейіргерлердің тұрақты бақылауында және психологиялық қолдауында болды.

Науқастарға «SF-36 өмір сүру сапасын бағалау сауалнамасы» жүргізілді. Сауалнама үш деңгейлік 36 сұрақтан (2-10 сұрақтан тұратын 8 шкала) тұрды. Сауалнамамен қоса науқастың шағымдарының динамикасы (ентігу, аяқтың әлсіздігі, жүрек соғысы, жүректің ауыруы), объективті деректер (қан қысымы, импульс) талданды. Сауалнама деректерін нақты шығару үшін халықаралық стандарттарға сәйкес градация шкаласы қолданылды, шкала бойынша сауалнама нәтижесі 0-ден 100 дейінгі баллдық жүйе арқылы шығарылды.

**НӘТИЖЕЛЕРІ.** Қолданылған шкалалар бойынша бастапқы және сауалнамадан кейінгі деректер: жалпы денсаулық жағдайы-(GH):  $28,2 \pm 8,5$  және  $82,1 \pm 10,7$ ; физикалық функционалдық-(PF):  $20,4 \pm 6,2$  және  $85,2 \pm 21,6$ ; рөлдік функционалдық-(RP):  $7,6 \pm 2,1$  және  $75,3 \pm 19,7$ ; ауырсыну шкаласы-(BP):  $49,8 \pm 2,2$  және  $80,4 \pm 14,7$ ; өміршеңдік шкаласы-(VT):  $38,7 \pm 12,6$  және  $70 \pm 13,1$ ; әлеуметтік қызмет ету шкаласы-(SF):  $29,3 \pm 4,3$  және  $80,1 \pm 11,9$ ; эмоционалды жағдайға негізделген рөлдік функционалдық-(RE):  $27,6 \pm 9,7$  және  $79,8 \pm 20,2$ ; психологиялық денсаулық-(MN):  $32,7 \pm 18,8$  және  $72,2 \pm 8,2$ .

Біз алған мәліметтер мен қортындылар бойынша науқастардың жай-күйін бақылау және мейіргерлердің үнемі қадағалауымен және қолдауымен өмір сүру сапасын жақсартуға болатындығын көрсетеді. Емдеу және оңалту бағдарламаларына дәлелді қатысу үшін науқас өзінің ауруы туралы белгілі бір білімге ие болуы керек, оған оны оқыту әдістері арқылы қол жеткізеді. Науқасты емдеу және оңалту принциптерін, оның ішінде дәрі-дәрмексіз емдеу әдістерін саналы түрде қолдау үшін науқасты оқыту және одан әрі бақылау қажеттілігі, созылмалы аурулары бар науқастар жағдайын жақсартқан кезде емдеуді жиі тоқтататындығына және дәрігердің ұсыныстарын орындамайтындығына байланысты.

**ҚОРЫТЫНДЫ.** «SF-36 өмір сүру сапасын бағалау» сауалнамасы нәтижелерінде науқастардың жалпы денсаулық жағдайы 28,2%-дан 82,1%-ға, физикалық функционалдық жағдайы 20,4%-дан 85,2%-ға көтерілді. Бұл жүргізілген жұмыстың нәтижелігін және науқасты үнемі қолдаумен мейіргер тарапынан науқастарға күтім жасауды оңтайландыру кезінде науқастардың өмір сүру сапасын едәуір жақсартуға қол жеткізуге болатындығын дәлелдейді.

#### **ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:**

1 Шулькина С.Г., Кокорин В.А. Мареев В.Ю. «Новые перспективы и реальные возможности в терапии больных с сердечной недостаточностью», *Therapy / Terapiâ* 2021; (6): 91-97. (7p).

2 Н.С. Акимова, О.В. Бугаева, И.М. Соколов, Е.Ю. Шварц, А.Р. Киселев., «Значение параметров тяжести хронической сердечной недостаточности в оценке когнитивной дисфункции у пациентов с ишемической болезнью сердца», *Therapy / Terapiâ* 2021; (3): 20-27. (8p)

3 О.Ю. Бастриков; У.В.Харламова; А.И. Захарова; Е.А. Припадчев; С.А. Шахов: «Оценка нутритивного статуса у пациентов с симптомами сердечной недостаточности», *Acta Biomedica Scientifica* 2020; 5(4): 14-20. (7p).

4 Антонюк Е.А. Козырев О.А. «Лечение хронической сердечной недостаточности в условиях реальной клинической практики», Смоленский медицинский альманах - №1, 2021.

5 Dunderdale K; Thompson DR; Beer SF; Furze G; Miles JNV: «Development and validation of a patient-centered health-related quality-of-life measure: the Chronic Heart Failure Fssessment Tool» *Journal of Cardiovascular Nursing (J CARDIOVASC NURS)*, Jul/Aug 2018; 23(4): 364-370. (7p).

**ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТІНДЕ ХАЛЫҚҚА ЖОҒАРЫ ТЕХНОЛОГИЯЛЫҚ  
МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУДІ ҰЙЫМДАСТЫРУДАҒЫ ЖАҒДАЙЫ**

*Абдиев Н.М., Бримжанова М.Д.*

*«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті, Алматы қ.,  
Рустамова Х.Е. Ташкент Медицина Университеті Ташкент қ.,  
Серғалиев Т.С. Қарағанды Медицина Университеті Қарағанды қ.  
e-mail: [dievnm@gmail.com](mailto:dievnm@gmail.com)*

Қазіргі уақытта денсаулық сақтау инфрақұрылымының дамуын ескере отырып, халыққа хирургиялық көмектің жоғары технологиялық түрлерінің қолжетімділігі мәселесі ерекше қызығушылық тудырады. Елордалық қалалардың және облыстық әкімшілік орталықтардың тұрғындары үшін жоғары технологиялық медициналық көмекті ұйымдастыру (ЖТМК) жеткілікті түрде анықталған - әдетте, бұл көмек түрі тікелей ірі қалаларда орналасқан аймақтық деңгейдегі медициналық ұйымдарда көрсетіледі. Сонымен қатар, облыстардың әкімшілік орталықтарынан тыс жерде тұратын халыққа жоғары технологиялық хирургиялық көмекті ұйымдастыру бойынша көптеген сұрақтар әлі де жауапсыз қалуда.

Мамандандырылған медициналық көмектің бөлігі болып табылатын жоғары технологиялық медициналық көмекті ұйымдастыру (ЖТМК) жаңа кешенді және/немесе бірегей, сондай-ақ ғылыми дәлелденген тиімділігі бар ресурсты көп қажет ететін емдеу әдістерін, соның ішінде жасушалық технологияларды, роботтық технологияларды, ақпараттық технологияларды және гендік инженерия әдістерін қолдануды қамтиды. («Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы Қазақстан Республикасының 2020 жылғы 7 шілдедегі № 360-VI ҚРЗ Кодексі, 124-бап. Мамандандырылған, оның ішінде жоғары технологиялық медициналық көмек»). [1].

Қарағанды облысында 2010 жылдан бастап арналған мемлекеттік бюджетінде көзделген қаражат есебінен жоғары технологиялық медициналық көмек көрсететін медициналық ұйымдардың тізіміне тек екі мекеме ғана енгізілген.

Солардың бірі болып облыстық медициналық орталықпен кардиохирургиялық орталықтар болып есептелінеді. Аурухананың көп бейінді қабылдау-диагностика бөлімі шұғыл және жоспарлы санаттағы науқастарды қабылдауды қамтамасыз етеді. Қабылдау бөлек жүргізіледі. Жедел жәрдем бөлімінде травматологиялық пункт бар. 2017 жылы келушілер мен науқастар үшін күту залын ұйымдастыру арқылы қабылдау диагностикалық бөлімше аймағын кеңейту жоспарлануда. Ауруханада жылына 5000-нан астам ота жасалады. 2010 жылдан бастап нейрохирургиялық профильде жоғары технологиялық хирургиялық араласуларды енгізу басталды. Егер 2021 жылы ЖТМК хирургиялық араласу көлемінің 10,3%-ын құраса, қазіргі уақытта ол 50%-дан асады. Кафедра деңгейінде ерте сауықтыру шаралары жүргізіледі, содан кейін ми қан айналымының жіті бұзылыстары және бас миының және жұлынның ауыр нейрохирургиялық ауруларының салдарынан зардап шеккен көптеген мұқтаж науқастар үздіксіз оңалту бөлімінде оңалту шараларын алады. Оңалту көмегін көрсету шеңберінде емдеу-сауықтыру бөлімі (инемен емдеу, жаттығу терапиясы, электрмен емдеудің барлық түрлері, су асты және омыртқаны құрғақ тарту және т.б.) науқастарды стационарда болған уақытында оңалтуды қамтамасыз ететін өз жұмысын жүргізеді. ауруханадан кейінгі кезең. Медициналық орталықтың ауруханасы келесі профильдер бойынша балаларға шұғыл медициналық көмек көрсетеді: офтальмология, нейрохирургия, гинекология. Мамандандырылған және жоғары технологиялық медициналық көмек көрсету үшін ауруханада заманауи операциялық бөлімше және реанимация қызметі, көп бейінді қабылдау және диагностика бөлімі бар. Орталықтың жұмысы аурушандық пен өлімді азайту арқылы Қарағанды облысында демографиялық жағдайын жақсартуға арналған. Сондай-ақ ауыр патологиясы бар науқастарды оңалту және оларды емдеу жоспарлануда. [2].

Біздің жүргізген сауалнамалардың мәліметі бойынша респонденттердің ЖТМК алғанға дейін медициналық көмек негізінен тұрғылықты жері бойынша емханаларда –  $46,4 \pm 1,4\%$ , қалалық (аудандық) ауруханаларда –  $16,2 \pm 1,1\%$ , ғылыми-зерттеу орталықтарда –  $6,8 \pm 0,6\%$ , облыстық (облыстық, республикалық) медициналық көмек көрсетілді) ауруханаларда –  $5,7 \pm 0,4\%$ , республикалық жоғары технологиялық медициналық орталықтарда –  $1,8 \pm 0,3\%$ , басқа медициналық ұйымдарда –  $2,2 \pm 0,5\%$ , респонденттердің біраз бөлігі  $12,6 \pm 0,8\%$  бұрын өздерінің сырқаттылығы бойынша мамандырылған медициналық көмек алмағандар  $5,7 \pm 0,5\%$  құрды. [3].

Аурудың ұзақтығы (науқаста алғашқы диагноз қойылған сәттен бастап жоғарғы медициналық көмек алғанға дейін) ЖМК түрі бойынша айтарлықтай ерекшеленетіні анықталды (1-кесте). Барлық профильдер бойынша аурудың орташа ұзақтығы  $6,48 \pm 4,43$  жыл болды.

Кесте 1. Пациенттер жоғары технологиялық медициналық көмек алғанға дейінгі аурудың орташа ұзақтығы (жыл)

Мамандық	Орташа саны (жыл)	Стандарттық ауытқу (Std.Dev.)	Орташа шаманың орташа ауытқуы (Std.Err.)
Неврология	9,33	3,11	1,67
Жүрек-тамыр хирургиясы	7,23	2,13	1,08
Жарақаттану	5,45	4,87	0,49
Нейрохирургия	3,14	2,91	0,68
Барлық мамандық бойынша	5,87	3,62	0,28

Респонденттерге ЖТМК ұсыну мүмкіндігі туралы ақпараттың негізгі көздері: таныстарынан немесе туыстарынан алынған мәліметтер –  $13,2 \pm 1,3\%$ , емхана мамандары –  $18,41 \pm 1,2\%$ , учаскелік дәрігерлер –  $15,8 \pm 1,4\%$ , аурухана дәрігерлері –  $15,7 \pm 1,4\%$  болды. , бұқаралық ақпарат құралдары –  $11,4 \pm 0,8\%$ , басқа дереккөздер –  $4,8 \pm 0,7\%$ , респонденттердің  $5,3 \pm 0,6\%$  бұл сұраққа жауап бермеген. [4].

Сауалнаманың маңыздылығы ЖТМК қолжетімділігін зерттеуге берілді. Облыстық ауруханаларда ЖТМК күту ұзақтығы ЖТМК түрлері бойынша аздап ерекшеленді және травматология және ортопедия бойынша 4-5 айды, нейрохирургия бойынша 3-4 айды, жүрек-қан тамырлары хирургиясы бойынша 2-3 айды құрады. , «неврология» – 2 ай. ЖТМК үшін орташа күту уақыты 3-4 айды құрады.

Кесте 2. Облыстық ауруханаларда жоғарғы техникалық медициналық көмекті күтудің орташа ұзақтығы

Мамандық	Орташа саны (жыл)	Стандарттық ауытқу (Std.Dev.)	Орташа шаманың орташа ауытқуы (Std.Err.)
Неврология	2,1	0,8	0,4
Жүрек-тамыр хирургиясы	2,3	0,7	0,8
Жарақаттану және ортопедия	4,12	1,8	0,4
Нейрохирургия	2,35	1,6	1,3
Барлық мамандық бойынша	3,1	1,2	0,9

ЖТМК ұсынатын республикалық ғылыми-зерттеу орталықтарда ЖТМК қамтамасыз етуді күту ұзақтығының салыстырмалы талдауы респонденттердің ЖТМК қамтамасыз етуді күтуі профильдер бойынша іс жүзінде ерекшеленбейтінін көрсетті: «нейрохирургия», «травматология

және ортопедия», «жүрек-қан тамырлары хирургиясы». - 6-7 ай. Неврологиялық профиль бойынша 3-4 ай болды. Барлық профильдер үшін ЖТМК күтудің орташа ұзақтығы 6-7 айды құрады. [5].

Кесте 3. Ғылыми-зерттеу орталықтарында жоғары медициналық көмек көрсетуді күтудің орташа уақыт ұзақтығы

Мамандық	Орташа саны (жыл)	Стандарттық ауытқу (Std.Dev.)	Орташа шаманың орташа ауытқуы (Std.Err.)
Неврология	2,1	0,8	0,4
Жүрек-тамыр хирургиясы	2,3	0,7	0,8
Жарақаттану және ортопедия	4,12	1,8	0,4
Нейрохирургия	2,35	1,6	1,3
Барлық мамандық бойынша	3,1	1,2	0,9

Мемлекет деңгейінде ғылыми-зерттеу орталықтарында жоғары технологиялық медициналық көмекті күту ұзақтығын бағалау кезінде «нейрохирургия», «травматология және ортопедия» профильдерінде ЖТМК күтудің ең ұзақ уақыты 1-2 айды құрайтыны анықталды. Басқа профильдер бойынша: «жүрек-қан тамырлары хирургиясы» және «неврология» 1 айдан аз болды. Барлық профильдерде ЖТМК үшін орташа күту уақыты 1 айдан аз болды

Кесте 4. Ғылыми-зерттеу орталықтарында жоғары техникалық медициналық көмекті күтудің орташа ұзақтығы

Мамандық	Орташа саны (жыл)	Стандарттық ауытқу (Std.Dev.)	Орташа шаманың орташа ауытқуы (Std.Err.)
Неврология	0,2	0,3	0,2
Жүрек-тамыр хирургиясы	0,4	0,3	0,1
Жарақаттану және ортопедия	0,88	0,3	0,2
Нейрохирургия	1,4	0,6	0,3
Барлық мамандық бойынша	0,4	0,4	0,2

Осылайша, ЖТМК күтудің ең ұзақ уақыты ғылыми-зерттеу институттарында (6-7 ай) және аймақтық медициналық ұйымдарда (3-4 ай), мемлекеттік медициналық орталықтарда бұл 1 айдан аз екенін атап өткен жөн. Айырмашылықтар статистикалық маңызды (Mann-Whitney U Test,  $Z=2,073$ ,  $p=0,043$ ). Барлық медициналық мекемелердің барлық түрлері бойынша күтудің ең көп уақыты травматология және ортопедия ( $3,31 \pm 1,5$  ай), нейрохирургия ( $2,71 \pm 0,8$  ай), жүрек-қан тамырлары хирургиясы бойынша күту уақыты  $2,24 \pm 0,6$  айды, неврологияда күту уақыты белгіленді. -  $1,48 \pm 0,6$  ай.

Нәтижелер. Зерттеуге сәйкес, ЖТМК алған респонденттердің жартысынан көбі емдеу нәтижелеріне қанағаттанған, бұл жалпы медициналық көмекке қанағаттану көрсеткіштерінен айтарлықтай асып түседі (әртүрлі бағалаулар бойынша ол 35-45% аспайды). . Сонымен қатар, жоғары технологиялық медициналық көмектің қолжетімділігін қамтамасыз етуде проблемалар бар, бұл бірінші кезекте аймақтық денсаулық сақтау органдарында кезектің болуына байланысты, оны Қарағанды облысының респонденттердің жартысынан астамы атап өтті.





ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1 Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы кодексі. Қазақстан Республикасының 2020 жылғы 7 шілдедегі № 360-VI ҚРЗ Кодексі

2 Рассказова В.Н., Шевченко И.П., Вавилова В.О. Организация оказания высокотехнологичной медицинской помощи населению Приморского края. Тихоокеанский медицинский журнал. 2015 г. №1, стр 76-79

3 Шалыгина Л.С, Финченко Е.А. Развитие высокотехнологичной медицинской помощи в Сибирском Федеральном округе. Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения» 2017г. стр 1-14

4 Егорова Т.В., Леванов В.М., Аболенская М.В., Колесниченко И.В. Журнал Медицинский Альманах. 2010 г. №4(13). Стр 19-23

Перхов В.И., Киреев С.А., Ахмедов Ш.Д. История, реальность и перспективны обеспечения населения РФ бесплатной высокотехнологичной медицинской помощью. Журнал Организация здравоохранения и обще

## **ГИСТЕРЭКТОМИЯ ОТАСЫНАН КЕЙІНГІ ОҢАЛТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ МЕН ШЕШІМДЕРІ**

*Абдрахманова А.Д.  
Ғылыми жетекші: PhD Искакова А.М.  
Семей Медициналық Университеті,  
Семей қ., Қазақстан Республикасы  
e-mail: [nomarova-84@mail.ru](mailto:nomarova-84@mail.ru)*

Гистерэктомия бүкіл әлемде жиі жасалатын гинекологиялық операциялардың бірі болып табылады. Соңғы жылдары хирургиялық емдеуді қажет ететін репродуктивті жүйесінің ісік індеттері бойынша айтарлықтай өсу тенденциясы байқалды. Сондықтан жатырды алып тастау отасын жасатқан науқастар мөлшері тұрақты түрде өсуде.

Статистикалық мәліметтерге сүйенсек әйелдердің 20-дан 63% -ға дейін 55 жаста гистерэктомия отасына жүгінеді.

Гистерэктомияға көрсеткіштері: жатыр миомасы, эндометриоз, жатырдан көп мөлшерде қан кетуі, жатыр гиперплазиясы, жатырдың, жатыр мойнының, аналық безінің обырлары, жатырдың пролапсы. Осындағы жатыр миомасы себебіне байланысты жасалатын гистерэктомия 45%-ды құрайды. Жатыр миомасының 80% симптомсыз өтеді екен және кездейсоқ анықталады, ал 20% бедеулік, қайталанатын қан кетулер, жиі зәр шығу, іштің төменгі бөлігіндегі ауырсыну, ыңғайсыздық мазалайтын шағымдарына байланысты гинеколог дәрігеріне келгенде анықталады. Яғни, шағымдары өмір сапасына кері әсерін тигізіп, жиі консервативті ем қонбайтын кездерде байқалады.

Жатыр миомасының қазіргі кездегі консервативті емдеуі сантүрлі болғанмен пациенттердің 80% -на дейін гистерэктомияға әлі де жүгінеді. Заманауи хирургияның жетістіктері жатыр миомасы үшін хирургиялық араласуды толық қалпына келтіруге кепілдік беретін тиімді, қауіпсіз және радикалды емдеу әдісі ретінде қарастырады.

Әдебиеттерге сүйенсек, гистерэктомиядан кейінгі өмір сапасын авторлар екі түрлі сипаттайды. Кей авторлар отадан кейін әйелдерде вегетативтік-тамырлық, метаболикалық, психоэмоционалдық, урогенитальды, жыныстық бұзылулардың кең ауқымының пайда болуы туралы сипаттайды. Жатыр әйел үшін маңызды ағза болып саналып, жатырды алып тастау отасының сұрағына келгенде көбінесе жалғыз шешеді. Отадан кейін жақын-жуықтарына, жолдасына айтпай, эмоционалды- психологиялық қолдау көрмей, депрессияға ұшырап, өмір сапасы күрт төмендейді. Өздерін әйел ретінде қабылдамай, жасқанып сырт өмірден жабылып қалуы тағы бар деген тұжырымдар көп. Ал екінші топтағы авторлардың зерттеулеріндегі қорытынды керісінше, әйелдерді мазалап, физикалық шектеулер қойған симптомдар өмір сапасын төмендеткен, хирургиялық ем бұл симптомдарды тұрақты жойып, өмір сапасын бірсыпыра жақсартты дейді.

Гистерэктомия жиілігі бойынша кесар тілігінен кейін екінші орында тұрғанмен осы хирургиялық араласудан кейінгі науқастарды кезеңді кешенді оңалтудың қажеттілігі мен ерекшеліктері туралы ақпарат жеткіліксіз. Сондықтан жатырды алып тастау отасынан кейінгі оңалту мәселесі үлкен ғылыми қызығушылық тудырады.

Жатырды алып тастағаннан кейін пайда болатын асқынулар әйелдердің толыққанды күнделікті өміріне теріс әсер тигізуі мүмкін екенін ұмытпау абзал. Репродуктивті ағзаларынан айрылса да, «фертильді емес» деп гинекологтардың есептерінде тұрмау, реабилитация алгоритмінің болмауы дұрыс емес.

Гистерэктомиядан кейінгі науқастарды оңалту- жақсарту тактикасын жетілдіру тәжірибелік гинекологияға өте маңызды, өзекті мәселелерінің бірі болып табылады, және де оңалту жүйесін қолдану хирургиялық емдеудің нәтижелерін сапаландырып, асқынуларды күрт төмендетеді. Жатырды алып тастау отасының басым бөлігі жатыр миомасына байланысты болғандықтан, сырқаттың алдын алуы мен дер кезінде анықтау, консервативті немесе аз инвазивті ота жасау



*International scientific and practical conference of youth scientists*  
**«SCIENCE AND YOUTH: NEW CHALLENGES AND SOLUTIONS»**

арқылы емдеуге мүмкіншілік туғызады. Сондықтан 35-40 жастағы әйелдерді УДЗ-дің скринингтарынан өтуді міндеттеу қажет.

## **ВЛИЯНИЕ ПЕРЕНОСА ОЛИМПИЙСКИХ ИГР В ТОКИО 2020 ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА ПОДГОТОВКУ СПОРТСМЕНОВ**

*Абдулла Венера, Нысанбаева Кульман  
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», Алматы  
Сагоэ Доминик Кафедра психосоциальных наук,  
Бергенский университет, Берген, Норвегия;  
PhD, профессор Глушкова Наталья  
Казахский национальный университет им. аль-Фараби,  
г.Алматы, Казахстан  
e-mail: [abdulla\\_venera@mail.ru](mailto:abdulla_venera@mail.ru)*

Последствия пандемии COVID-19 оказали большое негативное влияние на множество различных аспектов жизни общества, в частности, на спорт. Олимпийские игры в Токио 2020 года были отложены из-за пандемии COVID-19. Это вызывает озабоченность по поводу влияния переноса и пандемии на спортсменов и их подготовку. В настоящем исследовании изучается, как казахстанские профессиональные спортсмены пережили перенос Олимпийских игр, а также влияние пандемии на их психическое здоровье и физическую активность.

### **МЕТОДЫ**

Мы провели качественное исследование, используя индуктивный подход тематического анализа. Качественное исследование включало 20 индивидуальных глубинных интервью с казахстанскими профессиональными спортсменами, прошедшими квалификационный отбор на участие в Олимпийских и Паралимпийских играх в Токио. Для проведения качественного анализа использовалась компьютерная программа MAXQDA.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ**

Исследование выявило проблемы, с которыми сталкиваются спортсмены во время подготовки к Олимпийским и Паралимпийским играм в условиях ограниченных и сложных тренировочных условий. Проведя глубинные интервью со спортсменами в разгар пандемии и за 1 месяц до начала Олимпийских и Паралимпийских игр в Токио, мы обнаружили, что большинство участников исследования негативно отнеслись к переносу Игр. Четырнадцать спортсменов негативно отреагировали на отсрочку, выразив разочарование тем, что они упорно тренировались, чтобы быть в лучшей форме к соревнованиям. Они выразили беспокойство за свою спортивную карьеру, особенно за потерянное время. Они перешли на онлайн и домашние тренировки, но выразили неудовлетворенность качеством таких тренировок по таким причинам, как отсутствие оборудования и благоприятных условий. Результаты данного исследования акцентируют внимание на влиянии переноса Олимпийских и Паралимпийских игр 2020 года в Токио в связи с пандемией COVID-19 на подготовку профессиональных спортсменов к Играм, психическое здоровье и благополучие этой специфической группы населения. Более половины спортсменов испытывали повышенный стресс и тревогу из-за пандемии COVID-19, что привело к трудностям с концентрацией на своих тренировочных программах. Многие участники сообщили о потреблении высококалорийной пищи, нерегулярном режиме питания и эмоциональном питании во время разгара пандемии. Большинство участников использовали различные стратегии преодоления, чтобы смягчить психологический дистресс.

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В настоящем исследовании представлены первые эмпирические доказательства изнурительного воздействия переноса Олимпийских и Паралимпийских игр, а также пандемии COVID-19 на казахстанских профессиональных спортсменов. В данном исследовании обсуждаются последствия для практики и будущих исследований, а также подчеркиваются меры, важные для решения возникших проблем.



**ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖОҒАРЫ ОҚУ ОРЫНДАРЫНЫҢ СОҢҒЫ ЖЫЛДАРДАҒЫ ЖАРИЯЛАНЫМДЫҚ БЕЛСЕНДІЛІГІНІҢ НӘТИЖЕСІ**

*Ажибаева-Купенова Д.Т.*  
 Магистр, научный сотрудник  
 «South clinical & Genetic laboratory»  
 Южно-Казахстанская медицинская академия,  
 г.Шымкент, Казахстан  
 e-mail: [danakupen303@mail.ru](mailto:danakupen303@mail.ru)

Жалпы жарияланым белсенділігі бұл ғылыми жарияланым түрінде бейнеленген автордың немесе белгілі бір ұжымның ғылыми-зерттеу қызметінің нәтижесі және ол жарияланым саны, әр жарияланым юойынша дәйеккөз нормасы сынды көрсеткіштер бойынша бағаланады [1,2,3].

«Қазақстан-2050» стратегиясы, «Қазақстан Республикасын дамытудың 2025 жылға дейінгі стратегиялық жоспары», «Бес институционалды реформаны жүргізудің нақты 100 қадамы» сияқты аса маңызды стратегиялық құжаттарда көрсетілгендей елдің дамуы инновациялық және ғылымды қажетсінеді [4,5].

Ғылыми зерттеулер Халықаралық рецензиялық журналдарда ғылым мен техникаға бағытталған мақалаларды жариялау ұйымдардың, сонымен қоса бүкіл еліміздің дамуының көрсеткіші болып табылады. Елдің жарияланымдық белсенділігі ғылыми қызмет саласындағы мемлекеттердің жалпы көрсеткішін есептеудегі негізгі өлшемдердің бірі.



Соңғы жылдары қазақстандық ғалымдар медицина саласы бойынша жарияланымдық белсенділігін арттырып келеді [4].

**ЗЕРТТЕУ МАҚСАТЫ.** Медицина саласы бойынша Қазақстандық медициналық ЖОО-ның жарияланымдық белсенділігін анықтау. Міндеттері: 1. 2015-2021 жылдардағы Қазақстан Республикасы ғалымдары мен әлем ғалымдарының медицина саласы бойынша жарияланымдық белсенділігінің динамикасын анықтау. 2. Азиядағы медицина саласындағы қазақстандық ғалымдардың рейтингін айқындау.



**ЗЕРТТЕУ МАТЕРИАЛДАРЫ МЕН ӘДІСТЕРІ.** Мақалада Scimago[6] халықаралық рейтингтік журналының мәліметтері пайдаланылды, сонымен қатар алынған статистикалық мәліметтерге салыстырмалы талдау қолданылды.

**НӘТИЖЕЛЕР МЕН ТАЛҚЫЛАУЛАР.**

Кесте 1. Қазақстан республикасының медицина саласы бойынша әлемдегі рейтингі.

Country	Documents	Citable documents	Citation	Self-Citations	Citations per Document	H index
1  <b>United States</b>	13161	12650	190749	109457	14.49	126
2  <b>United Kingdom</b>	4688	4164	64236	24804	13.70	102



Country	Documents	Citable documents	Citation	Self-Citations	Citations per Document	H index
3  Australia	2192	1974	21647	6413	9.88	61
96  Kazakhstan	7	7	34	3	4.86	3

Бірінші кестеден көріп тұрғандай 1996 жылдан бастап 2020 жылға дейін Қазақстан Республикасы медицина саласы бойынша 160 мемлекеттің ішінде 96 орынға жайғасқан. Көрші отырған Ресей мемлекеті 38 орында. Мұндағы жарияланым саны 213, ғылыми жұмыстарының ішінен әр жұмыс 2,08 рет келтірілген (салыстыру үшін, бұрын айтылғандай, әлемдік аренада көшбасшы болып табылатын АҚШ – тың жұмыстарының саны-14,49). Азияда Қазақстан Республикасы 17 - ші орында мақалалар саны - 7, Хирш индексі-3, көшбасшы Оңтүстік Корея мемлекеті, мақалалар саны - 461, Хирш индексі-22.

Соңғы бес жылда, яғни 2016-2020 жж. (график 2) көрсетілгендей 175 жұмыс жарияланған, оның 125-і дәйеккөз ретінде қарастырылған.

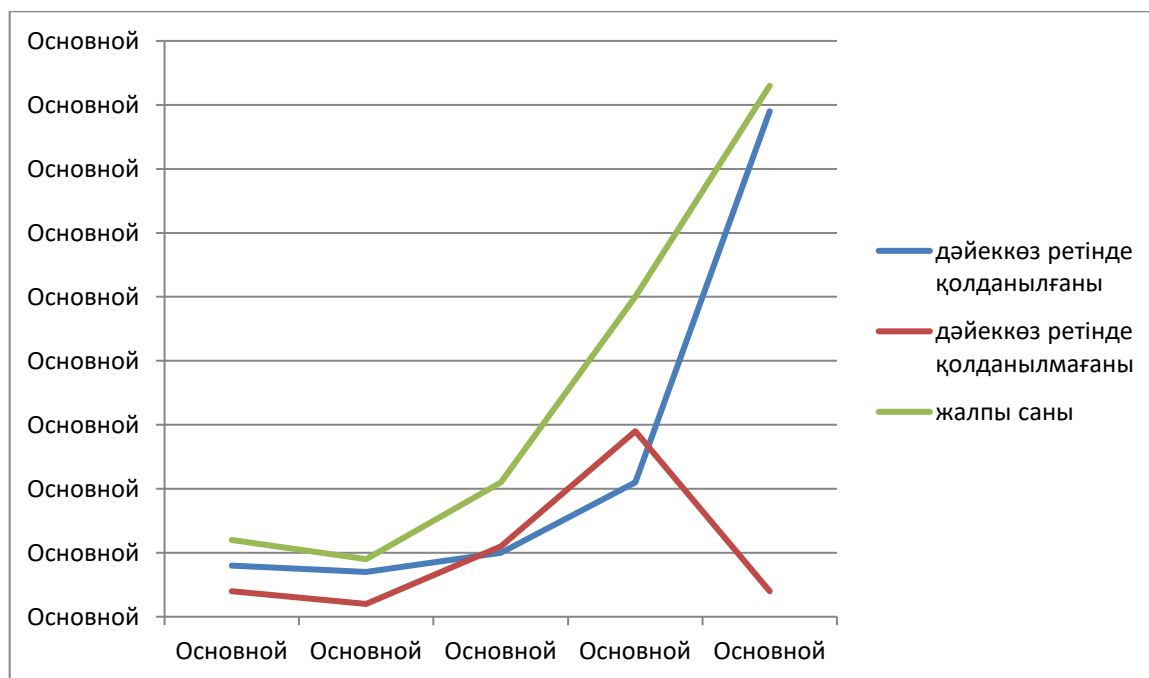


График 2. 2016-2020 жж. жарияланымдық белсенділік.

Графиктен жарияланымдық белсенділіктің артқандығын аңғаруымызға болады. 2016 жылы 12 жұмыс, 2017 – 9, 2018 – 21, 2019 – 50, 2020 – 83 жұмыс әлемдік деңгейде рейтингі жоғары журналдарда жарияланған, соның ішінде дәйеккөз ретінде 2016 жылы 8 жұмыс, 2017 – 9, 2018 – 10, 2019 – 21, 2020 – 79 жұмыс пайдаланылған.

Бұл көрсеткіштің ұлғаюының себебі рейтингтік бағалау әдістемесінің ынталандырушы сипатын, сондай-ақ тіл меңгерудің артуын, мемлекеттік гранттар санының артуы деп білемін.

Қорытынды. Scimago журналының базасына сәйкес Қазақстан Республикасының медицина саласы бойынша жарияланымдық белсенділігінің әлемдік деңгейде және Азия өңірінде артып келе жатқанын көруге болады, алайда әлемдік көшбасшылардан айтарлықтай артта қалып отыр. Осыған сәйкес біз жоғары білікті кадрлардың санын көбейту, сондай-ақ оны белсенді дамыту мақсатында қаржыландыруды ұлғайту арқылы осы салада ғылыми зерттеулер жүргізу үшін жағдайларды жақсартуды ұсынамыз. Жоғарыда айтылғандарды ескере келе, біз қазақстандық ғалымдардың ғылыми қызметінің прогресі артты, бірақ ғылым дамуының қазіргі қарқыны әлемде жетекші орын алатын елдермен салыстырғанда жеткілікті емес екенін ескеруіміз керек.

Қазіргі уақыттағы наукометрияның пайдалы құралдарын пайдаланып, оның негіздерін әрбіріміз меңгеруіміз керек. Дегенмен, жарияланым мен дәйеккөз санының ұлғаюын ғылыми жұмыстың басты мақсаты деп санау әрине қателік. Керісінше, оларды ғылыми зерттеудің сатысы, оның жоғары деңгейін растайтын ғылыми қызметті ұйымдастыру, ғылымды дамыту және оның сапасын арттыру мемлекеттік саясат деңгейінде талдау мен жоспарлаудың құралы ретінде қарастыруға болады.

Жас ғалым өз бағытын, оның ішінде беделді ғылыми журналдарда жарияланымдар саласында неғұрлым ерте бастаса, соғұрлым ол өзіне көбірек мүмкіндіктер ашады.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1 Yessirkepov M, Nurmashiev B, Anartayeva M. A scopus-based analysis of publication activity in Kazakhstan from 2010 to 2015: positive trends, concerns, and possible solutions. *J Korean Med Sci*. 2015;30 (12):1915-9.

2 Абдукаримова А. Ш. Публикационная активность казахстанских учёных по специальности математика с 1996 по 2017 года. *Материалы международной научной конференции: VI международные фарабиевские чтения*; Алматы, Казахстан, 2019 Апрель 2-12; Алматы, РК: Қазақ университеті; 2019;5:17-9.

3 Койков В. В, Аканов А.Б, Абдуажитова А.М, Аубакирова А.С, Отаргалиева Д.Д, Умбетжанова А.Т. Оценка результативности научной и инновационной деятельности медицинских ВУЗов и научных организаций Республики Казахстан. *Journal of Health Development*. 2021; Т. 1. – №. 41. 4-21 с.

4 Койков В. В, Умбетжанова А.Т, Аканов А.Б, Абдуажитова А.М, Аубакирова А.С, Отаргалиева Д.Д. Оценка результативности и конкурентоспособности научной и инновационной деятельности организаций медицинской науки и медицинских ВУЗов. *Journal of Health Development*. 2020; Т. 1 (35).4-23 с.

5 Койков В. В, Умбетжанова А.Т, Аубакирова А.С, Абдуажитова А.М, Мергентай А. Ранжирование медицинских вузов и научных организаций, как инструмент повышения конкурентоспособности научной и инновационной деятельности в здравоохранении. *Journal of Health Development*. 2015; №. 2 (15). 22-30 с.

6. [www.scimagojr.com](http://www.scimagojr.com)

## **БАЛАЛАР КҮЙІК ЖАРАҚАТЫННЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ**

*Айдар Алия магистрант,  
Ғылыми жетекшісі: м.ғ.к., доцент Сарсенбаева Г.Ж  
Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы  
Шымкент қ., Қазақстан Республикасы  
e-mail: [turaidar\\_aa@mail.ru](mailto:turaidar_aa@mail.ru)*

**ТҮЙІНДЕМЕ.** Қазіргі таңда, балалардағы күйік жарақаты заманның өзекті мәселесінің бірі болуда. Еуропа елдерінде күйік, жалпы жарақат алған балалар өлімінің 3 орнын иеленеді және күйік жарақаты медициналық, сондай-ақ әлеуметтік-экономикалық мәселелер туындауда. Жұмыста, 2020-2021 жылдары Шымкент қаласының 0-14 жастағы әр түрлі дәрежеде күйік жарақатын алып ОКБА ем қабылдаған 843 баланың күйікке шалдығу жағдайының негізгі себеп-салдары зерттелді. Нәтижесінде, балалар күйік жарақатының басым бөлігі тұрмыстық жағдайда, 0-2 жастағы балаларда ыстық сұйықтық, мектепке дейінгі және мектеп жасындағы балаларда ашық от жалыны мен химиялық заттар әсерінде, ата-аналар мен жауапты қызметкерлердің қарауынсыз қалған мерзімінде орын алатыны айқындалады.

**ТҮЙІНДІ СӨЗДЕР:** жас балалар, күйік жарақаты, термиялық күйік, химиялық күйік.

**ӨЗЕКТІЛІГІ:** Бүгінде, әлем елдерінің балалары мен жасөспірімдерінің абайсызда күйік жарақатына шалдығуы, жаңа медициналық-әлеуметтік маңызға ие болып отыр. Қоғамдық денсаулық сақтау және білім беру, халықты әлеуметтік қорғау органдарының негізгіде, күрделі мәселесінің бірі ретінде, 0-14 жастағы балаларда орын алатын және ықтималды орын алу мүмкіндігінде, күйікті алдын алудағы іс-шаралардың негізгі ұстанымдарын қарастыру болмақ [1,2].

ДДСҰ мәлімдеуінше, әлемде күйік жарақаты әржылда 180 мың. жағдайда адам өлім-жітімі себепшісі болып, орын алған жарақаттардың шамамен 6% тек, термиялық күйік жарақатының үлесіне тесілі [3]. Еуропада күйік барлық жарақат алған балалардың өлім-жітім себебі ретінде 3 орында болса [3,4], Ресейде балалардың күйіктен өлім-жітім көрсеткіші 1,2-10% құрайды [5,6]. Адам өлімсіз орын алған күйік жарақаты, ауруға шалдыққан науқастың ұзақ мерзімде емделуінің, тәнге сүйкімсіз дене тыртықтарының, тіптен науқастың мүгедектікке шалдығуының негізгі себептері болмақ [7].

Дүниежүзілік ДСҰ ұсынған, «Күйік жарақатын алдын алудың әлемдік стратегиясы» аясында, елімізде балалар мен жасөспірімдер арасында күйік жарақатының нақты орын алуы мүмкін қауіп-қатер факторларын алдын алуға және болдырмауға, қауіпті топ қатарындағы халықты күйік жарақаты, ондағы алғашқы кезек күттірмейтін медициналық көмек көрсету қағидалары жөнінде ақпараттандыру шараларын енгізу қарастырылған. Аталған іс-шараларды тәжірибе жүзінде енгізу алды, Шымкент қаласы 0-14 жасқа дейінгі балалар арасында күйік жарақатының тіркелуінің әлеуметтік-тұрмыстық себеп-салдарын, ондағы ата-аналарының іс әрекеттеріне сипаттама беру, оған талдау жасау маңызды болмақ және бұл осы зерттеу жұмысының мақсаты болды.

**ЗЕРТТЕУ НЫСАНДАРЫ МЕН ӘДІСТЕРІ:** Шымкент қаласында 2020-2021 жылдары аралығында, 0-14 жастағы балалардың күйік жарақатынан зардап шегу жағдайында медициналық көмекке жүгінген 2342 науқастың, оның ішінде ОКБА «реанимация» және «күйік» бөлімшесінде ем қабылдаған 843 науқастың медициналық құжаттары бойынша клиника-статистикалық зерттеулері жүргізілді. Оның, нәтижелері вариациялық статистика және корреляциялық әдістерінде бағаланды.

**ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІ МЕН ОНЫ ТАЛДАУ:** Зерттеуіміздің 2020-2021 жылдары, Шымкент қаласының 0-14 жас аралығындағы күйік жарақатына шалдыққан балалардың абсолюттік саны 2342 науқасты құраған. Онда алған жарақатың ауырлығына байланысты 1499 (64,1%) науқасы амбулаториялық емді және 843 (35,9%) науқасы ОКБА реанимация және күйік бөлімшесінде

стационарлық емді қабылдаған. 2020 жылы күйік жарақатын 1356 науқас алса, оның 878 (37,6%) амбулаториялық емді және 478 (20,4%) стационарлық жағдайда, сәйкесінше 2021 жылы 986 балалар жарақаттанса, оның 621 (26,5%) амбулаториялық, 365 (15,5%) стационарлық жағдайда ем қабылдағандарды құрады.

Науқастардың басым бөлігі 2149 (91,7%) дененің термиялық күйік жарақатын және кемінде 193 (8,3%) химиялық күйік жарақатын алған. Ондағы, 2342 науқас балалардың топтық құрылымы бойынша, 1028 (43,9%) үйде тәрбиеленетін ұйымдаспаған топтың балалары, 592 (25,3%) ұйымдасқан топтың, яғни бала-бақшаға баратын және 722 (30,8 %) жалпы білім беру ұйымында тәрбиеленетін балаларды құраған. Амбулаториялық ем қабылдап жүрген балалардың 681 (45,4%) ұйымдаспаған топтың, ал 423 (28,2%) бала бақшаға және 395 (26,4%) мектепке баратын балалар болып, ал стационарлық ем қабылдаған балалардың 347 (41,2%) ұйымдаспаған топтың және ұйымдасқан топтың 169 (20,0%) бала бақшаға, 327(38,8%) мектепке баратын балалар болды.

Күйік жарақатына шалдыққан науқастарға көрсетілетін кезек күттірмейтін алғашқы медициналық көмек (диагностика, емдеу тәсілін қолдану) науқастың ерте айығуына, оң әсерін туғызатыны мәлім. Зерттеуімізде, жарақат алып, амбулаториялық ем тағайындалған 1499 науқастың ішінде; 6 сағат аралығында - 77,2%, 6-12 сағатта - 12,1%, 12-24 сағатта - 9,5% және 24-48 сағатта - 1,2% науқасқа медициналық көмек көрсетілген, ал стационарлы жағдайда ем қабылдаған 843 науқастарда; 6 сағат аралығында - 56,3%, 6-12 сағатта - 9,8%, 12-24 сағатта - 3,2%, 24-48 сағатта - 17,4% және 2 тәуліктен аса мерзімде - 13,3% жедел мамандандырылған медициналық көмек көрсетілген.

Зерттеуімізде, балалар арасында орын алған күйік жарақаты, жылдың мезгілдеріне сәйкес балалардың сабақтан тыс демалыс мерзімдерінде тіркелген және ондағы ауршаңдық 31,3% жаз мезгіліне, 25,6% күз мезгіліне және 24,5% жылдың көктемгі мезгілінде, ал ең кемі 18,6% жылдың қыс мезгілінде орын алған. Бұл жағдайлар балалардың демалыс мезгілінде, ата-аналар мен тәрбиешілердің қарауынсыз қалуымен байланыстыруға болады. Орын алған жарақаттардың тәуліктік сағаттарда, яғни күндізгі сағат 12.00-18.00 аралығында - 1096 (46,8%) науқаста, ал 824 (35,2%) науқаста сағат 6.00-12.00 аралығында және кешкі сағат 18.00-24.00 аралығында - 171 (7,3%), сондай-ақ түнгі уақытта сағат 24.00-6.00 аралығында тіркелуі, оған дәлелді жағдайды айқындайды.

Күйік жарақатына шалдыққан 2342 балалар арасында, ұл балаларының жарақаттануы 57,3% болып, қыз балаларына (42,7%) қарағанда анағұрлым артық тіркелуі, ұл балаларының зеріктілігі мен белсенділігімен сипатталады. Жарақаттанудың ауырлығы, оның көлемі мен күйіктің орналасуы, тіндердің жарақаттану тереңдігі көбіне балалардың жасына байланысты болып келуде. Оған науқастардың жасына байланысты жүргізілген талдау көрсетеді, онда ерте жастағы сәбилер мен балалардың, яғни 0 жастан 2 жасқа дейінгі балаларда термиялық күйік жарақатының орын алуы - 41,1% құраған және 24,1% мектеп жасындағы бастауыш сынып оқушылары 7 жастан 10 жасқа дейінгі балалар арасында, сәйкесінше 20,0% 3 жастан 6 жас аралығындағы балаларда және төменгі көрсеткіште мектеп жасындағы жоғарғы сынып 11 жастан 14 жас аралығындағы оқушылар арасында - 14,8% тіркелуі байқалды.

Күйік жарақатының орын алу себебін талқылауда, науқас балаларда химиялық күйік жарақатынан қарағанда, алдыңғы қатарда термиялық күйік тіркелу жағдайы орын алады. Бұл келеңсіз жағдайлар жаңа туылған сәбиден 2 жасқа дейінгі балаларда - 93,3% ыстық сұйықтық, ал қызып тұрған заттар - 6,2 % және қондырғылардағы электр тоғы - 0,5% себепкер болған. 2 жастан 4 жасқа дейінгі балаларда - 89,2% ыстық сұйықтық, қызып тұрған заттар - 5,5%, ашық от жалыны - 4,8% және қондырғылардағы электр тоғы - 0,5% себепкер болған, ал 4 жастан 7 жасқа дейінгі балаларда - 54,6% ыстық сұйықтық, қызып тұрған заттар - 11,6%, ашық от жалыны - 24,6% және қондырғылардағы электр тоғы - 6,1%, сондай-ақ тұрмыстық химиялық заттар - 0,8% себепкер болған. Сәйкесінше, 7 жастан 10 жасқа дейінгі мектептегі балаларда - 28,6% ыстық сұйықтық, қызып тұрған заттар - 6,4%, ашық от жалыны - 37,4%, ыстық бу - 3,4%, қондырғылардағы электр тоғы - 7,4% сондай-ақ тұрмыстық химиялық заттар - 2,5% және қышқылдар мен сілтілер - 14,3% себепкер болған. 10 жастан 14 жасқа дейінгі мектептегі балаларда - 22,6% ыстық сұйықтық, 3,2%

қызып тұрған заттар, ашық от жалыны - 42,8%, ыстық бу - 4,8%, қондырғылардағы электр тоғы - 4,1% сондай-ақ тұрмыстық химиялық заттар - 15,3% және қышқылдар мен сілтілер - 7,2% себепкер болғаны және топтағы балалардың жастық психофизиологиялық ерекшеліктерімен тікелей байланыста болатыны анықталады.

Науқастарда орын алған күйік жарақатының орналасуы, басымдылықта бір мезгілде түрлі дене мүшелерінің тері жабындыларының жарақаттануы - 64,8%, аяқ пен табанның жарақаттануы - 16,4% және қол мен алақанның жарақаттануы - 12,3%, оның ішінде жеке саусақтардың жарақаттануы - 67,5% құрайды. Сәйкесінше, дене мүшесінің тері жабындысының жарақаттануы 4,1% және бастың түкті терісі, бет пен мойын мүшелерінің жарақаттануы - 2,4% орын алғаны айқындалады.

Күйік жарақатының ауырлығы мен орналасуына, ішкі тіндерді зақымдау тереңдігіне т.б. байланысты, 4 дәрежеге бөлінеді. Зерттеуімізде, I дәрежелі күйікке шалдыққан 75,2% науқас балалар анықталып, денеде (эпидермиялық күйік) қысқа немесе төмен қарқынды экспозицияның салдарынан беткі тері қабатының зақымдалуы орын алады. II дәрежелі күйікке шалдыққандар саны 22,3% құрады, онда клиникалық белгісі ретінде беткейлік терінің күйдіруі, эпидермиялық некрозбен жалғасуы, сұйықтық жинақталған бөртпенің, тері жабындысының ісінуі орын алған. Ал, III дәрежелі күйікке шалдыққандар саны 2,5% құрап, онда IIIa дәрежесі - 1,5% науқаста, терінің базальды қабаты зақымдануы және IIIb дәрежесі - 1,0% науқаста, терінің бүкіл қалыңдығына және тері асты қабатының некрозы болуымен сипатталды және IV дәрежелі күйік немесе субфасциялық күйік орын алмады.

**ҚОРЫТЫНДЫ:** Шымкент қаласының 0 жастан 14 жасқа дейінгі балалар арасында орын алған күйік жарақатының басым бөлігі, тұрмыстық күйікпен сипатталады. Ауруханаға жатқызылып ем тағайындалған балалардың көбінде (41,1%) төменгі жастағы балаларды құрайды. Күйіктің себебі, зақымдаушы агенттің түрлері балалардың жасына тікелей байланысты болады. Сәбилер мен 2 жасқа дейінгі балаларда, бірінші орынға ыстық сұйықтықтан орын алған күйік, мектепке дейінгі және мектеп жасындағы балаларда ашық от жалыны мен химиялық агенттер әсерінде алынған күйіктер саны артады.

Зерттеуде алынған нәтижелер, 0-14 жастағы балаларға арналған «күйік жарақатын алдын алудың» кешенді іс-шараларын қарастыруды қажет етеді. Мәселені шешуде ата-аналарды, білім беру, денсаулық сақтау ұйымдары мен бұқаралық ақпарат құралдарын бірге жұмылдырып, жұмыс атқаруын ұйымдастыруды қолға алу қажеттілігі айқындалады.

#### **ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР:**

1 Нуштаев И.А., Нуштаев А.В. Социально-медицинские аспекты ожогов у детей // Детская хирургия, – 2019, – №2, – С.22-24.

2 Глуткин А.В., Ковальчук В.И. Термический ожог кожи у детей раннего возраста (опыт эксперимента и клиники). Гродно: ГрГМУ, – 2016, – 180 с.

3 Сахаров С.П. Эпидемиология детского ожогового травматизма // Детская хирургия, – 2013, – №2, – С.29-31.

4 Ханенко О.Ф. Причины ожоговой травмы у детей // Здоровоохранение, – 2019, – №2, – С.78-80.

5 Занина И.А., Раздорская И.М., Чембарцева И.В. Медико-социальные аспекты ожогового травматизма у детей // Здоровье и образование в XXI веке, – 2018, – № 3, – Т.10, – С.1449-1450.

6 Ожоги мирного времени, источники опасности / В.А. Соколов, Н.А. Ефименко, А.Л. Адмакин, С.А. Петрачков, А.А. Степаненко // Клиническая медицина, – 2015, – №6, – С.30-35.

7 Интенсивная терапия при обширных термических ожогах у детей / Т.А. Джумабеков, У.Е. Маханова, У.С. Солтанбекова, К.Д. Стыбаев // – Медицина, – 2018, – №4 (190), – С.7-9.





## **РАЗРАБОТКА СОСТАВА И ТЕХНОЛОГИИ КРЕМА С ЭКСТРАКТОМ АЛОЭ**

*Айнабекова Д.Б., Курманбаева И.А.*  
*КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова*  
*г.Алматы, Казахстан*  
*e-mail: [ainabekovadinara32@gmail.com](mailto:ainabekovadinara32@gmail.com)*

**РЕЗЮМЕ.** Всесторонне изучив химический состав растения Алоэ, мы выяснили, что содержащиеся в нем биологические активные вещества ускоряют регенеративную способность кожи, обновляют ее и укрепляют защитный слой кожи. Основываясь на этих свойствах алоэ, мы разработали противовоспалительный и бактерицидный крем из экстракта алоэ. В данной работе описываются входящие основные компоненты крема и их индивидуальное действие на кожу.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** алоэ экстракт, цетеариловый спирт, масло подсолнечное, масло абрикосовых косточек, полисорбат 80, карбоксиметилцеллюлоза.

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Алоэ, получившее название «чудо-растение» или «волшебная целительница», славится своими целебными свойствами и является одним из самых природных источников, открывающим путь к здоровью человека. Алоэ используется как в народной медицине уже более 2000 лет. Многочисленные исследования показали, что экстракт листьев Алоэ является незаменимым средством при лечении ран на коже. Растение Алоэ очень богато витаминами А,Е,В, С, необходимыми для кожи, а также запасами многих полисахаридов, питательных веществ, минералов, ферментов и белков. Является лекарством от ожогов кожи, ожогов от солнца, мелких травм и таких заболеваний, как импетиго, себорея, экзема.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Основной задачей проведенных исследований является изучение химического состава сырья Алоэ (*Aloe arborescens*) и получение жидкого экстракта по методу В. П. Филатова. Для дальнейшего добавления в состав крема мы получили экстракт в виде сухого порошка, высушив его с помощью роторного испарителя. Нами были использованы компоненты входящие в состав – растительного происхождения и методы химического и физико-химического анализа.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Исследования проводились на группе антрахинонов, которые обладают противовоспалительными и бактерицидными свойствами, содержащимися в растительном сырье алоэ. 1 мл экстракта алоэ анализировали методом газовой хроматографии с масс-спектрометрическим детектированием (7890А/5975С). объем образца 3,0 мкл, температура ввода пробы 250 °С, без деления потока. Разделение проводили с помощью хроматографической капиллярной колонки DB-35MS длиной 30 м, внутренним диаметром 0,25 мм и толщиной пленки 0,25 мкм при постоянной скорости газа-носителя (гелий) 1 мл/мин. Температуру хроматографирования программируют от 40 °С (выдержка 0 мин) со скоростью нагрева 10 °С/мин до 150 °С (выдержка 5 мин), далее со скоростью нагрева 5 °С/мин до 280 °С (выдержка 10 мин). Детектирование проводят в режиме SCAN m/z 34-850. Для управления системой газовой хроматографии, регистрации и обработки полученных результатов и данных использовали программное обеспечение Agilent MSD ChemStation (версия 1701EA). Обработка данных включала в себя определение времен удерживания, площадей пиков, а также обработку, спектральной информации полученной с помощью масс-спектрометрического детектора. Для расшифровки полученных масс-спектров использовали библиотеки Wiley 7th edition и NIST'02.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Таблица 1. Результаты хроматографического анализа экстракта алоэ.

№	Время удерживания, мин	Антрахиноны	Вероятность идентификации, %	Процентное содержание, %
1	12,15	Aloenin A	96	28,3
2	17,11	Barbaloin-A	93	12,6
3	22,47	Aloe-emodin	81	5,5

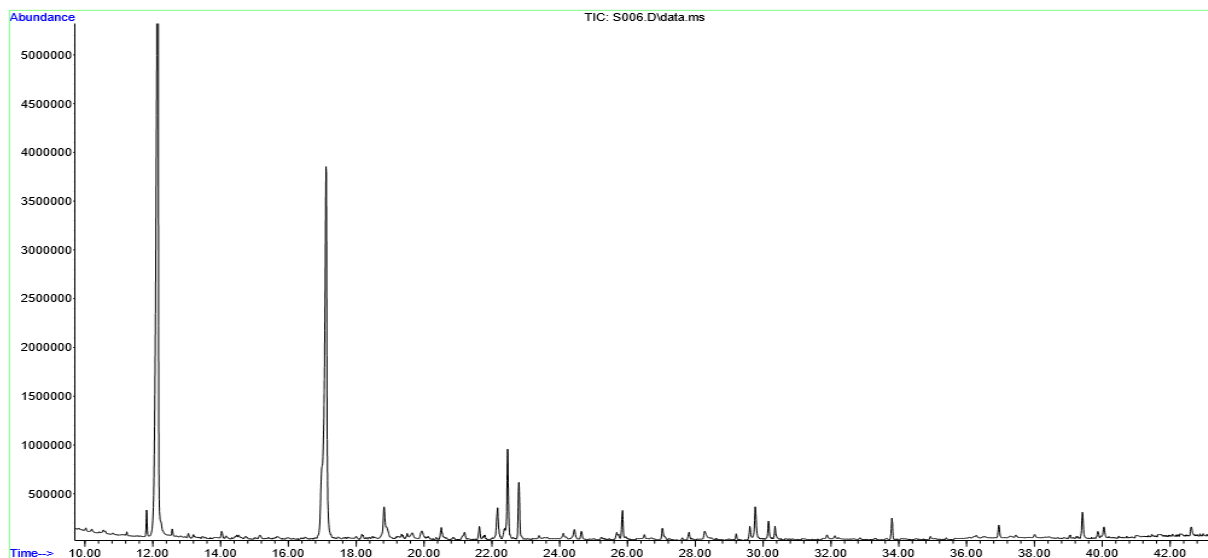


Рисунок 1. Хроматограмма экстракта алоэ

**ОБСУЖДЕНИЕ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Алоэ, входящее в состав нашего крема, является лекарственным растительным сырьем. Богатый состав алоэ является одним из растений, полностью подходящих для использования в качестве лекарственного средства. В настоящее время это растение используется в качестве косметического и пищевого сырья, а также в качестве многих пищевых активных добавок.

*Лист Алоэ содержит более 75 питательных веществ:*

Алоэнин- одно из биологически активных веществ, содержащихся в алоэ, он снимает воспаление при травмах на коже и ускоряет заживление кожных покровов.

Барбалоин- оказывает бактерицидное действие на травмы кожи и эффективен в профилактике дерматологических заболеваний.

Сапонины-это набор гликозидов, которые очищают организм от токсинов и обладают антимикробными свойствами.

Фолиевая кислота-очень важна для развития клеток крови, а также для организма женщины, которая беременна или планирует беременность.

Энзимы-в общем алоэ содержится очень много энзимов. Их основная функция помогает регулировать пищеварение, разлагая поступающую в организм пищу на мелкие части.

Стероиды-помогают предотвратить или вылечить воспалительные процессы в организме.

Салициловая кислота является компонентом, который играет роль аспирина в болеутоляющем организме.

Лигнины-через этот компонент активные вещества, содержащиеся в алоэ, полностью всасываются в эпидермис.



Таблица 2. Виды активных веществ, содержащихся в Алоэ.

Антрахиноны	Неорганические соединения	Сахариды	Витамины	Аминокислоты
Алоэнин	Кальций	Целлюлоза	В1	Лизин
Барбалоин	Натрий	Глюкоза	С	Треонин
Изобарбалоин	Хлор	Л-рамноза	В6	Валин
Антранол	Хром	Манноза	Фолиевая кислота	Изолейцин
Алоэтиловая кислота	Медь	Альдопентоза	$\alpha$ -токоферол	Фенилаланин
Алоэ-эмодин	Магний		$\beta$ -каротин	Метионин
Резистаннол	Железо		Холин	

Также в крем добавили подсолнечное масло (*Helianthus annuus oil*). Одно из самых ценных масел, получаемых из семян подсолнечника путем прессования. Поскольку такие экстрактные масла растительного происхождения полностью чистые, то включение их в состав косметологических кремов является очень рациональным решением. Подсолнечное масло очень мягко воздействует на чувствительную кожу и хорошо увлажняет. Также из масел, богатых составом, мы использовали масло абрикосовых косточек (*Apricot Kernel oil*). Масло абрикосовых косточек обладает отличными питательными свойствами, идеально подходит для ежедневного ночного и дневного ухода, что делает его идеальным выбором для любой кожи. Масло абрикоса прекрасно оживляет уставшую и отцветшую кожу, разглаживает мелкие морщинки, повышает эластичность кожи. Преимущества абрикосового масла: как высоко увлажняющий, смягчающий, уменьшающий воспаление, омолаживающий витаминный комплекс, антиоксиданты в составе предотвращают образование свободных радикалов. Выбор компонентов обусловлен тем, что в отличие от других синтетических веществ, состав богат природными макро и микроэлементами и витаминами. При этом эти компоненты не оказывают никакого аллергического воздействия на организм человека однако необходимо учитывать индивидуальную непереносимость. Для объединения масел и водно-базовых фаз входящих в состав крема, и придания косметическому крему необходимой текстуры мы использовали следующие виды эмульгаторов: Цетеариловый спирт (*Cetearyl alcohol*) Карбоксиметилцеллюлоза (*Cellulose gum, Carboxy Methylcellulose*), Polysorbate-80. Созданный в настоящее время косметический крем был передан специалистам для проведения анализа совместимости крема с различными типами кожи и исследования его влияния на воспаленные участки кожи.

**ВЫВОДЫ.** Таким образом, нами был проведен анализ на антрахиноны, которые оказывают противовоспалительное и бактерицидное действие в составе крема. Благодаря этому в дальнейшем есть возможность получить множество видов крема с использованием данного лекарственного растительного сырья.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1 Tiwari, M. The medicinal plant components and applications (*Aloe vera*) / M. Tiwari, Dr. Manish Upadhayay. – India : Raman University of Chattisgarh, 2018. – 1-5 с.

2Cock, I.E The Genus *Aloe* / I.E Cock. – Australia : Phytochemistry and Therapeutic Uses Including Treatments for Gastrointestinal Conditions and Chronic Inflammation, 2015. – 2-5 с.

3Константинов, Ю.М «Секреты целительной силы алоэ» / Ю.М Константинов. – Москва : Центрполиграф, 2010. – 6-8 с.

4Николаевна, Г.С Сравнительное фармакогностическое исследование листьев и побегов алоэ древовидного (*ALOE ARBORESCENS MILL.*) и алоэ вера (*ALOE VERA L. EX WEBB*) / Г.С

Николаевна. – Самара : «Самарский государственный медицинский университет», 2021. – 16-30 с.

5 Сурджуше, Амар АЛОЭ ВЕРА: КРАТКИЙ ОБЗОР / Амар Сурджуше, Решам Васани, Д. Г. Сапле. – Индия : Индийский J Dermatol, 2008. – 4 с.

6 Ладутько, А.О. Применение алоэ древовидного в медицине / А.О. Ладутько. – Белорусь : кафедра биотехнологий БГТУ, 2015. – 1-2 с.



## **ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРЫ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ОРГАНИЗОВАННОГО КОЛЛЕКТИВА ГОРОДА ШЫМКЕНТ**

*Алиева Н.А., Утепов П.Д.*  
*кафедра «Гигиены и эпидемиологии»*  
*Южно-Казахстанская медицинская академия,*  
*г.Шымкент, Казахстан*  
*e-mail: [gigienakafedra@mail.ru](mailto:gigienakafedra@mail.ru)*

**АКТУАЛЬНОСТЬ:** Коронавирусная инфекция — это тяжёлое инфекционное заболевание человечества, избирательно поражающий дыхательную систему, вызывая лёгочную недостаточность и сопровождающиеся летальным исходом заболевания. Возникшая на рубеже 2019-2020 годов, сначала в городе Ухань, провинции Хубэй и последующем распространившийся во многие страны мира, пандемия «COVID-19», этиологический связанная с вирусом тяжелого острого респираторного синдрома 2 типа (SARS-CoV-2 - Severe acute respiratory syndrome 2), стала одним из самых серьезных испытаний для глобального здравоохранения за последнее столетие [1].

По данным ВОЗ к концу 2021 года, в мире инфицировано вирусом «COVID-19» свыше 280 млн. человек, где смертность от заболевания превысил 5 млн. человек или 1,9% от всех заболевших [2]. Только, 2020-2021 годы в Республике Казахстан зарегистрировано **832840** лабораторно подтверждённых случаев заболеваемости, показателем на 100 тыс. населения 4327,0 среди населения, где летальность составила **13015** (1,56%) случаев [3,4].

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:** Эпидемиологическая оценка проводимых неспецифических мер профилактики коронавирусной инфекции среди организованного коллектива.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:** Проведен описательно-статистический анализ мониторинга за коронавирусной инфекцией и мониторинга лабораторного слежения за объектами надзора» департамента Санитарно-эпидемиологического контроля города Шымкент КСЭК, МЗ РК и оценка эффективности проводимых неспецифических мер профилактики среди организованного коллектива мегаполиса за период 2020-2021 годы.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:** В период пандемии 2020 года в Республике Казахстан, заболеваемость населения коронавирусной инфекцией достиг 153246 абсолютных случаев, из них 142475 (92,1%) больных выздоровели и 2263 (1,5%) скончались в результате болезни. На 2021 год заболеваемость достиг 832840 случаев, из них 787867 (94,6%) больных выздоровели и 12992 (1,56%) случаях скончались от болезни, при этом отмечено рост заболеваемости на 5,4 раза. Заболеваемость населения города Шымкент, на 2020 год составило 5512 случаев, показателем на 100 тыс. населения - 512,5, из них дети возрасте от 0-14 лет 576 случаев, показателем - 164,3 и подростки возрасте от 15-17 лет 119 случаев, показателем - 233,7. Соответственно, на 2021 год заболеваемость достиг 36677 случаев, показателем на 100 тыс. населения - 3410,3 из них дети возрасте от 0-14 лет 5957 случаев, показателем - 1699,0 и подростки возрасте от 15-17 лет 1167 случаев, показателем - 2291,9, где заболеваемость всего населения города на 2021 год возросла на 6,6 раза. Что требовало проведения противоэпидемических и профилактических мероприятия в индивидуальных так и коллективных очагах инфекции (таблица 1).

Таблица 1. Показатель заболеваемости «COVID-19» жителей города Шымкент

№	Периоды сравнения	Вирус «COVID-19» идентифицированный					
		абсолютное число			показатель на 100 тыс.		
		всего	0-14 лет	15-17 лет	всего	0-14 лет	15-17 лет
1	2020 год	5512	576	119	512,5	164,3	233,7
2	2021 год	36677	5957	1167	3410,3	1699,0	2291,9



В период «пандемии» неспецифические меры профилактики выступают на передовой план действия медико-профилактической службы, по обеспечению раннего купирования и снижению уровня распространения возбудителя среди всего населения. Проведенная нами, эпидемиологическая оценка очагов инфекции за 2020 год показал, что из всего регистрируемого 5512 случаев инфекционного очага, в 4917 (89,2%) случаев имело индивидуальные очаги и в 595 (10,8%) случаев коллективные очаги инфекции. Соответственно, 2021 году из 36677 случаев инфекционного очага, в 31322 (85,4%) случаев выявлено индивидуальные очаги и в 5355 (14,6%) случаев коллективные очаги. Указывающий на увеличение в 6,6 раза, всех случаев регистрации очагов инфекции, из них индивидуальных очагов на 6,4 раза и коллективных очагов на 9 раза (рисунок 1).

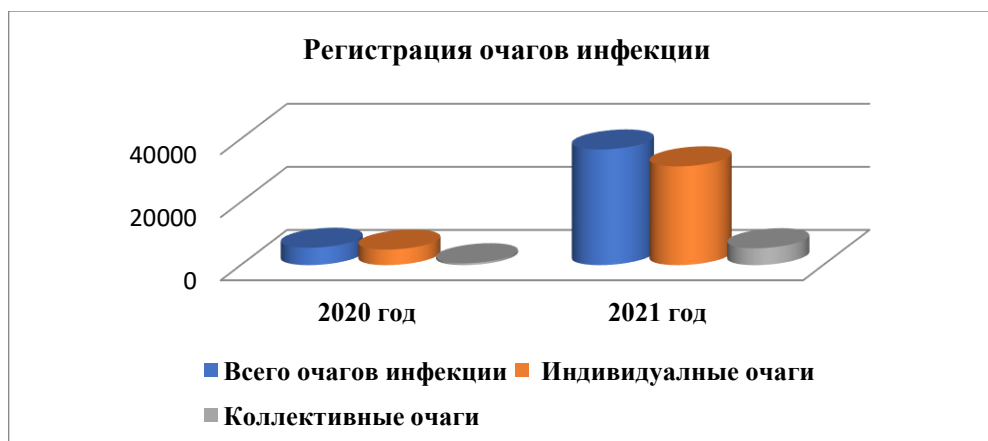


Рисунок 1. Показатели регистрации очагов инфекции в городе Шымкент

Проведенный анализ, регистрации 595 случаев коллективных (организованный) очагов инфекции на 2020 год показал, наличие очага 48,2% (287) по 1 случаю и 32,3% (192) по 2 случая и 19,5% (116) по 3 и более случая заболевания, соответственно 2021 году из 5355 случаев коллективных очагов инфекции, отмечено 45,4% (2432) по 1 случаю и 31,4% (1681) по 2 случая и 23,2% (1242) по 3 и более случая заболевания. Где, более 40% заболеваемости в организованных коллективах, касалось к деятельности медицинских учреждений города, куда вовлечены от лечащих врачей, медицинских сестер среднего и младшего звена до технических работников вспомогательного звена учреждения. Что объясняется наличием контакта медицинских работников с источником инфекции, по средствам больных при лабораторной диагностике, их лечении и обслуживании.

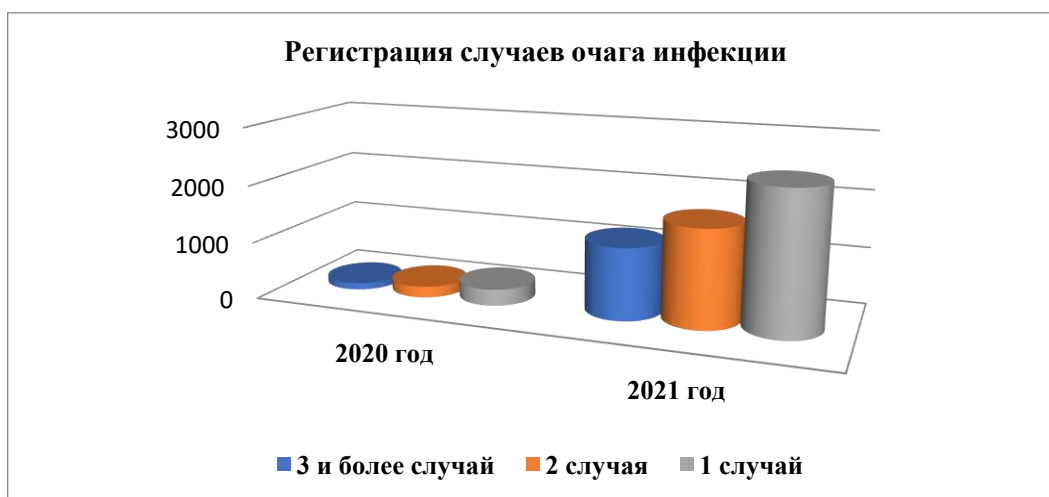


Рисунок 2. Показатели регистрации случаев очага инфекции в городе Шымкент

Анализ проведенных, санитарно-гигиенических исследований окружающей среды в городских лечебных учреждениях, показал что кратность воздухообмена основных помещений, соответствовал ( $n=18$ ) 7-8 кратному объёму ( $m^3$ ) воздухообмена за 1 час. Кратность воздухообмена в кабинетах врачебного приема пациента ( $n=4$ ) составляет 10 кратного обмена с объемом ( $M\pm m$ )  $79,5\pm 2,6 m^3/\text{час}$ . Однако в палатах изолятора ( $n=6$ ) кратность воздухообмена составляет 8 кратный обмена с объемом ( $M\pm m$ )  $65,7\pm 3,9 m^3/\text{час}$ , также процедурных и манипуляционных кабинетов ( $n=8$ ) кратность воздухообмена составляет 8 кратный обмена с объемом  $62,2\pm 3,1 m^3/\text{час}$ . Температура воздуха кабинетах врачебного приема пациента составило ( $n=4$ ) ( $M\pm m$ )  $22,1\pm 1,6^\circ\text{C}$ , в палатах изолятора ( $n=6$ ) ( $M\pm m$ )  $19,8\pm 1,3^\circ\text{C}$ , в манипуляционных и процедурных кабинетах ( $n=8$ ) ( $M\pm m$ )  $19,1\pm 1,5^\circ\text{C}$ , что соответствует санитарным правилам.

Бактериологическое исследование 480 смывов с внешней среды, таких как медицинское оборудование, инвентарь, руки и спецодежда персонала выявлены 7,1% ( $n=34$ ) в т. ч. из 240 смыва на «*B. Coli*» 11,2% ( $n=27$ ), а также из 240 смыва на «*St. aureus*» 2,9% ( $n=7$ ) «положительные» результаты. При учете, воздушно-капельной путь передачи вируса SARS-CoV-2, то исследование воздушной среды представляет эпидемическую значимость. Так в исследованных 36 пробах воздуха закрытых помещений, выявлены 8,3% ( $n=3$ ) «положительный» результат, где «общее количество микроорганизмов» (ОКМ) составил пределы  $\text{max } 550 - \text{min } 700 \text{ КОЕ}/m^3$ , при норме  $\geq 500 \text{ КОЕ}/m^3$ , при этом в исследованиях колоний «*St. aureus*»  $1 m^3$  воздуха выявлены «отрицательные» результаты.

Исследование 30 проб, на стерильность многоразовых инструментов применяемых лечебно-диагностических манипуляций медицинским персоналом выявлены 3,3% ( $n=1$ ) «положительные» результаты. Заключительная дезинфекция в регистрируемых индивидуальных (домашних) и очагах организованного коллектива проводится силами специалистов филиала «НЦЭ» «Городской дезинфекционной станции», что дает возможность полноценного уничтожения возбудителя во внешней среде, обеспечив качественную дезинфекцию. Однако проведенные нами исследование 20 проб на активность (%) хлор содержащих веществ, применяемых для обработки эпидочагов, как «Дезхлор» и «Дихлор» выявлены 15% ( $n=3$ ) несоответствующие пробы. Изложенное, определяет планомерность, проводимых неспецифических мер профилактики, а также противоэпидемических мероприятия в очагах коронавирусной инфекции в черте города, как индивидуального, так и организованного коллектива.

**ВЫВОДЫ:** Тем самым, в период «пандемии», неспецифические меры профилактики выступает на передовой план действия медико-профилактической службы, который предусматривает, соблюдение всеми лицами правил личной, респираторной гигиены с применением антисептических препаратов. Ношение одноразовых масок в общественных местах, а также местах массового скопления людей и транспорте, в организациях и учреждениях. Проведение текущей дезинфекции в учреждениях сферы обслуживания населения, закрытых учреждениях и местах массового скопления людей, также незамедлительной заключительной дезинфекции в очагах коронавирусной инфекции.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1 История изучения и современная классификация коронавирусов (Nidovirales: Coronaviridae) / М.Ю. Щелканов, А.Ю. Попова, В.Г. Дедков и др. // Инфекция и иммунитет, – 2020, – Том 10, – № 2, – С. 221-246.

2 Онлайн-брифинг, организованных ЕРБ ВОЗ, по текущему состоянию глобальной ситуации по пандемии «COVID-19» и обмен опытом с другими государствами-членами ВОЗ, от 3 февраля 2020 год.

3 Ерубаев Т. Диагностика и профилактика коронавирусной инфекции // Медицина, – 2020, – №1-2 (211-212), – С. 2-5.

4 Сулейменова Ж.С. Актуальные меры против «COVID-19» // Медицина, – 2020, – №1-2 (211-212), – С. 6-7.

## НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ COVID-19

*Альмяшева Екатерина Юнусовна  
Врач-резидент невролог, Медицинский университет Семей;  
КГП на ПХВ «Павлодарская областная больница им. Г. Султанова»,  
г.Павлодар, Казахстан  
e-mail: [dr.katya.96@mail.ru](mailto:dr.katya.96@mail.ru)*

### АКТУАЛЬНОСТЬ

Год появления в мире инфекции Covid-19 считается переломным для всей системы здравоохранения в мире. Данная инфекция осталась катастрофой и по сей день, учитывая также высокую степень осложнений со стороны всех органов и систем, особенно нервной системы, что связано не только с нарастающими явлениями дыхательной недостаточности, гипоксией, но и с декомпенсацией функций различных органов, а также структурными изменениями в этих органах и тканях. По данным исследований новый вирус SARS Cov-2 имеет тропность к рецепторам АПФ-2, имеющимся в тканях нервной системы, тем самым вызывая неврологические осложнения у людей, перенесших Covid-19. С большей вероятностью в патологический процесс могут вовлекаться сосуды головного мозга, оболочки мозга, а также непосредственно ткань мозга[1,2,3].

В данной статье были исследованы наиболее частые неврологические осложнения при заражении Covid-19 в городе Павлодар Республики Казахстан. Было проанализировано 327 историй болезней.

### ВВЕДЕНИЕ

Вирус SARS Cov-2, передаваясь воздушно-капельным путем, проникает через обонятельный эпителий, решетчатую кость в клетки мозга, а также его проникновение возможно напрямую, через гематоэнцефалический барьер в фазе виремии. Кроме того повреждение ЦНС происходит из-за тропности рецепторов АПФ2 к спайковым белкам SarsCov-2, что приводит к повышению артериального давления и последующему повышению риска кровоизлияния в мозг. [4,5,6] Данные вирусы также могут поражать ствол головного мозга, где располагаются центры кардиореспираторной регуляции, что ведет к дыхательной недостаточности и гипоксии. В свою очередь, гипоксия мозга приводит к последующим нарушениям ЦНС в виде вторичной гипоксической энцефалопатии, проявляющейся головокружением, головной болью и другими нарушениями. [6]

### ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Аносмия, гипосмия, дисгевзия

На сегодняшний день данные жалобы среди пациентов стали едва ли не определяющими симптомами Covid-19. Нарушение функции обонятельной системы обусловлено в основном воздушно-капельным механизмом передачи. SARS-Cov-2 способен проникать в головной мозг через обонятельные луковицы, а затем в базальные ганглии и кору головного мозга. Иногда возможно поражение черепных нервов. Но подобные случаи встречаются крайне редко [6].

Острое нарушение мозгового кровообращения

При тяжелом течении вирусных заболеваний, в том числе Covid-19, сердечно-сосудистое происхождение летального исхода является наиболее частым. У больных Covid-19, судя по всему, основную роль в развитии ОНМК играет декомпенсация уже имеющихся факторов риска, таких как сахарный диабет (декомпенсация в том числе на фоне проводимой гормональной терапии), артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца. Помимо перечисленного, при коронавирусной инфекции активируется состояние гиперкоагуляции, возникает тромбоваскулярный синдром, что приводит к повышению тромботических и ишемических осложнений, которые способны привести к инсульту[4,5].

Синдром Гийена-Барре, или острая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия.



Согласно имеющимся данным патогенез синдрома Гийена-Барре возникает не столько за счет невропатического действия вируса, а за счет иммунного ответа, который провоцируется предшествующей коронавирусной инфекцией, а также за счет перекрестного реагирования по типу мимикрии. Иммунный ответ направляется на миелиновую оболочку или аксоны периферических нервов. Это приводит к различным формам синдрома Гийена-Барре.

#### Острый поперечный миелит

Чаще всего острый поперечный миелит также имеет иммуноопосредованную основу. Механизм повреждения спинного мозга может заключаться как в прямом воздействии на нейроны, так и в последующем гипериммунном ответе организма. Для того, чтобы узнать наиболее точный патогенез острого поперечного миелита, необходимо проводить дополнительные исследования.

#### Психические нарушения при коронавирусной инфекции

При тяжелом течении инфекции, развитии «цитокинового шторма», посредством иммунологических механизмов запускается нейропсихиатрическая симптоматика.

У пациентов с психозом, делирием пребывание в больнице увеличивается, что также является проблемой социального характера (освобождение коек для других заболевших, снижение приверженности к лечению).

Проанализировав истории болезни зараженных коронавирусной инфекцией за период июнь 2021 - декабрь 2021, мы получили данные об основных неврологических проявлениях при заражении коронавирусной инфекцией: anosmia, ageusia, миалгия, мышечная слабость, головная боль, головокружение, нарушения чувствительности по типу парестезии и гипестезии, энцефалиты, энцефалопатии, синдром Гийена-Барре, инсульт.

Из наиболее значимых неврологических осложнений было выявлено 23 случая инсультов (геморрагический, ишемический), что составляет 7% выборки (всего 327 пациентов), синдром Гийена-Барре (3 случая, или 0,9%), подавляющее число вторичной гипоксической энцефалопатии (более 171 случаев (52,2%)), энцефалит (1 случай, или 0,3%), расстройства психики, проявляющиеся в виде неврозоподобных, депрессивных состояниях.

Осложнение	ОНМК	С-м Гийена-Барре	Гипоксическая энцефалопатия	Энцефалит	Острый поперечный миелит	Другое (аносмия, гипосмия, тревожность и т.д.)	ВСЕГ О:
% от общего числа исследуемых	7%	0,9%	52,2%	0,3%	0,6%	39%	100%
Количество случаев	23	3	171	1	2	127	327

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, предоставленная на сегодняшний день информация позволяет нам предположить большую роль вируса Covid-19 в развитии поражения центральной и периферической нервной системы. Наиболее типичное и значимое проявление – ишемический инсульт. Поражение нервной системы обусловлено как прямым повреждающим воздействием вируса, так и посредством цитокинового шторма, развития гиперкоагуляции, особенно на фоне имеющейся патологии со стороны сердечно-сосудистой системы. Все выводы в данной работе сделаны предварительно и требуют дальнейшего более углубленного изучения данной темы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- 1 World Health Organization. Tedros Adhanom Ghebreyesus. Breaking [cited 2020 March 11]. Available from: <https://www.who.int/ru/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.
- 2 Всемирная организация здравоохранения [интернет]. Вопросы и ответы о COVID-19 [доступ от 1 марта 2020]. [WHO. Voprosy i otvety o COVID-19. (In Russ).] Доступно по: <https://www.who.int/ru/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advicefor-public/q-a-coronaviruses>
- 3 WuYeshun, XuXiaolin, ChenZijun, DuanJiahao, HashimotoKenji, YangLing, LiuCunming, YangChun. Nervoussysteminvolvement after infection with COVID-19 and other coronaviruses. Brain Behav Immun 2020. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.031>.
- 4 Fehr AR, Perlman S (2015) Coronaviruses: an overview of their replication and pathogenesis. Methods Mol Biol 1282:1–23
- 5 Li Yan-Chao, Bai Wan-Zhu, Hashikawa Tsutomu. The neuroinvasive potential of SARS-CoV2 may play a role in the respiratory failure of COVID-19 patients. J Med Virol 2020;92(6):552–5. <https://doi.org/10.1002/jmv.v92.6>.
- 6 Baig AM, Khaleeq A, Ali U, Syeda H. Evidence of the COVID-19 virus targeting the CNS: tissue distribution, host virus interaction, and proposed neurotropic mechanisms. ACS Chem Neurosci 2020 Apr 1;11(7):995–8
- 7 Steardo L, Zorec R, Verkhatsky A (2020) Neuroinfection may potentially contribute to pathophysiology and clinical manifestations of COVID-19. Acta Physiol. <https://doi.org/10.1111/apha.13473>



## **ҚОРҒАСЫН-МЫРЫШ ШЛАГЫНЫҢ БАЛАЛАР ДЕНСАУЛЫҒЫНА ӘСЕРІ**

*Аманбаев Тимур Ускенович*  
*«Жалпы медицина» факультеті 6-курс;*  
*Пернебеков Елхан Мастерханович*  
*«Қоғамдық денсаулық сақтау» факультеті 4-курс;*  
*Аманбай Гүлфарида Надырқызы*  
*«Фармация» факультеті 2-курс*  
*Оңтүстік Қазақстан медицина Академиясы,*  
*Ғылыми жетекші: м.ғ.д. профессор Досыбаева Г.Н.*  
*Шымкент қ., Қазақстан*  
*e-mail: [timur\\_surgeon@mail.ru](mailto:timur_surgeon@mail.ru)*

### **КІРІСПЕ:**

Металдардың қоршаған ортада таралу процестерін және олардың жергілікті деңгейде жоғарылау концентрациясын түсіну өзекті экологиялық мәселелердің бірі болып табылады. Өткен ғасырда ауыр металдардың қоршаған ортаға антропогендік енуі күрт өсті, бұл металл өндірісінің үздіксіз өсіп келе жатқан көлемдерімен ғана емес, сонымен қатар минералдық және техногендік қалдықтар сақталатын аумақтарда болатын эрозия процестерімен де байланысты. Химиялық элементтердің табиғи ортада таралуы көптеген факторлармен анықталады. Сыртқы антропогендік жүктеме болмаған жағдайда табиғи субстраттардағы химиялық элементтер мен олардың қосылыстарының құрамы олардың құрамына, сонымен қатар заттардың жиналуы мен миграциясын анықтайтын табиғи жағдайларға байланысты. Олардың ішінде анықтаушы факторларға метеорологиялық, ландшафттық-геохимиялық жағдайлар, гипергендік жағдайларда су миграциясының жағдайлары жатады. Ортадағы элементтердің таралуы физика-химиялық процестермен де анықталады: диффузия, инфильтрация, механикалық тасымалдау, биохимиялық және химиялық реакциялар. Табиғи жағдайларда, табиғатта болып жатқан процестердің ағымдағы салыстырмалы тепе-теңдігімен элементтердің мазмұнының өзгеру жылдамдығы іс жүзінде байқалмайды.

Өндірістік аймақтарда қоршаған ортаға қарқынды антропогендік қысым жағдайында барлық геосфераларда табиғи тепе-теңдік бұзылады. Ластану өндірістік қызметтің барлық түрлерінде кездеседі. Өндірістік аймақта топырақ жамылғысын бұзу, ең алдымен, механикалық түрде – өндірістік объектілерді: коммуникацияларды, құрылыстарды, қалдықтарды, күл үйінділерін және т.б. салу кезінде табиғи ландшафтты өзгерту арқылы жүзеге асырылады. Сонымен қатар табиғиға қарағанда басқа қасиеттері бар техногендік ландшафт қалыптасады. Табиғи ортаның техногендік жағдайда ластануы бірнеше жолмен жүреді. Шаң және газ шығарындылары түріндегі ластаушы заттардың бір бөлігі ауа ағындарымен тасымалданады және техногендік дисперстік ореолдар түзе отырып, жерге шөгеді. Мұндай ореолдар (концентрациялары табиғи фоннан асатын) шығарындылардың қарқындылығына және аймақтың атмосфералық жағдайларына байланысты айтарлықтай мөлшерде болуы мүмкін. Топырақ жамылғысына түсетін химиялық заттар аймақтың ландшафттық және геохимиялық жағдайына сәйкес жинақталады немесе қоныс аударады. Топырақ жамылғысының гидросферадан ластануы химиялық заттардың гидродинамикалық ағындармен (жер асты және жер үсті) тасымалдануы арқылы осы заттарды қоршаған тау жыныстары мен топыраққа сүзу арқылы жүзеге асады. Бұл жағдайда пайда болған ластану ореолдарының мөлшері мен қарқындылығы, мысалы, Арменияның тау-кен аймақтарының бірі үшін көрсетілген аудандағы гидрогеологиялық, геологиялық және ландшафттық-геохимиялық жағдаймен анықталады. Топырақтың ластануының маңызды факторларының бірі – тұрақты металлорганикалық қосылыстардың түзілуі мүмкін болатын өндірістік және тұрмыстық қалдықтар үйінділері, олар көбінесе өндірістік аумақтарды қоршап алады, жанармайдың төгілуі, коммуникациялардан өнеркәсіптік материалдардың шашырауы және т.б.

Өнеркәсіптік генотоксикалық ластағыштар тек олармен кәсіби байланыста болған адамдарға ғана емес, сонымен қатар осы қауіп көздерінің аудандарында тұратын адамдарға да қауіп төндіруі мүмкін. Ал егер өндіріс жағдайында ондаған және жүздеген мың адамдар мутагендер мен канцерогендердің кері әсеріне ұшыраса, екінші жағдайда өнеркәсіптік аймақтардың барлық тұрғындары мутагендердің интенсивтілігі аз болса да, ұқсас қысымға ұшырайды.

Әрбір елді мекенге тән ластаушы заттардың спектрі өнеркәсіптік өндірістің сипатымен, көлік қозғалысының қарқындылығымен, ауылшаруашылық пестицидтерді қолданумен және, мүмкін, климаттық және географиялық ерекшеліктерге байланысты басқа да факторлармен анықталады: температура, желдің көтерілуі, жауын-шашын, жер үсті және жер үсті топырақтарында ластанудың болуы, радиациялық фон. Спонтанды хромосомалық мутагенезді талдауға арналған ерте жұмыстардың басым көпшілігінде қоршаған орта факторлары әдетте ескерілмеді. Химиялық элементтердің топырақ жамылғысында таралуы биологиялық объектілерде ауыр металдардың жинақталу заңдылығымен толықтырылған барлық геосфералардағы ластану процестерін көрсетеді. Ауыр металл иондарының жинақталуында өсімдіктер мен микроорганизмдердің рөлі де маңызды. Ал содан бері, мұнда заттардың миграциялық жылдамдығы басқа орталарға қарағанда әлдеқайда төмен, топырақтың құрамы өнеркәсіптік кәсіпорындардың өндірістік қызметі әсерінен болатын ұзақ мерзімді ластану процестерін көрсетеді.

Адам ағзасында алмасатын (5–10%) және тұрақты (90–95%) металл фракциялары шартты түрде оқшауланған. Бірінші топқа қандағы және паренхиматоздық мүшелердегі қорғасын жатады, бұл организмге токсикалық әсер ету жағынан ең үлкен маңызға ие; екіншісіне – қаңқа сүйектеріндегі қорғасын. Тұрақты фракция ұзақ мерзімді жинақталған әсерді көрсетеді, ал ауыспалы фракция қорғасынның ағымдағы немесе соңғы әсерін көрсетеді. Сонымен қатар, тамақпен және сумен жұтылған қорғасынның асқазан-ішек жолында белсенді түрде сіңетіні дәлелденді. Ересектерде асқазан-ішек жолында металдың сіңуі оның жалпы мөлшерінің шамамен 15% құрайды, ал балалар мен жүкті әйелдерде ол 50% жетуі мүмкін. Сонымен қатар, қорғасынның адсорбциясы кейбір екі валентті катиондардың ( $\text{Ca}^{2+}$ ,  $\text{Mg}^{2+}$ ,  $\text{Zn}^{2+}$ ,  $\text{Fe}^{2+}$ ) жетіспеушілігімен жоғарылауы мүмкін, мысалы, толық немесе ішінара аштық кезінде пайда болады. Қорғасынның қауіптілігі оның адам ағзасынан баяу шығарылуында. Сонымен, қан мен жұмсақ тіндерден металдың жартылай шығарылу кезеңі орта есеппен 25-40 күн болса, қаңқа сүйектерінен - 10 жылдан астам. Қорғасын организмнен негізінен несеппен (80%) және нәжіспен (15%), сондай-ақ басқа жолдармен (тер бездері, сілекей және т.б. арқылы) (5%) шығарылады.

#### **ЗЕРТТЕУ МАҚСАТЫ:**

Зерттеудің мақсаты қорғасын-мырыш шлактарының әсерін зерттеу болды. Шымкенттегі балалардың денсаулығы.

#### **ӘДІС ПЕН МАТЕРИАЛДАР:**

Шымкент қаласының қоршаған ортаны қорғасын-мырыш қалдықтарымен ластауының негізгі көзі «Южполиметалл» АҚ (БПМ) көлемі 1,8-2,2 млн тонна шлак. Урбанизация процестеріне байланысты улы қалдықтарды сақтау орны болып шықты. Шымкент қаласының аумағында жел және су эрозиясы процестеріне байланысты қалдықтар қоршаған ортаға және халықтың денсаулығына үлкен қауіп төндіре бастады. Шымкентте 50 жыл бойы Шымкент қорғасын зауытының жұмысы атмосфералық ауаға қорғасынның жаппай түсуімен қатар жүрді, ол шаң бөлшектерімен топыраққа түсіп, өсімдіктерге еніп, қолайсыз экологиялық жағдайдың дамуына ықпал етті. Қазіргі уақытта кәсіпорынның ауаға шығарындылары айтарлықтай төмендеді, бірақ «қорғасын» мәселесі сақталуда. Бұл іргелес орталарға және адам ағзасына металдың түсуінің көзі болып табылатын топырақ жамылғысының қарқынды ластануына байланысты. Кәсіпорынның аумағы мен санитарлық-қорғау аймағы қаланың тұрғын аудандарымен тығыз іргелес орналасқан. Полиметалл өндірісінің қалдықтары өндіріс орнынан үш шақырым жерде, өзеннің арғы жағында сақталады. Ауданда басым болатын оңтүстік-батыс және солтүстік-батыс желдер бағытында орналасқан Шымкент қаласының Абай ауданы мен

Қазғұрт ықшамауданының аумақтары ластану қауіпіне көбірек ұшырайды. Ауыр металл иондарының құрамы бойынша топырақтың химиялық талдауы «БПМ» АҚ аумағынан 500, 1000, 1500 және 2000 метр және қалдық үйіндіден 100, 500, 1000, 2000 және 5000 метр қашықтықта, барлығында жүргізілді. әлемнің бөліктерінің бағыттары. 10, 20, 30, 40 см тереңдікте алынған топырақ үлгілерінің химиялық талдауларының нәтижелері бойынша топырақ профилінің горизонттары бойынша ауыр металдардың миграциясының динамикасы талданды. Талданатын аумақтардан 8000 метр қашықтықта орналасқан аумақтар таңдалды. басқару элементтері.

Топырақтарды химиялық талдау нәтижелері бойынша ауданның шартты картасы жасалып, онда топырақтың қорғасын және кадмий иондарымен ластану дәрежесі әртүрлі аймақтар анықталған. Зерттеулер «БЭК» АҚ-дан солтүстік-шығыс бағытта 1500 метр радиуста орналасқан тұрғын аудандардың ең ластанғанын анықтады. Белгіленген бес аймақта қорғасын және кадмий иондарының топырақтағы концентрациясы ластау көзінен қашықтығына тікелей тәуелді және сәйкесінше  $135,4 - 2345,6 \pm 24,4$  мг/кг (немесе  $4,2 - 73,5$  ШРК) және  $1,7 -$  шегінде ауытқиды.  $20,3 \pm 2,1$  мг/кг (немесе  $3,4 - 40,6$  ШРК). Бұл нәтижелер елді мекендердің белгілі бір аумақтарында ғана сақталған жергілікті горизонтты бар топырақ үлгілерін талдау нәтижесінде алынды. Құрылыс және абаттандыру жұмыстарының нәтижесінде тұрғын үй аулалары мен әкімшілік ғимараттардың көпшілігінің топырақ көкжиектері бұзылған. Сондықтан, рандомизацияланған топырақ үлгілерін алу кезінде бұл көрсеткіштер айтарлықтай өзгеруі мүмкін. Дәл осы себепті өсімдіктер қауымының түрлік құрамына флористикалық талдау жүргізу қиын, бұл көптеген бөтен және мәдени өсімдіктер түрлерінің болуымен байланысты. Керісінше, өндіріс қалдықтарын сақтау аймағы антропогендік әсердің болмауымен сипатталады. Қалдықтар үйіндісінен 1500 метр радиуста 70 жыл бойы ауыр металл иондарымен созылмалы түрде ластанған табиғи топырақ көкжиегі мен табиғи өсімдік жамылғысы бар аумақ сақталған.

#### НӘТИЖЕЛЕР:

Химиялық талдау нәтижелері қалдық үйіндіден 100 метр қашықтықта топырақтың 10 см қабатындағы қорғасын және кадмий иондарының концентрациясы сәйкесінше  $14496,5 \pm 567,3$  және  $25,3 \pm 2,3$  мг/кг құрайтынын көрсетті, бұл 453,3-ке сәйкес келеді.  $\pm 34,7$  және  $50,6 \pm 5,5$  ШРК. Қоқыс үйіндісінен 2000 метр қашықтықта («Қазғұрт» ықшамауданының аумағы) алыстаған кезде металдардың мөлшері сәйкесінше  $96,6 \pm 8,4$  және  $3,3 \pm 0,2$  мг/кг (немесе  $3,0 \pm 0,1$  және  $6,0$ ) құрайды.  $\pm 0,5$  МРС).

Проф. Булешов А., Айдахо штаты (АҚШ) БлэкСмидт институтымен бірлесіп, өнеркәсіптік аймақтардың топырағы мен балалардың қанындағы қорғасынның мөлшері бойынша Шымкент қаласы Қазақстанның өнеркәсібі дамыған қалаларының ішінде бірінші орында тұрғанын анықтады. Шымкент қаласының әртүрлі аудандарында жүргізілген 250 химиялық талдауда «БПМ» АҚ іргелес жатқан қала аудандарында қорғасынның топырақтағы және ауадағы концентрациясы сәйкесінше  $3564,9$  мг/кг және  $5,0$  мкг/м<sup>3</sup>, ал оның максимум жеке нүктелердегі мән сәйкесінше  $24900,0$  мг/кг және  $31,4$  мкг/м<sup>3</sup> жетеді. Оқыған балалардың қорғасын зауытының тұрақты әсер ету аймағындағы балабақшаларға барған кезде, 66% бала ағзасы үшін қандағы қорғасынның ШРК мәндерінің артық екенін анықтады. Бұл ретте 10 мкг/дл жылдамдықпен белгіленген концентрациялар Қазақстанның басқа зерттелген қалаларымен салыстырғанда 3-4 есе жоғары болды. Балалардың қанында 103 мкг/дл мөлшеріндегі ең жоғары мөлшері Гагарин көшесінің ауданында анықталды. Жүргізілген зерттеулер негізінде балалардың қанындағы қорғасынның мөлшері 50-ден 60 мкг/дл-ге дейін жететін Шымкент қаласының «БПМ» АҚ іргелес 5 аумағы анықталды. Зауыттан 3-5 км қашықтықта орналасқан балабақшалар мен мектептердің балаларында бұл көрсеткіш 16-дан 48 мкг/дл-ге дейін өзгерді.

Ретроспективті зерттеулерге сәйкес оңтүстік-батыс тұрғын зонасы топырақтағы қорғасынның ШРК-дан асатын арақатынасы 10-нан жоғары болса, аса қауіпті тұрғылықты аймаққа жатқызылды, орталық (3-тен 10-ға дейін артықшылық арақатынасы) жатады. қауіпті тұру аймағына солтүстік-батыс және оңтүстік-шығыс елді мекендер (1-ден 3-ке дейін) орташа қауіпті аймаққа жатқызылды. Солтүстік-шығыс тұрғын ауданы (артық көбейткіш 1-ден аз) қолайлы тұрғын ауданы ретінде анықталады.

Байдәулет И., Досыбаева Г.Н., Намазбаева З.И. (2013 ж.) ластану көзінен 8000 м қашықтықта орналасқан №9 мектеп аумағында қорғасынның концентрациясы ШДК 12 еседен, кадмийден 1,5 еседен және хромнан 1,5 еседен асатыны анықталды. ; п. ауданында. Ордабасы (ластау көзінен қашықтығы 10 000 м) қорғасынның концентрациясы ШРК 6 есе, мырыш 1,5 есе және хром 1,5 еседен асады. Су сынамаларында (ашық су қоймаларынан, құдықтардан, қран суларынан) қорғасынның гигиеналық нормадан асатынына талдау жүргізілген жоқ. №9 мектепке іргелес аумақта тұратын және оған баратын жасөспірімдер қанға тексерілді. Зерттелген 108 адамның 53% қанында  $13,0 \pm 2,1$  мг/дл дейін қорғасынның артық мөлшері болған. 47%-да ол рұқсат етілген мәндердің жоғарғы шегінде болды ( $10,0 \pm 0,2$  мг/дл).

Мұрынның шырышты қабығының жоғарғы тыныс жолдарының жасушалары (СОРН) және жақтың ауыздық эпителийі (БЭБ) зерттелді. Салыстырмалы түрде қаланың оңтүстік-батыс бөлігінде тұратын мектепке дейінгі жастағы (5-7 жас) барлығы 56 бала тексерілді. (бақылау) индикаторлар, стандартталған көрсеткіштер экологиялық қауіпсіз аймақтарда тұратын іс жүзінде сау балаларда қолданылды. БЭС жасушалары тарапынан мектеп жасына дейінгі балалардың 45%-да қалыпты эпителий жасушаларының санының азаюы, фагоцитозданған апоптоз санының жоғарылауы байқалды. (қалдық) денелер қыздарда 6,7 есе, ұлдарда 3,1 есе, кариорексиямен, ядролық емес вакуолярлы дистрофиямен қыздарда 5,1 есе, ұлдарда 4,9 есе және микрофлораның жоғары ластануы орта есеппен 4,3 есе. Жақ сүйек эпителийі жағынан репаративті процестердің бұзылыстары анықталды, бұл олардың ауыз қуысында тұрақты орналасқан микроорганизмдермен адгезиялық әрекеттесу қабілетінен көрінеді, бұл олардың жиналуына әкеледі. Зерттеу нәтижелерінің талдауы көрсеткендей, балаларда қандағы қорғасынның орташа мөлшері 10 мкг/дл құрайды, 52%-да қорғасынның  $13,0 \pm 0,5$  мкг/дл-ге дейін айтарлықтай асып кетуі байқалады. Қорғасынның струмоген екені белгілі; йод алмасуына әсер ете алады. Балаларды тексеру кезінде, 52% қандағы концентрациясының  $4,8 + -0,22$  мкг/дл-ге дейін төмендеуімен көрінетін айқын йод тапшылығы бар (физиологиялық шектеулер 5-12 мкг/дл;  $8,5 \pm 3,5$  мкг/дл) анықталды. . Зәрді зерттегенде оның концентрациясының  $85,6 + 2,3$  мкг / мл дейін төмендеуі 100-200 мкг / мл жылдамдықпен байқалады. Өмірлік маңызды микроэлементтердің сіңуінің бұзылуы ішектегі дисметаболикалық процестердің нәтижесінде, тіпті микроэлементтерді тамақпен жеткілікті мөлшерде қабылдау кезінде де орын алады. Педиатрлар құрамында йод бар препараттарды тағайындау кезінде йод тапшылығы жағдайының түзетілмейтініне назар аударады.

Қорғасынның гемопоэзге әсерінің ерекше көрсеткіштерінің бірі ретикулоциттерді анықтау болып табылады. Зерттеу нәтижелері олардың мөлшері  $0,61 \pm 0,01\%$  шегінде және норманың төменгі шегінде (0,5-1,2%) екенін көрсетті. Бұл ретте ретикулоциттердің жетілу процесі (ретикулоциттердің түзілу индексі бойынша – РПИ)  $0,28 \pm 0,4$ -ке (1 жылдамдықпен) айтарлықтай төмендегені анықталды, бұл балалардағы анемияның себебі болып табылады. Гемоглобин деңгейі  $110 \pm 2,8$  г/л шегінде, ал эритроциттер саны  $3,4 \cdot 10^{12}$ /л, физиологиялық шектен айтарлықтай төмен. Гипохромды анемияның дамуы оның токсикалық шығуын көрсетеді.

Балаларды терендетілген медициналық тексеру барысында балалардың 10%-ға жуығы салыстырмалы түрде дені сау екені, жиі кездесетін патологиялар – өт жолдарының дискинезиясы, тіс кариесі, жүректің дамуындағы кішігірім ауытқулар екені анықталды.

Келесі аспектілер негізінде профилактикалық оналту ұсынылады:

- Анықталған зат алмасу бұзылыстарын түзету;
- Иммунологиялық жүйенің теңгерімсіздігін және микроэлементозды түзету.

**ҚОРЫТЫНДЫ:**

Осылайша, қорғасын-мырыш қалдықтарының теріс әсері анықталды, бұл балалардың қанында қорғасынның жиналуына әкеледі және нәтижесінде әртүрлі аурулардың себебі болып табылады. Донозологиялық диагностика экологиялық негізделген бұзылулардың "қауіп-қатер" топтарын қалыптастырудың дәлелді негізі болып табылады және экпатологияның алдын-алудың негізі болып табылады. Мырыш, йод, селен, мыс сияқты кейбір микроэлементтердің жетіспеушілігін анықтау маңызды элементтермен түзетуге негіз береді. Метаболикалық,

иммундық, микроэлементтік антиоксиданттық тұрақсыздықты түзету "экопатология" қаупін азайтуға арналған шаралар кешенін қамтуы керек.

**ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:**

1 Овчаренко, М. М. Тяжелые металлы в системе почва-растение-удобрение/ М.М Овчаренко. –М : Химия, 1997.

2 // Материалы конференции «Профилактическая медицина-2011». 24 ноября 2011 года г Санкт-Петербург с.95-99

3 // Методическая рекомендация, Шымкент-2012-35с.

4 Daleke D. L., Lyles J. V. Identification and purification of aminophospholipidflippases.//Biochim. Biophys.Acta. - 2000. - № 1486.

5 Bratosin D., Estaquier J., Petit F., Arnoult D., Quatannens B., Tissier J.P., Slomianny C., Sartiaux C., Alonso C., Huart J.J., Montreuil J., Ameisen J.C. Programmed cell death in mature erythrocytes: a model for cellular & molecular biology letters investigating death effector pathways operating in the absence of mitochondria. //Cell Death Differ. - 2001. - № 8. - P. 11431156.



## **ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРГЕ COVID-19 ВАКЦИНАЦИЯСЫ: ӘДЕБИЕТТІК ШОЛУ**

*Ахметова Ж.К., Әшірбекова А.М.  
«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті  
Алматы қ., Қазақстан Республикасы  
e-mail: [ai-17@mail.ru](mailto:ai-17@mail.ru)*

**ТҮЙІНДЕМЕ:** SARS-CoV-2 бүкіл әлемге таралғандықтан, тиімді емдеу әдістеріне сұраныс артып келеді. Аурудың таралуын тоқтата алатын алдын-алу стратегиясына қажеттілік басымдыққа айналып, жүкті әйелдерді вакцинациялау ең перспективалы әдіс болып табылды [1]. Өйткені инфекция ағымы ауыр эндотелиопатияның, диссеминацияланған тамырішілік үю синдромының, септикалық шоктың, тромбоэмболиялық асқынулардың және ана өлімінің жоғары қаупімен қатар жүреді. Бұл ретте COVID-19 ауыр ағымының және қолайсыз нәтижесінің жоғары қаупі бар адамдарды екпемен қамтудың төмендігі ерекше алаңдаушылық туғызады. Жүкті әйелдердің қауіп тобына жататынын, бірақ вакцинациялауға жататындардың ресми тізбесіне енгізілмегенін ескере отырып, әртүрлі елдердің реттеуші органдарының, сондай-ақ қазіргі уақытта жүргізіліп жатқан зерттеулердің алдын ала нәтижелеріне негізделген сарапшылардың ұстанымы қызығушылық тудырады [2].

**ТҮЙІНДІ СӨЗДЕР:** COVID-19, жүктілік және коронавирусты инфекция, вакцинация.

### **КІРІСПЕ.**

2019 жылы Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы коронавирус 2 ауыр жедел респираторлық синдромынан туындаған коронавирустық ауруды пандемия деп жариялады [3]. Пандемия тез дамып келе жатқандықтан, 2019 жылы коронавирус ауруы диагнозы қойылған жүкті әйелдерде ауыр ауру болуы мүмкін (9% дейін). Бұл жақсы аналық және неонатальды нәтижелерді көрсеткен бұрынғы мәліметтерге қайшы келеді. 2019 жылғы коронавирустық аурудың клиникалық көріністеріне жедел респираторлық аурулардың белгілері кіреді. Типтік рентгенологиялық зерттеулер кеуде қуысының рентгенографиясындағы дақталған инфильтраттардан және кеуде қуысының компьютерлік томографиясындағы күңгірт әйнек түріндегі бұлдырлықтан тұрады. Жүкті пациенттерде атиптік белгілер болуы мүмкін, мысалы, Безгектің болмауы, сондай-ақ лейкоцитоз. 2019 жылы коронавирус ауруы бар жүкті әйел босану кезінде, әсіресе аурудың өткір ағымында үлкен қауіпке ұшырайды [4].

Жүктілік кезінде SARS-CoV-2 инфекциясының ауыр зардаптарының жоғарылауы осы популяцияның COVID-19 вакцинациясын ерекше тартымды етеді. Алайда, жүкті пациенттер вакцинация олар үшін де, олардың балалары үшін де қауіпсіз екенін білгісі келеді. Біз осы популяциядағы клиникалық зерттеулердің мәліметтерін күтеміз, жүкті адамдар 2020 жылдың желтоқсанынан бастап COVID-19-ға қарсы вакцинацияланады, ал қазір жүктілік кезінде вакцинацияланған 185 000-нан астам адамның қауіпсіздігі туралы мәліметтер бар [5,6].

Жүкті әйелдерге COVID-19 вакцинасын ұсынған алғашқы елдер, атап айтқанда АҚШ пен Израиль, BNT162b2 (Pfizer) және mPNC-1273 (Moderna) mPNC вакциналарын қолданғандықтан, алғашқы қол жетімді мәліметтер осы вакциналарға қатысты болды. Нәтижесінде, кейінірек басқа елдер вакциналарды жүкті әйелдерге қол жетімді еткен кезде, олардың көпшілігі осы топ үшін mPNC вакциналарын артық көрді. Осыған байланысты, mPNC негізіндегі COVID-19 вакциналары жүктілік кезінде кеңінен қолданылды, сондықтан қауіпсіздік туралы мәліметтердің көпшілігі осы вакциналардан келеді [7,8].

**ЗЕРТТЕУ МАҚСАТЫ:** жүкті әйелдер арасында COVID-19 вакцинациясының қолданылуы мен қауіпсіздігін зерттеу

### **ЗЕРТТЕУ МАТЕРИАЛДАРЫ МЕН ӘДІСТЕРІ:**

Жүктілік кезіндегі COVID-19 инфекциясына қарсы вакцинация туралы әдебиеттерді талдау.

### **ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ**

Денсаулық сақтаудың негізгі ұйымдары мен Халықаралық ғылыми қоғамдар жүктілік пен лактация кезінде COVID вакциналарын қолдану туралы мәліметтердің болмауына қарамастан, вакцинацияға қарсы болмауы керек деп атап өтті. Оны covid-19 жұқтыру қаупі жоғары жүкті әйелдер үшін қарастырған жөн. Мұндай әйелдер үшін ықтимал артықшылықтар мен қауіптерді оларға қамқорлық жасайтын медицина мамандары бағалауы керек. Жүкті және бала емізетін әйелдердегі covid-19 мРНҚ вакцинасының иммуногенділігі мен реактогенділігін тексеру бойынша жақында жүргізілген зерттеу SARS-CoV-2 мРНҚ вакцинациясы жүкті және бала емізетін әйелдерде күшті гуморальды иммунитетті тудыратынын көрсетті; иммунитеттің жаңа туған нәрестеге берілуінің дәлелі де болды.

#### **ҚОРЫТЫНДЫ**

SARS-CoV-2 инфекциясы жүкті әйелдер мен олардың балалары үшін айтарлықтай қауіп төндіреді, бірақ жүктілік кезінде COVID-19 вакцинациясы қауіпсіз. Бұл жүкті әйелдерге қазіргі уақытта бүкіл әлемдегі денсаулық сақтау органдары жасайтын COVID-19 вакцинасын алуға арналған ұсыныстың негізінде жатыр. Осы ұсыныстарға қарамастан, көптеген елдерде жүктілік кезінде COVID-19 вакцинасын қолдану төмен болып қала береді, сондықтан біз өзімізге және балаларымызға COVID-19 вакцинациясы туралы шешім қабылдағандарға осы ақпаратты жеткізуді жалғастыруымыз керек. Бұл топтың сақтық танытуы мүмкін екендігі түсінікті болғанымен, жүктілік кезінде COVID-19 вакцинациясының қауіпсіздігі туралы жалған ақпараттың таралуы қиындайды. Қоғамдық денсаулық сақтауды күшті насихаттау қажет, бірақ ең бастысы, біз акушерлер мен акушер-гинекологтардың, жалпы практиктердің пациенттеріне коронавирустық инфекцияға қарсы вакцинацияның артықшылықтары туралы кеңес беру үшін тиісті түрде жабдықталған болуын қамтамасыз етуіміз керек.

#### **ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:**

1 Европейское агентство по лекарственным средствам. Современная вакцина против COVID-19. 06 января 2021 г.

2 Allotey J, Stallings E, Bonet M, et al. Клинические проявления, факторы риска, материнские и перинатальные исходы коронавирусной болезни 2019 г. при беременности: живой систематический обзор и метаанализ. БМЖ. 2020;370:m3320. doi: 10.1136/bmj.m3320.

3 Рабочая группа ItOSS по COVID-19. Мараскини А., Корси Э., Сальваторе М.А. и др. Коронавирус и рождаемость в Италии: результаты национального популяционного когортного исследования. Ann Ist Super Sanita июль-сен. 2020;56(3):378–389. doi: 10.4415/ANN\_20\_03\_17.

4 Группа CDC по реагированию на COVID-19, связанная с беременностью и результатами, связанными с младенцами. Замбрано Л.Д., Эллингтон С., Стрид П. и др. Обновление: характеристика симптоматических женщин репродуктивного возраста с лабораторно подтвержденной инфекцией SARS-CoV-2 по статусу беременности, США. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020; 69 (44): 1641–1647. doi: 10.15585/mmwr.mm6944e3.

5 Craig AM, AM, Hughes BL, Swamy GK Вакцины против COVID-19 при беременности. Am J Obstet Gynecol MFM. 2021

6 Maruggi G., Zhang C., Li J., Ulmer JB, Yu D. мРНҚ как преобразующая технология для разработки вакцин для борьбы с инфекционными заболеваниями. Мол Тер. 2019; 27 :757–772.

7 Парди Н., Хоган М.Дж., Портер Ф.В., Вайсман Д. мРНҚ-вакцины – новая эра в вакцинологии. Nat Rev Drug Discov. 2018; 17 : 261–279.

8 Zhang C., Maruggi G., Shan H., Li J. Достижения в области мРНҚ-вакцин против инфекционных заболеваний. Фронт Иммунол. 2019; 10 :594. 5. Альберер М., Гнад-Фогт У., Хонг Х.С. Безопасность и иммуногенность мРНҚ-вакцины против бешенства у здоровых взрослых: открытое, нерандомизированное, проспективное, первое клиническое испытание на людях, фаза 1. Ланцет. 2017; 390 : 1511–1520.

## РИНОПЕТАЛИОМ КАРЕЛИНА (*RHINOPETALUM KARELINII*) ӨСІМДІГІНІҢ ТАРАЛУЫ

Аяпбергенова Алия Дуйсенбаевна

Студент 4-го курса;

Кожанова К.К. PhD, декан факультета ОЗ и Фармации  
Казахстанско-Российского Медицинского Университета.

Киекбаева Л.Н. к.фарм.н., ассоциированный профессор,

доцент кафедры Инженерных дисциплин;

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

e-mail: [aliaaiapbergenova@gmail.com](mailto:aliaaiapbergenova@gmail.com)

**ТҮЙІНДЕМЕ:** Мақалада Алматы облысының аумағында жүргізілген әдеби және далалық зерттеулер материалдары бойынша Liliaceae тұқымдасынан шыққан Ринопеталиум карелин зерттелуінің қазіргі жағдайына шолу жасалған. Олардың негізінде табиғи популяциялар сипатталды, Қазақстанның оңтүстік-шығысында зерттелетін түрлердің таралу ерекшеліктері анықталды, олардың сығындылары соңғы жылдары Қытайға шикізат экспорттау мақсатында Алматы облысының аумағында дайындау объектісіне айналды.

**ТҮЙІНДІ СӨЗДЕР:** Ринопеталиум карелина (*Rhinopetalum karelinii*), дәрілік өсімдік, Қытайға экспорттау.

**КІРІСПЕ.** Лалагүл (*Liliaceae*)- дара жарнақтылар өсімдіктер тұқымдасы. Бұл тұқымдастың шамамен 45 туысы 1300 түрі кездеседі. Тұқымдастың шаруашылық, медициналық маңызы зор. Көптеген түрлері- сәндік гүлді өсімдіктер. Бұл тұқымдасқа жататын өсімдіктер көптеген елдерде кең таралған, бірақ ең жиі кездесетін елдер шөлді аймақтарда немесе жылы жақтарда кездеседі. [2]

Қазақстанда бұл тұқымдастың 8 туысы 83 түрі кездеседі.

Қазақстанның медицинасында көп қолданылмайтын және аз зерттелген Лалагүл (*Liliaceae*) тұқымдасына жататын, Ринопеталиум карелин (*Rhinopetalum karelinii*) өсімдік шикізатын Қытайға емдік шарасына қолдану үшін экспорттайды. Бұл өсімдікті Қытай медицинасында *Wei-tu* немесе *Pei-tu* деп аталатын жөтелге қарсы емдік шара үшін қолданылады. [5]

Ринопеталиум карелин (*Rhinopetalum karelinii*)-Лалагүл (*Liliaceae*) тұқымдасына жататын сирек кездесетін сәндік шөп. Бұл көпжылдық өсімдіктің биіктігі 15 сантиметрге дейін барады, сұрғылт сабақты, ақ шар тәрізді, пиязшықты. Төменгі екі жапырақтары қарама-қарсы, ұзын. Жоғарғылары ауыспалы, жіңішке, жұптасқан гүлжапыраққа айналады. Гүлдерінің түсі бозғылт күлгіннен - сия күлгінге дейін, әрбір гүл серігінің жапырақшасының түбінде шірнелік шұңқыры болады. Ринопиталиум өте ерте гүлдейді - наурыздың аяғынан мамырдың басына дейін. Жемісі дөңгелек, қырлы болып келеді. [3]

Әдеби мәліметтерге сүйенсек, өсімдік Үстірт және Барса-келмес қорықтарының аумағында қорғалады. Шамасы, олар *Rhinopetalum karelinii* тұқымның өкілдерін сипаттайтын емдік қасиеттерге байланысты жиналады және оларды Қытайға экспорттайды [6], онда *Rhinopetalum karelinii* *Ping-bei-tu* деп аталады [9].

*Rhinopetalum karelinii* өсімдігі Иран-Тұран аймағында 6-7 түрі көп кездеседі. Қазақстан флорасында *Rh.karelinii* *Fisch* 2 түрі көрсетілген [1,3]. Соңғы номенклатуралық өзгерістерге сәйкес, *The Plant List* мәліметтері бойынша, Фритилляра карелина *Rhinopetalum karelinii* түрінің синонимі болып табылады [8].



Ринопеталюм карелина (*Rhinopetalum karelinii* Fisch. Ex. Alexander). (син. *Fritillaria karelinii*)

Bei-mu шығыс медицинасында танымал өсімдік тектес дәрілерге жатады. Әр түрлі фармакологиялық белсенді компоненттердің көзі болып табылатын *Rhinopetalum karelinii* өсімдігінің пиязшығы мыңдаған жылдар бойы дәстүрлі қытай медицинасында және басқа Азия елдерінде жөтелге қарсы препарат ретінде кеңінен қолданылады [9-12].

Қазіргі уақытта бұл өсімдіктің кейбір түрлері фитохимиялық зерттеулердің объектілері болды, соның нәтижесінде кейбір өкілдері стероидты алкалоидтардың болуына байланысты антигипертензивті, антиноцицептивті (обезболивающее), қабынуға қарсы, седативті және ісікке қарсы әсері анықталды [13-15].

*Rh.karelinii* өсімдігі Қазақстанда ботаникалық зерттеулері өзекті сол себептіде ғылыми және практикалық қызығушылық тудырады.

**ЗЕРТТЕУДІҢ МАҚСАТЫ** — әдеби және далалық зерттеулер материалдары бойынша отандық фитопрепараттарды алу үшін жаңартылатын өсімдік шикізатының перспективалы көзі-Қазақстанның оңтүстік – шығысында *Fritillaria karelinii* таралу ерекшеліктерін анықтау.

#### **МАТЕРИАЛ ЖӘНЕ ӘДІСТЕР**

Зерттеуге арналған материал ретінде "ботаника және фитоинтродукция институты" гербарий қорының коллекциялары және 2020 жылғы наурызда Қазақстанның оңтүстік-шығысында табылған *F. karelinii* табиғи популяциясы болды. Экспедициялық зерттеулер 18, 25, 26 флористік аудан шегінде жүргізілді: Іле Алатауының шығыс секторының солтүстігінде Боғұты тауларында, Еңбекшіқазақ Әкімшілік Ауданының аумағында, сондай-ақ оңтүстік Балқаш өңірінің шөлді аудандарында, Қапшағай қалалық әкімшілігінің аумағында Қапшағай су қоймасының маңында және Шу-Іле Алатауының оңтүстік-шығыс бөлігінде Алматы облысы Жамбыл әкімшілік ауданының аумағындағы тау, ол күрделі географиялық сипаттамасымен және әр түрлі бедерімен ерекшеленеді. Солтүстік бөлігі Балқаш көліне әлсіз еңкейген және Іле өзенінің ежелгі арналарымен тілінген шөлейтті жазықты білдіреді. Оңтүстік пен шығыста Іле және Жоңғар Алатауының тау жоталары, Тянь-Шань тау жүйесі созылып жатыр.

#### **НӘТИЖЕЛЕР ЖӘНЕ ТАЛҚЫЛАУ**

Ботаника және фитоинтродукция институтының гербарий қорының үлгілерін талдау Қазіргі уақытта Карелин ринопеталюмінің 41 гербарий үлгісі сақталғанын, ал қазіргі заманғы алымдар іс жүзінде жоқ екенін көрсетті. 1928-1990 жылдар аралығында, негізінен өткен ғасырдың 30-40 және 50-60 жж. Р. Карелин үлгілерінің жартысынан көбі 10 флористік аймақта жиналды: Ақтөбе ; Арал өңірі ; Қызылорда ; Бетпақдала ; Мойынқұм ; Балқаш-Алакөл ; Жоңғар Алатауы ; Іле, Күнгеі Алатау ; Шу-Іле таулары, бұл зерттеліп отырған түрдің Қазақстан аумағында таралғанын айғақтайды, оның ішінде 17 Үлгі Қазақстанның оңтүстік-шығысында, оның ішінде Алматы облысының аумағында жиналған.

#### **ҚОРЫТЫНДЫ**



Осылайша, Лалагүлдер тұқымдасына жататын *Rh.karelinii* -дің қазіргі заманғы зерттелу жағдайына баға берілді. Әдеби мәліметтерге сәйкес, *Rh.karelinii*-нің бірқатар түрлерінде стероидты алкалоидтардың болуына байланысты гипертензияға қарсы, анти-цицептивті (анальгетикалық), қабынуға қарсы, седативті және ісікке қарсы әсері анықталды, бұл оларды жан-жақты зерттеуге қызығушылық тудырады.

#### ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

- 1 Абдулина С. А. Список сосудистых растений Казахстана / С. А. Абдулина. — Алматы, 1999. — С. 116
- 2 Лилейные // Куна — Ломами. — М.: Советская энциклопедия, 1973. — (Большая советская энциклопедия : [в 30 т.] / гл. ред. А. М. Прохоров ; 1969—1978, т. 14).
- 3 Флора Казахстана. — Алма-Ата: Изд-во АН КазССР, 1958. — Т. 2. — С. 195
- 4 Красная книга Казахстана. — Т. 2. — Ч. 1. Растения / гл. ред. И.О. Байтулин, отв. ред. Г.Т. Ситпаева. — Астана: ТОО «АртPrintXXI», 2014. — С. 349.
- 5 Каирова М.Ж. Биологические особенности некоторых видов лекарственных растений юго-восточного Казахстана: автореф. дис. ... канд. биол. наук: 03.00.05 — «Ботаника» / М.Ж. Каирова. — Алматы, 2010. — 27 с
- 6 Грудзинская Л.М. Аннотированный список лекарственных растений Казахстана: справ. изд. / Л.М. Грудзинская, Н.Г. Гемеджиева, Н.В. Нелина, Ж.Ж. Каржаубекова. — Алматы, 2014. — С. 97.
- 7 Энциклопедия декоративных садовых растений. Тюльпаны и другие луковичные растения Казахстана
- 8 The Plant List (2013). Version 1.1. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.theplantlist.org> (дата обращения: 10.09.2020).
- 9 Xiao P.G. The botanical origin and pharmacophylogenetic treatment of Chinese material medica Beimu / P.G. Xiao, Y. Jiang, P. Li // J. Acta Phytotaxo Sin. — 2007. — Vol. 45, Iss. 4. — P. 473–487.
- 10 Chinese Pharmacopoeia Commission. Pharmacopoeia of the People's Republic of China version. — Beijing: China Medical Science Press, 2015. — 349 p.
- 11 Li S.-L. Determination of the major isosteroidal alkaloids in bulbs of *Fritillaria* by high-performance liquid chromatography coupled with evaporative light scattering detection / S.-L. Li, G. Lin, S.-W. Chan, P. Li // J. Chromatogr. — 2001. — Vol. 909. — P. 207–214.
- 12 Xiang L. Identification of *Fritillariae bulbosae* from adulterants using ITS2 regions / L. Xiang, Y. Su, X. Li, G. Xue, Q. Wang, J. Shi, L. Wang, S. Chen // Plant Gene. — 2016. — Vol. 7. — P. 42–49.
- 13 Li H.J. Chemistry, bioactivity and geographical diversity of steroidal alkaloids from the *Liliaceae* family / H.J. Li, Y. Jiang, P. Li // J. Nat. Prod. Rep. — 2006. — Vol. 23, Iss. 5. — P. 735–752.
- 14 An J.J. Puqienine E: an angiotensin converting enzyme inhibitory steroidal alkaloid from *Fritillaria puqiensis* / J.J. An, J.L. Zhou, H.J. Li // Fitoterapia. — 2010. — Vol. 81, Iss. 3. — P. 149–152.
- 15 Xu F. Antinociceptive efficacy of verticinone in murine models of inflammatory pain and paclitaxel induced neuropathic pain / F. Xu, S. Xu, L. Wang // Biol. Pharm. Bull. — 2011. — Vol. 34, Iss. 9. — P. 1377–1382.



**ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАРТИНЫ ФАРМАКОЭКОНОМИКИ И  
ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИИ, ВЫЗВАННЫЕ КОРОНАВИРУСОМ SARS-COV-2 И  
БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ (НА ПРИМЕРЕ Г.АКТОБЕ)**

*Балапашева Айгерим Алдияровна,  
докторант кафедры фармакологии  
Научный консультант: Смагулова Г.А. - к.м.н., доцент  
кафедры фармакологии НАО «Западно-Казахстанский  
Медицинский Университет им. М. Оспанова»,  
г.Актобе, Казахстан  
e-mail: [gv7072@mail.ru](mailto:gv7072@mail.ru)*

Изменения фармакоэкономики и фармакоэпидемиологии в Актыбинском регионе, как во всем Казахстане, является актуальной темой в свете последних мировых событий. Как показывает отечественная и зарубежная практика, многие исследования посвящены аналитическим данным в рамках стационарного лечения. Однако наш интерес заключается в исследовании, каким образом назначение лекарственных препаратов врачами первичного звена г.Актобе влияет на расходы, связанные с лечением пациента. Какова возможность в выборе лекарственных средств с учетом его финансовых возможностей. Также в данном аспекте мы должны подчеркнуть значимость утвержденного МЗ РК протокола лечения лекарственными препаратами пациентов, имеющих диагноз «бактериальная пневмония». По бактериальной пневмонии следует отметить, что оно является наиболее распространенным заболеванием в рамках коронавирусной пандемии. Ее диагностика и лечение проводится амбулаторно участковым врачом-терапевтом, если не требуется срочная госпитализация. Для выстраивания хода лечения врачу следует учитывать как клинические рекомендации, так и опираться на стоимость лечебных препаратов. В данном аспекте важное значение имеет и отношение пациента к рекомендуемой терапии, умение со стороны врача корректировать препаратами одного фармакологического ряда с доступной для пациента ценой.

Как показывает врачебная практика, что с учетом риска раннего развития осложнений по бактериальной пневмонии, также трудоемкости расшифровки микробиологического анализа, терапевтическое назначение с включением антимикробного препарата рекомендуется проводить в минимальные сроки. Для пациента существенное значение будет иметь не только ожидаемая эффективность и безопасность рекомендованной терапии, также и ее стоимость.

В Казахстане для оплаты случаев, связанных с КВИ, фондом социального медицинского страхования разработаны тарифы на соответствующие услуги (они утверждены приказом МЗ РК и прошли регистрацию в МЮ РК).

1. Тариф по карантинной госпитализации – 10 413,96 тенге.
2. Тариф по провизорной госпитализации – 11 619,80 тенге.
3. Тариф за пролеченный случай в инфекционном отделении круглосуточного стационара – 15 113,34 тенге [1].

Также следует отметить, что Фондом социального медицинского страхования разработаны тарифы с учетом тяжести состояния пациента. Лечение легкой степени коронавируса одного пациента составит 292,6 тысячи тенге, средней — 446,1 тысячи тенге, тяжелой — 1,5 миллиона тенге. За лечение крайне тяжелой степени фонд выплатит 1,7 миллиона тенге за одного пациента [2].

Для расчета финансовых затрат пациента за курс антимикробной терапии нами была смоделирована идеальная ситуация, при которой пациенту назначался препараты. Математические расчеты показали среднюю стоимость от 30 тыс тг. при легкой и до 100тг - средней стадии заболевания.

Для определения средней стоимости нами был проведен опрос врачей-терапевтов, назначавших лечение пациентам с диагнозом «бактериальная пневмония» как результат

заражения коронавирусом SARS-COV-2. В опросе принимали участие 30 докторов, работающих в ГКП «АМЦ» на ПХВ, Актюбинская железнодорожная больница г.Актобе.

В процессе сбора информации у врачей-терапевтов, назначавших своим пациентам лечение, среди фармакологических препаратов следует отметить аминопенициллины, цефалоспорины, макролиды, фторхинолоны, частично – тетрациклины. По указанным препаратам была составлена сводная таблица в разрезе по г. Актобе Республики Казахстан. В таблице 1 указаны усредненные цифровые данные, отражающие затратные данные антимикробных средств по лечению «бактериальной пневмонии» [3, 4].

Таблица 1. Затратные характеристики АМП по лечению бактериальной пневмонии как результат заражения коронавирусом SARS-COV-2 (<https://diseases.medelement.com/>)

АМП	Цена за 1 препарат
Ибупрофен 200-400 мг	845 тг
Парацетамол 500 мг	160тг
ацетилсалициловая кислота (АСК) в дозе до 100 мг	65тг
клопидогрель 75 мг	3240тг
Цефтриаксон, 1г	190 тг за ампулу
Цефазолин, 0,5	213 тг
Сумаммед 500мг	5 150тг
Хемомицин, 500мг	7000 тг
Эритромицин, 250мг	370тг
Амоксиклав, 625мг	1 195тг
Амоксицилин+клавулановая кислота, 625мг	1 172тг
Таваник, 500мг	5400тг
Доксициклин, 100мг	220тг
Апиксабан 2,5 мг	23 350 тг
Дабигатрана этексилат * 110 мг	22 485 тг
Ривароксабан* 10 мг	26 450 тг

Полученные данные позволили выделить группы лекарственных препаратов, на которые больше всего тратили свои финансовые средства жители указанных регионов. Так, на первом месте по потреблению стоят цефалоспорины – как разновидность антибиотиков, а именно цефтриаксон, цефазолин, зиннат (35% назначений).

На втором месте являются макролиды – вильпрафен, азитромицин, сумаммед, хемомицин (19,1% назначений).

После идут защищенные аминопенициллины – амоксиклав, флемоклав. На четвертом месте выступают фторхинолоны – левофлоксацин, ципрофлоксацин (14,3% назначений).

И на последнем месте назначение у врачей стоят аминопенициллины и тетрациклины (около 5%) [5, 6].

По оценке безопасности лечебной терапии следует отметить ответы врачей-терапевтов, что у отдельных пациентов наблюдалась аллергическая реакция (27%), рвота (5%), диарея (7%).

В настоящее время лечение пневмонии ведется согласно клинического протокола диагностики и лечения «Коронавирусная инфекция (COVID-19) у взрослых» (протокол №143 от 15 июля 2021 года), одобренного Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан. Это способствует тому, что врачи первичного звена здравоохранения должны уделять больше внимание проблеме рационального использования антимикробных препаратов. Комплексные меры в этом направлении смогут не только положительно повлиять на качество оказания медицинской помощи, но и снизить антибиотикорезистентность в амбулаторном звене.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1 Сколько тратит Казахстан на лечение одного пациента с коронавирусом. URL: [https://online.zakon.kz/Document/?doc\\_id=34932506&pos=4;-116#pos=4;-116](https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=34932506&pos=4;-116#pos=4;-116)

2 Кто должен платить за лекарства от COVID-19? Горячий брифинг главы Фонда медстрахования. URL: <https://ru.sputnik.kz/20200727/lekarstva-ocovid-19-fsms-14577796.html> (01.02.2022)

3 Балапашева А.А. Оптимизация преподавания клинической фармакологии в условиях онлайн-обучения. Актобе: ЗКМУ им.М.Оспанова – 2021 –С.5-7

4 Затратные характеристики АМП по лечению бактериальной пневмонии как результат заражения коронавирусом SARS-COV-2. URL: <https://diseases.medelement.com/>

5 Дерюшкин В.Г., Гацура С.В. Фармакоэкономический анализ выбора антимикробных препаратов для лечения внебольничной пневмонии практикующими врачами и выпускниками медицинского вуза. Качественная Клиническая Практика. 2021;(1):16-23. URL: <https://doi.org/10.37489/2588-0519-2021-1-16-23>

6 Пшеничная Н.Ю., Карева Е.Н., Ленева И.А., Булгакова В.А., Кравченко И.Э., Николаева И.В., Грекова А.И., Иванова А.П., Пузырева Л.В., Хасанова Г.М., Орлова С.Н., Тихонова Е.П., Петров В.А., Малинин О.В., Колаева Н.В., Волчкова Е.В., Каншина Н.Н., Чуланов В.П. Фармакоэпидемиологическое исследование COVID-19 в Российской Федерации ЭГИДА-2020. Терапевтический архив. 2021;93(11):1306–1315. DOI: 10.26442/00403660.2021.11.201206

## РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ МОЛОДЁЖИ КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Батажан Камила Аргынқызы  
Магистрант 1 курса по ОП  
«Общественное здравоохранение»  
Медицинский университет Караганды,  
г.Караганда, Казахстан  
e-mail: [mirexk@mail.ru](mailto:mirexk@mail.ru)

**РЕЗЮМЕ:** Психические расстройства часто проявляются в раннем возрасте, вносят существенный вклад в глобальное бремя болезней и могут мешать молодым людям выполнять соответствующие возрасту задачи в важные периоды развития. Однако сведений о распространенности и течении психических расстройств в молодом возрасте немного.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** психические расстройства, профилактические посещения, психика.

Согласно ВОЗ, психическое расстройство, это состояние психики человека, отличное от нормального. Одним из способов выявления психических расстройств, являются профилактические медицинских осмотров целевых групп населения, включая детей дошкольного, школьного возрастов, а также учащихся организаций технического и профессионального, послесреднего и высшего образования, подлежащих профилактическим медицинским осмотрам с разделением медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) и обязательного социального медицинского страхования (ОСМС)

Цель исследования состояла в том, чтобы оценить текущую распространенность психических расстройств среди молодежи Карагандинской области.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен ретроспективный анализ профилактических медицинских осмотров по Карагандинской области за 2020 г. и 2021 г. По категориям: общее количество профилактических посещений (рисунок 1), взятые впервые и повторно на «Д» учёт (рисунок 2). Статистические данные были использованы из информационной системы «Регистр психических больных» КГП на ПХВ «Областной центр психического здоровья». В данном исследовании принимали участия молодые люди от 14 до 28 лет.

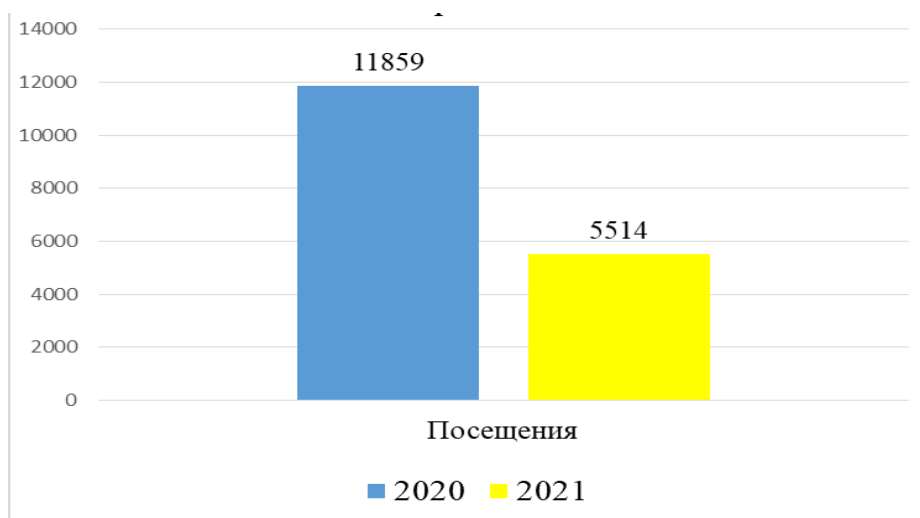


Рисунок 1. Посещение молодых людей за 2020 и 2021 год.

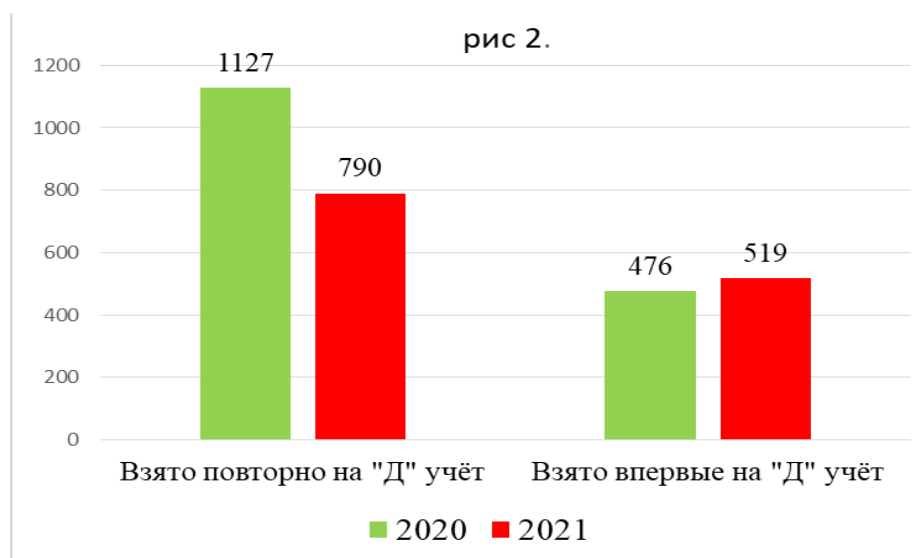


Рисунок 2. Повторно и впервые взятые пациенты за 2020 и 2021 год.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ:

Таким образом, было установлено, что за 2020 год число лиц прошедших профилактических посещений составило 11859. За 2021 год, количество профилактических посещений составило 5514. Таким образом, отмечается положительная динамика, количество посещений снизилось на 53,5%. Снижение динамики объясняется с открытием дополнительных первичных центров психического здоровья (ПЦПЗ) с целью максимальной доступности психиатрической помощи. Число повторно взятых на «Д» учёт также уменьшилось на 30% и составило 790 человек. Число взятых впервые в жизни увеличилось на 8% и составило 519 человек. Наибольшее количество взятых пациентов с диагнозом Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга (F07).

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- 1 DSM-5, Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам 5-го издания
- 2 Утвержденные клинические протоколы, РГП на ПЗВ РЦР



## **ҚАНТ ДИАБЕТИМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ ӨМІР СҮРУ САПАСЫН БАҒАЛАУ**

*Бижанова Айгерім Дүйсеналықызы*  
*«Мейіргер ісі» мамандығының 1 –курс магистранты*  
*Ғылыми жетекші: Жедел медициналық көмек*  
*және мейіргер ісі кафедрасының меңгерушісі,*  
*м.ғ.к., доцент Сейдахметова А.А.*  
*Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы,*  
*Шымкент қ., Қазақстан Республикасы*  
*e-mail: [aygerim\\_bizhanov@bk.ru](mailto:aygerim_bizhanov@bk.ru)*

**КІРІСПЕ.** Қант диабеті - бүкіл әлемдегі жаһандық проблема. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының деректері бойынша, бүгінгі күні диабетпен 422 млн адам зардап шегеді, бұл бүкіл әлем халқының 6,028% - ын құрайды. Қант диабетімен сырқаттанушылық статистикасы жыл сайын өсуде[1]. Егер жағдай сол қарқынмен дамиды болса, онда 2025 жылға қарай диабетпен ауыратын науқастардың саны 2 есе артады. 2030 жылға қарай қант диабеті бүкіл әлемде өлімнің 7-ші себебі болады[2, 3].

Қазақстан Республикасында соңғы уақытта қант диабетімен ауыратындардың саны қарқынды өсуде. 2016 жылы қант диабетімен ресми тіркелген науқастардың саны 379 942 адамға дейін өсті, бұл республика халқының 2,1% - ын құрайды. Дүниежүзілік денсаулық сақтау статистикалық деректері бойынша Қазақстан Республикасында 2016 жылы әйелдер арасында диабетпен ауыратын пациенттердің таралуы (11,7%) ерлерге қарағанда (11,3%) сәл артық.

Қазақстан Республикасының ұлттық тіркеліміне сәйкес республикада қант диабетімен ауыру жоғары, медициналық-әлеуметтік көрсеткіштер бойынша жүрек - қан тамырлары және онкологиялық аурулардан кейін 3-орын алады [5].

Қазақстан Республикасының Ұлттық тіркелімінің деректері бойынша жасалған картада қант диабетімен ауыратын ресми тіркелген науқастардың өсу үрдісі байқалады [6]. Қант диабеті бойынша ең көп таралған облыстарға елдің солтүстік өңірлері мен Орталық Қазақстан жатады, ал ең аз таралғанына Батыс өңірлер жатады. Біздің республикада қант диабетін және диабет алдындағы жай-күйді анықтау бойынша[7], сондай-ақ алғашқы медициналық-санитариялық көмекке дейін скринингтік бағдарламалар жеткілікті түрде жүйелі түрде жүргізіледі.

Қант диабетімен ауыратын науқастардың өмір сүру сапасында мейірике ісін сауатты және тиімді ұйымдастыру маңызды рөл атқаратынын атап өткен жөн. Алайда, қант диабетімен және оның асқынуларымен күрес мамандандырылған медициналық қызметтің барлық буындарының келісілген жұмысына ғана емес, сонымен қатар қант диабеті кезінде көмірсулар алмасуын өтеу бойынша мақсатты міндеттерге қол жеткізе алмайтын науқастардың өздеріне де байланысты, ал оның бұзылуы тамырлы асқынулардың дамуына әкеледі.

Қант диабетімен және оның салдарымен күресуде, сондай - ақ пациенттерде аурудың ағымын жеңілдету үшін емдеу-алдын алу мекемелерінің құрамында функционалдық негізде профилактикалық шаралардың ұйымдастырылуы маңызды.

**МАҚСАТЫ.** Қант диабетімен ауыратын пациенттердің өмір сүру сапасын жақсартудағы профилактикалық оқыту әдістерінің тиімділігін талдау.

**ЗЕРТТЕУ МАТЕРИАЛДАРЫ МЕН ӘДІСТЕРІ.** Зерттеу үшін 50-ден 70 жасқа дейінгі (орташа жасы 55,7±7,5 жас) 20 науқас іріктеліп алынды, олар оқу бағдарламасына алғаш рет қатысты. Оқитындардың көпшілігі 65% әйелдер болды. Аурудың орташа ұзақтығы 11,7±4,1 жыл болды. Науқастардың өмір сапасын анықтау мақсатында Euroqol сауалнамасы алынды.

"Облыстық клиникалық аурухана" базасында ұйымдастырылған бағдарлама жұмысының нәтижелеріне талдау жүргізілді. Оқыту шағын топтарда (4-6 адам) "қант диабеті" жобасы аясында әзірленген бағдарлама бойынша жүргізілді. Бағдарламада «Қант диабетін бақылау дағдыларын меңгеру», «Қант диабеті ауруы бар адамдардың денсаулық жағдайын бағалаудың

заманауи әдістерін меңгеру», «Күнделікті өмірге ұтымды тамақтану қағидаттарын енгізу», «Тренингке қатысушыларды стресстік жағдайға бейімделуге үйрету» атты міндеттер қойылып ұйымдастырылды. Материал түсінікті түрде көрнекі (слайдтар, жадынамалар) сүйемелдеумен баяндалды.

**НӘТИЖЕЛЕРІ.** Қант диабетімен ауыратын науқастарды тексеру және диабеттің алдын алу мәселелері бойынша хабардар болуының төмен деңгейі анықталды. Науқастардың 50% - ында комплаенстің төмен деңгейі, яғни науқастың өзінің жай-күйінің ауырлығын бағалаудың төмен барабарлығы және оң қабылдаудың болмауы анықталды.

Сауалнамадан кейін өзін-өзі бақылауға ынталандыру науқастың 75% - ында пайда болды. 80% - ы оқудан кейін емдік тамақтану қағидаттарында бағдарланды. 55% - ы глюкоза деңгейінің мақсатты көрсеткіштері туралы хабардар болды.

Науқастардың жалпы жағдайын динамикада бағалау кезінде оқыған 45% науқас диетаны қатаң сақтай бастағанын көрсетті, бұл қандағы қант деңгейінің қалыпқа келуіне әкелді. Сабакқа үнемі қатысатын диабеттік науқастардың 60% - ында емге бейімделудің қалпына келуі байқалды, бұл көңіл-күй мен өнімділіктің жоғарылауымен, ұйқының жақсаруымен, сондай-ақ өмір сүруге деген ынтаның жоғарылауымен сипатталды.

«Euroqol» сауалнамасы нәтижелерінде науқастардың жалпы денсаулық жағдайы 25%-дан 80%-ға, физикалық функционалдық жағдайы 20%-дан 85%-ға көтерілді. Бұл жүргізілген жұмыстың нәтижелігін және науқасты үнемі қолдаумен мейіргер тарапынан науқастарға күтім жасауды оңтайландыру кезінде науқастардың өмір сүру сапасын едәуір жақсартуға қол жеткізуге болатындығын дәлелдейді.

**ҚОРЫТЫНДЫ.** Қант диабеті оқыту бағдарламасына қатысу науқастар үшін жеткілікті емдік тиімділікке ие болды. Бағдарламада оқытудың негізгі мақсаты науқастардың көпшілігі асқинулардың алдын-алу және медициналық тамақтану принциптерін игеру әдістері бойынша дағдыларды дамытуды қарастырады. Нәтижесінде науқастар қант диабеті және оның ағымының ерекшеліктері, өзін-өзі бақылау және ұтымды тамақтану принциптері, гипогликемиялық терапияның мақсатты көрсеткіштері мен тиімділігінің критерийлері туралы білімдерін жетілдіре алды. Сонымен, сабақтар науқастардың ауруларындағы құзыреттілігін арттырды, олар өз жағдайында жақсы бағдарланған болды, бұл олардың өмір сүру сапасын тікелей жақсартады.

#### **ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:**

- 1 Forbes JM, Cooper ME. Mechanisms of diabetic complications. *Physiol Rev.* 2013;
- 2 Yrovolas S, Koyanagi A, Garin N. Diabetes mellitus and its association with central obesity and disability among older adults: a global perspective. *Exp Gerontol.* 2015;
- 3 Chentli F, Azzoug S, Mahgoun S. Diabetes mellitus in elderly. *Indian J Endocrinol Metab.* 2015; 19;
- 4 Lim U, Ernst T, Buchthal SD. Asian women have greater abdominal and visceral adiposity than Caucasian women with similar body mass index. *Nutr Diabetes.* 2011.
- 5 Parra DI, Romero Guevara SL, Rojas LZ. Influential factors in adherence to the therapeutic regime in hypertension and diabetes. *Invest Educ Enferm.* 2019 out;37(3).
- 6 Salci MA, Meirelles BHS, Silva DMGV. Health education to prevent chronic diabetes mellitus complications in primary care. *Esc Anna Nery.* 2018;22.
- 7 Salci MA, Meirelles BHS, Silva DMGV. Primary care for diabetes mellitus patients from the perspective of the care model for chronic conditions. *Rev latinoam. Enferm.* 2017.

## **ЖҮКТІЛІК АЛДЫ ДАЙЫНДЫҚ АНТИРЕТРОВИРУСТЫҚ ТЕРАПИЯНЫҢ ЖҮКТІЛІК НӘТИЖЕСІНЕ ӘСЕРІ**

*Билибаева Ф.Ж., Оспанова Д.А., Халмирзаева М.М.  
С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ,  
Алматы қ., Қазақстан Республикасы  
e-mail: [bilibaeva\\_galya@mail.ru](mailto:bilibaeva_galya@mail.ru)*

**ӨЗЕКТІЛІГІ:** Адамның иммун тапшылығы вирусы (АИТВ) және жұқтырылған иммун тапшылығы синдромы (ЖИТС) Денсаулық сақтау саласындағы жаһандық дағдарыс болып қала береді, халықаралық және жергілікті бастамалар шеңберіндегі қарқынды күш-жігер АИТВ/ЖИТС пандемиясымен күресу үшін ресурстарды жұмылдыруды жалғастыруда [1]. Біріккен Ұлттар Ұйымының АИТВ/ЖИТС бойынша біріккен бағдарламасында (ЮНЭЙДС) 2020 жылы әлемде АИТВ жұқтырғандар саны 37,7 миллион адам болған және олардың 36,0 миллионы ересектер (15 жастан асқан) болған. Сонымен қатар, қазіргі уақытта АИТВ жұқтырғанын білмейтін шамамен 6,1 миллион адам бар деген болжам бар. 2021 жылдың маусым айының соңындағы жағдай бойынша 28,2 миллион адам антиретровирустық терапия алған, ал 2010 жылды салыстырғанда 7,8 миллион адам терапия алған. [2].

**МАҚСАТЫ:** Біздің мақсатымыз клиникалық немесе иммунологиялық АРТ үшін жарамды жүкті әйелдерде АИТВ-инфекциясын емдеу бойынша қазіргі әдебиеттерді бағалау болды.

**МАТЕРИАЛ ЖӘНЕ ӘДІСТЕР:** ретроспективті зерттеуге АИТВ жұқтырған 103 жүкті әйел қатысты. Біз босану кезіндегі ана мен жүктілік жасын, АРТ басталған уақытты, босану тәсілін, туу салмағын, ананың CD4 санын және босану кезіндегі АИТВ вирустық жүктемесін зерттедік. Нәрестелердің АИТВ статусы вертикалды таралу жылдамдығын анықтау үшін пайдаланылды.

### **ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ ЖӘНЕ ТАЛҚЫЛАУ.**

Мерзімінен бұрын босану жүктілік кезінде АРТ қабылдаған әйелдер арасында кең таралған, әсіресе терапия жүктіліктің бірінші триместріне дейін немесе басталған кезде. АРТ қабылдаған әйелдерде дене салмағы төмен баланың туылу қаупі жоғары болды. Жүктілік кезіндегі антиретровирустық терапия, таңдамалы кесар тілігімен бірге АИТВ-ның анадан балаға берілу қаупінің төмендеуімен байланысты болды.

### **ҚОРЫТЫНДЫ**

Ауру жағдайларын басқару сияқты тұтас тәсілдер күтім және АРТ ұстануын жақсарту үшін үлкен манызды. АИТВ-бұл адам өмірінің әртүрлі аспектілеріне әсер ететін күрделі ауру, сондықтан барлық аспектілерді шешу үшін толық күтімді қажет етеді. Денсаулық сақтау жүйелері кейбір пациенттердің жарықтар арқылы сырғып кетпеуін, емдеу нәтижелері мен тиімділігін жақсарту үшін біртұтас күтімге көшуі керек. АРТ-ға құқығы бар АИТВ-инфекциясы бар жүкті әйелдерде АРТ-ана вирусын басудың, нәрестелер өлімін азайтудың және асқынуларды азайтудың қауіпсіз және тиімді құралы.

### **ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:**

1 Ashare R.L., Thompson M., Leone F., Metzger D., Gross R., Mounzer K., Tyndale R.F., Lerman C., Mahoney M.C., Cinciripini P., George T.P., Collman Ronald G., Schnoll R. Differences in the rate of nicotine metabolism among smokers with and without HIV // AIDS: May 1, 2019 - Volume 33 -Issue 6 – p. 1083–1088.

2 D’Amico R., Yang Y., Mildvan D., et al. Lower CD4+ T lymphocyte nadirs may indicate limited immune reconstitution in HIV-1 infected individuals on potent antiretroviral therapy: analysis of immunophenotypic marker results of AACTG 5067 // J. Clin. Immunol. – 2005. – V. 25, N. 2. – P. 106-115.

3 Радзинский В.Е. Прегравидарная подготовка: клинический протокол.-М.: Редакция журнала Status Praesens, 2016. - 80 с.



4 Gaardbo J.C., Hartling H.J., Gerstoft J., Nielsen S.D. Incomplete immune recovery in HIV infection: mechanisms, relevance for clinical care, and possible solutions // Clin. Dev. Immunol. 2012. – V. 2012. – P.670957

## COVID - 19 ЗАРДАПТАРЫНЫҢ ТАРАЛУ КЕЗЕҢДЕРІ МЕН АЗАЙТУ ЖӨНІНДЕГІ ШАРАЛАР

Болатбекқызы Ақбота  
Әл-Фараби ат. Қазақ Ұлттық университеті,  
Алматы қ., Қазақстан Республикасы  
e-mail: [abolatbek2992@gmail.com](mailto:abolatbek2992@gmail.com)

**ТҮЙІНДЕМЕ:** жаңа мыңжылдықта адамзат ешкім білмеген жұқпалы аурулармен бетпе-бет кездесті. Қоршаған ортаның өзгеруі, климаттың жылынуы, халықтың тығыздығының артуы және де басқа факторлар олардың пайда болуына түрткі болады, ал халықтың жоғары көші-қон белсенділігі бүкіл әлемге мезетте таралуына ықпал етеді. Пандемия COVID-19 — SARS-CoV-2 коронавирусынан туындаған COVID-19 коронавирустық инфекциясының қазіргі әлемдік пандемиясы.

**ТҮЙІНДІ СӨЗДЕР:** COVID-19, SARS-CoV-2, тұмау, пандемия

**ТАҚЫРЫПТЫҢ ӨЗЕКТІЛІГІ:** 2019 жылғы 31 желтоқсанда Қытайдың Денсаулық сақтау басқармасы Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымына (ДДСҰ) Қытайдың Орталық Хубэй провинциясының Ухань қаласында белгісіз этиологиялық пневмонияның бірнеше жағдайы туралы ескертті. Бұл жағдайлар 2019 жылдың 8 желтоқсанынан бастап тіркелді және көптеген пациенттер Хуанан теңіз өнімдерінің жергілікті көтерме сауда нарығында жұмыс істеді немесе өмір сүрді, дегенмен басқа ерте жағдайлардың бұл нарыққа ешқандай қатысы жоқ. 7 қаңтарда ДДСҰ 2019-nCoV ретінде қысқартылған жаңа коронавирус науқастың жұлдыру тампонынан анықталды. Бұл патоген кейінірек коронавирусты зерттеу тобы 2 ауыр жедел респираторлық синдромның коронавирусы (SARS-CoV-2) деп аталды, ал ДДСҰ бұл ауруды 2019 жылғы коронавирус ауруы (COVID-19) деп атады. 30 қаңтардағы жағдай бойынша Қытайда 7736 расталған және 12 167 болжамды жағдай тіркелді, ал басқа 18 елде 82 расталған жағдай анықталды. Сол күні ДДСҰ SARS-CoV-2 індетін Халықаралық денсаулық сақтау (PHEIC) төтенше жағдай деп жариялады. [1,2,3]

**ЗЕРТТЕУ МАҚСАТЫ:** Эпидемиологиялық жағдайды және ірі мегаполис Алматы қаласы мысалында COVID - 19 зардаптарын азайту жөніндегі шараларды зерттеу үшін халықаралық әдебиеттер көздеріне шолу жасау.

### ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ

- Төтенше жағдай кезеңінде келесі шаралар мен уақыт шектеулері енгізілді:
- қоғамдық тәртіпті қорғау, ерекше маңызды мемлекеттік және стратегиялық, ерекше режимді, қауіпсіздікті және қорғалатын объектілерде, сондай-ақ халықтың өмірі мен көліктің жұмыс істеуін қамтамасыз ететін объектілерді қорғау;
- ірі сауда объектілерінің қызметін шектеу;
- сауда және ойын-сауық орталықтарының, кинотеатрлардың, театрлардың, көрмелердің және адамдардың жаппай жиналатын басқа да орындарының қызметі тоқтатылды;
- карантин енгізілді, ауқымды санитарлық және эпидемияға қарсы іс-шаралар, оның ішінде Қазақстан Республикасы Қорғаныс министрлігінің құрылымдық бөлімшелерінің және халықтың санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылығы саласында жұмыс істейтін ішкі істер органдарының қатысуымен жүргізілді;
- ойын-сауық, спорттық және басқа да бұқаралық іс-шараларға, сондай-ақ отбасылық, мерейтойлық іс-шараларға тыйым салынды;
- Қазақстан Республикасының дипломатиялық қызметі мен шет мемлекеттердің жеке құрамы, сондай-ақ Қазақстан Республикасы Сыртқы Істер Министрлігінің шақыруы бойынша елге сапар шегетін халықаралық ұйымдар делегацияларының мүшелерін қоспағанда, Қазақстан Республикасының аумағына кіруге, сондай-ақ оның барлық көлік түрлерімен оның аумағынан шығуға шектеулер қойылды. [4,5,6]



Аурудың таралуын болдырмау мақсатымен 2020 жылдың 16 наурызы мен 11 мамыры аралығында елде төтенше жағдай режимі енгізілді: елге кіруге және шығуға шектеулер қойылды, барлық аймақтарда карантиндік немесе басқа шектеу шаралары енгізілді, азық-түлік емес ірі сауда орындарының, кинотеатрлардың және адамдар жаппай жиналатын орындар қызметі тоқтатылды.

2020 жылы 5 шілдеде Қазақстанда карантин режимі жұмыс істей бастады. Супермаркеттерден, дәріханалардан, кафелерден (әлеуметтік арақашықтықты сақтай отырып), әуежайлардан (ішкі рейстерден) басқа барлық нысандар жабылды.

2020 жылы 8 шілдеде Қазақстан Президенті Қасым-Жомарт Тоқаев 13 шілдені COVID-19 коронавирусының салдарынан қайтыс болғандарды ұлттық аза тұту күні деп жариялады. Аталған жайттардың барлығы аз уақыт аралығында дүниежүзілік пандемия сипатындағы мәселеге әкелгенін, өлім-жітімнің артуы, ғаламдық күйзеліс жағдайы екенін ескере отырып тақырыптың өзектілігін арттыра түсуде. [7,8]

Тұмаудың таралуының негізгі элементі – аурудың алғашқы 3-5 күнінде инфекцияның берілуі, белгілердің басталуына дейін, яғни аурудың белгілері пайда болғанға дейін болуы мүмкін. Екінші жағынан, COVID-19 вирусын жұқтырған кейбір науқастарда белгілер пайда болғанға дейін 24-48 сағат бұрын пайда болуы мүмкін деген ақпарат бар, бірақ қазіргі уақытта бұл инфекцияның таралуында маңызды рөл атқармайтындығында.

Соңғы мәліметтерге сәйкес, репродуктивті сан, яғни бір науқас жұқтыруы мүмкін адамдардың саны COVID-19 2-ден 2,5-ке дейін, бұл тұмауға қарағанда өте жоғары. Алайда, covid-19 және тұмау қоздырғыштарына қатысты бағалау жүргізу көбінесе нақты контекст пен уақытқа байланысты, сондықтан тікелей салыстыру әрдайым дұрыс бола бермейді.

Тұрғындар арасында тұмаудың таралуы кезінде балаларға маңызды рөл беріледі. COVID-19 кезінде балалар, алдын-ала ақпарат бойынша, ересектерге қарағанда инфекцияға аз бейім: 0-19 жас тобындағы зақымдану деңгейі төмен. Сонымен қатар, Қытайдағы үй шаруашылықтарын тексерудің алдын-ала мәліметтері бойынша балалардың инфекциясы ересектерден болады, керісінше емес.

Аурушандық белгілері жиынтығы ұқсас болғанына қарамастан, ауыр ағым жағдайларының үлесі әр түрлі болады. Қолда бар мәліметтерге сәйкес, COVID-19 жағдайларының 80% – ы жеңіл немесе асимптоматикалық курспен, 15% - ы оксигенотерапия қажет болатын ауыр курспен сипатталады, ал 5% жағдайда ауру өте ауыр сипатқа ие және өкпені жасанды желдетуді қажет етеді. Аурудың ауыр және өте ауыр ағымының үлесі тұмауға қарағанда жоғары болады.

Тұмау қаупі бар науқастар-балалар, жүкті әйелдер, қарттар, фондық аурулары бар адамдар және иммунокомпрометирленген адамдар кіреді. COVID-19 жағдайында, аурудың қазіргі түсінуіне сәйкес, ауыр ағымның қауіп факторлары егде жастағы және фондық аурулардың болуы болып табылады. [11,12]

COVID-19 эпидемиялық процесінің одан әрі жүруінің бірнеше мүмкін нұсқалары талқылануда:

тұмаудың вирустық түрлеріне ұқсас кеңістікті және тартылған адамдарды кеңейтумен белсенді тарату (мысалы, "Испан", Гонгонг тұмауы және т. б.), келесі бірнеше ай ішінде індеттің жойылуы, нақты жұқтырған аумақтар шегіндегі толқын тәрізді ағыс, эпидемияның белгілі бір сценарий бойынша дамуы, мысалы, қытай, итальян, американдық, аумақтарға, географиялық, этникалық және басқа айырмашылықтарға байланысты аралас модельдер, MERS және SARS коронавирустық инфекцияларының мысалы бойынша аборт ағымы [12,13].

Барлық эпидемиология және, мүмкін, әлем тұрғындарының көпшілігі эпидемияның барысын өз территорияларында және басқа жерлерде, ең алдымен Қытайда бақылап отырады, бұл COVID-19 эпидемиясының қолайлы нұсқасына үміттенеді.

COVID-19 өлімі тұмауға қарағанда жоғары болуы мүмкін, әсіресе маусымдық тұмау. Қазіргі уақытта өлім-жітімнің шынайы коэффициенті дәл анықталған жоқ, алайда қолда бар мәліметтер бойынша өлім-жітім (яғни тіркелген ауру жағдайларының санына жатқызылған қайтыс болғандардың саны) 3-4% шегінде ауытқиды, ал инфекциядан қайтыс болғандардың үлесі

(инфекциялық аурулары бар адамдардың санына жатқызылған қайтыс болғандардың саны) төмен. Маусымдық тұмаудың өлімі әдетте 0,1% дейін болады. Алайда өлім-жітім көбінесе медициналық көмекке қол жетімділікке және оның сапасына байланысты.

Инфекциялық процестің негізгі клиникалық көріністеріне мыналар жатады:

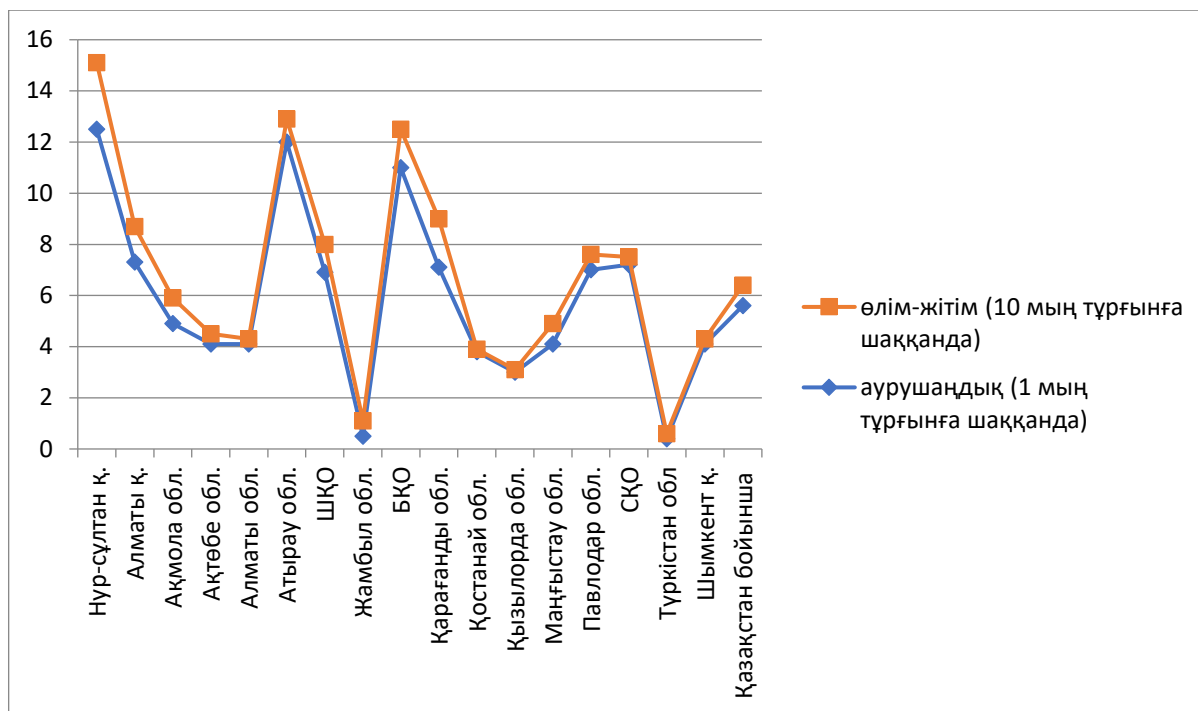
- 38°C-тан жоғары температура (90%);
- жедел жөтел, құрғақ немесе қақырық аз мөлшерде (80%);
- тыныс алудың қысқаруы >22 в мин (55%);
- миалгия, шаршау, әлсіздік (44%);
- кеудедегі бітелу сезімінің мәні (>20%);
- сананың шатасуы (9%);
- бас ауруы (8%);
- гемоптиз (5%);
- анорексия (83,8% жағдай)
- диарея (3-тен 29% жағдайға дейін),
- құсу (0,8% жағдай) және іштің ауыруы (0,4% жағдай) кіретін асқазан-ішек белгілері.

Ресми мәліметтерге сәйкес, Қазақстанда 93 14617 өлімнің қаңтар – шілде (7 ай) аралығында ковидтен 1 058 адам, пневмониядан 86 адам, барлығы 1 144 адам қайтыс болған. Яғни, басқа себептер арасында ковидтен болатын өлім-жітімнің үлесі 1,2% құрайды, ал пневмония коронавирустық статистикаға шілде айынан бастап енгізіле бастады. Бұл көрсеткішті тұмау, ЖРЗ және пневмониядан болатын өлім – жітімнің ресми үлесімен де 3,2% салыстыруға болады.

Екінші жартыжылдықта бұл үлес өседі деп күтілді. Сондай-ақ, жүрек ауруларының үлесі артты, өйткені коронавирустық инфекция жүрек-тамыр жүйесіне асқынулар әкеледі.

Кесте 1. Алматы қаласында Covid-19 пен пневмониядан қайтыс болғандардың саны, 1 шілде 2020-2021 жж.

	Ресми мәліметтер шілде 2020 жыл	Ресми мәліметтер шілде 2021 жыл
Барлық себептер бойынша өлім-жітім	93146	Мәліметтер жоқ
Covid-19 бен пневмониядан өлім-жітім	1144	1880
Covid-19 көрсеткішінен өлім-жітім	1,23%	-
Covid-19 аурушандық	93367	105872
Covid-19 өлім-жітім	1058	1588
Пневмония аурушандық	8054	25724
Пневмония өлім-жітім	86	292



Сурет 1. Ресми өңірлер бойынша ковид аурушаңдық 1 мыңға, ковидтен өлім-жітім 10 мыңға 2020 ж. тамыз

Ауру деңгейі жоғары жерде ковидтен ең жоғары өлім байқалады деп айтуға болмайды. Салыстырмалы ауру мен өлімнің шыңдары сәйкес келмейді. Салыстырмалы ауру мен өлім арасындағы корреляция коэффициенті  $R = 0.682$ , ал абсолютті  $r = 0.904$ .

Бір мың тұрғынға шаққанда ең жоғары аурушаңдық Атырау, Батыс Қазақстан облыстарында, Нұр-Сұлтанда (бір мың тұрғынға 10-нан астам), орташадан жоғары – Алматы, СҚО, Павлодар, Қарағанды және ШҚО-да (6,7 – 7,3), ең төмен мән – Түркістан және Алматы облыстарында (бір мың тұрғынға 2-ден аз) байқалады. Ең жоғары өлім – жітім-Нұр-Сұлтанда (10 мың тұрғынға шаққанда 2,6), Қарағанды (1,9), БҚО және Алматы (1,5 және 1,4).

Кесте 2. Қазақстан, Нұр-Сұлтан, Алматы қаласы бойынша өлім-жітім көрсеткіштері 2020-2021 жж., шілде

Өңірлер	Ресми мәлімет COVID-19 аурушаңдық 2020ж, шілде	Ресми мәлімет COVID-19 өлім-жітім 2020ж, шілде	Ресми мәлімет COVID-19 аурушаңдық 2021ж, шілде	Ресми мәлімет COVID-19 өлім-жітім 2021ж, шілде
ҚР	105872	1588	2521485	2665
Нұр-сұлтан	14473	306	1128	368
Алматы қ.	14143	265	640	180

Ресми деректер бойынша, Қазақстанда қаңтар – шілде (7 ай) аралығындағы 93 146 өлімнің 1 058 – і ковидтен, 86-сы пневмониядан, барлығы 1 144 адам қайтыс болды деп есептеуге болады. Яғни, басқа себептер арасында ковидтен болатын өлім-жітімнің үлесі 1,2% құрайды, бұл мүмкін емес, өйткені пневмония коронавирустық статистикаға шілде айынан бастап енгізіле бастады. Бұл көрсеткішті тұмау, ЖРЗ және пневмониядан болатын өлім – жітімнің ресми үлесімен де салыстыруға болады-3,2%. Екінші жартыжылдықта бұл үлес өседі деп күтілуде. Сондай-ақ, жүрек ауруларының үлесі артуы мүмкін, өйткені коронавирустық инфекция жүрек-тамыр жүйесіне асқынулар әкеледі.

Қорытынды: Осылайша, барлық жерде болып жатқан COVID-19 пандемиясының демографиялық, әлеуметтік және медициналық салдарларының ауырлығын түсіну,

эпидемиологиялық, диагностикалық және емдік іс-шаралардың нәтижелерін бағалаудағы алдын ала бағыттар мен тәсілдер кешені біртіндеп қалыптасуда.

Біріншіден, халық пен ел басшылары сирек жағдайларды қоспағанда, өркениеттің дамуы үшін жаңа індеттің маңыздылығы мен қауіптілігін түсінді. Оның әсері медициналық аспектілермен шектелмейді және экономиканы, саясатты, өнеркәсіпті және т. б. қамтиды.

Екіншіден, көптеген елдердің тұрғындары қатаң шектеу немесе карантиндік шараларға жауап берді немесе мәжбүр болды. Қытайдың тәжірибесі оқшауланған адамдардың көпшілігі үшін психологиялық тұрғыдан төзімді ортаны сақтау мүмкіндігін көрсетті. Алайда үкіметтер бірқатар елдердегі жағдайдың шиеленісін және тәртіпті тұрақсыздандыру қаупін түсінеді.

Үшіншіден, карантиндік шаралардың орындылығына байланысты қайшылықтар туындайды, олар халықтың ұсынылған шектеу шараларына бағынбайтын бөлігін өздігінен қолдайды. Алайда, бұрын халықтың бір бөлігін үйде оқшаулау қажеттілігін жоққа шығаратын диссидент елдер бұл шараларды енгізеді (АҚШ, Ұлыбритания, Нидерланды және т. б.)

Төртіншіден, медициналық қызмет Өзінің кадрлық және материалдық ресурстарын жұмылдырады, эпидемия жағдайында бейімделеді және жұмыс тәжірибесін жинақтайды, бұл өз қауіпсіздігін толық қамтамасыз етпейді, бұған медициналық қызметкерлерде инфекция және өлім жағдайлары дәлел бола алады.

Бесінші, емделушілердің едәуір саны және өлім-жітімнің төмендеуі пандемиядан шығу перспективасын оң бағалауға негіз береді. Сонымен бірге, климаттық және экологиялық өзгерістер аясында жаңа індеттердің қауіптілігіне байланысты санитарлық және медициналық қызметтерді қайта құру қажеттілігі туралы түсінік қалыптасуда.

Қазіргі covid-19 пандемиясы Халықаралық денсаулық сақтау мәселесі болып табылады. Қоздырғыш туралы, оның жасушаларды қалай жұқтыратыны және ауруды тудыратыны туралы, сонымен қатар аурудың клиникалық сипаттамалары туралы жетістіктер көп. Инфекцияның тез таралуына байланысты бүкіл әлемдегі елдер ауруларды бақылау жүйелеріне көбірек көңіл бөлуі керек және елдердің дайындығы мен жауап беруін қамтамасыз ету, соның ішінде жедел әрекет ету топтарын құру және Ұлттық зертханалық жүйенің әлеуетін нығайту жөніндегі операцияларды кеңейту керек.

#### ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1 Временные методические рекомендации МЗ РФ «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» Версия 5. 08.04.2020.

2 Lu R., Zhao X., Li J. Et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding

3 Li H., Liu L., Zhang D. et al. SARS-CoV-2 and viral sepsis: observations and hypotheses. Lancet. 2020;

4 Особенности патологической анатомии легких при covid-19 м.В.Самсонова , А.Л.Черняев, Ж.Р.Омарова , Е.А.Першина , О.Д.Мишнев , О.В.Зайратьянц ,Л.М.Михалева , Д.В.Калинин, В.В.Варясин , О.А.Тишкевич , С.А.Виноградов , К.Ю.Михайличенко , А.В.Черняк

5 Что врачи рассказывают о последствиях коронавируса:

<https://yandex.Kz/turbo/aneews.Com/s/razvlechenija/127488042-legkie-v-truhu-chto-vrachi-rasskazyvajut-o-posledstvijah-koronavirusa.Html> For guidance on the strategic use of diagnostic testing in different COVID-19 transmission scenarios

see: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331509/WHO-COVID-19-lab\\_testing-2020.1-eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331509/WHO-COVID-19-lab_testing-2020.1-eng.pdf)

6 [https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts)

7 [https://www.who.int/publications-detail/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/publications-detail/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-(covid-19))

8 [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331508/WHO-2019-nCoV-IPC\\_long\\_term\\_care-2020.1-eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331508/WHO-2019-nCoV-IPC_long_term_care-2020.1-eng.pdf)

- 9 <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/guidance-for-schools-workplaces-institutions>
- 10 Burki T.K. Coronavirus in China. *Lancet Respir Med.* 2020 [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 11 NHS press conference, February 4, 2020. Beijing, China. National Health Commission (NHC) of the People's Republic of China. <http://www.nhc.gov.cn/xcs/xwbd/202002/235990d202056cfcb202043f202004a202070d202007f209703b202113c202000.shtml>.
- 12 World Health Organization; Geneva, Switzerland: 2020. WHO: coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation report – 23. [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200212-sitrep-20200223-ncov.pdf?sfvrsn=20200241e20200219fb20200278\\_20200212](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200212-sitrep-20200223-ncov.pdf?sfvrsn=20200241e20200219fb20200278_20200212) [accessed 20200213 February 20202020] [[Google Scholar](#)]
- 13 Huang C., Wang Y., Li X., Ren L., Zhao J., Hu Y. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet.* 2020 [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 14 Chen N., Zhou M., Dong X., Qu J., Gong F., Han Y. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet.* 2020 [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 15 Burrell C., Howard C., Murphy F. 5th ed. Academic Press; United States: 2016. Fenner and White's medical virology. [[Google Scholar](#)]
- 16 Lu R., Zhao X., Li J., Niu P., Yang B., Wu H. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *Lancet.* 2020 [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]



## **ЖАТЫР МОЙНЫҢ ҚАТЕРЛІ ІСІК АУРУЫН ЕРТЕ АНЫҚТАУДА СКРИНИНГ ЖҮРГІЗУ ІС-ШАРАЛАРЫ.**

*Бурибекова З. «Мейіргер ісі» білім беру  
бағдарламасының I курс магистранты  
Ғылыми жетекші: Жедел медициналық көмек  
және мейіргер ісі кафедрасының меңгерушісі,  
м.ғ.к., доцент Сейдахметова А.А.  
Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы  
Шымкент қ., Қазақстан Республикасы  
e-mail: [zaure.buribekova@mail.ru](mailto:zaure.buribekova@mail.ru)*

**КІРІСПЕ.** Жатыр мойны обырына (ЖМО) шалдығу жыныстық белсенділіктің ерте басталуы мен, бірнеше жыныстық серіктестермен, темекі шегумен, әлеуметтік-экономикалық жағдайдың төмендігімен, дұрыс тамақтанбағандықтан, контрацептивтерді қолданбағандықтан және иммуносупрессиямен байланысты.[1].

Репродуктивті жастағы әйелдердің гинекологиялық ауруларының арасында жатыр мойны патологиясы 35-40% жағдайда кездеседі. (ЖМО) - қазіргі уақытта ең жиі кездесетін онкологиялық ауру болып табылады [2]. Бұл барлық қатерлі ісіктердің шамамен 58% құрайды. Жатыр мойны обыры көп әйелдер арасында кең таралған қатерлі аурулар. Құрылымында репродуктивті жүйенің қатерлі ісіктері (ЖМО) 46% - ды құрайды. (ЖМО) таралуы бойынша, әлемдегі онкологиялық аурулар және әйелдер өлімінің себептері арасында бірінші орында тұрады [3-4].

Қазақстанда 2019 жылға дейін нысаналы топ жас әйелдер болды, олар 30 - 60 жас аралығындағы жатыр мойны обырына байланысты диспансерлік есепте тұрмаған әйелдер. 2020 жылдан бастап жатыр мойны обыры бойынша диспансерлік есепте тұрмайтын 30-70 жастағы әйелдер скринингтен өте алады. Жатыр мойны обырын ерте анықтауға скрининг кезеңіде камтиды: 1) дәстүрлі әдіспен немесе Бетесда терминологиялық жүйесі бойынша интерпретациялай отырып, сұйықтық цитология әдісін пайдалана отырып, жүргізілетін Папаниколау бойынша бояумен жатыр мойнынан жағындыны цитологиялық зерттеу (Pap –тест), 2001; 2) Бетесда терминологиялық жүйесі бойынша цитологиялық қорытындылар кезінде терендетілген диагностика (кольпоскопия, биопсия, гистологиялық зерттеу) [4].

Жатыр мойны обырының жоғары әлеуметтік маңыздылығы, жүргізілетін жатыр мойны скринингінің кемшіліктері осы аурудың диагностикасын жетілдіру саласындағы зерттеулердің алғашқы шарты болып табылады [5].

**ЗЕРТТЕУ МАҚСАТЫ:** «Шымкент қ., №6-қалалық емханасында» жатыр мойнының қатерлі ісігі ауруын алдын алуда сауалнама жүргізу.

**МАТЕРИАЛДАР МЕН ӘДІСТЕР.** Зерттеу «Шымкент қ., №6-қалалық емханасында» тіркелген 48 әйелдерден алынды. Науқастардың жасы, жынысы, әлеуметтік-этникалық, клиникалық көрсеткіштері есепке алынды. Зерттеуге қатысқандар 30-60 жас аралығындағы әйелдер. Науқастардың ортақ жасы 48 жастағы әйелдер болды. Зерттеуге өмір сапасына әсер ететін аурулары бар науқастар (созылмалы ауырлары, жатыр мойнында «Эрозия» аурулары) енгізілмеді. Скринингтің тиімділігін талдау кезінде деректер базасы мен мұрағат материалдары пайдаланылды зертханалар, бұл жылдам іздеуге мүмкіндік берді алынған нәтижелерді салыстыру материалды қайта алу және патологиялық динамикадағы процесстер жүргізілді. Зерттеуге келген әйелдер мейіргердің бақылауында және психологиялық қолдауында болды.

Әйелдерге сауалнамалар жүргізілді. Сауалнама 15-сұрақтан тұрады. Сауалнамамен қоса науқастың шағымдарының динамикасы (бел тусының, қасағаның, жатыр аймағының ауруларында) объективті деректер (қынаптан жағымсыз, иісті биологиялық сұйықтықтардың бөлінуімен) талданды. Сауалнама деректерін нәтижесі 0-ден 100 дейінгі баллдық жүйе арқылы шығарылды.

**НӘТИЖЕЛЕРІ.** Сауалнама нәтижесінде скрининг жүргізілетін уақыттың әйелдердің күн тәртібіне сәйкес келмеуі. Скрининг туралы мәліметтерді мейіргерлер әйелдерге дұрыс жеткізбеуі.

Сауалнамадан кейінгі деректер: сауалнамаға 10 әйел 30-40 жас аралығындағы 20,8%, 18 әйел 40-50 жастағы 37,5%, 20 әйел 50-60 жас аралығында 41,7%, Сауалнама сұрақтары бойынша қатерлі ісік ауруы емделеме деген сұраққа: 27 әйел ия 56,2%, 16 әйел жоқ 33,4%, 5 әйел 10,4% жауап беруге қыйналамын деп жауап берді. Қатерлі ісікті алдын ала анықтау емдеуге көмектесеме деген сұраққа: 35 әйел ия 72,9%, 10 әйел жоқ 20,9%, 3 әйел 6,2% білмеймін деп жауап берді. Қатерлі ісік ауруын ертерек анықтау үшін скринингтен өтуі керек пе деген сұраққа: 27 әйел ия 56,2 %, 13 әйел жоқ 27,1%, 8 әйел 16,7% жауап беруге қыйналамын деп жауап берді.

Жатыр мойны ауруларын алдын алу, емдеу және оңалту үшін әйел өзінің ауруы туралы белгілі бір білімге ие болуы керек. Білімі бар мейіргер Скринингтің тиімділігін әйелдерге оқыту әдістері арқылы қол жеткізіледі. Скринингтің тиімділігі науқасты емдеу және оңалту принциптерін саналы түрде қолдау үшін науқасты оқыту және одан әрі бақылау қажеттілігі, созылмалы аурулары бар науқастар жағдайын жақсартқан кезде емдеуді жиі тоқтататындығына және дәрігердің ұсыныстарын орындамайтындығына байланысты.

**ҚОРЫТЫНДЫ.** Сауалнама нәтижесінде скринингке 50-60 жас аралығындағы әйелдер жиірек келеді. Қатерлі ісік емделеме деген сұраққа: 27 әйел ия 56,2% деп жауап берді. Қатерлі ісікті алдын ала анықтау емдеуге көмектесеме деген сұраққа: 10 әйел жоқ 20,9%, 3 әйел 6,2% білмеймін деп жауап берді

Әлеуметтік қызмет нәтижесінде өсу байқалды эмоционалды бұзылулардың ауырлығын төмендету, эмоционалды тұрақтылықты қамтамасыз ету және мүмкіндіктерді арттыру отбасында да, жұмыс ұжымында да пациенттің әлеуметтік бейімделуі. Жалпы алғанда, талдау қолданудың клиникалық тиімділігін айқын көрсетеді арнайы және адаптивті әдістерді жатыр мойнының қатерлі ісіктерін алдын алу үшін скрининг жүргізу. Деректермен бірге емдеу тиімділігінің артуын және мерзімдердің ұлғаюын куәландыратын клиникалық бақылау.

#### **ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:**

- 1 Семиглазов В.Ф., Семиглазов В.В. Скрининг рака шейки матки// Практическая онкология. -2020. -Т. 11, № 2. -С. 60–65.
- 2 Стенсволд Э., Магельсен Х., Оскам И.С. Меры по сохранению фертильности для девочек и молодых женщин, больных раком. 2019; 131: 1429—32.
- 3 Волошина Н.Н., Волошин Н.А. Скрининг и профилактика рака шейки матки. Запорожье. 2019. С. 81-113.
- 4 Мусина Д.С. и др. Административные барьеры реализации скрининговых программ на раннее выявление онкологических заболеваний // Наука и здравоохранение. - 2019. -Т. 5. -С. 57–67.
- 5 Ковчур П.И., Бахидзе Е.В. Эффективность применяемой модели скрининга и ранней диагностики рака шейки матки в Карелии. Вопросы онкологии. 2019. Т. 60. № 3. С. 298-305. Kovchur P.I., Bakhidze E.V. Effektivnost' primenyaemoy modeli skringa i ranney diagnostiki raka sheyki matki v Karelii. Voprosy onkologii. 2019. Т. 60. № 3. S. 298-305.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕЙРОИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ НА ПРИМЕРЕ ЦЕНТРА «АСПАЗИЯ»

*Бухарова Нургуль Нурымовна магистрант,  
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»  
Кожекенова Жанат Асетовна к.м.н.,  
КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова,  
г.Алматы, Казахстан  
e-mail: [nurgul-nurym@mail.ru](mailto:nurgul-nurym@mail.ru)*

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** Нейроинсульт, реабилитация, инвалидность

**АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ.** Инсульт или мозговой удар во все времена был заметной причиной тяжелого страдания или внезапной смерти, однако проблема инсульта стала особенно актуальной в последнее время. По данным современных крупных международных исследований (STONE, Syst-Eur, NICS), в структуре сердечно-сосудистой патологии инсульта стали преобладать над инфарктами миокарда по частоте примерно на 30%. Ежегодно в мире регистрируется более 30 миллионов случаев инсульта, из них на долю России приходится 450000 (или 2,5–3 случая на 1000 населения в год). Причин, вызывающих сосудистую катастрофу, очень много, потому что инсульт — это не столько заболевание, сколько очень разнородный синдром. В его основе лежат разнообразные патологические состояния крупных и мелких сосудов, нарушения системного кровотока, текучести крови. Существуют регулируемые и нерегулируемые факторы риска инсультов. Среди регулируемых факторов один из наиболее важных — артериальная гипертензия. Она диагностировалась в прошлом у 90% людей, переживших инсульт. А при ее лечении риск инсульта уменьшается наполовину. К другим важным факторам риска развития инсульта относятся — повышенный уровень холестерина, употребление соли, злоупотребление алкоголем (более 300г чистого спирта или более 600г каких-либо крепких напитков в неделю), курение, гиподинамия (физически нагрузки менее 30 минут в день), использование оральных контрацептивов, сахарный диабет, хронический стресс и недостаток положительных эмоций. К нерегулируемым факторам риска, прежде всего, относятся возраст: после 20 лет каждое следующее прожитое десятилетие вдвое увеличивает вероятность сосудистой патологии мозга, и — наследственность. Мы не выбираем себе родителей и получаем определенный набор генов от них. Предрасположенность к сосудистым патологиям передается по наследству, хотя зависимость эта и не прямая и обусловлена предрасположенностью родственников разных поколений к состояниям, повышающим риск инсульта. Степень риска развития инсульта зависит от количества имеющихся факторов: сочетание 2 – 3 из них резко увеличивает опасность острого нарушения мозгового кровообращения.

Распространяющаяся деполяризация (РД) — это волна массивной деполяризации критической массы нейронов и, предположительно, клеток глии, которая вместе с сопутствующим угнетением спонтанной электрической активности мозга распространяется по серому веществу головного мозга с низкой скоростью 2–8 мм/мин. Вскоре после открытия СД было высказано предположение, что он соответствует скотомам мигрени с аурой на основании аналогичной скорости распространения [1,2], хотя в то время не было получено прямых доказательств, которые бы неоспоримо подтверждали это утверждение. Поэтому СД десятилетиями рассматривался как экспериментальный курьез или модель нейроваскулярной связи, причем последнее объяснялось эволюцией связанной с ним устойчивой реакции мозгового кровотока (CBF). Реакция CBF на СД обычно состоит из начальной кратковременной вазоконстрикции, за которой следует заметная, преходящая, а затем менее очевидная поздняя гиперемия, сменяющаяся длительной олигемией. Заключительный, олигемический элемент реакции CBF обычно очевиден в ишемизированной коре, если предшествующее событие SD не было сгенерировано в течение предшествующего часа. Наличие и вес каждой отдельной фазы в

реакции CBF может варьироваться у разных видов и зависит от метаболического состояния ткани, создавая спектр типов реакции CBF, начиная от эффективного преобладания пиковой гиперемии и заканчивая сужением сосудов, известным как распространяющаяся ишемия [3]. SD у пациента, а не в экспериментальных модельных системах, был впервые зафиксирован во время фазы ауры приступа мигрени. Фактически, эпифеномен, распространяющаяся олигемиа была выявлена с помощью позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) [4]. Позже полная реакция CBF на СД (т. е. включающая и гиперемию, и олигемию) была подтверждена у пациентов с мигренью с помощью функциональной магнитно-резонансной томографии с определением уровня кислорода в крови (fMRI-BOLD) [5]. Клинические данные были весьма значительными, но все же косвенными, поскольку было выявлено изменение CBF, характерное для СД, а не сам СД (первичное электрофизиологическое событие). Тем не менее, было справедливо признано, что СД сопровождает фазу ауры мигрени, а связанная с ним преходящая депрессия нейронной активности была связана с такими неврологическими симптомами, как скинтиляции и скотомы [6,7]. Хотя этот вопрос до сих пор не решен, СД может сенсibilизировать тригемино-васкулярную систему, активировать менингеальные ноцицепторы и тем самым способствовать возникновению самой мигренозной головной боли (Ayata, 2009; Goadsby et al., 2017).

Первое прямое указание на то, что СД происходит в мозге человека, было получено с помощью многопараметрического мониторинга коры головного мозга пациентов с тяжелой травматической черепно-мозговой травмой (ТЧМТ). Синхронное получение CBF, внеклеточной концентрации  $K^+$  ( $[K^+]_e$ ), потенциала постоянного тока (DC)-потенциала, электрокардиограммы (ЭКОГ) и изменений в окислительно-восстановительном состоянии NADH однозначно подтвердило, что СД в связи с травмой развивается в мозге человека рецидивирующим образом (Mayevsky et al., Впоследствии систематический мониторинг СД у пациентов с острой черепно-мозговой травмой (например, ТБИ, субарахноидальное кровоизлияние - САГ, злокачественный ишемический инсульт) начался с эпохального исследования (Strong et al., 2002). Наиболее надежным подходом для выявления СД с тех пор стало использование полосок субдуральных поверхностных электродов, оставленных на месте на срок до нескольких дней после нейрохирургического вмешательства для облегчения первичного травматического или ишемического инсульта (Dreier et al., 2017). Поскольку регистрация СД с помощью скальповых электродов требует дальнейшего подтверждения (Hartings et al., 2014), в настоящее время мониторинг СД остается преимущественно инвазивным методом, ограниченным пациентами с острой черепно-мозговой травмой, требующей краниотомии. Эти исследования продолжают приносить ценные данные о характере эволюции и травматическом потенциале СД, а также способствуют развитию СД как индикатора или медиатора текущего вторичного повреждения (Dreier et al., 2017; Hartings et al., 2017).

Цель исследования: Изучить эффективность реабилитации нейроинсультных пациентов после острого нарушения мозгового кровообращения и разработать методы комплексной терапии.

Задачи исследования:

1. Изучить состояние реабилитации в нашей стране и за рубежом.
2. Проанализировать основные показатели деятельности центра «Аспазия».
3. Изучить мнение родственников о качестве и эффективности реабилитационной помощи пациентам после острого нарушения мозгового кровообращения.
4. Разработать проект рекомендаций для повышения эффективности деятельности центра «Аспазия».

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:** статистический, социологический, аналитический.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.**

В ТОО "Центр неврологии и реабилитации «Aspasia» Количество коек круглосуточного стационара - 60, ДС при стационаре – 10. Штат состоит из 22

опытных, высокоспециализированных специалистов. Как видно из рисунка 1, в основном на реабилитацию обращаются пациенты с неврологическими заболеваниями (рисунок 1).

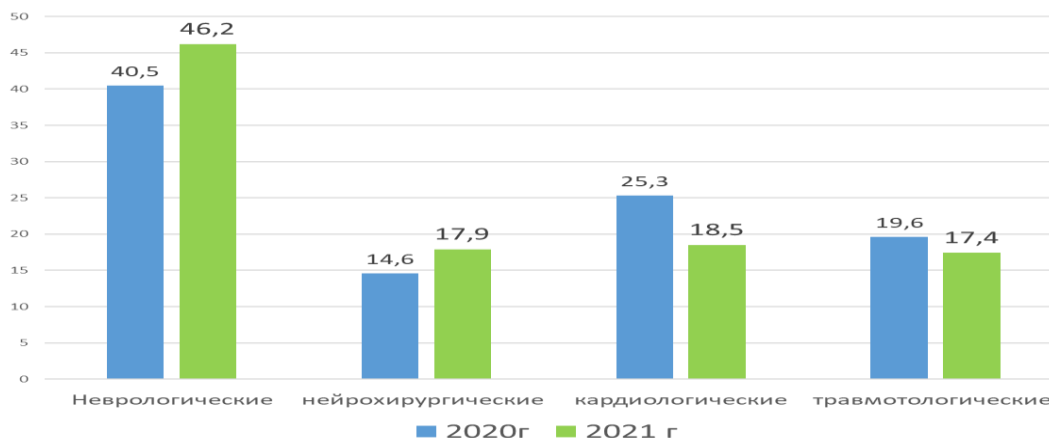


Рисунок 1 – Структура пациентов по профилю заболевания, %

Основные направления центра Аспазия охватывают такие профили как кардиология, неврология, нейрохирургия, травматология. В штате имеется достаточное количество специалистов, центр обеспечен современным оснащением. За последние два года в центре наблюдается увеличение количества пациентов, основная доля приходится на неврологических больных (46,2%). родственники пациентов оценивают реабилитацию как высокоэффективную. 76,9% удовлетворены качеством помощи. Более половина родственников считают, что состояние стало улучшаться чем было ранее. Отмечают что, не владеют информацией по уходу за больным. Необходимые социальные мероприятия по мнению родственников для улучшения состояния здоровья это санаторно-курортное лечение, физиолечение, увеличение спектра услуг в центре. Для повышения эффективности качества реабилитационного лечения, необходимо совершенствовать существующую модель реабилитации, основанную на межведомственном сотрудничестве и более полно отражать возможности реабилитации пациентов в медицинском, социальном, профессиональном аспектах.

**ОБСУЖДЕНИЕ И РЕКОМЕНДАЦИИ.** Анализируя результаты исследования можно сказать, что в реабилитационном центре Аспазия необходимо расширить штат путем привлечения реабилитолога, психолога, социального работника, психотерапевта. Проводить обучающие курсы по уходу за нейроинсультными больными. Усилить работу нейропсихологической реабилитации. Применять в работе мультидисциплинарный принцип ведения пациентов.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- 1 Somjen, G.G., 2001. Mechanisms of spreading depression and hypoxic spreading de-pression-like depolarization. *Physiol. Rev.* 81, 1095–1096. <https://doi.org/10.1152/physrev.2006.81.3.1065>.
- 2 Епифанов В.А., «Медико-социальная реабилитация больных после инсульта» Изд. «Гоэтар Медиа» 2021г.
- 3 Ayata, C., Lauritzen, M., 2015. Spreading depression, spreading depolarizations, and the cerebral vasculature. *Physiol. Rev.* 95, 953–993. <https://doi.org/10.1152/physrev.00027.2014>.
- 4 Goadsby, P.J., Holland, P.R., Martins-Oliveira, M., Hoffmann, J., Schankin, C., Akerman, S., 2017. Pathophysiology of migraine: a disorder of sensory processing. *Physiol. Rev.* 97, 553–622. <https://doi.org/10.1152/physrev.00034.2015>
- 5 Приказ МЗ РК от 7 октября 2020г ҚР ДСМ -116/2020. Зарегистрирован в МЮ РК 9 октября 2020 №21381.
- 6 Ю.В. Гольдблат. Основы реабилитации неврологических больных. Санкт-Петербург, СпецЛит. - 2017г.





## **МИРОВОЙ ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ КОВИД-19**

*Гернега Кристина Александровна*  
*Магистрант «Менеджмент в общественном здравоохранении»*  
*Медицинский Университет Караганды,*  
*Научный руководитель- Каюпова Гаухар Сериковна*  
*г.Караганда, Казахстан*  
*e-mail: [kgernega96@mail.ru](mailto:kgernega96@mail.ru)*

**РЕЗЮМЕ:** В статье представлен обзор литературных данных, посвященных сложностям работы поликлиник стран СНГ и ряда стран дальнего зарубежья в условиях пандемии коронавирусной инфекции COVID-19. На основании анализа научной литературы были выявлены основные проблемы, возникшие в работе поликлиник в период пандемии COVID-19, а также предложены пути оптимизации сложившихся проблем, в данный период.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** пандемия COVID-19, проблемы общественного здравоохранения, обслуживание пациентов, телемедицина.

**ВВЕДЕНИЕ:** Эпидемия COVID - 19 заставила значительно изменить представление о стандартах качественной работы медицинских организаций в вопросах профилактики и защиты населения от вируса. Повсеместный пересмотр организационных подходов к оказанию медицинской помощи, предполагающий расширение имеющихся и запуск новых программ, затронул всю систему здравоохранения по всему миру в период пандемии COVID-19. Тем не менее, в разных странах данный опыт значительно отличился, что позволяет провести анализ международного опыта для внедрения новых разработок или же модернизацию уже имеющихся в систему здравоохранения, в частности в систему оказания первичной медико-санитарной помощи населению Республики Казахстан.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:** Изучить мировой опыт работы врачей общей практики в общественных медицинских организациях в период пандемии COVID-19.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:** В период пандемии в системе здравоохранения Республики Казахстан и ряда других стран, согласно большинству исследований, наблюдались следующие проблемы:

1. Недостаточное количество СИЗ, в т.ч. респираторов.

В России в 2022 году реаниматолог из Москвы Татьяна Ревва сделала анализ, согласно которому более 30% учреждений не обеспечены СИЗ.[1] Society for Healthcare Epidemiology of America показало, что 40% клиник США не имеют должного количества респираторов. 68% учреждений испытывали трудности с поставкой масок и антисептических средств. 69 крупных эпидемиологов США в июне 2020 года отметили, что большая часть респираторов в клиниках страны не содержится в должных условиях, не подвергается необходимым условиям стерилизации, либо используется значительно более длительное время, нежели это необходимо [2]. Для решения этой проблемы исследователи Гарвардского Университета предложили метод сухого жара для повторного использования респираторов [3].

2.Трудности с оказанием медицинской помощи пациентам. Согласно антикарантинным правилам, пациенты, имеющие симптомы гриппа, пневмонии и ОРЗ не должны находиться в одном общественном учреждении с большим количеством людей. В то же время остро стоял вопрос безопасности самих специалистов. Посещение на дому несло в себе угрозу заражения приходящего специалиста.

3.Необходимость соблюдения карантинных мер в здании учреждения. К трудностям данного типа относятся в первую очередь: размещение пациентов с соблюдением установленной социальной дистанции, необходимость дополнительной санации помещения и поверхностей, а также необходимость наличия дополнительных средств обработки, деления помещения

поликлиник на чистую и грязную зону.

4. Достаточно долгое время проблемой было отсутствие достаточного количества ПЦР тестов, в том числе и для работников общественного здравоохранения. Таким образом, в США, если у работников здравоохранения возникали симптомы ОРЗ, гриппа или пневмонии, они отстранялись от работы на срок до 3-х дней с момента прекращения симптомов и только, если с их начала прошло не менее 10-ти календарных дней. [5]

5. Эпидемия COVID-19 значительно усугубила проблему нехватки квалифицированных кадров системе общественного здравоохранения. В США, не смотря на резкое увеличение затрат на общественную медицину, дефицит работников системы здравоохранения составил более 43 трех тысяч человек [8]. В странах СНГ количество недостающих для оптимального оказания медицинской помощи специалистов было еще в 2,5 раз выше [6].

Наиболее актуальные технологические разработки в общественном здравоохранении с целью оптимизации оказания помощи пациентам в период пандемии COVID-19.

Авральные темпы в работе общественных медицинских организаций в период пандемии спровоцировали и положительную тенденцию. Был отмечен рост специализированных разработок дистанционного оказания медицинской помощи пациентам.

Разработанные в период пандемии дистанционные технологии специалисты разделяют на следующие типы:

1. Врачебные телевизиты (прием осуществляется через скайп или другие визуальные средства прямой связи). Так, американская медицинская ассоциация установила специальный перечень случаев, при которых в период пандемии можно использовать телевизионные визиты к медицинским работникам как альтернативу визитов в режим оффлайн. К ним относятся: плановое обращение к врачам общей практики, обращение за получением рецепта на лекарственные препараты, различного рода консультирование по вопросам соблюдения норм ЗОЖ и регуляции тренировок и режима питания, помощь психологического характера, различного рода проблемы со здоровьем, которые не требуют последующей госпитализации и контроль здоровья пациентов с маломобильным состоянием, вопросы по приему лекарств от диабета, консультации по проблеме ожирения и т. п. [9]

2. Дистанционные технологии для наблюдения за пациентами. Например, в Великобритании было предложено использовать дистанционные технологии для наблюдения за пациентами после выписки из стационара, создавая так называемые виртуальные палаты (virtual wards). Для этого пациент скачивает на телефон специальное приложение и регулярно вводит через него показатели своего самочувствия и состояния: температуру, пульс, симптомы, уровень оксигенации крови. Медицинский персонал связывается с пациентами по телефону и дает рекомендации. В результате наблюдения за 300 пациентами после COVID-19 были получены положительные отзывы о виртуальных палатах как от врачей, так и от пациентов [10].

3. Коммуникация внутри медицинской организации. Эпидемия COVID-19 привела к интенсивному внедрению цифровых технологий и интенсификации внутреннего взаимодействия в медицинских учреждениях. Например, Методистская больница Хьюстона стала проводить 1 раз в неделю телеконференцию для врачей всего учреждения, где они могут высказать свои вопросы и сомнения. Эта инициатива руководства была поддержана врачами, и телеконференции стали успешной платформой для сообщения новостей между сотрудниками [12].

Также были разработаны различного рода call-центры как сервисы бесконтактной помощи для пациентов. Например, в центре медицины при университете Раша был организован специализированный колл-центр. С его помощью пациенты могли получить все необходимые рекомендации по профилактике и качественную психологическую помощь; кроме этого, специалисты разъясняли особенности расположения клиники, парковок, давали самый краткий и безопасный маршрут до лечебного учреждения и т. д. Всего за период пандемии через колл-центр прошло более 139 тысяч пациентов.

Были созданы помещения для психологической разгрузки самих работников системы здравоохранения: отдыха, бесед с родными и друзьями с помощью дистанционных средств



визуальной связи.

Таким образом, несмотря на все вышеперечисленные проблемы здравоохранения по обеспечению функционирования поликлиник в период пандемии были выявлены и положительные тенденции, в виде разработок дистанционных технологий по оказанию медицинской помощи пациентам. В свою очередь, данные разработки требуют дополнительных затрат, но существенно упрощает рутинную работу врача общей практики и повышает доступность к медицинским услугам для пациентов.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1 Заявившая об отсутствии СИЗ врач подала в суд на руководство больницы [Электронный ресурс]. URL: [https:// medvestnik.ru/content/news/Zayavivshaya-ob-otsutstvii-SIZvrach-podala-v-sud-na-nachalstvo-svoei-bolnicy.html](https://medvestnik.ru/content/news/Zayavivshaya-ob-otsutstvii-SIZvrach-podala-v-sud-na-nachalstvo-svoei-bolnicy.html)

2 Hospitals improvise to address COVID-19 PPE shortage [Electronic resource]. URL: <https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/06/hospitals-improvise-address-covid-19-ppe-shortage>

3 Meisenhelder C. et al. Effect of dry heat and autoclave decontamination cycles on N95 FFRs. [Electronic resource]. [https://www.researchgate.net/publication/341840005\\_Effect\\_of\\_Dry\\_Heat\\_and\\_Autoclave\\_Decontamination\\_Cycles\\_on\\_N95\\_FFRs/citation/download](https://www.researchgate.net/publication/341840005_Effect_of_Dry_Heat_and_Autoclave_Decontamination_Cycles_on_N95_FFRs/citation/download)

4 Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 мая 2021 года № ҚР ДСМ -47. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 27 мая 2021 года № 22833

5 Interim guidance on testing healthcare personnel for SARS-CoV-2. Center of Disease Control [Electronic resource]. URL: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/testing-healthcare-personnel.html>

6 Острая врачебная недостаточность. URL: <https://www.kommersant.ru/doc/4919073>

7 Telehealth: health care from the safety of our homes [Electronic resource]. URL: <https://telehealth.hhs.gov>

8 COVID-19: Are there enough health workers? [Electronic resource]. URL: <https://ilostat.ilo.org/covid19-are-there-enough-health-workers/>

9 Health system changes spurred by COVID may be here to stay [Electronic resource]. URL: <https://www.medscape.com/viewarticle/931989>

10 Thornton J. The «virtual wards» supporting patients with Covid-19 in the community // BMJ. 2020. Vol. 369. Article ID m2119 [Electronic resource]. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.m2119>

11 Как изменилась дистанционная медицина <https://www.comnews.ru/content/215955/2021-08-16/2021-w33/kak-izmenilas-distancionnaya-medicina>

129 ways COVID-19 may forever upend the U.S. health care industry [Electronic resource]. URL: <https://www.statnews.com/2020/05/19/9-ways-covid-19-forever-upendhealth-care/>

## **ОПТИЧЕСКАЯ НЕЙРОПАТИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 (ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)**

*Ерсариева Жадыра Даулеткелдиевна  
докторант 1 года по ОП «Медицина»  
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»,  
г. Алматы, Казахстан  
e-mail: [super\\_tasbaha@mail.ru](mailto:super_tasbaha@mail.ru)*

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Масштабная всемирная распространенность новой коронавирусной инфекции (SARS-CoV-2) имеет значительные, порой необратимые последствия для всех органов человека. На сегодняшний день число зарегистрированных случаев заражения коронавирусом в мире составляет 504810371 человек, летальных исходов 6223282. Основными проявлениями инфицирования SARS-CoV-2 наряду с бессимптомным течением заболевания являются острые респираторные заболевания, интерстициальная пневмония, гастроэнтерит, а также развитие синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания с полиорганной патологией.

Постковидные сосудистые и воспалительные заболевания заднего отрезка глаза не являются исключением и являются одной из ведущих проблем в офтальмологии. По данным ряда авторов, слепота сосудистого происхождения составляет 2,6% случаев, что обусловлено чрезвычайной чувствительностью нервных окончаний к гипоксии, которая приводит к развитию дистрофических изменений в сетчатке и зрительном нерве, к стойкому снижению зрительных функций, ограничению жизнедеятельности и снижению качества жизни больных, страдающих заболеваниями глаз сосудистого генеза.

По анализам публикаций базы данных PubMed, Scopus и Google Scholar, в патологический процесс коронавирусного генеза могут вовлекаться сосуды глаза и зрительный нерв, возникающих как при непосредственном воздействии проникающего через гематоофтальмический барьер (ГОб) в задний отрезок глаза вирусного агента, так и опосредованно, вследствие изменений в организме в целом и способствующих развитию зрительной патологии (1,2).

Ученые из лаборатории стволовых клеток и регенерации сетчатки глазной больницы Медицинского университета Вэньчжоу в Китае указали на ключевую роль двух рецепторов, через которые SARS-CoV-2 может поражать зрительную систему. Как известно, SARS-CoV-2 для проникновения в клетки использует рецептор ангиотензинпревращающего фермента 2 (АПФ2). Установлено, что рецептор АПФ2 широко экспрессируется во многих органах, включая сетчатку. Второй рецептор, через который вирус проникает в глаза -CD147. Это белок из семейства иммуноглобулинов, который в том числе запускает работу металлопротеиназ - белков, перестраивающих внеклеточное вещество в тканях. SARS-CoV-2 может связываться с рецептором на поверхности клеток. В глазах он экспрессируется на поверхности палочко-колбочковых клеток (1,2).

Изменения сетчатки у пациентов с коронавирусным заболеванием многими авторами расцениваются как проявления системного эндотелиита. Первые сообщения на тему «постковидной ретинопатии» появились в марте 2020 г. в журнале «Lancet». Авторы описали на глазном дне у 4 из 12 обследованных пациентов с COVID-19 ватообразные очаги и интратретиальные кровоизлияния [5]. Позже подобные изменения отмечались и другими офтальмологами, связывающими их появление с выраженным нарушением перфузии сетчатки [6-7].

Наиболее масштабным исследованием в этой области является SERPICO-19 (ScrEening the Retina in Patients wIth COVID-19), выявившее патологическую дилатацию вен у 27,7 % обследованных пациентов, перенесших COVID-19, у 7,4 % также были отмечены ватообразные очаги и у 9,3 % - интратретиальные кровоизлияния. Степень проявления изменений сетчатки коррелировала со степенью тяжести основного заболевания [8].



Важными условиями развития всех острых сосудистых заболеваний глаза являются: увеличение протромботического потенциала (как общего, так и местного) и снижение перфузионного давления (резкое кратковременное или умеренное, но длительное). И то, и другое можно наблюдать при новой коронавирусной инфекции.

Целью настоящего предварительного исследования явилось изучение возможности патологических изменений заднего отрезка глаза (оптическая нейропатия) у пациентов, перенесших COVID-19.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Под наблюдением находился 31 пациент в возрасте от 27 до 69 лет, перенесший COVID-19 в сроки от 3 до 12 месяцев, обратившихся в офтальмологическую клинику с жалобами на значительное ухудшение зрения. Всем пациентам проводилось стандартное офтальмологическое обследование, в том числе оптическая когерентная томография (ОКТ), пороговая статическая периметрия, ультразвуковое исследование церебрального и глазного кровотока и электроретинография.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** До заболевания ни у одного из пациентов жалоб на зрение не было. Во время первичного осмотра пациенты предъявляли как общие жалобы, так и зрительные: головокружение, периодические головные боли, ухудшение памяти, а также снижение и затуманивание зрения, фиксированные пятна перед глазом, пелена в центре. Клинически значимой патологии, влияющих на остроту зрения, таких как глаукома или катаракта, не было выявлено ни у одного пациента. Острота зрения с коррекцией определялась в пределах от 0,05 до - 0.7. Внутриглазное давление бесконтактным методом у 28 пациентов было в пределах нормы - от 11.0 до 18.0 мм.рт.ст. При офтальмоскопии изменения на глазном дне были выявлены у всех пациентов – от различной степени деколорации диска зрительного нерва, включая как гиперемии, так и побледнение, изменение калибра сосудов вплоть до ишемии.

При проведении оптической когерентной томографии (ОКТ) отмечены изменения в ретинальном нейроэпителии на уровне внутреннего плексиформного слоя и слоя ганглиозных клеток сетчатки в виде гиперрефлективных полиморфных очагов с четкими границами. На ЭРГ у 6 пациентов отмечалось снижение амплитуды b-волны. На ультразвуковой доплерографии церебрального и глазного кровотока выявлены патологические изменения – искажение спектрального профиля, наличие патологических перетоков, вплоть до существенного снижения кровотока в сосудах глаза.

#### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ:**

Предварительные изучение патологии органа зрения у пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию различной степени тяжести, обнаружило определенной интенсивности изменения со стороны заднего отрезка глаза – как сосудистого, так и нейрооптического характера, явно связанных с церебральной патологией.

Более тщательное исследование нейроофтальмологических и сосудистых изменений заднего отрезка глаза у пациентов, перенесших COVID-19 позволит определить алгоритм диагностики, лечения и профилактики серьезной патологии со стороны зрительного анализатора.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1 Guan W.J., Ni Zy, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med.* 2020: 382.

2 Белопасов В.В., Яшу Я., Самойлова Е.М. Поражение нервной системы при COVID-19. *Клиническая практика.* 2020. 11(2).

3 Хорева М.А. Постковидный синдром — новая реальность. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2021;121(10):131-137.

4 Тургель В.А.<sup>1</sup>, Антонов В.А.<sup>1</sup>, Тульцева С.Н.<sup>1</sup>, Шадричев, Ф.Е.<sup>2</sup>, Григорьева Н.Н.<sup>2</sup> COVID-19 как новый фактор риска развития острых сосудистых заболеваний зрительного нерва и сетчатки. *Офтальмологические ведомости* Том 14, № 2 (2021), 105-115

5 Marinho PM, Marcos AAA, Romano AC, et al. Retinal findings in patients with COVID-19 // *Lancet.* 2020. Vol. 395(10237). P. 1610. DOI: 1016/S0140-6736(20)31014-X



6 Caporossi T., Bacherini D., Tartaro., et al. Retinal findings in patients affected by COVID19 intubated in an intensive care unit // Acta Ophthalmol. 2020. DOI: 10.1111/aos.14734

7 Lani-Louzada R., Ramos CdVF., Cordeiro R.M., et al. Retinal changes in COVID-19 hospitalized cases // PLoS ONE. 2020. Vol. 15, No. 12. P. e0243346. DOI: 10.1371/journal.pone.0243346

8 Invernizzi A., Torre A., Parrulli S., Zicarelli F., et al. Retinal findings in patients with COVID-19: Results from the SERPICO-19 study // EClinicalMedicine. 2020. Vol. 27. P. 100550. DOI: 10.1016/j.eclinm.2020.100550

## **ВЛИЯНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ТЕЧЕНИЕ SARS-COV-2**

*Әуелова Әлкен Біржанқызы*  
*Кафедра Врач общей практики – 2 (ВОП-2)*  
*Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры ВОП-2 Сартаева К.А.*  
*Южно-Казахстанская Медицинская Академия,*  
*г.Шымкент, Казахстан*  
*e-mail: [alkenbirzhankyzy@gmail.com](mailto:alkenbirzhankyzy@gmail.com)*

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** бронхиальная астма, SARS-CoV-2, респираторные заболевания, COVID-19.

**ВВЕДЕНИЕ.** Пандемия коронавирусной болезни 2019 года (Covid-19), вызванная новым типом коронавируса (CoV-2), ассоциированным с тяжелым острым респираторным синдромом CoV-2 (SARS-CoV-2), является серьезным вызовом для медицинской системы мира. По данным Всемирной организации здравоохранения, по состоянию на 13 апреля 2022 года число пациентов с Covid-19 превысило 502 миллионов, а число смертей - более 6,2 миллиона - продолжало стремительно расти [1]. За этот период число случаев заболевания Covid в Казахстане превысило 1,3 миллиона, а число погибших превысило 13 660 человек [2].

Астма является одним из наиболее распространенных хронических респираторных заболеваний. Как мы все знаем, провоцирующим фактором острого приступа астмы является респираторный вирус. Коронавирусы являются респираторными вирусами и участвуют как в инфекциях верхних дыхательных путей, так и в обострениях астмы.

Теоретически, пациенты с бронхиальной астмой, которой страдают 262 млн пациентов во всем мире [3], должны иметь повышенную восприимчивость и тяжесть инфекции SARS-CoV-2 из-за недостаточного противовирусного иммунного ответа и тенденции к обострению, вызываемому распространенными респираторными вирусами. В течение нескольких месяцев после начала пандемии были проведены исследования, чтобы понять взаимосвязь между астмой и риском заражения SARS-CoV-2, тяжестью заболевания и прогнозом. В текущем обзоре мы обобщим литературу, касающуюся астмы и COVID-19.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:** проведение анализа литературных данных и выявить возможных взаимодействий между бронхиальной астмой и SARS-CoV-2. Обобщить понимание о влиянии бронхиальной астмы на риск развития COVID-19

### **СТРАТЕГИЯ ПОИСКА**

Нами проведен систематический обзор англо- и русскоязычных публикаций по тематике бронхиальная астма и COVID-19. Был выполнен анализ литературных источников из следующих баз данных: PubMed, Mendeley, Google Scholar и ВАК (англоязычные публикации), cyberleninka (русскоязычные публикации).

*Критериями включения публикаций в обзор были:*

- Глубина литературного поиска 3 года (ноябрь 2019 года - апрель 2022 года),
- Исследование/описание связи между бронхиальной астмой и COVID-19,
- Оригинальные исследования,
- Доступ к полнотекстовым публикациям.

*Критерий исключения:*

- Абстракты и резюме публикаций,
- Литературные обзоры, рецензии на статьи.

Для обзора были определены следующие поисковые запросы: на английском языке - “asthma AND COVID-19”, “asthma AND coronavirus disease”, на русском языке - “бронхиальная астма и COVID-19”, “бронхиальная астма и коронавирусная инфекция”.

Всего на этапе первичного поиска была найдена 2123 статьи на английском языке (PubMed, Mendeley) и 354 статьи на русском языке (cyberleninka). При отборе полнотекстовых статей о

риске возникновения SARS-CoV-2 у пациентов с бронхиальной астмой были исключены 1602 статей. В итоге, было исследовано 521 публикации на английском и 20 публикация на русском, которые описывают связь между бронхиальной астмой и COVID-19.

#### **РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

Суммарное количество наблюдений, проанализированных в рамках данного системного литературного обзора, составило 541 публикации.

В то время как ранние исследования, проведенные в Китае, показали относительно низкую распространенность астмы среди пациентов с COVID-19 [4], некоторые данные США свидетельствуют о более высокой распространенности COVID-19 среди больных с астмой по сравнению со взрослым населением (14,4% против 7,8% соответственно) [5].

Lauren E. Eggert et al. провели анализ 6.976 (4.15%) случаев COVID-19, среди них госпитализированных пациентов было 605, 100 (16.5%) из них имел диагноз БА. Астма не является фактором риска более тяжелого заболевания COVID-19. Пациенты с аллергической астмой были в два раза чаще госпитализированы с COVID-19 по сравнению с не аллергическими астматиками. Более низкие уровни количества эозинофилов (аллергических биомаркеров) были связаны с более тяжелой траекторией заболевания COVID-19 [6].

По результатам исследования, проведенного Jee Myung Yang et al. в Южной Корее среди 7340 пациентов старше 20 лет с COVID-19 БА в качестве сопутствующего заболевания, встречалась 725 (9.9%), из них 6,9% и 3,7% пациентов с астмой и без нее, соответственно. Кроме того, пациенты с неаллергической астмой имели более высокий риск тяжелых исходов от COVID-19, чем участники исследования с аллергической астмой [7].

В Италии по данным Giacomo Grasselli et al. ретроспективное исследование проведено 1591 пациентам, с лабораторно подтвержденным COVID-19, у 205 в анамнезе были: бронхиальная астма, анемия, воспалительные заболевания кишечника, хроническая дыхательная недостаточность, эндокринные нарушения, хронический панкреатит, заболевания соединительной и поддерживающей ткани, трансплантация органов, эпилепсия, неврологические заболевания (в исследовании указаны как “другие”) которые были направлены на прием в отделение интенсивной терапии в центр координаторов (Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Милан, Италия) из сети интенсивной терапии COVID-19 в Ломбардии и лечились в одной из отделений интенсивной терапии 72 больниц этой сети в период с 20 февраля по 18 марта 2020 года. Дата окончательного наблюдения - 25 марта 2020 года [8]. В работе Dong et al. посвященном связи между аллергией и инфекцией над 140 пациентами с COVID-19, ни у одного пациента не было обнаружено астмы или аллергического ринита [9]. Zhang JJ et al. анализируя данные детального клинического исследования 140 пациентов COVID-19 госпитализированных в № 7 Больницу Уханя, предполагают, что аллергические заболевания, астма и ХОБЛ не являются факторами риска заражения SARS-CoV-2. Пожилой возраст, большое количество сопутствующих заболеваний и более выраженные лабораторные отклонения были связаны с тяжелыми пациентами [10]. Имеющиеся в настоящее время данные свидетельствуют о том, что риск развития тяжелого течения COVID-19, вероятно, не повышается у пациентов с аллергией и заболеваниями, связанными с атопией. Однако отсутствуют результаты исследований, включая анализ подгрупп тяжелобольных пациентов с атопией и их лечение. Влияние IgE или блокирования воспаления 2-го типа на инфекцию SARS-CoV-2 еще не выяснено.

#### **ВЫВОДЫ**

Вышеприведенные результаты имеющихся на сегодняшний день исследований, посвященных проблеме сочетания БА и COVID-19, не позволяют сделать однозначного вывода о большей предрасположенности к инфекции SARS-CoV-2 и о более тяжелом течении COVID-19 у больных БА и, наоборот, о негативном влиянии COVID-19 на течение и контроль БА. Необходимы будущие исследования во всех возрастных группах, чтобы обеспечить более глубокое понимание влияния основной астмы, других аллергических заболеваний и воспаления T2 на восприимчивость к COVID-19 и исходы заболевания. Чем лучше мы поймем эти

взаимодействия, тем лучше мы сможем защитить наиболее уязвимых людей, в том числе тех, кто относится к группам высокого риска. С другой стороны, представляется вероятным, что роль SARS-CoV-2 как триггера обострений бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких практически отсутствует.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- 1 WHO COVID-19 CORONAVIRUS PANDEMIC Last updated: April 13, 2022 <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
- 2 WHO, THE GLOBAL HEALTH OBSERVATORY, Kazakhstan <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/kazakhstan/>
- 3 Global Health Metrics, www.thelancet.com Vol 396 October 17, 2020 <https://www.thelancet.com/pb-assets/Lancet/gbd/summaries/diseases/asthma.pdf>
- 4 Yang J, Zheng Y, Gou X, et al. . Prevalence of comorbidities and its effects in patients infected with SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis. *Int J Infect Dis* 2020; 94: 91–95. doi:10.1016/j.ijid.2020.03.017 [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)] [[Ref list](#)]
- 5 Centers for Disease Control and Prevention. Asthma prevalence. [www.cdc.gov/asthma/data-visualizations/prevalence.htm](http://www.cdc.gov/asthma/data-visualizations/prevalence.htm). Accessed: 13 July 2020.
- 6 Eggert LE, He Z, Collins W, et al. Asthma phenotypes, associated comorbidities, and long-term symptoms in COVID-19. *Allergy*. 2021; 00:1–13. 10.1111/all.14972 [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
- 7 Yang J. M., Koh H. Y., Moon S. Y., et al. Allergic disorders, susceptibility to, and severity of COVID-19: a nationwide cohort study. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2020;146(4):790–798. doi: 10.1016/j.jaci.2020.08.008. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)] [[Ref list](#)]
- 8 Grasselli G, Zangrillo A, Zanella A, Antonelli M, Cabrini L, Castelli A, Cereda D, Coluccello A, Foti G, Fumagalli R, Iotti G, Latronico N, Lorini L, Merler S, Natalini G, Piatti A, Ranieri MV, Scandroglio AM, Storti E, Cecconi M, Pesenti A; COVID-19 Lombardy ICU Network. Baseline Characteristics and Outcomes of 1591 Patients Infected With SARS-CoV-2 Admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy. *JAMA*. 2020 Apr 28; 323(16):1574-1581. doi: 10.1001/jama.2020.5394. Erratum in: *JAMA*. 2021 May 25;325(20):2120. PMID: 32250385; PMCID: PMC7136855.
- 9 Dong X, Cao YY, Lu XX, Zhang JJ, Du H, Yan YQ, Akdis CA, Gao YD. Eleven faces of coronavirus disease 2019. *Allergy*. 2020. Epub ahead of print. CrossRef PubMed
- 10 Zhang JJ, Dong X, Cao YY, Yuan YD, Yang YB, Yan YQ, Akdis CA, Gao YD. Clinical characteristics of 140 patients infected with SARS-CoV-2 in Wuhan, China. *Allergy*. 2020 Jul;75(7):1730-1741. doi: 10.1111/all.14238. Epub 2020 Feb 27. PMID: 32077115

## СКРИНИНГ НА РАК ШЕЙКИ МАТКИ – ВОСПРИЯТИЕ СЕЛЬСКИМ И ГОРОДСКИМ ЖЕНСКИМ НАСЕЛЕНИЕМ

*Жетписбаева И.А., Касымбекова Ф.Д.  
Казахский Медицинский Университет «ВШОЗ»,  
Сармулдаева Ш.К., Глушкова Н.Е.  
Казахский Национальный Университет им. аль-Фараби,  
г. Алматы, Казахстан  
e-mail: [indira\\_armanovna@mail.ru](mailto:indira_armanovna@mail.ru)*

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** скрининг на рак шейки матки, приверженность, скрининг в сельской местности.

**ВВЕДЕНИЕ.** На сегодняшний день скрининговые программы имеют достаточно широкое практическое применение, однако рак шейки матки в Республике Казахстан, как и в мире занимает одно из лидирующих позиций. К одной из причин данной проблемы можно отнести и низкий уровень ответственности женского населения за свое здоровье, в частности женщин, проживающих в сельской местности или отдаленных районах, где, доступ к определенным медицинским услугам может быть затруднен, тем самым еще более усугубляя ситуацию. Данное пилотное исследование было направлено на определение и сравнение восприятия женским населением сельской и городской местности в возрасте от 30 до 70 лет (целевая возрастная группа) скрининговой программы РШМ.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Кросс-секционное исследование проведено в пилотном режиме с применением адаптированной анкеты. Были рассмотрены результаты 115 женщин (1 группа – городское население, 55 человек, 2 группа – сельское население, 60 человек), чей возраст варьировал от 30 до 70 лет. Анкетирование проводилось в электронном виде, с помощью рассылки в социальных сетях, позволяющих определить возраст и территориальное место проживания, а также через мессенджеры.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Средний возраст для 1-ой группы (городское население) составил – 43,25, для 2-ой группы (сельское население) – 42,25. В исследовании изучалось понимание женщин необходимости скрининга. Мнения, отражающие данный вопрос, в исследовании характеризовались как: «вовремя определить заболевание», «забота о здоровье», «эта процедура не важна, это всего лишь отчетность», был так же вариант с множественным ответом «вовремя определить заболевание и забота о здоровье». Для женщин городской местности преимущественно характерен вариант с множественным ответом «вовремя определить заболевание и забота о здоровье» - 46 (40%). Большинство женщин сельского населения в данном вопросе выразили свое мнение в варианте «вовремя определить заболевание» – 40 (35%). Полученные результаты мнений о том, что «эта процедура не важна, это всего лишь отчетность» отражены в следующих цифрах: 1 группа – 9 (8%), 2 группа – 20 (17%).

В исследовании также проведен анализ частоты мнений о необходимости напоминания о скрининге. Большинство участников из 2-ой группы респондентов считают, что регулярное напоминание о скрининге необходимо – 50 (44%), для 1-ой группы данный показатель составил – 42 (36%). Мнение «нет необходимости напоминания» в 1 группе составило – 13 (11%), во 2 группе – 10 (9%). Effect Size в сопоставляемых признаках составил 0,87, что соответствует сильной силе связи.

**ВЫВОДЫ.** Большинство женщин сельских и городских местностей считают, что процедура скрининга имеет важное значение для здоровья. Однако, среди женщин сельского населения остается достаточно высоким уровень мнения о том, что программа скрининга не имеет какого-либо существенного значения. Так же женщины сельского населения отмечают высокую необходимость о напоминании о предстоящем скрининге. Возможно данная ситуация





обусловлена дефицитом информации о скрининге РШМ среди женщин сельского населения. Следовательно, возникает необходимость более продуманного просвещения населения в вопросах скрининговой программы среди всех слоев целевой группы, в независимости от места проживания.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЙ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ГОРОДА ШЫМКЕНТ

Зияда Рауан Ерланович,  
Долтаева Б.З., Утепов П.Д.  
кафедра «Гигиены и эпидемиологии»  
Южно Казахстанская медицинская академия  
г.Шымкент, Казахстан  
e-mail: [gigienakafedra@mail.ru](mailto:gigienakafedra@mail.ru)

**АКТУАЛЬНОСТЬ:** Пандемия 2020 года, вызванная коронавирусной инфекцией, стала одним из серьезных испытаний для глобальной системы здравоохранения за последнее столетие. На сегодня, коронавирусная инфекция является распространенной причиной заболеваемости и смертности взрослых, в том числе детей и подростков всего мира. Тяжесть заболевания вызываемых, «COVID-19», определяет их высокую социально-экономическую значимость [1]. Данные ВОЗ к концу 2021 года определяет, высокую инфицированность свыше 280 млн. и смертность превышающий 5 млн. (1,56%) человека в мире [2, 3]. В Казахстане за данный период отмечено **153246** инфицированных и **13015** (1,56%) **смертности людей, куда вошли и заболеваемость детей и подростков** [4, 5].

**ЦЕЛЬ:** Оценка эпидемической характеристики регистрируемой коронавирусной инфекции среди детей и подростков города Шымкент за 2020-2021 годы.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:** Материалом для проведения исследования, послужили данные статистической отчетности по заболеваемости коронавирусной инфекцией населения департамента Санитарно-эпидемиологического контроля города Шымкент МЗ РК за 2020-2021 годы. Полученные материалы, изучены с использованием эпидемиологических методов описательной статистики.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:** Мировая пандемия коронавирусной инфекции за 2020-2021 годы, имела высокую социально-экономическую значимость для Республики Казахстана. Так, по истечению 2020 года заболеваемость населения **достиг; 153246 абсолютных случаев, показателем** на 100 тыс. населения - 806,5 при 1,5% летальном исходе. В 2021 году заболеваемость достиг; **832840 случаев, показателем на 100 тыс. населения - 4327,0 при 1,56%** летальном исходе, где проявляется неуклонный рост заболеваемости на 5,4 раза. Соответственно, 2020 году заболеваемость населения города Шымкент составила **5512 абсолютных** случаев, показателем на 100 тыс. населения - 512,5 и 2021 году - **36677 абсолютных** случаев, показателем на 100 тыс. населения - 3410,3 что сравнительно ниже республиканского показателя.

В данном сложной эпидемической ситуации, важным в медико-социальном отношении определяется заболеваемость подрастающего поколения. За исследуемый период 2020 год, из зарегистрированных 5512 случаев коронавирусной инфекции среди населения города Шымкент, где доля заболевших детей возрасте от 0-14 лет составило - 576 случаев, показателем на 100 тыс. детей – 164,3 и подростков возрасте от 15-17 лет - 119 случаев, показателем на 100 тыс. подростка - 233,7, что определяет 12,6% всего заболевших **населения**. При этом, 2021 году из 36677 случаев коронавирусной инфекции, доля детей возрасте от 0-14 лет составило - 5957 случаев, показателем на 100 тыс. детей - 1699,0 и подростков возрасте от 15-17 лет - 1167 случаев, показателем на 100 тыс. подростка - 2291,9, что составляет 19,4% всего заболевших **населения**. Что превышает показателя заболеваемости детей и подростков в сравнении 2020 годом на 10,2 раза.

Межрайонная сравнительная характеристика заболеваемости на 2020 год, детей возраста от 0-14 лет показал что, заболеваемость в Абайском районе составило - 166 случаев, показателем на 100 тыс. детей - 153,6 и заболеваемость на 2021 год составило - 1945 случаев, показателем на 100 тыс. детей - 1731,0 с превышение на 11,7 раза и в Аль-Фарабиском районе - 96 случаев, показатель на 100 тыс. детей - 174,7, и на 2021 год составило - 825 случаев, показателем на 100 тыс. детей - 1604,9 с превышение заболеваемости на 8,6 раза. Заболеваемость на 2020 год в

Енбекшинском районе - 129 случаев, показатель на 100 тыс. детей - 164,7 и на 2021 год составило - 1563 случаев, показателем на 100 тыс. детей - 1911,7 с превышение заболеваемости на 12,1 раза, соответственно в Каратауском районе заболеваемость составило - 185 случаев, показателем на 100 тыс. населения - 188,9 и на 2021 год заболеваемость составило - 1624 случаев, показателем на 100 тыс. детей - 1545,4 с превышение заболеваемости на 8,8 раза (таблица 1). Высокая заболеваемость 2021 год, превышающий городской показатель на 100 тыс. детей – 1699,0 отмечается в Енбекшинском (1911,7) и в Абайском районе (1731,0) и низкие показатели в Каратауском (1545,4) и в Аль-Фарабиском районе (1604,9).

Таблица 1. Сравнительный показатель заболеваемости «COVID-19» жителей города Шымкент за 2020 год

№	Районы города	Вирус «COVID-19» идентифицированный					
		абсолютное число			показатель на 100 тыс.		
		всего	0-14 лет	15-17 лет	всего	0-14 лет	15-17 лет
1	по Абайскому району						
	2020 год	1438	166	37	466,7	153,6	218,9
	2021 год	10162	1945	325	3157,9	1731,0	2468,3
2	по Аль-Фарабискому району						
	2020 год	1218	96	34	532,7	174,7	225,4
	2021 год	6924	825	169	3445,8	1604,9	1585,8
3	по Енбекшинскому району						
	2020 год	1350	129	22	519,7	164,7	199,1
	2021 год	10069	1563	339	3693,9	1911,7	2651,3
4	по Каратаускому району						
	2020 год	1506	185	26	584,7	188,9	200,9
	2021 год	9522	1624	334	3398,8	1545,4	2334,8
5	Всего по городу Шымкент						
	2020 год	5512	576	119	512,5	164,3	233,7
	2021 год	36677	5957	1167	3410,3	1699,0	2291,9,

Показатель заболеваемости подростков от 15-17 лет в Абайском районе составило – 37 абсолютных случаев, показатель на 100 тыс. подростков - 218,9 и на 2021 год 325 случаев, показателем на 100 тыс. подростков - 2468,3 с превышение заболеваемости на 8,8 раза и в Аль-Фарабиском районе составило - 34 случаев, показатель на 100 тыс. подростков - 225,4 и на 2021 год составило - 169 случаев, показателем на 100 тыс. подростков - 1585,8 с превышение заболеваемости на 4,9 раза. Заболеваемость на 2020 год в Енбекшинском районе - 22 случаев, показатель на 100 тыс. подростков - 199,1 и на на 2021 год составило - 339 случаев, показателем на 100 тыс. подростков - 2651,3 с превышение заболеваемости на 15,4 раза. Соответственно, в Каратауском районе - 26 случаев, показатель на 100 тыс. подростков - 200,9 и на 2021 год составило - 334 случаев, показателем на 100 тыс. подростков - 2334,8 с превышение заболеваемости на 12,8 раза. Высокая заболеваемость 2021 год, превышающий городской показатель на 100 тыс. детей - 2291,9 отмечается в Енбекшинском (2651,3), в Абайском районе (2468,3) и в Каратауском (2334,8) и низкие в Аль-Фарабиском районе (1585,8).

Заболеваемость детей и подростков по половозрастным особенностям имеет социальную значимость, так на 2020 год заболеваемость детей возраста от 0-14 лет составило - 576 случаев, из них девочек - 362 (62,8%) случаев и мальчиков - 214 (37,2%) случаев и заболеваемость подростков возраста от 15-17 лет составило - 119 случаев, из них подростков девушек - 81 (68,1%) случаев и подростков мальчиков - 38 (31,9%) случаев. Соответственно на 2021 год, заболеваемость детей возраста от 0-14 лет составило - 5957 случаев, из них девочек - 3988 (66,9%) случаев и мальчиков - 1969 (33,1%) случаев

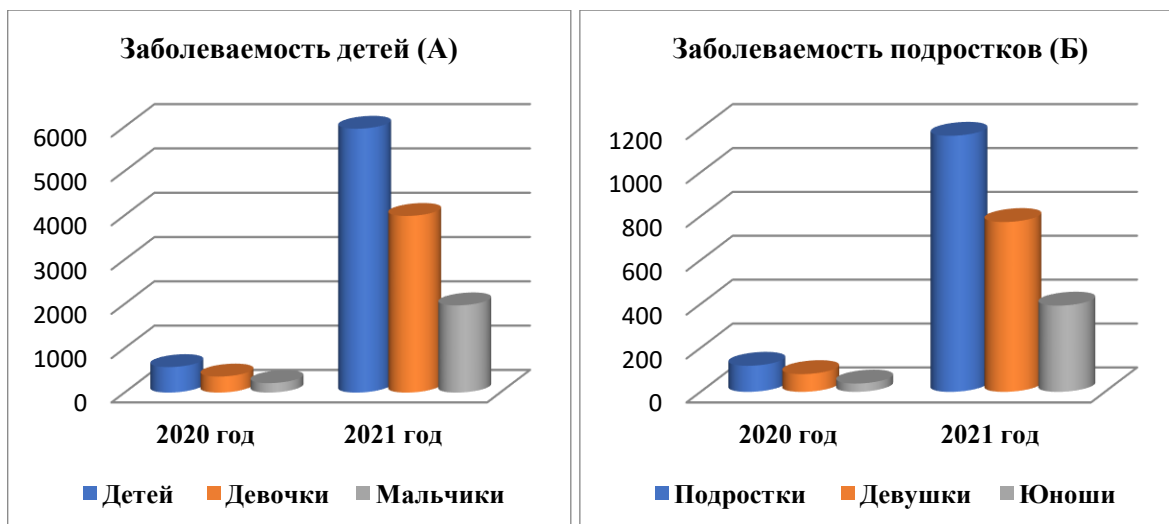


Рисунок 1. Показатель заболеваемости коронавирусной инфекции, среди детей 0-14 лет (А) и подростков 15-17 лет (Б) города Шымкент

и заболеваемость подростков возраста от 15-17 лет составило - 1167 случаев, из них заболеваемость подростков девушек составило - 774 (66,3%) случаев, подростков мальчиков - 393 (33,7%) случаев (рисунок 1).

**ВЫВОДЫ:** Результаты исследования определяют наличие регистрации случая коронавирусной инфекций, среди детей от 0-14 летнего возраста 16,2% (10,4% - 2020 год) и подростков от 15-17 летнего возраста 3,2% (2,1% - 2020 год) от общего числа регистрируемого заболевания населения города Шымкент. Отмечается высокий рост абсолютного случая заболеваемости на 2021 год, среди детей возраста от 0-14 лет на 10,3 раза и среди подростков возраста 15-17 лет на 9,8 раза, также отмечается высокий удельный вес, регистрации заболеваемости среди детей женского пола возрасте от 0-14 лет 66,9% (62,8% - 2020 год), на против детей мужского пола 33,1% (37,2% - 2020 год), аналогично среди подростков женского пола возрасте 15-17 лет 66,3% (68,1% - 2020 год), на против подростков мужского пола 33,7% (31,9% - 2020 год).

Таким образом, имевшая место эпидемическая вспышка в период 2020-2021 годы, вызванная вирусом «COVID-19» проявился высокой контагиозностью, наличием летальности для всех возрастов населения, который ярко проявлялся у лиц старше 50 лет. Причинами распространения инфекции среди населения, явилось присутствие в обществе лиц, с подтверждённым случаем коронавирусной инфекции их частое контактирование между здоровыми людьми, высокая скученность и нарушение людьми правил ношения масок, что свою очередь повлияло к распространению инфекции среди населения города.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1 Maukayeva S, Karimova S. Epidemiologic Character of COVID-19 in Kazakhstan: A Preliminary Report. *North Clin Istanb.* 2020;7(3):210–213. DOI: 10.14744/nci.2020.62443

2 Онлайн-брифинг, организованных ЕРБ ВОЗ, по текущему состоянию глобальной ситуации по пандемии «COVID-19» и обмен опытом с другими государствами-членами ВОЗ, от 3 февраля 2020 год.

3 Сулейменова Ж.С. Актуальные меры против «COVID-19» // Медицина, - 2020, - №1-2 (211-212), - С. 6-7.

4 Semenova Yu, Glushkova N, Pivina L, et al. Epidemiological characteristics and forecast of COVID-19 outbreak in the republic of Kazakhstan. *J Korean Med Sci* 2020;35(24):e227. DOI: 10.3346/jkms.2020.35.e227.

5 Ерубаев Т. Диагностика и профилактика коронавирусной инфекции // Медицина, – 2020, - №1-2 (211-212), - С. 2-5.

## **ҚЫЗЫЛОРДА ОБЛЫСЫ ХАЛҚЫ АРАСЫНДА КОНГО-ҚЫРЫМ ГЕМОМРАГИЯЛЫҚ ҚЫЗБАСЫ АУРУЫНЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ АХУАЛЫ**

*Ибайдуллаева С.И., Утепов П. Д.*  
*Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы,*  
*«Гигиена және эпидемиология» кафедрасы*  
*Шымкент қ., Қазақстан Республикасы*  
*e-mail: [gigienakafedra@mail.ru](mailto:gigienakafedra@mail.ru)*

**КІРІСПЕ:** Әлемдік жағдайда, Конго-қырым геморрагиялық қызбасы аурудың табиғи ошақтары Европада, Азияда, Африка елдері мен Қазақстан аумақтарында анықталуда [1,2]. Республикамызда аса қауіпті жұқпалы аурулар ерекше маңызға ие болып, оның негізгі КҚГҚ халыққа деген контагиоздылығы мен өлім-жітім деңгейінің жоғарғы болуымен байланысты болуда. Бүгінге еліміздің Оңтүстік өңірінің Түркістан, Қызылорда, Жамбыл облыстары аумағында аурудың тіркелуі орын алып, соңғы 50 жылда 550 науқасқа жетеді, ондағы орташа өлім-жітім деңгейі 11,8% құрайды [3, 4].

**ЗЕРТТЕУДІҢ МАҚСАТЫ:** Қызылорда облысындағы 2017-2021 жылдықта халық арасында орын алған КҚГҚ ауруының эпидемиологиялық жағдайын талдау болды.

**ЗЕРТТЕУ НЫСАНДАРЫ МЕН ӘДІСТЕРІ:** Қызылорда облысында 2017-2021 жылдарында, кене тиюінен зардап шегіп, медициналық көмекке жүгінген 4288 халықтың медициналық құжаты сарапталып, ауруға күдікті жағдайындағы 90 науқасқа стационарлы жағдайда жүргізілген арнайы емнің сапасы бағаланады. Сондай-ақ, 250 облыс халықтарының Конго-Қырым геморрагиялық қызбасы ауруына байланысты алаңдаушылығы, ауруды алдын алуға бағытталған кезек күттірмейтін іс-шараларын меңгеруі жөнінде анкеталық сұхбат жүргізілді.

Зерттеу нәтижесі вариациялық статистика және корреляциялық әдістері бойынша және статистикалық дәлділік Стьюдент параметрлік әдісімен бағаланды.

**ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІ МЕН ОНЫ ТАЛДАУ:** Зерттеудегі 2017 жылы, облыс халықының кене тиюінен зардап шегу саны 1434 абсолюттік жағдайда тіркеліп, 100 мың халыққа шаққандағы көрсеткіші 188,8 құраған және 2018 жылы 1105 адамды, 100 мың халыққа шаққандағы көрсеткіші 144,4 болған. 2019 жылы кенеден зардап шегіп медициналық көмекке жүгінген адамдар саны 1085 жағдайда тіркеліп, 100 мың халыққа шаққандағы көрсеткіші 139,6, сәйкесінше 2020 жылы 333 адам, 100 мың халыққа шаққандағы көрсеткіші 42,5 құраған. Ал, 2021 жылы кене шағу жағдайы 331 адамда, 100 мың халыққа шаққандағы 41,2 көрсеткіші құрап, 2017 жылмен салыстырғанда 1103 (76,9%) абсолюттік жағдайға кеміген (кесте 1).

Кесте 1. 2017-2021 жылдарда тұрғындардың кенеден зардап шегу көрсеткіші

2017 жыл		2018 жыл		2019 жыл		2020 жыл		2021 жыл	
Жар ақат саны	100 мың халық. көрсеткіші	Жар ақат саны	100 мың халық. көрсеткіші	Жар ақат саны	100 мың халық. көрсеткіші	Жара қат саны	100 мың халық. көрсеткіші	Жарақат саны	100 мың халық. көрсеткіші
1434	188,8	1105	144,4	1085	139,6	333	42,5	331	41,2

Зерттеуіміздегі жылдар аралығында, кенеден зардап шеккен 4288 адамның, 90 (2,1%) абсолюттік жағдайында КҚГҚ ауруына деген күдіктілік орын алған, онда 37 (41,1%) науқасы аурудың «болжамды» және 53 (58,9%) науқасы аурудың «ықтимал» жағдайында ауруханаға жатқызылып арнайы ем қабылдаған. Сондай-ақ, жүргізілген клиникалық-зертханалық «оң» нәтижелерімен, 36 науқасқа КҚГҚ ауруының нақтыланған диагнозы қойылған (кесте 2).

Жүргізілген талдау жылдарында, облыс халықының кене тиюден зардап шегуі 76,9% жағдайда кемігені орын алса да, халықтың Конго-Қырым геморрагиялық қызбасы ауруына



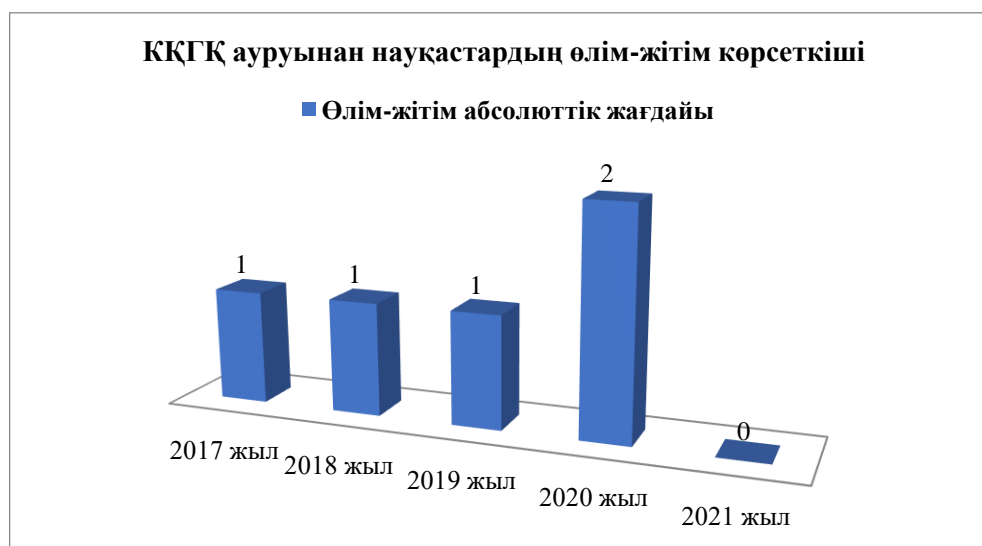
шалдығуы жыл өте артуымен 36 абсолюттік жағдайда орын алады. Бұл жағдай, 2017 жылы ауру 2 жағдайда тіркеліп, 100 мың халыққа шаққанда көрсеткіші 0,26 құраған.

Кесте 2. 2017-2021 жылдарда КҚГҚ ауруының тіркелу көрсеткіші

2017 жыл		2018 жыл		2019 жыл		2020 жыл		2021 жыл	
Науқас саны	100 мың халық. көрсеткіш	Науқас саны	100 мың халық. көрсеткіш	Науқас саны	100 мың халық. көрсеткіш	Науқас саны	100 мың халық. көрсеткіш	Науқас саны	100 мың халық. көрсеткіш
2	0,26	4	0,52	9	1,16	9	1,15	12	1,49

Сәйкесінше, 2018 жылы ауру 4 жағдайда орын алып, 100 мың халыққа шаққандағы көрсеткіші 0,52 құрап, ауру 2 есеге артқан. Ал, 2019 жылы ауру 9 абсолюттік жағдайда тіркеліп, 100 мың халыққа шаққандағы көрсеткіші 1,16 құраған, 2017 жылмен салыстырғанда ауру 4,5 есеге, ал 2018 жылға қарағанда 2,2 есеге артқан. Облыс халқының КҚГҚ ауруына шалдығуы, 2020 жылы 9 жағдайда тіркеліп, 100 мың халыққа шаққандағы көрсеткіші 1,15 құрап, 2019 жылдық көрсеткіштен өзгермеген. Ал, 2021 жылы халықтың ауруы 12 жағдайда тіркеліп, 100 мың халыққа шаққандағы көрсеткіші 1,49 құраған, бұл салыстырмада 2017 жылдан 6 есе, 2018 жылдан 3 есе, ал 2019-2020 жылдан 1,3 есеге артқан.

Конго-Қырым геморрагиялық қызбасы ауруы, басымдылықта адамдарға трансмиссивті жолмен берілуіне байланысты, ауру қоздырғышы «Nairovirus» қысқа 2 күннен 14 күнге дейін инкубациялық кезеңде, науқаста ауыр түрдегі клиникалық белгілер беретінін ескерсек, халықтың кене тию жағдайында, медициналық көмекке кештеу жүгінуі орын алады. Біздің зерттеуімізде, КҚГҚ диагнозы расталған 36 науқастың медициналық көмекке жүгіну мерзімі, 1-3 күн аралығында 24 (66,7%) науқаста ал, 4-7 күн аралығында 12 (33,3%) науқаста тіркелген, бұл науқастың аурудан тез айығуына кері септігін тигізеді (сурет 1). КҚГҚ ауруына шалдыққан науқастардың, 2017-2019 жылдары 1 жағдайдан, ал 2020 жылы 2 жағдайда өлім-жітімі орын алғанымен толықтырылады (сурет 1).



Сурет 1. КҚГҚ ауруынан науқастардың өлім-жітім көрсеткіші

Зерттеуімізде, КҚГҚ ауруына деген күдіктілік жағдайы орын алған 90 науқастың, оның ішінде 37 (41,1%) науқас аурудың «болжамды» жағдайында және 53 (58,9%) науқас аурудың «ықтимал» жағдайында ауруханалық жағдайда терапиялық ем жүргізілген науқастардың келісімі бойынша, ауыр дәрежедегі 25 жастан жоғары 12 (13,3%) науқасқа емдік плазмаферез жүргізілді.

Бұл тәсілдің негізгі бағыты, вирусты жұқтырып, аурудан айыққан науқастар ағзасында, 1-2 жыл мерзімінде иммунитеттің қалыптасуымен байланысты болуда, яғни қан құрамында жоғарғы титрдағы IgM, IgG антидене болуымен сипатталады.

Емдік «иммунды қан сарысуы» ҚР ДСМ 31.10.2017 жылғы №756 «Қанды, оның компоненттерін дайындау, өңдеу, сақтау, өткізу номенклатурасын, сондай-ақ қанды, оның компоненттері мен препараттарын сақтау, құю ережелерін бекіту туралы» бұйрығы талаптары негізінде, дайындалып сақталған, ИФА тәсілінде жоғарғы титрдағы IgG антидене (IgM теріс жағдайында) анықталған «иммунды қан сарысуы» болып табылады.

Жүргізілген зерттеуімізде, 12 науқасқа ҚР ДСМ 29.03.2019 жылы №60 «Конго-Қырым геморрагиялық қызбасы» бекітілген клиникалық хаттамасымен этиотропты терапия негізінде, науқастарда қан құрамындағы тромбоциттердің  $100 \times 10^9 / \text{л}$  төмен болып, қан кетумен науқас өміріне қауіп төну жағдайында, тромбоцитты концентратты құю және алғашқы бір реттік 2000 мг дозасында, соңынан 4 күн аралықта әр 6 сағатта 1000 мг дозасында және 6 күн аралықта әр 6 сағатта 500 мг дозасында рибарин препаратын қабылдау тағайындалған. Зеттеудің міндетіне сәйкес, аталған 12 науқастарға бір реттік 200 мл көлемінде венозды катетермен тамшылы тәсілде «иммундалған қан сарысуы» енгізілді. Жалпы терапиялық емдеудің сипатында, қосымша ұсынылған «емдік плазмаферез» қабылдаған науқастардың 41,7% (5 науқас) 6 күнге, 25,0% (3 науқас) 8 күнге, 16,7% (2 науқас) 9 күнге және 8,3% (1 науқас) 10 күнге, ал 8,3% (1 науқас) тек 12 күнге «оң» клиникалық өзгерістер болып, науқастарда айығу жағдайлары орын алды.

Нәтижесінде, 2018-2021 жылдардағы зерттеу мерзімінде, 2018 жылы кенеден зардап шегіп, КҚГҚ ауруына күдікпен ауруханада терапиялық ем қабылдаған 13 науқастың 1 (7,7%) науқасы, сәйкесінше 2019 жылы 20 науқастың 3 (15,0%) науқасы, ал 2020 жылы 12 науқастың 2 (16,7%) науқасы және 2021 жылы 19 науқастың 6 (31,6%) науқасы «иммунды қан сарысуын» қабылдап, аса жұқпалы аурудан айығу жағдайы орын алған.

Жүргізілген анкеталық зерттеулерде, облыс халықының 91,2% Конго-Қырым геморрагиялық қызбасы ауруына алаңдаушылығы барын айқындайды. Басымдылықта облыс халықы ауру жөнінде мәліметі; медицина қызметкерлерінен - 89,1%, бұқаралық ақпарат құралдарынан - 82,6%, ауруға шалдығып, ем қабылдаған адамдардан - 38,4% естіген. КҚГҚ жұқпа көзі иксодты кенелер болатыны және денеге кене тиюі орын алғанда, медициналық көмекке жүгіну қажеттілігі жөнінде, респонденттердің - 98,6% жауап берген.

**ҚОРЫТЫНДЫ:** зерттеу нәтижесінде, Қызылорда облысы көлемінде жүргізіліп жатқан КҚГҚ ауруын алдын алудағы, санитариялық-эпидемиологиялық және медициналық іс-шаралардың бір қатар бағыттарын жетілдіруді қажет етеді, олар; - кене тиюінен зардап шеккен әр бір халықты және КҚГҚ ауруының ошақ көздерін эпидемиологиялық зерттеп қарауды 100% қамту; - КҚГҚ ауруына күдікті деп табылған әр бір науқасты ИФА тәсілі мен вирусологиялық зерттеулер жүргізуді, сондай-ақ ондағы «оң» нәтижедегі науқастарды стационарлы ем тағайындауды 100% қамтамасыз ету; - халық арасында КҚГҚ ауруын алдын алу жөнінде, сапалы санитариялық ағарту жұмыстарын жүргізу қажеттігі болады.

#### **ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:**

1 Отчёт миссии ВОЗ по усилению контроля над Конго-Крымской геморрагической лихорадкой в Казахстане // - Алматы, 11-22 май 2017 год.

2 Утепов П.Д., Мұхтарқызы Ф.М. Нұрмаханбетова А.К. Оңтүстік Қазақстан облысы халықтарының 2011-2015 жылдарда Конго-Қырым геморрагиялық қызбасы ауру жағдайын эпидемиологиялық тұрғыда бағалау // ОҚМФА хабаршысы, - Шымкент, - 2015, - №4(73), - Том V, - С.65-67.

3 Абуова Г.Н., Киргизбаев Р.Б., Ережепов Б.А., Мухаметалина У.М. Мониторинг Конго-Крымской геморрагической лихорадки в Южном Казахстане // Журнал инфектологии, - Санкт Петербург, - 2017, - №1, - Том.9, - С.23-24.

4 Ибайдуллаева С.И., Утепов П.Д. Конго-Қырым геморрагиялық қызбасы ауруында емдік плазмаферезді қолданудың фармакологиялық тиімділігін бағалау // «Жастар және қазіргі заманауи әлемдегі мәселелер», - Қарағанды, - 2022, Том 1, - Б. 268-272.

## МИЯ (*GLYCYRRHIZA GLABRA LICORICE*) СЫҒЫНДЫСЫНЫҢ НЕГІЗІНДЕ КОСМЕТИКАЛЫҚ КРЕМНІҢ ҚҰРАМЫ МЕН ТЕХНОЛОГИЯСЫН ӘЗІРЛЕУ

Ибрагим Арайлым Ибрагимқызы, 4 курс студенті,  
Бекбағанбетова Әлима Русланқызы, технология ғылымының магистрі  
Тургумбаева Акнур Аманбековна PhD доктор, доцент  
Фармация мектебі, Фармацевтикалық технология кафедрасы  
С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ,  
Алматы қ., Қазақстан  
e-mail: [araiika\\_1199@mail.ru](mailto:araiika_1199@mail.ru)

**ТАҚЫРЫПТЫҢ ӨЗЕКТІЛІГІ.** Тұтынушылар табиғи қосылыстар қауіпсіз деген пікірге байланысты, фитосубстанция негізіндегі косметикалық заттарды көп қолданысқа енгізіп келеді. Өнеркәсіпте дәстүрлі медицинада қолданылатын өсімдіктерге сұраныс артып келеді, оларды тамақ өнімдеріне, косметикаға, фармацевтикада қолдануға болады.

Бұның себебі, фитопрепараттар келесі артықшылықтарға ие: уыттылығы төмен, жоғары тиімді, терапевтикалық кең спектрге ие, дененің барлық мүшелері мен жүйелеріне үйлесімді әсер ету, жанама әсерлердің аз мөлшерде болады.

Оның ішінде мия өсімдіктері ұзақ уақыт бойы құнды дәрілік, тағамдық, парфюмерлік, косметикалық, техникалық және басқа да өнімдерді алу үшін табиғи шикізат көзі ретінде танылды. Мия дәрілік өсімдік ретінде медицинада бес мың жылдан астам уақыт бойы қолданылып келеді.

**ЖҰМЫС МАҚСАТЫ.** Мия (*Glycyrrhiza glabra Licorice*) сығындысының негізінде құрғақ бет терісіне арналған, нәрлендіретін, ылғалдандыратын және теріні ағартатын қасиетке ие крем жасаудың технологиясын ұсыну.

**ТӘЖІРИБЕЛІК БӨЛІМ.** Ғылыми зерттеуде кремнің негізі ретінде мия (*Glycyrrhiza glabra Licorice*) сығындысы, майда еритін фазаға какао майы, какос майы, авокадо майы, арган майы, балауыз, цетилстеарил спирті, глицерин стеарат, титан диоксиді, Витамин Е, ланолин қолданылды. Сулы фазаға еритін твин 80, глицерин, аскорбин қышқылы, натрий бензоат, карбоксиметилцеллюлоза (КМЦ), лимон шырыны, тазартылған су қолданылды.

**НӨТИЖЕЛЕРДІ ТАЛДАУ.** Құрғақ беттің күнделікті күтімінде кремнің қолданылуы ұзақ әсер етіп, беттің құрғауына жол бермеуі басты мақсат. Ылғалдадыру мен нәрлендіру қабілеті бар кремнің негізгі қызметі теріні сумен толтыру емес, оны ылғал жоғалтудан қорғау. Крем бет күтімінде көп қолданылады, сондықтан ол оңай сіңіп, оның құрғап кетуіне жол бермей, ылғалдандылығын сақтауы керек. Үлгі №1 – авакадо, какос майларының көп мөлшерде қолдану кремнің сіңуін жақсартты, бірақ кремнің түсі өзгіріске ұшырады. Үлгі №2, №3- бұл үлгілерде негіз ретінде ланолин қолданылды. Ол кремнің босап шығуын қиындатады және крем түсінің өзгеруіне алып келді. Үлгі №4- негіз ретінде авакадо, какос, какао, арган майлары және титан диоксиді қолданылды. Крем түсі реттелді. Бірақ сіңуі қиын болды. Үлгі №5 – авакадо, какос майларының әртүрлі мөлшерде болды өте сұйық болуына байланысты сәйкес келмеді. Үлгі №6 – сіңуі кішкене қиын болды, әрі сұйық. №7 үлгі түсі, иісі, түрі сіңуі талапқа сай болды. Жоғарыдағы кремдердің барлығы эмульсиялық кремдер, яғни судағы май фазасында болып табылады. Жасалынған кремнің сапа көрсеткіштері МЕМСТ 31460-2012 бойынша тексеріліп жатыр.

Оңтайлы үлгі ретінде №7 үлгі таңдалынып алынған. Түрі, түсі, иісі бойынша барлық көрсеткіштерге сай келді. Таңдалып алынған оңтайлы үлгіні адамдардан сауалнама, сұхбат жүргізу арқылы анықталында. Яғни, жасалынған барлық үлгілерді ұсынып, сұрақ жауап бойынша сапасы бағаланды, басым бөлігі №7 үлгіні таңдады.

**ҚОРЫТЫНДЫ.** Зерттеу барысында құрғақ бет терісінің күтімінде қолдану үшін 7 түрлі крем үлгісі жасалынды. Талапқа сай №7 үлгі алынды: белсенді зат - мия өсімдігінің сығындысы – 1%. Майда еритін заттар: какао майы – 2%, какос майы – 2%, авокадо майы – 2%, арган майы

– 1%, балауыз – пчелиный воск – 2,5%, цетилстеарил спирті – 2,5%, глицерин стеарат – 2,5%, титан диоксиді – 1%, Витамин Е – 1%. Суда еритін заттар: твин 80 – 2%, глицерин – 5,5%, аскорбин қышқылы – 1%, натрий бензоат – 1%, КМЦ – 1%, лимон шырыны – 1%, тазартылған су – 71%.

Алынған үлгінің әрі қарай сапасын анықтау үшін келесідей параметрлер қарастырылады: рН мәнін, коллоиды тұрақтылығын, термиялық тұрақтылығын, микробиологиялық тазалығын анықтаймыз.

#### ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Булаев В.М., Ших Е.В., Сычев Д.А. Безопасность и эффективность лекарственных растений. – М.: Практ. мед., 2013. – 271 с
2. Шарма В., Катияр А., Agrawal RC *Sweeteners*; 2018. *Glycyrrhiza Glabra*: химия и фармакологическая активность; стр. 87–100.

## ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

*Ибраева А.Ш., Турдалиева Б.С., Аимбетова Г.Е.  
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова  
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»  
г. Алматы, Казахстан*

**РЕЗЮМЕ:** Освещены вопросы сохранения психического здоровья населения в чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** чрезвычайные ситуации, психическое здоровье, психосоциальное благополучие.

**АКТУАЛЬНОСТЬ:** В последние десятилетия в Казахстане, как и во всем мире, участились катастрофы и стихийные бедствия. Проблемы, связанные с преодолением медико-социальных последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера (ЧС), занимают все большую часть в жизни человека. В период с 2011 по 2021 годы в республике произошло 185 382 ЧС, из них 160 143 – техногенного характера, 25 239 – природного характера, при этом пострадало 181 821 человек, погибло -11 896 человек [1]. Ежегодный прямой ущерб от ЧС исчисляется суммой от 3,5 до 4,5 миллиарда тенге (при отсутствии глобальных стихийных бедствий). По экспертным оценкам косвенный ущерб оценивается суммой 15-20 миллиардов тенге и ущерб от гибели людей, и лечения пострадавших – около 3 миллиардов тенге [2]. Существовавшая до недавних пор тенденция рассматривать потребности пострадавших в ЧС с точки зрения физических травм и материального ущерба, претерпела изменения. На сегодняшний день, из всех негативных последствий ЧС, психологические и социальные аспекты являются наиболее тяжелыми. В настоящее время общепризнано, что в условиях ЧС поддержание психического здоровья, как на индивидуальном, так и популяционном уровне, является вопросом приоритетной важности.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:** информационно-аналитический.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:**

Психологический аспект ЧС в зависимости от интенсивности психотравмирующего воздействия на людей, определяется следующими критериями:

- возникновение чрезвычайной ситуации, которая вызывает дистресс у людей и в обществе в целом;
- материальные разрушения, существенно меняющие среду обитания человека;
- большое количество пострадавших с тяжелыми физическими и психологическими травмами и погибших;
- разрушение сил и средств пострадавшей территории, предназначенных для спасения и защиты;
- приостановка основных процессов обеспечения жильем, производства и потребления энергии, воды, пищи, а также оказания медицинских и социальных услуг, в том числе ритуальных, транспортных услуг и повреждение систем жизнеобеспечения [3].

Таким образом, ЧС затрагивают практически все уровни человеческого функционирования и создают обширный круг проблем на уровне личности, семьи и общества. На каждом уровне ЧС разрушают сформированную систему защиты, повышают риски возникновения различных проблем психологического характера, а именно:

- усугубляются ранее существовавшие проблемы (депрессия, алкогольная зависимость, тяжелые психические расстройства);
- возникают проблемы, вызванные непосредственно ЧС (горе, расстройства непатологического характера, алкогольная и наркотическая зависимость, психические расстройства, включая посттравматические стрессовые расстройства);





- проблемы, связанные с гуманитарной помощью, в том числе, отсутствие информации об организации питания в очаге ЧС [4].

Именно поэтому при возникновении ЧС сохранение и коррекция психического здоровья и психосоциального благополучия пострадавшего населения и участников ликвидации последствий ЧС становятся одним из приоритетных направлений деятельности государства [5-6].

В рамках исследования проведено анкетирование 321 пострадавших в ЧС. У 76-79% анкетированных выявлены расстройства, обусловленные психотравмирующим воздействием ЧС, что свидетельствует о большой потребности в услугах по охране психического здоровья.

Медицинские работники и спасатели, участвующие в ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, должны хорошо понимать социальные и психологические потребности пострадавших лиц. Организация работы в сфере психического здоровья в ЧС требует разработки многоуровневой системы поддержки населения, отвечающая потребностям различных групп и включающая в себя базовые услуги и безопасность; поддержку на уровне семьи и общины; целевую неспециализированную поддержку и специализированную психиатрическую помощь.

Эффективность программ в области психического здоровья зависит от правильной межведомственной координации действий организаций здравоохранения, образования и социальной защиты.

#### **ВЫВОДЫ:**

В целях обеспечения готовности системы здравоохранения к ЧС должны быть разработаны соответствующие планы готовности, которые должны включать систему координации с указанием ответственных лиц в каждой организации здравоохранения, а также порядок подготовки соответствующих работников по вопросам оказания психологической и социальной помощи. Обучение персонала и контроль его работы должны осуществляться специалистами по охране психического здоровья.

Мероприятия по охране психического здоровья в ЧС, проводимые различными организациями, должны быть интегрированы с первичной медико-санитарной помощью. Предпочтительно, чтобы данные мероприятия не сводились к кратковременному оказанию психологической помощи в острой фазе ЧС, а осуществлялись в долгосрочной перспективе посттравматической психосоциальной поддержки и позволили расширить доступ к медицинской (психологической) реабилитации пострадавших в ЧС природного и техногенного характера.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1 Анализ ЧС по Республике [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://emer.gov.kz/ru/operativnaya-obstanovka/389-analiz-chs-po-respublike>

2 Бижанов Н.К. Возможные стихийные бедствия и техногенные аварии в Казахстане// Инф. сб. мат. по ЧС и ГО. –Алматы, 2001. – Вып.4(8).-С.23-24.

3 Межведомственный постоянный комитет (МПК) (2007). Психическое здоровье и психосоциальная поддержка в условиях чрезвычайной ситуации. Женева: МПК. <http://interagencystandingcommittee.org/iasc>

4 Целевая группа МПК по вопросам психического здоровья и психосоциальной поддержки в чрезвычайных ситуациях (2010). Психическое здоровье и психосоциальная поддержка в чрезвычайных ситуациях: Что должны знать гуманитарные организации здравоохранения? Женева.

5 Доклад Комиссии Ланцет по вопросам глобального психического здоровья и устойчивого развития. Октябрь, 2018. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)

6 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020-2025 годы. Утверждена постановлением Правительства Республики Казахстан от 26 декабря 2019 года № 982.

## МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ ПО ИССЛЕДОВАНИЮ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАКА ПИЩЕВОДА

*Ибраимова Мария Алмасовна, к.м.н. Аимбетова Г.Е.,  
Алмабек А.Т., Ким В.Б.  
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»,  
г.Алматы, Казахстан  
e-mail: [mariya.ibraimova@gmail.com](mailto:mariya.ibraimova@gmail.com)*

**РЕЗЮМЕ.** Рак пищевода-заболевание, которое является 6-й ведущей причиной смерти, в Республики Казахстан в 2020 г занял– 9 место, учитывая ретроспективный анализ за последние 5 лет, наблюдается снижение заболеваемости. По данным исследований одной из причин заболеваемости раком пищевода считается гастроэзофагальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), которая способна привести к развитию аденокарциномы пищевода непосредственно или, через промежуточное преднеопластическое поражение - пищевод Барретта (ПБ). Рост ПБ за последние 30 лет коррелирует с ростом заболеваемости аденокарциномой за тот же период. Пищевод Барретта - предраковое поражение, которое развивается у 6%-14% пациентов с ГЭРБ и из, которых примерно у 0,5%-1% развивается аденокарцинома.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** онкология, эндоскопия, гастроэнтерология, пищевод Барретта.

Рак пищевода один из неблагоприятных злокачественных новообразований во всем мире- не всегда удается провести пациенту комплексное лечение (операцию, лучевую и лекарственную терапию – химиотерапию). В результате анализа статистических данных GlobalCancerObservatory (GCO) в 2020 году сделала вывод, что, несмотря на улучшения диагностических методов выявления рака пищевода, ведение и лечение пациентов, конечный исход остался неблагоприятным в отношении общей 5-летней выживаемости (~10%) и 5-летней выживаемости после эзофагэктомии (~15-40%). За последние несколько десятилетий в западном мире отмечается резкий рост заболеваемости. Плохой прогноз и растущая заболеваемость раком пищевода подчеркивают необходимость совершенствования методов обнаружения и прогнозирования, которые необходимы до начала лечения [1].

На долю плоскоклеточной карциномы приходится более 95% случаев рака пищевода. Плоскоклеточная карцинома встречается в развивающихся странах. Аденокарцинома является преобладающим видом в развитых странах, а важными факторами риска являются хроническая (ГЭРБ), пищевод Барретта, ожирение и курение [2, 3].

В исследовании, проведенном в Испании, частота развития аденокарциномы во время наблюдения за пациентами с ПБ составила 0,48% в год (95% ДИ: 0,006%-2,62%), что соответствует 1 случай на 210 пациентов [4]. Крупнейшее исследование, проведенное в Дании в период с 1992 по 2009 год с использованием данных Датского патологоанатомического регистра и Датского ракового регистра, включало 11028 пациентов с ПБ в течение 5,2 лет. Уровень заболеваемости аденокарциномой у пациентов без подтвержденного ПБ составил 1,2 случая на 1000. (95%СІ: 0,9-1,5). Ежегодный риск аденокарциномы пищевода составил 0,12% (95%СІ:0,09-0,15). Современные рекомендации по наблюдению предполагают риск развития аденокарциномы в 0,5-1%, что далеко от результатов, полученных в данном исследовании. Однако, уровень заболеваемости аденокарциномой у пациентов с дисплазией низкой степени составил 5,1 на 1000 человек, по сравнению с 1,0 случаем на 1000 человек, среди пациентов без дисплазии. Эти данные ставят под сомнение целесообразность постоянного наблюдения за пациентами с пищеводом Барретта без дисплазии [5].

Данная тенденция озадачила ученых. Был поднят исследовательский вопрос: «Какие препараты, описанные в протоколах лечения патологий желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) способны снизить шанс возникновения аденокарциномы у пациентов с ПБ?» Обсервационные исследования с большим количеством пациентов показали, что применение нестероидных

противовоспалительных препаратов (НПВП), ингибиторов протонной помпы (ИПП) и статинов у пациентов снижает прогрессирование ПБ до аденокарциномы [6]. Наиболее изученными препаратами были кислотподавляющие средства. Был опубликован систематический обзор и мета-анализ исследований, оценивающих связь между ИПП и антагонистами H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов (H<sub>2</sub>RA) и риском развития аденокарциномы пищевода или дисплазии высокой степени (ДВП) у пациентов с ПБ. Имеется семь обсервационных исследований (2813 пациентов с ПБ, 317 случаев аденокарциномы пищевода, 84,4% принимали ИПП). По результатам мета-анализа, применение ИПП ассоциировалось с 71% снижением риска развития аденокарциномы пищевода и/или ДВП у пациентов с ПЭ (95% ДИ: 0,12-0,79). В двух исследованиях сообщалось о связи между применением H<sub>2</sub>RA и риском развития аденокарциномы пищевода и/или ДВП (1352 пациента с ПБ, 156 случаев аденокарциномы пищевода, 25,4% принимали H<sub>2</sub>RA), и оба исследования не показали значительного эффекта [7]. Крупнейшее исследование было опубликовано вскоре после этого и опровергло эти результаты. В общенациональном исследовании случай-контроль, проведенном в Дании, не было выявлено никакого противоракового эффекта от приема ИПП. Фактически, среди 9883 пациентов с новым диагнозом ПБ выявили 140 случаев с инцидентными аденокарциномами пищевода и/или дисплазией высокой степени тяжести, при этом средний срок наблюдения составил 10,2 года. Относительный риск развития аденокарциномы пищевода или дисплазии высокой степени тяжести составил 2,2 (95%CI: 0,7-6,7) и 3,4 (95%CI: 1,1-10,5) у долгосрочных потребителей ИПП с низкой и высокой степенью приверженности, соответственно. Пока результаты будущих исследований не проясняют связь между постоянной терапией ИПП, которая, не нужна всем пациентам и будет направлена на контроль симптомов[8]. Скрининг аденокарциномы, ассоциированной с ПБ, проводящийся в Испании – эндоскопический метод, является общемировой клинической практикой, хотя его экономическая эффективность не доказана (рисунок 1). Согласно современным рекомендациям, эндоскопические биопсии должны быть взяты во всех 4 квадрантах и через каждые 2 см столбчатого эпителия, и выполняться с помощью эндоскопов высокого разрешения [9].

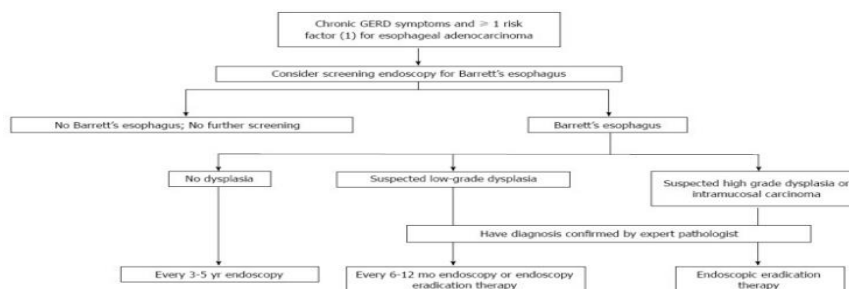


Рисунок 1. Алгоритм скрининга, наблюдения и лечения пищевода Барретта.

Результаты крупных когортных исследований показывают, что ежегодный риск развития рака у пациентов с недиспластическим пищеводом Барретта в европейских популяциях невысок (0,12%-0,40% в год). Дисплазия в пределах поражения ПБ приводит к заметному повышению риска развития рака: ежегодный риск составляет приблизительно 1% для пациентов с дисплазией низкой степени и более 5% для пациентов с дисплазией высокой степени. Однако от 80% до 90% случаев аденокарциномы пищевода диагностируется у пациентов без известных БЭ. Эндоскопический скрининг приводит к выявлению ПБ у 6-12% пациентов с длительными симптомами ГЭРБ, чаще всего у белых мужчин старше 50 лет [10]. Эксперимент, проведенный в Испании, предполагает, что люди с хроническими симптомами ГЭРБ и 1 фактором риска развития карциномы пищевода подходят для эндоскопического скрининга пищевода Барретта и ранней аденокарциномы. Наблюдение в зависимости от поражения, обнаруженного при индексной эндоскопии и патологии, помогает предотвратить дальнейшее прогрессирование до карциномы в 13% случаев (Рисунок 1). Основным недостатком является то, что целевая

популяция сосредоточена на пациентах с ГЭРБ, хотя около 40% аденокарциномы пищевода не имеют предшествующей истории ГЭРБ [11].

Пациенты, у которых аденокарцинома выявляется во время эндоскопического наблюдения за ПБ, с большей вероятностью имеют рак на ранней стадии, получают лечебную терапию и выживают дольше, чем пациенты с единичными симптомами поражения ЖКТ, у которых аденокарцинома выявляется во время клинических исследований [12].

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1 Huang FL, Yu SJ. Esophageal cancer: Risk factors, genetic association, and treatment. Asian J Surg. 2018 May;41(3):210-215. doi: 10.1016/j.asjsur.2016.10.005.

2 World Cancer Research Fund International. Oesophageal cancer statistics. <http://www.wcrf.org/int/cancer-facts-figures/data-specific-cancers/oesophageal-cancer-statistics>. Accessed June 21, 2016.

3 Wheeler JB, Reed CE. Epidemiology of esophageal cancer. SurgClin North Am. 2012 Oct; 92(5):1077-87.

4 Alcedo J, Ferrández A, Arenas J, Sopena F, Ortego J, Sainz R, et al. Trends in Barrett's esophagus diagnosis in Southern Europe: implications for surveillance. Dis Esophagus. 2009; 22(3):239-48.

5 Hvid-Jensen F, Pedersen L, Drewes AM, Sørensen HT, Funch-Jensen P. Incidence of adenocarcinoma among patients with Barrett's esophagus. N Engl J Med. 2011 Oct 13; 365(15):1375-83.

6 Singh S, Garg SK, Singh PP, Iyer PG, El-Serag HB. Acid-suppressive medications and risk of oesophageal adenocarcinoma in patients with Barrett's oesophagus: a systematic review and meta-analysis. Gut. 2014 Aug; 63(8):1229-37.

7 Masclee GM, Coloma PM, Spaander MC, Kuipers EJ, Sturkenboom MC. NSAIDs, statins, low-dose aspirin and PPIs, and the risk of oesophageal adenocarcinoma among patients with Barrett's oesophagus: a population-based case-control study. BMJ Open. 2015 Jan 29;5(1):e006640. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006640.

8 Hvid-Jensen F, Pedersen L, Funch-Jensen P, Drewes AM. Proton pump inhibitor use may not prevent high-grade dysplasia and oesophageal adenocarcinoma in Barrett's oesophagus: a nationwide study of 9883 patients. Aliment Pharmacol Ther. 2014 May; 39(9):984-91.

9 Fernández G, Baiges A, Visa L, Castelles A. Cáncer de esófago. España: CTO editorial.

10 Rustgi AK, El-Serag HB. Esophageal carcinoma. N Engl J Med. 2014 Dec 25; 371(26):2499-509.

11 Spechler SJ, Souza RF. Barrett's esophagus. N Engl J Med. 2014 Aug 28; 371(9):836-45.

12 Gordon LG, Mayne GC, Hirst NG, Bright T, Whiteman DC. Cost-effectiveness of endoscopic surveillance of non-dysplastic Barrett's esophagus. Australian Cancer Study Clinical Follow-Up Study. Gastrointest Endosc. 2014 Feb; 79(2):242-56.e6

## **УРОВЕНЬ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ВРАЧЕЙ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ КЛИНИЧЕСКОГО ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ**

*Идрисова Айгерим*

*Магистрант по ОП «Менеджмент в здравоохранении»*

*Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»,*

*г. Алматы, Казахстан*

*e-mail: [aigerim.idrissova090292@mail.ru](mailto:aigerim.idrissova090292@mail.ru)*

В организации медицинской помощи больным с буллезным эпидермолизом (БЭ) во многих странах существует ряд проблем, во-многом обусловленный орфанным характером самого заболевания. Это трудности в обеспечении доступности своевременной диагностики для жителей отдаленных и сельских регионов, сложности в организации обеспечения пациентов пожизненными дорогостоящими лекарствами и средствами по уходу за кожей, в некоторых странах – отсутствие специализированных центров диагностики и лечения. Наличие этих проблем усугубляется отсутствием достоверной информации для опекунов (родителей, близких пациента) и, в некоторых случаях, для самих медицинских работников, что приводит к появлению психо-социальных проблем в семьях, имеющих больных с БЭ. Отдельно выделяют проблему недостаточной подготовки врачей и медсестер ПМСП в вопросах своевременной диагностики и организации медицинской помощи, ухода, консультирования и обучения опекунов, а также оказания психологической поддержки и социальной помощи.

Поскольку БЭ относится к орфанным заболеваниям, т.е. редко встречающимся, соответственно, практические врачи, особенно на периферии, не имеют опыта оказания медицинской помощи таким пациентам. Поэтому при появлении пациента с БЭ нередки случаи поздней постановки диагноза, ошибки в ведении пациентов, конфликты медработников с семьей ребенка, в т.ч. по вопросам обеспечения больного медикаментами.

Для изучения современных особенностей менеджмента буллезного эпидермолиза нами проведено анкетирование врачей по оценке уровня информированности об особенностях клинического ведения таких пациентов.

По отчетным данным за 2020-2021 г. распространенность всех форм БЭ в Казахстане составляет 0,8 на 100 тыс. населения, всего зарегистрировано 100 пациентов с разными формами БЭ, в т.ч. 81 детей.

Наибольшее количество детей с БЭ наблюдается в Карагандинской, Туркестанской, Алматинской, Актюбинской, Жамбылской и Мангыстауской областях, г.Нур-Султан, г.Алматы. Следует отметить, что 34,5% детей с БЭ славянской и 65,5% - азиатской национальности.

В Южном регионе зарегистрировано 37 детей с ВБЭ (44,1% от общего числа зарегистрированных детей с ВБЭ), из них 9 детей в Алматинской, 11 в Туркестанской, 6 в Жамбылской, 2 в Кызылординской области, 6 в г.Алматы и 3 в г.Шымкент (Рисунок 1). В Северном регионе состоит на учете 18 детей (21,4%), из них 1 в СКО, 2 в Костанайской 3 в Акмолинской области и 12 в г.Нур-Султан. В Восточном регионе зарегистрировано 15 детей (17,9%), в т.ч. 3 детей в ВКО, 1 в Павлодарской области; 11 детей в Карагандинской. В Западном регионе состоит 14 детей (16,7%), из них 9 в Актюбинской области, 2 в ЗКО и 3 в Мангыстауской области.



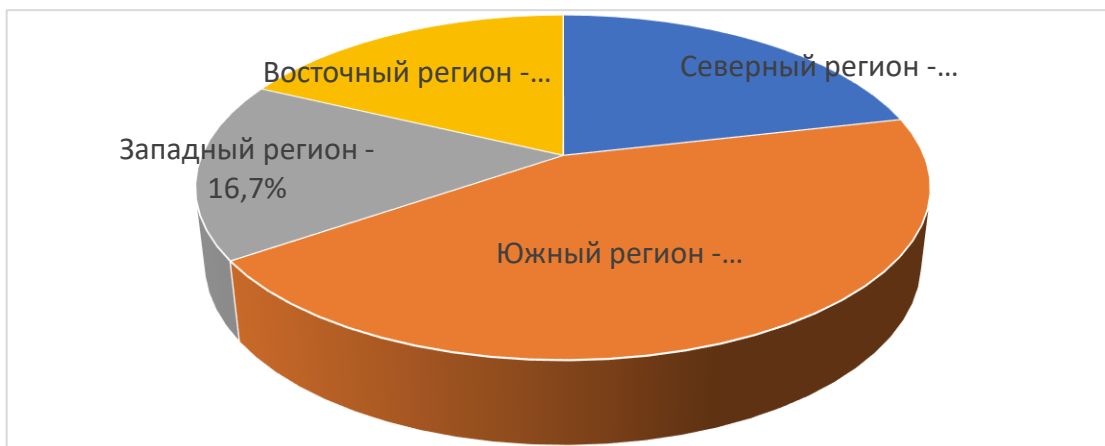


Рисунок 1. Структура распространенности ВБЭ в Казахстане в 2021 г. в зависимости от географического региона (в %)

Также следует подчеркнуть наличие нескольких детей с БЭ в одной семье:

1) в 3-х семьях по 2 ребенка - в Актюбинской и Туркестанской областях (азиатской национальности);

2) в одной семье 2 ребенка - в Жамбылской области (корейской национальности), Мангыстауской (казахской национальности), г.Алматы (казахской национальности), г. Гур-Султан;

3) в одной семье 3 больных ребенка – г.Шымкент (казахской национальности).

Нами было проведено анкетирование 25 врачей различных специальностей (ВОП, дерматологи, стоматологи, офтальмологи, хирурги – по 5 человек от каждой специальности), работающие в Казахском научном центре дерматологии и инфекционных заболеваний (КНЦДИЗ) и в Региональном диагностическом центре Алматы (РДЦ), куда, в основном, обращаются за консультациями пациенты с БЭ со всей страны.

Использовался российский опросник, разработанный Фонда «БЭЛА: дети-бабочки» РНИМУ им. Н. И. Пирогова.

Врачебный стаж респондентов составил в среднем 21,7 лет, при этом самый весомый длительный стаж (20 лет и более) зарегистрирован у 60,7% респондентов. Следует подчеркнуть, что профессиональный опыт ведения пациентов с БЭ отсутствовал у 68,5% респондентов, к остальным эти пациенты обращались за консультацией (31,5%) и только 2 дерматолога отметили, что длительно наблюдали за больными.

По результатам опроса установлено, что только 10,8% врачей правильно назначают и используют перевязочные средства (губчатые накладки на кожу), 18,6% использовали сетчатые контактные наклейки на рану, остальные владели информацией (Рисунок 2).



Рисунок 2. Частота правильных ответов врачей на вопросы об основных аспектах БЭ (в %)

Наибольшее число правильных ответов было получено на 2 вопроса об основном направлении терапии БЭ и пальчиковой гимнастике и ЛФК (по 81,2%). Среднее число правильных ответов (чуть менее половины респондентов) зарегистрировано по 3-м вопросам: определение БЭ (45,9%); причины летального исхода при БЭ (41,3%) и частота смены повязок (37,8%). Около четверти респондентов представили правильные ответы на следующие вопросы: назначение морфина внутрь перед перевязкой (29,5%), частота зуда (25,7%).

Наиболее сложными для респондентов явились остальные вопросы: наружные средства, запрещенные для применения (14,9%), ведение пузырей на коже и слизистых (12,5%), противопоказания к купанию (10,1%), показания к вакцинации (8,7%), способы устранения неприятного запаха при уходе и ведение запора (по 7,3%), правила забора общего анализа крови (5,7%).

Таким образом, результаты опроса подтверждают низкий оказанный уровень информированности врачей об основных практических аспектах медицинской помощи пациентам с БЭ. Следует отметить, что результаты нашего анкетирования схожи с итогами аналогичного исследования в России (2019 г.). Соответственно, данное анкетирование продемонстрировало необходимость разработки информационных/ обучающих материалов для медицинских работников (врачей и медсестер, больничных и амбулаторно-поликлинических организаций), а также включения данной тематики в образовательные программы подготовки (резидентура, интернатура) и усовершенствования медицинских специалистов (врачей и медсестер).

## ЖИВОТНЫЙ ЖИР-НАСТОЯЩИЙ ПРИРОДНЫЙ ИСТОЧНИК АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

*Имангазы Медина Куанқызы  
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова  
г. Алматы, Казахстан  
e-mail: [ingzm@mail.ru](mailto:ingzm@mail.ru)*

**РЕЗЮМЕ.** Данная статья посвящена проблеме разработки косметического крема с применением жира бараньего кюрдюка. Для разработки состава косметического крема проводили выбор компонентов, обеспечивающих лечебно-косметологический эффект, безопасность по санитарно-гигиеническим показателям, технологические и реологические свойства крема, удобство и комфортность применения. Новым в разработке крема является то, что впервые в лечебно-косметических кремах используется жир бараньего кюрдюка. В результате разработан лечебно-косметический крем с мазеобразной консистенцией белого цвета с желтым оттенком, легко наносится на кожу, легко смывается водой. Доказана безопасность крема.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** крем, косметика, жир жир бараньего кюрдюка

Исследования, проведенные агентством по маркетингу и социологическим исследованиям» DAMU Reserch «по заказу Национальной палаты» Атамекен", показали, что более 80% населения страны пользуется косметическим средством и в гендерном отношении 94%-женщины, 68%-мужчины. В связи с этим большое значение имеет наличие косметических средств в хорошем качестве и по выгодной цене.

Хвостовой жир-место скопления жира на стороне хвоста у овец. Плавлением этого образовавшегося жира получают хвостовой жир. Хвостовой жир у основания находится в твердом состоянии, окрас белый и бело-желтоватый. При растворении находится в бесцветном состоянии. Овечий хвостовой жир содержит большое количество ненасыщенных жирных кислот. Благодаря многочисленным полезным добавкам овечьего хвостового жира, он способен оказывать влияние на увлажнение и восстановление кожи [1].

Овцеводство было известно еще со времен неолита, а в Казахстане распространено еще со времен наших предков. В основном в районах, богатых пастбищами, в лесостепи с большим количеством сенокосов и пастбищ развивался Восточный Казахстан. На протяжении веков лекарством нашего народа был овечий жир. В частности, говоря о косметологии, важно, что овечий хвостовой жир характеризуется очень сильными природными антиоксидантными свойствами. [2] он используется в косметической науке, например, для создания эффективных мазей для восстановления эластичности кожи лица, под глазами, шеи, декольте. Преимущество животных жиров в овечьем хвостовом жире Гипоаллергенно, так как они не вызывают кожных реакций жирное хвостовое масло является отличным средством для поддержания красоты и здоровья кожи, поскольку оно обогащено натуральным ланолином[3]. В основе косметических кремов, благодаря наличию в составе хвостового масла ланолина, его органолептическим свойствам и химическим свойствам.

Кроме растительных масел в косметической промышленности применяют жиры животного происхождения, особый интерес из которых представляют жиры норки, черепахи, сурка. Норковый жир, например, отличается стабильностью и выраженными фотозащитными свойствами и используется в разнообразных средствах для ухода за кожей лица, рук, тела, препаратов от загара и других [4,5].

В последние годы характерной особенностью развития косметического производства, особенно за рубежом, является поиск и применение новых эффективных видов активной субстанции.

В косметологии широко используют препараты, обладающие высокой биологической активностью.

Биологически активные вещества в небольших дозах оказывают благоприятный эффект и с успехом используются в косметических исследованиях для предупреждения и лечения косметических недостатков путем стимуляции метаболических процессов в коже, а также для защиты ее от вредных микробиологических и токсических факторов.

Кроме жирной основы, водной фазы и эмульгаторов, в кремы вводят консерванты, отдушки и биологически активные вещества.

Была выбрана дисперсная система косметического крема – содержащаяся в эмульсионной структуре, и для этого в качестве основы в масляно –водно-дисперсной системе-стеариновая кислота, в качестве кремовой смеси был получен масляно-водоэмульсионный цетеариловый спирт. За основу эмульсионного крема была взята стеариновая кислота - масло/вода. Кремы на гидрофильной основе хорошо охлаждают кожу, обеспечивают равномерное распределение активного вещества по коже и быстрое впитывание. Стеариновая кислота придает крему дополнительный матовый (бархатистый) эффект. За основу эмульсионного крема был взят цетеариловый спирт – вода/масло. Эмульсионные кремы типа вода / масло гидрофильная фаза в липофильной среде диспергированные, полутвердые дисперсные препараты. Водяные / жирные кремы плохо смываются водой, и они больше используются для сухой кожи. В качестве пластификаторов использовали глицерин и пропиленгликоль. Глицерин-трехатомный спирт, нейтральный безводный растворитель, широко используется в косметологии.. Поскольку он хорошо сочетается со всеми компонентами, он обладает хорошими свойствами совместимости и высокой усвояемостью. Придает коже хорошую увлажненность. Было использовано нейтрализующее вещество гидроксид натрия. Он растворяет стеариновую кислоту и нейтрализует части стеариновой кислоты.- используется в качестве стабилизатора эмульсии. Оливковое масло-использовалось в качестве дополнительного масляного компонента. Оливковое масло является идеальным веществом, которое уже давно используется в косметологии, оно хорошо помогает увяданию кожи, разглаживанию морщин. Благодаря содержанию витаминов питает кожу. Содержит большое количество витамина Е. Полисорбат-80-эмульгатор придает коже хорошую увлажненность.Подсолнечное масло-обладает антиоксидантными свойствами, стимулирует поступление клеток кожи в организм. Аромат "Лимон " - придает крему ароматизирующее свойство.Трилон – Б-использовался в качестве увлажнителя и в качестве регулятора рН. Для повышения устойчивости крема к микробам, поскольку кремы на гидрофильной основе содержат большое количество воды, что приводит к быстрому размножению микробов. Показатель рН косметологического крема должен находиться в пределах 5.5-6.5[6].

Далее косметический крем подвергали анализу.

По внешнему виду крем представляет собой однородную массу без посторонних примесей, цвет белый с желтым оттенком, запах лимонного масла. Показатель рН – 5,75 при допустимой норме 5,0 – 9,0. Определение токсичных элементов показало, что свинца в креме – 0, 455 мг/кг (допустимая норма – 5,0 мг/кг), мышьяк и ртуть не обнаружены. Кожно раздражающее действие и раздражающее действие на слизистые отсутствуют.

Таким образом, разработан оптимальный состав и предложена рациональная технология лечебно-косметического крема и проведены исследования на показатели санитарно-гигиенической безопасности.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- 1 Қ.Қайым, Р.Сәтімбеков, Р.Әлімқұлов, Ж.Қожантаева Алматы «Атамұра» 2012 153-154-118-119 б.
- 2 Берков Б.В., Беркова Г.И. (2006). Натуральная косметика и омолаживающие средства - дело к продлению молодости. Ростов-на-Дону: Феникс, 416 с.(Золотая коллекция рецептов народной медицины).

- 3 «Технология жиров, эфирных масел и парфюмерно-косметических продуктов» / Ж. В. Бондаренко, М. В. Андрюхова. – Минск : БГТУ, 2018. – 98 с
- 4 Фридман, Р. А. Технология косметики / Р. А. Фридман/ 2-е изд. Перераб. и дополн. – М.: Пищевая пром-сть, 1964. – 487с.
- 5 Косметика: Косметические препараты и теоретические основы современной практической косметики / Пер. с нем. Г. Фойстель, Э.И. Поллак, М. Бергольц и др. – Киев: Вища шк., 1990. – 333с.
- 6 Федотов.В.П, Бочаров.В.А Основы практической косметологии 2016 35с.



## **ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИОННОГО МЕТОДА ОБУЧЕНИЯ TBL В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ**

*Имашева Б.И. докторант 1 года обучения  
Баймуратова М.А. к.м.н., доцент  
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»  
Туреханова А.Д. магистр медицинских наук,  
врач акушер-гинеколог высшей категории  
Казахский национальный университет им. аль-Фараби,  
г.Алматы, Казахстан  
e-mail: [imasheva\\_bayan@inbox.ru](mailto:imasheva_bayan@inbox.ru)*

**РЕЗЮМЕ.** В статье рассматривается опыт применения инновационного метода обучения TBL (team-based learning) на кафедре клинических дисциплин Казахского Национального университета имени Аль-Фараби у студентов 3 курса факультета «Медицины и здравоохранения» специальности «Общая медицина» по модулю «Репродуктивная система». Результаты тестирований и клинических задач, выполненные студентами в команде, были лучше по сравнению с индивидуальными, что свидетельствовало об активной дискуссии и слаженной работе в малой группе. Доказательством эффективности данного метода, послужили результаты проведенного анкетирования в конце занятия. Студенты отметили что, работая в команде они лучше разобрали тему занятия, все были вовлечены в процесс обсуждения темы, а также усвоили материал урока. Внедрение в учебный процесс инновационных методов обучения в настоящий момент является неотъемлемой частью усовершенствования медицинского образования. При этом улучшаются показатели усвоения студентами учебного материала, что в свою очередь предопределяет квалификацию будущего специалиста в этой отрасли.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** командное обучение, обучение в малых группах, инновационные методы обучения, TBL.

**ВВЕДЕНИЕ.** За последние пару десятилетий в большинстве медицинских школ по всему миру произошел сдвиг парадигмы в медицинских учебных программах с подхода, ориентированного на преподавателя, на подход, ориентированный на учащегося [1].

С этой целью международные медицинские школы уже давно разрабатывают различные активные методы обучения, ориентированные на учащихся, которые мотивируют и способствуют активному участию обучающегося в учебный процесс, облегчают обсуждение с коллегами, повышают критическое мышление и таким образом, способствуют сохранению знаний [2]. К таким методам обучения, которое приобрело популярность в медицинском образовании за последнее 10 лет можно отнести метод командно-ориентированного обучения или TBL (team-based learning) [3].

На сегодняшний день метод TBL широко применяется в США, Китае, Японии, Корее, Индии, Сингапуре, Омане и Австралии [4].

Первоначально TBL был разработан профессором Ларри Михаэлсенем в 1980-х годах в Соединенных Штатах Америки, когда количество учащихся на его бизнес курсах увеличилось с 40 до 120 человек. Он был обеспокоен по поводу эффективности обучения в больших группах. Связи с чем он поделил их на малые группы, для лучшей усвояемости учебного материала [5].

TBL - это метод обучения в небольших группах, в котором учащимся предлагается выполнить задания, включающих индивидуальную работу, работу в команде и немедленную обратную связь [6,7]. Метод предусматривает развитие умения работы в команде, распределять обязанности между членами команды, совместно решать поставленные задачи, активно участвовать в дискуссии, отстаивать командное решение перед аудиторией [8]. Основные этапы TBL включает предварительную подготовку (чтение перед уроком), тест обеспечения

индивидуальной готовности, тест обеспечения готовности команды, за которым следует обратная связь, деятельность по решению клинических проблем и завершение. [9–12].

#### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:**

Метод TBL в качестве практического занятия был применен на кафедре клинических дисциплин Казахского Национального университета имени Аль-Фараби у студентов 3 курса факультета «Медицины и здравоохранения» специальности «Общая медицина» по модулю «Репродуктивная система» на тему: «Ведения первого периода родов». Приняло участие: 5 английских групп (62 студента). Каждая группа делилась на 3 команды (Рисунок 1).



Рисунок 1. Этап занятия TBL

Основные этапы занятия с применением TBL состоял из 11 шагов:

1. Изучение заданного материала до занятия – самостоятельная работа с литературой.
2. Ведение - подготовка бейджей с именами студентов, ознакомление с темой занятия, объяснения о этапах проведения занятия, инструктаж по оцениванию – 5 минут.
3. Формирование команд – 10 минут. Формирование команд происходила по шкале Колба - определение стилей обучения по модели Д.Колба. Согласно которой, студенты делились на 4 стиля обучения: рационалист, эмпирик, теоретик, практик, где в каждой команде их должно быть равное.
4. Оценка исходного уровня знаний – индивидуальное тестирование по 20 тестовым заданиям выполнялась в системе «Start Exam» - 20 минут.
5. Групповое тестирование с помощью литературы, по 20 тестовым заданиям - 20 минут.
6. Обоснование групповой апелляции (после предварительного обсуждения тестовых заданий выступает представитель от каждой команды по спорным вопросам) – 5 минут.
7. Обратная связь от преподавателя (разъяснение сложных вопросов) – 15 минут.
8. Задание на решение клинической ситуационной задачи (командам раздавались одинаковых ситуационной задачи) – 25 минут.
9. Презентация отчетов – приглашение по 1 члену команды для оглашения результатов групповой работы – 25 минут.
10. Подведение итогов (самооценка, групповая оценка, определение вклада членов группы) – 10 минут.
11. Заключение (делалось заключение, заслушивание отзывов, пожелания, проведение анкетирования по методике проведения занятия, выражение благодарности) – 10 минут.

#### **РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ**

Анализ результатов индивидуального, группового тестирования и выполнения клинической ситуационной задачи показал, что средние оценки 5 английских групп и каждой группы в частности за командные выполнения заданий, были в 2 раза выше по сравнению с индивидуальной работой, что свидетельствует об активном размышлении и слаженной работы студентов (Рисунок 2, 3).



Рисунок 2. Средние оценки за выполненные задания 5 английских групп.

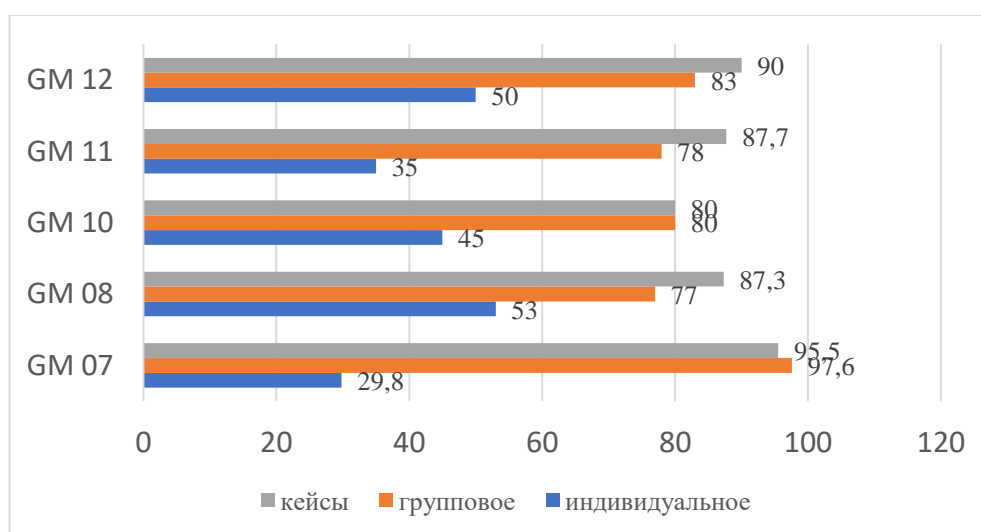


Рисунок 3. Средние оценки каждой английской группы

В конце занятия было проведено анонимное анкетирование студентов, разработанная сотрудниками кафедры клинических дисциплин для выяснения удовлетворенности инновационным методом обучения TBL. По результатам анкетирования было выявлено, что 64,5% (40) студентам очень понравилось данная методика, 24,2% (15) понравилось занятие, 9,7% (6) затруднились ответить, и лишь 1,6% (1) отметил, что занятие не понравилось. Также 65,4% студентов считают, что в командном обучении они лучше разобрали тему занятия, 15,3% студенты отмечают, что все студенты вовлекаются в обсуждении темы, а также хорошо разобрали тесты в группе (12%).

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Таким образом, использование активных методов обучения помогают заинтересовать студентов, стимулирует процесс запоминания, создается особая психологическая атмосфера для развития творческих способностей и клинического мышления студента. Учащиеся сравнивают и размышляют о своих результатах индивидуального и группового тестирования, а также о вкладе своих сверстников в командную работу. Коллективная работа позволяет активно обмениваться информацией между студентами, а также между студентами и преподавателем. Метод учит учащихся умению сотрудничать, распределять обязанности между членами команды, совместно решать поставленные задачи, активно участвовать в командном обсуждении, а также – отстаивать командное решение перед всей аудиторией. Работая сообща над поставленными задачами, развивает критическое мышление и коммуникативную компетенцию у студентов. Студенты мотивированы размышлять о своих сильных и слабых сторонах как членов

команды. Взаимная оценка побуждает студентов подумать, как они могут стать лучше в качестве члена команды. В свою очередь преподаватель с роли лектора, переходит в роль наблюдателя и координатора урока.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

- 1 SANNATHIMMAPPA M.B. et al. Are Online Synchronous Team-Based-Learning (TBL) pedagogy effective?: Perspectives from a study on medical students in Oman // J. Adv. Med. Educ. Prof. 2022. Vol. 10, № 1. P. 12–21.
- 2 Burgess A. et al. Team-based learning (TBL) in the medical curriculum: better than PBL? // BMC Med. Educ. 2017. Vol. 17. P. 243.
- 3 Burgess A. et al. Interprofessional team-based learning (TBL): how do students engage? // BMC Med. Educ. 2020. Vol. 20. P. 118.
- 4 Chen M. et al. Meta-analysis on the effectiveness of team-based learning on medical education in China // BMC Med. Educ. 2018. Vol. 18. P. 77.
- 5 Zeng J. et al. Application of blended teaching model based on SPOC and TBL in dermatology and venereology // BMC Med. Educ. 2021. Vol. 21. P. 606.
- 6 Kibble J.D. et al. Team-based learning in large enrollment classes // Adv. Physiol. Educ. American Physiological Society, 2016. Vol. 40, № 4. P. 435–442.
- 7 Haidet P. et al. Perspective: Guidelines for Reporting Team-Based Learning Activities in the Medical and Health Sciences Education Literature // Acad. Med. 2012. Vol. 87, № 3. P. 292.
- 8 ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИОННОГО МЕТОДА ОБУЧЕНИЯ TBL В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ – тема научной статьи по наукам об образовании читайте бесплатно текст научно-исследовательской работы в электронной библиотеке КиберЛенинка [Electronic resource]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/primenenie-innovatsionnogo-metoda-obucheniya-tbl-v-uchebnom-protsesse> (accessed: 22.04.2022).
- 9 Burgess A. et al. Team-based learning: design, facilitation and participation // BMC Med. Educ. 2020. Vol. 20, № Suppl 2. P. 461.
- 10 Burgess A., Ayton T., Mellis C. Implementation of team-based learning in year 1 of a PBL based medical program: a pilot study // BMC Med. Educ. 2016. Vol. 16. P. 49.
- 11 Hu X. et al. Implementation of flipped classroom combined with problem-based learning: an approach to promote learning about hyperthyroidism in the endocrinology internship // BMC Med. Educ. 2019. Vol. 19. P. 290.
- 12 Joshi T. et al. Team-Based Learning Among Health Care Professionals: A Systematic Review // Cureus. Vol. 14, № 1. P. e21252.

## **УЛЬТРАСОНОГРАФИЯ В СИСТЕМЕ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО ТРЕХ МЕСЯЦЕВ**

*Турдалиева Б.С., д.м.н., профессор  
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»  
Дуйсенов Нурлан Булатович, д.м.н.,  
Казахстанско-Российский Медицинский Университет  
Аимбетова Гульшара Ергазыевна, к.м.н., доцент  
кафедры «Общественное здравоохранение»  
Исаев Надир Нурланович, докторант 2-го года,  
детский травматолог-ортопед,  
Центра детской неотложной медицинской помощи  
Ахметова Закия Агзамовна, врач УЗИ,  
Медицинского центра Сун-ар-мед  
г.Алматы, Казахстан  
e-mail: [nadir\\_n@mail.ru](mailto:nadir_n@mail.ru)*

Врожденная патология тазобедренных суставов является тяжелой патологией, характеризующейся недоразвитием или нарушением формирования всех элементов, образующих тазобедренный сустав. Со стороны костей таза – возможна транспозиция вертлужной впадины, увеличение ацетабулярного угла, за счет недоразвития крыши вертлужной впадины, изменение угловых параметров проксимального отдела бедренной кости. Со стороны мягких тканей – растяжением связок и капсулы тазобедренного сустава, уменьшением расстояния точек прикрепления мышц между тазом и бедренной костью.

Необходимо отметить, что частота врожденного вывиха бедра в последнее время с каждым годом возрастает. По нашим данным, в 1972 году соотношение заболевших к здоровым детям составляло до 28 на 1000 детей, в 2015 году это соотношение резко возросло до 90 на 1000 детей (Дуйсенов Н.Б. 2015). Несмотря на то, что изучение этой проблемы посвящено много исследований, она остается актуальной для всех групп больных.

Одним из современных методов лечения врожденного вывиха бедра является раннее функциональное лечение. В этом большую роль сыграли работы З.Н. Шнейдерова (1961), К.С. Ормантаева, Е.Т. Ким (1974), В.Я. Виленского (1986), И.И. А.К. Карабекова (2000), Г.А. Плеханова (2010), И.К. Харамова (2018) в которых доказано, что раннее функциональное лечение обеспечивает постепенное, ненасильственное сопоставление головки бедренной кости и вертлужной впадины, что позволяет добиться хороших результатов лечения, без применения оперативных методик.

Однако, в решении этой проблемы основным является ранняя диагностика врожденной патологии тазобедренного сустава, особенно у детей до 3 месяцев.

При разработке материала мы пользовались следующей классификацией, основанной на клинико-рентгенологических показателях:

- Дисплазия тазобедренного сустава - клинически и рентгенологически определяемое нарушение развития тазобедренного сустава без смещения головки бедра.
- Подвывих головки бедра (смещение ее в пределах суставной впадины);
- Врожденный вывих бедра.

Все эти группы представляют собой различные стадии одной патологии - врожденного вывиха бедра, но могут быть как самостоятельные формы порока развития. Признаки, характеризующие это заболевание у детей одинаковы, однако они выражены в различной степени у разных возрастных групп.

Диагностические мероприятия, помимо клинического осмотра, включает в себя рентгенологический и ультразвуковой метод.



Рентгенография тазобедренных суставов дает высокий процент верификации врожденной патологии тазобедренного сустава. Однако, лучевая нагрузка, особенно у детей до 3 месяцев, снижает возможность использования этого метода.

Ультрасонография – один из современных методов диагностики различных заболеваний. Его несомненная привлекательность состоит в том, что этот метод исследования не несет лучевой нагрузки, и может многократно повторяться для динамического контроля эффективности проводимого лечения.

При врожденной патологии тазобедренных суставов метод может применяться уже в родильном доме и выявлять патологию уже на первых днях жизни. Ультразвуковой метод позволяет судить о состоянии хрящевых структур тазобедренного сустава: головки бедра, выраженности или отсутствию хрящевого козырька, истинной скошенности крыши вертлужной впадины, степени покрытия головки.

Ультразвуковое исследование тазобедренных суставов у детей в возрасте до 3 месяцев должно выполнять следующие задачи:

1. диагностика нарушений развития тазобедренного сустава и выявление степени патологических изменений;
2. определение позиции головки бедра относительно вертлужной впадины в сагиттальной плоскости;
3. исследование тазобедренного сустава на предмет выявления препятствий для вправления;
4. диагностика проявлений асептического некроза головки бедренной кости.

Нами за период 2020-2022 гг. ультразвуковое исследование проведено у 129 больных. Диагноз «Дисплазия тазобедренных суставов», выставлен в 112 случаев, врожденный подвывих бедра у 14 пациентов, врожденный вывих бедра у 3 детей.

Проводилось:

- статичное исследование морфологии тазобедренного сустава по Графу (исследование ориентировано на морфологическое изучение головки бедренной кости и вертлужной впадины)
- динамическое исследование сустава, разработанное Харке (позволяет с помощью провокационных проб определить стабильность тазобедренного сустава)
- Комплексное исследование ТБС, объединяющее выявление морфологических нарушений ТБС и проведение стресс-проб

Исследование проводилось в положении ребенка на боку, датчик располагался на латеральной поверхности бедра в месте проекции тазобедренного сустава. Изучалось: конфигурация костного края вертлужной впадины и его оссификация, наличие дефектов, расположение его хрящевой части, местоположение головки бедра, наличие в ней ядра окостенения. При проведении провокационного теста в режиме реального времени прослеживали, в какой мере хрящевая головка смещается при различных движениях и нагрузках, приводит ли это к деформации лимбуса. На основании этих данных определялась степень патологии тазобедренных суставов и назначалось лечение.

Определяя величины углов, альфа и бета, классифицирующие состояние тазобедренного сустава в зависимости от степени развития костного и хрящевого компонентов бедра. Угол альфа образован двумя линиями, проведенными на фронтальном ультразвуковом изображении: первая линия проходит через прямой край подвздошной крыши, вторая – вдоль костной крыши вертлужной впадины. Угол бета образован осью подвздошной кости и линией, соответствующей оси губы вертлужной впадины.

В норме головка бедренной кости расположена в пределах вертлужной впадины и их конгруэнтность удовлетворительна, угол альфа - не менее 60 градусов, угол бета соответственно не более 55 градусов.

При дисплазии тазобедренного сустава – центрация головки бедра удовлетворительная, но угол альфа уменьшается, отражая скошенность вертлужной впадины, до 50-55 градусов в зависимости от возраста, а угол бета обычно незначительно превышает норму.

При подвывихе головка бедренной кости частично смещена из вертлужной впадины, угол альфа, отображающий скошенность вертлужной впадины колеблется в пределах от 55 до 45 градусов, а угол бетта, отражающий степень покрытия головки увеличивается до 75 градусов.

При полном вывихе головка бедренной кости расположена латерально, выше или кзади от вертлужной впадины, а сама вертлужная впадина выглядит диспластичной. Скошенность вертлужной впадины значительная, соответственно угол альфа – 45 градусов и ниже, а угол бета – более 75 градусов.

Всем детям с выявленными нарушениями формирования тазобедренного сустава было назначено лечение с использованием специальных ортопедических приспособлений направленных на фиксацию тазобедренных суставов в положении максимального отведения. Ориентировочный срок фиксации – 3 месяца, после этого проводилось контрольное ультразвуковое исследование, на котором оценивалось эффективность проведенного лечения. Детям с диагнозом врожденный вывих и подвывих бедра, срок фиксации удлинялся до 6 месяцев, в связи с выраженностью патологии тазобедренных суставов.

Ультрасонография тазобедренного сустава при обследовании детей первых трех месяцев жизни является одним из важных диагностических методов, особенно учитывая отсутствие лучевой нагрузки и возможность многократного контроля, а также произведение оценки состояния хрящевых структур сустава, являются неоспоримым преимуществом перед рентгенологическим методом исследования.

Кроме того, улучшение результатов лечения врожденной патологии тазобедренных суставов возможно только при раннем начале функционального лечения, что в первую очередь связано с ранним выявлением данной патологии на уровне родильных домов - неонатологами, а учитывая, что метод ультрасонографии тазобедренных суставов можно использовать с первых дней жизни – диагностика и раннее лечение данной патологии необходимо начинать с родильных домов.

На уровне ПМСП путем анкетирования необходимо производить прогнозирование, и при выявлении высокого риска развития патологии тазобедренных суставов, у детей до 3 месяцев, производить наиболее щадящий метод обследования – ультрасонографию тазобедренных суставов.

Таким образом, алгоритм первичной диагностики врожденной патологии тазобедренных суставов, составляет: акцентирование внимание на данной проблеме в родильных домах – неонатологов; на уровне ПМСП – педиатров и врачей общей практики при проведении патронажа; планового осмотра ребенка у детского ортопеда в 2 месячном возрасте; при наличии подозрения, включения в группу риска и так далее необходимо производить ультрасонографию тазобедренных суставов, что позволит решить проблему ранней диагностики и лечения врожденной патологии тазобедренных суставов.

## **ОЦЕНКА КОРРЕЛЯЦИИ ПАРАМЕТРОВ И ОТВЕТОВ ПО ОПРОСНИКУ STARS У ПАЦИЕНТОВ С ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИЕЙ**

*Исмаилова И.К., докторант 3 года обучения,  
Общественное здравоохранение, КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова,  
профессор, д.м.н. Турдалиева Б.С.  
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»,  
г. Алматы, Казахстан  
e-mail: [i.ismayilova.oh@gmail.com](mailto:i.ismayilova.oh@gmail.com)*

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Вызовы современного мира задают приоритетные для развития направления в здравоохранении, в частности акцентирование на профилактическую медицину. Усовершенствованная профилактическая медицина - определяет раннее выявление факторов риска заболевания. К инструментам, обеспечивающим выявление рисков развития определенных заболеваний, относятся скрининговые тесты, которые позволяют оптимизировать сохранение зрительных функций. Для оценки риска развития возрастной макулярной дегенерации (ВМД), был разработан опросник STARS (Simplified Thésa AMD Risk-Assessment Scale) - упрощенная риск-ассоциированная шкала, который был валидирован в Италии, Испании, Алжире и Франции. [1] Анализ ROC-кривой (Receiving Operating Characteristic curve) во всех четырех группах-странах полученная площадь под кривой варьирует между 0,8 и 0,72, что определяет значимость опросника STARS для оценки риска развития ВМД. Опросник состоит из 13 параметров риска, которые в свою очередь условно подразделяются на: общефизиологическую, общесоматическую и специальную офтальмологическую часть. [2]

**ЦЕЛЬ.** Оценить корреляцию параметров и ответов по опроснику STARS у пациентов с подтвержденным диагнозом ВМД.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.** На базе Национального офтальмологического центра г. Баку, Азербайджан, было проведено анкетирование среди пациентов с подтвержденным диагнозом ВМД (опросник заполнялся пациентами самостоятельно): 37 пациентов (61 глаз), из них 12 мужчин (32,4 %), 25 женщин (67,6%). Критерии включения: пациенты с различными клиническими формами и стадиями ВМД по AREDS (Age-Related Eye Disease Study). Из них – 19 глаз (31,1%) – влажная форма, 36 глаз (59%) – сухая форма, 6 (9,8%) пациентов со смешанной формой: один глаз - влажная форма, второй глаз – сухая форма. 7 (19%) пациентам потребовалась помощь при заполнении офтальмологической части опросника. Для обработки данных была задействована программа SPSS Statistics.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ.**

Итогом проведенного анкетирования стало выделение трех групп, в зависимости от количества набранных баллов. В первую группу (0-9 баллов) с низким риском развития ВМД вошел один пациент - 1 глаз (1,6%) с сухой клинической формой ВМД, начальная стадия; во вторую группу (10-19 баллов) со средним риском ВМД вошло 30 пациентов – 53 глаза (86,8%); в третью группу (20 и выше) с высоким риском вошло 6 пациентов – 7 глаз (11,4%) . Определена положительная корреляция между ростом числа баллов и стадией ВМД (согласно AREDS). Исключение составили два пациента – 2 глаза (3,2%), 20 и 25 лет, вошедшие в первую и вторую группу соответственно, с промежуточной стадией ВМД. Средний возраст пациентов составил 65–74 года (91,8%), 2 пациента моложе 25 лет (5, 4%) и 1 пациент старше 85 лет (2,7%). Что также положительно зависит от стадии.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Результатом проведенного анкетирования среди пациентов с клинически подтвержденным диагнозом ВМД— явилась оценка положительной корреляции между параметрами и ответами по опроснику STARS. Количество набранных баллов в целом положительно соответствует каждой из трех групп и коррелирует с клинической формой и

стадией ВМД. Актуальность применения данного опросника повышается среди близких родственников пациентов с ВМД для выявления риска развития заболевания.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1 Validation of the STARS risk assessment tool for age-related macular degeneration in an Algerian population, *Acta Ophthalmologica* - Volume 94, Issue S256, October 2016, C. Delcourt, S. Lazreg, A. Sanchez, F. Bandello, and M.T. Nouri - 14 SEP 2016, DOI: 10.1111/j.1755-3768.2016.0417

2 Значение скрининговых опросников для выявления риска развития возрастной макулярной дегенерации, *Офтальмология*, Л.А. Кочмашева З.Ю. Прохорова А.Г. Гринев 2019;16(4):501–507, ISSN 1816-5095 (print); ISSN 2500-0845 (online) <https://doi.org/10.18008/1816-5095-2019-4-501-507>

## **ОПТИМИЗАЦИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ В СИСТЕМЕ ОСМС**

*Калдыбаева Умитгуль Торехановна  
Городская клиническая больница №1  
Ph.D Ауезова Ардак Муханбетжановна  
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»,  
г. Алматы, Казахстан  
e-mail: [nadejda\\_umit@mail.ru](mailto:nadejda_umit@mail.ru)*

**РЕЗЮМЕ.** Представлен опыт функционирования клинико-диагностической лаборатории городской многопрофильной больницы в системе обязательного медицинского страхования.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** клинико-диагностическая лаборатория, менеджмент, качество.

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Качество оказания медицинской помощи больному является совокупным результатом деятельности многих структурных подразделений медицинской организации (МО), в числе которых лаборатория занимает по праву равное положение. Лабораторная медицина, по оценкам экспертов, определяет 94% объективных данных в медицинских картах и 60-70% медицинских решений [1].

Благодаря высокому качеству лабораторных исследований обеспечивается своевременная и точная диагностика заболеваний и осуществляется мониторинг лечения. Лабораторная служба сопровождает ежедневную деятельность лечащих врачей в наиболее распространенных формах – клинико-диагностическая лаборатория (КДЛ), экстренном их выполнении в ургентной практике (экспресс-лаборатория), а также серийное производство наиболее сложных исследований (специализированная лаборатория).

В настоящее время в системе здравоохранения Республики Казахстан формируется система обязательного социального медицинского страхования (ОСМС). В этой связи крайне актуальной является адаптация всех МО к новым социально-экономическим условиям. В системе рыночных отношений каждая МО не может нормально функционировать без организации и проведения маркетинговых исследований, с помощью которых получается необходимая информация о том, какие услуги и почему востребованы и пользуются спросом на рынке медицинских услуг.

Это обуславливает необходимость разработки и потребность внедрения новых организационных, информационных и прочих технологий, направленных на развитие современных форм и методов управления лабораторной службой в новой экономической и медико-социальной ситуации [2,3].

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ** заключается в совершенствовании деятельности лаборатории городской многопрофильной больницы в системе обязательного социального медицинского страхования.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Проведен анализ деятельности Клинико-диагностической лаборатории Городской клинической больницы № 1 г. Алматы, где в условиях введения ОСМС и перепрофилирования в связи с карантина COVID-19 разработаны и внедрены организационные и управленческие решения, которые позволили повысить качество лабораторной диагностики

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.** Качество лабораторной диагностики достигается благодаря соответствию высоким стандартам, для подтверждения которых используются три процедуры: лицензирование, сертификация, аккредитация. В Казахстане осуществляется государственное регулирование лабораторной медицинской диагностики, которое требует применения обязательно стандарта ISO 15189 «Лаборатории медицинские. Требования к качеству и компетенции».

Критериями аккредитации КДЛ являются: оснащенность лаборатории, компетентность персонала, система качества лаборатории.



КДЛ ГКБ №1 оснащена современным диагностическим оборудованием ведущих производителей. Разработана и внедрена лабораторная информационная система (ЛИС).

Компетентный и квалифицированный коллектив сотрудников КДЛ благодаря внедрению ЛИС приобрел новые профессиональные возможности:

- минимизацию количества ошибок (за счет регистрации пациентов и их образцов в системе и маркировки штрих-кодом каждого материала, направляемого в анализаторы);

- улучшение контроля и облегчение мониторинга за лабораторной детальностью, а также ускорение доступа к необходимой информации и облегчение обработки статистической информации и подготовки отчетов (за счет наличия электронного архива, и фильтра поиска, который облегчает доступ к нужной информации, а также за счет интеграции с другими информационными системами при соответствии транспортных протоколов.)

- сокращение и стандартизация документооборота.

Все вышеперечисленные преимущества ведут к увеличению производительности лаборатории.

В разные годы количество выполненных анализов КДЛ ГКБ №1 колебалось: от 4710 в 2018 г. до 277284 в 2021 г.

Стоимость выполненных анализов в КДЛ также варьировалась в значительных пределах: от минимальной (1,0 млн тг) в 2018 г. до максимальной (150,2 млн тг) в 2021 г.

В 2018 г. КДЛ выполняла анализы самой ГКБ №1 (45,2%), причем как за счет бюджетных средств (43,1%), так и на хозрасчетной основе (2,1%). Также выполняла анализы городских поликлиник № 4 (15,6%), 15 (0,1%), 26 (7,6%), 27 (22,6%), 35 (8,9%).

В 2019 г. КДЛ работала исключительно на ГКБ №1 при оплате за счет бюджетных средств (57,8%), так и на хозрасчете (42,2%).

В 2020 г. с введением системы ОСМС произошла диверсификация источников финансирования: ГКБ№1 (бюджет) – 1,6%; ГКБ№1 (косвенные доходы) – 3,5%; ГКБ№1 (ФСМС Активы фонда) – 6,1%; ГКБ№1 (ФСМС Республиканский (БП 067, ПП 100) – 19,7%; ГКБ№1 (хозрасчет) – 16,3%; Городская клиническая больница №1 – 28,2%; а также городская клиническая инфекционная больница имени И.С. Жекеновой – 24,6%.

В 2021 г. оплата за анализы КДЛ распределилась следующим образом: ГКБ №1 – 15,1%, городская клиническая инфекционная больница имени И.С. Жекеновой – 84,9%

Далее мы применили ABC-анализ – способ оценки ресурсов бизнеса, который работает по закону Парето – 20% усилий дают 80% результата, 20% товаров дают 80% прибыли [4]. Для ABC-анализа нужно разделить все ресурсы на три группы по степени важности для организации:

А – наиболее ценные – 20%, которые дают 80% дохода.

В – средней ценности – 30%, которые дают 15% дохода.

С – наименее ценные – 50%, которые дают 5% дохода.

Результаты ABC-анализа представлены в таблице.

Таблица. Результаты ABC-анализа КДЛ ГКБ №1

Анализы	Количество	Стоимость (тенге)	Удельный вес	Совокупный процент	Группа
Иммунология	18410	57444010	38,3	38,3	А
Гематология	36988	27695991	18,5	56,8	А
Гемостаз	49804	25659883	17,1	73,9	А
Кислотно-щелочное состояние	4912	15363397	10,3	84,2	В
Биохимия	140435	13828179	9,1	93,3	В
Клинический анализ	8310	3984769	2,6	95,9	В
ИФА	2214	3345841	2,2	98,1	С

Серология	7671	2277176	1,5	99,6	С
Биохимия (электролиты)	8429	482295	0,3	99,9	С
Аллергология	108	144000	0,1	100	С
	277281	150225541	100		

По результатам ABC-анализа, группа А (иммунология, гематология, гемостаз) приносит 80% прибыли (38% от общего количества предоставляемых услуг) лабораторному структурному подразделению.

Услуги группы В (кислотно-щелочное состояние, биохимия, клинический анализ) приносят 15% прибыли лабораторному структурному подразделению от общего количества предоставляемых услуг, что составляет 55,5 % от общего количества услуг.

Услуги группы С (ИФА, серология, биохимия-электролиты, аллергология) приносят 5% прибыли лабораторному структурному подразделению от общего количества предоставляемых услуг, что составляет 6,5% от общего количества услуг.

**ВЫВОДЫ:** Модернизация и цифровизация КДЛ ГКБ №1 обеспечили высокую медицинскую и экономическую эффективность деятельности структурного подразделения, а также социальный эффект в виде роста удовлетворенности сотрудников условиями труда и результатами своей деятельности.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Как повысить качество медуслуг, или Цифровизация лабораторной диагностики  
URL: [https://inbusiness.kz/ru/author\\_news/kak-povysit-kachestvo-meduslug-ili-cifrovizaciya-laboratornoj-diagnostiki](https://inbusiness.kz/ru/author_news/kak-povysit-kachestvo-meduslug-ili-cifrovizaciya-laboratornoj-diagnostiki) (Дата обращения: 13.03.2022 г.)

2 Клиническая лабораторная диагностика: руководство. В 2 томах. Том 1. / Под ред. В.В. Долгова. 2012. – 928 с. (Серия "Национальные руководства")

3 Иванец Н.В. Совершенствование управления деятельностью клинической лаборатории // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – № 6. – С. 38-40.

4 Словарь маркетолога. ABC-анализ URL: <https://roistat.com/rublog/abc-analiz/> (Дата обращения: 13.03.2022 г.)

## **ӨКПЕНІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКТИВТІ АУРУЫНЫҢ (ӨСОА) ТАРАЛУЫ**

*Камалбек Аружан Талғатқызы*  
*«Дәлелді медицина және ғылыми менеджмент» кафедрасы*  
*Ғылыми жетекшілер – м.ғ.к., доцент Назарбаева Р.К.,*  
*PhD Алеkenова Н.У.*  
*Марат Оспанов ат. Батыс Қазақстан медицина университеті*  
*Ақтөбе қ., Қазақстан Республикасы*  
*e-mail: [aru.zhan08@mail.ru](mailto:aru.zhan08@mail.ru)*

**ӨЗЕКТІЛІГІ.** Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы (ӨСОА) - уақытша еңбекке жарамсыздық, мүгедектік пен мерзімінен бұрын өлімнің өсуіне айтарлықтай үлес қосатын қоғамдық денсаулық сақтаудың негізгі проблемаларының бірі. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДСҰ) мәліметтері бойынша, жыл сайын ӨСОА шамамен 3 миллион адам қайтыс болады, бұл бүкіл әлемдегі өлімнің 6 пайызын құрайды [1,2].

Аурудың жаһандық ауыртпалығы негізінде (BOLD жобасы) зерттеу жүргізілген болатын. Зерттеу бойынша ӨСОА-ның таралуы 40 жастан асқан адамдарда көп кездеседі. Оның ішінде, Қазақстандық зерттеушілердің деректері бойынша, өлім - жітім – 60 пайызды құрайды, ал 40 пайызы халықтың мүгедектігі болып табылады [3,4].

Атмосфералық ауадағы ластаушы заттардың жоғары концентрациясы, әсіресе CO<sub>2</sub>, NO<sub>2</sub>, PM<sub>2,5</sub> және PM<sub>10</sub> ұзақ уақыт әсер етуі нәтижесінде, өкпенің созылмалы обструктивті ауруының үлесі артуына себеп болатыны мәлім. Өртүрлі ластаушы заттардың бірлескен әсері болашақта күрделене түсуі мүмкін, сондықтан нақты тәуекел топтары бойынша неғұрлым қарқынды зерттеулер жүргізуді қажет етеді [5,6].

**ЗЕРТТЕУДІҢ МАҚСАТЫ:** Сыртқы ортаның өзгеру жағдайында өкпенің созылмалы обструктивті ауруының (ӨСОА) таралуын зерттеу.

**МАТЕРИАЛДАР МЕН ӘДІСТЕР.** Осы тақырып шеңберінде ғылыми деректер базасынан, соңғы 5 - 10 жыл ішіндегі көптеген шетелдік және орыс тіліндегі басылымдарға толық емес жүйелік шолу жасалынды.

Іздеу үшін «Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы», «дәлелді медицина», «атмосфералық ауаның ластануы», «қатты бөлшектер», «азот диоксиді», «өндірістік аймақ» және «өкпенің обструктивтік ауруы» кілт сөздерін пайдалану арқылы, бірегей толық мәтінді мақалалар енгізілді. Талдау бойынша әдебиеттік шолулар, ақпараттық хаттар, сондай-ақ қысқаша берілген мазмұндар алынып тасталды.

**НӘТИЖЕЛЕРІ МЕН ТАЛҚЫЛАУ.** Зерттеу ғылыми мақалаларды әдебиеттік шолудан басталды. Өкпенің созылмалы обструктивті ауруының (ӨСОА) таралуы тақырыбы бойынша, «Medline (PubMed), E-library, Cochrane Library және Cyberleninka» дерекқорлары жариялаған ағылшын және орыс тіліндегі басылымдарға іріктеу жүргізілді. Зерттеуге маңызды, толық мәтінді мақалаларды таңдау барысында, 405 мақаланың негізгі сұрақтарды бағалауға үлес қосу мүмкіндігі шектеулі болғандықтан, алынып тасталды. Нәтижесінде 43 жарияланым сарапталды.

### **ҚОРЫТЫНДЫ.**

Алынған зерттеу нәтижелеріне сәйкес, сыртқы атмосфералық ауаның ластануы тыныс алу жүйесінің аурулары, соның ішінде созылмалы обструктивті өкпе ауруына (СОӨА) қатысты деген пікірлерді растайтын көптеген дәлелдер бар. Алайда, ауадағы ластаушы заттардың жоғары концентрациясы, негізгі CO<sub>2</sub>, NO<sub>2</sub>, PM<sub>2,5</sub> және т.б. ұзақ уақыт әсер етуі ӨСОА жиілігінің жоғарылауымен тығыз байланысты екенін көрсетті.

Жалпы барлық өкпенің созылмалы обструктивті ауруы экологияның нашарлауына байланысты, әсіресе қаланың өндірістік аймағындағы тұрғындар арасында таралу үрдісі көбірек байқалады.

### **ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:**

1 López-Campos JL, Tan W, Soriano JB. Global burden of COPD. *Respirology*. 2016 Jan;21(1):14-23. [doi: 10.1111/resp.12660] [PMID: 26494423].

2 World Health Organization (WHO) «Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)» 22 июня 2021 г. ([www.who.int/ru](http://www.who.int/ru))

3 Алекенова Н., Назарбаева Р., Кошербаева Л., Anna Włoszczak Szubzda, Konrad T. Juszkiewicz. Бремя хронической обструктивной болезни легких по Актыобинской области. *Медицинский журнал Западного Казахстана* 2018; 60(4):37-41.

4 Жукова О. В., Конышкина Т. М. Моделирование изменения показателя объема форсированного выдоха за 1-ю секунду у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких // *РМЖ*. 2017. № 18. С. 1272–1274.

5 Air pollution and chronic obstructive pulmonary disease. Rui-Rui Duan, Ke Hao, Ting Yang. *Chronic Diseases and Translational Medicine* Volume 6, Issue 4, December 2020, Pages 260-269 doi.org/10.1016/j.cdtm.2020.05.004

6 Prevalence, Characteristics, and Prognosis of Early Chronic Obstructive Pulmonary Disease. The Copenhagen General Population Study Yunus Çolak, Shoaib Afzal, Børge G. Nordestgaard, Jørgen Vestbo, Peter Lange *Am J Respir Crit Care Med*. 2020 Mar 15; 201(6): 671–680. Published online 2020 Mar 15. doi: 10.1164/rccm.201908-1644OC PMID: PMC7068820

7 Comorbidities and Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Prevalence, Influence on Outcomes, and Management Nirupama Putcha, MD, MHS1, M. Bradley Drummond, MD, MHS1, Robert A. Wise, MD1, and Nadia N. Hansel, MD, MPH. *Semin Respir Crit Care Med*. 2015 August ; 36(4): 575–591. doi:10.1055/s-0035-1556063.

8 Chronic obstructive pulmonary disease in China: a nationwide prevalence study. Liwen Fang, Pei Gao, Heling Bao, Xun Tang, Baohua Wang, Yajing Feng, Shu Cong, Juan Juan, Jing Fan, Ke Lu, Ning Wang, Yonghua Hu, Linhong Wang *Lancet Respir Med*. 2018 Jun; 6(6): 421–430. Published online 2018 Apr 9. doi: 10.1016/S2213-2600(18)30103-6 PMID: PMC7185405



## **ВАЛИДИЗАЦИЯ КАЗАХСКОЙ ВЕРСИИ ОПРОСНИКА «ШКАЛА ДЕПРЕССИИ БЕКА»**

*Карибаева И.А. - кафедра общественного здоровья  
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы  
Турдалиева Б.С. - кафедра эпидемиологии, доказательной  
медицины и биостатистики, КМУ «ВШОЗ», г. Алматы  
Багиярова Ф.А. - кафедра коммуникативных навыков,  
основ психотерапии, общей и медицинской психологии,  
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы  
Зайнал Н.З. - Кафедра психологической медицины,  
Университет Малайи, Куала Лумпур, Малайзия  
Кусаинова Д.Н. - Отделение психо-социальной помощи,  
Казахский Научно-Исследовательский Институт  
Онкологии и Радиологии, г. Алматы  
e-mail: [indira.karibayeva@gmail.com](mailto:indira.karibayeva@gmail.com)*

**ВВЕДЕНИЕ.** Согласно результатам проведенного обзора литературы, различные опросники для оценки симптомов депрессии с успехом применяются в клинической практике для выявления пациентов, требующих дополнительной психологической поддержки и терапии.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Цель данного исследования заключалась в переводе и валидации казахской версии опросника «Шкала Депрессии Бека» (ШДБ).

**МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Перевод и межкультурная адаптация опросника ШДБ были проведены согласно рекомендациям международного руководства, и состояли из пяти стадий: перевод ШДБ с английского языка на казахский язык, проверка перевода, обратный перевод на английский язык, консенсус экспертной комиссии, тестирование предфинальной версии. 176 женщин, в возрасте от 18 до 65 лет были включены в тестирование предфинальной версии. Через социальные сети была сделана таргетированная рассылка, содержащая краткую информацию об исследовании. Заинтересовавшиеся женщины заполнили краткую анкету, и опросник ШДБ два раза, с интервалом в 15 дней. Для оценки внутренней согласованности был рассчитан коэффициент альфа Кронбаха. Тест-ретест надежность была оценена путем расчета коэффициента корреляции между результатами первого и второго тестирования.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Выявленная разница при обратном переводе опросника была устранена консенсусом экспертной комиссии, и казахская версия ШДБ была успешно переведена и адаптирована. Коэффициент альфа Кронбаха составил  $\alpha = 0.88$ , что показывает высокую внутреннюю согласованность шкалы. Коэффициент корреляции тест-ретест надежности был равен 0.90 (95% ДИ 0.84; 0.96),  $p < 0.001$ , и показал высокую тест-ретест надежность теста.

**ВЫВОДЫ.** В данном исследовании мы провели валидизацию казахской версии «Шкалы Депрессии Бека», для дальнейшего ее использования при выявлении и оценке наличия симптомов депрессии у казахоязычной части населения.



## ПАЛЛИАТИВТІ КӨМЕКТІҢ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРЛЫҚ КОМАНДАСЫН ҚҰРУ ҚАЖЕТТІЛІГІ

*Касимова К.К. «Мейіргер ісі» мамандығының I –курс магистранты*  
*Ғылыми жетекші: Жедел медициналық көмек және*  
*мейіргер ісі кафедрасының меңгерушісі,*  
*м.ғ.к., доцент Сейдахметова А.А.*  
*Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы*  
*Шымкент қ., Қазақстан Республикасы*  
*e-mail: [kasimova095@inbox.ru](mailto:kasimova095@inbox.ru)*

**КІРІСПЕ.** Қазіргі қоғамдық пікір осындай, медицинаның қазіргі деңгейіне қол жеткізгеніне қарамастан, қатерлі ісік диагнозы (арудың сатысына қарамастан) өмірдің ерте аяқталуына әкелетін өлім үкімі ретінде қарастырылады. Global cancer statistics халықаралық деректері бойынша Қазақстан қатерлі ісіктерден сырқаттанушылық пен өлім-жітім көрсеткіштері орташа жоғары елдерге жатады. Науқастың туыстары, көбінесе терең моральдық бұзылу жағдайында, науқасқа қалай дұрыс күтім жасау керектігін білмей, ауыр жүкті иықтарына алады, егер науқас ауырсынудан зардап шексе не істеу керек? Көпсалалы паллиативтік көмек тобын құру туралы мәселе бірнеше рет көтерілді, ол ауыр онкологиялық науқастарға үйіне баруға мүмкіндік береді. [1]. Терминалды сатыдағы қатерлі ісікпен науқас отбасылық дисфункцияның себебі болады, өйткені бұл туыстары мен достары үшін үлкен моральдық күйзеліс тудырады, сонымен қатар экономикалық, әлеуметтік және психологиялық қиындықтарды тудырады, бұл олардың өмір сүру сапасының төмендеуіне әкелуі мүмкін. бүкіл отбасы. Науқасқа жаны ашитын, жанашыр туыстары көбіне дәрменсіз күйде, мұндай жағдайларда қалай әрекет ету керектігін білмей, мәселені шешудің түрлі жолдарына жүгінеді, бірақ үмітсіз күйде қалады. Науқастың туыстары, көбінесе терең моральдық бұзылу жағдайында, науқасқа қалай дұрыс күтім жасау керектігін білмей, ауыр жүкті иықтарына алады, қай жерде ауырған дұрыс: үйде немесе астында дәрігерлер мен медбикелердің бақылауында, егер науқас не істеу керек ауырсынудан зардап шегеді ме? Көпсалалы паллиативтік көмек тобын құру туралы мәселе бірнеше рет көтерілді, ол ауыр онкологиялық науқастарға үйіне баруға мүмкіндік береді [2].

**МАҚСАТЫ.** Шымкент қаласы тұрғындарының паллиативтік көмек туралы білім деңгейін зерделеу және анонимді сауалнама нәтижелері бойынша паллиативтік көмектің көп бейінді командасын құру қажеттілігін анықтау.

**МАТЕРИАЛДАР МЕН ЗЕРТТЕУ ӘДІСТЕРІ.** Шымкент қаласы тұрғындарының паллиативтік көмек туралы білім деңгейін зерделеу және паллиативтік көмектің көп бейінді командасын құру қажеттілігін анықтау үшін тұрғындар арасында екі кезеңде анонимді сауалнама жүргізілді. Қадамдар паллиативтік көмек туралы қысқаша ақпараттық хабарламамен бөлінген. Кездейсоқ іріктеу әдісімен зерттеуге Шымкент қаласының тұрғындары 18 бен 45 жас аралығындағы 50 респондент қатысты. Респонденттердің орта жасы  $30 \pm$  жас. Респонденттердің 27 (54%) ер адам, 23 (46%) әйел адам. Ұсынылатын команда құрамы: 1 паллиативтік көмек маманы, 1 онколог, қоғамдық дәрігер, 1 медбике, 1 психолог, 1 әлеуметтік қызметкер, 1 волонтер, 1 заңгер. Қажет болса, діни қызметкерді қосуға болады [3].

**НӘТИЖЕЛЕРІ.** Алынған мәліметтерді талдау кезіндегі нәтижелері: сауалнамаға қатысқан респонденттердің жартысынан көбі паллиативтік көмектің не екенін біледі. 50 респонденттен: 31 (62%) паллиативтік көмектің дұрыс тұжырымдамасын таңдады; 9 (18%) паллиативтік көмектің не екенін білмейді; 6 (12%) респондент паллиативтік көмекті шетелде тегін емделу деп есептесе, 4 (8%) респондент жалғызбасты адамдарға тегін көмек көрсетумен айналысатын ұйым деп есептеді. Респонденттерге паллиативтік көмек туралы қысқаша ақпараттық хабарламадан кейін қатысушылар екінші кезеңге қатысуды ұйғарды. Екінші кезеңде барлығы дерлік мультидисциплинарлық паллиативтік көмек тобын құру қажет деп жауап берді: 46 респондент (92%) «иә», 4 респондент (8%) «жоқ» деп жауап берді [4].

«Иә, мультидисциплинарлық паллиативтік көмек тобын құру қажет» деп жауап берген респонденттер өз пікірлерін келесі дәлелдермен түсіндірді; 31 (62%) респондент мультидисциплинарлық паллиативтік көмек көрсету тобы қаржылық қиындықтарға тап болған науқастар мен олардың жақындарына жақсы қолдау болып табылады деп есептейді; мультидисциплинарлық паллиативтік көмек тобы суицид деңгейін төмендетеді деп 7 (14%) жауап берді; 6 (12%) паллиативтік көмектің көп бейінді командасы терминалдық кезеңде пациенттердің өмір сүру сапасын жақсартуға бағытталған жаңа мемлекеттік бағдарламалар мен заңдарды әзірлеуге көмектеседі деп есептейді; 2 (4%) мультидисциплинарлық паллиативтік көмек командасы медициналық көмектің сапасын арттыруға көмектеседі деп есептейді.

«Көп бейінді паллиативтік көмек тобын құрудың қажеті жоқ» деп жауап берген респонденттер келесі дәлелдерді ұсынды. 2 (4%) респондент мультидисциплинарлық паллиативтік көмек тобын құрудың қажеті жоқ, өйткені оны қаржыландыру жоқ, 1 (2%) респондент көпсалалы паллиативтік көмек бригадасын құрудың қажеті жоқ, өйткені қалада жақсы қолжетімді медициналық мекемелер бар деп жауап берді; 1 (2%) респондент мультидисциплинарлық паллиативтік көмек бригадасын құрудың қажеті жоқ, себебі медициналық кадрлардың тапшылығы проблемасы бар деп жауап берді [5].

Қорытынды. Сауалнама нәтижелерін зерделей келе, Еуропа елдерінде ол ұзақ уақыт бойы көрсетіліп, хоспистерде табысты қызмет атқарса да, Шымкент қаласының тұрғындары паллиативтік көмек түсінігімен әлі де таныс емес деген қорытынды жасауға болады. Көпсалалы паллиативтік көмек командасын құру идеясына келетін болсақ, респонденттердің 100% қолдауы болды. Көп бейінді паллиативтік көмек тобын құру науқастар мен олардың отбасыларының өмір сүру сапасын айтарлықтай жақсартуға мүмкіндік береді.

#### ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1 Сақтағанова А.А. Мейірбикелік істегі қарым-қатыныс. Журн. Мейірбике ісі. -2016ж. С. - 9-10.

2 Кайдарова Д.Р., Кунирова Г.Ж. Паллиативная помощь в Казахстане: этапы развития и текущие вызовы. Онкология и радиология Казахстана, 2016, 41 (3), 114-121.

3 «Об утверждении Программы развития онкологической помощи в республике Казахстан на 2012—2016 годы». Постановление Правительства еспублики Казахстан от 29 марта 2012 года №366.

4 О.Ю. Кузнецовой Под редакцией профессора О.Ю. Паллиативная помощь в амбулаторных условиях. Москва ГЭОТАР - Медиа 2021.

5 Введенская Е.С., Доютова М.В. Место онкологических больных в формирующейся системе паллиативной медицинской помощи в Нижегородской области. //Тезисы VIII Съезда онкологов и радиологов СНГ и Евразии. Евразийский онкологический журнал. - No 3 (3). –2016 г.–с. 892.

## **БАРЬЕРЫ К ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА СРЕДИ КАЗАХСТАНСКИХ РОДИТЕЛЕЙ**

*Касымбекова Ф.Д., Жетписбаева И.А., Глушкова Н.Е.  
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»  
Казахский национальный университет им. аль-Фараби  
г. Алматы, Казахстан  
e-mail: [f.kassymbekova@gmail.com](mailto:f.kassymbekova@gmail.com)*

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** вирус папилломы человека, барьеры, вакцинация, родители.

**ВВЕДЕНИЕ.** Рак шейки матки в Республике Казахстан на протяжении многих лет занимает второе место среди всех онкологических заболеваний у женщин. По объявленной в 2020 году Всемирной организации здоровья стратегии по элиминации РШМ в мире необходимо достичь основных трех целей: 90% охват вакцинацией девочек 15 лет, 70% охват женщин скринингом высокоточными тестами, 90% оказание лечебной помощи женщинам с диагнозом заболевания шейки матки. Вакцинация против ВПЧ в Казахстане успешно проводилась в рамках пилотного проекта с 2014 года, однако в 2017 была досрочно прекращена вследствие массового отказа родителей из-за громких сообщений в медиапространстве о побочных эффектах. Целью данного исследования было оценить существующие барьеры, которые могут возникнуть при внедрении программы вакцинации против вируса папилломы человека в Казахстане.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Исследование проводилось кросс-секционным методом путем электронного анонимного анкетирования среди родителей в Республике Казахстан с декабря 2021 г по январь 2022 года.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В анкетировании приняло участие 197 родителей. Большинство из них были женского пола (85%), с высшим образованием (86,8%) и имели в среднем по 2,2 детей. (95% ДИ 1,0–3,0). 76,1% из них находились в браке или гражданских отношениях. Медиана возраста респондентов составила 41,0 (ДИ 35,0–46,0) лет. 148 (75,1%) респондентов были осведомлены о связи ВПЧ и рака шейки матки. При этом 88,3% респондентов хотели бы улучшить свои знания о ВПЧ. 143 участника (72,6%) были информированы о существовании вакцинации против ВПЧ и 63,5% утвердительно ответили на вопрос о желании вакцинировать свою дочь, при этом 36,0% затруднились с ответом и им требовалась дополнительная информация о вакцине. Лишь 9,6% не желали вакцинировать своего ребенка. У тех, кто затруднялся ответить на вопрос или отказывался от вакцинации ребенка, самой частой причиной отказа была боязнь побочных реакций (52,7%), отсутствие достаточной информации о вакцине (34,7%), неуверенность в качестве вакцины (31,9%), неуверенность в эффективности (23,6%), отсутствие рекомендации от врача (15,3%), убежденность во вреде любых видов вакцин (15,3%), ненужность вследствие отсутствия сексуальной активности ребенка (8,3%) или риска (5,5%), малый возраст ребенка (6,9%), боязнь инъекции (2,7%) и религиозные причины (1,4%) респондентов. 69,5% участников хотели бы, чтобы вакцинация против ВПЧ была внесена в Национальный календарь прививок Республики Казахстан.

**ВЫВОДЫ.** Большинство родителей желают вакцинировать детей, однако испытывают дефицит качественной информации. Основные барьеры к вакцинации против вируса папилломы человека у казахстанских родителей были связаны с недостаточной информированностью о вакцине, страх и неуверенность. При проведении кампании по вакцинации необходимо уделить большое внимание в предоставлении всей необходимой информации в удобной для родителей форме, отвечая на наиболее волнующие их вопросы.



## **О ВРАЧЕБНОЙ ТАКТИКЕ ПРИ ДВУХ УНИКАЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЯХ В ЭКСТРЕННОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ АНГИОХИРУРГИИ**

*Кенесары Тілек Ешимұхаметұлы, резидент 1 курс, ангиохирургия,  
Научный руководитель: д.м.н., профессор Имангазинов С.Б.,  
к.м.н. Жусупов С.М. Кафедра хирургии  
Медицинский университет Семей, ПФ  
г.Павлодар, Казахстан  
e-mail: [tilek\\_19.08@mail.ru](mailto:tilek_19.08@mail.ru)*

**АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ.** Лечение открытых переломов не исчерпывается обеспечением механических условий их сращения. Кроме репозиции и фиксации костных отломков, необходимо добиться восстановления нервно-сосудистых повреждений и заживления ран. Особо сложными являются случаи полной травматической ампутации конечностей, когда имеет полный перерыв нервных стволов и пересечение или разможнение сосудистого русла. Успех лечения таких больных зависит от сроков кратчайшей доставки больных в хирургические стационары с соблюдением защиты травмированных органов от гипоксии с временной остановки кровотечения, иммобилизации и правильной транспортировки травмированных.

Ложная поясничной артерии - редкое сосудистое осложнение травмы. В литературе описываются единичные случаи образования ложных аневризм поясничной артерий после тупых травм брюшной полости, огнестрельного ранения, переломов позвонков, при биопсии почек и после реконструктивных операции на позвоночнике. Более эффективным способом лечения является интервенционные методы путем эмболизации аневризмы. Метод не всегда может быть использован в ряде клиник с учетом отсутствия современной ангиографической установки и достаточного опыта проведения эмболизации.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Представить случаи успешной врачебной тактики при двух уникальных клинических наблюдениях в практике экстренной и неотложной ангиохирургии.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Описаны два редких клинических случаев в практике экстренной и неотложной ангиохирургии - аутотрансплантация верхней конечности при ее полной травматической ампутации на уровне верхней 1/3 плеча и разрыв ложной аневризмы поясничной артерии с кровотечением и образованием обширной забрюшинной гематомы травматического происхождения.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ.**

1. Пациент, 27 лет, мужчина поступил 07.10.2015 г. с производственной травмой. Установлен диагноз: Травматическая ампутация левой верхней конечности на уровне в/3 плеча. Травматический шок 2-3 степени.

Больной взят на экстренную операцию. Осмотр больного на операционном столе. Имеется отрыв левой руки на уровне в/3 плеча с наложенным выше уровня ампутации жгутом. Кожный лоскут в/3плеча сохранен. Плечевая, двуглавая, трехглавая мышцы на уровне ампутации отсутствуют. Сосудисто-нервный пучок пересечен на уровне в/3 плеча. Ампутированная верхняя конечность – кожный покров с нарушенной циркуляцией, бледно-синюшной окраски, на ощупь прохладная.

Обезболивание – общий интубационный наркоз. На первом (травматологический) этапе врачами травматологами произведена ревизия раны, культя плечевой кости мобилизована, трехкратно обработана павидоном. Сопоставлены культя плечевой кости с дистальной ампутированной ее частью. Остеосинтез пластиной.

Вторым (сосудистый) этапом явилась восстановление непрерывности сосудистого русла ангиохирургом. Выделены культя плечевой артерии и вены в проксимальной части культя плеча и были взяты на сосудистые зажимы. Далее также выделены дистальные части плечевой артерии и вены в ампутированной части плеча и были взяты на сосудистые зажимы. Из-за диастаза между концами выделенных сосудов, решено произвести протезирование аутовеной. Взят трансплантат

большой подкожной вены длиной 12 см. Далее были резецированы концы плечевой вены, сформирован анастомоз между аутотрансплантатом вены и концами плечевой вены по типу «конец в конец». Венозный кровоток восстановлен. Таким же образом резецированы концы плечевой артерии. Сформирован артериальный анастомоз с использованием трансплантата «реверсированной» аутовены. Длина протезирования плечевой артерии 4 см. Восстановлен артериальный кровоток.

Третий (нейрохирургический) этап операции. Решено восстановление срединного нерва производить в плановом порядке. Швы на мышцы. Гипсовая иммобилизация руки.

09.11.2015 года проведена операция – блокирующий интрамедулярный остеосинтез плечевой кости.

Четвертый этап оперативного лечения 19.11.2015 г. - этап пластического закрытия посттравматической раневой поверхности врачами комбустиологами с полным приживлением аутодермотрансплантата. Послеоперационный период без осложнений.

Таким образом, достигнуто полное приживление ампутированной культи левой верхней конечности в результате проведенной многоэтапной высокотехнологической операций с участием врачей травматологов, ангиохирурга, нейрохирурга и врачей-комбустиологов (аутодермопластика).

2. Пациент 57 лет, мужчина. Из анамнеза стало известно, что за месяц до поступления в отделение ангиохирургии больной получил травму на производстве упав с высоты около 8 метров на спину. В течение 14 дней находился на стационарном лечении в другом стационаре города с диагнозом: Политравма. Закрытая травма грудной клетки. Закрытый перелом VII-VIII ребер справа со смещением костных отломков. Травматический пневмоторакс справа. Закрытая спинномозговая травма: компрессионный перелом тел L3, L5 позвонков II степени со сдавлением позвоночного канала. Травматический шок II степени. Сотрясение головного мозга. После стабилизации общего состояния пациент переведен в Павлодарскую городскую больницу №1 для реконструктивного нейрохирургического этапа лечения. При дополнительном обследовании, по данным ультразвукового исследования (УЗИ), выявлена ложная аневризма поясничной артерии. Данная патология подтверждена на компьютерной томографии. Однако, проведение реконструктивного нейрохирургического этапа операции был не возможен из-за вялотекущего продолжающегося кровотечения из места разрыва ложной аневризмы поясничной артерии. Было принята следующая тактика хирургического лечения больного. Первым этапом решено провести остановку кровотечения путем эмболизации поясничной артерий справа с опорожнением гематомы забрюшинного пространства с последующим нейрохирургического этапа лечения.

Нами был выбран метод эндоваскулярного гемостаза - селективная эмболизация второй поясничной артерий справа, вскрытие и дренирование гематомы. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Таким образом, уникальные случаи во врачебной практике требуют нестандартного подхода в оказании медицинской помощи с применением новейших достижении медицинской науки и практики и одновременным участием бригады врачей травматологов, ангиохирурга, нейрохирурга и других специалистов.





## **БОЛЕЗНЬ КОАТСА**

*Кәрімбердиева Б.Р., Ермакова А.Д.*  
*Резидент-офтальмолог 3 года*  
*«Офтальмология, в том числе и детская»*  
*КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова*  
*г. Алматы, Казахстан*  
*e-mail: [balzhan.karimberdieva.93@mail.ru](mailto:balzhan.karimberdieva.93@mail.ru)*

**РЕЗЮМЕ:** Болезнь Коатса, общие сведения, причины данной болезни, классификация, симптомы болезни, осложнения, прогноз и профилактика.

Болезнь Коатса является врождённой патологией. Характеризуется полиморфными изменениями сосудов сетчатки.

Клиническая симптоматика представлена лейкокорией, ухудшением остроты зрения, проявлением туманности и ярких вспышек.

Встречаются специфические узоры перед глазами.

Диагностика производится на проведении офтальмоскопии, УЗИ глаза, ОКТ, КТ головы, ангиографии.

Тактика терапевтов включает применение лазерной коагуляции, криотерапия, на четвертой стадии показана энуклеация.

**Общие сведения болезни Коатса**

Данная болезнь Коатса относится к числу органических заболеваний.

Первым обнаружил патологию В. А. Брейли в 1876 году. Английский учёный Г. Коатс в 1908 году описал морфологические формы болезни.

Распространённость телеангиоэктазии оболочки в структуре глазных патологий равна одной к ста тысячам.

Согласно данным статистиков, экссудативный ретинит чаще проявляется у лиц мужского пола. В большинстве случаев заболевание проявляется при достижении семи лет.

Также описаны случаи когда данную патологию дебютировали в преклонном возрасте. Вероятность развития рецидива при правильном лечении составляет сорок процентов.

**Причины заболевания ретинита Коатса**

Этиология заболевания до конца не изучена. Выявление данной патологии у близких, родственников позволяет определить наследственную природу болезни Коатса.

Так как низкая распространённость ретинита Коатса, установить тип пораженного гена и классификацию наследования не удалось.

Телеангиоэктазия сетчатки может проявиться изолированно, либо на фоне генетических аномалий болезни Альпорта, синдрома Корнелии де Данна, прогрессирующей лицевой гемиатрофии.

Развивается патология при воздействии тератогенных факторов, излучение, употребление спиртных напитков, а также наркотических средств

**Классификация**

На основании предложенной классификации Г. Коатса, характер изменений в сосудистых неизменённых сосудах, сосудистые аномалии, широкие артериовенозные дефекты и особенности экссудации. Клинически отечественная офтальмология различает следующие стадии заболевания:

**Симптомы болезни Коатса:**

Экссудативный ретинит характеризуется односторонним повреждением зрительного мозга. Симптомы заболевания развиваются в первые 10 лет жизни. Пик клинических проявлений составляет 6 – 8 лет. Выявлены первые редкие симптомы у новорожденного. Особым

проявлением заболевания является аномальный рефлекс белой сетчатой мембраны (лейкомой). Из-за медленного развития патологии снижение остроты зрения может оставаться незамеченным у пациентов в течении длительного времени. Первые признаки проявляются появлением перед глазами «тумана» или «пламени». Клиника наблюдается при закрытии здоровых источников.

При длительном движении ретинита Коатса наблюдается нарушение глубокого и пространственного восприятия объекта. Пациенты замечают появление света или круглых облаков перед глазами. Нарушения зрения начинаются в верхней части поля зрения из-за скопления крови внизу. Сгустки крови, экссудат, сетчатка механически взаимодействуют с мембранным рецепторным устройством. Это приводит к появлению определенных «цветных выражений», которые пациенты могут воспринимать как визуальные галлюцинации. В молодости родители отмечают, что на яркой фотографии один глаз желтый. Синдром боли возникает при массовом кровотечении, которое приводит к увеличению внутриглазного давления.

#### Осложнения

Аномальный рост сосудов на задней части внутренней оболочки глазного яблока часто является причиной размытия второй глаукомы и линз. Повреждение сетчатки приводит к ее истончению, разрыву мембраны и множеству перерывов. Субрегиональное кровотечение, гифема и гемофтальм чаще встречаются из-за патологических изменений кровеносных сосудов. Частая коагуляция при болезни Коатса приводит к образованию макулярных трактатов и складок. Избыточная мощность лазерного воздействия является основой развития глиозы макулы. Высокий риск послеоперационного кровотечения связан с некротическими изменениями стенки сосуда.

#### Диагностика

Физические и специальные диагностические методы используются для детального обследования пациента. Визуальный осмотр выявляет диффузную гиперемию конъюнктивы, размытие и сглаживание радужной диаграммы. Комплекс офтальмологических экспертиз включает:

Офтальмоскопия. Определяются скрученные и удлинненные сосуды внутренней оболочки, указанные в периферийных секциях. Видимы зоны кровотечения, зоны отделения внутренней оболочки. Природа отека ДЗН и симптомы его частичной атрофии редки.

Периметрия. Исследования проводятся для отслеживания периодических изменений поля зрения. Расширение зоны поражения приводит к асимметричному сужению поля зрения, образованию скота, что говорит о прогрессирующем потоке патологии.

Визометрия. Позволяет определить степень зрительной дисфункции. Результаты теста на мидриатику отрицательны.

Ангиография сетчатой оболочки. При дополнительном использовании флуоресцеинового красителя наблюдаются сосудистые дефекты, зоны окклюзии суставов микро циркуляционного канала, шунты с Неоплазматической артериовенозностью. Флуоресцентная ангиография проводится накануне операции для определения участков, подлежащих коагуляции.

Оптическая когерентная томография. Методология позволяет определить толщину сетчатой оболочки, слой экссудата за внутренней оболочкой, измерить параметры диска зрительного нерва.

Ультразвуковые исследования показывают гиперэхогенные кластеры за стеклом тела. Задняя акустическая тень отсутствует или плохо показана. Есть признаки гемофтальма и субрегионального кровотечения. Исследование предназначено для анализа рака.

Томография головы. Когда компьютерная томография выполняется за стеклом во время аксиальной проекции, уплотнение, вызванное накоплением экссудата белковой природы, обнаруживается.

Патоморфологическое исследование. Макроскопическая диагностика определяет разделение сетчатой оболочки, наличие экссудата. Толщина стенки сосуда видна под микроскопом, который смещается с разбавлением. Свет посуды неравномерно расширяется.

Экссудат содержит кристаллы холестерина, макрофаги, пигменттоциты, эритроциты, гемосидерин.

Дифференциальная диагностика проводится при ретинобластоме, злокачественной медуллоэпителиоме, болезни Илзы. Инструментальные методы не позволяют выявить явные различия между ретинитом и онкопатологией, такими как ретинобластома и медуллоэпителиома. Наличие рака подтверждается повышением уровня нейроспецифической энолазы и лактатдегидрогеназы в жидкостях передней камеры. В отличие от телеангиэктазии сетчатки при болезни Ил, промежуточный фиброз и повторяющееся кровотечение в стеклянных телах обнаруживаются без сильного экссудата.

#### Прогнозирование и профилактика

Прогноз болезни Коатса во многом зависит от поведенческой тактики пациента. В 88% случаев ранняя лазерная коагуляция сетчатки позволяет сохранить визуальные функции, а в 70% - добиться их полной стабилизации. При пассивном контроле пациента слепота развивается в 94% случаев. Предотвращение глубокой визуальной депривации снижается до тех пор, пока не будет назначена видимая дозированная окклюзия, которая хорошо выглядит. Пациенты с диагнозом пигментный ретинит должны проходить обследование у офтальмолога 1 раз каждые шесть месяцев. Регулярное использование коагулятов в зоне патологически модифицированных сосудов позволяет добиться ремиссии.

## **МЕДИЦИНАДАҒЫ БИОТЕХНОЛОГИЯЛЫҚ ӘДІСТЕРДІ ТРАНСПЛАНТАЛОГИЯДА ҚОЛДАНУ**

*Куракбаев Едил Бекбаевич 1 курс докторанты  
«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті, Алматы қ.  
Ғылыми кеңесшілер - Сапарбаев Самат Сағатович, м.ғ.д., профессор  
Марат Оспанов ат. Батыс Қазақстан медициналық университеті, Ақтобе қ.  
Турдалиева Ботағоз Саитовна – м.ғ.д., профессор  
«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті, Алматы қ.  
Щукин В.В. «Дмитрий Рогачев ат. БГОИ ҰМЗО» ФМБМ., Мәскеу қ., Ресей  
e-mail: [edil\\_747@inbox.ru](mailto:edil_747@inbox.ru)*

**ТҮЙІНДЕМЕ:** Трансплантация ілімі қазіргі таңда заманауи медицинаның бағыттарының ішінде алғашқы орындардың бірін алады. Сан алуан, әртүрлі ауырлықтағы созылмалы ауруларды емдеу кезінде қолданылып, науқастар өмірін сақтап қалудың бірден бір үміті донорлық органдарды трансплантациялау болып саналады. Биотехнология дегеніміз - тірі организмдерді, олардың жеке компоненттерін (ДНҚ, микроорганизмдер, жасушалар және олардың бөліктері) немесе тіршілік ету өнімдерін өндіру және техникалық мәселелерін шешу.

**ТҮЙІНДІ СӨЗДЕР:** ұрықтың бағаналы жасушалары, биоинженерия, бауыр циррозы, тамыр ішілік трансплантация, бауырдың диффузды зақымдануы.

**ӨЗЕКТІЛІГІ.** Биомедицина бағыты - жаңа дәрі-дәрмектерді және жасушалық терапияға бағаналы жасушалар жасаумен, зақымдалған тіндерді және мүшелерді қалпына келтірумен айналысады. Олар қартаю процестеріне және жасушалардың қатерлі трансформацияларына зерттеулер жүргізеді. Аурудың ағзаға алып келетін өзгерістерін негізгі механизмдерін молекулалық тұрғыда түсіну гендік терапия мен жасушалық инженерияның дамуына мүмкіндік береді. Органдарды транспланттау өмір сүру ұзақтығы мен сырқаттанушылықтың өсуіне байланысты жылдан жылға ұлғаюы байқалуда. Трансплантацияның басты проблемасы — ол донорлық органдарға деген жоғары сұраныс және иммуносупрессиясыз өмір сүру [1]. Регенеративті медицина тіндерді ауыстыруға және мүшелерді қалпына келтіруге арналған, яғни ағзаны және бүкіл органдарды функционалды қалпына келтіру үшін. Сатып алу және органдарды трансплантациялау желісінің дерекқоры бойынша 2020 жылы АҚШ-та органдарды жаппай трансплантациялаудың рекордтық саны өткізілді. 2010 жылмен салыстырғанда бүйрек (+33%), бауыр (+58%), жүрек (+65%) және өкпе (+43%) трансплантациялары санының өсуі байқалуда [2]. Органдарды трансплантациялау соңғы жылдары регенеративті дәуірге өтуде, себебі биоинженерлік технологиялардың дамуына байланысты [3,4]. Қазіргі уақытта органдық трансплантациядан соң трансплантат реципиенттерін ұзақ мерзімді емдік-бақылау шаралармен бірге жүргізеді, себебі трансплантат жеткіліксіздігінің қаупі бар және иммуносупрессивті препараттардың жанама әсерлері жиі қосымша сырқаттанушылыққа әкеліп соғуы мүмкін, мұндай шаралар өлімді азайтуға бағытталған. Созылмалы ауруларды емдеуді жарты жол технологиясы деп атауға болады, өйткені басты назар біріншілік ауруды емдеуге емес, тек оның салдарына бағытталған, және ұзақ мерзімді иммуносупрессия ағзаға жанама әсерлерді тудыруы мүмкін [5]. Трансплантологиядағы қарқынды терапияның заманауи жетістіктеріне қарамастан, асқынудың дамуындағы өлім деңгейі жоғары болып қала беруде. Регенеративті медицина органдарды трансплантациялауды толыққанды технология қылып жасай алуы мүмкін, егер трансплантациядан соң дәрі-дәрмек қолданудан алшақ болса.

**МАҚСАТЫ.** Трансплантациядағы экспериментальды әдістерді биоинженерлік технологияларды қолдану арқылы регенеративті медицинаға қысқаша шолу.

**ЗЕРТТЕУ ӘДІСТЕМЕСІ.** Ақпараттық іздеу мынадай веб - интерфейстерді қолдану арқылы жүргізілді: PubMed, MEDLINE және Wiley. Биоинженерлік технологиялар саласындағы инновациялық трансплантациялар тақырып пен кілт сөздерді қолдану арқылы жүргізілді. Іздеу

тереңдігі жылмен шектелмеген, түп нұсқа ағылшын және орыс тілдері. Қолданылған критерийлер: түп нұсқа толық мәтінді ғылыми мақалалар, әдебиеттерге шолулар, жүйелі шолулар және т.б. Талдау нәтижелері бойынша жануарларда эксперименттік трансплантация жасау туралы көптеген мәліметтер бар, мысалы, бүйрек, ұйқы безі, бауыр, жүрек, өкпе және ішек мүшелеріне. Оның ішінде бағаналы жасушалардың орны ерекше.

**НӘТИЖЕЛЕРІ.** Инновациялық биоинженерлік технологиялар нашар жұмыс істейтін органдарды қалпына келтіруге бағытталған. Басты мақсаттардың бірі иммуносупрессиясыз өмір сүруге қол жеткізу. Бұл тәсіл зәр шығару жолдарының немесе жоғарғы тыныс жолдарының бір бөліктерінің имплантациясымен дәлелденді, бірақ күрделі органдардың биоинженериялеу әліде алда [6].

Децеллюляризация - табиғи жасушадан тыс матрица негізінде иммуногендік емес, тиімді және қауіпсіз құрылым алу мақсатында тіндерден жасуша компонентін әртүрлі тәсілдермен (физикалық, ферментативті және химиялық) тазарту процедурасы [7]. Децеллюляризация өнімі үш өлшемді (3D) ультраструктурасы болып табылады, оны тіндік инженерия мен регенеративті медицинада табиғи қаңқа ретінде пайдалануға болады [8]. Биопринтер технологиясының қазіргі ажыратымдылық шегі жасушасыз құрылымдар үшін 2 мкм және капсулаланған жасушалар үшін 50 мкм құрайды [9]. Қазіргі таңда қалыңдығы 1 см-ден асатын биологиялық басылған құрылымдарда тамырларды, невртерді және лимфа желілерін шығару қиынға соғуда.

Технологияның ең алғашқы түрлерінің бірі-эмбриональды бағаналы жасушаларды қолдану. Бластицист сатысындағы эмбриондардың ішкі жасушалық массасында орналасқан эмбриональды бағаналы жасушалар ересек жасушалардың барлық түрлеріне бөліну қабілетін сақтайды. Алайда, бұл әдіс көптеген дилеммаларға байланысты шектеулі болып қалуда [10]. Жақсы сипатталған тағы бір әдіс-науқастың сүйек кемігінен, периосттан, периодонтальды байламнан немесе май тінінен мезенхималық бағаналы жасушаларды бөлу болып табылады [11]. Мезенхималық бағаналы жасушалар зақымдалған тінді емдеудің тағы бір жасушалық ресурсы болып табылады. Олар адам ағзасындағы ең "мультипотентті", яғни олар көптеген жасуша түрлеріне бөлінуі мүмкін [12]. Синьи Яманаки зертханасы алғаш рет ересек жасушаларды плурипотентті бағаналы жасушаларға қайта айналдырды, плурипотентті жасушалардың шексіз дифференциацияға қабілеті бар болатындығын көрсетті. Бұл жасушалар индукцияланған плурипотентті бағаналы жасушалар деп аталады [13].

$\beta$ -жасушалық алмастыру трансплантациялық медицинада бағаналы жасуша технологиясын қолдану үшін үлкен алаң ұсынады. 1 типті қант диабеті үшін трансплантацияланатын инсулин жасушаларының,  $\beta$  жасушаларының және аралдардың жаңа, ықтимал таусылмайтын көзі жақын арада қол жетімді болуы мүмкін [14]. Регенеративті медицина трансплантациясының ішінде бағаналы жасуша технологиясы клиникалық қызығушылығы бойынша потенциалы өте жоғары.

Спецификалық бластоцисттерді толықтыру аутологиялық ұлпаны қалыптастыру үшін тағы бір перспективті қолдану болып табылады. Белгілі бір органның дамуына арналған жасушаларды мақсатты түрде жою, иесінің бластоцистасын басқаруға мүмкіндік береді. Иесі үйлесімді (мысалы, шошқа) органдарды жасап, қабылдаушы науқастарға қолдануға әбден болады себебі орган мөлшерін, функциясын және барабар васкуляризациясын салыстырмалы түрде сақтайды [15]. Ықтимал проблемаларға жатады: зооноздар тудыратын иесінің ластануы, сол себебті ағзалардың қабылданбауы.

Регенеративті медицинаның кейбір технологиялары қазіргі уақытта клиникалық зерттеулер кезеңін өтуде, соның ішінде миокард тіндерін қалпына келтіруге арналған алғашқы MSI-1436 терапевтік препараты бар [16].

Гендік терапия - ауруларды емдеу мақсатында адамның соматикалық жасушаларының генетикалық аппаратына өзгерістер енгізуге бағытталған гендік-инженерлік және медициналық әдістердің жиынтығы. Бұл ДНҚ құрылымындағы өзгерістерден, адамның ДНҚ-ның вирустармен зақымдануынан немесе жасушаларға жаңа функциялар беруден туындаған ақауларды түзетуге бағытталған жаңа және қарқынды дамып келе жатқан аймақ [17].



**ТҰЖЫРЫМ.** Биоинженерлік технологияларға қазіргі кезде жоғары қызығушылық байқалуда, ол көптеген салаларда үлкен перспективаларға ие. Денсаулық сақтау бағыты бойынша маңызы ерекше, себебі заманауи трансплантациялық зерттеулер жасушалық терапиямен және регенеративті медицинамен бірлесе жұмыс атқаруда.

**ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:**

1 Hart A, Smith JM, Skeans MA, Gustafson SK, Wilk AR, Castro S et al. OPTN/SRTR 2017 annual data report: kidney. Am J Transplant 2019; 19: 19–123.

2 A. K. Israni, D. Zaun, K. Gauntt, [C. Schaffhausen](#), W. McKinney, J. J. Snyder. OPTN/SRTR 2020 Annual Data Report: DOD. American Journal of Transplantation. Pages. 11-20. 10 March 2022 <https://doi.org/10.1111/ajt.16974>.

3 Asch DA, Volpp KG. Reimagining halfway technologies with behavioral science. Ann Intern Med 2017; 167: 505–506.

4 Bozek DN, Dunn TB, Kuhr CS, et al. Complete chain of the first global kidney exchange transplant and 3-yr follow-up. Eur Urol Focus 2018; 4: 190–197.

5 Orandi BJ, Luo X, Massie AB, et al. Survival benefit with kidney transplants from HLA-incompatible live donors. N Engl J Med 2016; 374: 940–950.

6 Orlando G, Baptista P, Birchall M, De Coppi P, Farney A, Guimaraes-Souza NK et al. . Regenerative medicine as applied to solid organ transplantation: current status and future challenges. Transpl Int 2011; 24: 223–232.

7 Децеллюляризация. [https://translated.turbopages.org/proxy\\_u/en-ru.ru.c507f7a0-6255d594-c292b4fd-74722d776562/https/en.wikipedia.org/wiki/Decellularization](https://translated.turbopages.org/proxy_u/en-ru.ru.c507f7a0-6255d594-c292b4fd-74722d776562/https/en.wikipedia.org/wiki/Decellularization).

8 Edgar L, McNamara K, Wong T, Tamburrini R, Katari R, Orlando G. Heterogeneity of scaffold biomaterials in tissue engineering. Materials (Basel) 2016; 9: 332.

9 Kang HW, Lee SJ, Ko IK, Kengla C, Yoo JJ, Atala A. A 3D bioprinting system to produce human-scale tissue constructs with structural integrity. Nat Biotechnol 2016; 34: 312–319.

10 Orlando G, Murphy SV, Bussolati B, et al. Rethinking regenerative medicine from a transplant perspective (and vice versa). Transplantation 2019; 103: 237–249.

11 Gamie Z, MacFarlane RJ, Tomkinson A, Moniakis A, Tran GT, Gamie Y et al. . Skeletal tissue engineering using mesenchymal or embryonic stem cells: clinical and experimental data. Expert Opin Biol Ther 2014; 14: 1611–1639.

12 Augello A, Kurth TB, De Bari C. Mesenchymal stem cells: a perspective from in vitro cultures to in vivo migration and niches. Eur Cell Mater. 2010;20:121-133.

13 Takahashi K, Yamanaka S. Induction of pluripotent stem cells from mouse embryonic and adult fibroblast cultures by defined factors. Cell. 2006;126:663-676.

14 Veres A, Faust AL, Bushnell HL, Engquist EN, Kenty JH, Harb G et al. Charting cellular identity during human in vitro  $\beta$ -cell differentiation. Nature 2019; 569: 368–373.

15 Yamaguchi T, Sato H, Kato-Itoh M, Goto T, Hara H, Sanbo M et al. Interspecies organogenesis generates autologous functional islets. Nature 2017; 542: 191–196.

16 Smith AM, Maguire-Nguyen KK, Rando TA, Zasloff MA, Strange KB, Yin VP. The protein tyrosine phosphatase 1B inhibitor MSI-1436 stimulates regeneration of heart and multiple other tissues. NPJ Regenerat Med 2017; 2: 4.

17 van Diemen F. R., Kruse E. M., Hooykaas M. J., Bruggeling C. E., Schürch A. C., van Ham P. M., Imhof S. M., Nijhuis M., Wiertz E. J., Lebbink R. J. CRISPR/Cas9-Mediated Genome Editing of Herpesviruses Limits Productive and Latent Infections. // PLoS pathogens. —2016. — Vol. 12, no.6. P. e1005701. — doi:10.1371/journal.ppat.1005701.

## ДӘРІЛІК ӨСІМДІК ШИКІЗАТЫ НЕГІЗІНДЕ КОСМЕТИКАЛЫҚ ҚҰРАЛДЫҢ ТЕХНОЛОГИЯСЫН ӘЗІРЛЕУ ЖӘНЕ САПАСЫН БАҒАЛАУ

Қалмырзаева Айдана Смағұлқызы, 4 курс студенті  
Бекбағанбетова Әлима Русланқызы, технология ғылымының магистрі  
Тургумбаева Акнур Аманбековна PhD доктор, доцент  
Фармация мектебі, Фармацевтикалық технология кафедрасы  
С. Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰУ  
e-mail: [kalmyrzaeva.aidana98@mail.ru](mailto:kalmyrzaeva.aidana98@mail.ru)

**ТАҚЫРЫПТЫҢ ӨЗЕКТІЛІГІ.** Отандық фармацевтика және косметология ғылымның маңызды міндеттерінің бірі тиімді дәрі-дәрмектерді және косметикалық құралдар жасау болып табылады. Қазақстанның табиғи ресурстары мен оларды өндіріске енгізу отандық фармацевтика және косметология саласын дамытудың маңызды факторы болып табылады. Қазіргі таңда елімізде шетелдік компания өнімдерінің кең тарауы және үлкен сұранысқа ие болуының себебінен отандық өнімдердің қатарын толықтырып дәрілік өсімдік шикізат негізіндегі табиғи косметикалық құрал жасау негізгі мақсатымыз.

Нәрлендіретін және қалпына келтіретін косметикалық Сәлбен (*Salvia/шалфей*) өсімдігінің сығындысы негізінде дайындалған крем құрамындағы белсенді заттар: *карнос қышқылы* бұл зат күйікке байланысты ауырсынуды азайтады, ультракүлгін сәулеленудің теріс әсерін болдырмайды, теріні жасартады және одан бос радикалдарды кетіреді, ал *урсол қышқылы* безеу, экзема және қара дақтарды емдеуге, тері бетіндегі микрожарықтар мен жараларды емдеуге, сонымен қатар өлі жасушаларды тиімді жоюға мүмкіндік береді, *олеан қышқылы* тері жасушаларының өсуін ынталандырады. Бұл антиоксидант болып келеді және қабынумен күресуге көмектеседі. Ал *флавоноидтар* бұл тері жасушаларының ерте қартаюының алдын алуға, сондай-ақ қатерлі ісік пен жұқпалы аурулардың қаупін азайтуға көмектесетін қасиеттерге ие.

Теріні нәрлендіретін және тері кемшіліктерін қалпына келтіру үшін емдік қасиеті бар сәлбен (*Salvia /шалфей*) өсімдігінің сығындысы негізінде дайындалған крем өндіру өзекті болып табылады. Ұсынып отырған косметикалық крем тері тітіркенуін жояды және сәлбен құрамында витаминдер мен қатар микро және макро элементтер кездеседі, ол тері тіндерін қоректік заттармен байытады және теріні ылғалмен қамтамасыз етеді. Осы артықшылықты ескере отырып Қазақстан Республикасының фармацевтикалық нарығында және Қазақстан республикасының косметология саласы үшін отандық дайын өнімдермен қамтамасыз ету мақсатында дәрілік өсімдік шикізаттын қолдана отырып нәрлендіретін және қалпына келтіретін косметикалық құрал өндіру өзекті және қажет деген тұжырымға тоқталдық.

**ЖҰМЫСТЫҢ МАҚСАТЫ:** сәлбен (*Salvia шалфей*) өсімдігінің CO<sub>2</sub>-сығындысы негізінде теріні нәрлендіретін және теріні қалпына келтіретін косметикалық құрал жасау.

**ТӘЖІРИБЕЛІК БӨЛІМ:** Қазіргі дайындалынып отырған косметикалық кремнің негізгі ерекшелігі косметикалық және емдік бағытқа негізделген. Осы мақсатта өсімдік шикізаты негізінде теріні нәрлендіретін, қалпына келтіретін және ылғалдылығын сақтайтын қасиетке ие крем жасалынды. Косметикалық крем 1-кестедегі үлгі бойынша дайындалынды.

Кесте 1. Косметикалық крем үлгілері

Негізгі құрамдас бөліктер	1-үлгі %	2-үлгі %	3-үлгі %	4-үлгі %	5-үлгі %
Сәлбен ( <i>Salvia</i> ) өсімдігінің сығындысы	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Ши майы	6,0	6,0	4,0	4,0	6,0
Какос майы	-	-	2,3	2,3	2,5
Какао майы	2,0	2,0	-	-	-
Аргана майы	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
Миндаль майы	3,0	3,0	-	-	2,0

Ара балауызы	2,0	2,0	2,5	2,0	2,5
Цетилстеарил спирті	3,0	-	2,0	2,0	1,5
Моностерат глицерин	-	3,0	3,0	3,0	1,5
Стеарин қышқылы	3,0	3,0	2,5	2,5	3,0
Витамин Е	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Глицерин	5,0	5,0	4,0	6,0	5,0
Аскорбин қышқылы	1,0	1,0	1,2	1,2	1,0
Бензоат натрия	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Твин 80	3,0	3,0	-	3,0	1,6
Алоэ шырын	-	-	4,0	4,0	3,0
Тазартылған су	68	68	67	64,5	66
Хош иістендіргіш барлығы	100	100	100	100	100

Ғылыми зерттеуде кремнің белсенді зат ретінде сәлбен (*Salvia шалфей*) өсімдігінің CO<sub>2</sub>-сығындысы, қосымша зат какао майы, какос майы, авокадо майы, арган майы, ара балауызы, цетилстеарил спирті, стеарин қышқылы, глицерин моностераты, твин 80, глицерин, аскорбин қышқылы, натрий бензоат, карбоксиметилцеллюлоза, алоэ шырыны, тазартылған су, Витамин Е, қолданылды.

Нәтижелерді талдау. Крем бет күтімінде көп қолданылады, сондықтан ол оңай сіңіп, терінің құрғап кетуіне жол бермей терінің ылғалдылығын сақтауы керек. Яғни, нәрлендіру мен ылғалдадыру қабілеті бар кремнің негізгі қызметі теріні сумен толтыру емес, оны ылғал жоғалтудан қорғау. Екіншіден, өнім теріде сыртқы факторлардан қорғайды қасиет және беттегі дақтарды жояды. Үшіншіден, тері кемшіліктерін қалпына келтіру қасиетін береді №1-үлгі Түсі, иісі жағымсыз болды, түрі өзгеріске ұшырады. №2-үлгі бойынша дайындалған крем өз қалпын өзгертпеген және түсі де өзгермеген, жақсы сақталғанымен, теріге сіңу төмен, сол себептен талапқа сай келмейді. №3-үлгі эмульгатор мөлшері төмен қолданылды және сұйық формада болды нәтижесінде крем түсінің өзгеруіне алып келді. №4-үлгі бойынша дайындалған крем өз қалпын ұстай алмады, сұйық қалыпта болуы себебінен талапқа сай келмеді. №5-үлгі бойынша крем өз қалпын ұстаптап тұра алады, түсі және иісі бір қалыпты жәнеде теріге сіңуі тез яғни талаптарға сай келеді. Кремнің сапасы және оғтайлы үлгіні таңдау МЕМСТ 31460 бойынша және адамдардан сауалнама алу арқылы бағаланды. Талапқа сай алынған үлгінің құрамы 2 кестеде келтірілген.

Кесте 2. №5 Үлгінің жалпы құрамы

№5 Үлгі	
<i>Белсенді зат:</i>	сәлбен сығындысы – 1%,
<i>Көмекиі заттар:</i>	
Майда еритін	Суда еритіндер
Ши майы- 6,0	Глицерин – 5,0
Какос майы-2,5	<i>Консервант</i> : Бензоат натрий – 1,0
Аргана майы-2,0	<i>эмульгатор</i> : Твин 80– 1,6
Миндаль майы -2,0	Аскорбин қышқылы – 1,0
Ара балауызы-2,5	Тазартылған су – 67
<i>Эмульгатор:</i>	
-цетилстеарил спирті-1,5	
-моностеарет глицерина-1,5	
Витамин Е- 1,0	

ҚОРЫТЫНДЫ. Зерттеу барысында сәлбен (*Salvia шалфей*) өсімдігінің CO<sub>2</sub>-сығындысы негізінде теріні нәрлендіретін, теріні қалпына келтіретін және ылғалдылығын сақтайтын мақсатта дайындалған косметикалық кремнің 5 үлгісі жасалынды. Талапқа сай №5 үлгі алынды. Жасалынған кремнің сапа көпа көрсеткіштері МЕМСТ 31460 бойынша тексерілді

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

- 1 [https://ru.wikipedia.org/wiki/Шалфей\\_лекарственный](https://ru.wikipedia.org/wiki/Шалфей_лекарственный)
- 2 Жалпы фармакопеялық мақала 1.4.1.0008.15 "Мази" — Ресей Федерациясының Мемлекеттік фармакопеясы ХІІІ басылым.
- 3 Кутц Г. Косметические кремы и эмульсии: состав, получение, методы испытаний / Г. Кутц, С. Фрисе, С. Хенинг и др.; под ред. М.Ю. Плетнева. — М.: Косметика и медицина, 2004. — 272 с.

## **СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ АКТУАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ**

Маметбакиева Венера

Научный руководитель: д.м.н., профессор Камалиев М.А.

Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

г. Алматы, Казахстан

e-mail: [venera.arkin@mail.ru](mailto:venera.arkin@mail.ru)

Инфекционные болезни в современном мире остаются одной из главных причин смерти. На их долю на планете приходится до 30% каждый год регистрируемых смертельных исходов. Иммунизация принадлежит к числу мероприятий, требующих значительных материальных затрат государства, и для обеспечения финансовой эффективности затрат, нужно найти механизмы для снижения уровня отказов от вакцинации. По оценкам ВОЗ, иммунизация позволяет ежегодно предотвращать от 2 до 3 млн случаев смерти в мире. Это один из самых эффективных с экономической точки зрения видов инвестиций в здравоохранение [1].

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:** Оценка уровня знаний и отношение медицинских работников и населения к вакцинопрофилактике и разработка организационных мер по повышению информированности о ее безопасности и эффективности.

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:**

Проводилось анонимное добровольное анкетирование с дальнейшей обработкой результатов. Анкетирование включало оценку отношения к вакцинации двух групп населения: 100 родителей, обратившиеся в частный медицинский центр «The Say Medical» в г. Алматы, 50 врачей различного звена состоящие в группе «Лучшие врачи г. Алматы» мессенджера WhatsApp для обратной связи. Разработанный опросник состоял из 19 вопросов с возможными вариантами ответов для родителей и 23 вопросов – для врачей с предлагаемыми вариантами ответов.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Отношение к вакцинации врачей различных специальностей

Возрастной состав анкетированных респондентов: Основная часть анкетированных медицинских работников относилась к возрастной группе 30–39 лет (62%), а также 25-29 лет – 4%, 40-49 лет – 16%, старше 50 лет – 18%.

В медицинских учреждениях образовательных организаций и поликлиниках для обслуживания населения работают 16% опрошенных медицинских работников, в частном медицинском центре – 62% опрошенных, в стационаре – 14%, на станции скорой медицинской помощи – 2%, в специализированных медицинских организациях – 8% анкетированных. 50% опрошенных врачей по профессиональному составу распределилось следующим образом: педиатры – 64%, терапевты – 4%, врачи общей практики – 6%, другие специальности – 26% .

Анализ ответов на вопросы анкеты показал, что 70% респондентов медицинских работников различных специальностей относятся к вакцинации позитивно, 10% – отрицательно и 18% – затруднились с ответом. В качестве причин отрицательного отношения к вакцинопрофилактике 2% респондентов отметили свой профессиональный или личный негативный опыт, 6% ответивших считают, что вакцинация влечет за собой высокий риск серьезных осложнений, 18% опрошенных не указали, считают, что имеют недостаточно достоверной инфы об эффективности вакцинации, 4% – сформировали свое отрицательное отношения на основе того, что они, по их мнению, ослабляют иммунную систему. При отрицательном ответе 32% респондентов отмечали, что владеют недостаточной информацией. 68% опрошенных врачей считают, что вакцинация снижает заболеваемость.

На вопрос о проведенной (или планируемой) вакцинации своих детей, 94% всех опрошенных заявили, что будут прививать своих детей (или же их дети уже привиты) в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. Также 40% отметили, что делали своим детям другие прививки, в том числе входящие в Национальный календарь по



эпид. показаниям: от гриппа, коронавирусной инфекции и ВПЧ.

При этом, 40% респондентов дали ответ, что сами прививаются по эпидемическим показаниям от гриппа, остальные 32% – не всегда и 28% – нет соответственно.

На вопрос: «Достаточно ли информации о вакцинопрофилактике Вы имеете?» всего лишь 68% ответили утвердительно, 32% – информацией в полном объеме не располагают. Однако, 92,2% опрошенных врачей интересуются новыми направлениями в иммунопрофилактике.

В свою очередь, 58% ответивших доверяют импортным вакцинам, а 36% – отечественным и импортным, остальные 6% – никаким. 52% опрошенных врачей дают медицинские отводы чаще по причине ОРВИ, 34% – это антиваксеры, т.е. полностью отказываются от прививок, остальные 14% – это различные мед. отводы, такие как: аллергия, неврология и т.д.

На вопрос: «Причина сохранения большого количества отказов от проведения прививок в обществе?», 44% считают причиной – неграмотным население, 32% – негативное влияние СМИ, 24% – по религиозным убеждениям, страх перед прививками и др.

Отношение к иммунопрофилактике у врачей было намного позитивнее. Так, большинство (94%) положительно относились к иммунопрофилактике и прививают своих детей, однако 4% затруднялись ответить на этот вопрос и 2% ответили, что их отношение отрицательно. Это свидетельствует о том, что даже в медицинской среде присутствуют антивакцинальные тенденции.

Отношение родителей к иммунопрофилактике и антипрививочным мифам

Результаты анкетирования показали, что среди всех опрошенных нами родителей 64% строго следуют рекомендациям врачей и вакцинируют своих детей согласно Национальному календарю профилактических прививок, 23% делают прививки частично, по своему усмотрению, а 13% не делают и не планируют делать их вовсе.

Родители, прививающие детей только против части инфекций, чаще всего воздерживаются от прививки против гриппа; 63% респондентов ответили «нет», 13% считают, что не обязательно, 21% ответили, что «да», и остальные 3% затруднились с ответом.

Среди родителей, кто предпочел полный отказ от вакцинации детей, основная причина данного решения являются: боязнь поствакцинальных осложнений (64%), отсутствие доверия к качеству вакцин, негативное отношение к вакцинации в семье (17%). Считают, что в СМИ отсутствуют объективные данные о побочных действиях вакцины, не публикуется статистика, осложнения на предыдущие прививки. И только 18% опрошенных ничего не беспокоило.

На вопрос: «Причина сохранения большого количества отказов от прививок в обществе?» получены следующие ответа: считают причинами неграмотность опекунов (37,4%), страх перед прививками (30,3%), негативное влияние СМИ (19,2%). Распространённым еще является суждение о том, что риск заразиться инфекциями, против которых проводится рутинная иммунизация (такими как корь, краснуха, полиомиелит и др.), в настоящее время преувеличен: так считают 7,1% опрошенных. Основным источником получения информации по вопросам иммунопрофилактики должны быть медицинские работники.

Среди опрошенных родителей об объективности вакцинальной информации в СМИ и интернете 33% считают, что информация отражается объективно, 21% – предвзято, 33% – нет и 13% не читают вообще. Так, 40% опрошенных респондентов считают, что импортные вакцины являются безопасными, 42% респондентов считают одинаковыми, 15% считают, что все опасны. Радует тот факт, что 71% знают о Национальном календаре профилактических прививок, но 20%, к сожалению, ответили: «нет», еще 9% затруднились с ответом.

На вопрос: «Если зарегистрируют вакцину от коронавируса детям с 12 лет, будете ли вы прививать собственных детей?» 33% опрошенных ответили «нет», 22% – «да», остальные 45% отметили, что их дети еще не достигли 12-летнего возраста. В дополнение к прививкам, указанным в календаре прививок, в США некоторым детям в определенных возрастных группах теперь показана вакцинация против COVID-19 [2]. Так, 83% родителей знают, что такое реакция Манту, 17% ответили, что «нет». О необходимости ее постановки для выявления туберкулеза знают только 61%, остальные 39% не знают.

Таким образом, существует необходимость в дальнейшем расширении доступа населения к источникам объективной научной информации в различных СМИ, широкому обсуждению этих вопросов с привлечением специалистов. На вопрос: «Нужен ли осмотр врача перед вакцинацией?», 93% считают, что «да, обязательно», 5% считают, что необходим осмотр иммунолога, остальные 2% считают, что осмотр не нужен.

На вопрос: «Где вы предпочитаете прививаться?», 54% родителей ответили, что в поликлинике, 24% – в частном медицинском центре и в поликлинике, 8% – предпочтение отдают частному центру, 14% – нигде не прививаются.

57,1% респондентов отмечают, что хотели бы, чтобы функционировала школа вакцинации, 19,4% ответили нет необходимости, 9,2% не знают и 14,3% затруднились с ответом.

#### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Значимость иммунопрофилактики сознается 70% опрошенных врачей, но при этом они показывают на недостаточную информированность по вопросам вакцинопрофилактики. Очевидна необходимость внедрения многоцелевых форм информационных потоков, касающихся в первую очередь базовых знаний о вакцинопрофилактике, позволяющих на практике аргументировано обосновывать необходимость иммунизации. Бесспорно, задача по формированию у населения позитивного отношения к иммунопрофилактике как безопасному и эффективному способу защиты от инфекции решается только при активной позиции всего медицинского персонала.

Важным направлением является работа по созданию методических подходов по формированию приверженности к иммунопрофилактике медицинских работников (врачей и среднего медицинского персонала) и различных групп населения по противодействию антипрививочному движению и по взаимодействию в области иммунопрофилактики с органами законодательной и исполнительной власти, с религиозными деятелями и со средствами массовой информации.

#### **ВЫВОДЫ**

При изучении приверженности населения к вакцинации установлено, что достаточно большая часть респондентов считают, что они частично или хорошо знают о вакцинации, но, на самом деле, правильные ответы дают значительно меньшее количество опрошиваемых. Необходима организация мероприятий, которые повысят осведомленность населения и медицинских работников в вопросах вакцинации. В целом, 80% врачей выступают за прививки, но введение новой вакцинации принимается врачами с трудом. Почти 80% опрошенных не доводит до пациентов важность вакцинопрофилактики.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1 Turkina N.V., Sarafrazova A.V. Current aspects and problems of vaccination // Meditsinskaya sestra. 2018. – № 4(20). С№ 3-8.

2 American Academy of Pediatrics (AAP) Committee on Infectious Diseases. COVID-19 vaccines in children and adolescents. Pediatrics. Published online May 12, 2021. doi:10.1542/peds.2021-052336.



## **ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ**

*Ли Мария Алексеевна, магистрант 1 курса  
Научный руководитель: PhD, асс.профессор Каюпова Г.С.  
Школы общественного здравоохранения и биомедицины  
Медицинский университет Караганды,  
г.Караганда, Казахстан  
e-mail: [r-Li@qmu.kz](mailto:r-Li@qmu.kz)*

**АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ:** Коронавирусная инфекция (COVID-19) – острое инфекционное заболевание, вызываемое новым штаммом коронавируса SARS CoV-2 с аэрозольно-капельным и контактно-бытовым механизмом передачи[3].

Согласно данным Управления здравоохранения Карагандинской области в период 2020-2021 гг. было развернуто порядка 30 инфекционных стационаров для лечения коронавирусной инфекции COVID-19 среди населения области.

Для обеспечения качественного оказания медицинской помощи на 2021 год из республиканского бюджета выделено на оказание медицинской помощи в рамках обязательного социального медицинского страхования 349 444 156 тыс. тенге, на обеспечение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи 1 336 752 850 тыс. тенге, в том числе и на закуп лекарственных средств. [5]

Как известно, медикаментозное лечение является одной из наиболее эффективных медицинских мер, и доля национальных бюджетов здравоохранения, расходуемая на лекарственные средства, варьируется в пределах от 10% до 20% в развитых странах и от 20% до 40% в развивающихся странах. [4]

В связи с чем, вопрос рационального использования лекарственных средств является достаточно актуальным для медицинских организаций.

Рациональное использование лекарств представляет собой принцип, что пациенты должны получать медикаментозное лечение, в соответствии с подтвержденными клиническими показаниями, в определенных врачом дозах, в течение определенного периода времени и при всем при наименьших денежных затратах для них и общества в целом. [4]

В связи с этим, медицинским организациям необходимо ответственно подойти к вопросу планирования лекарственного обеспечения.

Существует ряд методик оценки объемов потребления лекарственных средств в медицинских организациях. Одним из наиболее универсальных является АТС/DDD методология, рекомендованная ВОЗ при проведении фармакоэпидемиологических исследований по потреблению лекарственных средств под международными непатентованными наименованиями лекарственных средств.[1]

На данный момент разработана методика формирования потребности в лекарственных средствах и медицинских изделиях в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования, утвержденная приказом МЗ РК от 20 августа 2021 года № ҚР ДСМ-89 с применением значения DDD.

На основании чего, проведение оценки объемов потребления лекарственных средств имеет положительный отклик для дальнейшего формирования потребности.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:** оптимизировать использование лекарственных средств при оказании медицинской помощи пациентам с заболеванием коронавиральная инфекция COVID-19.

**НАУЧНАЯ НОВИЗНА:** Впервые будет проведен анализ соответствия использованных лекарственных препаратов к клиническим рекомендациям по лечению коронавирусной инфекции COVID-19, с последующей разработкой алгоритма по формированию потребности.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** Коронавирусная инфекция, фармакоэкономика, АТС/DDD метод, анализ «Стоимость болезни», рациональное использование, лекарственные средства

Коронавирусная инфекция (COVID-19) – острое инфекционное заболевание, вызываемое SARS CoV-2 с аэрозольно-капельным и контактно-бытовым механизмом передачи.

На данный момент диагностика и лечение Коронавирусной инфекции осуществляется согласно клинического протокола, где имеется определенная тактика лечения в амбулаторных и стационарных условиях, которая в свою очередь включает и медикаментозное лечение. Определен перечень основных и дополнительных лекарственных средств, который включает такие фармакологические группы лекарственных средств как, противовоспалительные лекарственные средства, антикоагулянты, противовирусные средства, глюкокортикостероиды. Также при имеющихся коморбитных заболеваниях у пациента, лечение осуществляется согласно с клиническими протоколами диагностики и лечения по соответствующим заболеваниям.

На данный момент, предоставление пациентам качественной медицинской помощи является приоритетным направлением в рамках обеспечения государственной политики как в Республике Казахстан, так и во всем мире. [10]

Применение методов рационального использования лекарственных средств, при лечении различных заболеваний, обеспечивает доступность пациентов к эффективной медицинской помощи, которая отвечает требованиям, по реализации прав человека связанным со здоровьем и способствует достижению поставленных государством целей. Важность рационального использования лекарственных средств подчеркивается тем фактом, что различные меры в этом направлении внедряются в системы здравоохранения как на национальном, так и на международном уровне. ВОЗ проводится работа для обеспечения того, чтобы лекарственные средства использовались терапевтически обоснованно и экономически эффективно как работниками здравоохранения, так и потребителями для максимальной реализации потенциала лекарственных средств в обеспечении медицинской помощи. [6]

Большинство ранних исследований по применению лекарств (фармакоэпидемиологических) были опубликованы в странах Европы и Северной Америки, которые располагают административными базами данных, полученными от медицинских страховых компаний. [9]

В отделении ВОЗ региона Юго-Восточной Азии проживает четверть населения мира. Однако, только в одном из пяти исследований по применению лекарственных средств использовалась система АТC/DDD, как показано в систематическом обзоре исследований, проведенных в этом регионе. Авторы пришли к выводу, что исследования по использованию лекарств и использованию системы АТC/DDD необходимо продвигать и проводить в данном регионе. [9]

ВОЗ разработан инструментарий исследования использования лекарственных средств при оказании медицинской помощи в рассмотрении и оценке назначения, выдачи и использования лекарственных средств [8].

В основе цели проводимой оценки потребления лекарственных средств лежит исследование рациональности медикаментозной терапии. В связи с чем необходимо понимание и знание установленной тактики лечения Коронавирусной инфекции, в соответствии международным рекомендациям с целью оптимизации фармакотерапии. На данный момент АТC/DDD-методология для оценки потребления лекарственных средств не применяется достаточно широко в нашей стране. Таким образом, проведение фармакоэкономического исследования Коронавирусной инфекции с использованием АТC/DDD-методологии в целях оптимизации терапии представляется актуальным.

Кроме того, остро встает вопрос о финансировании лечения пациентов, которое осуществляется как за счет средств местного бюджета, так и средств республиканского бюджета и затрагивает все уровни здравоохранения, от пациентов до Министерства и ассоциаций. В связи с чем, проведение фармакоэкономического анализа является одним из способов принятия решения при организации здравоохранения. В частности, анализ «стоимости болезни», при котором не учитывается эффективность оказания медицинской помощи, используется как базисный метод при оценке экономического направления деятельности медицинской

организации при лечении пациентов. Анализ «стоимости болезни» является достаточно универсальным методом за счет возможности его высокой детализации и использования на различных уровнях организации здравоохранения. [10]

В целом анализ потребления лекарственных средств при коронавирусной инфекции недостаточно изучен и оптимизация затрат на ведение пациентов может быть достигнута, главным образом, за счет повышения эффективности медикаментозной терапии. Правильно подобранное лечение, должно привести к значительной экономии бюджетных средств, что и определяет актуальность данной проблемы.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1 Шайдуллина, Л. Я., & Зиганшина, Л. Е. (2012). Клиническая фармакология одна из стратегий Всемирной организации здравоохранения в области рационального использования лекарственных средств. Казанский медицинский журнал, 93 (6), 916-920.

2 WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Guidelines for ATC classification and DDD assignment 24th edition 2021. Oslo, 2021.

3 КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ COVID-19 У ВЗРОСЛЫХ, 3 редакция от 5 августа 2021 года.

4 Доклад Секретариата, Пункт 5.3 предварительной повестки дня - Рациональное использование лекарственных средств: ход осуществления стратегии ВОЗ в области лекарственных средств Исполнительного Комитета EB118/6, Сто восемнадцатая сессия, 11 мая 2006 г.

5 Закон Республики Казахстан от 2 декабря 2020 года № 379-VI ЗРК «О республиканском бюджете на 2021-2023 годы».

6 Chaturvedi VP, Mathur AG, Anand AC. Rational drug use - As common as common sense?. Medical journal, Armed Forces India. 2012;68(3):206-208. doi:10.1016/j.mjafi.2012.04.002

7 Hollingworth S, Kairuz T. Measuring Medicine Use: Applying ATC/DDD Methodology to Real-World Data. Pharmacy (Basel). 2021;9(1):60. Published 2021 Mar 17. doi:10.3390/pharmacy9010060

8 World Health Organization. ATC/DDD Toolkit. 2020. Available online: <https://www.who.int/medicines/regulation/medicinesafety/toolkit/en/>

9 Bachhav, S.S.; Kshirsagar, N.A. Systematic review of drug utilization studies & the use of the drug classification system in the WHO-SEARO Region. Indian J. Med Res. 2015, 142, 120–129. [PubMed]

10 Ягудина Р. И., Зинчук И. Ю., Литвиненко М. М. Анализ «Стоимости болезни»: виды, методология, особенности проведения в Российской Федерации // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2012. №1.

11 Хохлов А.Л., Спасский А.А., и Курочкина О.Н.. «Роль ATC/DDD-методологии в оптимизации лечения больных острым коронарным синдромом» Архивв внутренней медицины, № 1, 2013, с. 33-39.

12 Sözen, H., Gönen, I., Sözen, A. et al. Application of ATC/DDD methodology to evaluate of antibiotic use in a general hospital in Turkey. Ann Clin Microbiol Antimicrob 12, 23 (2013). <https://doi.org/10.1186/1476-0711-12-23>



## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ШЫМКЕНТ

Мамышева Д.Т., Утепов П.Д.  
кафедра «Гигиены и эпидемиологии»  
Южно-Казахстанская медицинская академия  
г.Шымкент, Казахстан  
e-mail: [gigienakafedra@mail.ru](mailto:gigienakafedra@mail.ru)

**АКТУАЛЬНОСТЬ:** Коронавирусная инфекция определяется как, тяжёлое особо опасное инфекционное заболевание человечества XXI века, поражающий дыхательную систему и вызывающий лёгочную недостаточность у зараженных вирусом людей. Начальные точки распространения заболевания по миру, начато с конца декабря месяца 2019 года, города Ухань центрального Китая, всё шире охватывая мировых государств 5 континентов [1].

Данные ВОЗ неутешительны, к концу 2021 года в мире инфицировано вирусом SARS-CoV-2 свыше 280 млн. человек и смертность превысил 5 млн. случая, где летальность составила 1,91% [2]. За 2020-2021 годы, в Казахстане зарегистрировано **832840** подтверждённых случаев заболеваемости, показателем на 100 тыс. населения 4327,0 среди разных возрастных групп, где летальность населения составила - **13015** (1,56%) случаев [3, 4].

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:** Эпидемиологическая оценка характеристики регистрируемой заболеваемости «COVID-19» среди населения города Шымкент за 2020-2021 гг.

**МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:** Описательное перекрёстное исследование проведено за период 2020-2021 годы, с целью изучения эпидемической характеристики заболевания людей коронавирусной инфекции и оценки качества проводимых противоэпидемических мероприятий, лечебно-профилактическим учреждением города Шымкент.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. 2020-2021 годы в период «пандемии» в республике,** заболеваемость людей коронавирусной инфекцией достиг **153246 случаев, показателем на 100 тыс. населения 806,5** и где 1,5% заболеваемость завершён летальным исходом. На 2021 год заболеваемость достиг **832840 случаев, показателем на 100 тыс. населения 4327,0** и 1,56% с летальным исходом, отмечается неукоснительный рост заболевания на 5,4 раза.

Сравнительные данные заболеваемости населения **коронавирусной инфекции** трех городов республиканского значения показал, что 2020 году заболеваемость в городе Шымкент составило 5512 случаев, показателем на 100 тыс. населения 512,5 из них детей от 0-14 лет 576 случаев показателем - 164,3 и подростков от 15-17 лет 119 случаев показателем - 233,7, также взрослого населения 4817 случаев, что составляет 87,4% всего заболевших лиц. Соответственно, на 2021 год заболеваемость достиг **36677 случаев, показателем на 100 тыс. населения - 3410,3** из них детей от 0-14 лет 5957 случаев, показателем - 1699,0 и подростков от 15-17 лет 1167 случаев, показателем - 2291,9, а также взрослого населения 29553 случаев, что составляет 80,6% всего заболевших лиц. Заболеваемости всего населения города на 2021 год, возросла на 6,6 раза (рисунок 1).

В городе Нұр-Сұлтан заболеваемость населения на 2020 год составило 18522 абсолютных случаев, показателем на 100 тыс. населения 1603,2, из них детей возрасте от 0-14 лет 1224 абсолютных случаев, показателем на 100 тыс. населения 384,8 и подростков возрасте от 15-17 лет 202 абсолютных случаев, показателем на 100 тыс. населения 268,5, а также взрослого населения 17096 абсолютных случаев, что составляет 92,3% всего заболевших лиц. Соответственно, на 2021 год заболеваемость достиг **135463 случаев, показателем на 100 тыс. населения - 10974,8** из них детей от 0-14 лет 23820 случаев, показателем – 6572,1 и подростков от 15-17 лет 4135 случаев, показателем – 8607,8, а также взрослого населения 128508 случаев, что составляет 94,9% всего заболевших лиц, где заболеваемость населения превышает показателя города Шымкент на 3,7 раза.

Заболееваемость населения города Алматы на 2020 год составило - 18521 абсолютных случаев, показателем на 100 тыс. населения - 927,7 из них детей возрасте от 0-14 лет 708 абсолютных случаев, показателем на 100 тыс. населения - 139,8 и подростков возрасте от

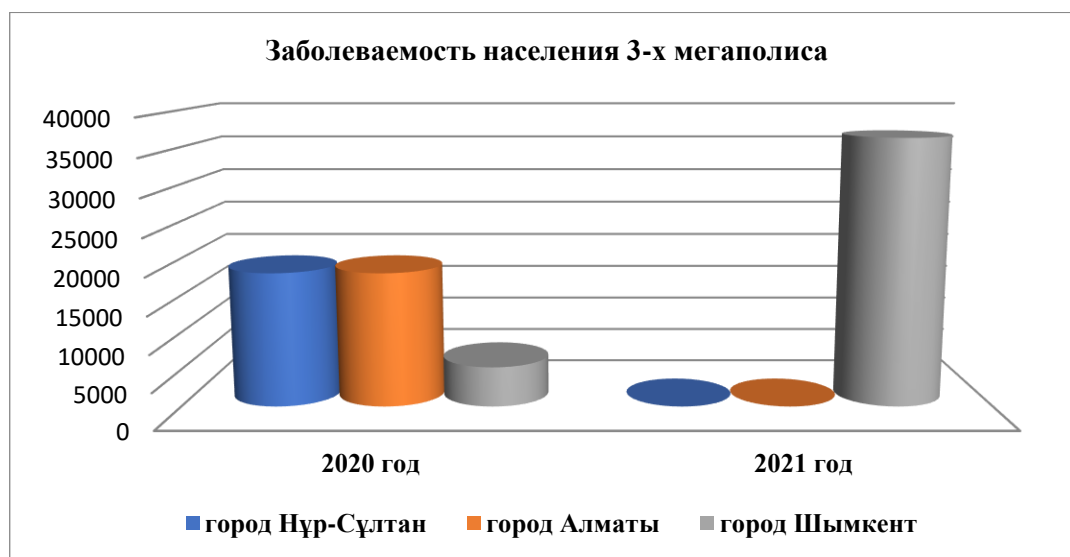


Рисунок 1. Показатель заболеваемости населения 3-х мегаполиса

15-17 лет 108 абсолютных случаев, показателем на 100 тыс. населения 141,1, а также взрослого населения 17705 абсолютных случаев, что составляет 95,6% всего заболевших лиц. Соответственно, на 2021 год заболеваемость достиг **164985 случаев, показателем на 100 тыс. населения – 8108,7** из них детей от 0-14 лет 20993 случаев, показателем – 4053,9 и подростков от 15-17 лет 5228 случаев, показателем – 6408,3, а также взрослого населения 138764 случаев, что составляет 84,1% всего заболевших лиц, где заболеваемость населения превышает показателя города Шымкент на 4,5 раза (рисунок 1).

Межрайонная сравнительная характеристика заболеваемости населения города, за 2020 год показал что; заболеваемость в Абайском районе составило 1438 случаев, показателем на 100 тыс. населения 466,7, в Аль-Фарабиском районе 1218 случаев, показателем - 153,6. В Енбекшинском районе зарегистрировано 1350 случаев, показателем - 519,7 и в Каратауском районе 1506 случаев, показателем - 584,7, где интервал заболеваемости составил средние пределы - 5,2%. Соответственно, 2021 году заболеваемость в Абайском районе отмечено 10162 случаев, показателем а 100 тыс. населения 3157,9 с увеличением на 6,7 раза, в Аль-Фарабиском районе 6924 случаев, показателем - 3445,8 с увеличением на 6,5 раза. В Енбекшинском районе 10069 случаев, показателем - 3693,9 с увеличением на 7,1 раза и в Каратауском районе 9522 случаев, показателем - 3398,8 с ростом заболеваемости на 5,8 раза.

Заболееваемость населения города Шымкент, по половозрастным особенностям имеет социальную значимость, где из зарегистрированных на 2020 год 5512 случаев, львиную долю содержал взрослое население от 18 лет и старше - 4817 случаев, дети от 0-14 летнего возраста - 576 случаев, также подростки от 15-17 летнего возраста - 119 случаев. Где, заболеваемость женского пола, при 3507 (63,6%) случаях превышала на 2,4 раза, на против мужчин 2005 (36,4%) случаев. Данный показатель, среди взрослого населения от 18 лет и старше женского пола составило - 3064 (63,6%) случаев, на против мужчин 1755 (36,4%) случаев. Среди детей от 0-14 летнего возраста девочек составило - 362 (62,8%) случаев, на против мальчиков - 214 (37,2%) случаев и среди подростков девушек заболееваемость составило - 81 (68,1%) случаев, на против мальчиков - 38 (31,9%) случаев. Соответственно, 2021 году заболееваемость взрослого население от 18 лет и старше - 29553 случаев и дети от 0-14 летнего возраста - 5957 случаев, также подростки от 15-17 летнего возраста - 1167 случаев, где заболееваемость женского пола составило 23841 (65,0%) случаев и мужского пола 12836 (35,0%) случаев с превышением на 1,9 раза.

Данный показатель, среди взрослого населения от 18 лет и старше женского пола составило - 19079 (64,7%) случаев, на против мужчин 10474 (35,3%) случаев. Среди детей от 0-14 летнего возраста девочек составило - 3988 (66,9%) случаев, на против мальчиков - 1969 (33,1%) случаев и среди подростков девушек заболеваемость составило - 774 (66,3%) случаев, на против мальчиков - 393 (33,7%) случаев (таблица 1).

Таблица 1. Показатель заболеваемости «COVID-19» жителей города Шымкент

№	Периоды сравнения	Абсолютное число			Показатель на 100 тыс. населения		
		всего	0-14 лет	15-17 лет	всего	0-14 лет	15-17 лет
1	2020 год	5512	576	119	512,5	164,3	233,7
2	2021 год	36677	5957	1167	3410,3	1699,0	2291,9

Распределения заболеваемости в 2020 году в разрезе районов города Шымкент, среди детей и подростков не равномерны, где доля всего населения Абайского района составило - 1438 случаев, из них дети от 0-14 летнего возраста составили - 166 случаев и подростки возраста от 15-17 лет составило - 37 случаев. В Аль-Фарабиском районе заболеваемость составило - 1218 случаев, из них дети от 0-14 летнего возраста составили - 96 случаев и подростки возраста от 15-17 лет составило - 34 случая. В Енбекшинском районе заболеваемость составило - 1350 случаев, из них дети от 0-14 летнего возраста составили - 129 случаев и подростки возраста от 15-17 лет - 22 случая и в Каратауском район заболеваемость составило - 1506 случаев, из них дети от 0-14 летнего возраста составили - 185 случаев и подростки возрасте от 15-17 лет - 26 случаев. Соответственно, 2021 году доля всего заболевшего населения Абайского района составило - 10162 случаев, из них дети от 0-14 летнего возраста составили - 1945 случаев и подростки возраста от 15-17 лет составило - 325 случаев. В Аль-Фарабиском районе заболеваемость составило - 6924 случаев, из них дети от 0-14 летнего возраста составили - 825 случаев и подростки возраста от 15-17 лет составило - 169 случая. В Енбекшинском районе заболеваемость составило - 10069 случаев, из них дети от 0-14 летнего возраста составили - 1563 случаев и подростки возраста от 15-17 лет - 339 случая и в Каратауском район заболеваемость составило - 9522 случаев, из них дети от 0-14 летнего возраста составили - 1624 случаев и подростки возрасте от 15-17 лет - 334 случаев. Изложенное, определяет влияние вируса «COVID-19» на дыхательную систему организма, вызывая лёгочную недостаточность различной степени тяжести, вне зависимости половозрастных особенностей человека.

Заключения: Эпидемическая вспышка 2020 года вызванная вирусом SARS-CoV-2 и охватившая 188 государств мира, присутствовала и в городе Шымкент. Где, заболеваемость проявлялся высокой контагиозностью и летальностью для всех возрастов горожан, который особенно ярко проявлялся у лиц старше 50 лет. Одним из причин распространения заболеваемости среди горожан, явилось высокая скученность, частое перекрёстное контактирование между собой, а также низкая осведомленность населения об инфекции и необходимой тактики поведения, соблюдении правил личной гигиены и санитарно-противоэпидемических мер, как на рабочем месте таки и в домашнем очаге. Конечно же, основную роль в распространении возбудителя инфекции сыграло, наличие лиц с лабораторно-подтверждённым диагнозом коронавирусной инфекции в обществе.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

- 1 Shi Y, Wang G, Cai X-P, et al. An overview of COVID-19. J Zhejiang Univ-Sci B (Biomed Biotechnol). 2020;21(5):343–360. DOI: 10.1631/jzus.B2000083
- 2 Акимов А.В. Роль ВОЗ в борьбе с «COVID-19». Итоги первого года пандемии // Международная жизнь, - 2021, - №5, - С.124-127.
- 3 Сулейменова Ж.С. Актуальные меры против «COVID-19» // Медицина, - 2020, - №1-2 (211-212), - С. 6-7.
- 4 Ерубаев Т.К. Диагностика и профилактика коронавирусной инфекции // Медицина, - 2020, - №1-2 (211-212), - С. 2-5.



## **ВЛИЯНИЕ ПРИОБРЕТЕННОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ НА РАЗВИТИЕ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ**

*Махамбетова А.*

*Факультет медицины и здравоохранения*

*Научный руководитель: к.м.н., асс. профессор Журабекова Г.*

*Казахский Национальный университет им. аль-Фараби*

*г. Алматы, Казахстан*

*e-mail: [azizamahambetova111@gmail.com](mailto:azizamahambetova111@gmail.com)*

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** приобретенная нейросенсорная тугоухость, вестибулярный аппарат, вестибулярная дисфункция.

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Нейросенсорная тугоухость (НСТ) - полиэтиологическое заболевание, которое часто является вторичным отражением системной патологии и связано с повреждением улитки и рецепторов слухового нерва [1]. Является собирательным термином также для обозначения нарушений функции или структуры сенсорно-эпителиальных (волосковых) клеток улитки внутреннего уха, слухового нерва и слуховых путей, реже структур ЦНС, и самым распространенным типом потери слуха среди взрослых: более 90% случаев. Спектр причин обширен: начиная от акустических травм вследствие интенсивных и резких звуков до инфекций, аутоиммунных заболеваний и отравления ототоксическими препаратами. НСТ является сложным испытанием как для пациента, так и для лечащего врача, т.к. она прогрессирует с возрастом, значительно ухудшает качество жизни и не имеет методов полного излечения, кроме как использования звуковых усилителей или кохлеарной имплантации для стимуляции слухового нерва.

В процессе многочисленных исследований в области отоларингологии и неврологии была замечена связь между нейросенсорной тугоухостью и проявляющейся после в той или иной мере вестибулярной дисфункцией. Из-за тесной корреляции между улиткой и вестибулярными органами как анатомически, так и филогенетически нарушение функции улитки, которое может приводить к НСТ, может сопровождаться вестибулярными нарушениями[2]. Приобретенная в детском возрасте, она, как показывает анализ, может влиять на развитие еще не сформировавшейся вестибулярной системы, моторики, речи и психомоторной функции.

**ЦЕЛЬ.** Провести литературный обзор по вопросу исследования приобретенной нейросенсорной тугоухости у детей раннего возраста, ее причин и дисфункциональных проявлений в вестибулярной системе.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Поиск литературы в базе данных PubMed и Scopus с соответствующими ключевыми словами: “sensorineural hearing loss”, “vestibular dysfunction”, “vestibular”, “children”, “child”. Изначально было выявлено 311 наиболее свежих(преимущественно с 2010 года), потенциально релевантных статей, из них 103 прошли отбор по соответствию теме и направлению обзора; в обзор включены 14 исследований.

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.** Основные причины НСТ в детском возрасте можно классифицировать как наследственные (генетически детерминированные, семейные) и ненаследственные (экзогенные). По времени возникновения нарушения слуха могут быть врожденными (фактор воздействует на организм эмбриона, плода и новорожденного) и приобретенными, по форме поражения - односторонняя(ассиметричная) или двусторонняя.

Вестибулярная потеря, по оценкам, встречается у ~30–90% детей с глубокой потерей слуха [3], [4], и у ~50% детей, являющихся кандидатами на кохлеарную имплантацию[5]. В качестве основных ее проявлений выделяют задержку развития крупной моторики, приобретения навыка контроля головы, ходьбы, реже ухудшение зрительной функции.

Рассматривая вестибулярные нарушения как следствие слуховых, стоит отметить, что выявление второго в раннем возрасте является достаточно сложной задачей. Если учесть, что в



большинстве развитых стран при рождении в обязательном порядке проводится аудиологический скрининг, обнаружить врожденную тугоухость легче, нежели приобретенную. Двусторонняя потеря слуха проявляется в раннем возрасте из-за нарушения речевого развития и видимой невосприимчивости к звукам, а односторонняя может остаться незамеченной вплоть до начала школьного периода, т.к. ребенок будет использовать функционирующее ухо. Анализ литературы показал, что позднее диагностирование может спровоцировать осложнения, в том числе и вестибулярной системы.

Иноуэ и др. [6] провели анализ, направленный на оценку вестибулярной функции у детей с глубокой НСТ и влиянии ее нарушений на развитие общей моторики. В исследовании участвовало 89 детей (возраст от 20 месяцев до 8 лет), переживших операцию кохлеарной имплантации. Для испытания вестибулярной системы были проведены специальные тесты (затухание кругового(маятникового) вращения, калорическая проба и вестибулярные миогенные вызванные потенциалы (ВМВП)), а моторное развитие оценивалось по возрасту, когда ребенок начал самостоятельно держать голову и ходить. Среди детей, которые смогли пройти тесты вестибулярной функции, аномалии были обнаружены почти у половины: 20% (16 из 84) в тесте на затухание, у 41% (31 из 75) в калорической пробе и у 42% (26 из 62) в ВМВП. Результаты оценки вестибулярной функции коррелируют с оценкой моторного развития: отмечено, что дети с аномальными результатами в тестах начинали ходить и поднимать голову позднее, чем дети с нормальными результатами, т.е. у половины участников исследования потеря слуха повлияла на физическое развитие.

Как отмечено ранее, потере слуха может сопутствовать головокружение, дисбаланс, нарушения моторики, и.т.д. В некоторых исследованиях отмечается что головокружение как отдельный симптом встречается реже у пациентов с двухсторонней периферической потерей, нежели у односторонней[7]. Этот тезис подтверждает расхождение в результатах оценки вестибулярной функции у детей с односторонней и двусторонней НСТ. У детей с односторонней тугоухостью с разнообразной этиологией среди симптомов чаще встречалось головокружение (исследования Бердане и др.[8], Вольтер и др.[9]). Однако общая вестибулярная оценка в большинстве наблюдений прямо зависит от степени потери слуха: тяжелее форма тугоухости, тем чаще отмечались аномалии в тестах (Кумари Апекша[10], Эрик Гадсбелль[11]).

При анализе литературы мы выяснили, что важную роль играет диагностика нарушения функции вестибулярного аппарата в раннем возрасте, поскольку его повреждение может привести к дополнительным последствиям, помимо грубой задержки моторного развития. По мере увеличения степени вестибулярной потери дети (а) позже садятся и ходят, (б) получают более низкие баллы в физической шкале DP-3(оценка задержки в развитии), (в) имеют более тяжелую потерю слуха, (д) родители чаще сообщают о проблемах с задержкой моторики, и (е) с большей вероятностью имеют другие сопутствующие заболевания[12].

У детей с НСТ более раннего детства может наблюдаться задержка речевого развития и поведенческие расстройства, т.к. развитие речи зависит от здорового бинаурального слуха. Даже дети с асимметричной или легкой потерей слуха испытывают трудности с обучением в школе; их познавательные способности могут быть хуже. Дети с односторонней НСТ также имеют проблемы с локализацией звука, из-за чего предполагалось, что их IQ с раннего детства ниже, чем у детей с бинауральным слухом; следовательно, первая группа нуждается в дополнительном внимании при обучении([8], [13], [14]).

**ВЫВОД.** Обзор литературы показал, что приобретенная нейросенсорная тугоухость, при разных причинах возникновения, может стать причиной вестибулярных нарушений во всех возрастных группах, в том числе и детском. Мы отметили ее влияние на развитие моторики, и вероятность возникновения осложнений в виде задержки когнитивных способностей. Исследования в этой сфере демонстрируют значение ранней диагностики данного заболевания, т.к. посредством своевременного лечения и работы над развитием возможно свести к минимуму последствия НСТ и обеспечить полноценную жизнь для ребенка.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**



- 1 Kostevich IV, Kuzovkov VE, Lilenko AS, Sugarova SB. Znachenie mikroanatomii okna ulitki dlya provedeniya kokhlearnoi implantatsii [The significance of microanatomy of the round window in terms of cochlear implantation]. *Vestn Otorinolaringol.* 2021;86(5):42-47. Russian. doi: 10.17116/otorino20218605142. PMID: 34783472.
- 2 Korres, S., Stamatiou, G., Gkoritsa, E., Riga, M., & Xenelis, J. (2011). Prognosis of patients with idiopathic sudden hearing loss: Role of vestibular assessment. *The Journal of Laryngology & Otology*, 125(3), 251-257. doi:10.1017/S0022215110002082
- 3 Janky KL, Thomas MLA, High RR, Schmid KK, Ogun OA. Predictive Factors for Vestibular Loss in Children With Hearing Loss. *Am J Audiol.* 2018;27(1):137-146. doi:10.1044/2017\_AJA-17-0058
- 4 Kotait MA, Moaty AS, Gabr TA. Vestibular testing in children with severe-to-profound hearing loss. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2019 Oct;125:201-205. doi: 10.1016/j.ijporl.2019.07.015. Epub 2019 Jul 29. PMID: 31401454.
- 5 Cushing SL, Gordon KA, Rutka JA, James AL, Papsin BC. Vestibular end-organ dysfunction in children with sensorineural hearing loss and cochlear implants: an expanded cohort and etiologic assessment. *Otol Neurotol.* 2013 Apr;34(3):422-8. doi: 10.1097/MAO.0b013e31827b4ba0. PMID: 23370550.
- 6 Inoue A, Iwasaki S, Ushio M, Chihara Y, Fujimoto C, Egami N, Yamasoba T. Effect of vestibular dysfunction on the development of gross motor function in children with profound hearing loss. *Audiol Neurootol.* 2013;18(3):143-51. doi: 10.1159/000346344. Epub 2013 Jan 31. PMID: 23392310.
- 7 Rine RM. Vestibular Rehabilitation for Children. *Semin Hear.* 2018 Aug;39(3):334-344. doi: 10.1055/s-0038-1666822. Epub 2018 Jul 20. PMID: 30038459; PMCID: PMC6054578.
- 8 Birdane L, İncesulu A, Özüdođru E, Cingi C, Caklı H, Gürbüz MK, Adapınar B. Evaluation of the Vestibular System and Etiology in Children with Unilateral Sensorineural Hearing Loss. *J Int Adv Otol.* 2016 Aug;12(2):161-165. doi: 10.5152/iao.2016.2439. PMID: 27716602.
- 9 Wolter NE, Cushing SL, Vilchez-Madrigal LD, James AL, Campos J, Papsin BC, Gordon KA. Unilateral Hearing Loss Is Associated With Impaired Balance in Children: A Pilot Study. *Otol Neurotol.* 2016 Dec;37(10):1589-1595. doi: 10.1097/MAO.0000000000001218. PMID: 27749751.
- 10 Apeksha K, Singh S, Rathnamala M, Varalakshmi S, Preethu DJ, Kavya V, Sowndarya DS, Arpitha S, Milana K, Navya S, Thejasvi MA. Balance Assessment of Children with Sensorineural Hearing Loss. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2021 Mar;73(1):12-17. doi: 10.1007/s12070-020-01797-x. Epub 2020 Jan 29. PMID: 33643879; PMCID: PMC7881998.
- 11 Gadsboll E, Erbs AW, Hougaard DD. Prevalence of abnormal vestibular responses in children with sensorineural hearing loss. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2022 Feb 14. doi: 10.1007/s00405-021-07241-2. Epub ahead of print. PMID: 35156132.
- 12 Janky KL, Thomas MLA, High RR, Schmid KK, Ogun OA. Predictive Factors for Vestibular Loss in Children With Hearing Loss. *Am J Audiol.* 2018 Mar 8;27(1):137-146. doi: 10.1044/2017\_AJA-17-0058. PMID: 29482202; PMCID: PMC6105082.
- 13 Purcell PL, Shinn JR, Davis GE, Sie KC. Children with unilateral hearing loss may have lower intelligence quotient scores: A meta-analysis. *Laryngoscope.* 2016 Mar;126(3):746-54. doi: 10.1002/lary.25524. Epub 2015 Oct 9. PMID: 26452077; PMCID: PMC4755927.
- 14 Ead B, Hale S, DeAlwis D, Lieu JE. Pilot study of cognition in children with unilateral hearing loss. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2013 Nov;77(11):1856-60. doi: 10.1016/j.ijporl.2013.08.028. Epub 2013 Sep 6. PMID: 24035639.

**ТҮРКІСТАН ОБЛЫСЫ МЕН ШЫМКЕНТ ҚАЛАСЫ ТҰРҒЫНДАРЫ АРАСЫНДА  
ГЛАУКОМАНЫҢ ТАРАЛУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ**

*Мизамов Д.М. мұғалім, магистр  
Төлтаев Б.С. доцент, м.ғ.к  
Бейсембаева З.И доцент, м.ғ.к.  
Магай Л.Н. аға мұғалім, магистр  
Сарсенбаева Г.Ж меңгеруші, доцент м.а.  
Әлеуметтік медициналық сақтандыру  
және қоғамдық денсаулық кафедрасы  
Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы  
Шымкент қ., Қазақстан Республикасы  
e-mail: [dauren903@mail.ru](mailto:dauren903@mail.ru)*

**ӨЗЕКТІЛІГІ:** Глаукома Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 23 қыркүйектегі № ҚР ДСМ-108/2020 қаулысындағы әлеуметтік маңызы бар аурулар тізбесіне енгеніне қарамастан, бұл аурудың айтарлықтай әлеуметтік рөлі маңызды, себебі глаукома көру органы және оның қосымша аппараты бойынша мүгедектік себептерінің арасында жетекші орынды алып отыр[1]. Осы патология бар науқастарға медициналық көмекті тиімді ұйымдастыруы оның тұрғындар арасында таралу көрсеткішіне негізделген. Бірқатар авторлардың пікірінше, тұрғындардың аурушандық көрсеткіштері медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсетудің қолжетімділік деңгейіне тікелей байланысты, бұл өз кезегінде тұрғындардың дәрігерлермен қамтамасыз етілуімен анықталады [2,3]. Глаукоманың жоғары деңгейде таралуы, қайтымсыз ағымы және елеулі болжамы практикалық денсаулық сақтау үшін өзекті мәселелер болып табылады.

**МАҚСАТЫ:** Түркістан облысы мен Шымкент қаласы тұрғындары арасында глаукоманың таралу ерекшеліктерін зерттеу және осы патологиямен ауыратын науқастарға медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсетудің ұйымдастыруын бағалау.

**МАТЕРИАЛДАР ЖӘНЕ ӘДІСТЕРІ.** Зерттеу объектісі - «глаукома» диагнозымен Түркістан облысы мен Шымкент қаласының тұрғындары. Глаукома таралуының эпидемиологиялық ерекшеліктерін бағалау және статистикалық тіркеу- есеп нысандары (№12, № 30 нысан) деректері бойынша осы патологиямен ауыратын науқастарға медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсетуді ұйымдастыруды бағалау үшін мынадай көрсеткіштер есептелді: Түркістан облысы мен Шымкент қаласы тұрғындарының глаукома ауруы бойынша жалпы және біріншілік аурушандық көрсеткіштері; офтальмолог-дәрігерлердің динамикалық бақылау есебінде тұрған глаукомасы бар науқастардың үлесі; 100 мың тұрғынға шаққанда халықтың офтальмолог-дәрігерлермен қамтамасыз етілуі. Статистикалық өңдеуге сипаттамалық статистика әдістері, қалыптылық көрсеткіштерінің таралуын алдын ала бағалаумен орташа және салыстырмалы мәндерді есептеу әдістері қолданылды. Сандық айнымалылар арасындағы корреляцияны анықтау үшін Спирмен дәрежелік корреляция әдісі қолданылды.

**НӘТИЖЕЛЕРІ:** Зерттелген деректер негізінде орташа мәндер алынды: Түркістан облысы бойынша глаукоманың жалпы аурушандық көрсеткіші 100 мың тұрғынға шаққанда 424,8 (345,9 – 32,2), біріншілік аурушандық көрсеткіші – 89,7 (15,9-73,8) құрады. Шымкент қаласы бойынша жалпы аурушандық көрсеткіші 100 мың тұрғынға шаққанда 474,5 (363,4 -585,7), ал біріншілік аурушандық көрсеткіші - 115,1 (2,08 - 227,3) жағдай; динамикалық бақылаудағы глаукомамен ауыратындар саны – 74,2 (62-86,4). Орындалған корреляциялық талдау популяциядағы глаукоманың жалпы және біріншілік аурушандық көрсеткіштері арасындағы тікелей, күшті статистикалық маңызды байланыс анықталды ( $p < 0,05$  кезіндегі дәрежелік корреляция коэффициенті  $r = 0,81$ ). Өз кезегінде глаукомамен аурушандық көрсеткіштері мен тұрғындарды офтальмологтармен қамтамасыз ету көрсеткіші арасындағы корреляция байланысы анықталды ( $r=0,86$ ,  $p < 0,05$ ). Глаукомамен ауыратын науқастарды динамикалық бақылау көрсеткіштері

популяциядағы глаукоманың жалпы аурушандық көрсеткішінің мәндеріне ( $r = 0,97$ ) және тұрғындарды офтальмологтармен қамтамасыз етілуіне ( $r = 0,84$ ) байланысты екені анықталды.

Қорытынды. Белгілі бір аумақтың тұрғындарының глаукомамен аурушандық деңгейін орташа және тоқсандық диапазондармен ұсынылған ҚР бойынша көрсеткіштің орташа мәндерімен салыстырған жөн. Глаукомамен аурушандық деңгейі мен тұрғындардың офтальмолог-дәрігерлермен қамтамасыз етілуі статистикалық байланысты болып келеді. Глаукомасы бар науқастарды динамикалық бақылау үлесі халықтың офтальмолог-дәрігерлермен қамтамасыз етілуіне және глаукоманың аурушандық деңгейіне байланысты. Ауруды ерте диагностикалау және динамикалық бақылау жұмыстарын күшейту мақсатында глаукомамен ауыратын науқастарды анықтау бойынша профилактикалық жұмысты күшейту қажет.

#### ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1 Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 23 қыркүйектегі № ҚР ДСМ-108/2020 бұйрығы.

2 Quaranta L, Riva I, Gerardi C, Oddone F, Floriani I, Konstas AG. Quality of Life in Glaucoma: A Review of the Literature. *Adv Ther.* 2016 Jun;33(6):959-81. doi: 10.1007/s12325-016-0333-6. Epub 2016 Apr 30. Erratum in: *Adv Ther.* 2016 Jun;33(6):982. PMID: 27138604; PMCID: PMC4920851.

3 Biggerstaff KS, Lin A. Glaucoma and Quality of Life. *Int Ophthalmol Clin.* 2018 Summer;58(3):11-22. doi: 10.1097/IO.0000000000000230. PMID: 29870407.

## ЗНАЧИМОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРИНЦИПОВ И МЕТОДОВ БЕРЕЖЛИВОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИИ

*Турдалиева Б.С. д.м.н., профессор  
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»  
Нажмадинова Г.Н. докторант 3 года обучения  
Нурбакыт А.Н. к.м.н., асс.профессор  
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова  
e-mail: [gulnur\\_alkem@mail.ru](mailto:gulnur_alkem@mail.ru)*

В современном мире все меняется стремительно, и в некоторых случаях необходимость к переменам дает множество возможности улучшить качество любой деятельности. Современная медицина значительно отличается от той, что была раньше. Благодаря использованию методов Бережливой технологии, медицинские организации достигли успехов в управлении персоналом, начали рационально использовать ресурсы, начали ценить время, улучшилось качество предоставляемых услуг медицинскими организациями, одним словом, оптимизировался весь процесс медицинских организаций.

Изначально Бережливая технология назначалась для компании производственного характера, но со временем практика показала, что ее методы дают положительные результаты во многих сферах экономики, в том числе и в медицине. Задается вопрос, почему на данный момент актуально использовать Бережливую технологию в медицине? Ответ кроется в используемых принципах, методах и инструментах. Основными принципами Бережливой технологии являются:

1. Руководитель – ключевое звено, руководитель не должен только руководить, он также должен быть чутким, отзывчивым, открывать потенциал своих работников, мотивировать персонал и быть решительным в своих действиях. Руководитель должен: построить перспективные, долгосрочные планы; организовать процесс деятельности с наименьшими потерями; развиваться не только самому, но и дать персоналу развиваться тоже, так как, правильно обученный персонал в сила принимать правильные решения, они создают имидж компании в будущем;

2. Стандартизация- этот принцип основан на том, чтобы все действия были четко запланированными, по инструктированными, каждый персонал должен иметь возможность ознакомиться и быть в курсе деятельности.

3. Принцип перепроизводства и расточительства- основа принципа в борьбе с расточительством и перепроизводством, то есть не допускать никаких излишеств, использовать все ресурсы только по назначениям, не допускать перерасход. Заранее организовать весь процесс с наименьшими потерями. Например, анализ крови надо сдать только когда планируете прийти к доктору, так как заранее сданный анализ может со временем исказиться, и не быть актуальным.

4. Сегодня и в это время – принцип основан на том, чтобы вся деятельность выполнялась строго по времени, и в том количестве сколько необходимо.

5. Планирование - надо заранее планировать свои действия, чтобы избежать нежелательных последствий; запланировать деятельность с долгосрочными перспективами.

Как видно из перечисленных принципов, Бережливая технология основывается принципам: меньше затрат - больше пользы; время – деньги; руководить- понять, поддержать, решить, успеть; делай сегодня - сейчас. Сегодня, благодаря этим принципам, многие медицинские организации успешно ведут свою деятельность.

Также, использование методов Бережливой технологии в медицинских организации таких как: статистические методы; методы организации рабочего места; методы организации производства; методы обучения и развития мышления; дали возможности эффективно управлять и развивать деятельность медицинских организаций.

Как известно, статистический метод (VSM, ОЕЕ, Диаграмма Парето, контрольные листы) дает возможность визуализировать количественную и качественную деятельность организации, анализировать деятельность на основе цифр, в виде графиков, диаграмм и таблиц.

Метод организации рабочего места и производства (5С, just in time, кайдзен)- дает оптимально использовать свое рабочее место, соблюдать санитарно-гигиенические правила, правильно организовать рабочее пространство, использовать свое место и свое время эффективно, не допускать дважды делать то, что можно сделать сразу. Например, заранее запланировать действия так, чтобы пациент не ходил по кругу из одной двери к другую. Заранее сделать запись на анализы крови, после отправлять другим специалистам с уже готовыми анализами. Это дает сократить время ожидания пациента и врачей тоже.

Метод обучения и развития (цикл PDCA- планируй- делай-проверяй-воздействуй; Коучинг,5W) дает возможности расти персоналу в интеллектуальном плане, обученный персонал более увереннее ведет деятельность, так как будет знать, в чем заключается его работа. Обучение или тренинги помогают мотивировать персонал, расти интеллектуально, помогают быть решительными, что дает возможности выявить лидеров.

Методы Бережливой технологии дают возможности не только оптимально использовать ресурсы, работать с минимальными издержками и стремиться к их сокращениям, также эти методы основываются в совершенствовании процессов.

Возможности Бережливой технологии:

- сокращение времени ожидания очереди пациентами (врачами, персоналом) благодаря электронным таблоидам, клиентоориентированность, получение качественной услуги;

- устранение потерь: времени, лишних движения (с одного кабинета в другую), ненужная документация, лишние отчетности, брак, перерасход;

- стандартизация всех процессов, предоставляемых услуг, заранее планирование, а также инструктирование деятельности;

- мотивация, обучение персонала, выявление лидерского качества, обучить быстро принимать правильных решения, строить безупречный имидж организации.

В заключении можно сказать, что именно благодаря методам и принципам Бережливой технологии качество предоставляемых услуг и деятельность медицинских организации возросли в разы, также: оптимизировалась работа персонала; пациенты стали более благодарными и удовлетворенными; врачи начали ценить свое время, начали рационально использовать время и ресурсы; сами медицинские организации поняли в чем заключается суть своих деятельности – это имидж, клиентоориентированность, качество предоставляемых услуг.



**ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ОТ  
КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЗА ПЕРИОД ПАНДЕМИИ В МИРЕ И  
КАЗАХСТАНЕ. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ ВАКЦИНАЦИИ ЖЕНЩИН  
РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА И БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В МИРЕ И  
РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)**

*Нехорошева В.А., магистрант 1 курса  
по ОП «Общественное здравоохранение»  
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»,  
г.Алматы, Казахстан  
e-mail: [nehorosheva1987@gmail.ru](mailto:nehorosheva1987@gmail.ru)*

Имеются противоречивые данные относительно большей подверженности беременных женщин коронавирусной инфекции (КВИ) из-за изменений в организме (прежде всего, в органах дыхательной и иммунной системы). Ранее считалось, что беременные не подвержены заражению инфекцией сильнее, чем население в целом [1].

Ряд публикаций из Китая, Италии и США свидетельствовали о том, что беременные женщины имеют равноценное с общей популяцией взрослых людей течение COVID-19 [2].

В настоящее время показано, что заболеваемость у беременных COVID-19 выше, чем в популяции [3]. Установлено, что из-за своих уникальных иммунных характеристик и восприимчивости к респираторным патогенам беременные, инфицированные 7 Версия 5 SARS-CoV-2, должны рассматриваться как группа высокого риска тяжелой заболеваемости и смертности. Многочисленные исследования свидетельствуют о неблагоприятных исходах беременности у пациенток с COVID-19 [4, 5]. По данным министерства здравоохранения Швеции риск госпитализации в отделения интенсивной терапии у беременных женщин и родильниц с лабораторно подтвержденным SARS-CoV-2 в Швеции выше по сравнению с небеременными женщинами аналогичного возраста [6].

В целом наблюдения за беременными женщинами показали, что клинические симптомы схожи с общепопуляционными и достаточно часто беременные женщины переносят КВИ бессимптомно. К. Diriba (2020), включивший 39 исследований и 1316 беременных, показал, что наиболее частыми клиническими признаками у беременных с COVID-19 были лихорадка, кашель и миалгия с распространенностью от 30 до 97%, в то время как лимфоцитопения и С-реактивный белок были наиболее частыми отклонениями от нормы при лабораторных исследованиях (55-100%) [7].

У беременных с COVID-19 возможно внезапное развитие критического состояния на фоне стабильного течения заболевания. Систематический обзор 2021 г., включивший 10 000 беременных и 12 8176 небеременных женщин, сообщил о повышенной смертности беременных относительно небеременных пациентов (11,3% (9,6-13,3) против 6,4% (4,4-8,5)) [5]. Несмотря на то, что заболеваемость среди беременных женщин в целом не отличается от таковых показателей в популяции процент осложнений растет с увеличением срока беременности или при присоединении экстрагенитальной патологии. Наивысшие риски развития осложнений при течении COVID19 имеют беременные, имеющие соматические патологии: хронические заболевания легких, сахарный диабет, заболевания сердечно-сосудистой системы, артериальную гипертензию, онкологические заболевания, ожирение (ИМТ>30 кг/м<sup>2</sup>); хронические болезни почек и печени [9].

Частота различных заболеваний, связанных с течением беременности, родов при заболевании COVID19 во всем мире была досканально изучена в период пандемии и во многих источниках предоставлена информация об осложнениях течения беременности и родов. Частота преэклампсии у пациенток с COVID19 составляет 5,9%, ЗВУР – 3-25%, выкидышей – 14,5%, преждевременного отхождения околоплодных вод – 9,2%, преждевременных родов – 14-25% [10, 11].

Наиболее частым послеродовым осложнением у пациенток с COVID19 являются послеродовые кровотечения (54,5%) [10]. Операцией кесарева сечения родоразрешается более половины беременных (48-100%) [12].

По результатам исследований касательно исходов беременностей было показано, что частота кесарева сечения у беременных с КВИ значительно выше (ОШ=3; 95%ДИ= 2–5); выше и частота преждевременных родов (ОШ= 2,5; 95% ДИ=1,5–3,5); чаще рождаются дети с низкой массой тела(ОШ=9; 95%ДИ= 2,4–30) [10].

Госпитализируется в отделение реанимации и интенсивной терапии 3,6-31,3% беременных, потребность в инвазивной искусственной вентиляции легких (ИВЛ) составляет около 4,0%, погибает 0,14-2,7% пациенток [11, 12].

Центр по контролю и профилактике заболеваний США (CDC, 2020) передает, что передача SARS-CoV-2 от матери плоду во время беременности крайне маловероятна. После рождения ребенок может быть инфицирован при тесном контакте с человеком, больным КВИ. Но так же был проведен систематический обзор 100 000 беременных женщин, который подтвердил возможность вертикальной передачи (5,3%) вируса SARS- CoV- 2 от матери к плоду [10].

Частота выделения SARS- CoV- 2 из плаценты зарегистрирована в 12% случаев, из амниотической жидкости – в 5,6%, из пуповины – в 6%, из грудного молока – в 5,0% наблюдений [11].

Немаловажна и перинатальная заболеваемость и смертность в структуре пандемии COVID19. Чаще всего в структуре перинатальных исходов регистрируется дистресс синдром плода – 26-30%, низкая масса тела при рождении – 25% и асфиксия новорожденных – 1,4%. Необходимость в госпитализации в ПИТ составила 43% всех случаев. Перинатальная смертность составляет 0,35-2,2% [8, 10, 11].

Пандемия захватила все страны мира и в каждой стране медицинское сообщество встретила с увеличением заболеваемости беременных женщин, с ростом смертности среди беременных и родильниц, а так же с увеличением перинатальных потерь. Единственным эффективным решением в остановке пандемии была и остается до нынешнего времени вакцинация от коронавирусной инфекции. Массовая вакцинация населения большинства стран мира началась с января 2021 года, в тот же момент медицинские сообщества задумались о вакцинации беременных женщин. В различных странах мира были разработаны и предложены программы по вакцинации женщин репродуктивного возраста и беременных.

США, как и все страны мира подверглась мощнейшей атаке коронавирусной инфекции в период пандемии. По данным статистики в США (Рисунок 1) за период пандемии заболело 80.4 миллиона человек, из которых 985 000 умерло. Смертность в США составила 1.2%, что соответствует мировым данным статистики.

По данным статистики, проведенным NCHS (CDC) наиболее уязвимой группой населения стали люди старше 65 лет, смертность среди которых удерживалась на высоких цифрах [13].

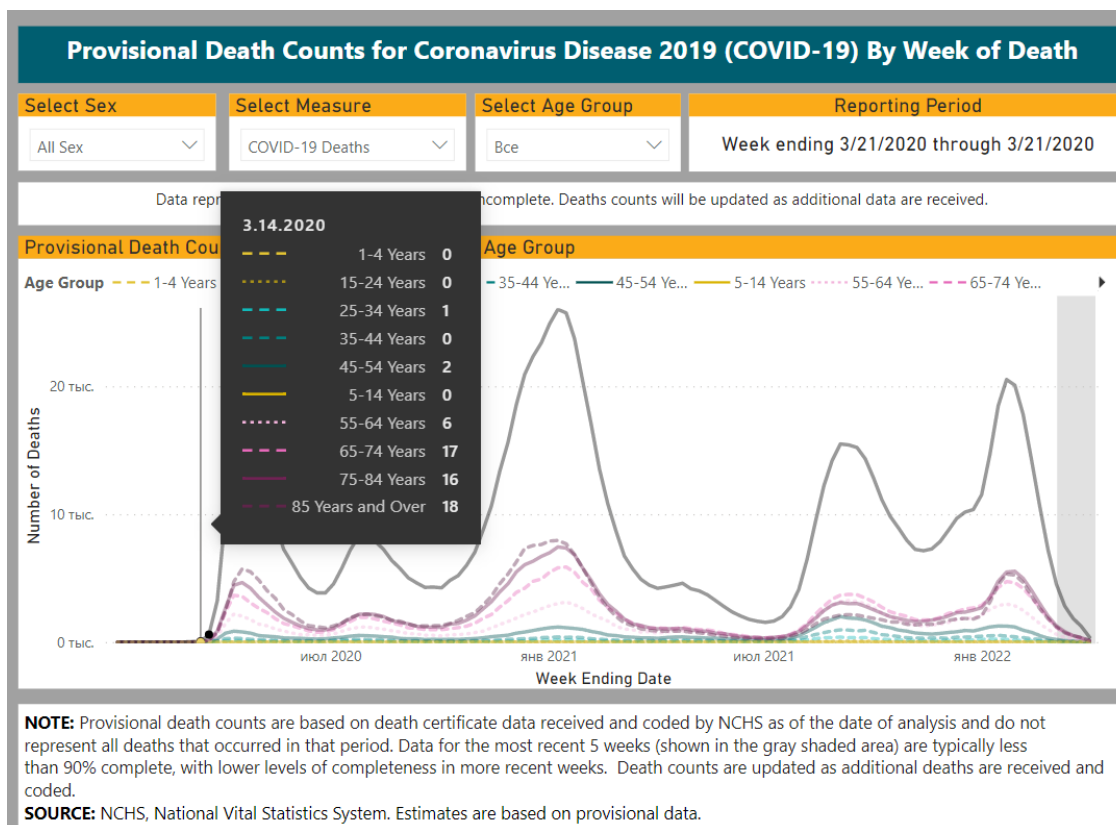


Рисунок 1. Смертность от COVID19 в период с 2020 по 2022г.г (США)

Центр контроля за инфекционными заболеваниями (CDC) в содружестве с SARM и ACOG в течении 2-х лет пандемии вели тщательную статистику материнской и младенческой заболеваемости, а так же осложнений течения беременности и родов в период пандемии. На официальном ресурсе CDC предоставлена последняя информация по статистике различных состояний, связанных с беременностью и родами у женщин в период с 2018 по 2022г. По данным статистики проведен сравнительный анализ различных патологий, возникающих у беременных женщин и новорожденных. Результаты анализа говорят от возросших процентах осложнений течения беременности и родов и младенческой заболеваемости, которые связаны с пандемией COVID19. Количество оперативных родов в 2021г. Составило 32-32.2% (2018г. – 31.8%); количество недоношенных в 2021г – 11% (2018г. – 9.8%); низкий вес при рождении в 2021г. – 8.7% (2018г. – 8%) [13].

Программа вакцинации против COVID-19 в США началась 14 декабря 2020 года. К апрелю 2021г. Полную вакцинацию получили 30% населения США, к июлю 2021г. эта цифра достигла 50%. На апрель 2022г. 66.3% населения США получили полную вакцинацию от КВИ. Большой заинтересованностью государства остается возросшая материнская и младенческая смертность и заболеваемость во время пандемии COVID19. Проведены многочисленные наблюдения за беременными женщинами, перенесшими COVID19, выводы по всем данным однозначны: риски самой инфекции значительно превышают риски вакцинации женщин репродуктивного возраста и беременных женщин [15]. Среди заболевших COVID19 беременных женщин варианты тяжелого течения, госпитализации в ОАРИТ и смертность была выше среди пациенток, не прошедших вакцинацию от COVID19.

Регистр CDC, содержащий большую часть данных о вакцинированных во время беременности, в настоящее время насчитывает более 114 тыс. женщин (данные на 17 мая 2021 г.) [16]. Опубликованы данные о 827 пациентках, вакцинированных во время беременности. Частота осложнений беременности не отличалась от частоты осложнений у не вакцинированных пациенток. Был сделан вывод о том, что на сегодняшний день нет данных, свидетельствующих о негативном влиянии вакцинации на течение беременности и перинатальные исходы [16, 17,18].

Целевая группа ASRM COVID вынесла 18.01.2021г. свои рекомендации для женщин репродуктивного возраста, которые планируют беременность в котором говорится, что вакцинация против COVID-19 **рекомендуется** женщинам, которые планируют беременность или беременны, чтобы свести к минимуму риски для себя и своей беременности

Эта позиция согласуется с Консультативным комитетом по практике иммунизации Центра США по контролю и профилактике заболеваний и Американского колледжа акушеров-гинекологов.

В том же отчете, подчеркнуто, что пациенты и врачи должны использовать совместную модель принятия решений о необходимости вакцинации.

По данным Рисунка 2, на котором отражена динамика вакцинации беременных женщин в США за период с декабря 2020г. по апрель 2022года, видно, что более 80% беременных женщин вакцинированы.

Figure 2: Percent of Pregnant People Ages 18–49 Years Fully Vaccinated with COVID-19 Vaccine Before or During Pregnancy Overall, by Race/Ethnicity, and Week Ending Date — Vaccine Safety Datalink,\* United States  
December 14, 2020 – April 2, 2022

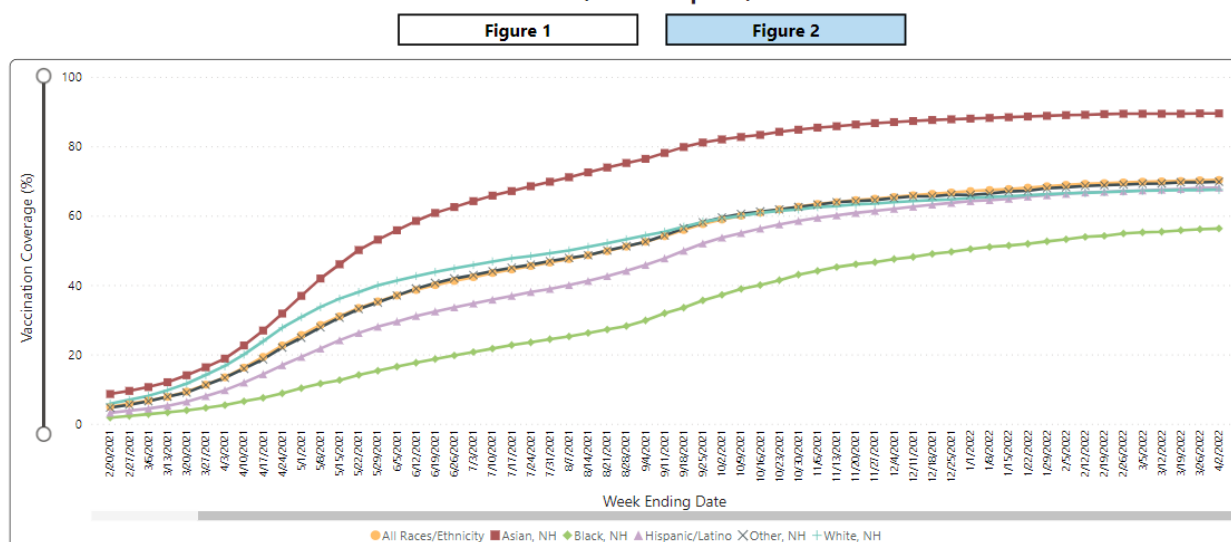


Рисунок 2. Процент беременных женщин от 18 до 49 лет, вакцинированных от КВИ до или во время беременности в период с декабря 2020г. по апрель 2022г.

Страны Европы после Китая подверглись мощнейшему всплеску заболеваемости и смертности от КВИ. Смертность в странах Европы на данный момент составляет 1,3%, что соответствует общемировым показателям. Всеобщая вакцинация населения Европы вакцинами Pfizer и Moderna началась с января 2021года, на данный момент в странах Западной Европы вакцинировано 76-80% населения, в странах Восточной Европы вакцинировано 65-70% населения.

Европейские научные сообщества тщательно следят и изучают влияние КВИ на течение беременности и родов. В одном из исследований по исходам беременностей у женщин, перенесших КВИ во время беременности. У госпитализированных матерей, инфицированных коронавирусными инфекциями, в том числе COVID-19, >90% из которых также перенесли пневмонию, преждевременные роды являются наиболее частым неблагоприятным исходом беременности. Инфекция COVID-19 была связана с более высокой частотой (и суммарной долей) преждевременных родов, преэклампсии, кесарева сечения и перинатальной смерти. Не было опубликованных случаев клинических доказательств вертикальной передачи [19].

Другое мультикогортное исследование включило 2130 беременных женщин из 18 стран для оценки симптомов и ассоциаций между COVID-19 во время беременности и материнскими и неонатальными исходами [20]. Женщины с диагнозом COVID-19 по сравнению с женщинами без диагноза COVID-19 подвергались значительно повышенному риску тяжелых осложнений



беременности, включая преэклампсию/эклампсию/HELLP-синдром, госпитализацию в отделение интенсивной терапии или направление на более высокий уровень помощи, а также инфекции, требующие антибиотики, а также преждевременные роды и низкий вес при рождении. Риск материнской смертности составил 1,6%, т. е. в 22 раза выше в группе женщин с диагнозом COVID-19. Важно отметить, что у женщин с диагнозом COVID-19, которые уже подвергались высокому риску преэклампсии и COVID-19 из-за ранее существовавшего избыточного веса, диабета, гипертонии, сердечных и хронических респираторных заболеваний, риск развития преэклампсии/эклампсии был почти в 4 раза выше, что может отражать известную связь с этими сопутствующими заболеваниями и/или острым повреждением почек, которое может возникнуть у пациентов с COVID-19.

Риски тяжелых неонатальных осложнений, в том числе пребывание в отделении интенсивной терапии в течение 7 дней и более, а также суммарный показатель тяжелой неонатальной заболеваемости и его отдельных компонентов также были существенно выше в группе женщин с диагнозом COVID-19 [20].

12,1% новорожденных, рожденных от женщин с положительным тестом, также дали положительный результат, в подгруппе матерей/новорожденных после кесарева сечения с положительным результатом составил 72,2%. Обнадешивает то, что, поскольку SARS-CoV-2 не был выделен из грудного молока, грудное вскармливание не связано с каким-либо увеличением числа новорожденных с положительным результатом теста.

European Medicine Agency (EMA) сообщает о проведении анализа нескольких исследований, которые объединили 65000 беременных разных стран, прошедших вакцинацию мРНК вакциной в разный период беременности. Обзор данных не обнаружил повышения риска осложнения течения беременностей, выкидышей, преждевременных родов или побочных эффектов у новорожденных детей. Исследование показало, что мРНК вакцина у беременных женщин снизила риск госпитализации и смерти, как и у небеременных женщин [21, 22, 23, 24].

EMA рекомендует проводить вакцинацию мРНК вакциной в любом сроке беременности, а так же в прегравидарном периоде с целью уменьшения рисков тяжелого течения КВИ во время беременности [20].

ESHRE как основная организация, выпускающая рекомендации по ведению программ ЭКО и подготовке к беременности выпустило последнюю рекомендацию по вакцинации женщин, планирующих беременность и программу ЭКО:

- ESHRE рекомендует, чтобы мужчины и женщины имели доступ к услугам по фертильности, и такой доступ не должен зависеть от наличия вакцин против COVID-19 или от решения отдельных пациентов о вакцинации.

- У мужчин и женщин, получающих вакцину, представляется разумным отложить лечение вспомогательной репродукции по крайней мере на несколько дней после завершения вакцинации.

- В настоящее время нет информации о роли вакцинации у пациентов и персонала, которые перенесли болезнь COVID-19 и могли выработать иммунитет.

- ESHRE рекомендует контролировать результаты лечения вспомогательной репродукции и сравнивать их у вакцинированных и невакцинированных пациентов [26].

В Республике Казахстан не менее остро протекала пандемия КВИ. На момент апреля 2021года всего в РК заболело 1,39 миллиона человек, из которых 19013 умерло (смертность в РК от КВИ составила 1,36%). Города, в которых по данным статистики наибольшее количество населения, заболевшее и умершее от COVID19: г. Нур-Султан (247600) и г. Алматы (245000 человек) [27].

Казахстан, как и другие страны мира принимают законы и решения о вакцинации беременных. За последние 2 года пандемии материнская смертность возросла в 3 раза. На 10 000 родившихся живыми материнская смертность в 2018г. составила 139 женщин, в 2019г.-143 женщины, в 2020г. – 339 женщин, что соответствует трехкратному увеличению показателя (Рисунок 3). Пик материнской смертности пришелся на июль 2020г.



В 2020 году материнская смертность **выросла в три раза.**

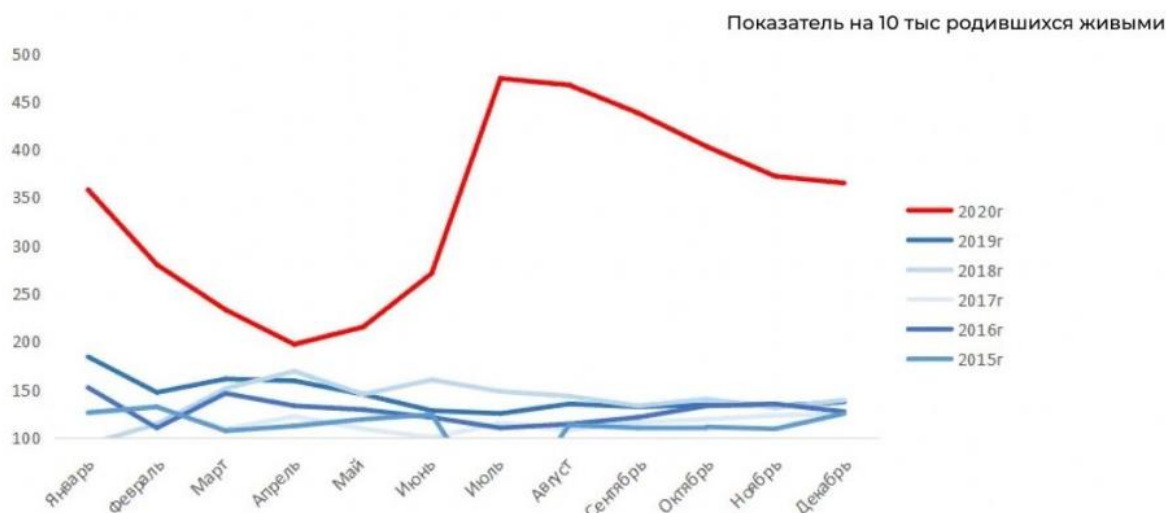


Рисунок 3. Динамика показателей материнской смертности в РК за период с 2015 по 2020г.г.

А в разрезе регионов наибольший уровень был зафиксирован в Северо-Казахстанской области.



Рисунок 4. География материнской смертности за 2020г. В РК по регионам.

Среди причин увеличения материнской смертности эксперты МЗ РК указывают влияние пандемии КВИ на течение беременности.

Массовая вакцинация от COVID19 в РК началась с февраля 2021г. На момент 17.04.22года 9 209 000 человек получили оба компонента вакцины от COVID19. Динамика вакцинации населения Казахстана в 2021году была достаточно хорошей: на момент 15.04.2021г. только 0,5% населения было вакцинировано от КВИ, к 1.09.2021г. количество вакцинированных в РК достигло 29%, а к 17.04.2022г. составляет 49,1%. [28].

В РК зарегистрировано 8 вакцин от КВИ: Спутник-V, QazVac (QazCovid-in), CoronaVac, Спутник Лайт, Nayat-Vax, Vero Cell (Sinopharm), Комирнати (Pfizer), Спутник М (Гам-КОВИД-Вак-М) [29].

По постановлению Главного государственного санитарного врача Республики Казахстан от «13» января 2022 года № 2 для проведения профилактических прививок против КВИ подросткам в возрасте от 12 до 18 лет, беременным и женщинам в период лактации применяется вакцина «Комирнати» (Пфайзер, США), рекомендованная для данных категорий граждан. Женщинам, получившим одну дозу вакцины против КВИ до наступления беременности, рекомендуется

завершить первичный курс вакцинации против КВИ одной дозой вакцины «Комирнати» (Пфайзер, США) в периоде с 16 по 37 недели беременности.

На 17.04.2022г. количество в Республике Казахстан вакцинировано 31438 беременных женщин двумя компонентами вакцины «Комирнати» (Пфайзер, США) (Рисунок 5)



Рисунок 5. Количество вакцинированных беременных женщин на 17.04.2022г. в Республике Казахстан.

На данный момент руководство страны и Министерство Здравоохранения сделали максимум для всеобщего доступа к вакцинации от COVID19. Каждый гражданин РК имеет прямой и быстрый доступ к вакцинации в любом медицинском учреждении, а так же в пунктах вакцинации. Министерство Здравоохранения зарегистрировало 8 наименований вакцин, который прошли испытания и доказали свою высокую эффективность в выработке пост прививочного иммунитета у населения РК. Выработка коллективного иммунитета у населения привела резкому снижению регистрации новых случаев заболевания COVID19 (в апреле 2022г. Число новых выявленных случаев колебалось от 0 до 50 в день по всей Республике). Именно вакцинация дала контроль над заболеваемостью и снижению процента смертельных исходов COVID19.

Для женщин репродуктивного возраста лучшим вариантом вакцинации является введение вакцины в прегравидарном периоде, т.е. при планировании зачатия. Именно в период подготовки к беременности организм женщины адекватно ответит на введение вакцины и выработает иммунитет к коронавирусу. Активная пропаганда вакцинации населения репродуктивного возраста должна привести к снижению заболеваемости и смертности среди беременных женщин от COVID19, а так же снижению перинатальных потерь.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1 Poon, LC, Yang H, Lee JC, et al. ISUOG Interim Guidance on 2019 novel coronavirus infection during pregnancy and puerperium: information for healthcare professionals. Ultrasound Obstet Gynecol. 2020.doi: 10.1002/uog.22013.

2 Информация с сайта: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-on-COVID-19-pregnancychildbirth-and-breastfeeding>.

3 Белокриницкая Т.Е., Артымук Н.В., Филиппов О.С., Шифман Е.М. Динамика эпидемического процесса и течение новой коронавирусной инфекции COVID-19 у беременных Дальневосточного и Сибирского федеральных округов. Гинекология. 2020; 22 (5): 6–11. DOI: 10.26442/20795696.2020.5.200439

4 Liu H, Wang LL, Zhao SJ, Kwak- Kim J, Mor G, Liao AH. Why are pregnant women susceptible to COVID- 19? An immunological viewpoint. J Reprod Immunol. 2020;139:103122.

5 Khan MMA, Khan MN, Mustagir MG, Rana J, Haque MR, Rahman M.M. COVID- 19 infection during pregnancy: a systematic review to summarize possible symptoms, treatments, and pregnancy outcomes. medRxiv. 2020. 10.1101/2020.03.31.20049304 12. Yan J, Guo J, Fan C, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID- 19) in pregnant women: a report based on 116 cases. Am J Obstet Gynecol. 2020;223(1):111.e1- 111.e14.

- 6 Collin J, Bystrom E, Carnahan A, Ahrne M. Pregnant and postpartum women with SARS-CoV-2 infection in intensive care in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2020 May 9. doi: 10.1111/aogs.13901.
- 7 Diriba K, Awulachew E, Getu E. The effect of coronavirus infection (SARSCoV-2, MERS-CoV, and SARS-CoV) during pregnancy and the possibility of vertical maternal-fetal transmission: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Med Res.* 2020 Sep 4;25(1):39. doi: 10.1186/s40001-020-00439-w. PMID: 32887660; PMCID: PMC7471638.
- 8 Jafari M., Pormohammad A., Sheikh Neshin S.A., Ghorbani S., Bose D., Alimohammadi S., Basirjafari S., Mohammadi M., Rasmussen-Ivey C., Razizadeh M.H., Nouri-Vaskeh M., Zarei M.. Clinical characteristics and outcomes of pregnant women with COVID-19 and comparison with control patients: A systematic review and meta-analysis. *Rev Med Virol.* 2021 Jan 2:e2208. doi: 10.1002/rmv.2208. Epub ahead of print. PMID: 33387448.
- 9 Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy. Version 12: RCOG, 14.10.2020. 77 p
- 10 Jafari M., Pormohammad A., Sheikh Neshin S.A., Ghorbani S., Bose D., Alimohammadi S., Basirjafari S., Mohammadi M., Rasmussen-Ivey C., Razizadeh M.H., Nouri-Vaskeh M., Zarei M.. Clinical characteristics and outcomes of pregnant women with COVID-19 and comparison with control patients: A systematic review and meta-analysis. *Rev Med Virol.* 2021 Jan 2:e2208. doi: 10.1002/rmv.2208. Epub ahead of print. PMID: 33387448.
- 11 Diriba K, Awulachew E, Getu E. The effect of coronavirus infection (SARSCoV-2, MERS-CoV, and SARS-CoV) during pregnancy and the possibility of vertical maternal-fetal transmission: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Med Res.* 2020 Sep 4;25(1):39. doi: 10.1186/s40001-020-00439-w. PMID: 32887660; PMCID: PMC7471638.
- 12 Capobianco G., Saderi L., Aliberti S., Mondoni M., Piana A., Dessole F., et al. COVID-19 in pregnant women: A systematic review and meta-analysis [published online ahead of print, 2020 Jul 16]. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020; S0301- 2115(20)30446-2. doi:10.1016/j.ejogrb.2020.07.006
- 13 [https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/covid\\_weekly/index.htm](https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/covid_weekly/index.htm)
- 14 <https://www.cdc.gov/nchs/covid19/technical-notes-outcomes.htm>
- 15 Ko JY, DeSisto CL, Simeone RM, et al. Adverse pregnancy outcomes, maternal complications, and severe illness among U.S. delivery hospitalizations with and without a COVID-19 diagnosis [published online ahead of print, 2021 May 12]. *Clin Infect Dis.* 2021;ciab344. doi:10.1093/cid/ciab344external icon
- 16 <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/effectiveness.html>
- 17 Shimabukuro Tom T., et al. Preliminary findings of mRNA COVID-19 vaccine safety in pregnant persons. *New England Journal of Medicine.*2021.
- 18 University of Oxford. RECOVERY trial, interim results 2020 [<https://www.recoverytrial.net/results>]. Accessed 2021 Feb 12
- 19 Outcome of coronavirus spectrum infections (SARS, MERS, COVID-19) during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol MFM*2020 May;2(2):100107. doi: 10.1016/j.ajogmf.2020.100107. Epub 2020 Mar 25.
- 20 Maternal and Neonatal Morbidity and Mortality Among Pregnant Women With and Without COVID-19 InfectionThe INTERCOVID Multinational Cohort Study *JAMA Pediatr.* 2021;175(8):817-826. April 22, 2021
- 21 Kachikis A, Englund JA, Singleton M, Covelli I, Drake AL, Eckert LO. Short-term Reactions Among Pregnant and Lactating Individuals in the First Wave of the COVID-19 Vaccine Rollout. *JAMA Network Open.* 2021;4(8):e2121310.
- 22 Zauche LH, Wallace B, Smoots AN, et al. Receipt of mRNA Covid-19 vaccines and risk of spontaneous abortion. *N Engl J Med* 2021;385:1533-1535.
- 23 Magnus MC, Gjessing HK, Eide HN, Wilcox AJ, Fell DB, Håberg SE. Covid-19 Vaccination during Pregnancy and First-Trimester Miscarriage. *N Engl J Med.* 2021 Nov 18;385(21):2008-2010.
- 24 Kharbanda EO, Haapala J, DeSilva M, et al. Spontaneous Abortion Following COVID-19 Vaccination During Pregnancy. *JAMA.* 2021 Oct 26;326(16):1629-1631.

- 25 <https://www.ema.europa.eu/en/news/covid-19-latest-safety-data-provide-reassurance-about-use-mrna-vaccines-during-pregnancy>
- 26 COVID-19 vaccination and assisted reproduction Statement from the ESHRE COVID-19 Working Group Date of first publication: 12 January 2021 Last update: 08 June 2021
- 27 <https://www.coronavirus2020.kz/>
- 28 Источник статистических данных информационный портал:  
[https://www.google.com/search?rlz=1C1YTUH\\_ruKZ1001KZ1001&sxsrf=APq-WBvsEhmCzwzpGwDYWopAKxfDxeXzFw:1650206254962&q=%D0%92%D0%B0%D0%BA%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0+%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%B8%D0%B2+COVID-19&si=ANhW\\_NoJ2qnokM-\\_T1OcSbqtuEZwAV8ODco\\_30MwEyRWOUwAr\\_HIMKGGJTUeO0kr-ACjhbt1zk6Vp0j8tBwt839LbnTTLfNef3LJySrZPvQRdhZdU9u4OA5C17Zc52IL1GkG0JVErPEFN08iywdGgBU7SS\\_1SuD4ww%3D%3D&sa=X&ved=2ahUKewjh\\_oetqZv3AhUDvYsKHxFyAG4Q\\_Z8HegQINBAA&biw=1536&bih=754&dpr=1.25](https://www.google.com/search?rlz=1C1YTUH_ruKZ1001KZ1001&sxsrf=APq-WBvsEhmCzwzpGwDYWopAKxfDxeXzFw:1650206254962&q=%D0%92%D0%B0%D0%BA%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0+%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%B8%D0%B2+COVID-19&si=ANhW_NoJ2qnokM-_T1OcSbqtuEZwAV8ODco_30MwEyRWOUwAr_HIMKGGJTUeO0kr-ACjhbt1zk6Vp0j8tBwt839LbnTTLfNef3LJySrZPvQRdhZdU9u4OA5C17Zc52IL1GkG0JVErPEFN08iywdGgBU7SS_1SuD4ww%3D%3D&sa=X&ved=2ahUKewjh_oetqZv3AhUDvYsKHxFyAG4Q_Z8HegQINBAA&biw=1536&bih=754&dpr=1.25)
- 29 <https://www.gov.kz/memleket/entities/kmfk/press/news/details/231370?lang=ru>



## **ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД К ФОРМИРОВАНИЮ ОБРАЗА ЖИЗНИ СОВРЕМЕННОГО ЧЕЛОВЕКА**

*Окroadze О.Ю., врач-интерн кафедры «ВОП-2»,  
Бектан Б.Е., врач-интерн кафедры «ВОП-2»,  
Научный руководитель - Биболова А.С., к.м.н.,  
доцент кафедры «ВОП-2»  
Южно-Казахстанская медицинская академия,  
г. Шымкент, Казахстан  
e-mail: [okroadze@mail.ru](mailto:okroadze@mail.ru)*

**ВВЕДЕНИЕ.** Проблема образа жизни на протяжении многих десятилетий является одной из самых актуальных проблем нашего времени и требует интегрированного подхода фундаментальных наук.

Наши логические представления о здравом смысле и образе жизни, чаще основывающиеся на построении опыта жизни наших предков и ограниченном опыте жизни современного человека, не достаточны для понимания образа жизни. Работа в этом направлении требует большой смелости мысли, переоценку ценностей и интегрированного изучения социокультурных, гендерный аспектов современного общества. Само представление об образе жизни требует углубленного понимания сущности человека.

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ.** Провести интервью-анкетирование на предмет представления об образе жизни молодежи в возрасте 20-30 лет, а также анкетирование на приоритеты ценностей современного человека.

**МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Мы проводили интервью-анкетирование 140 человек зрелого возраста в офлайн режиме на предмет представления об образе жизни, состоящий из контрольных вопросов раскрывающих данную тему. Также провели анкетирование 130 человек того же возраста на предмет приоритетов ценностей современного человека. В анкету мы включали вопросы эмоционально-значимого и чувственного для человека, что в свою очередь показывает индивидуальные личностные потребности индивида.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Раскрывая собственное понимание образа жизни 76,6% опрошенных связывают его с рациональным питанием, отсутствием вредных привычек, регулярной физической активностью, что явно демонстрирует суживый взгляд на данную тему. Только единицы, принявшие участие в анкетировании, отождествляют образ жизни с полноценным социокультурным функционированием, удовлетворением потребностей всех уровней, в том числе и потребности самореализации.

При определении решающих факторов, влияющих на формирование полноценного образа жизни населения, 87% опрошенных отдали предпочтение материальным условиям и высказались за ведущую роль социально-экономических мер общества, считая, что социально-экономические мероприятия должны сыграть ведущую роль в качественном понимании образа жизни. Также 62% от общего количества опрошенных признают роль личностных особенностей людей и их свойств психолого-педагогического характера.

Известно, что система ценностей человека является характерологическим стержнем личности, отражающая его успешность в социуме, качеством жизни и состоянием соматического здоровья. Последнее будет зависеть от того насколько его ценностные ориентации будут совпадать с теми, которые общество признает наиболее важными. Прежде всего это этические, социокультурные, религиозные ценности, патриотизм, альтруизм, свобода выбора и другие не менее важные составные, они занимают верхнюю часть шкалы общественных ценностей.

Мы путем анкетирования изучали приоритеты ценностей среди студентов-медиков старших курсов. В интервью-анкетировании мы включали вопросы, характеризующие индивидуальные личностные потребности каждого отдельного индивида, такие как любовь, ненависть, зависть, успех, обыденность, отношение к обществу, семье, политике, государству и



т.д. В результате анкетирования 130 человек, многие из которых на вопросы, касающиеся мотивационных принципов в отношении политики, социальных и личностных проблем, общественных взаимоотношениях, отвечали неопределенным образом. Ответы слагались к следующему: «Не задумывался», «Изменить ничего нельзя», «Двойственные чувства», «Затрудняюсь ответить» и т.д. Но по результатам абсолютное большинство опрошенных 74% - главенствующую роль отводят семье, на втором месте любовь к миру, жизни, близким.

Обращает внимание наличие у третьей части опрошенных внутриличностные конфликты, трудности коммуникации в обществе, общении в семье, занижении самооценки и пр. Корень перечисленных трудностей и проблем человека слагаются их многих факторов той среды где находится индивид.

Потребность для человека и его психической деятельности чаще определяется как нуждаемость, нехватка, которую организм пытается восполнить, взамен чего получает состояние удовлетворения – процесса снятия напряжения и возвращения организма в состояние психосоматического равновесия. Нередко, именно характерологические и личностные особенности индивида служат триггерными системами для становления невротических и психосоматических расстройств. Где нарушается то самое психическое равновесие между потребностью и реализацией, а следовательно и удовлетворением. Считается, что в условиях возникновения на человека некой психической травмы возникает альтернатива: либо в связи с высокой стрессоустойчивостью и под влиянием наследственно обусловленной психологической защиты и компенсаторных механизмов ЦНС человек долгое время остается психически и соматически здоровым, либо он заболевает неврозом или психосоматическим заболеванием. Причем по мнению некоторых ученых психосоматическое заболевание возникает и у тех, кто в силу особенностей личности не может позволить себе невротический тип реагирования, а именно демонстрацию тревоги или страха, фиксацию на своих ощущениях и пр.

**ВЫВОДЫ.** Мы полагаем, что в перспективе можно говорить о повышении качества жизни в развитии социальных услуг для населения, в том числе ориентированных на здоровый образ жизни. Также важно активное, упорное привнесение актуальной и грамотной информации об образе жизни с обязательным интегрированным подходом всех сфер фундаментальных наук. Необходимо понять феномен человека, принцип целостной организации во всех его аспектах, чего медицинская наука в виду ориентированного и проецированного исследования преимущественно физического тела не может дать на сегодняшний день. В древности существовали глубокие представления о человеке как целостной структуре связанной с миром. В настоящее время наука переводит эти представления на свой профессиональный - научный язык, положив в основу прежде всего достижения квантовой физики, нейрофизиологии, психологии и пр.

К пониманию целостности человека можно приблизиться с помощью системного подхода. Система представляет собой совокупность элементов и связей между ними, функционирующих как единое целое. Уместно напомнить о психозкологии окружающей среды, где затрагиваются важные моменты этики поведения, знания законов коммуникации, совместимость людей по темпераменту и других психопараметров, информационному метаболизму, интересам, уровню понимания жизни и т.д.

Перспективным направлением в формировании полноценного образа жизни является осознание иерархичности организации управления сущностной структурой человека – это просветительская и профилактическая деятельность в следующих направлениях: 1) индивидуальная психогигиена с элементами самопознания, т.е. сохранение здоровья психики на высоком уровне за счет управления ее состоянием; 2) психозкология жизненного пространства; 3) психическое оздоровление, т.е. восстановление психической работоспособности и адаптивности к социальной среде за счет восстановления количества энергии и гармоничности психики человека; 4) коллективная общность в важных и основных пониманиях современной жизни.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:**



- 1 А. Маслоу «Теория человеческой мотивации» (цит. по: Маслоу А. Мотивация и личность. — СПб.: Евразия, 1999.
- 2 А. Маслоу «Дальние пределы человеческой психики»
- 3 Психэкология | Смирнов Игорь Викторович, 2003 г.
- 4 Петри Э. Ю. Антропология. Основы антропологии.
- 5 Дерягина М. А. Эволюционная антропология: Биологические и культурные аспекты. Учебное пособие. 2-е издание, исправленное. М.: Изд-во УРАО, 2003.
- 6 Лич Э. Культура и Коммуникация: Логика взаимосвязи символов.
- 7 О. И. Дорогина, Нейрофизиология, 2019 г.

## COVID-19 АУЫРҒАН НАУҚАСТАРҒА ЖҮРГІЗІЛГЕН КҮТІМ МЕН КӨМЕКТІҢ ТИІМДІЛІГІН БАҒАЛАУ

Онгалова Роза Аширалиқызы  
7M10110 «Мейіргер ісі» білім беру бағдарламасы  
бойынша 2 курс магистранты  
С. Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ  
Алматы қ., Қазақстан Республикасы  
e-mail: [ongalovaroza@mail.ru](mailto:ongalovaroza@mail.ru)

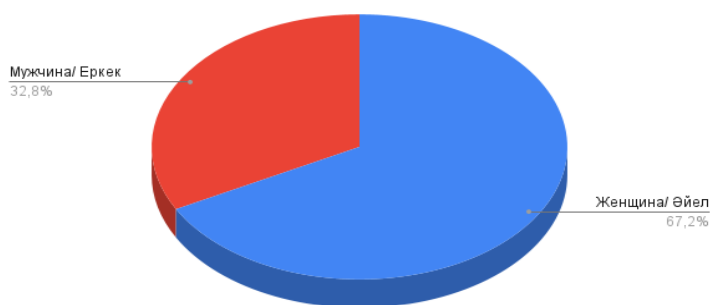
ТҮЙІНДЕМЕ: COVID-19 пандемиясы медициналық көмек көрсетудің жаңа аспектілерін ашты. Пандемия мейірбикелік көмектің маңыздылығын және мәртебесін көтерді.

ТҮЙІНДІ СӨЗДЕР: COVID-19 пандемиясы, мейірбикелік көмек, алғашқы медициналық-санитарлық көмек.

КІРІСПЕ. Медбикелер бүкіл әлемде пандемия кезіндегі алдыңғы қатардағы медицина қызметкерлері және симптомдары бар науқастармен бірінші рет байланыста болғандар ретінде танылады. Қайта қарауды қажет ететін осы биологиялық соғыста әлемнің агенттіктері отбасылық, әлеуметтік, физикалық, физикалық, рухани немесе эмоционалды болсын, барлық аспектілерде қамқорлық қажет екенін атап өтеді [1]. Мейірбике ісі ең үлкен медициналық мамандық болып табылады және денсаулықты сақтау, жағдайларды бағалау және тәулік бойы көмек көрсету үшін маңызды; сонымен қатар медбикелер пациенттерге күтім көрсетудің барлық салаларында басқа медицина мамандарымен жұмыс істейді [2].

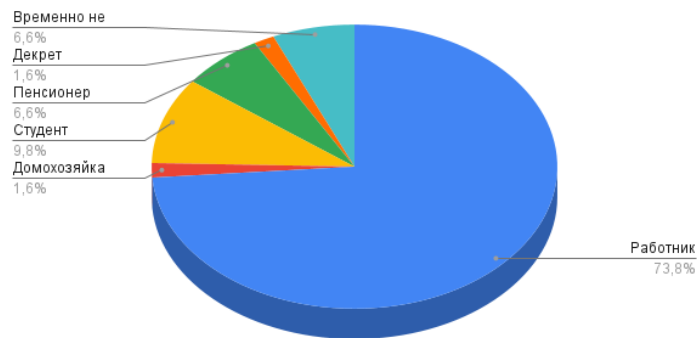
МАТЕРИАЛДАР МЕН ӘДІСТЕР. Зерттеу жұмысының ауқымында COVID-19 ауырған науқастарға 35 сұрақтан тұратын әлеуметтік сауалнама жүргізілді. Сауалнама негізінде №1 Қалалық емханада тіркелген COVID-19 ауырған науқастарға оңалту шаралары бойынша жүргізілген күтім мен көмектің тиімділігі бағаланды.

ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ. №1 Қалалық емханада тіркелген COVID-19 ауырған 61 науқасқа сауалнама жүргізілді. Сауалнамаға жауап бергендердің 20 (32,8%) - еркектер, қалған 41 (67,2 %) - әйелдерді құрап тұр (сурет 1).



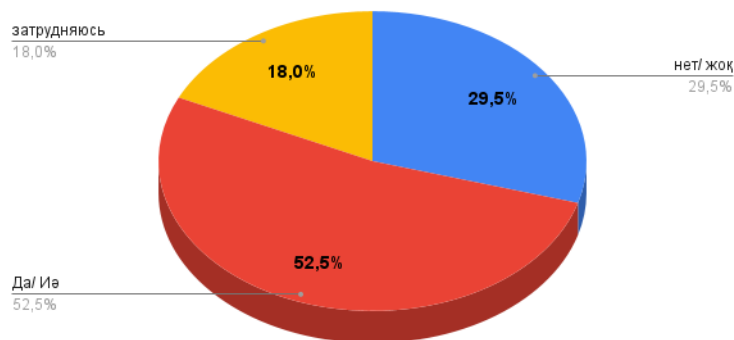
Сурет 1. Жынысы

Науқастардың әлеуметтік мәртебесіне сай қатысушылардың 45 (73,8 %) жұмыскерлер (сурет 2).



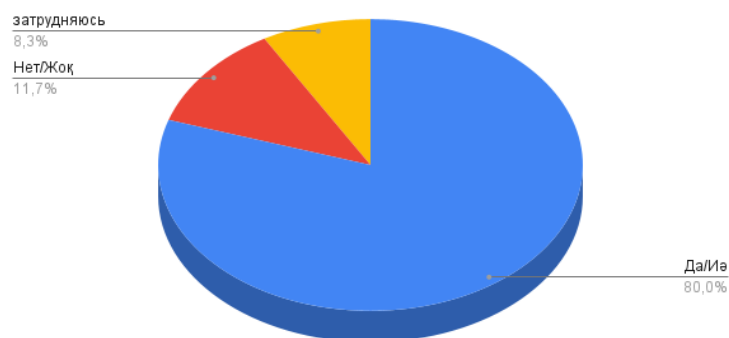
Сурет 2. Сіздің әлеуметтік мәртебеңіз

Мейірбикелердің ақпараттармен қамту деңгейін бағалау бойынша зерттеуге қатысушылардың 32 (52,5 %) мейірбике қабылдау кезінде буклеттер, брошюралар және парақшалар түрінде ақпаратпен танысуды ұсынды деп жауап берсе, 18 (29,5 %) мүлдем болмағанын көрсетті, 11 (18%) жауап беруге қиналды (сурет 3).



3 сурет. Медбике сізге қабылдау кезінде буклеттер, брошюралар және парақшалар түрінде сіздің ауруыңыз туралы қосымша ақпаратпен танысуды ұсынды ма?

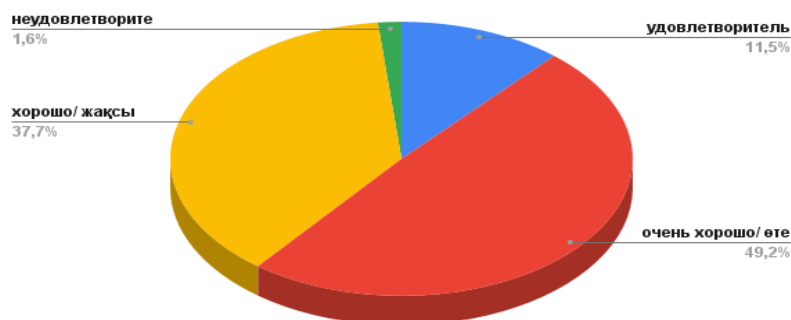
Қатысушылар «Медбике тағайындауын егжей-тегжейлі түсіндірді ме? (гимнастикалық жаттығулар, дәрі-дәрмектер қабылдау)» деген сұраққа 48(80 %)- «Иә» жауабын белгіледі, 7 (11,7 %) - «Жоқ» нұсқасын, «Жауап беруге қиналамын» деп 5(8,3%), нәтижелерге қарай мейірбикелердің ақпараттандыруы жоғары деңгейде деп бағалауға болады (сурет 4).



Сурет 4. Медбике сізге дәрігердің тағайындауын егжей-тегжейлі түсіндірді ме? (гимнастикалық жаттығулар, дәрі-дәрмектер қабылдау)

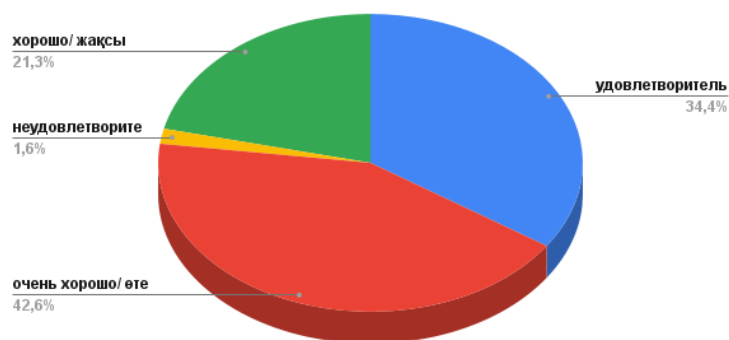
Келесі сұраққа: «Медбикелер сізге осы емханада қызмет көрсету кезінде сыпайы және құрметпен қарады ма?» қатысушылардың 53 (83,3 %) - «Иә» деп жауап берді, 7 (11,7%) - «Жоқ» жауап нұсқасын таңдады, нәтижеге сай емханадағы мейірбикелік қарым-қатынасты жоғары деп бағаланды. Мейірбикелік көмек көрсетуді зерттеуге қатысушылардың 30 (49,2%) - «Өте жақсы»,

23 (37,7%) – «Жақсы», 7 (11,5%) – «Қанағаттанарлық», 1 (1,6%) – қанағаттанарлықсыз деп жауап берді (сурет 5).



Сурет 5. Осы емханада мейірбикелік көмек көрсетуді бағалаңыз

Медбике тарапынан психологиялық қолдауды ( әңгімелесу, кеңес беру) қатысушылар 26 (42,6%) - «Өте жақсы», 13 (21,3%) – «Жақсы», 21 (34,4%) – «Қанағаттанарлық», 1 (1,6%) – қанағаттанарлықсыз деген нұсқаларды көрсетті (сурет 6).



Сурет 6. Медбике тарапынан психологиялық қолдауды ( әңгімелесу, кеңес беру) бағалаңыз

**ҚОРЫТЫНДЫ.** Қатысушылар мейірбикенің ақпараттандыруын жоғары бағалады. Мейірбикенің көмек көрсету біліктілігін қатысушылардың тек жартысы жоғары санады. Мейірбике тарапынан психологиялық көмек дәрежесі зерттеуге қатысушылар арасында орташа деңгейді құрады. Көмек көрсету біліктілігін арттыру мақсатында мейірбикелерге жылына 2-3 рет лекция, семинар, конференция немесе басқа орталықтармен білім алмасуды қолдану ұсынылады.

#### ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1 Backes MTS, Carvalho KM, Santos EKA, Backes DE. New coronavirus: what does nursing have to learn and teach in times of a pandemic? Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl. 2):e20200259. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0259>

2 Cowling JB, Ali ST, Ng TWY, Tsang TK, Li JCM, Fong MW et al. Impact assessment of non-pharmaceutical interventions against coronavirus disease 2019 and influenza in Hong Kong: an observational study. Lancet Public Health. 2020;5(5):e279-e288. doi: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30090-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30090-6)



## МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ И МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАСТЕНИЯ *NITRARIA SCHOBERI L.*

Паренова Р.А. PhD докторант;  
Ауэзгалиева А.А. Студент 4-го курса;  
Киекбаева Л.Н. PhD, к.фарм.н., асс.профессор  
кафедры Инженерных дисциплин;  
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова;  
Кожанова К.К. PhD доктор, декан факультета ОЗ и Фармации  
Казахстанско-Российского Медицинского Университета  
г.Алматы, Казахстан  
e-mail: [ayazhan0601@gmail.com](mailto:ayazhan0601@gmail.com)

**РЕЗЮМЕ.** Представлены результаты анатомическое исследование селитрянки Шобера (*Nitraria schoberi L.*), растущий на территории Центрального Казахстана. Выявлено, что надземная часть рассматриваемого объекта содержит совокупность биологически активных веществ с практически ценными свойствами: катехины, флавоноиды, дубильные вещества и сапонины. Поэтому селитрянка Шобера является перспективным объектом для более подробного изучения

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** *Nitraria Schoberi L.*, микроскопия, метод Страсбургера-Флеминга.

**ЦЕЛЮ ИССЛЕДОВАНИЯ** является диагностика морфологических и анатомических признаков надземной части лекарственного растения *Nitraria Schoberi L.*

**ВВЕДЕНИЕ.** В данное время одним из важнейших источников сырья для химико-фармацевтической промышленности и аптек являются многочисленные лекарственные растения. Они – ценнейшие залежи различных и редких по строению природных соединений, обладающих физиологической активностью и, что крайне важно, малой токсичностью. Усердно растущая многократность во всем мире исследования в области химии природных соединений все время увеличивают число лекарственных препаратов на основе растительного сырья. Согласно исследованиям, лекарственные препараты на основе БАВ, в большинстве своём, обладают разнообразной действенностью и назначаются при лечении многих заболеваний, также есть все основания думать, что и в будущем, во всяком случае, ближайшем, роль лекарственного растительного сырья будет не уменьшаться, а напротив, возрастать. Флора Казахстана характеризуется богатейшим генофондом и уникальными запасами полезных растений, в первую очередь, дикорастущих видов, владеющих лечебными свойствами, так на его земли произрастает больше 1500 видов сосудистых растений. В качестве источника лекарственного сырья для удовлетворения части запросов медицинской и фармацевтической промышленности Казахстана, целесообразно использование перспективные малоизученные растения, одним из которых является растения семейства *Nitraria селитрянка Шобера*.

*Nitraria Schoberi L.* относится к семейству галофитных растений, локализуется в засоленных элементарных ландшафтах с высоким уровнем грунтовых вод. [1-2]. Растения семейства *Nitraria L.* привлекли внимание научных работников, так как обладают широким спектром биологических свойств, обусловленных наличием в составе флавоноидов, дубильных веществ, катехинов, антоцианов, пектиновых веществ, сахаров. Кроме того, они содержат алкалоиды со специфической структурой. *Nitraria Schoberi L.* является источником необычного лекарственного растения в структурном отношении и вызывающий интерес в плане биологически активных веществ, а также питательной ценностью.



**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:** При проведении исследований сбор исходного сырьевого материала проводился согласно общепринятым и классическим методикам полевых геоботанических исследований. Анатомические препараты готовились от руки и с помощью микротомы с замораживающим устройством. Для анатомического исследования использовали

фиксированные надземные органы растения *Nitraria Schoberi*, сухую массу растения. При определении морфологических особенностей растения использовалась бинокулярная лупа. Фиксация проводилась на 70% спирте (спирт, глицерин, вода, 1:1:1) по методике Страсбургера-Флемминга. Толщина анатомических срезов составляла 10-15 мкм. Снимки анатомического строения были сделаны с помощью микроскопа МС-300 (MICROS, Austria). При описании особенностей анатомического строения использовалась общепринятая терминология. [3].

**ОБЪЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ:** Надземная часть селитрянки Шобера (Сем: Nitrariaceae - Селитрянковые, Род: *Nitraria* - Селитрянка, Вид: *N. Schoberi* L. - Селитрянка Шобера) собранная в период цветения на побережье реки Или в Алматинской области Республики Казахстан.

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ:**

Селитрянка Шобера имеет невысокие колючие и ветвистые кустарники, имеющие высоту до 2 м с очерёдными, цельными или слабозазубренными, мясистыми листьями, с маленькими прилистниками. Побеги крепкие, колючие, ветвистые, покрытые беловатой корой. Цветки актиноморфные, собраны в соцветия (завитки). Околоцветник представлен 5 мясистыми чашелистиками, 5 желтовато-белыми лепестками, 10—15 тычинками и единственным пестиком. Цветет в мае-июне, плоды созревают в июле-августе. (Рисунок 1)

<p>Рис 1. Строение надземной части растения селитрянки Шобера</p>	<p>Рис 2. Микроскопия селитрянки Шобера</p>
	
<p>Вегетативные органы: 1-стебель; 2- лист;</p>	<p>1- стержневая паренхима; 2- склеренхима; 3- схизогенные накопительные ткани; 4- первичная кора; 5- эпидерма; 6-волоски</p>

При рассмотрении поперечного среза наблюдается изолатеральное строение листа: сверху и снизу под эпидермисом располагается 2-3 слоя полисадных мезофилла, а в середине губчатый мезофилл. Пучки закреплены коллатерально. При рассмотрении листа с поверхности наблюдаются клетки эпидермиса с многоугольными стенками с обеих сторон листовой пластинки. Устьица окружены 5-6 клетками (аномацидный тип). На поверхности нижнего эпидермиса встречаются простые одноклеточные тонкостенные волоски.

На поперечном срезе стебля наблюдается вторичное строение. Покровная ткань-эпидерма, на которой располагаются простые одноклеточные волоски, далее располагается кора, содержащая клетки паренхимы и крупные запасающие тонкостенные клетки. Склеренхима закладывается кольцом и состоит из 3-4 слоев лубеных волокон, далее расположено кольцо камбия. Ксилема и флоэма закладываются сплошными кольцами, образуя не пучковое строение. В центре наблюдается сердцевина, состоящая из крупных округлых паренхимальных клеток. (Рисунок 2)

**ВЫВОДЫ:** Основными анатомо-морфологическими признаками *Nitraria Shoberi* L являются следующие:



- клетки эпидермиса с многоугольными стенками с обеих сторон листовой пластинки;
- сверху и снизу под эпидермисом располагается 2-3 слоя полисадных мезофилла, а в середине губчатый мезофилл;
- на поперечном срезе стебля наблюдается вторичное строение;
- устьица окружены 5-6 клетками;
- при рассмотрении листа с поверхности наблюдаются клетки эпидермиса с многоугольными стенками с обеих сторон листовой пластинки.

Комплекс описанных признаков указывает на то, что исследуемое вещество представляет собой состав частей растений *Nitraria Shoberi L.*

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

- 1 Бобров Е.Г. Об азиатских видах рода *Nitraria L.* // Советская ботаника, 1946. – Т. 14, № 1. – С. 19–30.
- 2 Петров М.П. Хозяйственное значение селитрянок // Известия АН Туркменской ССР. 1964. №2. С. 41–45.
- 3 Вехова и др., 1980, Барыкина Р., 2004, Прозина М. Н.

## **САМАЙ-ТӨМЕНГІ ЖАҚ БУЫНЫНЫҢ ДИСФУНКЦИЯСЫНЫҢ ПАЙДА БОЛУЫНА ПАРАФУНКЦИОНАЛДЫ БЕЛСЕНДІЛІКТІҢ ӘСЕРІ**

*Рақымжан Айзада Нұрланқызы  
2 курс, «Қоғамдық денсаулық сақтау»  
Қарағанды медициналық университеті,  
Қарағанды қ., Қазақстан Республикасы  
e-mail: [aiza.rakhimzhan02@mail.ru](mailto:aiza.rakhimzhan02@mail.ru)*

**ӨЗЕКТІЛІГІ:** Көптеген эпидемиологиялық зерттеулерге сәйкес, халықтың 40-60%-да СТЖБд симптомдары бар. СТЖБд термині шайнау жүйесінің тірек-қимыл аппараты құрылымдарымен байланысты клиникалық бұзылулар ауқымы ретінде анықталады. СТЖБд-н тудыруы мүмкін көптеген факторлар бар, олар сонымен қатар бруксизмді, тістерді қысуды және басқа да парафункционалды әдеттерді қамтиды. Бұл фактордың әсерін зерттеу және бағалау болашақта бірлескен ауруларды диагностикалау мен емдеуге көмектеседі.

**МАҚСАТЫ:** Самай-төменгі жақ буынының дисфункциясының (СТЖБд) пайда болуына парафункционалды белсенділіктің әсерін бағалау.

### **МІНДЕТТЕРІ:**

- СТЖБд таралуын зерттеу;
- СТЖБд пайда болуына әсер ететін факторларды анықтау;
- СТЖБд-на парафункционалды белсенділіктің әсерін бағалау.

**Гипотеза:** Парафункционалды әдеттер СТЖБ-мен байланысты проблемалардың пайда болуына үлкен әсер етеді.

### **ЗЕРТТЕУ МАТЕРИАЛДАРЫ:**

Сырқаттанушылық статистикасы:

- халықтың 5-65% құрайды.
- Жасөспірімдер мен жастарда 16-30%.
- Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының мәліметтері бойынша 20-дан 50 жасқа дейінгі халықтың шамамен 40%-ы СТЖБ дисфункциясымен ауырады.

• СТЖБ бұлшықет-артукулярлық дисфункциясы бар науқастар бірлескен патологияның функционалды түрде анықталған нысандары бар науқастардың 78,3-95,3% құрайды.

СТЖБд тудыратын факторлар:

- Бұлшықеттерге шамадан тыс жүктемелер;
- Тістердің, әсіресе шайнау тістерінің ерте жоғалуы;
- Парафункционалды әдеттер;
- Жарақаттар.

**ЗЕРТТЕУ ӘДІСІ:** Мен мета-анализді таңдадым, себебі:

Деректердің сандық талдауы, соның арқасында бізге берілген деректердің нәтижелерін талдай аламыз. Нәтижелердің дәлдігін білеміз, мүмкін болатын қателерді қараймыз.

**НӘТИЖЕЛЕР:** Мен Черногорияда, Бразилияда, Италияда және Жапонияда жүргізілген 4 көлденең зерттеуді қарастырдым, онда сауалнаманы пайдалана отырып, парафункционалды әдеттердің СТЖБд пайда болуымен байланысы туралы нәтижелер алынды, оған барлығы 2039 адам қатысты.

Черногорияда 6 жастан 11 жасқа дейінгі балалар арасында зерттелетіндердің 34,18% буынында проблемалар болды және 69,62% жаман әдеттерге ие болды, дегенмен нәтижелер әдет түріне қарамастан оральды жаман әдеттердің болуы мен самай-төменгі жақ бұзылулардың (хи-квадрат сынағы) арасында ешқандай байланыс жоқ екенін көрсетті.

Бразилияда жүргізілген зерттеу парафункционалды әдеттер СТЖБд симптомдарының басталуымен және/немесе өршуімен байланысты маңызды факторлар болуы мүмкін екенін көрсетеді, дегенмен олардың қатысуын жақсырақ түсіну үшін әрбір әдетті осы дисфункцияның

нақты диагноздарымен және әртүрлі СТЖБ кіші топтарының этиологиясымен байланыстыратын тереңірек талдау қажет.

Италияда авторлар алдыңғы зерттеулерге сәйкес күндізгі қысу/сықырлау және миофасциалды ауырсыну арасында маңызды байланысты тапты. Дегенмен, алдыңғы буын кеңістігін азайту және дискінің қысылуын анықтау үшін кесінділерді қысу хабарланғанына қарамастан, зерттеу тырнақ тістеудің талданған СТЖБ дисфункцияларының ешқайсысы үшін қауіп факторы емес екенін көрсетті.

СТЖБд симптомдары сыналушылардың 12,9% табылды. Сәйкес бір өзгермелі логистикалық регрессиялық талдау, сағыз шайнау, иекті қолға тіреп қатты тағамдарды жеу, жатқан күйде ұйықтау және дауыс жаттығулары СТЖБ симптомдарына әсер етуі мүмкін.

**ҚОРЫТЫНДЫ:** Жоғарыда келтірілген клиникалық зерттеулерді талдай келе, СТЖБд пайда болуында парафункционалдық белсенділік рөл атқарады деген қорытындыға келдік, алайда, барлық жаман әдеттер рөл атқармайды, бірақ олардың кейбіреулері ғана рөл атқарады, мысалы, тістерді қысу, сағыз шайнау, иекті қолға тіреу. Алдында ұсынған гипотеза расталды, өйткені бұл фактор әлі де буындардағы проблемалардың пайда болуына айтарлықтай әсер етеді.

#### **ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:**

1 De Leeuw R, Glasser G. Orofacial pain: guidelines for classification, assessment, and management. 5th ed. Chicago: Quintessence Publ. Co.; 2013.

2 <https://www.webmd.com/oral-health/guide/temporomandibular-disorders-tmd>

3 Merighi LBM, Silva MMA, Ferreira AT, Genaro KF, Berretin-Felix G. Occurrence of temporomandibular disorders (TMD) and its relationship with deleterious oral habits in children from Monte Negro - RO. Rev CEFAC 2007; 9(4):497-503.

4 A. MICHELOTTI; I. CIOFFI; P. FESTA; G. SCALA; M. FARELLA (2010). Oral parafunctions as risk factors for diagnostic TMD subgroups. , 37(3), 157–162. doi:10.1111/j.1365-2842.2009.02033.x

5 Paulino, Marcilia Ribeiro; Moreira, Vanderlucia Gomes; Lemos, George Azevedo; Silva, Pâmela Lopes Pedro da; Bonan, Paulo Rogério Ferreti; Batista, André Ulisses Dantas (2018). Prevalência de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular em estudantes pré-vestibulandos: associação de fatores emocionais, hábitos parafuncionais e impacto na qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva, 23(1), 173–186. doi:10.1590/1413-81232018231.18952015

6 Karibe H, Shimazu K, Okamoto A, Kawakami T, Kato Y, Warita-Naoi S. Prevalence and association of self-reported anxiety, pain, and oral parafunctional habits with temporomandibular disorders in Japanese children and adolescents: a cross-sectional survey. BMC Oral Health 2015; 15:8.



## **ШАЛА ТУЫЛҒАН НӘРЕСТЕЛЕДІҢ АНАЛАРЫНА ОҚЫТУ ЖҰМЫСТАРЫН ҰЙЫМДАСТЫРУ**

*Сұлтанбаева Н.Ж.*

*«Мейіргер ісі» мамандығының 1 –курс магистранты  
Ғылыми жетекшісі: м.ғ.к., доцент Сейдахметова А.А.*

*Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы  
Шымкент қ., Қазақстан Республикасы*

*e-mail: [sultanbaeva-n@mail.ru](mailto:sultanbaeva-n@mail.ru)*

**КІРІСПЕ.** Әлемде жыл сайын 15 миллионға жуық бала мерзімінен бұрын туылады. Орташа алғанда, бұл 10-нан 1 баланың ерте туылуы. Мерзімінен бұрын босану (шала туылған нәрестенің туылуы) - бұл жүктіліктің толық 37 аптасы аяқталғанға дейін пайда болған босану. Жүктілік мерзімі (гестация кезеңі) соңғы етеккір циклінің бірінші күнінен бастап шартты түрде есептеледі. Постконцептуалды жас терминін қолдануға болады - ананың соңғы етеккір циклінің басынан бастап апталарда шала туылған нәрестенің болжамды жалпы жасы [1].

Шала туылған нәрестенің құрсақтан тыс жағдайларға бейімделуі оның туылған сәтінен басталады. Бейімделу терморегуляцияға және тыныс алу функциясының қалыптасуына байланысты. [2].

Сырқат нәрестелер бөлімшесінде нәрестені күтудің оңтайлы жағдайларын жасау мейіргер негізгі қызметі. Күтімнің екінші кезеңінде мейіргердің міндеттеріне мыналар кіреді: деформацияларды болдырмау үшін дененің жағдайын бақылау; тері күтімін, арнайы манипуляцияларға дайындау; жылу режимін ұстау; қорғау режимі (жарық, дыбыс, ауырсыну тітіркендіргіштерін шектеу); жанасу, сипауды сенсорлық ынталандыру; кувезді дезинфекциялауды тұрақты жүргізу; тыныс алуды бақылау; дене салмағын мониторингілеу; ата-аналардың күтімге қатысуы және және парентералдық тамақтануын үйрету; [3].

Күтімнің екінші кезеңінде мейіргерлер шала туылған нәрестелер ауруларының алдын алу үшін оқыту жұмыстары ұйымдастырылды. Оқу сабақтарында дәрістер өткізіледі: шала туған нәрестелердің анатомиялық және физиологиялық ерекшеліктері; жаңа туған нәрестелердің бейімделу жағдайы; тыныс алу жүйесін жетілдіру әдістері, әр түрлі аурулардың алдын алу және т.б. Аналармен қарым-қатынас мейіргер жұмысының ажырамас бөлігі болып табылады. Яғни, мейіргер аналарға барынша мейірімді болып, аналармен сенімді қарым – қатынас жасай отырып, жай күйін түсінуі керек. Нәресте күтімін ғана емес, қарым – қатынас дағдыларын меңгеруі қажет. Аналарды оқыту барысында тыныс алу функциясын жетілдіруге арналған массаж және гимнастика әдістемесі үйретіледі [4].

Массаж классикалық және гимнастика әдістерін қамтиды. Бұл әдістерді бір мезгілде немесе рет-ретімен (кезекпен) қолдануға болады. Балаға 1 ай – жай соққы. 1,5-2 ай-массаж моториканы қалыптастыруға ықпал ететін гимнастикамен біріктірілуі керек, 3-4 ай-баланы бүйіріне бұруға мәжбүр етіңіз: алдымен бір жағына, содан кейін екінші жағына жатқызу арқылы жүргізу керек. [5].

**ЗЕРТТЕУ МАҚСАТЫ:** Нәрестелер аналарына шала туылған нәрестелер тыныс жүйесін жетілдіру жұмыстарын жүргізуді мейіргерлік ұйымдастыру.

**МАТЕРИАЛДАР МЕН ӘДІСТЕРІ:** Зерттеу Шымкент қаласы, Облыстық клиникалық балалар ауруханасының «Сырқат нәрестелер бөлімшесінде» жүргізілді. Шала туылған нәрестелерді бөлімшесінде өткізілген іс-шараларының қызметіне қанағаттанушылық туралы ата-аналардың пікірлеріне талдау жүргізу үшін сауалнама жүргізілді. Оқуға қатысқан аналардың жасы 18-36. Сауалнама мейіргерлердің кеңесі және тәжірибелік сабақтар өткізілген кейін жүргізілді. Аналар сауалнамада көрсетілген жеке сұрақтарға құпия түрде жауап берді. Сауалнамада 10 тармақ болды, оның ішінде біреуін немесе бірнеше нұсқаны таңдау мүмкіндігі бар сұрақтар қойылды. Аналардың жеке ойын білу үшін ашық сұрақтар ұсынылған.

**НӘТИЖЕЛЕРІ ЖӘНЕ ТАЛҚЫЛАУ.** Оқу сабақтарының тиімділік жағдайын білу үшін жүргізілген сауалнамада: 50 аналардың – 36 ана (72%) өте жақсы меңгерген; 10 ана (20%) жақсы меңгерген, 4 ана (8%) қанағаттанарлық деңгейде екенін анықталды.

Зерттеу барысында шала туылған нәрестелер көбінесе 30 жастан асқан аналарда (53,0%), ал нәрестелердің тек 14,6% - ы 18-25 жас аралығындағы аналарда туылғаны анықталды. Дене салмағы төмен және шала туудың жетекші факторлары 30 жастан асқан аналардың жасы, ананың созылмалы соматикалық аурулары, жыныс жолдарының инфекциясы, репродуктивті жүйесің ауытқулары екені негізделді.

Ата - аналардан сауалнама жүргізу кезінде аналардың 30 (60,0%) - ы жоғары білімі , 7,3 (14,6%) - ы арнайы орта және 12 (24,0%) - ы орта білімі бар екендігі анықталды .

Сауалнама нәтижесі бойынша аналардың оқу сабақтарын қабылдауы негізгі біліміне және жас ерекшелігіне де байланысты екені көрінді. Зерттеу нәтижесінде жас аналардың 18-25 жастағы аналардың оқуға белсенділігі байқалды. Аналардың алынған білімдерін тәжірибиеде қолдана білуі оқытудың тимділігінің көрсеткіші болып табылады.

Аналардан алынған сауалнама бойынша мейіргерлік оқу жұмысын ұйымдастырудың оңтайлы нәтиже беріп жатқандығын көрдік. Аналардың 92% - ы мейіргерлік көмекке қанағаттанған, қалған 8% жауап беруден бас тартты.

Оқыту сабақтарын жүргізу арқылы шала туылған нәрестелердің сыртқы ортаға бейімделуін және өкпенің оксигенациясындағы өзгерістердің жақсаруын байқаймыз. Сауалнама барысында аналар мейіргерлерге қойылатын негізгі талаптарды түсініп, медициналық көмектің сапасын жақсарту бойынша өз ұсыныстары мен ескертулерін білдіруге мүмкіндік алды.

**ҚОРЫТЫНДЫ.** Зерттеу жұмыстарының нәтижесінде оқу жұмыстарының жүргізілуі, аналардың нәрестелер күтімінде тәжірибие жинақтауы маңызды рөл атқарады. Аналар бөлімше мейіргерінің тұрақты бақылауымен шала туылған нәрестені күту дағдыларын үйрене алады. Оқу жұмысын ұйымдастыруда шала туылған нәрестелерде мейіргерлер қызметінің үлкен маңызға ие екені анықталды. Шала туылған нәрестелердің жай-күйіндегі өзгерістерді бөлімше мейіргерлерінің тұрақты бақылауы, толыққанды емшек емізуді сақтау, аналарды оқыту және білікті күтімді ұйымдастырып, бақылап отыруында.

#### **ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:**

1 Мокеева И.Г. Абилизация младенцев – путь к успешному развитию детей; Логопедический портал, 2017 – 1 с.

2 Д.О. Иванова, Д.Н. Суркова. — Особенности оказания медицинской помощи детям, родившимся в сроках гестации 22—27 недель /2013 - 132 с.

3 Шабалов, Н. П. Неонатология : в 2 т. Т- Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016 - С -324

4 Федоров Дмитрий Владимирович - Выпускная квалификационная работа Тема: «Особенности ухода и организации выхаживания недоношенных детей в условиях перинатального центра » - 2019.

5 Г. А. Самсыгина. - 2-е изд., Кашель у детей. Клиническое руководство перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021 - С -131.

## ӘЙЕЛДЕРДІҢ СҮТ БЕЗІ ҚАТЕРЛІ ІСІГІНІҢ СКРИНИНГІНЕН ӨТПЕУ СЕБЕПТЕРІН АНЫҚТАУ

*Талгатпекқызы Ақниет  
Қоғамдық денсаулық сақтау, I курс  
Ғылыми жетекші - PhD Алексеева Н.У.  
Марат Оспанов ат. Батыс Қазақстан медицина университеті  
Ақтөбе қ., Қазақстан Республикасы  
e-mail: [talgatpekkyzy@bk.ru](mailto:talgatpekkyzy@bk.ru)*

**ӨЗЕКТІЛІГІ.** Қатерлі ісік - бүкіл әлемдегі өлімнің негізгі себептерінің бірі, 2020 жылы 10 миллионға жуық адам қайтыс болды. Сүт безі обырынан болатын аурушандық пен өлім-жітім деңгейінің өсуіне қарамастан, әйелдер арасында сүт безі қатерлі ісігінің скринингтік көрсеткіштері төмен болып қалуда. Сүт безі қатерлі ісігінің скринингіне қатысуға әсер ететін көптеген кедергілер мен сенімдер бар. Талдау нәтижесінде әйелдерге тілдік, діни барьерлердің, ұялу, психологиялық тұрғыда қорқу бар екені, отбасылық және әлеуметтік жағдайлары әсер ететді. Көптеген әйелдер сүт безі обырын алдын алуға және емделіп кету мүмкін емес деген пікірде.

**ЗЕРТТЕУДІҢ МАҚСАТЫ:** Әйелдердегі сүт безі қатерлі ісігі скринингінен өтпеу себептерін зерттеу

### МАТЕРИАЛДАР МЕН ӘДІСТЕР.

Мәліметтер базасынан әйелдердің сүт безі қатерлі ісігі скринингінен уақытылы өтпеу себептері тақырыбы бойынша табылған орыс-ағылшын тілінегі мақалаларға жүйелік шолу жүргізілді.

### НӘТИЖЕЛЕР

Сүт безі ісігі скринингінен өтпеу себептері бағаланған зерттеулердің нәтижелері бойынша тиісті мақалаларды іздеу PubMed, e-library мәліметтер базасында «скрининг», «әйелдер», «сүт безі обыры», «кедергілер» кілт сөздерін пайдалана отырып жүргізілді. Бастапқыда барлығы 1609 зерттеу табылды, оның 25-і зерттеуімізге сәйкес келеді. Тағы 5 зерттеу бірдей деректер қорында деректер болғандықтан енгізілмеді. Қолжазбаларда берілген әдебиеттер тізімін қарау арқылы қосымша 6 басылымдар табылды. Осылайша талдау үшін 31 зерттеу таңдалды. Талдауға орыс-ағылшын тіліндегі рецензияланған журналдарда соңғы 10 жылда жарияланған түпнұсқалық толық мәтінді мақалаларды қамтыды.

### ҚОРЫТЫНДЫ

Көптеген авторлар әйелдердің маммографиялық скрининг қызметтеріне қол жеткізуде көптеген кедергілер бар екенін атап өтеді. Зерттеудің нәтижесінде сүт безі қатерлі ісігінің скринингтік ұлттық бағдарламасы туралы хабардарлығы төмен және алғашқы медициналық-санитарлық көмектің профилактикалық қызметтеріне қатысу шектеулі болды. Құпиялылық мәселелері анықталды және коммуникация жағынан қиындықтар, жазбаша ақпараттың болмауына байланысты қарым-қатынастағы бірқатар қиындықтар анықталды. Скринингті жоспарламаудың негізгі себептері дәрігердің кеңесінің болмауы, қорқыныш және ұялу болды. Зерттеуде сүт безі қатерлі ісігінің мәдени түрде сәйкес келетін араласу бағдарламаларын жасау және сүт безі қатерлі ісігі, скрининг және ерте анықтаудың артықшылықтары туралы хабардарлықты арттыру үшін әртүрлі арналарды (медициналық мамандар, бұқаралық ақпаратты құралдар, сүт безі қатерлі ісігінен аман қалғандар, қоғамдық көшбасшылары) пайдалану керектігін көрсетеді. Скринингтен уақытылы өтуге позитивті көзқарастағы әйелдердің жоғары білім деңгейі, жоғары табысы бар, әлеуметтік жағынан жақсы қамтылғаны екенін көрсетті.

### ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1 Tam Truong Donnelly, et al. Beliefs and attitudes about breast cancer and screening practices among Arab women living in Qatar: a cross-sectional study // BMC Womens Health. -2013 Dec 13;13-49.

2 Wei Zhang, et al. Breast cancer and breast screening: perceptions of Chinese migrant women living in New Zealand // *J Prim Health Care.*- 2014 Jun 1;6(2):135-42.

3 Emilie Ferrat, et al. Understanding barriers to organized breast cancer screening in France: women's perceptions, attitudes, and knowledge // *Fam Pract.*-2013 Aug;30(4):445-51.

4 Stéphane Cullati, et al. // Cancer screening in a middle-aged general population: factors associated with practices and attitudes // *BMC Public Health* -2009 Apr 29;9:118.5. Джанфранко Дамианиб, и др. // Влияние уровня образования на приверженность к скринингу на рак груди и шейки матки: данные систематического обзора и метаанализа. *Предыдущая Мед* 2015 декабрь; 81:281-9. 6. Кёнхэ Ким, Хэ-Ра Хан // Связь между санитарной грамотностью и поведением при скрининге рака груди и шейки матки: выводы системы надзора за поведенческими факторами риска // *Nurs Res* Май / июнь 2019; 68 (3): 177-188

## **СТРАТЕГИИ БОРЬБЫ С ВИЧ/СПИД: ОБЗОР ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ**

*Турдалиев Б.С., Байсеркин Б.С., Байсугурова В.Ю.  
КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова  
г.Алматы, Казахстан*

ВИЧ является одной из важных проблем общественного здравоохранения всех стран мира. В настоящее время, по данным глобальной статистики по ВИЧ, приведенной ЮНЕЙДС, за 2021 год в мировое число людей, живущих с ВИЧ, составляет в среднем 37,7 миллионов человек. Только за год прирост новых случаев инфицирования ВИЧ составил полтора миллиона человек [1].

Мировое здравоохранение поставило перед собой цель - закончить эпидемию СПИДа к 2030 г., которая была принята на заседании Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций (2015 г.) в целях устойчивого развития на период до 2030 года [2].

Основными мерами по борьбе с этой проблемой, которые предпринимают страны в настоящее время, являются антиретровирусная терапия в сочетании с доконтантной, то есть так называемая профилактическая комбинированная терапия, тестирование населения, добровольное мужское медицинское обрезание, использование мужских и женских презервативов с лубрикантами, разработка эффективных микробицидов и вакцин, информирование населения и другие направления [3].

Все направления являются комплексными и требующими серьезных усилий. Так, реализация антиретровирусной терапии должна быть обеспечена всем нуждающимся без исключения, что требует необходимости устранения неравенства в доступе медицинской помощи, полной и своевременной поставки качественных лекарственных препаратов. Важным является разработка и реализации стратегии соблюдения приверженности лечению и профилактики со стороны населения, обеспечения непрерывности лечения. Большое значение имеет поддержка людей со стороны медицинских организаций, особенно первичной медико-санитарной помощи, что обеспечит преемственность медицинской помощи, оказание комплексной интегрированной медицинской помощи, ориентированной на нужды и интересы населения.

В настоящее время усиливается бремя болезней из-за ВИЧ/СПИД за счет сочетания данного заболевания с туберкулезом, вирусного гепатита, диабета, онкологических заболеваний и других болезней, что влияет на развитие современных подходов комплексной медицинской помощи, ориентированной на нужды и интересы людей и, в дальнейшем позволяет снизить заболеваемость и смертность от данных заболеваний [4, 5].

Немаловажным является развитие паллиативной помощи, обеспечивающая возможность больным людям справляться с болью и другими симптомами.

В целом, страны разрабатывают политики, меры по предупреждению распространения ВИЧ, информированию населения о мерах профилактики, расширению тестирования, проведению антиретровирусной терапии, активного наблюдения за инфицированным населением.

В 2021 году 28,2 миллиона человек во всем мире получили антиретровирусную терапию, порядка 73% инфицированных ВИЧ людей имели доступ к лечению.

По данным официальных источников Казахстан занимает 73 место в списке рейтинга стран по распространению инфицирования ВИЧ, имея показатели распространения ВИЧ в пределах 0,3%.

В Казахстане внедрены большинство рекомендаций ВОЗ по профилактическим программам по ВИЧ, в частности, тестирование и консультирование; информационно-образовательная работа; доступ к презервативам; доступ к иглам и шприцам; профилактика с участием неправительственных организаций; постконтактная профилактика; применение



принципа «равный-равному» в аутрич-работе; профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку; антиретровирусная терапия для серодискордантных пар [6].

Предпринимаемые меры позволили добиться определенных показателей, таких как:

1. Распространенность ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15-49 лет составил 0,25%, что находится в прогнозируемых пределах (2019 г.)
2. В стране ежегодно увеличиваются объемы тестирования, в 2019 году проведено среди граждан РК более 3 млн. тестов.
3. Во всех регионах РК превышен охват тестированием 10% населения, фактически протестировано 14%.
4. Охват антиретровирусной терапией лиц, живущих с ВИЧ, увеличился до 68% (2018г. - 66%).
5. Отмечается снижение вертикального пути передачи до 1,3% (2018г. -1,9%).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- 1 UNAIDS. Global Statistics. Fact Sheet, 2018.  
[http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20150901\\_FactSheet\\_2018\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20150901_FactSheet_2018_en.pdf).
- 2 Глобальная стратегия сектора здравоохранения по ликвидации ВИЧ 2016-2021 на пути к ликвидации СПИДа//ВОЗ, 2016, 59 с.
- 3 Аглиуллина С.Т. с соавт. Современные стратегии профилактики ВИЧ-инфекции//Акта Biometrica Scientifica, 2018, vol.3, #1, p.26-32.
- 4 Приоритетные аспекты изучения проблемы ТБ/ВИЧ в условиях высокой распространенности ВИЧ-инфекции и ограниченных ресурсов //ВОЗ, 2010, 64 с.
- 5 Workowski, K, Bolan, G. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015 Recommendations and Reports / Vol. 64 / No. 3, p 1- 138
- 6 Министерство здравоохранения и социального развития РК. РПГ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом» Отчет о деятельности службы СПИД за 2015 год. По состоянию на: 22 августа 2016 <http://www.rcaids.kz/files/00002614.pdf>

## ҚЫЗЫЛОРДА ОБЛЫСЫ ХАЛҚЫ АРАСЫНДА ҚҰТЫРУ АУРУЫНЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙЫН БАҒАЛАУ

Утепова Ж.Д., Долтаева Б.З., Утепов П.Д.  
«Гигиена және эпидемиология» кафедрасы  
Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы  
Шымкент қ., Қазақстан Республикасы  
e-mail: [gigienakafedra@mail.ru](mailto:gigienakafedra@mail.ru)

КІРІСПЕ: ХХІ ғасырдың 10 жылдығында, әлемдегі құтыру (гидрофобия, рабиес) ауруының халық пен жануарларға қауіптілігі тұрақтамай отыр, түрлі географиялық аймақтар мен жабайы жануарларының популяциясында кеңінен таралуы байқалып, бір қатар әлемнің мемлекеттерін экономикалық шығынға әкеліп соқтыруда. Бүгінде, адам баласының ауруға шалдығуы; Азияда елдерінде - 57,3%, Африкада - 22,6% және Америка континентінде - 19,2%, ал Европа елдеріне - 0,9% орын алуда [1]. Ондағы Азия елдерінің қатарында, Қазақстан халқының құтыру ауруына шалдығуы бірқатар жоғары болып, онда еліміздің Оңтүстік өңірінде құтыру ауруының көрсеткіші 2010-2021 жылдықта республикалық көрсеткіштің 65,8% құраған [2, 3].

**ЗЕРТТЕУДІҢ МАҚСАТЫ:** Қызылорда облысындағы 2017-2021 жылдықта халық арасында орын алған құтыру ауруының эпидемиологиялық жағдайын талдау болды.

**ЗЕРТТЕУ НЫСАНДАРЫ МЕН ӘДІСТЕРІ:** Қызылорда облысында 2017-2021 жылдары аралығында, жануарлардан түрлі жарақат алып антирабиялық көмекке жүгінген 11619 науқастардың медициналық құжаттары сарапталып, жүргізілген «емдеу-алдын алу иммундау сызбасында» қолданылған иммунды-биологиялық препараттарының (ИБП) сапасы бағаланады. Сондай-ақ, 350 облыс халқының құтырма ауруына байланысты алаңдаушылығы, ауруды алдын алуға бағытталған кезек күттірмейтін іс-шараларын меңгеруі жөнінде анкеталық сұхбат жүргізілді.

Зерттеу нәтижесі вариациялық статистика және корреляциялық әдістері мен статистикалық дәлділік Стьюдент параметрлік әдісімен бағаланды.

**ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІ МЕН ОНЫ ТАЛДАУ:** 2017-2021 жылдықта, облыс халықтары арасында жануарлардан тістелініп, тырналынып, сілекейленіп жарақаттану жағдайы 41,1% кеміген (кесте 1). 2017 жылы түрлі жануарлардан жарақат алып, антирабиялық көмекке жүгінген науқастар 2819 жағдайда орын алып, 100 мың халыққа шаққандағы көрсеткіш 371,0, ал 2018 жылы 2823 науқас, 100 мың халыққа шаққандағы көрсеткіш 368,8 құрап, 4 абсолюттік жағдайға артқан. 2019 жылы антирабиялық көмекке жүгінген науқастар 2491 жағдайда тіркеліп, 100 мың халыққа шаққандағы көрсеткіш 320,5, ал 2020 жылы 1825 науқас, 100 мың халыққа шаққандағы көрсеткіш 221,9 құраған. Сәйкесінше, 2021 жылы 1661 науқас, 100 мың халыққа шаққандағы көрсеткіш 202,7 құрап, 2017 жылмен салыстырғанда 1158 абсолюттік жағдайда тіркеліп, 30,3% кемігені айқындалады.

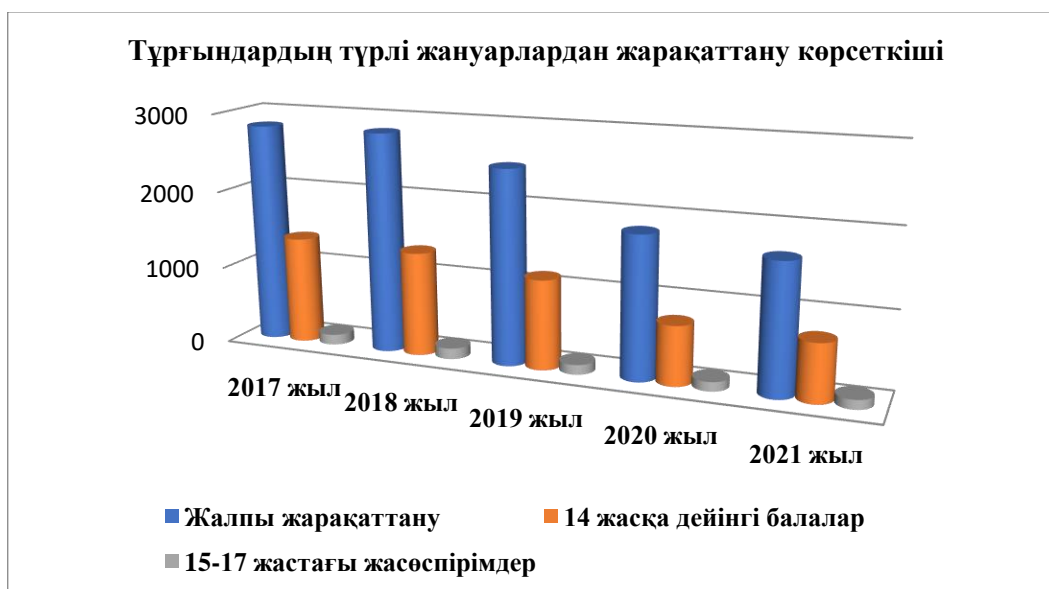
Кесте 1. 2017-2021 жылдарда тұрғындардың түрлі жануарлардан жарақаттану көрсеткіші

2017 жыл		2018 жыл		2019 жыл		2020 жыл		2021 жыл	
Жарақ ат саны	100 мың. халық. көрсеткі ші	Жарақ ат саны	100 мың. халық. көрсеткі ші	Жарақ ат саны	100 мың. халық. көрсеткі ші	Жарақ ат саны	100 мың. халық. көрсеткі ші	Жарақ ат саны	100 мың. халық. көрсеткі ші
2819	371,0	2823	368,8	2491	320,5	1825	221,9	1661	202,7

Бүгінге, әлем аумағында 14 жасқа дейінгі балалар мен 15-17 жастағы жасөспірімдердің жануарлардан жарақаттану жағдайы, әлеуметтік маңызға ие болуда. Бұл көрсеткіш облыс көлемінде, 2017 жылы жануарлардан жарақаттанған халықтардың тек, 53,4% балалар мен

жасөспірімдердің үлесіне тиесілі болып, онда 14 жасқа дейінгі балалар 1374 абсолюттік жағдайды құраса, 15-17 жастағы жасөспірімдер 132 жағдайды құраған. Сәйкесінше, 2018 жылы жануарлардан жарақаттанған тұрғындардың, 52,1% балалар мен жасөспірімдердің үлесінде, оның ішінде 14 жасқа дейінгі балалар 1333 абсолюттік жағдайда, 15-17 жастағы жасөспірімдерде 139 жағдайды құраған. 2019 жылы жарақаттанған халықтың, 51,2% балалар мен жасөспірімдердің үлесіне тиесілі, оның ішінде 14 жасқа дейінгі балалар 1150 абсолюттік жағдайды, ал 15-17 жастағы жасөспірімдер 125 жағдайды құрайды. 2020 жылы жарақаттанған халықтың, 48,1% балалар мен жасөспірімдердің үлесінде болып, онда 14 жасқа дейінгі балалар 759 абсолюттік жағдайда және 15-17 жастағы жасөспірімдер 119 жағдайды құраған. Сәйкесінше, 2021 жылы жарақаттанған тұрғындардың 51,9% балалар мен жасөспірімдердің үлесіне тиесілі болды, оның ішінде 14 жасқа дейінгі балалар 743 абсолюттік жағдайды, ал 15-17 жастағы жасөспірімдер 120 абсолюттік жағдайды құраған.

Зерттеудегі 2017 жылы жануарлардан жарақаттануға байланысты, алғашқы медициналық көмекке жүгінген 2819 науқастардың 0,9% (25 науқас) «табиғи» ошақ көзінің жабайы жануарларынан, 99,1% (2794 науқас) «антропургиялық» ошақ көзінде иесі жоқ қаңғыбас ит пен мысық және үй жануарларынан жарақат алған, жалпы жарақаттанған



Сурет 1. Тұрғындардың жас шамасына сәйкес, 2017-2021 жылдары түрлі жануарлардан жарақаттау көрсеткіші

науқастардың 0,14% (4 науқас) құтыру ауруына шалдыққан жануарларынан жарақат алғандар болып қалыптасқан. Ал, 2018 жылы жарақаттанған 2823 науқастардың 0,8% (23 науқас) «табиғи» ошақ көзінің және 99,2% (2800 науқас) «антропургиялық» ошақ көзінің жануарларынан жарақат алған, ал жалпы жарақаттанған науқастардың 0,11% (3 науқас) құтыру ауруына шалдыққан жануарларынан жарақат алғандығын көрсетеді. Сәйкесінше, 2019 жылы жануарлардан жарақаттанған 2491 науқастардың 1,2% (28 науқас) «табиғи» ошақ көзінің жабайы жануарларынан, 98,9% (2463 науқас) «антропургиялық» ошақ көзінің жануарларынан жарақат алған, ал жалпы жарақаттанған науқастардың 0,2% (5 науқас) құтыру ауруына шалдыққан жануарларынан жарақаттанған. Ал, 2020 жылы жарақаттанған 1825 науқастардың 1,4% (26 науқас) «табиғи» ошақ көзінің және 98,6% (2799 науқас) «антропургиялық» ошақ көзінің жануарларынан жарақат алған, ал жалпы жарақаттанған науқастардың 0,14% (4 науқас) құтыру ауруына шалдыққан жануарлардан жарақат алған. 2021 жылы жарақаттанған 1661 науқастардың 1,1% (19 науқас) «табиғи» ошақ көзінің және 98,9% (1642 науқас) «антропургиялық» ошақ көзінің жануарларынан жарақат алғандар болып құралды. Облыс халқының арасында, жалпы

жануарлардан жарақаттанған науқастардың 0,12%, яғни 2 науқасы, құтыру ауруына шалдыққан жануарларынан жарақат алғандар болып құралды.

Зерттеуімізде 2017-2021 жылдары антирабиялық көмекке жүгінген науқастардың 60% (6972 науқас) Қызылорда облысының ауылды елді мекенінің және 40% (4647 науқас) қала мен көлемі ірі болып келетін елді мекен тұрғындарын құраған. Бұл, облыста «антропургиялық» ошақ көзінің эпидемиологиялық маңыздылығы артқанын сипаттайды.

2017-2021 жылдары антирабиялық көмекке жүгінген 11619 науқастардың 0,03% (4 науқас) өз еркімен «емдеу-алдын алу иммунды» екпесінен бас тартқандар болып, ал 11615 науқастардың 60,4% (7017 науқас) «емдеу-алдын алу иммундау сызбасы» негізінде, шартсыз түрде «белсенділігі жойылған антирабиялық вакцинаның» 1,0 ml дозаның 3 екпесін 0, 3, 7 күндері және 38,2% (4436 науқас) шартты түрде «белсенділігі жойылған антирабиялық вакцинаның» 1,0 ml дозаның 6 екпесін 0, 3, 7, 14, 30, 90 күндері қабылдаған, ал жабайы және де иесі белгісіз, қаңғыбас жануарлардан жарақат алуына, инервациясы жоғары тіндердің зақымдануына байланысты, 73,5% (8537 науқас) «белсенділігі жойылған антирабиялық вакцинасымен» қатар, әр дене салмағының 1 кг есебінде 20 ХБ дозасында «гомогенді антирабиялық иммуноглобулин» қабылдаған. Сондай-ақ, дене жарақаттануының ауырлығына байланысты 1,4% (162 науқас) стационарлық жағдайда, «емдеу-алдын алу иммундау сызбасы» бойынша екпемен қатар, хирургиялық көмекті бірге қабылдаған. Жалпы антирабиялық көмек алған 11615 науқастардың арасында 16 науқас (0,17%) «емдеу-алдын алу иммундау сызбасындағы» емнің түрлі сатысында, екпе қабылдаудан өз еріктерімен бас тартқан.

Антирабиялық көмек көрсету қолданысындағы, Ресейде өндірілген «белсенділігі жойылған антирабиялық вакцина» мен «гомогенді антирабиялық иммуноглобулиннің» сапалық көрсеткіші мен медицина саласында антирабиялық көмек көрсетудің жоғары деңгейде жүргізілуін көрсетеді. Нәтижесінде, зерттеу мерзімінде 2021 жылы жануардан жарақат алған жалпы 1661 науқастардың, 1 жағдайында 100 мың халыққа шаққандағы 0,1 көрсеткіште, ересек науқастың «емдеу-алдын алу иммундау сызбасын» қабылдаудан өз еркінде бас тартуынан, құтыру ауруының өлім-жітім жағдайы тіркелген.

Жүргізілген анкеталық зерттеулерде, облыс тұрғындарының 85,7% құтырма ауруына байланысты алаңдаушылығы барын көрсетеді. Ауру туралы мағлұматты медицина қызметкерлерінен - 91,0%, бұқаралық ақпарат құралдарынан - 80,5%, жарақат алып ем қабылдаған адамдардан - 35,2% естіген. Аурудың жұқпа көзі, жабайы, ауылшаруашылық және үй жануарлары болып табылатынына және де алғашқы жарақат алғанда 1 күні медициналық көмекке жүгіну қажеттілігі жөнінде, тұрғындардың - 99,2% жауап берген.

**ҚОРЫТЫНДЫ:** зерттеуіміздің нәтижесінде, облыс көлемінде жүргізіліп жатқан құтыру ауруының алдын алудағы, санитариялық-эпидемиологиялық іс-шаралар мен көрсетілетін «антирабиялық» көмектің бір қатар бағыттарын жетілдіру қажет етеді, оның ішінде; - жануарлардан жарақат алған науқастар мен құтыру ауруының ошақ көздерін эпидемиологиялық зерттеп қараумен 100% толық қамту; - жануарлардан жарақат алған, ауруға күдікті деп табылған әр бір халықтарды «емдеу-алдын алу иммундау сызбасы» бойынша ем қабылдауын 100% қамтамасыз ету; - халық арасында құтыру ауруының алдын алу жөнінде, шынайы санитариялық ағарту жұмыстарын жүргізу болып табылады.

#### **ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:**

1 Утепов П.Д., Кобесова А.Е., Юлдашева Ш.Ю. Құтыру ауруы // Вестник ЮКГФА, - Шымкент, - 2017, Том 2, - №1 (78), - С.64-66.

2 Долтаева Б.З., Утепов П.Д., Юлдашева Ш.Ю. Эпидемиологическая характеристика бешенства в ЮКО // Журнал инфектологии, - Санкт-Петербург, - 2017, - №3, - С. 23-27.

3 Утепов П.Д., Қожатаева А.Р. Алғашқы медициналық санитариялық көмек деңгейіндегі құтырма ауруын алдын алуда жүргізілген іс-шараларды эпидемиологиялық бағалау // «Гигиена және эпидемиологияның өзекті мәселелері», - Түркістан, - 2013, - Б. 333-336.

## **АНАЛИЗ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В КАЗАХСТАНЕ**

*Турдалиева Б. профессор, д.м.н.  
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»  
Ким Н. доцент, к.м.н., Республиканский центр ИВБДВ,  
АО «Научный центр педиатрии и детской хирургии»  
Халыкова М. докторант 3 года обучения,  
Общественное здравоохранение,  
КазНМУ им. С. Д. Асфендиярова  
г. Алматы, Казахстан  
e-mail: [atokka@mail.ru](mailto:atokka@mail.ru)*

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Проблема питания детей раннего возраста напрямую связана с проблемой питания матерей как до родов, так и после. Приоритет исключительно грудного вскармливания является основополагающим и общепризнанным в питании детей до 6 месяцев.

Питание остается одним из определяющим фактором, влияющим на формирование здоровья детского населения, на развитие физиологических, когнитивных и физиологических показателей ребенка. Питание определяет степень взаимодействия ребенка с внешним миром. Дефицит либо несбалансированное питание в первые годы жизни может привести к задержке психомоторного и ментального развития ребенка.

**ЦЕЛЬ.** Оценить актуальность исключительно грудного вскармливания и его влияние на формирование здорового организма ребенка.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Материалы, используемые в данном анализе- официальные данные ЮНИСЕФ, статистические данные РК, а также надлежащая цитируемая литература.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ**

Анализ литературных источников, официальных данных показал, что на сегодняшний день в мире каждый третий ребенок в возрасте до 5 лет недоедает или имеет избыточный вес, тем временем каждый второй ребенок страдает от скрытого голода, так как испытывают дефицит в сбалансированном питании. В свою очередь это провоцирует развитие инфекционных заболеваний, снижение иммунитета и задержку развития интеллекта. [1].

Согласно данным ЮНИСЕФ за 2019 год в РК недостаточную массу тела имеют 2,0% детей в возрасте до пяти лет, задержка роста наблюдается у 8,0% детей, а 3,1% детей имеют не соответствующий вес для своего роста. Одновременно отмечается тенденция к избыточному весу почти у 20% детей в возрасте от 6 до 9 лет. Удручающими являются и показатели детей до 6 месяцев, из которых на исключительно грудном вскармливании находится меньше половины детей (38%). Примечательно, что большую часть составляют дети из сельской местности, разнообразное питание в свою очередь получают около половины детей (49%) [1,2,3].

Основываясь на показатели MICS (Кластерное обследование по многим показателям) 2015 года в РК примерно 38% детей в возрасте 0-5 месяцев находились на исключительно грудном вскармливании, более 70% детей на преимущественно грудном вскармливании. На грудном вскармливании остается около 60% детей в возрасте 12–15 месяцев и 21,1% детей в возрасте 20-23 месяца. Предпочтение исключительно грудному вскармливанию и преимущественно грудному вскармливанию чаще отдают в сельской местности (42,1% и 77,9% соответственно), чем в городской (33,7% и 68,8% соответственно).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Грудное молоко обладает исключительной усвояемостью и имеет натуральный сбалансированный состав, покрывающий все потребности растущего организма и способствует лучшей адаптации к внешнему миру и условиям окружающей среды. В свое время тесный контакт между матерью и ребенком способствует более быстрому формированию привязанности и чувства защищенности у ребенка. У детей с исключительно грудным вскармливанием наблюдаются значительное снижение пищеварительных дисфункций, оно



способствует защите от желудочно-кишечных инфекций. Грудное вскармливание в младенческом возрасте закладывает фундамент для хорошего и правильного развития организма ребенка. Также грудное вскармливание способствует снижению риска ожирения и сахарного диабета 1 типа в последующем. [4]. Грудное вскармливание, в течение первых дней жизни, защищает младенцев от инфекций и обеспечивает идеальным источником питательных веществ. Необходимо отметить экономичность и безопасность грудного вскармливания. Практика грудного вскармливания младенцев и детей раннего возраста может увеличивать их шансы на выживание, а также способствовать их оптимальному росту и развитию, в частности в критический двухгодичный период с момента рождения.

Полученные данные свидетельствуют о актуальности и необходимости дальнейшего изучения причин несбалансированного питания детей младшего возраста, разработка стратегий и методов работы с населением, подходов к формированию их здорового поведения.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

3 «Анализ положения детей в Казахстане.» Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ). 2019; 37.

4 Бабаева Б.Н., Ким Н.Г., Исмагулова С., Ербосынова М. Сводный отчет по результатам мониторинга внедрения универсально-прогрессивной модели патронажа в 5 областях Казахстана. 2020.

5 Оценка воздействия первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) на снижение младенческой и детской смертности в 2000-2017 годах в Казахстане. Оценка универсальной-прогрессивной модели патронажного посещения на дому итоговый отчет об оценке. Нур-Султан. 2019; 1: 22-25

6 Копейкин В.Н. Проблемы питания ребенка первого года жизни. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2013; 4: 108-111.



## **РАЗВИТИЕ МЕХАНИЗМОВ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID – 19**

*Шадман Мирас Нартайұлы*  
*магистрант образовательной программы*  
*7М10107 - «Менеджмент в здравоохранении»*  
*Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»,*  
*г.Алматы, Казахстан*  
*e-mail: [miras.97shadman@gmail.com](mailto:miras.97shadman@gmail.com)*

**РЕЗЮМЕ.** Масштабное и молниеносное распространение COVID-19 вызвало глобальный кризис в системе здравоохранения, охватывая ее подсистемы управления, а именно в поставке оборудования, материалов, медикаментов; обеспечении кадровыми ресурсами и т.д. Во многом в результате неэффективного управления, что требует его реорганизации и устранения недостатков.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** пандемия, COVID-19, система здравоохранения, проблемы.

Пандемия COVID-19 вызвала кризис в системах здравоохранения во всем мире. Возникла настоятельная необходимость в разработке и внедрении эффективных механизмов управления здравоохранением в контексте пандемии. Во времена кризиса управление должно включать стратегическое планирование, адаптацию, замену, перераспределение всех видов ресурсов, развитие и внедрение политики, процедур управления.

Принимая во внимание выявленные выше тенденции, целью статьи является изучение наиболее эффективных механизмов управления системой здравоохранения в контексте кризиса, вызванного распространением COVID-19.

Пандемия COVID-19 вынудила системы здравоохранения быстро изменить приоритеты в области медицинского обслуживания населения. Так, телемедицина до пандемии была развита слабо даже в США, Китае и странах ЕС. Распространение коронавируса способствовало внедрению инновационных методов работы медицинского персонала с пациентами посредством различных информационно-коммуникационных инструментов. Таким образом кризис заставил оптимизировать механизмы управления и развивать подсистемы в условиях высокого давления.

Механизм управления медицинскими организациями должен учитывать следующие переменные: клинические подходы; региональные условия здравоохранения; директивы правительства и больниц; доступность ресурсов и благосостояние медицинских работников. Основными принципами деятельности медицинских учреждений в условиях кризиса являются следующие:

- 1) ориентированное на устойчивое развитие лидерство в соответствии с реалистичным планом действий и открытой коммуникацией с медицинским персоналом;
- 2) структурированная коммуникация для повышения шансов на преодоление кризиса в соответствии со стратегическим планом действий;
- 3) постоянная поддержка медицинского персонала в медицинском учреждении по возможным проблемам, угрозам, риски

Системы и механизмы управления будут сравниваться в соответствии с критериями, изложенными в ходе анализа:

1. Правовое регулирование.
2. Институциональная поддержка.
3. Стратегическое планирование.
4. Участие частного сектора.
5. Участие населения.
6. Участие научных организаций.

Стратегическое управление системой здравоохранения в условиях распространения COVID-19 включает планы действий и управление в целях обеспечения стабильности системы. Управление включает механизмы соответствующей обратной связи и реагирования на чрезвычайные ситуации. В разных странах механизмы управления характеризуются общими характеристиками и различиями. В Казахстане управление системой здравоохранения в условиях распространения коронавируса осуществляется на основе немедленного реагирования и принятия правовых актов, предусматривающих меры и возможные риски заражения.

В начале 2020 года создан оперативный антикризисный штаб для выработки технических рекомендаций Министерству здравоохранения и был утвержден Национальный план по предотвращению распространения COVID-19. Для координации и анализа ситуации организована Межведомственная комиссия по недоущению распространения коронавирусной инфекции, в которую вошли Администрация Президента, Министерство здравоохранения и большинство из министерств, акиматы 3 крупных городов и Пограничная служба КНБ РК. План действий предусматривает привлечение различных государственных учреждений и региональных властей к борьбе с распространением инфекции, создание региональных планов реагирования, определение сети медицинских учреждений для лечения пациентов, рекомендации по наблюдению, лечению и т.д.

Правовое регулирование также предусматривает использование незарегистрированных лекарственных средств для лечения, применение других лекарственных средств в случае их эффективности в лечении, быстрые клинические исследования, связанные с медицинскими изделиями, и их регистрацию. Законодательно утверждено повышение поэтапной заработной платы медицинских работников, разработка инструкций и протоколов лечения, а также другие меры.

Фактически, правовое регулирование в условиях пандемии в Казахстане в целом включает ограничительные меры в отношении деятельности физических и юридических лиц, в частности путем введения штрафов за нарушение мер безопасности.

Механизмы управления здравоохранением зависят от уровня эффективности координации, централизации и способности региональных органов государственной власти направлять и участвовать в борьбе с распространением коронавируса.

Уровень централизации механизмов управления определяет уровень эффективности правового регулирования и институциональной поддержки. Если это приводит к незначительным недостаткам в управлении системой здравоохранения в развитых странах, это приводит к неэффективному управлению из-за чрезмерной централизации в странах с переходной экономикой.

Кризисная ситуация приводит к появлению новых условий труда, повышающий стресс для персонала. Следовательно, методы управления должны включать решение проблемы эмоционального выгорания и социально-психологическую поддержку.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1 Экономический кризис, системы здравоохранения и здоровье. URL: [https://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf](https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf) (Дата обращения: 13.04.2022 г.)

2 Liu, Q., Luo, D., Naase, J. E., Guo, Q., Wang, X. Q., (2020). Опыт медицинских работников медицинских работников во время кризиса COVID-19 в Китае: качественное исследование. качественное исследование. The Lancet Global Health

3 Статистические данные. URL: <https://www.coronavirus2020.kz/> (Дата обращения: 13.04.2022 г.)



## **РАЗВИТИЕ ТЕХНИЧЕСКИХ КОМПЕТЕНЦИЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ СРЕДСТВАМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ РОБОТОТЕХНИКИ**

*Шәкімов Азат Маратұлы, магистрант 2 курса  
Костанайский региональный университет им. А.Байтурсынова  
г.Костанай, Казахстан  
e-mail: [shakim98@bk.ru](mailto:shakim98@bk.ru)*

**РЕЗЮМЕ.** В статье рассматриваются теоретический анализ проблемы развития технических компетенций обучающихся; возможности использования робототехники для развития технических компетенций обучающихся.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** Образовательная робототехника, Компетентность, Lego Education, мотивационный компонент.

Современная школа образования должна создать целостную систему общих знаний, навыков и умений учащихся и ключевых компетенций, определяющих современное качество самоответственности и индивидуальной ответственности учащихся, то есть содержание обучения.

В настоящее время возросла роль некоторых личностных качеств, которые ранее не были востребованы обществом, например: умение быстро ориентироваться в меняющемся мире, осваивать новые профессии и области знаний, находить точки соприкосновения с людьми разных профессий и культур.

Основные компетенции, связанные с обучением, - это способность студентов действовать самостоятельно.

Робот определяется как “интеллектуальная машина”, реализованная в виде электрической и механической системы, которая может быть запрограммирована на имитацию действий человека.[1]

Традиционные способности роботов к взаимодействию когда-то были связаны с физическим миром, но необходимо было также развивать взаимодействие с социальным миром. “Общительный робот сможет понимать нас, общаться и взаимодействовать с нами, учиться у нас и расти вместе с нами. Он будет социально разумен по -человечески. В конце концов, общительные роботы будут помогать нам в нашей повседневной жизни в качестве сотрудников и компаньонов. Поскольку самые успешные общительные роботы будут разделять наши социальные характеристики, усилия по созданию общительных роботов также являются средством изучения социального интеллекта человека и даже того, что значит быть человеком”.

Образовательный робот” должен обладать следующими характеристиками:

1. Робот должен действовать в физической среде и выполнять последовательности действий для достижения некоторых заданных целей.

2. Робот должен взаимодействовать с физической средой и принимать решения о способе выполнения своих задач, основываясь на воспринимаемых свойствах такой среды.

3. Робот должен общаться с другими роботами для обмена базовой информацией, которая дает ему “формальные знания” об окружающей среде.[3]

4. Робот должен обладать определенными знаниями, чтобы действовать и подчиняться структурированному и функциональному компьютерная программа, которая описывает и направляет его поведение, действия, взаимодействия и коммуникации.

Все эти четыре характеристики следует принимать во внимание при обсуждении конструктивистского способа преподавания и обучения в школе - робототехники. Действия в физической среде связаны с тремя основными характеристиками “школьного робота”: состояниями, действиями и поведением. В данный момент времени робот находится в определенном состоянии, которое характеризуется значения его “переменных состояния”, то есть переменных кинематики. Эти значения определяют “свойства” состояния (свойства робота)

в то время. Действия направлены на изменение состояния робота, вызывая прогрессию состояний, которые лучше всего можно описать такими глаголами, как “поворот”, “подъем” и т.д.

Компетенция:

- Круг ведения и права, предоставленные конкретному лицу или организации по закону, уставу или соглашению для решения соответствующих вопросов;
- человек должен иметь определенный набор знаний и умений, знаний и практического опыта.

Компетентность - это способность активно применять полученные личные и профессиональные знания и навыки. Компетентностный подход отражает способность учащегося организовывать свою работу, а не его сознание. Запоминание и отклик - накопление знаний; применение ваших знаний и навыков во внеклассной практике - это компетенция.

Робототехника - это прикладная наука, которая занимается разработкой автоматизированных технических систем. Активное участие учеников в конструировании физических предметов способствует развитию понятийного и речевого аппарата, что, в свою очередь, при должной поддержке учителя помогает детям лучше понимать значение предметов и продолжать развиваться. Робототехника может найти широкое применение как при организации учебного процесса, так и вне уроков. Образовательная робототехника может быть использована в информатике, биологии, физике, технике и в ограниченном количестве других дисциплин (демонстрация, контроль), а также при преподавании определенных тем в дисциплине. При работе с конструкторами в области робототехники используются междисциплинарные связи: информатика и математика, физика и инженерия, физика и математика, информатика и биология.

Выбор подходящей платформы для развития образовательной робототехники очень важен и должен быть тщательно спланирован преподавателями. В проекте были рассмотрены различные робототехнические платформы. То, что требовалось, это общая платформа, не ориентированная на конкретные виды деятельности или образовательные дисциплины. Были определены следующие требования к упомянутой выше платформе робототехники:

- Он должен быть программируемым на разных уровнях сложности и должен поддерживать различные парадигмы программирования.;
- Он должен быть пригоден для использования на многих уровнях сложности, чтобы его можно было использовать на разных уровнях образования (т.е. в разном возрасте).;
- Он должен иметь простые, но значительные возможности расширения. Это может быть достигнуто путем подключения дополнительных датчиков или путем сопряжения этой робототехнической платформы с другими устройствами для обеспечения удаленной обработки или дистанционного управления;[2]

Окончательным выбором стал набор LEGO MINDSTORMS EV3. Отвечает вышеуказанным требованиям и обладает рядом других преимуществ. По нашему опыту, наиболее важными преимуществами являются:

- Время запуска для работы с EV3 очень короткое;
- Сборка робота очень интуитивно понятна, и электропроводка не требуется.
- Никаких инструментов для мастерской не требуется, даже отвертки или припой.
- EV3 очень хорошо знаком студентам. Почти все они играли с кубиками LEGO.
- Это их мотивирует. Это напоминает им скорее об их игрушках, чем об их назначении.

Применения робототехники для формирования исследовательской компетентности инженерного мышления позволила предложить методический подход к организации обучения робототехнике. Ценность работы заключается в том, что в ней сформулированы методические принципы формирования исследовательской компетентности с помощью робототехники, а также рассмотрена методика постепенного формирования исследовательской компетентности о исследовательских задачах к исследовательским проектам. Предлагаемая технология применения формирования исследовательской компетентности с помощью робототехники:





1) способствует систематизации и обобщению результатов предыдущих исследований в направлении формирования исследовательской компетентности с помощью робототехники;

2) Также предложены методы формирования исследовательской компетентности и планирования исследований, в статье сформулированы рекомендации относительно логики формирования исследовательской компетентности.[4]

На конкретных примерах описаны возможности исследовательских заданий по формированию исследовательской компетентности. Таким образом, предлагаемый методический подход отражает специфику формирования исследовательской компетентности средствами робототехники. Материалы статьи могут быть полезны на практическом уровне учителям школы при планировании уроков робототехники. Кроме того, представленные разработки могут быть применены в обучении студентов, которые будут преподавать робототехнику (будущие учителя технологии, информатики, дополнительного образования), а также на курсах повышения квалификации специалистов, занимающихся обучением детей.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1 Александров А.П. Современная робототехника: положение и перспективы // Современные тенденции развития науки и технологий. 2015. № 8. С. 9–12.

2 Вербицкий А.А. Контекстно-компетентностный подход к модернизации образования. № 5. С. 32–38.

3 Крылов А.В. Диагностика уровня развития технического мышления. / Крылов А.В.// Школа и производство. — 2015, — №2 37с.

4 Новиков А.М. Методология учебной деятельности. М., 2005.

## АНАЛИЗ СИГНАЛОВ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ (ЭЭГ)

*Шибутова Н.М., Касенова Ф.М., Сайфутдинова А.Р.,  
Курметова М.К., Жумағалиева Ш.А.,  
Поликлиника №7 города Семей  
Масалимова Ә.Н.  
Медицинский университет Семей  
г.Семей, Казахстан  
e-mail: [anel.massalimova@nao-mus.kz](mailto:anel.massalimova@nao-mus.kz)*

**ВВЕДЕНИЕ.** Мозг является важной частью человеческого существа, которая контролирует целые части человеческого тела. Мозг можно рассматривать как совокупность взаимосвязанных нейронов, определяющих поведение человека [1]. Понимание функционального и когнитивного поведения человеческого мозга является захватывающей областью для медицинских исследователей, которые хотят найти лучшее решение для различных проблем, связанных с мозгом. По мнению врачей и рентгенологов, левое полушарие мозга отвечает за управление правой стороной человеческого тела, а правое полушарие мозга контролирует левую сторону тела. Изображения/сигналы головного мозга можно получить с помощью таких методов, как компьютерная томография (КТ), позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ), магнитно-резонансная томография (МРТ) и функциональная магнитно-резонансная томография (фМРТ) [2]. Каждый метод имеет свои достоинства и недостатки. Электроэнцефалография (ЭЭГ) — еще один метод, который помогает анализировать мозг и его поведение, основанное на соответствующей частоте сигнала. Важной особенностью ЭЭГ является неразрушающая, безболезненная, без побочных эффектов и точная интерпретация некоторых заболеваний головного мозга, таких как: эпилепсия, потеря памяти, болезнь Альцгеймера и аутизм [3]. Сигналы ЭЭГ классифицируются на основе частоты сигналов для различных состояний/стимулов, таких как движение глазного яблока, открытый или закрытый глаз, сжатие пальцев и т. д. [4] [5]. Эти сигналы связаны с определенными частотными диапазонами от 0 Гц до 100Гц. Некоторые сигналы имеют частоту более 100 Гц.

### Устройство ЭЭГ и его характеристики

Электроэнцефалография — это метод, который считывает электрический потенциал мозга и измеряет его с помощью специального устройства, называемого электроэнцефалограммой (ЭЭГ). Это устройство состоит из электродов, токопроводящего геля, усилителей и аналого-цифрового преобразователя. Электроды или кабели используются для передачи электрической активности от кожи головы к мозгу. Как правило, для анализа ЭЭГ используются разные типы электродов. Одним из типов электродов является многоцветный диск. Эти электроды размещаются на коже головы с нанесением небольшого количества проводящего геля (Ag-CI) под диск [6]. Диск будет с композициями из золота, олова и серебра. Стоимость электрода низкая, а срок службы может зависеть от металла, используемого в диске, и изолирующей среды в проводе. Эти электроды могут упасть с кожи головы, что повышает вероятность появления артефактов [7]. Шапка ЭЭГ — это еще один тип, который позволяет выбирать различное количество электродов и типы электродов. Колпачок ЭЭГ также доступен с многоцветными дисками, в отверстиях которых будет вводиться проводящий гель.

Сигналы ЭЭГ обычно классифицируются в соответствии с их частотой, амплитудой, формой, а также положением электродов на коже головы. Частота (Герц, Гц) - это основная единица измерения, используемая для определения нормальных или ненормальных ритмов. Знакомая классификация сигналов, таких как альфа, бета, тета, дельта и гамма, основана на частоте сигнала. Некоторые волны распознаются на основе их формы, распределения напора и свойства симметрии [8]. Непрерывные ритмы мозга или мозговые волны классифицируются по частоте группы [9].

В этой статье описано исследование пациента с помощью электроэнцефалограмм и будет показано результаты и их описание.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И АНАЛИЗЫ

Запись на фоне приема депакина.

Пациент муж, возраст 43 лет.

Фоновая ЭЭГ Альфа ритм частотой 9 Гц, амплитудой до 65 мкВ. Немодулирован, дезорганизован, заострен, регулярный, индекс средний, распространен до Т отведений. При открывании глаз блокируется. Бета активность диффузна амплитудой до 10 мкВ. Тета активность амплитудой до 15 мкВ без локального преобладания. Генерализованные разряды пиковолновой активности частотой 4 Гц.

Фотостимуляция одиночная вызвала реакцию десинхронизации биоэлектрической активности. Ритмическая фотостимуляция реакции усвоения ритма не вызвала.

Гипервентиляция вызвала легкое замедление, дезорганизацию фоновой активности. Генерализованные разряды пиковолновой активности частотой 4 Гц.

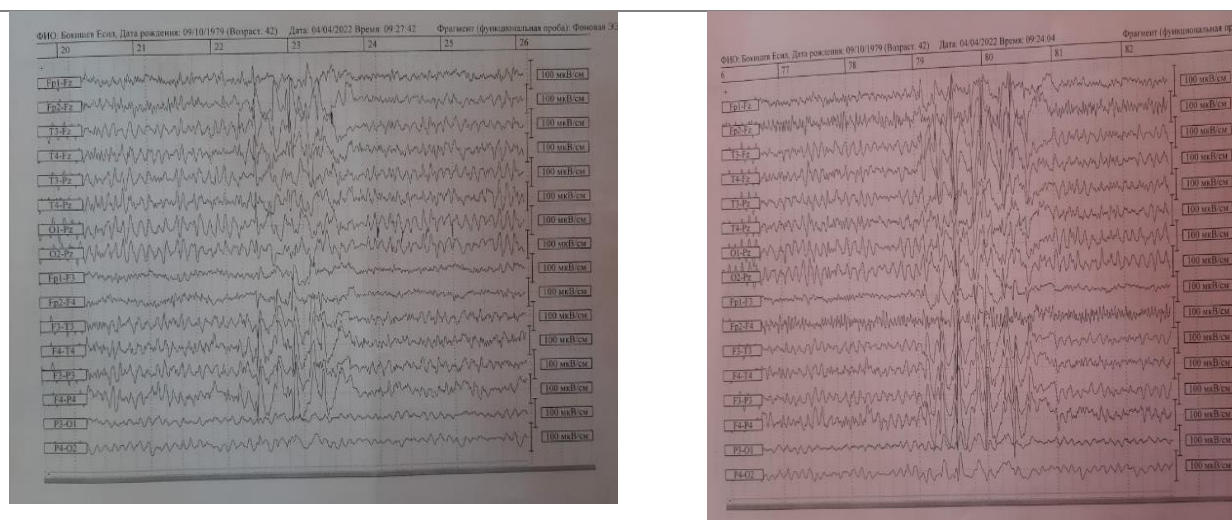


Рисунок 2. Генерализованная пиковая активность частотой 4 Гц

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Быстрое развитие биомедицинских технологий для анализа биомедицинских сигналов является важной областью исследований. Одной из таких технологий является электроэнцефалограмма (ЭЭГ), которая предназначена для измерения потенциала мозга, чтобы помочь людям с ограниченными возможностями и получить точную диагностику заболеваний. ЭЭГ регистрирует мозговые волны с определенной частотой, помещая металлические электроды на кожу головы.

Заключение нашего пациента диффузная дезорганизованная дизритмия биоактивности головного мозга со склонностью к пароксизмальным проявлениям. Эпилептическая активность в виде генерализованных разрядов активности частотой 4 Гц до 2 сек. Признаки ирритации коры.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- 1 Chiron C, Jambaque I, Nabbout R, Lounes R, Syrota A and Dulac O. The right brain hemisphere is dominant in human infants. Brain.1997; 120: 1057-65.
- 2 Goldberg E. The Executive Brain: Frontal Lobes and the Civilized Mind. New York. Oxford University Press; 2001.
- 3 Nyatsanza S, Shetty T, Gregory C, Lough S, Dawson K and Hodges J R. A study of stereotypic behaviours in Alzheimer's disease and frontal and temporal variant frontotemporal dementia. Journal of Neurol Neurosurg Psychiatry 2003,74:1398-1402.
- 4 Kaneko WM, Phillips EL, Riley EP and Ehlers CL, EEG findings in fetal alcohol syndrome and Down syndrome children. Electroencephalogr Clin Neurophysiol. 1996; 98(1):20-8.

5 Fonseca LC, Tedrus GM, Chiodi MG, Cerqueira JN and Tonelotto JM. Quantitative EEG in children with learning disabilities: analysis of band power. *Arq Neuropsiquiatr.* 2006; 64(2B): 376-81.

6 Jasper HH. The ten-twenty electrode system of the International Federation. *Electroencephalography and clinical neurophysiology.* 1958; 10: 371-5.

7 Phyllis Chua, Michael Krams, Ivan Toni, Richard Passingham and Raymond Dolan, A Functional Anatomy of Anticipatory Anxiety. *NeuroImage.* 1999; 9(6): 563-71 .

8 Khadijeh Sadatnezhad, Reza Boostani and Ahmad Ghanizadeh. Classification of BMD and ADHD patients using their EEG signals. *Expert systems with Applications.* 2011;38:1956-63.

9 Merskey and Harold. Classification of chronic pain: Description of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *pain.* 1986; 3: 226.

## **АНАЛИЗ ВСПЫШЕК ОСОБО ОПАСНЫХ ИНФЕКЦИЙ ПЕРВОЙ ГРУППЫ БОЛЕЗНЕЙ ММСП В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН И В СТРАНАХ БЛИЖНЕГО И ДАЛЬНЕГО ЗАРУБЕЖЬЯ**

*Юнкина Лидия Сергеевна*  
*Научный руководитель: к.м.н., доцент*  
*кафедры общественного Токанова Ш.Е.*  
*Медицинский университет Семей,*  
*г. Семей, Казахстан*  
*e-mail: [b.007.zh@gmail.com](mailto:b.007.zh@gmail.com)*

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Современный период характеризуется резким ухудшением эпидемиологической ситуации по особо опасным инфекциям на глобальном уровне, включая коронавирусную инфекцию, которая спровоцировала пандемию COVID-19 и стала актуальной проблемой для всего мира. Необходимость изучения развития эпидемиологической ситуации по особо опасным инфекциям в странах ближнего и дальнего зарубежья заключается в их мировом распространении и в угрозе завоза в Республику Казахстан. В связи с этим, чрезвычайно важным представляется изучение развития мировой эпидемиологической ситуации по особо опасным инфекциям.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Анализ вспышек особо опасных инфекций (первая группа болезней ММСП-2005) в Республике Казахстан и странах ближнего и дальнего зарубежья за период 2010-2020 гг.

### **ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ:**

1. Изучить статистические данные по вспышкам особо опасных инфекций (первая группа ММСП-2005) на территориях изучаемых стран за период 2010-2020 гг.
2. Провести анализ эпидемиологической ситуации по особо опасным инфекциям на территориях изучаемых стран за период 2010-2020 гг.
3. Провести оценку заболеваемости особо опасных инфекций (первая группа ММСП-2005) на территориях изучаемых стран отчетного года.

**МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:** данные официальной статистики, базы данных ВОЗ.

**МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:** эпидемиологический анализ, статистический анализ.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.**

Полиомиелит. Эндемичными странами по полиомиелиту на сегодняшний день являются Пакистан и Афганистан. В Республике Беларусь и Украине не были зарегистрированы случаи полиомиелита. Единичный случай был зарегистрирован в Республике Казахстан в 2010 году.

Человеческий грипп, вызванный новым подтипом (А). Всего 2 случая гриппа были зарегистрированы в Таджикистане в 2019 году. Наибольшее количество случаев заболевания гриппом зарегистрированы в Российской Федерации и Китае. Помимо Таджикистана, наиболее меньшее количество случаев заболевания гриппом зарегистрированы в Нигерии и Афганистане.

COVID-19. В 2019 году количество случаев заболевания COVID-19 зарегистрированы только в Китае (27 случаев). Наибольшее количество случаев заболевания COVID-19 в 2020 году были зарегистрированы в Индии, Российской Федерации и Украине. Наименьшее количество случаев заболеваемости COVID-19 в 2020 году были зарегистрированы в Таджикистане и Афганистане.

Сравнение заболеваемости в отчетном году со среднемноголетней заболеваемостью проводится с целью ориентировочной оценки эпидемиологической ситуации.

Таблица 1. Сравнение заболеваемости в отчетном году со среднемноголетней заболеваемостью проводится с целью ориентировочной оценки эпидемиологической ситуации



Диапазон, в пределах которого находится фактическая заболеваемость	Оценка эпидемиологической ситуации по ООИ
$(I_{cp}-1,5*\sigma) - (I_{cp}-0,5*\sigma)$	Благополучная
$(I_{cp}-0,5*\sigma) - (I_{cp}+0,5*\sigma)$	Стабильная
$(I_{cp}+0,5*\sigma) - (I_{cp}+1,5*\sigma)$	Неблагополучная
Более $(I_{cp}+1,5*\sigma)$	Угрожающая

I ср. – среднееголетний уровень заболеваемости;  $\sigma$  – среднеквадратичное отклонение.

$I_{cp} = \Sigma I_{фак}/n$ , где  $\Sigma I_{фак}$  – сумма показателей фактической заболеваемости за изучаемый период; n – число уровней динамического ряда.

Расчеты показателей для оценки эпидемиологической ситуации по особо опасным инфекциям (первая группа ММСП-2005) на территориях изучаемых стран производились в программе IBM SPSS Statistics 20.0.

По итогу полученных результатов была составлена таблица, которая позволяет оценить эпидемиологическую ситуацию по особо опасным инфекциям на территориях изучаемых стран.

Таблица 2. Оценка эпидемиологической ситуации по особо опасным инфекциям

Республика Казахстан	
Полиомиелит	Стабильная
Человеческий грипп (А)	Стабильная
COVID-19	Угрожающая
ООИ	Угрожающая
Российская Федерация	
Полиомиелит	Стабильная
Человеческий грипп (А)	Благополучная
COVID-19	Угрожающая
ООИ	Угрожающая
Республика Беларусь	
Полиомиелит	Благополучная
Человеческий грипп (А)	Благополучная
COVID-19	Угрожающая
ООИ	Угрожающая
Украина	
Полиомиелит	Стабильная
Человеческий грипп (А)	Стабильная
COVID-19	Угрожающая
ООИ	Угрожающая
Таджикистан	
Полиомиелит	Стабильная
Человеческий грипп (А)	Стабильная
COVID-19	Угрожающая
ООИ	Угрожающая
Индия	
Полиомиелит	Стабильная
Человеческий грипп (А)	Стабильная

COVID-19	Угрожающая
ООИ	Угрожающая
Пакистан	
Полиомиелит	Благополучная
Человеческий грипп (А)	Стабильная
COVID-19	Угрожающая
ООИ	Угрожающая
Афганистан	
Полиомиелит	Стабильная
Человеческий грипп (А)	Стабильная
COVID-19	Угрожающая
ООИ	Угрожающая
Нигерия	
Полиомиелит	Благополучная
Человеческий грипп (А)	Благополучная
COVID-19	Угрожающая
ООИ	Угрожающая
Китай	
Полиомиелит	Благополучная
Человеческий грипп (А)	Стабильная
COVID-19	Угрожающая
ООИ	Угрожающая

Полиомиелит. Благополучная эпидемиологическая ситуация по полиомиелиту сохраняется в Республике Беларусь, Пакистане, Нигерии, Китае. В остальных изучаемых странах наблюдается стабильная эпидемиологическая ситуация по полиомиелиту.

Человеческий грипп (А). Благополучная эпидемиологическая ситуация по гриппу (А) наблюдается в Российской Федерации, Республике Беларусь и Нигерии. В остальных изучаемых странах наблюдается стабильная эпидемиологическая ситуация по гриппу (А).

COVID-19. В настоящее время эпидемиологическая ситуация по коронавирусной инфекции на территориях всех изучаемых стран является угрожающей.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Анализ эпидемиологической ситуации по ООИ позволил сделать выводы о том, что вспышки ООИ играют важную роль в глобальной заболеваемости населения. Ситуация по заболеваемости коронавирусной инфекцией остается напряженной во всех изучаемых странах. При оценивании эпидемиологической ситуации по COVID-19 и ООИ в целом, стало известно, что эпидемиологическая ситуация является угрожающей для населения на территориях изучаемых стран. Эпидемиологическая ситуация по полиомиелиту и гриппу считается стабильной, но также отмечается и благополучная эпидемиологическая ситуация в некоторых изучаемых странах. Необходимость изучения вспышек ООИ первой группы болезней ММСП-2005, обусловлена такими причинами как: угроза завоза ООИ из стран ближнего и дальнего зарубежья на территорию Республики Казахстан, эволюция возбудителей болезней, появление новых нозологических форм, расширение ареала возбудителей, а также возрастание риска возникновения чрезвычайных ситуаций эпидемиологического характера. Подготовка к вспышкам и эпидемиям особо опасных инфекций, а также своевременное реагирование на них являются важнейшими задачами общественного здравоохранения.

## ЖҰМЫС ІСТЕЙТІН ЖӘНЕ ЖҰМЫС ІСТЕМЕЙТІН ЗЕЙНЕТКЕРЛЕРДІҢ ӨМІР САПАСЫ МЕН ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

Якупова М.И.

Қоғамдық денсаулық және денсаулық сақтау кафедрасы

Ғылыми жетекші - м.ғ.к., доцент Назарбаева Р.К.

Марат Оспанов ат. Батыс Қазақстан медицина университеті

Ақтөбе қаласы, Қазақстан Республикасы

e-mail: [be\\_thebest@mail.ru](mailto:be_thebest@mail.ru)

**ӨЗЕКТІЛІГІ:** Қартаюу процесі – бұл денсаулық сақтаудың маңызды мәселелерінің бірі, бірақ сонымен бірге барлық жастағы адамдардың өмірін жақсартуға жаңа мүмкіндіктер жасайды. Кәрілік пен қартаюу психологиясының әртүрлі аспектілерін зерттеу өркениетті елдердегі халықтың демографиялық қартаюуының одан әрі өсуіне байланысты өзекті бола түсуде.[2]

**БҰҰ-НЫҢ** халықты қоныстандыру қорының мәліметі бойынша, Қазақстандағы демографиялық жағдай ел халқының жастық құрылымында қарт адамдар үлесінің өсуімен сипатталады. 2019 жылдың басында 60 жастан асқан халықтың үлесі ел халқының 11,3 пайызын, 65 жастан асқан халықтың үлесі 7,3 пайызды құрады. Бұл ретте ел аймақтарының жартысында қартайған ұлтқа тән 7 пайыздық шек айтарлықтай еңсерілді.[1]

Бүгінгі таңда зейнеткерлік жастағы адамдар үшін қарт адамдардың жұмысқа қатысуын барынша арттыра алатын жақсы еңбек жағдайларын жасау маңызды. [3]

**ЗЕРТТЕУ МАҚСАТЫ:** Зейнет жасындағы адамдардың денсаулық жағдайы мен өмір сүру сапасын жақсарту.

**МАТЕРИАЛДАР МЕН ӘДІСТЕР:** Соңғы 10 жыл ішінде ғылыми деректер базасынан зерттеу жұмысына сәйкес көптеген шетелдік басылымдарға, әдебиеттерге толық емес жүйелік шолу жасалынды. Сонымен қатар, Ақтөбе қаласының 65 жастан асқан жұмыс істейтін және жұмыс істемейтін зейнеткерлердің арасында өмір сапасы бойынша EuroQol 5D (EQ-5D) сауалнамасы, Денсаулық көрсеткіштері бойынша Medicare (Russian) HOS 3.0 2019 сауалнамасы арқылы жүргізу жұмысы басталды. Іріктеме мөлшеріне сәйкес, Ақтөбе қаласынан 400 зейнеткерлер алынды.

**ЗЕРТТЕУ ӘДІСТЕРІ:** сауалнама жүргізу, сипаттамалық статистика, екі тәуелсіз топты салыстыру.

**НӘТИЖЕЛЕРІ МЕН ТАЛҚЫЛАУ:** Зерттеу ғылыми мақалалардан әдебиеттік шолудан басталды. Зерттеу тақырып шеңберінде «PubMed, e-library, cyberleninka, cochranelibrary» мәліметтер базасында ағылшын мен орыс тілінде 38 басылымдар іріктелік талдау жүргізілді. 41 жұмыс істейтін және 43 жұмыс істемейтін зейнеткерлерге сауалнамалар жүргізілді. Екі топ өраза салыстырылды. Нәтежесінде жұмыс жасайтын зейнеткерлерде денсаулық жағайы мен өмір сапасы айтарлықтай жоғары екендігі байқалады.

**ҚОРЫТЫНДЫ:** Осы алынған нәтежелермен деректерге сәйкес жақсы жұмыс жағдайлары болған жағдайда зейнеткерлерің өмір сапасы мен денсаулық жағдайы жоғары болатынын көрсетті. Бірақ қосалқы созылмалы аурулары бар жұмыс істейтін зейнеткерлерде еңбек өнімдері төмен және жұмыстан ерте шығуға септігін тигізеді.

**КІЛТТІ СӨЗДЕР:** жұмыс істейтін зейнеткерлер, жұмыс істемейтін зейнеткерлер, өмір сапасы, денсаулық жағдайы.

**ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:**

1 Архангельский В.Н., Денисенко М.Б., Елизаров В.В., Жусупов Б.С., Молдакулова Г. М. «Анализ положения в области народонаселения в Республике Казахстан». 2019 г. Отчет разработан при технической поддержке Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА) в Казахстане. ([www.unfpa.org](http://www.unfpa.org))



2 Дробот Е.Р., Пилипчак Ю.В. «Качество жизни и социальные риски пенсионеров»  
Калужский государственный университет им. К.Э. Циолковского, 248023, г. Калуга 2020г , 26  
Стр: 101-107., e248023.

3 Maria Fleischmann, Ewan Carr, Baowen Xue, Paola Zaninotto, Stephen A Stansfeld, Mai Stafford, Jenny Head J «Changes in autonomy, job demands and working hours after diagnosis of chronic disease: a comparison of employed and self-employed older persons using the English Longitudinal Study of Ageing (ELSA)» *Epidemiol Community Health*. 2018 Oct; 72(10): 951–957. Published online 2018 Jun 23. doi: 10.1136/jech-2017-210328

## ANTI-CHOLESTEROL EFFECT OF *PERGULARIA DAEMIA* (FORSSK.) CHIOV IN LEAD ACETATE INDUCED TOXICITY IN RATS

Vinoth Kumar P., Zhumashov S.N., Sadykova A.  
Dept. Pathological Anatomy and Histology,  
South Kazakhstan Medical Academy,  
Shymkent c., Kazakhstan  
e-mail: [vinothkumarphd@gmail.com](mailto:vinothkumarphd@gmail.com)

**ABSTRACT:** The main aim of the research study was to evaluate the anti-cholesterol activity in lead acetate intoxicated male albino rats with various extracts of *Pergularia daemia* leaf extracts. To investigate the anti-cholesterol effects of this extract was measured with various biochemical parameters of total cholesterol, phospholipids and triglycerides. The various leaf extract of *P. daemia* proves the remarkable changes in the biochemical parameters when treated to lead acetate toxicities rats. The results of this experimental study demonstrated the *P. daemia* possess a promising effect of anti-cholesterol activity.

**KEYWORDS:** Lead acetate, *P. daemia*, Phospholipids, Total cholesterol and Triglycerides.

### INTRODUCTION:

Lead acetate, also known as lead sugar, is a salt found in the earth crust. It causes serious problem like illness, respiratory disorders, etc. (Wang and Shi., 2001).

Many heavy metals, including Pb, are known to induce over production of reactive oxygen species (ROS) and consequently enhance lipid peroxidation, decrease the saturated fatty acids and increase the unsaturated fatty acid contents of membranes (Malecka *et al.*, 2001). Also, it has been shown to enhance the production of ROS in a variety of cells resulting oxidative stress (Xienia *et al.*, 2000).

Lead is hazardous to body organ if exposure exceed to variable levels. Lead can affect individuals of any age, but it has a disproportionate effect on children because their behavioral patterns place them at higher risk for exposure to lead. Their bodies absorb a larger percentage of the lead that they ingest and they exhibit lead toxicity at lower level for exposure than adults do (Baht and Moy., 1997).

For centuries, many medicinal plants have been considered a fundamental source of potent anti-cholesterol drugs. In developing countries, particularly, medicinal plants are used to treat cholesterol activity to overcome the burden of the cost of conventional medicines to the population (Arumugam *et al.*, 2013). Nowadays, treatments of diseases are using medicinal plants are recommended (Kooti *et al.*, 2015) because these plants contain various phytochemical constituents such as flavonoids, terpenoids, saponins, carotenoids, alkaloids, and glycosides. The combined action of biologically active compounds (i.e., polyphenols, carotenoids, lignans, coumarins, glucosinolates, etc.) leads to the potential beneficial properties of each plant matrix, and this can represent the first step for understanding their biological actions and beneficial activities (Durazzo *et al.*, 2018).

*Pergularia daemia* [Forssk.chiov] (Asclepiadaceae) commonly known as `Uttamani`, `Velipparuthi` in India, grows in various parts of southern and northern India. The plant is perennial slender foetid-smelling climber. The plant is used to treat jaundice, by the folk people of Tamil Nādu, India. Its leaves are also used for the treatment of helminthiasis, hemorrhoids, leprosy and strongly recommended for the malarial intermittent fever (Kirtikar and Basu, 1984).

Therefore, the aim of the present work is to evaluate the effect of different doses of *Pergularia daemia* on anti-cholesterol activities.

### MATERIALS AND METHODS:

#### Plant Collection:

*Pergularia daemia* was collected from the Southern parts of Tamil Nadu, India. The plants were raised in pots containing mixture of soil and farmyard manure in the ratio of 1:1. Small disease-free tender leaf were collected from 5-6 months grown plants and used for extraction purpose.

#### Preparation of Extracts:



The leaves were dried under shade, coarsely powdered, and extracted with chloroform (60-80°C) followed by alcohol, and then water using Soxhlet apparatus. The extracts so collected were distilled off on a Water bath at atmospheric pressure and the last traces of the solvents were removed in vacuo (Melin *et al.*, 2009).

#### Animals:

In the present study healthy, matured male albino rats (wistar strain) were used. Rats weighing 180-230g were purchased from animal house and kept in plastic animal cages with 12 h light and dark cycle in the institutional animal house. The animals were fed with standard rodent diet and provided water ad libitum. After one week of acclimatization the animals were used for the further experiments. Approval from the Institutional Animal Ethical Committee for the usage of animals in the experiments was obtained as per the Indian CPCSEA guidelines.

#### Chemicals:

Lead acetate were purchased from Sigma Aldrich, St. Louis, MO, USA. All other chemicals and solvents used were of Analytical Grade obtained from EMerck and HI media, Mumbai, India.

#### Acute Toxicity Study:

Acute toxicity studies were carried out using Acute Toxic Class Method as per OECD-423 Guidelines (OECD, 1996). Chloroform leaf extract, ethanol leaf extract and aqueous leaf extract of *P. daemia* were administered at a starting dose of 2000 mg/kg b.w of orally to 4 male rats. The animals were observed for mortality and behavioral changes during 48 h.

#### Experimental Design:

In the experiment, a total of 120 rats were used, randomly divided into 20 groups of 6 animals each and treatments continued in an aqueous solution daily using an intraperitoneal for 45 days.

Group-I: Normal rats received 3% gum acacia

Group-II, III, IV: Leaf chloroform extract (100, 200, 400 mg/kg b.w.)

Group-V, VI, VII: Leaf ethanol extract (100, 200, 400 mg/kg b.w.)

Group-VIII, IX, X: Leaf aqueous extract (100, 200, 400 mg/kg b.w.)

Group-XI: Lead acetate (LD) 160 mg/kg b.w.

Group-XII, XIII, XIV: LD+Leaf aqueous extract (100, 200, 400 mg/kg b.w.)

Group-XV, XVI, XVII: LD+Leaf chloroform extract (100, 200, 400 mg/kg b.w.)

Group-XVIII, XIX, XX: LD+Leaf ethanol extract (100, 200, 400 mg/kg b.w.)

#### Biochemical Assays:

After the separation of plasma, from blood samples on 45<sup>th</sup> day of the treated animals the buffy coat was removed and the packed erythrocytes were washed thrice with cold physiological saline. A known volume of the erythrocyte was lysed with cold hypotonic phosphate buffer at pH 7.4. The hemolysate was separated by centrifugation at 2000 rpm for 10 min and the supernatant was used. Activities of anti-cholesterol marker enzymes like Total Cholesterol (Allain *et al.*, 1974), Triglycerides (Van Handel, 1961) and Phospholipids (Zilversmit & Davis, 1950).

#### Statistical Analysis:

Statistical analysis was performed using SPSS Software Package, version 11.5. The values were analyzed by One Way Analysis of Variance (ANOVA) followed by Duncan's Multiple Range Test (DMRT). All these results were expressed as mean  $\pm$ SD for six rats in each group, p-values (Duncan, 1957).

#### RESULTS AND DISCUSSION:

The main attention of the current work was anti-cholesterol investigation of *P. daemia* using male albino rats. In this study used a different dose from lead acetate and injected through intraperitoneal for 45 days causing an elevation of the Phospholipids, Total cholesterol and Triglycerides.

The acute toxicity study revealed the non-toxic nature of the chloroform (100 mg/kg, 200 mg/kg, 400 mg/kg), ethanol (100 mg/kg, 200 mg/kg, 400 mg/kg) and aqueous extracts (100 mg/kg, 200 mg/kg, 400 mg/kg). No lethal toxic reactions were observed until the end of the experiment.

The level of Phospholipids in plasma was significantly lower in lead acetate intoxicated animals. It was 12.01 IU/I. In normal animal it was 30.01 IU/I. The Phospholipids in plasma level was rose in

anticholesteral activities animals separately treated with each of the three extracts at the rate of 400 mg/kg. The figure was 21.07 IU/I in animals treated with chloroform leaf extract, 25.06 IU/I in animals treated with ethanol extract, 20.06 IU/I in animals treated with aqueous extract (Table 1).

Similarly, the level of total cholesterol in the plasma was significantly lower in Anti-Cholesterol animals. In normal animals it was 24.01 IU/I. The levels were decreased in lead acetate treated animals 11.08 IU/I. The levels were 17.09 IU/I in the case of animals treated with chloroform leaf extract. In the ethanol extract treated groups it was 22.05 IU/I; in the aqueous extract treated groups it was 14.07 IU/I (Table 1).

The concentration of Triglycerides in normal animals it was 34.05 IU/I on the 45<sup>th</sup> day (Table 1). The levels of triglycerides increased in leaf extracts treated animals. It was 28.09 IU/I in the chloroform leaf extract treated animals. In the ethanol extract treated group it was 33.08 IU/I; in the aqueous extract treated group it was 24.07 IU/I, where as in lead acetate treated group, it was 14.02 IU/I (Table 1).

In this study was shown a significant decrease in cholesterol caused by a loss of membrane propriety. This result a similarly to Wilhem *et al.*, 1996 improve exposure to lead acetate may be accumulate in liver and dysfunction unbalance metabolism of lipid and cause the elevation in cholesterol. When hepatocytes loss their viability that's caused the elevation in liver enzyme and bill duct pigment and caused jaundice because of failure of liver (Taib *et al.*, 2004). Toxicity by environmental pollutant such as Aluminum and lead acetate induce free radical and shock DNA in hepatocytes and another fatty acid in phospholipid in target, organs such as liver, kidney, nervous system and reproductive system (Upasani *et al.*, 2001). Cholesterol is made up of cellular molecules such as cell membrane phospholipids, lipoproteins, and glycolipids (Hsu and Guo *et al.*, 2002).

The anti-diabetic, antioxidant and antimicrobial activities of *P. daemia* can be attributed to the presence of saponins, tannins, alkaloids, phenols, flavonoids, phytosterol and triterpenes found in Medicinal plants. Glycosides, saponins, flavonoids, tannins and alkaloids have been found to possess hypoglycemic and anti-inflammatory activities (Augusti and Cherian., 2008). Reports have shown that saponins also possess hypocholesterolemia and anti-diabetic properties (Rupasingbe *et al.*, 2003).

In the present study, it shows that the acute toxicity of the extracts showed no signs of toxicity. Thus, it could be concluded that chloroform, aqueous and ethanolic extract of *Pergularia daemia* possesses significant anticholestreol properties.

**Table 1. Effect of *Pergularia daemia* Extract Against the Blood Cholesterol Level**

Control Treatment	and Groups	Phospholipids (IU/I)	Total cholesterol (IU/I)	Triglycerides (IU/I)
Normal	I	30.01±0.05	24.01±1.08	34.05±1.03
Aqueous	100 mg/kg II	30.15±0.04	22.08±0.04	34.01±0.02
	200 mg/kg III	30.04±0.08	22.05±0.08	34.08±0.06
	400 mg/kg IV	31.01±0.09	22.07±0.01	34.07±0.10
Chloroform	100 mg/kg V	30.08±0.06	22.04±0.04	34.09±0.08
	200 mg/kg VI	30.06±0.03	22.10±0.12	34.05±0.09
	400 mg/kg VII	30.05±0.04	23.09±0.18	35.01±0.14
Ethanol	100 mg/kg VIII	31.04±0.08	24.04±0.08	34.02±0.09
	200 mg/kg IX	30.09±0.03	24.06±0.07	34.08±0.04



	400 mg/kg	X	30.02±0.04	24.05±0.08	35.04±0.06
Lead Acetate (LD)	160 mg/kg	XI	12.01±0.04	11.08±0.01	14.02±1.01
LD+ Aqueous	100 mg/kg	XII	15.01±0.03	12.01±0.09	21.04±0.05
	200 mg/kg	XIII	18.08±0.08	13.04±0.04	22.08±0.03
	400 mg/kg	XIV	20.06±0.01	14.07±0.06	24.07±0.02
LD + Chloroform	100 mg/kg	XV	18.01±0.08	14.04±0.07	26.01±0.01
	200 mg/kg	XVI	20.04±0.07	15.06±0.09	27.08±0.03
	400 mg/kg	XVII	21.07±0.05	17.09±0.08	28.09±0.04
LD + Ethanol	100 mg/kg	XVIII	22.05±0.04	18.01±0.06	30.06±0.58
	200 mg/kg	XIX	24.03±0.06	20.06±0.05	31.05±0.07
	400 mg/kg	XX	25.06±0.08	22.05±0.04	33.08±0.06

#### REFERENCES:

- 1 Wang S., Shi X. Molecular mechanisms of metal toxicity and carcinogenesis. *Mol Cell Biochem.* 2001: 222; 3–9.
- 2 Malecka A, Jarmuszkiewicz W, Tomaszewska B. Antioxidative defense to lead stress in sub cellular compartments of pea root cells. *Acta Biochim Pol.* 2001: 48; 687–698.
- 3 Xienia U., Foote GC., Van S., Devreotes P.N., Alexander S., Alexander H. Differential developmental expression and cell type specificity of *Dictyostelium* catalases and their response to oxidative stress and UV light. *Biochim Biophys Acta.* 2000: 1492: 295–310.
- 4 Baht R.V., Moy G.G. Monitoring and assessment of dietary exposure to chemical contaminants. Geneva: WHO. 1997. pp. 132–149.
- 5 Arumugam G., Manjula P., Paari N. A review: Anti diabetic medicinal plants used for diabetes mellitus. *J. Acute Dis.* 2013: 2; 196–200.
- 6 Kooti W., Moradi M., Akbari S., Sharafi-Ahvazi N., AsadiSamani M., Ashtary-Larky D. Therapeutic and pharmacological potential of *Foeniculum vulgare* Mill: A review. *J. Herb. Med Pharm.* 2015: 4:1–9.
- 7 Durazzo A., D. Addezio L., Camilli E., Piccinelli R., Turrini A., Marletta L., Marconi S., Lucarini M., Lisciani S., and Gabrielli P. From plant compounds to botanicals and back: A current snapshot. *Molecules.* 2018: 23: 1844.
- 8 Kirtikar K.R., and Basu B.D. Indian medicinal plants, vol-III, (second ed), International Book Distributors, Dehradun 1988. pp.1615-1617.
- 9 Merlin N. J., Parthasarathy V., Manavalan R., and Kumaravel, S. Chemical investigation of aerial parts of *Gmelina asiatica* Linn by GC-MS. *Pharm Res.* 2009:1(3); 152-156.
- 10 OECD- Acute oral toxicity- Acute toxic class method guidelines-423. Paris. Pp 1996.
- 11 Allain C.C., Poon, L.S., Chan C. S., Richmond, W. F. P. C., & Fu, P. C. Enzymatic determination of total serum cholesterol. *Clin chem.* 1974:20(4), 470- 475.
- 12 Van Handel, E. Modification of the micro determination of triglycerides. *Clin Chem.* 1961:1: 249-251.

- 13 Zilversmit, D., B., & Davis, A., K. Micro determination of plasma phospholipids by trichloroacetic acid precipitation. *Jour. of Laboratory and Clin Chem*, 1950:35, 155-160.
- 14 Duncan D., B. Multiple range tests for correlated and heteroscedastic means. *Biometrics*. 1957: 13; 359-364.
- 15 Wihelm M., Jacger D., E, Schull-Cablitz, H., Hafner D. and Idel, H. Hepatic clearnance and retention of Aluminum. Studies in the isolated perfused rat liver. *Toxicol. Lett*, 1996: 89; 257-263.
- 16 Taib N.T., Jarrar B.M., and Mubarak M. Ultrastructural alteration in hepatic tissue of white rats (*Rattus norvegicus*) induced by lead experimental toxicity. *Saudi. J. Biol. Sci*, 2004: 11 (1); 11-20.
- 17 Upasani C.D., Khera A., and Balaraman R. Effect of lead with vitamin E, C or spirulina on malondialdehyde conjugated dienes and droperoxides in rats. *Ind. J. Exp. Biol*. 2001: 39; 70-74.
- 18 Hsu C.P., and Guo, L.Y. Antioxidant nutrient and lead toxicity. *Toxicol*.2002: 180; 33-44.
- 19 Augusti K., and Cherian S. Insulin sparing action of leucopelargonidin derivative isolated from *Ficus bengalesis* Linn. *Indian JCell Biochem Exp Biol*. 2008: 33; 608–611.
- 20 Rupasingbe H., Jackson C., Poysa V., Berado C.D., Bewley J., Jenkinson J. Soyasapogenol A and B distribution in Soybean (*Glycine Max L. Merr*) in relation to seed physiology, genetic variability and growing location. *J Agric Food Chem* 2003: 51; 5888–5894.



## PRIMARY HEALTH CARE MODELS

*Yussupova N. - 3<sup>rd</sup> year Phd student, specialty «Public health»  
KazNMU named after S.D. Asfendiyarov, Almaty  
Turdaliyeva B. – d.m.s., professor,  
Kazakhstan Medical University «KSPH», Almaty  
Koikov V. – d.m.s, Vice-Rector for Research work,  
Astana Medical University, Nur-Sultan  
Son I. - d.m.s., professor, Deputy Director for Science  
Russian Research Institute of Health, Russia  
e-mail: [ns.yussupova@gmail.com](mailto:ns.yussupova@gmail.com)*

RELEVANCE. Primary Health Care (hereinafter referred to as PHC) is an important part of health care and is based on practical, scientifically based and socially acceptable methods and technologies that should be universally available as individuals, and families in the community, with their full participation. PHC is the centrepiece of the national health system and an integral part of the overall socio-economic development of society [1].

Strengthening primary health care (PHC) is the most inclusive, effective and efficient approach to improving people's physical and mental health as well as social well-being. PHC is the cornerstone of a sustainable health system to achieve universal health coverage (WSC) and the health-related Sustainable Development Goals [2].

The PHC consists of three interrelated components, with synergies:

- Integrated health services with an emphasis on primary care and essential public health functions;
- Multisectoral policy and action;
- Empowered people and communities [3,4].



Picture 1. Primary Health Care components

A major part of one of the three components of the PHC are the primary health care models of different countries and their coordination with the main functions of public health as the basis for the provision of integrated health services. Delivery models should facilitate the provision of continuous, comprehensive, coordinated, personalized and people-centred assistance and be oriented towards bringing together all three components of PHC [5,6].

1. Models for coordinating public health and primary care. This includes the integration of public health and PHC services, and partial or full integration is possible. In this model, public health is responsible for assessing health needs, identifying priorities, developing intervention strategies for the population to promote health, Health Protection, Disease and Injury Prevention and Health Impact Assessment. Primary care focuses on the care of the person and the family interacting with the person [7].

2. Human-centred primary health care models through multidisciplinary teams. Models of assistance should facilitate the provision of continuous, comprehensive, coordinated, personalized and



people-centred assistance, with multidisciplinary teams as a principle (Health workers, social workers, public health professionals, etc.) [8].

OBJECTIVE. To study models of primary health care

MATERIALS AND METHODS. In order to carry out this work, 35 sources were reviewed, including regulatory documents, documents of the World Health Organization and scientific publications in the databases of Scopus, Pubmed.

RESULTS. The Primary Health Care Model is a model for service delivery and outcomes. Primary health care models differ according to the type of national health system and depend on the social, economic and cultural factors of the country. PHC models change and evolve in response to changing health goals and priorities of the population and to improve the efficiency of the health system. In addition, the prioritization of essential public health operations (hereinafter referred to as the EPHO) is an integral part of the effective implementation of the PHC. EPHOs are a detailed checklist of key public health activities. Effective cooperation between public health and primary health care is the key to ensuring the sustainability of health systems

REFERENCES:

1 Declaration of Alma-Ata, 1978 [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167\\_2](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2)

2 Declaration of Astana, 2018. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>

3 ВОЗ и ЮНИСЕФ. Концепция первичной медико-санитарной помощи в XXI веке: на пути к ВОУЗ и ЦУР.

4 WHO, UNICEF. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065>)

5 Международный опыт моделей первичной медико-санитарной помощи. Экспертный обзор. Москва, 2021 <https://niioz.ru/upload/iblock/e36/e36733243e24d55d038bceaf34c40fbe.pdf>

6 WHO Regional Office for Europe Integrated care models: an overview (working document). Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2016 [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf).

7 Amati F., McDonald A., Majeed A., Dubois E., Rawaf S. Implementation and evaluation of patient-centred care in experimental studies from 2000–2010: systematic review. Int J Person Centred Med. 2011

8 WHO Regional Office for Europe Integrated care models: an overview (working document). Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2016 [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf)



## **ALCOHOL INDUCED PSYCHOSIS IN ADOLESCENTS**

*Sweety A., 3<sup>rd</sup> year course,  
faculty- high school of medicine,  
scientific supervisor – Kabdullina K.K.  
M. Kozybayev North Kazakhstan State University  
Petropavlovsk c., Kazakhstan  
e-mail: [jemyjanvi@gmail.com](mailto:jemyjanvi@gmail.com)*

### **INTRODUCTION**

Psychosis<sup>i</sup> (psychotic break/ colloquial) is the impairment of the thoughts and emotions leading to loss of contact with the external reality of a person and there is a significant overlap with the neurologic diseases. And this makes psychosis a common and functionally disruptive symptom of many psychiatric, neurodevelopmental, neurologic, and medical conditions and an important target of evaluation and treatment in neurologic and psychiatric practice.

Psychosis is thought to be caused by an interaction between genetic and environmental factors. The genesis of such psychotic events lies in the episodes of abnormally impaired mental status with the external reality of a person due to hormonal disturbances, genetics, mental illness (schizophrenia, bipolar disorder), trauma, sleep deprivation, some other medical conditions (such as the brain tumors, aneurisms, hematoma at times etc.), certain medications, the drug abuses (including alcohol) or the consumption of recreational drugs (cannabis, amphetamines -including speed and ice, LSD – acid, magic mushrooms, ketamine, ecstasy and cocaine) or other factors such as the psychological causes and the brain stimulating the alterations in the mood of a person significantly as there's also research showing that too much dopamine may be associated with psychosis.<sup>ii</sup> Dopamine is one of the chemicals in the brain that sends information from one brain cell to another. Having high levels could interrupt the pathways in the brain responsible for memory, emotion, social behavior and self-awareness.

The initial symptoms<sup>iii</sup> can be simply the false beliefs, seeing or hearing that other don't see or hear, incoherency of speech and mood affected states like depressions and maniac episodes. These symptoms get severe with the continued practice of the ongoing psychotic stimuli which can further lead to the alarming complications such as the suicidal thoughts and self-harm.

Alcoholism<sup>iv</sup> can assure the psychotic symptoms and thus alcoholics are more likely to be reported with the psychotic episodes and their complications more than a person who doesn't have alcohol dependency.

It is quite evident and many researches made so far suggest that alcoholism leads to haywire personality with affected moods, depresses your physical capabilities, depresses your nervous system into a collapse, resulting in death in severe case, the loss of the ability to react quickly and deterioration of brain structure and size (sometimes lading to the seizures, memory loss, tumors , epilepsy etc.).<sup>v</sup>

### **AIM**

To study the social scenario of alcoholism in adolescents and to educate the neurologists as well as the other readers about the psychiatric manifestations of the alcohol induced psychosis in adolescents and its initial treatment and management.

### **METHODS AND MATERIALS**

An open survey<sup>vi</sup> amongst the students of M.Kozybayev North Kazakhstan State University, Petropavlosk was conducted on the google platform to establish a study of the scenario of alcoholism (craze , common practices and social image) and to relate it with the manifestations of the psychotic episodes and its prognosis.

Survey <https://surveyheart.com/form/6249c2cbfc9629435fc239a9>

### **RESULTS**

The current survey and other research sources in alcohol induced psychotic episodes causing great deficits for adolescent patients are more common among those who are habitual drinkers of alcohol and alcoholism is more common amongst the males here. The reasons for drinking are several (stress,

depression, peer pressure, but has the common outcome, i.e., the neurological damage over the longtime consumption of alcohol/ its abuse/ alcohol poisoning/ or mere alcohol dependency for a short span of time in few cases.

The management of the alcoholic adolescents at initial stage is the medications being prescribed by the providers in psychiatry, neurology and general practice (mainly the antipsychotics) along with the counselling and social support.

#### CONCLUSION

This article contains the discussion on the current survey for evaluating, estimating, prognosing and studying the initiation and development of the psychotic episodes among the students due to alcoholism. This article will help the readers to know and understand the onset of alcoholism as well as the social scenario of alcoholism at M. Kozebayev North Kazakhstan State University, Petropavlosk.

#### REFERENCES

- 1 Psychosis: definition, symptoms, causes, diagnosis, treatment (webmd.com)
- 2 Understanding\_psychosis.pdf (samh.org.uk)
- 3 How does dopamine play a role in psychosis? – raiseupwa.com
- 4 Psychosis: definition, symptoms, causes, diagnosis, treatment (webmd.com)
- 5 Alcohol induced psychosis | hallucinations & delusions from aud
- 6 Alcohol-induced psychosis - the recovery village drug and alcohol rehab
- 7 Alcohol related psychosis - statpearls - ncbi bookshelf (nih.gov)
- 8 Google forms: free online form creator | google workspace



**Мазмұны / Содержание / Content**

Абдан А. Қ., Қауызбай Ж.Ә., Сейдахметова А.А. СОЗЫЛМАЛЫ ЖҮРЕК ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ ӨМІР СҮРУ САПАСЫН SF-36 САУАЛНАМАСЫ АРҚЫЛЫ БАҒАЛАУ .....	3
Абдиев Н.М., Бримжанова М.Д., Рустамова Х.Е., Серғалиев Т.С. ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТІНДЕ ХАЛЫҚҚА ЖОҒАРЫ ТЕХНОЛОГИЯЛЫҚ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУДІ ҰЙЫМДАСТЫРУДАҒЫ ЖАҒДАЙЫ.....	5
Абдрахманова А.Д., Искакова А.М. ГИСТЕРЭКТОМИЯ ОТАСЫНАН КЕЙІНГІ ОҢАЛТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ МЕН ШЕШІМДЕРІ.....	9
Абдулла В., Нысанбаева К., Сагоз Д., Глушкова Н. ВЛИЯНИЕ ПЕРЕНОСА ОЛИМПИЙСКИХ ИГР В ТОКИО 2020 ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА ПОДГОТОВКУ СПОРТСМЕНОВ.....	11
Ажибаева-Купенова Д.Т. ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖОҒАРЫ ОҚУ ОРЫНДАРЫНЫҢ СОҢҒЫ ЖЫЛДАРДАҒЫ ЖАРИЯЛАНЫМДЫҚ БЕЛСЕНДІЛІГІНІҢ НӘТИЖЕСІ.....	12
Айдар А., Сарсенбаева Г.Ж. БАЛАЛАР КҮЙІК ЖАРАҚАТЫННЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ.....	15
Айнабекова Д.Б., Курманбаева И.А. РАЗРАБОТКА СОСТАВА И ТЕХНОЛОГИИ КРЕМА С ЭКСТРАКТОМ АЛОЭ.....	18
Алиева Н.А., Утепов П.Д. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРЫ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ОРГАНИЗОВАННОГО КОЛЛЕКТИВА ГОРОДА ШЫМКЕНТ.....	22
Альмяшева Е.Ю. НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ COVID-19.....	25
Аманбаев Т.У., Пернебеков Е. М., Аманбай Г. Н., Досыбаева Г.Н. ҚОРҒАСЫН-МЫРЫШ ШЛАГЫНЫҢ БАЛАЛАР ДЕНСАУЛЫҒЫНА ӘСЕРІ.....	28
Ахметова Ж.К., Әшірбекова А. М. ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРГЕ COVID-19 ВАКЦИНАЦИЯСЫ: ӘДЕБИЕТТІК ШОЛУ.....	33
Аяпбергенова А. Д., Кожанова К.К., Киекбаева Л.Н. РИНОПЕТАЛИОМ КАРЕЛИНА(RHINOPETALUM KARELINII) ӨСІМДІГІНІҢ ТАРАЛУЫ.....	35
Балапашева А. А., Смагулова Г.А. ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАРТИНЫ ФАРМАКОЭКОНОМИКИ И ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИИ, ВЫЗВАННЫЕ КОРОНАВИРУСОМ SARS-COV-2 И БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ (НА ПРИМЕРЕ Г.АКТОБЕ).....	38
Батажан К.А. РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ МОЛОДЁЖИ КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	41
Бижанова А. Д., Сейдахметова А.А. ҚАНТ ДИАБЕТІМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ ӨМІР СҮРУ САПАСЫН БАҒАЛАУ.....	43
Билибаева Ғ.Ж., Оспанова Д.А., Халмирзаева М.М. ЖҮКТІЛІК АЛДЫ ДАЙЫНДЫҚ АНТИРЕТРОВИРУСТЫҚ ТЕРАПИЯНЫҢ ЖҮКТІЛІК НӘТИЖЕСІНЕ ӘСЕРІ.....	45
Болатбекқызы А.COVID - 19 ЗАРДАПТАРЫНЫҢ ТАРАЛУ КЕЗЕҢДЕРІ МЕН АЗАЙТУ ЖӨНІНДЕГІ ШАРАЛАР.....	47
Бурибекова З., Сейдахметова А.А. ЖАТЫР МОЙЫНЫҢ ҚАТЕРЛІ ІСІК АУРУЫН ЕРТЕ АНЫҚТАУДА СКРИНИНГ ЖҮРГІЗУ ІС-ШАРАЛАРЫ.....	53
Бухарова Н. Н., Кожекенова Ж. А. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕЙРОИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ НА ПРИМЕРЕ ЦЕНТРА «АСПАЗИЯ» .....	55
Гернега К. А., Каюпова Г. С. МИРОВОЙ ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ КОВИД-19.....	58
Ерсариева Ж. Д. ОПТИЧЕСКАЯ НЕЙРОПАТИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 (ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ).....	61

Әуелова Ә. Б., Сартаева К.А. ВЛИЯНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ТЕЧЕНИЕ SARS-COV-2.....	64
Жетписбаева И.А., Касымбекова Ф.Д., Сармұлдаева Ш.К., Глушкова Н.Е. СКРИНИНГ НА РАК ШЕЙКИ МАТКИ – ВОСПРИЯТИЕ СЕЛЬСКИМ И ГОРОДСКИМ ЖЕНСКИМ НАСЕЛЕНИЕМ.....	57
Зияда Р. Е., Долтаева Б.З., Утепов П.Д. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЙ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ГОРОДА ШЫМКЕНТ.....	69
Ибайдуллаева С.И., Утепов П. Д. ҚЫЗЫЛОРДА ОБЛЫСЫ ХАЛҚЫ АРАСЫНДА КОНГО-ҚЫРЫМ ГЕМОРАГИЯЛЫҚ ҚЫЗБАСЫ АУРУЫНЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ АХУАЛЫ.....	72
Ибрагим А.И., Бекбағанбетова Ә. Р., Тургумбаева А. А. МИЯ (GLYCYRRHIZA GLABRA LICORICE) СЫҒЫНДЫСЫНЫҢ НЕГІЗІНДЕ КОСМЕТИКАЛЫҚ КРЕМНІҢ ҚҰРАМЫ МЕН ТЕХНОЛОГИЯСЫН ӘЗІРЛЕУ.....	75
Ибраева А.Ш., Турдалиева Б.С., Аимбетова Г.Е. ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ.....	77
Ибраимова М.А., Аимбетова Г.Е., Алмабек А.Т., Ким В.Б. МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ ПО ИССЛЕДОВАНИЮ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАКА ПИЩЕВОДА.....	79
Идрисова А. УРОВЕНЬ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ВРАЧЕЙ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ КЛИНИЧЕСКОГО ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ.....	82
Иманғазы М.К. ЖИВОТНЫЙ ЖИР-НАСТОЯЩИЙ ПРИРОДНЫЙ ИСТОЧНИК АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ.....	85
Имашева Б.И., Баймуратова М.А., Туреханова А.Д. ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИОННОГО МЕТОДА ОБУЧЕНИЯ TBL В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ.....	88
Турдалиева Б.С., Дуйсенов Н.Б., Аимбетова Г.Е., Исаев Н.Н., Ахметова З. А. УЛЬТРАСОНОГРАФИЯ В СИСТЕМЕ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО ТРЕХ МЕСЯЦЕВ.....	98
Исмаилова И.К., Турдалиева Б.С. ОЦЕНКА КОРРЕЛЯЦИИ ПАРАМЕТРОВ И ОТВЕТОВ ПО ОПРОСНИКУ STARS У ПАЦИЕНТОВ С ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИЕЙ.....	95
Калдыбаева У.Т., Ауезова А.М. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ В СИСТЕМЕ ОСМС.....	97
Камалбек А. Т., Назарбаева Р.К., Алкенова Н.У. ӨКПЕНІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКТИВТІ АУРУЫНЫҢ (ӨСОА) ТАРАЛУЫ.....	100
Карибаева И.А., Турдалиева Б.С., Бағиярова Ф.А., Зайнал Н.З., Кусаинова Д.Н. ВАЛИДИЗАЦИЯ КАЗАХСКОЙ ВЕРСИИ ОПРОСНИКА «ШКАЛА ДЕПРЕССИИ БЕКА».....	102
Касимова К.К., Сейдахметова А.А. ПАЛЛИАТИВТІ КӨМЕКТІҢ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРЛЫҚ КОМАНДАСЫН ҚҰРУ ҚАЖЕТТІЛІГІ.....	103
Касымбекова Ф.Д., Жетписбаева И.А., Глушкова Н.Е. БАРЬЕРЫ К ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА СРЕДИ КАЗАХСТАНСКИХ РОДИТЕЛЕЙ.....	105
Кенесары Т. Е., Имангазинов С.Б., Жусупов С.М. О ВРАЧЕБНОЙ ТАКТИКЕ ПРИ ДВУХ УНИКАЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЯХ В ЭКСТРЕННОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ АНГИОХИРУРГИИ.....	106
Кәрімбердиева Б.Р., Ермекова А.Д. БОЛЕЗНЬ КОАТСА.....	108
Куракбаев Е.Б., Сапарбаев С.С, Турдалиева Б.С., Щукин В.В. МЕДИЦИНАДАҒЫ БИОТЕХНОЛОГИЯЛЫҚ ӘДІСТЕРДІ ТРАНСПЛАНТАЛОГИЯДА ҚОЛДАНУ.....	111





Қалмырзаева А.С., Бекбағанбетова Ә. Р., Тургумбаева А. А. ДӘРЛІК ӨСІМДІК ШИКІЗАТЫ НЕГІЗІНДЕ КОСМЕТИКАЛЫҚ ҚҰРАЛДЫҢ ТЕХНОЛОГИЯСЫН ӨЗІРЛЕУ ЖӘНЕ САПАСЫН БАҒАЛАУ.....	114
Маметбакиева В., Камалиев М.А. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ АКТУАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ.....	117
Ли М.А., Каюпова Г.С. ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ.....	120
Мамышева Д.Т., Утепов П.Д. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ШЫМКЕНТ.....	123
Махамбетова А., Журабекова Г. ВЛИЯНИЕ ПРИОБРЕТЕННОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ НА РАЗВИТИЕ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ.....	126
Мизамов Д.М., Телтаев Б.С., Бейсембаева З.И., Магай Л.Н., Сарсенбаева Г.Ж. ТҮРКІСТАН ОБЛЫСЫ МЕН ШЫМКЕНТ ҚАЛАСЫ ТҮРҒЫНДАРЫ АРАСЫНДА ГЛАУКОМАНЫҢ ТАРАЛУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ.....	129
Турдалиева Б.С., Нажмадинова Г.Н., Нурбакыт А.Н. ЗНАЧИМОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРИНЦИПОВ И МЕТОДОВ БЕРЕЖЛИВОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИИ.....	131
Нехорошева В.А. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ОТ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЗА ПЕРИОД ПАНДЕМИИ В МИРЕ И КАЗАХСТАНЕ. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ ВАКЦИНАЦИИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА И БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В МИРЕ И РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР).....	133
Окродзе О.Ю., Бектан Б.Е., Биболова А.С. ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД К ФОРМИРОВАНИЮ ОБРАЗА ЖИЗНИ СОВРЕМЕННОГО ЧЕЛОВЕКА.....	142
Онгалова Р. А. COVID-19 АУЫРҒАН НАУҚАСТАРҒА ЖҮРГІЗІЛГЕН КҮТІМ МЕН КӨМЕКТІҢ ТИІМДІЛІГІН БАҒАЛАУ.....	145
Паренова Р.А., Ауэзғалиева А.А., Киекбаева Л.Н., Кожанова К.К. МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ И МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАСТЕНИЯ NITRARIA SCHOBERI L.....	148
Рақымжан А. Н. САМАЙ-ТӨМЕНГІ ЖАҚ БУЫНЫНЫҢ ДИСФУНКЦИЯСЫНЫҢ ПАЙДА БОЛУЫНА ПАРАФУНКЦИОНАЛДЫ БЕЛСЕНДІЛІКТІҢ ӨСЕРІ.....	151
Сұлтанбаева Н.Ж., Сейдахметова А.А. ШАЛА ТУЫЛҒАН НӨРЕСТЕЛЕДІҢ АНАЛАРЫНА ОҚЫТУ ЖҰМЫСТАРЫН ҰЙЫМДАСТЫРУ.....	153
Талгатпекқызы А., Алекенова Н.У. ӘЙЕЛДЕРДІҢ СҮТ БЕЗІ ҚАТЕРЛІ ІСІГІНІҢ СКРИНИНГІНЕН ӨТПЕУ СЕБЕПТЕРІН АНЫҚТАУ.....	155
Турдалиев Б.С., Байсеркин Б.С., Байсугурова В.Ю. СТРАТЕГИИ БОРЬБЫ С ВИЧ/СПИД: ОБЗОР ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ.....	157
Утепова Ж.Д., Долтаева Б.З., Утепов П.Д. ҚЫЗЫЛОРДА ОБЛЫСЫ ХАЛҚЫ АРАСЫНДА ҚҰТЫРУ АУРУЫНЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙЫН БАҒАЛАУ.....	159
Турдалиева Б., Ким Н., Халыкова М. АНАЛИЗ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В КАЗАХСТАНЕ.....	162
Шадман М. Н. РАЗВИТИЕ МЕХАНИЗМОВ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID – 19.....	164
Шәкімов А. М. РАЗВИТИЕ ТЕХНИЧЕСКИХ КОМПЕТЕНЦИЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ СРЕДСТВАМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ РОБОТОТЕХНИКИ.....	166
Шибутова Н.М., Касенова Ф.М., Сайфутдинова А.Р., Курметова М.К., Жумағалиева Ш.А., Масалимова Ә.Н. АНАЛИЗ СИГНАЛОВ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ (ЭЭГ).....	169

Юнкина Л. С., Токанова Ш.Е. АНАЛИЗ ВСПЫШЕК ОСОБО ОПАСНЫХ ИНФЕКЦИЙ ПЕРВОЙ ГРУППЫ БОЛЕЗНЕЙ ММСП В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН И В СТРАНАХ БЛИЖНЕГО И ДАЛЬНЕГО ЗАРУБЕЖЬЯ.....	172
Якупова М.И., Назарбаева Р.К. ЖҰМЫС ІСТЕЙТІН ЖӘНЕ ЖҰМЫС ІСТЕМЕЙТІН ЗЕЙНЕТКЕРЛЕРДІҢ ӨМІР САПАСЫ МЕН ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ.....	175
Vinoth Kumar P., Zhumashov S.N., Sadykova A. ANTI-CHOLESTEROL EFFECT OF PERGULARIA DAEMIA (FORSSK.) CHIOV IN LEAD ACETATE INDUCED TOXICITY IN RATS.....	177
Yussupova N., Turdaliyeva B., Koikov V., Son I. PRIMARY HEALTH CARE MODELS.....	182
Sweety A., Kabdullina K.K. ALCOHOL INDUCED PSYCHOSIS IN ADOLESCENTS.....	184