

Марат Оспанов атындағы БҚММУ КОНФЕРЕНЦИЯ СЕРИЯСЫ

VI том 2018



Меншік иесі - «Марат Оспанов атындағы
Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина
университеті» ШЖҚ РМК

ҚР Ақпарат және коммуникация
министрлігіне 15.06.2017 ж. тіркеліп,
№16576-Ж куәлігі берілген.

Бас редактор: Е.Ж. Бекмұхамбетов
Бас редактордың орынбасары:
Г.А. Смағулова
Жауапты шығарушы редактор:
Г.С. Дильмагамбетова
Техникалық редактор: С.Д. Оразов
Корректорлар: С.Ұ. Тоғызбаева
А.М. Бекниязова
А.С. Каримсакова

Редакция және баспа мекенжайы:
030019, Ақтөбе қаласы,
Маресьев к., 68,
морфологиялық корпус, 116-каб.
тел./факс: 8/7132/56-23-87.
E-mail: conference@zkgmu.kz

Шыққан күні: 30.11.2018
Таралымы 500 дана.
Тапсырыс № 002014

Редакциялық-баспа орталығында басылып
түптелді

РЕДАКЦИЯЛЫҚ ҰЖЫМ

Т.С. Абилов
С.К. Бермагамбетова
Ж.Ж. Гумарова
Т.А. Джаркенов
С.П. Досмагамбетов
Б.С. Жакиев
Л.М. Жамалиева
Б.К. Жолдин
Г.А. Журабекова
В.И. Котловский
А.А. Мамырбаев
Р.Е. Нургалиева
Б.Т. Тусупкалиев

РЕДАКЦИЯЛЫҚ КЕҢЕС

С.К. Ақшолақов (Астана)
Ж.А. Арзықұлов (Алматы)
А.К. Байгенжин (Астана)
В.М. Боев (Орынбор)
В.В. Власов (Мәскеу)
Ж.А. Досқалиев (Астана)
Т.Т. Киспаева (Қарағанда)
Р.С. Күзденбаева (Алматы)
Г. Маккиарелли (Италия)
С.А. Нотолла (Италия)
А.Г. Румянцев (Мәскеу)
Қ.Қ. Сабыр (Ақтөбе)
Б.Д. Сексенбаев (Шымкент)
А.Т. Тайжанов (Ақтөбе)
М.К. Телеуов (Астана)
Т.Ш. Шарманов (Алматы)

ЖАРИЯЛАНЫМҒА ЖАУАПТЫЛАР

Д.Н. Динмухамбед
А.Ж. Досимов
Н.Ж. Жолдасова
Н.А. Сейтмагамбетова
Г.А. Темирова
Б.Т. Тусупкалиев
А.Б. Тусупкалиев
Б.И. Шамши
С.Ю. Шиканова

СЕРИЯ КОНФЕРЕНЦИЙ ЗКГМУ имени Марата Оспанова

VI том 2018



Учредитель - РГП на ПХВ
«Западно-Казахстанский государственный
медицинский университет
имени Марата Оспанова»

Свидетельство о постановке на учет
№16576-Ж от 15.06.2017 г. выдано
Министерством информации и
коммуникаций Республики Казахстан.

Главный редактор: Е.Ж. Бекмухамбетов
Заместитель редактора: Г.А. Смагулова
Ответственный выпускающий редактор:
Г.С. Дильмагамбетова
Технический редактор: С.Д. Оразов
Корректоры: С.У. Тогызбаева
А.М. Бекниязова
А.С. Каримсакова

Почтовый адрес редакции и типографии:
030019, г. Актобе,
ул. Маресьева, 68,
морфологический корпус, 116 каб.
тел./факс: 8/7132/56-23-87.
E-mail: conference@zkgmu.kz

Дата выпуска: 30.11.2018
Тираж 500 экз.
Заказ № 002014

Отпечатано в Редакционно-издательском
центре

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Т.С. Абилов
С.К. Бермагамбетова
Ж.Ж. Гумарова
Т.А. Джаркенов
С.П. Досмагамбетов
Б.С. Жакиев
Л.М. Жамалиева
Б.К. Жолдин
Г.А. Журабекова
В.И. Котловский
А.А. Мамырбаев
Р.Е. Нургалиева
Б.Т. Тусупкалиев

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

С.К. Акшолоков (Астана)
Ж.А. Арзыкулов (Алматы)
А.К. Байгенжин (Астана)
В.М. Боев (Оренбург)
В.В. Власов (Москва)
Ж.А. Доскалиев (Астана)
Т.Т. Киспаева (Караганда)
Р.С. Кузденбаева (Алматы)
Г. Маккиарелли (Италия)
С.А. Нотолла (Италия)
А.Г. Румянцев (Москва)
К.К. Сабыр (Актобе)
Б.Д. Сексенбаев (Шымкент)
А.Т. Тайжанов (Актобе)
М.К. Телеуов (Астана)
Т.Ш. Шарманов (Алматы)

ОТВЕТСТВЕННЫЕ ЗА ВЫПУСК

Д.Н. Динмухамбед
А.Ж. Досимов
Н.Ж. Жолдасова
Н.А. Сейтмагамбетова
Г.А. Темирова
Б.Т. Тусупкалиев
А.Б. Тусупкалиев
Б.И. Шамши
С.Ю. Шиканова

«Марат Оспанов атындағы БҚММҰ Конференция сериясы» журналының редакциясынан

«Марат Оспанов атындағы БҚММҰ Конференция сериясы» журналының кезекті нөмірінде біз Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университетінің қабырғасында өткізілген конференцияның материалдарын жариялауды жалғастырамыз. Бұл жолы біз сіздердің назарларыңызға студенттік ғылыми жұмыстарға арналған тематикалық блокты ұсынамыз. Мақалалар екі конференцияның нәтижелері бойынша дайындалды: «Марат Оспанов атындағы БҚММҰ Студенттік ғылыми қоғамының 60 жылдығына арналған студенттер мен жас ғалымдардың халықаралық қатысумен LVIII ғылыми конференциясы» (сәуір, 2018) және «Студенттердің АМСК және отбасылық медицина дамуына қосқан үлесі: Дүниежүзілік отбасылық дәрігер күніне орай Отбасы медицинасын қолдау мақсатындағы және алғашқы медициналық көмек бойынша ДДСҰ/ЮНИСЕФ Алматы Декларациясының 40 жылдығына арналған Студенттер қозғалысының бірінші конференциясы» (маусым, 2018).

Бас редактордың оқырмандарға хатты

Студенттік ғылым – ол «бастаулардың бастауы». Ол жас мамандарды оқытумен тығыз байланысты. Ғылым, білім және клиникалық практиканың бірлігі сапалы медициналық білімді, нәтижесінде тұрғындарға сапалы медициналық көмекті қамтамасыз ететіндігі дәлелденген. Қазіргі таңда дәрігерге тек дәрілік заттар мен емдеу тәсілдерін біліп қана қою жеткіліксіз, ол нақты бір пациентке сай келетін белгілі бір емдеу жолын да таңдай білуі қажет. Оған дәлел дәрігердің күнделікті тәжірибесіне дәлелді медицинаның принциптерін белсенді енгізу болып табылады. Студенттік жылдары жүргізілген зерттеу жұмыстары жас дәрігердің клиникалық ойының дамуына ықпал етеді. Жыл сайын ғылыми жобаларға тартылған студенттер санының өсіп жатқанын атап кеткім келеді. Бұл біздерді, оқытушыларды қуантады. Студенттер белсенділігінің артуы ЖОО дамуының стратегиялық жоспарына кіреді. Студенттер – біздің потенциалымыз. Біз жинаған потенциалымызды жоғалтпауымыз керек, болашақ мамандар дайындауда сапаның төмендеуіне жол бермей, барлық жақсымызды сақпай білуіміз қажет.

Сізге жоба жетекшілерімен бірге студенттердің үздік жұмыстары ұсынылған журналдың осы саны студенттердің ғылыми-зерттеу жұмыстарына қызығушылығын арттыруға бағытталған.

Жас талантты зерттеушілерге ғылым шыңын бағындыруда әрдайым шығармашылық ізденіс, энергия, баптыл ойлар мен бірегей шешімдер тілеймін. Шаным мен жасампаздықтың осынау қиын жолында сәттілік тілеймін!

Құрметпен: Бас редактор Бекмұхамбетов Е.Ж.

От редакции журнала «Серия конференции ЗКФМУ имени Марата Оспанова»

В очередном номере журнала «Серия конференции ЗКФМУ имени Марата Оспанова» мы продолжаем публикацию материалов конференций, проведенных в стенах Западно-Казахстанского государственного медицинского университета имени Марата Оспанова.

На этот раз мы представляем Вашему вниманию тематический блок, посвященный студенческим научным работам. Статьи подготовлены по результатам двух конференций: «LVIII научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием, посвященной 60-летию студенческого научного общества ЗКФМУ имени Марата Оспанова» (апрель, 2018) и «Первой конференции Студенческого движения в поддержку Семейной Медицины, приуроченную к Всемирному Дню Семейного врача, и посвященную 40-летию Алмаатинской Декларации ВОЗ/ЮНИСЕФ по первичной медико-санитарной помощи: Вклад студентов в развитие ГИМСИ и семейной медицины» (июнь, 2018).

Письмо главного редактора к читателям

Студенческая наука – это «начало начал». Она тесно связана с обучением молодых специалистов. Доказано, что единство науки, образования и клинической практики обеспечит качественное медицинское образование, в конечном итоге качественную медицинскую помощь населению. В настоящее время врачу не достаточно знать только перечень лекарственных препаратов и способов лечения, он уже должен уметь сделать выбор одного единственного подходящего способа лечения конкретному пациенту. Тому подтверждение активное внедрение принципов доказательной медицины в повседневную практику врача. Исследовательская деятельность, заложенная в студенческие годы, способствует развитию клинического мышления у молодого врача.

Хоту отметить, что с каждым годом возрастает число студентов, вовлеченных в научные проекты. Это очень радует нас, преподавателей. Развитие студенческой активности входит в стратегический план развития вузов. Студенты – наш потенциал. Мы не должны потерять накопленный потенциал, нужно сберечь все лучшее, не допустить снижения качества в подготовке будущих специалистов.

Предлагаемый вам выпуск журнала с лучшими работами студентов совместно с руководителями проектов направлен на привлечение интереса к студенческим научно-исследовательским работам.

Желаю молодым талантливым исследователям покорения вершин науки, постоянно пребывать в творческом поиске, энергии, смелых замыслов и неординарных решений! Удачи на трудном пути познания и созидания!

С уважением: Главный редактор Бекмухамбетов Е.Ж.

**«МАРАТ ОСПАНОВ АТЫНДАҒЫ БҚММУ СТУДЕНТТІК ҒЫЛЫМИ
ҚОҒАМЫНЫҢ 60 ЖЫЛДЫҒЫНА АРНАЛҒАН СТУДЕНТТЕР МЕН
ЖАС ҒАЛЫМДАРДЫҢ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҚАТЫСУМЕН LVIII
ҒЫЛЫМИ КОНФЕРЕНЦИЯСЫ»
(сәуір, 2018)**

**СТУДЕНТТЕРДІҢ АМСК ЖӘНЕ ОТБАСЫЛЫҚ МЕДИЦИНА
ДАМУЫНА ҚОСҚАН ҮЛЕСІ: ДҮНИЕЖҮЗІЛІК ОТБАСЫЛЫҚ
ДӘРІГЕР КҮНІНЕ ОРАЙ ОТБАСЫ МЕДИЦИНАСЫН ҚОЛДАУ
МАҚСАТЫНДАҒЫ ЖӘНЕ АЛҒАШҚЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК
БОЙЫНША ДДСҰ/ЮНИСЕФ ДЕКЛАРАЦИЯСЫНЫҢ
40 ЖЫЛДЫҒЫНА АРНАЛҒАН
СТУДЕНТТЕР ҚОЗҒАЛЫСЫНЫҢ БІРІНШІ КОНФЕРЕНЦИЯСЫ
(маусым, 2018)**

**«LVIII НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ СТУДЕНТОВ
И МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ,
ПОСВЯЩЕННАЯ 60-ЛЕТИЮ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО
ОБЩЕСТВА ЗКГМУ ИМЕНИ МАРАТА ОСПАНОВА»
(апрель, 2018)**

**«ПЕРВАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ СТУДЕНЧЕСКОГО ДВИЖЕНИЯ
В ПОДДЕРЖКУ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ, ПРИУРОЧЕННАЯ
К ВСЕМИРНОМУ ДНЮ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА,
И ПОСВЯЩЕННАЯ 40-ЛЕТИЮ АЛМАТИНСКОЙ
ДЕКЛАРАЦИИ ВОЗ/ЮНИСЕФ ПО ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-
САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ: ВКЛАД СТУДЕНТОВ В РАЗВИТИЕ
ПМСП И СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ»
(июнь, 2018)**

UDC 616.314-002-08

МРНТИ 76.29.55

G.G. BAIARSTANOVA

A COMPARISON OF ICON SYSTEM AND RESTORATIVE MATERIALS IN TREATMENT OF CARIES IN ENAMEL

West Kazakhstan Marat Ospanov State Medical University, Aktobe, Kazakhstan

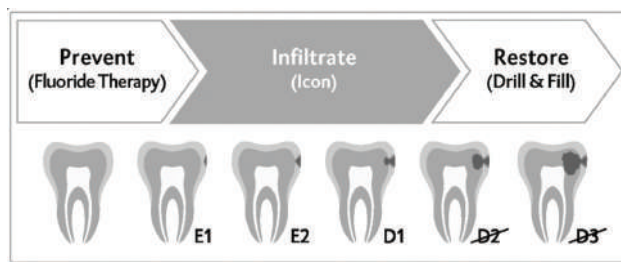
Nowadays patients want to have a beautiful smile and as output is determined by demand recent dental materials and equipment are intended to create a superb aesthetic effect and as close as possible to natural teeth. One of those decisions was to invent a resin infiltration treatment to cure tooth decay. Tooth decay or caries is a multifactorial disease causing the destruction of hard tissues of teeth due to bacteria and acids action. Based on World Health Organization investigation caries is the most widespread condition among all human diseases. Caries lesion according to its severity has such types as incipient, moderate, advanced and severe. When incipient caries is appeared lesion extends only on enamel surface while in moderate type it passes the halfway of enamel thickness but does not reach dentino-enamel junction. Resin infiltration treatment is applicable to incipient and in some cases moderate caries. It stops the progress and growth of cavity by “filling” it with minerals. This innovative technology in treating caries without drilling has been developed by German company specialists and now used in many countries all over the world.

Keywords: caries, ICON, caries treatment, teeth decay, restoration, comparison.

Relevance. According to World Health Organization caries is the most abundant condition included in the 2015 Global Burden of Disease Study, ranking 12th for deciduous teeth (560 million children) and first for decay of permanent teeth (2.3 billion people). Caries is the outcome of the complex interaction of pathological and protective factors and the balance between them changes during the day. The dominance of pathological factors results as carious lesion.

Purpose of the study. The aim of this research was to study and compare effects of treating caries in enamel between ICON system and restoration.

Materials and methods of research. Twenty two patients age 12 to 40 with caries in enamel were examined and treated (picture 1). Twelve were treated with ICON and ten with restoration. The following materials were used ICON (Icon-Etch, Icon-Dry, Icon-Infiltrant) and restorative materials, etching gel, bond/adhesive (picture 2). First, professional hygiene had been done. Then, for first group following steps had taken place: etching with Icon-Etch, drying and visual check with Icon-Dry, application of Icon-Infiltrant, repeat the application of Infiltrant, light-curing, polishing, checking results; in second group following steps had taken place: choosing the color (A1, A2, B1, etc.), preparation of tooth where caries lesion is, primary resistance form, primary retention form, etching, bonding, filling, polishing, checking results. After restoration, we could check results by X-ray. Caries in enamel was located on tooth neck, contact areas and others. Photographs were done before and after the treatment, images are superimposed for comparison. Criteria of comparison were the following: aesthetic satisfaction (color and tooth surface), penetration in enamel structure (X-rays and SS-OCT), time taken to provide treatment for one tooth. Statistical analysis is performed on StatPlus software. It should be noted that the high results occurred owing to the fact that the number of patients is limited.



Picture 1. Applicable treatment due to type of caries



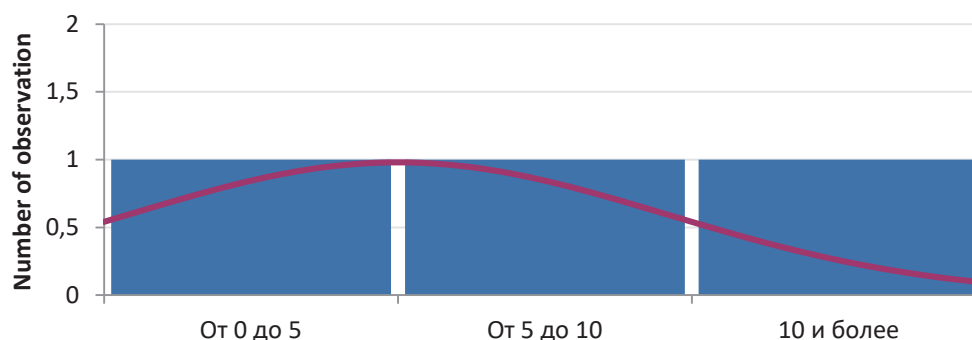
Picture 2. ICON kit

Results of the study. After performing of professional hygiene of oral cavity first group of patients was treated with ICON (resin infiltration treatment) and second group — with traditional filling. ICON gives following information on criteria (table 1): (1): 12 out of 12 patients – 100%; (2): 12 out of 12 patients – 100%; (3): 12 out of 12 patients – 100%; (4): 15-20 minutes. On the other hand restoration shows the following (table 1): (1): 8 out of 10 patients – 80%; (2): 10 out of 10 patients – 100%; (3): 0 out of 10 patients – 0%; (4): 40-60 minutes. Results show that in both cases aesthetic satisfaction had been achieved (histogram 1). X-rays after the restoration show that there is no changed structure of enamel in the border with restoration.

Table 1. Results of comparison in treating caries with ICON and restoration

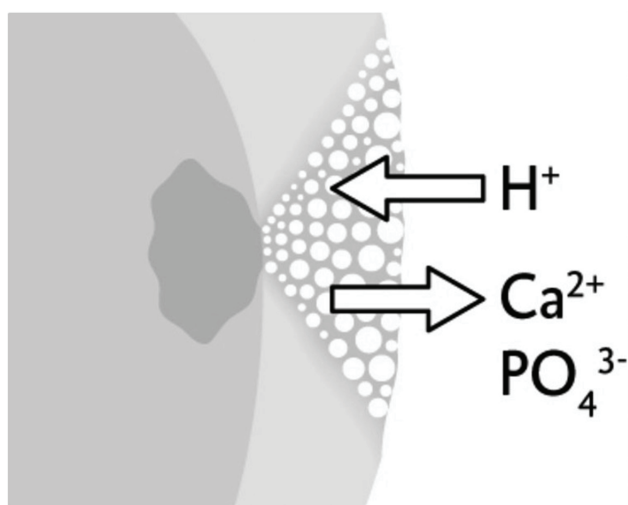
Treatment and number of patients	Criteria			
	Aesthetic satisfaction, number of patients		Penetration in enamel structure, number of patients	Time of treatment, minutes
	Color	Tooth surface		
ICON, 12 patients	12	12	12	15-20
Restoration, 10 patients	8	10	0	40-60

Aesthetic satisfaction histogram

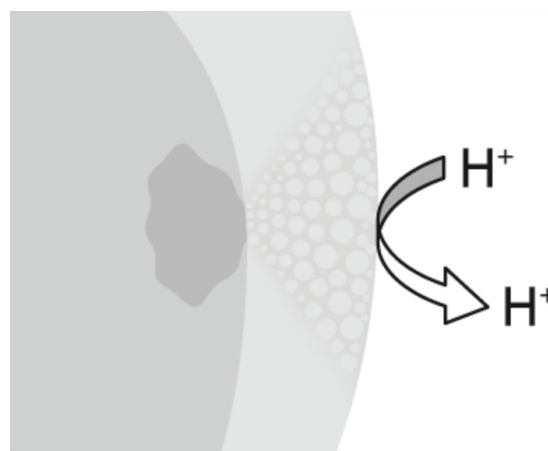


Histogram 1. Aesthetic satisfaction of patients

Discussions of the results. When caries in enamel is appeared cariogenic compounds such as acids withdraw the minerals while attacking the enamel (picture 2). The structure of tooth becomes porous. As well-known, caries in early stages causes changes in color shading such as white spots. After treatment with ICON we have those results: pores are closed up, that prevents tooth penetrating by acids (picture 3). Hence, it is possible to stop the progressing of emerging caries. Such findings also confirmed in “Resin Infiltration of Non-Cavitated Caries Lesions: A Systemic Review” where it says “All the included studies showed significant differences in caries progression be-



Picture 3. Acid effects on tooth surface before the treatment



Picture 4. Acid effects on tooth surface after the treatment with ICON system

tween test and control/placebo groups, indicating that resin infiltration may inhibit the caries process” and this systemic review revealed that resin infiltration appeared to be an effective method to arrest the progression of non-cavitated caries lesions”[3]. Due to the fact that one of the priorities of the “Densaulyk” State programme for the promotion of health care 2016-2019 is to prevent diseases on early stages we believe that the ICON system is a good example to develop this issue.

Conclusion. These findings indicate that ICON stops progression of caries lesion and gives aesthetic results as well as this new method means that with ICON preserves healthy tooth structure. This research demonstrated that

ICON does not require drilling what supposed to mean — the destruction of healthy tooth tissue is not required too, when compared to the restorative technique. It also demonstrated that ICON provides instant, long-term and persistent effect when in the same cases restoration needs time for preparation and we have to be very careful not damage too much of healthy tissue, needs to be replaced after five years. One meaningful disadvantage of ICON suitable for our region is high-cost of it that is why possible unavailability of using this system for a broad cross-section of the population.

ТҮЙІН

Г.Г. БАЙАРСТАНОВА

**ICON ЖҮЙЕСІ ЖӘНЕ ҚАЛПЫНА
КЕЛТІРУ ЗАТТАРЫМЕН БАСТАПҚЫ
ТІС ЖЕГІ ҚУЫСЫН ЕМДЕУ КЕЗІНДЕГІ
САЛЫСТЫРМАЛЫ МІНЕЗДЕМЕ**

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан
мемлекеттік медицина университеті,
Ақтөбе, Қазақстан

ДДСҰ мәліметтері бойынша тіс жегі қуысы кеңінен таралған ауру болып табылады. Бұл жаһандық ауыртпалық зерттері бойынша 2015 жылы енгізілді. Тіс жегі қуысы аурулары тұрақты тістер бойынша бірінші орынды, ал уақытша тістерде он екінші орынды иеленіп тұр. Бұл зерттеудің негізгі мақсаты – бастапқы тіс жегі қуысын ICON жүйесімен және қалпына келтіру заттарымен емдеу кезінде қорытындылап тексеру және салыстыру.

Негізгі сөздер: тіс жегі қуысы, ICON, тіс жегі қуысының емдеуі, тісті қайта қалпына келтіру, салыстыру.

References:

1. WHO. Sugars and dental caries. WHO technical information note. October 2017
2. ICON – caries infiltration. <https://www.dmg-dental.com/en/products/product/icon-caries-infiltration/>
3. Domejean S. and co-sponsors. “Resin Infiltration of Non-Cavitated Caries Lesions: A Systemic Review” // Med Princ Pract. – 2015 – May. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5588225>

РЕЗЮМЕ

Г.Г. БАЙАРСТАНОВА

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
СИСТЕМЫ ICON И РЕСТАВРАЦИОННЫХ
МАТЕРИАЛОВ В ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА ЭМАЛИ**

Западно-Казахстанский государственный
медицинский университет имени Марата Оспанова,
Ақтөбе, Қазақстан

Согласно данным ВОЗ, кариес является самым распространенным заболеванием, включенным в исследование Глобального бремени болезней за 2015 год. Занимает первое место среди заболеваний постоянных зубов и двенадцатое среди временных. Цель данного исследования – изучить и сравнить результаты лечения кариеса эмали между системой ICON и реставрационными материалами.

Ключевые слова: кариес, ICON, лечение кариеса, кариес зубов, реставрация, сравнение.

УДК 618.3-06
МРНТИ 76.29.51

И.А. ВАЛЬЦ, А.К. АБУКЕРИМОВА, Т.П. ШЕВЛЮКОВА, Н.Б. ЧАБАНОВА

ОСЛОЖНЕНИЯ В ГЕСТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОК С ВЕГЕТОСОСУДИСТОЙ ДИСТОНИЕЙ

Тюменский государственный медицинский университет,
Тюмень, Россия

Вегетососудистая дистония (ВСД) может приводить к осложнениям беременности, родов, послеродового периода, соответственно, это приводит к увеличению перинатальной смертности, что отрицательно влияет на дальнейшее психическое развитие ребенка. Каждой второй беременной (65,96% за 2017 год) на приеме в женских консультациях №1 и №2 выставляют диагноз ВСД, при этом из года в год данная статистика фактически не меняется. Результатами исследования подтверждено неблагоприятное влияние ВСД на гестационный процесс: осложнения в период беременности (угроза прерывания, гестоз), тяжелые роды (несвоевременное излитие околоплодных вод 25,3%, кровотечения 13,9%, внутриутробная гипоксия плода 12%, аномалии родовой деятельности 17,1%), проблемы в послеродовом периоде (несостоятельность швов 6,34%, лактостаз 5,1%), которые отрицательно воздействуют на здоровье матери и ребенка. ВСД также сочетается с эмоциональными нарушениями, в связи с этим необходима не только врачебная, но и психологическая помощь данным пациенткам.

Ключевые слова: вегетососудистая дистония, беременность, хроническая внутриутробная гипоксия.

Актуальность. В чашу важных задач нынешнего акушерства ложится исследование перестройки интегрирующих механизмов при нормальном течении беременности. Вегетативная нервная система занимает ведущую позицию, как в данных процессах, так и в функционировании организма в целом: поддерживает постоянство внутренней среды, влияет на иммунитет, эмоции, теплопродукцию в организме, а также на обеспечение двигательной и интеллектуальной работы. Таким образом, эволюционно она играет важную роль в регулировании приспособительных механизмов, направленных на сохранение беременности и вынашивание плода.

У некоторых женщин в перестройке ганглионарной нервной системы происходит сбой, который приводит к, так называемой, вегетососудистой дистонии (далее ВСД). В данный момент аналогом ВСД в МКБ 10 является соматоформная вегетативная дисфункция, присутствующая в МКБ 10 и правомочная только при исключении органических патологий, которые могли вызвать вторичные гипертензии или определенные психические расстройства.

Другими словами пациент предъявляет различные жалобы, которые не оправдываются лабораторными и инструментальными методами исследования [1,6].

В настоящее время нет четкого алгоритма ведения и прогнозирования исходов у беременных женщин с ВСД, поскольку патология представляет собой динамически колеблющуюся симптоматику, которая по мере ослабления компенсаторных адаптационных механизмов приводит к трансформации функциональной дисфункции в органический дефект.

В связи с тем, что ВСД может привести к осложнениям беременности, родов, послеродового периода, соответственно к увеличению перинатальной смертности, также негативно влияет на дальнейшее

психическое развитие ребенка, данный вопрос в акушерстве актуализируется ещё больше.

Цель исследования – изучить влияние вегетососудистой дистонии на течение беременности и исход родов.

Материалы и методы: были оценены результаты двух женских консультаций в г.Тюмень за 2015-2017 годы, а также истории родов женщин с диагнозом ВСД посредством анализа, синтеза, статистической обработки, моделирования.

Результаты исследования: Известно то, что ВСД – это нездоровое состояние, представляет собой сбой в вегетативной нервной системе, регулирующей физиологические процессы всех органов и систем. Часто ли встречается данная поломка? Каждой второй беременной (65,96% за 2017 год) на приеме в женских консультациях №1 и №2 выставляют диагноз ВСД, при этом из года в год данная статистика фактически не меняется (Таблица 1).

Таблица 1. Количество беременных женщин с диагнозом ВСД за 2015-2017 годы.

Период наблюдения	Встало на учет в ЖК№1; ЖК№2	DS: ВСД	
		Абс.знач.	%
2015	3019	1940	64,25
2016	2980	1514	50,80
2017	2809	1853	65,96

Синдром ВСД, включающий как вегетативные, так и эмоциональные расстройства, является обязательным в клинической картине беременных, так как встречается у 92% обследованных, и фундаментом его является психовегетативный симптомокомплекс, обоснованный высокой тревожностью и исходной нейроэндокринной перестройкой организма.

Данные изменения связаны с самим фактом

беременности, беспокойством за рождение здорового потомства. Треть исследуемых (35%) акцентировали внимание на состоянии, которое соответствует астеническому синдрому. 92% опрошенных женщин на вопрос «Необходимо ли внедрение службы для психологической помощи беременным?» дали положительный ответ.

При этом у 75% исследованных женщин с ВСД имелись: компенсированное психовегетативное расстройство, проявляющееся депрессией, нарушением психологической адаптации, эмоциональной нестабильностью [5]. Было отмечено наличие клиники астенического симптомокомплекса (35%), как ответ на перестройку организма во время беременности.

Стоит отметить, что число таких больных уменьшается с увеличением их возраста, так как ВСД с возрастом воплощается в органические заболевания (артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, сосудистые заболевания мозга), исследование и лечение которых требует начало на более ранних стадиях развития патологического процесса [4]. Хроническая плацентарная недостаточность также рассматривается, как состояние, вызванное дисфункцией со стороны ВНС, и, являющееся причиной развития хронической гипоксии плода [5].

Хроническая внутриутробная гипоксия, являющаяся доминирующим признаком плацентарной недостаточности, у беременных с ВСД была выявлена в 12 % случаев. При исследовании сердцебиения плода у 7% женщин выявились нарушения, соответствующие 7 баллам, у 5% – 6 баллам по шкале W.Fischer. Согласно доплерометрическому исследованию маточно-плацентарного кровотока, выявлена задержка внутриутробного развития (ЗВУР) (5%) плода, в 1,5% ЗВУР произошла на фоне гестоза средней и тяжелой степени, в 0,5% – на фоне хронической внутриутробной гипоксии плода.

Практически половина (43,2%) рожденных детей у родоразрешенных исследуемых были недоношенными. Поэтому, необходимо своевременное начало терапии ВСД, которая была бы направлена на выздоровление «слабых мест»: соблюдение рационального режима дня, успокаивающие средства, постепенное закаливание, прогулки на свежем воздухе, занятия физическими упражнениями, массаж [3].

Результатами исследования подтверждено неблагоприятное влияние ВСД на гестационный

процесс: осложнения в период беременности (угроза прерывания, гестоз), тяжелые роды (несвоевременное излитие околоплодных вод 25,3%, кровотечения 13,9%, внутриутробная гипоксия плода 12%, аномалии родовой деятельности 17,1%), проблемы в послеродовом периоде (несостоятельность швов 6,34%, лактостаз 5,1%), которые отрицательно воздействуют на здоровье матери и ребенка (Рис. 1).

Также необходимо построение индивидуального прогноза плацентарной недостаточности у беременных. Вероятность развития данного недуга зависит от определенного сочетания параметров адаптивности, вегетативного и гормонального статуса. Выявлено, что наиболее прогностически значимыми гормонами в отношении прогноза плацентарной недостаточности являются эстриол, плацентарный лактоген и кортизол [2].

В ходе диспансерного наблюдения выявлено, что данный контингент женщин нуждается в детальном обследовании, проведении дополнительных параклинических исследований и комплексе лечебных мероприятий для улучшения перинатальных исходов [4].

Обсуждение полученных данных: диагноз ВСД встречается у каждой второй женщины, обратившейся в женскую консультацию. Неоспорим факт влияния нарушений вегетативной нервной системы на организм беременной женщины. Наблюдается нарушение эмоциональной сферы, а так же физиологических особенностей протекания гестационного процесса. Данный факт не может остаться незамеченным, так как последствия ВСД отражаются не только на матери, но и на ребенке.

Выводы:

1. Несмотря на неоднозначность вопроса состояния беременных с ВСД, подавляющее большинство исследователей обращают внимание на дисфункцию адаптивного тонуса висцеральной нервной системы. Несоразмерное, вегетативное регулирование может стать причиной нарушения гестации и маркером ее неблагополучия.
2. ВСД также сочетается с эмоциональными нарушениями, в связи с этим необходима не только врачебная, но и психологическая помощь данным пациенткам.
3. ВСД может привести к осложнениям беременности, родов, послеродового периода, соответственно, это увеличивает перинатальную смертность,

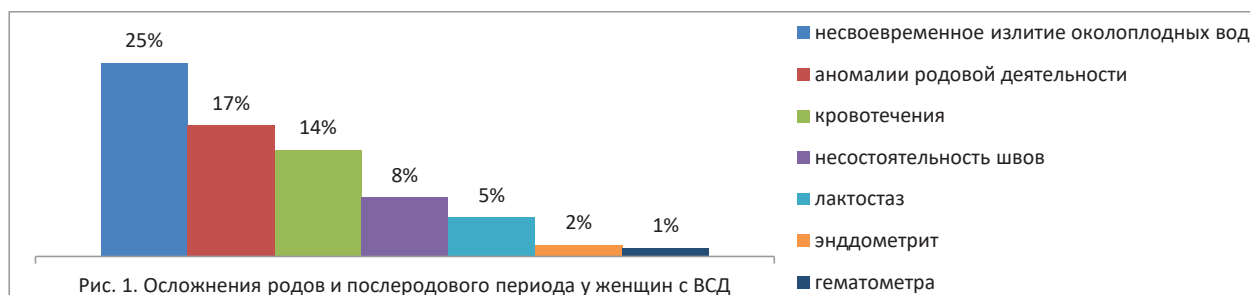


Рис. 1. Осложнения родов и послеродового периода у женщин с ВСД

что негативно влияет на дальнейшее психическое развитие ребенка.

4. Оценку автономной нервной системы с помощью параклинических способов можно применить в качестве объективного критерия состояния механизмов адаптации беременной, что позволит разработать лечение ВСД у данного контингента женщин путем воздействия на патогенетические звенья этой патологии.

Список литературы:

1. Абдуева Ф.М., Каменская Э.П. Вегето-сосудистая дистония или соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы сердца // Вестник Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина. Серия «Медицина». — 2012. — №23 (998).
2. Акушерство: национальное руководство/под редакцией Айламазяна Э.К., Кулакова В.И., Радзинского В.Е., Савельевой Г.М.. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.-1200 с. — (Серия «Националь-

ные руководства»).

3. Боташева Т.Л. Особенности системы сосудисто-эндотелиальных факторов роста при физиологической беременности в зависимости от пола плода / Боташева Т.Л., Линде В.А., Ермолова Н.В., Саргсян О.Д., Рогова Н.А. // Медицинский вестник юга России. — 2013. — №4. — С. 38-42.
4. Влияние вегетососудистой дистонии на течение беременности и исход родов / Кулавский В.А., Кулавский Е.В., Беглов В.И., Зиганшин А.М. // Мать и дитя в Кузбассе. — 2015. - №2. — С.59-62.
5. Влияние состояния вегетативной нервной системы на течение беременности, родов и неонатального периода/ Александров Л.С., Ковалев М.И., Маслянкина К.П., Туттер Н.В. // Гинекология — 2013. - №2. — С.62-66.
6. Воробьева О.В., Русая В.В. Вегетативная дисфункция, ассоциируемая с тревожными расстройствами // Эффективная фармакотерапия. — 2011. — № 17. — С.46—50.

ТҮЙІН

И.А. ВАЛЬЦ, А.К. АБУКЕРИМОВА,
Т.П. ШЕВЛЮКОВА, Н.Б. ЧАБАНОВА

ВЕГОТО-ТАМЫРЛЫ ДИСТОНИЯСЫ БАР ПАЦИЕНТТЕРДІҢ ГЕСТАЦИЯЛЫҚ КЕЗЕҢІНДЕГІ АСҚЫНУЛАР

Тюмень мемлекеттік медицина университеті,
Тюмень, Ресей

Вегето-тамырлы дистония (ВТД) жүктілік, босану, босанудан кейінгі кезеңдегі асқынуларға әкелуі мүмкін, бұл баланың әрі қарай психологиялық дамуына әсер ететін перинаталды өлімнің өсуіне әкеледі. Әр екінші жүкті әйелге (2017 жыл үшін 65,96%) №1 және №2 әйелдерге кеңес беру бөлімдері қабылдауында ВТД диагнозы қойылады, сонымен қатар, бұл статистика жыл өткен сайын іс жүзінде еш өзгеріссіз. Зерттеу нәтижелерінен ВТД-ның гестациялық үдеріске кері әсері расталды: жүктілік кезеңіндегі асқынулар (жүктілікті тоқтату қаупі, гестоз), ауыр босану (25,3% мезгілсіз ұрық маңы су кетуі, 13,9% қан кетуі, 12% ұрықтың құрсақішілік гипоксиясы, 17,1% босану әрекетінің аномалиялары), ана мен бала денсаулығына кері әсер ететін босанудан кейінгі кезеңдегі қиындықтар (6,34% тігіс әлсіздігі, 5,1% лактостаз). ВТД сондай-ақ эмоционалды бұзылыстармен де үйлеседі, осыған байланысты бұл пациенттерге дәрігерлік қана емес, психологиялық та көмек қажет.

Негізгі сөздер: вегето-тамырлы дистония, жүктілік, созылмалы құрсақішілік гипоксия.

SUMMARY

I.A. WALTZ, A.K. ABUKERIMOVA,
T.P. SHEVLYUKOVA, N.B. CHABANOVA

COMPLICATIONS OF PREGNANCY IN WOMEN WITH VEGETOCIRCULAR DYSTONY

Tyumen State Medical University,
Tyumen, Russia

Vegetovascular dystonia (VD) can lead to complications of pregnancy, childbirth, the postpartum period, respectively, an increase in perinatal mortality, which adversely affects the further development of the child. Every second pregnant woman (65.96% for 2017) is diagnosed at the antenatal clinic # 1 and # 2 at the antenatal clinic, although this statistics does not change from year to year. The results of the study confirmed the adverse effect of VSD on the gestational process: the ability to cause complications during pregnancy (threat of interruption, gestosis), childbirth (untimely outflow of amniotic fluid 25.3%, bleeding 13.9%, fetal fetal hypoxia 12%, anomaly of labor 17, 1%), in the postpartum period (inconsistency of sutures 6.34%, lactostasis 5.1%), which adversely affect the health of the mother and child. VD is also combined with emotional disorders, in connection with this, it is necessary not only medical, but also psychological help to these patients.

Keywords: vegetovascular dystonia, pregnancy, chronic intrauterine hypoxia.

УДК 57: 616-089.165-002.1

МРНТИ 34.15.45, 76.29

А.Н. ЖЕКСЕНОВА, А.Ж. МҰРАТБАЕВ, Н.Қ. ЖАҚСЫБАЕВ, А.С. ТРЕГУБ

АСЕПТИКАЛЫҚ ҚАБЫНУ ОШАҒЫНДАҒЫ ФИБРОБЛАСТТЫҚ СЕРПІЛІС КӨРІНІСІНЕ БЕЙИОНОГЕНДІ БЕТКЕЙ БЕЛСЕНДІ ЗАТТАРДЫҢ ӘСЕРІ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Осы мақалада асептикалық қабыну ошағындағы фибробласттық серпіліс көрінісіне бейионогенді беткей белсенді заттар (бейионогенді ББЗ) әсерінің нәтижелері алынып зерттелінді. Жұмыс экспериментальды түрде Марат Оспанов атындағы БҚММУ-нің ғылыми тәжірибелік орталығының виварийінде өткізілді. Экспериментке салмағы 180-230 грамм 30 тексіз ақ егеуқұйрық алынды. Асептикалық қабыну ошағы модельденіп, Твин-80-мен таңу тәулігіне 4 сағатқа 1 рет жасалды. Зерттеу нәтижесінде құрамдық компоненті бейионогенді ББЗ болып табылатын «Твин-80» әсері қабыну ошағында фибробласттық серпілістің 3-ші тәулігінде белсенуіне және 7-ші тәулікте фибробласттар саны 2 есе жоғары екені анықталды. Бейионогенді ББЗ фибриллогенез және коллаgenoгенез серпілісінің үдеуіне ықпалы бар екені анықталды. Асептикалық қабыну ошағының пролиферативті үдерісіне тиімді әсер ететінін, жараның жазылуын жылдамдататынын болжауға болады.

Негізгі сөздер: фибробласттар, макрофагтар, беткей белсенді заттар, асептикалық қабыну.

Өзектілігі. Бейионогенді беткей белсенді заттардың (бейионогенді ББЗ) өндірілуі жылдан жылға жоғарылауда, 2008 жылы ББЗ жылдық өндірісі 13 млн тоннаны құрады, 2012 жылы ББЗ нарықтық көлемі 26,8 млрд. долларын құрады, 2016 жылға қарай ол 31 млрд, ал 2020 жылға 36 млрд. дейін өсуі күтіледі [1].

Қазақстанның Алматы, Көкшетау, Тараз, Семей, Шымкент, Орал қалаларында бейионогенді ББЗ қосындысы бар заттарды тігін фабрикасы, токма-тері және байпақ-киіз өңдеу комбинаты мен зауыттардың жұмысшылары үйкелістік электролизацияны төмендету үшін қолданады. ББЗ кеңінен жуғыш заттарда (55-60 %), сусабында (10%), кремде (10%), тіс пасталарында (5%) мен дәрілік препараттарда қоспа (25%) түрінде қолданылады [2].

Бейионогенді ББЗ-ның жоғары концентрациясы бейионогенді ББЗ өндіретін және пайдаланатын жұмыс аймақтарында тіркеледі. Осылайша, жеңіл өнеркәсіпте, технологиялық процесте статикалық электризацияны азайту мақсатында кеңінен қолданылады.

Детергенттер сезімтал қасиеттерге ие, ал кейбір жағдайларда адам ортасының басқа факторларымен бірге ағзаның иммундық биологиялық күйін өзгерте алады. Сондықтан беткей активті заттардың биотроптық әсерін зерттеу мәселесі, олармен күнделікті өмірде және өндірісте кең байланысының арқасында ерекше маңыздылыққа ие болып отыр.

Дәрілік заттар тасымалдаушылары мен жабынды тін арасындағы беттік кернеуді төмендету арқылы, ББЗ тіндегі дәрілік заттардың диффузиясын жеңілдетеді (И.И. Перцев, 1975), олардың әрекетін белсендіреді (Г.Н. Чеканкина, 1975). Фармация үшін организмге әсері ең аз уытты және ең жұмсақ болып табылатын бейионогенді ББЗ ерекше құндылыққа ие.

Қызығушылықты тек қана күнделікті өмірде немесе жұмыста олармен байланыста болғанда бейионогенді беткейлі активті заттардың биотроптық әсер етуі ғана емес, сонымен қатар мақсатты пайдалану арқылы организмнің белгілі бір жүйелеріне, әсіресе

асептикалық қабынуға әсер етуі де тудырады.

Көптеген ғылыми еңбектерінде асептикалық және хирургиялық іріңді-қабыну процесінің жазылуын зерттеу тарапында дәрілік заттардың бактерицидтік, фунгицидтік, антипротозойдық әсерін ББЗ қосынды бар қосылыстармен қатар зерттелген. Тұрмыстағы ағын суларды, ыдыс және кір жуғанда кең қолданатын дезинфекциялық әсері бар, мұнай өнімдерін қайта өңдеуде құрамында ББЗ қосынды түрінде заттардың ағын сумен қоршаған ортаға түсетін қосылысты қалдықтардың өсімдіктерге зиян келтіретіні қорытындысы туралы биотехнологиялық зерттеу дәйектері бар [3].

Қабынудың көп кездесетін түрі, асептикалық қабыну клиникада алатын орны ерекше. Ми ішіне өздігінен қан құйылуы немесе жабық жарақаттардағы окшаулану үрдістерінің патогенездік ағымы асептикалық қабыну үрдісінің негізінде өтеді. Ми ішіне өздігінен қан құйылудың бүкіл әлемде 100000 тұрғынға 10-20 жиілікте ауытқитынын және қан құйылғаннан кейін оның салдарынан 6 ай ішіндегі өлім көрсеткіші 23%-дан 58%-ға дейін ауытқитынын көрсетеді. Аурулардың халықаралық жіктелісінің 10-шы қайта қаралуында, XIII класты құрайтын сүйек-бұлшық ет жүйесі мен дәнекер тіннің аурулары таралуы жағынан қанайналысы, тыныс және ас қорыту ауруларынан кейін төртінші орынды алды [4].

ДДҰ жер шары тұрғындарының 4%-ы әртүрлі буын мен омыртқа ауруларымен ауыратынын және 30%-дан астамы уақытша жұмысқа жарамсыз, ал ревматизмдік аурулары бар науқастардың 10%-ы мүгедектікке шалдығады деп мәлімдейді.

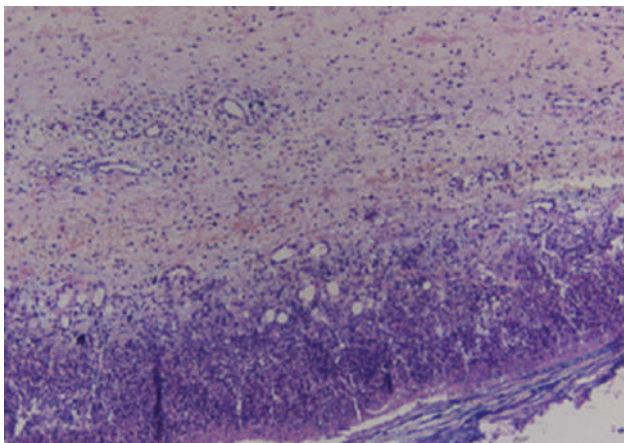
Зерттеу мақсаты. Асептикалық қабыну ошағындағы фибробласттық серпіліс көрінісіне бейионогенді ББЗ-ың әсерін зерттеу.

Зерттеу материалдары мен әдістері. Экспериментке салмағы 180-230 грамм 30 тексіз ақ егеуқұйрық алынып, Марат Оспанов атындағы БҚММУ-нің ғылыми тәжірибелік орталығының

виварий жағдайында бақыланатын егеуқұйрықтарға жүргізілді. Жануарлар екі топқа бөлінді: 1-ші бақыланушы топ – 6 егеуқұйрық, ал 2-ші тәжірибелік топ – 24 жануар алынды. Жануарларда асептикалық қабыну ошағы модельденіп осы аймаққа құрамында бейионогенді ББЗ қосындысы бар «Твин-80» (Италия) таңу байланды. Асептикалық қабыну ошағына таңуды тәулігіне 4 сағатқа 1 рет жасалды. Жануарлар қалыпты жағдайда және стандартты тамақтану режимінде болды. Асептикалық қабыну үрдісінің ағымын динамикалық бақылау үшін барлық топтағы жануарларды 3,7,10 және 14 тәуліктерде әлсіз жансыздандыру фонында қабыну ошағын сау тін көлемін қамти отыра оң жақ жауырын асты аймағында, теріде 1 x 1см көлемінде аумақты кесіп алдық. Алынған материалдарды 10% бейтарапталған формалинге бекітіп, концентрациясы әртүрлі деңгейде жоғарылатылған спирттен өткізген соң, оның үстінен парафин құйып ағаш кеспекке отырғызылды (Меркулов В.А., 1969). Содан соң микротом құралымен парафинделген препараттарды 5-7мкм қалыңдыққа кесілді, заттық әйнекке жабыстырып бекігеннен кейін цитологиялық зерттеу үшін гематоксилин-эозинмен боялды. Фибробласттық капсуладағы коллагенді анықтап табу мақсатында препараттардың бір бөлігін Ван-Гизон бойынша пикрофуксинмен боялды (Пирс Э., 1962). Алынған деректер Стьюденттің параметрлік t-критеріі бойынша статистикалық өңделеді. Statistica10 бағдарламасымен және диаграмма мен кесте күйінде берілді.

Зерттеу нәтижелері. Алынған нәтижелер бейионогенді беткей белсенді зат болып табылатын «Твин-80»-нің асептикалық қабынудың пролиферация сатысына оң әсер беретінін көрсетті. Қабыну ошағында жалпы пролиферация үрдісіне тән өзгерістер сатылы өтті. Қабыну ошағының материалын микроскопиялық зерттеуде лейкоцитарлық және макрофагалды белдеулер түзілуі тәжірибелік топта бақыланушы топ жануарларының көрсеткіштерімен салыстырғанда ерте және белсенді түзілгені байқалды, полиморфдролық жасушалар саны жоғарылады.

Грануляциялық тін жасушалық элементтерге өте бай (1-сурет). Грануляциялық тінде ыдыраған лейкоциттер массасы қабыршақ асты қабатын құрайды.



Сурет 1. Қабыну ошағындағы лейкоцитарлық белдеу. Гематоксилин-эозин бояуы. 100 x үлкейтілуі

Келесі төмен қабатта макрофагтар мен фибробласттар жіңішке жолақты қабаттары байқалады.

3 тәулікте тәжірибелік топ жануарларының қабыну ошағынан алынған материалды морфометриялық зерттеу нәтижелерінде жасушалар саны және өсіп жетілуін зерттедік. Қабыну ошағының көру аймағында жаңа түзілген нәзік фибробласттық жолақ көрінеді. Қабыну ошағының жасушалар толықтығы 1-ші кестеде көрсетілген.

Кесте 1. Қабыну ошағындағы жасушалар саны (жасушалар/мм²) 3-ші тәулік

№	Көрсеткіштер	Бақылау тобы n=6	Тәжірибелік топ n=24
1	Лейкоциттер	12,6 ± 1,9* (105)	22,8 ± 3,2* (123)
2	Макрофагтар	98,3 ± 4,0	105,4 ± 3,5
3	Фибробласттар	67,3 ± 2,3**	87,1 ± 7,3**

Ескерту: $p < 0,05$ бақылау тобымен салыстырғанда

7-ші тәулікте қабыну ошағында макрофагтар саны керісінше, тәжірибеде бақылау тобымен салыстырғанда азайған. Көрсеткіштер саны 84,4±6,3 және 108,3±3,2 ($p < 0,01$) тең, 1,2 есе аз. Жергілікті қабыну реакциясының даму барысында фибробласттық қатардағы жасушалар санының пролиферативті белсенділігі 7-ші тәулікте 2 есе жоғарылайды.

Бақыланушы топ жануарларының дәнекер тінінің пролиферация сатысындағы фибробласттық серпіліс бақыланушы топ жануарларына қарағанда қарқынды жүргені байқалды. Бақыланудың 3-ші тәулігінде фибробласттардың саны бақылау тобында орта есеппен 67,3±2,3; тәжірибелік топта 87,1±7,3 ($p < 0,05$). Фибробласттардың өсіп-өнуі, көбеюі бақылау тобына қарағанда қарқынды 7-ші тәулікте 9-10 қаптаманың жетілуімен сипатталды, ал осы кезде бақылау тобы жануарларында фибробласттық қабаттар қаптамада аз, не бары 5-6 қабат түзілгендігі анықталды ($p < 0,05$).

10-шы тәулікте тәжірибелік топ жануарларының грануляциялық тінің кішіреуі айқын байқалады және көру аймағындағы фибробласттардың белсенділігі фибриллогенез үрдісінің коллаген тінінің түзілу үрдісінің қарқындылығын коллагенез айқындайды. Ал бақыланушы топта фибробласттық қабаттың қалыңдығы әлі байқалады. 14-ші тәулікте тәжірибелік топ жануарларының қабыну ошағының материалдарында ошақтың орны жаңа тінмен алмасқан. Алынған нәтижелерді қорытындылай келе, фибробласттық қаптаманың ерте түзілуі құрамында бейионогенді ББЗ бар «Твин-80» әсерінен болуын нақтылайды.

Алынған нәтижелерді талқылау. Зертеуші С.Н. Серебренникова (2012) өзінің «Клеточные реакции и механизмы их регуляции в очаге экспериментального асептического воспаления» ғылыми жұмысында фибробласттық белсенділік 3-20-шы тәулік аралығында байқалатынын көрсетсе, ал Н.А.Клименко (2005) «Фибробластическая реакция очага хронического воспаления при воздействии низкоинтенсивного излучения» жұмысында бақылау тобымен

салыстырғанда тәжірибелік топта 7-ші тәулікте жетілмеген фибробласттар санының жоғарылағанын көрсетті, осындай нәтижелер біздің жұмысымыздың 7-ші тәуліктерінде байқалды.

Тұжырымдар. Құрамдық компоненті бей-ионогенді ББЗ болып табылатын «Твин-80» әсері қабыну ошағында фибробласттық серпілістің 3-ші тәулігінде белсенуіне және 7-ші тәулікте фибробласттар саны 2 есе жоғары болатыны анықталды. Бейионогенді ББЗ фибриллогенез және коллагеногенез серпілісінің үдеуіне ықпалын тигізеді. Асептикалық қабыну ошағының пролиферативті үрдісіне тиімді әсер ететінін, жараның жазылуын жылдамдататынын болжауға болады.

Әдебиеттер тізімі:

1. [HTTPS://RU.WIKIPEDIA.ORG/WIKI](https://ru.wikipedia.org/wiki)
2. Офицеров М.Л., Антибактериальная активность средств для мытья посуды, зоошампуней, дезинфицирующих средств. //Биотехнология №7, – 2015 (УДК577). – С.1-9.

3. Мусаев А.И., Алиев М.Ж., Ниязбеков К.И. Применение антисептика декасан в хирургической практике. //Наука и новые технологии. – 2014. – № 1. – С. 82-85.
4. Жексенова, А.Н. Болбыр дәнекер тініндегі асептикалық қабыну үрдісіне фетальді гепатоциттердің әсері. Мед.ғылым.канд. дисс. авторефераты., – Астана, 2010. – 246.
5. Юшков, Б.Г. Неиммунологические функции макрофагов / Б. Г. Юшков, М. Т. Абидов, И. Г. Данилова и др. - Екатеринбург : УрО РАН, 2011. - 245 с.
6. Ахметов, М. Медициналық терминдер сөздігі. Орысша-қазақша-ағылшынша (40 мыңға жуық термин).- Алматы: Дайк-Пресс, 2009.- 800б.
7. *Абрамзон А.А., Гаевой Г. М.* (ред.) Поверхностно-активные вещества. — Л.: Химия, 1979. — 376 с.

РЕЗЮМЕ

А.Н. ЖЕКСЕНОВА, А.Ж. МУРАТБАЕВ,
Н.К. ЖАКСЫБАЕВ, А.С. ТРЕГУБ

ВЛИЯНИЕ НЕИОНОГЕННЫХ ПОВЕРХНОСТНО-АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НА ФИБРОБЛАСТИЧЕСКУЮ РЕАКЦИЮ В ОЧАГЕ АСЕПТИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан

Целью исследования является изучить влияние неионогенных поверхностно-активных веществ на фибробластическую реакцию в асептическом воспалительном участке. Эксперимент проводился на 30 экспериментальных беспородных белых крысах, весом 180-230 гр. Повязка в асептическом воспалительном участке проводилась 1 раз на 4 часа. Исследование показало, что при влиянии «Твин-80», составным компонентом которого являются неионогенные ПАВ, в очаге асептического воспаления фибробластическая реакция была активной на третий день, а количество фибробластов было в 2 раза больше на 7-й день. Неионогенные ПАВ влияют на ускорение процесса фибриллогенеза и коллагеногенеза. Можно предположить, что асептическое воспаление оказывает положительное влияние на пролиферативный процесс и ускоряет заживление ран.

Ключевые слова: фибробласты, макрофаги, поверхностно-активные вещества, асептическое воспаление.

SUMMARY

A.N. ZHEKSENOVA, A.ZH. MURATBAYEV,
N.K. ZHAKSYBAYEV, A.S. TREGUB

EFFECT OF NON-GENERAL SURFACE-ACTIVE SUBSTANCES ON THE FIBROBLASTIC RESPONSE IN THE ORIGIN OF ASEPTIC INFLAMMATION

West Kazakhstan Marat Ospanov State Medical University, Aktobe, Kazakhstan

The purpose of the research is to study the effect of non-ionic surface-active substances on the fibroblastic reaction in the aseptic inflammatory area. The experiment was conducted on 30 experimental outbred white rats, weighing 180-230 grams. The bandage in the aseptic inflammatory area was carried out 1 time in 4 hours. The study showed that under the influence of Tween-80, a component of which are non-ionic surface-active substances, the fibroblastic reaction in the inflammatory area was activated on the third day, and the number of fibroblasts was 2 times higher on the 7th day. Non-ionic surface-active substances affect the acceleration of fibrillogenesis and collagenogenesis. It can be assumed that aseptic inflammation has a beneficial effect on the proliferative process and accelerates wound healing.

Keywords: fibroblasts, macrophages, surface-active substances, aseptic inflammation

УДК 612.2:616.711-007.55-057.875

МРНТИ 76.29.35, 76.03.53

А.Н. ЖЕКСЕНОВА, Ж.М. САХИЕВА, Д.О. ЕРАХМЕТОВА, Т.Б. БАЙЖЕКЕНОВ, А.К. АЛКАУБАЕВА

ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У СТУДЕНТОВ СО СКОЛИОТИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова,
Актобе, Казахстан

Целью исследования является определение особенности функционального состояния респираторной и мышечной систем у студентов 3 курса со сколиозом 1-2 степени. В исследование было включено 61 студент 3 курса со сколиозом 1-2 степени и контрольная группа (по медицинским амбулаторным картам (форма 025)). Исследование функции внешнего дыхания (ФВД) было проведено методом спирографии и для определения мышечной силы использовали прибор кистевой динамометр. В результате исследования было выявлено: у студентов со сколиозом отмечается снижение ЖЕЛ у 1 степени – 2925 мл и 2 степени – 2484 мл, чем у контрольной группы – 2987 мл. Показатели дыхательного объема у студентов со сколиозом 2 степени в 1,5 раза ниже, чем у контрольной группы ($p < 0,05$). Другие показатели спирометрии имеют схожие снижения соответственно по исследуемым группам. Среднее значение динамометрических показателей в левой руке указывают на следующее: у здоровых лиц – 32,8 н, у студентов со сколиозом I степени – 30,8 н, II степени – 26 н. В правой руке соответственно 35,2 н, 34,6 н, 28,7 н. Выявленные изменения указывают на нарушение показателей функций дыхательной системы, что соответственно деформации грудной клетки, как патогенетический фактор сколиоза.

Ключевые слова: сколиоз, студенты, функциональное состояние дыхательной и мышечной системы.

Актуальность. Сколиоз является одним из самых распространенных ортопедических заболеваний. По исследованиям ВОЗ согласно данным Палицына О.В., Шакиров К.Ф., отмечается, что в России около 60% молодежи имеют различные патологии позвоночника, в том числе 20% приходится на сколиоз [1].

У 85% учащихся встречается нарушение осанки. Деформирующие дорсопатии по данным разных исследователей имеют место у 10-15% обследованных детей, у 20% выпускников школ поставлен диагноз сколиоз [2]. Гиподинамический фактор и психоэмоциональное напряжение учебной деятельности усугубляют имеющиеся у значительного числа детей, подростков морфофункциональные отклонения со стороны позвоночника, которые с годами прогрессируют. Эти патологические изменения неблагоприятно сказываются на функциональных возможностях организма: повышается утомляемость, деформируется фигура, это ведёт к возникновению психологических и социальных проблем. Сколиозы I-II степени по данным литературных источников составляют 75-80% всех сколиозов [3]. Сколиоз сопровождается системными морфофункциональными изменениями костной, нервно-мышечной, сердечно-сосудистой и дыхательной систем. В исследовательских работах А.Р. Еникеева (2015г.) было определено, что у детей со сколиозом отмечалось статистически достоверно более низкие, по сравнению с детьми контрольной группы, показатели резервного объема вдоха и выдоха, форсированной жизненной ёмкости легких, максимальной вентиляции легких, а также наблюдалась тенденция к снижению соотношения объема форсированного выдоха/к жизненной емкости легкого [4]. Наличие реберно-

позвоночного горба и деформация грудной клетки приводят к ослаблению и асимметричному нарушению функции мышц туловища, уменьшению объема полости груди, появлению сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности [5]. Сколиоз является одним из тяжелых проявлений системной соединительнотканной дисплазии и сопровождается поражением многих органов и систем [6].

Цель исследования. Определить особенности показателей функционального состояния респираторной и мышечной систем у студентов 3 курса со сколиозом 1-2 степени.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 61 студент 3 курса факультета «Общая медицина» ЗКГМУ имени Марата Оспанова. Из них 1 степень наблюдается у 17 студентов, 2 степень – у 22 студентов с установленным диагнозом сколиоз по медицинским амбулаторным картам (форма 025у). Контрольную группу составили 21 здоровых студентов (по амбулаторной карте). Для достоверности полученной информации из амбулаторных карт провели сколиозометрию инструментом сколиометр GIMA (Италия). Функцию внешнего дыхания (ФВД) исследовали методом спирографии (СПГ) у 61 студента в возрасте 19-21 лет со сколиозом. Исследование проводили во время перерывов между занятиями в стандартных условиях. Все студенты дали добровольное согласие на участие в исследовании. Анализировали статистические и динамические показатели ФВД: Дыхательный объем (ДО), резервный объем вдоха (Ровд), резервный объем выдоха (Ровыд), емкость внешнего дыхания (ЕВД), жизненную ёмкость легких (ЖЭЛ), форсированную жизненную емкость легких (ФЖЕЛ). Использовали портативный спирометр Спиро-С100 (Россия).

Для распознавания мышечной силы был использован прибор кистевой динамометр ДК-100-э (Россия). Из трижды проведенных показаний исследований брали средний показатель. Полученные результаты обрабатывали в программе STATISTICA 10.

Результаты исследования. Проведенные нами спирометрические исследования показали следующие результаты: полученные данные подтверждают установленный факт того, что функциональные возможности системы внешнего дыхания у студентов сохранены. Однако, поскольку величина ЖЕЛ косвенно указывает на максимальную площадь дыхательной поверхности легких, обеспечивающей газовый обмен, и все-таки показатели системы внешнего дыхания у студентов, имеющих сколиоз, незначительно снижены. У всех исследуемых определяли снижение глубины вдоха и объема резервного выдоха (Ровыд), что приводило к повышению внутригрудного давления и дальнейшему ухудшению легочной вентиляции. Анализ данных спирографии показал, что изменения показателей в респираторной системе имели связь с нарастанием тяжести сколиотической деформации.

В таблице 1 показатели дыхательного объема у студентов со сколиозом 2 степени в 1,5 раза ниже, чем у контрольной группы ($p < 0,05$). Другие показатели спирометрии имеют схожие снижения соответственно по исследуемым группам.

Отмечается снижение ЖЕЛ у студентов с установленным диагнозом сколиоза у I группы – 2925 мл и II группы – 2484 мл, чем у контрольной группы – 2987 мл (рисунок 1). У студентов со сколиозом 2 степени показатели ЖЕЛ на 16% ниже, чем у контрольной группы.

Полученные результаты могут свидетельствовать как о более выраженном сопротивлении прохождения воздуха по нижним дыхательным путям у студентов со сколиозом, так и о снижении силы мышц у них. На возможное снижение силы дыхательной мускулатуры у студентов со сколиозом указывает динамометрические показатели, которое у студентов второй группы значительно ниже, чем у студентов контрольной группы.

Для распознавания мышечной силы использовали прибор кистевой динамометр ДК-100-э (Россия). Среднее значение динамометрических показателей в левой руке указывают на следующее: у здоровых лиц – 32,8 н, I степень – 30,8 н, II степень – 26 н. В правой руке соответственно 35,2 н, 34,6 н, 28,7 н. (рисунок 2). Показатели мышечной силы у студентов со сколиозом 2 степени в 1,2 раза ниже в обеих руках, чем у контрольной группы ($p < 0,05$).

Обсуждение полученных данных. Результаты

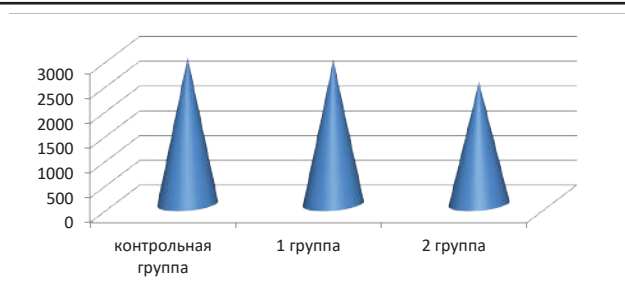


Рисунок 1. Сравнительные показатели жизненной емкости легких

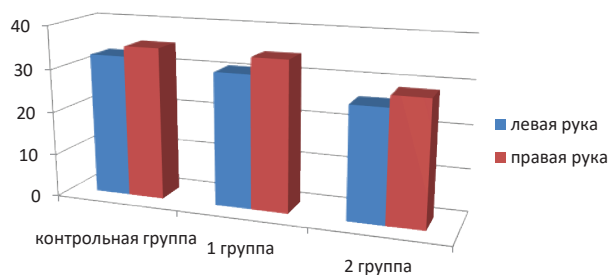


Рисунок 2. Результаты динамометрии правой и левой руки (в ньютонах).

спирографии позволили объективно оценить ФВД у исследуемых со сколиозом I и II степени, выявить особенности ее изменения в зависимости от тяжести деформации позвоночника. При сколиозе отмечается нарушение внешнего дыхания. В результате нарушается механизм, обеспечивающий эффективную вентиляцию: ограничена возможность углубить дыхание, резко уменьшается жизненная емкость легких (ЖЕЛ), и учащение дыхания возможно в небольших границах или непродолжительное время. Результаты исследовательских работ Черноземов В.Г., Абрамова М.А. (2012) по изучению функциональных возможностей системы внешнего дыхания при сколиотической болезни у школьников показывают, что функциональные изменения состояния внешнего дыхания являются результатом сколиотической болезни и показатели наших исследований близкие по показателям.

Вывод. Таким образом, нами было выявлено, что у исследуемых с наличием деформации позвоночника наблюдалось снижение мышечного тонуса и жизненной ёмкости легких с развитием недостаточности функции внешнего дыхания в 1,5 раза. Чем выше искривление позвоночника, тем больше изменений показателей дыхательной и мышечной систем. Деформации позвоночника сопровождаются увеличением

Таблица 1. Сравнительные показатели спирометрических данных (в мл) у студентов со сколиозом 1-2 степени

№	Исследуемые группы n=61	ДО	Ровд	Ровыд	ЖЕЛ	Евд	ЕЕCS
1	Контрольная группа	649*	1875	573	2987*	2507*	4531
2	Исследуемые I группы (сколиоз 1 степени)	631	1830	550	2925 ^x	2436 ^x	4228
3	Исследуемые II группы (сколиоз 2 степени)	447*	1381	544	2484 ^{*x}	1910 ^{*x}	4061

Примечание: - * достоверность показателей $p < 0,05$

тяжести нарушений дыхательной и мышечной систем и их функций. Выявленные изменения указывают на нарушение показателей функций дыхательной системы, что соответственно деформации грудной клетки, как патогенетический фактор сколиоза.

Список литературы:

1. Палицына О.В., Шакиров К.Ф. «Влияние нарушений осанки на здоровье детей». Журнал «Медицина: образование и инновации», - М., 2010г.
2. Ортопедия. Национальное руководство. Мионов С.П., Котельников Г.П., ГЭОТАР - Медиа., 2011г.
3. Травматология и ортопедия. Авт. кол: Аверкиев В.А. и др.; Под ред. Шаповалова В.М., Грицанова

4. А.И., Ерохова А.Н., СПб., Фолиант, 2014 г.
4. Еникеев А.Р., Органная патология у детей со сколиозом: факторы риска, профилактика, реабилитация,-Уфа, 2015г.
5. Казаков В.М. Функциональное состояние кардиореспираторной системы у детей при различных видах лечения сколиотической болезни: автореф. дис. канд. мед. наук. Красноярск, 2017г.
6. Ключникова М.А. Значение соединительнотканной дисплазии в развитии некоторых соматических заболеваний у детей: автореф. дис. канд. мед. наук. М., 2013г.

ТҮЙІН

А.Н. ЖЕКСЕНОВА, Ж.М. САХИЕВА,
Д.О. ЕРАХМЕТОВА, Т.Б. БАЙЖЕКЕНОВ,
А.К. АЛКАУБАЕВА

ОМЫРТҚА СКОЛИОЗЫ БАР СТУДЕНТТЕРДЕГІ ТЫНЫС АЛУ ЖҮЙЕСІ КӨРСЕТКІШТЕРІНІҢ ПАТОЛОГИЯЛЫҚ ӨЗГЕРІСТЕРІНІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан
мемлекеттік медицина университеті,
Ақтөбе, Қазақстан

Зерттеудің мақсаты – 1-2-ші дәрежелі сколиозы бар 3-курс студенттерінің тыныс алу және бұлшықет жүйелерінің функционалдық жағдайын анықтау. Зерттеу жұмысына 1-2-ші дәрежелі сколиозы бар (дәрігерлік амбулаторлық карта бойынша (025-нысан)) 3-курс студенттері және бақылау тобы кірді. Тыныс алу функциясын зерттеу спирография әдісі арқылы жүзеге асырылды және бұлшықет күшін анықтау үшін қол динамометрі қолданылды. Зерттеу нәтижесінде келесі мәліметтер алынды: өкпенің тіршілік сыйымдылығы (ӨТС) бақылау тобында 2987 мл-ге тең. 1-дәрежелі сколиозы бар студенттерде бұл көрсеткіш 2925 мл, 2-дәрежеде 2484 мл деңгейіне дейін төмендегені байқалды. Тыныс алу көлемі 2-дәрежелі сколиозы бар студенттерде бақылау тобына қарағанда 1,5 есе төмен. Спирометрияның басқа көрсеткіштері сколиоздың дәрежесіне сәйкес төмендеген. Динамометриялық көрсеткіштердің орташа мәні сол жақ қолда келесідей: бақылау тобында - 32,8 н, I дәрежелі сколиозда - 30,8 н, II дәрежелі сколиозда - 26 н. Оң жақ қолда, тиісінше 35,2 н, 34,6 н және 28,7 н. Анықталған функционалдық бұзылыстар кеуде торының деформациясы сияқты сколиоздың патогенетикалық факторының бірі бола алады.

Негізгі сөздер: сколиоз, студенттер, тыныс алу және бұлшықет жүйесінің функционалдық күйі.

SUMMARY

A.N. ZHEKSENOVA, ZH.M. SAKHIYEVA,
D.O. YERAKHMETOVA, T.B. BAIZHEKENOV,
A.K. ALKAUBAYEVA

PECULIARITIES OF PATHOLOGICAL CHANGES IN THE RESPIRATORY SYSTEM INDICATORS IN STUDENTS WITH SCOLIOTIC CHANGES IN THE SPINE

West Kazakhstan Marat Ospanov
State Medical University,
Aktobe, Kazakhstan

The purpose of the study is to determine the features of the functional state of the respiratory and muscular systems in 3-year students with scoliosis of 1-2 degrees. The study included 61 students of 3rd year with scoliosis of 1-2 degrees (medical outpatient cards (form 025)) and a control group. The study of the respiratory function (RF) was carried out by spirometry and a hand dynamometer which was used to determine muscle strength. As a result of the study, it was revealed: lung capacity (LC) of students with scoliosis have a decrease in grade 1 - 2925 ml and grade 2 - 2484 ml, than in the control group - 2987 ml. The respiratory volume of 2-degree students is 1.5 times lower than that of the control group. Other indicators of spirometry have similar decreases, respectively, in groups. The average value of the dynamometer indicators in the left hand indicate the following: in healthy individuals - 32.8 n, I degree - 30.8 n, II degree - 26 n. In the right hand, respectively, 35.2 n, 34.6 n, 28.7 n. The revealed dysfunctions corresponded to such pathogenetic factors of scoliosis as like a chest deformity.

Keywords: scoliosis, students, functional state of the respiratory and muscular systems

УДК 618.831-009.11-053.2-07(574.13)

МРНТИ 76.29.51, 76.29.47

A.R. KASHKINBAYEVA, M.M. ZHANUZAKOVA, Y.A. ZAME

SURVEY OF NEEDSON REHABILITATION OF CHILDREN WITH CEREBRAL PARALYSIS IN AKTOBE MIXED RESEARCH

West Kazakhstan Marat Ospanov State Medical University,
Aktobe, Kazakhstan

The management of a person with cerebral palsy, with the objective of optimizing the person's ability to function, typically includes the input of many disciplines, including medical, physical therapy, occupational therapy, and speech and language therapy.[1,3,5]

Multidisciplinary and multifaceted therapies can help and improve the quality of life for these people.[1] In addition to medication, orthopedic surgery, and orthotic devices such as braces and splints, can improve their function and activities.[4].

Keywords: *rehabilitation, cerebral palsy, rehabilitation action, questionnaire.*

Relevance. There is now a substantial body of evidence to support the effectiveness of rehabilitation following CP, and the place for rehabilitation in CP is well-established among service planners and providers.[3,5,6] Rehabilitation has the potential to reduce the care burden both for family and for society, and the associated costs of care by improving independence and autonomy.

Despite the availability of health service frameworks (National Services Framework, 2005) that promote rehabilitation for persons with long-term neurological conditions (LTNC) such as CP; as also clinical guidelines and standards, gaining access to the appropriate rehabilitation services continues to be a challenge. One reason for this is the relatively poor understanding of the specific benefits that may be derived from rehabilitation in the context of this neurological disease.

According to the researches for studying the needs of parents for the rehabilitation of their child with CP were conducted by scientists in India and Canada, Iran, Australia, this fact proves the problems in accessibility of rehabilitation of children with CP.

Recently more than 546 children are registered with cerebral palsy in Aktobe and Aktobe region, and the problem of accessibility in rehabilitation in children with CP is relevant in our country.

The purpose of research. The aim of our research was to study survey the needs of patients with Cerebral Palsy in Aktobe for accessibility to rehabilitation on a free basis. The results included: a comparison of the number of visits between the public and private sectors and the identification of the main existing problems of rehabilitation in Aktobe. Therefore, in our research reevaluated, both quantitative and qualitative indicators.

The objectives of our research did not include an analysis of the duration and a comparative evaluation of the effectiveness of rehabilitation activities conducted in public and private institutions. This will be the objective of our next study.

Objectives:

1. conduct a survey of parents on the questionnaire, identifying the amount of assistance received on a fee basis

and the number of services received on a quota during the year

2. analyze the lack of assistance and access to free rehabilitation activities in Aktobe.

Materials and methods of research. The research involved 30 parents, children with cerebral palsy who agreed to be interviewed and who were in Aktobe for treatment in the CSTO and living in Aktobe. The duration of the interview was 55-75 minutes; this duration depended on the desire of the interlocutor to continue the conversation.

The interview was recorded on paper and was conducted at the Children's Neurology and Rehabilitation Department of the Aktobe Medical Center and at home. The participants were assured that the interviews will be kept completely confidential and their name would not be used during analyses and description of the cases. To prevent future problem in this issue, a written informed consent was signed, based on law of ethic.

The sample is convenient (the survey was conducted with the parents who gave their consent and signed informed consent).

The type of research is transverse, one-stage. The data were analyzed by quantitative and qualitative indicators

Results: The descriptive analysis included an average and 95% confidence intervals (CI)

Results of the research: The average number of visits to rehabilitation activities in state institutions was free of charge- 3 times, the maximum number of visits was 6 for only 1 patient.

This slide shows what procedures patients received on average in a year. The average amount of getting a tripsis is $m = 3$ in a year

The average household income for the month was 135,466 tenge 95% CI (80,000, 200,000)

On average, the amount spent for rehabilitation activities in private institutions is, $m = 121366.7$ 95% CI (37726.5, 205506.9) for the year, according to the Mann-Whitney criterion, the differences in groups with 1 and two working family members had only income and obtaining procedures at the local level.

As you can see, the difference in the number of visits

Table 1. The results of quantitative indicators.

Переменная	Все группы. Описательные статистики (База данны по ДЦП)									
	N набл.	Среднее	Медиана	Мода	Частота моды	Минимум	Максим.	Нижняя Квартиль	Верхняя Квартиль	Ст. откл.
Зарубеж	30	0,033333	0,000000	0,000000	29	0,00	1,000000	0,000000	0,000000	0,182574
массаж	30	2,833333	3,000000	3,000000	11	0,00	7,000000	2,000000	3,000000	1,555487
ЛФК	30	2,700000	2,500000	Множест.	10	0,00	7,000000	2,000000	3,000000	1,512021
Кинезот ерапия	30	1,133333	1,000000	0,000000	14	0,00	5,000000	0,000000	2,000000	1,279368
бассейн	29	0,620690	0,000000	0,000000	20	0,00	5,000000	0,000000	1,000000	1,207530
физиопроцедуры (парафин, электрофорез)	30	2,166667	2,000000	1,000000	9	0,00	7,000000	1,000000	3,000000	1,620629

Table 2. Comparative analysis between two groups

Criterion	the Mann-Whitney criterion							N работающие worker
	Сум. ранг работающие	Сум. ранг не работает	U	Z	p-уров.	Z сکور.	p-уров.	
Income, m	203,5000	261,5000	51,50000	2,11172	0,034711	2,12046	0,033968	10
amount of money spent on paid visits	160,0000	305,0000	95,00000	0,19797	0,843066	0,20178	0,840089	10
number of visits free of charge	174,5000	290,5000	80,50000	0,83589	0,403218	0,88632	0,375444	10
Local level	201,5000	263,5000	53,50000	2,02373	0,042999	2,11794	0,034181	10
PK	122,0000	343,0000	67,00000	-1,42981	0,152773	-1,56270	0,118124	10
Abroad	165,0000	300,0000	90,00000	0,41794	0,675988	1,34350	0,179110	10
tripsis	132,5000	332,5000	77,50000	-0,96787	0,333110	-1,00404	0,315361	10
Exercise therapy	142,5000	322,5000	87,50000	-0,52793	0,597549	-0,54917	0,582888	10
Kinesitherapy	186,0000	279,0000	69,00000	1,34182	0,179655	1,44612	0,148145	10
Pool	139,5000	295,5000	85,50000	0,18856	0,850436	0,23084	0,817439	9
Speech therapist	145,5000	319,5000	90,50000	-0,39595	0,692144	-0,40384	0,686330	10
physiotherapy	135,5000	329,5000	80,50000	-0,83589	0,403218	-0,85884	0,390431	10

between families is not significant, except for the speech therapist, that is the families with higher incomes have more access to speech therapists than to low ones, since the speech therapist is paid procedures. As for the rest the family income does not matter when visiting rehabilitation activities.

The qualitative indicator results. Therapeutic need of people with CP was one of the major concern: treatment their and associated disorders include drug interventions, surgical and therapeutic rehabilitative interventions and Complementary & Alternative interventions. In the present study, the participants reported the needs to be visited by a physician and surgeon and rehabilitation center including occupational therapy, physiotherapy, speech therapy, and also the need for assistive devices and equipment. In 2 families psychological support was required for the parents themselves.

Discussion of the received data. According to the recommendations on physical activity and exercise for people with CP [7], the recommendations are based on (1) a comprehensive review and analysis of the literature, (2) expert opinion and (3) extensive clinical experience. The frequency of training refers to the number of exercises per week. All five RCTs included a learning frequency of two to four sessions per week.

In five RCTs that included children, adolescents and

adults with CP, the frequency of learning for children with spastic CP three times a week, and in one RCT frequency was twice a week.

Thus, the frequency of training was in line with the NSCA and ACSM guidelines, based on evidence [8]. Since children with Cerebral Palsy sit in the majority of the time, moderate physical activity should be within 60 minutes 5 days a week, in a sitting position for 2 minutes every hour - non-professional exercises, leisure activities. That is, in articles there are no terms for the duration of physical activity, which implies physical activity throughout life.

A study in 2000 that was "set out to explore whether there were systematic differenced in unmet needs for rehabilitation services and resources as identified by disabled people and nominated key professionals. There was fair agreement between them (disabled participants and professionals) in five areas of unmet need." Need for physiotherapy and equipment were among them. Moreover, the Fauquier County Disability Services Board (DSB) in 2009 revealed that the four priority core areas of need were: "(1) assistive technology; (2) medical & therapeutic services (3) transportation; and (4) counseling".

Our research provides useful information on the problems of rehabilitation in children with Cerebral Palsy in Aktobe. The results of this study cannot be generalized to a wider population of patients with CP because data is not

sufficient.

A set of data on studying the needs of children with CP is a unique resource and valuable research tool for solving rehabilitation problems in Aktobe. However, more specific information about CP should be collected along with the main results of the rehabilitation results for a more meaningful assessment. This study contributes to a better understanding of rehabilitation needs for people with CP in Aktobe.

The number of adults with CP is increasing because of increased survival of low birth weight infants and increased longevity of the adult population, which impose an economic burden, not only on the person with the condition and their care givers, but also on the health system and society.[1,2,7] There is no mainstay treatment for patients with CP and the types of treatment depend on the patient's specific symptoms.[1] Therefore the coordinated multidisciplinary approach focusing on the total patient development, which encompasses pharmacological and surgical treatments and supportive rehabilitation therapies, may address the many disabling symptoms associated with CP[1].

Conclusion. In order to help parents in the rehabilitation of their children with cerebral palsy (CP), it is necessary to solve a number of questions: (1) to include in the medical curricula and clinical practice the training of rehabilitation specialists and physicians with higher education; (2) to increase the number of qualified specialists and health centers at the expense of trained students, residents with an additional specialty in double-diploma education; (3) undertake infrastructure and policy reforms to make health facilities more accessible to children with disabilities.

We express our gratitude to everyone who helped us in this study, especially:

1. The families of children with cerebral palsy, for consent to participate in the study

2. Head of the Department of Pediatric Neurology and Rehabilitation of the Aktobe Medical Center B.I. Zhuma-

sheva, for assistance in providing a database on CP, access to patients in the department of neurology and rehabilitation.

3. The project leader L.M. Zhamaliyeva, for the opportunity to participate in this project and from the inside to understand the problem of families with CP and the problem of primary health care and public health in general.

References:

1. Krigger K. Cerebral Palsy: An Overview. *Am Fam Physician*. 2006;73:91–100. [PubMed]
2. Becher JG. Pediatric Rehabilitation in Children with Cerebral Palsy: General Management, Classification of Motor Disorders. *J Prosthet Orthotics*. 2002;14:143–9.
3. Bhasker Amatya and Fary Khan. Rehabilitation for cerebral palsy: Analysis of the Australian rehabilitation outcome dataset. *J Neurosci Rural Pract*. 2011 Jan-Jun; 2(1): 43–49. doi: 10.4103/0976-3147.80097
3. Fauqueir Country Disability Services board, need assessment report 2009; (4).
4. Nieuwenhuijsen C, van der Laar YM, Donkervoort M, Nieuwstraten W, Roebroek ME, Stam HJ. Unmet needs and health care utilization in young adults with cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation Rotterdam*. 2002;(30):1254–1262. [PubMed]
5. Australian Institute of Health and Welfare. Therapy and equipment needs of people with cerebral palsy and like disabilities in Australia. Canberra; 2006; 37.
6. Azamsharifi, 1 Mohammad Kamali, 2 and Ali Chabok . Rehabilitation Needs of People with Cerebral Palsy: a qualitative Study. *Med J Islam Repub Iran*. 2014; 28:
7. Olaf Verschuren, Mark D Peterson, Astrid C J Balemans, Edward A Hurvitz, “Exercise and physical activity recommendations for people with cerebral palsy”. 2016 <https://doi.org/10.1111/dmcn.13053>.
8. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/dmcn.13053>

ТҮЙІН

А.Р. КАШКИНБАЕВА, М.М. ЖАНУЗАКОВА,
Ю.А. ЗАМЭ

АҚТӨБЕ ҚАЛАСЫНДАҒЫ ЦЕРЕБРАЛЬДЫ САЛ АУРУЫ БАР БАЛАЛАРДЫ ОҢАЛТУ БОЙЫНША ҚАЖЕТТІЛІКТЕРДІ ЗЕРТТЕУ. АРАЛАС ЗЕРТТЕУ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан
мемлекеттік медицина университеті,
Ақтөбе, Қазақстан

Бүгінгі таңда сал ауруы бар балаларды оңалту мәселесі өте құнды, себебі бұл қайтымсыз, созылмалы ауру және балаларға өмір бойы оңалту қажет. Біздің зерттеуімізде Ақтөбедегі церебральды сал ауруына

РЕЗЮМЕ

А.Р. КАШКИНБАЕВА, М.М. ЖАНУЗАКОВА,
Ю.А. ЗАМЭ

ИЗУЧЕНИЕ ПОТРЕБНОСТЕЙ ПО РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧЕМ В г. АКТӨБЕ. СМЕШАННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Западно-Казахстанский государственный
медицинский университет имени Марата Оспанова,
Ақтөбе, Казахстан

На сегодняшний день остро стоит проблема реабилитации детей с церебральным параличом, так как это заболевание необратимое, хроническое и таким детям требуется пожизненная реабилитация.

шалдыққан науқастарды оңалтуға тегін қолжетімділік қажеттілігін зерттедік. Зерттеудің нәтижелері мемлекеттік және жеке секторлар арасындағы сапарлардың санын және Ақтөбе қаласындағы оңалтудың негізгі проблемаларын анықтауды қамтиды. Аталмыш диагноз қойылған балаларды оңалтуға ата-аналарына көмек көрсету үшін осы мақалада ұсынылған бірқатар мәселелерді шешіп алу керек. Денсаулық сақтау мекемесін мүгедек балаларға неғұрлым қолжетімді ету үшін инфрақұрылымдық және саяси реформаларды жүргізу қажет.

Негізгі сөздер: оңалту, церебральды паралич, оңалту шаралары, сауалдама.

В нашем исследовании были изучены потребности пациентов с церебральным параличом в г. Актөбе по доступности к реабилитации на бесплатной основе. Результаты исследования включали сопоставление количества посещений между государственным и частным сектором, и выявление основных существующих проблем реабилитации в г. Актөбе. Для оказания помощи родителям в реабилитации своих детей с вышеуказанным диагнозом, необходимо решить ряд вопросов, которые представлены в нашей статье. И требуется проведения инфраструктурных и политических реформ, чтобы сделать учреждения здравоохранения более доступным для детей-инвалидов.

Ключевые слова: реабилитация, церебральный паралич, реабилитационные мероприятия, анкетирование.

УДК 618.2-055.25
МРНТИ 76.29.47

В.С. КОКОРИНА, Л.Р. ЛАЛАЕВА, И.В. ФОМИНА

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ НОВОРОЖДЕННОГО

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России,
Тюмень, Россия

Одной из первых проблем недоношенных детей, с которыми сталкиваются неонатологи-реаниматологи, являются дыхательные нарушения различной степени выраженности. Согласно клиническим протоколам антенатально проводится профилактика синдрома дыхательных расстройств (СДР) новорожденного. Выполнен анализ результатов проведения профилактики СДР. Определены клинические различия у недоношенных новорожденных при наличии таковой и без нее. Выявлено, что, несмотря на одинаковый гестационный возраст новорожденных, при проведении полного курса профилактики СДР плода антенатально значительно улучшаются исходы: достоверно уменьшается койко-день, проведенный недоношенным ребёнком в отделении реанимации новорожденных, снижается потребность в респираторной поддержке.

Ключевые слова: преждевременные роды, синдром дыхательных расстройств новорожденных, профилактика дексаметазоном.

Актуальность. Большая часть ситуаций, связанных с развитием синдрома дыхательных расстройств новорожденного, возникает при родах в сроке гестации от 22-36,6 недель. К тому же, количество преждевременных родов во всем мире неуклонно растет, несмотря на старания акушер-гинекологов [1,4]. Развитие службы неонатальной помощи, безусловно, приносит результат, о чем свидетельствует снижение показателей перинатальной и младенческой смертности, чего, к сожалению, нельзя сказать о перинатальной заболеваемости [1]. В структуре заболеваемости у недоношенных новорожденных детей на втором месте находятся респираторные расстройства, причем более половины из них – это дети с синдромом дыхательных расстройств (СДР) [3]. Выявляется закономерность между сроком гестации и

частотой развития СДР: чем ниже срок гестации, тем выше риск развития у новорожденного респираторных расстройств. Именно поэтому необходимо проведение профилактики, как дыхательных расстройств новорожденных, так и преждевременных родов в целом [2,5].

Цель исследования. Проанализировать результаты проведения профилактики СДР плода дексаметазоном при преждевременных родах.

Материалы и методы исследования. На базе ГБУЗ ТО “Перинатальный центр” (г.Тюмень) проведено сплошное ретроспективное исследование случаев оказания помощи недоношенным новорожденным с октября по декабрь 2017 года. Материалом послужили 33 истории развития новорожденных гестационного возраста 25-33,6 недель, получивших лечение в отделе-

нии реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН). Для обработки материала использованы программы Microsoft Excel и Statistica 6.0.

Результаты исследования. Все новорожденные были разделены на три группы: 1 группа новорожденных антенатально получила полный курс профилактики СДР дексаметазоном; во 2 группе профилактика СДР проведена, но не в полном объеме; в третьей группе профилактика СДР по каким-либо причинам не проводилась (чаще всего по причине преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты и необходимости родоразрешения путем операции кесарева сечения в экстренном порядке, либо при поступлении роженицы в потужном периоде). Согласно клиническим протоколам, схема профилактики СДР плода включает в себя инъекции дексаметазона по 6 мг через 12 часов №4 (всего на курс 24 мг).

К первой группе было отнесено 19 пациентов, что составило 57,6 %, их гестационный возраст составил $28,2 \pm 2,3$ недели. Подавляющее большинство из них были родоразрешены путем операции кесарева сечения в плановом порядке, притом через естественные родовые пути родились 26,3% детей. Всем была проведена профилактика СДР в полном объеме, вследствие риска развития преждевременных родов по схеме, рекомендованной клиническими протоколами [3]. Оценка по шкале Апгар новорожденных в конце первой минуты составляла от 4 до 7 баллов, через 5 минут у всех 7 баллов. Масса тела при рождении в данной группе составила 551-1670 грамм, при росте 30-45 см. Всем пациентам после рождения потребовалась дополнительная вентиляционная поддержка в различной степени. Так, лишь 31,6% находились на ИВЛ, остальным же 68,4% потребовался только назальный СРАР. Помимо этого, все 100% пациентов данной группы после рождения пребывали в отделении реанимации 19 ± 11 койко-дней, лишь один новорожденный с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), рожденный в 26 недель гестации, ввиду исхода СДР в бронхо-легочную дисплазию провел в ОАРИТ 320 койко-дней. При рождении 47,4% детей потребовалось дополнительное введение препарата «Куросурф»: 7 (36,8%) в дозе 200 мг, 1 (5,3%)-220 мг, 1 (5,3%)-120 мг. У 3 (15,8%) детей в качестве основного диагноза выступила бронхолегочная дисплазия, некротизирующий энтероколит у 6 (31,6%) новорожденных. У 2 (10,5%) детей с ЭНМТ зафиксирован летальный исход (данные новорожденные родились в сроке гестации 25,1 и 26 недель), причина их смерти внутриутробный сепсис.

Ко второй группе были отнесены 3 (9,1%) пациента с гестационным возрастом $26,6 \pm 1$ неделя. Все рождены через естественные родовые пути. Профилактика СДР была начата в связи с угрожающими преждевременными родами, но ввиду развития регулярной родовой деятельности, на фоне проводимого токолиза не завершена в полном объеме.

Так, двум новорожденным антенатально успели ввести 2 дозы дексаметазона по 6 мг с интервалом 12 часов, одному однократно 6 мг дексаметазона. Оценка по шкале Апгар в данной группе была 4-6 баллов в конце 1 минуты. Масса тела при рождении составила 630-1230 грамм, при росте 34-43 см. Всем новорожденным потребовалась респираторная поддержка: одному в виде ИВЛ, двоим – назальный СРАР. В отделении реанимации находились $21 \pm 9,6$ койко-дней. «Куросурф» в дозе 200 мг вводился только одному новорожденному.

К третьей группе относилось 11 (33,3%) детей, чей гестационный возраст составил $28,1 \pm 2,5$ недель. Родились через естественные родовые пути 6 (54,5%) новорожденных, остальные 5 (45,5%) путем операции кесарева сечения в экстренном порядке. Рожденные через естественные родовые пути не получили профилактику антенатально ввиду того, что их матери были доставлены в потужном периоде в стационар. Показанием к кесареву сечению служила преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Оценка по шкале Апгар по сравнению с группами 1 и 2 была ниже и в конце 1 минуты колебалась от 2 до 5 баллов. Масса тела новорожденных составляла 810-2140 грамм, рост 32-46 см. При этом инвазивная вентиляционная поддержка в виде ИВЛ потребовалась 6 (54,5%) детям, а остальным 5 (45,5%) – назальный СРАР. «Куросурф» вводили 6 (54,5%) пациентам: 5 из них в дозе 200 мг, 1 в дозе 240 мг. Новорожденные получили лечение в ОРИТН 64 ± 44 койко-дней. В данной группе зафиксирован один летальный исход. В качестве основного диагноза СДР и бронхолегочной дисплазии был поставлен равному числу (18,2%) новорожденных, а 54,5 % детей из данной группы получали лечение некротизирующего энтероколита.

Обсуждение полученных результатов.

При статистически достоверно не отличающемся гестационным возрастом во всех трех группах, достоверно отличается количество койко-дней, проведенных новорожденными в ОАРИТН. Так, в группе, где антенатально проведен полный курс СДР плода, согласно имеющимся клиническим протоколам, койко-день составил 19 ± 11 . В группе, где курс профилактики начат, но не завершён в полном объеме, новорождённые провели в ОАРИТН $21 \pm 9,6$ койко-дней. В третьей же группе, где профилактика СДР не проводилась вообще, дети провели в отделении реанимации наибольшее количество койко-дней 64 ± 44 .

Выводы. Таким образом, своевременное проведение полной профилактики СДР в антенатальном периоде существенно улучшает прогноз недоношенных новорожденных: снижается длительность проведения ИВЛ, СРАР, уменьшается продолжительность пребывания новорожденных в отделении реанимации. Отмечается, что раннее применение сурфактанта («Куросурф») при

начальных клинических проявлениях СДР позволяет быстрее и эффективнее стабилизировать состояние новорожденных, уменьшить количество времени респираторной поддержки.

Список литературы:

1. Акушерство. Национальное руководство / ред. Радзинского В.Е., Савельевой Г.М., Серова В.Н., Сухих Г.Т. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: «ГЭОТАР-Медиа», 2015. – 189,264 с.
2. Преждевременные роды. Информационный бюллетень ВОЗ. Ноябрь 2016г. [Электронный ресурс]–Режим доступа:[http:// who.int/mediacentre/factsheets](http://who.int/mediacentre/factsheets) (дата обращения 23.01.2018)
3. Преждевременные роды. Клинические рекомендации (протокол) [Электронный ресурс]. –Режим доступа: <http://www.trmo.ru/media/cms-page-media/46> (дата обращения 21.01.2018).

4. Фаткуллин И.Ф. Эффективные практики в диагностике и терапии преждевременных родов [Электронный ресурс]. –Режим доступа: <http://www.arfpoint.ru/E-ffektivnie-praktiki-v-diagnostike-i-terapii-prejdevremenih-rodov> (дата обращения 13.01.2018).
5. Полякова В.А., Пыленко Н.В., Фомина И.В., Абукеримова А.К. Преждевременные роды: куда двигаться дальше // Международный научно-исследовательский журнал. - 2017. –№12(66) Ч.4. –С. 124-127. –Режим доступа: URL:https://research-journal.org/wp-content/uploads/2011/10/1246.pdf?utm_source=sendinblue&utm_campaign=Pdf_&utm_medium=email (дата обращения: 16.02.2018).

ТҮЙІН

В.С. КОКОРИНА, Л.Р. ЛАЛАЕВА, И.В. ФОМИНА

ЖАҢА ТУҒАН НӘРЕСТЕНІҢ ТЫНЫС АЛУ ЖОЛДАРЫНЫҢ БҰЗЫЛЫСЫ СИНДРОМЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ НӘТИЖЕЛЕРІ

Тюмень мемлекеттік медицина университеті,
Тюмень, Ресей

Неонатолог-реаниматолог дәрігерлерде ұшырасатын шала туған нәрестелердің ең басты проблемаларының бірі әртүрлі ауырлық дәрежесіндегі тыныс алу жолдары бұзылыстары болып табылады. Клиникалық хаттамаларға сәйкес, жаңа туған нәрестелердің тыныс алу жолдары бұзылыстарының синдромының (ТЖБС) алдын алу антенатальды жүргізіледі. ТЖБС профилактикасын жүргізу нәтижелеріне талдау жасалды. Осындай қиындықтары бар және жоқ шала туған нәрестелердің клиникалық айырмашылықтары анықталды. Анықталғандай, ұрықтың ТЖБС-ын алдын алудың толық курсы жүргізгенде жаңа туған нәрестелердің біркелкі гестациялық жас ерекшелігіне қарамай нәтижелері айтарлықтай антенатальды жақсарады; жаңа туған нәрестені реанимациялау бөлімінде шала туылған баламен өткізілген кереует күн анық азаяды, респираторлық қолдау қажеттілігі төмендейді.

Негізгі сөздер: мерзімінен бұрын босану, жаңа туған нәрестелердің тыныс алу жолдары бұзылысының синдромы, дексаметазонмен алдын алу шарасы.

SUMMARY

V.S. KOKORINA, L.R. LALAYEVA, I.V. FOMINA

SYNDROME OF NEWBORNE BREATHING DISORDERS AND THE MAIN PARAMETERS OF ITS PROPHYLAXIS

Tyumen State Medical University,
Tyumen, Russia

One of the most important problems of premature infants are respiratory disorders of varying severity. According to clinical protocols, the prevention of the respiratory distress syndrome (RDS) of a newborn has been introduced. The analysis of the results of RDS prevention is performed. Clinical differences in preterm infants were determined in the presence of and without it.

Keywords: premature birth, respiratory distress syndrome of newborns, prophylaxis with dexamethasone.

К.Р. САФИНА

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ АНТИТЕЛ К ФОСФОЛИПИДАМ У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Антифосфолипидные антитела (АФА) оказывают многогранное влияние на систему гемостаза, воздействуя на все его звенья, такие, как эндотелиальный барьер, функция естественных антикоагулянтов, эндогенный фибриноли тромبوцитарное звено гемостаза и прокоагулянтные факторы [6]. Цель исследования – определить частоту встречаемости антител к фосфолипидам у женщин с невынашиванием беременности (НБ).

Обследовано 47 пациенток с НБ. АФА обнаруживались у 19 женщин (40,4%), при этом критерии постановки диагноза «антифосфолипидный синдром» (АФС) были соблюдены только у 6 пациенток (12,8%).

Ключевые слова: беременность, невынашивание беременности, антифосфолипидный синдром, антифосфолипидные антитела.

Невынашивание беременности – одна из актуальных проблем в современном акушерстве. Частота невынашивания беременности колеблется от 10 до 25% всех беременностей. Среди пациенток с привычным невынашиванием беременности антифосфолипидные антитела диагностируют в 27-42% случаев, причем без проведения лечения гибель эмбриона (плода) наблюдается у 90–95% женщин, имеющих аутоантитела к фосфолипидам [2]. Это связано с тем, что при взаимодействии антифосфолипидных антител с фосфолипидами на мембранах эпителиальных клеток развивается системная эндотелиальная дисфункция и патология в системе гемостаза. Проявлениями эндотелиальной дисфункции считают усиленную адгезию и агрегацию тромбоцитов, нарушение баланса между синтезом простациклина и тромбоксана. В результате возникает внутрисосудистый тромбоз в фетоплацентарном комплексе, который становится интегральным этиопатогенетическим фактором невынашивания беременности, преэклампсии, HELLP синдрома, задержки развития плода (ЗРП) и антенатальной гибели плода, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (ПОНРП) [4].

Цель исследования – определить частоту встречаемости антител к фосфолипидам у женщин с невынашиванием беременности.

Материалы и методы. В исследование включены женщины (n=47) с наличием, как минимум, одного из следующих критериев в анамнезе: два и более выкидыша, преэклампсия, эклампсия, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, задержка внутриутробного развития плода, бесплодие неясного генеза.

Методы исследования: сбор анамнеза, физикальный осмотр, анализ медицинской документации, проведение анализа на наличие суммарных антител к фосфолипидам (IgG и IgM).

Выделено 3 группы пациенток: 1 – женщины с АФА, но без поставленного диагноза «антифосфолипидный синдром», 2 – женщины с АФА и подтвержденным диагнозом АФС, 3 – женщины без АФА и без диагноза АФС. Далее проводился анализ исходов беременности и осложнений, возникших во время беременности и родов в каждой группе.

В качестве метода определения титра антител к фосфолипидам был применен твёрдофазный иммуноферментный анализ.

Статистическая обработка полученного материала проводилась на персональном компьютере согласно программам, адаптированным к компьютеру IBM/PC (Excel 7.0 for Windows 7).

Результаты исследования и обсуждение полученных данных.

Лабораторные критерии.

Среди пациенток с невынашиванием беременности (n=47) у 19 (40,4%) были выявлены суммарные АФА. Критерии постановки АФС в подгруппе женщин с АФА были соблюдены в 6 (31,6%) случаях. Повышение волчаночного антикоагулянта (ВА) наблюдалось только у 10% пациенток. Антитела к $\beta 2$ гликопротеину были выявлены у 2 женщин (4,3%).

Исходы беременностей.

Наиболее частыми осложнениями беременности являлись: преэклампсия, ПОНРП, привычное невынашивание беременности, преэмбриональная и эмбриональная гибели плода.

Самая высокая частота эмбриональных потерь зарегистрирован в 1-ой группе женщин, т.е. с АФА, но без диагноза АФС (46%). Также в данной группе большой процент женщин с привычным невынашиванием беременности – 23%. Гибель плода на сроке более 10 недель отмечалась у 16%, преэклампсия, преждевременная отслойка плаценты и бесплодие неустановленной этиологии встречались в 8% случаев.

Таблица 1. Частота сопутствующих заболеваний в зависимости от наличия антифосфолипидных антител

Сопутствующее заболевание	Пациентки с повышенным титром АФА (n=19)	Пациентки с нормальным титром АФА (n=28)
Эндометриоз	1 (5,2%)	1 (3,5%)
Эндометрит	4 (21%)	6 (21,4%)
Миома матки	4 (21%)	4 (14,3%)
Гипотиреоз	2 (10,5%)	2 (7,1%)
Аутоиммунный тиреоидит	3 (15,8%)	2 (7,1%)
Диффузный эндемический зоб	1 (5,2%)	0

В группе женщин с АФС и АФА с одинаковой частотой в 17% встречаются необъяснимая гибель плода на сроке более 10 недель и преэклампсия.

В группе женщин без АФС и без АФА так же лидируют показатели по преембриональным и эмбриональным потерям в 31% случаев и привычное невынашивание беременности в 19% случаев. Бесплодие неустановленной этиологии и гибель плода на сроке более 10 недель встречаются у 4% пациенток данной группы (рис. 1).

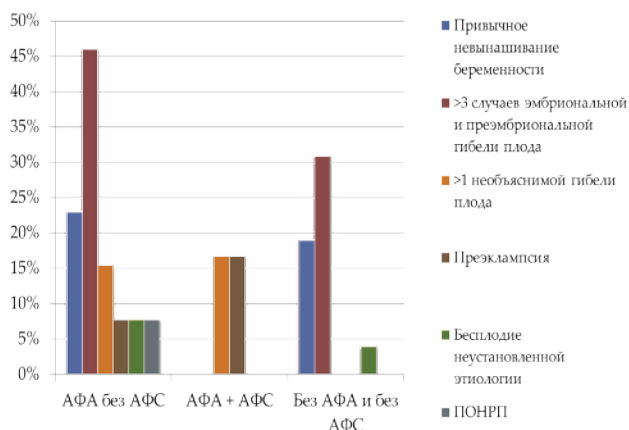


Рисунок 1. Исходы беременностей.

Сопутствующие заболевания.

Эндометриоз был выявлен в 7% случаев в группе женщин первой и в 4% случаев в группе пациенток без АФС и АФА. Аутоиммунный тиреоидит встречается у 15% пациенток без АФС, но с антителами к фосфолипидам и в 8% случаев у пациенток третьей группы (табл. 1).

Закключение:

Таким образом, исходя из результатов проведенного исследования, можно сделать вывод, что обнаружение антител к фосфолипидам является прогностический неблагоприятным признаком в отношении развития осложнений беременности на любом сроке гестации, даже в том случае, когда клинические критерии не позволяют выставить диагноз «Антифосфолипидный синдром».

Список литературы:

1. Kutteh W.H., Hinote C.D., Antiphospholipid antibody syndrome. / *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.* - 2014 - 41 – С. 113–132.
2. Шляхтенко Т.Н., Алябьева Е.А., Аржанова О.Н., Сельков С.А., Плужникова Т.А., Чепанов С.В. Антифосфолипидный синдром при невынашивании беременности / *Журнал акушерства и женских болезней* - 2015. - №5- С. 69-76
3. Бицадзе В.О., Хизроева Д.Х., Идрисова Л.Э., Абрамян Р.Р., Андреева М.Д., Макацария А.Д. Катастрофический антифосфолипидный синдром. Вопросы патогенеза. / *Акушерство, гинекология и репродукция.* - 2015 - N2 - С.32-53
4. Айламазян Э.К. и др. / *Акушерство. Национальное руководство.* М.: ГЕОТАР Медиа - 2015. – С. 1080.
5. Howard J.A. *Carp. Recurrent Pregnancy Loss: Causes, Controversies, and Treatment*, 2017
6. Бицадзе В.О., Хизроева Д.Х., Макацария Н.А., Егорова Е.С., Баймурадова С.М., Машкова Т.Я. Антифосфолипидные антитела, их патогенетическое и диагностическое значение при акушерской патологии. / *Акушерство, гинекология и репродукция* - 2014.-№2 – с 39-60

ТҮЙІН

К.Р. САФИНА

**ЖҮКТІЛІКТІҢ СОҢЫНА ДЕЙІН ЖЕТПЕГЕН
ӘЙЕЛДЕРДЕ ФОСФОЛИПИДТЕРГЕ ҚАРСЫ
ДЕНЕЛЕРДІҢ ТАРАЛУЫ**Башқұрт мемлекеттік медицина университеті,
Уфа, Ресей

Антифосфолипидті антиденелер (АФА) эндотелиялы тосқауыл, табиғи антикоагулянттардың қызметі, гемостаздың тромбоцитарлы бөліктік эндогенді фибриноли және прокоагулянтты факторлар секілді барлық бөліктеріне ықпал жасай отырып гемостаз жүйесіне көп қырлы әсер етеді. Зерттеу мақсаты – жүктіліктің соңына дейін жетпеген (ЖСЖ) әйелдерде фосфолипидтерге қарсы денелердің кездесу жиілігін анықтау.

ЖСЖ бар 47 пациентке тексеру жүргізілді. АФА 19 әйелде (40,4%) анықталды, соның ішінде «антифосфолипидті синдром» (АФС) диагнозын қою критерийі тек 6 пациентте (12,8%) сақталды.

Негізгі сөздер: жүктіліктің соңына дейін жетпеу, антифосфолипидті синдром, жүктілік, антифосфолипидті антиденелер.

SUMMARY

K.R. SAFINA

**MEANING ANTIPHOSPHOLIPID ANTIBODIES
IN RECURRENT MISCARRIAGE**Bashkir State Medical University,
Ufa, Russia

Recurrent miscarriage is one of the most important problems in modern obstetrics. The purpose of this work is to evaluate antiphospholipid antibodies in recurrent miscarriage. Antiphospholipid antibodies were discovered in 19(40,4%) cases out of 47. And in 28(59, 6%) cases antiphospholipid antibodies weren't discovered despite having a habitual miscarriage in an anamnesis.

Keywords: Recurrent miscarriage, pregnancy, antiphospholipid syndrome, antiphospholipid antibodies.

УДК 618.36-007.274
МРНТИ 76.29.48

К.С. ТАУСЕНЕВА, И.В. ФОМИНА

**К ВОПРОСУ О РОДОРАЗРЕШЕНИИ ЖЕНЩИН С ИСТИННЫМ
ПРИРАЩЕНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ**Тюменский государственный медицинский университет,
Тюмень, Россия

Проведен анализ случаев родоразрешений женщин, течение беременности которых осложнилось истинным приращением плаценты. Изучен анамнез данных пациенток, вопросы диагностики, в том числе ультразвуковые признаки приращения плаценты во время беременности, а также особенности их родоразрешения, объем кровопотери при этом. Часть из них прооперирована в плановом порядке с использованием эмболизации маточных артерий (ЭМА) после извлечения плода, и, соответственно сохранением матки, часть же прооперирована в экстренном порядке, объем вмешательства после донного кесарева сечения и извлечения плода заключался в экстрипации матки без придатков.

Ключевые слова: истинное приращение плаценты, эмболизация маточных артерий, кесарево сечение.

Постоянно растущее число родоразрешений, путем операции кесарева сечения, неминуемо привело к увеличению числа весьма характерных, связанных с этим, осложнений беременности. Так, частота различных вариантов приращения плаценты в течение последних десятилетий возросла в десятки раз [2,4]. Родоразрешение пациенток с истинным приращением плаценты связано с высоким риском массивного акушерского кровотечения, требующего адекватной трансфузионной терапии и

применения верной хирургической тактики, часто заключающейся в экстрипации матки. В настоящее время активно обсуждаются вопросы альтернативных методов профилактики массивного кровотечения при приращении плаценты во время оперативного вмешательства: двусторонняя перевязка внутренних подвздошных артерий в сочетании с терапией метотрексатом [1], эмболизация маточных артерий (ЭМА) [4], временная баллонная окклюзия внутренних подвздошных артерий. Возможность применения

методик часто зависит от конкретной клинической ситуации и от технических возможностей акушерской службы в данном регионе.

Цель исследования. Проанализировать случаи родоразрешений женщин с истинным приращением плаценты.

Материалы и методы. Проведено сплошное ретроспективное исследование всех случаев родоразрешений женщин с истинным приращением плаценты с 2014 по 2017 гг. в акушерском стационаре ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» г. Тюмень (далее ПЦ), и выездной бригадой акушер-гинекологов ПЦ на базе Областной Клинической Больницы №2 (ОКБ №2) г.Тюмени. Материалом явились 38 историй родов и индивидуальных карт женщин, родоразрешенных с данной патологией за указанный период. Критерием включения в исследование явилось наличие у роженицы истинного приращения плаценты. Статистическая обработка полученных данных проводилась с применением пакета прикладных программ STATISTICA (версия 6.0). Рассчитывали среднее (M) и стандартное отклонение (SD), достоверность отличий определяли с помощью критерия Манна Уитни.

Результаты исследования. В Тюменской области (ТО) оказание медицинской помощи пациенткам с приращением плаценты имеет особенности, связанные с техническим оснащением акушерской службы региона. На базе ПЦ отсутствует необходимая для проведения ЭМА рентгеноперационная и сосудистый хирург, поэтому родоразрешение этих женщин в плановом порядке проводится на базе ОКБ №2 выездной бригадой акушер-гинекологов ПЦ, где имеются данные технические условия. При необходимости родоразрешения в экстренном порядке (преждевременная отслойка плаценты или предлежание плаценты с кровотечением) проводится в ПЦ. Все роженицы были разделены на 2 группы: I группа – 28 женщин (73,7%), которым было выполнено родоразрешение путем операции донного кесарева сечения в плановом порядке с последующим, после извлечения плода, применением эмболизации маточных артерий, метропластикой и сохранением матки на базе ОКБ№2 г. Тюмени; II группа – 10 женщин (26,3%), которым родоразрешение выполнено в экстренном порядке путем операции кесарева сечения с экстирпацией матки. В первой группе всем 100% пациенткам сохранили основной детородный орган – матку, а во второй все ее лишились. Средний возраст достоверно не отличался во всех группах и составил по группам: в первой – $33,5 \pm 4,2$, во второй – $34,4 \pm 5,6$. Все 100% пациенток имели отягощенный акушерский анамнез (ОАА) и у всех имелся один и более рубец на матке. Сочетание наличия рубца на матке и выскабливаний полости матки выявлено в 48,1% случаев в первой и 50% во второй группе. Истинное приращение плаценты диагностировано у всех пациенток. При изучении диагностики данной аномалии выявлено, что в I и II группах (48,1% и 60 %) соответственно уже в I триместре беременности определялись такие УЗ-признаки, как необычная локализация хориона (низкое прикрепление/перекрывает внутренний зев), что наряду с ОАА в виде оперативных вмешательств на матке (ке-

сареево сечение в анамнезе) – 92,6% и 100%, позволяет заподозрить аномалию прикрепления. Во II триместре гестации низкое прикрепление плаценты/отсутствие миграции наблюдалось в 96,2% (из них $n=3$ – в области рубца) и 100%. Также отмечены такие признаки, как отсутствие гипозехогенной зоны между плацентой и миометрием, а также гиперваскуляризация нижнего сегмента матки 7,4% в I группе, во II – плацентарная грыжа у 10%. Лакуны диагностированы в 7,4% и 50% случаев, соответственно в I и II, истончение миометрия наблюдали у 3,7% и 10% рожениц. Для III триместра были характерны следующие признаки: аномальная локализация плаценты в 92,6% и 60% (из них в 80% и 83,3% плацента локализовалась в области внутреннего зева – предлежание плаценты), плацентарная грыжа обнаружена в 48,1% и 20%, усиление маточного кровотока в 70,3% и 30%, истончение миометрия в 37% (из них в 20% миометрий отсутствовал) и 10%.

Среди других осложнений беременности наиболее часто встречались плацентарная недостаточность (74% и 80%) и угрозы прерывания беременности в различные сроки (33,3% и 60%). Среди сопутствующей патологии наиболее часто отмечены анемия различных степеней тяжести (55,5% и 50%), во второй группе в 40% выявлен хронический вирусный гепатит С и в 20% ВИЧ-инфекция, остальная экстрагенитальная патология встречалась значительно реже. Достоверно различался и срок родоразрешения: $37,2 \pm 1,08$ (I) и $32,4 \pm 4,6$ (II) недель по группам. Объем кровопотери достоверно отличался между группами и составил $1362,9 \pm 1089,8$ мл (I) и $5633,3 \pm 3320$ мл (II).

Обсуждение полученных данных. По возрасту и прочими клинико-анамнестическими характеристиками обе группы пациенток были идентичны. Различались лишь сроки их родоразрешения и особенности связанные с этим. Родоразрешение рожениц с истинным приращением плаценты при имеющейся технической возможности с применением ЭМА кардинально отличается от обычной тактики при истинном приращении плаценты. Главное – сохраняется матка и возможность в дальнейшем выполнять репродуктивную функцию. Достоверно отличается и объем кровопотери при выполнении этих подходов. Выявлены наиболее часто встречающиеся ультразвуковые признаки, наблюдавшиеся у пациенток с данной аномалией прикрепления плаценты.

Выводы. У всех пациенток с истинным приращением плаценты в анамнезе имелось кесарево сечение (чаще и не одно), у 50% из них сочетающееся с выскабливаниями полости матки при уже имеющемся рубце на матке. Выявлены наиболее часто встречающиеся ультразвуковые признаки истинного приращения плаценты: расположение хориона в области рубца на матке в сочетании с отсутствием миграции плаценты во втором и третьем триместре, наличие маточной грыжи. Применение органосохраняющих методик в виде ЭМА при родоразрешений женщин с истинным приращением плаценты позволяет достоверно снизить объем кровопотери, улучшить материнские и перинатальные исходы, сохранить репродуктивную функцию.

Список литературы:

1. Комиссарова Л.М., Васильченко О.Н. Органосберегающая тактика родоразрешения при истинном приращении плаценты // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2009. - №№6. - С. 25-28.
2. Тихоненко И.В., Барсуков А.Н., Пацеев С.В., Когаленок Н.Н. Диагностика приращения плаценты: клиническое наблюдение и обзор литературы

- // Пренатальная диагностика. - 2007. - №№6 (2). - С. 123-130.
3. Флейшер А., Мэнинг Э., Дженти Ф., Ромеро Р. Эхография в акушерстве и гинекологии: теория и практика. - 6-е изд. - М.: Дом Видар, 2005. - 345 с.
 4. Rebarder A. et al. Successful bilateral uterine artery embolization during an ongoing pregnancy // Obstetrics and gynecology. - 2009. - №№2. - Vol. 113.

ТҮЙІН

К.С. ТАУСЕНЕВА, И.В. ФОМИНА

ӘЙЕЛДЕРДІҢ ПЛАЦЕНТАНЫҢ ШЫНАЙЫ ЖЕТІЛУІМЕН БОСАНУ МӘСЕЛЕСІТюмень мемлекеттік медицина университеті,
Тюмень, Ресей

Плацентаның шынайы жетілуімен асқынған әйелдердің босануы мен жүктілік ағымы жағдайларына талдау жасалды. Аталған пациенттердің анамнезі, диагностика сұрақтары, соның ішінде жүктілік кезінде плацентаның шынайы жетілуінің ультрадыбыстық белгілері, сондай-ақ олардың босану ерекшеліктері, сол кездегі қан жоғалту көлемі зерттелді. Олардың бір бөлігіне ұрықты алып тастағаннан кейін жатыр артериясының эмболизациясын (ЖАЭ) қолдана отырып жоспарлы түрде ота жасалды, және сәйкесінше жатырды сақтай отырып, бір бөлігіне шұғыл түрде ота жасалды, сол кесарь тілігі мен ұрықты алып тастаудан кейін араласушылық көлемі қосалқысыз жатыр экстрипациясына байланысты болды.

Негізгі сөздер: плацентаның шынайы жетілуі, жатыр артериясының эмболизациясы, кесарь тілігі.

SUMMARY

K.S. TAUSENOVA, I.V. FOMINA

TO THE QUESTION OF WOMEN'S GRINDING OF WOMEN WITH TRUE ARRESTMENT PLACENTSTyumen State Medical University,
Tyumen, Russia

The analysis of cases of deliveries of women, the course of pregnancy was complicated by the true increment of the placenta. The anamnesis of these patients, diagnostic issues, including ultrasound signs of placenta increment during pregnancy, as well as features of their delivery, the amount of blood loss in this case was studied. Some of them were operated in a planned manner with the use of uterine artery embolization (EMA) after the extraction of the fetus, and, accordingly, the preservation of the uterus, the part was operated on in an emergency order, the amount of intervention after the cesarean section and extraction of the fetus consisted in the extrapy of the uterus without appendages.

Keywords: true placenta increment, uterine arteries embolization, caesarean section.

М.К. ТАУШАНОВА, Д.Е. МАЛДЫБАЕВА

**АҚТӨБЕ ОБЛЫСЫНДАҒЫ 2014-2016 ЖЫЛДАР АРАЛЫҒЫНДАҒЫ
НЕКЕЛЕСУ ЖӘНЕ АЖЫРАСУ ДИНАМИКАСЫ**Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті,
Ақтөбе, Қазақстан

Мақалада статистикалық деректерді талдау негізінде Ақтөбе облысындағы некелесу және ажырасу динамикасы зерттелді. Ажырасудың әлеуметтік маңызы анықталады, бүгінгі күні ажырасу қоғамдық өмірдің параметрлері болып табылатындығы туралы мәлімдеме негізделген. Ажырасудың мәселелері қарастырылады, оның ықтималдылығын арттыратын факторлар айқындалады, ажырасудың негізгі себептері және оның отбасы мүшелері мен қоғам үшін салдары талданады. Жасы мен жынысының айырмашылықтары бойынша некеге тұру және ажырасу процестері толығырақ қарастырылды. Некедегі ең маңызды кезеңді анықтайды. Сонымен қатар, Ақтөбе облысындағы барлық ажырасулардың жыл сайынғы үлесі көрсетілді. Деректерді талдау нәтижелері бойынша қорытындылар мен ұсыныстар ұсынылды.

Негізгі сөздер: отбасы, тіркелген некелер мен ажырасулар, динамика.

Өзектілігі. Қоғамның негізі – жанұя. Жанұясыз ешбір қоғамды елестету мүмкін емес. Қазіргі кезде отбасы және ондағы процестерді зерттеу тек қана ғылыми-теориялық сипат емес, сонымен қатар тәжірибелік мазмұнға да ие болып отыр [1]. Отбасының негізін неке құрайды. Отбасы мәселесі, неке, отбасылық қатынастың нығаюы қоғамды да, мемлекетті де ойландырады. Отан отбасынан басталады деп бекер айтылмаған. Отбасы мен неке адам баласының дүниеге келуімен, оның өсіп, қалыптасуын қамтамасыз етіп отырғандықтан, ол адамзат тарихының даму кезеңдеріндегі шешуші факторлардың бірі болып табылады. Отбасы мен неке тағдыры қандай болмасын қоғамдық құрылыспен, ондағы өндірістік қатынаспен тығыз байланыста болады да, әлеуметтік өзгерістер отбасы мен неке сипатына әсер етіп, жаңарып отырады. Мұның өзі отбасымен неке тұрақтылығының үлкен қоғамдық мәселе екендігін айқындайды [2].

Отбасының бірұлтты және ұлтаралас сияқты түрлері мен типтері күнделікті өмірге өз әсерін тигізіп отырады. Сондықтан отбасын этникалық процестердің ықшам ортасы ретінде зерттеуде ұлтаралас некенің аймағы, этникалық құрылымы қызығушылық тудырады. Қазақстан полиэтникалық мемлекет болып, сонымен қатар, елдегі ішкі саяси тұрақтылық пен этносаралық келісімнің мемлекет пен қоғам қолдауын тауып отырғанына байланысты, қазақ елінде азаматтық қоғам принципіне басқа этностар өкілдерімен некелесу ықпалдастығы соңғы кездері оң үрдіске ие болуда [3].

Ұзақ уақыт бойы некеге тұру – кәмелет жасқа жеткен кездегі әрбір адамның моральдық міндеті болып саналады. Некеге тұру ер адам мен әйел адам арасындағы жақындықты заңдастырады. Отбасын құру, жұмыс істеу және отбасының құлдырауына қатысты барлық мәселелер әрдайым өзекті болып табылады, өйткені неке және отбасы тұтас алғанда адамзат өркениетінің ажырамас бөлігі. Алайда қазіргі қоғамда некенің жалғасуы немесе тоқтатылуы екі жас арасын-

дағы өзіндік мәселе болып келеді. Қазіргі таңда ажырасу себептеріне: маскүнемдік, жастардың мінездерінің сәйкес келмеуі, махаббатың болмауы, бедеулік, экономикалық жағдай жатады. Ұлтаралас некедегі ажырасудың негізгі себебі болып бірінің дәстүрін екіншісінің қабылдамауы, діни қайшылық, салт-сана, мінезінің сәйкес келмеуі және т.б. Ерлі-зайыптылар ажырасу кезінде психологиялық тұрғыда қатты зардап шегуші балалар болып табылады. Толық емес отбасыларда туындайтын негізгі мәселелердің бірі – балалардың қараусыздығы. Осының салдарынан бүкіл әлемде кәмілетке толмаған балалар арасында құқық бұзушылық санының жоғарылауы расталып отыр. Бала «толық емес» жанұяда өмір сүрсе, оның дамуына кері әсерін тигізуі мүмкін бірқатар тәуекел факторлары бар [4].

Елбасымыз Н.Ә. Назарбаев Қазақстан халқына «Қазақстан-2050» Стратегиясы қалыптасқан мемлекеттің жаңа саяси бағыты» Жолдауында «Балалар – қоғамымыздың ең әлсіз және қорғансыз бөлігі және олар құқықсыз болуға тиіс емес. Елбасы ретінде мен әрбір сәбидің құқығы қорғалуын талап ететін боламын. Біздің топырағымызда туған кез келген сәби – қазақстандық. Және мемлекет оны қамқорлығына алуға тиіс. Мен ажырасуға қарсымын, жастарды отбасы құндылығы, ажырасудың қасірет екендігі рухында тәрбиелеу керек, өйткені, оның салдарынан, ең алдымен, балалар зардап шегеді. «Әкесі қой баға білмегеннің баласы қозы баға білмейді». Бала тәрбиесі тек ананың емес, ата-ананың екеуінің де міндеті.... Бала тәрбиелеу – болашаққа ең үлкен инвестиция. Біз бұл мәселеге осылай қарап, балаларымызға жақсы білім беруге ұмтылуымыз керек» деп көрсеткен [5].

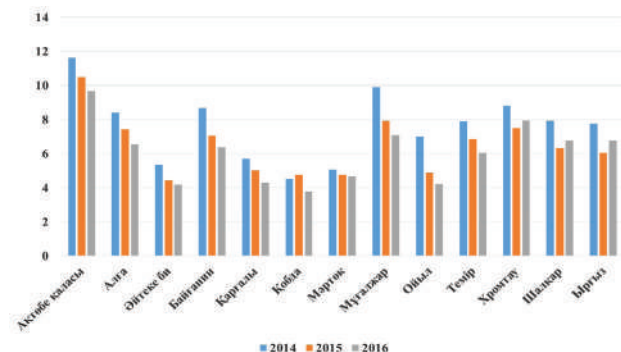
Зерттеудің мақсаты. 2014-2016 жылдар аралығындағы Ақтөбе облысындағы неке мен ажырасу динамикасын зерттеу.

Зерттеу материалдары мен әдістері. Аналитикалық, статистикалық, ретроспективті, сипаттамалық әдіс. Біз Ақтөбе облысының әр ауданындағы неке және ажырасу ерекшеліктерін талдадық. Алынған нәтиже-

лер арнайы «STATISTICA 10» компьютерлік бағдарламасымен өңделді. Материалдар Ақтөбе облыстық АХАЖ бөлімінінен алынды.

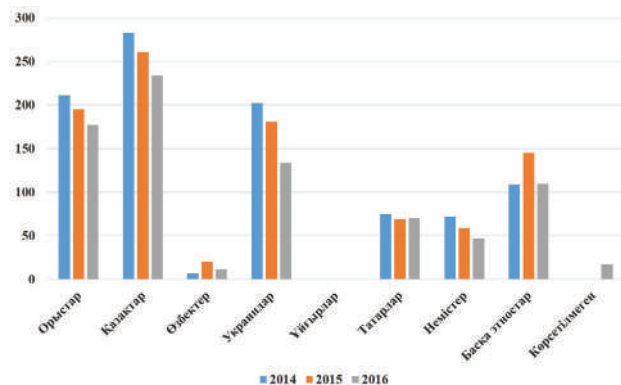
Зерттеу нәтижелері. Ақтөбе облысында 1000 адамға шаққандағы некелер санының 2014, 2015, 2016 жылғы статистика бойынша некелесудің ең жоғарғы көрсеткіштерін Ақтөбе облысындағы Мұғалжар мен Хромтау аудандары құраса, ең төменгі көрсеткішті Қобда, Мәртөк және Қарғалы аудандары құрап отыр (1-сурет).

Сурет 1. 2014-2016 жылдар аралығындағы Ақтөбе облысындағы 1000 адамға шаққандағы

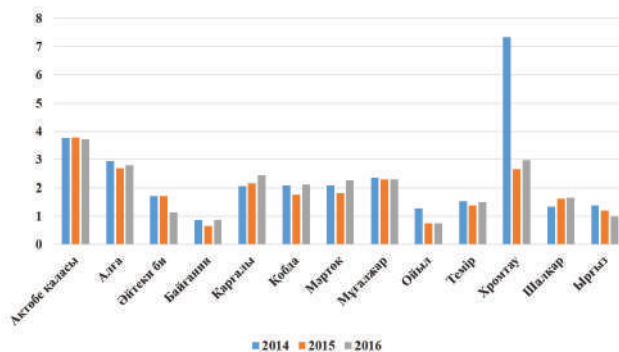


некелер саны

Сурет 2. Басқа этностар өкілдерімен некеге тұрғандар саны

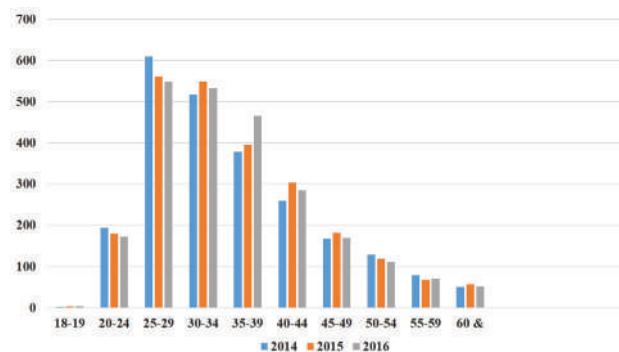


Неке тұрақтылығын зерттеу мақсатында аймақтағы бірұлтты және қазақтардың басқа этностар өкілдерімен некеге тұрғандар санын анықтаймыз. Ол үшін қазақтар мен басқа этностардың үлес салмағын білу қажет. Әр ауданда қоныстанған түрлі ұлттардың пайыздық көрсеткішін біле отырып, ұлт-аралас некеге қай аудан қай ұлтпен көбірек отыратындығын байқаймыз. Басқа этностар өкілдерімен некеге тұрғандар саны (күйеулер), яғни ер адамдардың қай ұлтпен некеге тұратындығын статистика бойынша қарастырамыз. Ақтөбе облысында 2014, 2015, 2016 жылғы қорытындыларға қарап қазақтардың орыстар мен украин ұлт өкілдерімен некелесу көрсеткіші жоғары екені анықталды. Орыс ұлт өкілдерімен некеге тұру 2014 жылға қарағанда 2016 жылы сәл төмендеген. Ал қазақтардың өзбектермен некелесу көрсеткіші төмен (2-сурет).

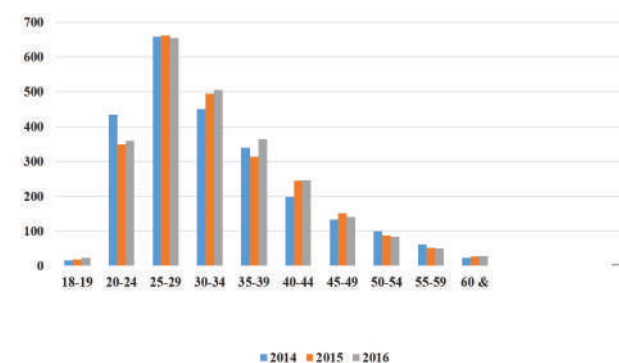


Сурет 3. 2014-2016 жылдар аралығындағы Ақтөбе облысындағы 1000 адамға шаққандағы ажырасулар саны

Келесі кезекте 2014-2016 жылдар аралығындағы Ақтөбе облысындағы 1000 адамға шаққандағы ажырасулар саны Хромтау елді мекені жоғары көрсеткіш болса, ал төменгі көрсеткіш Байғанин мен Ойыл елді мекендері құрап отыр (3-сурет).



Сурет 4. Бұрынғы жұбайлардың жасына қарай ажырасулар (ерлер)



Сурет 5. Бұрынғы жұбайлардың жасына қарай ажырасулар (әйелдер)

Келесі кезекте ажырасудың жастық ерекшелігін анықтаймыз. Зерттеп отырған мәселені шешу мақсатында белгілі жас мөлшеріндегі ажырасқан ерлер мен әйелдерді бөліп қарастырамыз. 18-19 жас аралығында некеге аз отырғандықтан, ажырасу да көп емес. Соған қарамастан, 18-19 жас аралығында ажырасу ерлерге қарағанда, әйелдерде көбірек кездеседі. Бұл жас аралығында ажырасу себептеріне жастардың неке мен отбасына мүлдем дайындықтарының жоқтығы, некесіз

екіқабат болуы, мінездерінің сәйкес келмеуі және т.б жатқызуымызға болады.

20-24 жас аралығындағы ажырасу ерте ажырасуға жатады. Осы аралықтағы ерлер мен әйелдер арасындағы ажырасу динамикасы 2014 жылғы статистикаға қарағанда, 2015-2016 жылдары біраз азайған. Бұл кезеңдегі ажырасудың себебі 18-19 жас аралығындағы ажырасумен бірдей. Одан кейінгі жылдары ерлі-зайыптылар бір-бірінің мінезіне көніп, отбасылық өмірге толығымен үйреніп тұрақтанады.

2014-2015 жылдар аралығындағы 25-29 және 30-34 жас шамасындағы ажырасулар көрсеткіштер өте жоғары. Бұған басты себеп баланың жоқ болуы. Сонымен қатар 35-39 жас шамасындағылардың арасында да ажырасу көп кездеседі. Көрсеткіштер бойынша 2016 жылы бұл жастағы ерлер мен әйелдер арасындағы ажырасулар саны 2014 жылғымен салыстырғанда жоғары. Бұл аралықтағы ажырасу себебі сезімнің жойылуы, материалдық жағдайы жақсарып, жұбайлардың біреуінің басқа адамда көңілінің болуы (4,5-сурет).

Алынған нәтижелерді талдау. Ақтөбе облысында 2014 жылы неке саны 7999-ды құраса, ал 2016 жылы бұл көрсеткіш 6761-ге төмендегенін аңғаруымызға болады. Сонымен қатар 2016 жылы ер адамдар арасында бірінші некеге тұрғандардың орташа жасы – 26,8 құраса, қалыңдықтар арасында бірінші некеге тұрғандардың орташа жасы 24,5-ті құрады. Бұл өз кезегінде ер адамдарға қарағанда, әйел адамдар некеге ерте тұратынын аңғартады. Ал ажырасу көрсеткішіне келсек, 2014 жылы 2415-ті құраса, 2016 жылы 2455-ті құрады. Бұрынғы жұбайлардың жасына қарай ажырасулар ерлер арасында 30-34 жас, ал әйелдер арасында 25-29 жасты құрады.

Қорытынды. Алынған мәліметтерді қорытындылайтын болсақ, зерттеуіміздің 3 жылдық мәліметтеріне қарап қазақтардың орыстар мен украин ұлт өкілдерімен некелесу көрсеткіші жоғары екенін аңғарамыз. 2014-2015 жылдар аралығындағы Ақтөбе

облысындағы ажырасулар саны Хромтау елді мекенінде жоғары, ал Байғанин мен Ойылда төмен болып отыр. Некеге тұрған адамдардың арасында жастық құрамы бойынша 25-29 және 30-34 жас шамасындағы ажырасу көрсеткіші жоғары болып келеді. Ажырасулардың негізгі бөлігі 5-9 жыл аралығында некеде болған ерлі-зайыптыларда байқалып отыр. Зерттеуіміздің ұсыныстары болып алғашқы медико-санитарлық көмек деңгейінде медико-психологиялық қызметтің жұмысын арттыру және АХАЖ бөлімі штатына психолог маманымен қамтамасыздандыру болып табылады.

Әдебиеттер тізімі:

1. Пахомова Е.И. 2008. Браки и разводы: что изменилось в представлениях россиян.– Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. № 1(85).С. 128-135.
2. Ростовская Т.К. 2012. Семья как объект социологического изучения в российском обществе: 1980-е – начало 2000-х гг. – Вестник Нижегородского университета им. Лобачевского. Сер. Социальные науки. № 4(28). С. 36-40.
3. Қазақстандағы неке және отбасы мәселесінің зерттелуі: монография / Баудиярова Қ.Б., Исаева А.И.. Жауапты ред. Қалыш А.Б. – Алматы: Қазақ университеті, 2016. – 244б.
4. Байсақал Н. Отбасының бүтіндігі – бүгіннің өзекті мәселесі: Алматы қаласы Отбасы және әйелдер ісі жөніндегі комиссиясы жүргізген әлеуметтік зерттеулер қорытындысы // Алматы ықшамы. – 2006. – 17 қаңтар.
5. Қазақстан Республикасының Президенті – Елбасы Н.Ә. Назарбаевтың «Қазақстан-2050» Стратегиясы қалыптасқан мемлекеттің жаңа саяси бағыты» атты Қазақстан халқына Жолдауы, Астана 2012.
6. Демографический ежегодник Казахстана. Статистический сборник.
7. Сайт Агентства по статистике Республики Казахстан www.stat.gov.

РЕЗЮМЕ

М.К. ТАУШАНОВА, Д.Е. МАЛДЫБАЕВА

ДИНАМИКА БРАКОВ И РАЗВОДОВ В ПЕРИОД С 2014-2016 ГОДЫ В АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Западно-Казахстанский государственный
медицинский университет имени Марата Оспанова,
Актөбе, Казахстан

В данной статье на основе анализа статистических данных по бракам и разводам рассматривается динамика данных явлений по Актюбинской области. Раскрывается социальная сущность развода, и обосновывается положение о том, что развод сегодня

SUMMARY

M.K. TAUSHANOVA, D.Ye. MALDYBAYEVA

«THE DYNAMICS OF MARRIAGE AND DIVORCES IN THE PERIOD FROM 2014-2016 IN THE AKTOBE REGION»

West Kazakhstan Marat Ospanov
State Medical University,
Aktobe, Kazakhstan

In this article, based on the analysis of statistical data on marriage and divorces, the dynamics of this phenomenon in the Aktobe region is examined. It reveals the social nature of divorce, justified the position that divorce is one of the parameters of social life now. The issues of divorce

является одним из параметров общественной жизни. Рассматриваются проблемы развода, выделяются факторы, увеличивающие его вероятность, анализируются причины развода и его последствия для членов семьи и для общества. Детально рассмотрены процессы брака и разводов по возрастным и гендерным различиям. Определен самый критический период супружества. В статье представляется статистика разводов по Актыбинской области. По итогам анализа данных предложены выводы и рекомендации.

Ключевые слова: семья, зарегистрированные браки и разводы, динамика.

are provided by factors that increase the probability, analyze the causes of divorce and its consequences for the members of the family and for society. The processes of nuptiality and divorce by age and gender differences are considered in detail. The most critical period of matrimony is defined. The article shows the share of all divorces in the Aktobe region for the duration of marriage over the years. Based on the results of data analysis, conclusions and recommendations are proposed.

Keywords: family, registered marriage and divorces, dynamics.

УДК: 616.12-08.331.1

МРНТИ 76.29.29, 76.29.30

Л.М. ТУЛЕГЕНОВА, Д.Д. ТЛЕКЕНОВА

АНАЛИЗ КОМПЛАЕНТНОСТИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан

Статья посвящена анализу актуальной на сегодняшний день проблеме – приверженности к лечению диспансерных больных артериальной гипертензией 2 степени в поликлинике.

Особое внимание уделяется социально-демографической характеристике пациентов на основании амбулаторных карт. В качестве исследовательской задачи авторами была оценка комплаентности тестом «Мориски–Грина» (тМГ) и «Шкалой оценки медикаментозного комплаенса» (ШМК). Исследована взаимосвязь выраженности отдельных показателей использованных тестов с общим уровнем комплаенса, а также с отдельными подсистемами структуры комплаенса. Рассмотрены проблемы формирования неприверженности к лечению. Проанализировав характерные особенности, выявлена низкая приверженность к лечению, некомплаентны – 81,1% респондентов по тМГ. Значительное внимание уделяется выявлению факторов неприверженности к терапии, в частности выявлено, что в основном это связано с тем, что пациенты «забывают принять лекарства», даже если врач назначает современный препарат. Бесплатная выдача антигипертензивных лекарств не повышает комплаентность. Важным в формировании некомплаентности являются «Факторы, связанные с лечащим врачом». Выявлено, что женщины более привержены к лечению, чем мужчины.

Патогенетические факторы формирования АГ, такие как ожирение и влияние факторов, связанных с проживанием в городе с высоким уровнем техногенной нагрузки не влияют на комплаентность.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, тест Мориски–Грин, «Шкала оценки медикаментозного комплаенса», комплаентность.

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) является одной из главных причин развития кардиоваскулярных осложнений, которые в последние десятилетия находятся на первом месте в мире по смертности [1]. В Республике Казахстан АГ имеет социальное значение, и пациенты получают антигипертензивные препараты бесплатно [2]. Достижения в виде усовершенствования антигипертензивных лекарств с удлинением продолжительности действия, создание комбинированных препаратов с целью уменьшения побочных эффектов способствовало практическому улучшению решения проблемы АГ, однако даже на таком фоне определенный процент больных АГ недостаточно адекватно выполняют назначения врачей, то

есть некомплаентны (НКП). Комплаентность (приверженность) является неоднозначным феноменом, стыкующим с медицинскими и социальными аспектами. Проблема относится к интрапсихической и интерпсихической сфере личности, что требует изучения всех проявлений индивидуальности человека, то есть индивидуально-психических свойств и социально-психологической перцепции и адаптации. В итоге, фармакологическое несоблюдение пациентами назначенного лечения является серьезной проблемой, которая влияет на результаты терапии.

Цель исследования. Определить степень приверженности к лечению и взаимосвязь между качеством комплаенса и психо-социальными факторами больных

АГ 2 степени, состоящих на диспансерном учете в поликлинике.

Материалы и методы исследования. Обсервационное одномоментное исследование методом анкетирования больных с АГ. В исследование включены 380 больных с АГ 2 степени, согласно «Рекомендациям по лечению артериальной гипертонии. ESH/ESC 2013» [3], не имеющие в анамнезе инфаркта миокарда или инсульта, постоянной формы фибрилляции предсердий и сахарного диабета, состоящие на диспансерном учете в поликлиниках №1 и №3 города Актобе. Параллельно провели анализ амбулаторных карт. Средний возраст $57,1 \pm 9,8$ лет: мужчин 217, ср.воз. $56,6 \pm 8,9$; женщин – 163, ср.воз. $57,7 \pm 9,1$.

Пациенты заполняли тест «Мориски–Грина» (тМГ) [4] и «Шкала оценки медикаментозного комплаенса» (ШМК), которая была создана в 2012 году в НИПНИ им. Бехтерева. Тест оценки приверженности к лечению по тМГ включает 4 вопроса: 1) забывали ли вы когда-либо принять препараты? 2) не относитесь ли вы иногда невнимательно к часам приема лекарств? 3) не пропускаете ли вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо? 4) если вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли Вы следующий прием? Ответы на вопросы «Да–Нет», ответ «Да» оценивается в 0 баллов, а ответ «Нет» в 1 балл. Комплаентными (КП) считаются больные, набравшие 4 балла. Больные, набравшие 3 балла, считаются недостаточно приверженными и находящимися в группе риска по развитию неприверженности. Больные, набравшие 2 балла и менее, считаются неприверженными. ШМК состоит из пяти групп пунктов, соответствующих пяти основным группам факторов, влияющих на приверженность: отношение к медикации, факторы, связанные с пациентом, с лечением, с врачом и с окружением пациента. Каждый пункт имеет содержательно-описанные варианты, каждый из которых снабжён соответствующей балльной оценкой, и оценивается вклад различных факторов в формировании приверженности/неприверженности. Количественные значения градаций по обоим анкетным тестам выстроены таким образом, что более высокой величине балла соответствует более высокий, то есть хороший уровень комплаенса – чем больше баллов, тем лучше считается показатель.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась отделом статистического анализа ЗКГМУ имени Марата Оспанова с использованием пакетов программы Statistica 6.0.

Работа выполнена по студенческому гранту ЗКГМУ имени Марата Оспанова (№12/4-1-17/185§2ОД) на проведение научно-исследовательских работ. Название проекта: «Приверженность к лечению пациентов с хронической патологией сердечно-сосудистой системы в условиях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП)», № госрегистрации 0117РКУ0557.

Результаты исследования. Возраст респондентов колебался от 31 до 71 года. Большинство респон-

дентов (296) в возрасте 46–64 лет, группа старше 65 лет составила 16% (61), а молодая группа была самой малочисленной – 6% (23 пациента). Уровень образованности больных: высшее образование у 24% (муж-57, жен-34), среднее 55% (муж-103, жен-106), неполное среднее 21% (муж-57, жен-23). «Проживание в районе производственных объектов» – 30 человек, «Плохое материальное положение» – 57, «Плохие жилищные условия» – 84, «Часто ли болели простудными заболеваниями» – 99 (более 2 раз в год), Аллергия – 42: в основном у пациентов моложе 50 лет – 31, старше 50 – 11 респондентов.

Среди факторов риска, общих для основных неинфекционных заболеваний, в том числе и АГ является избыточный вес, ожирение [5]. У обследованных пациентов с АГ в группе КП индекс массы тела (ИМТ) составил $29,6 \pm 1,4$, недостаточно КП – $28,9 \pm 2,9$, у НКП – $25,5 \pm 2,2$. Классификация ожирения по ВОЗ (1997) по ИМТ наши пациенты попадают в «повышенный» ИМТ от 25,0 до 29,9, что свидетельствует об избыточной массе тела или предожирении. При этом в группе КП пациентов некоторые попадают в группу «высокий» ИМТ от 30,0 до 34,9, что соответствует I степени ожирения, а в группе НКП попадают в «обычный» ИМТ от 18,5 до 24,9, что соответствует массе тела в норме. При определении отношения шансов (OR, odds ratio) в группах КП и НКП больных получили: OR 0.262, стандартная ошибка OR (S) = 0,237, нижняя граница 95% ДИ (CI) = 0.025, верхняя граница 95% ДИ (CI) = 0,499. В нашем случае у обследованных больных избыточная масса тела (предполагаемый фактор риска) не является значимым (OR меньше единицы).

В результате анализа тМГ нами выявлено 23 КП пациентов (ср.воз. – $62,8 \pm 4,3$), набравших по тесту 4 балла. Недостаточно приверженных, набравших 3 балла – 49 (ср.воз. – $62,5 \pm 5,6$). Не приверженных – 308: набравшие 2 балла – 92 (ср.воз. – $55,2 \pm 8,7$), набравшие 1 балл – 95 (ср.воз. – $55,4 \pm 9,1$), набравшие 0 баллов – 121 (ср.воз. – $57,2 \pm 8,1$). Наблюдается тенденция большей приверженности к лечению у пациентов старше 60 лет, но различия не имеют статистической достоверности.

Анализ тМГ по вопросам выявил, что неприверженность наиболее высокая по первому вопросу: «забывали ли вы когда-либо принять препараты?» – 29,6% респондентов. На втором месте четвертый вопрос «если вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли Вы следующий прием?» – 27,9%. На третьем месте второй вопрос «не относитесь ли вы иногда невнимательно к часам приема лекарств?» – 23,3% опрошенных; и третий вопрос «не пропускаете ли вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо» – 19,2%. Между третьим и четвертым вопросами отмечается статистически достоверная разница, которую нам трудно объяснить. Если пациент чувствует себя хорошо, то пропускает прием препаратов (вопрос №3) в 19,2%, а если чувствует себя плохо после приема лекарств, то пропускает следующий прием (вопрос №4) – 27,9%. По простой логике, мы предполагали, что если

больной хорошо чувствует себя, то будет пропускать прием, но при анкетировании результат не подтвердился.

Анализ ответов ШМК по блокам представлен на гистограмме (рисунок 1), где результаты представлены в процентах от максимальных баллов каждого блока.

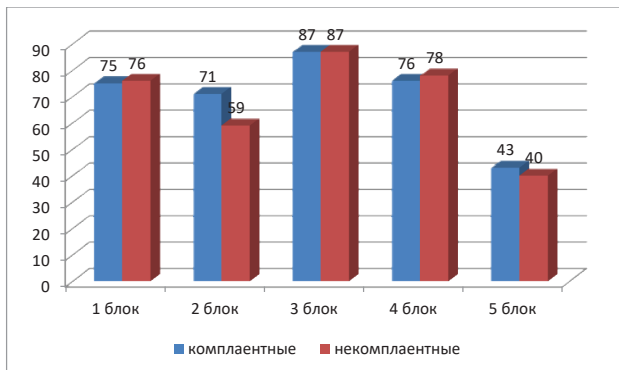


Рисунок 1– Результаты по «Шкале медикаментозного комплаенса».

По 1 блоку «Отношение к медикации у пациентов» (max балл = 31) у КП больных – 23,2 ±2,4, у НКП – 23,4 ±2,1 баллов. По 2 блоку «Факторы, связанные с пациентом» (max балл = 7) у КП – 5,0 ±1,1 (от 3,9 до 6,1), у НКП – 4,1 ±1,1 (от 3,0 до 5,2) – статистиче-

ски достоверных отличий у КП и НКП нет. По 3 блоку ШМК «Тенденции к саморазрушающему поведению» (max балл = 6) у КП – 5,2 ±0,7, у НКП – 5,2 ±0,8. По 4 блоку «Факторы, связанные с близким окружением» (max балл = 5) у КП – 3,8±0,3, у НКП – 3,9 ±0,3. По 5 блоку «Факторы, связанные с лечащим врачом» (max балл = 4) у КП – 1,7±0,8, у НКП – 1,6 ±0,9. Анализ полученных показателей у КП и НКП не выявил статистически достоверных различий. При объединенном анализе всех респондентов по 1 блоку 23,4 ±2,1 баллов; по 2 блоку 4,3 ±1,2 баллов; по 3 блоку 5,2 ±0,7 баллов; по 4 блоку 3,9 ±0,3 баллов, и по 5 блоку 1,6 ±0,9 баллов.

По 2 блоку «Факторы, связанные с пациентом» – статистически достоверных отличий у КП и НКП нет. Но при этом имеется различие в показателях в этом блоке. Для уточнения было проанализировано все показатели данного блока и тМГ методом ранговой корреляции Спирмена. Результаты представлены на рисунке 2.

Статистический анализ выявил умеренную (0,37) положительную корреляционную связь по полу (p<0,05). Женщины более привержены к лечению.

Комбинированные пролонгированные антигипертензивные препараты с фиксированными дозами получали 24,3% пациентов, все остальные получали свободные комбинации антигипертензивных препара-

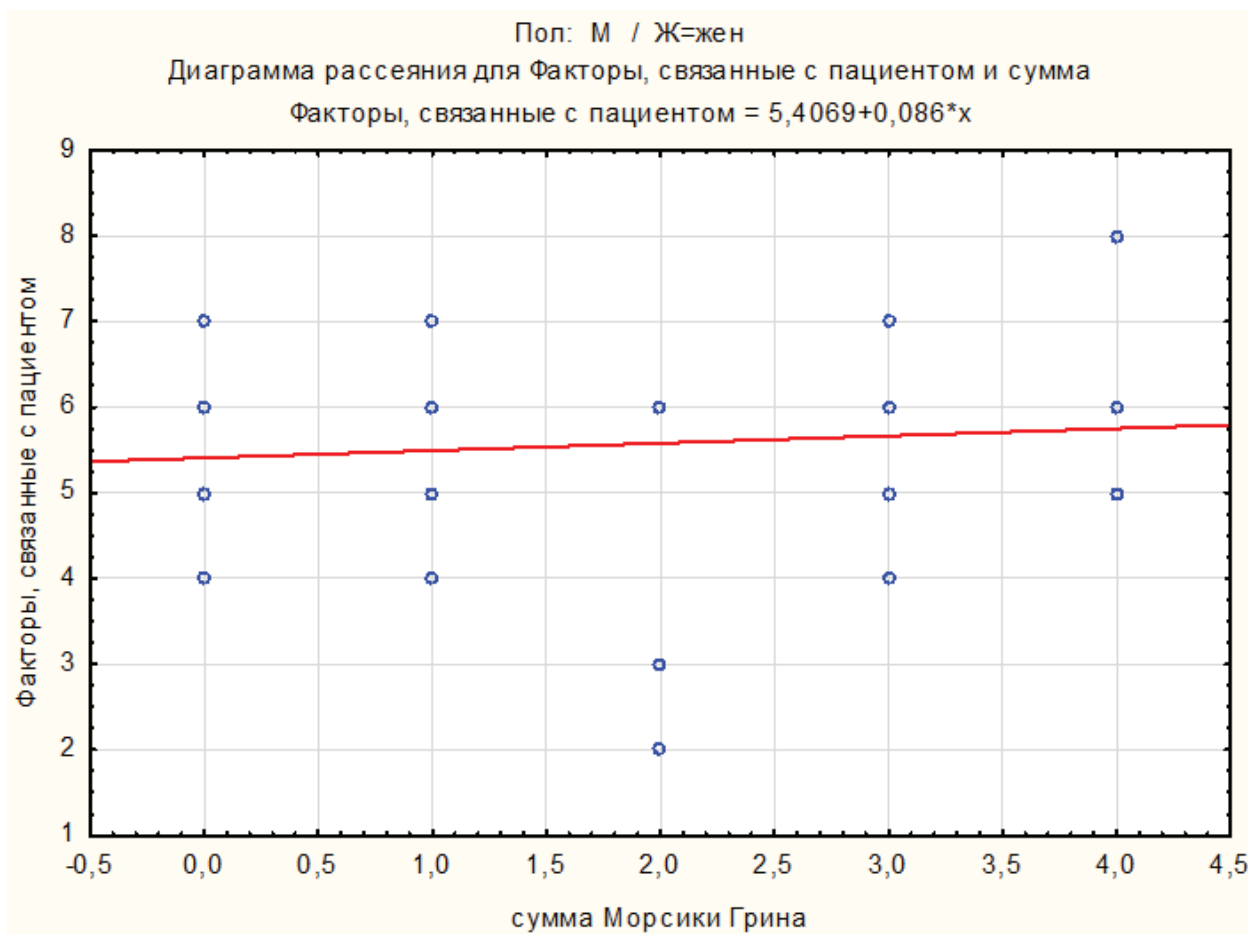


Рисунок 2 – диаграмма рассеяния для «Факторов, связанных с пациентом».

тов (не было случаев монотерапии). При статистическом анализе не было обнаружено статистически достоверных различий приверженности к терапии между группами получавших препараты с фиксированными дозами и свободной комбинации разных препаратов.

Обсуждение полученных данных. Формирование комплаентности больного является многофакторным процессом. В патогенезе болезни определенную роль играет влияние факторов связанных с проживанием в крупном промышленном городе с высоким уровнем техногенной нагрузки, но непосредственное влияние, связанное с «Проживанием в районе производственных объектов» отметили 30 человек.

Использование ШМК позволяет сделать оценку комплаенса системной, опираясь на все основные группы факторов, что позволяет врачу не только выявить уровень комплаентности пациента, но и оценить вклад различных факторов в формирование комплаенса конкретного больного.

По нашим данным на самом низком уровне показатели по блоку «Факторы, связанные с лечащим врачом» (max балл = 4) у КП – $1,7 \pm 0,8$, у НКП – $1,6 \pm 0,9$, в переводе на проценты от максимального балла 43% и 40% соответственно. Полученные низкие количественные значения показателя соответствует низкой приверженности к лечению по данному аспекту, и указывают на важный вклад в формировании низкого комплаенса этих факторов. Взаимодействие пациент-врач (обстоятельства при визите, доступность помощи, качество и эффективность диалога, время визитов, отношение врача к больному и его болезни, адекватность предоставляемой больному информации, кратность визитов) формирует терапевтический альянс. Способность пациента к терапевтическому альянсу зависит от мотивации, т.е. осознанной готовности к работе над своими проблемами, а также способности выдерживать эмоциональное напряжение в процессе анализа собственной личности. В основном большинство пациентов не считают важным собственное участие в сохранении достигнутых терапевтических результатов, а перекладывают заботу об эффективности лечения на плечи врача, то есть имеет место потребительское отношение. Основопологающим звеном приверженности лечению остается сам больной. Ведь в итоге лечения пациент на основе своего личного опыта, особенностей характера, наличия мотивации, руководствуясь внешними обстоятельствами, принимает решение [6].

Пациенты с АГ часто вынуждены принимать два и более препарата. При этом полипрагмазия связана с повышенным риском развития побочных эффектов. Инновационные подходы, такие как использование фиксированных доз в комбинированной таблетке, помогут нивелировать последствия полипрагмазии [7]. Комбинированные пролонгированные препараты с фиксированными дозами более эффективны в плане приверженности к лечению и экономически привлекательны [8]. В нашем исследовании фиксированные комбинированные препараты получали 24,3%, осталь-

ные свободные комбинации антигипертензивных препаратов. Отсутствие статистически достоверных различий приверженности к терапии между группами мы связываем с тем, что всем больным назначались препараты пролонгированного действия, что и сглаживало различия.

Приверженность к лечению снижается с течением времени, особенно при хронических заболеваниях [9]. По данным Vokhour BG и соавт. (2015) более 50% больных АГ имеют плохо контролируемую гипертензию [10].

Таким образом, дальнейшее изучение причин низкой приверженности к терапии больных с АГ позволит повысить эффективность лечения, снизить развитие кардиоваскулярных осложнений, что в итоге снизит уровень смертности.

Выводы.

1. Возраст больных АГ 2 степени (46–64 лет) преобладают мужчины.
2. Приверженность к лечению больных АГ 2 ст. не корригирует с ИМТ.
3. По тесту Мориски-Грину комплаентны – 6% обследованных, недостаточно приверженных – 12,9%, не приверженных – 81,1%.
4. По анкете «Шкала оценки медикаментозного комплаенса» определена важная роль в формировании некомплаентности «Факторы, связанные с лечащим врачом».
5. Женщины более привержены к лечению, чем мужчины.
6. Приверженность к терапии АГ пролонгированными препаратами не зависит от того, что являются ли они в виде фиксированных доз или свободной комбинации разных лекарств.
7. Бесплатная выдача антигипертензивных лекарств не повышает комплаентность.

Список литературы:

1. Global WHO conference on non-communicable diseases / WHO, Montevideo, Uruguay, 2017, 18-20 October
2. Приказ №726 от 12.12.2013г. О внесении изменений в приказ и.о. МЗ РК от 04.11.2011 года №786 «Об утверждении Перечня лекарственных средств и изделий медицинского назначения для бесплатного обеспечения населения в рамках ГОМП на амбулаторном уровне с определенными заболеваниями и специализированными лечебными продуктами»
3. «Рекомендациям по лечению артериальной гипертонии. ESH/ESC 2013». Российский кардиологический журнал 2014, 1 (105): 7–94
4. Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence // Med Care 1986; 24: 67–73
5. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a

- systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 2016; 388(10053):1659-172
6. Андреев А.Н., Попов А.А., Изможерова Н.В. и др. Приверженность к сотрудничеству с врачом пациенток с синдромом поствариозектомии // *Рос. вестн. акушера-гинеколога*. – 2006. – № 5. – С53–56.
 7. Mukete B.N., Ferdinand K.C. Polypharmacy in Older Adults With Hypertension: A Comprehensive Review // *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2016 Jan;18(1):10-18.
 8. Chobanian A.V., Bakris G.L., Black H.R. et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure // *Hypertens* 2003; 4 (2): 1206–1252.
 9. Караева Е.В., Волков В.С. Качество жизни и комплаенс у больных ишемической болезнью сердца пожилого и старческого возраста с метаболическим синдромом. // *Клинич. геронтология*. – 2006. – № 7. – С. 56–58.
 10. Bokhour B.G., Kressin N.R. What Is in a Name? How Biomedical Language May Derail Patient Understanding of Hypertension.// *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2015 Jul;8(4):452-454.

ТҮЙІН

Л.М. ТУЛЕГЕНОВА, Д.Д. ТЛЕКЕНОВА

АРТЕРИАЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ КОМПЛАЕНСІН ТАЛДАУ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Мақала бүгінгі күннің өзекті мәселесі емханадағы 2-дәрежелі артериалды гипертензиямен ауыратын диспансерлік науқастарды емдеуге бейімділікті талдауға арналған.

Амбулаторлық карталар негізінде науқастардың әлеуметтік-демографиялық сипаттамаларына ерекше көңіл бөлінеді. Зерттеу міндеті ретінде авторлар «Moriska - Green» сынағының (tMG) және «Дәрілік заттардың сәйкестігін бағалау шкаласы» (SMC) талаптарына сәйкестігін бағалады. Жеке индикаторлардың ауырлық дәрежесі арасындағы қарым-қатынас жалпы қолданыстағы деңгеймен, сондай-ақ сәйкестік құрылымының жекелеген кіші жүйелерімен зерттеледі. Емдеуге бейімділікті қалыптастыру мәселелері қарастырылады. Тән ерекшеліктерін талдағаннан кейін, емдеуге бейімділік төмен болды, жауап бермегендер – 81,1%. Терапияға араласпау факторларын анықтауға көп көңіл бөлінеді, атап айтқанда, бұл негізінен дәрігерлер дәрі-дәрмекті тағайындаса да, дәрі-дәрмектерді қабылдауды ұмытып кеткені анықталды. Антигипертензивті препараттарды тегін жеткізу сақталуын жақсартпайды. Сәйкессіздікті қалыптастыру кезінде «Дәрігермен байланысты факторлар» маңызды. Әйелдер емделуге ерлерге қарағанда көп бейімділігі бар екенін анықтады.

Сәйкессіздікке АГ қалыптасуының патогенетикалық факторы семіру және қаладағы жоғары техногендік жүктемелер комплаенсіне әсер етпейтіні анықталған.

Негізгі сөздер: артериялық гипертензия, Мориска – Грин тесті, «Медикаментозды комплаенсін бағалау шкаласы», комплаенсі.

SUMMARY

L.M. TULEGENOVA, D.D. TLEKENOVA

COMPLIANCE ANALYSIS OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Marat Ospanov West Kazakhstan State Medical University, Aktobe, Kazakhstan

The article is devoted to the analysis of the current adherence problem to the treatment of dispensary patients with 2 stage arterial hypertension.

Particular attention is paid to the socio-demographic characteristics of patients on the basis of outpatient cards. The author's research purpose is to evaluate compliance with the "Moriska – Green" test (MGT) and the " Drug Compliance Assessment Scale " (DCS) . The interrelation of expressiveness of individual applicants of the used tests with the general level of compliance , as well as with separate subsystems of the compliance structure, was investigated . The problems of formation of non-adherence to treatment were considered. After analyzing the characteristic features, low adherence to treatment was revealed, 81.1% of respondents were noncompliant on MGT. Considerable attention is paid to identify factors of non-adherence to therapy, in particular, it was revealed that this is mainly due to the fact that patients "forget to take medicines", even if the doctor prescribes a modern drug. Free delivery of antihypertensive drugs does not improve compliance. Important in the formation of non-compliance are factors associated with attending physician. It is revealed that women are adhered more to treatment rather than men.

Pathogenetic factors of hypertension formation, such as obesity and the influence of factors associated with living in a city with a high level of anthropogenic stress, do not affect compliance.

Keywords : arterial hypertension, Moriska – Green test , Drug Compliance Assessment Scale, compliance.

К.Л. ФАРРАХОВА, И.В. ФОМИНА

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ВОЗРАСТНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХТюменский государственный медицинский университет,
Тюмень, Россия

Проведен анализ течения беременности и родов у возрастных первородящих, произошедших в ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» города Тюмень за летний период 2017 года. Рассмотрен анамнез их жизни, проведен анализ семейного положения, социального статуса, сопутствующих соматических и гинекологических заболеваний, количество предшествовавших первым настоящим родам беременностей, медицинских аборт, выкидышей. Выяснено количество женщин, обратившихся за помощью к репродуктологам для успешного зачатия ребенка. Оценены течение, исход, осложнения текущей беременности и родов. Рассмотрены пол, антропометрические данные новорожденных, результат оценки по шкале Апгар. Выяснено, что возрастных первородящих отличает соматическая полиморбидность, большое число осложнений беременности и родов.

Ключевые слова: возрастная первородящая, осложнение родов, осложнение беременности, бесплодие.

Актуальность. Особенностью современного мира является позднее начало выполнения женщиной репродуктивной функции. В большинстве стран имеется тенденция по увеличению возраста, в котором женщина впервые решает выносить и родить ребенка [1]. Всего 10 лет назад возрастной первородящей считалась женщина в возрасте более 30 лет, то на сегодняшний день к таковым уже относят лишь пациенток более 35 лет [2]. Общеизвестно, что по мере увеличения биологического возраста растет число сопутствующих заболеваний и генитальной патологии, что не может не влиять на вероятность наступления беременности вообще и возможности её вынашивания. Большинство соматических патологии негативно влияют на течение гестационного процесса и вызывают осложнения беременности и родов, что соответственно отражается и на здоровье ребенка [3].

Цель исследования. Изучить особенности течения беременности и родов, а также состояние здоровья новорожденных у возрастных первородящих.

Материалы и методы исследования. Проведено сплошное ретроспективное исследование возрастных первородящих, родоразрешенных в акушерском стационаре ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г. Тюмень) за июль-август 2017 года. Материалом для исследования явились 48 историй родов и индивидуальных карт женщин, родоразрешенных за указанный период, а также истории развития их новорожденных детей. Для обработки материала использованы программы Microsoft Excel и Statistica 6.0.

Результаты исследования. При анализе семейного положения возрастных первородящих выявлено, что большинство из них (73%) состояли в браке (официально зарегистрированном, и в так называемом «гражданском»), остальные же (27%) вынашивали беременность вне брака. Возраст их колебался в пределах от 35 до 43 лет. По социальному

статусу большинство из них были работающими – 73%.

К огромному сожалению, 64% женщин имели в анамнезе искусственные прерывания беременности, иногда и неоднократные, отрадно лишь, что только 13% прерывали ее с помощью хирургического аборта, путем выскабливания полости матки, но большинство из них применяли фармакологический аборт. И лишь 46% женщин были первобеременными и первородящими. Часть женщин имела в анамнезе самопроизвольные выкидыши (15%) и регрессирующие беременности (32%). У четверти из этих женщин был диагноз бесплодие, причем естественным путем зачатие все же наступило у 85% женщин, и лишь 15% из них пришлось прибегнуть к помощи программ вспомогательных репродуктивных технологий. Отмечен и высокий процент гинекологической заболеваемости в данной группе. Так, число женщин, имеющих в анамнезе гинекологические заболевания, составило 73%. При этом чаще встречались эктопии шейки матки – 34%, миомы матки – 15%, различные варианты воспалительных заболеваний – 27%, кисты яичников имели 8 % женщин, причем подвергшиеся ранее оперативному лечению. Реже зарегистрированы эндометриоз (6%) и полипы цервикального канала (6%).

Среди сопутствующей патологии наиболее часто (21%) отмечена офтальмологическая патология (различные степени миопии, в том числе имеющие оперативные вмешательства на органе зрения), причем отмечена миопия высокой и средней степени практически в равном числе случаев. Эндокринную патологию в виде гипотиреоза имели 15% женщин, ожирение было у 20%. Нейроциркуляторная дистония была у 25% женщин, при том, что артериальная гипертензия отмечена в 10% случаев. Анемию различных степеней тяжести имели 26% женщин. Заболевания пищеварительной системы зарегистрированы у 13% из них. Часть пациенток обследовались на тромбогенные

генетические полиморфизмы, и имели тромбофилию клинически значимую среднего риска в 6% случаев. Реже встречалась патология сердечно-сосудистой системы в виде пороков развития, так митральная недостаточность выявлена в 7% случаев.

Большинство беременностей были одноплодными (90%), лишь в 10% встретились беременности двойнями, наступившие путем применения вспомогательных репродуктивных технологий. Среди осложнений беременности наиболее часто встречался гестоз различных степеней тяжести (50%), угрозы прерывания беременности в различные сроки (31%), плацентарная недостаточность (41,6%), гестационный сахарный диабет (12,5%), истмико-цервикальная недостаточность (5%). Зафиксирован один случай антенатальной гибели плода. Преждевременное излитие околоплодных вод зарегистрировано у 7% женщин. Во время беременности инвазивную диагностику в связи с рекомендациями генетика не прошла ни одна пациентка.

Родоразрешение происходило от 25 недель до 40,5 недель гестации. Большинство родов были срочными, лишь 14,5% из них были преждевременными. Значительное число женщин родоразрешались через естественные родовые пути – 63%, притом, что все же процент родоразрешений путем операции кесарева сечения у них выше, чем в среднем по стационару – 37%. Наиболее характерными осложнениями родов через естественные родовые пути были различные аномалии родовой деятельности, которые встречаются в 60% случаев. Наиболее часто отмечено слабость родовой деятельности, особенно слабость потуг. Для данной категории пациенток характерен и родовой травматизм матери – разрывы родовых путей (55% случаев), причем еще у 30% была выполнена перинео-или эпизиотомия.

Дети, родившиеся от возрастных первородящих количественно не отличались по половому признаку среди рожениц всех возрастов, так мальчики у 60%, а девочки родились у 40%. Оценка по шкале Апгар у детей в основной массе соответствовала норме. Состояние у большинства новорождённых оценивалось по вышеуказанной шкале как более 7 баллов, в конце 1-ой минуты и через 5 минут с момента рождения. Оценка по шкале Апгар менее 7 баллов имели около 12% новорождённых. В итоге диагноз “Новорожденный” имели 85%, 12% рождены в асфиксии, 13% имели прочую патологию в виде: задержки внутриутробного развития плода, бронхо-легочной дисплазии, интерстициальной пневмонии (возникшей в перинатальном периоде), крайнюю незрелость 26 недель, кисты сосудистых сплетений головного мозга плода. 83% доношенных новорожденных детей рождены с нормальной массой тела и лишь 2,5% с крупным весом.

Обсуждение полученных данных.

Репродуктивное здоровье возрастных первородящих,

к огромному сожалению, к моменту наступления беременности, которую они решают выносить, оставляет желать лучшего. Большинство возрастных первородящих имеют отягощенный акушерский анамнез. Так, 64% выполняли прерывания нежеланных беременностей, а еще 25% имеют бесплодие. Все они имеют серьезный “багаж” из гинекологических (73%) и соматических заболеваний (более половины). Все эти факторы отрицательно сказываются на течении их беременности и родов. Так, среди них отмечен высокий процент осложнений беременности, наиболее характерные из них это гестоз различных степеней тяжести (50%), угрозы прерывания беременности в различные сроки (31%), плацентарная недостаточность (41,6%), гестационный сахарный диабет (12,5%). Среди возрастных первородящих отмечен высокий процент преждевременных родов – 14,5% (при том, что по Тюменской области этот показатель составил 4,4% в 2016 г.). Течение их родов сопровождаются значительным числом аномалий родовой деятельности и большим родовым травматизмом.

Выводы.

1. Большинство возрастных первородящих имеют отягощенный акушерский анамнез в виде искусственных прерываний беременностей.

2. Большая часть из возрастных первородящих, к моменту реализации своей репродуктивной функции, имеет груз гинекологической и соматической патологии.

3. Течение беременности и родов у возрастных первородящих сопровождаются характерными осложнениями в виде гестозов и плацентарной недостаточности.

4. Среди них отмечен высокий процент преждевременных родов – 14,5%.

5. Среди возрастных первородящих отмечен высокий процент оперативного родоразрешения путем кесарева сечения (37%).

6. Большинство новорожденных детей (85%) при этом были здоровы и с хорошими показателями по шкале Апгар.

Список литературы:

1. Ильясов Ф.Н. Потребность в детях и репродуктивное поведение / Ильясов Ф.Н. // Мониторинг общественного мнения. — 2013. — № 1. — С. 168—177. <https://ru.wikipedia.org/wiki/Чайлдфри>
2. Малеева Т. Потенциал роста рождаемости в Москве Репродуктивные установки и бездетность / Малеева Т., Тындик А. // Демоскоп Weekly. — 2014. — №10. — С. 585-586.
3. Хамошина М.Б. Без иллюзий и предубеждения. Репродуктивное здоровье молодых женщин: проблемы, перспективы и пути решения: информационный бюллетень / Хамошина М.Б., Дикке Г.Б., Бриль Ю.А., Лебедева М.Г.; под ред. Радзинского В.Е. — М.: StatusPraesens, 2017. — 24 с.

ТҮЙІН

К.Л. ФАРРАХОВА, И.В. ФОМИНА

**АЛҒАШҚЫ БОСАНУШЫ ЕГДЕ
ЖАСТАҒЫ ӘЙЕЛДЕРДІҢ ЖҮКТІЛІК
ЖӘНЕ БОСАНУ АҒЫМЫ**Тюмень мемлекеттік медицина университеті,
Тюмень, Ресей

2017 жазғы кезеңі бойынша Тюмень қаласының «Перинатальды орталық» ТО МБДСМ-да болған егде жастағы алғашқы босанушы әйелдердің жүктілік және босану ағымына талдау жасалды. Олардың анамнезі қарастырылды, отбасылық жағдайына, әлеуметтік ахуалына, ілеспелі соматикалық және гинекологиялық ауруларына талдау жасалды, жүктілікте алда болатын алғашқы босану, медициналық жасанды түсік, түсіктер саны қарастырылды. Сәтті бала көтеру үшін репродуктолог мамандардың көмегіне жүгінген әйелдер саны белгілі болды. Жүктілік ағымы мен босану барысы, нәтижесі, асқынуы бағаланды. Нәрестелердің жынысы, антропометриялық деректері, Аpgар шкаласы бойынша бағалау нәтижесі қарастырылды. Егде жастағы алғашқы босанушы әйелдерді соматикалық полиморбидтілік, жүктілік пен босанудың көп асқынуымен ерекшеленетіні анықталды.

Негізгі сөздер: егде жастағы алғашқы босанушы әйел, босанудың асқынуы, жүктіліктің асқынуы, бедеулік.

SUMMARY

K.L. FARRAKHOVA, I.V. FOMINA

**CURRENT PREGNANCY AND CHILDBIRTH
IN OLDER PRIMIPAROUS**Tyumen State Medical University,
Tyumen, Russia

Analysis of the course of pregnancy and childbirth in older primiparous occurred in Tyumen State Pedagogical Hospital “Perinatal Center” in summer 2017. The anamnesis of their life, the analysis of the marital status, social status, accompanying somatic and gynecological diseases, the number of pregnancies preceded by the first real birth, medical abortions are considered. It is found out how many women have benefited from the help of reproductive specialists for the successful conception of the child. The course, outcome, complications of current pregnancy and childbirth are evaluated. The sex, anthropometric data of the newborns, the result of the Apgar scores are considered. It was found out that somatic polymorbidity differs from the older primiparous, and a large number of complications of pregnancy and childbirth.

Keywords: older primiparous, complications of labor, complications of pregnancy, infertility.

УДК 616-08-07

МРНТИ 76.29.47, 76.29.50

Э.Э. ШАМШЕЕВ, О.В. ВЛАДИМИРОВНА

АДЕКВАТНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ЛИХОРАДКИ У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ

Башкирский государственный медицинский университет,
Российская Федерация, Уфа

Синдром лихорадки играет важную роль в формировании полноценного адаптивного иммунитета при острой респираторной вирусной инфекции, активизации факторов иммунной защиты, которые создают условия, препятствующие распространению инфекции, и способствует элиминации возбудителя. При этом в организме происходит ряд метаболических сдвигов, которые могут привести к обезвоживанию. Существуют международные и российские рекомендации по лечению синдрома лихорадки при острой респираторной вирусной инфекции с указанием медикаментозных, физических методов терапии, а также адекватных способов гидратации, посредством применения обильного питьевого режима. Несмотря на рекомендации адекватного снижения температуры тела, присутствует проблема стремления родителей снизить температуру тела ребенка до нормальных цифр с использованием исключительно жаропонижающих средств, неполноценной профилактики обезвоживания организма путем гидратации, недостаточного использования немедикаментозных методов в лечении лихорадки.

Цель исследования: оценка адекватности терапии лихорадочного синдрома при острой респираторной вирусной инфекции у детей, проводимой родителями в домашних условиях. В результате проведения очного анкетирования 50 родителей детей от 1 до 5 лет были получены следующие данные: 12 (24%) опрошенных родителей не могут провести адекватную терапию синдрома лихорадки детям, болеющим острой респираторной вирусной инфекцией в домашних условиях; подавляющее большинство 34 (64 %) не применяют физические методы снижения температуры; использует адекватную терапию минимальное количество – 8 (16%). Режим обильного питья применяют лишь 17 (34%) родителей. Это свидетельствует о том, что не все родители обладают верной информацией о лечении лихорадки и часто проводят неадекватную терапию, что говорит о необходимости проведения пояснительно-информационной работы с родителями.

Ключевые слова: лихорадка, дети, терапия.

Актуальность. Лихорадка является неспецифической защитной реакцией человека, представляющей собой ответ организма на болезнь или иное повреждение, характеризующаяся повышением температуры организма [1]. Защитный эффект лихорадки при инфекционном воспалении заключается в активизации факторов врожденного иммунитета, способствующих формированию полноценного адаптивного иммунного ответа. Лихорадка является неспецифической защитной приспособительной реакцией человека, выработанной в процессе эволюции, представляющей собой ответ организма на болезнь или иное повреждение, которая характеризуется повышением температуры организма.

В большинстве случаев возникновения лихорадки первичным является попадание в организм инфекционных и неинфекционных патологических агентов, а также образование в самом организме субстанций, которое иммунная система воспринимает как чужеродное. Они активируют фагоцитарную систему организма (выделение биологически активных веществ, эндогенных пирогенов). Проникшие в головной мозг пирогены способствуют высвобождению арахидоновой кислоты. Его значительное количество метаболизируется в простагландины группы E и повышают температуру тела в термоустановочном

центре (области гипоталамуса), что, соответственно, определяет клиническую картину лихорадки. Защитный эффект лихорадки при инфекционном воспалении заключается в активизации факторов врожденного иммунитета, способствующих в последующем формировании полноценного адаптивного иммунного ответа. Научные данные убедительно свидетельствуют о том, что гипертермия, активизируя факторы иммунной защиты, создает условия, препятствующие распространению инфекции, и способствует элиминации возбудителя. Однако лихорадка при истощении компенсаторно-приспособительных механизмов может стать причиной формирования патологических состояний. На развитие неблагоприятных последствий лихорадки могут оказать влияние индивидуальные особенности ребенка и его преморбидный фон. При лихорадке развивается ряд метаболических сдвигов: азотистый баланс вскоре после повышения температуры тела становится отрицательным, снижается синтез альбуминов печени, что может привести к гипонатриемии и обезвоживанию [2].

Согласно рекомендациям ВОЗ, общая суточная потребность ребенка в жидкости рассчитывается по следующей формуле: 100 мл/кг на первые 10 кг массы тела, затем 50 мл/кг на следующие 10 кг, далее 25 мл/

кг на каждый последующий килограмм. Больному ребенку необходимо давать больше жидкости, чем указано выше, если у него лихорадка, увеличивать объем на 10% на каждый 1 °С повышенной температуры тела [3].

По рекомендациям ВОЗ и российских специалистов, антипиретики назначают в тех случаях, когда аксиллярная температура у ребенка превышает 38,5°C. Исключением являются лишь дети с риском развития фебрильных судорог, тяжелым заболеванием легочной или сердечнососудистой систем, а также дети первых трех месяцев жизни.

Следует отметить, что при одинаковом уровне гипертермии лихорадка у детей может протекать по-разному. Так, если теплоотдача соответствует теплопродукции, это свидетельствует об адекватном течении лихорадки и клинически проявляется относительно нормальным самочувствием ребенка, розовой или умеренно гиперемированной окраской кожи, влажной и теплой на ощупь («красная лихорадка»). В таких случаях показано обильное питье, могут быть использованы физические методы охлаждения (ребенка следует раскрыть и обтереть водой комнатной температуры, одежда должна быть свободной, легкой, температура в комнате не более 20°C, возможно применение лечебной ванны с температурой на 2°C ниже температуры тела). В случае, когда при повышенной теплопродукции теплоотдача неадекватна из-за нарушения периферического кровообращения, течение лихорадки прогностически неблагоприятно. Клинически при этом отмечаются выраженный озноб, бледность кожных покровов, акроцианоз, холодные стопы и ладони («бледная лихорадка»). Эти дети, как правило, нуждаются в жаропонижающих препаратах в сочетании с сосудорасширяющими и антигистаминными средствами (или нейролептиками) [4].

Несмотря на рекомендации адекватного снижения температуры тела, остаётся актуальной проблема недостаточного использования немедикаментозных методов в лечении лихорадочного синдрома, стремления родителей снизить температуру тела ребенка до нормальных цифр с использованием исключительно жаропонижающих средств, неполноценной профилактики обезвоживания организма путем гидратации.

Цель исследования. Оценить адекватность терапии лихорадочного синдрома при острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) у детей, проводимой родителями в домашних условиях.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе детской поликлиники №5 г. Уфы. Был проведен опрос в очной форме методом анкетирования 50 родителей детей в возрасте от 1 до 5 лет. Анкета содержала вопросы, позволяющие определить правильность использования родителями фармацевтических средств и немедикаментозных методов в лечении лихорадки

при острой респираторной вирусной инфекции, а так же оценить питьевой режим, поддерживаемый родителями у ребенка. Статистическая обработка проводилась с помощью программы MS Excel.

Результаты исследования. В результате исследования было выяснено, что 12 (24%) опрошенных родителей не обращали внимания на проявления признаков лихорадки у своего ребенка. Половина 27 (52%) отмечают у детей проявление признаков «красной лихорадки», у 12 (24%) детей при лихорадке родители отмечают бледность кожных покровов, акроцианоз, холодные стопы и ладони (проявление «бледной лихорадки»).

Стоит взять во внимание то, что среди родителей, у чьих детей лихорадка имеет проявление «белой лихорадки», лишь 2-е (4%) применяли при лечении не только жаропонижающие, но и спазмолитики, что говорит об их неосведомленности о правильной терапии.

Часть родителей 8 (16%) стремятся снизить температуру тела ребёнка до нормальных цифр 36,6°C. Преобладающее количество опрошенных 42 (34%) информированы о том, что терапия любого варианта лихорадки считается эффективной, если отмечается снижение аксиллярной температуры тела на 0,5°C за 30 мин. Физические методы охлаждения применяют 16 (32%) родителей, половина из них 8 (50%) снижают температуру детей при помощи растирания раствором уксуса или спирта. Физические методы понижения температуры не используют 34 (64%) родителей. Адекватные физические методы снижения температуры используют 8 (16%) респондентов.

Среди родителей 48 (96%) применяют питье при лихорадке. 28 (55%) опрошенных применяют питье не в режиме обильного, не ориентируясь на критерии цвета и количества мочи. Среди остальных 22 (44%), обращающих внимание на водный режим, 5 человек (10%) отмечают уменьшение количества мочи и ее потемнение, связывают это с недостаточным потреблением жидкости детьми.

Обсуждения полученных данных. Анализ данных показал, что почти четверть 12 (24%) опрошенных родителей не могут провести адекватную терапию синдрома лихорадки детям, болеющим ОРВИ в домашних условиях. Подавляющее большинство 34 (64 %) не применяют физические методы снижения температуры, использует адекватную терапию минимальное количество 8 (16%). Обильное питье применяют лишь 17 (34%) родителей.

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод, что не все родители обладают верной информацией о лечении лихорадки и часто применяют неадекватную терапию, что говорит о необходимости проведении дополнительно пояснительно-информационной работы с родителями.

Список литературы:

1. Федеральные клинические рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи при

- острой лихорадке у детей. Министерство Здравоохранения Российской Федерации Союз педиатров России Российское общество скорой медицинской помощи 2015г. [Электронный ресурс] – Режим доступа: URL: http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr_lhrd.pdf (дата обращения 07.03.18)
2. Пикуза О.И., Закирова А.М. Лихорадка у детей: учебно-методическое пособие. Учеб.метод. пособие для студентов медицинских вузов. — Казань: КГМУ, 2015. — 56 с.
3. Карманный справочник «Оказание стационарной помощи детям» руководство по ведению наиболее распространенных болезней детского возраста второе издание ВОЗ, 2013.-304с. 132
4. Зайцева О.В., Локшина Э.Э., Зайцева С.В. Лечение лихорадки у детей с острыми респираторными заболеваниями Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва, 2011г. [Электронный ресурс] URL: <https://lib.medvestnik.ru/apps/lib/assets/uploads/pharmateca/PDF/8175.pdf> (дата обращения 06.03.2018)

ТҮЙІН

Э.Э. ШАМШЕЕВ, О.В. ВЛАДИМИРОВА

ҮЙ ЖАҒДАЙЫНДАҒЫ ЖІТІ РЕСПИРАТОРЛЫ ВИРУСТЫ ИНФЕКЦИЯСЫ БАР БАЛАЛАРДА БЕЗГЕК СИНДРОМЫН ЕМДЕУ БАЛАМАЛЫЛЫҒЫ

Башқұрт мемлекеттік медицина университеті,
Уфа, Ресей

Безгек синдромы жіті респираторлы вирусты инфекция кезінде инфекцияның тарауына тосқауыл болуға және қоздырғышты жоюға жағдай жасайтын иммунды қорғаныш факторларын белсендіру кезінде толыққанды адаптивті иммунитет құрауда маңызды рөл атқарады. Бұл кезде ағзада сусыздануына әкелетін бірқатар метаболикалық өзгерістер болады. Емнің дәрілік, физикалық әдістері және мол ауыз су режимін қолдана отырып, гидродацияның адекватты тәсілі нұсқауымен жіті респираторлы вирусты инфекциясының кезіндегі безгек синдромын емдеу бойынша халықаралық және ресейлік нұсқаулықтар бар. Дене қызуын адекватты түсіру ұсынымына қарамастан, ата-аналарда безгекті емдеуде өңкей қызу түсіретін дәрілерді қолдана отырып, қалыпты цифрға дейін бала денесінің қызуын түсіруге, дәрілік емес әдістерді жеткіліксіз қолдануға, гидродация жолымен ағзаны сусыздандырудың толыққанды емес алдын алу шарасына үмтылу проблемасы бар.

Зерттеу әдісі: ата-аналардың үй жағдайында өткізген балалар жіті респираторлы вирусты инфекциясы кезінде безгек синдромының адекватты емін бағалау. Жүзбе-жүз сауалнама жүргізу нәтижесінде 1 жастан 5 жасқа дейінгі балалардың 50 ата-анасынан келесі мәліметтер алынды: 12 (24%) ата-ана үй жағдайында жіті респираторлы вирусты инфекциямен ауыратын балалардың безгек синдромына адекватты ем жүргізе алмайды; басым көпшілігі 34 (64%) қызу түсірудің физикалық әдістерін қолданбайды; адекватты терапияны аз 8 (16%) адам қолданады. Бұл барлық ата-аналар бірдей безгекті емдеу туралы нақты ақпаратпен таныс емес екендігінің дәлелі, бұл ата-аналармен түсіндіру-ақпараттандыру жұмыстарын жүргізу қажет екендігін білдіреді.

Негізгі сөздер: безгек, балалар, терапия.

SUMMARY

E.E. SHAMSHEEV, O.V. VASILYEVA

CORRECTNESS OF TREATMENT OF FEVER SYNDROME IN CHILDREN WITH ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTIONS AT HOME

Bashkir State Medical University,
Ufa, Russia

The fever syndrome has an important role in the formation of full-fledged adaptive immunity in acute respiratory viral infection, activation of immune defense factors that create conditions that prevent the spread of infection and promote the elimination of the pathogen. In this case, a number of metabolic changes occur in the body, which can lead to dehydration. There are international and Russian recommendations for the treatment of fever syndrome in acute respiratory viral infection with indication of medicinal, physical methods of therapy and adequate hydration methods through the use of abundant drinking regimen. Despite the recommendations for an adequate reduction in body temperature, there is a problem of parents' desire to lower the child's body temperature to normal figures with the use of exceptionally antipyretic drugs, inadequate prevention of dehydration by hydration, and inadequate use of non-medicinal methods in the treatment of fever. The purpose of the study is to evaluate the adequacy of therapy for febrile syndrome in acute respiratory viral infection in children carried out by parents at home. As a result of a full-time questioning of 50 parents of children from 1 to 5 years, this information was received : 12 (24%) of interviewed parents can not conduct adequate therapy of fever syndrome in children with acute respiratory viral infection at home; the vast majority of 34 (64%) do not use physical methods to reduce temperature, use adequate therapy with a minimum of 8 (16%). Drinking in the plentiful regime is used by only 17 (34%) parents. This indicates that not all parents have the correct information about the treatment of fever and often conduct inadequate therapy, which means that it is necessary to conduct additional explanatory information work with parents.

Keywords: fever, children, therapy

МАЗМҰНЫ

1. Г.Г. Байарстанова
ICON ЖҮЙЕСІ ЖӘНЕ ҚАЛПЫНА КЕЛТПІРУ ЗАТТАРЫМЕН БАСТАПҚЫ ТІС ЖЕГІ ҚҰЫСЫН
ЕМДЕУ КЕЗІНДЕГІ САЛЫСТЫРМАЛЫ МІНЕЗДЕМЕ 6
2. И.А. Вальц, А.К. Абукеримова, Т.П. Шевлюкова, Н.Б. Чабанова
ВЕГОТО-ТАМЫРЛЫ ДИСТОНИЯСЫ БАР ПАЦИЕНТТЕРДІҢ ГЕСТАЦИЯЛЫҚ КЕЗЕҢІНДЕГІ
АСҚЫНУЛАР 9
3. А.Н. Жексенова, А.Ж. Мұратбаев, Н.Қ. Жақсыбаев, А.С. Трегуб
АСЕПТИКАЛЫҚ ҚАБЫНУ ОШАҒЫНДАҒЫ ФИБРОБЛАСТТЫҚ СЕРПІЛІС КӨРІНІСІНЕ
БЕЙИОНОГЕНДІ БЕТКЕЙ БЕЛСЕНДІ ЗАТТАРДЫҢ ӘСЕРІ 12
4. А.Н. Жексенова, Ж.М. Сахиева, Д.О. Ерахметова, Т.Б. Байжекенов, А.К. Алқаубаева
ОМЫРТҚА СКОЛИОЗЫ БАР СТУДЕНТТЕРДЕГІ ТЫНЫС АЛУ ЖҮЙЕСІ КӨРСЕТКІШТЕРІНІҢ
ПАТОЛОГИЯЛЫҚ ӨЗГЕРІСТЕРІНІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ 15
5. А.Р. Кашкинбаева, М.М. Жанузакова, Ю.А. Замэ
АҚТӨБЕ ҚАЛАСЫНДАҒЫ ЦЕРЕБРАЛЬДЫ САЛ АУРУЫ БАР БАЛАЛАРДЫ ОҢАЛТУ
БОЙЫНША ҚАЖЕТТІЛІКТЕРДІ ЗЕРТТЕУ. АРАЛАС ЗЕРТТЕУ 18
6. В.С. Кокорина, Л.Р. Лалаева, И.В. Фомина
ЖАҢА ТУҒАН НӘРЕСТЕНІҢ ТЫНЫС АЛУ ЖОЛДАРЫНЫҢ БҰЗЫЛЫСЫ СИНДРОМЫНЫҢ
АЛДЫН АЛУ НӘТИЖЕЛЕРІ 21
7. К.Р. Сафина
ЖҮКТІЛІКТІҢ СОҒЫНА ДЕЙІН ЖЕТПЕГЕН ӘЙЕЛДЕРДЕ ФОСФОЛИПИДТЕРГЕ ҚАРСЫ
ДЕНЕЛЕРДІҢ ТАРАЛУЫ 24
8. К.С. Таусенева, И.В. Фомина
ӘЙЕЛДЕРДІҢ ПЛАЦЕНТАНЫҢ ШЫНАЙЫ ЖЕТІЛУІМЕН БОСАНУ МӘСЕЛЕСІ 26
9. М.К. Таушанова, Д.Е. Малдыбаева
АҚТӨБЕ ОБЛЫСЫНДАҒЫ 2014-2016 ЖЫЛДАР АРАЛЫҒЫНДАҒЫ НЕКЕЛЕСУ ЖӘНЕ
АЖЫРАСУ ДИНАМИКАСЫ 29
10. Л.М. Тулегенова, Д.Д. Тілекенова
АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ КОМПЛАЕНСІН ТАЛДАУ... 32
11. К.Л. Фаррахова, И.В. Фомина
АЛҒАШҚЫ БОСАНУШЫ ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ ӘЙЕЛДЕРДІҢ ЖҮКТІЛІК ЖӘНЕ БОСАНУ АҒЫМЫ .. 37
12. Э.Э. Шамшеев, О.В. Владимировна
ҮЙ ЖАҒДАЙЫНДАҒЫ ЖІТІ РЕСПИРАТОРЛЫ ВИРУСТЫ ИНФЕКЦИЯСЫ БАР БАЛАЛАРДА
БЕЗГЕК СИНДРОМЫН ЕМДЕУ БАЛАМАЛЫЛЫҒЫ 40

СОДЕРЖАНИЕ

1.	Г.Г. Байарстанова СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИСТЕМЫ ICON И РЕСТАВРАЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ В ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА ЭМАЛИ	6
2.	И.А. Вальц, А.К. Абукеримова, Т.П. Шевлюкова, Н.Б. Чабанова ОСЛОЖНЕНИЯ В GESTАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОК С ВЕГЕТОСОСУДИСТОЙ ДИСТОНИЕЙ	9
3.	А.Н. Жексенова, А.Ж. Муратбаев, Н.К. Жаксыбаев, А.С. Трегуб ВЛИЯНИЕ НЕИОНОГЕННЫХ ПОВЕРХНОСТНО-АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НА ФИБРОБЛАСТИЧЕСКУЮ РЕАКЦИЮ В ОЧАГЕ АСЕПТИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ.	12
4.	А.Н. Жексенова, Ж.М. Сахиева, Д.О. Ерахметова, Т.Б. Байжекенов, А.К. Алкаубаева ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У СТУДЕНТОВ СО СКОЛИОТИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА	15
5.	А.Р. Кашкинбаева, М.М. Жанузакова, Ю.А. Замэ ИЗУЧЕНИЕ ПОТРЕБНОСТЕЙ ПО РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧЕМ В г. АКТОБЕ. СМЕШАННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.	18
6.	В.С. Кокорина, Л.Р. Лалаева, И.В. Фомина РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ НОВОРОЖДЕННОГО	21
7.	К.Р. Сафина РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ АНТИТЕЛ К ФОСФОЛИПИДАМ У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ	24
8.	К.С. Таусенева, И.В. Фомина К ВОПРОСУ О РОДОРАЗРЕШЕНИИ ЖЕНЩИН С ИСТИННЫМ ПРИРАЩЕНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ.	26
9.	М.К. Таушанова, Д.Е. Малдыбаева ДИНАМИКА БРАКОВ И РАЗВОДОВ В ПЕРИОД С 2014-2016 ГОДЫ В АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ	29
10.	Л.М. Тулегенова, Д.Д. Глекенова АНАЛИЗ КОМПЛАЕНТНОСТИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.	32
11.	К.Л. Фаррахова, И.В. Фомина ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ВОЗРАСТНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ	37
12.	Э.Э. Шамшеев, О.В. Владимировна АДЕКВАТНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ЛИХОРАДКИ У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ	40

CONTENT

1.	G.G. Baiarstanova A COMPARISON OF ICON SYSTEM AND RESTORATIVE MATERIALS IN TREATMENT OF CARIES IN ENAMEL	6
2.	I.A. Waltz, A.K. Abukerimova, T.P. Shevlyukova, N.B. Chabanova COMPLICATIONS OF PREGNANCY IN WOMEN WITH VEGETOCIRCULAR DYSTONY	9
3.	A.N. Zheksenova, A.ZH. Muratbayev, N.K. Zhaksybayev, A.S. Tregub EFFECT OF NON-GENERAL SURFACE-ACTIVE SUBSTANCES ON THE FIBROBLASTIC RESPONSE IN THE ORIGIN OF ASEPTIC INFLAMMATION	12
4.	A.N. ZheksenovA, Zh.M. Sakhiyeva, D.O. YErakhmetova, T.B. Baizhekenov, A.K. AlkaubaYeva PECULIARITIES OF PATHOLOGICAL CHANGES IN THE RESPIRATORY SYSTEM INDICATORS IN STUDENTS WITH SCOLIOTIC CHANGES IN THE SPINE	15
5.	A.R. Kashkinbayeva, M.M. Zhanuzakova, Y.A. Zame SURVEY OF NEEDSON REHABILITATION OF CHILDREN WITH CEREBRAL PARALYSIS IN AKTOBE MIXED RESEARCH.....	18
6.	V.S. Kokorina, L.R. Lalayeva, I.V. Fomina SYNDROME OF NEWBORNE BREATHING DISORDERS AND THE MAIN PARAMETERS OF ITS PROPHYLAXIS.....	21
7.	K.R. Safina MEANING ANTIPHOSPHOLIPID ANTIBODIES IN RECURRENT MISCARRIAGE.....	24
8.	K.S. Tausenova, I.V. Fomina TO THE QUESTION OF WOMEN'S GRINDING OF WOMEN WITH TRUE ARRESTMENT PLACENTS	26
9.	M.K. Taushanova, D.Ye. Maldybayeva «THE DYNAMICS OF MARRIAGE AND DIVORCES IN THE PERIOD FROM 2014-2016 IN THE AKTOBE REGION»	29
10.	L.M. Tulegenova, D.D. Tlekenova COMPLIANCE ANALYSIS OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION	32
11.	K.L. Farrakhova, I.V. Fomina CURRENT PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN OLDER PRIMIPAROUS	37
12.	E.E. Shamsheev, O.V. Vasilyeva CORRECTNESS OF TREATMENT OF FEVER SYNDROME IN CHILDREN WITH ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTIONS AT HOME.....	40