

Қазақстан Республикасының Валеология Академиясы
«Астана Медицина Университеті» КеАҚ
Тағамтану проблемалары институты

Журнал негізін қалаушы және редакция төрағасы
ҚР Профилактикалық медицина академиясының академигі,
Валеология академиясының академигі,
м.ғ.д., профессор Л.З. ТЕЛЬ

ҒЫЛЫМИ - ПРАКТИКАЛЫҚ ЖУРНАЛ

ВАЛЕОЛОГИЯ: ДЕНСАУЛЫҚ - АУРУ - САУЫҚТЫРУ №1, 2022

Журнал Қазақстан Республикасы Мәдениет, ақпарат және әлеуметтік келісім министрлігінде
10.03.2001 жылы (№ 1135 – Ж) тіркелген

Редакция алқасы:

Даленов Е.Д. – бас редактор
Абдулдаева А.А. – бас редактордың орынбасары,
ғылыми редактор
Ударцева Т.П. – редактор
Сливкина Н.В. – жауапты хатшы
Калин А.М. – техникалық редакторы

Біздің мекен жайымыз:

010000, Астана қ.,
Бейбітшілік көшесі, 49, 2 қабат 208 бөлме
Тел.(факс): 8(7172) 539534, 539571
www.valeologiya.jimdo.com
Баспадан шыққан мерзімі: 27.03.2022 ж.

Редакциялық кеңес:

Азар Н. (США)
Апсалықов К.Н. (Семей)
Галицкий Ф.А. (Астана)
Жаксылыкова Г.А. (Астана)
Жанәділов Ш.Ж. (Астана)
Сейтеббетов Т.С. (Астана)
Ізтілеуов М.К. (Ақтобе)
Илдербаев О.З. (Астана)
Имангазинов С.Б. (Павлодар)
Мырзаханов Н. (Астана)
Коман И.И. (Израиль)
Рақыпбеков Т.К. (Семей)
Кристофер Ж. Купер (АҚШ)
Роберт Дарофф (США)
Розенсон Р.И. (Астана)
Шастун С.А. (Россия)
Шайдаров М.З. (Астана)
Шарманов Т.Ш. (Алматы)
Шандор Г. (Венгрия)
Тулбаев Р.К. (Астана)
Тель Дина (США)

**Academy of Valeology of the Republic of Kazakhstan
JSC «Medical University Astana»
Institute of the Nutrition Issues**

**Founder of the journal,
Doctor of Medicine, Professor L.Z. Tel'**

THE SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

VALEOLOGY: HEALTH – ILLNESS – RECOVERY
№1, 2022

**Approved by the Ministry of Culture, Information,
Republic of Kazakhstan 10.03.2001. № 1135- K**

Editorial board:

Dalenov E.D. - editor-in-chief
Abduldayeva A.A. - vice editor, scientific-editor
Udartseva T.P. - editor
Slivkina N.V. - executive assistant
Kalin A.M. - technical editor

Editorial advice:

Azar N. (USA)
Apsalikov K.N. (Almaty)
Christofer J. Cooper (USA)
Dina Tell (USA)
Galitskey F.A. (Nur-Sultan)
Komann I.I. (Israel)
Zhaksylykova G.A. (USA)
Zhanadilov Sh.Zh. (Nur-Sultan)
Iztleuov M.K. (Aktobe)
Ilderbayev O.Z. (Nur-Sultan)
Imangazinov S.B. (Pavlodar)
Myrzakhanov N. (Nur-Sultan)
Rahipbekov T.K. (Semey)
Rozenon R.I. (Nur-Sultan)
Seitembetov T.S. (Nur-Sultan)
Robert Daroff (USA)
Shastun S.A. (Russia)
Shaidarov M.Z. (Nur-Sultan)
Sharmanov T.Sh. (Nur-Sultan)
Shandor (Hugary)
Tulebayev R.K. (Nur-Sultan)

Address:

010000, Astana, 49 Beybitshilik str.,
Tel., fax: (7172) 53-95-34, 53-95-71
www.valeologiya.jimdo.com

ҒЫЛЫМИ ЕҢБЕКТЕРГЕ ШОЛУ ЖӘНЕ БАС МАҚАЛАЛАР

**ПОЛАТБЕКОВА Ш.Т.,
СЕЙТХАНОВА Б.Т., САПАРБЕКОВА А.А.,
ТӨЛЕГЕН А.Н.**
КОРОНАВИРУСТЫ ИНФЕКЦИЯ - ХХІ
ҒАСЫРДЫҢ ӨЗЕКТІ ДЕРТІ

ТӘЖІРИБЕЛІК ЖӘНЕ КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

**АЛИЕВА Э.Н., МАМЫРБЕКОВА С.У.,
САТОВ Д.Я., БАЙКУБЕКОВА А.У.**
ҚАЙТАЛАНАТЫН КЕСАР ТІЛІГІН
АЗАЙТУ МҮМКІНДІКТЕРІ

**БАЙДУРИН С.А., БЕКЕНОВА Ф.К.,
ТКАЧЕВ В.А., МАХАМБЕТОВ К.О.,
ҚЫСТАУБАЕВА З.К.,
ИЛЬМАЛИЕВА А.Ж.,
САГЫНДЫКОВА Г.Ж.**
МЕТАБОЛИКАЛЫҚ СИНДРОМЫ БАР
ПЕРИ- ЖӘНЕ ПОСТМЕНОПАУЗА
КЕЗЕҢІНДЕГІ ӘЙЕЛДЕРДІҢ ҚАЛҚАНША
БЕЗІНІҢ ФУНКЦИОНАЛДЫ ЖАҒДАЙЫ

**СТАРОСВЕТОВА Е.Н.,
СКУЧАЛИНА Л.Н., СУЛТАН М.К.**
ДӘНЕКЕР ТІНІНІҢ ДИФФЕРЕНЦИЯ-
ЛАНБАЙТЫН СИНДРОМЫМЕН БАЙЛА-
НЫСТЫ АТОПИЯЛЫҚ ДЕРМАТИТ

**ТКАЧЕВ В.А., ОМИРТАЕВА Б.А.,
ХУСАИНОВА Г.С., АЛЬЖАНОВА А.Б.,
КАЛКАЕВА Н.Б., БРОВИКОВА Н.Г.**
COVID–АССОЦИРЛЕНГЕН ПНЕВМО-
НИЯҒА ШАЛДЫҚҚАН НАУҚАСТАРДА
МИОКАРД ЗАҚЫМДАНУЫНЫҢ ЖИЛІГІ
МЕН САЛЫСТЫРМАЛЫ БАҒАЛАНУЫ

МЕДИЦИНАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

МҰХАНҚЫЗЫ Г.
ҒАЛАМТОРҒА ТӘУЕЛДІЛІКТІҢ МЕКТЕП
ОҚУШЫЛАРЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫНА
ӘСЕРІ ЖӘНЕ АЛДЫН АЛУ ЖОЛДАРЫ

ОБЗОРЫ И ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

**ПОЛАТБЕКОВА Ш.Т.,
СЕЙТХАНОВА Б.Т., САПАРБЕКОВА А.А.,
ТӨЛЕГЕН А.Н.**
КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ –
АКТУАЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ХХІ ВЕКА

ВОПРОСЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

**АЛИЕВА Э.Н., МАМЫРБЕКОВА С.У.,
САТОВ Д.Я., БАЙКУБЕКОВА А.У.**
ВОЗМОЖНОСТИ СНИЖЕНИЯ
ПОВТОРНОГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

**БАЙДУРИН С.А., БЕКЕНОВА Ф.К.,
ТКАЧЕВ В.А., МАХАМБЕТОВ К.О.,
ҚЫСТАУБАЕВА З.К.,
ИЛЬМАЛИЕВА А.Ж.,
САГЫНДЫКОВА Г.Ж.**
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ
ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН
ПЕРИ- И ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО
ВОЗРАСТА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ
СИНДРОМЕ

**СТАРОСВЕТОВА Е.Н.,
СКУЧАЛИНА Л.Н., СУЛТАН М.К.**
АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ, АССОЦИИ-
РОВАННЫЙ С СИНДРОМОМ
НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ
ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

**ТКАЧЕВ В.А., ОМИРТАЕВА Б.А.,
ХУСАИНОВА Г.С., АЛЬЖАНОВА А.Б.,
КАЛКАЕВА Н.Б., БРОВИКОВА Н.Г.**
ЧАСТОТА И СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА
ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С
COVID – АССОЦИРОВАННОЙ
ПНЕВМОНИЕЙ

МЕДИЦИНСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

МҰХАНҚЫЗЫ Г.
ВЛИЯНИЕ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ
НА ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ И
СПОСОБЫ ПРОФИЛАКТИКИ

**СТАРОСВЕТОВА Е.Н.,
СКУЧАЛИНА Л. Н., ЕСТЕМЕСОВА Р.А.**
ЭКОЛОГИЯЛЫҚ ФАКТОРЛАРДЫҢ
БАЛАЛАР ДЕНСАУЛЫҒЫНА ӘСЕРІ

46

**СТАРОСВЕТОВА Е.Н.,
СКУЧАЛИНА Л.Н., ЕСТЕМЕСОВА Р.А.**
ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ
НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

ҚУАНДЫҚ А.Қ., ИСМАИЛОВА А.А.
КҮРДЕЛІ СОМАТИКА БӨЛІМШЕСІНДЕГІ
БАЛАЛАРҒА КӨРСЕТІЛЕТІН МЕДИЦИ-
НАЛЫҚ КӨМЕК САПАСЫ

50

ҚУАНДЫҚ А.Қ., ИСМАИЛОВА А.А.
КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ ДЕТЯМ В ОТДЕЛЕНИИ
СЛОЖНОЙ СОМАТИКИ

ТӘЖІРЕБЕДЕГІ КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЛАР ЖӘНЕ АҚПАРАТТЫҚ МӘЛІМЕТТЕР

**КОПБАЕВА М.Т., САГАТБАЕВА А.Д.,
СМАГУЛОВА Е.Н.**
ЭНДО-ПАРОДОНТАЛЬДЫ ЗАҚЫМДАНУ-
ЛАР КЕЗІНДЕ ПЕРИАПИКАЛДЫ
ТІНДЕРДІ ҚАЛПЫНА КЕЛТІРУДІҢ
ЗАМАНАУИ МҮМКІНДІКТЕРІ

57

**КОПБАЕВА М.Т., САГАТБАЕВА А.Д.,
СМАГУЛОВА Е.Н.**
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РЕПА-
РАЦИИ ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ
ПРИ ЭНДО-ПАРОДОНТАЛЬНЫХ
ПОРАЖЕНИЯХ

**КЫЛЫШБЕКОВА Г.Н.,
КАЛМЕНОВА Г.М., ЗОБОНОВА Т.В.**
СИБСТАҒЫ ВИТАМИНГЕ ТӘУЕЛДІ
РАХИТ ЖАҒДАЙЫ

62

**КЫЛЫШБЕКОВА Г.Н.,
КАЛМЕНОВА Г.М., ЗОБОНОВА Т.В.**
СЛУЧАЙ ВИТАМИН Д - ЗАВИСИМОГО
РАХИТА У СИБСОВ

**КЫЛЫШБЕКОВА Г.Н.,
КАЛМЕНОВА Г.М.**
1 ЖАСАР БАЛАДА АНЫҚТАЛҒАН ВИС-
ЦЕРАЛЬДЫ ЛЕЙШМАНИОЗ АУРУЫ
ЖАЙЫНДА

67

**КЫЛЫШБЕКОВА Г.Н.,
КАЛМЕНОВА Г.М.**
СЛУЧАЙ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ЛЕЙШМА-
НИОЗА У РЕБЕНКА 1 ГОДА ЖИЗНИ

УДК: 616.89.01

ПОЛАТБЕКОВА Ш.Т., СЕЙТХАНОВА Б.Т., САПАРБЕКОВА А.А., ТӨЛЕГЕН А.Н.

М.О. Әуезов атындағы Оңтүстік Қазақстан университеті

КОРОНАВИРУСТЫ ИНФЕКЦИЯ - XXI ҒАСЫРДЫҢ ӨЗЕКТІ ДЕРТІ

*Ғаламшардағы адамның үстемдігіне
қауіп төндіретін жалғыз нәрсе - бұл вирус.
Джошуа Ледерберг*

Түйіндеме:

Жаңа мыңжылдықта адамзат ешкім білмейтін жұқпалы ауруларға тап болды. Оба мен сүзектің орнын қауіпті вирустар басты. Қоршаған ортаның өзгеруі, климаттың жылынуы, халық тығыздығының артуы және басқа факторлар олардың пайда болуын арттырды, ал халықтың жоғары көші-қон белсенділігі вирустардың бүкіл әлемге таралуына ықпал етті. Расында инфекциялар шекараны білмейді. БҰҰ-ның болжамы бойынша 2050 жылға қарай әлем халқы 10 миллиард адамға жетеді. Бұл көші-қон және урбандалу процестерінің одан әрі үдей түсетіндігін білдіреді [1]. COVID-19 індеті («Coronavirus disease 2019») қазірдің өзінде халықаралық маңызы бар төтенше жағдай ретінде тарихқа енді. Қазіргі уақытта әлемде індетті жұқтырғандар саны 470 мыңнан асты [2]. Бізге әлі бұл аурудың ерекшеліктерін зерттеу, одан сабақ алу және халықтың биологиялық қауіпсіздігі бойынша кемшіл тұстарын саралау керек. Бір нәрсе анық: жаңа вирустар пайда болады, бұл біздің әлеміміздің ажырамас бөлігі. Адамзат осы қауіптерге қарсы тұруды үйренуі керек.

Кілтті сөздер: COVID-19, коронавирусы, клиникасы, диагностикасы, алдын алу.

ПОЛАТБЕКОВА Ш.Т., СЕЙТХАНОВА Б.Т., САПАРБЕКОВА А.А., ТӨЛЕГЕН А.Н.

Южно-Казахстанский университет имени М.О. Ауэзова

КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ – АКТУАЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ XXI ВЕКА

*Единственное, что всерьез угрожает
господству человека на планете, это – вирус.
Джошуа Ледерберг*

Аннотация:

В новом тысячелетии человечество столкнулось с инфекционными болезнями, о которых никто не знал. На смену чуме и тифу пришли опасные вирусы. Изменение окружающей среды, потепление климата, увеличение плотности населения и другие факторы провоцируют их появление, а высокая миграционная активность населения способствует распространению по всему миру. Поистине, инфекции не знают границ. По прогнозам ООН, к 2050 году население планеты достигнет 10 миллиардов человек. Это значит, что процессы миграции и урбанизации еще ускорятся [1]. Эпидемия COVID-19 («coronavirus disease 2019») уже вошла в историю как чрезвычайная ситуация международного значения. Нам еще предстоит изучение особенностей этой эпидемии, извлечь уроки, проанализировать недостатки обеспечения биологической безопасности населения. Ясно одно: новые вирусы будут появляться, это неотъемлемая часть нашего мира. Человечество должно научиться противостоять этим угрозам.

Ключевые слова: COVID-19, коронавирусы, клиника, диагностика, профилактика.

CORONAVIRUS INFECTION IS AN ACTUAL DISEASE OF THE XXI CENTURY

*The only thing that seriously threatens
human dominance on the planet is a virus.
Joshua Lederberg*

Annotation:

In the new millennium, humanity is faced with infectious diseases that no one knew about. Plague and typhoid were replaced by dangerous viruses. Environmental change, climate warming, an increase in population density and other factors provoke their appearance, and the high migration activity of the population contributes to their spread throughout the world. Truly, infections know no boundaries. According to UN forecasts, by 2050 the world's population will reach 10 billion people. This means that the processes of migration and urbanization will accelerate even more [1]. The COVID-19 epidemic ("coronavirus disease 2019") has already gone down in history as an international emergency. We have yet to study the characteristics of this epidemic, learn lessons, and analyze the shortcomings in ensuring the biological safety of the population. One thing is clear: new viruses will appear, this is an integral part of our world. Humanity must learn to counter these threats.

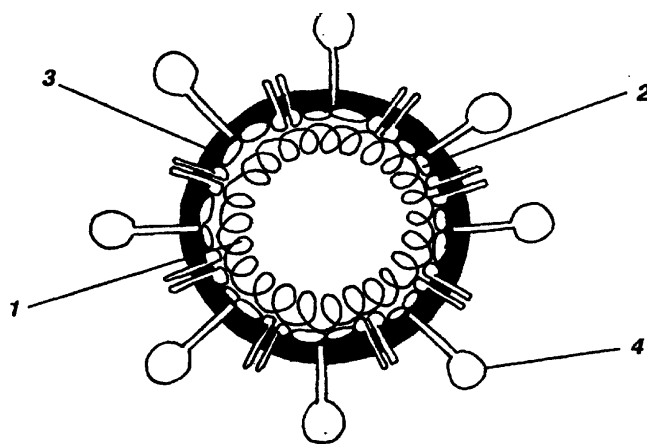
Key words: COVID-19, coronavirus, clinic, diagnostics, prevention.

2019 жылдың желтоқсан айында Ухань қаласында (Хубэй провинциясы, Қытай) пневмонияның түсініксіз бірқатар жағдайлары тіркелді, кейінірек науқастардан коронавирустың жаңа штаммы анықталды. 2020 жылдың қаңтар айының басында Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы вирусты шартты түрде жаңа 2019 коронавирусы (2019-nCoV) деп атады және айдың соңында 30 қаңтарда 2019-nCoV індеті халықаралық маңызы бар денсаулық сақтау саласындағы төтенше жағдай деп жарияланды. 2020 жылдың ақпан айында жұқпалы ауру коронавирустық инфекция COVID-19 (Coronavirus disease 2019) деп аталды, ал қоздырғышы коронавирустың ауыр жедел респираторлық синдромы-2 (SARS-CoV-2) деп танылды.

Соңғы 17 жылда коронавирус тұқымдасы енді үшінші эпидемияның себебі болып отыр. Бір қарағанда COVID-19 коронавирусты инфекциясының 2002 жылғы атиптік пневмония бұрқетпесі мен 2012 жылғы Таяу Шығыс респираторлық синдромына ұқсас болуы көп алаңдаушылық тудырмады. Алайда дүние жүзінде жаңа инфекцияның тез өсуі мен өлім-жітімнің жоғары деңгейі 2020 жылдың 11 наурызында Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымына COVID-19 пандемиясы деп жариялауға себеп болды.

Коронавирусты инфекцияның этиологиясы

Коронавирустар - бұл диаметрі 40-140 нм болатын, беткейінде тікенек тәрізді өсінділері бар (1-сурет), адамдар мен кейбір жануарларға жұқпалы РНҚ құрамды вирустар [3,4]. Коронавирустардың 4 туыстастығын ажыратады: Alpha-, Beta-, Gamma- және Deltacoronavirus. Осы вирустар тобының көп жағдайдағы табиғи резервуарлары сүтқоректілер болып табылады [5].



1-сурет. Коронавирустың құрылымы: бір жіпшелі РНҚ молекуласынан тұратын жүрекше, (1); қабықтың ақуызы (2); липидті мембрана (3); түйреуіш тәрізді пепломерлер (4)

2019 жылға дейін коронавирустардың адамға жұққан және респираторлы ауруларды шақырған 6 серотипі зерттелген. Атипті пневмония эпидемиясының дамуына дейін коронавирустың 4 штамының (HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63, HCoV-NKU1B) жыл бойғы айналымы жайлы белгілі болған, бұлар тыныс алу жолдарының жеңіл және орташа ауыр дәрежедегі зақымдауларын шақырып отырған. Коронавирустардың бұл типтері жіті вирустық респираторлық аурулардың этиологиялық құрылымында риновирустардан кейінгі екінші орынды (15-30%) алып отырған [3,6].

Бұдан басқа тағы екі штамм ажыратылады – олар көптеген қолайсыз нәтижелермен эпидемияларды тудырған аты шулы SARS-CoV және MERS-CoV [7]. 2002 жылы адамдарда жедел респираторлық дистресс-синдром (ЖРДС) түрінде болатын атипті пневмонияның қоздырғышы болып табылатын SARS-CoV жаңа коронавирус серотипі бөлініп алынды. SARS-CoV эпидемиясы 2002-2003 жж. Қытайда басталып, 37 елді қамтыды, 8422 атипті пневмония жағдайы тіркелді, оның 916-сы өліммен аяқталды. Өлім көрсеткіші 11% құрады [4, 8–10].

10 жылдан кейін, 2012 жылы денсаулық сақтау жүйесі коронавирус тұқымдасының жаңа түрімен, Таяу Шығыстағы респираторлық синдромның қоздырғышы - MERS-CoV бетпе-бет келді. MERS-CoV 21 елде анықталған. SARS-CoV салыстырғанда әлемде Таяу Шығыс респираторлық синдромы үш есе аз (2494 адам) тіркелді, бірақ өлім көрсеткіші жоғары – 34%(858 жағдай) [4,8–10].

SARS-CoV эпидемиясы аяқталғаннан кейін атипті пневмониясы қайта тіркелмеді, бұл ретте MERS-CoV айналымы жалғасты және Таяу Шығыс респираторлық синдромының жаңа жағдайлары туындады [5].

2019 жылдың желтоқсанында Қытайда коронавирусты инфекцияның тағы бір серотипі бөлініп алынды, ол SARS-CoV-2 деп аталды, ол COVID-19 жіті жұқпалы ауруының дамуына себеп болды [5]. SARS-CoV-2 Betacoronavirus тұқымдасына жатады және бір тізбекті РНҚ вирусы болып табылады. Коронавирустың бұл түрі алдыңғы екі (SARS-CoV және MERS-CoV) сияқты патогендіктің екінші тобына жатады [5]. Болжам бойынша ол жарғанаттардың коронавирусы мен шығу тегі белгісіз коронавирус арасында рекомбинантты болып табылады және SARS-CoV-2 генетикалық тұрғыдан SARS-CoV-ке 79% ұқсас [5, 11].

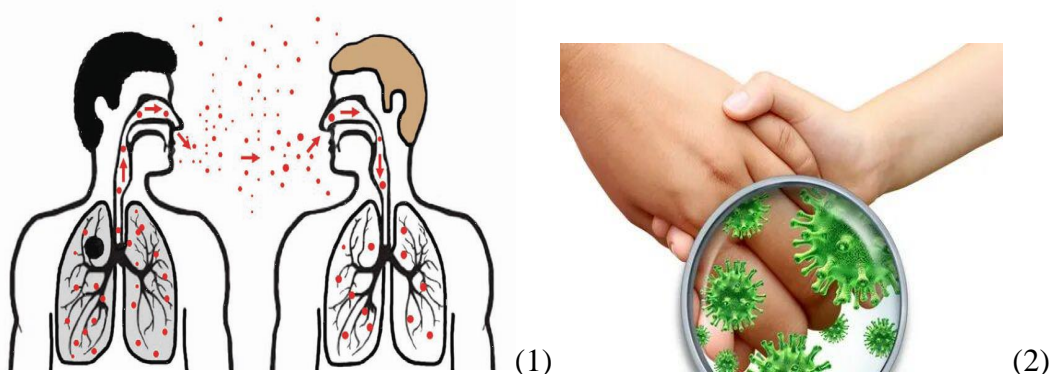
2020 жылдың 15 сәуіріндегі жағдай бойынша COVID-19 пандемиясы 200-ден астам елді қамтыды, 2 миллионнан астам (2 000 438) инфекция жағдайы тіркелді, оның 126 623-і өліммен аяқталды [12, 13].

Коронавирусты инфекцияның эпидемиологиясы

Аурудың көзі ауруды жұқтырған адам болып табылады, сондай-ақ ауру инкубациялық кезеңде де жұғады. Бұл кезең 2-ден 14 күнге дейін, орта есеппен 5-тен 7 күнге дейін созылады. Инфекция жұқтырған науқастан вирустың максималды шығуы аурудың алғашқы үш күнінде болады, бірақ бірқатар жарияланымдарға сәйкес, вирустың бөлінуі клиникалық симптомдар басталғанға дейін екі күн (48 сағат) бұрын басталуы мүмкін [5, 14]. Аурудың жеңіл және орташа

ағымында вирустың бөлінуі әдетте екі аптаға дейін созылады (орта есеппен 12 күн). Ауыр жағдайларда вирустың бөлінуі екі аптадан астам уақыт бойы байқалуы мүмкін. SARS-CoV-2 негізінен асимптоматикалық тасымалдаушылар арқылы таралады деп саналады [15-17].

COVID-19 негізгі берілу жолдары – ауа-тамшылы, шаң-тозаң және жанасу (2-сурет), бірақ нәжіс-ауыз жолымен де берілуі жоққа шығарылмайды [5, 15]. Коронавирустық инфекцияның жаңа түрі әдетте түшкіргенде, жөтелгенде және инфекция көзімен 1,5-2 м-ден аз қашықтықта сөйлескенде жұғады. Сонымен қатар инфекция COVID-19 науқасымен құшақтасу, қол алысу, сүйісу және басқа да жолдар арқылы тікелей байланысу арқылы да таралады. Вируспен ластанған заттар, кез келген беткейлер, тамақ өнімдері де инфекцияның таралу факторлары болуы мүмкін [5].



2-сурет. Вирустың негізгі берілу жолдары: ауа-тамшылы (1); жанасу(2)

Болжам бойынша SARS-CoV-2 репродуктивті индексі 2-ден 3-ке дейін ауытқиды: әрбір SARS-CoV-2 тасымалдаушысы сезімтал популяциядағы екі-үш адамға жұқтырады деп күтіледі [18, 19]. Салыстыру үшін маусымдық тұмау бойынша бұл көрсеткіштің орташа мәні шамамен 1,3 құрайды [20].

SARS-CoV-2 қоздырғышына сезімталдық барлық жас топтарында жоғары, бірақ балалар мен жастардың ауруға бейімділігі азырақ екені атап өтіледі, дегенмен жақында бұл болжам күмән тудырды. 65 жастан асқан адамдар, сондай-ақ жүрек-қантамыр жүйесінің созылмалы аурулары, тыныс алу жүйесінің аурулары, қант диабеті, онкологиялық патологиясы бар науқастар және т.б. жұқтыру қаупі жоғары және қауіп-қатер тобына жатқызылады [15].

Коронавирусты инфекция патогенезінің негізгі бөлімдері

Betacoronavirus SARS-CoV-2 рецепторы ретінде әрекет ететін ангиотензин түрлендіретін фермент 2 (АТФ-2) арқылы адам иелерін жұқтыруы мүмкін [21-23]. АТФ-2 – тыныс алу жолдарында, тамырлар эндотелийінде, бүйрек тінінде, жүрек-қантамыр жүйесінің мүшелерінде және ішек эпителийі сияқты адамның көптеген жасушаларында экспрессияланатын мембранамен байланысқан ақуыз [15, 23]. С.Р. Sodhi мәліметтері бойынша бұл рецепторлардың 80% астамы ІІ типті альвеолярлы эпителий жасушалары мен жүрек-қантамырлық эндотелий жасушаларының беткейлеріне дәл экспрессияланады да, бұл ағзаның екі негізгі жүйесін (bronхо-өкпе және жүрек-қан тамырлары) COVID-19 кезінде осал етеді [24].

SARS-CoV және MERS-CoV коронавирустарын зерттеулерге сүйене отырып, 2015 жылы айналымдағы жарғанаттар коронавирустарының қабылдаушы жасушалардағы рецептор ретінде адамның АТФ-2 көмегімен адамдарға жұқтыру мүмкіндігі бар екені анықталды [21]. SARS-CoV-2 филогенетикалық талдауы жаңа Betacoronavirus SARS-CoV коронавирусына ұқсас рецепторларды байланыстыратын домені бар екенін көрсетеді [22] және SARS-CoV-2 сонымен қатар адам жасушаларына ену үшін рецептор ретінде АТФ-2 пайдаланады [15].

Осылайша зерттеулер вирустың адам ағзасына ең алдымен тыныс алу жолдарының шырышты қабығына, АТФ-2 рецепторы арқылы түсетінін растап отыр [4, 25].

Вирус ағзаға түскеннен кейін жоғарғы және төменгі тыныс жолдарының эпителийінде көбейіп, өкпенің ауа-қан тосқауылының эпителиалды және эндотелиалды компоненттерін зақымдайды. Зақымдалған эпителий жасушалары лейкоциттерді - нейтрофилдер мен макрофагтарды тартатын және көрші эндотелий жасушаларын белсендіретін цитокиндерді (IL2, IL7, IL10, GCSF, IP10, MCP1, MIP1A және TNF α) [4, 15, 25, 27] түзеді. Белсендірілген эндотелий жасушалары және инфильтрацияланған лейкоциттер инфильтрацияны ынталандырады. Сонымен қатар лейкоциттер оттегі мен азот оксидінің белсенді түрлерінің өндірілуін индукциялайды, олар да альвеолярлы-капиллярлық тосқауылды зақымдайды, ал белсендірілген макрофагтар эпителий жасушаларының апоптозын тудырады [27]. Кейбір науқастарда бірінші аптаның аяғында ауру пневмонияға, тыныс алу жеткіліксіздігіне және өлімге дейін жетуі мүмкін [4, 15, 25]. Вирус және/немесе онымен қосылған бактериялық инфекция альвеоциттердің диффузды зақымдалуынан басқа, жасуша мембраналарының өткізгіштігінің жоғарылауын және альбумин мен фибринге бай сұйықтықтың өкпенің интерстициалды тініне және альвеолалардың саңылауына тасымалдануын арттырады, ол интерстициалды және альвеолярлы ісінудің дамуына әкеліп соғады.

Осымен қатар сурфактанттың қасиеттері, атап айтқанда серпімділік қасиеттерінің өзгеруі байқалады: ол тыныс алу актісінің циклдік созылу кезінде жылдам бұзылады және аз дәрежеде альвеолалар ішіндегі беттік керілу күштеріне әсер етеді [28]. Бұл альвеолалардың коллапсына және нәтижесінде газ алмасуының күрт бұзылуына және ЖРДЖ дамуына әкеледі. (1-сызбанұсқа). Қабыну реакциясын белсендіруден басқа, ауыр пневмония және ЖРДС бар науқастарда байқалған гипоксемия көптеген мүшелер жеткіліксіздігінің, диссеминирленген тамыршілік коагуляция синдромының дамуын күшейтуі және кейбір жағдайларда өлімге әкелуі мүмкін [29, 30].

Коронавирусты инфекцияның клиникалық көріністері

COVID-19 ағымының бірнеше клиникалық нұсқалары бар:

1. Жедел респираторлы вирустық инфекция.
2. Тыныс алу жеткіліксіздігі жоқ пневмония.
3. Жедел тыныс жетіспеушілігімен жүретін пневмония.
4. ЖРДС.
5. Сепсис.
6. Септикалық (инфекциялық токсикалық) шок.

Клиникалық ағымға сәйкес бұл аурудың бірнеше ауырлық дәрежесі ажыратылады:

- Жеңіл түрі – тек жоғарғы тыныс жолдары зақымдалғанда.
- Орташа ағымы – тыныс алу жеткіліксіздігінің белгілерінсіз пневмонияның дамуымен.
- Ауыр түрі – жедел тыныс жетіспеушілігімен пневмонияның дамуымен.
- Өте ауыр/критикалық түрі - бұзылған кезде ЖРВИ, сепсис, септикалық шок, көптеген мүшелердің жеткіліксіздігі.

Аурудың негізгі клиникалық белгілеріне мыналар жатады: дене температурасының жоғарылауы (90% астам жағдайда); жөтел негізінен құрғақ немесе аз қақырықпен (80%); ентігу (55%), көбінесе жұқтырған кезден бастап 6-8-ші күні айқын болады; миалгия және шаршау (44%); кеудедегі тоқырау сезімі (> 20%). Сонымен қатар, сананың шатасуы (9% жағдайда), бас ауруы (8%), қан түкіру (5%), диарея (3%), жүрек айну, құсу және жүрек тарсылдауы мүмкін [5].

Коронавирустық инфекцияның зертханалық диагностикасы

COVID-19 зертханалық диагностикасы келесі әдістермен жүзеге асырылады:

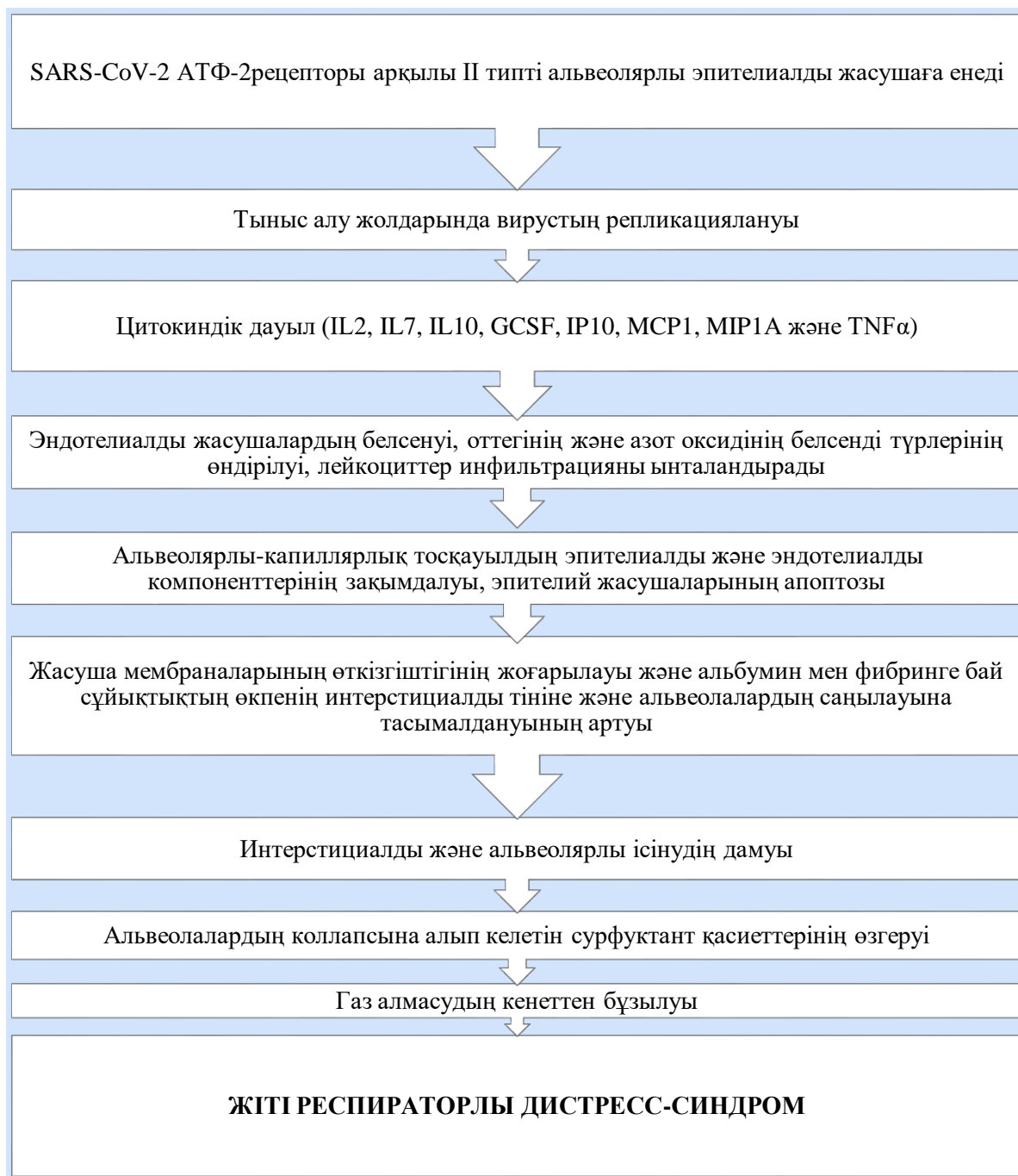
- полимеразды тізбекті реакция (ПТР)
- тестік жүйелерді қолданатын иммунды-ферментті талдау (ИФТ)
- жедел анықтау (иммунды-хроматографиялық – сринингтік анықтау әдісі (сапалы әдіс))
- жалпы клиникалық талдаулар

Коронавирустық инфекцияның жаңа түрін зертханалық тексерудің негізгі әдістері үшін мұрын-жұтқыншақтан және/немесе ауыз-жұтқыншақтан биологиялық материал (жағынды) алынады. Қосымша зерттеу материалы ретінде бронхты шаю суы (бронхоальвеолярлы лаваж), эндо- немесе трахея, мұрын-жұтқыншақ аспираты, қақырық, өкпенің биопсия немесе аутопсия материалы, сарысу, қан, несеп, нәжіс алынуы мүмкін [5].

03.12.2020 ж. Ересектерде COVID-19 коронавирусты инфекциясын диагностикалау мен емдеудің клиникалық хаттамасы жасалды. Бұл хаттама 1.04.2021 ж.; 15.07.2021 ж.; 5.08.2021 ж. және 19.11.2021 ж. қайта жаңартылды.

Дені сау адамға арналған жадынама:

- ✚ Қолды сабынмен жиі жуыңыз (кемінде 20 сек).
- ✚ Көшеде, қоғамдық орындарда қолды жиі антисептиктермен өңдеу керек.
- ✚ Бетті, көзді, мұрынды және ауызды қолмен ұстамаңыз.
- ✚ Қоғамдық орындарда міндетті түрде маска киіңіз, 1,5-2 метр қашықтықты сақтаңыз.
- ✚ Жөтелу және түшкіру кезінде ауызды және мұрынды салфеткамен жабыңыз, оны қолданғаннан кейін бірден қоқысқа тастаңыз.



1-сызбанұсқа. Коронавирустық инфекцияға байланысты ЖРДС даму кезеңдері

- ✚ Күнделікті пәтерді/үйді жуу құралдармен тазалаңыз.

✚ Дезинфекциялау құралдарымен есік тұтқаларын, телефондарды, компьютерлерді, ажыратқыштарды жиі сүртіңіз.

✚ Киім мен төсек орынды 60-90 градус температурада әдеттегі кір жуғыш ұнтақпен жуыңыз.

✚ Қоғамдық орындарға барудан аулақ болыңыз (сауда орталықтары, дүкендер, дәріханалар, моншалар).

✚ Қоғамдық орындарда, ауыз бен мұрынды жауып, міндетті түрде бетперде киіңіз.

✚ Отбасы мүшелерінің жағдайын, әсіресе 60 жастан асқан, сондай-ақ жүректің, өкпенің және т. б. созылмалы аурулары бар адамдардың жағдайын бақылаңыз.

✚ Аурудың кез келген симптомдары (температура, жөтел, диарея және т. б.) пайда болған жағдайда үйден шықпаңыз, www.coronavirus2020.kz сайтында көрсетілген Call-орталығына, бірыңғай нөмір 1406, учаскелік дәрігерге хабарласыңыз [31].

Қазіргі уақытта әлем төтенше жағдайға тап болды - ол жаңа жұқпалы аурудың өршуі. COVID-19-дың жаһандық әсері халықтың денсаулығына ғана емес, әлемдік экономикаға да үлкен қауіп төндіреді. Коронавирустық инфекцияның жаңа түрін тексеру, диагностикалау, емдеу тәсілдері бойынша жинақталған тәжірибеге қарамастан, әлемдік қоғамдастыққа COVID-19-дың тез таралуы, арнайы емнің жоқтығы және жоғары өлім-жітім қатты алаңдатады. Адамзатқа жаңа вирус түріндегі кезекті сын-қатерлерді шешу үшін бүкіл медицина қауымының күштерін біріктіру қажет екені сөзсіз.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Всемирная организация здравоохранения. Клиническое руководство по ведению пациентов с тяжелой острой респираторной инфекцией при подозрении на инфицирование новым коронавирусом (2019-nCoV). Временные рекомендации. Дата публикации: 25 января 2020 г. [Электронный ресурс]. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/426206/RUS
2. Coronavirus (Covid-19). [Электронный ресурс]. URL: [https:// coronavirus-monitor.ru](https://coronavirus-monitor.ru). (дата обращения 23.03.2020 г.) Coronavirus (Covid-19). [Electronic resource]. URL: <https://coronavirusmonitor.ru>. (date of the application: 23.03.2020) [In Russian]
3. Su S., Wong G., Shi W., Liu J., Lai A.C.K., Zhou J. et al. Epidemiology, genetic recombination, and pathogenesis of coronaviruses. *Trends Microbiol.* 2016; 24: 490-502. doi: 10.1016/j.tim.2016.03.003.
4. Singhal T. A review of coronavirus disease-2019 (COVID-19). *Indian J Pediatr.* 2020; 87(4): 281-286. doi: 10.1007/s12098-020-03263-6.
5. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Временные методические рекомендации Версия 4.0 (27.03.20). Режим доступа: <https://urlid.ru/c30s> (дата обращения 16.04.2020).
6. Chen Y., Liu Q., Guo D. Emerging coronaviruses: Genome structure, replication, and pathogenesis. *J Med Virol.* 2020; 92(4):418-423. doi: 10.1002/jmv.25681.
7. Cui J., Li F., Shi Z.L. Origin and evolution of pathogenic coronaviruses. *Nat Rev Microbiol.* 2019; 17: 181-192.
8. Chan K.S., Zheng J.P., Mok Y.W., Li Y.M., Liu Y.N., Chu C.M. et al. SARS: prognosis, outcome and sequelae. *Respirology.* 2003; 8(Suppl): 36-40. doi:10.1046/j.1440-1843.2003.00522.x
9. Badawi A., Ryoo S.G. Prevalence of diabetes in the 2009 influenza A (H1N1) and the middle east respiratory syndrome coronavirus: a systematic review and meta-analysis. *J Public Health Res.* 2016; 5(3): 733. doi: 10.4081/jphr.2016.733.
10. Li B., Yang J., Zhao F., Zhi L., Wang X., Liu L. et al. Prevalence and impact of cardiovascular metabolic diseases on COVID-19 in China. *Clin Res Cardiol.* 2020. doi: 10.1007/s00392-020-01626-9.
11. Sun P., Lu X., Xu C., Sun W., Pan B. Understanding of COVID-19 based on current evidence. *J Med Virol.* 2020. doi: 10.1002/jmv.25722.
12. Стопкоронавирус.рф [интернет]. Режим доступа: [https:// xn--80aesfpebagmfb1c0a.xn--p1ai/#](https://xn--80aesfpebagmfb1c0a.xn--p1ai/#) (дата обращения 16.04.2020).
13. Sanders J.M., Monogue M.L., Jodlowski T.Z., Cutrell J.B. Pharmacologic treatments for coronavirus disease 2019 (COVID-19): a review. *JAMA.* 2020. doi: 10.1001/jama.2020.6019.

14. Han Y., Yang H. The transmission and diagnosis of 2019 novel coronavirus infection disease (COVID-19): a Chinese perspective. *J Med Virol.* 2020. doi: 10.1002/jmv.25749.
15. Tan W., Aboulhosn J. The cardiovascular burden of coronavirus disease 2019 (COVID-19) with a focus on congenital heart disease. *Int J Cardiol.* 2020. doi: 10.1016/j.ijcard.2020.03.063.
16. Bai Y., Yao L., Wei T. Presumed a symptomatic carrier transmission of COVID19. *JAMA.* 2020; 21: 19-20.
17. Mizumoto K., Kagaya K., Zarebski A. Estimating the asymptomatic proportion of coronavirus disease 2019 (COVID-19) cases on board the Diamond Princess cruise ship, Yokohama, Japan, 2020. *Eurosurveillance.* 2020; 25(10): 2000180. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.10.2000180.
18. Li Q., Guan X., Wu P., Zhou L., Tong Y., Ren R. et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *N Engl J Med.* 2020; 382(13): 1199-1207. doi:10.1056/NEJMoa2001316.
19. Flahault A. Has China faced only a herald wave of SARS-CoV-2? *Lancet.* 2020; 395(10228): 947. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30521-3 49.
20. Coburn B.J., Wagner B.G., Blower S. Modeling influenza epidemics and pandemics: insights into the future of swine flu (H1N1). *BMC Med.* 2009; 7(1): 30. doi:10.1186/1741-7015-7-30.
21. Menachery V.D., Yount B.L., Debbink K., Agnihothram S., Gralinski L.E., Plante J.A. et al. A SARS-like cluster of circulating bat coronaviruses shows potential for human emergence. *Nat. Med.* 2015; 21(12): 1508-1513. doi: 10.1038/nm.3985.
22. Wan Y., Shang J., Graham R., Baric R.S., Li F. Receptor recognition by novel coronavirus from Wuhan: An analysis based on decade-long structural studies of SARS. *J Virol.* 2020; 94(7): 1-9. doi: 10.1128/jvi.00127-20.
23. Jia H.P., Look D.C., Shi L., Hickey M., Pewe L., Netland J. et al. ACE2 receptor expression and severe acute respiratory syndrome coronavirus infection depend on differentiation of human airway epithelia. *J Virol.* 2005; 79(23): 14614-14621. doi: 10.1128/jvi.79.23.14614-14621.2005.
24. Sodhi C.P., Wohlford-Lenane C., Yamaguchi Y., Prindle T., Fulton W.B., Wang S. et al. Attenuation of pulmonary ACE2 activity impairs inactivation of des-Arg9 bradykinin/BKB1R axis and facilitates LPS-induced neutrophil infiltration. *Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol.* 2018; 314(1): 17-31. doi: 10.1152/ajplung.00498.2016.
25. Chen N., Zhou M., Dong X., Qu J., Gong F., Han Y. et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet.* 2020; 395(10223): 507-513. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30211-7.
26. Oudit G.Y., Kassiri Z., Jiang C., Liu P.P., Poutanen S.M., Penninger J.M. et al. SARS-coronavirus modulation of myocardial ACE2 expression and inflammation in patients with SARS. *Eur J Clin Invest.* 2009; 39(7): 618-625. doi: 10.1111/j.1365-2362.2009.02153.x.
27. Short K.R., Kroeze E.J.B.V., Fouchier R.A.M., Kuiken T. Pathogenesis of influenza-induced acute respiratory distress syndrome. *Lancet Infect Dis.* 2014; 14(1): 57-69. doi: 10.1016/S1473-3099(13)70286-X.
28. Mora R., Arold S., Marzan Y., Suki B., Ingenito E.P. Determinants of surfactant function in acute lung injury and early recovery. *Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol.* 2000; 279(2): 342-349. doi:10.1152/ajplung.2000.279.2.1342.
29. Guan W.J., Ni Z.Y., Hu Y., Liang W.H., Ou C.Q., He J.X. et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N. Engl. J. Med.* 2020. doi: 10.1056/NEJMoa2002032.
30. Yang X., Yu Y., Xu J., Shu H., Xia J., Liu H. et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *Lancet Respir Med.* 2020; 2600(20): 1-7. doi: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30079-5](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30079-5).
31. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау вице-министрінің 2020 жылғы 13 тамыздағы № 505 бұйрығына 10-қосымша. <http://1gp.kz/docs/prikazi/prilozhenie-kaz0818154124.pdf>.

BIBLIOGRAPHY:

1. Vsemirnaya organizaciya zdravooxraneniya. Klinicheskoe rukovodstvo po vedeniyu pacientov s tyazhelej ostroj respiratornoj infekciej pri podozrenii na inficirovanie novym koronavirusom (2019-

- nCoV). *Vremennye rekomendacii. Data publikacii: 25 yanvarya 2020 g. [E'lektronnyj resurs]. URL: [http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/426206/RUS_2_Coronavirus_\(Covid-19\).pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/426206/RUS_2_Coronavirus_(Covid-19).pdf) [E'lektronnyj resurs]. URL: [https:// coronavirus-monitor.ru](https://coronavirus-monitor.ru). (data obrashheniya 23.03.2020 g.) Coronavirus (Covid-19). [Electronic resource]. URL: <https://coronavirusmonitor.ru>. (date of the application: 23.03.2020) [In Russian]*
3. Su S., Wong G., Shi W., Liu J., Lai A.C.K., Zhou J. et al. *Epidemiology, genetic recombination, and pathogenesis of coronaviruses. Trends Microbiol.* 2016; 24: 490-502. doi: 10.1016/j.tim.2016.03.003.
 4. Singhal T. *A review of coronavirus disease-2019 (COVID-19). Indian J Pediatr.* 2020; 87(4): 281-286. doi: 10.1007/s12098-020-03263-6.
 5. *Ministerstvo zdravooxraneniya Rossijskoj Federacii. Profilaktika, diagnostika i lechenie novoj koronavirusnoj infekcii (COVID-19). Vremennye metodicheskie rekomendacii Versiya 4.0 (27.03.20). Rezhim dostupa: <https://urlid.ru/c30s> (data obrashheniya 16.04.2020).*
 6. Chen Y., Liu Q., Guo D. *Emerging coronaviruses: Genome structure, replication, and pathogenesis. J Med Virol.* 2020; 92(4):418-423. doi: 10.1002/jmv.25681.
 7. Cui J., Li F., Shi Z.L. *Origin and evolution of pathogenic coronaviruses. Nat Rev Microbiol.* 2019; 17: 181-192.
 8. Chan K.S., Zheng J.P., Mok Y.W., Li Y.M., Liu Y.N., Chu C.M. et al. *SARS: prognosis, outcome and sequelae. Respirology.* 2003; 8(Suppl): 36-40. doi:10.1046/j.1440-1843.2003.00522.x
 9. Badawi A., Ryoo S.G. *Prevalence of diabetes in the 2009 influenza A (H1N1) and the middle east respiratory syndrome coronavirus: a systematic review and meta-analysis. J Public Health Res.* 2016; 5(3): 733. doi: 10.4081/jphr.2016.733.
 10. Li B., Yang J., Zhao F., Zhi L., Wang X., Liu L. et al. *Prevalence and impact of cardiovascular metabolic diseases on COVID-19 in China. Clin Res Cardiol.* 2020. doi: 10.1007/s00392-020-01626-9.
 11. Sun P., Lu X., Xu C., Sun W., Pan B. *Understanding of COVID-19 based on current evidence. J Med Virol.* 2020. doi: 10.1002/jmv.25722.
 12. *Stopkoronavirus.rf [internet]. Rezhim dostupa: [https:// xn--80aesfpebagmfb1c0a.xn--p1ai/#](https://xn--80aesfpebagmfb1c0a.xn--p1ai/#) (data obrashheniya 16.04.2020).*
 13. Sanders J.M., Monogue M.L., Jodlowski T.Z., Cutrell J.B. *Pharmacologic treatments for coronavirus disease 2019 (COVID-19): a review. JAMA.* 2020. doi: 10.1001/jama.2020.6019.
 14. Han Y., Yang H. *The transmission and diagnosis of 2019 novel coronavirus infection disease (COVID-19): a Chinese perspective. J Med Virol.* 2020. doi: 10.1002/jmv.25749.
 15. Tan W., Aboulhosn J. *The cardiovascular burden of coronavirus disease 2019 (COVID-19) with a focus on congenital heart disease. Int J Cardiol.* 2020. doi: 10.1016/j.ijcard.2020.03.063.
 16. Bai Y, Yao L, Wei T. *Presumed a symptomatic carrier transmission of COVID19. JAMA.* 2020; 21:19-20.
 17. Mizumoto K., Kagaya K., Zarebski A. *Estimating the asymptomatic proportion of coronavirus disease 2019 (COVID-19) cases on board the Diamond Princess cruise ship, Yokohama, Japan, 2020. Eurosurveillance.* 2020; 25(10): 2000180. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.10.2000180.
 18. Li Q., Guan X., Wu P., Zhou L., Tong Y., Ren R. et al. *Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. N Engl J Med.* 2020; 382(13): 1199-1207. doi:10.1056/NEJMoa2001316.
 19. Flahault A. *Has China faced only a herald wave of SARS-CoV-2? Lancet.* 2020; 395(10228): 947. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30521-3 49.
 20. Coburn B.J., Wagner B.G., Blower S. *Modeling influenza epidemics and pandemics: insights into the future of swine flu (H1N1). BMC Med.* 2009; 7(1): 30. doi:10.1186/1741-7015-7-30.
 21. Menachery V.D., Yount B.L., Debbink K., Agnihothram S., Gralinski L.E., Plante J.A. et al. *A SARS-like cluster of circulating bat coronaviruses shows potential for human emergence. Nat. Med.* 2015; 21(12): 1508-1513. doi: 10.1038/nm.3985.
 22. Wan Y., Shang J., Graham R., Baric R.S., Li F. *Receptor recognition by novel coronavirus from Wuhan: An analysis based on decade-long structural studies of SARS. J Virol.* 2020; 94(7): 1-9. doi: 10.1128/jvi.00127-20.

23. Jia H.P., Look D.C., Shi L., Hickey M., Pewe L., Netland J. et al. ACE2 receptor expression and severe acute respiratory syndrome coronavirus infection depend on differentiation of human airway epithelia. *J Virol.* 2005; 79(23): 14614-14621. doi: 10.1128/jvi.79.23.14614-14621.2005.
24. Sodhi C.P., Wohlford-Lenane C., Yamaguchi Y., Prindle T., Fulton W.B., Wang S. et al. Attenuation of pulmonary ACE2 activity impairs inactivation of des-Arg⁹ bradykinin/BKB1R axis and facilitates LPS-induced neutrophil infiltration. *Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol.* 2018; 314(1): 17-31. doi: 10.1152/ajplung.00498.2016.
25. Chen N., Zhou M., Dong X., Qu J., Gong F., Han Y. et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet.* 2020; 395(10223): 507-513. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30211-7.
26. Oudit G.Y., Kassiri Z., Jiang C., Liu P.P., Poutanen S.M., Penninger J.M. et al. SARS-coronavirus modulation of myocardial ACE2 expression and inflammation in patients with SARS. *Eur J Clin Invest.* 2009; 39(7): 618-625. doi: 10.1111/j.1365-2362.2009.02153.x.
27. Short K.R., Kroeze E.J.B.V., Fouchier R.A.M., Kuiken T. Pathogenesis of influenza-induced acute respiratory distress syndrome. *Lancet Infect Dis.* 2014; 14(1): 57-69. doi: 10.1016/S1473-3099(13)70286-X.
28. Mora R., Arold S., Marzan Y., Suki B., Ingenito E.P. Determinants of surfactant function in acute lung injury and early recovery. *Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol.* 2000; 279(2): 342-349. doi:10.1152/ajplung.2000.279.2.1342.
29. Guan W.J., Ni Z.Y., Hu Y., Liang W.H., Ou C.Q., He J.X. et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N. Engl. J. Med.* 2020. doi: 10.1056/NEJMoa2002032.
30. Yang X., Yu Y., Xu J., Shu H., Xia J., Liu H. et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *Lancet Respir Med.* 2020; 2600(20): 1-7. doi: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30079-5](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30079-5).
31. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау вице-министрінің 2020 жылғы 13 тамыздағы № 505 бұйрығына 10-қосымша. <http://1gp.kz/docs/prikazi/prilozhenie-kaz0818154124.pdf>.

Байланыстағы автор:

Полатбекова Шапағат Төлегенқызы - магистрант, 2 курс, М.О.Ауезов атындағы ОҚУ, +77752048852, p.shapagat@mail.ru



УДК: 618.5-089.888.61

АЛИЕВА Э.Н., МАМЫРБЕКОВА С.У., САТОВ Д.Я., БАЙКУБЕКОВА А.У.

ХҚТУ Қ.А.Ясауи атындағы акушерлік-гинекология кафедрасы, ҚКА ОҚМА акушерлік және гинекология кафедрасы Шымкент қ.

ҚАЙТАЛАНАТЫН КЕСАР ТІЛГІН АЗАЙТУ МҮМКІНДІКТЕРІ

Түйіндеме:

Бұл мақаланың өзектілігі - оның кесар тілігін негіздеу мәселесін қозғауында. Қалалық перинаталдық орталықта (ҚПО) 2019-2020 жылдар аралығындағы ота жасау арқылы босанған әйелдердің босану тарихына ретроспективті талдау жүргізілді. Алынған нәтижелерді талдау кезінде абдоминалды босанудан өткен әйелдерде жүктілік пен босануды жүргізу, олардың репродуктивті денсаулығын сақтау үлкен қиындықтар туғызады және ана мен ұрық үшін қауіпті. Әрбір нақты жағдайда кесар тілігі отасын үшін көрсеткіштерге қатаң көзқарас қажет.

Түйінді сөздер: кесар тілігі, операциялық босану, көрсеткіштері, асқынулары, азайту мүмкіндіктері.

АЛИЕВА Э.Н., МАМЫРБЕКОВА С.У., САТОВ Д.Я., БАЙКУБЕКОВА А.У.

Кафедра акушерства - гинекологии МКТУ им. Х.А.Ясауи, кафедра акушерства и гинекологии АО «ЮКМА», г. Шымкент, Городской перинатальный центр г. Шымкент

ВОЗМОЖНОСТИ СНИЖЕНИЯ ПОВТОРНОГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Аннотация:

Актуальность данной статьи заключается в том, что в ней затронута проблема оправданности операции кесарева сечения. Проведен ретроспективный анализ историй родов за период 2019-2020 годы женщин, родоразрешенных путем оперативного вмешательства в Городском перинатальном центре (ГПЦ). При анализе полученных результатов сделаны выводы о том, что ведение беременности и родов у женщин, перенесших абдоминальное родоразрешение, сохранение их репродуктивного здоровья создает большие трудности и рискованно как для матери, так и для плода. В каждом конкретном случае к показаниям для проведения операции кесарева сечения необходим строгий подход.

Ключевые слова: кесарево сечение, оперативное родоразрешение, показания, осложнения, возможности снижения.

ALIEVA E.N., MAMIRBEKOVA S.U., SATOV D.YA., BAIKUBEKOVA A.U.

H.A.Yasawi KTIU Department of Obstetrics – Gynecology, SKMA Department of Obstetrics – Gynecology, Shymkent, Shymkent City Perinatal Center

POSSIBILITIES TO REDUCE REPEATED CAESAREAN SECTION

Annotition:

The relevance of this article lies in the fact that it addresses the problem of the justification of the caesarean section. A retrospective analysis of the birth histories for the period 2019-2020 of women who delivered by surgical intervention in the City Perinatal Center (PCC) was carried out. When analyzing the results obtained, it was concluded that the management of pregnancy and childbirth in women who underwent abdominal delivery, the preservation of their reproductive health creates great difficulties and

is risky for both the mother and the fetus. In each case, the indications for a caesarean section require a strict approach.

Key words: caesarean section, operative delivery, indications, complications, reduction possibilities.

Предметом многих споров среди акушер-гинекологов является вопрос об оперативном родоразрешении [1,5,12,13]. Кесарево сечение (КС) — хирургическая операция, которая выполняется при наличии четких показаний с наличием известных факторов риска [9]. За последние 20 лет частота абдоминального родоразрешения существенно увеличилась в развитых странах [7,9]. Показания относительные и в интересах плода являются основными для роста частоты КС [1,5,13]. С целью снижения роста частоты оперативного родоразрешения для снижения перинатальной смертности является показатель, не превышающий 15% по публикации ВОЗ 1990 г [7, 8].

Несмотря на то, что степень риска после оперативного родоразрешения выше в 12 раз, чем роды через естественные пути, применение операции кесарева сечения позволило существенно снизить показатели не только материнской смертности, но и перинатальной смертности [4,5]. На сегодняшний день ведению беременности и родов у женщин с рубцом на матке является новой проблемой после увеличения частоты абдоминального родоразрешения [2,3]. В стратегический план по снижению частоты операций кесарева сечений включено, увеличение родов через естественные родовые пути у женщин с предшествующим оперативным родоразрешением [8, 10,14]. По ведению беременности и родов у рожениц с предшествующим КС имеются многочисленные публикации с рекомендациями. В пределах 57,5% до 83% точность определения полноценности рубца на матке при ультразвуковом исследовании, что является методом оценки состояния послеоперационного во время беременности [4,6,10]. Тем не менее данный метод обследования не позволяет оценить истинную структуру тканей в области рубца. По данным отдельных исследователей, морфологически неполноценный нижний сегмент после предшествующего кесарева сечения с развитием рубцовой ткани отмечен в 31% случаев [4]. Большинство авторов считают, что при наличии состоятельного рубца и желания женщины вероятность благоприятного исхода родов через естественные родовые пути достаточно велика [12,14-16].

Цель работы – на основе ретроспективного анализа историй родов оценить допустимые возможности снижения частоты оперативного родоразрешения.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй родов женщин, родоразрешенных оперативным путем в Городском перинатальном центре (ГПЦ) г. Шымкент за период 2019-2020 годы.

Результаты исследования и обсуждения: За 2 года частота операции кесарева сечения в ГПЦ колеблется в пределах 25,5%. При этом отмечается снижение оперативного родоразрешения, за счет самопроизвольных родов с рубцом на матке 5,5%. Кесарево сечение в плановом порядке - 41,2% и 41,3%, экстренном-58,8% и 58,7%. При анализе возрастного состава женщин, имеет место средний возраст всех оперированных женщин $30 \pm 2,7$ лет.

По паритету родов повторнородящих 70%, первородящих 21%, многорожавших 9%. Медицинские аборт, выкидыши, бесплодие в анамнезе отмечаются в 27% случаев.

У каждой второй роженицы имело место сочетание 2-3 экстрагенитальных заболеваний (33%), в общем, соматическая патология была диагностирована в 68% случаев. По литературным данным акушеры-гинекологи всего мира встревожены высокой и постоянно растущей частотой КС. При выяснении вопроса о резервах ее снижения, прежде всего, необходим анализ показаний к операции.

Среди показаний к оперативному родоразрешению на первом месте является рубец на матке 39,8% и 41,8%, тогда как по данным литературных источников колеблется от 6,3 до 68% [2]. На втором месте - неправильное положение плода 10,4% и 11,5%, существенную часть из которых - 65,7%, составляют тазовые предлежания. Показания при тазовом предлежании в настоящее время

в соответствии с новыми технологиями и риску родов для плода при родоразрешении через естественные родовые пути, изменилось в пользу кесарева сечения (60-80%) [6]. Преэклампсия тяжелой степени - 10,4% и 8,5% и эклампсия 0,2%, что среди показаний к кесареву сечению занимают третье место. Клинические проявления преэклампсии и эклампсии, проявления полиорганной недостаточности, безрезультативное проведенной терапии в течение нескольких часов и неготовность родовых путей, нарушение со стороны плода, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты явились показаниями к оперативному родоразрешению в данных случаях.

Клинический узкий таз 2,8 % и 2,8 %, ПОНРП+ПП 8,3% и 7,0%, угрожающее состояние плода 10,1% и 10,7%, уменьшение слабости родовой деятельности за счет улучшения мониторингования в родах с внедрением партограммы также явились показаниями к КС.

Основаниями к релапаротомий после кесарева сечения явились кровотечения, эвентерация сальника. Атоническое кровотечение, отслойка нормально расположенной плаценты, осложненная маткой Кювелера явились причинами к гистерэктомии.

Применение антибиотиков интраоперационно применялись в 97% случаях, после операции в 47,5 % случаях. Хориоамниониты, субинволюция матки, лейкоцитоз, инфильтрация швов на матке были показанием, для продолжения антибиотикотерапии были.

Наиболее частым осложнением (16%) в послеоперационном периоде составили, наиболее субинволюция матки 9% случаев. У пациенток с хроническими очагами инфекции мочеполовой системы, с обострением при настоящей беременности, с длительным безводным периодом и затяжным течением родов, тяжелой анемией, патологической кровопотерей чаще наблюдается субинволюция матки.

Анализ причин смерти новорожденных показывает отсутствие их связи с методом родоразрешения. Перинатальная смертность снизилась на 0,5%, однако при кесаревом сечении осталось неизменной 13,3%. За счет внедрения в практическое здравоохранение клинических протоколов по первичной реанимации новорожденных, улучшения пренатальной диагностики и мониторингования в родах в структуре причин перинатальной смертности наблюдается снижение тяжелой асфиксии при рождении. От осложнений беременности и экстрагенитальной патологии матери зависит рост синдрома дыхательных расстройств у новорожденных, что вынуждает акушер-гинекологов прерывать беременность по жизненным показаниям со стороны матери независимо от срока беременности, тем самым, увеличивая процент преждевременных родов, когда адаптационные возможности плода еще несовершенны.

Проблема беременности, родов и их ведения у женщин после оперативного родоразрешения перед современным акушерством вышла на первый план в связи с расширением показаний к кесареву сечению в целях снижения перинатальной смертности. А также необоснованные оперативные вмешательства, не имеющие выраженных факторов риска для плода, не сопровождается дальнейшим снижением перинатальных потерь, но чреватые серьезной угрозой для здоровья и жизни женщины, особенно при недооценке противопоказаний к операции.

Постоянное расширение показаний к этой операции обуславливает рост частоты оперативного родоразрешения. Среди которых доминируют рубец на матке, так как имеется опасность разрыва матки по рубцу, а также, прежде всего у пациенток с рубцом на матке в основном сохраняется показания, которые явились основанием для 1-й операции требующей строгого подхода.

Показания, обусловленные неправильным положением и угрожающим состоянием плода этой операции доминируют с совершенствованием пренатальной диагностики, благодаря использованию таких современных методов, как ультразвуковая фетометрия, доплерометрия, кардиотохография. При гипертензивных состояниях, неудачных попытках индукции по рекомендации ВОЗ расширены показания к абдоминальному родоразрешению и появились новые показания такие, как экстракорпоральное оплодотворение и искусственная инсеминация.

Выводы. Таким образом, для определения возможности снижения повторного кесарева сечения необходимо строгого подхода при решении вопроса о выборе родоразрешения в пользу операции кесарева сечения, так как показания к операции во время беременности и в родах

всегда будут. Высокая оперативная активность приводит к росту числа женщин репродуктивного возраста с рубцом на матке. У данного контингента женщин сохранение репродуктивной функции, ведение последующей беременности и родов представляют для врачей большие трудности. Необходимость постоянного проведения анализа собственной практики каждого акушера-гинеколога, требует расширение показаний к повторному кесареву сечению, что не является оптимальным методом родоразрешения ни для матери, ни для плода. Это создаст возможность по снижению частоты КС в будущем.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Э.Н.Алиева, С.Н.Кульбаева. Кесарево сечение - резервы снижения частоты. //Вестник КазНМУ №4-2015г.-с.5-6.
2. Е.Г. Гуменюк, Т.Л. Кормакова, А.В. Карпеченко, Л.М. Марабян. Повторная операция кесарева сечения в современном акушерстве. Есть ли резервы снижения? // Вестник РУДН, серия Медицина, 2015, № 3
3. Савельева Г.М., Караганова Е.Я., Курцер М.А., Кутакова Ю.Ю. Кесарево сечение в современном акушерстве. // Акушерство и гинекология. - 2007. - №2. - С. 3
4. Чернуха Е.А. Какова оптимальная частота кесарева сечения в современном акушерстве. //Акушерство и гинекология. - 2005. -№ 5. -с.8-11.
5. Ailamazyan E.K. Caesarean section: common problems and regional characteristics. *J. Obst. & womens' diseases*. 2005. Vol. LIV. № 4. P. 4—10.
6. Buyanova S.N., Shchukina N.A., Puchkova N.V. The clinical course of endomyometritis after cesarean section and its outcomes. *Russian Bull of obstetrician-gynecologist*. 2012. № 5. P. 84—88.
7. Yenikeeva Yu.D. Effect of mode of delivery on the postnatal adaptation of newborns. *Med. Bull of Bashkortostan*. 2011. Vol. 6. № 5. P. 145—150.
8. Zalesny A.V. Comprehensive assessment of the uterine scar after cesarean section. *J. Obst. & womens' diseases*. 2010. Vol. LIX. № 5. P. 118—126.
9. Orlova V.S., Kalashnikova I.V., Bulgakova E.V., Voronova Yu.V. Abdominal delivery as a medical and social problem of modern obstetrics. *J. Obst. & womens' diseases*. 2013. Vol. LXII. № 4. P. 6—14.
10. Pavlova T.Yu., Filippova R.D., Kramarskiy V.A. et al. The frequency of cesarean section and ways to reduce repeat abdominal delivery. *Yakut med J*. 2010. № 2. P. 90—92.
11. Savelyeva G.M., Trofimova O.A. Role of cesarean delivery in reducing of perinatal mortality and morbidity in term infants. *Obst &Gynecol*. 2008. № 4. P. 20—23.
12. Stepanova R.N., Samofalkina T.N., Kazakova E.V. Problems re-abdominal cesarean. *Scientific notes of Oryol State University. Series: natural, technical and medical sciences*. 2009. № 2. P. 154—158.
13. Haider G., Zehra N., Munir AA, Haider A. Frequency and indications of cesarean section in a tertiary care hospital. *Pak. J. Me. Sci*. 2009. Vol. 25. № 5. P. 791—796.
14. Hill J.B., Ammons A., Chauhan S.P. Vaginal birth after cesarean delivery: comparison of ACOG practice bulletin with other national guidelines. *Clin. Obstet. Gynecol*. 2012. Vol. 55. № 4. P. 969—977.
15. Karahasan H., Ljuca D., Karahasan N. et al. Antibiotic prophylaxis and inflammatory complications after Cesarean section. *J. Health Sciences*. 2011. Vol. 1. № 3. P. 145—148.
16. Kazmi T., Saiseema S.V., Khan S. et al. Analysis of Cesarean Section Rate — According to Robson's 10-group Classification. *Oman Med. J*. 2012. Vol. 27. № 5. P. 415—417.

BIBLIOGRAPHY:

1. E'.N.Alieva, S.N.Kul'baeva. Kesarevo sechenie - rezervy snizheniya chastoty.//Vestnik KazNMU №4-2015g.-s.5-6.
2. E.G. Gumenyuk, T.L. Kormakova, A.V. Karpechenko, L.M. Marabyan. Povtornaya operaciya kesareva secheniya v sovremennom akusherstve. Est' li rezervy snizheniya? // Vestnik RUDN, seriya Medicina, 2015, № 3

3. Savel'eva G.M., Karaganova E.Ya., Kurcer M.A., Kutakova Yu.Yu. Kesarevo sechenie v sovremennom akusherstve. // Akusherstvo i ginekologiya. - 2007. - №2. - S. 3
4. Chernuxa E.A. Kakova optimal'naya chastota kesareva secheniya v sovremennom akusherste. // Akusherstvo i ginekologiya. - 2005. - № 5. - s.8-11.
5. Ailamazyan E.K. Saesarean sestion: sommon problems and regional sharasteristiss. J. Obst. & womens' diseases. 2005. Vol. LIV. № 4. P. 4—10.
6. Buyanova S.N., Shshukina N.A., Pushkova N.V. The slinisal sourse of endomyometritis after sesarean sestion and its outsomes. Russian Bull of obstetrisian-gynesologist. 2012. № 5. P. 84—88.
7. Yenikeyeva Yu.D. Effest of mode of delivery on the postnatal adaptation of newborns. Med. Bull of Bashkortostan. 2011. Vol. 6. № 5. P. 145—150.
8. Zalesny A.V. Somprehensive assessment of the uterine ssar after sesarean sestion. J. Obst. & womens' diseases. 2010. Vol. LIX. № 5. P. 118—126.
9. Orlova V.S., Kalashnikova I.V., Bulgakova E.V., Voronova Yu.V. Abdominal delivery as a medisal and sosial problem of modern obstetriss. J. Obst. & womens' diseases. 2013. Vol. LXII. № 4. P. 6—14.
10. Pavlova T.Yu., Filippova R.D., Kramarskiy V.A. et al. The frequeny of sesarean sestion and ways to reduse repeat abdominal delivery. Yakut med J. 2010. № 2. P. 90—92.
11. Savelyeva G.M., Trofimova O.A. Role of sesarean delivery in redusing of perinatal mortality and morbidity in term infants. Obst & Gynesol. 2008. № 4. P. 20—23.
12. Stepanova R.N., Samofalkina T.N., Kazakova E.V. Problems re-abdominal sesarean. Ssientifis notes of Oryol State University. Series: natural, teshnical and medisal ssienses. 2009. № 2. P. 154—158.
13. Haider G., Zehra N., Munir AA, Haider A. Frequeny and indisations of sesarean sestion in a tertiary sare hospital. Pak. J. Me. Ssi. 2009. Vol. 25. № 5. P. 791—796.
14. Hill J.B., Ammons A., Shauhan S.P. Vaginal birth after sesarean delivery: somparison of ASOG prastise bulletin with other national guidelines. Slin. Obstet. Gynesol. 2012. Vol. 55. № 4. P. 969—977.
15. Karahasan H., Ljusa D., Karahasan N. et al. Antibiotis prophylaxis and inflammatory somplisations after Sesarean sestion. J. Health Ssienses. 2011. Vol. 1. № 3. P. 145—148.
16. Kazmi T., Saiseema S.V., Khan S. et al. Analysis of Sesarean Sestion Rate — Assording to Robson's 10-group Slassifisation. Oman Med. J. 2012. Vol. 27. № 5. P. 415—417.

Автор для корреспонденции: Алиева Э.Н. - Кафедра акушерства - гинекологии МКТУ им. Х.А.Ясави, кафедра акушерства и гинекологии АО ЮКМА, г.Шымкент, Городской перинатальный центр г. Шымкент, alieva8519@mail.ru



УДК: 616.441-008:577.121:618.173 (048)

**БАЙДУРИН С.А., БЕКЕНОВА Ф.К., ТКАЧЕВ В.А., МАХАМБЕТОВ К.О.,
КЫСТАУБАЕВА З.К., ИЛЬМАЛИЕВА А.Ж., САГЫНДЫКОВА Г.Ж.**

НАО «Медицинский университет Астана», г.Нур-Султан

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН ПЕРИ- И ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Аннотация:

В статье рассматривается проблема клинико-функциональной взаимосвязи состояния щитовидной железы у женщин менопаузального возраста и компонентов метаболического синдрома (МС).

Целью исследования явилось оценка взаимосвязи тиреоидной дисфункции и различных компонентов МС у женщин пери- и постменопаузального возраста.

Обследованы 80 женщин менопаузального периода (средний возраст- 55 лет), из которых 40 человек с наличием МС составили основную группу, а группу сравнения – аналогичное количество женщин без МС. Критерием включения в исследование было наличие признаков абдоминального ожирения (АО) согласно критериям ВОЗ (2008г). Проводилась оценка антропометрических, функциональных (АД), лабораторных (липидограмма, ТТГ, свТ4, антитела к ТПО, ФСГ, ЛГ, содержание концентрации йода в моче) и инструментальных (УЗИ щитовидной железы) данных, статистический анализ с использованием программы SPSSStatistics версия 20. Женщины были разделены на две возрастные группы: 1-я группа – перименопаузального и 2-я группа – постменопаузального возраста. В каждой из групп находились по 40 человек (20 женщин с МС и 20 - без МС). Показано, что у женщин пери- и постменопаузального возраста с МС имеется субклинический гипотиреоз. Установлено влияние уровня ТТГ периферической крови у женщин пери- и постменопаузального возраста с МС на показатели массы тела, углеводного и липидного обменов, а также половых гормонов.

Ключевые слова: метаболический синдром, менопаузальный период, ожирение, инсулинорезистентность, щитовидная железа.

**БАЙДУРИН С.А., БЕКЕНОВА Ф.К., ТКАЧЕВ В.А., МАХАМБЕТОВ К.О.,
КЫСТАУБАЕВА З.К., ИЛЬМАЛИЕВА А.Ж., САГЫНДЫКОВА Г.Ж.**

«Астана медицина университеті» КеАҚ, Нұр-Сұлтан

МЕТАБОЛИКАЛЫҚ СИНДРОМЫ БАР ПЕРИ- ЖӘНЕ ПОСТМЕНОПАУЗА КЕЗЕҢІНДЕГІ ӘЙЕЛДЕРДІҢ ҚАЛҚАНША БЕЗІНІҢ ФУНКЦИОНАЛДЫ ЖАҒДАЙЫ

Түйіндеме:

Мақалада менопауза кезеңіндегі әйелдердің қалқанша безінің жағдайы мен метаболикалық синдромның (МС) компоненттерінің арасындағы клиникалық және функционалдық байланыс мәселесі қарастырылады. Зерттеудің мақсаты пери- және постменопауза кезеңіндегі әйелдерде қалқанша безінің дисфункциясы мен МС компоненттері арасындағы байланысты бағалау болды. Менопаузада кезеңіндегі 80 әйел (орташа жасы 55 жас) зерттелді, оның ішінде МС-мен ауыратын 40 адам негізгі топты құрады, ал салыстыру тобы - МС жоқ әйелдер, саны 40 адам. . Зерттеуге қосу критерийлері ДДСҰ (2008) критерийлеріне сәйкес абдоминалды семіздік (АС) белгілері болды. Антропометриялық, функционалдық (АҚ), зертханалық (липидограмма, ТТГ, свТ4, антитела к ТПО, ФСГ, ЛГ, зәрдегі йод концентрациясы) және аспаптық (қалқанша безінің УДЗ) деректері бағаланды, статистикалық талдау SPSSStatistics 20 бағдарламасын қолдану арқылы жүргізілді.

Әйелдер екі жас тобына бөлінді: 1-топ – перименопауза және 2-топ – постменопауза жасы. Әр топта 40 адам (МС бар 20 әйел және МС жоқ 20 әйел) кірді. МС бар пери- және постменопауза кезеңіндегі әйелдерде субклиникалық гипотиреоз бар екені көрсетілді. МС бар пери- және постменопаузадағы әйелдердің перифериялық қандағы ТТГ деңгейі дене салмағына, көмірсулар мен липидтер алмасуына, сондай-ақ жыныстық гормондарға әсері анықталды.

Кілтті сөздер: метаболикалық синдром, менопауза кезеңі, семіздік, инсулинге төзімділік, қалқанша безі.

BAIDURIN S.A., BEKENOVA F.K., TKACHEV V.A., MAKHAMBETOV K.O., KYSTAUBAEVA Z.K., ILMALIYEVA A.ZH., SAGYNDYKOVA G.ZH.

NJSC "Astana Medical University", Nur-Sultan

THE FUNCTIONAL STATE OF THE THYROID GLAND IN PERI- AND POSTMENOPAUSAL WOMEN WITH METABOLIC SYNDROME

Abstract:

The article deals with the problem of the clinical and functional relationship between the state of the thyroid gland in women of menopausal age and the components of the metabolic syndrome (MS). The purpose of the study: to assess the relationship between thyroid dysfunction and various components of MS in women of peri- and postmenopausal age. 80 menopausal women (mean age 55 years) were examined, of which 40 people with MS constituted the main group, and the comparison group - a similar number of women without MS. The inclusion criterion in the study was the presence of signs of abdominal obesity (AO) according to the WHO criteria (2008). Anthropometric, functional (BP), laboratory (lipidogram, TSH, freeT4, antibodies to TPO, FSH, LH, urinary iodine concentration) and instrumental (ultrasound of the thyroid gland) data, statistical analysis using the program SPSSStatistics version 20 were evaluated. The women were divided into two age groups: group 1 - perimenopausal and group 2 - postmenopausal. There were 40 people in each group (20 women with MS and 20 women without MS). It has been shown that peri- and postmenopausal women with MS have subclinical hypothyroidism. The influence of peripheral blood TSH levels in peri- and postmenopausal women with MS on body weight, carbohydrate and lipid metabolism, and sex hormones was established.

Key words: metabolic syndrome, menopausal period, obesity, insulin resistance, thyroid gland.

Введение. Метаболический синдром (МС) является одной из актуальных проблем современности в связи с его прогрессирующим ростом и осложнениями, представляющими угрозу жизни. Около 64% населения развитых стран имеют ожирение, 25-40% страдают МС [1-3]. МС-симптомокомплекс метаболических и сердечно-сосудистых нарушений, таких как артериальная гипертензия (АГ), нарушение толерантности к глюкозе (НТГ), абдоминальное ожирение (АО), дислипидемия, в основе которого лежит инсулинорезистентность (ИР) и системная гиперинсулинемия. На сегодняшний день наступление менопаузы рассматривают как один из основных факторов риска в развитии метаболических нарушений. Взаимодействие угасающей функции яичников и основных компонентов МС способствует взаимоотягощению всех составляющих МС и формированию порочных кругов, создавая базу для формирования полиморбидной патологии [4,5]. Актуальность проблемы МС период климактерия обусловлена как увеличением его чистоты, так и высоким риском развития осложнений, приводящих к инвалидизации и фатальным исходом.

Несмотря на известный факт тесной взаимосвязи различных гормональных влияний и метаболических процессов в организме человека, попрежнему остается много неясного относительно состояния органов эндокринной системы и их сложных взаимодействий при патологии внутренних органов [6,8-11]. Известно также, что у 90% женщин, переступающих рубеж менопаузы, имеются множественные метаболические нарушения [12,13].

Основным компонентом МС является АО. По данным ВОЗ при МС именно АО приводит к ИР и компенсаторной гиперинсулинемии.

У женщин различного возрастного периода АО часто сочетается с другими компонентами МС [12,14]. Щитовидная железа является одним из самых важных и значимых органов в эндокринной системе. Тиреоидная дисфункция может сопровождаться недостаточным или избыточным синтезом гормонов, что отрицательно влияет не только на состояние самой железы, но и приводит к различным отклонениям в работе других органов и систем [11,15]. С одной стороны, имеются многочисленные исследования, подтверждающие взаимосвязь гипотиреоза с АГ, ишемической болезнью сердца (ИБС) и нарушениями липидного обмена, а с другой - нарушения углеводного обмена и гиперсимпатикотония тесно коррелируют с гипертиреозом. При этом ИР встречается как при гипо-, так и при гипертиреозе [16,17].

Исследования, касающиеся взаимоотношений компонентов МС и показателей функции щитовидной железы, представляют особый интерес, поскольку в последние годы появилось мнение о роли тиреотропного гормона (ТТГ) как компонента в формировании МС. В литературе имеются неоднозначные сведения о дисфункции щитовидной железы у женщин перименопаузального и постменопаузального возраста на фоне МС [3,12]. Так, в одномоментном исследовании, проведенном в Индии, среди 420 женщин постменопаузального периода с МС распространенность субклинического гипотиреоза была выше, чем у женщин без МС (22% против 6%). В другом исследовании, проведенном в Мексике, у лиц без нарушения функции щитовидной железы и с субклиническим гипотиреозом распространенность МС оказалась одинаковой: 31,6 и 32,06% соответственно [18]. Установлена положительная корреляция уровня ТТГ с общим холестерином, триглицеридами (ТГ) и окружностью талии (ОТ), свободного тироксина (свТ₄) с липопротеидами высокой плотности (ЛПВП). Причем уровень свТ₄ отрицательно коррелировал с ОТ, уровнем инсулина и индексом НОМА-IR. В одном из исследований, среди женщин с субклиническим и явным гипотиреозом, МС встречался чаще только у лиц с явным гипотиреозом, хотя число женщин с АО было больше, чем среди лиц с субклиническим гипотиреозом [1,19]. В популяционном исследовании, проведенном в Нидерландах, у лиц без нарушения функции щитовидной железы уровень свТ₄ обратно пропорционально коррелировал с ТГ, холестерином, АД, АО и ИР. В ряде исследований отмечено, что с повышением уровня ТТГ увеличивается индекс массы тела (ИМТ) и уровень АД [1-3,8,12,19,20]. По поводу дислипидемии показано, что у лиц без нарушения функции щитовидной железы, связь между ИР и высоким ТТГ определяла худший липидный профиль. В то же время, в нескольких исследованиях была выявлена корреляция между уровнем ТТГ и развитием дислипидемии, независимо от ИР [1-3,7,16,21,22]. Все эти данные могут свидетельствовать о возможной связи между функциональным состоянием щитовидной железы и наличием МС.

Учитывая высокую распространенность МС, изучение связи между его компонентами и функциональным состоянием щитовидной железы у женщин перименопаузального и постменопаузального возраста является весьма актуальным и требует дальнейшего изучения.

Целью нашего исследования явилась оценка взаимосвязи тиреоидной дисфункции и различных компонентов метаболического синдрома у женщин перименопаузального и постменопаузального возраста.

Материал и методы исследования. Нами было проведено поперечное одномоментное исследование на базе ТОО «Салауатты Астана» и отделения эндокринологии многопрофильной городской больницы №1.

Объектом исследования были 80 женщин менопаузального периода (средний возраст - 55 лет), из которых 40 человек с наличием МС, составили основную группу, а группу сравнения – аналогичное количество женщин без МС. У 38 (47,5%) женщин с МС отмечалось увеличение щитовидной железы до 1 степени, а при УЗИ общий объем щитовидной железы варьировал от 5 до 15 см³.

Критерием включения в исследование было наличие признаков АО согласно критериям ВОЗ (2008г).

Диагностика МС, основывалась на наличии ИР и двух из нижеперечисленных признаков:

1. артериальная гипертензия: систолическое АД выше 130 мм рт. ст. или диастолическое АД выше 85 мм рт. ст.;

2. дислипидемия: повышение уровня ТГ плазмы ($> 1,7$ ммоль/л) и/или низкий уровень ХС ЛПВП $< 1,29$ ммоль/л у женщин;
3. ожирение: ИМТ > 30 кг/м² и/или отношение ОТ к окружности бедер (ОБ) $> 0,80$ для женщин;
4. микроальбуминурия (скорость экскреции альбуминов с мочой (20 мкг/мин).
5. повышение глюкозы венозной крови $> 5,6$ ммоль/л натощак;

Критерии исключения: женщины с известным диагнозом гипотиреоза или тиреотоксикоза; пациенты после операций на щитовидной железе или после радиойодтерапии; пациенты, принимающие глюкокортикоиды; женщины, получающие терапию статинами. В исследование также не были включены женщины с тяжелой соматической патологией - сахарным диабетом 2 типа, ХПН, дыхательной и сердечной недостаточностью и пациенты с указаниями в анамнезе на наличие психических нарушений, острой стадией воспалительных заболеваний.

Исследование не противоречило принципам Хельсинкской декларации и было одобрено локальным биоэтическим комитетом НАО «Медицинского университета Астана».

Результаты исследования. В соответствии с поставленной целью все женщины разделены на две возрастные группы: 1-я группа – перименопаузального и 2-я группа – постменопаузального возраста. В каждой из групп находились по 40 человек (20 женщин с МС и 20 - без МС) (см. рисунок).

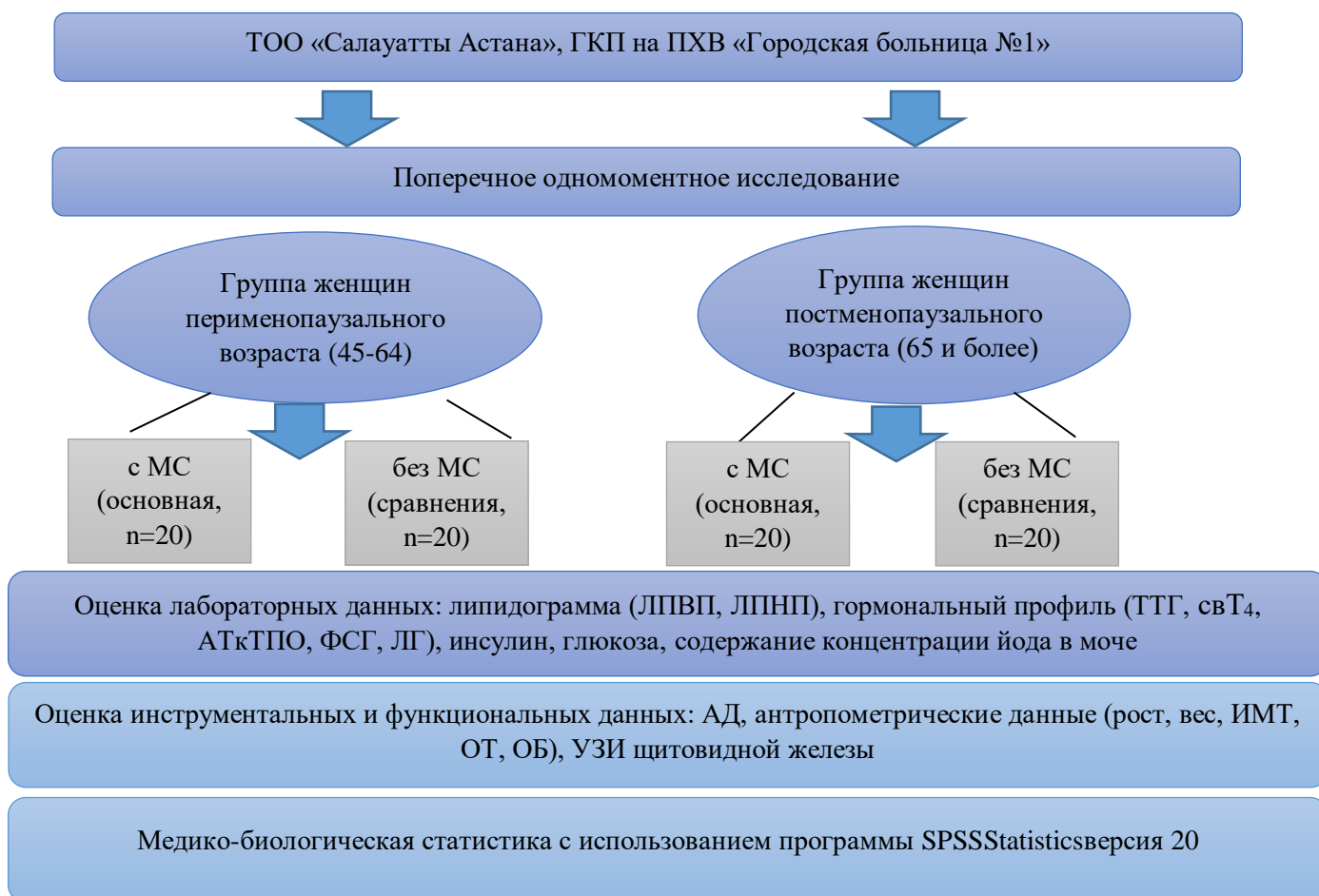


Рисунок. Дизайн проведенного исследования

В клинической картине женщин с МС пери-и постменопаузального возраста помимо наличия АО 1 степени (ИМТ – $31,8 \pm 1,02$ кг/м²) наблюдались астено-вегетативный синдром, характеризующийся общей слабостью (25%), утомляемостью (85%), головными болями (60%), бессонницей (24%), гипотиреоидный синдром в виде сухости кожных покровов (32%), выпадения волос (21%), отпечатков зубов по краю языка (15%).

С целью выявления тиреоидной дисфункции у обследованных женщин в соответствии с критериями Международной Федерации Диабета (2005) оценивали уровень ТТГ, свТ₄ и антител к тиреопероксидазе (АТкТПО). В тех случаях, когда уровень ТТГ был выше 4,0 мМЕд/мл, а показатели свТ₄ в норме (7,7-14,2 пмоль/л), несмотря на отсутствие клинических проявлений поражения щитовидной железы, устанавливался диагноз субклинического гипотиреоза.

Таблица 1. Клинико-лабораторная характеристика женщин пери- и постменопаузального возраста с МС (основная группа) и без МС (группа сравнения)

Признаки	Группа женщин перименопаузального возраста (45-64 лет)		Группа женщин постменопаузального возраста (65и более лет)	
	Пери- и постменопаузальный возраст			
	Г р у п п ы			
	основная	сравнения	основная	сравнения
ОТ см	100,8±2,31*	72,4±2,20	105±1,85*	74,8±0,83
ОБ см	122,1±1,94	103,6±2,18	132,4±0,83	102,3±0,79
ИМТ _{кг/м²}	32,74±1,17	23,59±0,87	32,76±0,89	25,54±0,83
индексНОМА	5,02±0,59*	1,67±0,12	5,86±0,54*	1,63±0,24
ТТГ мМЕ/мл	7,62± 1,77*	5,44±2,18	9,11 ±1,04*	3,18±1,24
свТ ₄ пмоль/л	8,22±3,25*	11,31±3,14	7,96±2,38*	10,35±3,51
АТкТПО МЕ/мл	151,1±120,3	194,2±141,6	142,7±14,0	152,2±105,2

Примечание: * - $p < 0,05$ по сравнению с группой сравнения

Как видно из таблицы 1, у женщин с МС пери-и постменопаузального возраста установлена тенденция к возрастанию ИР по данным индекса НОМА, а также повышение уровня ТТГ на фоне нормального уровня свТ₄, что свидетельствовало о признаках субклинического гипотиреоза. Уровень ТТГ периферической крови у женщин с МС пери-и постменопаузального возрастного периода был значительно выше, чем у женщин без МС и составлял 7,62 мМЕ/л и 9,11 м МЕ/л соответственно

Было изучено влияние ТТГ на массу тела и показатели липидного обмена у женщин с МС пери-и постменопаузального возрастного периода

Таблица 2. Влияние ТТГ на массу тела и показатели липидного обмена у женщин пери-и постменопаузального возраста

Показатель	Группа женщин перименопаузального возраста (45-64 лет, N=40)				Группа женщин постменопаузального возраста (65 и более, N=40)			
	основная группа (n=20)	группа сравнения (n=20)	r	значение P	основная группа (n=20)	r	группа сравнения (n=20)	значение P
ТТГ, мМЕ/л	7,62± 1,77*	5,44±2,18	-	p=0,39	9,11 ±1,04*	-	3,18±1,24	p=0,000
ОТ, см	100,8±2,31*	72,4±2,20	0,092	p=0,00	105±1,85*	0,066	74,8±0,83	p=0,00
ОБ, см	122,1±1,94*	103,6±2,18	0,003	p=0,00	132,4±0,83	0,032	102,3±0,79	p=0,00
ИМТ, кг/м ²	32,74±1,17*	23,59±0,87	0,095	p=0,0	32,76±0,89	0,220	25,54±0,83	p=0,0
ЛПНП, ммоль/л	5,67±0,07*	3,38±0,38	-0,16	p=0,00	5,72±0,13*	0,171	3,58±0,15	p=0,00

			6					
ЛПВП ммоль/л	0,67±0,03*	0,9±0,20	- 0,05 1	p=0,00	0,63±0,05 *	- 0,1 21	0,8 ±0,17	p=0,00

Примечание: * - $p < 0,05$ по сравнению с группой сравнения

Как видно из таблицы 2, уровень ТТГ периферической крови у женщин с МС пери-и постменопаузального возрастного периода был значительно выше, чем у женщин без МС. При этом повышенный уровень ТТГ положительно коррелировал с показателями ОТ, ОБ, ИМТ, а также с показателями липидного обмена. Так, в основной группе женщин пери- и постменопаузального периода концентрация липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) была выше, чем в группе сравнения, а ЛПВП имели тенденцию к снижению.

Корреляционный анализ в этой возрастной группе показал слабую связь с показателями, определяющими массу тела (ОТ, ОБ, ИМТ) и липидного обмена (ЛПНП, ЛПВП).

Нами изучено также влияние уровня ТТГ на показатели углеводного обмена в этой возрастной группе. Как видно из таблицы 3, уровень ТТГ четко коррелировал с показателями углеводного обмена у женщин с МС основной группы: концентрация глюкозы и инсулина была достоверно выше, а индекс НОМА значительно ниже, чем в группе сравнения. Корреляционный анализ также выявил слабую связь уровня ТТГ с показателями углеводного обмена.

Таблица 3. Влияние ТТГ на показатели углеводного обмена у женщин пери-и постменопаузального возраста

Показатели	Группа женщин перименопаузального возраста (45-64 лет, N=40)				Группа женщин постменопаузального возраста (65 и более, N=40)			
	основная группа (n=20)	группа сравнения (n=20)	r	значение P	основная группа (n=20)	группа сравнения (n=20)	r	значение P
ТТГ мМЕ/мл	7,62± 1,77	5,44±2,18	-	p=0,39	9,11 ±1,04*	3,18±1,24	-	p=0,000
Глюкоза ммоль/л	6,3±0,25*	5,1±0,15	0,246	p=1,92	6,4 ±0,29*	4,7±0,38	0,069	p=6,18
Инсулин мМЕ/л	17,9±1,61*	7,52±0,53	0,078	p=0,00	18,3±1,51*	7,7±0,59	0,100	p=0,00
Индекс НОМА	5,02±0,59*	1,67±0,12	0,143	p=0,00	5,86±0,54*	1,63±0,24	0,099	p=0,00

Примечание: * - $p < 0,05$ по сравнению с группой сравнения

При изучении влияния уровня тиреоидных гормонов и содержание йода в моче на концентрацию половых гормонов у женщин с МС пери-и постменопаузального возраста (таблица 4), следует отметить, что из тиреоидных гормонов, лишь ТТГ коррелировал с концентрацией половых гормонов.

Из таблицы 4 видно, что в основной группе женщин пери-и постменопаузального возрастного периода высокий уровень ТТГ коррелировал в обратной зависимости с концентрациями фолликулостимулирующего (ФСГ) и лютеинизирующего гормонов (ЛГ) по сравнению с группой сравнения. Анализ взаимосвязи ТТГ и уровнем половых гормонов показал слабую положительную связь с ФСГ и отрицательную – с ЛГ.

Таблица 4. Влияние ТТГ на уровень половых гормонов у женщин пери-и постменопаузального возраста

Показатели	Группа женщин перименопаузального возраста (45-64 лет, N=40)	Группа женщин постменопаузального возраста (65 и более, N=40)
------------	--	---

	основная группа (n=20)	группа сравнения (n=20)	r	значение P	основная группа (n=20)	группа сравнения (n=20)	r	значение P
ТТГ мМЕ/мл	7,62± 1,77	5,44±2,18	-	p=0,39	9,11 ±1,0*	3,18±1,24	-	p=0,000
свТ4 нмоль/л	8,22±3,25*	11,31±3,14	-	p=0,13	7,96±2,38	10,35±3,51	-	p=0,80
АТкТПО МЕ/мл	151,1±120,3	194,2 ±141,6	-	p=0,63	142,7±14,0	152,2±105,2	-	p=0,036
Йод в моче мкг/л	120,3± 10,4	116,7±11,1	-	p=0,62	127,5±8,8	119,2±10,0	-	p=0,18
ФСГ мМЕ/мл	45,56±12,4*	52,58±15,0	0,126	p=0,74	66,59± 2,71*	64,82±1,84	0,154	p=2,75
ЛГ мМЕ/мл	34,9±5,87*	29,5±5,91	-0,039	p=0,18	44,25±3,58*	55,66±5,90	0,050	p=0,013

Примечание: * - $p < 0,05$ по сравнению с группой сравнения

При этом повышенный уровень ТТГ положительно коррелировал как с показателями ОТ, ОБ, ИМТ, так и с параметрами липидного и углеводного обменов. Высокий уровень ТТГ у женщин с МС коррелировал в обратной зависимости и с концентрациями половых гормонов (ФСГ и ЛГ) по сравнению с группой женщин без МС. Что касается содержания йода в моче, то следует отметить снижение его уровня как в основной, так и в группе сравнения, что свидетельствовало об эндемичности йодурии в Северном регионе Казахстана. Проведение корреляционного анализа взаимосвязи йодурии и показателей компонентов МС не являлось оправданным у обследуемых женщин.

Таким образом, анализируя полученные результаты влияния уровня ТТГ периферической крови на показатели липидного и углеводного обменов: снижение концентрации антиатерогенного ХС-ЛПВП, повышение уровня глюкозы, концентрации инсулина и индекса НОМА у женщин с МС можно заключить о наличии хронической гиперинсулинемии и инсулинорезистентности.

Обсуждение. Многочисленные литературные данные свидетельствуют о существовании тесной взаимосвязи различных гормональных влияний и метаболических процессов в организме женщин [1,3,6-11,13]. Известно, что основным компонентом МС является абдоминальное ожирение (АО). По данным ВОЗ при МС именно АО приводит к хронической гиперинсулинемии и инсулинорезистентности. Возросший интерес к проблеме МС и его связи с тиреоидной дисфункцией у женщин менопаузального возрастного периода обусловлен тем, что при АО могут быть те или нарушения функции щитовидной железы [4,5,8,9,11]. Учитывая высокую распространенность МС, изучение связи между компонентами метаболического синдрома и функциональным состоянием щитовидной железы у женщин менопаузального возраста является весьма актуальным.

В организме женщины после 45-50 лет наступает ряд изменений. В пери- и постменопаузальном возрасте доминируют инволютивные процессы в репродуктивной системе женщины. Начинают снижаться, а затем и вовсе прекращается гормональная функция яичников. Женские половые гормоны: эстрогены и прогестерон при климаксе синтезируются уже в меньших количествах и их прогрессирующий дефицит становится причиной так называемого «менопаузального метаболического синдрома» (ММС) – комплекса метаболических изменений, возникающих в период менопаузы. ММС отличается большой вариабельностью как клинических проявлений, так и уровнями половых гормонов. При ММС на фоне дефицита половых гормонов снижается концентрация белка, связывающего половые стероиды, что приводит к росту содержания свободных андрогенов в крови, которые сами по себе снижают уровень ХС-ЛПВП и способствуют развитию хронической гиперинсулинемии и инсулинорезистентности [4,6,18].

В результате проведенного комплексного исследования с целью изучения влияния тиреоидной дисфункции на компоненты МС у женщин пери- и постменопаузального возраста

нами установлены *следующие закономерности*: у женщин с МС по сравнению с таковыми без МС выявлено повышение уровня ТТГ на фоне нормального уровня свТ₄, что свидетельствовало о наличии субклинического гипотиреоза у этой категории женщин; высокий уровень ТТГ периферической крови сопровождался снижением концентрации антиатерогенного ХС-ЛПВП, повышением уровня глюкозы и инсулина, а также индекса НОМА в группе женщин пери-и постменопаузального периода с МС. Это подтверждалось проведенным корреляционным анализом.

Выявленная закономерность между уровнем ТТГ периферической крови и показателями массы тела, углеводного и липидного обменов, а также половых гормонов у женщин пери-и постменопаузального возраста с МС свидетельствовала о взаимосвязи тиреоидной дисфункции с основными компонентами метаболического синдрома.

Полученные нами результаты не противоречат сведениям литературы, касающихся влияния дисфункции щитовидной железы на компоненты МС у женщин пери-и постменопаузального периода [7,12,15,23].

Выводы:

1. У женщин пери-и постменопаузального возраста с МС по сравнению с группой женщин без МС повышение уровня ТТГ на фоне нормального уровня свТ₄ свидетельствовало о наличии субклинического гипотиреоза.

2. В исследуемой группе по сравнению с группой женщин без МС установлено влияние ТТГ периферической крови на показатели массы тела, углеводного и липидного обменов, а также половых гормонов.

3. У женщин с МС пери- и постменопаузального возраста выявлена достоверная связь между уровнем ТТГ периферической крови и показателями углеводного обмена, липидного обмена, уровнем половых гормонов, что подтверждается проведенным корреляционным анализом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Беленков Ю.Н., Привалова Е.В., Каплунова В.Ю. *Метаболический синдром: история развития, основные критерии диагностики//Рациональная фармакотерапия в кардиологии. - 2018. -№14(5). -С.757-764.*
2. Tabur S., Torun A. N. *Non diabetic metabolic syndrome and obesity do not affect serum paraoxonase and arylesterase activities but do affect ocsidative stress and inflammation // Eur. J.Endocrinol. - 2017. - Vol.16.-N3. -P.535–541.*
3. Бобушева Г.С., Зиддинова Л.М. *Ожирение и дисфункция щитовидной железы (обзор литературы)// Вестник КРСУ. -2017. т.17. -№17. - С.110-113.*
4. Руюткина Л.А., Руюткин Д.С. *Субклинический гипотиреоз и метаболический синдром: основания для медикаментозного вмешательство// Ожирение и метаболизм. -2020. -Т.17. -№1. - С.41-47.*
5. Du F-M, Kuang H-Y., Duan B-H., et al. *Associations Between Thyroid Hormons Within the Euthyroid Range and Indices of Obesity in Obese Chinese Women of Reproductive Age// Metab. Syndr. Relat. Disord. -2019.-17(8). -P.416-422.doi: <https://doi.org/10.1089/met.20190036>*
6. Есенгельдиева А.Е., Байдурун С.А. *К вопросу о связи метаболического синдрома и состояния щитовидной железы у женщин постменопаузального периода//Астана Медициналык журналы. - 2018.-№4.-С.85-93.*
7. Копина М.Н. *Характеристика распространенности основных составляющих метаболического синдрома в Северо-Западном регионе у женщин в перименопаузе//Вестн. Новгородского гос.унив.2015.-№59.-С.37-40.*
8. Лукина Е.В. *Метаболический синдром и тиреоидная дисфункция//Тем. выпуск «Профилактическая и клиническая медицина».- 2010.- №3.-С.36-37.*
9. Мустафина С.В. *Структурно-функциональные нарушения щитовидной железы и компоненты метаболического синдрома в Сибири: клинко-популяционное исследование: автореф. дис.канд. мед. наук /Новосибирск- 2009. -С.23.*

10. Lucyna Siemińska, Celina Wojciechowska, Krzysztof Walczak. Associations between metabolic syndrome, serum thyrotropin, and thyroid antibodies status in postmenopausal women, and the role of interleukin-6 // *Endokrynologia Polska*. -2015.-№5.66(основная статья).
11. Sung K.C., Reaven G. Fasting plasma triglyceride concentration: A possible approach to identify increased risk of statin-induced type 2 diabetes. // *Diab Vasc Dis Res*.-2015.-12(5):373-6. doi:10.1177/1479164115584275.
12. Красникова Н.В., Шеметова Г.Н. Соматическая патология у женщин в различные декады климактерического периода // *БМИК*. -2013.-№3.-С.537-539.
13. Alessandro P. Delitalaa, Maristella Sterib, Maria Grazia Piliab// *Menopause modulates the association between thyrotropin levels and lipid parameters: The SardiNIA study*. -2016 October.92.-P.30–34. doi: 10.1016/j.maturitas.2016.07.003. (NIHMS)
14. Wolffenbuttel B.H.R., Wouters H.J.C.M., Slagter S.N. e.a. Thyroid function and metabolic syndrome in the population-based LifeLines cohort study.// *BMC Endocr. Disord*.- 2017.-P.65-69.
15. Худякова Н.В., Шишкин А.Н., Смирнов В.В., Темная Н. В. Артериальная гипертензия и ремоделирование миокарда при метаболическом синдроме у женщин // *Труды VII-й Всерос. науч.-практ. конф.*- 2012. т. 7.- ч. I.-С. 474–475.
16. Garber J.R., Cobin R.H., Gharib H.,Hennessey J.V. et al. *Clinical Practice Guidelines for Hypothyroidism in Adults*//Cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association *Endocr. Pract.*-2012.-11: 1–207
17. Malgorzata Gietka-Czernel. *The thyroid gland in postmenopausal women: physiology and diseases* // *Menopause Rev*, 2017. 16(2): 33-37 (MR)
18. Раисова А. Т. *Метаболический синдром в постменопаузе* // *Вестник КРСУ*. -2012. т.12.-№ 2.-С.149–151.
19. Худякова Н.В., Шишкин А.Н., Смирнов В.В., Темная Н.В. Дислипидемия и инсулинорезистентность при метаболических нарушениях у женщин в ранней постменопаузе / *Труды VII-й Всерос. науч.-практ. конф.*-2012.- т. 7.- ч. I.473–474с.
20. Biondi B., Cooper D.S. *The clinical significance of subclinical thyroid dysfunction*. // *J.Endocrinol Rev*.-2008.-29(1).-P.76-131.
21. Котенко К.В., Сломинский Б.Ю. Динамика липидного и метаболического дисбаланса на фоне комплексных программ реабилитации при метаболическом синдроме // *Саратовский научно-медицинский журнал*.-2013.-т.9.-№4.-С. 912-917.
22. Mahbuba S., Mohsin F., Rahat F., *Descriptive epidemiology of metabolic syndrome among obese adolescent population*. // *Diabetes Metab Syndr*.- 2018 May;12(3).-P.369-374., doi:10.1016/j.dsx.2017.12.026.
23. Briones M., A. N. D. Cat, G. E. Callera et al. *Adipocytes produce aldosterone through calcineurin-dependent signaling pathways: implications in diabetes mellitus-associated obesity and vascular dysfunction*. // *Hypertension*-2012 (59) №5.-P.1069–1078.

REFERENCES:

1. Belenkov Yu.N., Privalova E.V., Kaplunova V.Yu. *Metabolic syndrome: history of development, main diagnostic criteria* // *Rational pharmacotherapy in cardiology*.- 2018.-№14(5).-P.757-764.
2. Tabur S., Torun A. N. *Non diabetic metabolic syndrome and obesity do not affect serum paraoxonase and arylesterase activities but do affect oxidative stress and inflammation* // *Eur. J. Endocrinol*.- 2017.-Vol.16.-N3. -P.535–541.
3. Bobusheva G.S., Ziddinova L.M. *Obesity and thyroid dysfunction (literature review)* // *Vestnik KRSU*.- 2017.v.17.-№17.- С.110-113.
4. Ruyatkina L.A., Ruyatkin D.S. *Subclinical hypothyroidism and metabolic syndrome: grounds for medical intervention* // *Obesity and metabolism*.-2020.-T.17.-No.1.-P.41-47.
5. Du F-M, Kuang H-Y., Duan B-H., et al. *Associations Between Thyroid Hormons Within the Euthyroid Range and Indices of Obesity in Obese Chinese Women of Reproductive Age*// *Metab. Syndr. Relat. Disord*.-2019.-17(8).-P.416-422.doi: <https://doi.org/10.1089/met.20190036>

6. Yesengel'dieva A.E., Baidurin S.A. *On the issue of the relationship between the metabolic syndrome and the state of the thyroid gland in postmenopausal women // Astana Medical journals.-2018.-No. 4.-P.85-93.*
7. Kopina M.N. *Characteristics of the prevalence of the main components of the metabolic syndrome in the North-West region in women in perimenopause//Vestn.Novgorodsk State Univ.2015.-No.59.-S.37-40.*
8. Lukina E.V. *Metabolic syndrome and thyroid dysfunction//Tem. Issue "Preventive and Clinical Medicine" - 2010. - No. 3.-S.36-37.*
9. Mustafina S.V. *Structural and functional disorders of the thyroid gland and components of the metabolic syndrome in Siberia: a clinical and population study: author. dis.cand. honey. sciences / Novosibirsk- 2009.-p.23.*
10. Lucyna Siemińska, Celina Wojciechowska, Krzysztof Walczak. *Associations between metabolic syndrome, serum thyrotropin, and thyroid antibodies status in postmenopausal women, and the role of interleukin-6 // Endokrynologia Polska.-2015.-№5.66 (main article).*
11. Sung K.C., Reaven G. *Fasting plasma triglyceride concentration: A possible approach to identify increased risk of statin-induced type 2 diabetes.//Diab Vasc Dis Res.-2015.-12(5):373-6. doi:10.1177/1479164115584275.*
12. Krasnikova N.V., Shemetova G.N. *Somatic pathology in women in different decades of menopause //BMIK.-2013.-No.3.-S.537-539.*
13. Alessandro P. Delitalaa, Maristella Sterib, Maria Grazia Piliab// *Menopause modulates the association between thyrotropin levels and lipid parameters: The SardiNIA study.-2016 October.92.-P.30–34. doi:10.1016/j.maturitas.2016.07.003. (NIHMS)*
14. Wolffenbuttel B.H.R., Wouters H.J.C.M., Slagter S.N. e.a. *Thyroid function and metabolic syndrome in the population-based LifeLines cohort study.// BMC Endocr. Disord.- 2017.-P.65-69.*
15. Khudyakova N.V., Shishkin A.N., Smirnov V.V., Temnaya N.V. *Arterial hypertension and myocardial remodeling in women with metabolic syndrome. scientific-practical. Conf.-2012.v.7.- part I.-C.474–475.*
16. Garber J.R., Cobin R.H., Gharib H., Hennessey J.V. et al. *Clinical Practice Guidelines for Hypothyroidism in Adults//Cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association Endocr. Pract.-2012.-11: 1–207*
17. Małgorzata Gietka-Czernel. *The thyroid gland in postmenopausal women: physiology and diseases // Menopause Rev, 2017. 16(2): 33-37 (MR)*
18. Raisova A.T. *Metabolic syndrome in postmenopause//Vestnik KRSU. -2012. v.12.-No. 2.- C.149–151.*
19. Khudyakova N. V., Shishkin A. N., Smirnov V. V., Temnaya N. V. *Dyslipidemia and insulin resistance in metabolic disorders in women in early postmenopause / Proceedings of the VIIth All-Russian. scientific-practical. Conf.-2012.- vol. 7.- part I.473–474c.*
20. Biondi B., Cooper D.S. *The clinical significance of subclinical thyroid dysfunction. // J.Endocrinol Rev.-2008.-29(1).-P.76-131.*
21. Kotenko K.V., Slominsky B.Yu. *Dynamics of lipid and metabolic imbalance against the background of complex rehabilitation programs for metabolic syndrome // Saratov Scientific Medical Journal.-2013.-v.9.-№4.-C. 912-917.*
22. Mahbuba S., Mohsin F., Rahat F., *Descriptive epidemiology of metabolic syndrome among obese adolescent population. //Diabetes Metab Syndr.- 2018 May;12(3).-P.369-374., doi:10.1016/j.dsx.2017.12.026.*
23. Briones M., A. N. D. Cat, G. E. Callera et al. *Adipocytes produce aldosterone through calcineurin-dependent signaling pathways: implications in diabetes mellitus-associated obesity and vascular dysfunction. //Hypertension-2012 (59) №5.-P.1069–1078.*

Автор для корреспонденции: Байдулин Серик Амангельдинович, д.м.н., профессор кафедры внутренних болезней №3 НАО «Медицинский университет Астана», г.Нур-Султан, 010000, ул. Керей Жанибек хандар 14/2, кв.5, +77015124220, baidurin.s@yandex.ru



УДК: 616.5-001-002-018.2-007.7-07

СТАРОСВЕТОВА Е.Н., СКУЧАЛИНА Л.Н., СУЛТАН М.К.

НАО «Медицинский университет Астана». Нур-Султан, Казахстан

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С СИНДРОМОМ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Аннотация:

Цель исследования: изучение распространенности маркеров дисплазии соединительной ткани (ДСТ) у больных атопическим дерматитом (АтД) и уточнение характера течения заболевания. Группу I (26) составили дети без признаков поражения соединительной ткани/имеющие не более 3х ; в группу II (53) вошли с маркерами от 3 до 5; в группу III (29) – более 5. Фенотипические признаки ДСТ обнаружены в 97,2% случаев, среднее количество их составило $6,01 \pm 0,5\%$. Выявлена сильная корреляционная связь между интенсивностью поражения кожи и средним числом микроаномалий ДСТ ($r = 0,9 \pm 0,1$). При АтД с числом микроаномалий более 5, преобладали наследственная отягощенность по болезням обмена веществ, сопутствующая патология желудочно – кишечного тракта и наличие пищевой аллергии.

Ключевые слова: атопический дерматит, дисплазия соединительной ткани, дети.

СТАРОСВЕТОВА Е.Н., СКУЧАЛИНА Л.Н., СУЛТАН М.К.

«Астана медицина университеті». Нұр-Сұлтан, Қазақстан

ДӘНЕКЕР ТІНІНІҢ ДИФФЕРЕНЦИЯЛАНБАЙТЫН СИНДРОМЫМЕН БАЙЛАНЫСТЫ АТОПИЯЛЫҚ ДЕРМАТИТ

Түйіндеме:

Зерттеу мақсаты: Атопиялық дерматитпен ауратын науқастар арасында дәнекер тіні дисплазиясы маркерінің таралуын және аурудың ағымын нақтылау. I (26) топтағы балалар құрамына дәнекер тінінің өзгеруінсіз немесе 3-тен көп емес маркері бар, II (53) топқа 3 пен 5 аралығында маркері бар, III (29) топқа 5-тен жоғары маркері бар балалар енді. Дәнекер тіні дисплазиясының фенотипті белгілері 97,2% жағдайда кездесті, бұның орташа көрсеткіші $6,01 \pm 0,5\%$.-ті құрайды. Терінің зақымдалу қарқындылығы мен дәнекер тіні дисплазиясының орташа микроаномалиялары ($r = 0,9 \pm 0,1$) арасында өте жоғары корреляциялық байланыс бар екенділігі анықталды. Атопиялық дерматитпен 5 –тен жоғары микроаномалиялар көбінесе, тұқым қуалаушылықпен байланысты зат алмасу бұзылысы ауруларымен, асқазан-ішек жолдарының қосымша патологиясымен және тағамдық аллергиямен байланысы нақтыланды.

Кілтті сөздер: балалар, атопиялық дерматит, дәнекер тінінің дисплазиясы.

STAROSVETOVA E.N., SKUCHALINA L.N., SULTAN M.K.

NJSC "Astana Medical University", Nur-Sultan, Kazakhstan

ATOPIC DERMATITIS ASSOCIATED WITH UNDIFFERENTIATED CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA SYNDROME

Summary:

The purpose of the study: to study the prevalence of markers of connective tissue dysplasia (CTD) in patients with atopic dermatitis (AD) and to clarify the nature of the course of the disease. Group I (26) consisted of children without signs of connective tissue damage / having no more than 3; group II (53)

included with markers from 3 to 5; in group III (29) - more than 5. Phenotypic signs of CTD were found in 97.2% of cases, their average number was $6.01 \pm 0.5\%$. A strong correlation was found between the intensity of skin lesions and the average number of CTD microanomalies 0.9 ± 0.1 . In AD with more than 5 microanomalies, hereditary burden for metabolic diseases, concomitant pathology of the gastrointestinal tract and the presence of food allergies prevailed.

Keywords: children, atopic dermatitis, connective tissue dysplasia.

Актуальность. Атопический дерматит (АтД), как мультифакториальное заболевание, остается серьезной проблемой педиатрии, что связано с неуклонным ростом распространенности, торпидностью к проводимой терапии у детей. Формирование его тесно взаимосвязано с генетическими дефектами иммунного ответа, наследственной предрасположенностью и целым рядом разных факторов. Доказана связь этих проблем с накоплениями в популяции морфологических дисплазий, наследственная природа которых свидетельствует о наличии дисгармонического генотипа, определяющего готовность к манифестации различных заболеваний, в том числе аллергодерматозов [1].

Соединительная ткань (СТ) составляет более 50% массы тела и является составной частью всех органов и тканей. Являясь целостной биологической системой, СТ выполняет пять основных функций: биомеханическую, трофическую, защитную, репаративно - пластическую и структурно-образовательную. ДСТ – это нарушения развития соединительной ткани, возникающие в результате разнообразных воздействий на организм в эмбриональном и постнатальном периодах у индивидов с генетической предрасположенностью, которые приводят к расстройству гомеостаза на тканевом, органном и организменном уровнях, к различным морфофункциональным отклонениям [2]. При этом, ослабление соединительно-тканых структур органов и систем либо выражено ярко при дифференцированных формах (синдром Марфана, Элерса-Данло, несовершенный остеогенез и др.), либо выявляется при тщательном скрупулезном осмотре – недифференцированные, «малые формы дисплазии соединительной ткани» - МФДСТ,- термин, введенный чл.-корр. С.М. Гаваловым в 1990 году [3]. Клинические особенности МФДСТ выражаются по их соотношению с нарушениями физиологических функций тех или иных органов и систем, тесно связаны с изменением адаптационных возможностей на региональном уровне. Доказано, что ДСТ является основой полиорганных нарушений, способствующих развитию многих заболеваний и усугубляющих их течение [2,3]. Очевидно, что дисплазия соединительной ткани, при которой кожа наиболее часто вовлекается в патологический процесс, усугубляет изменения в ней, способствуя снижению барьерной функции.

Установлено увеличение числа внешних фенотипических признаков ДСТ с возрастом. Так, при младенческой форме АтД чаще регистрировали легкую степень дисплазии (60%), а среднетяжелую - при детской (52%) и подростковой (50%), как и тяжелую ДСТ (6% и 15%) с высокой степенью достоверности относительно младенческой. Выделена ДСТ-ассоциированная форма атопического дерматита с ранней манифестацией заболевания, более частыми и продолжительными обострениями, интенсивным кожным зудом и распространенностью поражения кожи. Сопутствующие поражения органов и систем указывают на полисистемный характер диспластических процессов в соединительной ткани [4,5,6,7].

Цель исследования. Определение частоты встречаемости и уточнение роли маркеров соединительной ткани на характер течения атопического дерматита у детей.

Материал и методы. Для исследования роли дисплазии соединительной ткани для характера течения атопического дерматита, было обследовано 108 детей в возрасте 7-14 лет с этим заболеванием. Нам представилось интересным выявить частоту встречаемости ДСТ у больных АтД, провести сравнительный анализ больных с разным количеством маркеров. Исследуемые были разделены на 3 группы: больные без признаков поражения соединительной ткани или имеющих не более 3х, включили в группу I (26 детей); имеющих от 3 до 5ти – в группу II (53 ребенка); с числом маркеров более 5 - в группу III (29 детей). Для выявления ДСТ применяли рекомендации для врачей, разработанные и предложенные чл.-корр. РАМН профессором Гаваловым С.М.[3].

В оценке степени тяжести и интенсивности поражения кожи, эффективности проводимой терапии использовали общепринятую балльную оценку SCORAD (Scoring of atopic dermatitis – шкала атопического дерматита). Тяжесть заболевания по шкале SCORAD оценивали по количеству баллов: легкое - до 30; средне-тяжелое – 30-50 и тяжелое – выше 50 баллов.

Статистические расчеты выполнены на базе пакета прикладных программ Биостат и SPSS. При анализе таблиц сопряженности применяли критерий критерий хи-квадрат и точный тест Фишера. Сравнение средних величин проводили однофакторным дисперсионным анализом с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Как показал проведенный анализ, среднее число маркеров дисморфизма оказалось разным в каждой выделенной группе: I - $2,2 \pm 0,1$; II – $5,3 \pm 0,1$; III - $7,8 \pm 1,3$. Соотношение количества детей в исследуемых группах оказалось равным 1:2:1,8. В группах I и II, дети младшего и старшего школьного возраста встречались с одинаковой частотой, а 7-9-летние встречались в 1,5 раза чаще в III группе, чем в II ($p < 0,05$). Соотношение девочек и мальчиков оказалось равным 1,5:1 в первых двух группах, в последней – 1:1.

Средне - тяжелое течение заболевания с умеренной интенсивностью поражения кожи было преобладающим во всех группах: 38,6%, 47,1% и 48,3% соответственно в группах I, II, III. В то же время, тяжелое течение с высокой интенсивностью поражения кожи чаще отмечено в II (33,9%) и III (41,4%) группах относительно I (7,6%) ($p < 0,05$). Рецидивы атопического дерматита более 5 раз в год и непрерывно-рецидивирующее течение АД чаще определяли у больных с МФДСТ в последней группе.

Анализ внутренних микроаномалий показал, что наиболее частыми были признаки со стороны желудочно-кишечного тракта: ДЖВП - 66,7%, anomальная форма желчного пузыря - 55,6%, долихосигма – 25,0%. Реже регистрировались микроаномалии со стороны сердечно-сосудистой системы: вегето-сосудистая дистония – 42,5%, врожденные пороки развития сердца – 32,4%. Патология почек встречалась в 19,5%, нарушения рефракции – в 23,1%. Как оказалось, в III группе преобладала anomальная форма желчного пузыря и долихосигма, относительно других групп ($p < 0,01$).

Учитывая разный характер течения атопического дерматита в выделенных группах, мы провели анализ внешних микроаномалий, наиболее часто встречаемых среди них. Эти данные представлены в таблице 1.

Таблица 1- Распространенность микроаномалий МФДСТ по группам, %

Признак	Группа I(26)	Группа II(53)	Группа III(29)
Гиперэластичность кожи	-	-	10,3
Плоскостопие	15,4	39,6	51,7*
Патология ушной раковины	7,7	35,8	58,6*
Неправильный рост зубов	23,1	28,3	31,0
Гипермобильность суставов	-	3,8	20,7**
Нарушение осанки	26,1	28,3	48,3
Гемангиомы и родимые пятна	3,8	15,1	44,8**
Высокое небо	26,9	47,1	68,9
Нарушение прикуса	3,84	11,3	20,6
Большой палец на ноге больше первого	19,2	33,9	48,3*
Гипотелоризм и гипертелоризм	7,6	22,6	37,9*
Сандалевидная шель	15,4	22,6	34,5
Примечание: * $p < 0,05$ относительно гр. I; ** $p < 0,05$ относительно гр. II			

В последующем, нами были оценены частота встречаемости и выраженности признаков ДСТ при разной степени тяжести течения атопического дерматита у детей. В группе I, при показателях SCORAD $22,5 \pm 0,9$ балла, среднее количество маркеров ДСТ составило $2,4 \pm 0,1$; при

39,5±1,6 балла - 2,3±0,8; при 58,2±0,1 балла - 2,0±0,1 без достоверности различий. В следующей группе II, индекс SCORAD и среднее количество маркеров ДСТ оказались уже больше. Так, при показателе SCORAD 39,5±1,5 баллов, среднее количество микроаномалий ДСТ составило 5,5±0,7; при 40,9±1,1 балла - 5,3±0,5; при 63,0±1,5 балла - 5,1±0,5, соответственно. В III группе, с наличием МФДСТ, индекс SCORAD в 26,7±1,7, 43,4±1,8 и 63,2±3,8 баллов соответствовали среднему числу маркеров дисморфизма: 6,0±0; 7,1±0,7 и 10,5±0,9 соответственно. Выявлена сильная корреляционная связь между интенсивностью поражения кожи и средним числом микроаномалий ДСТ ($r = 0,9 \pm 0,1$).

Исходя из результатов анализа проведенного исследования, среднее число маркеров ДСТ у детей с АтД составило 6,01 ±0,5, что свидетельствует об их распространенности у этой категории больных детей. Выявлена значимость нарушений структуры соединительной ткани в манифестации и формировании тяжести клинических форм атопического дерматита у детей.

Учитывая факт ведущей роли наследственной отягощенности по аллергии у детей с АтД, проведен соответствующий анализ этих данных по результатам сбора алергоанамнеза. Среди всех обследуемых детей, отягощенность по аллергии оказалась равна 77,8±1,3% случаев. Но, результаты значительно различались в выделенных группах: в группе III наследственная отягощенность по аллергии оказалась в 1,5 раза меньше, чем в группах I и II. С другой стороны, анализ распространенности заболеваний обмена веществ у родственников детей группы III показал преобладание желче-каменной болезни, остеохондроза, ишемической болезни сердца ($p < 0,03$). Более того, в этой группе детей с АтД чаще, чем в группах I и II, выявляли деформацию грудной клетки, сколиоз, варикозное расширение вен, пролапс митрального клапана ($p < 0,05$).

При сравнении спектра сенсибилизации среди выделенных групп, установлено, что у детей с МФДСТ (III), чаще имела место пищевая аллергия ($p < 0,03$). Вполне вероятно, что это связано с более высокой частотой внутренних микроаномалий желудочно-кишечного тракта. Так, при аномалии желчного пузыря или кишечника снижена элиминация антигена, поддерживается дисбиоз кишечника, что приводит к повышенной чувствительности и проницаемости стенки кишечника к пищевым аллергенам. Положительные кожные тесты на другие классы аллергенов с одинаково частотой были установлены в изучаемых группах.

Таким образом, среди детей с атопическим дерматитом, признаки дисплазии соединительной ткани с определенным набором маркеров обнаружены в 97,2% случаев. Среднее количество маркеров ДСТ составило 6,01±0,5%. Выявлена сильная корреляционная связь между интенсивностью поражения кожи и средним числом микроаномалий ДСТ ($r = 0,9 \pm 0,1$). Для больных АтД и МФДСТ характерны наследственная отягощенность по болезням обмена веществ, сопутствующая патология желудочно – кишечного тракта с преобладанием пищевой аллергии, что определяет механизмы развития заболевания с более тяжелым течением. Дисплазия соединительной ткани оказывает усугубляющее влияние на течение атопического дерматита у детей, создавая предпосылки неблагоприятного преморбидного фона. Установление ДСТ-ассоциированного АтД основывается на выявлении фенотипических признаков ДСТ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Атопический дерматит у детей. Клинические рекомендации. 2020. 67с.*
2. Кильдиярова Р.Р., Нечаева Г.И., Чернышова Т.Е. Дисплазия соединительной ткани. ГЭОТАР - Медиа. 2018.346 с.
3. *Особенности течения заболеваний у детей с недифференцированными (малыми) формами дисплазии соединительной ткани: метод.пособие. Под ред.С.М.Гавалова. Новосибирск. 1998.46 с.*
4. Старосветова Е.Н. Микроаномалии развития у детей с атопическим дерматитом.//*Вопросы морфологии и клиники. 2003.11. с.213-116*
5. Чемоданов В.В., Краснова Е.Е., Карпова Е.Б. Особенности клинического течения и терапия атопического дерматита на фоне дисплазии соединительной ткани. // *Современные проблемы науки и образования. 2016. № 6. ; URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=25935>*

6.V.V. Dmitratchkov *External and visceral phenos of non-differentiated dysplasia connective tissue in children and teenagers suffered from gastroduodenitis with atopy has been studied* «Репродуктивное здоровье в Беларуси». 2017. № 1

7.Medscape: [cjm/viewarticle/943589#vp_1](https://www.medscape.com/viewarticle/943589#vp_1)

REFERENCES:

1. *Atopicheskiy dermatit u detej. Klinicheskie rekomendacii.* 2020. 67s.

2. Kil'diyarova R.R., Nechaeva G.I., Chernyshova T.E. *Displaziya soedinitel'noj tkani.* GEOTAR -Media. 2018.346 s.

3. *Osobennosti techeniya zabolevanij u detej s nedifferencirovannymi (malymi) formami displazii soedinitel'noj tkani: metod.posobie.* Pod red.S.M.Gavalova. Novosibirsk. 1998.46 s.

4. Starosvetova E.N. *Mikroanomalii razvitiya u detej s atopicheskim dermatitom.*//Voprosy morfologii i kliniki. 2003.11. s.213-116

5. Chernodanov V.V., Krasnova E.E., Karpova E.B. *Osobennosti klinicheskogo techeniya i terapiya atopicheskogo dermatita na fone displazii soedinitel'noj tkani.* // *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya.* 2016. № 6. ; URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=25935>

6. V.V. Dmitratchkov *External and visceral phenos of non-differentiated dysplasia connective tissue in children and teenagers suffered from gastroduodenitis with atopy has been studied* «Репродуктивное здоровье в Беларуси». 2017. № 1

7. Medscape: [cjm/viewarticle/943589#vp_1](https://www.medscape.com/viewarticle/943589#vp_1)

Автор для корреспонденции: Старосветова Екатерина Николаевна - к.м.н. Доцент кафедры детских болезней с курсом курсом кардиоревматологии и гастроэнтерологии НАО «Медицинский университет Астана». Дом адрес: 01000, Казахстан, Нур-Султан, ул. Иманбаева1 кв 12. Телефон +77017256208; e-mail- katya_starosvetova@mail.ru.



УДК: 616.23-084

**ТКАЧЕВ В.А., ОМИРТАЕВА Б.А., ХУСАИНОВА Г.С., АЛЬЖАНОВА А.Б.,
КАЛКАЕВА Н.Б., БРОВИКОВА Н.Г.**

*НАО «Медицинский университет Астана» Нур-Султан, Казахстан
Главный военный клинический госпиталь МО РК*

ЧАСТОТА И СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С COVID–АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Аннотация:

В статье представлен ретроспективный анализ истории болезни пациентов, находившиеся на лечении в инфекционном отделении Главного военного клинического госпиталя МО РК. Изучена частота возникновения и проведена сравнительная оценка повреждения миокарда у больных, инфицированных SARS-Cov-2- ассоциированной пневмонией.

Ключевые слова: SARS-Cov-2 - ассоциированная пневмония, миокардит, сердечная недостаточность, нарушение ритма сердца.

ТКАЧЕВ В.А., ОМИРТАЕВА Б.А., ХУСАИНОВА Г.С., АЛЬЖАНОВА А.Б., КАЛКАЕВА Н.Б., БРОВИКОВА Н.Г.

*«Астана медицина университеті» КеАҚ, Нур- Султан, Қазақстан
ҚР ҚМ Бас әскери клиникалық госпиталы*

COVID–АССОЦИРЛЕНГЕН ПНЕВМОНИЯҒА ШАЛДЫҚҚАН НАУҚАСТАРДА МИОКАРД ЗАҚЫМДАНУЫНЫҢ ЖИІЛІГІ МЕН САЛЫСТЫРМАЛЫ БАҒАЛАНУЫ

Түйіндеме:

Мақалада Қазақстан Республикасы Қорғаныс министрлігі Бас әскери клиникалық госпиталінің жұқпалы аурулар бөлімінде емделіп шыққан науқастардың ауру тарихына ретроспективті талдау жасалған. SARS-Cov-2- ассоциирленген пневмонияға шалдыққан науқастарда миокард зақымдануының пайда болу жиілігі мен салыстырмалы бағалануы зерттелді.

Түйінді сөздер: SARS-Cov-2-ассоциирленген пневмония, миокардит, жүрек жеткіліксіздігі, жүрек ырғағының бұзылуы.

TKACHEV V.A., OMIRTAEVA B.A., KHUSSAINOVA G.S., ALZHANOVA A.B., KALKAEVA N.B, BROVIKOVA N.G

*NSC« Astana Medical University», Nur-Sultan, Kazakhstan
Main Military Clinical Hospital of the Ministry of Defense of the Republic of Kazakhstan*

FREQUENCY AND COMPARATIVE ASSESSMENT OF MIOCARDIAL INJURY IN COVID-ASSOCIATED PNEUMONIA PATIENTS

Annotation:

The article presents a retrospective analysis of the medical history of patients being treated in the infectious diseases department of the hospital of the Main Military Clinical Hospital of the Ministry of Defense of the Republic of Kazakhstan. The frequency of occurrence was studied and a comparative assessment of myocardial damage was carried out in patients infected with pneumonia associated with SARS – Cov-2-associated pneumonia.

Keywords: SARS-Cov-2- associated pneumonia, myocarditis, heart failure, heart arrhythmia.

Актуальность: В конце 2019 г. появились первые сведения о необычной тяжелой инфекции, обнаруженной в китайском городе Ухань проявляющейся в виде тяжелого острого респираторного синдрома, вызванного новым коронавирусом SARS-CoV-2. [1,2].

С января 2020 г. коронавирусная инфекция, которой присвоено официальное название COVID-19, ввиду высокой контагиозности быстро распространяется из Китая, главным образом по Юго-Восточной Азии, Европе, в частности по Италии. Нельзя не отметить поразительную динамику распространения данного вируса. 11 марта 2020 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) официально объявила о пандемии COVID-19 [3]. На сегодняшний день известно о заражении COVID-19 более чем в 183 странах, регионах[4]. За последние 400 лет в мире зафиксировано 19 пандемий, включая COVID-19[5].

Кардиологическая служба уже более 100 лет занимается лечением неинфекционных заболеваний, однако данная инфекционная проблема COVID-19 в первую очередь затрагивает пациентов старшей возрастной группы и особенно лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). Летальность от COVID-19 у пациентов в возрасте 70–79 лет достигает 8% и более, в возрасте 80 лет и более 14,8%, при наличии сопутствующих ССЗ вне зависимости от возраста – до 10,5% [6]. Учитывая высокую воспалительную нагрузку COVID-19, и на основании ранних клинических отчетов, ожидаются значительные сердечно-сосудистые осложнения у пациентов с тяжелым течением инфекции COVID-19.

COVID-19 может спровоцировать развитие острых и обострение хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы и осложнений таких как нарушение сердечного ритма и проводимости. Поражение миокарда является потенциальным проявлением COVID-19 и возможной причиной острого кардиального повреждения. Однако, причины повреждения миокарда плохо изучены, и его вклад в развитие сердечной недостаточности ясен не в полной мере. Кроме того, у значительной части пациентов развивается COVID-ассоциированное повреждение миокарда, которое существенно повышает риск внутрибольничной смертности.

Цель исследования: изучить частоту возникновения и провести сравнительную оценку повреждения миокарда у больных, инфицированных SARS-Cov-2- ассоциированной пневмонией.

Материал и методы: проведен анализ история болезней пациентов, находившихся на лечении в инфекционном отделении Главного военного клинического госпиталя МО РК по поводу коронавирусной инфекции в период с 05 апреля 2021 по 07 июня 2021года.

Обработано 199 истории болезней пациентов с Covid –ассоциированной пневмонией. В процессе обработки у 12 (6,03%) пациентов выявлены повреждения миокарда. Выздоровели 10 (83,3%) пациента, умерли 2 (16,6%) пациента. Средний возраст пациентов составил $71,5 \pm 12,5$ года, из них было 9 (75%) мужчин и 3 (25%) женщины.

Обсуждение результатов: У всех 12 пациентов имелись основные сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), включая артериальную гипертензию (АГ) и ишемическую болезнь сердца (ИБС). Поражение легких у этих пациентов по данным КТ составило от 32% до 95%, а также наблюдалось повреждение миокарда, о чем свидетельствует повышенный уровень тропонина Т (ТnT). У 2-х пациентов имелось увеличение уровня N-терминального фрагмента предшественника мозгового натрийуретического пептида (NTproBNP). У пациентов с повреждением миокарда на ЭКГ выявлены нарушения ритма и проводимости: неполная блокада правой ножки пучка Гиса у 40%, АВ блокады I-II степени 40%, синусовая тахикардия 100%, желудочковые экстрасистолы 20%. По данным трансторакальной эхокардиография (ЭхоКГ) фракция выброса левого желудочка (ЛЖ) составляла от 42 до 54 %, у всех пациентов наблюдались расширение правого предсердия и левого желудочка, легочная гипертензия. Конечного-диастолический размер левого желудочка (ЛЖ) от 3,0 см до 5,3см конечно диастолический объем ЛЖ от 103 до 160 мл. Размеры левого предсердия (ЛП) от 4,3см до 6,1 см, правого желудочка от 2,6 до 5,3 см. Давление в легочной артерии составила от 30 до 38 мм рт. ст.

Заключение: По данным анализа мы можем судить, о том что острое поражение миокарда у инфицированных SARS-Cov-2-ассоциированной пневмонией составило 6.03% пациентов, при этом наблюдались тяжёлые осложнения в виде нарушения ритма сердца и проводимости, а также с расширение полостей сердца. Такое количество выявленных пациентов не противоречит мировой статистике количества поражений и осложнений для сердечно – сосудистой системы и поражения миокарда. Надеемся, что данное исследование сможет помочь практическим врачам, выявить среди кардиологических пациентов, лиц с потенциально опасными осложнениями. В процессе лечения вовремя выявить тяжелые осложнения и снизить смертность среди данной категории больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Lippi G., M Henry M.B. and Sanchis-Gomar F. Physical inactivity and cardiovascular disease at the time of coronavirus disease 2019 (COVID-19) // *European Journal of Preventive Cardiology. The European Society of Cardiology.* — 2020 — 0(0). — P. 1-3
2. Hulot J.S. COVID-19 in patients with cardiovascular diseases // *Arch Cardiovasc Dis.* — 2020. — S1875-2136(20)30080-2.
3. Chen C, Chen C, Yan JT et al. Analysis of myocardial injury in patients with COVID-19 and association between concomitant cardiovascular diseases and severity of COVID-19. *Zhonghua Xin Xue Guan Bing Za Zhi.* 2020 Mar 6;48(0):E008. doi:10.3760/ cma.j.cn112148-20200225-00123.

4. Choi AD, Abbara S, Branch KR, et al. SCCT Guidance for Use of Cardiac Computed Tomography Amidst the COVID-19 Pandemic. *J Cardiovasc Comput Tomogr.* 2016 Nov —Dec;10(6):435-49. doi:10.1016/j.jcct.2016.10.002.
5. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet.* 2020;395(10223):497–506. doi:10.1016/S 0140-6736(20)30183-5
6. Guo T, Fan Y, Chen M, Wu X, Zhang L, He T et al. Cardiovascular implications of fatal outcomes of patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19). *JAMA Cardiol.* 2020; e201017. doi:10.1001/jamacardio.2020.1017

BIBLIOGRAPHY:

1. Lippi G., Henry M.B. and Sanchis-Gomar F. Physical inactivity and cardiovascular disease at the time of coronavirus disease 2019 (COVID-19) // *European Journal of Preventive Cardiology. The European Society of Cardiology.* — 2020 — 0(0). — P. 1-3.
2. Hulot J.S. COVID-19 in patients with cardiovascular diseases // *Arch Cardiovasc Dis.* — 2020. — S1875-2136(20)30080-2.
3. Chen C, Chen C, Yan JT et al. Analysis of myocardial injury in patients with COVID-19 and association between concomitant cardiovascular diseases and severity of COVID-19. *Zhonghua Xin Xue Guan Bing Za Zhi.* 2020 Mar 6;48(0):E008. doi:10.3760/ cma.j.cn112148-20200225-00123.
4. Choi AD, Abbara S, Branch KR, et al. SCCT Guidance for Use of Cardiac Computed Tomography Amidst the COVID-19 Pandemic. *J Cardiovasc Comput Tomogr.* 2016 Nov —Dec;10(6):435-49. doi:10.1016/j.jcct.2016.10.002.
5. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet.* 2020;395(10223):497–506. doi:10.1016/S 0140-6736(20)30183-5
6. Guo T, Fan Y, Chen M, Wu X, Zhang L, He T et al. Cardiovascular implications of fatal outcomes of patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19). *JAMA Cardiol.* 2020; e201017. DOI:10.1001/jamacardio.2020.1017

Автор для корреспонденции:

Хусаинова Г.С. - НАО «Медицинский университет Астана» Нур-Султан, Казахстан, кафедра внутренних болезней с курсом гериатрии, +77765034503, husgul777@mail.ru



ӘОЖ: 616-053.5:004.738.5

МҰХАНҚЫЗЫ Г.

Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ Шымкент медицина институты

ҒАЛАМТОРҒА ТӘУЕЛДІЛІКТІҢ МЕКТЕП ОҚУШЫЛАРЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫНА ӘСЕРІ ЖӘНЕ АЛДЫН АЛУ ЖОЛДАРЫ

Түйіндеме:

Бұл мақалада мектеп оқушылары арасында мүмкін болған негізгі интернетке байланысты туындаған мәселелер жастар психологиясының тез өзгергіштігі, қоғамда өзіндік орнымен белесін табуға кедергі туғызатын жағдайлар, қоғам үшін теріс әрекеттерді саралап зерттелдік. Оқушылар арасында интернетке тәуелділіктің деңгейі анықталды, оқушылардың денсаулығы бағаланды. Деректер алу үшін төрт халықаралық тексерілген және сенімді сауалнама, атап айтқанда «Интернет тәуелділікті анықтау тесті», «Депрессия.Мазасыздық.Стресс. (DASS21)», «Ұйқысыздықты анықтау шкаласы», «McNair және Khan» сауалнамалары қолданылды.

Түйін сөздер: интернет, интернетке тәуелділік, виртуальды қарым-қатынас, ойынға тәуелділік, жабысқақ веб-серфинг, ұйқысыздық.

МҰХАНҚЫЗЫ Г.

ВЛИЯНИЕ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ НА ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ И СПОСОБЫ ПРОФИЛАКТИКИ

Аннотация:

В данной статье мы проанализировали основные проблемы, связанные с Интернетом среди школьников, стремительное изменение психологии молодежи, обстоятельства, мешающие им найти свое место в обществе, негативное влияние на общество. Определен уровень интернет-зависимости у студентов, проведена оценка здоровья студентов. Для получения данных использовались четыре проверенных на международном уровне и надежных опросника, а именно: Тест на Интернет-зависимость, Депрессия, Тревога, Стресс (DASS21), Шкала бессонницы и Макнейр и Хан.

Ключевые слова: интернет, интернет-зависимость, виртуальное общение, игровая зависимость, липкий веб-серфинг, бессонница.

MUHANKYZY G.

IMPACT OF INTERNET DEPENDENCE ON THE HEALTH OF SCHOOLCHILDREN AND WAYS OF PREVENTION

Annotation:

In this article, we analyzed the main problems associated with the Internet among schoolchildren, the rapid change in the psychology of young people, the circumstances that prevent them from finding their place in society, and the negative impact on society. The level of Internet addiction among students was determined, the students' health was assessed. Four internationally validated and reliable questionnaires were used to obtain data, namely the Internet Addiction Test, Depression, Anxiety, Stress (DASS21), the Insomnia Scale, and McNair and Hahn.

Key words: internet, internet addiction, virtual communication, gambling addiction, sticky web surfing, insomnia.

Қазіргі таңда бүкіл әлем бойынша 2,5 млрд белсенді интернет пайдаланушылар бар, экспоненциальды әсіресе интернетті жиі пайдаланатын жасөспірімдер және жастар. Жаңа

ғасырдағы жаңа ауру – адамның интернетке тәуелділігі. Ғаламтор ұғымы XX ғасырдың аяғында пайда болса да, жүрдек пойыздың жылдамдығын еске салатындай жедел қарқынмен кең қанат жайып келеді. Әйгілі Ер Төстік ертегісінде Төстік жыл санап емес, ай санап, күн санап өсіпті дейтін жері болатын. Сол Ер Төстіктің ер жетуі сияқты дамып отырған бір сала болса, ол - бүкілғаламдық желі - Ғаламтор болып табылады. Ғаламтордың шығу тарихы да қызық. «1957 жылы Кеңестер Одағы жасанды жер серігін ғарышқа ұшырған соң, АҚШ Қорғаныс министрлігі «егер соғыс бола қалған жағдайда Америкаға сенімді ақпарат алмасу жүйесі керек болады» деп есептеген. Ондай жүйені АҚШ-тың Орталық барлау басқармасының қызметкерлері ойлап тапқан деседі. Бұл мақсатта Лос-Анджелес, Юта және Калифорния штаттарындағы университеттерге және Стэнфорд зерттеу орталығына компьютерлерді бір-бірімен жалғайтын желі жасау тапсырылады. ARPANET деп аталатын жоба 1969 жылы 29 қазанда төрт мекеменің компьютерлерін телефон арқылы байланыстырады. Содан соң ARPANET дамып-жетіліп, оны түрлі сала ғалымдары пайдалана бастайды. 1983 жылы бұл атау «Ғаламтор» деген ұғыммен алмастырылды». Бұл күнде Ғаламторды тұрақты пайдаланушылар саны бүкіл әлем бойынша 1,5 млрд адамнан асыпты. Бұл - жер шарын мекендейтін халықтың төрттен бір бөлігі ғаламтор игілігін өз кәдесіне жаратуда.

Көп уақыт бойы Қазақстан бұл мәселеден тыс болып келген. Бірақ, кенеттен ашылған ғаламтор мүмкіндіктеріне жастардың көп бөлігі қызығады. Ғаламторды қолданушылардың санының көбеюі, бір жағынан – жаңа виртуалды қарым-қатынасты ойлап табу, екінші жағынан – кешенді алдын-алу шаралардың болмауы ғаламторға тәуелді қолданушылардың тез көбеюіне әкеліп соқты. *Интернет-тәуелділік* ("Internet Addiction Disorder", IAD) терминін алғаш рет 1995 жылы АҚШ психиатры **Иван Голдберг** енгізген. Бұл жағдай алкогольдық немесе наркотикалық тәуелділікке медициналық тұрғыда ұқсамайтын, тек қалыпты өмірден ауытқу шақыратын, өз-өзін бақылау деңгейінің төмендеуімен жүретін жағдай деп түсінік берген.

Ал біздің елімізде интернет пайдаланушылардың саны 12 млн.нан асады. Бұл халықтың 70 пайызы деген сөз. Сондай-ақ, жастар көбіне «Инстаграм» желісін пайдаланса, кейіннен «Фейсбук», «ВКонтакте», «WhatsApp», «Скайп» секілді қосымшаларды пайдаланып жатыр. Қазір ұялы байланыссыз жүрген жастарды көрсе, тіпті таңырқайтын болды. Әлеуметтік желіде көрген-білгендерін қызықтап, қажетті ақпараттармен бөлісіп, фото орнату, лайк басу, пікір білдіру, селфи жасау үрдісі қалыпты дағдыға айналып барады. Біз осы ғылыми жұмыста мектеп оқушылары арасында мүмкін болған негізгі интернетке байланысты туындаған мәселелер, жастар психологиясының тез өзгергіштігі, қоғамда өзіндік орнымен белесін табуға кедергі туғызатын жағдайлар, қоғам үшін теріс әрекеттерді саралап зерттедік.

Зерттеу мақсаты: Оқушылардың интернетке тәуелділік деңгейін бағалап, денсаулыққа әсерін зерттеу.

Зерттеу міндеттері:

1. Оқушылар арасында интернетке тәуелділіктің деңгейін анықтау;
2. Оқушылардың денсаулығын бағалау;
3. Мәселеге сәйкес ұсыныс тағайындау.

Бұл мақсатта зерттеуге Шымкент қаласының №96 мектебінің 7-8сынып оқушылары қатысты.

Зерттеу дизайны: Бір мезетті көлденең зерттеу

- 50 оқушы
- (25 оқушы -7 сынып; 25 оқушы - 8 сынып).

Материалдар мен тәсілдер

Бір мезетті көлденең зерттеу болып табылады. Зерттеуге алынған оқушылардың жасы 12-13 жас арасы. Зерттеу ерекшелігіне сәйкес оқушылар кездейсоқ тандап алынды.

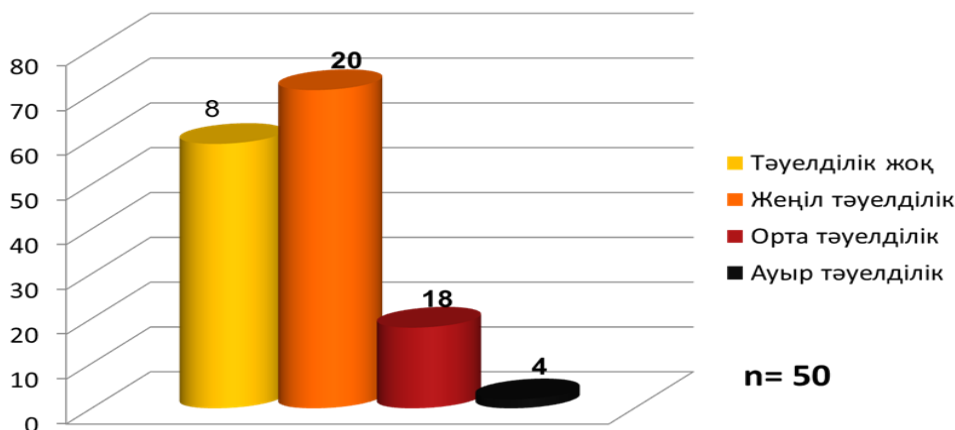
Деректерді жинау. Деректер төрт халықаралық тексерілген және сенімді сауалнама, атап айтқанда «Интернет тәуелділікті анықтау тесті», «Депрессия.Мазасыздық.Стресс.(DASS21)», «Ұйқысыздықты анықтау шкаласы», «McNair және Khan» сауалнамалары. Сұхбат ұзақтығы 15-тен 25 минутқа дейін созылды.

Қатысушылар: жасы, жынысы және факультет туралы жеке деректер жиналды. Сонымен қатар отбасылық жағдайы туралы, темекі және алкоголь пайдалануы туралы сұрақтар болды.

Интернетке тәуелділік. Сауалнамамыз жалпы 20 сұрақтан тұрады..Жастар арасында интернет пайдалана отырып, интернеттің оқуға, жұмыс өнімділігіне, үйде және қоғамдық ортада өзін ұстауы, мінез құлқы, эмоцияға бейімділік туралы сұрақтар болды. Қатысушылар үшін келесі кесімді балл қолданылды: 1) қалыпты интернет пайдалану: балл 0-14тәуелділік жоқ

- 15- 29жеңіл тәуелділік
- 30-59орта тәуелділік
- 59 жоғары - ауыр тәуелділік

Оқушылар арасындағы интернетке тәуелділік көрсеткіші



Ұйқысыздық. ұйқысыздық табиғаты, ауырлығын, және әсерін бағалау сауалнама болып табылады. бағаланады ұйқы басталғаннан ауырлығы, ұйқысыздықтан туындаған ерте таңертең ояну мәселелері, ұйқы қанағаттанбаушылық, күндіз жұмыс істеуіне қиындықтар кедергілер, 0-ден 28 дейін жалпы балл беріп, әр элементті бағалау үшін қолданылған:

ұйқысыздық болмауы (0-7);

клиникалық қосалқы ұйқысыздық (8-14);

бірқалыпты ұйқысыздық (15-21); және ауыр ұйқысыздық (22-28). жалпы балл > 14 болғанда Сонымен қатар, клиникалық маңызды ұйқысыздық анықталды

Мазасыздану, депрессия және стресс. (DASS21) DASS маңызды және бірегей ерекшелігі депрессия мен мазасыздану қосымша шиеленіске бейімділікті анықтау шкаласы болып табылады.

«McNair және Khan» сауалнамасы.Жастар психологиясындағы конгнитивті бұзылыстар бар жоқтығын анықтау.

Ғалымдар интернет – тәуелділіктің негізгі симптомдарын анықтаған: (жасөспірімдер арасында)

1. Жабысқак веб-серфинг – мәліметті іздеу мақсатында, шексіз дүниежүзілік ғаламторда саяхат жасау.

2. Виртуальды қарым қатынасқа және виртуальды танысуға құмарту - көптеген хат алмасулар, чаттарда отыру, веб-форумдарға қатысу, ғаламторда таныстарының көп болуы.

3. Ойынға тәуелділік - ғаламторда үнемі отырып компьютерлік ойындарды ойнау.

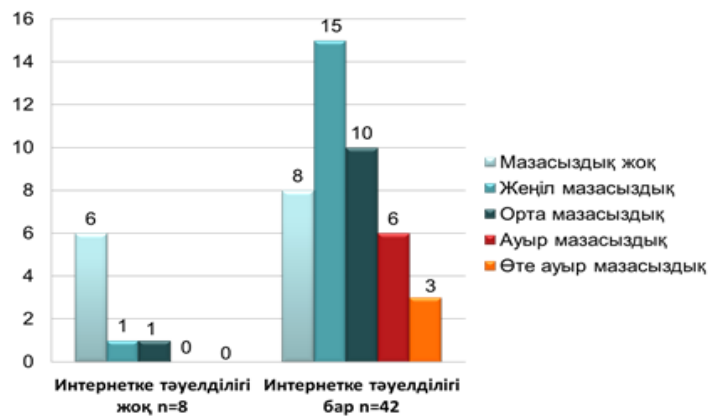
4. Инернет арқылы фильмдерді қарауды құмарту - күні бойы ғаламтордан қарау.

Оқушылар арасындағы депрессия деңгейінің көрсеткіштері



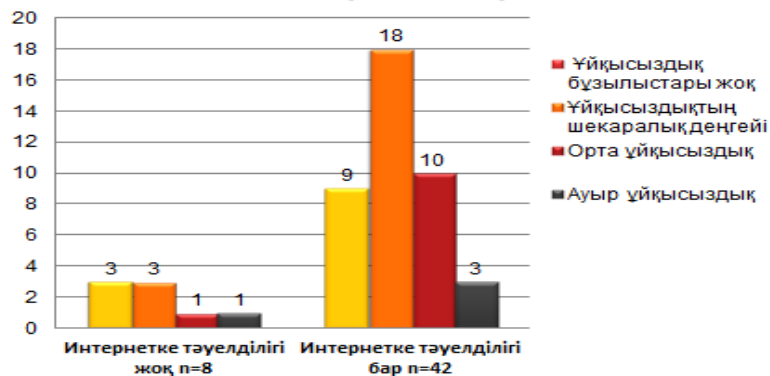
Оқушылардың арасында депрессия деңгейінің көрсеткіші 50 оқушының ішінде 8 оқушыда интернетке тәуелділік жоқ. Ал интернетке тәуелділігі бар 42 оқушының ішінде 7-депрессия жоқ, 15-жеңіл депрессия, 17-орта депрессия анықталды.

Оқушылар арасындағы мазасыздық деңгейінің көрсеткіштері



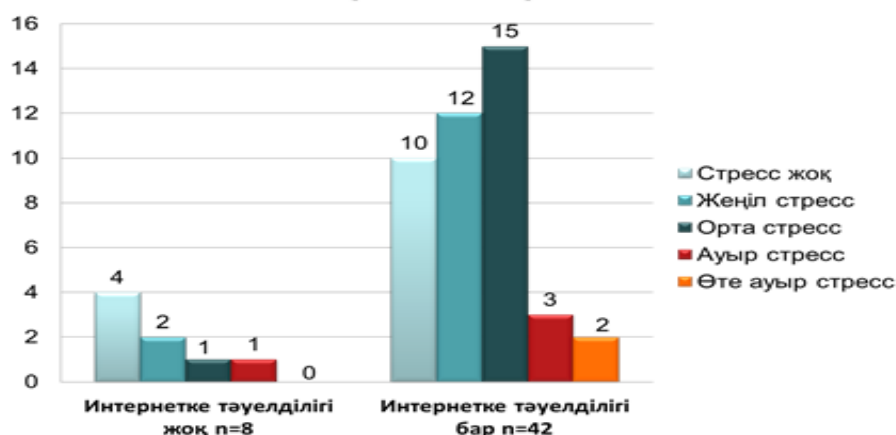
Мазасыздық деңгейінің көрсеткіші бойынша 15 оқушыда жеңіл мазасыздық көңіл күйінің төмендеуі байқалды.

Оқушылардың ұйқысыздық деңгейінің көрсеткіштері



Ұйқысыздықтың ең жоғары деңгейі интернетке тәуелділігі бар оқушылардың 18-інде ұйқысыздықтың шекаралық деңгейі анықталды.

Оқушылар арасындағы стресс деңгейінің көрсеткіштері



Интернетке тәуелділіктің белгілері:

- Үнемі электронды поштаны, әлеуметтік желі чаттарын тексеруге ынтызар болу;
- Интернетке еш себепсіз кіруді тұрақты түрде әдетке айналдыру;
- Қасындағылардың интернетте көп уақыт өткізетіні туралы шағыма айтуы.
- Интернет тәуелділікке бейім адамдар интернетке адекватты қарайтын адамдардан ерекшеленетіні анық нәрсе.
 - Интернет тәуелділік белгілерінің пайда болуын анықтауға зерттеулер жүргізілуде.
 - Ата-анна интернеттегі ойыннан біраз уақытқа көңіл бөлуді сұрау кезінде, жеткіншек оны істеуге айқын қарсылығын білдіреді.
 - Баланы компьютерден алып тастаудың өзінде де қозулық үйде болады.
 - Компьютердегі программаларды жаңарту және жаңа ойындар сатып алу үшін бала көп қаражат жұмсайды.
 - Жеткіншек үй жұмысы, міндеттері, сабақ жайлы ұмытады.
 - Қоректену және ұйқы графигі толық бұзылады, бала өз денсаулығын сақтамайды.
 - Өзін үнемі сергектік күйде сақтау мақсатында жеткіншек кофе және басқа психостимуляторларды көп пайдаланады.
 - Компьютер алдында көп тамақтанады.
 - Компьютер алдында ойнау немесе жұмыс істеу барысында бала эмоционалды көтеріліс сезеді.
 - Қоршаған адамдармен үнемі түрлі интернеттік тақырыптарда әңгімелесу басталады.
 - Компьютер алдында эйфория сезімін сезеді.
 - Өзінің компьютерлік фантастика әлеміне келесі енудің ұсақ-түйегіне дейін ойластырады және оған жағдай жасайды.

Интернет-тәуелділіктің физиологиялық симптомдары:

- Көзде құрғақтық сезу
- Бас ауру
- Арқасының ауырсынуы
- Уақытылы тамақтанбау
- Жеке гигиенасын ұстанбау
- Ұйқының бұзылысы, ұйқысыздық

Оқушыларда тәуелділік даму механизмі

Интернет-тәуелділік механизмдеріне тоқталсақ, ол ағзаның түсініксіз талаптары мен психикалық жүйесіне негізделген. Бұл талаптар персонаж роліне еруге деген құмарлыққа және бұл арқылы шындықтан қашуға негізделеді. Берілген механизмдер адам санасы мен мотивация сипатынан тәуелсіз жұмыс істейді.

Бірінші механизм – бұл реалдылықтан кету. Бұл механизмнің негізі баланың күнделікті шаруа мен проблемалардан (мектептегі, құрдастарымен, жанұядағы, мұғалімдермен

проблемалары болуы мүмкін) кетуге деген қажеттілігі болып табылады. «Реалдылықтан кету» термині қоғам немесе социумнан кету емес, ал шын мәнінде реалдылықтан кету дегенді білдіреді. Шынайы реалдылықтан кету басқа виртуалдыға ауысу арқылы жүзеге асырылады. Интернет–тәуелділіктің қалыптасуының келесі механизмі–бұл рольді қабылдау. Бұл механизм негізінде адамға тән ойынға қажеттілігі жатыр. Балаға белгілі бір себептермен реалды өмірде қанағаттандырылмай жүрген қажеттіліктерді қанағаттандыруға мүмкіндік беретін компьютерлік персонаж – ролін қабылдауға бағыттылық тән болып табылады.

Интернетке тәуелділіктің жасөспірімдерге физикалық, психологиялық зияны

Халықаралық денсаулық сақтау ұйымының дәлелдеуінше, бүкіләлемдік ғаламтор желісі жеткіншектерге физикалық, психологиялық жағынан айрықша зиянды. Ең алдымен, баланың көру қабілеті төмендейді, себебі, бұлшық еттері қатаймаған жасөспірімнің көздері шаршайды. Сондай-ақ, компьютер алдында көп отыру жас балдырғанның омыртқа сүйегін зақымдайды. Қозғалыссыз отыру, қолмен ғана бірыңғай жұмыс істеу, содан ағзаға салмақ түсуі баланың жүйке қызметін бұзып, мойнына тұз бен суықтың жиналуына (остеохондроз) әсер етеді және жамбас сүйектің үнемі қозғалыссыз қалуы қабынуы. Қазіргі таңда мектеп оқушыларының 90%-ы «әлеуметтік желілерге» тәуелді десем артық айтпағаным болар. Мұның нәтижесі оқушылардың күнделікті сабаққа деген қызығушылығы мен үлгерімі, ынтасының төмендеуіне әкеледі.

«Әлеуметтік желілерде үнемі отыру ми қызметіне де кері әсер етеді, гормональдық тепе-теңдікті бұзады, иммунитетті нашарлатады, мұның бәрі адамның жүйкесі мен ой-санасына белгілі бір мөлшерде ауыртпалық түсіреді». Өздеріңізге белгілі, жүйкеге салмақ түсуі дегеніңіз - ойлау қабілетінің төмендеуі, көңіл бөлу мен есте сақтаудың кемуі, бас ауруы мен ұйқысыздық, көңіл күйдің құлазуы. Әлеуметтік желілердің кең тарауына себепші психологиялық факторларды төмендегідей жіктеуге болады: Арманын виртуалды түрде шын сияқты көрсете алу. Яғни шын өмірде өзі жете алмаған жетістіктерді, өзіне бұйырмаған дүниелерді виртуалды әлемде қолы жеткендей көрсете алу. Мысалы, өз түр-келбетіне қанағат-тан-байтындар өз суреттерін қалағанынша сәндеп қояды, немесе өзге біреудің суретін енгізеді, өзіне ұнайтын көлікті өзінде бардай көрсетеді, т.б. Қалаған адамыңмен тез араласып, тез араны үзе салу;

Өмірде айта алмайтын ойларыңды еркін жаза алу;

Жаңалыққа деген құштарлық. Жаңалық, ақпаратқа деген құштарлық адам баласында болатын дүние. Ал әлеуметтік желідегі миллиондар ара-сында болатын мыңдаған ақпарат оны қанағаттандыра алады. Өзіңе керек сәттегі әңгіме; шын өмірде саған ойынды бөлісуге, ішің-дегіні ашып әңгімелесуге қашанда ыңғай бола бермейді. Қол бос емес боп қалады, т.с. Бүгінде интернетке тәуелділіктің салдарынан жастардың денсаулығы ғана емес, ойлау, сөйлеу, жазу мәдениеті де төмендеп барады. Ол аздай, компьютер клубтарына кіру бағасы арзан. Мәселен, Шымқалада мұндай клубтар сағатына 150-200 теңге шамасында. Қалтасында осындай ғана азын-аулақ ақшасы бар кез-келген бала компьютерлік клубтарда қалауынша интернетте отыра алады. Ал олар дәл сондай сомадағы ақшамен кинотеатрға немесе саябаққа, фитнес клубтарға бара алмайды.

«Интернет тәуелділік - қазіргі қоғамның мәселесі», Егер осы ой толғау туралы сәл бас қатырсаңыз, аздап болса да виртуалды тордан алшақтайсыз. Осындай мақсатта:

➤ Қытайда, Интернетке тәуелділік ресми клиникалық ауру ретінде танылған. Интернетке тәуелділерге арналған клиника 2004 жылдың қазан айында Қытай астанасы Пекинде ашылған және оның мемлекеттік лицензиясы бар.

➤ Ұлыбританияда, Интернетке тәуелділікпен ауыратындар үшін арнайы емхана ашылған және емделушілердің орта жасы 12 жастан басталады.

➤ Финляндияда интернетке тәуелділерді әскерге қабылдамайды.

Қорытынды: Бүгінгі таңда біздің елімізде де балалардың денсаулығына, дұрыс өсуіне зиян келтіретін ақпараттардан қорғау мақсатында бірқатар заңдар қолға алынып жатыр. Сол себептен біздің ұсынған зерттеу жұмысымыздың өзектілігі айқындалып отыр. Жастардың салауатты өмір салтына бейімділігін қалыптастыруда виртуалды тәуелділіктің механизмдерін дерек көздері арқылы анықтау нәтижесінде студенттер арасында жүргізілген сауалнама қорытындысы бойынша ұзақ уақыт бойы интернет желісінде отырып, компьютерлік ойындар ойнаған жасөспірімдер

ашушаң, бас ауру, дене бітімінің бүкірейуі, ұйқысыздық сияқты келеңсіз жағдайлар білім сапасын қамтамасыз етуге кедергі келтіретін бірден – бір фактор екені анықталды. Виртуалды дос табу арқылы қиялғажайыптың психоэмоционалдық күйзеліске, жан-жағындағы адамдармен тілдеспеуге, көңіл-күйдің интернет пен компьютер ойындарына бағыну арқылы тәуелділік деңгейі арттады деген тұжырым жасай аламыз. Виртуалды тәуелділік – денсаулық пен мінез-құлықтың деградациясына ықпал жасайды деген пікірді толық қолдай отырып, салауатты өмір салтын ұстануда анықталған виртуалды тәуелділік механизмдерін тиімділікке бағыттау жолдарын анықтау бұл жұмыстың жаңа бағыты болары анық. Зерттеу нәтижесіне сәйкес мектеп оқушыларының 90%-ы «әлеуметтік желілерге» тәуелді десем артық айтпағаным болар. Мұның нәтижесі оқушылардың күнделікті сабаққа деген қызығушылығы мен үлгерімі, ынтасының төмендеуіне, «Зейін қоюдың дефициті» синдромы дамуына әкеледі.

Интернет желісінен арылу сатылары:

- Тәуелділікті женудің ең қарапайым, әрі қолжетімді жолы - басқа нәрсеге алаңдау.
- Интернет тәуелділіктен арылуды сол пошта тексеруге арнайы уақыт тағайындаудан бастау керек. Арнайы уақыт тағайындаңыз да сол ережеден ауытқымаңыз
- Достарыңызбен интернет арқылы сөйлескенше, кездесіп әңгімелесуге тырысыңыз. Әлеуметтік желілерге көп уақыт бөлмеуге тырысыңыз.
- Салауатты өмір салтын ұстану, табиғат аясында көп уақыт өткізу.
- Шығармашылық заттармен айналысу, мысалыға сурет салу, өлең-әңгімелер жазу.

Ұсыныстар:

- 6-18 жас аралығындағы балаларға әлеуметтік желілерге кіруге тыйым салынса;
- Ғаламтор желілерінде жарияланған дәлелденбеген деректер қорғалса, керексіз дүниелердің көрсетілуіне тыйым салынса;
- Мектеп қабырғаларында интернет желісінің зиянды жақтарын түсіндіру үшін тек тәрбие сағаттар өткізумен шектелмей, арнайы зиянды әдеттерге қарсы іс-шаралар жүргізілсе;
- Виртуалды тәуелділік туған-туыстарға, балаларына, ата-анасына тигізетін зардабын жете түсіндіру мақсатында әлеуметтік бейнероликтер көптеп түсірілсе.

ӘДЕБИЕТТЕР:

1. Арестова О.Н., Бабанин Л.Н., Войскунский А.Е. Коммуникация в компьютерных сетях: психологические детерминанты и последствия//Вестник МГУ. Сер.14.2014 ж.
2. Арестова О.Н., Бабанин Л.Н., Войскуновский А.Е. Мотивация пользователей Интернета. Гуманитарные исследования в Интернете/Под ред.А.Е. Войскунского (Москва: Можайск-Терра, 2014ж, 431 б.).
3. Янг К. Диагноз - Интернет-зависимость//Мир Интернет. 2009ж. №2. 24-29б4.
4. «Как справиться с компьютерной зависимостью», Краснова С.В., Казарян Н.Р., Тундалева В.С., Быковская Е.В., Чапова О.Е., Носатова, <http://www.lib.rus.ec/b/137310/>
5. «Интернет-аддикция в подростковой среде», Пережогин Л.О., <http://www.rusmedserv.com/psychsex>
6. Давиденко Н.В. Программа психологической коррекции Интернет-зависимого поведения с использованием методов когнитивной психотерапии / Н.В. Давиденко, М.М. Аكوпова. // Актуальные проблемы психол. знания. – 2010. - № 3. - С. 62-66.
7. Интернет-зависимое поведение = Internet- addictive behavior: (обзор): (eview) / В.Л.Малыгин [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. - 2011. - Т. 111, № 8. - С. 86-92.
8. Лоскутова В.А. Интернет-зависимость как форма нехимических аддитивных расстройств / Лоскутова В.А. - Новосибирск, 2004.
9. Малыгин В.Л. Интернет-зависимое поведение. Критерии диагностики, личностно-характерологические факторы риска формирования, профилактика и психотерапия // Сб. материалов Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием «Клиническая психология в здравоохранении и образовании». - 2011. – Т. 24. – С. 36–41.

10. Малыгин В.Л. К проблеме диагностических критериев интернет-зависимого поведения // Психологическая помощь социально незащищенным лицам с использованием дистанционных технологий: материалы межвед. науч.-практ. конф., Москва, 24–25 февраля 2011 г. / под ред. Б.Б. Айсмонтаса, В.Ю. Меновщикова. – М: МГППУ, 2011. – Т. 24. – С. 171.;
- Психология зависимости: хрестоматия/сост. К.В. Сельченко. - Минск: Харвест, 2007 -592 с.
11. Рыбалтович Д.Г. Интернет-зависимость: реальная патология или норма развития информационного человечества? / Д.Г. Рыбалтович, В.В. Зайцев // Вестн. психотерапии. – 2011. - № 40. – С. 23–34.
12. Рыбников В.Ю. Психологические особенности и механизмы Интернет-зависимости / В.Ю. Рыбников, О.В. Литвиненко // Вестн. психотерапии. – 2006. - № 19. – С. 137 – 140.
13. Ускова Л. Подход к терапии при Интернет-зависимости // Материалы III Всеукраинской науч.-практ. конф. «Феномен зависимости», 17-18 мая 2008 г., г. Днепрпетровск, 2008.
14. Чума XXI века - интернет-зависимость // Журн. практ. психолога. – 2010. - № 6. - С. 143-149.

BIBLIOGRAPHY:

1. Arestova O.N., Babanin L.N., Vojskunjiskij A.E. Kommunikaciya v komp'yuternyx setyax: psixologicheskie determinanty i posledstviya//Vestnik MGU. Ser.14.2014 zh.
2. Arestova O.N., Babanin L.N., Vojskunovskij A.E. Motivaciya pol'zovatelej Interneta. Gumanitarnye issledovaniya v Internete/Pod red.A.E. Vojskunjiskogo (Moskva: Mozhajsk-Terra, 2014zh, 431 b.).
3. Yang K. Diagnostoz - Internet-zavisimost'//Mir Internet. 2009zh. №2. 24-29b4.
4. «Kak spravit'sya s komp'yuternoj zavisimost'yu», Krasnova S.V., Kazaryan N.R., Tundaleva V.S., Bykovskaya E.V., Chapova O.E., Nosatova, <http://www.lib.rus.ec/b/137310/>
5. «Internet-addikciya v podrozkovoj srede», Perezhogin L.O., <http://www.rusmedserv.com/psychsex>
6. Davidenko N.V. Programma psixologicheskoy korrekcii Internet-zavisimogo povedeniya s ispol'zovaniem metodov kognitivnoj psixooterapii / N.V. Davidenko, M.M. Akopova. // Aktual'nye problemy psixol. znaniya. – 2010. - № 3. - S. 62-66.
7. Internet-zavisimoe povedenie = Internet- addictive behavior: (obzor) : (eview) / V.L.Malygin [i dr.] // Zhurnal nevrologii i psixiatrii imeni S. S. Korsakova. - 2011. - T. 111, № 8. - S. 86-92.
8. Loskutova V.A. Internet-zavisimost' kak forma neximicheskix addiktivnyx rasstrojstv / Loskutova V.A. - Novosibirsk, 2004.
9. Malygin V.L. Internet-zavisimoe povedenie. Kriterii diagnostiki, lichnostno-xarakterologicheskie faktory riska formirovaniya, profilaktika i psixoterapiya//Sb.materialov Vseros. nauch.-prakt.konf.s muzhdunar.uchastiem «Klinicheskaya psixologiya v zdravooxranenii i obrazovanii». -2011–T.24.S.36–41.
10. Malygin V.L. K probleme diagnosticheskix kriteriev internet-zavisimogo povedeniya // Psixologicheskaya pomoshh' social'no nezashhishhennym licam s ispol'zovaniem distancionnyx texnologij: materialy mezhhved. nauch.-prakt. konf., Moskva, 24–25 fevralya 2011 g. / pod red. B.B. Ajsmontasa, V.Yu. Menovshhikova. – М: МГППУ, 2011. – Т. 24. – С. 171.;
- Психология зависимости: хрестоматия/сост. К.В. Сельченко. - Минск: Харвест, 2007 -592 с.
11. Rybaltovich D.G. Internet-zavisimost': real'naya patologiya ili norma razvitiya informacionnogo chelovechestva? / D.G. Rybaltovich, V.V. Zajcev // Vestn. psixoterapii. – 2011. - № 40. – С. 23–34.
12. Rybnikov V.Yu. Psixologicheskie osobennosti i mexanizmy Internet-zavisimosti / V.Yu. Rybnikov, O.V. Litvinenko // Vestn. psixoterapii. – 2006. - № 19. – С. 137 – 140.
13. Uskova L. Podxod k terapii pri Internet-zavisimosti // Materialy III Vseukrainskoj nauch.-prakt. konf. «Fenomen zavisimosti», 17-18 maya 2008 g., g. Dnepropetrovsk, 2008.
14. Chuma XXI veka - internet-zavisimost' // Zhurn. prakt. psixologa. – 2010. - № 6. - S. 143-149.

Автор для корреспонденции: Мұханқызы Г. - Магистр оқытушы, Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ Шымкент медицина институты, E-mail: muhanqyzy@bk.ru



УДК: 504.05+616-053.2

СТАРОСВЕТОВА Е.Н., СКУЧАЛИНА Л.Н., ЕСТЕМЕСОВА Р.А.

НАО «Медицинский университет Астана»

ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ

Аннотация:

Цель исследования - провести сравнительный анализ загрязнения атмосферного воздуха в районах города с распространенностью и тяжестью атопического дерматита у детей. В отдельных районах экологически благополучного города установлена корреляционная взаимосвязь между средне - годовой концентрацией оксида углерода и пылью с распространенностью атопического дерматита ($r = 0,98$; $r = 0,89$), непрерывно-рецидивирующим течением ($r = 0,74$; $r = 0,82$) и нарушением ночного сна ($r = 0,78$; $r = 0,74$).

Ключевые слова: экология, районы города, здоровье, дети

СТАРОСВЕТОВА Е.Н., СКУЧАЛИНА Л. Н., ЕСТЕМЕСОВА Р.А.

«Астана медицина университеті». Нұр-Сұлтан, Қазақстан

ЭКОЛОГИЯЛЫҚ ФАКТОРЛАРДЫҢ БАЛАЛАР ДЕНСАУЛЫҒЫНА ӘСЕРІ

Түйіндеме:

Зерттеу мақсаты- атмосфералық ауаның ластануы басым қалаларда атопиялық дерматитпен ауратын балалардың таралуы мен аурудың ауырлық ағымы бойынша салыстырмалы анализ жасау. Қаланың экологиялық қолайлы аудандарында көмертегі тотығының орташа-жылдық концентрациясы мен атопиялық дерматиттің таралуын қамтамасыз ететін шаң ($r=0.98, r=0.89$), үздіксіз рецидив беруші ағымы ($r=0.74, r=0.82$) және түнгі ұйқының бұзылысы ($r=0.78, r=0.74$) арасында корреляциялық байланыс бар екендігі анықталды.

Кілтті сөздер: экология, қаланың аудандары, денсаулық, балалар.

STAROSVETOVA E.N., SKUCHALINA L.N., YESTEMESSOVA R.A.

NJSC "Astana Medical University", Nur-Sultan, Kazakhstan

THE IMPACT OF ENVIRONMENTAL FACTORS ON CHILDREN'S HEALTH

Annotation:

The purpose of the study is to conduct a comparative analysis of air pollution in the city areas with the prevalence and severity of atopic dermatitis in children. In some areas of an ecologically healthy city, a correlation was established between the average annual concentration of carbon monoxide and dust with the prevalence of atopic dermatitis ($r = 0.98$; $r = 0.89$), a continuously recurrent course ($r = 0.74$; $r = 0.82$) and a violation of night sleep ($r = 0.78$; $r = 0.74$).

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), здоровье человека зависит от образа жизни на 50%, уровня загрязнения окружающей среды - на 21%, генетической предрасположенности -21% и только 8%- от уровня медицинской помощи. Первые два фактора являются условно управляемыми и во многом зависят от жизнедеятельности человека. По современным представлениям, более 50% здоровья связано с состоянием окружающей среды, эти данные подтверждаются долевым вкладом экологического компонента в ухудшение здоровья. Так, многократно возросшее число автомобилей ведет к дополнительному лавинообразному загрязнению среды обитания. [1,2]. Окружающая среда - это совокупность условий, которые влияют в данный момент времени и пространства. Дети особенно чувствительны к неблагоприятным воздействиям окружающей среды [3,4,5,6].

Систематический поиск научной информации по вопросу влияния экосистемы разных регионов Казахстана на здоровье человека показал неоднозначность результатов, тесно связанных с уровнем природного и антропогенного загрязнения атмосферного воздуха. Проблема взаимосвязи окружающей среды и здоровья в РК приобретает все более тревожный характер [2,7]

Материал и методы. Загрязненность атмосферного воздуха оценивали по концентрации примесей диоксида азота (NO₂), диоксида серы (SO₂), оксида углерода (CO) и пыли. С учетом результатов санитарно-эпидемиологической службы города, подсчитаны средние - годовые и максимально-разовые показатели загрязнения воздуха в целом и в разных точках пересечения улиц, на основании чего определены эти показатели в выделенных нами районах: I - центр с интенсивной загруженностью транспортом -2511 детей (40,3%), II - микрорайон, граничащий со степью -1823 (29,3%), III - район вокзала, как промышленно-загрязненная зона -769 (12,3%) и IV - район элитного частного сектора -1125 (18,1%), соответственно Генеральному плану города. Результаты представлены в таблице 1. Удельный вес школьников в каждом выделенном районе колебался от 12,3% до 40,3%, что позволило считать правомерным сравнительный анализ распространенности заболеваний. Поскольку аллергические заболевания являются важным индикатором окружающей среды, то нами определена распространенность и тяжесть среди детей с АТД в сопоставлении с уровнем загрязнения в выделенных районах города. С этой целью проведена выкопировка данных из карт развития детей и анкетирование по районам проживания о характере течения атопического дерматита у детей, данные анкет закодированы. Статистические расчеты выполнены на базе пакета прикладных программ Биостат и SPSS. При анализе таблиц сопряженности применяли критерий критерий хи-квадрат и точный тест Фишера. Сравнение средних величин проводили однофакторным дисперсионным анализом с помощью t-критерия Стьюдента.

Цель исследования - провести сравнительный анализ загрязнения атмосферного воздуха в районах города с распространенностью и тяжестью атопического дерматита у детей.

Результаты и обсуждение. В целом, по городу, показатели загрязненности атмосферного воздуха не превышали предельно допустимые нормы, за исключением пыли (1,75) с превышением предельно-допустимой величины (ПДК) в 1,5 раза. Это связано с климато-географическим местоположением города, открытыми степными пространствами, характером почвы. Что касается районов города, то средние - годовая концентрация диоксида серы- SO₂ колебалась в пределах 0,127-0,237 мг/м³; NO₂ -от 0,013 до 0,066 мг/м³, что не выходит за рамки ПДК. Вместе с тем, средние-годовые концентрации оксида углерода - CO значительно различались по районам города с превышением в наиболее загрязненных районах. По максимально-разовым концентрациям примесей установлены более существенные различия (Таблица 1).

Таблица 1- Характеристика загрязнения атмосферного воздуха в выделенных районах города (ПДК, мг/м³).

Район	SO ₂		NO ₂		CO		Пыль	
	Средн.	Max	Средн.	Max	Средн	Max	Средн	Max
I центр	0,27	0,31	0,066	0,17	6,53*	12,5*	1,316	2,29
II М-н	0,370	0,50	0,041	0,10	1,90	6,50	1,492	2,58
III Вокзал	0,250	0,75**	0,059	0,17	6,13*	12,5*	3,737	7,00*
IV Частн. сектор	0,237	0,63	0,013	0,034	3,00	6,00	0,472	1,30
По городу	0,246	0,55	0,04	0,12	4,39	9,37	1,754	3,29
Норма	0,50		0,085		5,00		1,20	

*Примечание: *p < 0,05 относительно I и III района*

Как видно из таблицы, максимально-разовые показатели, превышающие норму, определены в III районе - вокзал по ПДК диоксида серы- SO₂ (0,75 мг/м³), оксида углерода -CO (12,5 мг/м³) и пыли (7,0 мг/м³), как наиболее загрязненном. Кроме того, в центре города (I) ПДК CO имеет такое

же значение, как и в районе вокзала, что связано с перегруженностью дорог автомобильным транспортом. Проведенный анализ показал, что атмосферный воздух каждого района города имеет отличия в структуре и степени антропогенного загрязнения воздуха, что позволило выделить относительно чистые (микрорайон и частный сектор) и более загрязненные (район вокзала и центр). Суммарный показатель загрязненности воздуха в I и III районах составил 2,34 и 2,39 ПДК, мг/м³, соответственно, во II и IV районах- 1,6 и 1,2 ПДК, мг/м³, соответственно.

Анализ анкет показал, что показатель распространенности зудящей сыпи когда-либо в жизни ребенка колебался от 7,1% в частном секторе, 9,3% - в микрорайоне, 12,2% - в центре города и до 17,3% в районе вокзала и здесь был достоверно выше, чем в среднем, по городу ($p < 0,01$). Текущие симптомы АТД встречались с одинаковой частотой во всех выделенных районах (3,5-5,7%). Частота установленного диагноза данного заболевания различалась в 2-3 раза между районами от 5,5% - в IV, 8,6%-9,6% - в II и I, до 15,6%- в III районе ($p < 0,001$). Изучены корреляционные связи между уровнем загрязнения атмосферного воздуха и тяжестью течения атопического дерматита. Эти данные представлены в таблице 2.

Таблица - 2. Показатели корреляции между концентрацией оксида углерода (СО), пыли и тяжестью симптомов АтД.

Симптомы АтД	СО		Пыль	
	ср-годовой	тах-разовый	ср-годовой	тах-разовый
Признаки в анамнезе	r =0,865	r =0,894	r =0,939	r =0,922
Установленный диагноз	r =0,885	r =0,994	r =0,979	r =0,968
НРТ АтД	r =0,749	r =0,773	r =0,827	r =0,913
Ночные симптомы	r =0,736	r =0,857	r =0,785	r =0,892

Установлена корреляционная взаимосвязь между средне-годовой концентрацией оксида углерода и пылью с распространенностью атопического дерматита ($r = 0,98$; $r = 0,89$), непрерывно-рецидивирующим течением ($r = 0,74$; $r = 0,82$) и нарушением ночного сна ($r = 0,78$; $r = 0,74$). Это вполне закономерно, так как концентрация пыли почвенного и техногенного происхождения сопровождается повышением концентрации переносимых вместе с ней аллергенов, что способствует манифестации или обострению аллергического процесса.

Таким образом, показатели загрязненности атмосферного воздуха в отдельных районах экологически благополучного города со средним уровнем загрязнения, не превышали предельно допустимые нормы, за исключением пыли (1,75) с превышением предельно-допустимой величины (ПДК) в 1,5 раза. Средне-годовые концентрации оксида углерода значительно различались с превышением в наиболее загрязненных районах вокзала и перегруженного автотранспортом центра города. По максимально-разовым концентрациям примесей установлены более существенные различия.

Установлена тесная прямая корреляционная взаимосвязь между средне-годовой концентрацией оксида углерода и пылью с распространенностью атопического дерматита, что доказывает влияние загрязнения окружающей среды на здоровье детей; непрерывно-рецидивирующим течением и нарушением ночного сна - влияние на тяжесть заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Кекишев И.А., Орел О.В., Смирнова В.И. Окружающая среда и здоровье детского населения. Педиатр. 2013. т.4. №2. с.24-28.
2. Калмаканова Ж.А., Аскарлова Г.Ш., Шажанбаева С.Е. Влияние внешней среды в зоне экологической катастрофы на формирование здоровья детского населения. Межд. журн. экспериментального образования. 2015. №8. с.324-326.

3. Тамразова О. Б., Селезнёв С. П., Тамразова А. В. Значение «малых» признаков в диагностике atopического дерматита. *Вопросы современной педиатрии*. 2020. 19 (3): 235–243. doi: 10.15690/vsp.v19i3.2120.
4. *Клинические рекомендации. Атопический дерматит*. – М.: 2020. – 69 с.
5. Waldman AR, Ahluwalia J, Udkoff J, Borok JF, Eichenfield LF. Atopic dermatitis. *Pediatr Rev*. 2018.39. p.180-93.
6. Torres T, Ferreira EO, Gonçalo M, et al. Update on Atopic Dermatitis. *Acta Médica Portuguesa*. 2019.32(9).606. DOI: 10.20344/amp.11963.
7. Нурмадиева Г.Т., Жетписбаев Б.А. Влияние экосистемы на здоровье человека в промышленно развитых регионах Казахстана. *Обзор литературы. Наука и здравоохранение*. 2018.4 (20).

BIBLIOGRAPHY:

1. Kekishev I.A., Orel O.V., Smirnova V.I. Okruzhayushaya sreda i zdorov'e detskogo naseleniya. *Pediatr*. 2013. t.4. №2. s.24-28.
2. Kalmakanova ZH.A., Askarova G.SH., SHazhanbaeva S.E. Vliyanie vneshnej sredy v zone ekologicheskoy katastrofy na formirovanie zdorov'ya detskogo naseleniya. *Mezhd. zhurn.eksperimental'nogo obrazovaniya*. 2015.№8.s.324-326.
3. Тамразова О. Б., Селезньов С. П., Тамразова А. В. Значение «малых» признаков в диагностике atopического дерматита. *Вопросы современной педиатрии*. 2020. 19 (3): 235–243. doi: 10.15690/vsp.v19i3.2120.
4. *Клинические рекомендации. Атопический дерматит*. – М.: 2020. – 69 с.
5. Waldman AR, Ahluwalia J, Udkoff J, Borok JF, Eichenfield LF. Atopic dermatitis. *Pediatr Rev*. 2018.39. r.180-93.
6. Torres T, Ferreira EO, Gonçalo M, et al. Update on Atopic Dermatitis. *Acta Médica Portuguesa*. 2019.32(9).606. DOI: 10.20344/amp.11963.
7. Nurmadiyeva G.T., ZHetpysbaev B.A. Vliyanie ekosistemy na zdorov'e cheloveka v promyshlennno razvityh regionah Kazahstana. *Obzor literatury. Nauka i zdavoohranenie*. 2018.4 (20).

Автор для корреспонденции: Старосветова Екатерина Николаевна - к.м.н. Доцент кафедры детских болезней с курсом кардиоревматологии и гастроэнтерологии НАО «Медицинский университет Астана». Дом адрес- 01000, Казахстан, Нур-Султан, ул. Иманбаева 1 кв 12. Телефон +77017256208; e-mail- katya_starosvetova@mail.ru.

УДК: 614.812-053.2/.6:616.2-008.6

ҚУАНДЫҚ А.Қ., ИСМАЙЛОВА А.А.

НАО «Медицинский университет Астана»

КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В ОТДЕЛЕНИИ СЛОЖНОЙ СОМАТИКИ

Аннотация:

К одним из самых распространенных заболеваний можно отнести инфекции верхних дыхательных путей. На сегодняшний день имеется огромное количество различных исследований по вопросу поиска самого эффективного лечения. Главная задача, которая стоит перед медициной – вылечить заболевание с наименьшими рисками без обострений и рецидивов. Настоящая статья представляет собой обзор основных проблем, которые мешают реализации поставленной задачи. По мнению автора предлагаемые решения способны повысить показатели качества оказания медицинской помощи детям в отделении сложной соматике.

Ключевые слова: медицинские реформы, инфекции верхних дыхательных путей, отделения сложной соматике, острые респираторные заболевания у детей.

ҚУАНДЫҚ А.Қ., ИСМАЙЛОВА А.А.

КеАҚ «Астана медицина университеті»

КҮРДЕЛІ СОМАТИКА БӨЛІМШЕСІНДЕГІ БАЛАЛАРҒА КӨРСЕТІЛЕТІН МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК САПАСЫ

Түйіндеме:

Ең көп таралған аурулардың бірі - жоғарғы тыныс жолдарының инфекциясы. Бүгінгі таңда ең тиімді емдеуді іздеу мәселесі бойынша көптеген зерттеулер бар. Медицина алдында тұрған басты міндет – ауруды қайталанусыз және асқындырмай ең аз қатермен емдеу. Бұл мақалада қойылған міндеттерді іске асыруға кедергі келтіретін негізгі проблемаларға шолу жасалған. Автордың пікірінше, ұсынылған шешімдер күрделі соматика бөлімшесіндегі балаларға медициналық көмек көрсету сапасының көрсеткіштерін арттырады.

Түйінді сөздер: медициналық реформалар, жоғарғы тыныс жолдарының инфекциялары, күрделі соматика бөлімшесі, балалардың жіті респираторлық аурулары

KUANDYK A.K., ISMAILOVA A.A.

NJSC «Astana Medical University»

QUALITY OF MEDICAL CARE FOR CHILDREN IN THE DEPARTMENT OF COMPLEX SOMATICS

Annotation:

One of the most common diseases is upper respiratory tract infections. To date, there are a huge number of different studies on the search of the most effective treatment. The main task facing contemporary medicine is to cure the disease with the least risks for common health without exacerbations and relapses. This article is an overview of the main problems that hinder the task implementation. According to the author, the proposed solutions are ways to improve the quality of medical care for children in the department of complex somatics (Somatic Department).

Key words: medical reforms, upper respiratory tract infections, departments of complex somatics (Somatic Departments), acute respiratory diseases in children.

Актуальность. В настоящее время существует проблема в сфере здравоохранения, связанная с лечением инфекций верхних дыхательных путей. Это заболевание имеет широкий охват как среди взрослых, так и среди детей, и наносит масштабный экономический ущерб всей государственной и общественной системе. Так, можно рассмотреть прямые и непрямые затраты, которые уходят на искоренение данного вида инфекции. К примеру, в стоимость прямых затрат, которые направлены на оказание медицинской помощи, входят сумма диагностики, госпитализации, лечения, заработная плата врачей и медицинских сестер, что в совокупности составляет примерно 25% от стоимости общих затрат. Непрямые затраты образуются в результате нетрудоспособности пациентов либо уменьшения производительности труда, а также по иным причинам [1].

Большая часть инфекций дыхательных путей, например, острых респираторных заболеваний, протекает в легкой форме без осложнений, но они значительно «садят» иммунную систему ребенка, а также не дают ему участвовать в повседневной жизни, в точности школьной активности. На появление и развитие острых респираторных заболеваний у детей влияет целый комплекс причин, например, как недостаточный уровень иммунологической защиты, так и негативное влияние загрязненной воздушной среды и домашней обстановки, если речь идет о промышленном районе и мегаполисах. Инфекции верхних дыхательных путей достаточно распространены и уже имеют определенную схему диагностики и лечения, но несмотря на это, в данной области существует ряд нерешенных проблем, в частности в понимании этиологии, патогенеза отдельных форм заболеваний, влияния экологических факторов на течение инфекционного процесса, диагностике острых респираторных заболеваний и их осложнений, которые затрудняют интерпретацию клинических данных. Так, образовалась большая группа «постоянно болеющих детей», в процентном соотношении от 15 до 30%, применительно к которым выявлены вышеуказанные неразрешенные проблемы в области проведения вакцинации и общего оздоровления.

Исследователи неоднократно указывали на необходимость реформ медицинской системы [2]. Изучая опыт прошлых лет и нынешние методы, можно сказать, что система здравоохранения достаточно изменилась, но даже сейчас происходит постепенное изменение традиционной привычной системы оказания медицинской помощи. На сегодняшний день еще существует тот момент, когда врач направляет ребенка с лихорадкой в стационар для проведения, можно сказать, простых исследований. Врач делает это для того, чтобы исключить развитие тяжелого заболевания, которое он не в состоянии диагностировать при осмотре. Если бы в поликлинике создавали необходимые условия для диагностирования, то данная мера дала бы возможность не допускать безосновательной госпитализации. В качестве решения можно предложить отменить или смягчить меру, ограничивающую посещение детских поликлиник больными детьми. Далее важно, чтобы родители обращались сразу же в поликлинику с больным ребенком, где врач мог бы принять все необходимые меры для постановки диагноза. Для этого достаточно иметь несколько оснащенных смотровых помещений, изолированных друг от друга, чтобы избежать скопления пациентов в одном месте на долгое время. В случае организации постоянной разъяснительной работы и оказания необходимой информационной помощи родители увидят все преимущества посещения поликлиники перед вызовом врача на дом. Транспортный вопрос также решаем, поскольку поликлиника находится гораздо ближе станции скорой помощи. Вышеизложенное формирует актуальность написания настоящей статьи.

Цель: рассмотреть методы и способы повышения качества оказания медицинской помощи в отделениях сложной соматики через реформирование системы здравоохранения.

Материалы и методы исследования: основным методом исследования выступает анализ имеющихся исследований по теме статьи.

Многие исследователи также сошлись во мнении, что часто случается необоснованная госпитализация детей с острыми респираторными заболеваниями. По наблюдениям около 80%

детей госпитализированы без необходимых показаний [3]. В случае исключения у пациента тяжелой патологии при проведении должной диагностики в условиях поликлиники, ребенок мог получать необходимое лечение в домашних условиях. Так, высокий показатель госпитализации детского населения с нетяжелыми формами заболеваний верхних дыхательных путей в условиях достаточно развитой амбулаторной сети является расточительной. Это способствует тому, что опыт, знания персонала, коечные места в больницах расходуются нерационально. Очевидно, что безосновательная госпитализация осуществляется с единственной диагностической целью и решением данной проблемы будет постепенное создание специальных отделений догоспитальной помощи в поликлиниках. Назначение данных отделений в следующем: врачом осуществляется обследование и наблюдение до момента оформления госпитализации. Также возможно принять все меры, необходимые в рамках проведения неотложного лечения, как например, купирование обструктивных явлений, сбивание высокой температуры и так далее. Далее возможны два варианта в зависимости от тяжести состояния пациента – либо пациента отпускают продолжать лечение на дому, либо в случае наличия оснований проводят госпитализацию. Данная мера способствует разгрузке медицинского персонала. В отделениях сложной соматики необходимо уделять колоссальное внимание и время пациентам, поскольку тяжесть заболевания уже отличается. Таким образом, предложенные методы способны значительно повысить качество оказания медицинской помощи в отделениях сложной соматики.

Рассмотрим еще один способ увеличения эффективности работы, качественно улучшающий оказание помощи в отделениях сложной соматики – уменьшение пребывания в стационаре пациентов с нетяжелой формой заболевания. Многие исследования подтверждают факт безосновательно долгого пребывания детей в больнице. Помимо расхода ресурсов, это чревато развитием внутрибольничной инфекцией, частота которой при длительности госпитализации в 7-10 дней достигает 40-60% [4]. Можно отметить в качестве причины такого явления доведение лечения до полного выздоровления, что часто применялось на практике врачами. Также это связано введением и действием определенных экономических стандартов, когда обозначается определенный период лечения в стационаре и несоблюдение которого, как правило, влечет определенные материальные потери для больницы. Разрешение указанных проблемных вопросов возможно в случае изменения принятых стандартов, протоколов лечения и правил диагностики, таким образом, чтобы не поощрять безосновательную длительную госпитализацию. Если будут приняты необходимые нормативные документы, то будет возможность многих пациентов лечить на дому под наблюдением врача до полного выздоровления. Долечивание на дому имеющих соответствующие возможности детей с ОРВИ, бронхитом, нетяжелой пневмонией, попавших в стационар без должных показаний, позволяет сократить срок их госпитализации до 3 дней и менее и требует 1-2 посещений [5]. Можно сказать, что такой вариант показал себя наилучшим образом в случае с пациентами с тяжелой патологией, где дать правильную оценку и отследить динамику процесса выздоровления способен только врач, присутствовавший с самого начала лечения.

Для профилактики рецидивирующих острых респираторных заболеваний и в виде ключевого элемента патогенетического лечения применяются способы, называемые иммунокоррекцией. Этот метод осуществляется с учетом строгого соблюдения общих положений оздоровления. Чтобы эффективно применять иммунокоррекцию при участвовавших случаях заболеваний верхних дыхательных путей, важно максимально снизить влияние экзогенных и эндогенных факторов.

Одной из сложных задач является выбор наиболее подходящего препарата из огромного количества имеющихся иммуностропных средств, которые оказывают воздействие на клеточный, гуморальный, фагоцитарный уровни. Наличие клинически выраженной ясной картины иммунологической недостаточности не дает вероятности точно определить все нарушения в лабораторных параметрах иммунной системы. Исследователи написали достаточно работ о правильности использования иммуностропных лекарственных средств в отношении детей из часто болеющей группы, но нельзя абсолютно заявить о стопроцентной эффективности [6].

Проведение неспецифической иммуностимуляции химическими препаратами, цитокинами и их аналогами, синтетическими иммуностимуляторами разных групп вызывает немало возражений, т.к. они в большинстве случаев активизируют как хелперные, так и супрессорные клетки, давая

разнонаправленный эффект. Так как многие применяемые с целью увеличения иммунологической резистентности лекарственные средства имеют невысокую селективность воздействия, то их использование можно осуществлять исключительно после выявления четко выраженных иммунологических сдвигов. Несоблюдение принципа соблюдения патогенетических основ заболевания, бесконтрольное назначение иммуностимулирующей терапии чаще всего приводит к ухудшению состояния иммунной системы [7].

В последнее время в Казахстане осуществляется множество мероприятий и принимается большое количество документов для оптимизации лечебно-профилактической помощи населению, особенно детскому. Основная сложность в осуществлении реформы заключается в правильной интерпретации системы здравоохранения, а именно сделать так, чтобы действующие в разных странах модели идеально вписались в государственную систему. Наблюдается медленный переход на новые методы работы больниц и поликлиник по вопросу обслуживания остро заболевших детей. К примеру, для лечения детей с хроническими заболеваниями организованы диагностические центры, в то время как для ребенка с острой формой заболевания есть вариант лечения в больнице без какого-либо задействования возможностей дневных стационаров и поликлиник. Все вышеизложенное прямо влияет на показатели качества оказания медицинской помощи.

Результаты и их обсуждение: Таким образом, ключевым вопросом на сегодняшний день остается правило эффективного, рационального распределения сил и средств стационаров детских больниц.

Необходимо обозначить такие направления, которые успешно разрешат поставленные вопросы:

1. Создать методики оказания внебольничной помощи и использовать их максимально эффективно, что даст возможность оказать необходимую медицинскую помощь до этапа госпитализации;
2. Повысить уровень преемственности в проведении диагностики и процессе лечения пациентов между больницей и поликлиникой;
3. Ввести в работу больниц эффективные, действенные методы и способы проведения диагностики и лечения, которые дадут возможность добиться нужного результата в самые сокращенные сроки;
4. Организовать отделения и больницы отдельно для долечивающихся пациентов, с частыми хроническими заболеваниями, что позволит эффективно применять специализированную дорогостоящую медицинскую помощь и оборудование.

На самом деле, вывести эффективную и унифицированную методику для качества оказания медицинской помощи в отделениях сложной соматики не так просто, поскольку к каждому случаю необходимо подходить конкретно и рассматривать отдельно в совокупности всех имеющихся факторов. Для этого необходимо проводить исследования. Так, исследование показателей качества медицинской помощи в отделениях сложной соматики необходимо проводить в стационаре, на дому и станции скорой помощи. Именно этот единый подход дает возможность обозначить этапы, характер и все уникальные особенности медицинской помощи пациентам, обозначить резервы, сформировать предложения, которые будут увеличивать показатели качества медицинской помощи, правильное и эффективное использование коечного фонда.

Выводы или заключение: Подводя итог вышеизложенному, нужно отметить, что исследование качества медицинской помощи в отделениях сложной соматики с задействованием клиницистов было направлено на получение следующих результатов:

- 1) повысить качество подготовки пациентов в процессе диагностирования и задействовать в данном вопросе стационары и поликлиники, что позволит разгрузить медицинский персонал в отделениях сложной соматики;
- 2) улучшать систему госпитализации, снижать сроки ожидания госпитализации пациентов и равномерно распределять по стационарам;

- 3) госпитализация больных по назначению, т.с. в учреждении того типа и отделения того профиля, которые соответствуют диагнозу, характеру и сложности заболевания;
- 4) сокращение сроков диагностического и предоперационного периодов за счет лучшей организации работы и избежание неоправданного дублирования обследований, проведенных в поликлиниках перед госпитализацией;
- 5) более широкое и своевременное использование в поликлиниках и стационарах консультативной помощи специалистов;
- 6) своевременное обследование и лечение не только основного, но и сопутствующего заболевания;
- 7) широкое применение в стационарах комплексного лечения, направленного не только на медицинскую, но и на социальную реабилитацию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Капранов Н.И., Каширская Н.Ю. Муковисцидоз. М.: Медпрактика, 2014 [Kapranov NI, Kashirskaya NYU. Cystic Fibrosis. Moscow: Medpraktika, 2014 (in Russian)].
2. Mak GK, Henig NR. Sinus disease in cystic fibrosis. *Clinic Rev Allerg Immunol.* 2001;21(1):51-63. DOI:10.1385/cricai:21:1:51
3. Mogayzel PJ Jr, Naureckas ET, Robinson KA, et al. Cystic Fibrosis Pulmonary Guidelines. *Am J Respir Crit Care Med.* 2013;187(7):680-9. DOI:10.1164/rccm.201207-1160oe
4. Oomen KP, April MM. Sinonasal manifestations in cystic fibrosis. *Int J Otolaryngol.* 2012;2012:789572. DOI:10.1155/2012/789572
5. Mainz JG, Schumacher U, Schädlich K, et al. Sino nasal inhalation of isotonic versus hypertonic saline (6.0%) in CF patients with chronic rhinosinusitis - Results of a multicenter, prospective, randomized, double-blind, controlled trial. *J Cyst Fibros.* 2016;15(6):e57-e66. DOI:10.1016/j.jcf.2016.05.003
6. Hamilos DL. Nasal and sinus problems in cystic fibrosis patients. In: Bachert C, Bourdin A, Chanez P, et al. *The Nose and Sinuses in Respiratory Disorders (ERS Monograph).* European Respiratory Society, 2017; p. 48-66. DOI:10.1183/2312508x.10009616
7. Berkhout MC, Klerx-Melis F, Fokkens WJ, et al. CT-abnormalities, bacteriology and symptoms of sinonasal disease in children with cystic fibrosis. *J Cyst Fibros.* 2016;15(6):816-24. DOI:10.1016/j.jcf.2016.03.004
8. Metelskaya VA. Kharakteristika kolonizatsionnoi rezistentnosti slizistykh obolochek dykhatel'nogo trakta pri bronkhitakh u detei. Diss. kand. biol. Nauk [Characteristics of colonization resistance of the mucous membranes of the respiratory tract in bronchitis in children. PhD diss.]. Moscow; 2013. 119 p. (in Russian).
9. Lupal'tsova OS. Features of the microflora of the respiratory tract in children with respiratory pathology. In: *Proceeding of the IV Scientific and Practical Conference of Students and Young Scientists on Modern Aspects of Infectious Pathology.* 2014 Oct 13-15; Astrakhan, Russian Federation. Astrakhan; 2014. 94-99 pp. (in Russian).
10. Malanicheva TG, Ziatdinova NV. Perfection methods of treatment of reccurent bronchites at often painful children with an allowance of microbiocoenosis of nasopharynxes. *Practical Medicine.* 2009;(39):114-115. (in Russian).
10. Wjst M, Hoelscher B, Frye C, Wichmann HE, Dold S, Heinrich J. Early antibiotic treatment and later asthma. *Eur J Med Res.* 2001 Jun 28;6(6):263-71.
11. Droste JH, Wieringa MH, Weyler JJ, Nelen VJ, Vermeire PA, Van Bever HP. Does the use of antibiotics in early childhood increase the risk of asthma and allergic disease? *Clin Exp Allergy.* 2000 Nov;30(11):1547-53. 45. Bottcher MF, Nordin EK, Sandin A, Midtvedt T, Bjorksten B. Microflora-associated characteristics in faeces from allergic and nonallergic infants. *Clin Exp Allergy.* 2000 Nov;30(11):1590-6.
12. Kalliomaki M, Kirjavainen P, Eerola E, Kero P, Salminen S, Isolauri E. Distinct patterns of neonatal gut microflora in infants in whom atopy was and was not developing. *J Allergy Clin Immunol.* 2001 Jan;107(1):129-34. doi: 10.1067/mai.2001.111237.

13. Bjorksten B, Sepp E, Julge K, Voor T, Mikelsaar M. Allergy development and the intestinal microflora during the first year of life. *J Allergy Clin Immunol.* 2001 Oct;108(4):516-20. doi: 10.1067/mai.2001.118130.
14. Kirjavainen PV, Arvola T, Salminen SJ, Isolauri E. Aberrant composition of gut microbiota of allergic infants: a target of bifidobacterial therapy at weaning? *Gut.* 2002 Jul;51(1):51-5.
15. Noverr MC, Falkowski NR, Mcdonald RA, Mckenzie AN, Huffnagle GB. Development of allergic airway disease in mice following antibiotic therapy and fungal microbiota increase: role of host genetics, antigen, and interleukin-13. *Infect Immun.* 2005 Jan;73(1):30-8. doi: 10.1128/IAI.73.1.30-38.2005.

BIBLIOGRAPHY:

1. Kapranov N.I., Kashirskaya N.YU. *Mukoviscidoz. M.: Medpraktika, 2014 [Kapranov NI, Kashirskaya NYU. Cystic Fibrosis. Moscow: Medpraktika, 2014 (in Russian)].*
2. Mak GK, Henig NR. Sinus disease in cystic fibrosis. *Clinic Rev Allerg Immunol.* 2001;21(1):51-63. DOI:10.1385/cricai:21:1:51
3. Mogayzel PJ Jr, Naureckas ET, Robinson KA, et al. Cystic Fibrosis Pulmonary Guidelines. *Am J Respir Crit Care Med.* 2013;187(7):680-9. DOI:10.1164/rccm.201207-1160oe
4. Oomen KP, April MM. Sinonasal manifestations in cystic fibrosis. *Int J Otolaryngol.* 2012;2012:789572. DOI:10.1155/2012/789572
5. Mainz JG, Schumacher U, Schädlich K, et al. Sino nasal inhalation of isotonic versus hypertonic saline (6.0%) in CF patients with chronic rhinosinusitis - Results of a multicenter, prospective, randomized, double-blind, controlled trial. *J Cyst Fibros.* 2016;15(6):e57-e66. DOI:10.1016/j.jcf.2016.05.003
6. Hamilos DL. Nasal and sinus problems in cystic fibrosis patients. In: Bachert C, Bourdin A, Chanez P, et al. *The Nose and Sinuses in Respiratory Disorders (ERS Monograph).* European Respiratory Society, 2017; p. 48-66. DOI:10.1183/2312508x.10009616
7. Berkhout MC, Klerx-Melis F, Fokkens WJ, et al. CT-abnormalities, bacteriology and symptoms of sinonasal disease in children with cystic fibrosis. *J Cyst Fibros.* 2016;15(6):816-24. DOI:10.1016/j.jcf.2016.03.004
8. Metelskaya VA. *Kharakteristika kolonizatsionnoi rezistentnosti slizistykh obolochek dykhatel'nogo trakta pri bronkhitakh u detei. Diss. kand. biol. Nauk [Characteristics of colonization resistance of the mucous membranes of the respiratory tract in bronchitis in children. PhD diss.]. Moscow; 2013. 119 p. (in Russian).*
9. Lupal'tsova OS. *Features of the microflora of the respiratory tract in children with respiratory pathology. In: Proceeding of the IV Scientific and Practical Conference of Students and Young Scientists on Modern Aspects of Infectious Pathology. 2014 Oct 13-15; Astrakhan, Russian Federation. Astrakhan; 2014. 94-99 pp. (in Russian).*
10. Malanicheva TG, Ziatdinova NV. *Perfection methods of treatment of reccurent bronchites at often painful children with an allowance of microbiocoenosis of nasopharynxes. Practical Medicine. 2009;(39):114-115. (in Russian).*
10. Wjst M, Hoelscher B, Frye C, Wichmann HE, Dold S, Heinrich J. Early antibiotic treatment and later asthma. *Eur J Med Res.* 2001 Jun 28;6(6):263-71.
11. Droste JH, Wieringa MH, Weyler JJ, Nelen VJ, Vermeire PA, Van Bever HP. Does the use of antibiotics in early childhood increase the risk of asthma and allergic disease? *Clin Exp Allergy.* 2000 Nov;30(11):1547-53. 45. Bottcher MF, Nordin EK, Sandin A, Midtvedt T, Bjorksten B. Microflora-associated characteristics in faeces from allergic and nonallergic infants. *Clin Exp Allergy.* 2000 Nov;30(11):1590-6.
12. Kalliomaki M, Kirjavainen P, Eerola E, Kero P, Salminen S, Isolauri E. Distinct patterns of neonatal gut microflora in infants in whom atopy was and was not developing. *J Allergy Clin Immunol.* 2001 Jan;107(1):129-34. doi: 10.1067/mai.2001.111237.
13. Bjorksten B, Sepp E, Julge K, Voor T, Mikelsaar M. Allergy development and the intestinal microflora during the first year of life. *J Allergy Clin Immunol.* 2001 Oct;108(4):516-20. doi: 10.1067/mai.2001.118130.

14. Kirjavainen PV, Arvola T, Salminen SJ, Isolauri E. Aberrant composition of gut microbiota of allergic infants: a target of bifidobacterial therapy at weaning? *Gut*. 2002 Jul;51(1):51-5.
15. Noverr MC, Falkowski NR, Mcdonald RA, Mckenzie AN, Huffnagle GB. Development of allergic airway disease in mice following antibiotic therapy and fungal microbiota increase: role of host genetics, antigen, and interleukin-13. *Infect Immun*. 2005 Jan;73(1):30-8. doi: 10.1128/IAI.73.1.30-38.2005.

Автор для корреспонденции: Қуандық А.Қ. – НАО «Астана медицина университеті», +77781370995



УДК: 616.314-092.4

КОПБАЕВА М.Т.¹, САГАТБАЕВА А.Д.¹, СМАГУЛОВА Е.Н.²

Казакский национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова

Казакский национальный университет им. Аль-Фараби

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РЕПАРАЦИИ ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ ПРИ ЭНДО-ПАРОДОНТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ

Аннотация. В данной работе дается краткая характеристика эндо-пародонтального синдрома и проблемы его лечения. Представлен новый эндогерметик нового поколения на основе биокерамики, позволяющий в значительной мере повысить качество и улучшить прогноз эндодонтического лечения и также представлены результаты лечения.

Ключевые слова. Эндо-пародонтальный синдром, периодонтит, эндогерметик, силер, биокерамика, церасил.

КОПБАЕВА М.Т.¹, САГАТБАЕВА А.Д.¹, СМАГУЛОВА Е.Н.²

С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті

Әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті

ЭНДО-ПАРОДОНТАЛЬДЫ ЗАҚЫМДАНУЛАР КЕЗІНДЕ ПЕРИАПИКАЛДЫ ТІНДЕРДІ ҚАЛПЫНА КЕЛТІРУДІҢ ЗАМАНАУИ МҮМКІНДІКТЕРІ

Аннотация. Бұл жұмыста эндопародонтальды синдромның қысқаша сипаттамасы және оны емдеу мәселелері келтірілген. Биокерамикаға негізделген жаңа ұрпақты эндогерметик ұсынылған, бұл материал эндодонтиялық емнің сапасын едәуір арттыруға және болжамын жақсартуға мүмкіндік береді, сонымен қатар емдеу нәтижелері де ұсынылған.

Кілт сөздер. Эндо-пародонтальды синдром, периодонтит, эндогерметик, силер, биокерамика, церасил.

КОРБАЕВА М.Т.¹, SAGATBAEVA A.D.¹, SMAGULOVA E. N.²

Kazakh National Medical University named after S. D. Asfendiyarov

Al-Farabi Kazakh National University

MODERN POSSIBILITIES OF PERIAPICAL TISSUE REPAIR IN ENDO-PERIODONTAL LESIONS

Summary. This article gives a brief description of endoparodontal syndrome and the problems of its treatment. A new endogermetic of a new generation based on bioceramics is presented, which allows to significantly improve the quality and improve the prognosis of endodontic treatment and also presents the results of treatment.

Keywords. Endo-periodontal syndrome, periodontitis, endogermetic, sealer, bioceramics, cerasil.

Одной из острых проблем современной стоматологии являются сочетанные поражения пародонта и эндодонта. Как эндодонтические, так и пародонтальные поражения вызваны анаэробной микрофлорой, которая может проникать в полость зуба как через кариозную полость, так и через пародонтальный карман, вызывая воспаление пульпы зуба [1]. И в том, и в другом случае воспаление в тканях поддерживается инфекцией, находящейся в дополнительных каналах корня и его дентинных трубочках. В результате пульпа зуба погибает и развивается апикальный

периодонтит, а воспаление в области краевого пародонта прогрессирует. Это и позволяет говорить о сочетанной эндо-пародонтальной патологии [2]. Довольно часто такие зубы подвергаются удалению, а ранняя потеря зубов приводит к возникновению заболеваний желудочно-кишечного тракта и снижает качество жизни пациентов.

Поэтому эффективное лечение подразумевает одновременное устранение микробного фактора из системы корневых каналов и пародонтального кармана, а затем восстановление костных структур, от которых зависит прогноз функционирования зуба в зубочелюстной системе [3].

В настоящее время при лечении эндо-пародонтального синдрома большое внимание уделяется проблеме эндодонтического лечения зубов с осложненным кариесом, в частности периодонтитом. В структуре стоматологической заболеваемости периодонтит занимает третье место после кариеса и пульпита, является одной из наиболее частых причин развития воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и удаления зубов [4].

Известно, что результат эндодонтического лечения зависит от ряда факторов, однако при этом следует понимать, что основной причиной неблагоприятного исхода лечения является микробная контаминация и воздействие продуктов жизнедеятельности микроорганизмов на периапикальные ткани. Это подчеркивает важность герметичной obturации корневого канала по всей длине, а также необходимость качественной изоляции пломбирочного материала в канале. Кроме того, отсутствие репаративных процессов после эндодонтического лечения может быть связано с поступлением инфекции из пародонтального кармана, которая может проявить резистентность к традиционному лечению апикального периодонтита [1].

Также одной из причин неудовлетворительного лечения периодонтита является возникновение осложнений на этапе obturации системы корневых каналов. Также следует отметить, что корневая пломба препятствует проникновению экссудата, тканевой жидкости и бактерий в канал из периапикальных тканей. Необходимо помнить, что не каждый герметик обеспечивает абсолютно полное уплотнение, и, рано или поздно, начинает развиваться микроподтекание, что, в свою очередь, препятствует формированию дентинного мостика.

В связи с вышеизложенным, становится актуальным и очевидным необходимость поиска новых путей для повышения уровня эндодонтического лечения, в том числе с применением эндогерметиков нового поколения. Лечение корневого канала включает две фазы: фазу контроля микробной контаминации и фазу восстановления. В эндодонтии существует лишь один вид материалов, идеально подходящий для использования в обеих этих фазах – биокерамика, которая уже много лет успешно применяется в стоматологии и обладает рядом положительных свойств. Характерной особенностью этих материалов является то, что они не подвержены капсулированию со стороны организма. Такая реакция организма на имплантацию биоактивных неорганических кальций-фосфатных материалов объясняется близостью их минерального состава и поровой структуры к нативной кости [5].

Понимание присущих биокерамике физических свойств (биосовместимость, нетоксичность, отсутствие усадки, химическая стабильность) обосновало ее использование в стоматологии, в частности в эндодонтии. Также преимуществом биокерамики явилось отсутствие ее раздражающего действия на периапикальные ткани, даже при случайном выведении за верхушку корня зуба [6].

Следует отметить, что в своем стабильном состоянии биокерамика очень твердая и идеально уплотнена, не растворяется на протяжении долгого периода времени, обеспечивая, таким образом, профилактику микроподтекания. В ходе затвердевания pH материала повышается до 12 в результате реакции гидратации и тем самым обеспечивает его антибактериальные свойства. В процессе таковой сначала образуется кальций гидроксид, который впоследствии растворяется на ионы кальция и гидроксид [7].

Учитывая все это, очевидно, что биокерамика является материалом выбора для obturации корневого канала после проведения процедуры пульпотомии.

Научно-исследовательской группой компании «Metabiomed» была создана эндобиокерамика «CeraSeal», обладающая высокими прочностными свойствами вместе с превосходной

биосовместимостью. Биокерамический материал «CeraSeal» разработан на основе матрицы силиката кальция, включает в себя также карбонат кальция, диоксид кремния, оксид алюминия, диоксид циркония, и является предварительно смешанным материалом, предназначенным для постоянного пломбирования корневых каналов. Представленные частицы за счет своего малого размера увеличивают поверхностный контакт с жидкостью, способствующий высокой прочности [7].

Эндогерметик «CeraSeal», благодаря своему щелочному pH (возрастает до 12 в течение 3,5-4 часов), обладает выраженными антибактериальными и противогрибковыми свойствами, способствует выработке цитокинов, стимулируя дифференцировку и миграцию клеток, продуцирующих твердые ткани, формирует гидроксиапатит на своей поверхности. Образованный гидроксиапатит способствует активации функции остеобластов, тем самым ускоряя ремоделирование костной ткани периапикальной области [8].

Методика работы с биокерамическим материалом «CeraSeal» несложная и эргономичная. После удаления защитного колпачка со шприца с «Ceraseal», устанавливается одноразовый интраканальный наконечник на шприц, который является гибким и может быть изогнут для облегчения доступа к устью корневого канала. Установив кончик наконечника в устьевую треть корневого канала, плавно и медленно выдавливается небольшое количество эндогерметика в корневой канал. Затем ранее подобранный гуттаперчевый мастер-штифт покрывается тонким слоем «CeraSeal» и фиксируется в корневом канале на всю рабочую длину. В зависимости от показаний возможно перелечивание, поскольку материал не является твердым. Имеет эстетический вид вследствие того, что материал белого цвета.

В основу работы положены результаты обследования и эндодонтического лечения 32 пациентов в возрасте от 20 до 48 лет с различными формами хронического апикального периодонтита. Все пациенты, включенные в исследование, не страдали общими хроническими соматическими заболеваниями или выраженной патологией пародонта.

Обследование пациентов состояло из основных и дополнительных стоматологических методов исследования в сроки: до лечения, непосредственно после лечения и через 12 месяцев. Обследование пациентов проводили по единой схеме, включая распрос, клинические, инструментальные и рентгенологические методы исследования.

Нами наблюдаемым пациентам после инструментальной и медикаментозной обработки проводили obturацию корневых каналов эндобиокерамикой «CeraSeal». Группу сравнения составили 15 пациентов, у которых эндодонтическое лечение зубов проводили по стандартной методике с obturацией методом латеральной конденсации, применяя гуттаперчевые штифты и силер «Адсил». В качестве примера применения биокерамического материала «CeraSeal» приводим клинические случаи с рентгенограммами до лечения, после лечения и через 12 месяцев.

Клинические случаи 1. Пациентка Ю., 31 год, обратилась с жалобами на ноющую боль в зубе 4.6, боль при накусывании на зуб 4.6.

Объективно: зуб 4.6 на жевательной поверхности имеет пломбу с нарушением краевого прилегания, перкуссия зуба болезненная, пальпация слизистой оболочки в проекции верхушки корня зуба болезненная, подвижность зуба 4.6 отсутствует.

На рентгенограмме в проекции верхушки медиального корня наблюдается очаг деструкции костной ткани с нечеткими контурами до 2 мм, дистального корня – расширение периодонтальной щели (рисунок 1).

Диагноз: хронический апикальный периодонтит 4.6 (K04.5).



Рисунок 1. Рентгенограмма 4.6 зуба

Лечение: после традиционного раскрытия полости зуба, расширения медикаментозной обработки корневых каналов проведена obturation корневых каналов с биокерамическим материалом «CeraSeal» по традиционной методике, наложение постоянной пломбы.

На внутриротовом дентальном рентгеновском снимке непосредственно после эндодонтического лечения корневые каналы плотно obturированы на всем протяжении до рентгенологической верхушки. Через 12 месяцев после лечения отмечается полная регенерация костной ткани в проекции верхушки корня нет (рисунок 2).



А

Б

Примечание – А – непосредственно после лечения; Б – через 24 месяца после лечения

Рисунок 2. – Контрольные рентгенограммы после проведенного эндодонтического лечения

Клинический случай 2. Пациентка С., 28 лет, обратилась с жалобами на боль при надкусывании.

Объективно: зубы 14, 15 под коронками, перкуссия 14, 15 зубов слабо болезненная, пальпация слизистой оболочки в проекции верхушки корней зуба безболезненная, подвижность зубов 14, 15 отсутствуют.

На рентгенограмме в проекции верхушки 14, 15 зубов отмечается очаг деструкции костной ткани с четкими контурами до 4 мм (рисунок 3).



Рисунок 3. – рентгенограмма 14, 15 зубов до лечения

Диагноз: хронический апикальный периодонтит 14, 15 зубов (K04.5).

Лечение: после традиционного раскрытия полости зуба, расширения медикаментозной обработки корневых каналов проведена obturation корневых каналов с биокерамическим материалом «CeraSeal» по традиционной методике, финальная реставрация зуба композитным материалом.

На внутриротовом рентгеновском снимке: после эндодонтического лечения корневые каналы плотно obturated на всем протяжении до рентгенологической верхушки. Через 12 месяцев после лечения отмечено восстановление костной ткани в области верхушки корня нет (рисунок 4).



Рисунок 4. – Рентгеновский снимок после эндодонтического лечения через 12 месяцев

Клинико-рентгенологический контроль через 12 месяцев показал результаты успешного лечения в основной группе у пациентов с фиброзным, гранулирующим и гранулематозным периодонтитом.

Таким образом, отдаленные результаты применения эндобиокерамики спустя 12 месяцев показали хорошие результаты, свидетельствующие об его высокой лечебной эффективности, что было подтверждено, наряду с клиническими методами исследования, рентгенологическими данными.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Мороз П.В. Эндо-пародонтальный синдром: анатомические предпосылки развития, этиология, классификация и тактика лечения // Научно-практический журнал Институт Стоматологии №2 (63), июнь 2014.- стр. 91-94.
2. Грудянов А.И., Макеева М.К., Пятигорская Н.В. Современные представления об этиологии, патогенезе и подходах к лечению эндодонто-пародонтальных поражений // Вестник Российской Академии медицинских наук. -2013. -N 8. - С. 34-36.
3. Галеева З.Р. Морфофункциональные и этиопатогенетические связи при патологии эндодонта и пародонта // Эндодонтия today. - 2012. - № 2. - С. 3-7.
4. Максимова О.П. Две стороны эндодонтии//Клиническая стоматология. -2012.-№1.-С.32-34
5. Македонова, Ю.А. Биокерамические технологии в эндодонтии/Ю.А. Македонова, Н.Н. Климова, С. Н. Медведева //Современные технологии в мировом научном пространстве.–2017.–С.164-166.
6. Bioceramics in endodontics – a review. – Journal Istanbul Univ. Fac. Dent.–2017.– №51.–P.128-137.
7. Bioceramics in operative dentistry and endodontics / I. Nasim, S. Jain, S. Soni et al. // International journal of medical and oral research. – 2016. – № 2. – P. 1-8.
8. Clinical applications of bioceramic materials in endodontics / M. Ree, R. Schwartz // Endodontic practice. – 2019. – Vol. 7. – № 4. – P. 1-9.

BIBLIOGRAPHY:

1. Mopoz P.V. E'ndo-papodontal'nyj sindpom: anatomicheskie ppedpossylki pazvitiya, e'tiologiya, klassifikaciya i taktika lecheniya // Nauchno-pprakticheskij zhurnal Institut Stomatologii №2 (63), iyun' 2014.- stp. 91-94.
2. Gpudyanov A.I., Makeeva M.K., Pyatigopskaya N.V. Sovpemennye ppedstavleniya ob e'tiologii, patogeneze i podxodax k lecheniyu e'ndodonto-papodontal'nyx popazhenij // Vestnik Possijskoj Akademii medicinskix nauk. -2013. -N 8. - S. 34-36.
3. Galeeva Z.P. Mopfofunkcional'nye i e'tiopatogeneticheskie svyazi ppi patologii e'ndodonta i papodonta // E'ndodontiya today. - 2012. - № 2. - S. 3-7.
4. Maksimova O.P. Dve stopony e'ndodontii // Klinicheskaya stomatologiya. -2012. -№1. - S. 32-34
5. Makedonova, Yu.A. Biokepaticheskie texnologii v e'ndodontii / Yu. A. Makedonova, N. N. Klimova, S. N. Medvedeva //Sovpemennye texnologii v mipovom nauchnom ppostpanstve. – 2017. – S.164-166.
6. Bioceramics in endodontics – a review. – Journal Istanbul Univ. Fac. Dent.–2017.–№ 51.–P.128-137.
7. Bioceramics in operative dentistry and endodontics / I. Nasim, S. Jain, S. Soni et al. // International journal of medical and oral research. – 2016. – № 2. – P. 1-8.
8. Clinical applications of bioceramic materials in endodontics / M. Ree, R. Schwartz // Endodontic practice. – 2019. – Vol. 7. – № 4. – P. 1-9.

Автор для корреспонденции: Сагатбаева Анар Джамбуловна, доцент кафедры терапевтической стоматологии КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, моб. 87072587081, anar_dzhambul@mail.ru



ӘОЖ: 611.61.012

КЫЛЫШБЕКОВА Г.Н., КАЛМЕНОВА Г.М., ЗОБОНОВА Т.В.

*Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті,
Жоғары медициналық білімінен кейінгі білім беру факультеті, Қазақстан, Шымкент қ.*

СИБСТАҒЫ ВИТАМИНГЕ ТӘУЕЛДІ РАХИТ ЖАҒДАЙЫ

(Клиникалық жағдай)

Түйіндеме:

Отбасылық дәрігерлер мен педиатрлар өз тәжірибесінде рахит сияқты фондық патологиямен жиі кездеседі. Д витаминінің жалпы қабылданған дозаларымен нашар емделетін рахиттің ауыр нұсқаларын тұқым қуалайтын рахит тәрізді аурулармен ажырату керек. Осыған байланысты Сіздің назарыңызға екі апалы-сіңлілі (сибс) витаминге тәуелді рахиттің клиникалық жағдайы ұсынылады. Тұқым қуалайтын рахит тәрізді ауру 4 жасында үлкен қызда, 2 жасында кіші қызда, кіші қызда үлкен әпкесіндегі өзгерістерге ұқсас сүйек жүйесінің тән өзгерістері пайда болғаннан кейін күдіктенген.

Кілт сөздер: Д витаминіне тәуелді рахит, рахит тәрізді аурулар, Д3 дәрумені, паратгормон.

КЫЛЫШБЕКОВА Г.Н., КАЛМЕНОВА Г.М., ЗОБОНОВА Т.В.

СЛУЧАЙ ВИТАМИН Д - ЗАВИСИМОГО РАХИТА У СИБСОВ

(Клинический случай)

Аннотация:

Семейные врачи и врачи–педиатры в своей практике часто встречаются с такой фоновой патологией, как рахит. Тяжелые варианты рахита, плохо поддающиеся терапии общепринятыми дозами витамина Д, необходимо дифференцировать с наследственными рахитоподобными заболеваниями. В связи с этим вашему вниманию представляется клинический случай витамин Д зависимого рахита у двух родных сестер (сисбсов). Наследственное рахитоподобное заболевание было заподозрено у старшей девочки в возрасте 4 лет, у младшей в 2 года, после того как у младшей девочки появились характерные изменения со стороны костной системы, идентичные изменению старшей сестры.

Ключевые слова: витамин Д-зависимый рахит, рахитоподобные заболевания, витамин Д3, паратгормон.

KYLYZHBEKOVA G.N., KALMENOVA G.M., ZOBONOVA T.V.

A CASE OF VITAMIN – D – DEPENDENT RICKETS IN SIBLINGS

(Clinical case)

Summary:

Family doctors and pediatricians in their practice often meet with such background pathology as rickets. Severe variants of rickets that do not respond well to the therapy by conventional doses of vitamin D must be differentiated from hereditary rickets-like diseases. In this regard, we present to your attention a clinical case of vitamin-D-dependent rickets in two siblings. Hereditary rickets-like disease was suspected in the older girl at the age of 4 years, in the younger at 2 years, after the younger girl had characteristic changes in the bone system, identical to the changes in the older sister.

Keywords: vitamin-D-dependent rickets, rickets-like diseases, vitamin D3, parathyroid hormone.

Өзектілігі: Талқыланып отырған мәселенің өзектілігі популяцияда рахиттің кездесу жиілігінің жоғары болуымен қатар, оны прогрессирлеуші ағыммен мүгедектікке алып келетін рахиттерізді тұқымқуалайтын аурулармен дифференциальді диагностиканың қиындығымен байланысты.

Облыстық балалар ауруханасына (ОБА) госпитализацияланған Д-витамин тәуелді рахитпен ауыратын апалы-сіңілілі екі қыздың клиникалық оқиғасын мысалға келтіріп суреттейміз. Апалы-сіңілілі қыздар ОБА-на тексерілу үшін госпитализацияланған болатын, себебі кіші қызда да үлкен әпкесіндегідей сүйектер тінінің рахиттерізді өзгерістері пайда болды.

Оқиғаны сипаттау: 1-пациент. Қыз эклампсия көріністерімен өткен, 1-ші жүктіліктен, 1 шұғыл босанудан, туылған кездегі салмағы – 3,400, бойы – 48 см. Анасының айтуы бойынша қыз моторлық дамуда артта қалу байқалған: басын 5-ші айынан бастап ұстайды, 8 айынан бастап отырады, 1,5 жастан бастап жүреді және тісі 6 айынан бастап шыға бастаған. Қыз 6 айынан бастап Д витаминін күніне 3 тамшыдан 3 ай қабылдаған. Анасы 1,5 жасында аяғының О-тәрізді қисаюын байқаған, оны учаскелік педиатр рахиттің қалдық белгілері ретінде бағалаған.

Тұқымқуалаушылық аурулары анықталмады, ата-анасы сау. Туыс неке емес.

ОБА-на госпитализацияланып жатқан кезде қыздың жасы 3 жас 9ай еді. Келіп түскен кездегі шағымдары: сүйектердегі ауырсыну, бой өсуінің кідіруі, аяқтардың О-тәрізді қисаюы. Негізгі ауруы бойынша баланың жағдайы орташа ауырлықта. Бойы 86 см (3 центильге төмен), салмағы 13 кг, АҚ 80/50мм.м.б.б., ЖЖЖ 105 рет минутына. Қыздың тәбеті төмен. Тері жабындылары таза, қара торы. Бұлшық ет тонусы төмендеген. Ішкі ағзалар асқынусыз. Тірек-қимыл жүйесі бойынша келесі өзгерістер анықталды: аяқтардың О-тәрізді қисаюы, маңдай және шүйде төмпешіктері айқындалған, рахиттік таспилер. Түтіктік сүйектерді пальпациялағанда алдыңғы-артқы бағытта тығыздалуы және қисаюы байқалады.

Жалпы қан анализі мен жалпы зәр анализі патологиялық өзгеріссіз.

Биохимиялық анализ кезінде мочевина, креатинин, калий және натрийдің қалыпты мөлшерімен, кальций-фосфор алмасуының және гипокальцемия, гипофосфатемия, сілтілі фосфатаза мен паратгормонның Д витамині нормада бола тұра жоғарылауымен сүйектік метоболизмі түріндегі өзгерістері айқын орын алды. Ауруды диагностикалауда негізгі орынды алатын зерттеу қорытындылары №1 кестеде көрсетілген.

№1 кесте

Көрсеткіштер	Норма	Пациенттегі көрсеткіш
жалпы Са ммоль/л	2,15-2,7	1,98
қан сарысуындағы Р ммоль/л	1,45-1,78	0,96
Сілтілі фосфатаза Бірлік/л	0-350	1567
Паратгормон пг/мл	9,5-75	726,5
Д ₃ витамині нг/мл	30-100	45,0
Зәрдегі Р ммоль/тәулігіне	1-25	36
Зәрдегі Са ммоль/тәулігіне	2,6-нан аз	2,8

Медиико-генетикалық тексеру: метафизарлы хондродистрофия, Шмид типі, 46XX кариотипі. Сүйектерді рентгенологиялық зерттеу түгіктік сүйектердің кортикальді қабатының жұқаруын, сүйектену ядроларының кідіруін, өсу аймағының кеңеюін, метафиз көлемінің ұлғаюын, жүйелі остеопорозды көрсетті.

Науқасқа паратгормонның жоғарғы деңгейіне байланысты қосымша зерттеу жүргізілді: гармональді фон анықталды, УДЗ зерттеу жүргізілді, эндокринолог кеңесіне жіберілді. Екіншілік гиперпаратиреоз диагнозы қойылды.

Клиникалық көріністері мен лабораторлық мәліметтерге сүйене отырып, С. Д. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ-нің «Ақсай» клиникасында, нефрология және экстракорпоральді диализ орталығында дәлелденген диагноз қойылды: «Тубулопатия, Д-витамині тәуелді нұсқасы. БСА 1 дәрежелі».

Д витаминімен (аквадетрим) 20000МЕ/тәулігіне (40 тамшы)-3 күн, содан кейін 35000 МЕ/тәулігіне (70 тамшы), 0,5 мк/тәулігіне альфакальцидолмен этиопатогенетикалық терапия басталды. Аталған терапия амбулаторлық жағдайда, Са, Р және сілтілі фосфатазаның деңгейін бақылауда ұстаумен, ұзақ мерзімге жалғастырылды.

Осыдан кейінгі уақыттарда қыз 5 рет Ақсай университеттік клиникасында бүйрек функциясы мен жүргізіліп отырған терапияға баға беру мақсатында госпитализацияланған болатын. Науқас қыз ұзақ уақыт бойы кальций мен альфакальцидолды қабылдады. Жүргізіліп отырған терапия барысында қыздың жағдайы жақсарды: сүйектердегі ауырсыну мазалауы тоқтады, бұлшықеттік әлсіздік жоғалды, кальций-фосфорлық алмасу мен сүйектік метоболизм көрсеткіштері дұрысталды (Са және Р деңгейі нормаға келді, сілтілі фосфатаза мен паратгормон концентрациясы төмендеді).

Төменде кальций-фосфорлы алмасу мен сүйектік метоболизмнің (№2 кесте) әр госпитализацияланған кездегі этиотропты терапия фонындағы динамикалық көрсеткіштері берілген.

№2 кесте

Госпитализациялау реті	Жалпы Са ммоль/л	Р ммоль/л	Сілтілі фосфатаза ммоль/л	ПТГ пг/мл	Д ₃ витамині нг/мл
2 госпитализация	2,4	1,6	668,8	592,8	70
3 госпитализация	2,4	1,3	425	678	-
4 госпитализация	2,5	1,09	459	425	-
5 госпитализация	2,01	1,08	359	369	43,8
6 госпитализация	2,24	1,82	205	205	-

Бақылау кезінде қызда бүйрек функциясының бұзылысы анықталмады. Креатинин мен мочевианың қан сарысуындағы деңгейі қалыпты болды. ШФЖ 137 мл/минутынан 146 мл/минутына аралығанда құбылды.

Соңғы госпитализацияланған кезде қыз 6 жас 4 айда еді, салмағы 20 кг, бойы 101 см (3 центильге төмен), бұл бой өсуінің кідіруін дәлелдейді. Тірек-қимыл жүйесі бойынша бұрынғы өзгерістер сақталды, бірақ динамикада қыздың жүрісі дұрысталғаны байқалды.

№ 2 пациент. Бірінші пациенттің сіңілісі. Қыз 2-ші физиологиялық жүктіліктен, 2 жедел босанудан, туылған кездегі салмағы 3,400 г., бойы 55 см. Өсуі мен дамуы уақытынан кеш болды, 6 айынан басын ұстайды, 6 айынан отырады, 8 айынан тұрады, жүрмейді, тістері 8 айынан шыға бастаған. Анасының айтуы бойынша 2 айынан Д витаминінің 3 тамшыдан 2 ай бойы, кейін 6 айында – 3 ай қабылдаған. Анасы 1,5 жасында пайда болған, әпкесіндегідей, аяқтарының О-тәрізді қисаюын байқаған. Үлкен әпкесімен бірге қыз облыстық балалар ауруханасына жолданған болатын.

Госпитализациялау кезінде қыз 2 жас 3 айда болатын. Түскен кездегі шағымдары: әлсіздік, сүйектердегі ауырсыну, жүрісінің бұзылуы, аяқтарының О-тәрізді қисаюы. Түскен кезде баланың негізгі ауруы бойынша жағдайы орташа ауырлықта болды. АҚ 80/50 мм.с.б.б., ЖЖЖ 108 рет минутына. Бойы 74 см (3 центильге төмен), салмағы 9 кг. Тәбеті төмендеген. Тері жабындылары таза, қара торы. Ісінулер жоқ. Өкпесінде қатаң дыбыс. Жүрек тондары ритмді, шекаралары қалыпты. Іші жұмсақ, ауырсынусыз. Бауыр мен көкбауыр пальпацияланбайды. Тірек-қимыл жүйесі бойынша келесі өзгерістер: аяқтарының О-тәрізді қисаюы, маңдай және шүйде төмпешіктері айқындалуы, рахиттік таспилер. Кеуде қуысы торының төменгі апертурасы керілген, Гаррисонова жүлгесі. Түтіктік сүйектердің пальпациясы кезінде олардың қалыңдауы мен қисаюы анықталады.

Жүргізілген зерттеу әдістерінен кейін келесі өзгерістер анықталды: гипокальциемия, гипофосфатемия, гиперфосфатаземия, паратгормонның жоғарғы деңгейі, Д₃ витаминінің нормада болуымен. Қызда қанның жалпы анализі, жалпы белок деңгейі, мочевиана, креатинин, калий, натрий норма шекарасында болды. Ауруды диагностикалауда негізгі орынды алатын зерттеу қорытындылары №3 кестеде көрсетілген.

№3 кесте

Көрсеткіштер	Норма	Пациенттегі көрсеткіш
жалпы Са ммоль/л	2,15-2,7	1,95
қан сарысуындағы Р ммоль/л	1,45-1,78	1,03
Сілтілі фосатаза Бірлік/л	0-350	1236
Паратгормон пг/мл	9,5-75	1174
Д ₃ витамині нг/мл	30-100	63,8
Зәрдегі Р ммоль/тәулігіне	1-25	38
Зәрдегі Са ммоль/тәулігіне	2,6-нан аз	2,9

Медико-генетикалық тексеру: метафизарлы хондродистрофия, Шмид типі, 46XX кариотипі. Сүйектерді рентгенологиялық зерттеу түтіктік сүйектердің кортикальді қабатының жұқаруын, сүйектені ядроларының кідіруін, өсу аймағының кеңеюін, метафиз көлемінің ұлғаюын, жүйелі остеопорозды көрсетті.

Әпкесіндегідей, қызда да паратгормонның жоғарғы деңгейіне байланысты қосымша зерттеу жүргізілді: гормональді фон анықталды, УДЗ зерттеу жүргізілді, эндокринолог кеңесіне жіберілді. Екіншілік гиперпаратиреоз диагнозы қойылды.

Клиникалық көріністері мен лабораторлық мәліметтерге сүйене отырып, С. Д. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ-нің «Ақсай» клиникасында, нефрология және экстракорпоральді диализ орталығында дәлелденген, әпкесінікіндей диагноз қойылды: «Тубулопатия, Д-витамині тәуелді нұсқасы. БСА 1 дәрежелі».

Д витаминімен (аквадетрим) 20000МЕ/тәулігіне (40 тамшы)-3 күн, содан кейін 35000 МЕ/тәулігіне (70 тамшы), 0,5 мк/тәулігіне альфакальцидолмен, амбулаторлық жағдайда, Са, Р

және сілтілі фосфатазаның деңгейін бақылауда ұстаумен, этиопатогенетикалық терапия басталды. Қыз әпкесімен бірге Ақсай клиникасына бүйрек функциясы мен жүргізіліп отырған терапияға баға беру мақсатында госпитализацияланды.

Кальций-фосфорлы алмасу мен сүйектік метоболизмнің әр госпитализацияланған кездегі этиотропты терапия фонындағы динамикалық көрсеткіштері төмендегі №4 кестеде берілген.

№4 кесте

Госпитализациялау реті	Жалпы Са ммоль/л	Р ммоль/л	Сілтілі фосфатаза ммоль/л	ПТГ пг/мл	Д ₃ витамині нг/мл
2 госпитализация	1,91	1,03	1173	747	70
3 госпитализация	2,22	1,34	447,8	577	-
4 госпитализация	1,98	1,26	662	469	-
5 госпитализация	2,11	1,27	806	399	50,6
6 госпитализация	2,21	1,71	429,4	340	-

Бірінші жағдайдағы сияқты, бақылау кезінде қызда бүйректің фильтрациялық функциясында бұзылыстар анықталмады. ШФЖ 135 мл/мин-нан 138 мл/мин аралығында өзгерді.

Соңғы госпитализацияланған кезде қыз 4 жас 6 айда болды, физикалық параметрлері, әсіресе бойы 3 центильге төмен еді, бұл физикалық кідіруін білдіреді. Десе де Д витамині мен альфа-кальцитриолды қабылдау кезінде сүйектердегі ауырсыну мазалауы тоқтады, бұлшықеттік әлсіздік жоғалды, жүрісі дұрысталды. Қан анализінде Са және Р деңгейі нормаға келуі мен сілтілі фосфатаза мен паратгормон концентрациясы төмендеуі байқалды.

Біздің публикацияның мақсаты – рахиттәрізді аурулардың, жиі Д- витаминімен жалпы бекітілген дозада ем қабылдап жүрген, бірақ қаңқаның прогрессирлеуші рахиттік өзгерістері бар, Д-витамин тәуелді рахитті болдырмауға мамандардың назарын аудару.

Қорытынды. Рахит және рахиттәрізді аурулар әртүрлі саладағы дәрігерлердің қарбалас тәжірибесінде жиі кездеседі. Тұқым қуалайтын рахиттәрізді аурулардың дебюті кезіндегі клиникалық көріністері жақсы белгілі Д-витамин тапшылықты рахиттің көріністеріне қатты ұқсас. Ерекше назарды терапия мен профилактика жұмыстары жүргізілмеген және дәстүрлі түрде Д витамин перпараттарымен емдеуде нәтижесіз болған, ауыр прогрессирлеуші сырқатпен науқастанатын балаларға аудару керек. Рахиттәрізді ауруларға келгенде олардың тұқымқуалайтын түрлерінің дифференциальді диагностикасы, уақытылы терапиясын тағайындау мен болашақ ұрпақ болжамы үшін медико-генетикалық кеңесінен өткізу өзекті болып табылады.

ӘДЕБИЕТТЕР:

1. Захарова И. Н., Боровик Т. Э. и др. Витамин D: новый взгляд на роль в организме. Учеб.пособие. М. ГБОУ ДПО РМАПО, 2014.
2. Мальцев С. В., Архипова Н. Н., Шакирова Э. М. Витамин D, кальций и фосфаты у здоровых детей и при патологии. Учеб. пособие. Казань, 2012.
3. Наследственные формы рахита. Пособие для врачей / Куликова К. С. 2016. С. 44-47.
4. Новиков П. В. Рахит и наследственные рахитоподобные заболевания у детей: диагностика, лечение, профилактика. М. «Триада – X». 2006. С. 224-238.

BIBLIOGRAPHY:

1. Zaxarova I. N., Borovik T. E'. i dr. Vitamin D: novyj vzglyad na rol' v organizme. Ucheb.posobie. M. GBOU DPO RMAPO, 2014.
2. Mal'cev S. V., Arxipova N. N., Shakirova E'. M. Vitamin D, kal'cij i fosfaty u zdorovyx detej i pri patologii. Ucheb. posobie. Kazan', 2012.
3. Nasledstvennyye formy raxita. Posobie dlya vrachej / Kulikova K. S. 2016. S. 44-47.

4. Novikov P. V. *Raxit i nasledstvennye raxitopodobnye zabolevaniya u detej: diagnostika, lechenie, profilaktika*. M. «Triada – X». 2006. S. 224-238.

Автор для корреспонденции: Кылышбекова Гулжамал Нуриевна - преподаватель кафедры Педиатрии ШК МКТУ, сот. телефон: +7 778 418 8831, e.mail: gulzhamal.kylyshbekova@mail.ru



ӘОЖ: 616.993.161/.162-053.2/.6

КЫЛЫШБЕКОВА Г.Н., КАЛМЕНОВА Г.М.

*Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті,
Жоғары медициналық білімінен кейінгі білім беру факультеті Қазақстан, Шымкент қ.*

1 ЖАСАР БАЛАДА ВИСЦЕРАЛЬДЫ ЛЕЙШМАНИОЗ АУРУЫ

Клиникалық жағдай

Түйіндеме:

Лейшманиоздың висцеральды түрі, тері түрінен айырмашылығы, педиатрияда өте сирек кездеседі. Диагноз қоюда белгілі бір қиындықтар бар, өйткені бұл форма жиі гематологиялық патологияның астында пайда болады. Мақалада висцеральды лейшманиоздың клиникалық белгілері мен осы ауруға тән зертханалық өзгерістерінің сипаттамасы берілген.

Кілтті сөздер: висцеральды лейшманиоз, бала, панцитопения.

КЫЛЫШБЕКОВА Г.Н., КАЛМЕНОВА Г. М.

СЛУЧАЙ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА У РЕБЕНКА 1 ГОДА ЖИЗНИ

Клинический случай

Аннотация:

Висцеральная форма лейшманиоза, в отличие от кожной формы, довольно редкое явление в педиатрии. В постановке диагноза возникают определенные трудности, так как зачастую данная форма протекает под маской гематологической патологии. В статье представлен случай висцерального лейшманиоза с описанием клинической симптоматики и лабораторных изменений, характерных для данного заболевания.

Ключевые слова: висцеральный лейшманиоз, ребенок, панцитопения.

KYLYSHBEKOVA G.N., KALMENOVA G.M.

A CASE OF VICERAL LEISHMANIASIS IN A CHILD OF 1 YEAR OF LIFE

Clinical case

Summary:

The visceral form of leishmaniasis, unlike the cutaneous form, is quite rare in pediatrics. There are certain difficulties in making a diagnosis, since this form often occurs under the guise of hematological pathology. The article presents a case of visceral leishmaniasis with a description of the clinical symptoms and laboratory changes characteristic of this disease.

Key words: visceral leishmaniasis, child, pancytopenia.

Өзектілігі: Бұл мәселенің өзектілігі Түркістан облысының жекелеген аймақтарында тері лейшманиозының ошақтарының сақталуына және диагноз қоюдағы қиындықтарға байланысты.

Мақсаты: Біздің жарияланымның мақсаты - онкогематологиялық патологияға күдік туындаған жағдайда, әсіресе бала эпидемиологиялық қолайсыз аймақта тұратын болса, мамандардың назарын осы нозологияға аудару.

Лейшманиоздар қарапайымдылармен шақырылатын адамдар мен жануарлардың трансмиссивті паразитарлы аурулары, Таяу және Орта Шығыс елдерінде, Солтүстік Африка, Үнді түбегінде таралған. Қазақстан Республикасы эндемиялық ошақтардың бірі болып табылады.

ТМД елдері аумағында лейшманиоздың 3 нозологиялық формасы кездеседі: висцералды, зоонозды терілік, антропонозды терілік лейшманиоз. Висцеральды лейшманиоз, арнайы ем жүргізілмеген жағдайда өлімге әкелуі мүмкін.

ТМД елдерінде ерте жастағы балаларды зақымдайтын, висцеральды лейшманиоздың жерортатеңіздік- ортаазиялық балалық формасы кездеседі. Жұқпалы маусымы-масалардың барлық белсенділік кезеңі. Инкубационды кезең 2 аптадан 1 жылға дейін және одан көп (орташа 3-5 ай), сондықтан ауру жағдайлары қыс және көктем айларында кейбір басымдықпен тәулік бойы тіркеледі.

Аурудың бастапқы кезеңі субфебрильді температурамен, тері жамылғыларының бозғылттығымен, лейкопения дамуымен сипатталады. Өршу кезеңі ұстамалы қызбамен, бауыр, көкбауыр, кейде лимфа түйіндерінің ұлғаюымен, прогрессирлеуші анемиямен, лейкопениямен (салыстырмалы лимфоцитозбен гранулоцитопения), тромбоцитопениямен, гипер- және диспротеинемиямен және сирек ЭТЖ 80-90 мм/сағ жоғарылауымен көрінеді. Кахексия кезеңі күшейе түсетін арықтаумен, ісінулермен, асцитпен, геморрагиялық синдроммен көрінеді. Екіншілік инфекция қосылу нәтижесінде асқынулар жиі кездесуі өлім жағдайына алып келуі мүмкін.

Зертханалық диагностикасының негізгі әдісі – сүйек кемігі пунктаты жағындысының Романовский бояу әдісі көмегімен микроскопияға негізделген паразитологиялық әдіс. Лейшманиоз макрофагтарда және олардан тыс сопақша, күріш тәріздес денешіктер түрінде анықталады. Цитоплазмасы сұр-көгілдір түске, ядро қызыл-күлгінге боялады.

Клиникалық жағдайдың сипаттамасы: Р. 1жас 2 ай Түркістан облысы Отырар ауданында тұрады. Науқас Орталық аудандық ауруханадан облыстық балалар ауруханасының гематологиялық бөлімшесіне «Жедел лейкоз» диагнозымен түсті.

Баланың ата-анасының түскен кездегі шағымдары: температура, бозару, құсу, ісіну.

Анамнезінен бала мерзіміне жетіп туылған. Босану кезінде (алдыңғы 2 жүктілігі түсік тастаумен аяқталған). Бұл жүктілігі анемия, пиелонефритпен өткен. Баланың туған кездегі салмағы 3500г, айқайлап туылды, кеудеге 1 тәулікте қойылды, жаңа туған кезең қалыпты өтті, 10 айға дейін өсуі, дамуы қанағаттанарлық болды. Баланың 10 айлық кезінде температурасы көтерілді, 2 рет ЖРВИ диагнозы қойылып, тұрғылықты мекен-жайы бойынша емделіп, жағдайының біршама жақсаруымен шығарылды.

Бала 1 жас 1 ай ОАА-да «Теміртапшылықты анемия, Гепатолиенальды синдром» диагнозымен жатты. Жүргізілген ем барысында науқастың жалпы жағдайы нашарлады, терісінің бозаруы арта түсті, температурасы көтерілді, құсу пайда болды, науқас облыстық балалар ауруханасына ауыстырылды.

Ауруханаға түсу барысында науқастың қызбасы жоғары, жағдайы ауыр. Тері мен шырышты қабаттардың айқын бозаруы. Денесінде, аяқ-қолдарында петахия түріндегі орташа геморрагиялық бөртпелер бар. Бастың шалқайюы, желке бұлшықеттерінің қаттылығы сияқты оң менингеальды симптомдар байқалады. Жүрек тондары тұйықталған, жүрек аймағында систолалық шу, тахикардия, ЖСЖ 160 рет жиілейді.

Бауыр қабырға асты доғасынан 10,0 см шығыңқы, көкбауырдан 12,0 см шығыңқы, пальпацияда тығыз.

Қан анализінде-панцитопения. Нв-39 г/л, Эр.1,6 x10¹²/л Лейкоцитоз 2,0x10⁹/л.

Тромбоцит 16x10⁹/л

Ретикулоцит 0,2%
ЭТЖ 27 мм/г(6,6% және 3,3%)
Зар анализінде: протеинурия 0,662/л
Лейкоциттер 7-10-12 көру алаңында.
Эритроциттер 17-10 к/а.
Сілтісізденген эритроциттер 20-17-25 к/а.
Дәнді цилиндрлер 4-3 к/а.
Жалпы белок 46 г/л
Холестерин 3,5 мкмоль/л
Креатинин 70 мкмоль/л
Аст – 580 Бір/л
АЛТ – 382 Бір/л
Тимол сынамаcы 42 Бір.

Құрсақ қуысы ағзаларының УДЗ-де – бауыр мен көкбауырдың біркелкі ұлғаюы, көкбауырдың ұлғаюы басымырақ байқалады. Жедел лейкозды болдырмау мақсатында мидың барлық бөліктеріне стерильді пункция жүргізілді – жұлынми пунктатында лейшманиялар анықталды. Осылайша эпидемиологиялық деректерге сүйене; (облыста тері лейшманиозының жағдайлары).

Объективті деректер – 2 айға созылған жоғары қызба, гепатолиенальды анемиялық синдром және зертханалық деректер – қан анализінде панцитопения, стерильді пунктатта лейшманиялар табылды, “Висцеральды лейшманиоз, ауыр формасы” деген клиникалық диагноз қойылды.

Одан әрі ем жүргізу үшін бала қалалық жұқпалы аурулар ауруханасына ауыстырылды.

Қорытынды. Берілген клиникалық жағдай, қан анализінде панцитопения, клиникасы гиперпластикалық синдроммен айқындалатын, ерте жастағы балалардың қызбамен жүретін ауруларға диагноз қою күрделілігін көрсетеді. Паразитарлы ауруларда турақты қырағылық қажет.

ӘДЕБИЕТТЕР:

1. *Паразитарные болезни человека (протозоозы и гельминтозы /под редакцией В.П. Сергиева, Ю.В.Лобзина, С.С. Козлова.– Издание 3-е, исправленное и дополненное.СПб:Фолиант,2016.–639 с.*
2. *Лейшманиозы <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/leishmaniasis> обращение 18.04.2019*
3. *Медицинская паразитология и паразитарные болезни. Протозоозы и гельминтозы: учебное пособие / под ред. профессора А.Б. Ходжаян, профессора С.С. Козлова, профессора М.В. Голубевой. – М.: Издательская группа <ГЭОТАР-Медиа>, 2016. – 446 с.*
4. *Руднев, Г.П. Висцеральный лейшманиоз в Дагестане/ Г.П. Руднев // Мед. паразитология и паразитарные болезни. – 1938. – № 2. – С. 234–235.*
5. *Баранец, М.С. Клинические и эпидемиологические особенности висцерального лейшманиоза в Республике Крым / М.С. Баранец, Т.Н. Ермак, Е.Н. Понировский // Тер. Архив. – 2017. – Т. 89. – С.100–104.*
6. *Strelkova MV, Ponirovsky EN, Morozov EN, Zhirenkina EN, Razakov SA, Kovalenko DA, Schnur LF, Schonian G, 2016. A narrative review of visceral leishmaniasis in Armenia, Azerbaijan, Georgia, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Tajikistan, Turkmenistan, Uzbekistan, the Crimean Peninsula and Southern Russia. Parasit Vectors, 8: 330.*

BIBLIOGRAPHY:

1. *Parazitarnye bolezni cheloveka (protozoozy i gel'mintozy) / pod redakciej V.P. Sergieva, Yu.V. Lobzina, S.S. Kozlova. – Izdanie 3-e, ispravlennoe i dopolnennoe.– SPb: Foliant, 2016. – 639 s.*
2. *Lejshmaniozy <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/leishmaniasis> obrashhenie 18.04.2019.*

3. *Medicinskaya parazitologiya i parazitarnye bolezni. Protozoozy i gel'mintozy: uchebnoe posobie / pod red. professora A.B. Xodzhayan, professora S.S. Kozlova, professora M.V. Golubevoj. – M.: Izdatel'skaya gruppa «GE'OTAR-Media», 2016. – 446 s.*
4. *Rudnev, G.P. Visceral'nyj leishmanioz v Dagestane/ G.P. Rudnev // Med. parazitologiya i parazitarnye bolezni. – 1938. – № 2. – S. 234–235.*
5. *Baranec, M.S. Klinicheskie i e'pidemiologicheskie osobennosti visceral'nogo leishmanioza v Respublike Krym / M.S. Baranec, T.N. Ermak, E.N. Ponirovskij //Ter. Arxiv. –2017 –T.89. – S.100–104.*
6. *Strelkova MV, Ponirovsky EN, Morozov EN, Zhirenkina EN, Razakov SA, Kovalenko DA, Schnur LF, Schonian G, 2016. A narrative review of visceral leishmaniasis in Armenia, Azerbaijan, Georgia, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Tajikistan, Turkmenistan, Uzbekistan, the Crimean Peninsula and Southern Russia. Parasit Vectors, 8: 330.*

Автор для корреспонденции: Кылышбекова Г.Н., преподаватель кафедры Педиатрии МКТУ им. Х.А. Ясави, +7 778 418 88 31, gulzhamal.kylyshbekova@mail.ru



УВАЖАЕМЫЕ АВТОРЫ!

**РЕДАКЦИЯ ПРИНОСИТ ИЗВИНЕНИЯ ЗА ВОЗМОЖНЫЕ ОШИБКИ, ДОПУЩЕННЫЕ
АВТОРАМИ ПРИ НАБОРЕ НА ЭЛЕКТРОННЫЙ НОСИТЕЛЬ, И НАПОМИНАЕТ О
НЕОБХОДИМОСТИ ОФОРМЛЯТЬ СТАТЬИ В СООТВЕТСТВИИ С «РАБОЧЕЙ
ИНСТРУКЦИЕЙ ПО СОСТАВЛЕНИЮ И ОФОРМЛЕНИЮ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ ДЛЯ
ПУБЛИКАЦИИ В
«ВАЛЕОЛОГИЯ: ЗДОРОВЬЕ – БОЛЕЗНЬ - ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ»**

NB!

- Авторы несут ответственность за содержание статей и за сам факт их публикации.
- Редакция не всегда разделяет мнения авторов и не несет ответственности за недостоверность публикуемых данных.