



ЖУРНАЛ
КАЗАХСТАНСКО-РОССИЙСКОГО
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

ISSN: 2790-1289 (print)
ISSN: 2790-1297 (online)

ACTUAL PROBLEMS OF THEORETICAL AND CLINICAL MEDICINE



ТЕОРИЯЛЫҚ ЖӘНЕ КЛИНИКАЛЫҚ
МЕДИЦИНАНЫҢ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕЛЕРІ

2 (36), 2022



ТЕОРИЯЛЫҚ ЖӘНЕ КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНАНЫҢ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕЛЕРІ

№2 (36), 2022

Журнал туралы

«Теориялық және клиникалық медицинаның өзекті мәселелері» журналы 2012 жылдан бастап жарық көріп келеді.

Журнал Қазақстан Республикасы Ақпарат және қоғамдық даму министрлігінің Ақпарат комитетінде тіркелген. Тіркеу туралы куәлік №12178 – Ж 29.12.2011 ж.

«Теориялық және клиникалық медицинаның өзекті мәселелері» журналы - клиникалық медицина мен қоғамдық денсаулыққа байланысты бастапқы зерттеулердің нәтижелерін, әдеби шолуларды, практикадан алынған жағдайларды жариялайтын рецензияланған пәнаралық ғылыми-практикалық журнал. Қолжазбалардың авторлары және басылымның негізгі оқырмандық аудиториясы - денсаулық сақтау саласының мамандары, практик дәрігерлер, FO, F3I ғылыми қызметкерлері және Қазақстан, ТМД және алыс шетел ЖЖОКБҰ-ның педагогикалық қызметкерлері, медицина және қоғамдық денсаулық саласындағы докторанттар мен магистранттар.

Негізгі тақырыптық бағыты - білім беру, денсаулық сақтауды ұйымдастыру, медицина ғылымы мен практикасы бойынша «Теориялық және клиникалық медицинаның өзекті мәселелері» журналында материалдар жариялау.

Бас редактор

Джайнакбаев Нурлан Темирбекович
м.ғ.д., профессор
Қазақстан, Алматы

Бас редактордың орынбасары

Сейдалиев Арыстан Оскарович
м.ғ.д., профессор
Қазақстан, Алматы

Редакциялық кеңес

Ботабекова Турсунгуль Копжасаровна
м.ғ.д., профессор
Қазақстан, Алматы

Бенетис Римантас
м.ғ.д., профессор
Литва, Каунас

Редакциялық алқа

Батыралиев Талантбек Абдуллаевич
м.ғ.д., профессор
Түркия, Стамбул

Першуков Игорь Викторович
м.ғ.д., профессор
Ресей, Воронеж

Жумадилов Агзам Шаймарданович
м.ғ.д., профессор
Қазақстан, Нұр-Сұлтан

Алчинбаев Мирзакарим Каримович
м.ғ.д., профессор
Қазақстан, Алматы

Беркинбаев Салим Фахатович
м.ғ.д., профессор
Қазақстан, Алматы

Локшин Вячеслав Нотанович
м.ғ.д., профессор
Қазақстан, Алматы

Маринкин Игорь Олегович
м.ғ.д., профессор
Ресей, Новосибирск

Загулова Диана Владимировна
Психология докторы, доцент
Латвия, Рига

Муминов Талгат Аширович
м.ғ.д., профессор
Қазақстан, Алматы

Баттакова Жамиля Еркиновна
м.ғ.д., профессор
Қазақстан, Алматы

Шарипов Камалидин Орынбаевич
б.ғ.д., профессор
Қазақстан, Алматы

Попков Владимир Михайлович
м.ғ.д., профессор
Ресей, Саратов

Дерябин Павел Николаевич
м.ғ.д., профессор
Қазақстан, Алматы

Жангабылов Абай Кенжебаевич
м.ғ.д., профессор
Қазақстан, Алматы

Омаров Ануар Абдиманатович
м.ғ.к.
Қазақстан, Алматы

Рахимов Кайролла Дюсенбаевич
м.ғ.д., профессор
Қазақстан, Алматы

Дмитровский Андрей Михайлович
м.ғ.д., профессор
Қазақстан, Алматы

Есентаева Сурия Ертугыровна
м.ғ.д., профессор
Қазақстан, Алматы

Искакова Марьям Козыбаевна
м.ғ.к.
Қазақстан, Алматы

Маншарипова Алмагуль Түлеуовна
м.ғ.д., профессор
Қазақстан, Алматы

Нугманова Айгуль Маратовна
м.ғ.д., профессор
Қазақстан, Алматы

Миербеков Ергали Маматович
м.ғ.д., профессор
Қазақстан, Алматы

Заңды мекен - жайы

050004, Қазақстан, Алматы қ., Төреқұлова к., 71

Байланысу телефоны: +7 (727)-250-67-81

e-mail: nauka@medkrmu.kz

Веб-сайт: <https://med-info.kz/>

Құрылтайшы: «Қазақстан-Ресей медициналық университеті»

Тіркелу туралы куәлігі: №12178 – Ж, 29.12.2011 ж.

Таралымы: 1 рет 3 ай сайын



**ЖУРНАЛ
КАЗАХСТАНСКО-РОССИЙСКОГО
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

№2 (36), 2022

О Журнале

Журнал «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины» издается с 2012г. Его учредителем выступает «Казakhstanско-Российский медицинский университет».

Журнал зарегистрирован в Комитете информации Министерства информации и общественного развития Республики Казахстан. Свидетельство о регистрации №12178 – Ж от 29.12.2011 г.

Журнал «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины» - рецензируемый междисциплинарный научно - практический журнал, который публикует результаты оригинальных исследований, литературные обзоры, случаи из практики, связанные с клинической медициной и общественным здоровьем. Авторами рукописей и основной читательской аудиторией издания являются специалисты здравоохранения, практикующие врачи, научные работники НЦ, НИИ и педагогические работники ОВПО из Казахстана, стран СНГ и дальнего зарубежья, докторанты и магистранты в области медицины и общественного здоровья.

Основная тематическая направленность - публикация материалов в журнале «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины» по образованию, организации здравоохранения, медицинской науке и практике.

Главный редактор

Джайнакбаев Нурлан Темирбекович
д.м.н., профессор
Казахстан, Алматы

Заместитель главного редактора

Сейдалин Арыстан Оскарович
д.м.н., профессор
Казахстан, Алматы

Редакционный совет

Ботабекова Турсунгуль Копжасаровна
д.м.н., профессор
Казахстан, Алматы

Бенетис Римантас
д.м.н., профессор
Литва, Каунас

Редакционная коллегия

Батыралиев Талантбек Абдуллаевич
д.м.н., профессор
Турция, Стамбул

Першуков Игорь Викторович
д.м.н., профессор
Россия, Воронеж

Жумадилов Агзам Шаймарданович
д.м.н., профессор
Казахстан, Нур-Султан

Дерябин Павел Николаевич
д.м.н., профессор
Казахстан, Алматы

Алчинбаев Мирзакарим Каримович
д.м.н., профессор
Казахстан, Алматы

Жангабылов Абай Кенжебаевич
д.м.н., профессор
Казахстан, Алматы

Беркинбаев Салим Фахатович
д.м.н., профессор
Казахстан, Алматы

Омаров Ануар Абдиманатович
к.м.н.
Казахстан, Алматы

Локшин Вячеслав Нотанович
д.м.н., профессор
Казахстан, Алматы

Рахимов Кайролла Дюсенбаевич
д.м.н., профессор
Казахстан, Алматы

Маринкин Игорь Олегович
д.м.н., профессор
Россия, Новосибирск

Дмитровский Андрей Михайлович
д.м.н., профессор
Казахстан, Алматы

Загулова Диана Владимировна
Доктор психологии, доцент
Латвия, Рига

Есентаева Сурия Ертугыровна
д.м.н., профессор
Казахстан, Алматы

Муминов Талгат Аширович
д.м.н., профессор
Казахстан, Алматы

Искакова Марьям Козыбаевна
к.м.н.
Казахстан, Алматы

Баттакова Жамиля Еркиновна
д.м.н., профессор
Казахстан, Алматы

Маншарипова Алмагуль Тулеуовна
д.м.н., профессор
Казахстан, Алматы

Шарипов Камалидин Орынбаевич
д.б.н., профессор
Казахстан, Алматы

Нугманова Айгуль Маратовна
д.м.н., профессор
Казахстан, Алматы

Попков Владимир Михайлович
д.м.н., профессор
Россия, Саратов

Миербеков Ергали Маматович
д.м.н., профессор
Казахстан, Алматы

Юридический адрес

050004, Казахстан, г. Алматы, ул. Торекулова, 71

Контактный телефон: +7 (727)-250-67-81

e-mail: nauka@medkrmu.kz

Веб-сайт: <https://med-info.kz/>

Учредитель: НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет»

Свидетельство о регистрации: №12178 – Ж от 29.12.2011 г.

Периодичность: 1 раз в 3 месяца



THE JOURNAL
KAZAKH-RUSSIAN MEDICAL
UNIVERSITY

ACTUAL PROBLEMS OF THEORETICAL AND CLINICAL MEDICINE

№2 (36), 2022

About The Magazine

The Journal «Actual problems of Theoretical and Clinical Medicine» has been published since 2012. Its founder is the Kazakh-Russian Medical University.

The journal is registered with the Information Committee of the Ministry of Information and Public Development of the Republic of Kazakhstan. Certificate of registration № 12178 - ZH dated 29.12.2011.

The journal «Actual problems of Theoretical and Clinical Medicine» is a peer-reviewed interdisciplinary scientific and practical journal that publishes the results of original research, literary reviews, cases from practice related to clinical medicine and public health. The authors of the manuscripts and the main readership of the publication are healthcare professionals, practitioners, researchers of scientific research centers, research institutes and teaching staff of EPHE Kazakhstan, CIS countries and far abroad, doctoral students and undergraduates in the field of medicine and public health.

The main thematic focus is the publication of materials in the journal «Actual problems of Theoretical and Clinical Medicine» on education, healthcare organization, medical science and practice.

Chief editor

Jainakbayev Nurlan Temirbekovich
Doctor of medical science, Professor
Kazakhstan, Almaty

Deputy Editor in Chief

Seidalin Arystan Oskarovich
Doctor of medical science, Professor
Kazakhstan, Almaty

Editorial board

Botabekova Tursungul Kobzhasarovna
Doctor of medical science, Professor
Kazakhstan, Almaty

Benetis, Rimantas
Doctor of medical science, Professor
Lithuania, Kaunas

Editorial staff

Batyrallyev Talantbek Abdullayevich
Doctor of medical science, Professor
Turkey, Istanbul

Pershukov Igor Viktorovich
Russia, Voronezh
Doctor of medical science, Professor

Zhumadilov Agzam Shaimardanovich
Doctor of medical science, Professor
Kazakhstan, Nur - Sultan

Deryabin Pavel Nikolaevich
Doctor of medical science, Professor
Kazakhstan, Almaty

Alchinbayev Mirzakarim Karimovich
Doctor of medical science, Professor
Kazakhstan, Almaty

Zhangabulov Abay Kenzhebayevich
Doctor of medical science, Professor
Kazakhstan, Almaty

Berkinbayev Salim Fakhatovich
Doctor of medical science, Professor
Kazakhstan, Almaty

Omarov Anuar Abdimanapovich
Candidate of Medical Sciences
Kazakhstan, Almaty

Lokshin Vyacheslav Natanovich
Doctor of medical science, Professor
Kazakhstan, Almaty

Rakhimov Kairolla Dyusenbaevich
Doctor of medical science, Professor
Kazakhstan, Almaty

Marinkin Igor Olegovich
Doctor of medical science, Professor
Russia, Novosibirsk

Dmitrovsky Andrey Mikhailovich
Doctor of medical science, Professor
Kazakhstan, Almaty

Zagulova Diana Vladimirovna
Doctor of psychology, Associate Professor
Latvia, Riga

Esentayeva Surya Ertugyrova
Doctor of medical science, Professor
Kazakhstan, Almaty

Muminov Talgat Ashirovich
Doctor of medical science, Professor
Kazakhstan, Almaty

Iskakova Maryam Kozybayeva
Candidate of Medical Sciences
Kazakhstan, Almaty

Battakova, Zhamilya Erkinovna
Doctor of medical science, Professor
Kazakhstan, Almaty

Mansharipova Almagul Tuleuovna
Doctor of medical science, Professor
Kazakhstan, Almaty

Sharipov Kamalidin Orynbayevich
Doctor of Biological Sciences, Professor
Kazakhstan, Almaty

Nugmanova Aigul Maratovna
Doctor of medical science, Professor
Kazakhstan, Almaty

Popkov Vladimir Mikhailovich
Doctor of medical science, Professor
Russia, Saratov

Mierbekov Ergali Mamatovich
Doctor of medical science, Professor
Kazakhstan, Almaty

Legal address

050004, Kazakhstan, Almaty, Torekulova str., 71

Contact phone number: +7 (727)-250-67-81

e-mail: nauka@medkrmu.kz

Website: <https://med-info.kz/>

Founder: NEI «Kazakh-Russian Medical University»

Certificate of registration: №.12178 - Zh dated 29.12.2011.

Frequency: 1 time in 3 months



СОДЕРЖАНИЕ

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

- Инфаркт миокарда. Микроскопические исследования**
Н.М. Джолдасбаева, Т. С.Саянова, А.К. Сабырова 10

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Анализ когнитивного дефицита при шизофрении и современные методы лечения**
У.И. Кучкоров, Н.И. Ходжаева 15

- Особенности депрессивных расстройств у подростков с суицидальными тенденциями**
В.К. Абдуллаева, С.Б. Бабарахимова 19

- Роль инновационных технологий в образовательном процессе (по данным анкетирования)**
М.К. Искакова, Г.Н. Ережепова, Л.Б. Сейдуанова 25

- К вопросу заболеваемости психическими расстройствами в период пандемии covid-19 (по материалам г. Алматы)**
Н.Т. Джайнакбаев, С.З. Ешимбетова, Н.И. Распопова, М.С. Редько, Е.Ю. Прокопова, Д.К. Станбаев, Д.М. Мизанбаев, С.Р. Тусупова, К.Д. Каукербекова, А.К. Токпанова, А.Т. Малгельдиев, Е.В. Малгельдиева 34

- Сравнительная характеристика антиоксидантной активности дигидрокверцетина, витамина С, нефромона плюс, валемида плюс, полиоксидония**
Н.В. Леонтьева, О.В. Ветровой 41

- Применения сублимированного верблюжьего молока «Шубат» пациентами с сахарным диабетом 2-го типа, оценка его эффективности по клинико - лабораторным показателям**
Н.Т. Джайнакбаев, А.О. Сейдалин, Х.Ш. Кашикова 47

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

- HELLP-синдром в акушерской практике**
Г.Н. Балмагамбетова, Ф.Т. Шалкарбекова, Б.Р. Абильмажинова, Ж.Т. Ахмедияр, А.Т. Омаржан, Ш.Р. Эрса 52

- Анализ клинического случая защитно-установочного поведения во время принудительного лечения в контексте дифференциальной диагностики с психическими расстройствами**
А.С. Альгожина, К.Д. Каукербекова 59

- Двусторонний дакриoadенит на фоне ревматоидного артрита: опыт лечения и реабилитации**
А.А. Исалиева, К.Т. Сарсембекова 65

CONTENT

REVIEWS

- Myocardial infarction. Microscopic studies**
N.M. Dzholdasbayeva, T.S. Sayanova, A.K. Sabyrova 10

ORIGINAL ARTICLES

- Analysis of cognitive deficits in schizophrenia and modern treatment methods**
U.I. Kuchkorov, N.I. Khodzhaeva 15

- Features of suicidal behavior of adolescents**
V.K. Abdullaeva, S.B. Babarakhimova 19

- The role of innovative technologies in the educational process (according to the survey)**
M.K. Isakova, G.N. Erezhepova, L.B. Seduanova 25

- On the issue of the incidence of mental disorders during the pandemic covid-19 (based on the materials of Almaty)**
N.T. Jainakbayev, S.Z. Yeshimbetova, N.I. Raspopova, M.S. Redko, E.Y. Prokopova, D.K. Stanbayev, D.M. Mizanbayev, S.R. Tusupova, K.D. Kaukarbekova, A.K. Tokpanova, A.T. Malgeldiev, E.V. Malgeldieva 34

- Comparative characteristics of antioxidant activity of dihydroquercetin, vitamin C, nephromone plus, valemidine plus, polyoxidonium**
N.V. Leontyeva, O.V. Vetrovoi 41

- Experience in the use of freeze-dried camel milk «Shubat» by patients with type 2 diabetes mellitus, evaluation of its effectiveness according to clinical and laboratory indications**
N.T. Jainakbayev, A.O. Seidalin, Kh.Sh. Kashikova 47

CLINICAL CASE

- HELLP - syndrome in obstetric practice**
G.N. Balmagambetova, F.T. Shalkarbekova, B.R. Abilmazhinova, Zh.T. Akhmediyar, A.T. Omarzhan, Sh.R. Esra 52

- Analysis of a clinical case of protective and attitudinal behavior during compulsory treatment in the context of differential diagnosis with mental disorders**
A.S. Algozhina, K.D. Kaukarbekova 59

- Bilateral dacryoadenitis with rheumatoid arthritis: treatment and rehabilitation experience**
A.A. Issaliyeva, K.T. Sarsembekova 65

МИОКАРД ИНФАРКТИСІ. МИКРОСКОПИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР

*¹Н.М. Джолдасбаева, ¹Т. С.Саянова, ²А.К. Сабырова

¹«Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МЕМБМ, Қазақстан, Алматы қ.

²«С.Д. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ» Ке АҚ, Қазақстан, Алматы қ.

*Корреспондент автор: Н.М. Джолдасбаева. E-mail: nur_06.94@mail.ru

Түйінді

Жүрек, басқа да органдар мен тіңдер сияқты оттегіге мұқтаж. Коронарлы артериялар жүректі оттегімен қамтамасыз етіп, қоректендіреді. Егер қантамыр зақымдалса, жүрекке қан беру бұзылуы немесе толығымен тоқтатылуы мүмкін. Сәйкесінше, жүрек бұлшықеті оттегісіз қалып, некроз дамиды - бұл жағдай миокард инфарктісі деп аталады. Статистикалық деректерге қарағанда, әлем бойынша миокард инфарктінен өлім-жітім деңгейі Қазақстанда 55.7%, Ресейде 44%, Украинада 54.3%, Арменияда 61.6%, АҚШта 42.2%-ды құрайды. Қайтыс болған науқастардың орта жасы 70-80жас аралығында. Соңғы жылдары Қазақстанда миокард инфарктімен ауыратын науқастар санының шамадан тыс өсуі байқалады және ем-шаралар нәтижесі 30-50% жағдайда өлімге әкеледі.

Бұл мақалада миокард инфаркті туралы, даму сатылары, асқынулары, кезеңдері туралы айтылады. Аурудың этиологиясы ретінде коронарлық артериялардың атеросклерозынан, тромбозынан, миокардтың оттегіге сұранысының артуын мысал ретінде көрсетуге болады.

Кілт сөздер: миокард инфарктісі, некроз, асқынулар, макроскопия, қанайналым.

Кіріспе. Жалпы миокард инфарктісін зерттеу негізі ол жүрек-тамыр жүйесі аурулары - денсаулық сақтау саласында жетекші мәселе болып табылады. Жүрек ишемиялық ауруынан болатын өлім-жітім статистикасында алдыңғы қатарды миокард инфарктісі алады. Сондықтан миокард инфарктісінің сипатын, асқынуларын, және т.б. ақпараттарды гистологиялық зерттеулер арқылы анықтау денсаулық сақтау саласындағы өзекті тақырыптардың бірі.

Миокард инфарктісінің қауіптілік факторлары үш топқа бөлінеді:

Түзетуге немесе алдын алуға болатын факторлар: темекі шегу, қандағы холестериндегі жоғары тығыздықтағы липопротеидтердің жоғары деңгейі, артериялық гипертензия.

Түзетілуі қиын факторлар: қант диабеті, жоғары тығыздықтағы липопротеидтер деңгейінің төмендеуі, семіздік, менопауза және постменопауза, алкогольді тұтыну, стресс, қандағы липопротеиннің жоғары мөлшері, гомоцистеиннің жоғары деңгейі.

Түзетуге немесе жоюға болмайтын факторлар: егде жас, жынысы (ерлерде жиі кездеседі), тұқым қуалаушылық - ата-аналарда немесе қандас туыстарда миокард инфарктісінің ерте дамуы (55 жасқа дейін) [1].

Жүректің ишемиялық ауруларының көп кездесетін түрінің бірі- миокард инфарктісі. Миокард инфарктісі (МИ) – коронарлық қан айналымының жетіспеушілігінен туындайтын жүрек бұлшықетінің некроздануы. Коронарлық қан айналымының жетіспеушілігі деп коронарлық артериялардың бойымен қанның келуінің кенет тоқтауының немесе миокардтың оттегін қажет етуі мен тәж артерияларының бұл қажеттілікті қамтамасыз ету мүмкіншіліктерінің арасында болатын сәйкессіздіктің салдарын айтамыз.

Жүрек бұлшықетінің некрозы оның жиырылу функциясын бұзады. Егер миокард массасының 10% жиырылу функциясы бұзылған болса, онда жүректің қан айдау функциясы тежеледі, 15% жоғары миокард массасының жиырылу функциясы бұзылған болса, диастолалық қысым мен сол жақ қарынша көлемі көбейеді. 25% масса некрозданса, сол қарыншалық жүрек әлсіздігі пайда болады, ал 40% массада жоғары некроз болатын болса, онда кардиогендік шок дамиды.

Миокард инфарктісі бірнеше кезеңде өтеді: пренекротикалық, донекротикалық; некротикалық; ұйымдастыру кезеңі.

- Пренекротикалық кезеңнің ұзақтығы ұзаққа созылған ишемиядан кейінгі алғашқы 5 сағатты құрайды. Макроскопиялық көрініс миокардтың біркелкі болмауымен және инфаркттың көрінетін белгілерінің болмауымен сипатталады. Микроциркуляцияның бұзылуы, кардиомиоциттердегі гликоген мен көлденең сызықтардың жоғалуы, миофибриллдердің зақымдануын байқауға болады.

- Донекротикалық кезеңнің ұзақтығы-ұзақ ишемиядан кейінгі алғашқы 5 сағат. Макроскопиялық көрініс миокардтың біркелкі болмауымен және инфаркттың көрінетін белгілерінің болмауымен ұсынылған. Микроциркуляцияның бұзылу процестері, кардиомиоциттердегі гликоген мен көлденең сызықтардың жоғалуы, контрактура-лар түріндегі миофибриллалардың зақымдануы, бастапқы кесектердің ыдырауы және жасушаішілік цитоліз микроскопиялық түрде көрінеді. Электронномикроскопиялық түрде: органеллалардың өзгеруінің полиморфизмі, митохондрияның зақымдануы (ішінара және толық бұзылу), кардиомиоциттердің ядросы мен лизосомалық аппаратының зақымдануы байқалады. Гистохимиялық зерттеулерде кардиомиоциттерде келесі өзгерістер

анықталады: ферменттердің болмауы, бейтарап полисахаридтердің жинақталуы, нуклеин қышқылдары мен гликогеннің төмендеуі, липидтердің пайда болуы.

Гистохимиялық зерттеулерде кардиомиоциттерде келесі өзгерістер анықталады: ферменттердің болмауы, бейтарап полисахаридтердің жинақталуы, нуклеин қышқылдары мен гликогеннің төмендеуі, липидтердің пайда болуы.

• Миокард инфарктісінің некротикалық кезеңі 5 күнге дейін созылады. Миокардта геморрагиялық тәжімен ақ түсті инфаркт көрінеді. Некроз аймағы жолақтардың жойылуымен, тіндердің гомогенизациясымен сипатталады. Гистологиялық зерттеуде инфаркт аймағында бұлшықет талшықтарының некрозының, ісінудің, плазморрагияның, қан құйылудың, нейтрофилдердің, макрофагтардың жинақталуының типтік суретін байқаймыз. Қабыну қатарының жасушалары мен фибробласттардан шекаралық (демаркациялық) аймақ түзіледі. Инфаркт аймағынан тыс – өзгерістер пренекротикалық кезеңдегідей кардиомиоциттердің компенсаторлық гипертрофиясы.

• Ұйымдастыру кезеңі 45 күнге дейін созылады. Ол некроздық массалардың протеолизі мен резорбциясымен, олардың макрофагтармен резорбциясымен, некроз ошағын дәнекер тінімен алмастыруымен сипатталады. 1,5-2 айдан кейін аурудың басталуынан дөрекі

коллаген тыртығы қалыптасады (макрофокальды постинфаркті кардиосклероз) [2; 3]

Миокард инфарктісінің салдары коронарлық жүйедегі окклюзиялық өзгерістердің орналасуына, көлеміне және ұзақтығына, миокардтың функционалды қажеттіліктеріне және коллатеральды тармақтардың компенсаторлық мүмкіндіктеріне байланысты. Өлімнің тікелей себебі науқастың кенеттен жүрек өлімі болуы мүмкін, ол шабуыл басталғаннан кейін алғашқы 1-2 сағатта дамиды [4].

Миокард инфарктісінің асқынулары:

• жүректің өткізгіш жүйесінің зақымдануынан туындаған жүрек ырғағының бұзылуы (блокада, экстрасистолия, бради - және тахикардия, фибрилляция және асистолия);

• экстенсивті инфарктпен болатын кардиогенді шок;

• жедел сол жақ қарыншалық жүрек жеткіліксіздігі және өкпе ісінуі әртүрлі ауырлық дәрежесі;

• қарынша қабырғасының, қарынша аралық қалқаның, папиллярдың жарылуы туындайтын гемоперикард және жүрек тампонадасының дамуымен бұлшықеттер некроз аймағында миомаляция және механикалық әлсіздіктің болуы, әдетте 4-7 күннен кейін [5].

• фибринозды перикардит;

• жүректің жедел аневризмасы;

• кейінгі тромбоэмболиямен париетальды тромбтардың түзілуі [5].

1 – кесте. Пайда болу мерзіміне байланысты.

Уақыт	Макроскопиялық өзгерістер	Гистологиялық өзгерістер
1-2 сағат	жоқ	Инфаркт шекарасындағы талшықтардың бұралуы, лейкоциттердің шетте орналасуы.
4-12 сағат	жоқ	Коагуляциялық некроздың басталуы, ісіну, қан кету, лейкоциттердің инфильтрациясының басталуы.
18-24 сағат	Инфаркт аймағының бозғылт түсі	Кариопикноз, кардиомиоциттердің бозғылт түсті цитоплазмасы, контракция жолақтары
24-72 сағат	Инфаркт аймағының бозаруы, шеткі бөлігіндегі аздаған гиперемия	Кариолиз, инфаркт аймағының айқын шекаралары, айқын білінетін лейкоциттік инфильтрация
3-7 күн	Инфаркт аймағының күлгін-қызыл жиекті, қою қызғылт сары түсті болуы	Өлі миокард талшықтарын ыдыратуының басталуы, және оларды макрофагтармен резорбциялау. Некроз шеттерінде түйіршіктелген тіннің дамуы
10 күн	Одан да сары түсті, қызыл-қоңыр жиекті некроз	Дамыған фагоцитоз және дамыған түйіршікті тін
7 апта	Дамыған тыртық	Дамыған тыртық

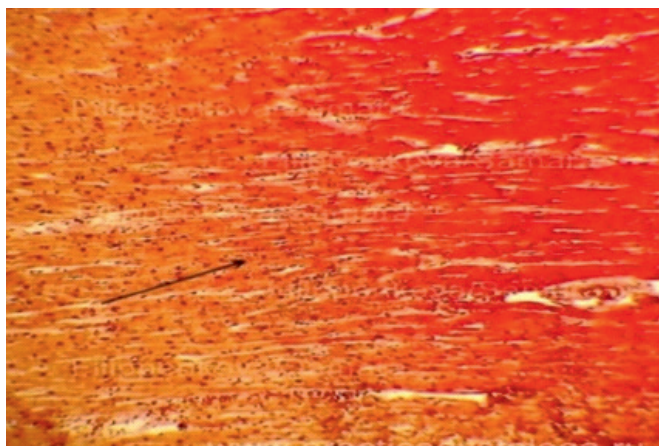
Жедел ишемиялық зақымдану ошақтарын ерте кезеңде анықтау үшін LI (НОРР әдісі) бойынша бояу қолданылады. GOFР әдісі контрактуралық зақымданулары бар «тоналды» кардиомиоциттер (кардиомиоциттердің контрактура аймақтары фуксинофилияның шағын ошақтарына ұқсайды, кардиомиоциттердің іргелес релаксация аймақтары бозғылт жасыл болады), жүрек соғуы әсер ету кезінде

кардиомиоциттердің диагностикалық маңызды контрактураларын гистологиялық тұрғыдан анықтауға мүмкіндік береді.

Бастапқы кезеңде (некроздың дамуына дейін) әртүрлі тектегі миокардтың ишемиялық «зақымдануы», кардиомиоциттердің цитоплазмасында пайда болған фуксинофильді субстрат сары-жасыл немесе сары-қоңыр - бұзылған миокардтың фонында әртүрлі реңктегі

қызыл түске боялады. Некроз жағдайында миокард бояуының нәтижелері сенімсіз, өйткені бұл жағдайда фуксинофильді субстрат жоғалады, ең алдымен, жалған теріс дақ болуы мүмкін [6].

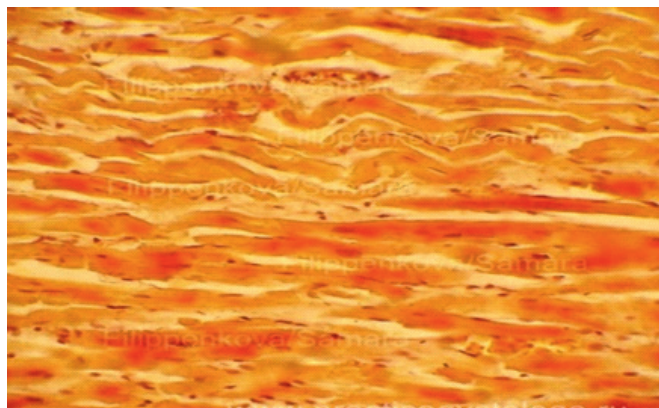
Бұл әдіс миокардтың ишемиялық «зақымдану» ошақтарынан басқа фибринді, тыртық тінін және серпімді талшықтарды анықтайды, бұл жүрек бұлшықетінің жағдайын кешенді бағалауға мүмкіндік береді [5].



1 - сурет. Қызыл дақ түріндегі кардиомиоциттердің цитоплазмасының айқын фуксинофилиясының ірі ошақтарының фрагменттері.

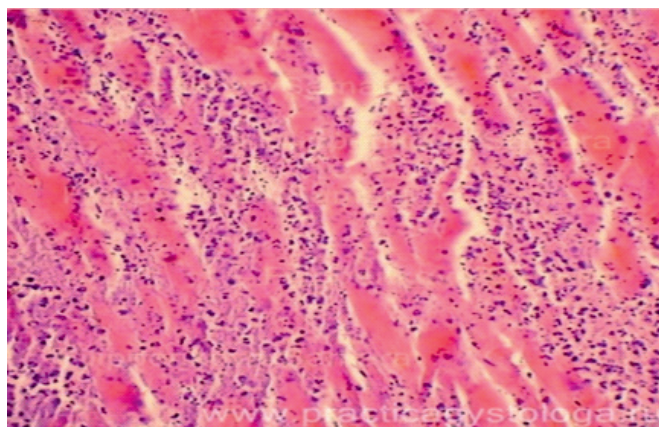
Бояу: ГОФП әдісі. Үлкейту x100 және x250.

ppt-online.org



2 - сурет. Некроздық кезеңдегі жедел миокард инфарктісінің суреті. Бөлімдер ішінде кардиомиоциттердің толық некрозы (кардиомиоциттер ісінген, құрылымсыз), айқын лейкоцитарлық инфильтрациямен, сегменттелген нейтрофильді лейкоциттердің бір бөлігі ыдыраған күйде. Бояу: гематоксилін және эозин. Үлкейту x250.

ppt-online.org



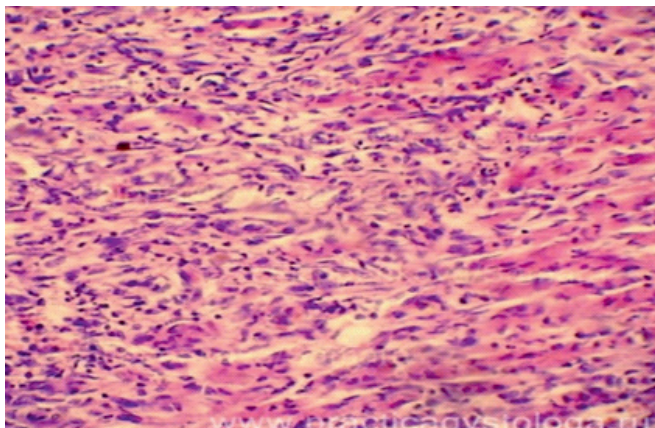
3 - сурет. Миокард бөлімдерінде кардиомиоциттердің некрозы және лейкоциттердің инфильтрациясы, дәнекер тінінің элементтерінің айқын пролиферациясымен «жетілетін» дәнекер тінінің өсу аймағы, қан тамырларының ісіктері.

Бояу: гематоксилін. Үлкейту x250 [7].

ppt-online.org

Тромболитикалық терапияны жүрек соғысынан кейін 15-20 минуттан кейін жүргізгенде, некроздың дамуын толығымен болдырмауға болады. Егер уақыт аралығы ұзағырақ болса, онда ол инфаркт аймағында кейбір кардиомиоциттерді сақтай алады. Мұндай

жағдайларда, толық емес инфаркт аймағында оның геморрагиялық сіндіру орын алады. [8; 9] Реперфузия қайтымды өзгерістері бар жасушаларды құтқарады және көбінесе өлі талшықтарда тән жиырылу жолақтарын жасайды.



4 - сурет. Фибробласттардың айқын пролиферациясымен «жетілетін» дәнекер тінінің кең таралған пролиферациясы бар миокард аймағы, сегменттелген нейтрофильді лейкоциттер саны аз, бөлігі олардың тозған күйінде. Кардиомиоциттердің шағын топтары әлсіз және жеңіл-орташа гипертрофия жағдайында сақталады. Бояу: гематоксин және эозин. Үлкейту x250.

Қорытынды. Даму сатыларының макро және микроскопиялық өзгерістерін білу олардың ескіру мерзімін анықтауға, сондай-ақ аурудың нақты нозологиялық түрін (жедел, қайталанатын, қайталанатын) анықтауға көмектеседі. Бұлшықет тінінің некрозы жоқ болғандықтан Гипоксияның жанама белгілері болған кезде диагноз оларға сәйкес келмейді [10]. Практикалық іс-әрекетте олардың ескіру мерзімін дұрыс анықтау үшін жоғарыда келтірілген деректерді, сондай-ақ кейбір жағдайларда аурудың нақты нозологиялық формасын сақтау керек.

Әдебиеттер тізімі:

1. Патологическая анатомия: частная патология: учеб пособие для аудиторной самостоятельной работы студентов лечебного и педиатрического факультетов: в 2 ч. / сост. Н.А. Кирьянов, Г.С. Иванова, Е.Л. Баженов и др.; под общ. ред. Г.С. Ивановой – Ижевск, 2018.– Ч.1. – 120 с.
2. Итоги науки и техники. Патологическая анатомия. Т5. Москва 1985 г.
3. Пальцев М.А., Аничков Н.М. «Патологическая анатомия». ТП (1). Москва 2001 г.
4. Патологическая анатомия: атлас: учебное пособие для студентов медицинских вузов и постдипломного образования / Зайрат'янц О.В. и др.; под ред. О.В.Зарат'янца – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2014. – 960с.:ил.
5. Mosleh W., Abdel-Qadir H., Farkouh M. Biomarkers in the emergency workup of chest pain: uses, limitations, and future. Cleve Clin J Med. 2013 Sep;80 (9): 589-98. Review.
6. Achar S.A., Kundu S., Norcross W.A. Diagnosis of acute coronary syndrome. Am Fam Physician. 2005 Jul 1;72(1):119-26.

7. McPhee S.J., Papadakis M. CURRENT Medical Diagnosis and Treatment / S. J. McPhee, M. Papadakis; 49 ed. - McGraw-Hill Medical, 2009.

8. Cardiogenic shock complicating acute myocardial infarction: expanding the paradigm. Judith S Hochman. Circulation.2003 Jun 24;107(24):2998-3002. doi: 10.1161/01.CIR.0000075927.67673.F2.

9. Heart disease and stroke statistics. Roger V.L. Go A.S. Lloyd, Jones D.M.—2012 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2012 Jan 3; 125: e2-e220

10. The pathology of myocardial infarction in the pre and post-interventional era. Pasotti M. Prati F. Arbustini E. Heart. 2006 Nov; 92: 1552-1556.

References:

1. Patologicheskaja anatomija: chastnaja patologija: ucheb posobie dlja auditornoj samostojatel'noj raboty studentov lechebnogo i peditricheskogo fakul'tetov: v 2 ch. / sost. N.A. Kir'janov, G.S. Ivanova, E.L. Bazhenov i dr.; pod obshh. red. G.S. Ivanovoj – Izhevsk, 2018. – Ch.1. – 120 s. (in Russian)
2. Itogi nauki i tehniki. Patologicheskaja anatomija. T5. Moskva 1985 g. (in Russian)
3. Pal'cev M.A., Anichkov N.M. «Patologicheskaja anatomija». TP (1). Moskva 2001 g. (in Russian)
4. Patologicheskaja anatomija: atlas: uchebnoe posobie dlja studentov medicinskih vuzov i postdiplomnogo obrazovanija / Zajrat'janc O.V. i dr.; pod red. O.V.Zarat'janca – М.: GJeOTAR - Media,2014. – 960s.:il. (in Russian)
5. Mosleh W., Abdel-Qadir H., Farkouh M. Biomarkers in the emergency workup of chest pain: uses, limitations, and future. Cleve Clin J Med. 2013 Sep;80 (9):589-98. Review.

6. Achar S.A., Kundu S., Norcross W.A. Diagnosis of acute coronary syndrome. Am Fam Physician. 2005 Jul 1;72 (1):119-26.

7. McPhee S.J., Papadakis M. CURRENT Medical Diagnosis and Treatment / S.J. McPhee, M. Papadakis; 49 ed. - McGraw-Hill Medical, 2009.

8. Cardiogenic shock complicating acute myocardial infarction: expanding the paradigm. Judith S Hochman.

Circulation.2003 Jun 24;107(24):2998-3002. doi: 10.1161/01.CIR.0000075927.67673.F2.

9. Heart disease and stroke statistics. Roger V.L. Go A.S. Lloyd, Jones D.M. - 2012 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2012 Jan 3; 125: e2-e220

10. The pathology of myocardial infarction in the pre and post-interventional era. Pasotti M. Prati F. Arbustini E. Heart. 2006 Nov; 92: 1552-1556.

ИНФАРКТ МИОКАРДА. МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

^{*1} Н.М. Джолдасбаева, ¹ Т. С.Саянова, ² А.К. Сабырова

¹ НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы

² НАО «КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова», Казахстан, г. Алматы

**Корреспондирующий автор: Н.М. Джолдасбаева. E-mail: nur_06.94@mail.ru*

Түйінді

Сердце, как и другие органы и ткани, нуждается в кислороде. Коронарные артерии снабжают и питают сердце кислородом. Если сосуд поврежден, кровоснабжение сердца может быть нарушено или полностью прекращено. Соответственно, сердечная мышца остается без кислорода и развивается некроз-это состояние называется инфарктом миокарда. По статистическим данным, уровень смертности от инфаркта миокарда в мире составляет 55.7% в Казахстане, 44% в России, 54.3% в Украине, 61.6% в Армении, 42.2% в США. Средний возраст умерших больных-от 70 до 80 лет. В последние годы в Казахстане наблюдается чрезмерный рост числа больных инфарктом миокарда, и результаты процедур в 30-50% случаев приводят к летальному исходу.

В данной статье речь пойдет о инфаркте миокарда, о стадиях развития, осложнениях, стадиях. В качестве этиологии заболевания можно привести примеры атеросклероза, тромбоза коронарных артерий, увеличения потребности миокарда в кислороде.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, некроз, осложнения, макроскопия, тираж.

MYOCARDIAL INFARCTION. MICROSCOPIC STUDIES

^{*1} N.M. Dzholdasbayeva, ¹ T.S. Sayanova, ² A.K. Sabyrova

¹ NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

² «KazNMU named by S.D. Asfendiyarov», Kazakhstan, Almaty

**Corresponding author: N.M. Dzholdasbayeva. E-mail: nur_06.94@mail.ru*

Summary

The heart, like other organs and tissues, needs oxygen. The coronary arteries supply and nourish the heart with oxygen. If the vessel is damaged, the blood supply to the heart may be disrupted or completely stopped. Accordingly, the heart muscle remains without oxygen and necrosis develops-this condition is called myocardial infarction. According to statistics, the mortality rate from myocardial infarction in the world is 55.7% in Kazakhstan, 44% in Russia, 54.3% in Ukraine, 61.6% in Armenia, 42.2% in the USA. The average age of deceased patients is from 70 to 80 years. In recent years, there has been an excessive increase in the number of patients with myocardial infarction in Kazakhstan, and the results of procedures in 30-50% of cases lead to death.

This article will focus on myocardial infarction, stages of development, complications, stages. As the etiology of the disease, examples of atherosclerosis, coronary artery thrombosis, increased myocardial oxygen demand can be cited.

Key words: myocardial infarction, necrosis, complications, macroscopy, blood circulation.

АНАЛИЗ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

^{*1}У.И. Кучкоров, ²Н.И. Ходжаева

¹Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан, г. Бухара

²Ташкентская медицинская академия, Узбекистан, г. Ташкент

**Корреспондирующий автор: У.И. Кучкоров. E-mail: kuchkarovu76@mail.ru*

Аннотация

Нами исследовано 62 пациента с диагнозом параноидная шизофрения, проходивших лечение в Бухарском областном психоневрологическом диспансере. Проанализирована связь между клинико-психопатологическими характеристиками и когнитивными расстройствами. Анализ социального статуса и нарушений социального функционирования больных, страдающих шизофренией показывает нарушение когнитивных функций, которое влияет на социальную адаптацию больных. Включение в алгоритм лечения больных основной группы атипичных нейролептиков, достоверно улучшает когнитивные функции не усиливая продуктивную симптоматику.

Ключевые слова: когнитивный дефицит, шизофрения, клинико-социологические параметры, качества жизни, лечения.

Актуальность. Изучение приспособляемости больных шизофренией к хроническому патологическому процессу, к условиям жизни в семье и обществе является одной из актуальных проблем психиатрии [1; 4]. Понимание тяжести когнитивного дефицита у больных шизофренией может помочь врачам и семьям предвидеть вероятность проблем и успеха в работе, школе, социальном функционировании и реабилитации [3; 7]. Когнитивный дефицит в настоящее время считается центральной особенностью шизофрении, который проявляется в виде нарушения внимания, памяти и исполнительных функций, что приводит к большим трудностям в повседневной жизни [6; 9]. В целом адекватная индивидуализированная психофармакотерапия, сочетающаяся с патогенетически ориентированными психосоциальными лечебными подходами, позволяет в значительной степени компенсировать и/или восстановить нарушенные когнитивные функции у больных шизофренией, что положительно сказывается на клиническом и социальном прогнозе заболевания [2; 5; 8]. Поэтому задача изыскания новых механизмов лечения когнитивных нарушений позволяет предположить, что они в некоторой степени помогут разработать более эффективные алгоритмы терапии, направленные на предотвращение рецидивов и для улучшения качества жизни.

Цель исследования. Целью исследования явилось обоснование новых направлений дифференцированной терапевтической тактики при различных проявлениях когнитивных расстройств с учетом динамики клинико-социологических параметров.

Задачи исследования. Выделение в отдельную группу больных с когнитивными расстройствами разной степени и определить эффективность атипичных нейролептиков при шизофрении.

Материал и методы исследования. На базе Бухарского областного психоневрологического диспансера обследовано 62 больных с диагнозом «Параноидная шизофре-

ния» в возрасте от 25 до 50 лет (35 мужчин; 27 женщин). У 29 больных отмечалось приступообразно-прогредиентное течение (F20.01) у 33 больных отмечалось непрерывное течение параноидной шизофрении (F20.00). Больные разделены на 2 группы: основная группа 42 больных с включением в терапию Брозилеф (Цереболизин) + атипичный нейролептик (Олзап) и контрольная группа (29). Исследование проводилось в течение 3-х месяцев с сравнением 2-х групп больных. Средняя продолжительность заболевания составлял $6,7 \pm 5,8$ года. Пациенты основной группы 21,5% и контрольной группы 22% имели высшее и 61,9%, 65% среднее-специальное образование соответственно. В исследовании были использованы катamnестический, клинико-психопатологические методы, метод клинико-шкальной оценки и нейропсихологические методики. Оценка состояния высших психических функций проводилось с использованием Шкалы оценки когнитивных процессов. С помощью шкалы оценки когнитивных процессов определяли параметры основных познавательных функций: слухоречевой и зрительной памяти, праксиса, гнозиса, мышления, нейродинамических параметров и произвольной регуляции деятельности. Нейропсихологические методы исследования включали в себя методики краткой оценки когнитивных функций при шизофрении (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia, BACS).

Результаты и обсуждение. Приведённые клинические исследования показали, что когнитивное функционирование при шизофрении имеет свои особенности. Нарушение когнитивного функционирования больных с диагнозом «Шизофрения параноидная, приступообразно-прогредиентное тип течение» (F20.01) достоверно отличается от больных с диагнозом «Шизофрения параноидная, непрерывный тип течение» (F20.00). Природа и ход познания в структуре когнитивных расстройств при разных типах шизофрении неоднородны.

Таблица 1. Сравнительная характеристика когнитивного функционирования больных параноидной шизофренией с приступообразно-прогредиентным и непрерывным типами течения по BACS.

Показатели когнитивного функционирования	Шизофрения, приступообразно-прогредиентное тип течение F20.01 (n=29)	Шизофрения, непрерывный тип течение F20.00 (n=33)
	Значение показателя (M±m) в Т-баллах	
Суммарная оценка по BACS	27,4±15,5	29,9±13,8
Вербальная память	36,4±12,3	38,6±11,7
Рабочая память	33,7±10,6	36,3±11,3
Моторные навыки	44,9±12,1	46,9±12,6
Речевая беглость	38,2±11,8	41,5±12,4
Темп работоспособности, скорость выработки навыка	28,6±12,7	33,7±11,5
Планирование, проблемно-решающее поведение	38,7±15,2	41,8±13,7

Исследования показывают, что у пациентов с шизофренией когнитивное снижение начинается примерно в возрасте 35 лет, и что это снижение может сначала повлиять на зрительно-пространственные способности. Траектории когнитивного функционирования предполагают продольную неоднородность как снижение вработываемости, активного внимания у больных параноидной шизофренией. Полученные результаты свидетельствуют о наличии более выраженного нейрокогнитивного дефицита у больных с приступообразно-прогредиентным типом течения шизофрении по сравнению с диагнозом Шизофрения, непрерывный тип

течение. Анализ взаимосвязей между клинико-психопатологическими характеристиками и особенностями когнитивного функционирования показал, что у больных с диагнозом «Шизофрения параноидная, приступообразно-прогредиентный тип течения» более выраженными резидуальными позитивными симптомами в ремиссионный период в большей степени было снижено планирование, кратковременная и долговременная память. У больных с диагнозом «Шизофрения параноидная с непрерывным типом течения» (F20.00) показатели когнитивного функционирования достоверно отличаются.

Таблица 2. Динамика показателей когнитивного функционирования у больных параноидной шизофренией на фоне терапии.

Оценка когнитивного функционирования по BACS	Шизофрения параноидная форма Основная группа (n=42)		Шизофрения параноидная форма Контрольная группа (n=20)	
	до лечения	после лечения (олзап)	до лечения	после лечения (галоперидол)
Суммарная оценка по BACS	28,3±13,5	36,4±12,2***	29,2±12,7	30,8±11,4
Вербальная память	37,8±12,7	47,5±11,4*	36,6±11,5	44,3±12,3
Рабочая память	35,7±10,6	49,7±11,3***	34,9±11,8	39,7±11,7
Моторные навыки	45,8±12,5	58,4±12,7***	44,7±14,7	55,5±13,1
Речевая беглость	39,8±11,6	47,7±11,8*	40,2±12,1	43,1±12,6
Темп работоспособности, скорость выработки навыка	31,9±12,1	49,3±11,6***	32,4±10,2	36,3±11,8
Планирование, проблемно-решающее поведение	40,7±14,3	55,6±12,8***	41,8±12,7	44,4±12,1

Примечание: * - достоверно по сравнению до лечения $P < 0,001$; ** - достоверно по сравнению с контролем $P < 0,001$.

Олзап получали 42 больных с диагнозом шизофрения параноидная, приступообразной и непрерывный тип течения в течении 30 дней в среднесуточной дозе 20 мг. Психическое состояние пациентов оценивалось еженедельно с использованием шкал BACS. Улучшение психического состояния разной степени выраженности наблюдалось у 96,7% больных. Выявлена высокая антипсихотическая

эффективность олзапа, наиболее интенсивно представленная в течение первых 2-х недель лечения. Обнаружена более высокая эффективность олзапа по влиянию на основные психопатологические симптомы заболевания. Высокая терапевтическая эффективность Олзапа сочеталась с незначительной выраженностью побочных эффектов, как правило, не требующих прекращения лечения.

Таблица 3. Динамика результатов исследования по типу течения шизофрении.

Показатели когнитивного функционирования	Шизофрения, приступообразно-прогредиентное тип течение F20.01		Шизофрения, непрерывный тип течение F20.00	
	до лечения	после лечения (олзап)	до лечения	после лечения (олзап)
Суммарная оценка по BACS	27,4±15,5	33,2±13,2	29,9±13,8	39,2±12,6*
Вербальная память	36,4±12,3	43,1±11,7	38,6±11,7	52,1±12,4*
Рабочая память	33,7±10,6	42,6±11,8	36,3±11,3	53,6±11,5*
Моторные навыки	44,9±12,1	47,5±12,1	46,9±12,6	62,5±12,6
Речевая беглость	38,2±11,8	55,3±11,6	41,5±12,4	44,3±11,7
Темп работоспособности, скорость выработки навыка	28,6±12,7	47,5±12,4	33,7±11,5	52,5±11,3
Планирование, проблемно-решающее поведение	38,7±15,2	52,2±11,9	41,8±13,7	56,2±12,5

Примечание: * - достоверно по сравнению до лечения $P < 0,001$; ** - достоверно по сравнению с контролем $P < 0,001$.

Исследования больных шизофренией при сопоставлении с контролем показали, что пациенты с шизофренией наиболее постоянно страдают нарушениями исполнительной функции, зрительно-пространственной способности и беглости речи. Нарушения менее последовательно наблюдаются во внимании и рабочей памяти. Больные с приступообразно - прогредиентным типом течение параноидной шизофрении нуждаются в многолетнем лечении, постоянной психиатрической помощи с применением комплекса психотерапевтических и психосоциальных воздействий, способствующих улучшению их психосоциального функционирования и качества жизни. Когнитивные нарушения у этих больных являются одним из основных диагностических критериев и мишенью терапии. Приступообразно - прогредиентный тип течения параноидной шизофрении влияет на некоторые когнитивные способности, но самое главное на внимание, память и исполнительные функции, что приводит к большим трудностям в повседневной жизни. Большинство пациентов нуждаются в уверенности и нуждаются в помощи со стороны медицинских работников, членов семьи и друзей. Члены семьи, ухаживающие за пациентом, несут дополнительную ежедневную работу и страдают от психологической боли и беспокойства. По этому улучшение когнитивных функций у пациентов с шизофренией имеет важное значение для благополучия пациентов и их родственников.

У обследованных пациентов до начала терапии олзапом отмечались наиболее выраженные нарушения в сферах произвольной регуляции деятельности, нейродинамики и вербального мышления, что соответствует функциям лобных долей и глубинных структур мозга. Менее выраженные нарушения отмечались в сферах зрительной памяти, праксиса и невербального мышления, что соответствует функциям теменных и затылочных долей. На фоне терапии олзапом к концу лечения отмечалось статистически достоверное улучшение показателей произвольной регуляции деятельности и нейродинамики. Также отмечалось статистически до-

стоверное улучшение показателей праксиса, зрительной памяти и невербального мышления. Структура нейрокогнитивного дефицита была близка к описанной в работе [1] для пациентов с приступообразным и непрерывным течением шизофрении с умеренным темпом прогредиентности.

Обычные антипсихотические препараты приносят мало пользы в когнитивных областях и часто приводят к экстрапирамидным побочным эффектам, требующим антихолинергического лечения, которое ухудшает память. Применение атипичных антипсихотических препаратов в частности Олзапа по 20 мг в сутки для лечения шизофрении привело к улучшению когнитивных функций. Атипичные нейролептики, блокируя возникновение психопатологических нарушений, регулируют и контролируют состояние психики. В большей степени для развития когнитивных нарушений большую роль играют не только симптомы болезни, но и подход в лечении болезни имеет большое значение.

Выводы: Применение атипичных нейролептиков при лечении больных с параноидной шизофренией приводит к снижению когнитивного дефицита и уменьшает экономическое бремя для системы здравоохранения. Социальное благополучие и высокий уровень качества жизни больных шизофренией зависят не только от клинических форм заболевания, но и от выраженности когнитивных нарушений, которые требуют долговременной коррекции нооптропами. Итоги проведенного исследования показывают, что развитие социальной адаптации и деятельности зависит от назначаемых препаратов приводящих к снижению нейрокогнитивного дефицита.

Список литературы:

1. Зайцева Ю.С. Первый психотический эпизод: пятилетнее катамнестическое клинико-нейропсихологическое исследование: Дисс. канд. мед. наук. М.: 2010. 223 с.
2. Мухамадиева Н.Б., Мухторова Х.К. Анализ когнитивной сферы при параноидной шизофрении / Новый день в медицине, 2021, 2 (34) - 82-84.

3. Ходжаева Н.И., Азизова С.А. Когнитивные нарушения при шизофрении / Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана, 2013, 3:107-110.

4. Цыганков Б.Д., Овсянников С. А. Психиатрия: руководство для врачей. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2011. - С. 54. – 496 с.

5. Шмуклер А.Б., Сюняков Т.С. Когнитивные нарушения у больных шизофренией / Современная терапия психических расстройств № 4/2018 стр. 9-15.

6. Adams R.A., Napier G., Roiser J.P., Mathys C., Gilleen J. Attractor Olike dynamics in belief updating in schizophrenia // J Neurosci. - 2018. - P. 3163-3117.

7. Green M.F., Horan V.P., Lee J. World Psychiatry 2019;18:146-61.

8. Davidson M. Cognitive impairment as a diagnostic criterion and treatment target in schizophrenia. World Psychiatry 2019;18 (2):171-172.

9. Murante T., Cohen C.I. Cognitive Functioning in Older Adults With Schizophrenia. Focus (Am Psychiatr Publ). 2017; 15 (1): 26 34.

References:

1. Zajceva Ju.S. Pervyj psihoticheskij jepizod: pjatiletnee katamnestichekoe kliniko-nejropsihologicheskoe issledovanie:

Diss. kand. med. nauk. M.: 2010. 223 s. (in Russian)

2. Muhamadiev N.B., Muhtorova H.K. Analiz kognitivnoj sfery pri paranoidnoj shizofrenii / Novyj den' v medicine, 2021, 2 (34) -82-84. (in Russian)

3. Hodzhaeva N.I., Azizova S.A. Kognitivnye narusheniya pri shizofrenii / Bjulleten' asociacii vrachej Uzbekistana, 2013, 3: 107-110. (in Russian)

4. Cygankov B.D., Ovsjannikov S.A. Psihiatrija: rukovodstvo dlja vrachej. - M.: «GJeOTAR-Media», 2011. - S. 54. – 496 s. (in Russian)

5. Shmukler A.B., Sjunjakov T.S. Kognitivnye narusheniya u bol'nyh shizofreniej / Sovremennaja terapija psihicheskikh rasstrojstv № 4/2018 str. 9-15. (in Russian)

6. Adams R.A., Napier G., Roiser J.P., Mathys C., Gilleen J. Attractor Olike dynamics in belief updating in schizophrenia // J Neurosci. - 2018. - P. 3163-3117.

7. Green M.F., Horan V.P., Lee J. World Psychiatry 2019;18:146-61.

8. Davidson M. Cognitive impairment as a diagnostic criterion and treatment target in schizophrenia. World Psychiatry 2019; 18 (2):171-172.

9. Murante T., Cohen C.I. Cognitive Functioning in Older Adults With Schizophrenia. Focus (Am Psychiatr Publ). 2017; 15 (1): 26 34.

ШИЗОФРЕНИЯДАҒЫ ТАНЫМДЫҚ ЖЕТІСПЕУШІЛІКТІ ТАЛДАУ ЖӘНЕ ЗАМАНАУИ ЕМДЕУ ӘДІСТЕРІ

^{*1} У.И. Кучков, ² Н.И. Ходжаева

¹ Бұхара мемлекеттік медициналық институт, Өзбекстан, Бұхара қ.

² Ташкент медициналық академия, Өзбекстан, Бұхара қ.

**Корреспондент автор: У.И. Кучков. E-mail: kuchkarovu76@mail.ru*

Түйінді

Біз Бұхара облыстық психоневрологиялық диспансерінде емделіп жатқан параноидты шизофрения диагнозымен 62 науқасты зерттедік. Клиникалық және психопатологиялық сипаттамалар мен танымдық бұзылулар арасындағы байланыс талданды. Шизофрениямен ауыратын науқастардың әлеуметтік мәртебесі мен әлеуметтік қызметінің бұзылуын талдау пациенттердің әлеуметтік бейімделуіне әсер ететін танымдық функцияның бұзылуын көрсетеді. Негізгі топтағы науқастарды емдеудің алгоритміне атипті антипсихотиктерді қосу өнімді симптомдарды күшейтпестен танымдық функцияларды едәуір жақсартады.

Кілт сөздер: танымдық жетіспеушілік, шизофрения, клиникалық және әлеуметтік параметрлер, өмір сапасы, емдеу.

ANALYSIS OF COGNITIVE DEFICITS IN SCHIZOPHRENIA AND MODERN TREATMENT METHODS

^{*1} U.I. Kuchkarov, ² N.I. Khodzhaeva

¹ Bukhara State Medical Institute, Uzbekistan, Bukhara

² Tashkent Medical Academy, Uzbekistan, Tashkent

**Corresponding author: U.I. Kuchkarov. E-mail: kuchkarovu76@mail.ru*

Summary

We examined 62 patients with a diagnosis of paranoid schizophrenia who were undergoing treatment at the Bukhara Regional Psychoneurological Dispensary. The relationship between clinical and psychopathological characteristics and cognitive functions was analyzed. Analysis of the social status and disorders of social functioning of patients suffering from schizophrenia shows a violation of cognitive function, which affects the social adaptation of patients. The inclusion of atypical antipsychotics in the treatment algorithm of patients in the main group significantly improves cognitive functions without increasing productive symptoms.

Key words: cognitive deficit, schizophrenia, clinical and sociological parameters, quality of life, treatment.

ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ТЕНДЕНЦИЯМИ

* В.К. Абдуллаева, С.Б. Бабарахимова

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Узбекистан, г. Ташкент

*Корреспондирующий автор: В.К. Абдуллаева. E-mail: vasila.abdullaeva@tashpmi.uz

Аннотация

В данной статье рассматриваются результаты исследования, которые позволяют выявить особенности суицидального поведения подростков, мотивы суицидальных тенденций, роль конфликтогенных ситуаций в риске развития подростковых суицидов. Обследовано 61 подросток, 44 мальчика и 17 девочек со средним возрастом 16,9±1,48, поступивших на стационарное лечение в подростковые отделения городской клинической психиатрической больницы города Ташкента. Экспериментально-психологический метод включал в себя исследование трех основных параметров - личностных особенностей подростков, депрессивной симптоматики и суицидальных тенденций. Резюмируя результаты исследований особенностей суицидальных тенденций, установили, что в группу риска по развитию суицидального поведения входят подростки с эпилептоидной и циклоидной акцентуациями характера с дисфорической и тревожной депрессивной симптоматикой с демонстративно-шантажной мотивацией и наличием внутрисемейных конфликтных взаимоотношений. Полученные результаты позволяют провести своевременную психопрофилактику и превенцию детско-подростковых суицидов.

Ключевые слова: подростки; депрессивные расстройства; личностные особенности; акцентуации характера; тревога; дисфория; дисморфофобия; астения; апатия; семейные конфликты; суицидальные попытки; мотивы; суицидальные тенденции.

Введение. Своевременная диагностика и идентификация суицидального риска является одной из важнейших задач общественного здравоохранения. Согласно статистическим данным ВОЗ, в мире наблюдается стремительный рост детско-подростковых самоубийств, вызванный информационной освещенностью суицидов, доступностью кибернетической среды виртуального пространства Интернета, созданием компьютерных игр и сайтов соответствующего контента [4]. Во всём мире раннее выявление суицидальных тенденций и эквивалентных ему аутоагрессивных и деструктивных действий, превенция риска развития суицидального поведения являются основными задачами суицидологии [5]. В научных исследованиях зарубежных и российских учёных отмечаются пусковые механизмы суицидальной активности у детей и подростков, рассматриваются различные теории формирования моделей суицидального поведения, но до сих пор нет единого взгляда на данную проблему [3]. Предикторами суицидальных тенденций являются стили родительского руководства, особенности семейных взаимоотношений, конфликты со сверстниками и педагогами, состояние здоровья, трудности адаптации в социуме [1]. У детей и подростков депрессивная патология, в отличие от взрослой популяции населения, в редких случаях клинически протекает с классической симптоматикой депрессивной триады - снижения настроения, замедление мышления и двигательной активности [6]. В пубертатном периоде отмечается нарастание депрессивной симптоматики на фоне идей собственной неполноценности и дисморфофобических включений со склонностью к асоциальному поведению, своевременно не диагностированных вслед-

ствие присутствия нездорового микроклимата в семье и отсутствия взаимопонимания между детьми и родителями [2]. В первую очередь депрессивные состояния в подростковом и юношеском возрасте сопряжены с деструктивными формами поведения [7].

Цель исследования: изучить особенности депрессивных расстройств у подростков с суицидальными тенденциями для оптимизации своевременной психопрофилактики, медико-педагогической помощи и превенции детско-подростковых суицидов.

Материал и методы исследования: в данной статье отражены результаты наблюдений за период с 2019 по 2021 годы, выполненных на базе подростковых отделений Городской клинической психиатрической больницы города Ташкента. Обследовано 61 подросток, 44 мальчика и 17 девочек со средним возрастом 16,9±1,48, поступивших на стационарное лечение в подростковые отделения городской клинической психиатрической больницы города Ташкента. Все установленные диагнозы основывались согласно критериям Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10). В соответствии с нозологическому распределению острая реакция на стресс была выявлена в 4 (6,6%) случаях, смешанное расстройство адаптации (эмоций и поведения) – в 3 (4,9%), расстройство адаптации с преобладанием нарушения поведения – в 2 (3,3%), пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации – в 2 (3,3%), посттравматическое стрессовое расстройство – у 1 (1,6%) пациентов, расстройство поведения в рамках семьи - у 1 подростка (1,6%), несоциализированное расстройство поведения было выявлено в 16 (26, 2%)

случаях, социализированное расстройство поведения было выявлено в 30 (49, 2%) случаях, депрессивное расстройство поведения – у 2 (3,3%) пациентов. Экспериментально-психологический метод включал в себя исследование трех основных параметров - личностных особенностей подростков, депрессивной симптоматики и суицидальных тенденций. Личностные особенности подростков (ЛОП) мы определяли при помощи Модифицированного Патохарактерологического Диагностического Опросника (МДПО Личко А.Е., Иванов Н.Я. 2001 г.). Депрессивные расстройства нами были выявлены с помощью шкалы самооценки депрессии Цунга (ZDRS) (Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., 1995), созданной для психометрического шкалирования формализованной оценки психопатологических нарушений депрессивного спектра. С целью выявления особенностей суицидального поведения у подростков использована шкала оценки тяжести суицидальных действий - Колумбийская шкала суицидального риска (C-SSRS). Математико-статистический метод использовался для обработки материала и математических подсчетов выявленных результатов исследования. Применены методы вариационной параметрической и непараметрической статистики с расчетом средней арифметической изучаемого показателя (М), среднего квадратического отклонения (σ), стандартной ошибки среднего (m), относительных величин (частота, %). Статистическую значимость полученных измерений при сравнении средних величин определяли по критерию Стьюдента (t) с вычислением вероятности ошибки (P) при проверке нормальности распределения (по критерию эксцесса) и равенства генеральных дисперсий (F

– критерий Фишера). За статистически значимые изменения принимали уровень достоверности $P < 0.05$.

Результаты и их обсуждение: у всех обследованных подростков при психометрическом исследовании с помощью шкалы Цунга установлены расстройства аффективной сферы-депрессивные состояния легкой степени в 11,47% случаев (7 пациентов), умеренной степени тяжести - в 55,7% случаев (34 пациентов), депрессия тяжелой степени выявлена у 20 подростков (32,8% случаев). По определению Тихоненко В.А., Амбрумовой А.Г., суицидальное поведение включает в себя проявление любых внутренних и внешних форм психических актов, направленных представлениями о лишении себя жизни. Психометрическое тестирование по Колумбийской шкале оценки тяжести суицидального риска проводилось в период выхода пациентов из критического состояния на фоне стабилизации психоэмоционального статуса. Опрос проводился по четырем блокам вопросов. При оценке ответов на вопросы из первого кластера, было установлено, что пассивные суицидальные мысли регистрировались у 5 подростков (8,19% случаев), активные неспецифические мысли о самоубийстве (мысли о том, чтобы убить себя при отсутствии размышлений о конкретных способах) – у 8 подростков (13,11% случаев), актуальные суицидальные идеи, включая размышления о способе самоубийства – у 14 подростков (22,95% случаев), актуальные суицидальные идеи, включая некоторое намерение действовать при отсутствии конкретного плана - у 12 подростков (19,67% случаев), актуальные суицидальные идеи с конкретным планом и намерением – у 22 (36,06%) пациентов (рисунок 1).

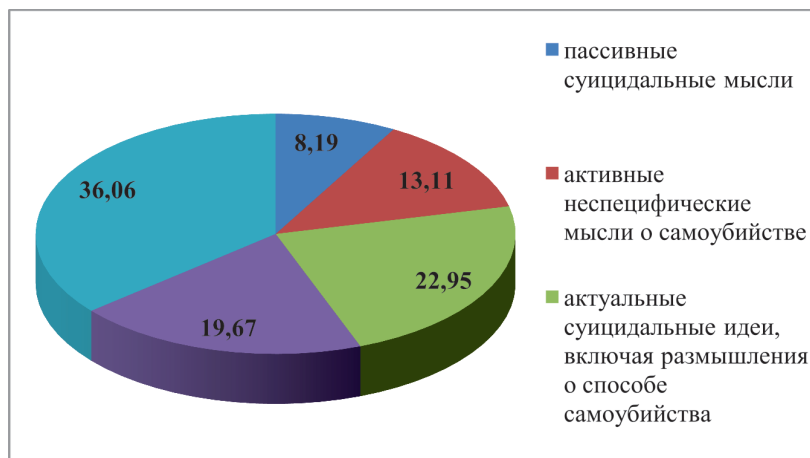


Рисунок 1. Классификация суицидальных идей.

Нами было изучено распределение суицидальных идей в зависимости от личностных особенностей подростков. Анализируя полученные результаты, установили, что актуальные суицидальные идеи с конкретным планом и намерением преимущественно наблюдаются у подростков с эпилептоидной и циклоидной акцентуациями характера в то время, как у истероидных акцентуантов в большей степени отмечаются пассивные суицидальные идеи и активные неспецифические мысли о самоубийстве, а также формирование актуальных суицидальных идей, включая размышления о способе самоубийства. Следует отметить, что лабильным ак-

центуантам в большей мере свойственно формирование актуальных суицидальных идей, включая размышления о способе самоубийства, а лицам с психастеническим складом личности - актуальные суицидальные идеи при отсутствии конкретного плана (таблица 1).

Обобщая полученные результаты, определили, что наиболее суицидоопасные мысли в плане риска совершения самоубийства формируются у подростков с эпилептоидной и циклоидной акцентуациями характера, для подростков с лабильной акцентуацией характера в большей мере свойственно развитие актуальных суицидальных идей, включая размышления о способе

Таблица 1. Структура суицидальных идей у пациентов основной группы.

Суицидальные идеи	Вид акцентуации характера								
	Истероидный	Циклоидный	Эпилептоидный	Лабильный	Психастенический	Гипертимный	Неустойчивый	Сензитивный	Всего
	абс. %	абс. %	абс. %	абс. %	абс. %	абс. %	абс. %	абс. %	абс. %
Пассивные суицидальные мысли	5/9,8	–	–	–	–	–	–	–	5/9,8
Активные неспецифические мысли о самоубийстве	7/11,5	1/1,6	–	–	–	–	–	–	8/13,1
Актуальные суицидальные идеи, включая размышления о способе самоубийства	9/14,8	–	1/1,6	3/4,9	–	1/1,6	–	–	14/23,0
Актуальные суицидальные идеи при отсутствии конкретного плана	3/4,9	4/6,6	1/1,6	–	2/3,3	–	–	1/1,6	11/18,0
Актуальные суицидальные идеи с конкретным планом и намерением	–	7/11,5	14/23,0	–	–	–	1/1,6	–	22/36,1

самоубийства. Одной из задач нашего исследования явилось изучение мотивации суицидальных тенденций и характера конфликтных ситуаций, повышающих риск развития суицидального поведения. Идентификация причин суицидогенного конфликта проводилась по классификации Амбрумовой А.Г., Тихоненко В.А., по мнению которых в основе риска развития суицидальной активности в виде реализации суицидальных попыток находится суицидогенный конфликт, обусловленный факторами микросоциального (семья и стили родительского воспитания) и макросоциального (межличностные взаимоотношения со сверстниками, педагогами, лицами противоположного пола) уровней. При детальном изучении характера причин конфликтов у обследуемых подростков установлено, что они основаны на реальных фактах и играли значимую роль в жизни подростков. На первом месте по частоте встречаемости причин формирования суицидальных тенденций стоят внутрисемейные конфликты – у 42 (68,85%) подростков. В ходе опроса, выявлено, что у 16 (26,22%) подростков причиной семейного конфликта послужило sibлинговое соперничество в результате ревности к младшим братьям и сёстрам и вариант стиля родительского воспитания по типу эмоционального отвержения. Неправильный вид ро-

дительского воспитания по типу «ежовых рукавиц», жестокое обращение с ребёнком с применением физического насилия как причина формирования суицидальных тенденций установлена у 12 (19,67%) обследованных. Проживание в дисфункциональной семье с материально-бытовыми проблемами выявлено у 20 (32,78%) подростков. У 13 (21,31%) обследуемых причиной семейного конфликта явилось негативное отношение родителей к эпизодической алкоголизации подростков, раннее пристрастие к курению сигарет, неприятие дружбы с лицами противоположного пола. Конфликты в межличностных взаимоотношениях макросоциального уровня имели место у 19 (31,14%) обследованных, среди которых у 9 (14,75%) подростков – проблемами во взаимоотношениях в образовательном учреждении (в виде буллинга и дидактогений), у 6 (9,83%) подростков – в результате конфликтов с лицами противоположного пола на почве неразделённой любви. У 4 (6,55%) обследованных подростков основной конфликт сочетался с действием дополнительных психогений (смерть домашнего питомца, проигрыш футбольной команды, угон машины, потеря близких). Внутригрупповой анализ причин конфликтов свидетельствуют о преобладании преимущественно внутрисемейном характере конфликтов (таблица 2).

Таблица 2. Структура причин суицидогенных конфликтов.

Причины суицидогенных конфликтов	Основная (n=61)	%
Внутрисемейные конфликты	42	68,9
Конфликты во взаимоотношениях в образовательном учреждении	9	14,8
Конфликты с лицами противоположного пола на почве неразделённой любви	6	9,8
Воздействие дополнительных психогений	4	6,6
Всего	61	100

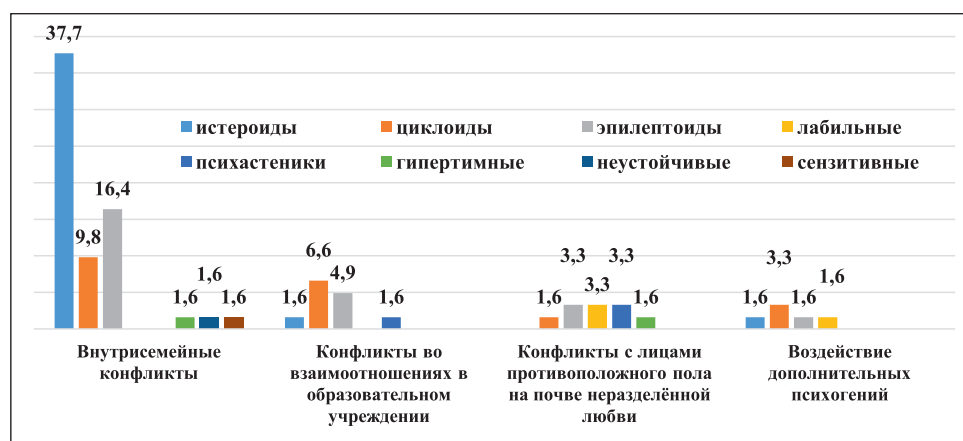


Рисунок 2. Исследование причин суицидогенных конфликтов с учётом личностных особенностей.

Анализ причин конфликтов с учётом личностных особенностей подростков свидетельствуют о преобладании преимущественно внутрисемейном характере конфликтов у пациентов с истероидными, эпилептоидными и циклоидными чертами характера, что позволяет отнести их к группе риска по потенциальному развитию суицидоопасного поведения.

В задачи нашего исследования входило изучение особенностей личностной мотивации суицидальных тенденций подростков, определение взаимосвязи мотивов суицидального поведения с видом депрессивной симптоматики и характерологическими особенностями подростков. Распределение мотивов суицидального поведения проводилось на основании классификации российских

исследователей Амбрумовой А.Г., Тихоненко В.А. Изучение личностной мотивации суицидальных тенденций у госпитализированных основной группы выявило, что у 22 (36,06%) подростков она имела демонстративно-шантажный характер манипулятивного регистра, у 12 (19,67%) подростков – мотивом был отказ от жизни, у 10 (16,39%) – протест, у 6 (9,83%) лиц – устранение, у 3 (4,91%) обследованных мотивом суицидального поведения оказалась месть. Следует отметить 8 (13,14%) подростков, у которых мотивом суицидального поведения оказался призыв к своей личности, желание привлечь внимание окружающих, крик о помощи (рисунок 3).

На следующем этапе исследования для изучения взаимосвязи между мотивами суицидальных тенден-



Рисунок 3. Структура мотивов суицидальных тенденций.

ций и видов депрессивной симптоматики нами были распределены подростки по данным параметрам в количественном соотношении, которое определило, что у подростков с дисфорической депрессией мотивация суицидального поведения имела преимущественно демонстративно-шантажный характер, реже наблюдались мотивы протеста, призыва и мести. Аналогичная картина имела место у обследованных подростков с тревожной симптоматикой, то есть они также стремились путем собственных суицидальных действий изменить ситуации суицидогенных конфликтов, воздействуя на инициаторов стрессовых факторов. Личностная мотивация у подростков с тревожной депрессией представлена мотивами демонстративно-шантажного характера, протеста, призыва, при этом не выявлены мотивы отказа от жизни и мести. У подростков с депрессивной симптоматикой астено - апатического уровня преобладали суицидальные тенденции преимущественно по мотиву отказа от жизни, суицидальные действия у них имели истинный характер, и только в 2 случаях наблюдалась демонстративно-шантажная и протестная мотивация. Истинный характер суицидальных тенденций наблюдался и у подростков с дисморфофобической и маскированной депрессией, у которых наблюдалась личностная мотивация в виде отказа от жизни и мотива устранения. Демонстративно-шантажный характер

определён, как и наиболее частый вариант личностной мотивации суицидальных тенденций у обследованных подростков (36,06%). При этом мотивация суицидального поведения по типу призыва, протеста, устранения и отказа от жизни встречалась достаточно часто во всех видах представленной депрессивной симптоматики (рисунок 4).

Сравнительный анализ распределения наиболее потенциально опасных мотивов (отказ от жизни и устранение), определил их преобладание у подростков с дисморфофобической, астено-апатической и маскированной депрессиями.

Нами было произведено распределение подростков основной группы в зависимости от мотивов суицидальных тенденций и личностных особенностей, которое выявило, что у 19 (31,14% случаев) подростков с истероидной акцентуацией характера в большей частоте случаев установлены мотивы суицидальных тенденций демонстративно - шантажного характера, а в 8,19% (n=9) случаев - мотивы суицидального поведения по типу призыва. У подростков с эпилептоидной акцентуацией характера выявлены мотивы отказа от жизни в 11,47% случаев, у 5 (8,19%) подростков установлен мотив протеста. Личностная мотивация суицидальных тенденций по типу мести констатировалась только у 3 (4,91%) подростков с эпилептоидными чертами характера.

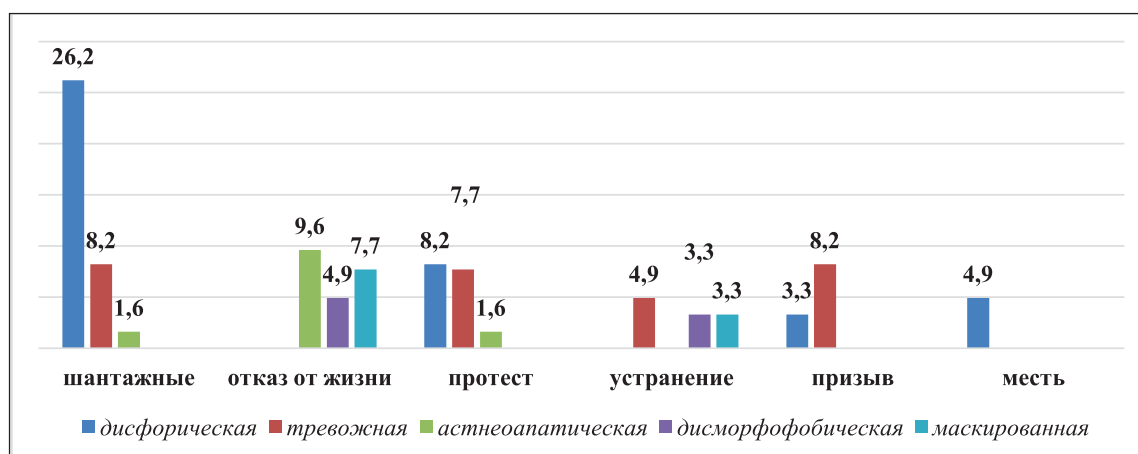


Рисунок 4. Взаимосвязь мотивов и видов депрессий.

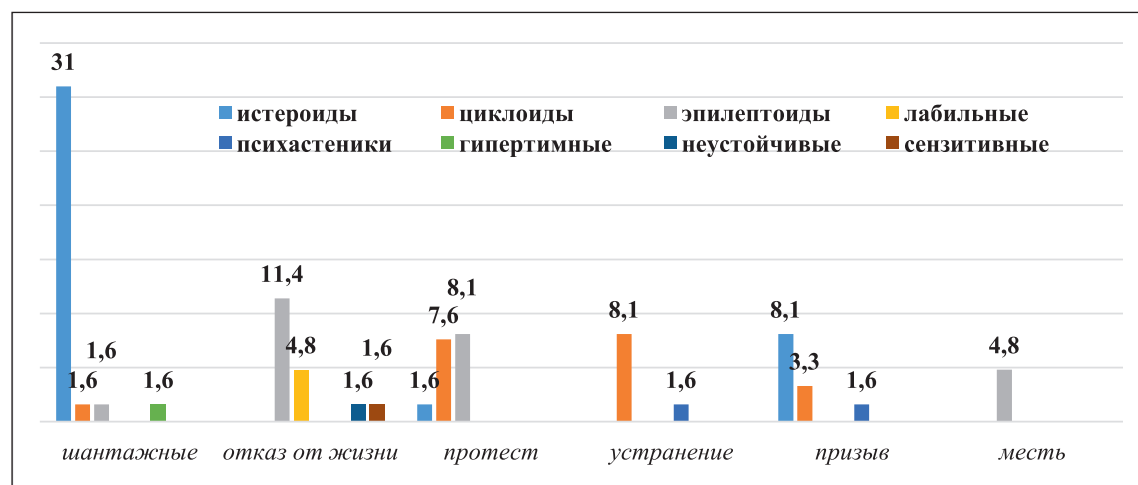


Рисунок 5. Взаимосвязь личностных особенностей и мотивов суицидальных тенденций.

При сравнительном анализе взаимосвязи между мотивами суицидальных тенденций и личностными особенностями подростков установлено, что наиболее суицидоопасные мотивы – отказ от жизни и устранение преимущественно наблюдались у эпилептоидных, лабильных, циклоидных, сензитивных и неустойчивых акцентуантов (рисунок 5).

Нами были изучены способы совершённых и оставленных суицидальных попыток на момент поступления в стационар и наличие их взаимосвязи с личностными особенностями пациентов, с целью выявления показателей риска совершения суицида при определённом типе личности. Тщательный анализ полученных результатов исследования установил, что среди подростков суицидальные попытки совершили представители истероидного, эпилептоидного, циклоидного, лабильного и психастенического типов. В то же время, как у представителей гипертимного, неустойчивого и сензитивного типов не регистрировались суицидальные попытки и на момент исследования, так и анамнезе. Склонность к порезам в большей степени определяется у подростков с истероидной акцентуацией характера (23, 1% случаев). А комбинированные способы совершения суицидальных попыток в большей степени встречались у подростков с эпилептоидными чертами характера (15, 4% случаев).

Выводы. Таким образом, резюмируя полученные результаты исследований особенностей депрессивных расстройств у подростков с суицидальными тенденциями, установили, что в группу риска по развитию суицидального поведения входят подростки с эпилептоидной и циклоидной акцентуациями характера

с дисфорической и тревожной депрессивной симптоматикой с демонстративно-шантажной мотивацией и наличием внутрисемейных конфликтных взаимоотношений.

References:

1. Abdullaeva V.K. The influence of parenting styles on the formation of suicidal tendencies in adolescents / Sciences of Europe. Vol 1., No 37, (2019). - pp. 7-8.
2. Abdullaeva V.K., Abbasova D.S. et al. Predict depressive disorders at the earliest stages of its formation in adolescents”// Annali d/ Italia (2020). Vol 1., No 7. - pp 15-18.
3. Abdullaeva V.K., Babarakhimova S.B. Analysis of psychosocial factors in development of suicidal tendencies at adolescents / Central Asian Journal of Pediatrics 2. - 2019. (1): 201-204.
4. Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K., Sultonova K.B., et al. Role of psychological research of suicidal behavior in adolescents / Sciences of Europe. Vol 2, No 36 (2019). - pp. 52-55.
5. Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K., Abbasova D.S., et al. Research of influence personal characteristics in adolescents in development types of suicidal tendencies // Austria-science. Vol.1, No 24 (2019). - pp. 16-18.
6. Matveeva A.A., Sultonova K.B., Abbasova D.S. et al. Optimization of psycho-diagnostics of emotional states // Danish Scientific Journal. Vol 3, No 5. - pp. 24-27.
7. Nurkhodjaev S., Babarakhimova S., Abdullaeva V. Early Detection and Prevention of Suicidal Behavior in Adolescents – Indian Journal of Forensic medicine & Toxicology. Vol 14, No 3 (2020). - pp.7258-7263.

СУИЦИДТІК ҮРДІСТЕРІ БАР ЖАСӨСПІРІМДЕРДЕГІ ДЕПРЕССИЯЛЫҚ БҰЗЫЛУЛАРДЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

* В.К. Абдуллаева, С.Б. Бабарахимова

Ташкент Педиатриялық Медициналық Институты, Ўзбекстан, Ташкент қ.

*Корреспондент автор: В.К. Абдуллаева. E-mail: vasila.abdullaeva@tashpmi.uz

Түйінді

Бұл мақалада жасөспірімдердің суицидтік мінез-құлқының ерекшеліктерін, суицид тенденцияларының себептерін, жасөспірімдердің суицидтің даму қаупіндегі конфликтогендік жағдайлардың рөлін анықтауға мүмкіндік беретін Зерттеу нәтижелері қарастырылады. Ташкент қаласының қалалық клиникалық психиатриялық ауруханасының жасөспірімдер бөлімшелеріне стационарлық емделуге түскен 61 жасөспірім, орташа жасы 16,9±1,48 болған 44 ұл және 17 қыз тексерілді. Эксперименттік-психологиялық әдіс үш негізгі параметрді - жасөспірімдердің жеке ерекшеліктерін, депрессиялық симптомдарды және суицидтік үрдістерді зерттеуді қамтиды. Суицидтік үрдістердің ерекшеліктерін зерттеу нәтижелерін қорытындылай келе, суицидтік мінез-құлықты дамыту үшін қауіпті топқа эпилептоидты және циклоидты мінез-құлық белгілері бар, дисфориялық және депрессиялық белгілері бар жасөспірімдер, демонстрациялық-бопсалау мотивациясы және отбасылық жанжалдардың болуы кіреді. Алынған нәтижелер уақытылы психопрофилактика мен балалар-жасөспірімдер суицидтерінің алдын алуға мүмкіндік береді.

Кілт сөздер: жасөспірімдер; депрессиялық бұзылулар; жеке ерекшеліктер; мінез-құлық екпіндері; мазасыздық; дисфория; дисморфофобия; астения; апатия; отбасылық қақтығыстар; суицидтік әрекеттер; мотивтер; суицидтік тенденциялар.

FEATURES OF SUICIDAL BEHAVIOR OF ADOLESCENTS

* V.K. Abdullaeva, S.B. Babarakhimova

Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan, Tashkent

*Corresponding author: V.K. Abdullaeva. E-mail: vasila.abdullaeva@tashpmi.uz

Summary

This article discusses the results of the study, which allow to identify the features of suicidal behavior of adolescents, the motives of suicidal tendencies, the role of conflictogenic situations in the risk of developing adolescent suicides. 61 teenagers, 44 boys and 17 girls with an average age of 16.9 ± 1.48 , admitted for inpatient treatment in the adolescent departments of the city clinical psychiatric hospital of Tashkent, were examined. The experimental psychological method included the study of three main parameters - the personality characteristics of adolescents, depressive symptoms and suicidal tendencies. Summarizing the results of studies of the features of suicidal tendencies, it was found that the risk group for the development of suicidal behavior includes adolescents with epileptoid and cycloid accentuations of character with dysphoric and anxious depressive symptoms with demonstrative-blackmail motivation and the presence of intrafamilial conflict relationships. The results obtained will allow for timely psychoprophylaxis and prevention of child and adolescent suicides.

Key words: adolescents; depressive disorders; personal characteristics; character accentuation; anxiety; dysphoria; dysmorphophobia; asthenia; apathy; family conflicts; suicidal attempts; motives; suicidal tendencies.

УДК: 616.314-72

МРНТИ: 76.29.55.

DOI: 10.24412/2790-1289-2022-2-2534

РОЛЬ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ (ПО ДАННЫМ АНКЕТИРОВАНИЯ)

М. К. Искакова, * Г.Н. Ережепова, Л.Б. Сейдуанова

НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы

*Корреспондирующий автор: Г.Н. Ережепова. E-mail: gulyonosh@mail.ru

Аннотация

В статье представлен анализ данных анкетирования преподавателей в отношении внедрения инновационных технологий в образовательный процесс. Анкетирование проводилось среди преподавателей кафедры «Терапевтическая и детская стоматология». Использование в образовательном процессе инновационных методов обучения было положительно оценено преподавателями кафедры.

Был изучен опыт внедрения инновационных методов обучения в образовательный процесс по данным онлайн-анкетирования.

Проведено онлайн-анкетирование у 31 преподавателя кафедры «Терапевтическая и детская стоматология». Анкета в онлайн-формате содержала 19 вопросов, включающая такие разделы, как релевантность, рефлексивное мышление, инновация и поддержка инновационного метода. По разделу «релевантность» были предоставлены 4 вопроса; по разделу «рефлексивное мышление» – 4 вопроса; по разделу «инновация и поддержка инновационного метода» – 11 вопросов. Два последних пункта в анкете предназначены для указания времени онлайн-анкетирования, комментариев и предложений. В каждом вопросе респондент должен из 5 вариантов ответа выбрать только один вариант в градациях «почти всегда», «часто», «иногда», «редко», «почти никогда».

Результаты анкетирования доказали эффективность применения инновационных методов обучения, которые позволяют улучшить качество обучения. Использование инновационных методов отражают уровень профессиональной компетенции преподавателей, их заинтересованность в подготовке квалифицированных специалистов.

Ключевые слова: образование, онлайн-анкетирование, внедрение, инновационные технологии.

Введение. В современную жизнь человека стремительно врываются инновационные технологии, что положительно сказывается на уровне и качестве жизни современного общества [1]. Инновационные технологии охватили все спектры деятельности человека (образование, медицина, экономика и т.д.). За счёт активного внедрения инновационных технологий обучение в высших медицинских заведениях перешло на новый уровень,

что позволяет подготовить конкурентоспособных специалистов, способных соответствовать потребностям постоянно изменчивого рынка труда, обеспечить дальнейшее развитие нашей страны, ее интеграцию в мировое пространство [2].

Усовершенствование качества обучения в высших медицинских заведениях, на наш взгляд, может быть достигнуто за счёт синхронизации обучения и иннова-

ционной деятельности, которая направлена на развитие образовательного процесса, создание у студентов возможностей осваивать учебный материал и навыки на основе целенаправленного развития творческого и критического мышления, учебно-исследовательской деятельности, ролевого и имитационного моделирования.

Для того чтобы внедрить интерактивные методы обучения необходимо соблюдение ряда условий в организации: мотивация, демократический стиль, позитивные отношения между преподавателем и обучающимся, сотрудничество, мобильность и активность как со стороны преподавателя, так и со стороны интерна, многообразие форм и методов интерактивного обучения [3; 4]. Достичь этого можно «только при наличии связи инновации в образовании с интерактивными методами обучения, под которыми понимаются «...все виды деятельности, которые требуют творческого подхода к материалу и обеспечивают условия для раскрытия каждого обучающегося» [5; 6].

Ряд преподавателей кафедры, среди которых проводилось анкетирование, применяют на практических занятиях интерактивные методы обучения, такие как, метод иллюстрации клинического материала, «работа в малых группах», «дерево знаний», метод «сбор рисунка», «цепочка», «заполните карту», метод «кейс - стади», задания в тестовой форме и др. Использование интерактивных методов обучения во время практических занятий – один из шагов формирования научного и профессионального мышления [7; 8; 9; 10; 11; 12].

На сегодняшний день в высших учебных заведениях, наряду с традиционной лекционно-семинарской системой обучения, широко используются различные инновационные образовательные технологии, такие как, личностно ориентированное, развивающее, проблемное, модульное и дистанционное обучение; игровые и деятельностные; информационно-коммуникативные и симуляционные; исследовательские методы обучения [13;

14; 15]. Наряду с этими методами является актуальным поиск более совершенных инновационных методов обучения с использованием цифровых технологий [16; 17; 18; 19; 20].

Цель: Оценить опыт внедрения инновационных методов обучения в образовательный процесс по данным онлайн-анкетирования.

Задачи исследования:

1. Разработать анкету «Опыт внедрения инновационных методов обучения» для преподавателей;
2. Организовать и провести онлайн-анкетирование среди преподавателей профильной кафедры;
3. Проанализировать онлайн - анкеты по оценке восприятия инновационных методов и их внедрению.

Материал и методы исследования:

1. Онлайн-анкетирование преподавателей кафедры «Терапевтическая и детская стоматология».
2. Анализ данных анкетирования с использованием описательного, аналитического и статистического методов.

Результаты. Было проведено онлайн-анкетирование у 31 преподавателя кафедры «Терапевтическая и детская стоматология». Была предоставлена анкета в онлайн-формате, содержащая 19 вопросов, включающая такие разделы, как релевантность, рефлексивное мышление, интерактивность и поддержка интерактивного метода. По разделу «релевантность» были предоставлены 4 вопроса; по разделу «рефлексивное мышление» – 4 вопроса; по разделу «инновация и поддержка инновационного метода» – 11 вопросов. Два последних пункта в анкете предназначены для указания времени онлайн-анкетирования, комментариев и предложений. В каждом вопросе респондент должен из 5 вариантов ответа выбрать только один вариант в градациях «почти всегда», «часто», «иногда», «редко», «почти никогда».

Из полученных данных анкетирования следует, что на вопрос «обучение, проводимое мной, фокусируется

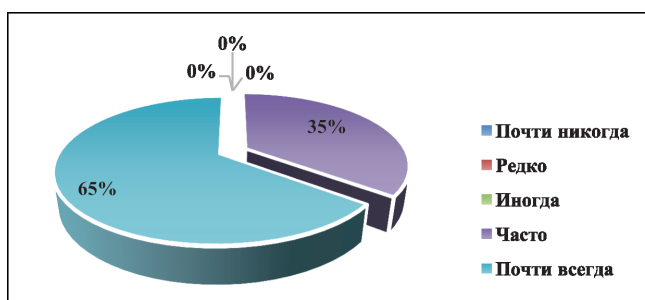


Рисунок 1. Оценка уровня заинтересованности студентов.

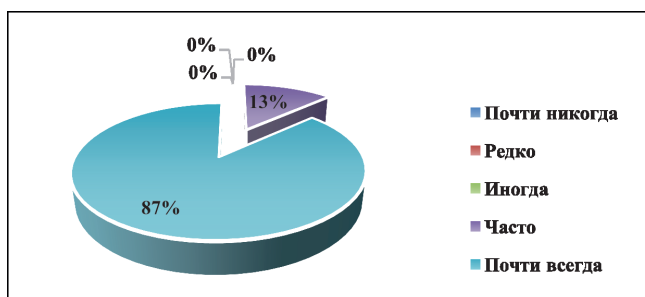


Рисунок 2. Отношение к профессиональной практике.

на темах, которые интересуют студентов» были получены ответы: 65% - «почти всегда»; 35% - «часто» (рисунок 1).

На вопрос: «студенты изучают то, что пригодится в профессиональной практике» были получены следующие результаты: 87% - «почти всегда» и 13% - «часто» (рисунок 2).

На вопрос «студенты изучают то, что может усовершенствовать их профессиональные навыки» 84% анкетированных ответили, что «почти всегда» и 16% - «часто» (рисунок 3).

На следующий вопрос «то, что я преподаю тесно связано с профессиональной практикой студентов» 71% преподавателей ответили – «почти всегда» и 29% - «часто» (рисунок 4).

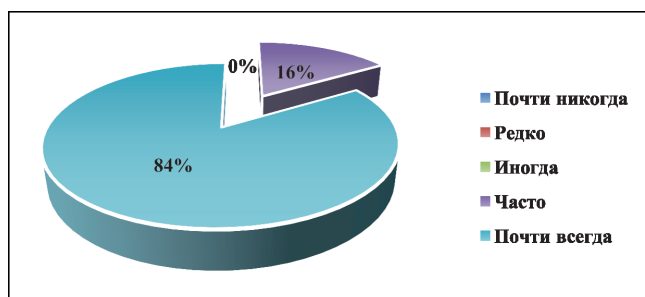


Рисунок 3. Улучшение профессиональных навыков.

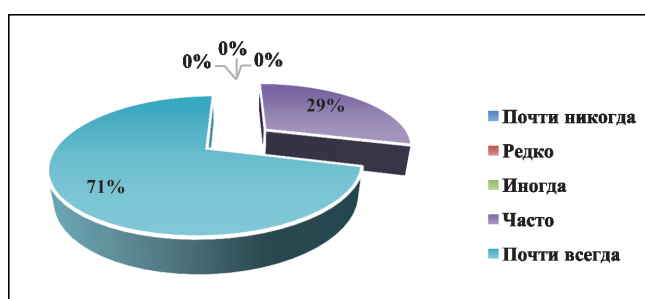


Рисунок 4. Оценка уровня проведения профессиональной практики.

Проводя анализ данных первого раздела «релевантность», выявили заинтересованность как преподавателей, так и студентов в получении профессиональных знаний и навыков, о чем свидетельствуют высокие показатели. Этот раздел носит субъективный характер и этим объясняется получение высоких положительных ответов.

По разделу «рефлексивное мышление» преподаватели ответили на четыре вопроса. Получены и проанализированы следующие данные: на вопрос «я с критикой отношусь к процессу обучения студентов» 74% ответили, что «редко относятся с критикой»; 16% - «иногда», 7% - «почти всегда» и 3% - «часто» (рисунок 5).

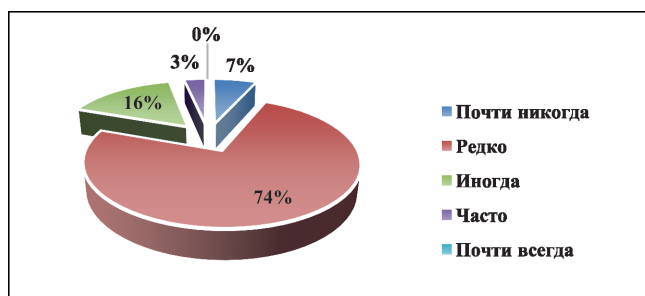


Рисунок 5. Критическое отношение к обучению.

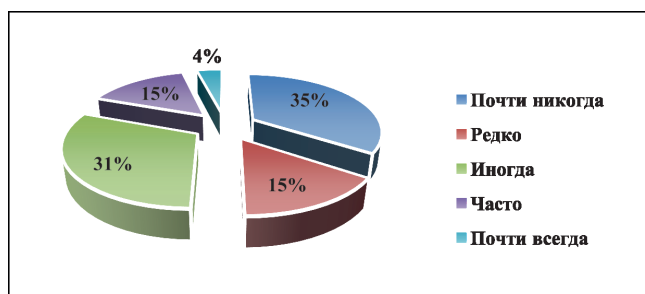


Рисунок 6. Оценка критического отношения к своим взглядам.

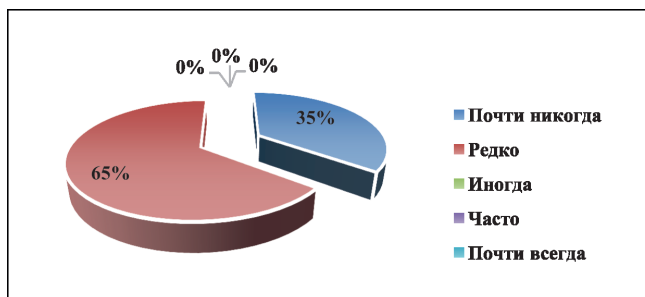


Рисунок 7. Оценка критического отношения к другим взглядам.

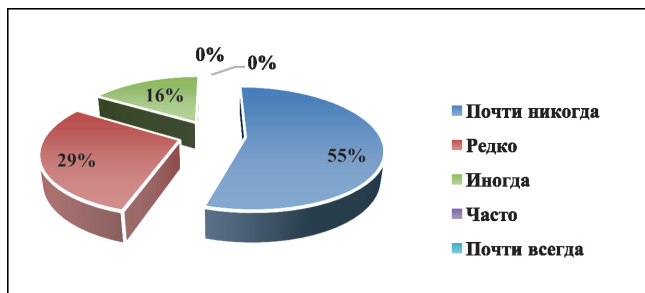


Рисунок 8. Оценка критического отношения к литературным данным.

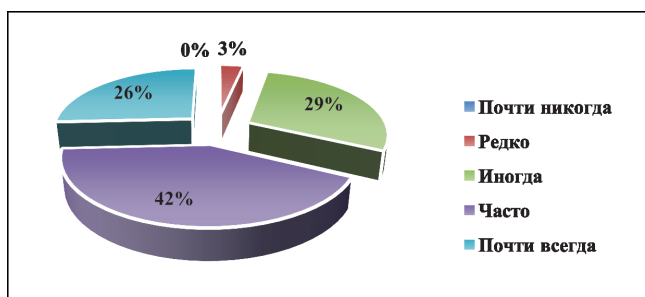


Рисунок 9. Обмен опытом преподавателей среди коллег.

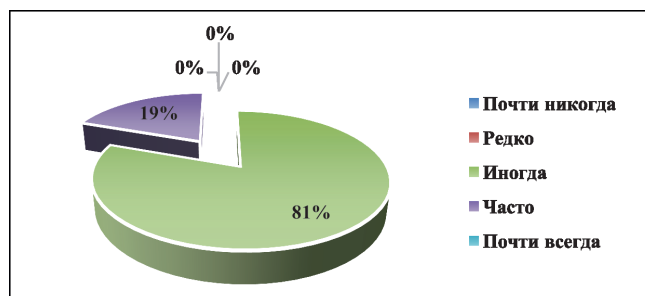


Рисунок 10. Удельный вес собственных разработок.

35% преподавателей с результатом «почти никогда» ответили на вопрос «я с критикой отношусь к своим собственным взглядам»; 31% - «иногда»; 15% - «редко» и 15% - «редко» и 4% - «почти всегда» (рисунок 6).

На вопрос «я отношусь критически к взглядам других преподавателей» получены результаты: 65% - «редко»; 35% - «почти никогда» (рисунок 7).

На вопрос о критическом отношении к прочитанным литературным данным: 55% - «почти никогда»; 29% - «редко» и 16% - «иногда» (рисунок 8).

Проводя анализ данных второго раздела «рефлексивное мышление», получены невысокие показатели критического отношения к процессу обучения. Сами преподаватели также относятся критически к соб-

ственным взглядам, взглядам своих коллег и к литературным данным. На наш взгляд, это может быть связано с личностными качествами преподавателя и его эмпатией, положительным восприятием инновационных методов обучения.

По разделу «инновация и поддержка инновационного метода» преподаватели ответили на 11 вопросов. Нами были проанализированы следующие данные: на вопрос «я объясняю свои идеи другим преподавателям» 42% ответили, что «часто»; 29% преподавателей - «иногда»; 26% преподавателей - «почти всегда» и 3% ответили, что «редко» (рисунок 9).

На вопрос «я прошу других преподавателей объяснить свои мысли» 81% преподавателей ответили, что

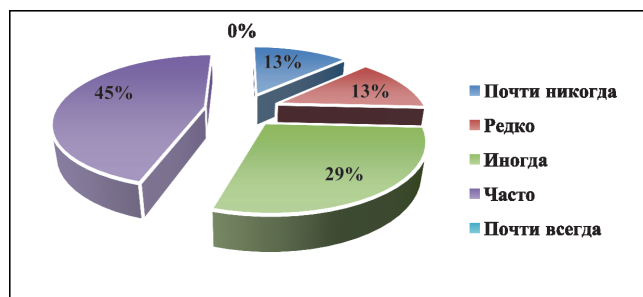


Рисунок 11. Профессиональная поддержка преподавателей.

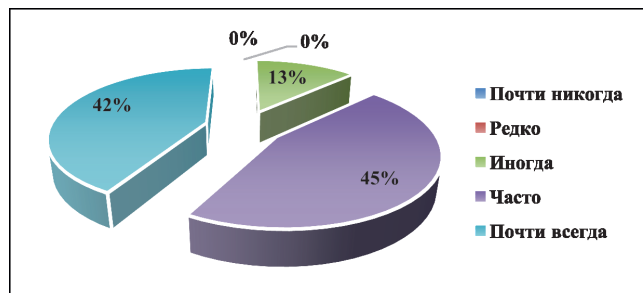


Рисунок 12. Коллегиальность преподавателей.

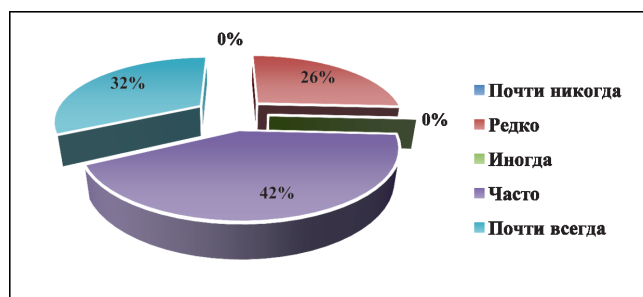


Рисунок 13. Влияние инновационного метода на профессиональные навыки.

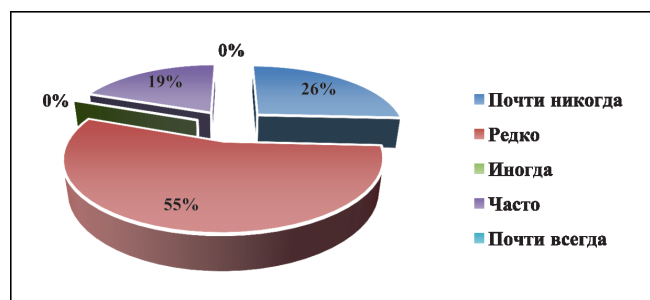


Рисунок 14. Эффективность инновационного метода в решении задач профессионального обучения.

«иногда» и 19% преподавателей - «часто» (рисунок 10).

На вопрос «другие преподаватели просят меня объяснить мои мысли» 45% преподавателей ответили «часто»; 29% преподавателей ответили «иногда»; 13% - «редко» и 13% преподавателей ответили, что «почти никогда» (рисунок 11). Использование и внедрение инновационных методов обучения является сложным процессом, требующим от преподавателя навыков и опыта. Поэтому молодые преподаватели, как правило, обращаются к опытным коллегам для выяснения их мнения по внедрению того или иного метода обучения. Данные анкетирования показали, что 45% преподавателей часто просят поделиться и объяснить идеи.

Однако по неизвестным причинам, 13% преподавателей никогда не обращаются с подобными вопросами. Для успешного внедрения инновационных методов обучения профессиональная поддержка преподавателей играет основополагающую роль в образовательном процессе.

На вопрос «другие преподаватели разделяют мои взгляды» 45% преподавателей ответили, что «часто»; 42% - «почти всегда» и 13% - «иногда» (рисунок 12). Большинство преподавателей поддерживают и разделяют мнение своих коллег при использовании инновационных методов обучения в образовательном процессе, что подчеркивает уровень коллегиальности и компетентности.

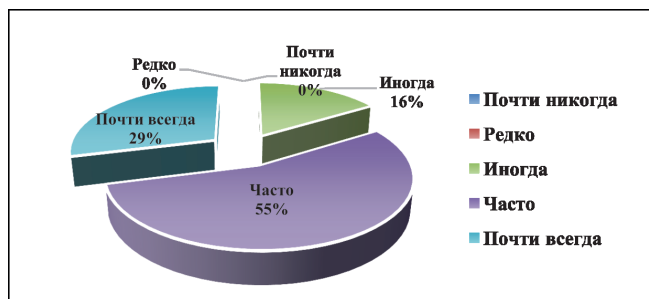


Рисунок 15. Удельный вес подготовки к занятиям с применением инновационных технологий.

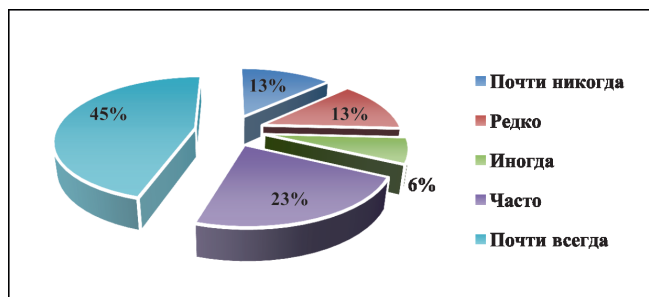


Рисунок 16. Удельный вес применения инновационных технологий для улучшения проблемного обучения.

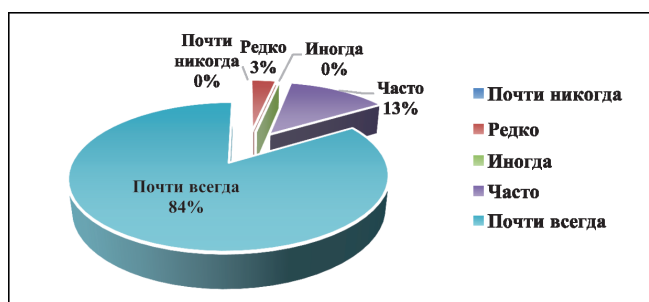


Рисунок 17. Проявление самостоятельности при инновационном обучении.

На вопрос «использование инновационного метода обучения влияет на уровень профессиональной подготовки» 42% преподавателей ответили - «часто»; 32% - «почти всегда» и 26% - «редко» (рисунок 13). Респонденты согласны с тем, что использование инновационного метода обучения влияет на уровень профессиональной подготовки, улучшает качество обучения, развивает клиническое мышление обучающихся.

На вопрос «методы не являются эффективными, поскольку представляют из себя игру, развлечение, напрямую не связанную с решением задач профессионального обучения» 55% преподавателей ответили - «редко»; 26% - «почти никогда» и 19% - «часто» (рисунок 14). Свыше 50% преподавателей считают, что инновационные методы могут быть эффективными. Однако 19% преподавателей высказали негативное отношение к внедрению инновационных методов, считая их игрой, развлечением, не отражающих уровень профессиональной подготовки. Поскольку в анкете не были учтены возрастные данные респондентов и педагогический стаж, можно предположить, что преподаватели более старшего возраста тяжелее воспринимают инновационные методы обучения в сравнении с молодыми преподавателями.

На вопрос «достаточно ли внимание Вы уделяете подготовке к занятиям, если занятие проводится с применением инновационных технологий» 55 % преподавателей дали ответ «часто»; 29% - «почти всегда» и 16% - «иногда» (рисунок 15). При подготовке к занятиям с применением инновационных методов преподаватели отмечают о необходимости дополнительной подготовки к занятиям. Несомненно, с учётом новых технологий преподаватели должны достаточно время уделять на самоподготовку, самообразование и саморазвитие для достижения эффективного занятия.

На вопрос «способствуют организации проблемного обучения» 45% преподавателей ответили - «почти всегда»; 23% ответили «часто»; 13% - «почти никогда»; 13% - «редко» и 6% преподавателей ответили - «иногда» (рисунок 16). На данный вопрос были получены в процентном соотношении все варианты ответа. Тем не менее большинство респондентов (45%) считают, что использование инновационных методов обучения решают вопросы организации проблемного обучения за счёт разнообразия методов и сочетанного их использования при разборе сложной темы.

На вопрос «инновационное обучение предоставляет возможность проявить самостоятельность» 84% пре-

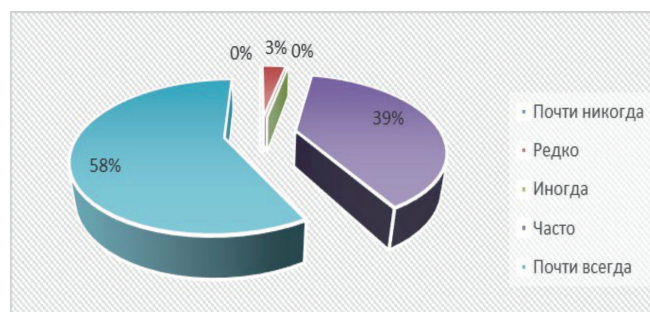


Рисунок 18. Оценка самоанализа интерактивного метода обучения.

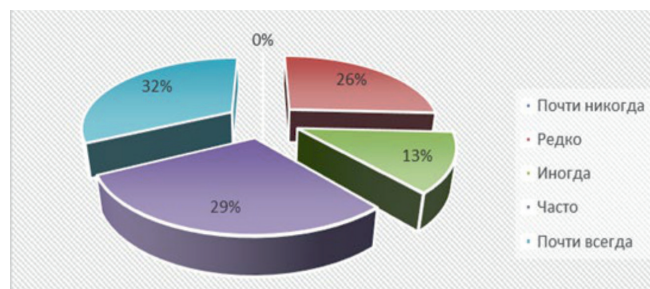


Рисунок 19. Оценка проявления индивидуальности преподавателей.

подавателей ответили, что «почти всегда»; 13% ответили - «часто» и 3% - «редко» (рисунок 17). Инновационные методы обучения предоставляют возможность самостоятельного решения студентов в решении сложных проблем и задач, о чём свидетельствуют данные 84% респондентов.

На вопрос «инновационное обучение учит самоанализу (рефлексии) своих знаний и опыта» 58% преподавателей ответили, что «почти всегда»; 39% ответили - «часто» и 3% - «редко» (рисунок 18). Большинство преподавателей считают, что инновационные методы обучения учат самоанализу знаний и навыков, способствуют личной ответственности за конечные результаты обучения. Кроме того, преподаватели относятся более самокритично к возможностям получения знаний и усвоения навыков студентами.

На вопрос «инновационный метод обучения способствует проявлению индивидуальности» 32% преподавателей дали ответ «почти всегда»; 29% ответили - «часто», 26% - «редко» и 13% - «иногда» (рисунок 19). Большинство преподавателей отметили, что при подготовке к занятиям с применением инновационных методов их активность и проявление индивидуальности стало существенно выше.

Результаты данных по разделу «инновация и поддержка инновационного метода» свидетельствуют о том, что основная часть преподавателей делятся своим опытом с коллегами при проведении занятий с использованием инновационных методов обучения, что подчеркивает высокий уровень профессиональной поддержки преподавателей. Однако незначительная часть преподавателей не желает делиться идеями собственных разработок, пока не получит результатов обучения и не обоснует эффективность метода обучения.

Таким образом, результаты анкетирования доказали эффективность применения инновационных мето-

дов обучения, которые позволяют улучшить качество обучения. Использование инновационных методов отражают уровень профессиональной компетенции преподавателей, их заинтересованность в подготовке квалифицированных специалистов.

Список литературы:

1. Иоффе А.Н. Активная методика – залог успеха / Гражданское образование. Материал международного проекта. СПб: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2000, 382 с.
2. Iskakova M. Use of interactive methods of training of senior student. Materials of the IV international research and practice conference Vol. II. Munchen, Germany. - 2013. - s. 474-475.
3. Киселева Н.И., Арестова И.М., Жукова Н.П., Радецкая Л.Е., Дейкало Н.С., Колбасова Е. А. Использование современных инновационных образовательных технологий в подготовке конкурентноспособного врача-специалиста клинического профиля. - 2017. - С. 46.
4. Пятин В.Ф. и др. Инновационные технологии в медицинском образовании на основе виртуальной и дополненной реальности // Секция № 1. Совершенствование форм и содержания образовательного процесса с позиции компетентного подхода. – 2017. – С. 122.
5. Щукин Ю.В. подробности читайте в статье // Медицинское образование. – С. 21.
6. Колсанов А. В. и др. Трансформация системы высшего медицинского образования на примере Самарского государственного медицинского Университета //Современные проблемы науки и образования. – 2019. – №. 4. – С. 114-114.
7. Асмоловский А.В., Шаматкова С.В., Кравцова А.В. Пути совершенствования soft skills - модели обучения топографической анатомии и оперативной хирургии // Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. Серия: Филология, педагогика, психология. – 2020. – №. 2.

8. Буравкова, А.Г. Ситуационные задачи как способ формирования клинического мышления врача / А. Г. Буравкова, О. Б. Демьянова // *Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии*. – 2014. – № 38. – С. 41 – 45.

9. Гузеев, В.В. Основы образовательной технологии: дидактический инструментарий: [основной обучающий инструментарий учителя, составляющий базу любых образовательных технологий. Классификация основных методов обучения] / В.В. Гузеев. – М.: Сентябрь, 2006. – 192 с.

10. Литвинова Т.Н. Применение интегративно-модульной системы обучения студентов медицинского вуза общей химии для повышения качества образования – <http://www.ksma.ru/fh/juk.k29.doc>.

11. Новиков, А. М. Методология учебной деятельности / А.М. Новиков. – М.: Эгвес, 2007. – 156 с. 51.

12. Педагогические технологии: методические рекомендации / Рублев В.С., Веревкина М.П., Шабарова М.Н. – Омск, 2008. – С. 96.

13. Советова, Е.В. Эффективные образовательные технологии / Е.В. Советова. – Ростов н /Д.: Феникс, 2007. – 285 с.

14. Бертель, И. М. Технологии педагогического дизайна: проектирование цифрового лабораторного практикума по информатике в медицине/ И. М. Бертель, С.И. Клинецвич, В. Н. Хильманович // *Перспективы развития высшей школы: материалы VIII Международной науч.-метод. конф.* / редкол.: В. К. Пестис [и др.]. – Гродно: ГГАУ, 2015. – С. 218-221.

15. Хильманович В.Н. Образовательная компьютерная среда Moodle как платформа для формирования обратной связи / Хильманович В.Н., Клинецвич С.И., Бертель И.М. / *Инновационные технологии обучения физикоматематическим и профессионально-техническим дисциплинам: материалы науч.-практ. интернет-конф., Мозырь, 2016 г.* / УО МГПУ им. И.П. Шамякина; редкол.: И.Н. Ковальчук [и др.]. – Мозырь, 2016. – С. 72 – 74.

16. Fernandez M.A.; Nimmo A.; Behar-Horenstein L.S. Digital Denture Fabrication in Pre- and Postdoctoral Education: A Survey of U.S. Dental Schools. J. Prosthodont. 2016, 25, 83–90. [CrossRef] [PubMed].

17. Prager M.C.; Liss H. Assessment of Digital Workflow in Predoctoral Education and Patient Care in North American Dental Schools. J. Dent. Educ. 2019. [CrossRef].

18. Joda T.; Ferrari M.; Bragger U.; Zitzmann N.U. Patient Reported Outcome Measures (PROMs) of posterior single-implant crowns using digital workflows: A randomized controlled trial with a three-year follow-up. Clin. Oral Implant. Res. 2018, 29, 954–961. [CrossRef] [PubMed].

19. Muhlemann S.; Sandrini G.; Ioannidis A.; Jung R.E.; Hammerle C.H.F. The use of digital technologies in dental practices in Switzerland: A cross-sectional survey. Swiss Dent. J. 2019, 129, 700 – 707.

20. Joda T.; Zarone F.; Ferrari M. The complete digital workflow in fixed prosthodontics: A systematic review. BMC Oral Health 2017, 17, 124. [CrossRef]

References:

1. Ioffe A.N. Aktivnaja metodika – zalog uspeha / Grazhdanskoe obrazovanie. Material mezhdunarodnogo proekta. SPb: Izd-vo RGPU im. A.I. Gercena, 2000, 382 s. (in Russian)

2. Iskakova M. Use of interactive methods of training of senior student. Materials of the IV international research and practice conference Vol. II. Munchen, Germany. - 2013. - s. 474-475.

3. Kiseleva N.I., Arestova I.M., Zhukova N.P., Radeckaja L.E., Dejkalo N.S., Kolbasova E. A. Ispol'zovanie sovremennyh innovacionnyh obrazovatel'nyh tehnologij v pogotovke konkurentnosposobnogo vracha-specialista klinicheskogo profilja. - 2017. - S. 46. (in Russian)

4. Pjatin V.F. i dr. Innovacionnye tehnologii v medicinskom obrazovanii na osnove virtual'noj i dopolnennoj real'nosti // Sekcija № 1. Sovershenstvovanie form i sodержanija obrazovatel'nogo processa s pozicii kompetentnostnogo podhoda. – 2017. – S. 122. (in Russian)

5. Shhukin Ju.V. podrobnosti chitajte v stat'e // *Medicinskoe obrazovanie*. – S. 21. (in Russian)

6. Kolsanov A. V. i dr. Transformacija sistemy vysshego medicinskogo obrazovanija na primere Samarskogo gosudarstvennogo medicinskogo Universiteta // *Sovremennye problemy nauki i obrazovanija*. – 2019. – №. 4. – S. 114-114. (in Russian)

7. Asmolovskij A.V., Shamatkova S.V., Kravciva A.V. Puti sovershenstvovanija soft skills - modeli obuchenija topograficheskoy anatomii i operativnoj hirurgii // *Vestnik Baltijskogo federal'nogo universiteta im. I. Kanta. Serija: Filologija, pedagogika, psihologija*. – 2020. – №. 2. (in Russian)

8. Buravkova, A.G. Situacionnye zadachi kak sposob formirovanija klinicheskogo myshlenija vracha / A. G. Buravkova, O. B. Dem'janova // *Lichnost', sem'ja i obshhestvo: voprosy pedagogiki i psihologii*. – 2014. – № 38. – С. 41 – 45. (in Russian)

9. Guzeev, V.V. Osnovy obrazovatel'noj tehnologii: didakticheskij istrumentarij: [osnovnoj obuchajushhij istrumentarij uchitelja, sostavljajushhij bazu ljubyh obrazovatel'nyh tehnologij. Klassifikacija osnovnyh metodov obuchenija] / V.V. Guzeev. – М.: Sentjabr', 2006. – 192 s. (in Russian)

10. Litvinova T.N. Primenenie integrativno-modul'noj sistemy obuchenija studentov medicinskogo vuza obshhej himii dlja povyshenija kachestva obrazovanija – <http://www.ksma.ru/fh/juk.k29.doc>. (in Russian)

11. Novikov, A. M. Metodologija uchebnoj dejatel'nosti / A.M. Novikov. – М.: Jegves, 2007. – 156 s. 51. (in Russian)

12. Pedagogicheskie tehnologii: metodicheskie rekomendacii / Rublev V.S., Verevkina M.P., Shabarova M.N. – Омск, 2008. – С. 96. (in Russian)

13. Sovetova, E.V. Jefferktivnye obrazovatel'nye tehnologii / E.V. Sovetova. – Ростов н /Д.: Feniks, 2007. – 285 s. (in Russian)

14. Bertel', I. M. Tehnologii pedagogicheskogo dizajna: proektirovanie cifrovogo laboratornogo praktikuma po

informatike v medicini / I. M. Bertel', S.I. Klinevich, V. N. Hil'manovich // Perspektivy razvitiya vysshej shkoly: materialy VIII Mezhdunarodnoj nauch.-metod. konf. / redkol.: V. K. Pestis [i dr.]. – Grodno: GGAU, 2015. – S. 218–221. (in Russian)

15. Hil'manovich V.N. Obrazovatel'naja komp'yuternaja sreda Moodle kak platforma dlja formirovaniya obratnoj svyazi / Hil'manovich V.N., Klinevich S.I., Bertel' I.M. / Innovacionnye tehnologii obuchenija fizikomatematicheskim i professional'no-tehnicheskim disciplinam: materialy nauch.-prakt. internet-konf., Mozyr', 2016 g. / UO MGPU im. I.P. Shamjakina; redkol.: I.N. Koval'chuk [i dr.]. – Mozyr', 2016. – S. 72 – 74. (in Russian)

16. Fernandez M.A.; Nimmo A.; Behar-Horenstein L.S. Digital Denture Fabrication in Pre- and Postdoctoral Education: A Survey of U.S. Dental Schools. J. Prosthodont. 2016, 25, 83–90. [CrossRef] [PubMed]

17. Prager M.C.; Liss H. Assessment of Digital Workflow in Predoctoral Education and Patient Care in North American Dental Schools. J. Dent. Educ. 2019. [CrossRef].

18. Joda T.; Ferrari M.; Bragger U.; Zitzmann N.U. Patient Reported Outcome Measures (PROMs) of posterior single-implant crowns using digital workflows: A randomized controlled trial with a three-year follow-up. Clin. Oral Implant. Res. 2018, 29, 954–961. [CrossRef] [PubMed]

19. Muhlemann S.; Sandrini G.; Ioannidis A.; Jung R.E.; Hammerle C.H.F. The use of digital technologies in dental practices in Switzerland: A cross-sectional survey. Swiss Dent. J. 2019, 129, 700 – 707.

20. Joda T.; Zarone F.; Ferrari M. The complete digital workflow in fixed prosthodontics: A systematic review. BMC Oral Health 2017, 17, 124. [CrossRef]

ОҚУ ҮРДІСІНДЕГІ ИННОВАЦИЯЛЫҚ ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫҢ РӨЛІ (САУАЛНАМА МӘЛІМЕТТЕРІ БОЙЫНША)

М. К. Искакова, *Г.Н. Ережепова, Л.Б. Сейдуанова

«Қазақстан - Ресей медициналық университеті» МЕМБМ, Қазақстан, Алматы қ.

**Корреспондент автор: Г.Н. Ережепова. E-mail: gulyonosh@mail.ru*

Түйінді

Мақалада инновациялық технологияларды оқу үдерісіне енгізуге байланысты мұғалімдердің сауалнамалық деректеріне талдау жасалған. Сауалнама терапиялық және балалар стоматологиясы кафедрасының оқытушылары арасында жүргізілді. Оқу үрдісінде оқытудың инновациялық әдістерін қолдану кафедра оқытушылары тарапынан оң бағаланды.

Зерттеу міндеті: Онлайн сауалнама деректері бойынша мұғалімдердің оқу үдерісіне оқытудың инновациялық әдістерін енгізуді қабылдауын бағалау.

Зерттеу және қорытынды: Терапевтік және балалар стоматологиясы кафедрасының 31 оқытушысымен онлайн сауалнама жүргізілді. 19 сұрақтан тұратын онлайн сауалнама ұсынылды, оның ішінде өзектілік, рефлексиялық ойлау, интерактивтілік және интерактивті әдісті қолдау сияқты бөлімдер бар. Өзектілік бөлімі бойынша 4 сұрақ берілді; «рефлексиялық ойлау» бөлімінде – 4 сұрақ; «Интерактивтілік және интерактивті әдісті қолдау» бөлімінде – 11 сұрақ. Сауалнамадағы соңғы екі тармақ онлайн сауалнама, ескертулер мен ұсыныстарды өткізу уақытын көрсетуге арналған. Әрбір сұрақта респондент «әрқашан дерлік», «жиі», «кейде», «сирек», «ешқашан дерлік» градиациясындағы 5 жауап нұсқасының біреуін ғана таңдауы керек.

Қорыта келе, сауалнама нәтижелері білім сапасын арттыратын оқытудың инновациялық әдістерін қолданудың тиімділігін дәлелдеді. Инновациялық әдістерді қолдану педагогтардың кәсіби құзыреттілік деңгейін, білікті мамандарды даярлауға деген қызығушылықтарын көрсетеді.

Кілт сөздер: білім беру, онлайн сауалнама, кәсіптік оқытуға дайындық, инновациялық технологиялар.

THE ROLE OF INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN THE EDUCATIONAL PROCESS (ACCORDING TO THE SURVEY)

M.K. Iskakova, *G.N. Erezhepova, L.B. Seduanova

NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

**Corresponding author: G.N. Erezhepova. E-mail: gulyonosh@mail.ru*

Summary

The article presents an analysis of the data of questioning teachers in relation to the introduction of innovative technologies in the educational process. The survey was conducted among teachers of the Department of Therapeutic and Pediatric Dentistry. The use of innovative teaching methods in the educational process was positively evaluated by the teachers of the department.

Purpose of the study: To assess the teachers' perception of the introduction of innovative teaching methods in the educational process according to online survey data.

Results and conclusions: An online survey was conducted with 31 teachers of the Department of Therapeutic and Pediatric Dentistry. An online questionnaire was provided containing 19 questions, including sections such as relevance, reflective thinking, interactivity, and support for the interactive method. For the Relevance section, 4 questions were provided; in the section "reflective thinking" - 4 questions; in the section "interactivity and support for the interactive method" - 11 questions. The last two items in the questionnaire are intended to indicate the time of the online survey, comments and suggestions. In each question, the respondent must choose only one option out of 5 answer options on the scale of "almost always", "often", "sometimes", "rarely", "almost never".

Thus, the results of the survey proved the effectiveness of the use of innovative teaching methods that improve the quality of education. The use of innovative methods reflects the level of professional competence of teachers, their interest in training qualified specialists.

Key words: education, online survey, preparation for vocational training, innovative technologies.

УДК: 616.895
МРНТИ: 76.29.52.

DOI: 10.24412/2790-1289-2022-2-3440

К ВОПРОСУ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 (ПО МАТЕРИАЛАМ г. АЛМАТЫ)

Н.Т. Джайнакбаев, *С.З. Ешимбетова, Н.И. Распопова, М.С. Редько,
Е.Ю. Прокопова, Д.К. Станбаев, Д.М. Мизанбаев, С.Р. Тусупова,
К.Д. Каукербекова, А.К. Токпанова, А.Т. Малгельдиев, Е.В. Малгельдиева
НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы

*Корреспондирующий автор: С.З. Ешимбетова. E-mail: s.eshimbetova@medkrmu.kz

Аннотация

Изучение динамики структуры психической патологии и контингента лиц, обращающихся за психиатрической помощью в период пандемии COVID-19 по материалам г. Алматы для разработки мер по дальнейшему совершенствованию организации службы психиатрической помощи.

Использованы официальные статистические данные о пациентах с впервые установленным диагнозом психического расстройства в период до объявления карантинных мероприятий (2019 г.) и после (2020-2021 гг.), проведена выборка лиц, обратившихся за психиатрической помощью в указанные периоды (131 пациента). Для оценки статистической значимости результатов исследования применялся сравнительный анализ процентных долей в группах (анализ четырехпольных таблиц сопряженности) по критерию χ^2 -Хи-квадрат Пирсона.

Подтверждены результаты исследований, прогнозирующие всплеск психических расстройств среди населения на фоне стрессов мирового масштаба, пандемий. Выявлен, наиболее уязвимый социальный контингент, в частности, в период карантинных мероприятий за психиатрической помощью чаще обращаются лица старше 30 лет с высшим образованием, не имеющих собственной семьи.

Полученные данные указывают на необходимость дополнительной подготовки специалистов психиатров для повышения эффективности деятельности психиатрической службы в период карантинных мероприятий.

Молодой возраст и семейное благополучие являются важными адаптогенными факторами, сохраняющими психическое здоровье в период пандемии COVID-19, а группу риска по развитию психических расстройств составляют лица среднего трудоспособного возраста и пожилые, не имеющие семьи и близких родственников.

Ключевые слова: психическое здоровье, психические расстройства, COVID-19, заболеваемость, выявляемость, социальные показатели, психические расстройства.

Введение. О пандемиях прошлых лет известно, что за каждой пандемией вслед за резким всплеском заболеваемости, наступают и социально-экономические проблемы в макроэкономических структурах государств. Но, единственное, что остается по сей день неизвестным, это то, как психическое и эмоциональное состояние людей, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID - 19, карантинные меры, масочный режим и изоляцию влияет на их психическое здоровье.

В комплексе, все эти факторы сталкивают каждого человека на планете со спектром негативных эмоций в виде тревоги, агрессии и различного вида фобиями.

Ведь, до этого многие могли избежать столкновения с экзистенциальностью в виде неопределённости в жизни, одиночества и неуверенности в себе, благодаря свободе в передвижении. Но в случае, изоляции все эти явления определяют расстройства адаптации.

Первоисточником для большинства научных работ и первооткрывателем в изучении психологического состояния населения в период пандемии, являются китайские ученые, поскольку именно с КНР началось распространение вируса COVID-19 [2]. Все последующие работы, так или иначе проводились в виде социологического опроса. Поскольку процесс пандемии динами-

чен и продолжает развиваться, большинство авторов предпочитают основываться на источниках из Китая, с учетом теоретических моделей, выведенных за период прошлых пандемии. Таким примером являются исследования, проведенные в Иране (Zandifar and Badrfam), подчеркнувшие роль неопределенности, непредсказуемости, дезинформацию в СМИ, социальной изоляции и утяжелении имеющегося стресса. Авторы в своей работе указывают на особую роль психиатрической службы в период социальной изоляции, связанной с пандемией [3].

Итальянские ученые, проводя в самом начале введения карантинных мероприятий статистическое исследование, выявили, что преимущественно женщины молодого возраста были наиболее подвержены влиянию стресса в период начала пандемии, так же у них выявлялось расстройство адаптации [4]. Эти данные не нашли подтверждения в проведенном нами исследовании.

Японские ученые (Shigemura et al.) акцентируют внимание на экономической составляющей воздействия новой коронавирусной инфекции COVID-19 на благосостояние населения и её прямой корреляции с ростом страха и панического поведения в общей популяции [5]. В аналитическом труде Duan and Zhu, указана дифференциация среди стран, при этом подчеркивается, что КНР, поздно подключили психиатрическую службу в протоколы по лечению и оказанию помощи при ЧС, что в итоге привело к увеличению первичных пациентов с психическими расстройствами [6].

По итогам научного труда Шамирзаевой Х.Б., в течении 10 - 30 дней, после постановки диагноза примерно у 54% пациентов выявлялись психические расстройства [7], а 15% являлись первичными пациентами для психиатрических служб. В число наиболее часто выявляемых расстройств, вошли такие как различные виды фобий – 31%; тревога – 42%; симптомы обсессивных расстройств – 20%; бессонница – 40%; тяжелые психические нарушения, в виде бреда и галлюцинации отмечались у 2,4%. У 80% пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию, продолжительное время сохранялась тревога и страх смерти [8].

Исследования также затронули сотрудников системы здравоохранения, поскольку среди них также часто встречаются симптомы тревожного и депрессивного расстройства, в сравнении с другими специальностями [9; 10; 11; 12; 13]. При популяционном исследовании медработников России для улучшения адаптации работников здравоохранения и с целью сохранности их психического здоровья в условиях пандемии предложено оставлять в резерве часть медицинских работников, чтобы осуществлять ротацию кадров, препятствующую срывам адаптации [14]. Ряд исследователей [15; 16; 17; 18; 19] подчеркивают важность психологического и психиатрического сопровождения лиц, столкнувшихся с последствиями пандемии в обязательном порядке. В организациях здравоохранения, выявлена потребность в реорганизации соответствующих служб, расширении доступности психологической помощи, в том числе в новых дистанционных форматах [20; 21; 22; 23; 24].

Отдельную проблему, требующую внимания, представляют собой последствия пандемии и массового карантина для лиц с серьезными психическими заболеваниями, [25]. Пациенты с хроническими психическими заболеваниями относятся к наиболее уязвимым группам населения, затронутым COVID-19 [26], в том числе лица, страдающие расстройствами шизофренического спектра и биполярным аффективным расстройством [27]. Решение вопросов, связанных с социальными детерминантами здоровья в условиях пандемии COVID - 19, в частности, распределение ресурсов с учетом защиты лиц с психическими расстройствами, должно быть главным приоритетом [28; 29].

Это определяет актуальность изучения эпидемиологических и клинических аспектов психических расстройств в условиях пандемии COVID-19 для повышения эффективности помощи данной категории больных со стороны психиатрической службы с учетом региональных и этнокультуральных особенностей населения.

Цель настоящего исследования. Изучение динамики структуры психической патологии и контингента лиц, обращающихся за психиатрической помощью в период пандемии COVID - 19 по г. Алматы для разработки мероприятий по дальнейшему совершенствованию организации службы психиатрической помощи.

Материал и методы исследования. В качестве материала исследования были использованы официальные статистические данные о пациентах с впервые установленным диагнозом психического расстройства в период до объявления карантинных мероприятий (2019 г.) и после (2020-2021 гг.), а также проведена выборка лиц, обратившихся за психиатрической помощью в указанные периоды времени в количестве 131 пациента.

Статистический анализ. Полученных в исследовании данных проводился с использованием электронной версии программы «Медицинская статистика» (MEDSTATISTIC). Для оценки статистической значимости результатов исследования применялся сравнительный анализ процентных долей в группах (анализ четырехпольных таблиц сопряженности) по критерию χ^2 - Хи-квадрат Пирсона.

Результаты исследования. Сравнительный анализ официальных статистических данных о пациентах с впервые установленным диагнозом психического расстройства в период до объявления карантинных мероприятий в связи с пандемией COVID-19 (2019г.) и последующий период (2020 г. и 2021 г.) представлен в таблице 1.

Статистический анализ представленных в таблице 1 данных позволил установить достаточно высокую статистическую достоверность ($p < 0.01$) увеличения числа пациентов с впервые выявленной шизофренией на 2021 год, относительно 2019 года, а также снижение выявления рубрики F70-79 на 2020 год, с возвращением к прежним цифрам на 2021 год. В целом, прослеживается характерная динамика снижения выявляемости психических расстройств в период жестких карантинных мероприятий с последующим относительным увеличением обращаемости психически больных в 2021г. в период послабления карантинных мероприятий, что наглядно продемонстрировано на рисунке 1.

Таблица 1. Сравнительный анализ статистических данных о заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами по г. Алматы за 2019-2021 гг. (лица, с впервые установленным диагнозом психического расстройства)

Психические расстройства	2019 г.		2020 г.		2021 г.	
	Абсолютные числа	На 100 000 человек населения	Абсолютные числа	На 100 000 человек населения	Абсолютные числа	На 100 000 человек населения
F00-F09	179	9,3	175	8,9	218	11,0
F20-F29	92	4,8	84	4,2	168	8,4
F30-F39	3	0,2	6	0,3	5	0,3
F40-F48	0	0	0	0	0	0
F60-F68	0	0	0	0	2	0,1
F70-F79	210	11,0	154	7,8	225	11,4

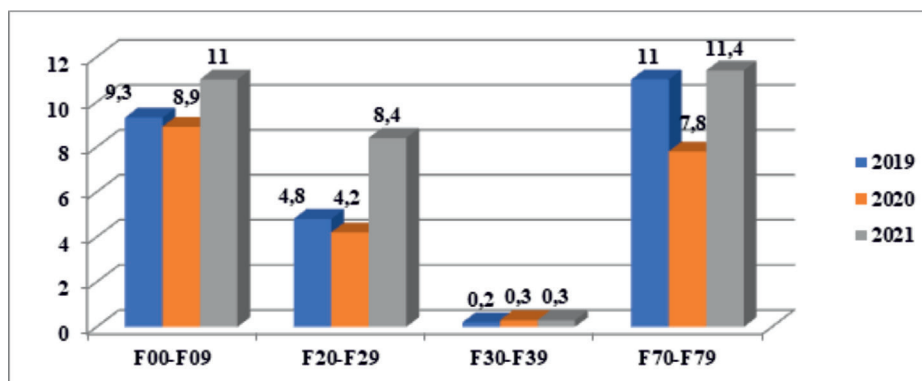


Рисунок 1. Динамика выявляемости психических расстройств в населении г. Алматы в период до пандемии COVID-19 (2019 г.) и после объявления карантинных мероприятий (2020-2021 гг.).

Представленные на рисунке 1 данные показывают, что в период объявления карантина существенно снизилась обращаемость психически больных в психиатрические учреждения в связи с ограниченностью передвижения.

Клиническая структура психических и поведенческих расстройств выборочно обследованных пациентов в рассматриваемые периоды времени в сравнительном аспекте представлена в таблице 2.

Таблица 2. Сравнительный анализ клинических характеристик пациентов с психическими расстройствами в г. Алматы в период с 2019 г. по 2021 г.

Рубрики МКБ-10	2019 г.	2020 г.	2021 г.
F00-F09	16 (66,7%)	39 (68,4%)	35 (70%)
F20-F29	6 (25%)	7 (12,3%)	6 (12%)
F30-F39	-	2 (3,5%)	1 (2%)
F40-F49	-	8 (14,1%)	6 (12%)
F70-F79	2 (8,3%)	1 (1,7%)	2 (4%)
Итого:	(100%)	(100%)	(100%)

В целях изучения динамики структуры контингента лиц с впервые установленным диагнозом психического расстройства в период до объявления карантинных мероприятий и в период пандемии, проведен анализ их социально-демографических характеристик, результаты которого представлены в таблице 3.

Статистический анализ представленных в таблице 3 данных позволил установить достоверность ($p < 0,05$) увеличения в период карантинных мероприятий лиц старше 31 года, относительно до карантинного времени. С такой же ($p < 0,05$) достоверностью, установлено увеличение удельного веса обращений лиц с высшим образованием. Если в до карантинный период на высшее образование приходилось только 17%, то в период карантинных меро-

приятий количество лиц с высшим образованием увеличилось в два раза, при сохраняющемся преобладании лиц со средним образованием (критическое значение χ^2 при уровне значимости $p=0,05$ составляет 5.991; связь между факторным и результативным признаками статистически значима при уровне значимости $p < 0,05$; уровень значимости $p=0,012$).

Также установлена высокая статистическая достоверность ($p < 0,01$) изменения структуры обращаемости в зависимости от семейного положения. Если до карантинных мероприятий обращаемость среди лиц, имеющих семью и не имеющих семьи была равнозначной, то в период пандемии COVID-19 определяется превалирование обращаемости лиц, не имеющих семьи (значение

Таблица 3. Сравнительный анализ социально-демографических характеристик пациентов с психическими расстройствами в г. Алматы в период с 2019 г. по 2021 г.

№	Социально-демографические характеристики	2019 г.	2020 г.	2021 г.
Пол				
1	Мужчины	6 (25%)	31 (54,4%)	24 (48%)
2	Женщины	18 (75%)	26 (45,6%)	26 (52%)
Возраст				
1	18-30 лет	2 (8,3%)	5 (8,7%)	5 (10%)
2	31 год и старше	22 (91,7%)	52 (91,3%)	45 (90%)
Образование				
1	Среднее (среднее специальное)	20 (83,3%)	37 (64,9%)	33 (66%)
2	Высшее (незаконченное высшее)	4 (16,7%)	20 (35,1%)	17 (34%)
Социальное положение				
1	Работает	5 (20,8%)	7 (12,3%)	6 (12%)
2	Не работает (пенсионер, учащийся, инвалид)	19 (79,2%)	50 (87,7%)	44 (88%)
Семейное положение				
1	Женат (замужем)	10 (41,7%)	31 (54,4%)	13 (26%)
2	Холост (не замужем, разведен (а), вдов (а))	14 (58,3%)	26 (45,6%)	37 (74%)

критерия χ^2 составляет 14.073; критическое значение χ^2 при уровне значимости $p=0.01$ составляет 13.277; связь между факторным и результативным признаками статистически значима при уровне значимости $p < 0.01$; уровень значимости $p=0.008$).

Обсуждение результатов исследования. В различных странах на основании проводимых масштабных исследований, проведенных в виде анкетирования, был выявлен рост удельного веса аффективных (депрессивных), диссомнических расстройств и симптомов ПТСР. В проведенном нами исследовании нас не столько интересовал удельный вес преобладающих симптомов, сколько первичная обращаемость и выявляемость психических заболеваний. Как показывает проведенное нами исследование, обращаемость и выявляемость среди лиц, страдающих психическими заболеваниями с началом пандемии, несколько снизилась. С одной стороны, это объясняется тем, что с началом пандемии и резким изменением геополитической ситуации на первый план вышли такие психосоциальные проблемы, как локдаун, переход населения на дистанционные формы обучения и работы, потеря работы, изоляция, страх заразиться неизвестным ранее заболеванием. Именно эти причины легли в основу повышения уровня тревожности, нарушения сна и развития ПТСР, выявленные зарубежными учеными и подтвержденными некоторыми Казахстанскими исследованиями [8]. Рост непсихотического уровня расстройств выявлялся методом анкетирования, лица с данными расстройствами не нуждались в экстренной психиатрической помощи. В целом локдаун и карантинные мероприятия снизили доступность психиатрической помощи, что отражено в результатах нашего исследования и объясняет снижение заболеваемости в период начала пандемии. С другой стороны, по полученным нами в ходе проведения исследования данным, пациенты с психическими расстройствами чаще стали прибегать к народным средствам (чтение в мечети Корана, изгнание духов-аруахов, снятие порчи у целителей и т.п.). Но пациенты с такими серьезными психическими расстройствами, как шизофрения и другими психотическими расстройствами при послаблении

карантинных мероприятий все же чаще стали обращаться к психиатрам.

Выводы. Таким образом, полученные в настоящем исследовании данные подтверждают результаты исследований, проводимых и в других регионах мира, свидетельствующие о том, что после пандемии COVID-19 ожидается всплеск психических расстройств [16; 26; 30]. С момента снятия карантинных ограничений и началом функционирования психосоматических отделений, резко возрастет нагрузка на психиатрическую службу. Это потребует дополнительной подготовки специалистов психиатров, о чем необходимо позаботиться уже в настоящее время.

Успешный опыт дистанционного онлайн психологического консультирования и психотерапевтических онлайн сессий говорит о том, что внедрение этих новых форм работы врача-психиатра с населением на постоянной основе в свою очередь может снизить нагрузку на психиатрическую службу и дать возможность полноценно решать социальные и лечебные вопросы.

Если рассматривать динамику структуры заболеваемости психическими заболеваниями под влиянием COVID-19 в зависимости от гендерных и социальных факторов, то зарубежные авторы склоняются к мнению, что тревожные и депрессивные расстройства чаще развиваются у молодых женщин до 30 лет. Данные нашего исследования такой тенденции не подтвердило.

Ограниченность объема материала проведенного исследования позволяет сделать лишь предварительные выводы, определяющие общие тенденции развития динамики психических и поведенческих расстройств в период пандемии COVID-19:

Анализ динамики социально-демографических характеристик лиц с впервые установленным диагнозом психического расстройства показал, что в период карантинных мероприятий за психиатрической помощью чаще обращаются лица старше 30 лет с высшим образованием, не имеющих собственной семьи. Эти данные позволяют сделать вывод о том, что молодой возраст и семейное благополучие являются важными адаптогенными факторами, сохраняющими психическое здоровье в период

пандемии COVID-19, а группу риска по развитию психических расстройств составляют лица среднего трудоспособного возраста и пожилые, не имеющие семьи и близких родственников.

Список литературы:

1. Zhou X. Psychological crisis interventions in Sichuan Province during the 2019 novel coronavirus outbreak. *Psychiatry Res.* 2020 Feb 26; 286:112895. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.112895. Epub ahead of print. PMID: 32120170; PMCID: PMC7133610.
2. Рябцева Е.В. Влияние пандемии COVID 19 на психологическое здоровье человека: Обзор литературы. *Инновационная наука.* 2021; 8-2: 39-41. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-pandemii-covid-19-na-psihologicheskoe-zdorovie-cheloveka-obzor-literatury>.
3. Zandifar A., Badrfam R. Iranian mental health during the COVID-19 epidemic. *Asian J. Psychiatr.* 2020; 51:101990. DOI: 10.1016/j.ajp.2020.101990.
4. Rossi R., Succi V., Talevi D., et al. COVID-19 Pandemic and Lockdown Measures Impact on Mental Health Among the General Population in Italy. *Front Psychiatry.* 2020; 11:790. DOI: 10.3389/fpsy.2020.00790.
5. Shigemura J., Ursano R.J., Morganstein J.C., Kurosawa M., Benedek D.M. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2020;74(4):281-282. DOI: 10.1111/pcn.12988.
6. Duan L., Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry.* 2020;7 (4): 300-302. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30073-0.
7. Шамирзаева Х.Б. Анализ психических нарушений у лиц, перенесших COVID-19. *Forecip.* 2021; S1:486.
8. Абдуллаева В.К. Пандемия COVID-19 и психическое здоровье детей и подростков. *KPMY Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины.* 2020;2 (28): 14-16.
9. Ayyala R.S., Taylor G.A., Callahan M.J. Stresses and anxieties in the time of the COVID-19 pandemic - what we can learn. *Pediatr Radiol.* 2020; 8: 1052-1054.
10. Shanafelt T., Ripp J., Trockel M. Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. *JAMA.* 2020; 8: 2133-2134.
11. Вельтишев Д.Ю., Лисицина Т.А., Борисова А.Б. Психическое здоровье населения различных стран в период пандемии коронавирусной инфекции (COVID-19). *Социальная и клиническая психиатрия.* 2020; 4: 83-86.
12. Шматова Ю.Е. Влияние COVID-19 на психическое здоровье населения (как показатель человеческого потенциала): опыт зарубежных исследований. *Проблемы развития территории.* 2020; 4 (108): 88– 108.
13. Kozloff N., Mulsant B.H., et al. The COVID-19 Global Pandemic: Implications for People with Schizophrenia and Related Disorders. *Schizophr Bull.* 2020; 46 (4): 752-757. DOI: 10.1093/schbul/sbaa051.
14. Сорокин М.Ю., Касьянов Е.Д., et al. Популяционное исследование психического здоровья медработников России: Факторы дистресса, ассоциированного с пандемией COVID-19. *Социальная и клиническая психиатрия.* 2021; 31 (1): 49-58.
15. Volkova O.V., Shesternya P.A. Parallel pandemic: psychological facilitation in medical assistance. *СПЖ.* 2020; 78: 156 – 167.
16. Дашкин Э.Р., Малышева Н.А., Цицельский А.А. Психические нарушения ассоциированные с COVID-19. *Медицина. Социология. Философия. Прикладные исследования.* 2021; 2: 36-41.
17. Медведев В.Э., Доготарь О.А. COVID-19 и психическое здоровье: вызовы и первые выводы. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2020; 12: 4-10.
18. Мосолов С.Н. Проблемы психического здоровья в условиях пандемии COVID-19. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2020; 120 (5): 7–15. DOI: 10.17116/jnevro20201200517.
19. Психические реакции и нарушение поведения у лиц с COVID-19. Информационное письмо. Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского. Москва, 2020.
20. Волкова О.В., Шестерня П.А. Стратегия и направления организации медико-психиатрической помощи в пост-пандемический период. *Сибирское медицинское обозрение.* 2020; 3 (123): 5 – 10.
21. Мосолов С.Н. Актуальные задачи психиатрической службы в связи с пандемией COVID-19. *Современная терапия психических расстройств.* 2020; 2: 1-15.
22. Холодова Ю.Б. Особенности переживания тревоги в период пандемии COVID-19 представителями разных возрастных групп. *International Journal of Medicine and Psychology.* 2020; 2: 114-117.
23. Courtet P, Olié E, Debien C, Vaiva G. Keep socially (but not physically) connected and carry on: preventing suicide in the age of COVID-19. *Clin Psychiatry.* 2020; 81(3): 20. DOI: /10.4088/JCP.20com13370.
24. Goldberg J.F. Psychiatry's niche role in the COVID-19 pandemic. *Clin Psychiatry.* 2020; 81 (3): 20com13363. DOI: /10.4088/JCP.20com13363.
25. Li S., Zhang Y. Mental healthcare for psychiatric inpatients during the COVID-19 epidemic. *General Psychiatry.* 2020; 33: e100216. DOI: 10.1136/gpsych-2020-100216.
26. Druss B.G. Addressing the COVID-19 pandemic in populations with serious mental illness. *JAMA Psychiatry.* 2020; 77 (9): 891-892. DOI: b10.1001/jamapsychiatry.2020.089.
27. Zhand N., Joobar R. Implications of the COVID-19 pandemic for patients with schizophrenia spectrum disorders: narrative review. *Psych Open.* 2021; 7 (1): e35. DOI: 10.1192/bjo.2020.157.
28. Basrak N., Mulcrone N., Sharifuddin S. et al. Risk of adverse outcome of COVID-19 among patients in secure psychiatric services: observational cohort study. *Psych Open.* 2021; 7(1): e31. DOI: 10.1192/bjo.2020.169.
29. Xiang Y.T., Yang Y., et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry.* 2020; 7 (3): 228-229. DOI: /10.1016/S2215-0366(20)30046-8.

References:

1. Zhou X. Psychological crisis interventions in Sichuan Province during the 2019 novel coronavirus outbreak. *Psychiatry Res.* 2020 Feb 26; 286:112895. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.112895. Epub ahead of print. PMID: 32120170; PMCID: PMC7133610.
2. Rjabceva E.V. Vlijanie pandemii COVID 19 na psihologicheskoe zdorov'e cheloveka: Obzor literatury. *Innovacionnaja nauka.* 2021; 8-2: 39-41. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-pandemii-covid-19-na-psihologicheskoe-zdorovie-cheloveka-obzor-literatury>. (in Russian)
3. Zandifar A., Badrfam R. Iranian mental health during the COVID-19 epidemic. *Asian J. Psychiatr.* 2020; 51:101990. DOI: 10.1016/j.ajp.2020.101990.
4. Rossi R., Socci V., Talevi D., et al. COVID-19 Pandemic and Lockdown Measures Impact on Mental Health Among the General Population in Italy. *Front Psychiatry.* 2020; 11:790. DOI: 10.3389/fpsy.2020.00790.
5. Shigemura J., Ursano R.J., Morganstein J.C., Kurosawa M., Benedek D.M. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2020;74(4):281-282. DOI: 10.1111/pcn.12988.
6. Duan L., Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry.* 2020;7 (4): 300-302. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30073-0.
7. Shamirzaeva H.B. Analiz psihicheskikh narushenij u lic, perenesshih COVID-19. *Forecip.* 2021; S1:486. (in Russian)
8. Abdullaeva V.K. Pandemiya SOVID-19 i psihicheskoe zdorov'e detej i podrostkov. *KRMU Aktual'nye problemy teoreticheskoy i klinicheskoy mediciny.* 2020;2 (28): 14-16. (in Russian)
9. Ayyala R.S., Taylor G.A., Callahan M.J. Stresses and anxieties in the time of the COVID-19 pandemic - what we can learn. *Pediatr Radiol.* 2020; 8: 1052-1054.
10. Shanafelt T., Ripp J., Trockel M. Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. *JAMA.* 2020; 8: 2133-2134.
11. Vel'tishhev D.Ju., Lisicina T.A., Borisova A.B. Psihicheskoe zdorov'e naselenija razlichnyh stran v period pandemii koronavirusnoï infekcii (COVID-19). *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija.* 2020; 4: 83-86. (in Russian)
12. Shmatova Ju.E. Vlijanie COVID-19 na psihicheskoe zdorov'e naselenija (kak pokazatel' chelovecheskogo potenciala): opyt zarubezhnyh issledovanij. *Problemy razvitiya territorii.* 2020; 4 (108): 88– 108. (in Russian)
13. Kozloff N., Mulsant B.H., et al. The COVID-19 Global Pandemic: Implications for People with Schizophrenia and Related Disorders. *Schizophr Bull.* 2020; 46 (4): 752-757. DOI: 10.1093/schbul/sbaa051.
14. Sorokin M.Ju., Kas'janov E.D., et al. Populjacionnoe issledovanie psihicheskogo zdorov'ja medrabotnikov Rossii: Faktory distressa, associirovannogo s pandemiej COVID-19. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija.* 2021; 31 (1): 49-58. (in Russian)
15. Volkova O.V., Shesternya P.A. Parallel pandemic: psychological facilitation in medical assistance. *SPZh.*2020; 78: 156 – 167.
16. Dashkin Je.R., Malysheva N.A., Cicel'skij A.A. Psihicheskie narushenija associirovannye s COVID-19. *Medicina. Sociologija. Filosofija. Prikladnye issledovanija.* 2021; 2: 36-41. (in Russian)
17. Medvedev V.Je., Dogotar' O.A. COVID-19 i psihicheskoe zdorov'e: vyzovy i pervye vyvody. *Nevrologija, nejropsihiatrija, psihosomatika.* 2020; 12: 4-10. (in Russian)
18. Mosolov S.N. Problemy psihicheskogo zdorov'ja v uslovijah pandemii COVID-19. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova.* 2020; 120 (5): 7–15. DOI: 10.17116/jnevro20201200517. (in Russian)
19. Psihicheskie reakcii i narushenie povedenija u lic s COVID-19. *Informacionnoe pis'mo. Nacional'nyj medicinskij issledovatel'skij centr psihiatrii i narkologii imeni V.P. Serbskogo.* Moskva, 2020. (in Russian)
20. Volkova O.V., Shesternya P.A. Strategija i napravlenija organizacii mediko-psihiatricheskoy pomoshhi v post-pandemijnyj period. *Sibirskoe medicinskoe obozrenie.* 2020; 3 (123): 5 – 10. (in Russian)
21. Mosolov S.N. Aktual'nye zadachi psihiatricheskoy sluzhby v svjazi s pandemiej COVID-19. *Sovremennaja terapija psihicheskikh rasstrojstv.* 2020; 2: 1-15. (in Russian)
22. Holodova Ju.B. Osobennosti perezhivaniya trevogi v period pandemii COVID-19 predstaviteljami raznyh vozrastnyh grupp. *International Journal of Medicine and Psychology.* 2020; 2: 114-117. (in Russian)
23. Courtet P, Olié E, Debien C, Vaiva G. Keep socially (but not physically) connected and carry on: preventing suicide in the age of COVID-19. *Clin Psychiatry.* 2020; 81(3): 20. DOI: /10.4088/JCP.20com13370.
24. Goldberg J.F. Psychiatry's niche role in the COVID-19 pandemic. *Clin Psychiatry.* 2020; 81 (3): 20com13363. DOI: /10.4088/JCP.20com13363.
25. Li S., Zhang Y. Mental healthcare for psychiatric inpatients during the COVID-19 epidemic. *General Psychiatry.* 2020; 33: e100216. DOI: 10.1136/gpsych-2020-100216.
26. Druss B.G. Addressing the COVID-19 pandemic in populations with serious mental illness. *JAMA Psychiatry.* 2020; 77 (9): 891-892. DOI: b10.1001/jamapsychiatry.2020.089.
27. Zhand N., Joobar R. Implications of the COVID-19 pandemic for patients with schizophrenia spectrum disorders: narrative review. *Psych Open.* 2021; 7 (1): e35. DOI: 10.1192/bjo.2020.157.
28. Basrak N., Mulcrone N., Sharifuddin S. et al. Risk of adverse outcome of COVID-19 among patients in secure psychiatric services: observational cohort study. *Psych Open.* 2021; 7(1): e31. DOI: 10.1192/bjo.2020.169.
29. Xiang Y.T., Yang Y., et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry.* 2020; 7 (3): 228-229. DOI: /10.1016/S2215-0366(20)30046-8.

COVID-19 ПАНДЕМИЯСЫ КЕЗЕҢІНДЕ ПСИХИКАЛЫҚ БҰЗЫЛУЛАРМЕН СЫРҚАТТАНУШЫЛЫҚ
МӘСЕЛЕСІНЕ

(Алматы қаласының материалдары бойынша)

Н.Т. Джайнакбаев, *С.З. Ешимбетова, Н.И. Распопова, М.С. Редько,
Е.Ю. Проконова, Д.К. Станбаев, Д.М. Мизанбаев, С.Р. Тусупова,
К.Д. Каукербекова, А.К. Токпанова, А.Т. Малгельдиев, Е.В. Малгельдиева
«Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МЕМБМ, Қазақстан, Алматы қ.

*Корреспондент автор: С.З. Ешимбетова. E-mail: s.eshimbetova@medkrmu.kz

Түйінді

Алматы қаласында COVID-19 пандемиясы кезінде психиатриялық көмекке жүгінген адамдар контингенті мен психикалық патология құрылымының динамикасын зерделеу, психиатриялық көмек қызметін ұйымдастыруды одан әрі жетілдіру бойынша шараларды әзірлеу.

Карантиндік шаралар жарияланғанға дейінгі (2019 ж.) және одан кейінгі кезеңде (2020-2021 жж.) жаңадан анықталған психикалық бұзылулары бар науқастар туралы ресми статистикалық деректер, сондай-ақ өтініш білдірген адамдардың іріктемесі пайдаланылды. көрсетілген мерзімдерде психиатриялық көмек 131 науқас. Зерттеу нәтижелерінің статистикалық маңыздылығын бағалау үшін Пирсонның χ^2 -хи-квадрат сынағы бойынша топтардағы пайыздық көрсеткіштердің салыстырмалы талдауы (төрт өрісті күтпеген жағдайлар кестесін талдау) қолданылды.

Халықтағы психикалық бұзылулардың өсуін болжайтын зерттеу нәтижелері расталды. Карантиндік шаралар кезеңінде психиатрдың көмегіне 30 жастан асқан, жеке отбасы жоқ, жоғары білімі бар адамдар жиі жүгінетіні анықталды.

Алынған мәліметтер карантиндік іс-шаралар кезеңінде психиатриялық қызметтің тиімділігін арттыру үшін психиатрларды қосымша оқыту қажеттілігін көрсетеді.

Жастық және отбасылық әл-ауқат COVID-19 пандемиясы кезінде психикалық денсаулықты сақтайтын маңызды адаптогендік факторлар болып табылады және психикалық бұзылулардың даму қаупі тобын орта еңбекке қабілетті жастағы адамдар мен отбасылары жоқ қарт адамдар құрайды. жақын туыстары.

Кілт сөздер: психикалық денсаулық, психикалық бұзылулар, COVID-19, сырқаттанушылық, анықталу, әлеуметтік көрсеткіштер, психикалық бұзылулар.

ON THE ISSUE OF THE INCIDENCE OF MENTAL DISORDERS DURING
THE PANDEMIC COVID-19
(based on the materials of Almaty)

N.T. Jainakbayev, *S.Z. Yeshimbetova, N.I. Raspopova, M.S. Redko,
E.Y. Prokopova, D.K. Stanbayev, D.M. Mizanbayev, S.R. Tusupova,
K.D. Kaukarbekova, A.K. Tokpanova, A.T. Malgeldiev, E.V. Malgeldieva
NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

*Corresponding author: S.Z. Yeshimbetova. E-mail: s.eshimbetova@medkrmu.kz

Summary

To study the dynamics of the structure of mental pathology and the contingent of people seeking psychiatric care during the COVID – 19 pandemics in Almaty to develop measures to further improve the organization of the mental health service.

Official statistical data on patients with a newly diagnosed mental disorder in the period before the announcement of quarantine measures (2019) and after (2020-2021) were used, as well as a sample of people who applied for psychiatric help in the indicated periods of time in the amount of 131 patients. To assess the statistical significance of the results of the study, a comparative analysis of the percentages in the groups (analysis of four-field contingency tables) was used according to Pearson's χ^2 .

Research results predicting a surge in mental disorders in the population have been confirmed. It was revealed that during the period of quarantine measures, people over 30 years of age with higher education, who do not have their own family, more often seek psychiatric help.

The data obtained indicate the need for additional training of psychiatrists to improve the efficiency of the psychiatric service during the period of quarantine measures.

Young age and family well-being are important adaptogenic factors that preserve mental health during the COVID-19 pandemic, and the risk group for the development of mental disorders is made up of people of middle working age and the elderly who do not have families and close relatives.

Key words: mental health, mental disorders, COVID – 19, morbidity, detectability, social indicators, mental disorders.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНТИОКСИДАНТНОЙ АКТИВНОСТИ ДИГИДРОКВЕРЕЦЕТИНА, ВИТАМИНА С, НЕФРОМОНА ПЛЮС, ВАЛЕМИДИНА ПЛЮС, ПОЛИОКСИДОНИЯ

¹Н.В. Леонтьева, ²О.В. Ветровой

¹Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова, Россия, г.Санкт-Петербург

²Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Институт физиологии имени И.П. Павлова» Российской академии наук, Россия, г.Санкт-Петербург

**Корреспондирующий автор: Н.В. Леонтьева. E-mail: leontyevanv@mail.ru*

Аннотация

Проблема сохранения здоровья и увеличения продолжительности жизни человека рассматривается одной из самых актуальных. В организме в нормальных условиях постоянно происходит обновление белков, липидов и нуклеиновых кислот путем перекисного окисления. Контроль за активностью этого процесса осуществляют антиоксиданты, способные эффективно взаимодействовать со свободными радикалами. Одним из звеньев патогенеза различных заболеваний является оксидативный стресс, а именно активация перекисного окисления и истощение системы эндогенных антиоксидантов. Применение антиоксидантов с лечебной и профилактической целью обсуждается в медицинской литературе. В арсенале средств, обеспечивающих ограничение активности свободно-радикального окисления, имеются синтетические препараты и лекарственные средства растительного происхождения. В работе представлена сравнительная характеристика антиоксидантной активности некоторых лекарственных средств, применяемых в лечебно-профилактической практике.

Ключевые слова: антиоксидантная активность, свободно-радикальное окисление, биофлавоноиды, дигидрокверцетин, витамин С, нефромон плюс, полиоксидоний, валемидин.

Введение. Антиоксидантная активность рассматривается одной из важнейших характеристик веществ эндогенной и экзогенной природы. В настоящее время определению антиоксидантной активности (АОА) уделяют особое внимание при исследовании биологически активных соединений и лекарственных средств, полученных синтетическим путем и из растительного сырья.

В организме реакции свободно-радикального окисления являются неотъемлемым звеном биологических процессов, таких как обновление белков, липидов, нуклеиновых кислот, транспорт электронов в дыхательной цепи, синтез простагландинов и лейкотриенов, пролиферация и дифференцировка клеток, фагоцитоз, метаболизм катехоламинов и ксенобиотиков. Естественным природным механизмом нейтрализации свободных радикалов (СР), образующихся в процессе окисления, выступает система антиоксидантной защиты. В организме антиоксидантными свойствами обладают ферменты (каталаза, супероксиддисмутаза, глутатионпероксидаза и другие), белки, в первую очередь альбумин, а также такие вещества как липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), билирубин, мочевая кислота, стероидные гормоны и др. Полноценное обеспечение антиоксидантной защиты организма невозможно без экзогенных веществ, поступающих с пищей или в виде лекарственных средств. Это витамины - Р, С, Е, Д, К, А каротиноиды, тио- и селенсодержащие соединения, ненасыщенные жирные кислоты.

Очевидно, что скорость реакций окисления и нейтрализации СР зависит от соотношения веществ, участвующих в этих процессах, а именно от уровня антиоксидантов в тканях. Нарушение баланса прооксидантной и антиоксидантной активности всегда проявляется истощением антиоксидантной защиты и соответственно накоплением СР в организме выше границы меры, которые в этих условиях проявляют агрессивные свойства в отношении клеток органов-мишеней. Иными словами АОА определяет интенсивность окисления, и ее истощение в конечном итоге может привести к оксидативному и карбонильному стрессу и развитию патологического процесса [17; 19; 25].

Лекарственные растения всегда привлекали внимание врачей и пациентов. С глубокой древности человек использовал растения как источник целебных веществ для лечения разных недугов [4]. Сколь ни эффективны новые препараты, разрабатываемые фармацевтическими компаниями, растения продолжают пользоваться доверием многих людей: терапевтическая ценность лекарственных растений известна издревле и признана современной медициной. Сегодня на долю препаратов на растительной основе приходится до 35-40% всех лекарственных средств, отпускаемых аптеками. Бурное развитие фармацевтической отрасли в XX веке серьезно потеснило фитотерапию. Началась эра синтетических лекарственных средств. Они сыграли большую роль в лечении целого ряда заболеваний. Возникла уверен-

ность в скором получении новых лекарств, которые избавят от всевозможных болезней. Однако, со временем стало понятно, что многие проблемы терапии остаются нерешенными. И вновь встал вопрос о возможности использования лекарственных средств на основе растительного сырья [6].

К веществам растительного происхождения, обладающим антиоксидантными свойствами, относятся флавоноиды, витамины, полиненасыщенные жирные кислоты. Каждое растение уникально по своему составу. В настоящее время известно более 6500 флавоноидов, с разными химическими свойствами. Одни из них обладают свойством водорастворимости, другие – жирорастворимости. Общим для всех флавоноидов является наличие в молекуле двух бензольных ядер, соединенных трехуглеродным фрагментом (рисунок 1). Особая структура флавоноидов – бензольные кольца и ОН-радикалы – реализуется в их высокой антиоксидантной активности. Причем, чем больше в молекуле гидроксильных радикалов, тем выше способность вещества инактивировать свободные радикалы кислорода. Вероятно, это свойство лежит в основе фармакологического действия флавоноидов [6; 8].

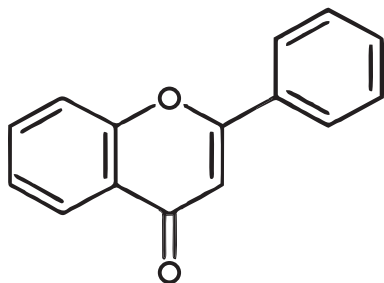


Рисунок 1. Принципиальная структура молекулы биофлавоноидов.

Приоритет в изучении флавоноидов принадлежит венгерскому биохимику Альберту де Сент-Дьёрди – лауреату Нобелевской премии 1937 года в области медицины. В 1930-х годах он со своими коллегами выполнил многочисленные исследования и дал подробную характеристику этой группе веществ. Флавоноиды широко распространены в мире высших растений. Они синтезируются и накапливаются во всех тканях растений – в листьях, древесине, корнях, плодах, семенах, цветках, в большом количестве накапливаются в лепестках цветков. Многие флавоноиды имеют в своем составе металлы с переменной валентностью, то есть они являются пигментами, придающими разнообразную окраску растениям. Так, антоцианы определяют красную, синюю, фиолетовую окраску цветов, флавоны, флавонолы, ауруны, халконы – желтую и оранжевую. Окраска цветочных лепестков помогает насекомым находить нужные растения и тем самым способствует опылению.

Функции флавоноидов в жизни растений весьма разнообразны. Они участвуют в процессах фотосинтеза, метаболизма, пролиферации, апоптоза, обеспечения резистентности растений к бактериям, вирусам, грибам, регуляции прорастания семян. Благодаря способности флавоноидов поглощать излучение в ультрафиолетовой

и видимой областях спектра, они защищают растения от избыточной радиации.

В настоящее время из огромного количества биофлавоноидов выделено до 150 молекул, которые принято называть Р-витаминной группой. Считается, что флавоноиды, наряду с другими растительными фенольными соединениями, являются незаменимыми компонентами пищи человека. Они способны изменять активность многих ферментов, ингибировать окисление ЛПНП, образовывать хелатные комплексы с ионами тяжелых металлов, препятствовать развитию окислительного стресса в клетках, где метаболизм нарушен в результате действия токсических прооксидантов, УФ-радиации и других повреждающих факторов. Флавоноиды обладают выраженной антиоксидантной активностью, их способность связывать свободные радикалы выше, чем других витаминов, таких как Е, А, С. Противовоспалительное и антиаллергическое действие этих соединений обусловлено мягким стимулирующим действием на функцию коры надпочечников и синтез глюкокортикоидов [7; 8; 10].

Помимо этого флавоноиды могут подавлять образование и высвобождение медиаторов воспаления – простагландинов и лейкотриенов. Р-витаминная активность флавоноидов, особенно в сочетании с витамином С, заключается в нормализации проницаемости сосудистой стенки, восстановлении ее вязкоэластических свойств, уменьшении ломкости [1; 8; 10].

Применение антиоксидантов способствует восстановлению функций органов и систем. Большое количество флавоноидов содержится во фруктах и ягодах, цедре citrusовых, зеленом чае, сухих винах, особенно в красных. Из отходов производства вин и соков (виноградные выжимки) получают дешёвые и эффективные биоконцентраты флавоноидов, которые с хорошим эффектом используют в животноводстве. Необходимо отметить, что разнообразие флавоноидов выявлено в растениях, издревле применяемых в народной медицине [7; 8; 10].

Среди веществ Р-витаминной группы по антиоксидантной активности первое место, по результатам ряда исследований, занимает дигидрокверцетин, который является восстановленной формой кверцетина.

Дигидрокверцетин определен эталонным продуктом, его АОА проявляется при концентрациях 10⁻⁴ – 10⁻⁵ [5; 8; 11]. Это минимальная концентрация вещества с АОА по сравнению со всеми известными антиоксидантами – натуральными и синтетическими. Результаты отечественных ученых были подтверждены в двух независимых лабораториях США – Advanced Botanical Consulting&Testing, Inc., Brunswick Laboratories (2008-2009). В России в настоящее время продукт, содержащий 90-98% дигидрокверцетина, получают из комлевой части сибирской даурской лиственницы [8; 12].

Очень интересным растением по составу биофлавоноидов представляется касатик тонколиственный (*Iris tenuifolia*), произрастающий в труднодоступных местах Южно - Гобийской пустыни. Со времен Ибн Сины [4] он занимает особое место в профилактике и лечении заболеваний почек и мочевыделительной системы. Упоминание о его целебных свойствах можно найти во многих

литературных источниках, уходящих в века. Гиппократ назвал это растение «Ирис» в честь богини Ириды за радужное многообразие цветков. Наиболее распространенным названием является «касатик», то есть дорогой, любимый, желанный [6].

В сырье, полученном из корневища южногубийского касатика тонколистного содержится 14 биофлавоноидов: тенуифодион, тенуифон, изалпинин, алпинон, арборинон, ирилин, иризон А, иризон В, бетавилгарин, β -ситостерол, - 5,7-дигидроксид-2,6-диметоксидизофлаванон, 2,5-дигидроксид-6,7-метиленидиоксидфлаванон, иризонид А, этил- β -D-глюкопиранозид. Высокой антиоксидантной активностью обладают три вещества: тенуифон (изофлавоноид), изалпинин (флавоноид), дигидроксид-2,6-диметоксидизофлаванон [14; 15; 16; 18; 22; 23].

В Монголии на протяжении многих веков касатик тонколистный применяли в качестве нефропротективного средства. В 90-е годы XX столетия монгольскими врачами было проведено несколько клинических исследований, достоверно показавших нефропротективный эффект этого средства [2; 9; 13; 24]. В России выполнено два клинических исследования [3; 6], в которых также подтвержден нефропротективный эффект.

Из вышесказанного становится понятным, что актуальной проблемой современного здравоохранения является расширение ассортимента средств растительного происхождения за счет использования растительного сырья. В связи с вышеобозначенным актуальной представляется проблема поиска новых растительных веществ, изучения их АОА и разработка новых лекарственных средств.

В настоящей работе проведено сравнительное определение АОА натуральных антиоксидантов, то есть лекарственных средств природного происхождения - дигидрокверцетина (АО Аметис), нефромона плюс и валемидина плюс (Фармамед ООО), и препаратов, получаемых синтетическим путем, - витамина С и полиоксидония (азоксимера бромид). Следует отметить, что корневища лиственницы и ириса – сырье для получения лекарственных средств дигидрокверцетина и нефромона не является фармакопейным в России. Однако оно входит в ряд ведущих зарубежных фармакопей, и препараты на их основе широко применяются в западноевропейской медицине.

Дигидрокверцетин получают путем экстрагирования щепы, полученной из комлевой части даурской лиственницы (*Lárix dahúrica*), 90,1% и 99,5% степени очистки [8; 12].

В состав лекарственного средства Нефромон кроме экстракта из сухой травы с корнями и корневищами касатика тонколистного (*Iris tenuifolia*) входят ксилит, аскорбиновая кислота, сорбат калия, вода. Экстракт получают путем экстракции 30-70% водным раствором многоатомного спирта [6].

Валемидин плюс был выбран для оценки антиоксидантной активности потому, что в его состав включен дигидрокверцетин помимо валерианы, пустырника, боярышника, синюхи, мяты перечной.

Препаратами сравнения были выбраны синтетические лекарственные средства витамины С и полиоксидоний.

Методика. Антиоксидантную (антирадикальную) активность исследуемых образцов измеряли с использованием метода ORAC (Oxygen Radical Absorption Capacity). Это один из наиболее используемых в настоящее время флуориметрических методов определения адсорбционной емкости по отношению к радикал кислорода. Метод был разработан в Национальном институте старения Гохуа Као и Рональдом Прайером [20]. Метод основан на измерении интенсивности флуоресценции определенного соединения и ее изменении от времени протекания реакции. В присутствии соединений, связывающих кислородные радикалы, увеличивается время флуоресценции вследствие защитного действия АО. Количественное определение АОА осуществляется по площади между двумя кривыми

Образцы инкубировали с 8,6 нМ раствором флуоресцеина (на 10 мМ фосфатном буфере, pH7,4) на протяжении 30 минут при 37°C. Измеряли базальную интенсивность флуоресценции с использованием спектрофлуориметрического планшетного ридера FLUOstar Omega (BMG Labtech, Германия) (Ex. 485 нм, Em. 520 нм). С помощью инжекторной системы прибора в лунки планшета вводили инициатор образования алкилперекисных радикалов ААРН (2,2'-азобис(2-амидинопропан)) до конечной концентрации 30 мМ [21], после чего продолжали измерение интенсивности флуоресценции до ее полного падения. Антирадикальную активность оценивали в виде светосуммы (площади под кривой изменения флуоресценции с течением времени).

Антирадикальная емкость исследуемых образцов была также выражена в тролокс-эквивалентах, в показателе, демонстрирующем количество эталонного антиоксиданта тролокса, требуемого для достижения аналогичного антирадикального эффекта микрограмму (для полиоксидония, дигидрокверцетина, витамина С) либо микролитру (для нефромона плюс, валемидина плюс) исследуемого антиоксиданта. Антиоксидантная активность эталонного вещества Тролокс была принята за единицу.

Результаты исследований и их обсуждение. В работе был проведен сравнительный анализ общей антирадикальной активности (ОАА) известных препаратов, используемых в медицине - витамина С и полиоксидония и новых лекарственных средств - дигидрокверцетина, Нефромона плюс, Валемидина плюс.

Результаты проведенных исследований показали, что все исследуемые вещества обладают ОАА. Максимальная ОАА была выявлена у дигидрокверцетина разной степени очистки – 90,1% и 99,5%. Причем достоверной разницы в ОАА между двумя образцами дигидрокверцетина разной степени очистки не выявлено. Так, ОАА дигидрокверцетина 90,1% составила 3,27 Тролокс эквивалент (мкг тролокса/мкг препарата), соответственно дигидрокверцетина 99,5% - 3,25 Тролокс эквивалент (таблица 1).

Высокая ОАА выявлена в двух лекарственных веществах Нефромон плюс и Валемидин плюс, соответственно – 1,40 и 1,42 Тролокс эквивалент (мкг тролокса/мкл препарата) (рисунок 2). Существенно ниже по сравнению с дигидрокверцетином оказалась АОА витамина С - в 3,6 раза, полиоксидония - в 6,5 раза (рисунок 1).

Таблица 1. Антиоксидантная активность препаратов, выраженная в тролокс – эквивалентах.

Тролокс эквивалент (мкг тролокса/ мкг препарата)	
Тролокс	1,0
Полиоксидоний	0,50
Дигидрокверцетин (99,5%)	3,25
Дигидрокверцетин (90,1%)	3,27
Витамин С	0,90
Тролокс эквивалент (мкг тролокса/ мкл препарата)	
Тролокс	1, 0
Нефромон плюс	1,40
Валемидин плюс	1,42

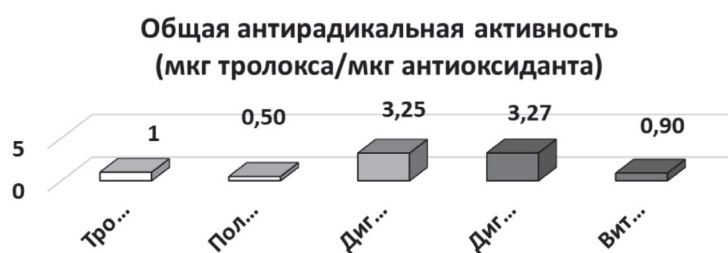


Рисунок 2. Общая антирадикальная активность (мкг тролокса/мкг антиоксиданта) дигидрокверцетина 90,1% и 99,5%, витамина С, полиоксидония.

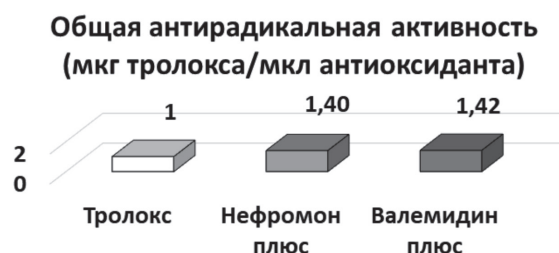


Рисунок 3. Общая антирадикальная активность (мкг тролокса/мкл лекарственного средства) Нефромона плюс и Валемидина плюс.

Таким образом, результаты наших исследований еще раз подтвердили литературные данные и заключения независимых лабораторий о высокой АОА дигидроквертецина. Лекарственные средства Нефромон плюс и Валемидин плюс, полученные на основе растительного сырья, обладают высокой антиоксидантной активностью, которая обусловлена уникальным составом растительных флавоноидов. Это дает возможность с большей уверенностью рекомендовать Нефромон плюс в качестве нефропротективного средства, Валемидин плюс – для устранения раздражительности, тревоги, уменьшения негативных последствий стресса. По мнению Тюкавкиной Н.А. в настоящее время имеются все возможности разработки на основе флавоноидов новых лекарственных препаратов путем модификации молекул, повышения их растворимости и биодоступности. Исследования эффективности флавоноидов свидетельствуют об их способности влиять на различные процессы жизнедеятельности, как отдельных клеток, так и организма в целом. В условиях эксперимента и в исследованиях на добровольцах получены достаточно убедительные свидетельства пер-

спективности использования некоторых флавоноидов в профилактике и в лечении различных заболеваний.

Список литературы:

1. Алиев О.И., Сидехменова А.В., Шаманаев А.Ю., и др. Механизмы гипотензивного действия дигидрокверцетина при артериальной гипертензии. //Бюлл.эксп.биологии и медицины. 2016. № 9.С. 75-78.
2. Болдсайхан Б. Монгол орны эмийн ургамлын нэвтэрхий толь. Монгол улсын шинжлэх ухаан, технологийн их сургуулийн. Улаанбаатар, 2004; 274.
3. Величкова Л.Н., Солёнова Е.А. Влияние препарата «Нефромон» на динамику биогенных аминов при хроническом пиелонефрите. Acta medica Eurasica 2017; 3: 18-24.
4. Ибн Сина (Авиценна). Канон врачебной науки. Изд. Академии наук Узбекской ССР. Ташкент 1960: Т.V; 21, 23, 27, 107, 135, 159, 160, 166, 222, 226. [Ibn-sina-(avicenna). Kanon vrachebnoj nauki. Izd.akademii nauk uzbekskoj sssr. Tashkent 1960: Т.V; 21, 23, 27, 107, 135, 159, 160, 166, 222, 226].
5. Конкина И.Г., Грабовский С.А., Муринов Ю.И., и др Сравнительная оценка реакционной способности

кверцетина и дигидрокверцетина по отношению к пероксильным радикалам // Химия растит. сырья. - 2011. - №3. - С. 2070 - 2086.

6. Леонтьева Н.В., Гербекова И.Д., Борлакова Л.М., и др. Нейропротективные свойства фитокомплекса на основе касатика тонколистного. // Нейрология. 2018. № 3. Т.22. С.65-71.

7. Леонтьева Н.В. Биофлавоноиды и их значение в медицине. // Сб. Актуальные вопросы внутренних болезней. СПб. 2015. С.64-65.

8. Леонтьева Н.В. Дигидрокверцетин – природный антиоксидант. Учебное пособие. // СЗГМУ. 2013. 30 с.

9. Лигаа У. Монголын уламжилт эмнэлэгт эмийн ургамлыг хэрэглэх арга ба жор (Лекарственные растения и рецепты из растительного сырья, применяемые в монгольской традиционной медицине). Улан-Батор 1997; (2): 395.

10. Сариева К.В., Лянгузов А.Ю., Галкина О.В., Ветровой О.В. Влияние тяжелой гипоксии на HIF1 и Nrf2-опосредованные механизмы антиоксидантной защиты в неокортексе крыс. // Нейрохимия 2019. Т.36. № 2. С.128-139.

11. Тараховский Ю.С., Ким Ю.А., Абдралилов Б.С., и др. Флавоноиды: биохимия, биофизика, медицина. - Synchronobook. Пушино. 2013. 308 с.

12. Тринеева О.В. Методы определения антиоксидантной активности объектов растительного и синтетического происхождения в фармации. // Разработка и регистрация лекарственных средств. 2017. № 4 (21). 180=197.

13. Тюкавкина Н.А., Колесник Ю.А., Руленко И.А., и др. Дигидрокверцетин как антиоксидант // Тезисы II Российского Нац. Конгресса «Человек и лекарство», М. - 1995. - С. 295.

14. Тюкавкина Н.А., Хуторянский В.А., Баженов Б.Н. Способ получения дигидрокверцетина. Пат. № 2091076 Россия. Оpubл. в Б.И. 1997 № 27.

15. Хурелбаатар Л., Бадамцэцэг Б., Гомжин А.М. и др. Лекарственное средство с нефропротекторным действием и способ его получения. Патент на изобретение. Дата публикации 10.12.2014.

16. Choudhary M.I., Nur-e-Alam M., Baig I., Akhtar F., et al. Atta-ur-Rahman. Four new flavones and a new isoflavone from *Iris bungei*. J Nat Prod. 2001. 64:857–860.

17. Choudhary M.I., Harrem S., Siddiqui H., et al. A benzy and isoflavone *Iris tenuifolia*. Photochemistry. 2008. 8. 1880-1885.

18. Cui Yan-Mei, Hui Wang, Quan-Ru Liu, et al. Flavans from *Iris tenuifolia* and their effects on β -amiloid aggregation and neural stem cells proliferation in vitro. Bioorganic and Medical Chemistry Letters. 2011. 21. 4400-4403.

19. Haider S.S., Nayar M.S. Arsenic induces oxidative stress, sphingolipidosis, depletes proteins and some antioxidants in various regions of rat brain. Kathmandu Univ Med J. 2008 Jan-Mar;6 (1):60-9.

20. Kohma K., Gombosurengyin P., Ondognyi P., et al. Flavanones from *Iris tenuifolia*. Phytochemistry. 1997. 44:711–714.

21. Prabhar M.C., Santhikrupa D., ManasaN, et al. Status of free radicals and antioxidants in leprosy patients. Indian Lep.J. 2013 Jan-Mar;85 (1):5-9.

22. Prior R.L., Wu X., and Schaich K., “Standardized methods for the determination of antioxidant capacity and phenolics in foods and dietary supplements”. J Agric Food Chem 53. 4290 - 4302. 2005.

23. Salwa F. / Farag., Yuka Kimura, Hideyuki Ito, et al. New isoflavone glycosides from *Iris spuria* l. (Calizona) cultivated in Egypt. J.of Natural Medicines. January. 2009. 63-91.

24. Shatar S., Altansetseg Sh., Javzmaa N. et al. The Essential Oils of Some Traditional Plants from Mongolia. Materials of the III International Scientific Conference Traditional Medicine: a Current Situation and Perspectives of Development (Ulan-Ude).2008; 41-42.

25. Shatar S., Javzmaa N., Radnaeva L.D. et al. Chemotypical Character of the Essential Oils from Some Imported Plants Used in Mongolian Traditional Medicine. Materials of the III International Scientific Conference (Ulan-Ude). 2008; 43-44.

26. Zhang Y., Liu L., Yi X., et al. Oxidative stress-induced calreticulin expression and translocation: new insights into the destruction of melanocytes. 2014 Jan;134(1):183-191. doi: 10.1038/jid.2013.268. Epub 2013 Jun 14. J. Invest. Dermatol.

References:

1. Aliev O.I., Sidehmenova A.V., Shamanaev A.Ju., i dp. Mehanizmy gipotenzivnogo dejstvija digidrokvercetina pri arterial'noj gipertenzii. //Bjull.jeksp.biologii i mediciny. 2016. № 9.S. 75-78. (in Russian)

2. Boldsajhan B. Mongol orny jemijn urgamlyn njevtjerhij tol'. Mongol ulsyn shinzhljeh uhaan, tehnologijn ih surguulijn. Ulaanbaatar, 2004; 274. (in Russian)

3. Velichkovska L.N., Soljonova E.A. Vlijanie preparata «Nefromon» na dinamiku biogennyh aminov pri hronicheskom pielonefrite. Acta medica Eurasica 2017; 3: 18-24. (in Russian)

4. Ibn Sina (Avicenna). Kanon vrachebnj nauki. Izd. Akademii nauk Uzbekskoj SSR. Tashkent 1960: T.V; 21, 23, 27, 107, 135, 159, 160, 166, 222, 226. [Ibn-sina-(avicenna). Kanon vrachebnj nauki. Izd.akademii nauk uzbekskoj ssr. Tashkent 1960: T.V; 21, 23, 27, 107, 135, 159, 160, 166, 222, 226]. (in Russian)

5. Konkina I.G., Grabovskij S.A., Murinov Ju.I., i dp. Sravnitel'naja ocenka reakcionnoj sposobnosti kvercetina i digidrokvercetina po otnosheniju k peroksil'nym radikal'm // Himija rastit. syr'ja. - 2011. - №3. - S. 2070 - 2086. (in Russian)

6. Leont'eva N.V., Gerbekova I.D., Borlakova L.M., i dp. Nefroprotektivnye svojstva fitokompleksa na osnove kasatika tonkolistnogo. // Nefrologija. 2018. № 3. Т.22. S.65-71. (in Russian)

7. Leont'eva N.V. Bioflavonoidy i ih znachenie v medicine. // Sb. Aktual'nye voprosy vnutrennih boleznej. SPb. 2015. S.64-65. (in Russian)

8. Leont'eva N.V. Digidrokvercetin – prirodnyj antioksidant. Uchebnoe posobie. // SZGMU. 2013. 30 s. (in Russian)

9. Ligaа U. Mongolyn ulamzhilt jemijnjegt jemijn urgamlyg hjerjegl'jeh arga ba zhor (Lekarstvennye rastenija i recepty iz rastitel'nogo syr'ja, primenjaemye v mongol'skoj tradicionnoj medicine). Ulan-Bator 1997; (2): 395. (in Russian)

10. Sarieva K.V., Ljanguzov A.Ju., Galkina O.V., Vetrovoj O.V. Vliyanie tjazhelej gipoksii na HIF1 i Nrf2-oposredovannye mehanizmy antioksidantnoj zashhity v neokortekse krys. // *Nejrohimija* 2019. T.36. № 2. S.128-139. (in Russian)
11. Tarahovskij Ju.S., Kim Ju.A., Abdrasilov B.S., i dp. Flavonoidy: biohimija, biofizika, medicina. - Synchrobook. Pushhino. 2013. 308 s. (in Russian)
12. Trineeva O.V. Metody opredelenija antioksidantnoj aktivnosti ob'ektov rastitel'nogo i sinteticheskogo proishozhdenija v farmacii. // *Razrabotka i registracija lekarstvennyh sredstv*. 2017. № 4 (21). 180-197. (in Russian)
13. Tjukavkina N.A., Kolesnik Ju.A., Rulenko I.A., i dp. Digidrokvercetin kak antioksidant // *Tezisy II Rossijskogo Nac. Kongressa «Chelovek i lekarstvo»*, M. - 1995. - S. 295. (in Russian)
14. Tjukavkina N.A., Hutorjanskij V.A., Bazhenov B.N. Sposob poluchenija digidrokvercetina. Pat. № 2091076 Rossiya. Opubl. v B.I. 1997 № 27. (in Russian)
15. Hurelbaatar L., Badamcjecjeg B., Gomzhin A.M. i dr. Lekarstvennoe sredstvo s nefroprotektornym dejstviem i sposob ego poluchenija. Patent na izobretenie. Data publikacii 10.12.2014. (in Russian)
16. Choudhary M.I., Nur-e-Alam M., Baig I., Akhtar F., et al. Atta-ur-Rahman. Four new flavones and a new isoflavone from *Iris bungei*. *J Nat Prod*. 2001. 64:857-860.
17. Choudhary M.I., Harrem S., Siddiqui H., et al. A benziy and isoflavone *Iris tenuifolia*. *Photochemistry*. 2008. 8. 1880-1885.
18. Cui Yan-Mei, Hui Wang, Quan-Ru Liu, et al. Flavans from *Iris tenuifolia* and their effects on β -amiloid aggregation and neural stem cells proliferation in vitro. *Bioorganic and Medical Chemistry Letters*. 2011. 21. 4400-4403.
19. Haider S.S., Nayar M.S. Arsenic induces oxidative stress, sphingolipidosis, depletes proteins and some antioxidants in various regions of rat brain. *Kathmandu Univ Med J*. 2008 Jan-Mar;6 (1):60-9.
20. Kohma K., Gombosurengyin P., Ondogny P., et al. Flavanones from *Iris tenuifolia*. *Phytochemistry*. 1997. 44:711-714.
21. Prabhar M.C., Santhikrupa D., Manasa N., et al. Status of free radicals and antioxidants in leprosy patients. *Indian Lep.J*. 2013 Jan-Mar;85 (1):5-9.
22. Prior R.L., Wu X., and Schaich K., "Standardized methods for the determination of antioxidant capacity and phenolics in foods and dietary supplements". *J Agric Food Chem* 53. 4290 - 4302. 2005.
23. Salwa F. / Farag., Yuka Kimura, Hideyuki Ito, et al. New isoflavone glycosides from *Iris spuria* L. (Calizona) cultivated in Egypt. *J.of Natural Medicines*. January. 2009. 63-91.
24. Shatar S., Altansetseg Sh., Javzmaa N. et al. The Essential Oils of Some Traditional Plants from Mongolia. Materials of the III International Scientific Conference Traditional Medicine: a Current Situation and Perspectives of Development (Ulan-Ude). 2008; 41-42.
25. Shatar S., Javzmaa N., Radnaeva L.D. et al. Chemotypical Character of the Essential Oils from Some Imported Plants Used in Mongolian Traditional Medicine. Materials of the III International Scientific Conference (Ulan-Ude). 2008; 43-44.
26. Zhang Y., Liu L., Yi X., et al. Oxidative stress-induced calreticulin expression and translocation: new insights into the destruction of melanocytes. 2014 Jan;134(1):183-191. doi: 10.1038/jid.2013.268. Epub 2013 Jun 14. *J. Invest. Dermatol*.

ДИГИДРОКЕРЦЕТИННІІ, С ВИТАМІНІНІІ, НЕФРОМОН ПЛЮС, ВАЛЕМИДИН ПЛЮС, ПОЛІОКСИДОНІІДІІ АНТИОКСИДАНТТІІК БЕЛСЕНДІЛІГІНІІ САЛЫСТЫРМАЛЫ СИПАТТАМАСЫ

*¹ Н.В. Леонтьева, ² О.В. Ветровой

¹ И. И. Мечников атындағы Солтүстік-Батыс мемлекеттік медицина университеті, Ресей, Санкт-Петербург қ.

² Федералды мемлекеттік бюджеттік ғылыми мекеме

«Физиология институты И.П. Павлова» Ресей Ғылым академиясы, Ресей, Санкт-Петербург қ.

*Корреспондент автор: Н.В. Леонтьева. E-mail: leontyevanv@mail.ru

Түйінді

Адамның денсаулығын сақтау және өмір сүру ұзақтығын арттыру мәселесі ең өзекті мәселелердің бірі болып саналады. Денеді қалыпты жағдайда ақуыздар, липидтер және нуклеин қышқылдары пероксид тотығу арқылы үнемі жаңарып отырады. Бұл процестің белсенділігін бақылауды еркін радикалдармен тиімді әрекеттесуге қабілетті антиоксиданттар жүзеге асырады. Әр түрлі аурулардың патогенезінің бір буыны-тотығу стрессі, атап айтқанда пероксидті тотығуды белсендіру және эндогендік антиоксиданттар жүйесінің сарқылуы. Антиоксиданттарды емдік және профилактикалық мақсатта қолдану медициналық әдебиеттерде талқыланады. Еркін радикалды тотығу белсенділігін шектеуді қамтамасыз ететін құралдар арсеналында синтетикалық препараттар мен өсімдік тектес дәрілік заттар бар. Жұмыста емдік-профилактикалық тәжірибеде қолданылатын кейбір дәрілік заттардың антиоксиданттық белсенділігінің салыстырмалы сипаттамасы келтірілген.

Кілт сөздер: антиоксиданттық белсенділік, еркін радикалды тотығу, биофлавоноидтар, дигидрокерцетин, С дәрумені, нефромон плюс, полиоксидоний, валемидин.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF ANTIOXIDANT ACTIVITY OF DIHYDROQUERCETIN, VITAMIN C, NEPHROMONE PLUS, VALEMIDINE PLUS, POLYOXIDONIUM

*¹ N.V. Leontyeva, ² O.V. Vetrovoi¹ «I. I. Mechnikov Northwestern State Medical University», Russia, Saint Petersburg² Federal State Budgetary Institution of Science «I.P. Pavlov Institute of Physiology» of the Russian Academy of Sciences, Russia, St. Petersburg

*Corresponding author: N.V. Leontyeva. E-mail: leontyevanv@mail.ru

Summary

The problem of preserving health and increasing human life expectancy is considered one of the most urgent. In the body, under normal conditions, proteins, lipids and nucleic acids are constantly being updated by peroxidation. The activity of this process is controlled by antioxidants that can effectively interact with free radicals. One of the links in the pathogenesis of various diseases is oxidative stress, namely activation of peroxidation and depletion of the system of endogenous antioxidants. The use of antioxidants for therapeutic and preventive purposes is discussed in the medical literature. In the arsenal of means that limit the activity of free radical oxidation, there are synthetic drugs and herbal medicines. The paper presents a comparative characteristic of the antioxidant activity of some drugs used in therapeutic and preventive practice.

Key words: antioxidant activity, free radical oxidation, bioflavonoids, dihydroquercetin, vitamin C, nephromon plus, polyoxosidonium, valemidine.

УДК: 616.379-008.64
МРНТИ: 76.29.37.

DOI: 10.24412/2790-1289-2022-2-4752

ПРИМЕНЕНИЯ СУБЛИМИРОВАННОГО ВЕРБЛЮЖЬЕГО МОЛОКА «ШУБАТ» ПАЦИЕНТАМИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА, ОЦЕНКА ЕГО ЭФФЕКТИВНОСТИ ПО КЛИНИКО - ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАНИЯМ

¹ Н.Т. Джайнабаев, ¹ А.О. Сейдалин, *² Х.Ш. Кашикова¹ НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы² Каспийский Университет, Казахстан, г. Алматы

*Корреспондирующий автор: Х.Ш. Кашикова. E-mail: hadisha.kash@gmail.com

Аннотация

Исторически установлено, что верблюжье молоко было использовано кочевыми племенами около 5 тысяч лет назад. В тот период времени этот напиток был доступен только жителям Северной Африки и Ближнего Востока. На сегодняшний день продукт стал существенно доступен во многих регионах мира. Ученые в своих работах утверждают, что верблюжье молоко намного полезнее, чем другие виды.

Верблюжье молоко является натуральным продуктом, обладающим диетическими, а также лечебными свойствами. Поэтому оно широко используется в нетрадиционной медицине. В состав молока входят вещества, выводящие из организма человека различные соединения, провоцирующие развитие онкологических заболеваний, тем самым ученые доказали, что оно помогает в лечении рака и лейкемии. Также молоко применяют в период лечения язвы желудка, других проблем желудочно-кишечного тракта и туберкулеза, при проблемах с поджелудочной железой, печенью и кишечником, сахарном диабете.

Изучение клинических показателей пациентов с сахарным диабетом 2 типа явилось целью нашего исследования. Группу исследуемых составил 27 пациентов со средней степенью тяжести. Исследуемым пациентам ввели в рацион сублимированный шубат на протяжении 60 дней. По результатам проведенного лечения выявилось улучшение клинической симптоматики и лабораторных показателей пациентов, у которых в анамнезе было наличие заболевания сахарным диабетом. Анализ результатов исследования показал лечебно-диетический потенциал верблюжьего молока, который уникален благодаря качественному составу.

Ключевые слова: верблюжье молоко, шубат, сахарный диабет.

Введение. Издревле верблюжье молоко или как его называли шубат ценилось, как за питательные, так и за лечебные свойства. Многие учеными были исследованы микробиоты национальных молочнокислых продук-

тов, включая микробиоты шубата [1; 9]. Учеными было установлено, что верблюжье молоко способствует стабилизации сахарного диабета, потому что в нем высокое содержание концентрации инсулина. Академиком

Шармановым Т.Ш. и группой ученых были проведены исследования терапевтической ценности верблюжьего молока при лечении язвы желудка и гепатита [1]. Помимо этого, учеными [2] были проведены успешные исследования, с применением верблюжьего молока, хронического энтерита и дисбактериоза кишечника.

Состав верблюжьего молока является богатым источником белка, в который входят лизоцим, лактоферрин, лактопероксидаза, иммуноглобулины, а также протеин, который определяет пептидогликаны, обнаруженный только в верблюьем молоке [3]. Также, по результатам исследований обнаружено, что в верблюьем молоке содержится низкое количество β -казеина и отсутствует β -лактоглобулин, тем самым его могут употреблять пациенты, у которых аллергия на коровье молоко [1; 4]. В связи с тем, что лактоза верблюжьего молока легко подвергается метаболизму, по сравнению с коровьим молоком, его можно рекомендовать к употреблению пациентам с непереносимостью лактозы [4].

В коровьем молоке содержится в три раза меньше витамина С, чем в верблюьем, а в материнском – в полтора раза. По результатам исследований ученых в верблюьем молоке содержится высокая концентрация минеральных веществ, таких как натрий, калий, железо, медь, цинк, селен и магний [5]. Среднее значение содержания белков составило $4,02 \pm 0,1\%$, и изменяющимся от $3 \pm 0,3\%$ до $4,5 \pm 0,2\%$ – эти данные получены Abdel-Nameid, который исследовал пищевую ценность верблюжьего молока. Количество лактозы в верблюьем молоке составило $3,8 \pm 0,1\%$ и колебалось от $3,3 \pm 0,2\%$ до $4,7 \pm 0,3\%$. Лактоза – молочный сахар, является основным углеводом молока. Содержание влаги и содержание жира в молоке варьируется от $87,5 \pm 0,8\%$ до $91,6 \pm 0,6\%$ при среднем значении $89,5 \pm 0,4\%$ и $2,8 \pm 0,2\%$ с изменениями в диапазоне от $2 \pm 0,1\%$ до $3,4 \pm 0,3\%$ [6].

Так же учеными доказано о положительном действии верблюжьего молока – шубата при сахарном диабете, лечение с применением данных продуктов ведет к нормализации внутриклеточной функции поджелудочной железы, в результате чего количество больных с нормальным типом гликемических кривых увеличивается. У больных, которые употребляли шубат в домашних условиях в Казахстане наблюдались случаи снижения сахара в крови. Этот вопрос весьма важен и интересен в мировом масштабе, так как количество больных с сахарным диабетом в мире с каждым годом увеличивается. Поэтому стоит острая необходимость всестороннего изучения влияния верблюжьего молока и шубата на больных сахарным диабетом в клинических условиях.

Всем известен факт, что в списке причин смертности сахарный диабет расположен на третьем месте после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. По результатам 2021 года этой болезнью страдают около 527 миллиона человек во всем мире. Самолечение верблюжьим молоком является обычной практикой для диабетиков стран Африки, Азии и Ближнего Востока. В результате исследований было выявлено содержание высокой концентраций инсулина в верблюьем молоке – 150 U/ml . Инсулин присутствует так же в женском, коровьем и козьем молоке, но он расщепляется в кислой

среде желудка. Верблюжье же молоко не реагирует на кислоту желудка и тем самым не расщепляется и не формируется коагулят.

Применение верблюжьего молока – шубата будет так же эффективно при язве желудка, если принимать во внимание, что общепринятой причиной язвы является бактерия – то бактерицидные свойства верблюжьего молока будут весьма эффективны. В трудах ряда ученых-исследователей есть описание заживления язв у $57,5\%$ пациентов после употребления верблюжьего молока. Так же важное значение имеет шубат для лечения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, так как белок, распознающий пептидогликан (БРП), имеет родство с гепарином, что позволяет сделать вывод о его роли в развитии кровеносных сосудов (при заживлении ран).

Рост грамотрицательных бактерий замедляется благодаря синергическому воздействию БРП, лактопероксидазы и лактоферрина, например, *Helicobacter pylori*, вызывающих появление язвы. Лактопероксидаза активна как в желудке, так и в кишечнике благодаря тому, что она остается устойчивой к кислотности pH и расщеплению белка. Связующим звеном является и то, что основанием использования верблюжьего молока и шубата, при лечении рака желудка, послужил тот факт, что после лечения язвы желудка антибиотиками, наступает ремиссия рака желудка [7].

В связи с тем, что в верблюьем молоке отсутствует Р - Лактоглобулин и Р - Казеин его можно применять детям, страдающим от аллергии при отсутствии Р - Глобулина ассоциированного с белком молока.

Ротавирусная инфекция является самым опасным фактором, вызывающим диарею у маленьких детей и применение верблюжьего молока, которое обладает антибактериальным и антивирусным свойствами, воздействуют на бактерии желудочно-кишечного тракта. Насыщенный железом лактоферрин, который присутствует в верблюьем молоке, предотвращает рост микробов в кишечнике. Верблюжий БРП, возможно, тормозит рост грамположительных бактерий, таких как штаммов бацилл; молочнокислых бактерий (лактобациллы, лактококки, стрептококки и др.), которые могут вызывать диарею.

Для лечения респираторных заболеваний применяют лактоферрин, который содержится в верблюьем молоке. Большое количество простагландинов в составе верблюжьего молока является средством лечения респираторных заболеваний [4; 9].

Белки верблюжьего молока недостаточно исследованы, что видно из обзора специальной литературы. Сублимированная форма верблюжьего молока в виде порошка с применением современной инновационной технологии путем выпаривания при низкой температуре (до -50°C) с соответствующей пастеризацией производится в Казахстане. Производством данной продукции занимается компания ТОО «BB Partners». Благодаря данной технологии продукт сохраняет биологически ценные компоненты и увеличивается срок годности.

Цель исследования: изучение клинико - лабораторных показателей больных с сахарным диабетом со средней степенью тяжести на фоне применения шубата.

Материалы и методы исследования: Исследованы компонентный состав сухого верблюжьего молока, физико-химические характеристики, содержание липидов, аминокислот, витаминов и минералов хроматографическими методами анализов.

Сухое верблюжье молоко по органолептическим показателям однородный белый порошок, вкус и запах чистый, свойственный свежему пастеризованному молоку, консистенция молока мелкий сухой порошок. Пищевая ценность продукта на 100 г сухого молока составляет: белки - 4,08г, жиры - 5,64 г, лактоза - 4,72 г, антиоксиданты - 52,32 г.

Как известно, аминокислотным составом определяется биологическая и питательная ценность пищевого продукта, в первую очередь содержанием незаменимых аминокислот. Ниже приведен аминокислотный состав сухого сублимированного верблюжьего молока, в котором преобладают аминокислоты аргинин 72,0 мг/л, лейцин + изолейцин 10,0 мг/л, а также пролин 21,0 мг/л. Все незаменимые аминокислоты содержатся в нем.

Методом газохроматографического определения жирных кислот и холестерина в продуктах питания М-04-38-2009 проведены исследования по определению липидного состава сухого молока. Содержание жирных кислот в сухом кобыльем молоке обнаружены в коли-

честве 27, что показывают Результаты проведенных исследований.

27 пациентов с сахарным диабетом 2 типа составляют исследуемую группу, из них 10 мужчин и 17 женщин получили терапию шубатом, используемый в качестве дополнительной терапии. Был проведен комплекс общепринятых исследований, в котором все наблюдаемые принимали по 1 капсуле 3 раза в день. Он включал в себя анализ морфологии периферической крови, лабораторные исследования мочи. Тест на гликированный гемоглобин (HbA1c). Путем измерения крови натощак (ВБР) измеряли влияние шубата, на уровень сахара, тестируя уровень сахара в крови (2 НРГ) и гликозилированный гемоглобин (HbA1c) через 2 часа после приема пищи, выше 6,5% свидетельствовал о наличии СД II типа. Также оценивали в сыворотке С-пептид и изменение массы тела.

Также, пациентам было рекомендовано диетотерапия, физические нагрузки в зависимости от возраста, помимо приема «Шубат» в течение 2-х месяцев. Состояние пациентов улучшилось в результате приема «Шубат». Такие жалобы, как жажда, слабость, сонливость исчезли. У всех снизился аппетит. У всех пациентов отмечено уменьшение веса, что соответственно улучшило качество жизни. В динамике при контрольном исследовании

Таблица 1. Физико-химические показатели сухого сублимированного шубата.

Наименование показателей, единицы измерения	Фактические результаты	НД на методы испытаний
Физико-химические показатели:	4,08±0,06	ГОСТ 34454-2018
массовая доля белка, %	5,64±0,05	ГОСТ ISO 1736-2014
массовая доля жира, %	52,32±0,2	ГОСТ Р 54037-2010
содержание антиоксидантов, мг/10 г	4,72±0,2	ГОСТ 34304-2017
массовая доля лактозы, %	0,037±0,0007	ГОСТ Р 54635-2011
Витамины, мг/100 г	7,84±0,1	ГОСТ 34151-2017
А	0,12±0,002	ГОСТ EN 12822-2014
С		
Е	119,81±2,99	ГОСТ ISO 12081-2013
Минеральные элементы	25,1±0,37	ГОСТ ISO8070/IDF119-2014
Кальций	0,09±0,002	ГОСТ ISO8070/IDF119-2014
Магний	14,61±0,21	ГОСТ ISO/TS 6733-2015
Железо	0,37±0,007	ГОСТ ISO/TS 6733-2015
Медь	92,03±1,84	ГОСТ ISO/TS 6733-2015
Цинк	66,1±1,32	ГОСТ Р 51482-99
Фосфор	181,4±3,62	ГОСТ ISO 80701/IDF119-2014
Натрий		ГОСТ ISO 80701/IDF119-2014
Калий		ГОСТ ISO 80701/IDF119-2014

Таблица 2. Аминокислотный состав сухого сублимированного шубата по М-04-38-2009.

№	Компонент	Конц. мг/л	Масс. Доля аминокислот
1.	Аргинин	72,0	1,78±0,72
2.	Лизин	8,60	0,21±0,07
3.	Тирозин	7,50	0,19±0,06
4.	Фенилаланин	6,10	0,17±0,06
5.	Гистидин	5,50	0,14±0,07
6.	Лейцин+изолейцин	10,0	0,25±0,07
7.	Метионин	4,50	0,11±0,04
8.	Валин	7,00	0,18±0,07
9.	Пролин	21,0	0,51±0,14
10.	Треонин	7,30	0,18±0,07
11.	Серин	8,40	0,21±0,06
12.	Аланин	4,10	0,10±0,03
13.	Глицин	1,90	0,05±0,02

Таблица 3. Жирно-кислотный состав сухого сублимированного шубата по ГОСТ 30623-98

№	Компонент	Концентрация, %
1.	Methyl Butyrate	2,10
2.	Methyl hexanoate	83,254
3.	Methyl decanoate	0,054
4.	Methyl undecanoate	0,0336
5.	Methyl Laurate	0,0653
6.	Methyl Tridecanoate	0,0107
7.	Myristoleic acid methyl	0,1588
8.	Methyl Myristate	0,054
9.	Cis-10-Pentadecenoic acid methyl ester	1,9115
10.	Methyl Pentadecanoate	0,1453
11.	Methyl Palmitoleate	0,3316
12.	Methyl Palmitate	0,4521
13.	Cis -10-Heptadecenoic acid methyl ester	2,5458
14.	Methyl Heptadecanoate	2,3258
15.	Gamma Linolenic acid methyl	0,3102
16.	Methyl Linolenate	0,1081
17.	Linolelaidic acid methyl ester	1,4193
18.	Cis-9-Oleic acid methyl	4,0838
19.	Trans -9- Elaidic acid methyl ester	0,3342
20.	Methyl Stearate	0,1262
21.	Methyl cis -5.8.11.14.17 - Eicosapentaenoate	0,00453
22.	Methyl cis -5.8.11.14 - Eicosatetraenoic	0,0865
23.	Cis -11.14.17 - Eicosatrienoic acid methyl ester	0,0041
24.	Cis -8.11.14 - Eicosatrienoic acid methyl ester	0,0164
25.	Cis -11.14 - Eicosadienoic acid methyl ester	0,00503
26.	Methyl cis -11 Eicosenoate	0,0091
27.	Methyl Heneicosanoate	0,01176
		Σ 99,99

Таблица 3. Жирно-кислотный состав сухого сублимированного шубата по ГОСТ 30623-98

Количество пациентов	Возраст	Мужчины	Женщины	Содержание глюкозы крови	
				до	после через 2 мес
27	45-65	10	17	7-10 ммоль/л	6,2-7,0 ммоль/л

показателей глюкозы крови отмечено его снижение. В таблице 4 отражены данные анализов глюкозы крови до и после приема шубата.

Результаты исследования и их обсуждение. Энергетическая ценность в 100 г готового продукта, согласно анализу физико-химического состава, сухого сублимированного верблюжьего молока-шубата: 86,50кКал/362 кДж, пищевая ценность в 100 г готового продукта: белки 4,11 г, углеводы -5,45г, жиры - 5,53 г. Важным углеводом молока является молочный сахар – лактоза, количество которого в верблюьем молоке составило 4,72±0,2%. Улучшение клинической симптоматики у всех пациентов были показаны результатами исследования. Глюкоза в крови снижалась натошак на 2, 4 и 6 неделе. HbA1c снизился на 1,42% к концу 8 недели лечения.

Использование «Шубат» в дозе 1,2 г / день также показало улучшение всех измеряемых параметров. Тем не менее, увеличение полезности дозы 2,4 г в день, 3,6 г в день молока не наблюдалось. Результаты данного исследования показывают, что дозу молока 2,4 г в день рекомендовано дополнительно применять к гипогликемическим средствам диабетикам 2 типа.

Выводы. Эффективность применения сухого сублимированного верблюжьего молока - «Шубат» при сахарном диабете 2 типа показало данное исследование, что связано с его уникальным качественным составом. Молоко верблюдицы улучшает состояние больных сахарным диабетом 2 типа. В частности у людей снижается резистентность к инсулину при употреблении данного продукта. В отличие от других, употребление этого вида молока не поднимает уровень сахара в крови выше нормы. В связи с естественным прогрессированием сахарного диабета 2 типа необходимо принимать «Шубат» в комплексе с общей терапией, диетотерапией и физическими нагрузками для поддержания хорошего гликемического контроля, что дает возможность рекомендовать его прием при сахарном диабете.

Список литературы:

1. Шарманов Т.Ш., Жангабылов А.К. Лечебные свойства кумыса и шубата. – Алма-Ата: Гылым, 1991. – 176 с.
2. Черняев С.И. Разработка новых функциональных молочных продуктов. – М.: ГВЦ Минсельхоза России, 2002. – 300с.

3. AbdAlmageed E.S.T.E. Properties of milk powder made from the milk of cow, goat and camel: a dissertation of M.Sc in Food Science and Technology / University of Khartoum. – Khartoum, 2009. – P. 1-3.

4. Thomas M.E.C., Scher J., Desobry S. Milk powder ageing: effect on physical and functional properties // Critical Reviews in Food Science and Nutrition. – 2004. – Vol.44, № 5. – P. 297-322.

5. Wu H., Guang X., Al-Fageeh M.B. et al. Camelid genomes reveal evolution and adaptation to desert environments // Nature Communications. – 2014. – № 5. – P. 51-88.

6. Gader A.G.M.A., Abdulqader A.A. The unique medicinal properties of camel products: A review of the scientific evidence // Journal of Taibah University Medical Sciences. – 2016. – Vol.11, № 2. – P. 98-103.

7. Brezovečki A., Čagalj M., Dermić Z.F., Mikulec N., Ljolić D.B., Neven A. Camel milk and milk products // Mljekarstvo. – 2015. – Vol.65, № 2. – P. 81-90.

8. Ahmed A.A.H., Sayed R.G., Sayed M. Nutritional value and sanitary evaluation of raw Camel's milk // Emir. J. Food Agric. – 2014. – Vol.26, № 4. – P. 317-326.

9. Khaskheli M., Arain M.A., Chaudhry S., Soomro A.H., Qureshi T.A. Physicochemical quality of camel milk // Journal of Agriculture & Social Sciences. – 2005. – Vol.1, № 2. – P.164-166.

10. <https://foodandhealth.ru/molochnye-napitki/verblyuzhe-moloko/>.

References:

1. Sharmanov T.Sh., Zhangabylov A.K. Lechebnye svoystva kumysa i shubata. – Alma-Ata: Fylym, 1991. – 176 s.

2. Chernjaev S.I. Razrabotka novykh funktsional'nykh molochnykh produktov. – M.: GVC Minsel'hoza Rossii, 2002. – 300 s.

3. AbdAlmageed E.S.T.E. Properties of milk powder made from the milk of cow, goat and camel: a dissertation of M.Sc in Food Science and Technology / University of Khartoum. – Khartoum, 2009. – P. 1-3.

4. Thomas M.E.C., Scher J., Desobry S. Milk powder ageing: effect on physical and functional properties // Critical Reviews in Food Science and Nutrition. – 2004. – Vol.44, № 5. – P. 297-322.

5. Wu H., Guang X., Al-Fageeh M.B. et al. Camelid genomes reveal evolution and adaptation to desert environments // Nature Communications. – 2014. – № 5. – P. 51-88.

6. Gader A.G.M.A., Abdulqader A.A. The unique medicinal properties of camel products: A review of the scientific evidence // Journal of Taibah University Medical Sciences. – 2016. – Vol.11, № 2. – P. 98-103.

7. Brezovečki A., Čagalj M., Dermić Z.F., Mikulec N., Ljolić D.B., Neven A. Camel milk and milk products // Mljekarstvo. – 2015. – Vol.65, № 2. – P. 81-90.

8. Ahmed A.A.H., Sayed R.G., Sayed M. Nutritional value and sanitary evaluation of raw Camel's milk // Emir. J. Food Agric. – 2014. – Vol.26, № 4. – P. 317-326.

9. Khaskheli M., Arain M.A., Chaudhry S., Soomro A.H., Qureshi T.A. Physicochemical quality of camel milk // Journal of Agriculture & Social Sciences. – 2005. – Vol.1, № 2. – P.164-166.

10. <https://foodandhealth.ru/molochnye-napitki/verblyuzhe-moloko/>.

2-ТИПТІ ҚАНТ ДИАБЕТІ БАР ПАЦИЕНТТЕРДІҢ «ШҰБАТ» СУБЛИМАЦИЯЛАНҒАН ТҮЙЕ СҮТІН ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ, ОНЫҢ ТИІМДІЛІГІН КЛИНИКАЛЫҚ-ЗЕРТХАНАЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕР БОЙЫНША БАҒАЛАУ

¹Н.Т. Джайнакбаев, ¹А.О. Сейдалин, ^{*2}Х.Ш. Кашикова

¹«Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МЕМБМ, Қазақстан, Алматы қ.

²Каспий Университеті, Қазақстан, Алматы қ.

**Корреспондент автор: Х.Ш. Кашикова. E-mail: hadisha.kash@gmail.com*

Түйінді

Тарихи деректерге сүйенсек, көшпелі тайпалар түйе сүтін 5 мың жыл бұрын қолданған. Сол ежелгі уақытта сусын тек Солтүстік Африка мен Таяу Шығыс тұрғындары үшін қол жетімді болған. Бүгінгі таңда өнімнің қол жетімділік географиясы едәуір кеңейді. Көптеген ғалымдар сүттің бұл түрі басқаларға қарағанда әлдеқайда пайдалы деп санайды [10].

Түйе сүті - диеталық және емдік қасиеттері бар табиғи өнім. Түйе сүті дәстүрлі емес медицина саласында да кеңінен қолданылады. Түйе сүтінің қатерлі ісік пен лейкозды емдеуге көмектесетін қабілеті бар екендігі ғылыми дәлелденген, өйткені организмнен қатерлі ісік ауруын тудыратын қосылыстарды кетіретін заттар бар. Сонымен қатар, мұндай сүт туберкулезді, жараларды және асқазан - ішек жолдарының басқа да проблемаларын емдеу кезінде қолданылады. Бұл өнімді ұйқы безі, бауыр және ішек проблемалары үшін, сондай-ақ қант диабеті үшін пайдалану ұсынылады.

Зерттеудің мақсаты 2 типті қант диабеті бар пациенттердің клиникалық көрсеткіштерін зерттеу болды. Зерттеу тобына орташа ауырлықтағы 21 пациент кірді. Науқастар сублимацияланған шұбатты 60 күн бойы қабылдаған. Жүргізілген емдеу нәтижесінде қант диабеті бар барлық пациенттерде клиникалық симптомдар мен зертханалық көрсеткіштердің жақсаруына қол жеткізілді. Зерттеу нәтижелері бірегей сапалы құрамының арқасында түйе сүтінің емдік-диеталық әлеуетін көрсетті.

Кілт сөздер: түйе сүті, шұбат, қант диабеті.

EXPERIENCE IN THE USE OF FREEZE-DRIED CAMEL MILK «SHUBAT» BY PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS, EVALUATION OF ITS EFFECTIVENESS ACCORDING TO CLINICAL AND LABORATORY INDICATIONS

¹N.T. Jainakbayev, ¹A.O. Seidalin, ^{*2}Kh.Sh Kashikova
¹NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty
²Caspian University, Kazakhstan, Almaty

**Corresponding author: Kh.Sh Kashikova. E-mail: hadisha.kash@gmail.com*

Summary

According to historical data, nomadic tribes used camel milk 5 thousand years ago. In those ancient times, for obvious reasons, the drink was available only to residents of North Africa and the Middle East. Today, the geography of product availability has significantly expanded. Many scientists claim that this type of milk is much healthier than others [10].

Camel milk is a natural product that has dietary and medicinal properties. Camel milk is also widely used in the field of alternative medicine. It has been scientifically proven that camel milk has the ability to help in the treatment of cancer and leukemia, due to the presence of substances that remove compounds from the body that provoke the development of cancer. In addition, such milk is used during the treatment of tuberculosis, ulcers and some other gastrointestinal problems. It is recommended to use this product for problems with the pancreas, liver and intestines, as well as diabetes mellitus.

The aim of the study was to study the clinical parameters of patients with type 2 diabetes mellitus. The study group consisted of 21 patients with moderate severity. Patients took freeze-dried shubat for 60 days. As a result of the treatment, an improvement in clinical symptoms and laboratory parameters was achieved in all patients with diabetes mellitus. The results of the study showed the therapeutic and dietary potential of camel milk, due to its unique qualitative composition.

Key words: camel milk, fur coat, diabetes mellitus.

УДК: 618.3

МРНТИ: 76.29.48.

DOI: 10.24412/2790-1289-2022-2-5258

HELLP-СИНДРОМ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

¹Г.Н. Балмагамбетова, ^{*1}Ф.Т. Шалкарбекова, ²Б.Р. Абилямжинова,
¹Ж.Т. Ахмедияр, ¹А.Т. Омаржан, ¹Ш.Р. Эrsa

¹НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы

²ГКП на ПХВ «Центр перинатологии и детской кардиохирургии»,
Казахстан, г. Алматы

**Корреспондирующий автор: Ф.Т. Шалкарбекова. E-mail: ferizat_93@mail.ru*

Аннотация

HELLP-синдром тяжелое осложнение беременности для которого характерна триада симптомов: Н – hemolysis (гемолиз), EL – elevated liver enzymes (повышение активности печеночных ферментов), LP – low level platelet (тромбоцитопения). HELLP-синдром среди беременных с гестозами развивается у 4-12% случаев, по обобщенным данным мировой литературы в 2-20% случаев беременности. HELLP-синдром развивается в 3-м триместре беременности на 33-35 неделе. В 30% случаев он развивается в основном до 7 суток, чаще в течение 48 часов после родов и наблюдается у повторнородящих с гестозами, чаще в возрасте старше 25 лет. На сегодняшний день патогенез синдрома окончательно не изучен. Вероятнее всего, он развивается при сочетании ряда факторов, усугубляемых течением гестоза. Пусковым моментом в развитии HELLP-синдрома становится уменьшение выработки простагличина на фоне аутоиммунной реакции, возникшей вследствие воздействия антител на клеточные элементы крови и эндотелий. Это приводит к микроангиопатическим изменениям внутренней оболочки сосудов и высвобождению плацентарного тромбопластина, который поступает в кровоток матери. Параллельно с повреждением эндотелия возникает спазм сосудов, провоцирующий ишемию плаценты. Таким образом HELLP - синдром приводит к крайней степени активации процессов системного воспаления и повреждения органов, то есть полиорганной недостаточности.

Ключевые слова: HELLP - синдром, преэклампсия, тяжелые гестозы, гемолиз.

Введение. Придчард в 1954 году впервые описал три случая гестоза, при которых наблюдался внутрисосудистый гемолиз, тромбоцитопения и нарушение функции печени [1]. А.Вайнштейн в 1982 году выделил синдром в отдельную нозологическую единицу, связывая при-

веденные нарушения с тяжелой формой преэклампсии и эклампсии [3]. При этом под тяжелой преэклампсией подразумевали состояние, когда уровень артериальной гипертензии составляет 160/110 мм. рт. ст. и более, в сочетании с протеинурией (5 г/сутки) и олигурией.

Цель: Привлечение внимания врачей акушер – гинекологов к своевременной постановке диагноза и проведении профилактики тяжелых гестозов.

Материал исследования:

1. Опубликованные научно - исследовательские работы в отечественной и зарубежной литературе, посвященные проблеме HELLP – синдрома.

2. История родов 3 пациенток с HELLP синдромом состоявшихся в ГКП на ПХВ «Центр перинатологии и детской кардиохирургии» (г. Алматы) в период с 2020-2021 гг.

Метод исследования:

1. Проведение литературного образа.

2. Ретроспективный анализ историй родов по ряду критериев.

HELLP-синдром - тяжелое осложнение беременности, для которого характерна триада признаков: H – hemolysis (гемолиз), EL – elevated liver enzymes (повышение активности печеночных ферментов), LP – low level platelet (тромбоцитопения) [12]. Pritchard в 1954 году впервые описал три случая гестоза, при которых наблюдался внутрисосудистый гемолиз, тромбоцитопения и нарушение функции печени [1], а Гоблин и его соавторы в 1978 году связали проявления данной патологии с гестозами беременных, и назвал это заболевание великим подражателем [2]. А.Вайнштейн в 1982 году выделил синдром в отдельную нозологическую единицу, связывая приведенные нарушения с тяжелой формой преэклампсии и эклампсии [3]. При этом под тяжелой преэклампсией подразумевали состояние, когда уровень артериальной гипертензии составляет 160/110 мм. рт. ст. и более, в сочетании с протеинурией (5 г/сутки) и олигурией. HELLP-синдром среди беременных с гестозами развивается у 4-12% [4; 5]. По обобщенным данным мировой литературы в 2-20% случаев характеризуется высокой материнской и перинатальной (7,9%) смертностью. Синдром HELLP обычно возникает в 3-м триместре беременности на 33-35 неделе. В 30% случаев он развивается в основном до 7 суток, чаще в течение 48 часов после родов. Чаще наблюдается у повторнородящих с гестозами, в возрасте старше 25 лет, имеющих осложнения во время и до беременности.

Классификацию HELLP-синдрома.

1. П.А.Ван Дам и соавторы разделяют больных по лабораторным показателям на 3 группы: с явными, подозреваемыми и скрытыми признаками внутрисосудистой коагуляции [6].

2. По сходному принципу ДЖ.Н. Мартин [7] подразделяют на два класса или классификация по Миссисипи.

- Первый класс - концентрация тромбоцитов в крови составляет менее 50 x 10⁹/л.

- Второй класс - концентрация тромбоцитов в крови равна 50-100 x 10⁹/л.

3. Классификация системы Тенниса включает некоторые параметры крови; сывороточная аспартатаминотрансфераза (АСТ) > 70 ME / л, ЛДГ > 600 ME / л и тромбоциты <100 000 / мкл.

Патогенез HELLP синдрома. На сегодняшний день патогенез окончательно не изучен. Вероятнее всего он развивается при сочетании ряда факторов, усугубляе-

мых течением гестоза. Некоторые авторы рассматривают беременность как один из вариантов аллотрансплантации, а синдром HELLP как аутоиммунный процесс.

Отмечают возможные причины развития HELLP-синдрома [8]:

- Иммуносупрессия (депрессия Т-лимфоцитов и В-лимфоцитов);
- Аутоиммунная агрессия (антитромбоцитарные, антиэндотелиальные АТ);
- Уменьшение отношения простаглицлин/тромбоксан (снижение продукции простаглицлинстимулирующего фактора);
- Изменения в системе гемостаза (тромбоз сосудов печени);
- АФС;
- Генетические дефекты ферментов печени;
- Применение лекарственных препаратов (тетрацилин, хлорамфеникол);

Выделяют следующие факторы риска развития HELLP-синдрома:

- Возраст беременной старше 25 лет;
- Многоплодные женщины;
- Многоплодная беременность;
- Наличие выраженной соматической патологии.

Пусковым моментом в развитии HELLP-синдрома становится уменьшение выработки простаглицлина на фоне аутоиммунной реакции, возникшей вследствие воздействия антител на клеточные элементы крови и эндотелий. Это приводит к микроангиопатическим изменениям внутренней оболочки сосудов и высвобождению плацентарного тромбопластина, который поступает в кровоток матери. Параллельно с повреждением эндотелия возникает спазм сосудов, провоцирующий ишемию плаценты. Следующим этапом патогенеза синдрома HELLP становится механическое и гипоксическое разрушение эритроцитов, которые проходят через спазмированное сосудистое русло и подвергаются активной атаке антител. Таким образом HELLP синдром приводит к крайней степени активации процессов системного воспаления и повреждения органов, то есть полиорганной недостаточности.

По данным исследования К.А. Силливан, у женщин, перенесших HELLP - синдром, 23% случаев осложняются развитием преэклампсии или эклампсии, а в 19% случаев наблюдается рецидив HELLP-синдрома при последующей беременности [9]. Проведенные последующие исследования 1993, 2003 гг. свидетельствуют о меньшем риске повторного развития HELLP-синдрома. Однако они доказали, что в последующей беременности у женщин, перенесших HELLP синдром возникает риск преждевременных родов, невынашивания беременности и риск по перинатальной смертности [10].

Дифференциальная диагностика. Симптомы HELLP-синдрома необходимо дифференцировать с другими клиническими состояниями, при этом дифференциальный диагноз может оказаться сложной задачей. Акушер - гинеколог должен обратить внимание на особенности анамнеза (пиелонефрит с септициемией, холецистит, панкреатическая, кокаиновая интоксикация) и на поведение лабораторных отклонений,

Таблица 1. Симптомы HELLP синдрома.

Симптомы	Проявления
Специфические симптомы	Гемолиз. Увеличение печеночных ферментов. Тромбоцитопения
Неспецифические симптомы	Головная боль. Утомление. Недомогание. Тошнота, рвота. Боли в животе, в правом подреберье
Характерные симптомы	Желтуха. Рвота с кровью. Кровоизлияния в местах инъекций. Нарастающая печеночная недостаточность. Судороги

Таблица 2. Необходимый объем обследования при подозрении на HELLP синдром.

Гематологические	Гематокрит, тромбоциты, ПВ, АЧТВ, фибриноген, ПДФ, мазок красной крови, кровь и моча на свободный гемоглобин
Сердечно-сосудистая система	ЭКГ, эхокардиография
Функция печени	АСТ, АКТ, ЛДГ, ЩФ, билирубин (непрямой), глюкоза крови, УЗИ органов брюшной полости, КТ (при болях в эпигастральной области и правом подреберье)
Функция поджелудочной железы	Амилаза плазмы
Функция почек	Диурез, мочевины, креатинин, мочевины, мочевины
Фетоплацентарный комплекс	Мониторинг состояния плода, ультразвуковое исследование

подтверждающий вирусный гепатит, CIV. В некоторых случаях терапевтический подход может отличаться и ошибка или отсроченный диагноз может ухудшить материнский и перинатальный прогноз [11].

Дифференциальную диагностику HELLP следует проводить в первую очередь с такими заболеваниями, как: острой жировой дистрофией печени, внутрипеченочной холестатической желтухой, и заболеваниями, которые могут обостряться во время беременности - среди них синдром Бадда-Киари (тромбоз печеночных вен), вирусные заболевания, холелитиаз, хронический аутоиммунный гепатит, болезнь Вильсона-Коновалова (гепатоцеллюлярная дистрофия или гепатолентикулярная дегенерация).

В ЦПДКХ г. Алматы в период с 2020 г. по 2021 г. пролечено 11 пациенток с HELLP-синдромом (2020 г. - 7 случаев, 2021 г. - 4 случая). Из них наибольший клинический интерес заслуживает 3 случая.

Клинический случай 1. Беременная Н., 35 лет, жительница города Алматы встала на учет по поводу 2 беременности в сроке 18 недель. С 24 недель отмечала повышение АД. Принимала Допегит 1000 мг/сут. В сроке беременности 28 недель перенесла преэклампсию легкой степени. Из анамнеза: данная беременность вторая. При первой беременности была досрочно родоразрешена по поводу тяжелой преэклампсии в сроке 28-29 недель. Извлечен живой недоношенный плод массой 920,0 г - жив.

Поступила в ЦПДКХ с жалобами на общую слабость, заложенность носа, отеки на нижних и верхних конечностях в течении 2-х дней, на резкую локальную

болезненность в животе, кровянистые выделения из половых путей.

В течение недели отмечает нарастание отеков, в течение дня присоединилась головная боль. Локальная болезненность в животе отмечалась в течение часа, отсутствие шевеления плода в течение 20 минут. В связи с вышеуказанными жалобами была вызвана бригада скорой медицинской помощи, которая доставила беременную в ЦПДКХ.

Состояние при поступлении расценено как тяжелое - за счет клинических проявлений тяжелой преэклампсии, кровотечения из половых путей.

В приемном покое был выставлен диагноз: Беременность 30 недель + 4 дня. Тяжелая преэклампсия. Рубец на матке. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Кровотечение. Антенатальная гибель плода. Соп: Хронический пиелонефрит. Миопический астигматизм. Ожирение 1 степени. Фон.: Отягощенный акушерский анамнез.

Учитывая вышеуказанный диагноз, пациентке показано досрочное родоразрешение путем операции кесарева сечения в экстренном порядке.

Через 15 минут после поступления произведена операция: Лапаротомия по Джоэль-Кохену с иссечением старого кожного рубца. Кесарево сечение поперечным разрезом в нижнем сегменте матки. Наложение гемостатических швов по О-Лири. Дренирование брюшной полости.

Извлечен мертвый недоношенный плод с признаками задержки внутриутробного развития мужского пола массой 1060,0 г, ростом 44 см, без признаков мацерации.

Отправлен на патолого - анатомическое исследование.

В послеоперационном периоде в ОРИТ проводилась комплексная интенсивная терапия (антибактериальная, гипотензивная, магнезиальная терапии; симптоматическое лечение, гепатопротекторы, гормонотерапия, профилактика тромбоэмболических осложнений) и дальнейшее обследование пациентки.

На обзорной рентгенографии органов грудной клетки: Правосторонняя нижнедолевая пневмония, ст. инфильтрации. Интерстициальные изменения в легких.

На УЗИ ОМТ: Послеоперационный период. Свободной жидкости в позадиматочном пространстве не выявлено.

На УЗИ ОБП и забрюшинного пространства, плевральных полостей: Застой желчи. Признаки панкреатита. Признаки «шоковой почки» в плевральной полости жидкости нет.

Консультирована нефрологом, д.м.н., заведующим кафедры нефрологии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова - Шепетовым А.М.

Диагноз: ОПП, преренальная и ренальная форма. По классам RIFLE, класс F. Метаболический ацидоз.

Рекомендовано: Непрерывная заместительная почечная терапия (CRRT) с ультрафильтрацией.

С учетом развития HELLP синдрома, развития ОПП преренальной и ренальной формы, анурии в течении 12 часов развития волемической перегрузки правых отделов сердца, по жизненным показаниям больной была проведена непрерывная заместительная почечная терапия (CRRT) с ультрафильтрацией в течение 72 часов, в режиме CVVH, скорость кровотока - 150 мл/час, конвективная доза 45 мл/кг/час, скорость ультрафильтрации 100.0/час в течение 4-х суток.

В связи с улучшением состояния пациентки на 16 сутки переведена в профильное отделение, на 24 сутки пациентка была выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Клинический случай 2. Беременная Д. 26 лет, жительница г. Алматы, встала на учет в женскую консультацию по поводу 1 беременности в сроке 11 недель. В 1 триместре в бактериальном посеве мочи обнаружено: E coli 106 (антибактериальную терапию не получала). Из анамнеза страдает хроническим пиелонефритом, обострения во время беременности не отмечалось.

26.04.2020 г. в 17:20 мин была госпитализирована в родильный дом №1. Диагноз: Беременность 36 недель +4 дня. Ложные схватки. 27.04.2020 г. в 07 ч 00 мин беременная предъявила жалобы на подтекание околоплодных вод. По данным срочного лабораторного обследования установлено наличие повышенного уровня сывороточных печеночных трансаминаз в 6-7 раз (АСТ – 226; АЛТ – 284 U/L.) и гипокоагуляция. Создан консилиум. Выставлен диагноз: Беременность 36 недель+5дней. Тяжелая преэклампсия. HELLP синдром? Острый жировой гепатоз? Дородовый разрыв плодных оболочек. БП - 06 ч 00 мин. Хронический пиелонефрит ремиссия. Учитывая высокий риск развития материнских и перинатальных потерь, для родоразрешения и дальнейшего интенсивного лечения согласно приказа 173 МЗ РК «Стандарт организации оказания акушерско-

гинекологической помощи в Республике Казахстан» показан перевод в медицинское учреждение 3-го уровня регионализации. Переведена в ЦПДКХ.

Беременная Д. переведена в ЦПДКХ в 27.04.2020 г. 13ч 50 мин с жалобами на общую слабость, боли в правом подреберье, тошноту, регулярные схваткообразные боли внизу живота, подтекание околоплодных вод. Состояние женщины тяжелое. Выраженные отеки на передней брюшной стенке и на нижних конечностях. АД 130/90. В ОАМ: белок - 0,061 г/л. Матка в форме продольного овоида. Выставлен диагноз: Осн: Беременность 36 недель+5 дней. 1 период родов. Тяжелая преэклампсия? HELLP синдром? Острый жировой гепатоз? Дородовый разрыв плодных оболочек. БП - 07 ч 00 мин. Хронический пиелонефрит ремиссия.

27.04.2020 г. произошли самопроизвольные преждевременные роды в затылочном предлежании живым недоношенным плодом мужского пола, с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов. Учитывая высокий риск кровотечения в/в введен Sol. Pabali 1.0 в/в. С информированного согласия женщины проведено активное введение 3 периода родов. Кровопотеря - 250,0 мл.

Учитывая тяжесть состояния родильницы, для дальнейшего наблюдения и лечения пациентка переведена в ОРИТ.

В раннем послеродовом периоде появились обильные кровянистые выделения из половых путей в количестве 500,0 мл и продолжают. Активирован протокол по борьбе с послеродовым кровотечением. Проведенные консервативные методы остановки кровотечения с эффектом. Кровопотеря 850,0 мл.

Выставлен диагноз: Ранний послеродовый период (1 сутки). Состояние после преждевременных родов в сроке 36 недель+5 дней. Тяжелая преэклампсия. HELLP синдром. Острый жировой гепатоз? Коагулопатия. Осл: Кровотечение. Дородовый разрыв плодных оболочек. БП – 07 ч 15 мин. Соп: Хронический пиелонефрит ремиссия.

В условиях ОРИТ проводилась комплексная интенсивная терапия: антибактериальная, гипотензивная, магнезиальная; симптоматическое лечение, гепатопротекторы, гормонотерапия, профилактика тромбоэмболических осложнений; проводился контроль общего анализа крови, коагулограммы, КЩС в динамике, ЦВД. На фоне проводимой терапии, отмечалась стабилизация состояния пациентки. Проводилось контроль биохимической и общего анализа крови.

В динамике проведено УЗИ ОБП: (вокруг почки отмечается гипозохогенная зона, толщиной 0,65 см, отек, свободная жидкость в объеме - 560,0 мл, в плевральной полости справа в объеме - 480 мл, слева в объеме - 300 мл. Стенки тонкого кишечника утолщены, перистальтика слабая, отмечается маятникообразное движение. Жировая клетчатка забрюшного пространства утолщена, гипозохогенна, с прослойками свободной жидкости, в сальниковой сумке прослойки жидкости толщиной до 0,8 см. После совместного осмотра нефролога и уролога был выставлен диагноз: 2-х сторонний гидроторакс. Асцит. Гепатомегалия. Диффузные изменения ткани печени по типу острого гепатита. На 3-е

сутки с учетом развития почечной, печеночной недостаточности, риском перегрузки правых отделов сердца, развившейся полиорганной недостаточности больной по жизненным показаниям начато проведение непрерывной заместительной почечной терапии (CRRT) с ультрафильтрацией, которое проводилось в течение 96 часов под контролем клинко-лабораторных данных.

Учитывая показатели коагулограммы и общего анализа крови была проведена трансфузия 3-х доз СЗП, гемотрансфузия совместной по индивидуальной и резус совместимости донорских отмытых лейкофильтрованных эритроцитов в количестве 440,0 мл, трансфузия одноклассной резус совместимой л/ф тромбоконцентра-та в объеме 190,0 мл.

Проведенная комплексная интенсивная терапия, дала хороший эффект. Пациентка на 8-е сутки переведена в профильное отделение. А на 16 - сутки родильница выписана домой в удовлетворительном состоянии с ребенком.

Клинический случай 3. Беременная А., 34 лет, жительница города Алматы встала на учет по поводу 1 беременности, индуцированной по программе ЭКО в сроке 12 недель в женскую консультацию в городской поликлинике г. Алматы. До наступления данной беременности женщина в течение 9 лет страдала первичным бесплодием на фоне хронического двухстороннего сальпингооофорита. Из перенесенной и сопутствующей экстрагенитальной патологии отмечала простудные заболевания и ветряную оспу в детстве. В 12 недель беременности была диагностирована дихориальная диамниотическая двойня. В сроке 15-16 недель диагностирована истмико - цервикальная недостаточность, введен акушерский пессарий.

27.09.2021г. в 18 ч 50 мин доставлена в ЦПиДКХ бригадой СМП с жалобами на выраженные отеки на нижних конечностях, общую слабость, головные боли, зуд кожных покровов. В течении недели отмечает нарастание отеков, зуд кожных покровов. В день госпитализации присоединилась головная боль, в связи с чем была вызвана БСМП.

При обследовании были выявлены изменения в показателях мочи: белок - 0,127г/л; в показателях биохимического анализа крови: повышение сывороточных печеночных трансаминаз (АСАТ – 338,00 ед/л и АЛАТ – 202,00 ед/л, билирубин (общий) - 111,5 мкмоль/л; Билирубин (прямой) - 84,9 мкмоль/л, Креатинин - 264,1 мкмоль/л, Мочевина - 10,15 ммоль/л).

На основании клинических и лабораторных данных был выставлен диагноз: Осн: Беременность 34 недель + 4 дня, индуцированная по программе ЭКО. Дихориальная диамниотическая двойня. Тяжелая преэклампсия. HELLP синдром. Соп: ИЦН. Акушерский пессарий. Двухсторонний гидронефроз. Фон: Отягощенный гинекологический анамнез. Первородящая старшего возраста. Бесплодие 1 (9 лет)

Госпитализирована в ОРИТ. Была начата антибактериальная, гипотензивная, магнелизная терапия и профилактика тромбоэмболических осложнений.

Через 3 часа после поступления у беременной появились жалобы на слабое шевеление 1 плода. По КТГ отмечаются признаки дистресса плода.

Учитывая, угрожающее состояние 1 плода, на фоне тяжелой преэклампсии, HELLP синдрома было решено произвести досрочное родоразрешение путем операции кесарево сечение в экстренном порядке.

Произведена операция: Нижнесрединная лапаротомия. Кесарево сечение поперечным разрезом в нижнем маточном сегменте. Перевязка маточных артерий по О-Лири. Наложение компрессионных швов по Б-Линчу. Дренирование брюшной полости.

Извлечены живые недоношенные 2 плода: 1 плод женского пола, массой 1903,0 г, ростом 46 см, по Апгар 2-4 балла, 2 плод мужского пола, массой 2750,0 г, ростом 46 см, по Апгар 6-7 баллов.

Учитывая высокий риск атонического кровотечения произведена перевязка маточных артерий по О-Лири. Учитывая перерастяжение матки на фоне двойни наложены компрессионные швы по Б-Линчу. Кровопотеря-750,0 мл. В послеоперационном периоде пациентке проводилась комплексная интенсивная терапия и дальнейшее обследование в условиях ОРИТ.

Произведено УЗИ органов брюшной и плевральной полости. Двухсторонний гидронефроз. Спленомегалия. Свободная жидкость в брюшной и в плевральной полостях.

На УЗИ ОМТ: Послеоперационный период. Свободная жидкость в малом тазу (70,0 мл).

Пациентка проконсультирована нефрологом – проф., д.м.н., зав. кафедры нефрологии КазНМУ имени С.Д. Асфендияровым А.М. Шепетовым. Заключение: ОПП, преренальная и ренальная форма. По классам RIFLE, класс I (повреждение). Полиурия.

Рекомендовано:

1. Инфузионная терапия соответственно диуреза;
2. Избегать приёма нефротоксичных препаратов: НПВП, нефротоксичные антибиотики, исследования с контрастными веществами;
3. Контролировать КЩС, калий и диурез;
4. Посиндромная терапия;
5. Наблюдение в динамике;
6. Цвд держать не ниже 9-10 мм. вод. ст.;
7. Больная в проведении ЗПТ не нуждается.

Осмотрена невропатологом. Заключение: HELLP синдром. ЦВЗ. Дисциркуляторная энцефалопатия смешанного генеза (сосудистая, печеночная). Рекомендовано: УЗДГ сосудов шеи. МРТ головного мозга.

На ЭХОКГ: диастолическая функция Л.Ж. не нарушена. Полости не расширены. Выраженная хорда Л.Ж. Сеть Хиара.

На УЗДГ брахиоцефальных сосудов: Данных за патологию не выявлено.

На УЗИ ОБП: Асцит.

Осмотрена хирургом ЦГКБ, выставлен диагноз: Вялотекущий перитонит? Состояние после операции кесарево сечения. Установлен назогастральный зонд. Даны рекомендации по тактике дальнейшего лечения и обследования.

На 4 сутки после операции кесарево сечение пациентка предъявила жалобы на кровянистые выделения из половых путей.

Осмотрена консилиумом врачей. На момент осмотра отмечаются обильные кровянистые выделения. Выставлен клинический диагноз: Осн: Поздний послеоперационный период 4 сутки. Состояние после преждевременных оперативных родов в сроке беременности 34 недели + 4 дня. Тяжелая преэклампсия. HELLP синдром

Осл: Кровотечение. ДВС синдром. Постгеморрагическая анемия средней степени. Острое почечное повреждение, преренальная и ренальная форма. По классам RIFLE, класс I. Полиурия.

Соп: Дисциркуляторная энцефалопатия смешанного генеза. Реактивный гепатит. Печеночно-почечная недостаточность.

Фон: Отягощенный гинекологический анамнез. Первородящая старшего возраста. Бесплодие 1 (9 лет)

Учитывая поздний послеоперационный период 4-е сутки, маточное коагулопатическое кровотечение произведена операция: Нижнесрединная релапаротомия. Экстирпация матки с маточными трубами. Перевязка внутренних подвздошных артерий. Дренаж малого таза. Гемотрансфузия. Плазмотрансфузия. Катетеризация внутренней яремной вены справа.

Произведена обзорная рентгенография органов грудной клетки в динамике (1 проекция) Заключение: Интерстициальные изменения в легких. Интерстициальный отек легких? Левосторонняя нижнедолевая гипостатическая пневмония. Накопление жидкости (транссудат) в левой плевральной полости.

Консультация ревматолога. Диагноз: На момент осмотра недостаточно критериальных данных за ревматологическое заболевание. Для полного исключения РЗ необходимо дообследования: ИФА – АНА, АТ к двух цепочек ДНК, АНЦА, АТ кардиолипину, АТ к В2 гликопротеину, антитела к антифосфолипидным АТ, Антитела Sm антигену; суточная протеинурия; для исключения первичного АФС консультация гематолога в динамике.

Создан городской консилиум.

Выставлен диагноз: Осн: Поздний послеоперационный период. Состояние после операции кесарева сечения 7-е сутки. Релапаротомия. Экстирпация матки с трубами. Перевязка внутренних подвздошных артерий. Дренаж брюшной полости (3-е сутки). Тяжелая преэклампсия. HELLP синдром. Осл: Острое почечное повреждение, преренальная и ренальная форма. По классам RIFLE, класс I. Полиурия. Соп: Дисциркуляторная энцефалопатия смешанного генеза. Реактивный гепатит. Печеночно-почечная недостаточность. Анемия легкой степени. Фон: Отягощенный гинекологический анамнез. Первородящая старшего возраста. Бесплодие 1 (9 лет).

Рекомендовано продолжить проводимую интенсивную комплексную терапию: гипотензивную, инфузионную, гормональную, бронхолитическую, гемостатическую, антибактериальную; противоязвенные препараты, гепатопротекторы; профилактику тромбозомболических осложнений, профилактику пареза кишечника.

На 11-е сутки родильница была переведена в профильное отделение для дальнейшего лечения и обследования, на 22-е сутки выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Результаты: На основании тщательного изучения жалоб, анамнеза жизни, акушерского анамнеза; адекватной оценки объективного состояния пациенток и данных клинико – лабораторных, инструментальных обследований во всех 3-х случаях был своевременно установлен диагноз HELLP синдрома, проведена комплексная интенсивная терапия, включая непрерывную заместительную почечную терапию (CRRT) с ультрафильтрацией в течение 72-96 часов на аппарате PRISMAFLEX с эффектом. Все 3 пациентки выписались домой в удовлетворительном состоянии на 8, 11 и 24 сутки.

Выводы: При изучении анамнеза у представленных трех пациенток с HELLP синдромом выявлено:

В 1-ом случае - хронический пиелонефрит, у которой в 16 недель отмечалась бессимптомная бактериурия.

В 2-х случаях - отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (преждевременные оперативные роды в сроке 28-29 недель по поводу преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, в 1-ом случае - бесплодие трубного фактора).

В 1-ом случае - осложнение беременности преэклампсией легкой степени.

Все три пациентки были досрочно родоразрешены в первые сутки госпитализации. В послеоперационном периоде все они получали комплексную интенсивную терапию в условиях ОРИТ. Двум пациенткам по жизненным показаниям была проведена непрерывная заместительная почечная терапия (CRRT) с ультрафильтрацией.

Эффект от проведенной комплексной интенсивной терапии во всех 3-х случаях был положительный. Все пациентки были выписаны домой в удовлетворительном состоянии, под дальнейшее лечение и наблюдение врачей территориальной поликлиники.

В одном случае имела места перинатальная потеря - антенатальная гибель плода на фоне преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, причиной которой явилась тяжелая преэклампсия, HELLP - синдром.

References:

1. Pritchard J.A., Weisman R., Ratnoff O.D., Vosburgh G.J. Intravascular hemolysis, thrombocytopenia and other hematologic abnormalities associated with severe toxemia of pregnancy. *N Engl J Med* 1954; 250: 89.
2. Goodlin R.S. Preeclampsia as the great impostor. // *Amer. J. Obstet. Gynecol.*, 1991, v.164, p. 1577-1581.
3. Weinstein L. Preeclampsia / eclampsia with hemolysis, elevated liver enzymes and thrombocytopenia. // *Obstet. Gynecol.*, 1985, v.66, p.657-660.
4. Hernandez C., Cunningham F.G. Eclampsia. // *Clin. Obstet. Gynecol.*, 1990, v.33, p. 460-466.
5. Martin J.N., Files J.C., Blake P.G. et al. Plasma exchange for preeclampsia I. Postpartum use persistently, severe preeclampsia - eclampsia with HELLP syndrome. // *Amer. J. Obstet. Gynecol.*, 1990, v.162, p.126-137.
6. Van Dam P.A., Renier M., Baekelandt M. et al. Disseminated intravascular coagulation and the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets in severe preeclampsia. // *Obstet. Gynecol.*, 1989, V.73, p.97-102.
7. Martin J.N., Files J.C., Blake P.G. et al. Plasma

exchange for preeclampsia I. Postpartum use persistently, severe preeclampsia- eclampsia with HELLP syndrome. // Amer. J. Obstet. Gynecol., 1990, v.162, p.126-137.

8. Brandenburg V.M., Frank R.D., Heintz B. et al. HELLP syndrome, multifactorial thrombophilia and postpartum myocardial infarction. J. Perinat. Med., 2004; 32 (2): 181-3.

9. Sullivan C.A. et al. The recurrence risk of the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets (HELLP) in subsequent gestations // American journal of obstetrics and gynecology. – 1994. – Т. 171. – №. 4. – С. 940-943.

10. Sibai B.M. et al. Maternal morbidity and mortality in 442

pregnancies with hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets (HELLP syndrome) // American journal of obstetrics and gynecology. – 1993. – Т. 169. – №. 4. – С. 1000-1006.

11. C. Benedetto, L. Marozio, A. Tancredi, et al. Biochemistry of HELLP syndrome. Adv. Clin. Chem., 53 (2011), pp. 85-104.

12. Timokhina E.V., Strizhakov A.N., Belousova V.S., Aslanov A.G., Bogomazova I.M., Afanasyeva N.V., Samoylova J.A., Ibragimova S.M., Kechina A.M. HELLP-syndrome as a life-threatening condition: current clinical considerations. Obstetrics, Gynecology and Reproduction. 2019; 13 (1):35-42. (In Russ.)

АКУШЕРЛІК ТӘЖІРИБЕДЕГІ HELLP-СИНДРОМ

¹Г.Н. Балмагамбетова, ^{*1}Ф.Т. Шалкарбекова, ²Б.Р. Абилямажинова,

¹Ж.Т. Ахмедияр, ¹А.Т. Омаржан, ¹Ш.Р. Эрса

¹«Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МЕМБМ, Қазақстан, Алматы қ.

²ШЖҚ «Перинатология және балалар кардиохирургиясы орталығы» МКҚ,
Қазақстан, Алматы қ.

**Корреспондирующий автор: Ф.Т. Шалкарбекова. E-mail: ferizat_93@mail.ru*

Түйінді

HELLP-синдром - симптомдардың үштілігімен сипатталатын жүктіліктің ауыр асқынуы. HELLP-синдром ауыр гестоз жағдайындағы жүкті әйелдер арасында 4-12%, дүниежүзілік әдеби деректер бойынша 2-20% -ке жуық жүктілерде кездеседі. HELLP-синдром көбінесе 3 триместрде, әсіресе 33-35 апта аралығында, жиі 30% жуық 7 тәулік аралығында, көбінесе қайта босанған ауыр гестозы бар, жиі 25 жастан жоғары әйелдер арасында босанғаннан кейін 48 сағат аралығында орын алады. Бүгінгі күні HELLP синдром патогенезі толық зерттелмеген. Мүмкін ол ауыр гестоз факторлері жиынтығынан дамитын болар. HELLP-синдромның бастапқы нүктесі ретінде антиденелердің қанның жасушалық элементтері мен эндотелийге әсер етуімен аутоиммунды реакциялар арқасында дамитын простогландиндердің бөлінуінің азаюын айтуға болады. Бұл әрекеттер қан тамырларының ішкі қабатының микроангиопатиялық өзгерістері мен ана қанына түсетін плацентарлық тромбопластиндердің босауына әсер етеді. Бұл процесс эндотелийдің бұзылуымен қатар қан тамырларының тарылуы плацента ишемиясына әкеледі. Осыған орай HELLP - синдром аутоиммунды жүйелік қабыну процессінің өрбуіне, ағзалардың зақымдануына, яғни көпағзалық жетіспеушілікке әкеледі.

Кілт сөздер: HELLP-синдром, преэклампсия, ауыр гестоз, гемолиз.

HELLP - SYNDROME IN OBSTETRIC PRACTICE

¹G.N. Balmagambetova, ^{*1}F.T. Shalkarbekova, ²B.R. Abilmazhinova,

¹Zh.T. Akhmediyar, ¹A.T. Omarzhan, ¹Sh.R. Esra

¹NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

²Center for Perinatology and Pediatric Cardiac Surgery, Kazakhstan, Almaty

**Corresponding author: F.T. Shalkarbekova. E-mail: ferizat_93@mail.ru*

Summary

HELLP - syndrome is a severe complication of pregnancy characterized by a triad of symptoms. HELLP-syndrome among pregnant women with gestoses develops in 4-12% of cases, according to the generalized data of world literature in 2-20% of pregnancies. HELLP syndrome develops in the 3rd trimester of pregnancy at 33-35 weeks. In 30% of cases, it develops mainly up to 7 days, more often within 48 hours after childbirth and it is observe in multiparous women with gestoses, more often over the age of 25 years. To date, the pathogenesis of the syndrome has not been fully explore. Most likely, it develops with a combination of a number of factors, aggravated by the course of gestoses. The starting point in the development of HELLP-syndrome is a decrease in the production of prostacyclin against the background of an autoimmune reaction resulting from the effect of antibodies on blood cells and endothelium. This leads to microangiopathic changes in the inner lining of the vessels and the release of placental thromboplastin, which enters the mother's bloodstream. In parallel with damage to the endothelium, vasospasm occurs, provoking ischemia of the placenta. Thus, HELLP syndrome leads to an extreme degree of activation of the processes of systemic inflammation and organ damage, that is, multiple organ failure.

Key words: HELLP - syndrome, Pre-eclampsia, gestoses, hemolysis.

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ЗАЩИТНО-УСТАНОВОЧНОГО ПОВЕДЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ В КОНТЕКСТЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

*¹А.С. Альгожина, ²К.Д. Каукербекова

¹ГУ «Республиканская психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением», Казахстан, Талгарский район, с. Актас

²НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы

*Корреспондирующий автор: А.С. Альгожина. E-mail: aabylkakimova@gmail.com

Аннотация

В настоящей публикации рассмотрен клинический случай защитно-установочного поведения у пациента, направленного на принудительное лечение, как меру безопасности в виде помещения в специальную медицинскую организацию. В динамике описаны развитие клинической картины, особенности диагностического поиска и терапевтические решения в условиях принудительного лечения. Данный клинический случай описывает фактические проблемы, с которыми сталкивается врач-психиатр, работающий с пациентами на принудительном лечении, которые имеют трудности в прохождении СПЭК. Обсуждаются диагностические критерии дифференцировки установочного поведения.

Ключевые слова: установочное поведение, судебная психиатрия, принудительные меры медицинского характера, атипичные антипсихотические препараты, оланзапин, палиперидон, биопсихосоциальная модель, диазепам.

Актуальность. Изучение защитно-установочного поведения стало камнем преткновения в нескольких дисциплинах: юриспруденции, судебной медицине, психологии, медико-социальной экспертизе. Предметом изучения является особая форма отношений пациента к своему состоянию здоровья, которая опосредует определенные действия с его стороны. Самым обширным «белым пятном» для дальнейшего продуктивного изучения является пересечение этих процессов в разрезе психиатрии, где подобное поведение может скрыть дефекты личности, признаваемые обществом как опасные. Результатом такого поведения может стать объективная или субъективная выгода для пациента. Глубокое исследование этой темы и открытые дискуссии могут помочь в будущем дифференцировать изображающее поведение и антисоциальные типы психопатии, психопатоподобные формы шизофрении, а также внести свой вклад в изучение личности человека в целом.

Цель исследования: изучить особенности формирования и диагностики защитно-установочного поведения для эффективной дифференциальной диагностики с психическими расстройствами.

Материал и методы исследования. Пациент А, 20 лет поступил в ГУ «Республиканская психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением» МЗРК по Постановлению Следственного судьи Специализированного следственного суда до выхода из указанного психического расстройства с последующим проведением дополнительной судебно-психиатрической экспертизы окончательного установления диагноза и решения экспертных вопросов, с предварительным диагнозом: «Временное психическое расстрой-

ство, развившееся в результате судебно-следственной ситуации». Обстоятельства дела, согласно которому пациент был направлен в стационар, включали в себя подозрение в совершении противоправных действий в отношении несовершеннолетней.

Анамнестические данные из материалов личного дела, медицинской документации и со слов пациента: ранее в поле зрения врачей психиатров не попадал. Воспитывался в неполной семье у бабушки. Сведений об отце не имеет, мать проживает отдельно с другими детьми. В психосоциальном развитии также принимал участие дядя, с которым пациент часто смотрел за скотом. Наследственность согласно информации пациента отягощена – бабушка состоит на диспансерном учете, но официальный диагноз выявить не удалось. Обучался после школьной программы в колледже, но на фоне совершенного общественно опасного деяния (ООД) был отчислен. В материалах уголовного дела отмечалось, что круг общения пациента складывался из людей, гораздо младше его самого. Более подробные сведения собрать не удалось в связи с постоянным отказом от беседы.

При поступлении на первый план выступают симптомы избирательного негативизма: сознание ясное. В собственной личности ориентировался правильно, не мог назвать текущую дату, место нахождения. На многие вопросы в диалоге: «Сколько вам лет? Где находитесь? Домашний адрес знаете? С кем жили? В школе учились? Родители есть? Чем занимаются? Братья, сестры есть?» - отвечал, - «Не знаю, не помню, забыл». Кто сейчас находится в кабинете? - Медсестра, солдат. Читать, писать умеете? - Нет. Что вы совершили? - Ничего. Сообщил, что плохо спит, «иногда вижу..., не могу

разглядеть, появляются, потом исчезают. Они показывают какие-то жесты». Сейчас они есть? - Нету. Когда появляются? - Ночью. Когда вы их увидели первый раз? - Много лет назад. Вы говорили об этом кому-нибудь? - Нет. Почему? - Боялся. Чего? - Иногда велели молчать. Как вы их слышали? - По-разному, то женские, то мужские. Что они говорили? - Жестами показывали. Вы их видели перед сном? - Ночью, когда просыпаюсь, то рядом, то через окно. От чего просыпался? - Снились кошмары, много чего. Я об этом не хочу говорить. О настроении сказал, что сам не может определить, не знает хочет ли жить, умереть. На вопрос об аппетите, сказал, что аппетита нет. Причину назвать отказался: «Свое, личное». Отметил, что аппетит ухудшился с октября, и он не знает с чем это связано. На вопрос, было ли подобное состояние ранее, ответил, что было «в детстве что ли», ему рассказывали. Кто рассказывал – не помнит. Сон нарушился давно. Заявлял, что в глазах могло потемнеть, иногда бывал звон в ушах, внутричерепное давление повышенное. О перенесенных травмах головы не помнил. К обманам восприятия со слов сформировано отношение: «спокойно, иногда игнорирую, иногда бывают угрозы, не могу описать». Настроение снижено, тяготеет беседой, на вопросы отвечает без желания. Критика к состоянию и содеянному на момент беседы отсутствовала.

Соматическое состояние при поступлении: кожные покровы обычной окраски, в области лба угревая сыпь. Носовое дыхание свободное. Одышки нет. В легких - везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. По органам сердечно-сосудистой системы: визуальное патологические изменения в области сердца не выявлены, тоны ясные, ритм правильный. Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, со слов. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурических расстройств нет. Наружные половые органы развиты по мужскому типу. Заключение врача общей практики: физически здоров.

Неврологическое состояние при поступлении: со стороны 12 пар черепно-мозговых нервов отклонений от нормы нет. Пальценосовую пробу выполняет правильно. Знаков очагового поражения ЦНС не выявлено.

Данные результатов обследований. ЭКГ: ритм синусовый, неправильный. ЧСС 63 удара в минуту. Синусовая аритмия. Нарушение внутри желудочковых проводящих путей. ОАК, ОАМ, б/х анализ крови, рентгенография органов грудной клетки – в пределах нормы. ИФА на ВГС, ИФА на ВГВ, ИФА на ВИЧ, реакция Васермана – отрицательно.

Данные психодиагностического исследования: «Контакт с испытуемым малопродуктивен. Сидит в однообразной позе, в глаза не смотрит. Выражение лица угрюмое, отсутствующее. В месте, времени и собственной личности ориентируется недостаточно. Не называет свой год рождения и возраст: «Не помню. Вроде бы мне 17 лет...». Жалоб психологического характера не предъявляет. На вопросы отвечает односложно, в плане заданного, на многие вопросы дает отказную реакцию:

«Не знаю... не помню». О совершенном общественно-опасном деянии также ничего не говорит. На вопрос о состоянии психического здоровья рассказывает, что видел силуэт человека в черном, он заставляет повеситься: «Я его вижу, слышу, он существует!» Инструкций не придерживается – требуется постоянная направляющая помощь. Интересы к заданиям не проявляет. Работает в замедленном темпе. Часть методик не выполняет (например, на стандартный вопрос при проведении методики МЦВ, цвет какой карточки более приятен, отвечает, что все карточки черные; цвета окружающих предметов называет неверно. При выполнении методики МПВ Сонди заявляет, что все лица без ушей и выбор не производит). Эмоциональный фон на момент исследования представляется сниженным. По объективным данным выявляется: низкие показатели объема, избирательности и концентрации активного внимания: 3 слова из 25-и по Мюнстербергу; методику Шульте не выполняет. Указывает цифры в составе двузначных чисел. Низкие показатели мнестической деятельности (динамика механического заучивания 4, 4, 3, 4, 4, 3, 4; ретенция 0 слов из 10; узнавание 3 из 9 (дополнительно указал 8 неверных фигур); припоминание 3 из 16). Уровень осведомленности о предметах и явлениях окружающей жизни, а также показатели практического интеллекта выявить не удалось. В мыслительной сфере: характер суждений крайне неустойчив, мышление неравномерное, выявляется непоследовательность суждений, трудности абстрагирования, неумение сохранять заданный способ рассуждений при решении длинного ряда разнообразных задач, частое соскальзывание на путь случайных, ненаправленных ассоциаций. Методику «Исключение лишнего» не выполняет. При выполнении «Классификации предметов» вначале выкладывает все карточки подряд, не объединяя их в группы. После дополнительных разъяснений начинает объединять, при этом часть карточек собирает верно (животных, птиц, растения, одежду), а остальные либо оставляет по одной, либо объединяет без какого-либо смысла: «Не знаю. Может, так должно быть...» (весы + пила; шапка + человек + лопата; часы + дерево и т.п.). Переносный смысл пословиц и поговорок представляется недоступным для понимания. В ассоциативном эксперименте на фоне высших речевых реакций обнаруживается значительное количество персевераций. В целом при исследовании наблюдаются ошибки, нехарактерные для каких-либо нозологических рамок. В эмоционально-волевой и личностной сфере: для выявления личностных черт и особенностей состояния удалось провести только методику «Мини-СМИЛ 71». Оценочные шкалы показывают примитивный психический склад с недостаточным самопониманием и низкими адаптивными возможностями; высокий уровень эмоциональной напряженности, личностную дезинтеграцию, связанную либо со стрессом, либо с нервно-психическими нарушениями не психогенного характера; стремление скрыть дефекты своего характера, отсутствие откровенности. Большинство клинических шкал находятся выше 70Т, профиль зубчатый, что указывает на установочное отношение к тестированию с попыткой аггравации своего состояния. Таким образом,

при исследовании на передний план выступили: низкие показатели объема, избирательности и концентрации активного внимания; низкие показатели мнестической деятельности. В мышлении – нарушение динамики в виде непоследовательности суждений, трудности при абстрагировании, соскальзывание на путь случайных ассоциаций. В общей картине исследования наблюдаются ошибки, нехарактерные для любых нозологических рамок. В ЭВС – примитивный психический склад с недостаточным самопониманием и низкими адаптивными возможностями; высокий уровень эмоциональной напряженности, личностная дезинтеграция, связанная либо со стрессом, либо с нервно-психическими нарушениями не психогенного характера; стремление скрыть дефекты своего характера, отсутствие откровенности.

Психическое состояние в динамике: пациент был определен в группу наблюдения с суицидальным риском поведения. В течение первых 10 дней пациент молчал, не отвечал на вопросы врачей. В поведении во время утренних обходов отмечалась недоступность зрительного контакта, подчиняемость указаниям. При этом на обращение по имени не откликался (шепот, громкое замечание). Ограждал себя с помощью надевания капюшона. Залезжал в постели, с врачами говорить отказывался. По докладу сотрудников отделения в первые дни чаще всего огрызался. Из журнала наблюдения на 7-ой день пребывания начал откликаться среднему медицинскому персоналу, раскрывать им факты о своем детстве, родственниках, учёбе в колледже, отношении к совершенному деянию и пострадавшему лицу. Врачам же на вопросы о паспортных данных мог ответить: «все в документах написано». Интересной заметкой является то, что во время бесед наряду с явлениями избирательного речевого негативизма отмечалась вегетативная реакция на заданные вопросы в виде перемежающей гиперемии кожных покровов, которая проходила в течение нескольких минут.

Проводимое лечение: при поступлении врачом приемного покоя был назначен тизерцин 25 мг/сут, мисол 100 мг/сут, галоприл 15 мг/сут в/м для дифференциальной диагностики наличия обманов восприятия. Психическое состояние в дальнейшем характеризовалось возможным развитием защитно-установочного поведения, негативизма, поэтому в план лечения были добавлены атипичные нейролептики с активизирующим действием (олфрекс 10 мг/сут).

С 11-ого дня нахождения в ГУ «Республиканская психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением» МЗРК начал предъявлять жалобы на ночные кошмары, в которых «страдают и умирают люди», сухость во рту. Отмечал, что кошмары появляются сразу после закрывания глаз. При попытке раскрыть возможные внутренне текущие процессы проявлял сопротивление. Отказывался отвечать на вопросы личного характера об образовании, семье, друзьях. Во время интервью чаще всего сидел, опустив глаза вниз, иногда прерывал беседу молчанием. Была проведена рациональная психотерапевтическая беседа. В связи с жалобами на побочный эффект был отменен тизерцин.

На 13-ые сутки рассказал о голосе мужчины, который преследует его несколько лет, данный голос «не разре-

шал и не разрешает разговаривать с врачом». Рассказывает, что с детства с ним мало общались другие дети, называя его «странным». «Я им говорил все, что вижу и слышу, а они смеялись». Вы рассказывали об этом родным? – Нет. Что сейчас говорит данный голос? – Чтобы я вскрылся. А вы этого хотите? – Да. Если закрыть уши, голос исчезает? – Нет. Другие могут его слышать? – Нет. Голос вам что-то говорит еще? – Да, что я правильно все делаю. При этом также молчит в ответ на вопросы, которые касаются личной жизни. Лечащими врачами были сделаны выводы о наличии галлюцинаторного синдрома с возможным снижением памяти или симулятивным/установочным поведением. В лечении была проведена коррекция с добавлением второго атипичного нейролептика (инвега 3 мг внутрь) с активизирующим действием.

На 20-ые сутки начал рассказывать, что его мучают несколько голосов (ранее утверждал, что голос один). Рассказал, что бабушка планировала посещение психиатра, «но мы не успели». Также отказывался давать ответы на вопросы личного характера, касающихся анамнеза жизни или заболевания.

На 29-ые сутки был осмотрен членами СПК. Заключение: психическое состояние характеризуется: депрессивно-галлюцинаторным синдромом с суицидальными императивами (сниженный фон настроения со ступорозными явлениями, зрительный и словесный аутизм). Не исключается: установочно-защитное поведение (избирателен в контактах с врачами, вне активного наблюдения общается с больными и медицинским персоналом достаточно активно, меняет при этом моторику и формы поведения). Проведена коррекция лечения со снижением дозы антипсихотических препаратов, переведен на строгое наблюдение. Пациент продолжал жаловаться на ночные кошмары, тревожность, страх, ночные пробуждения, наличие обманов восприятия (черный силуэт, «голоса»), в лечении была проведена коррекция. Назначен реланиум 10 мг – 2 мл в/м, на 5 дней, после 1 полученной инъекции со слов, состояние улучшилось, ночные кошмары прекратили. На второй день после в/м инъекции снова пожаловался на наличие «кошмаров» с обманами восприятия, беседы начали носить эмоциональный характер: появилась раздражительность, агрессия, пациент не желал соблюдать режим отделения («не буду стричься, почему вы не постриглись, если мне надо? – обращение к врачу»). На 4-ый день после в/м инъекции реланиума пожаловался на «скачки давления», при этом в беседе эмоционально неустойчив. Примечательным является то, что без упоминания врача об обманах восприятия не вспоминал, отказывался от стрижки волос, в беседе не соблюдал границы. Через 30 минут снова попросился на беседу, извинялся за свое поведение. В последующие дни стал подчиняться режиму медицинского учреждения.

На момент беседы на 37-ые сутки стал доступнее контакту, не высказывал суицидальные мысли, рассказывал об обманах восприятия в том же объеме, при этом эмоциональная окраска переживаний отсутствовала.

На 43 день пребывания впервые был полностью ориентирован в собственной личности, местонахождении, времени. Пациент в беседе раскрыл ранее личные све-

дения о взаимоотношениях в семье, кем был воспитан, с кем и где проживал, чем занимался, где учился, стал более доступен контакту в вопросах о причинах его нахождения на принудительном лечении. Заявил, что якобы эти симптомы присутствуют у него уже 5 лет. Причиной умалчивания данных врачам называл: «сначала забыл, потом голоса были». На вопрос, как он представляет свое будущее, какой вариант развития событий его бы устроил, заявил: «не знаю, мне должны диагноз поставить и по месту жительства отправить, хочу вернуться домой». Считал, что у него есть психические отклонения: «что-то с памятью было», был готов пройти дополнительную СПЭК, в конце беседы поинтересовался возможностью читать журналы, решать кроссворды. В связи с улучшением психического состояния, отсутствием признаков защитно-установочного поведения был представлен на специальную психиатрическую комиссию (СПК) для решения вопроса о направлении в распоряжение судебно-следственных органов.

Психическое состояние на СПК: жалобы на пульсирующую головную боль, «голоса», «черный силуэт». Отмечал, что слышит «голос» в настоящее время: «мне все хуже и хуже, я не могу засыпать» (по наблюдению медперсонала, ночью спал, храпел). На вопрос, был ли момент, когда «голоса» исчезали, ответил, что они были постоянно, появились 5 лет назад. На просьбу описать их, ответил, что не знает, как описать свою жизнь. Сказал, что понял о своем нахождении в больнице, так как «люди ходят в медицинских халатах», о совершенном ООД: «не знаю», о дальнейшем развитии событий: «не задумывался», «хотел бы избавиться от черного силуэта, от голосов». – Можно не обращать на них внимания? – Нет. Когда засыпаю, не слышу, потом резко просыпаюсь и слышу. Не назвал дату поступления: «не знаю». Отметил, что за время лечения его состояние «ухудшилось, стало больше голосов, больше черного силуэта: «Он стоит позади, говорит, чтоб молчал». Ответил правильно на вопросы: «Сколько пальцев на правой руке? На левой? Вместе?». Время года назвал: «осень, вроде». Настроение оценил, как «неплохое», «аппетит есть». Мышление в замедленном темпе, с соскальзыванием. Эмоционально представлялся однообразным. Речь монотонная, без эмоциональной окраски. Интеллект невысокий. Критика к состоянию и содеянному отсутствует. Складывалось впечатление, что имеет место защитно-установочное поведение, так как накануне проведения комиссии вел себя активно, разговаривал с лечащим врачом, называл все даты, интересовался возможностью чтения литературы. На основании вышеизложенного, комиссия пришла к заключению, что пациент из состояния «Временного психического расстройства, развившегося в результате судебно-следственной ситуации» вышел. На первый план выступают признаки защитно-установочного поведения.

На следующий день после проведенного СПК пациент перестал жаловаться на наличие обманов восприятия, «ночных кошмаров», бессонницу. Внешне при этом выглядел спокойно, отсутствовали вегетативные кожные реакции. В поведении был упорядочен. Мышление приобрело обычный темп, последовательность.

Анализ результатов исследования представлять в виде однозначных неопровержимых выводов было бы некомпетентно. Настоящий клинический случай крайне непросто обобщить, так как у пациента на данный период жизни происходит следственная ситуация, а дизайн исследования предполагает известные ограничения в измерении. Первое, что следует отметить – это то, что симптомы согласно официальной документации нарушения психической деятельности дебютировали во время судебно-психиатрической оценки, назначенной расследованием. Во-вторых, жалобы пациента не соответствуют данным объективного осмотра. При развитии галлюцинаторной симптоматики внешнее поведение отражает то, что воспринимается субъектом [1]. В обсуждаемом же случае пациент если и создавал впечатление загруженности переживаниями первые несколько дней, то с 7-ого дня он начал проявлять выборочность в контактах и относительную последовательность в разговорах с медперсоналом. В-третьих, в динамике проявляется некоторая путанность показаний при поступлении и дальнейшем периоде терапевтических мероприятий, а иногда и вовсе забывчивость в обозначении ведущего симптома в психиатрическом интервью. Недавние переживания могли и не обозначаться, если только исследователь не упоминал их вновь. В-четвертых, негативизм не сопровождался замедлением в двигательной сфере, более того пациент позволял себе избирательно разговаривать со средним и младшим медицинским персоналом, при этом темп речи и мышления был нормальным, на заданные медицинским персоналом вопросы отвечал сразу, внимание было в полном объеме. Врачам же информацию о личной жизни сообщил лишь на 43-ий день принудительного лечения. В глаза бросается и резкая смена картины между относительным улучшением психического состояния и временем проведения СПК. Следует отметить, что после проведенной СПК в жалобах пациента отсутствовали обманы восприятия и ночные кошмары, что говорит в пользу наличествующего притворного поведения. В-пятых, анализ анамнестических данных и динамики развития клинической картины пациента позволяют говорить, что описанные симптомы развивались на фоне имевшейся ранее инфантильности, о которой может говорить круг общения пациента, который состоял из лиц более младшего возраста.

Обсуждение. Феноменология симуляции уходит глубоко в личность человека и уже давно пронизывает нашу культуру. Это особенно ярко видно в пространстве социальных сетей, где пользователи нередко приписывают своему аватару различные качества. С точки зрения фрейдизма, поведение – результирующий вектор двух направлений: компромиссов и влечений. Целью же будет являться получения удовольствия и стремление к постоянному проживанию взрывов дофамина, серотонина и эндорфина в мезолимбическом пути. Установочное поведение как защитная и адаптационная модель конструктивна в плане отношений «Я-окружающий мир», но может быть прямо пропорционально деструктивна в диаде «Я-внутренний мир». Категорическое неприятие своих собственных поступков, низкое осознание своих потребностей и влечений

приводит к деградации индивидуума, формирует рискованное поведение.

В практике судебно-психиатрических экспертиз имеется множество случаев демонстрации симптомов психических расстройств, которых на самом деле нет [1].

Симуляция психического заболевания – сознательное притворное поведение, заключающееся в изображении несуществующих признаков психического расстройства, совершаемой с корыстной целью [2]. В рамках биопсихосоциальной модели так полюбоившейся психиатрии на становление личности влияют генетические личностные и бихевиоральные, а также социальные факторы. В этом контексте постановочное поведение отражает надломы в преморбиде и адаптации к общественным нормам. Для успешной диагностики установочной модели немалую роль играет определение мотивации подэкспертного. В случае с притворством мотивация в основном завязана на внешней выгоде, при психических расстройствах такие стимулы не определяются. Следует и отличать и конверсионные расстройства в разрезе рассматриваемой темы. При истерических расстройствах пациент может проявлять вытесненные в бессознательное тенденции. После проведения суггестивной терапии он испытает облегчение, симулянт же может никак не отреагировать либо усилить самопрезентацию.

С точки зрения судебно-психиатрической науки и практики проблема симуляции имеет заслуженные основания называться трудноразрешимой. Динамика психических процессов, несмотря на то, что она чрезвычайно важна, может запутать и профессионала при классификации. Например, психиатр может спутать аффективное состояние шизофрении или даже шизоидном расстройстве (которое характеризуется недостаточным аффективным выражением) с безразличием и аффективной нечувствительностью при антисоциальном расстройстве личности. Для дифференциального диагноза необходима тщательная и подробная симптоматическая оценка. Полная субъективная и объективная история жизни обследуемых лиц исследуется, чтобы определить, является ли прижизненная модель поведения ненормальной или это результат направленного на получение выгоды поведения.

Усложняют ситуацию на практике факторы, среди которых наиболее выделяются следующие: имеющее место психическое расстройство не всегда может быть легко доказано на практике, в то же время не всегда может быть выявлена истинная симуляция; психические расстройства и симуляция могут сосуществовать, поэтому при установлении факта симуляции и его доказательства нельзя исключить наличие психического расстройства. В ряде случаев психические расстройства вытекают из симуляции, и симуляция переходит в психическое расстройство. Таким образом, доказанная в определенный промежуток времени симуляция не исключает психической болезни в более поздний период (K. Birnbaum). Во всех случаях создания ложного впечатления присутствует сознательность, преднамеренность и целеустремленность [3]. Судебно-психиатрическая практика показывает, что изображение психических заболеваний возможно. Согласно данным

Л. Ушкевичева (1966) ложное представление болезни встречается лишь в 2-3,5% всех случаев судебно-психиатрических экспертиз правонарушителей [2].

Представленный клинический случай демонстрирует трудности симулятивного, защитно-установочного поведения с коморбидным негативизмом. Именно такие пациенты чаще всего попадают в поле зрения психиатра только во время судебно-следственной ситуации. Это, как правило, происходит в момент непонимания дальнейшей тактики действий, а также при боязни взять на себя ответственность за свои поступки, вследствие неприятия своего поступка и формировании социально одобряемой для него причины. Как и в описанном случае – пациент отказывался от разговоров и бесед со следователями, представителями стационарной СПЭК. Для ограничения клинической картины от варианта кататонической шизофрении можно привести отсутствие как элементов, так и самостоятельного ступора с присущими им восковой гибкостью, снижением реактивного ответа и объема спонтанных движений [4].

В рассмотренном клиническом случае, несомненно, требуется дифференциальная диагностика с эндогенным психическим расстройством, псевдодеменцией, особенно в связи с тем, что долгое время пациент на вопросы личного характера отвечал «не хочу, не помню», за время нахождения в учреждении утверждал, что не совершал ООД, в котором его обвиняют, не знает и никогда не знал потерпевшую сторону. В таком случае, симптомы нарушения памяти и обманов восприятия могли бы рассматриваться в клинике вышеописанных заболеваний и расстройств. Амнезия в дементном прогрессировании подчинялась бы закону Рибо. Однако ориентируясь на данные настоящего клинического наблюдения, лечащими врачами была выдвинута гипотеза о симулятивном поведении в рамках защитной установки.

Заключение. Настоящий клинический случай рассматривает рациональное ведение и возможные критерии для оценки врачами-психиатрами алгоритма выявления и обоснования диагноза установочного поведения. Интерес также представляет схема лечения, демонстрирующая фармакологическое действие отдельных видов препаратов, таких как: оланзапин, палиперидон, диазепам, благодаря которым, в конечном счете были выявлены личностные черты характера пациента.

Список литературы:

1. Сербский В.П. Психиатрия: руководство к изучению душевных болезней 2-е испр. и доп. изд. Москва Студенческая мед. изд. комиссия им. Н. И. Пирогова, 1912. – С. 17-18.
2. Жариков Н.М., Морозов Г.В., Хритинин Д.Ф. Судебная психиатрия. Издательство НОРМА, Москва 2008. - С. 474-480.
3. Фелинская Н.И. Реактивные состояния: руководство по судебной психиатрии, 1977 С 315-347.
4. Протокол диагностики и лечения №99 от 18.06.2020г. МЗ РК «Шизофрения».

References:

1. Serbskij V.P. Psychiatry: A guide to the study of mental illness 2 correct. and additional ed. Moscow Studencheskaja med. izd. komissija im. N. I. Pirogova, 1912. – P. 17-18.
2. Zharikov N.M., Morozov G.V., Hritinin D.F. Forensic

psychiatry. NORMA, Moscow 2008. P. - 474-480.

3. Felinskaja N.I. Reactive States: A Guide to Forensic Psychiatry, Moscow: Meditsina 1977. - P. 315-347.

4. 4. Protocol for diagnosis and treatment №99 dated 18.06.2020. МН РК «Schizophrenia».

**ПСИХИКАЛЫҚ БҰЗЫЛЫСТАРМЕН ДИФФЕРЕНЦИАЛДЫ ДИАГНОСТИКА АЯСЫНДА МӘЖБҮРЛЕП
ЕМДЕУ КЕЗІНДЕГІ ҚОРҒАНЫШТЫҚ ЖӘНЕ АТТИТУДИНАЛДЫҚ МІНЕЗ-ҚҰЛЫҚТЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ
ЖАҒДАЙЫН ТАЛДАУ**

*¹ А.С. Альгожина, ² К.Д. Каукербекова

¹ «Жіті бақыланатын мамандандырылған үлгідегі республикалық психиатриялық аурухана»
ММ, Қазақстан, Талғар ауданы, Ақтас

² «Қазақстан-Ресей медициналық университеті», Қазақстан, Алматы қ.

*Корреспондент автор: А.С. Альгожина. E-mail: aabylkakimova@gmail.com

Түйінді

Бұл басылымда арнайы медициналық ұйымға орналастыру түріндегі қауіпсіздік шарасы ретінде мәжбүрлеп емдеуге жіберілген науқастың қорғаныштық және көзқарастық мінез-құлқының клиникалық жағдайы қарастырылады. Динамика клиникалық көріністің дамуын, мәжбүрлі емдеу жағдайында диагностикалық іздестіру және емдік шешімдердің ерекшеліктерін сипаттайды. Бұл клиникалық жағдай SPEC өтуде қиындықтарға тап болған мәжбүрлеп емделетін науқастармен жұмыс істейтін психиатрдың өзекті мәселелерін сипаттайды. Аттitudиналдық мінез-құлықты саралаудың диагностикалық критерийлері талқыланады.

Кілт сөздер: қорғаныс мінез-құлық, сот-психиатрия, мәжбүрлеу медициналық шаралар, атипті антипсихотиктер, оланзапин, палиперидон, биопсихосоциалдық модель, диазепам.

**ANALYSIS OF A CLINICAL CASE OF PROTECTIVE AND ATTITUDINAL BEHAVIOR DURING
COMPULSORY TREATMENT IN THE CONTEXT OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS WITH MENTAL
DISORDERS**

*¹ A.S. Algozhina, ² K.D. Kaukerbekova

¹ «State Institution Republican Psychiatric Hospital of a Specialized Type with Intensive Observation»,
Kazakhstan, Talgar district, Aktas

² NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

*Corresponding author: A.S. Algozhina. E-mail: aabylkakimova@gmail.com

Summary

This publication considers a clinical case of protective and attitudinal behavior in a patient referred for compulsory treatment as a security measure in the form of placement in a special medical organization. The dynamics describes the development of the clinical picture, the features of diagnostic search and therapeutic solutions in conditions of compulsory treatment. This clinical case describes the actual problems faced by a psychiatrist working with patients in compulsory treatment who have difficulty undergoing SPEC. Diagnostic criteria for differentiation of attitudinal behavior are discussed.

Key words: attitudinal behavior, forensic psychiatry, coercive medical measures, atypical antipsychotics, olanzapine, paliperidone, biopsychosocial model. diazepam.

ДВУСТОРОННИЙ ДАКРИОАДЕНИТ НА ФОНЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА: ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ

*^{1,3} А.А. Исалиева, ^{1,2} К.Т. Сарсембекова

¹ НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы

² ТОО «Офтальмологический центр профессора Т.К. Ботабековой»,
Казахстан, г. Алматы

³ ТОО «Казахский ордена «Знак почета» научно-исследовательский институт глазных
болезней», Казахстан, г. Алматы

**Корреспондирующий автор: А.А. Исалиева. E-mail: issaliyeva16@gmail.com*

Аннотация

Дакриоаденит – это воспаление слезной железы, процесс чаще бывает односторонним, может носить как острый характер, так и хронический. Возобновление патологически хронического процесса в слезной железе может привести к гипертрофии кожи верхнего века в области слезной железы, что может доставлять малопрятный эстетический дефект пациенту. После консультации окулопластического хирурга было принято решение о проведении верхней блефаропластики. Благодаря проведению комбинированного лечения ожидания врача и пациента оправданы.

Целью исследования было изучить эффективность лечения направленного на устранения воспалительного и отека процессов с улучшением микрогемолимфоциркуляции и с достижением желаемого результата пациента – верхней блефаропластики при наличии ревматоидного артрита и рецидивы хронического дакриоаденита в анамнезе у пациентки.

Задачей исследования была установка оценки результата проведенного комбинированного лечения хронического аутоиммунного дакриоаденита с достижением стойкого рецидива и ожидаемого косметического эффекта от блефаропластики верхнего века.

Выводы. К исследованию приведен один клинический случай, в котором пациентка 27 лет, имеющая в анамнезе системное хроническое заболевание суставов и длительное аутоиммунное заболевание железы продуцирующей слезу. Главное желание пациента это - достижение устойчивого рецидива хронического воспаления слезной железы, а также избавление от растянутой и нависающей кожи верхних век. Период нашего наблюдения составил вообще 6 месяцев.

В конечном итоге нашего исследования данного случая, мы достигли упрочнения и восстановлению нормального функционирования слезной железы и осуществили пожелания больной о придании эстетически красивого вида верхних век.

Заключение. В результате комбинированного лечения нам удалось добиться стойкого рецидива хронического воспаления слезной железы и достижения желаемого косметического эффекта.

Сочетание хирургического и консервативного лечения при хронических заболеваниях слезной железы, приводящие к растяжению кожи верхнего века, могут стать альтернативным путем терапии дакриоаденита с достижением стабилизации хронического процесса и устранением нежелательного эстетического изъяна.

Ключевые слова: дакриоденит, веки, гиперемия, воспаление, ревматоидный артрит, микрогемомикроциркуляция, блефаропластика, слезная железа, блефарохалазис, окулопластика.

Введение. В данной статье приводится в пример клинический случай, где описывается пациент с аутоиммунным хроническим дакриоаденитом на фоне системного заболевания. Частые рецидивы хронического заболевания слезной железы привели к изменению дермального слоя верхнего века по типу гипертрофии, что и вызывает косметический дефект у пациента. Главной целью врача являлась стабилизация хронического процесса и устранение косметического дефекта век по типу блефарохалазиса. После проведения консультации окулопластического хирурга было принято решение о проведении верхней блефаропластики. Благодаря выполнению комбинированного лечения ожидания врача и пациента оправданы.

Цель исследования: Оценить результативность противовоспалительного, противоотечного и улучшающего микрогемолимфоциркуляцию лечения с устранением кос-

метического дефекта – верхней блефаропластики.

Задачи исследования: Определить итог выполненного нами сочетанного лечения хронического аутоиммунного дакриоаденита с достижением стойкого рецидива и ожидаемого косметического эффекта от блефаропластики.

Материалы и методы исследования. К исследованию приведен один клинический случай, в котором пациентка 27 лет, страдающая ревматоидным артритом и аутоиммунным хроническим дакриоаденитом, желающая добиться устойчивого рецидива хронического воспаления слезной железы и устранить косметический дефект в виде изменений верхних век по типу блефарохалазиса. Пациентка была под наблюдением в течении 4-х месяцев. К концу периода наблюдения выявлены: стабилизация хронического дакриоаденита и достижение желаемого эстетического эффекта после проведен-

ной верхней блефаропластики.

Клинический случай 1. 14.07.2021 г. На консультации офтальмохирурга пациентка С., 27 лет, обратилась с жалобами на боли, деформацию глазной щели, отек и покраснение век (рисунок 1, рецидив хронического аутоиммунного дакриoadенита). При сборе анамнеза было выявлено то, что пациентка страдает ревматоидным артритом с 2016 г. В то же время впервые появился отек век справа. Регулярно получает курсы глюкокортикостероидной терапии (метипред), метотрексат, физиотерапию. В момент обращения принимает курс пульстерапии ГКС внутривенно по схеме.

При объективном осмотре были получены следующие данные:

Visus: OD 0.3 c/к sph (-) 0.5 = 0,9 OS c/к sph (-) 1.0 = 0,9.

Экзофтальмометрия 18/18 р100.

OU – глазная щель S-образной формы, уменьшена за счет отека верхнего века, кожа верхнего века резко гиперемирована, в верхне-наружном квадранте периорбиты и орбиты пальпируется увеличенная болезненная плотной консистенции орбитальная порция слезной железы. Движение глазного яблока ограничены умеренно к верху и наружу. Конъюнктивы гиперемированы, отечны, при взгляде вниз и внутрь визуализируются увеличенные пальпебральные доли слезной железы. Роговица лишена блеска. Глубже среды – без патологии.

КТ орбит: на серии томограмм отмечается двусторонний отек и инфильтрация периорбитальных тканей в верхненаружных квадрантах, увеличение размеров слезных желез за счет воспалительной инфильтрации (рисунок 2).

На основе данных полученных из проведенного клинико-инструментального исследования нами был выставлен диагноз: Основной диагноз – Хронический дакриoadенит на фоне ревматоидного артрита, рецидивирующее течение. Сопутствующий диагноз – Миопия слабой степени.

План лечения: Курс противовоспалительного, противоотечного и улучшающего микрогемолимфоциркуляцию лечения.

1. Бетаметазона дипропионат 1,0 мл парабульбарно в верхненаружный квадрант 1 раз в 10 дней - № 4.

2. Гепарин 0,2 мл+лидокаин 0,2 мл подкожно в область виска №10.

3. Гель с гепарином натрия на кожу век 2 раза в день – месяц.

4. Глина таганская 1 гр по 2 порошка 1 раз в день, компрессы на веки с тагансорбентом – месяц.

5. Биофлавоноиды (дигидрохверцетина) по 2 таблетки 3 раза в день - 3 месяца.

6. Препараты кальция.

7. Слезозаменители в составе которых находится не менее 75% гиалуроновой кислоты по 1-2 капли 4 раза в день.

В динамике при осмотре на фоне проведенного лечения наблюдалось значительное уменьшение гиперемии и отека периорбитальных тканей, расширение глазной щели, уменьшение болевого симптома (рисунок 3., рисунок 4).

При осмотре по завершению курса лечения 27.08.2021 отмечалась положительная динамика: OU - глазах глазная щель не изменена, отека периорбитальных тканей нет, движения глаза в полном объеме, конъюнктивы бледно-розовая, роговица не изменена (рисунок 5).

При контрольном осмотре через 4 месяца назначен курс противорецидивного лечения (по вышеуказанной схеме), учитывая хроническое течение заболевания. В динамике на фоне лечения все симптомы воспаления купированы (рисунок 6).

Были даны следующие рекомендации:

1. Постоянные инстилляций слезозаменителей в оба глаза.

2. Ресвега форте по 2 капсулы 1 раз в день – 6 месяцев.

3. Наблюдение и лечение у ревматолога.

При наблюдении в течение 4-х месяцев состояние оставалось стабильным, эффект лечения сохранялся. Однако у пациентки появились жалобы на косметический дефект верхнего века. При осмотре: OU-кожа верхних век изменена по типу блефарохалазиса (после длительного выраженного отека периорбитальных тканей).

Рекомендована хирургическая коррекция: блефаропластика верхняя. Противопоказаний к операции со стороны ревматолога не было.

10.03.2022 г. – Проведена блефаропластика верхняя (хирург к.м.н. Джуматаев Э.А.).



Рисунок 1. Картина рецидива двустороннего дакриoadенита у пациентки С. 27 лет, на момент обращения.

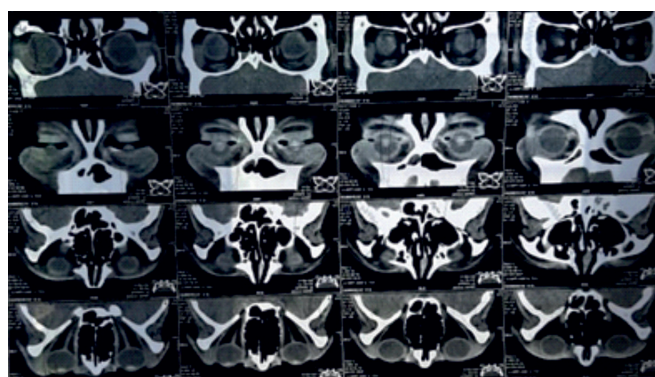


Рисунок 2. Результаты компьютерной томографии орбиты пациентки С. 27 лет.

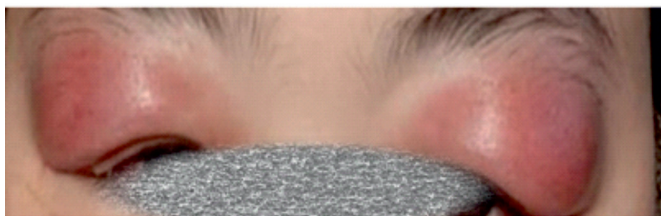


Рисунок 3. Картина двустороннего дакриoadенита у пациентки С. 27 лет после первой инъекции дипроспана.



Рисунок 4. Картина двустороннего дакриoadенита у пациентки С. 27 лет после второй инъекции дипроспана.



Рисунок 5. Картина двустороннего дакриoadенита у пациентки С. 27 лет после первого курса комплексного лечения.



Рисунок 6. Состояние двустороннего дакриoadенита у пациентки С. 27 лет после второго курса противорецидивного лечения.

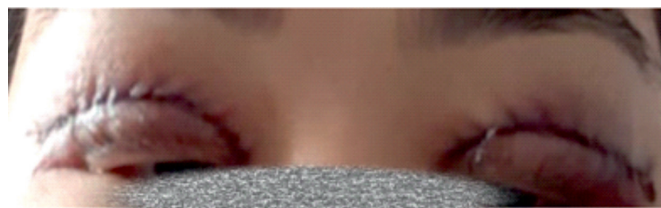


Рисунок 7. Картина состояния век в первые сутки после проведенной верхней блефаропластики.

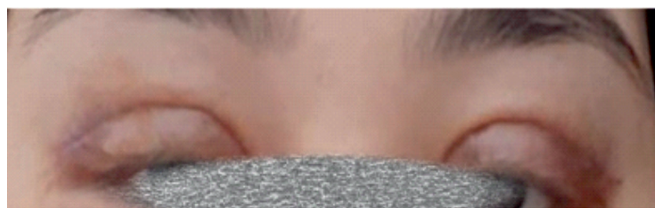


Рисунок 8. Картина состояния на 14-е сутки после операции, швы сняты.

На рисунке 7 – первые сутки после операции, 8 – 14-е сутки после операции, швы сняты, состояние в послеоперационном периоде.

При наблюдении после хирургического лечения в течение последних 6 месяцев рецидива заболевания не отмечали.

Результаты. Таким образом, в представленном клиническом случае двустороннего дакриoadенита на фоне ревматоидного артрита в результате комплексного медикаментозного лечения, включающего противовоспалительное, противоотечное, улучшение микрогемолимфоциркуляции, затем хирургического (проведение верхней блефаропластики) удалось достичь стойкого купирования аутоиммунного воспаления и получить положительный косметический эффект, что привело к значительному повышению качества жизни пациентки.

Выводы. Результат комбинированного лечения аутоиммунного дакриoadенита с введением дипроспана 1,0 мл парабульбарно в верхненаружный квадрант и хирургическим устранением блефарохалазиса показал высокую эффективность. Стабилизация хронического процесса и устранение нежелательного косметического дефекта за счет растянутой ткани верхнего века в проекции слезной железы, являлась основной целью лечения. Данный вид лечения мы можем рассматривать, как альтернативное лечение хронического воспаления слезной железы.

References:

1. Rute Lopes Caçola, Sandra Alves Morais, Rui Carvalho, and Rui Môço. Bilateral dacryoadenitis as initial presentation of a locally aggressive and unresponsive limited form of orbital granulomatosis with polyangiitis. Portugal; (25 April 2016) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27170605/>.
2. Gabriel Sebastián Díaz-Ramírez, Luis Fernando Medina-Quintero, Alexander Salinas-César, Andrés Felipe Zea-Vera. Dacryoadenitis Associated with IgG4-related Disease in an Afro-Colombian Adolescent. Colombia. (May-June 2018). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27989497/>.
3. Matthew Witmer, MD, Tampa, Fla. Unraveling the Difficult Diagnosis of Dacryoadenitis. South Florida. (August 2009) <https://www.reviewofophthalmology.com/article/unraveling-the-difficult-diagnosis-of-dacryoadenitis>.
4. Oluwatobi O Idowu, Murtaza Saifee, Thomas S Copperman, Robert C Kersten. Dacryoadenitis Associated with Juvenile Idiopathic Arthritis. Korea. (August 2021) <https://en.x-mol.com/paper/article/1390934704406548480>.
5. James P. Rathmell, Carol L. Shields, Jerry A. Shields, Ralph C. Eagle & Richard D. Gordon. Chronic dacryoadenitis associated with juvenile rheumatoid arthritis. (July 2009). <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/01676838809036134>.
6. Vinceneux P. Cogan's syndrome. Orphanet <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5729811/>.

7. P. Saraiva, S.W. Genders, M.V. Buchem, G.P.M. Luyten & J-W Beenakker. CT and MR imaging of orbital inflammation. Netherlands. (October 2019). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6244997/>.
8. Lu X., Wang X., Nian H. et al. Mesenchymal stem cells for treating autoimmune dacryoadenitis. Stem Cell Res Ther 8, 126 (2017). <https://stemcellres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13287-017-0593-3>.
9. Huang S., Juniat V., Satchi K. et al. Bilateral lacrimal gland disease: clinical features and outcomes. Eye (2021). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34725471/>.
10. Kase S., Ishida S. COVID-19-related chronic bilateral dacryoadenitis: a clinicopathological study. JAMA Ophthalmol. Published (February 17, 2022). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35175309/>.
11. Krjukov A.S., Revmatodnyj artrit simptomsy diagnostiki i lechenie. Sankt-Peterburg. (Ijul' 2018). <https://stromynka7.ru/blog/revmatoidnyj-artrit-simptomsy-diagnostika-i/>. (in Russian)
12. Chichasova N.V. Revmatoidnyj artrit: problemy lecheniya na sovremennom etape. Moskva. (2018). <https://cyberleninka.ru/article/n/revmatoidnyj-artrit-problemy-lecheniya-na-sovremennom-etape/viewer>. (in Russian)
13. Zubkova E.A. Dakrioadenit - simptomsy i lechenie. (fevral' 2021). <https://probolezny.ru/dakrioadenit/>. (in Russian)
14. Fedorov S.N., Jarceva N.S., Ismankulov A.O. Glaznye bolezni. Moskva (2005). (in Russian)
15. Ismailova D. S, Grusha Ja.O., Abramova Ju.V., Novikovz P.I., Danilov S.S., Klinicheskie projavleniya porazheniya orbity pri granulematoze s poliangiitom. Moskva. (2018). (in Russian)
16. Kim A.R., Chemeris M.V. Revmatoidnyj artrit. Sankt-Peterburg. - (2021). (in Russian)
17. Apostolos Kontzias, MD, Stony Brook University School of Medicine. - May 2020. (in Russian)
18. Nogaeva M.G., Amanzholova A.S., Primenenie genno-inzhenernoj biologicheskoy terapii u bol'nyh revmatoidnym artritom v Respublike Kazahstan. Almaty. - 2015. (in Russian)
19. Grunina E.A., Vinogradova N. A, Klinicheskoe uluchshenie i predotvrashhenie kostno-hrjashhevoj destrukcii pri lechenii revmatoidnogo artrita nizkimi dozami gljukokortikosteroidov. Nauchno-prakticheskaja revmatologija. - 2000. <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2000-186>. (in Russian)
20. Nemcov B.F., Simonova O.V., Benenson E.V., Politova N.N. Kombinirovannaja terapija prospidinom i metotreksatom bol'nyh revmatoidnym artritom (12-mesjachnoe kontroliruemoe issledovanie). Medicinskaja akademija g. Kirov. Klinika vnutrennih boleznej №1 Kel'nskogo universiteta, Germanija. - 2003. (in Russian)

РЕВМАТОИДТЫ АРТРИТ АЯСЫНДАҒЫ ЕКІ ЖАҚТЫ ДАКРИОАДЕНИТ: ЕМДЕУ ЖӘНЕ ОҢАЛУ ТӘЖІРИБЕСІ

^{*1,3} А.А. Исалиева, ^{1,2} К.Т. Сарсембекова

¹ «Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МЕМБМ, Қазақстан, Алматы қ.

² «Офтальмологиялық центр профессор Т.К. Ботабекова атындағы» ЖШС, Қазақстан, Алматы қ.

³ ЖШС «Құрмет белгісі ордендегі көз аурулары Қазақ ғылыми-зерттеу институты», Қазақстан, Алматы қ.

**Корреспондент автор: А.А. Исалиева. E-mail: issaliyeva16@gmail.com*

Түйінді

Дакриoadenит – бұл лакрималды бездің қабынуы, процесс көбінесе бір жақты, өткір және созылмалы болуы мүмкін. Лакрималды бездегі патологиялық созылмалы процестің қайта басталуы лакрималды без аймағында жоғарғы қабақтың терісінің гипертрофиясына әкелуі мүмкін, бұл науқасқа жағымсыз эстетикалық ақау әкелуі мүмкін. Окулопластикалық хирургпен кеңескеннен кейін жоғарғы блефаропластиканы жүргізу туралы шешім қабылданды. Аралас емдеудің арқасында дәрігер мен пациенттің үміттері ақталады.

Зерттеудің мақсаты – микрогемолимфоциркуляцияны жақсартумен және пациенттің қажетті нәтижесіне қол жеткізумен қабыну және ісіну процестерін жоюға бағытталған емнің тиімділігін зерттеу болды-ревматоидты артрит және науқаста созылмалы дакриoadenиттің қайталануымен жоғарғы блефаропластика.

Тұжырымдар. Зерттеуге 27 жастағы науқастың жүйелі созылмалы бірлескен ауруы және көз жасын шығаратын бездің ұзақ аутоиммунды ауруы бар бір клиникалық жағдай келтірілген. Науқастың басты қалауы-лакрималды бездің созылмалы қабынуының тұрақты қайталануына қол жеткізу, сондай-ақ жоғарғы қабақтың созылған және ілулі терісінен арылу. Біздің байқау кезеңі жалпы 6 айды құрады.

Осы жағдайды зерттеу нәтижесінде біз лакрималды бездің қалыпты жұмысын нығайтуға және қалпына келтіруге қол жеткіздік және науқастың шынайы қабақтарға эстетикалық әдемі көрініс беру туралы тілектерін орындадық.

Қорытынды. Аралас емдеу нәтижесінде біз лакрималды бездің созылмалы қабынуының тұрақты қайталануына және қажетті косметикалық әсерге қол жеткіздік.

Жоғарғы қабақтың терісінің созылуына әкелетін лакрималды бездің созылмалы ауруларындағы хирургиялық және консервативті емнің үйлесуі созылмалы процесті тұрақтандыруға қол жеткізіп, жағымсыз эстетикалық кемшілікті жоя отырып, дакриoadenитті емдеудің балама әдісі бола алады.

Кілт сөздер: дакриoadenит, қабақ, гиперемия, қабыну, ревматоидты артрит, микрогемокриркуляция, блефаропластика.

BILATERAL DACRYOADENITIS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS: TREATMENT AND REHABILITATION EXPERIENCE

*^{1,3} A.A. Issaliyeva, ^{1,2} K.T. Sarsembekova

¹ NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

² LLC «T.K.Botabekova professor's Ophthalmological Center», Kazakhstan, Almaty

³ LLC «Kazakh Order Badge of Honor research institute of eye diseases», Kazakhstan, Almaty

**Corresponding author: A.A. Issaliyeva. E-mail: issaliyeva16@gmail.com*

Summary

Dacryoadenitis is an inflammation of the lacrimal gland, the process is more often unilateral, can be both acute and chronic. The resumption of a pathologically chronic process in the lacrimal gland can lead to hypertrophy of the skin of the upper eyelid in the area of the lacrimal gland, which can cause an unpleasant aesthetic defect to the patient. After consultation with an oculoplastic surgeon, it was decided to perform upper blepharoplasty. Due to the combined treatment, the expectations of the doctor and the patient are justified.

The aim of the study was to study the effectiveness of treatment aimed at eliminating inflammatory and edematous processes with improved microhemolymphocirculation and achieving the desired result of the patient - upper blepharoplasty in the presence of rheumatoid arthritis and relapses of chronic dacryoadenitis in the patient's history.

The objective of the study was to assess the result of the combined treatment of chronic autoimmune dacryoadenitis with the achievement of a persistent relapse and the expected cosmetic effect of upper eyelid blepharoplasty.

Results. The study includes one clinical case in which a 27-year-old patient with a history of systemic chronic joint disease and a long-term autoimmune disease of the tear-producing gland. The main desire of the patient is to achieve a stable recurrence of chronic inflammation of the lacrimal gland and also to get rid of the stretched and overhanging skin of the upper eyelids. The period of our observation was generally 6 months.

As a result of our investigation of this case, we achieved the strengthening and restoration of the normal functioning of the lacrimal gland and fulfilled the patient's wishes to give an aesthetically beautiful appearance to the upper eyelids.

Conclusions. As a result of the combined treatment, we managed to achieve a persistent recurrence of chronic inflammation of the lacrimal gland and achieve the desired cosmetic effect.

A combination of surgical and conservative treatments for chronic diseases of the lacrimal gland, leading to stretching of the skin of the upper eyelid, can become an alternative way of treating dacryoadenitis with the achievement of stabilization of the chronic process and the elimination of an undesirable aesthetic flaw.

Key words: *dacryodenitis, eyelids, hyperemia, inflammation, rheumatoid arthritis, microhemomicrocirculation, blepharoplasty.*



МАЗМҰНЫ

ӘДЕБИ ШОЛУЛАР

- Миокард инфарктісі. Микроскопиялық зерттеулер
Н.М. Дзholdасбаева, Т. С.Саянова, А.К. Сабырова 10

БІРТУМА ЗЕРТТЕУЛЕР

- Шизофрениядағы танымдық жетіспеушілікті талдау
және заманауи емдеу әдістері
У.И. Кучкоров, Н.И. Ходжаева 15

- Сүицидтік үрдістері бар жасөспірімдердегі депрессиялық
бұзылулардың ерекшеліктері
В.К. Абдуллаева, С.Б. Бабаракхимова 19

- Оқу үрдісіндегі инновациялық технологиялардың рөлі
(сауалнама мәліметтері бойынша)
М.К. Искакова, Г.Н. Ережепова, Л.Б. Сейдуанова 25

- Covid-19 пандемиясы кезеңінде психикалық бұзылулармен
сырқаттанушылық мәселесіне (Алматы қаласының
материалдары бойынша)
Н.Т. Джайнакбаев, С.З. Ешимбетова, Н.И. Распопова,
М.С. Редько, Е.Ю. Прокопова, Д.К. Станбаев, Д.М. Мизанбаев,
С.Р. Тусупова, К.Д. Каукербекова, А.К. Токпанова,
А.Т. Малгельдиев, Е.В. Малгельдиева 34

- Дигидрокерцетиннің, С витаминінің, нефромон плюс,
валемидин плюс, полиоксидонийдің антиоксиданттық
белсенділігінің салыстырмалы сипаттамасы
Н.В. Леонтьева, О.В. Ветровой 41

- 2-типті қант диабеті бар пациенттердің «Шұбат»
сублимацияланған түйе сүтін қолдану тәжірибесі,
оның тиімділігін клиникалық-зертханалық
көрсеткіштер бойынша бағалау
Н.Т. Джайнакбаев, А.О. Сейдалиев, Х.Ш. Кашикова 47

КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ

- Акушерлік тәжірибедегі hellp-синдром
Г.Н. Балмагамбетова, Ф.Т. Шалкарбекова,
Б.Р. Абильмажинова, Ж.Т. Ахмедияр, А.Т. Омаржан,
Ш.Р. Эрса 52

- Психикалық бұзылыстармен дифференциалды диагностика
аясында мәжбүрлеп емдеу кезіндегі қорғаныштық және
аттитудиналдық мінез-құлықтың клиникалық
жағдайын талдау
А.С. Альгожина, К.Д. Каукербекова 59

- Ревматоидты артрит аясындағы екі жақты дакриоаденит:
емдеу және оңалу тәжірибесі
А.А. Исалиева, К.Т. Сарсембекова 65

CONTENT

REVIEWS

- Myocardial infarction. Microscopic studies
N.M. Dzholdasbayeva, T.S. Sayanova, A.K. Sabyrova 10

ORIGINAL ARTICLES

- Analysis of cognitive deficits in schizophrenia
and modern treatment methods
U.I. Kuchkоров, N.I. Khodzhaeva 15

- Features of suicidal behavior
of adolescents
V.K. Abdullaeva, S.B. Babarakhimova 19

- The role of innovative technologies in the educational process
(according to the survey)
M.K. Iskakova, G.N. Erezhepova, L.B. Seduanova 25

- On the issue of the incidence of mental disorders during
the pandemic covid-19 (based on the
materials of Almaty)
N.T. Jainakbayev, S.Z. Yeshimbetova, N.I. Raspopova, M.S. Redko,
E.Y. Prokopova, D.K. Stanbayev, D.M. Mizanbayev, S.R. Tusupova,
K.D. Kaukarbekova, A.K. Tokpanova, A.T. Malgeldiev,
E.V. Malgeldieva 34

- Comparative characteristics of antioxidant activity
of dihydroquercetin, vitamin C, nephromone plus,
valemidine plus, polyoxidonium
N.V. Leontyeva, O.V. Vetrovoi 41

- Experience in the use of freeze-dried camel milk «Shubat»
by patients with type 2 diabetes mellitus, evaluation
of its effectiveness according to clinical
and laboratory indications
N.T. Jainakbayev, A.O. Seidalin, Kh.Sh. Kashikova 47

CLINICAL CASE

- Hellp - syndrome in obstetric practice
G.N. Balmagambetova, F.T. Shalkarbekova, B.R. Abilmazhinova,
Zh.T. Akhmediyar, A.T. Omarzhan,
Sh.R. Esra 52

- Analysis of a clinical case of protective
and attitudinal behavior during compulsory treatment
in the context of differential diagnosis
with mental disorders
A.S. Algozhina, K.D. Kaukarbekova 59

- Bilateral dacryoadenitis with rheumatoid arthritis: treatment and
rehabilitation experience
A.A. Issaliyeva, K.T. Sarsembekova 65

АВТОРЛАР ТУРАЛЫ МӘЛІМЕТТЕР

Джолдасбаева Нуржамал Мажитовна, магистр оқытушы, «Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МЕББМ, Қазақстан, Алматы қ., e-mail: nur_06.94@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8333-1566>.

Саянова Тенгиза Сериккызы, «Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МЕББМ «Жалпы медицина» мамандығы бойынша 2 курс студенті, Қазақстан, Алматы қ., e-mail: tengizass@icloud.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0294-6524>.

Сабырова Арайлым Кайраткызы, «С.Д. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ» КеАҚ «Кардиология» мамандығы бойынша 2 курсының резиденті, Қазақстан, Алматы қ., e-mail: arailym_kairatkyzy@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2773-8799>.

Кучкоров Умид Илёсович, м.ғ.к., Бұхара мемлекеттік медициналық институты, Өзбекстан, Бұхара қ., e-mail: kuchkarovu76@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2816-7083>.

Ходжаева Назира Исламовна, м.ғ.д., профессор, Ташкент медециналық академиясы, Өзбекстан, Ташкент қ., e-mail: nazira.xodjaeva@tma.uz, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5581-6005>.

Абдуллаева Василя Каримбековна, м.ғ.д., Ташкент Педиатриялық Медициналық Институты, Өзбекстан, Ташкент қ., e-mail: vasila.abdullaeva@tashpmi.uz, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1763-2461>, SPIN: 9046-6948, Author-ID: 966518.

Бабарахимова Сайера Бориевна, PhD, Ташкент Педиатриялық Медициналық Институты, Өзбекстан, Ташкент қ., e-mail: babaraximova@umail.uz, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1631-5413>, SPIN: 8703-5263, Author-ID: 806843.

Искакова Мариям Козыбаевна, м.ғ.д., доцент, «Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МЕББМ, Қазақстан, Алматы қ., e-mail: iskakova-maryam@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9861-0928>.

Ережепова Гульнур Нургалиевна, «Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МЕББМ магистранты, Қазақстан, Алматы қ., e-mail: gulyonosh@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2154-8174>.

Сейдуанова Лаура Бейсбековна, PhD, доцент, «С.Д. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ» КеАҚ, Қазақстан, Алматы қ., e-mail: laura_seiduanova@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0205-2421>.

Джайнакбаев Нурлан Темирбекович, м.ғ.д., профессор, «Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МЕББМ, Қазақстан, Алматы қ., e-mail: info@medkrmu.kz, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0579-8109>.

Ешимбетова Саида Закировна, м.ғ.д., профессор,

«Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МЕББМ, Қазақстан, Алматы қ., e-mail: s.eshimbetova@medkrmu.kz, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3477-2565>.

Распопова Наталья Ивановна, м.ғ.д., аға оқытушы, «Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МЕББМ, Қазақстан, Алматы қ., e-mail: raspopova.dis@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8456-1822>.

Редько Майя Сергеевна, медицина магистрі, аға оқытушы, «Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МЕББМ, Қазақстан, Алматы қ., e-mail: margo5579@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8548-3464>.

Прокопова Екатерина Юрьевна, оқытушы, «Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МЕББМ, Қазақстан, Алматы қ., e-mail: dr.hristenson@yandex.kz, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9553-7967>.

Станбаев Диас Кайратович, «Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МЕББМ «Психиатрия, сонымен бірге балалар психиатриясы» кафедрасының 2 курсының дәрігер-резиденті, Қазақстан, Алматы қ., e-mail: disa_d@inbox.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0636-6313>.

Мизанбаев Данияр Максымович, «Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МЕББМ «Психиатрия, сонымен бірге балалар психиатриясы» кафедрасының 2 курсының дәрігер-резиденті, Қазақстан, Алматы қ., e-mail: d.1595@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4575-1583>.

Тусупова Сабина Рахимқызы, «Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МЕББМ «Психиатрия, сонымен бірге балалар психиатриясы» кафедрасының 2 курсының дәрігер-резиденті, Қазақстан, Алматы қ., e-mail: tussupova_sabina@bk.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7181-9361>.

Каукербекова Карина Дауреновна, «Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МЕББМ «Психиатрия, сонымен бірге балалар психиатриясы» кафедрасының 2 курсының дәрігер-резиденті, Қазақстан, Алматы қ., e-mail: karinakaukerbekova@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1349-3695>.

Токпанова Айжан Канатовна, «Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МЕББМ «Психиатрия, сонымен бірге балалар психиатриясы» кафедрасының 2 курсының дәрігер-резиденті, Қазақстан, Алматы қ., e-mail: tokpanova90@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8796-339X>.

Малгельдиев Азамат Тахирулы, «Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МЕББМ «Психиатрия, сонымен бірге балалар психиатриясы» кафедрасының 2 курсының дәрігер-резиденті, Қазақстан, Алматы

қ., e-mail: malgeldiev@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5840-1163>.

Малгельдиева Евгения Витальевна, «Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МЕББМ «Психиатрия, сонымен бірге балалар психиатриясы» кафедрасының 2 курсының дәрігер-резиденті, Қазақстан, Алматы қ., e-mail: evgesha_1203@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1488-8376>.

Леонтьева Наталия Владимировна, м.ғ.д., профессор, Солтүстік-Батыс мемлекеттік медицина университеті, Ресей, Санкт-Петербург қ., e-mail: leontyevanv@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0873-8264>.

Ветровый Олег Васильевич, м.ғ.к., Ми нейрондарының қызметін реттеу зертханасының аға ғылыми қызметкері, И.П. Павлова атындағы Физиология институты, e-mail: vov210292@yandex.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1860-5935>, Scopus ID: 56089025300, Researcher ID: V-7515-2018.

Сейдалин Арыстан Оскарович, м.ғ.д., профессор, «Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МЕББМ, Қазақстан, Алматы қ., e-mail: seidalin.a.o@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5045-7813>.

Кашикова Хадиша Шагатаевна, м.ғ.д., профессор, «Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МЕББМ, Қазақстан, Алматы қ., e-mail: hadisha.kash@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6523-1684>.

Шалкарбекова Феризат Талгатовна, «Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МЕББМ дәрігер – резиденті, Қазақстан, Алматы қ., e-mail: ferizat_93@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6301-283X>, SPIN: 8189-8729, Author-ID: 806843.

Балмагамбетова Гуля Нурбековна, жоғары санатты акушер-гинеколог, «Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МЕББМ, Қазақстан,

Алматы қ., e-mail: balm.g1953@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7644-8843>.

Абильмажинова Балзия Рамазановна, жоғары санатты анестезиолог-реаниматолог дәрігер, «Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МЕББМ, Қазақстан, Алматы қ., e-mail: balziyaabilmazhinova1965@gmail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3677-0982>.

Ахмедияр Жанар Токтарбекқызы, «Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МЕББМ дәрігер – резиденті, Қазақстан, Алматы қ., e-mail: zhanara94_94@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4603-739X>.

Омаржан Ақбөпе Талғатқызы, «Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МЕББМ дәрігер – резиденті, Қазақстан, Алматы қ., e-mail: iakbopeo@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8331-5061>, Author-ID: 146.120.303.46.

Эрса Шамиль Рамазанович, «Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МЕББМ дәрігер – резиденті, Қазақстан, Алматы қ., e-mail: ersa.shamil@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6882-5007>.

Альгожина Арай Сайлауовна, дәрігер-психиатр, «Жіті бақыланатын мамандандырылған үлгідегі Республикалық психиатриялық аурухана», Қазақстан, Талғар қ. Ақтас, e-mail: aabyllkakimova@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4012-1064>.

Исалиева Ажар Аскаровна, «Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МЕББМ офтальмология кафедрасының 3 курсының дәрігер – резиденті, Қазақстан, Алматы қ., e-mail: issaliyeva16@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6062-2229>.

Сарсембекова Камиля Тулегеновна, м.ғ.к., «Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МЕББМ офтальмология кафедрасының оқытушысы, Қазақстан, Алматы қ., e-mail: kamilya_75@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8735-794X>.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Джолдасбаева Нуржамал Мажитовна, магистр, преподаватель НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы, e-mail: nur_06.94@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8333-1566>.

Саянова Тенгиза Сериккызы, студент 2-го курса по специальности «Общая медицина» НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы, e-mail: tengizass@icloud.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0294-6524>.

Сабырова Арайлым Кайраткызы, резидент 2-го курса по специальности «Кардиология» НАО «КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова», Казахстан, г. Алматы, e-mail: arailym_kairatkyzy@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2773-8799>.

Кучкоров Умид Илёсович, к.м.н., Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан, г. Бухара, e-mail: kuchkarovu76@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2816-7083>.

Ходжаева Назира Исламовна, д.м.н., профессор, Ташкентская медицинская академия, Узбекистан, г. Ташкент, e-mail: nazira.xodjaeva@tma.uz, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5581-6005>.

Абдуллаева Василя Каримбековна, д.м.н., Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан, г. Ташкент, e-mail: Vasila.abdullaeva@tashpmi.uz, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1763-2461>, SPIN: 9046-6948, Author-ID: 966518.

Бабарахимова Сайера Бориевна, PhD, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан, г. Ташкент, e-mail: babaraximova@umail.uz, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1631-5413>, SPIN: 8703-5263, Author-ID: 806843.

Искакова Мариям Козыбаевна, к.м.н., доцент, НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы, e-mail: iskakova-maryam@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9861-0928>.

Ережепова Гульнур Нурғалиевна, магистрант НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы, e-mail: gulyonosh@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2154-8174>.

Сейдуанова Лаура Бейсбековна, PhD, доцент, НАО «КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова», Казахстан, г. Алматы, e-mail: laura_seiduanova@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0205-2421>.

Джайнакбаев Нурлан Темирбекович, д.м.н., профессор, НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы, e-mail: info@medkrmu.kz, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0579-8109>.

Ешимбетова Саида Закировна, д.м.н., профессор, НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы, e-mail: s.eshimbetova@medkrmu.kz, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3477-2565>.

Распопова Наталья Ивановна, д.м.н., старший преподаватель, НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы, e-mail: raspopova.dis@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8456-1822>.

Редько Майя Сергеевна, магистр медицины, старший преподаватель, НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы, e-mail: margo5579@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8548-3464>.

Прокопова Екатерина Юрьевна, преподаватель, НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», г. Алматы e-mail: dr.hristenson@yandex.kz, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9553-7967>.

Станбаев Диас Кайратович, врач-резидент 2-го курса по специальности «Психиатрия, в том числе детская» НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы, e-mail: disa_d@inbox.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0636-6313>.

Мизанбаев Данияр Максымович, врач-резидент 2-го курса по специальности «Психиатрия, в том числе детская» НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы, e-mail: D.1595@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4575-1583>.

Тусупова Сабина Рахимқызы, врач-резидент 2-го курса по специальности «Психиатрия, в том числе детская» НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы, e-mail: Tussupova_sabina@bk.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7181-9361>.

Каукербекова Карина Дауреновна, врач-резидент 2-го курса по специальности «Психиатрия, в том числе детская» НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы, e-mail: karinakaukerbekova@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1349-3695>.

Токпанова Айжан Канатовна, врач-резидент 2-го курса по специальности «Психиатрия, в том числе детская» НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы, e-mail: tokpanova90@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8796-339X>.

Малгельдиев Азамат Тахирулы, врач-резидент 2-го курса по специальности «Психиатрия, в том числе детская» НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы, e-mail: malgeldiev@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5840-1163>.

Малгельдиева Евгения Витальевна, врач-резидент 2-го курса по специальности «Психиатрия, в том числе детская» НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы, e-mail: evgesha_1203@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1488-8376>.

Леонтьева Наталия Владимировна, д.м.н., профессор, Северо-Западный государственный медицинский университет, Россия, г. Санкт-Петербург, e-mail: leontyevanv@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0873-8264>.

Ветровой Олег Васильевич, к.м.н., старший научный сотрудник лаборатории регуляции функций нейронов мозга, ФГБУН Институт физиологии им. И.П. Павлова РАН, e-mail: vov210292@yandex.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1860-5935>, Scopus ID: 56089025300, Researcher ID: V-7515-2018.

Сейдалин Арыстан Оскарлович, д.м.н., профессор, НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы, e-mail: seidalin.a.o@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5045-7813>.

Кашикова Хадиша Шагатаевна, д.м.н., профессор, Каспийский Университет, Казахстан, г. Алматы, e-mail: hadisha.kash@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6523-1684>.

Шалкарбекова Феризат Талгатовна, врач – резидент НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы, e-mail: ferizat_93@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6301-283X>, SPIN: 8189-8729, Author-ID: 806843.

Балмагамбетова Гуля Нурбековна, врач акушер-гинеколог высшей категории, НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы, e-mail: balm.g1953@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7644-8843>.

Абильмажинова Балзия Рамазановна, врач анестезиолог-реаниматолог высшей категории НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Ка-

захстан, г. Алматы, e-mail: balziyaabilmazhinova1965@gmail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3677-0982>.

Ахмедияр Жанар Токтарбеккызы, врач - резидент НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы, e-mail: zhanara94_94@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4603-739X>.

Омаржан Ақбөпе Талғатқызы, врач – резидент НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы, e-mail: iakbopo@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8331-5061>, Author-ID: 146.120.303.46.

Эрса Шамиль Рамазанович, врач – резидент НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы, e-mail: ersa.shamil@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6882-5007>.

Альгожина Арай Сайлауовна, врач-психиатр, ГУ «Республиканская психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением», Казахстан, г. Талгар, с. Актас, e-mail: aabylkakimova@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4012-1064>.

Исалиева Ажар Аскаровна, врач – резидент 3 курса кафедры офтальмологии НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы, e-mail: issaliyeva16@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6062-2229>.

Сарсембекова Камиля Тулегеновна, к.м.н., преподаватель кафедры офтальмологии, НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы, e-mail: kamilya_75@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8735-794X>.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Dzholdasbayeva Nurzhama M., master of medicine, lecturer of the Kazakh-Russian Medical University, Kazakhstan, Almaty, e-mail: nur_06.94@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8333-1566>.

Sayanova Tengiza S., 2nd year student in the specialty «General Medicine» of the Kazakh-Russian Medical University, Kazakhstan, Almaty, e-mail: tengizass@icloud.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0294-6524>.

Sabyrova Arailym K., resident of the 2nd year in the specialty «Cardiology» of KazNMU named by S.D. Asfendiyarov, Kazakhstan, Almaty, e-mail: arailym_kairatkyzy@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2773-8799>.

Kuchkarov Umid I., candidate of medicine, Bukhara State Medical Institute, Uzbekistan, Bukhara, e-mail: kuchkarovu76@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2816-7083>.

Khodzhaeva Nazira I., MD, Professor, Tashkent Medical Academy, Uzbekistan, Tashkent, e-mail: nazira.xodjaeva@tma.uz, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5581-6005>.

Abdullaeva Vasila K., MD, Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan, Tashkent, e-mail: Vasila.abdullaeva@tashpmi.uz, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1763-2461>, SPIN: 9046-6948, Author-ID: 966518.

Babarakhimova Sayera B., PhD, Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan, Tashkent, e-mail: babaraximova@umail.uz, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1631-5413>, SPIN: 8703-5263, Author-ID: 806843.

Iskakova Maryam K., Associate Professor, candidate of medicine, NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty, e-mail: iskakova-maryam@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9861-0928>.

Erezhepova Gulnur Nurgaliyevna, master of medicine, NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty, e-mail: gulyonosh@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2154-8174>.

Seiduanova Laura B., PhD, Associate Professor, KazNMU named by S.D. Asfendiyarov, Kazakhstan, Almaty, e-mail: laura_seiduanova@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0205-2421>.

Jainakbayev Nurlan T., MD, Professor, NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty, e-mail: info@medkrmu.kz, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0579-8109>.

Yeshimbetova Saida Z., MD, Professor, NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty, e-mail: s.eshimbetova@medkrmu.kz, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3477-2565>.

Raspopova Nanalya I., MD, senior lecturer, NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty, e-mail: raspopova.dis@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8456-1822>.

Redko Maya S., master of medicine, senior lecturer, NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty, e-mail: margo5579@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5045-7813>.

orcid.org/0000-0002-8548-3464.

Prokopova Yekaterina Y., lecturer, NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty, e-mail: dr.hristenson@yandex.kz, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9553-7967>.

Stanbayev Dias K., resident - doctor of the 2nd year in the specialty «Psychiatry, including children's» NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty, e-mail: disa_d@inbox.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0636-6313>.

Mizanbayev Daniyar Maksymovich, resident - doctor of the 2nd year in the specialty «Psychiatry, including children's» NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty, e-mail: D.1595@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4575-1583>.

Tussupova Sabina R., resident - doctor of the 2nd year in the specialty «Psychiatry, including children's» NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty, e-mail: tussupova_sabina@bk.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7181-9361>.

Kaukerbekova Karina D., resident - doctor of the 2nd year in the specialty «Psychiatry, including children's» NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty, e-mail: karinakaukerbekova@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1349-3695>.

Tokpanova Aizhan K., resident - doctor of the 2nd year in the specialty «Psychiatry, including children's» NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty, e-mail: tokpanova90@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8796-339X>.

Malgeldiyev Azamat T., resident - doctor of the 2nd year in the specialty «Psychiatry, including children's» NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty, e-mail: malgeldiev@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5840-1163>.

Malgeldiyeva Yevgeniya V., resident - doctor of the 2nd year in the specialty «Psychiatry, including children's» NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty, e-mail: evgesha_1203@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1488-8376>.

Leontyeva Nataliya V., MD, Professor, «I.I. Mechnikov Northwestern State Medical University», Russia, Saint Petersburg, e-mail: leontyevanv@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0873-8264>.

Vetrovoi Oleg V., candidate of medical sciences, Senior Researcher at the Laboratory of Regulation of brain Neuron Functions, Federal State Budgetary Institution of Science «I.P. Pavlov Institute of Physiology» of the Russian Academy of Sciences, Russia, St. Petersburg, e-mail: vov210292@yandex.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1860-5935>, Scopus ID: 56089025300, Researcher ID: V-7515-2018.

Seidalin Arystan O., MD, Professor, NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty, e-mail: seidalin.a.o@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5045-7813>.

Kashikova Khadisha Sh., MD, Professor, NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty, e-mail: hadisha.kash@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6523-1684>.

Shalkarbekova Ferizat T., resident - doctor NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty, e-mail: ferizat_93@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6301-283X>, SPIN: 8189-8729, Author-ID: 806843.

Balmagambetova Gulya N., the highest category obstetrician-gynecologist of the NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty, e-mail: balm.g1953@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7644-8843>.

Abilmazhinova Balziya R., the highest category anesthesiologist-resuscitator of the NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty, e-mail: balziyaabilmazhinova1965@gmail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3677-0982>.

Akhmediyar Zhanar T., resident - doctor NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty, e-mail: zhanara94_94@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4603-739X>.

Omarzhan Akbope T., resident - doctor NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty, e-mail: iakbopeo@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8331-5061>, Author-ID: 146.120.303.46.

Esra Shamil R., resident - doctor NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty, e-mail: ersa.shamil@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6882-5007>.

Algozhina Aray S., psychiatry – doctor, «State Institution Republican Psychiatric Hospital of a Specialized Type with Intensive Observation», Kazakhstan, Talgar district, Aktas, e-mail: aabylkakimova@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4012-1064>.

Issaliev Azhar A., resident doctor of the 3rd year of the Department of Ophthalmology, NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty, e-mail: is-saliyeva16@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6062-2229>.

Sarsembekova Kamilya T., candidate of medical sciences, lecturer, NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty, e-mail: kamilya_75@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8735-794X>.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ ТРЕБОВАНИЯ К РУКОПИСЯМ, ПРЕДСТАВЛЯЕМЫМ В ЖУРНАЛ «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»

Журнал «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины» - рецензируемый междисциплинарный научно-практический журнал, который публикует результаты оригинальных исследований, литературные обзоры, случаи из практики, связанные с клинической медициной и общественным здоровьем. Авторами рукописей и основной читательской аудиторией издания являются специалисты здравоохранения, практикующие врачи, научные работники НЦ, НИИ и педагогические работники ОВПО из Казахстана, стран СНГ и дальнего зарубежья, докторанты и магистранты в области медицины и общественного здоровья.

Настоящие требования разработаны НУО «Казахстанско-Российским медицинским университетом» (далее – Университет) согласно Межгосударственному стандарту ГОСТ 7.89-2005. «Оригиналы текстовые авторские и издательские. Общие требования», а также в соответствии с базовым издательским стандартом по оформлению статей по ГОСТ 7.5. - 98 «Журналы, сборники, информационные издания. Издательское оформление публикуемых материалов» и при-статейных библиографических списков по ГОСТ 7.1. – 2003 «Библиографическая запись. Библиографическое описание. Общие требования и правила составления», принятых Межгосударственным Советом по стандартизации, метрологии и сертификации. При составлении данных требований использовался также опыт международных журналов, успешно прошедших путь от небольшого местного журнала издания до республиканского ежемесячного научно-практического журнала, индексируемого в Казахстанской базе цитирования (КазБЦ), Russian Science Index (RSI), Scopus и других международных базах данных. В требованиях учтены наиболее часто встречающиеся в казахстанских и международных журналах ошибки, а особое внимание уделено рекомендациям по описанию методов проведения исследования, статистической обработки данных, представления результатов и их интерпретации. Редакция журнала «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины» надеется, что строгое соблюдение этих требований авторами рукописей поможет существенно повысить качество журнала и его цитируемость отечественными и зарубежными исследователями.

Рукописи, не соответствующие данным требованиям, редакцией журнала рассматриваться не будут.

Основная тематическая направленность - публикация материалов в журнале «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины» по образованию, организации здравоохранения, медицинской науке и практике.

Журнал «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины» издается с 2011 года и был зарегистрирован в Комитете информации Министерства информации и общественного развития Республики Казахстан (свидетельство о регистрации №12178-ж от 29.12.2011 г.)

Журнал состоит из разделов:

Литературные обзоры

- Оценочные
- Исследовательские
- Инструментальные
- Систематические

Оригинальные статьи

- Экспериментальная и теоретическая медицина
- Клиническая медицина
- Общественное здравоохранение
- Медицинское образование

Клинические случаи

Периодичность издания - **1 раз в квартал.**

ПОДГОТОВКА МАТЕРИАЛОВ

Представляемый материал должен являться оригинальным и неопубликованным ранее в других печатных изданиях. Рукопись может представляться на казахском, русском и английском языках. Текст статей будет проверен программой проверки уникальности текста (антиплагиат). Оригинальность текста статьи должна быть не менее 80%. Для каждой рукописи будет установлен индекс DOI (цифровой идентификатор объекта) после рецензирования и одобрения редакцией и редакционной коллегии.

Рукописи поступившие в редакцию, подвергаются тщательному рецензированию. Журнал ведет двойное слепое рецензирование (double-blind review) при котором рецензенту неизвестно имя автора, а авторам неизвестно имя ре-

цензента. Если у рецензентов возникают вопросы, статья возвращается авторам на доработку. Редакция имеет право запросить исходную базу данных, на основании которой производились расчеты в случаях, когда возникают вопросы о качестве статистической обработки. Редакция также оставляет за собой право внесения редакторских изменений в текст, не искажающих смысла статьи.

Рукопись следует присылать в редакцию в электронном виде в формате MS Word как приложение к электронному письму. Также к нему оформляется сопроводительное письмо от авторов.

Сопроводительное письмо поможет редакции журнала получить общее представление о вашей рукописи, подчеркнув ваши наиболее важные выводы и их последствия и продемонстрировав, почему ваша рукопись представляет интерес.

Сопроводительное письмо оформляется в редакцию журнала и должно содержать следующую информацию: 1. Фамилия, имя, отчество и место работы всех авторов; 2. Фамилия, имя, отчество, ученая степень, звание, должность и место работы автора, ответственного за дальнейшую переписку с редакцией. Почтовый адрес, телефон, факс, адрес электронной почты автора, ответственного за дальнейшую переписку с редакцией. 3. Название рукописи; 4. Количество страниц в рукописи (не включая аннотацию, список литературы, таблицы и рисунки); 5. Количество таблиц и рисунков; 6. Дата представления рукописи; 7. Подпись автора, ответственного за переписку с редакцией.

Ниже форма сопроводительного письма:

В редакцию журнала «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»					
от					
<i>(Ф.И.О. соавтора (-ов), ученая степень, звание, должность и место работы, e-mail и телефон)</i>					
Направляю (-ем) подготовленную мною (нами) статью «название статьи» (количество страниц, таблиц, рисунков) для рассмотрения и публикации в разделе «название раздела». С условиями публикации согласен (-а, -ы). Заверяю (-ем), что материалы, представляемые в данной статье, не были опубликованы и не находятся на рассмотрении в другом печатном издании. Автор(-ы) подтверждает(-ют), что не имеет(-ют) конфликтов интересов. Против воспроизведения данной статьи в других средствах массовой информации (включая электронные) не возражаю (-ем). Даю согласие на обработку персональных данных. Автор (-ы): <table border="0" style="width: 100%;"><tr><td style="border-top: 1px solid black; width: 33%; text-align: center;">(Ф. И.О.)</td><td style="border-top: 1px solid black; width: 33%; text-align: center;">(подпись)</td><td style="border-top: 1px solid black; width: 33%; text-align: center;">(дата, месяц и год)</td></tr></table> <i>1. Приложения к сопроводительному письму: авторский оригинал статьи в формате MS Word, Список литературы (также транслитерованный список литературы)</i>			(Ф. И.О.)	(подпись)	(дата, месяц и год)
(Ф. И.О.)	(подпись)	(дата, месяц и год)			

Электронный вариант рукописи готовится в программе Ms Word

- Текст рукописи шрифтом Times New Roman, кегль – 12, с межстрочным интервалом – 1,5.
- Ориентация книжная (портрет) с полями со всех сторон по 2,5 см и обязательной нумерацией страниц начиная с титульного листа.
- Таблицы и рисунки (иллюстрации, графики, фотографии), а также подписи к ним присылаются в том же файле, что и основной текст, и размещаются на отдельных страницах в конце статьи. Общее число таблиц и рисунков в оригинальных статьях обычно не должно превышать 5. Приблизительное расположение иллюстративного материала в тексте указывается на полях с правой стороны.
- Объем рукописи оригинальной статьи должен быть 3000-4000 слов не включая аннотации, ключевых слов, списка литературы, таблицы и рисунки.
- Литературный обзор может включать до 5000 слов. Список литературы для оригинальных статей должен включать 20-30 ссылок. Для обзоров количество ссылок может достигать до 70.

Рукописи оригинальных статей должны иметь следующие разделы:

1. **Код универсальной десятичной классификации** (далее – УДК) нужно указывать в каждой научной статье - такое правило принято практически в каждой стране мира, в частности в Казахстане. Этот код обязателен для всей издательской продукции и поиска информации по точным и естественным наукам. Справочник по УДК можете см.здесь: <https://teacode.com/online/udc/>.

Межгосударственный рубрикатор научно-технической информации (далее – МРНТИ) - предназначен для единой тематической систематизации научно-технической информации (далее – НТИ). Межгосударственный рубрикатор НТИ является основой системы рубрикаторов, создаваемых и используемых в органах НТИ. Межгосударственный рубрикатор НТИ представляет собой иерархическую классификационную систему с универсальным тематическим охватом. Справочник по МРНТИ можете см. здесь: <https://grnti.ru/>.

2. Заголовок. Название работы должно быть по возможности кратким (не более 180 знаков), но информативным и точно отражающим ее содержание. Следует избегать названий в форме вопросительных предложений, а также названий, смысл которых можно прочесть неоднозначно. Не рекомендуется применять сокращения (аббревиатуру) в названии статьи. В тексте допускается использование стандартных сокращений (аббревиатуры). Полный термин, вместо которого вводится аббревиатура, должен предшествовать первому применению данного сокращения в тексте. Название статьи - Times New Roman, жирным, кегль – 12 и на 3-х языках.

3. Фамилия, имя и отчество авторов. Фамилии и инициалы каждого из авторов шрифтом Times New Roman, жирным, кегль – 12. В рукописи указать фамилии и инициалы каждого из авторов, а также символом (*) выделить корреспондирующего автора.

* *Корреспондирующий автор* - один из авторов, отвечающий за контакт и обратную связь с редакцией журнала. Полные данные автора ответственного за переписку с редакцией, включая телефон и адрес электронной почты и др. Сначала данные корреспондирующего автора указывать полностью и в конце дополнительные сведения об авторах: (фамилия и инициал автора(ов) полное, ученая степень, ученое звание, организация, электронная почта, а также на английском языке - фамилия и имя полное.

Образец:

Попов Алексей Владимирович (казахский и русский) / **Popov Aleksey** (английский)

Данные корреспондирующего автора и соавторов: (*графы обязательные для заполнения)

*Фамилия, имя и отчество (полное)	
*Ученая степень / звание	
*Организация, должность (полное)	
телефон	
*e-mail	
*ORCID	
SPIN	
Author-ID	
Данные соавтора (ов)	
*Фамилия, имя и отчество (полное)	
*Ученая степень / звание	
*Организация, должность (полное)	
телефон	
*e-mail	
*ORCID	
SPIN	
Author-ID	

4. Место работы, страна, город. Полное название всех организаций, страны и города к которым относятся авторы. Связь каждого автора с его организацией осуществляется с помощью цифры верхнего регистра как показано ниже:

Образец
¹⁻² А.В. Попов, ^{*3} С.В. Алиева ¹ Национальный Институт Общественного Здравоохранения, Норвегия, г. Осло ² Международная школа общественного здоровья, Северный Государственный Медицинский Университет, Россия, г. Москва ³ Международный Казахско-Турецкий Университет им. Х.А. Ясави, Казахстан, г. Туркестан ** данные указывать на 3-х языках и <u>порядок строго по образцу</u>.

5. «Аннотация», «Түйінді», «Summary». Аннотация представляет собой краткое, но вместе с тем максимально информативное содержание научной публикации. Объем его должен быть не больше 300 слов. В нем кратко излагаются предпосылки и цели исследования, основные методы, включая тип исследования, создание выборки и основные аналитические методы, основные результаты с их цифровым выражением и уровнями статистической значимости и основные выводы. Отмечаются новые и важные аспекты исследования. Аннотация – единственная часть статьи, которая доступна в электронном формате для широкого круга читателей, поэтому в обязанность авторов входит обеспечение точного соответствия аннотации содержанию всей работы. Аннотация должна быть структурирована и содержать следующие

разделы: «Введение», «Цель исследования», «Методы», «Результаты», «Выводы». Аннотация для новых методов исследования или обработки данных, описания отдельных клинических случаев или наблюдений должна побудить читателя обратиться к полному тексту статьи. Редакция оставляет за собой право корректировать. При составлении англоязычной версии аннотации с заголовком во избежание недоразумений рекомендуется воспользоваться помощью профессионального переводчика.

Под аннотацию помещается подзаголовок «**Ключевые слова**», «**Кілт сөздер**», «**Key words**» а после него от 5 до 10 ключевых слов, отражающих проблемы, изучаемые в ходе исследования. Для ключевых слов желательно использовать термины из списка медицинских предметных заголовков (MeSH, Medical Subject Headings), используемых в Index Medicus (www.pubmed.com).

6. Текст рукописи и краткое пояснительное описание основных разделов в тексте статьи:

- **Введение.** В разделе четко формулируются предпосылки проведения исследования: обозначается суть проблемы и ее значимость. Авторы должны ознакомить читателя с изучаемой проблемой, кратко описать, что известно по данной теме, упомянуть работы, проводившиеся другими авторами, обозначить недостатки предыдущих исследований, если таковые имеются, т. е. аргументированно доказать читателю необходимость проведения исследования. Не следует приводить все работы, опубликованные по данной теме, достаточно упомянуть наиболее значимые из них, только те, которые непосредственно относятся к теме. Рекомендуется ссылаться не только на отечественные, но и зарубежные исследования по изучаемой теме.

В конце раздела формулируется цель исследования. Здесь же перечисляются задачи, поставленные для достижения цели. Цель формулируется таким образом, чтобы у читателя имелось полное представление о том, что планируется изучить, у каких лиц и с помощью какого метода. Не следует включать в этот раздел данные, результаты или заключения, которые будут представлены далее в работе.

- **Методы.** Раздел должен включать только те методы, которые предполагалось использовать на стадии планирования проекта согласно оригинальному протоколу исследования. Дополнительные методы, необходимость применения которых возникла в ходе выполнения исследования, должны представляться в разделе «Обсуждение результатов». Раздел должен быть написан настолько подробно, чтобы читатель мог не только самостоятельно оценить методологические плюсы и минусы данного исследования, но при желании и воспроизвести его. В разделе рекомендуется представлять четкое описание следующих моментов (выделение их в отдельные подразделы необязательно): *тип исследования; способ отбора участников исследования; методика проведения измерений; способы представления и обработки данных; этические принципы.*

Ниже перечисляем виды исследования:

- 1) Тип исследования. В данном подразделе четко обозначается тип проводимого исследования (обзор литературы, наблюдательное, экспериментальное, и т. д.). В литературных обзорах следует четко указать критерии включения и исключения публикаций.

- 2) Способ отбора участников исследования. В этом подразделе четко указывается, каким образом отбирались пациенты или лабораторные животные для наблюдений и экспериментов. Обозначаются критерии для включения потенциальных участников в исследование и исключения из него. Рекомендуется указывать генеральную совокупность, из которой производится отбор участников исследования и на которую полученные результаты будут экстраполироваться. При использовании в исследовании такой переменной, как расовая или этническая принадлежность, следует объяснить, как эта переменная оценивалась и какое значение несет использование данной переменной. В наблюдательных исследованиях следует указывать способ создания выборки (простой случайный, стратифицированный, систематический, кластерный, многоступенчатый, и т. д.) и аргументировать включение в исследование именно этого количества участников. В экспериментальных следует указывать на наличие или отсутствие процедуры рандомизации участников исследования. Необходимо представлять описание процедуры рандомизации. Кроме того, следует указывать, проводилась ли процедура маскирования. Приветствуются расчеты минимального необходимого объема выборки для проверки статистических гипотез или ретроспективный расчет статистической мощности для основных расчетов.

- 3) Методика проведения измерений. Все процедуры измерения тех или иных параметров, сбора данных, проведения лечебных или диагностических вмешательств должны быть описаны настолько детально, чтобы исследование можно было воспроизвести по представленному описанию. При необходимости можно сделать ссылку на детальное описание используемого метода. Если исследователь использует собственную модификацию ранее описанного метода или предлагает новый, то обязательно представляется краткое описание используемой модификации или предлагаемого метода, а также аргумент против использования общепринятых методов. Указываются названия лекарственных средств (как коммерческие, так и международные), химических веществ, дозы и способы введения препарата, применяемого в данном исследовании. Используемые аппараты, инструменты, лекарственные препараты и т. д. сопровождаются ссылкой на производителя.

- 4) Способы представления и обработки данных. Данный подраздел часто является основной причиной для отказа в публикации работ казахстанских ученых за рубежом. Описывать используемые методы обработки данных необходимо настолько подробно, чтобы читатель, имеющий доступ к исходным данным, мог проверить полученные результаты. Редакция журнала может в сомнительных случаях запросить у авторов статьи исходные данные для проверки представляемых результатов. Рекомендуется представлять результаты с соответствующими показателями ошибок и неопределен-

ности (доверительные интервалы). При описании статистических методов должны приводиться ссылки на руководства и справочники с обязательным указанием страниц.

5) **Этические принципы.** Если в статье содержится описание экспериментов на человеке, необходимо указать, соответствовала ли эта процедура стандартам этического комитета, несущего ответственность за эту сторону работы или Хельсинкской декларации (1975) и последующим пересмотрам. Недопустимо называть фамилии и инициалы пациентов, номера историй болезни, особенно если статья сопровождается иллюстрациями или фотографиями. При использовании в исследовании лабораторных животных необходимо указывать вид и количество животных, применявшиеся методы их обезболивания и умерщвления в соответствии с правилами, принятыми в учреждении, рекомендациями национального совета по исследованиям или действующим законодательством.

• **Результаты.** Раздел предназначен только для представления основных результатов исследования. Результаты, полученные в ходе данного исследования, не сравниваются с результатами аналогичных исследований других авторов и не обсуждаются.

Результаты следует представлять в тексте, таблицах и рисунках в логической последовательности исходя из очередности целей и задач исследования. Не рекомендуется дублировать в тексте результаты, представленные в таблицах или на рисунках и наоборот.

Единицы измерения даются в соответствии с **Международной системой единиц СИ.**

Цифровой материал - представляется, как правило, в виде таблиц, располагающихся в вертикальном направлении листа. Они должны иметь порядковый номер, название, заголовки граф должны точно соответствовать их содержанию. Иллюстрации (фотографии, рисунки, чертежи и т. д.) - должны иметь порядковый номер, наименование, содержать объяснение всех кривых, букв, цифр и других условных обозначений, сведения об увеличении, методе окраски или импрегнации материала (в обязательном порядке предоставляется электронный вариант). Данные рисунков не должны повторять данные таблиц. Качество иллюстраций должно обеспечивать их четкое воспроизведение, фотографии должны быть контрастными, черно-белыми или цветными. На каждой иллюстрации ставится порядковый номер, фамилия автора и пометка «верх». Фотографии авторам не возвращаются. Электронный вариант фотографий и рисунков должен быть выполнен в формате.jpg (показатель качества не ниже 8), .tif (без сжатия, 300 dpi), диаграммы и графики - в формате .doc или .xls. (программа Excel). В диаграммах и графиках должны быть четко подписаны оси и значения данных. Наличие таблицы данных, по которым строится график или диаграмма, обязательно. Черно-белые полутоновые изображения должны быть сохранены как grayscale. Носители: CD-диски, USB-flash. Дополнительно предоставляется возможность опубликования иллюстраций к статье в виде цветных вкладок.

• **Обсуждение результатов.** В статьях, описывающих оригинальные исследования, данный раздел начинается с краткого (не более 2–3 предложений) представления основных результатов исследования. Основными результатами считаются те, что соответствуют целям и задачам исследования. Не стоит акцентировать внимание на побочных результатах только потому, что при проверке статистических гипотез были выявлены статистически значимые различия. Не следует повторять в данном разделе материал, который уже был описан в разделах «Введение» и «Методы». Необходимо выделить новые и важные аспекты исследования и, что не менее важно, попытаться объяснить причины получения именно таких результатов. Следует критически описать имеющиеся недостатки данного исследования, особенно если они способны оказать существенное влияние на полученные результаты или их интерпретацию. Кроме того, следует отметить сильные стороны исследования или чем оно лучше других по данной теме. Обсуждение достоинств и недостатков исследования является важной частью раздела и призвано помочь читателю в интерпретации полученных результатов. В разделе описывается, как полученные в ходе данного исследования результаты соотносятся с результатами аналогичных исследований, проводимых другими авторами. Вместо простого упоминания предыдущих исследований следует попытаться объяснить, почему полученные результаты отличаются или не отличаются от результатов, полученных другими авторами.

Выводы необходимо делать исходя из целей исследования, избегая необоснованных заявлений и выводов, которые не следуют из представленных наблюдений или расчетов. Например, не стоит делать выводы об экономической целесообразности применения нового метода лечения пациентов с заболеванием «Х», если в статье не приводится анализ сравнительной экономической эффективности.

Перед списком литературы редакция рекомендует указывать регистрационные номера ORCID и SPIN для всех авторов.

Это необходимо для идентификации читателями других статей авторов и повышения их цитируемости. Вышеперечисленные номера (при их отсутствии) необходимо создать на следующих сайтах:

- 1) для получения **ORCID** - <https://orcid.org/register>
- 2) для получения **SPIN** - http://elibrary.ru/projects/science_index/author_tutorial.asp

Список литературы должен представлять собой краткое библиографическое описание цитируемых работ в соответствии с ГОСТ 7.0.5–2008.

7. Библиографические данные / Список литературы должен представлять собой краткое библиографическое описание цитируемых работ в соответствии с ГОСТ 7.0.5–2008. Библиографические ссылки в тексте даются в квадратных скобках цифрами в соответствии со списком литературы, в котором цитируемые работы перечисляются: отечественные, зарубежные. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции. Количество источников должно

быть не менее 20 и не должно превышать 70. Нежелательно ссылаться на резюме докладов, газетные публикации, неопубликованные наблюдения и личные сообщения. Ссылки должны быть сверены авторами рукописи с оригинальными документами.

Списки литературы представляются в ДВУХ вариантах:

- 1) Русскоязычный вместе с зарубежными источниками в соответствии с ГОСТ 7.0.5–2008.
- 2) В транслитерации буквами латинского алфавита с переводом источников публикации на английский язык в соответствии с требованиями БД Scopus. На сайте <http://www.translit.ru> можно бесплатно воспользоваться программой транслитерации русского текста в латиницу (вариант BGN или BSI).

Технология подготовки ссылок с использованием системы автоматической транслитерации и переводчика.

На сайте <http://www.translit.ru> можно воспользоваться программой транслитерации русского текста в латиницу. 1. Входим в программу Translit.ru online. В окошке «варианты» выбираем систему транслитерации BGN (Board of Geographic Names). Вставляем в специальное поле весь текст библиографии, кроме названия книги или статьи, на русском языке и нажимаем кнопку «в транслит». 2. Копируем транслитерированный текст в готовящийся список «References». 3. Переводим с помощью переводчика Google название статьи, монографии, сборника, конференции и т. д. на английский язык, переносим его в готовящийся список. Перевод, безусловно, потребует редактирования. 4. Объединяем описания в транслите и переводное, оформляя в соответствии с принятыми правилами. При этом необходимо раскрыть место издания (например, Moscow ...), возможно, внести небольшие технические поправки. 5. В конце ссылки в круглых скобках указывается (in Russian). Ссылка готова.

Примеры транслитерации русскоязычных источников литературы для англоязычного блока статьи.

Образец

Описание русскоязычного варианта статьи из журнала:

1. Krasovskiy G.N., Yegorova N.A., Bykov I.I. Methodology of harmonizing hygienic standards for water substances, and its application to improving sanitary water legislation. Vestnik RAMN. 2006; 4: 32—6 (in Russian).

Описание статьи из электронного журнала:

2. Белозеров Ю.М., Довгань М. И., Османов И. М. и др. Трофотропное влияние карнитена у подростков с пролапсом митрального клапана и повышенной утомляемостью. 2011. Available at: http://ecat.knmu.edu.ua/cgi-bin/irbis64r_12/cgiirbis_64.exe

Описание русскоязычной книги (монографии, сборника):

3. Pokrovskiy V.M., Korot'ko G. F., eds. Human physiology. 3rd ed. Moscow: Meditsina; 2013. (in Russian).

Описание Интернет-ресурса:

4. APA Style (2011). Available at: <http://www.apastyle.org/apa-style-help.aspx> (accessed 5 February 2011).

Описание диссертации:

5. Semenov V. I. Mathematical Modeling of the Plasma in the Compact Torus: diss. Moscow; 2003. (in Russian).

Описание ГОСТа:

6. State Standard 8.586.5—2005. Method of measurement. Measurement of flow rate and volume of liquids and gases by means of orifice devices. Moscow: Standartinform Publ.; 2007. (in Russian).

Описание патента:

7. Palkin M. V. The Way to Orient on the Roll of Aircraft with Optical Homing Head. Patent 2280590, RF; 2006. (in Russian).

***Автор несет ответственность за правильность библиографических данных**

Контакты

Издатель: НУО «Казахстанско-Российский
медицинский университет»

8-этаж, 804 каб.

тел. +7 727 250-67-81

e-mail: nauka@medkrmu.kz

**ДИЗАЙН, ВЕРСТКА,
ДОПЕЧАТНАЯ ПОДГОТОВКА, ПЕЧАТЬ
ТОО «ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ «SEVEN MASS MEDIA»
050012, Республика Казахстан
г. Алматы, ул. Кабанбай батыра, 121
тел.: +7 727 293 05 19
info@siciencemedicine.kz**



КАЗАХСТАНСКО-РОССИЙСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ОСНОВАН В 1992 ГОДУ