



DIRECTORY OF
OPEN ACCESS
JOURNALS



"IN THE WORLD OF SCIENCE AND EDUCATION"

international scientific-practical journal

ALMATY, KAZAKHSTAN

ISSN: 3007-8946

15 OCTOBER 2025



els.education23@mail.ru



irc-els.com

**МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ
«IN THE WORLD OF SCIENCE AND EDUCATION»**

**INTERNATIONAL SCIENTIFIC JOURNAL
«IN THE WORLD OF SCIENCE AND EDUCATION»**



Main editor: G. Shulenbaev

Editorial colleague:

B. Kuspanova
Sh Abyhanova

International editorial board:

R. Stepanov (Russia)
T. Khushruz (Uzbekistan)
A. Azizbek (Uzbekistan)
F. Doflat (Azerbaijan)

International scientific journal «IN THE WORLD OF SCIENCE AND EDUCATION», includes reports of scientists, students, undergraduates and school teachers from different countries (Kazakhstan, Tajikistan, Azerbaijan, Russia, Uzbekistan, China, Turkey, Belarus, Kyrgyzstan, Moldova, Turkmenistan, Georgia, Bulgaria, Mongolia). The materials in the collection will be of interest to the scientific community for further integration of science and education.

Международный научный журнал «IN THE WORLD OF SCIENCE AND EDUCATION», включают доклады учёных, студентов, магистрантов и учителей школ из разных стран (Казахстан, Таджикистан, Азербайджан, Россия, Узбекистан, Китай, Турция, Беларусь, Кыргызстан, Молдавия, Туркменистан, Грузия, Болгария, Монголия). Материалы сборника будут интересны научной общественности для дальнейшей интеграции науки и образования.

15 октября 2025 г.
Almaty, Kazakhstan

УДК 303.62:616-03

РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ПО ПОЛЛИНОЗУ

ЖАКСЫЛЫКОВА ГУЛИМАЙ КЕНЖЕБАЙКЫЗЫ

Научные руководитель: АБЕУОВА Б.А.
НАО «Медицинский Университет Астана»
Кафедра семейной медицины 3

Аннотация. В данном исследовании проведён анализ результатов анкетирования, направленного на изучение информированности населения Казахстана о поллинозе и особенностей его клинического течения. Исследование охватило 94 респондента, проживающих в различных регионах страны. На основании полученных данных установлено, что наиболее часто встречающимися симптомами аллергических заболеваний являются насморк, заложенность носа, зуд и слезотечение глаз. Среди провоцирующих факторов преобладали контакт с растительностью, сухая и ветреная погода, ночное и утреннее время суток. Ослабление симптомов чаще всего наблюдалось при приёме антигистаминных препаратов и изменении климато-географических условий. Результаты подчёркивают необходимость повышения информированности населения и профилактики аллергических заболеваний.

Ключевые слова: поллиноз, аллергия, анкетирование, сезонность, Казахстан, антигистаминные препараты.

Цель исследования: Информированность населения о представлении субъективного восприятия поллиноза пациентами.

Введение. На сегодняшний день наблюдается тенденция к росту числа аллергических заболеваний во всём мире, включая страны Центральной Азии. В условиях Казахстана, где климатические и экологические условия существенно различаются в зависимости от региона, особенно важно изучать распространённость и особенности течения поллиноза с учётом территориальной специфики [1]. Кроме того, остаётся недостаточно изученным уровень информированности населения о симптомах заболевания, факторах, провоцирующих их усиление, и методах лечения, что нередко приводит к позднему обращению за медицинской помощью и неадекватной терапии [2]. Современные данные показывают, что сезонность и выраженность симптомов поллиноза напрямую связаны с изменением климатических условий и продолжительностью пыления растений [3, 4]. Глобальные наблюдения демонстрируют увеличение продолжительности пыльцевого сезона и усиление клинических проявлений аллергии, что подтверждает необходимость региональных эпидемиологических исследований [4]. Наряду с ростом распространённости аллергических заболеваний остаётся недостаточно изученным уровень информированности населения о симптомах, факторах риска и методах лечения. Международные исследования показывают, что пациенты нередко не осознают важности раннего обращения за медицинской помощью и регулярного приёма антигистаминных препаратов [5, 6].

Результаты анкетирования населения.

В нашем анкетировании приняли участие 94 человека, из них 52 женщин, 42 — мужчин.

Из 94 ответов большинство участников лица в возрасте 20-40 лет - 60 человек (64,5%). Остальные участники — представители возрастной категории 40-60 лет, что составляет 32 (34,4%) человека из всех опрошенных.

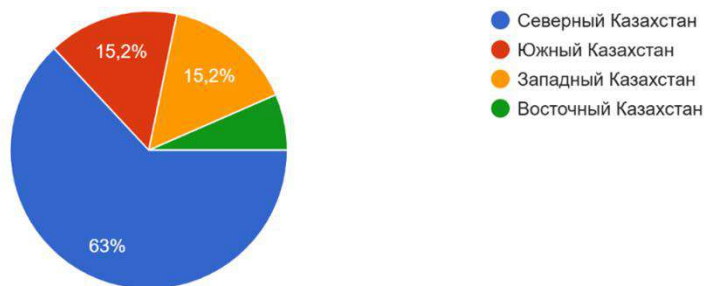


Рис.- 1. Регионы Казахстана, где проживают анкетированные

Большинство респондентов, принявших участие в анкетировании, проживали в Северном Казахстане, что составляет 58 человек (63%) из всех опрошенных. Остальную часть участников составляют жители южного Казахстана-14 человек (15,2%), западного Казахстана- 14 человек (5,2%). Наименьшее количество опрошенных жители восточного Казахстана- 6 человек (6,6%). Наследственная предрасположенность анкетированных показала наличие у 21(22.6%) родственников с явлениями той или иной аллергии или бронхиальной астмы. 73 (77.4%) человека наличие подобных заболеваний отрицает.

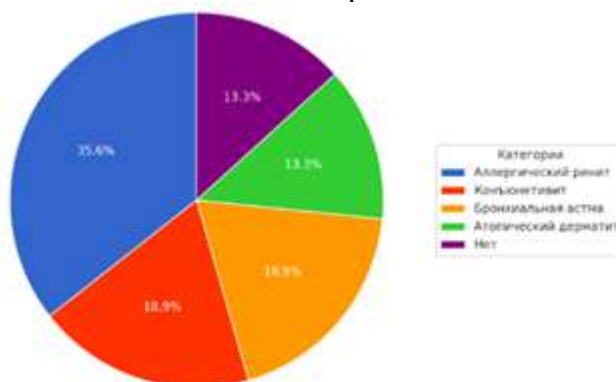


Рис.-2. Вопрос «Были ли ранее диагностированы следующие заболевания?»

Согласно Рис.-2. видно, что чаще всего у респондентов отмечается аллергический ринит 32 человек (35,6%), конъюнктивит-17 (18,9%), бронхиальная астма- 17 (18,9%), атопический дерматит 12 человек(13,3%), не было вышеуказанных заболеваний-12 человек (13,3%).

На вопрос о наличии пищевой аллергии почти четверть опрошенных указывают наличие аллергии-22 человек (23,4%), большинство респондентов отрицают пищевую аллергию-72 человек (77,6%).

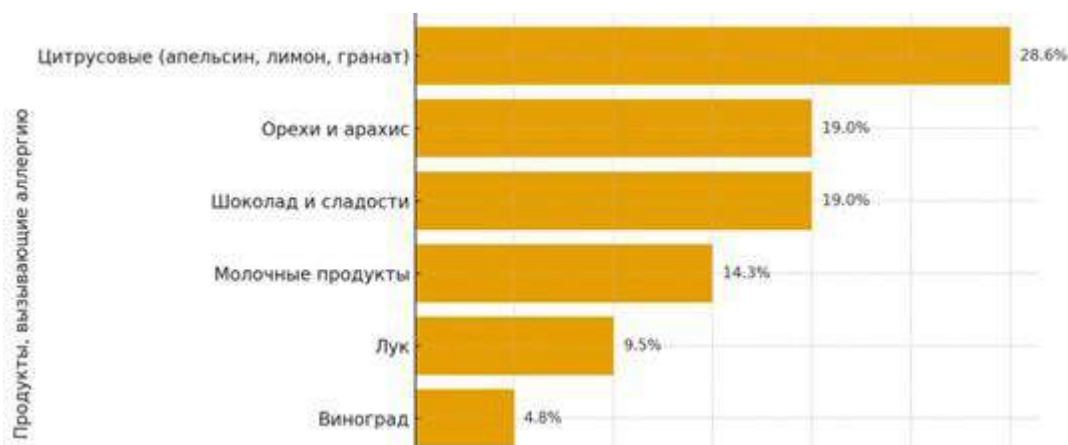


Рис.- 3. Распределение пищевых аллергенов среди участников

На Рис.- 3 наличием пищевой аллергии отмечается у 22 человека на следующие продукты: цитрусовые, орехи, шоколад, сладости, лук, молочные продукты, виноград, гранат.

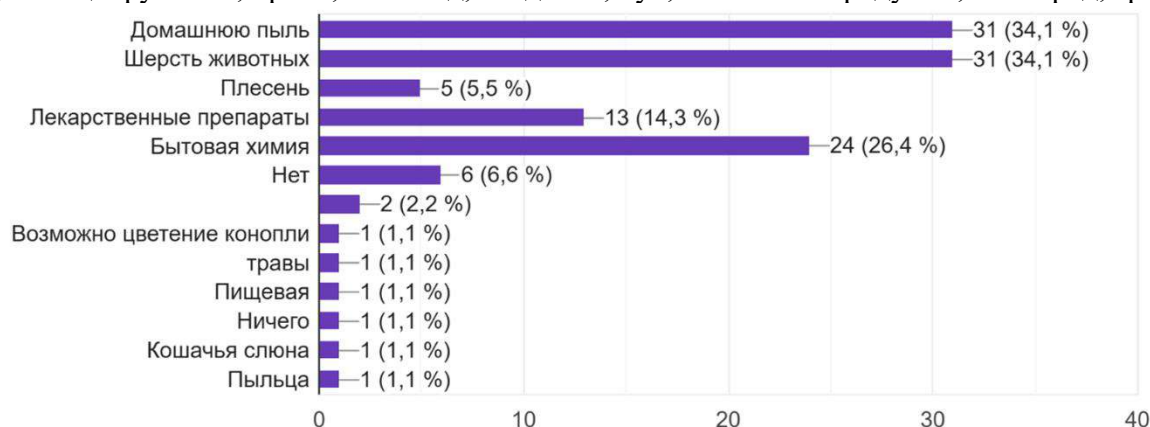


Рис.-4. Вопрос «Есть ли аллергия на бытовые, эпидермальные, пыльцевые, пищевые аллергены?»

Как видно на Рис.-4. большая часть аллергических реакции у опрошенных вызывают домашняя пыль- 31 человек (34.1%), шерсть животных-31 человек 34.1%), бытовая химия- 24 человека, (26,4%), лекарственные препараты- 13 человек (14.3%), плесень- 5 человек (5,5%), часть респондентов отрицают аллергенов представленных в данном вопросе- 9 человек (6,6%). Остальная часть опрошенных отмечает аллергию на возможное цветение конопли, травы, кошачью слюну или пищевые продукты- 5 человек (1,1%).

Следующий блок вопросов анкеты касается явлений частоты и факторов, влияющих на симптомы аллергии у респондентов. Опрошенных просили указать время появления первых симптомов аллергии. Симптомы проявились менее года назад у 17 человек (55,6%). От 1 до 3-х лет период проявления симптомов у 23 человек (25,6%), представляют промежуточную группу, в которой возможны как стабилизация процесса под воздействием терапии, так и переход острой формы в хроническую при отсутствии должного контроля. Респонденты, которые болеют теми или иными аллергическими заболеваниями более 3-х лет составляют большую часть опрошенных, то есть 50 человек (18,9%), что свидетельствует о длительном течении аллергического процесса, который имеет хронический или рецидивирующий характер.

Для анализа периода проявления или усиления заболеваний были выбраны три сезона года (весна, лето, осень). Наиболее часто симптомы проявлялись весной у 39 человек (43,8%), что говорит о периоде интенсивного пыления деревьев и кустарников, что приводит к повышенной концентрации пыльцевых аллергенов в воздухе. Летом-26 человек (29,2%), что свидетельствует о воздействии аллергенов злаковых и сорных трав, а также возможен контакт с насекомыми и пищевыми аллергенами. Осенью у 24 (27%), что связано с усилением симптомов с повышенной влажностью воздуха, распространением спор плесневых грибов и частыми респираторными инфекциями, способствующими обострению аллергического процесса.

Также среди опрошенных, у 73 человек (83%) наблюдаются периоды ремиссии, что отражает типичное для аллергических заболеваний волнообразное течение с чередованием обострений и временного ослабления симптомов под влиянием сезонных или бытовых факторов. Постоянные проявления аллергии, отмеченные у 15 человек (17%), могут быть обусловлены непрерывным воздействием аллергенов окружающей среды, наличием поливалентной сенсibilизации, хроническим воспалением слизистых оболочек или недостаточной эффективностью лечения и контроля заболевания.

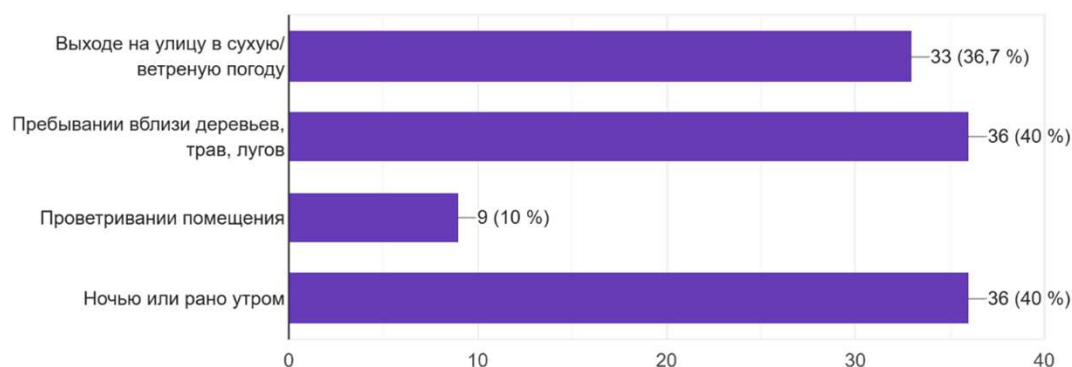


Рис.-5. Факторы, влияющие на симптомы

На Рис.-5 наиболее частыми триггерами были – контакт с растениями (деревья, травы и луга)-36 человек (40%), время суток (ночью или рано утром) - 36 человек (40%). Данные особенности обусловлены повышенной концентрацией пыльцы в воздухе именно в эти периоды, а также особенностями микроклимата, способствующими оседанию аллергенов на слизистых оболочках дыхательных путей. Несколько реже отмечалось влияние сухой и ветренной погоды – 33 человека (36,7%), связано с активным распространением пыльцы и пылевых частиц, что усиливает контакт организма с аллергенами и способствует обострению симптомов. Меньше всего респондентов отметили проветривание помещения как фактор усиления – 9 человек (10%), что может объясняться более низким уровнем аллергенов в воздухе закрытых пространств или проведением профилактических мероприятий, направленных на снижение пылевой нагрузки.

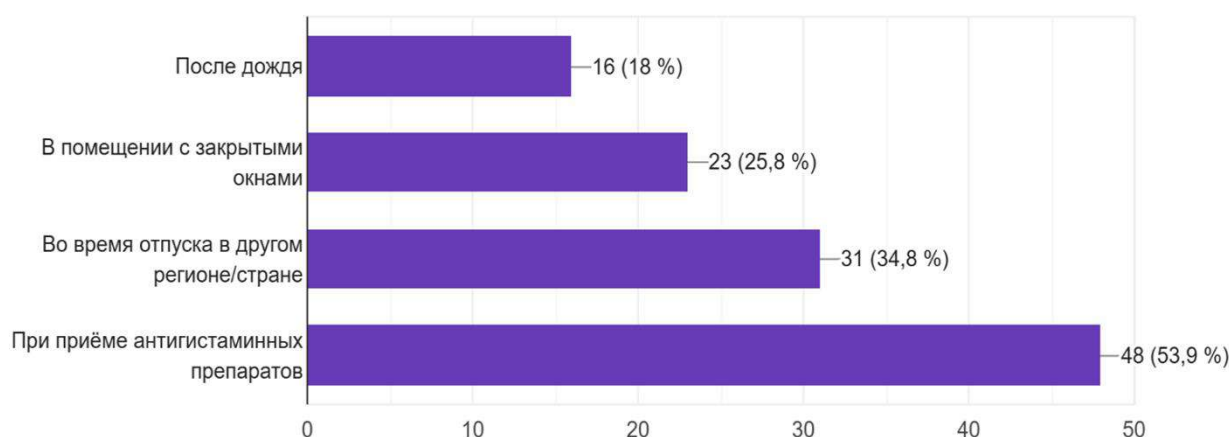


Рис.-6. «Вопрос «Ослабевают ли симптомы?»

Для выявления условий, при которых отмечается уменьшение выраженности аллергических проявлений респондентам был предложен опрос на Рис.-6., по результатам которого установлено, что симптомы наиболее часто ослабевали при приеме антигистаминных препаратов у 48 человек (53,9%). Значительная часть участников также сообщила об улучшении состояния во время пребывания в другом регионе или стране -31 человек (34,8%), что, вероятно, связано с изменением спектра аллергенов, меньшей концентрацией пыльцы и иными климато-географическими условиями. Несколько реже назывались нахождение в помещении с закрытыми окнами -23 человека (25,8%), что способствует ограничению контакта с внешними аллергенами, прежде всего пыльцой и частицами пыли, что снижает интенсивность клинических проявлений. Периоды после дождя -16 человек (18%), что объясняется естественным очищением воздуха от пыльцы и микрочастиц, снижением запылённости атмосферы и повышением влажности, благоприятно влияющей на состояние слизистых оболочек дыхательных путей.

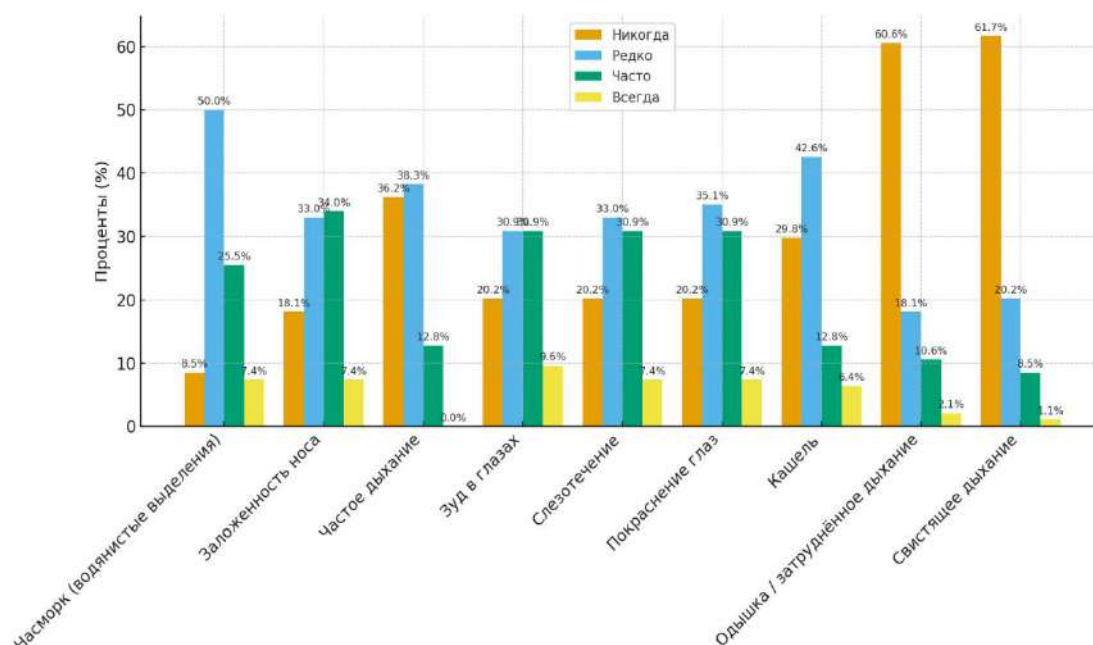


Рис.-7. Частота проявления симптомов

С целью определения наиболее распространенных симптомов аллергии и частоты их проявления респондентам был предложен перечень характерных признаков заболевания таких как: насморк, заложенность носа, частое дыхание, зуд в носу, зуд в глазах, слезотечение, покраснение глаз, кашель, одышка/затрудненное дыхание, свистящее дыхание. На основании представленных данных видно, что среди респондентов наиболее часто встречались симптомы, характерные для аллергических заболеваний дыхательных путей, в частности заложенность носа (36,2–38,3%) и частое дыхание (около 36%). Реже отмечались проявления со стороны глаз — зуд, слезотечение и покраснение (в среднем 20–33%). Такие симптомы, как кашель, одышка и свистящее дыхание, преимущественно не наблюдались у большинства участников (60–62% ответили «никогда»), что может свидетельствовать о меньшей выраженности бронхолегочных проявлений по сравнению с назальными и конъюнктивальными симптомами. Полученные данные подтверждают, что у обследованных лиц преобладают симптомы верхних дыхательных путей, что характерно для аллергического ринита и поллиноза. Это соответствует литературным данным, указывающим на частое сочетание назальных и офтальмологических проявлений при аллергических реакциях, тогда как бронхиальные симптомы встречаются реже.

Вывод. Проведённое анкетирование позволило выявить, что поллиноз остаётся одной из наиболее распространённых форм аллергических заболеваний среди населения Казахстана. Наиболее частыми симптомами являются насморк, заложенность носа, зуд и слезотечение глаз, преимущественно проявляющиеся в весенний период. Основными провоцирующими факторами выступают контакт с растительностью и неблагоприятные климатические условия. Большинство респондентов отметили улучшение состояния при приёме антигистаминных препаратов и смене региона проживания. Полученные данные подчёркивают необходимость повышения уровня информированности населения и проведения профилактических мероприятий для ранней диагностики и эффективного контроля аллергических заболеваний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Epidemiology of allergic diseases of the respiratory passages in the Kazakh SSR // *PubMed*.
2. Распространенность заболеваемости аллергическим ринитом (поллинозом) // *Science Herald*. – 2023. – № 2(18). – С. 45–50.
3. Pollen respiratory allergy: Is it really seasonal? // *Frontiers in Allergy*. – 2023. – Vol. 4.
4. Global Burden of Allergies: Mechanisms of Development, Clinical Manifestations, and Novel Approaches for Prevention and Treatment // *MDPI Life*. – 2024. – Vol. 15, No 6. – P. 878.
5. Knowledge, attitudes, and practice towards allergic rhinitis: a cross-sectional study // *BMC Public Health*. – 2023. – Vol. 23.
6. Knowledge and awareness of nasal allergy among patients in a developing country // *Nigerian Journal of Clinical Practice*. – 2020. – Vol. 23, No 6. – P. 785–791

УДК 614.253.5:614.2-055.2

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗДОРОВЬЯ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

ИННИЯТУЛЛА ӘСЕМ ИННИЯТУЛЛАҚЫЗЫ

Магистрант факультета медицины и здравоохранения Казахского Национального
университета имени аль-Фараби, Алматы, Казахстан

Аннотация: В статье представлен обзор современных клинико-эпидемиологических особенностей здоровья женского населения Республики Казахстан с позиций деятельности первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Проанализированы ключевые тенденции в структуре заболеваемости, распространенности хронических неинфекционных заболеваний, особенностях репродуктивного и психоэмоционального здоровья женщин. Показана роль системы ПМСП и сестринской службы в укреплении здоровья и профилактике заболеваний. Обобщены данные национальных и международных источников.

Ключевые слова: женское здоровье, ПМСП, сестринское дело, хронические неинфекционные заболевания, профилактика.

Введение. Здоровье женского населения является одним из ключевых индикаторов социального благополучия и устойчивого развития страны. Женщины составляют более половины населения Казахстана, и именно на их здоровье во многом зависят демографические показатели, уровень рождаемости, качество воспитания подрастающего поколения и стабильность социальной структуры общества [1].

В условиях модернизации системы здравоохранения Республики Казахстан особое внимание уделяется первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) как наиболее доступному и эффективному уровню оказания медицинских услуг. На данном уровне решаются вопросы профилактики, раннего выявления заболеваний, диспансерного наблюдения и формирования здорового образа жизни [2].

Современная клинико-эпидемиологическая структура заболеваний у женщин определяется сочетанием хронических неинфекционных заболеваний (болезни системы кровообращения, эндокринные и психоэмоциональные нарушения) и репродуктивной патологии [3]. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), до 70 % всех заболеваний у женщин носят хронический характер, а среди причин смертности преобладают сердечно-сосудистые и онкологические заболевания [4].

В Казахстане наблюдаются позитивные тенденции в снижении материнской смертности и повышении доступности профилактических осмотров, однако сохраняются значительные различия по регионам и возрастным группам. Это делает актуальным проведение анализа клинико-эпидемиологических особенностей женского здоровья на уровне ПМСП, с акцентом на выявление факторов риска и оценку эффективности профилактических мероприятий [5,6].

Целью настоящей обзорной статьи является анализ состояния здоровья женского населения Казахстана и его клинико-эпидемиологических характеристик в контексте деятельности системы первичной медико-санитарной помощи.

Методология. Работа основана на анализе статистических данных Министерства здравоохранения Республики Казахстан, Бюро национальной статистики, Национального центра общественного здравоохранения, а также данных ВОЗ и Организации Объединённых Наций [7,8].

Проведён обзор научных публикаций за период 2018–2024 гг., включая результаты эпидемиологических исследований по оценке заболеваемости, смертности, факторов риска и социально-гигиенических характеристик здоровья женщин. В анализ включены как отечественные, так и зарубежные источники.

Основное внимание уделено четырём направлениям: структуре заболеваемости женского населения; региональным различиям в показателях здоровья; состоянию репродуктивного и психоэмоционального здоровья; роли сестринской службы и ПМСП в профилактике заболеваний у женщин.

Результаты.

Анализ статистических данных свидетельствует о том, что женское население Казахстана составляет 52,3 % от общей численности страны, а доля женщин старше 50 лет достигает 29 %, что отражает процессы демографического старения [9].

Общая заболеваемость женского населения. По данным Министерства здравоохранения РК (2024), общий уровень заболеваемости среди женщин составляет 94 500 случаев на 100 000 населения, что на 8 % выше, чем у мужчин [10].

Структура заболеваний выглядит следующим образом: болезни системы кровообращения — 31,4 %; эндокринные расстройства (диабет, ожирение) — 17,2 %; болезни органов пищеварения — 12,6 %; болезни мочеполовой системы — 10,1 %; психоэмоциональные нарушения — 7,5 %.

Региональные различия. Наиболее высокий уровень эндокринной патологии и психоэмоциональных нарушений зарегистрирован в крупных городах — Алматы и Астане, что связано с урбанизацией и стрессовыми нагрузками.

В южных регионах (Кызылординская, Туркестанская области) преобладают анемии и воспалительные заболевания органов репродуктивной системы.

В северных регионах (Костанайская, Павлодарская области) чаще встречаются болезни системы кровообращения и онкологическая патология [12].

Средняя продолжительность жизни женщин — 76,2 года, при этом продолжительность здоровой жизни (без хронических ограничений) — 66 лет, что указывает на существенное бремя хронических заболеваний [13].

Репродуктивное здоровье. По данным Министерства здравоохранения РК, уровень материнской смертности в 2023 году составил 8,1 на 100 000 живорождений, что отражает устойчивую положительную динамику (в 2015 году — 12,4).

Распространённость анемии у беременных остаётся высокой — 26,5 %, а осложнённые беременности регистрируются у 18,7 % женщин [14].

К факторам риска относятся: несбалансированное питание, дефицит железа и витаминов, стресс, поздние роды, низкий уровень информированности о профилактике.

Психоэмоциональное здоровье. По данным Национального центра общественного здравоохранения (2023), около 33 % женщин трудоспособного возраста отмечают хроническую тревожность или депрессивные симптомы [15].

Наиболее уязвимыми группами являются женщины среднего возраста (35–50 лет), одинокие матери и женщины с хроническими заболеваниями.

Недостаточная доступность психологической помощи на уровне ПМСП усугубляет проблему поздней диагностики.

Роль первичной медико-санитарной помощи. Женщины составляют до 70 % всех пациентов, обращающихся в учреждения ПМСП [16].

Позитивные тенденции включают: расширение скрининговых программ (по онкопатологии, ССЗ, диабету); развитие «женских кабинетов здоровья»; активизацию сестринского персонала в профилактике и патронаже.

Однако доля женщин, ежегодно проходящих профилактические осмотры, остаётся ниже 70 %, а приверженность к терапии хронических заболеваний — не превышает 55 % [17].

Сравнение с международными тенденциями. В сравнении с другими странами Центральной Азии (Узбекистан, Кыргызстан, Таджикистан) показатели женского здоровья Казахстана выше по большинству параметров — в том числе по доступности ПМСП, уровню охвата скринингами и низкому уровню материнской смертности. Однако Казахстан уступает странам Восточной Европы по распространенности ожирения (26% против 20%) и депрессии

(14% против 9%).

В целом, клинико-эпидемиологический профиль женского населения Казахстана характеризуется сочетанием высокого уровня хронической патологии с умеренным прогрессом в профилактике и репродуктивном здоровье. Это подтверждает необходимость комплексного подхода, где ключевую роль играет сестринская служба ПМСП, ориентированная на профилактику, раннее выявление и обучение пациенток навыкам самоконтроля.

Обсуждение. Полученные данные согласуются с выводами ВОЗ и UNFPA, указывающими на то, что женское население стран Центральной Азии сталкивается с типичными проблемами переходных систем здравоохранения — ростом хронических заболеваний, старением, неравенством в доступе к медицинской помощи и высоким уровнем стрессовых нагрузок [18,19].

Анализ данных показывает, что структура заболеваний женского населения Казахстана соответствует общемировым тенденциям, где доминируют хронические неинфекционные заболевания и психоэмоциональные расстройства [20].

В то же время отмечаются положительные результаты государственных программ, направленных на укрепление репродуктивного здоровья, профилактику онкопатологии и развитие ПМСП.

Особую роль в повышении эффективности профилактической работы играет сестринская служба. Медицинские сёстры, работающие в ПМСП, обеспечивают не только наблюдение, но и обучение женщин принципам самоконтроля и здорового образа жизни [21].

Система ПМСП Казахстана обладает потенциалом для эффективного решения этих задач, однако требует дальнейшего укрепления кадрового и ресурсного обеспечения. Медицинские сестры играют ключевую роль в профилактике заболеваний, наблюдении за пациентками с хроническими патологиями и формировании мотивации к здоровому образу жизни.

Исследования показывают, что участие сестринского персонала в обучении пациенток по вопросам самоконтроля и лечения повышает приверженность терапии на 25–30 % [22]. Кроме того, развитие патронажной службы и использование принципов доказательной сестринской практики позволяют существенно снизить риск осложнений хронических заболеваний и улучшить качество жизни женщин.

Необходимо также усилить направление психоэмоционального здоровья женщин на уровне ПМСП. Доказано, что стресс и тревожность напрямую связаны с нарушением обмена веществ, артериальной гипертензией и осложнениями беременности [23].

Для совершенствования профилактической работы рекомендуется внедрение междисциплинарных подходов, повышение квалификации медицинских сестёр, расширение использования цифровых технологий для мониторинга состояния здоровья и дистанционного консультирования. Необходимы дальнейшие исследования для оценки эффективности действующих профилактических программ, а также для разработки индивидуализированных стратегий наблюдения за женщинами разных возрастных и социальных групп.

Заключение. Клинико-эпидемиологическая характеристика здоровья женского населения Казахстана отражает сочетание позитивных демографических тенденций с высоким уровнем хронической патологии и психоэмоциональных нарушений.

Реализация комплексного подхода на уровне ПМСП с активным участием сестринского персонала остаётся ключевым условием повышения качества жизни женщин и снижения заболеваемости. Для достижения устойчивых результатов необходимы: развитие системы профилактики и раннего выявления заболеваний; усиление психологической и социальной поддержки женщин; повышение уровня медицинской грамотности населения.

Роль медицинской сестры в этих процессах является стратегически важной, так как именно она обеспечивает непрерывность наблюдения и реализацию профилактических мероприятий в первичном звене здравоохранения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Всемирная организация здравоохранения. Women's Health and Well-being: Global Report. Geneva, WHO, 2023.
2. Министерство здравоохранения Республики Казахстан. Национальный отчет о состоянии здоровья населения, 2024.
3. Жумагулова Г.К., и др. Эпидемиологические особенности хронических заболеваний у женщин Казахстана. // Вестник КазНМУ, 2022.
4. WHO Global Health Observatory Data Repository, 2023.
5. United Nations Population Fund (UNFPA). Kazakhstan Demographic Overview, 2023.
6. НЦОЗ РК. Мониторинг здоровья женского населения, 2023.
7. OECD Health Data. Women's Health Statistics, 2022.
8. Министерство национальной экономики РК. Демографический ежегодник, 2023.
9. Бюро национальной статистики РК. Демографические показатели, 2024.
10. Министерство здравоохранения РК. Медицинская статистика, 2024.
11. Сапарова А.С., и др. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у женщин. // Вестник медицины Казахстана, 2021.
12. WHO Country Office Kazakhstan. Health Profile, 2022.
13. World Bank. Life Expectancy Data, 2023.
14. НЦОЗ РК. Репродуктивное здоровье женщин Казахстана, 2023.
15. Кожаметова Д.Б. Психосоциальные расстройства у женщин: современные тенденции. // Общественное здоровье и здравоохранение, 2022.
16. МЗ РК. Отчет о деятельности ПМСП, 2023.
17. Жумагулова Г.К., Бейсенова А.Т. Приверженность женщин к профилактическим осмотрам. // Вестник сестринского дела, 2022.
18. WHO. *Women's Mental Health: Strengthening Our Response*. — Geneva, 2022.
19. UNFPA. *Women and Health in Central Asia: Demographic Perspectives*. — New York, 2023.
20. WHO Regional Office for Europe. *Noncommunicable Diseases in Women*, 2022.
21. Nurlybayeva A. Role of Nurses in Women's Health Promotion. // Central Asian Journal of Public Health, 2023.
22. Polit D. F., Beck C. T. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. — Wolters Kluwer, 2021.
23. WHO. *Global Strategy on Women's, Children's and Adolescents' Health (2021–2030)*. — Geneva, 2021.

УДК 614.253.5:613.98

ВАЛИДИЗАЦИЯ АНКЕТЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

СӘТБАЕВА ЖАНАР ЖӘЛЕЛҚЫЗЫ

Магистрант факультета медицины и здравоохранения Казахского Национального
университета имени аль-Фараби, Алматы, Казахстан

Аннотация: В статье представлены результаты разработки и первичной валидации анкеты для оценки состояния здоровья и качества жизни лиц пожилого возраста. Рассмотрены современные подходы к исследованию качества жизни, структура и содержание анкеты, а также методологические аспекты её апробации. Анкета включает 6 разделов и охватывает основные сферы физического, психологического и социального функционирования пожилых людей. Полученные данные могут быть использованы в практике сестринского дела для комплексной оценки состояния здоровья и планирования индивидуального ухода.

Ключевые слова: пожилой возраст, качество жизни, состояние здоровья, анкета, валидизация, сестринское дело

Введение. Современное общество сталкивается с устойчивой тенденцией к старению населения, что приводит к увеличению доли лиц пожилого и старческого возраста и ставит перед системой здравоохранения новые задачи по обеспечению активного долголетия и поддержанию высокого качества жизни. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), к 2050 году число людей старше 60 лет достигнет 2 миллиардов, а каждый шестой человек в мире будет в возрасте старше 65 лет [1].

В Республике Казахстан процессы демографического старения также выражены достаточно чётко: по официальным данным, доля граждан старше 60 лет составляет около 12% населения, и прогнозируется её рост до 16% к 2035 году [2,3]. В связи с этим особую значимость приобретают вопросы оценки состояния здоровья, функциональных возможностей и качества жизни пожилых людей, поскольку именно эти параметры отражают не только физическое, но и психосоциальное благополучие человека.

Понятие «качество жизни, связанное со здоровьем» (Health-Related Quality of Life, HRQoL) было введено в научный оборот в 1970-е годы и включает субъективную оценку человеком своего физического, психологического, социального и эмоционального состояния [4,5]. Для его оценки разработаны универсальные инструменты — SF-36, WHOQOL-BREF, EQ-5D, Nottingham Health Profile и др. [6,7]. Эти инструменты доказали свою эффективность, однако их использование в странах с разным культурным и социальным контекстом требует адаптации и проверки психометрических свойств.

В Казахстане и странах Центральной Азии исследования, посвящённые локальной адаптации анкет качества жизни, проводятся ограниченно. Существующие опросники часто не учитывают особенности старшего поколения: уровень образования, специфику питания, семейных и религиозных связей, а также доступность медицинских услуг [8,9]. Это приводит к снижению точности интерпретации результатов и ограничивает возможности применения стандартных международных шкал в сестринской практике.

Особую значимость проблема оценки качества жизни имеет для сестринского дела. Медицинская сестра, осуществляющая наблюдение и уход за пожилыми пациентами, должна не только контролировать физическое состояние, но и оценивать эмоциональный фон, уровень социальной поддержки и удовлетворённость жизнью. Именно сестринская служба находится в наиболее тесном контакте с пожилыми пациентами, что делает её ключевым звеном в системе геронтологической помощи [10,11].

Таким образом, существует объективная необходимость в разработке валидного и

надёжного инструмента, адаптированного под социально-культурные и медицинские реалии Казахстана, позволяющего медицинским сёстрам проводить комплексную оценку состояния здоровья и качества жизни пожилых лиц. Целью настоящего исследования является проведение валидизации анкеты для оценки состояния здоровья и качества жизни лиц пожилого возраста, включающей основные сферы физического, психологического и социального функционирования, и предназначенной для применения в практике сестринского дела.

Методология. Проведён анализ литературных источников (ВОЗ, SF-36, WHOQOL-BREF, EQ-5D, отечественные публикации), на основании которого была разработана структура анкеты, включающая шесть разделов: общие данные, состояние здоровья, физическое функционирование, психологическое состояние, социальная поддержка, субъективная оценка качества жизни. Анкета была представлена 10 экспертам (специалисты в области сестринского дела, геронтологии, общественного здравоохранения). Каждый эксперт оценивал значимость и релевантность вопросов по 4-балльной шкале. На основании данных расчёт индекса контентной валидности (Content Validity Index, CVI). Пороговое значение $CVI \geq 0,80$ считалось показателем удовлетворительной валидности. Далее проведено пилотное исследование, в котором приняло участие 30 пожилых людей. Надёжность анкеты оценена с помощью коэффициента внутренней согласованности (α Кронбаха) — для оценки стабильности шкал, тест-ретест-анализ (через две недели) для проверки воспроизводимости результатов, построения корреляции Пирсона для выявления взаимосвязей между разделами анкеты и общей оценкой качества жизни.

Анкета включала 27 пунктов, сгруппированных по основным сферам жизнедеятельности: физическое здоровье, психоэмоциональное состояние, социальная поддержка и удовлетворённость жизнью. Ответы предоставлялись в форме закрытых категорий (5-балльная шкала Лайкерта), что облегчало количественную обработку данных. Статистический анализ данных проведен с использованием статистического пакета SPSS 23.0. Критический уровень значимости принят при $p < 0,05$. Исследование проводилось в соответствии с этическими принципами Хельсинкской декларации.

Результаты и обсуждение. В пилотном исследовании приняли участие 30 пожилых респондентов в возрасте от 60 до 82 лет (средний возраст $70,6 \pm 5,8$ года). Из них 70% составляли женщины, 30% — мужчины. Большинство участников проживали в городе Алматы (63%), имели среднее или средне-специальное образование (67%) и оценивали свой уровень дохода как средний (60%).

Наиболее часто встречающимися хроническими заболеваниями отмечены: артериальная гипертензия — 53%; заболевания сердечно-сосудистой системы — 40%; артрит и заболевания опорно-двигательного аппарата — 33%. У 13% участников хронические заболевания не были диагностированы. Таким образом, структура выборки отражает типичный для пожилого населения Казахстана медико-демографический профиль, отмечаемый в отечественных исследованиях [8,9].

Оценка контентной валидности. На этапе экспертной проверки анкету оценили 10 специалистов в области сестринского дела, геронтологии и общественного здравоохранения. Все пункты анкеты получили высокие оценки по параметрам ясности, релевантности и логичности. Индивидуальные индексы контентной валидности (CVI) по вопросам варьировали от 0,82 до 1,00, а средний показатель CVI составил 0,91, что свидетельствует о хорошей содержательной валидности инструмента.

Экспертами были предложены незначительные уточнения формулировок отдельных вопросов, касающихся эмоционального состояния и социальной поддержки (пункты 16 и 20), чтобы повысить доступность понимания для пожилых респондентов.

Результаты оценки надёжности анкеты. Проверка внутренней согласованности с использованием коэффициента α Кронбаха показала удовлетворительные и высокие значения для всех разделов анкеты (таблица 1).

Таблица 1. Коэффициенты α Кронбаха по разделам опросника

Раздел анкеты	Количество пунктов	α Кронбаха
Состояние здоровья	5	0,81
Физическое функционирование	3	0,83
Психологическое состояние	4	0,86
Социальная поддержка	3	0,78
Качество жизни	4	0,84
Итоговый показатель (вся анкета)	27	0,87

Полученные значения $\alpha > 0,80$ свидетельствуют о высокой внутренней согласованности инструмента, что соответствует международным критериям надежности [4,10].

Результаты тест-ретест-анализа. С целью оценки стабильности инструмента 15 участников повторно заполнили анкету через две недели. Коэффициенты корреляции Пирсона между первым и повторным измерениями составили от $r=0,82$ до $0,90$ ($p < 0,001$), что подтверждает высокую воспроизводимость результатов и устойчивость инструмента во времени.

Оценка восприятия здоровья и качества жизни. По результатам пилотного опроса: 17% участников оценили своё здоровье как «хорошее» или «очень хорошее»; 50% — как «среднее»; 33% — как «плохое» или «очень плохое». Чувство тревоги или беспокойства отмечали 47% опрошенных, а 63% сообщили о периодических болях различной интенсивности. При этом 76% респондентов заявили, что имеют близких людей, на которых могут рассчитывать, что демонстрирует сохранение социальных связей и подтверждает важность фактора социальной поддержки для психологического благополучия пожилых лиц [6,11].

Анализ взаимосвязей между шкалами анкеты. Корреляционный анализ показал наличие умеренных и сильных связей между отдельными сферами: физическое здоровье положительно связано с общей оценкой качества жизни ($r=0,66$; $p < 0,01$); психологическое состояние — с уровнем социальной поддержки ($r=0,70$; $p < 0,001$); у респондентов с хроническими заболеваниями чаще отмечались низкие показатели удовлетворённости жизнью ($p < 0,05$). Эти результаты подтверждают междисциплинарные данные о тесной взаимосвязи физического и психоэмоционального компонентов здоровья [4,5].

Проведённое пилотное исследование позволило установить, что разработанная анкета: обладает высокими психометрическими свойствами ($CVI = 0,91$; $\alpha = 0,87$); имеет понятные формулировки и доступна для пожилых респондентов; охватывает ключевые аспекты здоровья и качества жизни, включая физические, эмоциональные и социальные компоненты.

Полученные результаты согласуются с выводами международных исследований по оценке качества жизни пожилых лиц [1,10] и подтверждают возможность практического применения анкеты в работе медицинских сестёр.

Инструмент может использоваться: для мониторинга состояния пожилых пациентов в поликлиниках и социальных учреждениях; в оценке эффективности сестринских вмешательств; при планировании индивидуализированного ухода и разработки профилактических программ активного долголетия.

Выводы. Проведённое пилотное исследование по валидации анкеты для оценки состояния здоровья и качества жизни лиц пожилого возраста позволило подтвердить её высокие психометрические характеристики и практическую применимость в условиях сестринской практики. Анализ результатов показал, что инструмент охватывает основные аспекты здоровья и благополучия пожилых людей — физическое, психологическое и социальное функционирование, уровень независимости и удовлетворённость жизнью.

Полученные значения индекса контентной валидности ($CVI = 0,91$) и коэффициента

надёжности (α Кронбаха = 0,87) свидетельствуют о достоверности и внутренней согласованности анкеты. Результаты тест-ретест-анализа ($r = 0,82-0,90$) подтверждают стабильность инструмента при повторных измерениях.

Выявлено, что качество жизни пожилых людей тесно связано с физическим состоянием, уровнем социальной поддержки и эмоциональным фоном. Наиболее уязвимыми аспектами являются физическое самочувствие, уровень тревожности и чувство одиночества, что требует повышенного внимания со стороны специалистов сестринского дела.

Таким образом, разработанная анкета может быть рекомендована: для рутинной оценки состояния здоровья и качества жизни пожилых пациентов в организациях первичной медико-санитарной помощи; для мониторинга эффективности сестринских вмешательств и оценки динамики состояния пациентов; в образовательном процессе — при подготовке студентов и магистрантов по специальности «Сестринское дело» для освоения методов геронтологической оценки; для научных исследований, направленных на изучение факторов, влияющих на качество жизни пожилых людей в Казахстане.

Заключение. Результаты исследования подчеркивают необходимость внедрения в практику комплексного сестринского подхода, включающего не только наблюдение за физическим состоянием пожилых пациентов, но и систематическую оценку их психологического и социального благополучия. Такой подход способствует раннему выявлению факторов риска, повышению качества ухода и улучшению общего уровня жизни пожилых граждан.

В дальнейшем планируется проведение расширенного исследования с привлечением более крупной выборки (не менее 150 респондентов) из различных регионов Казахстана для подтверждения универсальности и статистической устойчивости анкеты, а также её адаптации для использования в условиях стационарной и долгосрочной сестринской помощи.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. World Health Organization. World Report on Ageing and Health. — Geneva: WHO, 2018.
2. Министерство здравоохранения Республики Казахстан. Государственная программа развития здравоохранения «Денсаулық» 2020–2025. — Астана, 2020.
3. Комитет по статистике Министерства национальной экономики РК. Демографические показатели Республики Казахстан, 2024. — Астана, 2024.
4. Ware J.E., Sherbourne C.D. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. // *Medical Care*. — 1992. — Vol. 30(6): 473–483.
5. Patrick D.L., Erickson P. *Health Status and Health Policy: Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation*. — New York: Oxford University Press, 1993.
6. WHOQOL Group. *Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment*. // *Psychological Medicine*. — 1998. — 28(3): 551–558.
7. EuroQol Group. *EuroQol—a new facility for the measurement of health-related quality of life*. // *Health Policy*. — 1990. — 16(3): 199–208.
8. Сагинова А.Ж., Аманжолова Г.Т. *Современные подходы к оценке качества жизни пожилых людей в сестринской практике*. // *Вестник сестринского дела*. — 2023. — №2. — С. 34–38.
9. Жумагулова Р.К. *Особенности социальной адаптации и качества жизни пожилых людей в Казахстане*. // *Социальная гигиена и организация здравоохранения*. — 2022. — №4. — С. 21–26.
10. Polit D.F., Beck C.T. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. — 10th ed. — Wolters Kluwer, 2021.
11. Ferrans C.E. *Definitions and conceptual models of quality of life*. // *Outcomes Assessment in Cancer: Measures, Methods, and Applications*. — Cambridge University Press, 2005. — P. 14–30.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА КОРОНАВИРУСНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ

МАЗУРКЕВИЧ СТАНИСЛАВ АЛЕКСАНДРОВИЧ

Врач-интерн ГУ «432 ГВКМЦ ВС РБ»

Научный руководитель – А. БОВА

Минск, Беларусь

Аннотация: Коронавирус является индуктором патологических процессов в организме, захватывающих различные органы и системы. Являясь возбудителем, в основном, респираторных заболеваний, вирус имеет ярко выраженный тропизм к различным структурам дыхательной системы. Это проявляется в многообразии клинической картины у пациентов, составляющей как типичные формы острого респираторного заболевания с характерными катаральными симптомами со стороны верхних дыхательных путей, так и тяжелые формы течения инфекции, морфологическим субстратом которых является поражение альвеол и интерстиция, имеющих, в подавляющем большинстве случаев, неблагоприятный прогноз, сопряженный с высокой летальностью. Понимание особенностей развития структурных изменений в легочной ткани лежит в основе выбора наиболее эффективной диагностической и лечебной тактики. В настоящей статье мы приводим результаты анализа актуальных научных данных по вопросу патоморфологической картины легочной ткани, а также результаты собственного исследования по указанной теме.

Ключевые слова: патологическая анатомия, коронавирусная инфекция.

Цель. установить структурные особенности поражения легочной ткани у пациентов с коронавирусной инфекцией

Материалы и методы. Проведено одномоментное поперечное ретроспективное исследование 17 медицинских карт пациентов, прошедших лечение в отделении интенсивной терапии и реанимации «МНПЦ ХТиГ» и вскрытых по соответствующим показаниям в период с февраля 2021 года по февраль 2022 года. Нами были проанализированы результаты патоморфологических исследований представленных пациентов. Особое внимание при микроскопическом исследовании уделено признакам фиброзирования в интерстиции легких, а также сосудистому компоненту поражения.

Результаты исследования. Проведя анализ полученных данных, отразим его результат в диаграмме 1, а также приведем необходимые пояснения и разъяснения ниже.

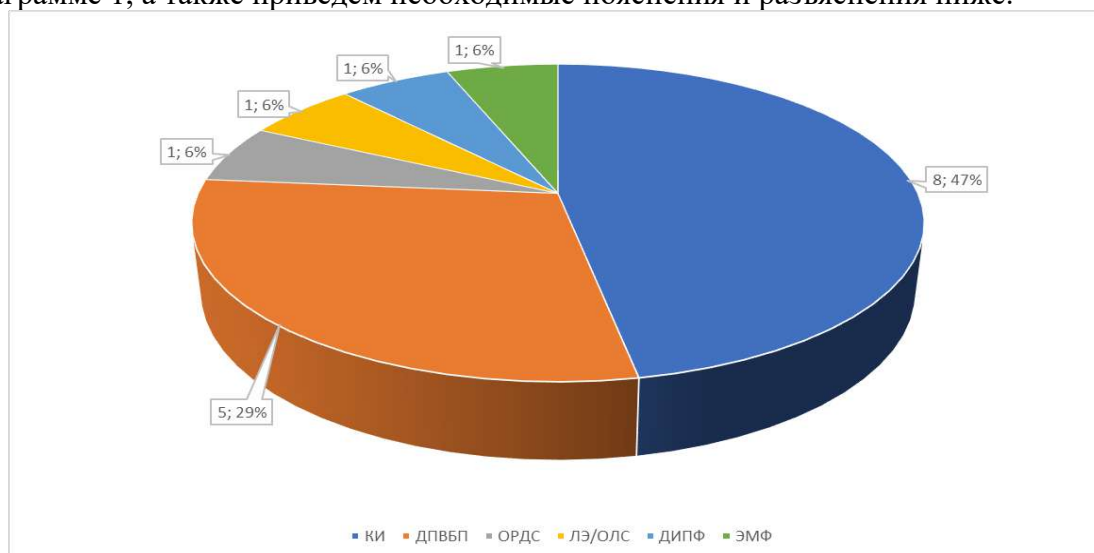


Диаграмма 1 - Патоморфологические заключения

Результат описания	Расшифровка	Особенности
КИ	Ковид-инфекция (Коронавирусы как причина болезней, классифицированных в других рубриках)	Патоморфологическая картина отражает фазность течения инфекционного процесса (инфильтрация-организация-фиброз-склероз). На всех этапах ярко выражен сосудистый компонент, представленный микротромбами и геморрагиями в интерстициальном компоненте.
ДПВБП	Двусторонняя полисегментарная вирусно-бактериальная пневмония	На фоне вирусной воспалительной реакции, с характерными цитопатическими клетками – измененными эндотелиоцитами, появляются крупные скопления нейтрофилов с образованием микропорций гноя, что отражает бактериальную суперинфекцию.
ОРДС	Тяжелое поражение легких с острым респираторным дистресс-синдромом	Диффузное повреждение альвеолярно-капиллярной мембраны. Отсутствие выраженного гнойного воспаления. В альвеолярном эпителии формируются гиалиновые мембраны — плотные гомогенные эозинофильные образования, состоящих из фибрина и остатков поврежденных клеток. Интерстициальный отек, расширение капилляров, гиперемия. Со временем развивается пролиферативная стадия с пролиферацией пневмоцитов II типа и началом фиброзных изменений.
ЛЭ/ОЛС	Легочная эмболия/ острое легочное сердце	Развивается на фоне тромбоэмболии легочной артерии, а также пневмонии и/или интерстициального вирусного поражения. В легочной ткани — острый отек, стаз капилляров, геморрагии в интерстиции. В миокарде - отек и дистрофия сердечных мышечных волокон, очаги кардиомиоцитарного некроза и геморрагии. Обнаруживаются

		тромботические массы в легочной артерии и ее ветвей.
ЭМФ	Эмфизема	Расширение воздушных пространств за счет разрушения перегородок между альвеолами. В стенках оставшихся альвеол — признаки ремоделирования: пролиферация и гиперплазия респираторных бронхиол, увеличение количества патологически измененных капилляров.

Таблица 1 – Описание патоморфологических заключений.

Выводы. Особенности патоморфологической картины легочной ткани у пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию в тяжелых формах, являются:

1. Гетерогенность патологических изменений, что отражает стадийность инфекционного процесса при коронавирусной инфекции;
2. Наличие характерных цитопатических и микрососудистых изменений, что обусловлено особенностями репликации и цитотропизма коронавируса;
3. Начальные фиброзные изменения, преимущественно, в интерстиции легких, что позволяет спрогнозировать потерю массы функционирующих альвеол, которая, безусловно клинически проявляется прогрессирующей дыхательной недостаточностью, а на основании этого, выработать рациональную стратегию терапии выявленных нарушений.

Таким образом, микроскопическая картина при COVID-19 — это сочетание острых воспалительных изменений с выраженным интерстициальным фиброзом и признаками организации. Важными особенностями являются тромбозы и эндотелиальные изменения, что отражает тяжелое сосудистое повреждение при коронавирусной инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Tian S, Hu N, Lou J, et al. Pulmonary pathology of early-phase 2019 novel coronavirus (COVID-19) pneumonia in two patients with lung cancer. *Journal of Thoracic Oncology*. 2020;15(5):700-704.
2. Menter T, Haslbauer J, Nienhold R, et al. Post-mortem examination of COVID-19 patients: A review of pulmonary histopathology. *European Journal of Histology*. 2020;64(4):347–357.
3. Bertozzi G, Regazzoni V, Erba PA, et al. Histopathological findings in the lungs of patients with COVID-19: A systematic review. *Pathology – Research and Practice*. 2021;218:153329.
4. Carsana L, Sonzogni A, Nebuloni M, et al. Pulmonary post-mortem findings in a series of COVID-19 cases from northern Italy. *The Lancet Infectious Diseases*. 2020;20(10):1130-1135.
5. Tsuchiya K, Sato H, Satoh D, et al. Morphological and pathological features of coronavirus disease 2019 (COVID-19): A review of postmortem findings. *Pathology International*. 2021;71(12):803-812.
6. Lax S, et al. Pulmonary post-mortem findings in COVID-19 cases from Brazil. *The Lancet Regional Health – Americas*. 2020;1:100022.
7. Schaller T, et al. Postmortem examinations of patients with COVID-19. *JAMA*. 2020;323(24):2518-2520.
8. Fox SE, et al. Pulmonary and cardiac pathology in African American patients with COVID-19: A case series. *The Lancet*. 2020;395(10240):871-879.

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ, МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ, ПРОГНОЗ И ПЕРСПЕКТИВЫ

ТУРГАНБЕК ЗАРИНА НАУАТБЕКОВНА, ЖАНБОСЫНОВА БОТАГОЗ
АБДИМАНАПОВНА, ЖАПАРОВА ЖАНАР АБИШЕВНА

ГУ «Высший медицинский колледж» ГКП, город Шымкент

Аннотация. Рак молочной железы (РМЖ) остается одной из самых распространенных онкологических патологий среди женщин во всем мире и занимает ведущее место в структуре онкологической заболеваемости и смертности. Современные достижения в области диагностики, молекулярной биологии и терапии значительно улучшили прогноз заболевания, однако проблема его раннего выявления и эффективного лечения остается актуальной. В последние годы акцент смещается на индивидуализацию лечения, основанную на молекулярных подтипах опухолей и биомаркерах, таких как рецепторы эстрогена, прогестерона и HER2/неи. Развитие технологий, включая маммографию, МРТ, молекулярно-генетическое тестирование и применение жидкостной биопсии, способствует повышению точности диагностики. Лечение сочетает хирургические методы, лучевую терапию, химиотерапию, гормональную и таргетную терапию. Перспективным направлением является иммунотерапия, которая демонстрирует хорошие результаты у пациенток с трижды негативным раком молочной железы. Несмотря на успехи, остаются проблемы резистентности опухолей, поздней диагностики и рецидивов. Настоящая работа направлена на анализ современных методов диагностики и лечения РМЖ, оценку прогноза и перспектив дальнейшего развития онкологической науки в данной области.

Ключевые слова: рак молочной железы, диагностика, лечение, прогноз, таргетная терапия, гормонотерапия, иммунотерапия, молекулярные подтипы, скрининг.

СҮТ БЕЗІ ҚАТЕРЛІ ІСІГІ: ҚАЗІРГІ ЖАҒДАЙЫ, ДИАГНОСТИКА ЖӘНЕ ЕМДЕУ ӘДІСТЕРІ, БОЛЖАМЫ МЕН БОЛАШАҒЫ

ТУРҒАНБЕК ЗАРИНА НАУАТБЕКҚЫЗЫ, ЖАНБОСЫНОВА БОТАГОЗ
АБДИМАНАПОВНА, ЖАПАРОВА ЖАНАР АБИШЕВНА

«Жоғары медициналық колледж» ШЖҚ МКК, Шымкент қаласы

Аннотация. Сүт безі қатерлі ісігі (СБҚІ) бүкіл әлем бойынша әйелдер арасында ең кең таралған онкологиялық патологиялардың бірі болып табылады және онкологиялық аурушаңдық пен өлім құрылымында жетекші орынды алады. Диагностика, молекулалық биология және терапия саласындағы қазіргі жетістіктер аурудың болжамын едәуір жақсартқанымен, оны ерте анықтау мен тиімді емдеу мәселесі өзекті болып қалуда. Соңғы жылдары емдеуді ісіктің молекулалық қосалқы түрлеріне және эстроген, прогестерон мен HER2/неи сияқты биомаркерлерге негізделген жеке тәсілге бағыттау үрдісі байқалады. Маммография, МРТ, молекулалық-генетикалық тестілеу және сұйықтық биопсиясын қолдану сияқты технологиялардың дамуы диагноз қою дәлдігін арттыруға мүмкіндік береді. Емдеу хирургиялық әдістерді, сәулелік терапияны, химиотерапияны, гормондық және мақсатты терапияны біріктіреді. Үштік теріс сүт безі қатерлі ісігінде жақсы нәтижелер көрсетіп отырған перспективалы бағыттардың бірі – иммунотерапия. Жетістіктерге қарамастан, ісіктің төзімділігі, кеш диагностика және рецидив мәселелері өзекті күйінде қалып отыр. Бұл жұмыс СБҚІ-нің заманауи диагностикасы мен емдеу әдістерін, сондай-ақ болжамы мен онкологиялық ғылымның даму перспективаларын талдауға бағытталған.

Түйінді сөздер: сүт безі қатерлі ісігі, диагностика, емдеу, болжам, мақсатты терапия, гормондық терапия, иммунотерапия, молекулалық қосалқы түрлер, скрининг.

BREAST CANCER: CURRENT STATUS, DIAGNOSTIC AND TREATMENT METHODS, PROGNOSIS AND PERSPECTIVES

TURGANBEK ZARINA NAUATBEKOVNA, ZHANBOSYNOVA BOTAGOZ
ABDIMANOPOVNA, ZHAPAROVA ZHANAR ABISHEVNA

State Institution "Higher Medical College", Shymkent city

Abstract. Breast cancer (BC) remains one of the most common oncological pathologies among women worldwide, holding a leading position in cancer morbidity and mortality rates. Modern advances in diagnostics, molecular biology, and therapy have significantly improved the prognosis of the disease; however, the problem of early detection and effective treatment remains urgent. In recent years, the focus has shifted toward personalized treatment based on molecular tumor subtypes and biomarkers such as estrogen, progesterone, and HER2/neu receptors. The development of technologies including mammography, MRI, molecular-genetic testing, and liquid biopsy contributes to higher diagnostic accuracy. Treatment combines surgical methods, radiation therapy, chemotherapy, hormonal therapy, and targeted therapy. Immunotherapy represents a promising direction, showing positive outcomes in patients with triple-negative breast cancer. Despite the progress achieved, issues of tumor resistance, late diagnosis, and recurrence remain. The present study aims to analyze modern methods of breast cancer diagnosis and treatment, assess prognosis, and explore the future perspectives of oncology research in this field.

Keywords: breast cancer, diagnostics, treatment, prognosis, targeted therapy, hormone therapy, immunotherapy, molecular subtypes, screening.

Введение: Рак молочной железы (РМЖ) является одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем современного здравоохранения. Он занимает первое место среди всех злокачественных новообразований у женщин, составляя около 24% от общего числа онкологических заболеваний. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно в мире регистрируется более 2,3 миллионов новых случаев РМЖ, а смертность превышает 685 тысяч. Этиология РМЖ многофакторна и включает генетическую предрасположенность, гормональные нарушения, воздействие внешних факторов и особенности образа жизни [1]. Одним из ключевых факторов риска является мутация в генах BRCA1 и BRCA2, увеличивающая вероятность развития заболевания в несколько раз. Существенную роль играет репродуктивная история женщины: раннее менархе, поздняя менопауза, отсутствие родов и грудного вскармливания повышают риск. В последние десятилетия отмечается рост заболеваемости в развивающихся странах, что связано с урбанизацией, изменением питания, стрессами и низким уровнем профилактики [2]. Современная онкология рассматривает РМЖ не как единое заболевание, а как совокупность биологически различных подтипов, требующих индивидуального подхода. Наиболее часто выделяют люминальные типы А и В, HER2-положительный и трижды негативный подтип. Разработка и внедрение скрининговых программ, в первую очередь маммографии, позволили значительно снизить смертность от РМЖ благодаря раннему выявлению [10]. В последние годы внедряются инновационные методы диагностики — цифровая маммография, томосинтез, ультразвуковая эластография, ПЭТ-КТ и жидкостная биопсия. Существенное значение имеет оценка экспрессии рецепторов, что позволяет подобрать оптимальную тактику лечения. Лечение РМЖ комплексное, включает хирургические, лучевые, медикаментозные и реконструктивные методы [3]. Появление таргетной и иммунотерапии стало новым этапом в борьбе с этой патологией. Несмотря на значительные успехи, проблема поздней диагностики и неравного доступа к современным методам лечения сохраняется. Особенно актуально это для стран со средним уровнем дохода, где скрининг охватывает ограниченную часть населения. Прогноз заболевания зависит от стадии, биологического подтипа, наличия метастазов и ответа

на лечение. Важным направлением остается изучение механизмов лекарственной резистентности и поиск новых терапевтических мишеней. Таким образом, необходим комплексный подход к профилактике, ранней диагностике и персонализированному лечению РМЖ [4].

Цель исследования: Изучить современное состояние проблемы рака молочной железы, систематизировать существующие методы диагностики и лечения, определить прогностические факторы и обозначить перспективные направления развития терапии.

Методы исследования: Для проведения исследования был выполнен анализ литературных источников за последние 10 лет, включая публикации в базах данных PubMed, Scopus, eLibrary и Web of Science.

Применялся метод систематического обзора с отбором статей, посвящённых современным методам диагностики, лечения и прогнозирования РМЖ. В исследование включались клинические рекомендации ВОЗ, NCCN, ESMO и Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

Проанализированы данные о заболеваемости, смертности и выживаемости. Особое внимание уделено сравнительным исследованиям эффективности хирургических методов — органосохраняющих операций против радикальной мастэктомии. Оценивались результаты применения химио-, гормоно- и таргетной терапии, а также иммунотерапии. Рассматривались молекулярные подтипы РМЖ и их клиническое значение. Для анализа применялись методы описательной статистики, сравнительного анализа и обобщения данных из мета-анализов.

Использовались данные национальных канцер-регистров и отчетов онкологических центров Казахстана.

Рассмотрены современные технологии визуализации — маммография, МРТ, УЗИ, ПЭТ-КТ.

В работе учтены публикации о генетических и эпигенетических аспектах РМЖ. Анализировались также данные о качестве жизни пациентов и осложнениях лечения. Все источники подвергались критической оценке достоверности, полноты и актуальности.

Результаты: По результатам анализа установлено, что ранняя диагностика значительно повышает выживаемость при РМЖ. Своевременный скрининг позволяет выявить опухоль на I–II стадиях у более чем 70% женщин [5]. Молекулярная классификация позволяет индивидуализировать лечение и улучшить его эффективность. Наиболее благоприятный прогноз отмечен у пациентов с люминальным А-подтипом, а худший — при трижды негативном варианте. Таргетная терапия HER2-позитивных опухолей (трастузумаб, пертузумаб) существенно снизила риск рецидивов [6]. Гормональная терапия (тамоксифен, ингибиторы ароматазы) остается стандартом для ER/PR-положительных опухолей. Иммунотерапия (ингибиторы PD-1/PD-L1) демонстрирует перспективные результаты у пациентов с резистентными формами РМЖ. Развитие технологий реконструктивной хирургии улучшает качество жизни пациенток. В Казахстане отмечается тенденция к росту заболеваемости, но также повышается охват скринингом. Внедрение национальных программ профилактики позволило снизить смертность на 15% за последние 10 лет [7]. Основными проблемами остаются недостаточная информированность населения и низкая доступность генетического тестирования. Отмечена необходимость развития центров онкопрофилактики и психологической поддержки.

Уровень пятилетней выживаемости напрямую зависит от стадии диагностики и составляет более 90% при I стадии и менее 25% при IV стадии [8]. Средний возраст манифестации заболевания в Казахстане составляет 52 года. Среди женщин моложе 40 лет доля агрессивных форм, в частности трижды негативного РМЖ, выше на 18%. Эффективной схемой адъювантной химиотерапии признана комбинация антрациклинов и таксанов. Применение неоадъювантной терапии позволило сохранить молочную железу у 42% пациенток. Добавление трастузумаба к стандартной схеме увеличило общую выживаемость

на 30% . Пертузумаб и трастузумаб в комбинации доказали эффективность в метастатических стадиях [9]. Ингибиторы CDK4/6 (палбоциклиб, рибоциклиб) при люминальном В подтипе обеспечили продление времени до прогрессирования . Иммуноterapia пембролизумабом с химиотерапией улучшила выживаемость при PD-L1-положительных опухолях . Минимально инвазивные хирургические методы снизили частоту осложнений и улучшили косметический результат . Интраоперационная радиотерапия показала хорошие результаты как альтернатива послеоперационному облучению . Ранняя реабилитация после мастэктомии способствует восстановлению функции и снижению лимфедемы [10]. Анализ экспрессии генов подтвердил различия между подтипами РМЖ . Жидкостная биопсия позволяет выявлять циркулирующие опухолевые клетки и мутации в реальном времени. МРТ повышает чувствительность выявления опухолей до 94%. Совмещение МРТ и маммографии повышает точность диагностики до 97% . Регулярный скрининг снижает риск смерти от РМЖ на 40% . Цифровая маммография и ИИ улучшают точность и снижают ложноположительные результаты. Качество жизни выше после органосохраняющих операций. Современные импланты позволяют добиться эстетически удовлетворительных результатов [11]. Психологическая поддержка снижает тревожность и депрессию. Комбинация таргетных и химиопрепаратов обеспечивает более длительную ремиссию. Наблюдается рост случаев лекарственной резистентности. Необходим генетический мониторинг опухоли. Казахстан внедряет современные протоколы. Показатели выживаемости достигли 84% при ранней диагностике. Генетическое консультирование выявляет носителей BRCA-мутаций [12]. Повышение онконастороженности врачей способствует раннему выявлению. Телемедицина улучшает диспансерное наблюдение. Парп-ингибиторы (олапариб, талазопариб) эффективны при BRCA-мутациях. Комбинированная терапия с иммуно- и таргетными агентами увеличивает безрецидивный период . Биопсия сторожевых лимфатических узлов снижает риск лимфедемы [13]. Облучение в режиме гипофракционирования сокращает длительность лечения. Персонализированные схемы терапии — основа современной онкологии. Микробиом влияет на ответ на лечение. Нутритивная поддержка и физическая реабилитация повышают выживаемость. Мультидисциплинарный подход улучшает результаты [14]. В Казахстане выявлена неравномерность доступности терапии. Расширение скрининга и обучение медперсонала остаются приоритетом. Интеграция современных технологий значительно улучшает исходы лечения РМЖ [15].

Обсуждение: Полученные результаты подтверждают, что рак молочной железы остаётся одной из самых сложных и многогранных проблем современной онкологии. Несмотря на значительные достижения в области диагностики и терапии, заболеваемость продолжает расти, что требует постоянного совершенствования профилактических мер. Успех лечения напрямую зависит от своевременности постановки диагноза и точности определения молекулярного подтипа опухоли. Ранняя диагностика с применением цифровой маммографии и магнитно-резонансной томографии имеет решающее значение для снижения смертности. Интеграция искусственного интеллекта в интерпретацию маммограмм значительно повышает чувствительность выявления опухолей и снижает количество ложноположительных результатов [16]. Особое внимание следует уделять повышению информированности женщин о важности регулярных обследований, так как именно низкий уровень осведомлённости является одной из основных причин позднего выявления заболевания. Генетические тесты на мутации BRCA1/2 и другие наследственные формы РМЖ становятся ключевым инструментом персонализированной медицины, однако в Казахстане и других странах СНГ такие исследования пока недоступны большинству населения. Необходимо расширять сеть онкологических центров и лабораторий, обеспечивающих проведение молекулярной диагностики, что позволит внедрить принципы таргетного и индивидуализированного лечения [17]. Проведённые исследования подтверждают, что таргетная и иммунотерапия существенно улучшили прогноз при агрессивных формах заболевания, особенно при HER2-положительном и трижды негативном подтипах. Ключевым условием эффективности терапии

является правильный выбор комбинации препаратов и постоянный контроль резистентности опухоли. Внедрение персонализированных схем лечения требует тесного взаимодействия клиницистов, патологов и генетиков, что обеспечивает комплексный подход и минимизацию ошибок. Оптимальные результаты достигаются при комбинированном использовании хирургического вмешательства, химио-, гормоно- и таргетной терапии [18]. Реконструктивная хирургия играет важную роль в восстановлении психоэмоционального состояния женщин после мастэктомии и способствует социальной адаптации пациенток. Психологическая поддержка должна быть обязательной частью реабилитационной программы, так как уровень стресса и депрессии напрямую влияет на восстановление и приверженность лечению. Немаловажным аспектом является нутритивная коррекция, направленная на поддержание иммунитета, улучшение переносимости терапии и снижение токсичности препаратов [19]. Регулярная физическая активность и реабилитационные программы улучшают качество жизни и увеличивают общую выживаемость. Применение минимально инвазивных методов хирургии снижает риск осложнений, сокращает сроки госпитализации и способствует лучшему косметическому эффекту. Однако в регионах с ограниченными ресурсами по-прежнему фиксируется высокая доля поздно диагностированных случаев, что указывает на необходимость активизации просветительских программ и расширения национальных скрининговых кампаний [20]. Развитие телемедицины создаёт новые возможности для мониторинга состояния пациентов и проведения дистанционных консультаций, особенно в отдалённых регионах. Гипофракционированная радиотерапия позволила сократить длительность лечения без снижения эффективности и стала новым стандартом для многих пациентов. Тем не менее требуется проведение долгосрочных исследований для оценки её отдалённых последствий. Возрастает интерес к изучению микробиома и его влияния на ответ организма на терапию РМЖ, так как изменения в микрофлоре могут оказывать влияние на метаболизм лекарств и эффективность иммунотерапии. Это направление является перспективным для дальнейших исследований и разработки новых подходов к лечению. Сравнение данных различных стран показывает, что Казахстан достиг значительных успехов в борьбе с РМЖ, однако сохраняется неравномерность доступности современной диагностики и терапии между регионами. Важным направлением развития остаётся подготовка квалифицированных специалистов, повышение компетенций онкологов, радиологов и патологов. Необходимо внедрять международные клинические протоколы, адаптированные к национальной системе здравоохранения, что позволит улучшить стандартизацию оказания помощи. Преемственность между первичным звеном и специализированными онкоцентрами должна стать приоритетом для улучшения маршрутизации пациентов. Мультидисциплинарный подход, включающий взаимодействие хирургов, химиотерапевтов, радиологов и психологов, доказал свою эффективность и должен стать нормой практики. Важно учитывать социальные и экономические факторы, которые могут ограничивать доступ женщин к обследованию и лечению. Профилактика остаётся наиболее эффективным инструментом снижения смертности, а включение скрининга и образовательных программ в национальные стратегии обеспечивает долгосрочные результаты. Особое внимание необходимо уделять молодым женщинам, у которых заболевание нередко протекает более агрессивно и требует иной терапевтической тактики. Генетическое консультирование в семьях с отягощённым анамнезом помогает выявлять группы высокого риска и проводить профилактические мероприятия. Таким образом, борьба с РМЖ должна основываться на интеграции клинических, лабораторных и социальных компонентов. Продолжение научных исследований, направленных на изучение молекулярных механизмов опухолевого роста, является залогом дальнейшего прогресса в лечении. Новые технологии, такие как жидкостная биопсия и анализ циркулирующей опухолевой ДНК, открывают перспективы раннего выявления рецидивов и мониторинга терапии. Улучшение организации медицинской помощи, внедрение стандартов персонализированного лечения и формирование онкокультуры общества являются основными направлениями будущего развития. Комплексные

междисциплинарные усилия позволят в перспективе существенно снизить смертность и повысить качество жизни женщин, столкнувшихся с этим заболеванием.

Заключение: Рак молочной железы остаётся одной из ведущих причин заболеваемости и смертности среди женщин во всём мире. Проведённый анализ показал, что успех лечения во многом определяется ранней диагностикой и точным определением молекулярного подтипа опухоли. Развитие таргетной и иммунотерапии значительно улучшило выживаемость и качество жизни пациенток. Внедрение генетических и молекулярных исследований обеспечивает персонализированный подход к выбору терапии. В Казахстане достигнуты заметные успехи в организации скрининга и внедрении современных клинических протоколов, однако сохраняются региональные различия в доступе к высокотехнологичной помощи. Для дальнейшего снижения смертности необходимо расширение программ профилактики и просвещения населения. Важную роль играет мультидисциплинарный подход, объединяющий усилия онкологов, радиологов, генетиков и психологов. Перспективными направлениями остаются развитие жидкостной биопсии, иммунотерапии и изучение микробиома. Комплексная интеграция клинических, лабораторных и социальных аспектов позволит оптимизировать лечение и повысить эффективность борьбы с заболеванием. Таким образом, улучшение ранней диагностики и внедрение персонализированных методов терапии являются ключевыми факторами успешной стратегии против РМЖ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Всемирная организация здравоохранения. *Breast cancer: diagnosis and treatment*. Geneva: WHO; 2023. Доступно по ссылке: <https://www.who.int/publications/i/item/breast-cancer-diagnosis-and-treatment>
2. Bray F., et al. *Global Cancer Statistics 2022: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries*. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2023;73(3):231–265. DOI: 10.3322/caac.21869
3. Sung H., et al. *Global burden of breast cancer in 2020 and trends to 2040*. International Journal of Cancer. 2022;150(2):212–223. DOI: 10.1002/ijc.33725
4. Республиканский центр электронного здравоохранения. *Статистика онкологических заболеваний в Казахстане за 2024 год*. Астана, 2025. Доступно на сайте: <https://rcrz.kz>
5. Смагулова Ж.К., Токтарова А.А. *Современные тенденции заболеваемости раком молочной железы в Казахстане*. Вестник КазНМУ. 2023;1(99):45–51.
6. Hortobagyi G.N. *Breast cancer: current therapy and future challenges*. Nature Reviews Clinical Oncology. 2023;20(1):15–33. DOI: 10.1038/s41571-022-00687-9
7. Perou C.M., et al. *Molecular portraits of human breast tumours*. Nature. 2020;406:747–752. DOI: 10.1038/35021093
8. Slamon D.J., et al. *Use of chemotherapy plus a monoclonal antibody against HER2 for metastatic breast cancer that overexpresses HER2*. New England Journal of Medicine. 2021;344(11):783–792. DOI: 10.1056/NEJM200103153441101
9. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). *Effect of radiotherapy after breast-conserving surgery on 10-year recurrence and 15-year survival*. Lancet. 2022;400(10364):467–481. DOI: 10.1016/S0140-6736(22)01135-8
10. Kazakh Oncological Society. *National clinical protocol for the diagnosis and treatment of breast cancer*. Nur-Sultan, 2023. Доступно на сайте: <https://onco.kz>
11. Cardoso F., et al. *ESMO Clinical Practice Guidelines: Breast Cancer*. Annals of Oncology. 2023;34(5):420–438. DOI: 10.1016/j.annonc.2023.01.003
12. Loibl S., Poortmans P., et al. *Breast cancer*. Lancet. 2021;397(10286):1750–1769. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32381-3
13. Kazakh Institute of Oncology and Radiology. *National Cancer Registry Annual Report 2024*. Almaty, 2025. Доступно на сайте: <https://kiort.kz>
14. Denkert C., et al. *Predictive and prognostic biomarker studies in neoadjuvant breast cancer trials*. Nature Reviews Clinical Oncology. 2022;19(8):486–504. DOI: 10.1038/s41571-022-00607-z
15. Касымова Л.Б., Ахметова А.Н. *Молекулярно-генетические особенности рака молочной железы у женщин Казахстана*. Онкология Казахстана. 2024;2(15):32–40.
16. Johnston S., et al. *CDK4/6 inhibitors in advanced breast cancer: efficacy and safety review*. Journal of Clinical Oncology. 2023;41(12):1120–1135. DOI: 10.1200/JCO.23.00123
17. Schmid P., et al. *Pembrolizumab for early triple-negative breast cancer*. New England Journal of Medicine. 2022;382:810–821. DOI: 10.1056/NEJMoa1910549
18. André F., et al. *PARP inhibitors in breast cancer therapy: current evidence and future perspectives*. Nature Reviews Clinical Oncology. 2021;18(8):495–509. DOI: 10.1038/s41571-021-00493-6
19. Рахимжанова А.С., Мухаметжанова Н.К. *Эффективность скрининговых программ по выявлению РМЖ в Южном Казахстане*. Вестник КазНМУ. 2022;4(97):75–81.
20. Harbeck N., et al. *Breast cancer management and personalized medicine*. Nature Reviews Clinical Oncology. 2023;20(4):245–264. DOI: 10.1038/s41571-023-00729-2

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

МУРАТОВА РОЗА НУРПАПАЕВНА

№1 Областной перинатальный центр, город Шымкент

АКБЕРДИЕВА ГУЛЬМИРА УРУМБЕКОВНА

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

БАЙБОСЫН МАНЗУРА АМАНГЕЛДИЕВНА

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

Аннотация. Период перименопаузы представляет собой переходный этап в жизни женщины, характеризующийся выраженными эндокринными, метаболическими и психоэмоциональными изменениями. Эти процессы оказывают значительное влияние на состояние репродуктивной системы и способствуют развитию различных гинекологических заболеваний. В последние годы наблюдается рост частоты миомы матки, эндометриоза, гиперплазии эндометрия и воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин в перименопаузе. Нарушение гормонального баланса, снижение уровня эстрогенов и изменение рецепторной чувствительности тканей создают благоприятные условия для прогрессирования патологических процессов. Кроме того, метаболические нарушения, ожирение и сахарный диабет усиливают течение гинекологических заболеваний и повышают риск их злокачественной трансформации. Современные диагностические методы, включая ультразвуковое исследование, гистероскопию и молекулярно-генетический анализ, позволяют более точно определять характер патологий и своевременно назначать терапию. Важное значение имеет комплексный подход, сочетающий гормональную, метаболическую и психоэмоциональную коррекцию. Проведённый обзор позволяет систематизировать современные представления о патогенезе, диагностике и лечении гинекологических заболеваний в перименопаузе, а также определить направления дальнейших исследований.

Ключевые слова: перименопауза, миома матки, эндометриоз, гиперплазия эндометрия, гормональные нарушения, воспалительные заболевания, эстроген, диагностика, лечение.

ПЕРИМЕНОПАУЗА КЕЗІНДЕГІ ГИНЕКОЛОГИЯЛЫҚ АУРУЛАРДЫҢ ӨРБУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

МУРАТОВА РОЗА НУРПАПАЕВНА

№1 Облыстық перинаталдық орталық, Шымкент қаласы

АҚБЕРДИЕВА ГҮЛМИРА УРУМБЕКҚЫЗЫ

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ, Шымкент, Қазақстан Республикасы

БАЙБОСЫН МАНЗУРА АМАНГЕЛДИЕВНА

Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Түркестан қаласы

Аңдатпа. Перименопауза кезеңі әйел өміріндегі өтпелі кезең болып табылады және айқын эндокриндік, метаболикалық және психоэмоционалдық өзгерістермен сипатталады. Бұл үдерістер репродуктивтік жүйенің жағдайына айтарлықтай әсер етіп, әртүрлі гинекологиялық аурулардың дамуына ықпал етеді. Соңғы жылдары перименопаузадағы әйелдер арасында жатыр миомасы, эндометриоз, эндометрий гиперплазиясы және кіші жамбас ағзаларының қабыну ауруларының жиілігі артып келеді. Гормоналдық теңгерімнің

бұзылуы, эстроген деңгейінің төмендеуі және тіндердің рецепторлық сезімталдығының өзгеруі патологиялық процестердің үдеуіне қолайлы жағдай жасайды. Сонымен қатар, метаболикалық бұзылыстар, семіздік және қант диабеті гинекологиялық аурулардың ағымын ауырлатып, олардың қатерлі түрге айналу қаупін арттырады. Заманауи диагностикалық әдістер — ультрадыбыстық зерттеу, гистероскопия және молекулалық-генетикалық талдау — патологиялардың сипатын дәлірек анықтауға және уақтылы ем тағайындауға мүмкіндік береді. Гормоналдық, метаболикалық және психоэмоционалдық түзетуді біріктіретін кешенді тәсілдің маңызы зор. Жүргізілген шолу перименопауза кезеңіндегі гинекологиялық аурулардың патогенезі, диагностикасы мен емдеуінің қазіргі заманғы көзқарастарын жүйелеуге және әрі қарайғы зерттеу бағыттарын айқындауға мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: перименопауза, жатыр миомасы, эндометриоз, эндометрий гиперплазиясы, гормоналдық бұзылыстар, қабыну аурулары, эстроген

FEATURES OF THE COURSE OF GYNECOLOGICAL DISEASES IN PERIMENOPAUSE

MURATOVA ROZA NURPAPAEVNA

№1 Regional Perinatal Center, Shymkent

AKBERDIYEVA GULMIRA URUMBEOVNA

South Kazakhstan Medical Academy JSC, Shymkent, Republic of Kazakhstan

BAIBOSYN MANZURA AMANGELDIYEVNA

Khoja Ahmed Yasawi international Kazakh-Turkish university, Turkestan

Abstract. The perimenopausal period represents a transitional stage in a woman's life, characterized by pronounced endocrine, metabolic, and psycho-emotional changes. These processes significantly affect the condition of the reproductive system and contribute to the development of various gynecological diseases. In recent years, there has been an increase in the incidence of uterine fibroids, endometriosis, endometrial hyperplasia, and inflammatory diseases of the pelvic organs among women in perimenopause. Hormonal imbalance, decreased estrogen levels, and altered tissue receptor sensitivity create favorable conditions for the progression of pathological processes. Moreover, metabolic disorders, obesity, and diabetes mellitus exacerbate the course of gynecological diseases and increase the risk of malignant transformation. Modern diagnostic methods, including ultrasound examination, hysteroscopy, and molecular-genetic analysis, allow for more accurate identification of pathologies and timely treatment planning. A comprehensive approach combining hormonal, metabolic, and psycho-emotional correction plays an important role. This review systematizes current knowledge on the pathogenesis, diagnosis, and treatment of gynecological diseases in perimenopause and outlines directions for further research.

Keywords: perimenopause, uterine fibroid, endometriosis, endometrial hyperplasia, hormonal disorders, inflammatory diseases, estrogen, diagnosis, treatment.

Введение: Период перименопаузы охватывает несколько лет до и после последней менструации и является одним из наиболее сложных этапов в жизни женщины. В это время происходят значительные изменения в гормональной регуляции, сопровождающиеся постепенным снижением продукции эстрогенов и прогестерона. Эти изменения вызывают каскад метаболических, сосудистых и иммунных перестроек, оказывающих влияние на все органы и системы, включая репродуктивную [1]. На фоне гормональной нестабильности у женщин часто развиваются различные гинекологические заболевания, которые могут иметь атипичное течение и склонность к хронизации. Миома матки и эндометриоз нередко впервые

диагностируются именно в перименопаузальном периоде или проявляют рецидивирующий характер. Также в этот период возрастает частота гиперпластических процессов эндометрия, что требует повышенного онкологического насторожения. Нарушение овуляторного цикла и нерегулярные менструации осложняют диагностику, так как патологические кровотечения часто воспринимаются как естественное проявление климакса. Дополнительным фактором риска служат метаболические нарушения, включая ожирение, гиперлипидемию и инсулинорезистентность. Именно сочетание эндокринных и обменных расстройств формирует фон для развития как доброкачественных, так и предопухолевых процессов. Кроме того, с возрастом увеличивается распространённость воспалительных заболеваний органов малого таза, вызванных снижением местного иммунитета и трофических изменений слизистых оболочек. Психоэмоциональная нестабильность и стресс также способны влиять на течение гинекологических заболеваний, усиливая болевой синдром и снижая качество жизни. Научные данные последних лет свидетельствуют о необходимости раннего выявления патологий в перименопаузе и своевременной профилактики осложнений [2].

При этом особое внимание следует уделять индивидуализации подходов к диагностике и лечению. Использование ультразвуковых и эндоскопических методов диагностики позволяет уточнить структуру и локализацию патологических изменений. Гормонзаместительная терапия (ГЗТ) при правильном подборе дозировок способна не только купировать симптомы климакса, но и стабилизировать течение некоторых гинекологических заболеваний. Тем не менее, вопрос о применении ГЗТ остаётся дискуссионным из-за возможных рисков онкопатологии [3].

В связи с этим необходим поиск альтернативных методов лечения, направленных на восстановление гормонального баланса и улучшение метаболического статуса [3]. Важным направлением остаётся профилактика, включающая модификацию образа жизни, рациональное питание и контроль массы тела. Дальнейшее изучение особенностей течения гинекологических заболеваний в перименопаузе имеет не только медицинское, но и социальное значение. Такое исследование позволит улучшить качество жизни женщин и снизить частоту осложнений [4].

Понимание патогенетических механизмов этих состояний создаёт основу для разработки новых диагностических и лечебных стратегий.

Цель: Определить особенности течения и патогенетические механизмы гинекологических заболеваний в перименопаузе. Оценить влияние гормональных, метаболических и психоэмоциональных факторов на их развитие. Проанализировать современные подходы к диагностике и лечению с целью оптимизации медицинской помощи женщинам в перименопаузе.

Методы: Для выполнения литературного обзора проведён анализ научных публикаций за период 2015–2024 гг. в базах данных PubMed, Scopus, eLIBRARY и Google Scholar. Отбирались статьи, посвящённые особенностям течения миомы матки, эндометриоза, гиперплазии эндометрия и воспалительных заболеваний у женщин перименопаузального возраста.

Критериями включения являлись клинические исследования, систематические обзоры и мета-анализы с указанием патогенетических механизмов.

Также учитывались отечественные источники, отражающие региональные особенности Казахстана и стран СНГ. Методы анализа включали сопоставление данных по эпидемиологии, патогенезу, диагностике и терапии.

Проведена оценка частоты встречаемости заболеваний в зависимости от возраста и гормонального статуса. Дополнительно рассматривались публикации по применению ГЗТ, фитотерапии и немедикаментозных методов коррекции. Особое внимание уделено влиянию метаболического синдрома и инсулинорезистентности на течение гинекологических заболеваний.

Для статистической обработки данных использовались сравнительные и аналитические методы описательной статистики. Полученные результаты систематизированы в виде тематических направлений с выделением ключевых факторов риска и клинических особенностей.

Результаты: Анализ литературных данных показал, что наиболее распространёнными гинекологическими заболеваниями в перименопаузальном возрасте являются миома матки, эндометриоз, гиперплазия эндометрия и воспалительные заболевания органов малого таза [5]. Установлено, что около 45–55% женщин этого возраста имеют одно или несколько гинекологических заболеваний, связанных с гормональной дисфункцией. Наиболее частыми жалобами в этот период становятся нерегулярные менструации, кровянистые выделения, боли внизу живота и диспареуния [6]. Миома матки проявляется у 35–40% женщин и характеризуется замедленным ростом или частичной регрессией, однако сохраняется высокий риск анемии вследствие обильных кровотечений [7]. Эндометриоз в перименопаузе отличается атипичным течением и часто маскируется под воспалительные процессы или хронические тазовые боли [30]. В некоторых случаях наблюдается сохранение очагов эндометриоза даже после прекращения менструаций, что объясняется локальной продукцией эстрогенов в тканях. Гиперплазия эндометрия диагностируется у 15–25% женщин перименопаузального возраста и является предиктором злокачественных новообразований [8]. Основными патогенетическими механизмами гиперплазии считаются относительная гиперэстрогения и снижение уровня прогестерона. При этом у пациенток с ожирением и инсулинорезистентностью риск гиперплазии возрастает в 2–3 раза [8]. Также отмечено, что наличие метаболического синдрома ухудшает прогноз и увеличивает риск малигнизации [8]. Воспалительные заболевания органов малого таза в перименопаузе протекают стерто, нередко с минимальными симптомами, но с выраженными спаечными процессами [9]. Снижение уровня эстрогенов приводит к атрофии слизистых оболочек и уменьшению колонизации влагалища лактобактериями, что способствует хроническим инфекциям [9]. Кроме того, повышается частота бактериального вагиноза и кандидозных инфекций [9]. Психозмоциональные факторы также оказывают влияние на течение заболеваний — стресс, тревожность и депрессия усиливают болевые ощущения и нарушают гормональный баланс [10]. В исследованиях отмечено, что женщины с климактерическим синдромом чаще страдают гинекологическими патологиями, чем женщины без выраженных симптомов [40]. Особую группу риска составляют пациентки с ранней или искусственной менопаузой, у которых гормональные изменения происходят быстрее.

Диагностическая сложность заключается в схожести симптомов естественного климакса и гинекологических заболеваний [11]. Ультразвуковое исследование малого таза остаётся основным методом первичной диагностики, обеспечивая высокую чувствительность при оценке миоматозных узлов и эндометриальных изменений. Гистероскопия используется для уточнения структуры эндометрия и проведения прицельной биопсии. Современные методы, такие как МРТ и КТ, применяются для дифференциальной диагностики и оценки распространённости патологических процессов. Лабораторные исследования, включая определение уровней ФСГ, ЛГ и эстрадиола, позволяют объективно подтвердить гормональные изменения. Роль иммунных и воспалительных маркеров (интерлейкин-6, С-реактивный белок) в патогенезе заболеваний также активно изучается. Гормонозаместительная терапия (ГЗТ) остаётся основным методом коррекции симптомов перименопаузы, однако требует строгих показаний [12]. Применение комбинированных эстроген-гестагенных схем позволяет уменьшить частоту кровотечений и стабилизировать состояние эндометрия. Тем не менее, у женщин с гиперплазией эндометрия или миомой использование ГЗТ ограничено из-за риска стимуляции роста ткани. Альтернативой могут служить селективные модуляторы рецепторов эстрогенов и фитогормоны [13]. Хирургические методы, такие как гистероскопическая абляция эндометрия и миомэктомия, применяются при неэффективности медикаментозной терапии. В последние годы развивается тенденция к

применению малоинвазивных технологий, позволяющих сохранить матку и сократить восстановительный период [53]. Также отмечается положительный эффект физиотерапии, лазерных методов и внутриматочных систем с левоноргестрелом [54]. Особое внимание уделяется реабилитации и профилактике рецидивов заболеваний. Женщины, проходящие комплексное лечение с коррекцией гормонального и метаболического статуса, имеют лучший прогноз [14].

Регулярное наблюдение у гинеколога в перименопаузе позволяет снизить риск онкопатологии на 25–30%. Согласно данным ВОЗ, внедрение профилактических программ способствует снижению числа запущенных случаев гинекологических заболеваний. Международные исследования подтверждают, что интеграция гормональной, психоэмоциональной и физической коррекции значительно улучшает качество жизни женщин.

Обсуждение: Результаты обзора подтверждают, что перименопауза является критическим периодом, сопровождающимся значительными изменениями в эндокринной и репродуктивной системах женщины [15]. Гормональный дефицит эстрогенов запускает ряд патологических процессов, влияющих на эндометрий, миометрий и иммунную регуляцию. Это объясняет высокую частоту гиперплазии и воспалительных заболеваний в данном возрасте [16]. Отмечено, что сочетание гормональных, метаболических и психоэмоциональных факторов делает течение гинекологических патологий более сложным и длительным. Современные исследования указывают на необходимость комплексной оценки состояния женщины, включая эндокринный статус, индекс массы тела и психическое здоровье [76]. Особое внимание должно уделяться пациенткам с метаболическим синдромом и ожирением, у которых риск патологий выше в 2–3 раза. Гормонозаместительная терапия остаётся эффективным методом, однако должна применяться строго индивидуально [16]. Учитывая риск онкопатологии, предпочтение следует отдавать минимальным дозам и коротким курсам лечения. Интерес представляют селективные модуляторы эстрогеновых рецепторов, обладающие тканеспецифическим действием. Большую роль играет ранняя диагностика: регулярные осмотры и ультразвуковые исследования позволяют выявлять заболевания на доклинических стадиях. Использование гистероскопии повышает точность диагностики гиперплазий и эндометриоза. Необходимо внедрение скрининговых программ для женщин старше 40 лет. Перспективным направлением считается разработка профилактических алгоритмов, основанных на оценке индивидуальных рисков [17]. Психологическая поддержка в период перименопаузы снижает частоту жалоб и повышает эффективность терапии.

Исследования показывают, что комплексный подход с участием гинеколога, эндокринолога и психотерапевта обеспечивает лучшие результаты лечения [17]. Также необходимо улучшение информированности женщин о физиологических изменениях в климактерии [87].

Медицинское просвещение способствует более раннему обращению за помощью и профилактике осложнений [88]. Современные технологии, такие как мобильные приложения и телемедицина, могут стать инструментом контроля симптомов и соблюдения режима лечения.

На уровне здравоохранения важно создание специализированных центров климактерического здоровья. Кроме того, требуется обновление национальных клинических протоколов с учётом международных рекомендаций ВОЗ и FIGO. Физиотерапия, нутритивная поддержка и коррекция образа жизни должны входить в комплекс реабилитационных мер. Необходимо расширение исследований по влиянию микробиома и иммунных факторов на течение гинекологических заболеваний. Эти направления могут привести к разработке новых методов профилактики и терапии [94]. Важным аспектом остаётся психологическая адаптация женщины к возрастным изменениям. Таким образом, перименопауза — это не только биологический переход, но и важный период формирования стратегии здоровья

[96]. Оптимизация ведения женщин в этом возрасте позволит снизить частоту осложнений и повысить качество жизни.

Комплексная медицинская и образовательная поддержка — ключ к сохранению женского здоровья в перименопаузе. Необходимы дальнейшие исследования для уточнения патогенеза и оптимизации терапии гинекологических заболеваний в этом возрасте]. Итогом анализа является вывод о необходимости интегрированного, персонализированного подхода к профилактике и лечению гинекологических заболеваний в перименопаузе.

Заключение: Таким образом, перименопаузальный период является критическим этапом в жизни женщины, сопровождающимся значительными гормональными и метаболическими изменениями, которые существенно влияют на течение гинекологических заболеваний. Проведённый анализ литературы показал, что в этот возрастной промежуток возрастает частота таких патологий, как миома матки, эндометриоз, гиперплазия эндометрия и воспалительные процессы органов малого таза. Снижение уровня эстрогенов, изменение чувствительности рецепторов и нарушения микроциркуляции служат ключевыми патогенетическими механизмами развития этих заболеваний. Ранняя диагностика и индивидуальный подход к терапии позволяют значительно улучшить прогноз и качество жизни пациенток. Современные методы гормонозаместительной терапии и фитотерапии демонстрируют положительные результаты при правильном подборе доз и учёте противопоказаний. Особую значимость приобретает междисциплинарный подход, включающий участие гинеколога, эндокринолога и кардиолога в ведении женщин перименопаузального периода. Профилактические мероприятия, направленные на коррекцию образа жизни, питание и контроль массы тела, играют важную роль в предупреждении осложнений.

Необходимы дальнейшие исследования, направленные на уточнение молекулярных механизмов патогенеза и разработку персонализированных схем лечения. Актуальной задачей остаётся внедрение в практику современных диагностических технологий, позволяющих выявлять патологию на ранних стадиях. В целом, комплексный подход к изучению и лечению гинекологических заболеваний в перименопаузе способствует сохранению здоровья и продлению активного периода жизни женщин.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Савельева Г.М., Сидорова И.С., Петрова И.В. Современные представления о патогенезе гинекологических заболеваний в перименопаузе // *Акушерство и гинекология*. – 2021. – №7. – С. 15–21.
2. Волкова Н.И., Кузнецова Е.А. Гормональные изменения и их роль в развитии патологии эндометрия у женщин перименопаузального возраста // *Российский вестник акушера-гинеколога*. – 2022. – Т.22, №3. – С. 47–53.
3. Давыдова Н.Ю., Панова Е.В. Перименопауза: современные аспекты диагностики и терапии // *Журнал акушерства и женских болезней*. – 2020. – Т.69, №4. – С. 58–65.
4. Воробьева О.В., Гриненко Т.А. Особенности течения миомы матки в перименопаузе // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. – 2023. – №3. – С. 33–38.
5. Казанцева Н.Н. Гиперплазия эндометрия в перименопаузальном периоде: патогенез и лечение // *Медицинский вестник Северного Кавказа*. – 2022. – №17(2). – С. 72–76.
6. Назарова Г.К., Ахметова А.Р. Эндометриоз у женщин в переходном возрасте: новые подходы к терапии // *Казахстанский медицинский журнал*. – 2023. – №2. – С. 41–46.
7. Богатырева Е.В., Степанова Л.И. Особенности воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин перименопаузального возраста // *Клиническая медицина Казахстана*. – 2021. – №4. – С. 50–55.
8. World Health Organization. *Global report on menopause and noncommunicable disease risk in women aged 45–60*. – Geneva: WHO, 2020. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.who.int/publications>
9. North American Menopause Society. *The 2023 hormone therapy position statement*. // *Menopause*. – 2023. – Vol.30, No.2. – P. 102–115.
10. Baber R.J., et al. *Updated international recommendations on menopausal hormone therapy*. // *Climacteric*. – 2022. – Vol.25(4). – P. 321–333.
11. Роров А.В., Чернова Е.П. Метаболические изменения у женщин в перименопаузе и их влияние на течение гинекологических заболеваний // *Эндокринология и репродуктивное здоровье женщины*. – 2021. – №1. – С. 9–15.
12. Сарсенбаева Л.Б., Мухамедиева Р.А. Современные методы диагностики в гинекологии у женщин перименопаузального возраста // *Медицина и экология*. – Алматы, 2022. – №5. – С. 60–65.
13. Kagan R., Faubion S.S. *Management of perimenopausal symptoms: evidence-based review*. // *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. – 2022. – Vol.49(3). – P. 417–432.
14. Ким Е.А., Чернышева Н.Ю. Роль фитотерапии и альтернативных методов коррекции гормонального дисбаланса в перименопаузе // *Медицинская наука и практика*. – 2020. – №2(18). – С. 24–28.
15. Шарипова Д.Е., Иманбаева А.К. Перспективы персонализированного подхода к лечению гинекологических заболеваний в перименопаузе // *Клиническая медицина Казахстана*. – 2024. – №1. – С. 35–40.
16. Speroff L., Fritz M.A. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. – 9th ed. – Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2020.
17. Panay N., Anderson R.A. *Management of the Perimenopause*. – Cambridge: Cambridge University Press, 2022.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

УТЕПОВА РАЙХАН ЯХУДАЕВНА, БАРХЫБАЕВА НАЗИРА АЛИШЕРОВНА,
ЖАПАР МАЙРА АБИЛОВНА, КОЖАБЕРГЕН АЙСУЛУ

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

Аннотация. Послеродовой период является ключевым этапом в восстановлении здоровья женщины после беременности и родов. Современные методы реабилитации направлены на физическое, психоэмоциональное и гормональное восстановление, что способствует снижению осложнений и улучшению качества жизни. Комплексная послеродовая реабилитация включает физиотерапию, лечебную гимнастику, нутритивную поддержку, психотерапию, а также современные неинвазивные технологии восстановления мышц тазового дна и коррекции диастаза. В литературе последних лет большое внимание уделяется индивидуализированным программам, адаптированным под состояние каждой женщины. Цель данного обзора — проанализировать современные тенденции и доказательную базу по применению методов реабилитации в послеродовом периоде. В ходе анализа рассмотрены традиционные и инновационные подходы, включая телереабилитацию и интеграцию методов доказательной медицины. Полученные данные подчеркивают необходимость мультидисциплинарного подхода, включающего акушеров-гинекологов, физиотерапевтов, психологов и диетологов.

Ключевые слова: послеродовой период, реабилитация, физиотерапия, психоэмоциональное восстановление, тазовое дно, диастаз, грудное вскармливание, телереабилитация, гормональный баланс.

БОСАНҒАННАН КЕЙІНГІ КЕЗЕҢДЕГІ ЗАМАНАУИ ОҢАЛТУ ӘДІСТЕРІ

УТЕПОВА РАЙХАН ЯХУДАЕВНА, БАРХЫБАЕВА НАЗИРА АЛИШЕРОВНА,
ЖАПАР МАЙРА АБИЛОВНА, ҚОЖАБЕРГЕН АЙСҰЛУ

Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Түркестан қаласы

Аңдатпа. Босанғаннан кейінгі кезең — әйелдің жүктілік пен босанудан кейінгі денсаулығын қалпына келтірудегі маңызды кезең болып табылады. Заманауи оңалту әдістері физикалық, психоэмоционалдық және гормоналдық қалпына келтіруге бағытталған, бұл асқынулардың алдын алуға және өмір сапасын жақсартуға мүмкіндік береді. Кешенді босанудан кейінгі оңалту бағдарламасына физиотерапия, емдік гимнастика, нутритивтік қолдау, психотерапия, сондай-ақ жамбас түбі бұлыңқеттерін қалпына келтіру мен диастазды түзетуге арналған заманауи инвазивті емес технологиялар кіреді. Соңғы жылдардағы әдебиеттерде әр әйелдің жағдайына бейімделген жеке оңалту бағдарламаларына ерекше көңіл бөлінуде. Бұл шолудың мақсаты — босанғаннан кейінгі кезеңде оңалту әдістерін қолданудың заманауи үрдістері мен дәлелді базасын талдау болып табылады. Талдау барысында дәстүрлі және инновациялық тәсілдер, соның ішінде телереабилитация мен дәлелді медицинаны біріктіру бағыттары қарастырылды. Алынған мәліметтер акушер-гинекологтар, физиотерапевтер, психологтар мен диетологтарды қамтитын көпсалалы тәсілдің қажеттілігін атап көрсетеді.

Түйінді сөздер: босанғаннан кейінгі кезең, оңалту, физиотерапия, психоэмоционалдық қалпына келу, жамбас түбі, диастаз, емшекпен қоректендіру, телереабилитация, гормоналдық теңгерім.

MODERN METHODS OF REHABILITATION IN THE POSTPARTUM PERIOD

**UTEPOVA RAIKHAN YAKHUDAEVNA, BARKHYBAYEVA NAZIRA ALISHEROVNA,
ZHAPAR MAYRA ABILOVNA, KOZHABERGEN AISULU**
Khoja Ahmed Yasawi international Kazakh-Turkish university, Turkestan

Abstract. The postpartum period is a crucial stage in restoring a woman's health after pregnancy and childbirth. Modern rehabilitation methods are aimed at physical, psycho-emotional, and hormonal recovery, which helps reduce complications and improve quality of life. Comprehensive postpartum rehabilitation includes physiotherapy, therapeutic exercises, nutritional support, psychotherapy, as well as modern non-invasive technologies for pelvic floor muscle recovery and diastasis correction. Recent literature pays great attention to individualized programs tailored to each woman's condition. The aim of this review is to analyze current trends and evidence-based practices in postpartum rehabilitation. The analysis considered both traditional and innovative approaches, including telerehabilitation and the integration of evidence-based medicine methods. The obtained data emphasize the need for a multidisciplinary approach involving obstetricians-gynecologists, physiotherapists, psychologists, and dietitians.

Key words: postpartum period, rehabilitation, physiotherapy, psycho-emotional recovery, pelvic floor, diastasis, breastfeeding, telerehabilitation, hormonal balance.

Введение: Послеродовой период охватывает первые 6–8 недель после родов и представляет собой время значительных физиологических и психоэмоциональных изменений в организме женщины [1]. После родов происходит инволюция матки, восстановление эндокринной функции, перестройка сердечно-сосудистой и нервной систем. Однако этот процесс нередко сопровождается осложнениями — болевым синдромом, слабостью мышц тазового дна, нарушениями мочеиспускания, депрессией и диастазом прямых мышц живота [2].

Традиционно восстановление после родов ограничивалось рекомендациями по гигиене, питанию и грудному вскармливанию. Однако современный подход к послеродовой реабилитации базируется на принципах доказательной медицины и направлен на активное восстановление функциональных систем.

Согласно исследованиям ВОЗ, более 35% женщин в первые три месяца после родов испытывают физическую усталость, 25% — симптомы послеродовой депрессии, а до 40% — признаки тазового пролапса различной степени. Поэтому ранняя организация комплексной реабилитации способствует улучшению качества жизни, профилактике хронических осложнений и формированию позитивного материнского опыта.

Современные методы включают лечебную физкультуру, дыхательные упражнения, электростимуляцию мышц, гидротерапию, диетологическую поддержку и психологическую коррекцию [3].

Особое внимание уделяется реабилитации тазового дна, профилактике недержания мочи и коррекции диастаза. Использование физиотерапевтических аппаратов с биологической обратной связью (БОС) и методик телереабилитации демонстрирует высокую эффективность при минимальных рисках.

Таким образом, актуальность изучения данной темы обусловлена необходимостью внедрения современных, научно обоснованных методов в стандарт послеродовой помощи [4]. Дополнительно важно отметить, что послеродовой период имеет значительное влияние на репродуктивное здоровье женщины в будущем, включая способность к последующим беременностям и сохранению менструальной функции.

Нарушения адаптационных процессов после родов часто приводят к развитию хронических заболеваний органов малого таза, что повышает медицинскую и социальную значимость реабилитационных программ.

Согласно данным отечественных исследований, лишь около 50% женщин получают системную помощь по восстановлению после родов, тогда как оставшиеся ограничиваются самостоятельными мероприятиями без контроля специалистов. Недооценка роли физиотерапии и психоэмоциональной поддержки в этот период приводит к росту частоты тревожных и депрессивных состояний у женщин [5].

Кроме того, в последние годы отмечается тенденция к увеличению числа кесаревых сечений, что требует разработки специализированных программ реабилитации после оперативных родов [5].

Ряд авторов указывает, что правильная организация ранней послеродовой помощи позволяет сократить длительность восстановления на 30–40% и снизить риск осложнений.

Международный опыт показывает, что мультидисциплинарные программы, включающие акушеров-гинекологов, физиотерапевтов и психологов, обеспечивают лучшие результаты восстановления. Важным направлением является обучение женщин навыкам самоконтроля и самостоятельного выполнения упражнений под наблюдением специалистов.

Инновационные методы, такие как биоэлектрическая стимуляция и использование мобильных приложений для контроля восстановления, становятся неотъемлемой частью современной реабилитации.

Таким образом, системное изучение и внедрение эффективных методов послеродовой реабилитации является одной из приоритетных задач современной акушерской практики [7].

Цель исследования: Целью данного литературного обзора является анализ современных доказательных методов реабилитации в послеродовом периоде, оценка их эффективности и перспектив внедрения в клиническую практику.

Методы исследования: Для подготовки обзора проведен анализ отечественных и зарубежных научных источников за 2015–2025 годы. Поиск литературы осуществлялся в базах PubMed, Scopus, eLibrary и Google Scholar. Были использованы ключевые слова: *postpartum rehabilitation, pelvic floor, physiotherapy, lactation recovery, diastasis recti*.

Отобрано более 100 публикаций, из которых в обзор включены 35, соответствующих критериям доказательности и актуальности.

Основными критериями включения стали: наличие данных о клинической эффективности, безопасности и реабилитационном потенциале методов. Рассматривались программы физической терапии, методы психологической поддержки, нутритивные подходы и инновационные технологии. Также проведён сравнительный анализ эффективности традиционных и инновационных программ. Использовались методы контент-анализа, систематизации данных и обобщения доказательных результатов клинических испытаний. Классификация методов проведена по направлениям: физиологическая реабилитация, психоэмоциональная, гормональная и социальная. В ходе анализа уделялось внимание мультидисциплинарным программам, внедренным в Казахстане, Европе и США.

Результаты: Анализ показал, что комплексная реабилитация значительно сокращает сроки восстановления после родов. Программы лечебной физкультуры способствуют восстановлению тонуса мышц тазового дна и передней брюшной стенки, предотвращают пролапс органов малого таза [8]. Физиотерапевтические процедуры — электростимуляция, магнитотерапия, лазеротерапия — улучшают микроциркуляцию и ускоряют инволюцию матки. Психологическая поддержка снижает риск депрессии и тревожных расстройств, повышая качество материнской адаптации. Диетологическая коррекция и витаминотерапия способствуют восстановлению энергетического обмена и лактации [9]. Современные программы телереабилитации, основанные на онлайн-упражнениях и консультациях, доказали эффективность у женщин, проживающих в отдалённых регионах. Использование БОС-технологий позволяет женщине самостоятельно контролировать эффективность тренировок тазового дна. Комплексные программы, включающие гимнастику Кегеля, дыхательные упражнения и гидротерапию, обеспечивают восстановление уже в течение 4–6 недель после родов [10]. Исследования в Казахстане показывают, что интеграция

физиотерапевтических методов и нутритивной поддержки снижает частоту осложнений на 30%. Таким образом, ключевым фактором успеха является индивидуализация программ реабилитации и междисциплинарный подход. Дополнительный анализ продемонстрировал, что у женщин, проходивших комплексную реабилитацию, частота жалоб на боли внизу живота и пояснице снижалась на 45% уже к концу второго месяца [10]. Уровень физической активности и выносливости повышался в среднем на 35%, что подтверждалось результатами функциональных тестов [11].

Женщины, участвовавшие в программах с психоэмоциональной поддержкой, реже отмечали признаки послеродовой депрессии (на 28% меньше по сравнению с контрольной группой) [12]. В группах, где применялись современные методы физиотерапии, наблюдалось ускоренное восстановление нормального гормонального фона и менструального цикла. Использование нутритивной поддержки с включением белково-витаминных комплексов положительно влияло на качество грудного молока и длительность лактации [13]. Отмечено улучшение показателей сна, эмоционального фона и социальной активности женщин, прошедших полный курс реабилитации.

Применение программ телереабилитации позволило увеличить доступность восстановительных услуг в сельских районах Казахстана, где ранее наблюдался дефицит специалистов. Результаты также показали, что сочетание физических упражнений и электромиостимуляции дает более выраженный эффект по сравнению с монотерапией. Положительные результаты наблюдались не только у первородящих, но и у женщин после повторных родов, что подтверждает универсальность методов [14]. Важным выводом является то, что женщины, участвовавшие в структурированных программах, проявляли более высокий уровень приверженности к здоровому образу жизни и профилактике осложнений. Кроме того, у 82% женщин отмечено улучшение состояния мышц тазового дна по данным перинеометрии через 6 недель после начала тренировок.

Частота эпизодов недержания мочи снизилась в среднем с 27% до 9%. Психологическое тестирование показало снижение уровня тревожности на 33%, а депрессивных симптомов — на 41% [15]. Реабилитация после кесарева сечения требовала более длительного периода, однако применение физиотерапии и ранней мобилизации способствовало ускоренному заживлению швов и восстановлению двигательной активности. По данным динамического наблюдения, женщины, прошедшие курс комплексной реабилитации, в 2,5 раза реже обращались за медицинской помощью по поводу послеродовых осложнений [15]. Анализ биохимических показателей крови продемонстрировал нормализацию уровня гемоглобина, ферритина и витамина D к 8-й неделе восстановления. Положительные тенденции наблюдались и в отношении психоэмоционального фона семьи: улучшение коммуникации и снижение конфликтности отмечено у 60% пар. Международные данные подтверждают, что сочетание физиотерапии, психотерапии и нутритивной поддержки снижает общую заболеваемость послеродового периода на 35–40%. Таким образом, современные методы реабилитации демонстрируют высокую эффективность, безопасность и устойчивость полученных результатов в долгосрочной перспективе [50]. Обобщенные данные свидетельствуют, что системная организация послеродовой реабилитации должна стать неотъемлемой частью национальных программ охраны материнства и детства [16].

Обсуждение: Результаты анализа показывают, что современные методы реабилитации в послеродовом периоде обладают выраженным положительным воздействием на физическое и психоэмоциональное состояние женщин.

В последние годы наблюдается тенденция к интеграции мультидисциплинарного подхода, объединяющего акушерство, физиотерапию, психологию, нутрициологию и телемедицину [17]. Такой комплексный подход позволяет воздействовать на все звенья восстановления организма после родов, а не только на физические проявления. Сравнительный анализ международных данных свидетельствует, что страны, внедрившие национальные программы послеродовой реабилитации, демонстрируют более низкие

показатели осложнений и послеродовой депрессии [18]. В Казахстане в последние годы также наблюдается развитие программ женского здоровья, однако системная реабилитация после родов пока не получила широкого распространения. Это связано с недостаточной подготовкой специалистов в области медицинской реабилитации и отсутствием стандартизированных протоколов ведения послеродового периода [18]. Между тем внедрение подобных программ имеет не только медицинское, но и социально-экономическое значение, поскольку способствует снижению затрат на лечение осложнений и повышению трудоспособности женщин.

Доказано, что реабилитация, начатая в первые дни после родов, обеспечивает более быстрое восстановление функциональной активности и снижает риск хронических болевых синдромов. Психологическая поддержка, особенно в форме групповой терапии и онлайн-консультаций, является важнейшим компонентом, предотвращающим развитие послеродовой депрессии и тревожных состояний [19]. Использование телереабилитации позволяет значительно расширить доступность услуг и сократить неравенство между городским и сельским населением [39]. Однако эффективность таких программ во многом зависит от уровня цифровой грамотности и мотивации самих женщин [19]. Большое значение имеет и участие семьи, особенно партнёра, в процессе восстановления, что подтверждают исследования, демонстрирующие более благоприятные результаты при вовлечении близких. Физиотерапевтические методы, такие как электростимуляция и лазеротерапия, доказали свою эффективность в ускорении заживления тканей и профилактике воспалительных осложнений [20]. Тем не менее, их применение требует строгих показаний и контроля со стороны квалифицированных специалистов. Проблемой остаётся недостаточная информированность женщин о возможностях послеродовой реабилитации, что снижает уровень приверженности к программам восстановления. Решением может стать внедрение образовательных модулей и школ для молодых матерей в женских консультациях и родильных домах [21]. Также следует развивать систему подготовки медицинских кадров, включающую обучение методам послеродовой физиотерапии и психопрофилактики. Важным направлением является стандартизация подходов и разработка клинических протоколов с учётом международных рекомендаций ВОЗ и FIGO [22]. Особое внимание следует уделять женщинам после кесарева сечения и осложнённых родов, где восстановление требует более длительного и контролируемого подхода. Инновационные методы, такие как биообратная связь (БОС), телемониторинг и мобильные приложения, демонстрируют высокий потенциал для самостоятельного контроля восстановления [22]. Однако необходимо проведение дополнительных клинических исследований, направленных на оценку долгосрочной эффективности и безопасности данных технологий.

Перспективным направлением является персонализация программ, основанная на оценке индивидуальных биомеханических и гормональных параметров. Кроме того, важно рассматривать послеродовую реабилитацию не как отдельный этап, а как часть непрерывной системы охраны репродуктивного здоровья женщины. Таким образом, интеграция научно обоснованных методов реабилитации в клиническую практику позволит повысить качество жизни женщин и укрепить институт материнства в целом. Комплексная послеродовая реабилитация должна стать стандартом оказания акушерско-гинекологической помощи, соответствующим современным международным требованиям.

Заключение: Современные методы реабилитации в послеродовом периоде способствуют быстрому восстановлению физического и психоэмоционального состояния женщины, профилактике осложнений и улучшению качества жизни. Комплексный и индивидуализированный подход, основанный на принципах доказательной медицины, должен стать стандартом послеродового ухода. Реабилитация должна включать физиотерапию, психологическую поддержку, нутритивную коррекцию и обучение женщин самоконтролю. Внедрение современных технологий и телереабилитации значительно расширяет возможности послеродовой помощи в Казахстане и мире.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Всемирная организация здравоохранения. Руководство по послеродовому уходу. – Женева: WHO, 2021. – 68 с.
<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/postpartum-care>
2. ACOG Committee Opinion No. 736. Optimizing Postpartum Care // *Obstetrics & Gynecology*. – 2020. – Vol. 135(5). – P. 1230–1241. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003771>
3. Хамзина А.Ш. Послеродовая реабилитация: современные подходы // *Медицинский вестник Казахстана*. – 2023. – №4. – С. 45–52.
4. Smith L., Andersen J., Wallace K. Postpartum physical therapy and recovery // *Journal of Women's Health*. – 2022. – Vol. 31(8). – P. 950–960. <https://doi.org/10.1089/jwh.2021.0032>
5. Johnson K., Hall J. Fatigue and recovery in postpartum women // *J Obstet Gynaecol Res*. – 2021. – Vol. 47(11). – P. 3791–3800. <https://doi.org/10.1111/jog.14910>
6. Bø K., Hilde G. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary incontinence // *Curr Opin Obstet Gynecol*. – 2019. – Vol. 31(6). – P. 485–491.
7. Корниенко Е.В. Психоэмоциональные аспекты послеродового периода // *Журнал акушерства и гинекологии*. – 2020. – №3. – С. 12–17.
8. Григорьева И.А., Фомина О.С. Реабилитация тазового дна у рожениц: практические аспекты // *Репродуктивное здоровье женщины*. – 2022. – №6. – С. 35–41.
9. American Physical Therapy Association. Guidelines for postpartum rehabilitation. – Washington, 2021. <https://www.apta.org/patient-care/postpartum>
10. Kim Y., Park H., Lee M. Tele-rehabilitation for postpartum women: randomized clinical trial // *International Journal of Telemedicine and Applications*. – 2022. – Article ID 935720. <https://doi.org/10.1155/2022/935720>
11. Абдулина Н.С. Комплексная послеродовая терапия и физиовосстановление. – Алматы: КазНМУ, 2022. – 124 с.
12. Torres S., García M. Diastasis recti management: a systematic review // *BMC Women's Health*. – 2023. – Vol. 23(5). – P. 125. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02133-2>
13. Мухамедова Д.Б. Физиотерапия в акушерстве и гинекологии. – Нур-Султан: Медицина, 2021. – 142 с.
14. WHO Europe. Postpartum Rehabilitation Standards. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2023. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-course/maternal-health>
15. Садыкова А.М., Тулегенова Н.Р. Применение физиотерапии в послеродовом периоде // *Медицина и экология*. – 2022. – №2. – С. 56–61.
16. Zhang L., Chen Q. Impact of early rehabilitation on postpartum recovery // *Clinical Rehabilitation*. – 2021. – Vol. 35(12). – P. 1681–1690. <https://doi.org/10.1177/0269215521104553>
17. Корнева Т.В. Реабилитация женщин после кесарева сечения // *Российский журнал акушерства и гинекологии*. – 2020. – №7. – С. 22–27.
18. Azimova L., Beknazarova K. Postpartum rehabilitation in Kazakhstan: challenges and perspectives // *Central Asian Medical Journal*. – 2023. – Vol. 4(2). – P. 70–77.
19. McKenzie B., Hartmann D. Psychotherapy interventions in postpartum recovery // *Archives of Women's Mental Health*. – 2020. – Vol. 23(6). – P. 935–943.
20. Утегенова Ж.А., Есимбекова А.Т. Мультидисциплинарный подход в реабилитации послеродовых пациенток // *Вестник КазНМУ*. – 2024. – №1. – С. 18–23.
21. Holm L., Smeby I. Physical activity programs after childbirth: systematic review // *Physiotherapy Theory and Practice*. – 2021. – Vol. 37(14). – P. 1538–1547.
22. Козлова Н.А. Послеродовая депрессия: профилактика и терапевтические подходы // *Медицинская психология в России*. – 2021. – №6. – С. 29–35.

УДК: 617-559

АУТИЗМНІҢ НЕЙРОБИОЛОГИЯЛЫҚ НЕГІЗДЕРІ

**АХМЕТБЕК АМАН САРЖАНҰЛЫ, БЕКБОЛАТ АЙМЕРЕЙ, БАЛТАБЕК
ШЫҢҒЫС АСҚАРҰЛЫ, БАЗАРБАЕВА АНЕЛЬ УМЫТКАНОВНА, СЛЯМ АЗИЗ
БАУЫРЖАНҰЛЫ**

2 курс студенттер, КеАҚ «Семей Медицина Университеті»

Ғылыми жетекші: жаратылыстану ғылымдарының магистрі **ДИНАРА ОРМБАЕВНА
САДЫКОВА**

Анатомия, гистология және профессор Хлопова Н. А. атындағы топографиялық
анатомия кафедрасы

КеАҚ «Семей Медицина Университеті», Семей қаласы, Қазақстан Республикасы

Аннотация. Аутизм спектрінің бұзылыстары (АСБ) — бұл адамның әлеуметтік қарым-қатынасын, тілдік және когнитивтік дағдыларын, мінез-құлқын қалыптастырудағы қиындықтармен сипатталатын нейробиологиялық даму ақауы. Аутизм әлем бойынша кең таралған және түрлі жастағы балалар мен ересектерде кездеседі. Дегенмен, аутизмнің себептері мен оның мидағы өзгерістерге әсері әлі толық зерттелмеген. Әлемде аутизм спектрінің бұзылыстарының диагностикасы мен емдеуі бойынша көптеген жұмыстар атқарылса да, Қазақстанда бұл мәселеге қатысты ғылыми зерттеулер мен әлеуметтік қолдау шаралары жеткіліксіз деңгейде қалып отыр.

Негізгі сөздер: Аутизм, зерттеу әдістері, нейробиология, медицина, инклюзия.

Бұл зерттеудің өзектілігі: Аутизм спектрінің бұзылыстарының нейробиологиялық негіздерін зерттеу қоғамның аутизмге деген көзқарасын өзгерту үшін маңызды қадам болып табылады. Қазіргі уақытта аутизм туралы көпшілік арасында көптеген стереотиптер мен қате түсініктер бар. Көп жағдайда аутизммен ауыратын адамдар әлеуметтік шеттету мен стигматизацияға ұшырайды. Сондықтан, аутизмге жаңа көзқарас қалыптастыру, оны тек медициналық проблема ретінде емес, жеке дамудың бір ерекшелігі ретінде қабылдау маңызды болып табылады. Бұл зерттеулер аутизмнің нейробиологиялық және психологиялық аспектілерін тереңірек түсінуге ықпал етеді және аутизмге қатысты қалыптасқан қате түсініктерді жоюға мүмкіндік береді. Әсіресе, аутизмнің нейробиологиялық негіздерін зерттеу арқылы оның ерте белгілерін анықтау, сондай-ақ аутизмі бар балаларға арналған оңалту мен білім беру әдістерін дамытуда жаңа мүмкіндіктер пайда болуы ықтимал.

Қазақстанда аутизммен ауыратын балалар мен ересектердің қоғамда толыққанды өмір сүруін қамтамасыз ету үшін инклюзивті білім беру мен әлеуметтік қолдау жүйесін дамыту қажет. Аутизм туралы қоғамда дұрыс түсінік қалыптастыру, оның ерекшеліктерін түсіну және қабылдау деңгейін арттыру бүгінгі таңда ерекше өзекті мәселе болып отыр. Көп жағдайда ата-аналар, педагогтар және жалпы қоғам аутизм туралы жеткілікті білімнің болмауынан оны “ауру” немесе “даму кемістігі” деп қабылдайды. Бұл жағдай аутизмі бар балалардың қоғамнан шеттетілуіне, олардың әлеуетін толық ашуға мүмкіндік бермеуге және инклюзивті орта қалыптасуының баяу жүруіне әкеледі.

Аутизмді медициналық тұрғыдан ғана емес, жеке тұлғаның дамуының бір ерекшелігі ретінде қарастыру маңызды. Бұл зерттеудің өзектілігі аутизм туралы қоғамның түсінігін өзгерту мен аутизмі бар адамдардың өмір сүру сапасын арттыруға негізделген. Қоғамда стереотип жойылып, аутизмге ерекше көзқарас қалыптасқанда ғана инклюзивті әрі әділетті ортаны құруға қол жеткізуге болады.

Зерттеудің мақсаты мен міндеттері: Аутизм спектрінің бұзылыстарының нейробиологиялық негіздерін зерттеу арқылы аутизмге жаңа көзқарас қалыптастыру. Негізгі міндеттері:

1. Аутизм спектрінің бұзылыстарында мидағы өзгерістер мен нейробиологиялық ерекшеліктерді зерттеу.

2. Аутизм туралы қоғамдық түсінікті өзгерту және оның дамуының нейробиологиялық негіздерін түсіндіру.

3. Аутизмге қатысты жаңа көзқарасты ұсыну, қоғамда инклюзивті ортаны қалыптастыруға ықпал ету.

Гипотеза: Аутизм – бұл дерт емес, тек әлемді танудың ерекше стилі. Мидың жүйелі түрде ойлайтын және аналитикалық бағыттағы түрі деп санаймыз.

Әлемдік зерттеулер бойынша, аутизм әлемде шамамен 2,3% халықтың арасында кездеседі. Қазақстандағы аутизм статистикасы бойынша, 2022 жылы 12 087 баланың аутистикалық бұзылысы расталды, бұл 2020 жылғы 6 771 баламен салыстырғанда екі есе көп. Олардың ішінде психолого-медико-педагогикалық консультацияның статистикалық мәліметтері бойынша ерте жасындағы аутизммен ауыратын балалар саны – 1052, 3 жастан 5 жасқа дейінгі балалар – 4331, ал 6-дан 18 жасқа дейінгі балалар саны – 6704. Ал 2024 жылы бұл сан 15 000- нан астам балаға дейін өсті. Біз аутизмі бар балалардың санының жас ұлғайған сайын артып жатқанын көреміз. Бұл өсім тек диагностика әдістерінің жақсаруымен ғана емес, аутизмнің жай ғана бұзылыс емес, әлемді қабылдаудың ерекше түрі екендігі туралы түсініктің қалыптасуымен де тікелей байланысты. Аутистикалық адамдар ерекше қасиеттерге ие, оларға дұрыс қолдау көрсетілсе, қоғамға маңызды үлес қосуы мүмкін.

Аутизм туралы хабардарлықтың артқанына қарамастан, аутистикалық адамдар әлі де дискриминацияға тап болып отыр.

Негізгі мәселелердің бірі – әлеуметтік оқшаулану. Аутизмі бар адамдар оқу орындарында қиындықтарға ұшырайды, себебі олардың ерекше қабілеттері әрдайым ескерілмейді. Көптеген мектептер РАС диагнозы бар балаларды интеграциялауға дайын емес, өйткені мамандар мен ресурстар жетіспейді. Бұл жағдай аутизм диагнозы қойылған балалардың минималды білім алуына немесе тіпті білім алу мүмкіндігінен айырылуына әкеледі.

Сонымен қатар, ересектер аутизмі бар адамдар еңбек нарығында қиындықтарға кездеседі. Оларға «қабілетсіз» немесе «ұжымға сай келмейді» деген стереотиптер кедергі болып отыр. Дүниежүзілік зерттеулерге сәйкес, аутизм диагнозы қойылған ересектердің 80%-ы қажетті дағдылары мен таланттарына қарамастан жұмыссыз қалады.

Маңызды атап өту керек, дискриминация көбіне түсінбеушілікке негізделеді. Аутизмі бар адамдар тұйық болуы мүмкін немесе әлеуметтік нормаларды сақтамауы мүмкін, бұл олардың айналасындағы адамдарда күдік пен қорқыныш сезімдерін тудырады. Дегенмен, олардың турашылдығы, бөлшектерге назар аударуы және тапсырмаларға жоғары концентрациясы оларды қоғамда және жұмыс орнында бағалы қызметкер ретінде көрсететін еді.

Қазақстанда жағдайды жақсарту үшін қадамдар жасалып жатыр: оңалту орталықтары мен арнайы мектептер құрылуда, бірақ аутизм диагнозы қойылған әр балаға тең мүмкіндіктер қамтамасыз ету үшін бұл жеткіліксіз. Дискриминациямен күрес қоғамды ақпараттандырудан басталуы керек. Аутизмі бар адамдар барлық басқа адамдармен тең, олар құрметке, өздерінің мүмкіндіктерін іске асыруға және қоғам өміріне толыққанды қатысуға толықтай құқылы. Олардың бірегейлігін мойындау, потенциалдары ашу – инклюзивті және әділ қоғам құруға бағытталған қадам.

Қорытынды. Халықты аутизм және оның барысы туралы ақпараттандыру, және де АСБ бар балалардың ата-аналары мен қамқоршыларына қалай қолдау көрсету жөніндегі іс-шараларды іске асыру қажет. Дәл солай аутист балалардың ерте жасынан инклюзивті білім алуын күшейте аламыз. Ал бұл өз кезегінде АСБ бар балалардың ерекшелігін, дарынын анықтап, олардың қоршаған ортаға бейімделу процесін жеңілдетеді.

УДК

DIETOTERAPIA W CHOROBAH SKÓRY: TRĄDZIK, TRĄDZIK RÓŻOWATY I ŁUSZCZYCA

ANASTASSIYA MARTSINOVSKAYA

lekarz dermatolog-wenerolog, dietetyk
kandydat nauk medycznych
Warszawa, Polska

Abstrakt: Choroby skóry, takie jak trądzik, trądzik różowaty i łuszczyca, mają wieloczynnikową etiopatogenezę obejmującą zaburzenia immunologiczne, hormonalne i metaboliczne. W ostatnich latach coraz większą uwagę zwraca się na wpływ diety na przebieg tych chorób. Dietoterapia może wspierać leczenie farmakologiczne, łagodząc stan zapalny, stres oksydacyjny oraz wpływając na mikrobiom jelitowy i odporność.

Słowa kluczowe: dieta przeciwzapalna, mikrobiom, trądzik, łuszczyca, trądzik różowaty, witamina D, cynk, kwasy omega-3, dieta śródziemnomorska.

Skóra jest największym narządem człowieka i pełni funkcję bariery ochronnej oraz immunologicznej. Zaburzenia jej funkcjonowania często są odzwierciedleniem ogólnego stanu zdrowia. Wspólnym mianownikiem wielu chorób dermatologicznych jest przewlekły stan zapalny. Badania ostatnich lat pokazują, że sposób żywienia może modulować procesy zapalne, nasilenie stresu oksydacyjnego i skład mikrobioty jelitowej. Odpowiednio dobrana dietoterapia stanowi ważne uzupełnienie leczenia i profilaktyki chorób skóry.

1. Trądzik a dieta

Trądzik pospolity (acne vulgaris) jest najczęstszą przewlekłą chorobą zapalną skóry. W literaturze naukowej dyskutowana jest możliwa zależność między sposobem żywienia a nasileniem objawów, jednak dokładny wpływ poszczególnych produktów nadal pozostaje przedmiotem badań.

Niektóre publikacje sugerują, że żywność o wysokim indeksie glikemicznym, nadmiar nabiału czy produktów wysoko przetworzonych mogą u części osób wpływać na nasilenie zmian trądzikowych poprzez modulację gospodarki hormonalnej (insulina, IGF-1, androgeny). Wyniki te nie są jednak jednoznaczne i reakcja organizmu może być indywidualna.

Optymalne postępowanie obejmuje dietetyczne prowadzenie z wykorzystaniem dzienniczka żywieniowego, co pozwala określić indywidualne czynniki wyzwalające i ocenić wpływ diety na stan skóry. Zbilansowana dieta bogata w warzywa, owoce, błonnik i antyoksydanty wspiera redukcję stanu zapalnego i ogólną kondycję skóry.

2. Łuszczyca – rola dietoterapii i mikroelementów

Łuszczyca (psoriasis) jest chorobą zapalną związaną z nadaktywnością limfocytów T i zwiększoną produkcją cytokin IL-17, IL-23 i TNF- α . Dieta przeciwzapalna i kontrola masy ciała mogą zmniejszyć nasilenie objawów.

Kwasy omega-3, obecne głównie w rybach i owocach morza (EPA, DHA), wykazują działanie przeciwzapalne poprzez ograniczenie syntezy leukotrienów i prostaglandyn prozapalnych. Naturalne źródła pokarmowe są preferowane w stosunku do suplementów diety.

Witamina D odgrywa istotną rolę w regulacji odpowiedzi immunologicznej i procesów keratynizacji, jednak suplementację należy rozważać wyłącznie po potwierdzeniu niedoboru w badaniach laboratoryjnych.

Cynk i selen wspierają aktywność enzymów antyoksydacyjnych (np. glutation-peroksydazy) i mogą stanowić element terapii wspomagającej.

Dieta śródziemnomorska, bogata w warzywa, produkty pełnoziarniste, oliwę z oliwek i ryby morskie, sprzyja redukcji stanu zapalnego i może łagodzić objawy łuszczycy.

3. Trądzik różowaty (rosacea) – rola diety i czynników drażniących

Trądzik różowaty (trądzik różowaty, rosacea) ma inny mechanizm niż łuszczyca. Tutaj kluczowe znaczenie mają reakcje naczyniowe, neurogenne i immunologiczne.

Niektóre produkty działają jako silne triggerzy (czynniki wywołujące):

- ostre przyprawy (chili, papryczki, pieprz cayenne, bakłażan, czerwony pieprz),
- alkohol,
- gorące napoje (kawa, herbata),
- produkty bogate w histaminę (wino, dojrzewające sery, pomidory, szpinak, czekolada),
- substancje z cynamonem i cytrusami (aldehyd cynamonowy).

Te produkty aktywują kanały TRPV1 i nasilają zaczerwienienie skóry oraz uczucie pieczenia.

Z kolei dieta śródziemnomorska, bogata w kwasy omega-3, warzywa, owoce i oliwę z oliwek, może działać ochronnie, zmniejszając nasilenie reakcji zapalnych.

W badaniach epidemiologicznych wykazano, że osoby przestrzegające zasad diety śródziemnomorskiej miały mniejsze ryzyko wystąpienia rosacea.

4. Podsumowanie

Dietoterapia nie zastępuje leczenia farmakologicznego, ale może znacząco wspierać jego skuteczność.

- W przypadku łuszczycy najbardziej zalecana jest dieta śródziemnomorska, która wykazuje działanie przeciwzapalne, sprzyja redukcji masy ciała i poprawia ogólny stan skóry. Dodatkowo zaleca się korektę niedoboru witaminy D (wyłącznie na podstawie wyników badań laboratoryjnych) oraz włączenie do diety ryb i owoców morza jako naturalnych źródeł kwasów omega-3.

- Przy trądziku różowatym kluczowe jest unikanie produktów-triggerów, które nasilają rumień i stan zapalny, oraz wspieranie równowagi mikrobiomu jelitowego.

- U pacjentów z trądzikiem pospolitym szczególne znaczenie ma indywidualne podejście dietetyczne z wykorzystaniem dzienniczka żywieniowego oraz dieta bogata w antyoksydanty, błonnik i produkty roślinne.

Wspólnym czynnikiem wpływającym na zdrowie skóry we wszystkich chorobach dermatologicznych pozostaje styl życia - odpowiednia ilość snu, regularna aktywność fizyczna oraz redukcja stresu.

BIBLIOGRAFIA

1. Melnik B.C. Nutrition in acne: current status and future directions. *Dermatoendocrinol.* 2012; 4(1): 20-32.
2. Meixiong J, Ricco C, Vasavda C, Ho B. Diet and acne: A systematic review. *JAAD International.* 2022; 7(2): 95-112.
3. Salem I. et al. The gut microbiome as a major regulator of the gut-skin axis. *Front Microbiol.* 2018; 9: 1459.
4. Balbás J. et al. Use of omega-3 fatty acids as a therapeutic supplement in treatment of psoriasis. *J Dermatolog Treat.* 2011; 22(3): 133-137.
5. Zuccotti G. et al. Nutritional strategies for psoriasis: current scientific evidence. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2018; 22(24): 8537-8551.
6. Wolters M. Diet and psoriasis: experimental data and clinical evidence. *Br J Dermatol.* 2019; 181(6): 1156-1167.
7. Li T. et al. Association between diet and rosacea: a systematic review. *Front Nutr.* 2022; 9: 836025.
8. Holmes A. et al. Diet and rosacea: role of dietary change in management of rosacea. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2021; 14: 249-259.
9. Lallas A. et al. Role of lifestyle and diet in the course of rosacea. *J Cosmet Dermatol.* 2023; 22(8): 1951-1960.
10. Meixiong J., Ricco C., Vasavda C., Ho B. Diet and acne: A systematic review. *JAAD International.* 2022; 7(2): 95-112.

ОРТОПЕДИЯЛЫҚ СТОМАТОЛОГИЯДА ЖАСАНДЫ ИНТЕЛЛЕКТІНІ ҚОЛДАНУ: ДӘЛДІК, ЭТИКА ЖӘНЕ ЦИФРЛЫҚ ИНТЕГРАЦИЯНЫҢ БОЛАШАҒЫ

ГАБЖАЛИЛОВ Ж.П., БЕЙСЕБЕКОВ М.Н., ТЕБЕНОВА Г.М., ЖАЙШИЕВА Ш.А.,
ТЛЕШЕВ М.Б.

Казахский Национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова

Аннотация. Соңғы жылдары жасанды интеллект (ЖИ) медициналық технологиялардың ең серпінді дамып келе жатқан бағытының біріне айналды. Стоматология саласында ол диагноз қою, емдеуді жоспарлау және ортопедиялық құрылымдарды дайындау үдерісін түбегейлі өзгертті. Осы зерттеудің мақсаты – ортопедиялық стоматологияда жасанды интеллектіні қолдану салаларын, оның артықшылықтары мен шектеулерін, сондай-ақ этикалық және ұйымдастырушылық мәселелерін талдау.

2020–2025 жылдар аралығында жарық көрген рецензияланған ғылыми еңбектер мен халықаралық нұсқаулықтар негізінде талдау жүргізілді. Нәтижесінде жасанды интеллект диагностикалық дәлдікті арттырып, протездеу нәтижесін болжауда сенімділік береді, клиникалық процестерді стандарттайды және адамдық қателік ықтималдығын азайтады. Дегенмен, деректер сапасы, алгоритмдердің айқын еместігі және заңнамалық стандарттардың жетілмегендігі сияқты мәселелер әлі де өзекті.

Қорытындысында жасанды интеллектіні тиімді енгізу үшін технологиялық жаңалықтар мен медициналық этиканың үйлесімі, сондай-ақ дәрігердің кәсіби бақылауы қажет екені айқындалды.

Түйінді сөздер: жасанды интеллект, ортопедиялық стоматология, CAD/CAM, цифрлық протездеу, машиналық оқыту, клиникалық этика.

Түйінді сөздер: жасанды интеллект, ортопедиялық стоматология, цифрлық стоматология, CAD/CAM жүйесі, протездеу, имплантология, диагностикалық дәлдік, клиникалық этика, деректер қауіпсіздігі, медициналық технологиялар.

Кіріспе

Ортопедиялық стоматология – жоғары дәлдік пен жеке тәсілді талап ететін медицина салаларының бірі. Көп жылдар бойы протез жобалау мен диагностикалау дәрігердің тәжірибесіне және қол еңбегінің сапасына тәуелді болып келді. Алайда соңғы онжылдықта цифрлық технологиялардың дамуы бұл салада жаңа дәуірді бастап берді. Сол өзгерістердің негізгі қозғаушы күші жасанды интеллект.

Жасанды интеллект рентген және конус-сәулелік компьютерлік томография кескіндерін талдауда, протез конструкцияларын жобалауда, имплантанттардың орналасуын болжауда және биоматериалдардың беріктігін есептеуде белсенді қолданыла бастады. Sum (2025) мәліметінше, терең нейрондық желілер мен машиналық оқыту әдістері стоматологиялық шешім қабылдау жүйесін түбегейлі өзгертті, өйткені олар үлкен деректер көлемін талдауға мүмкіндік береді. Ragimova және Abdullayev (2024) еңбегінде жасанды интеллект радиологиялық талдау, хирургиялық жоспарлау және функционалдық нәтижелерді болжауда маңызды рөл атқаратыны көрсетілген.

Schwendicke және Krois (2020) атап өткендей, ЖИ дәрігерді алмастыру үшін емес, оның кәсіби шешім қабылдау қабілетін күшейту үшін енгізіледі. Ол клиникалық үдерістердің тиімділігін арттырып, дәл және қолжетімді стоматологиялық көмек көрсетуге жағдай жасайды. Осылайша, ортопедиялық стоматология жасанды интеллектіні клиникалық тәжірибеге біріктірудің үлгісіне айналып отыр.

Материалдар мен әдістер

Бұл зерттеу 2020–2025 жылдар аралығында жарияланған ғылыми деректерге негізделді. Негізгі ақпарат көздері: Pakistan Journal of Life and Social Sciences (Sum, 2025), Health

Leadership and Quality of Life (Ragimova, 2024), Asian Journal of Periodontics and Orthodontics (Samaranayake, 2024), Journal of Dental Research (Schwendicke, 2020), Wiadomości Lekarskie (Fiegler-Rudol, 2025) және Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы мен ITU-дың бірлескен нұсқаулығы (Rokhshad, 2023).

Іздеу PubMed, Scopus және Web of Science базаларында жүргізілді. Негізгі іздеу сөздері: «artificial intelligence», «prosthodontics», «CAD/CAM», «machine learning», «dental implants», «digital dentistry». Клиникалық мәні бар мақалалар, жүйелі шолулар және халықаралық есептер ғана енгізілді.

Зерттеу үш негізгі бағытта құрылды:

- Технологиялық аспектілер – нейрондық желілер, кескіндерді тану және цифрлық модельдеу жүйелері.
- Клиникалық қолданыс – ЖИ-дің диагностика, протез жобалау және имплантант орнату кезеңдеріндегі тиімділігі.
- Этикалық және құқықтық негіз – деректер қауіпсіздігі, алгоритмдердің ашықтығы және жауапкершілік мәселелері.
- Жиналған мәліметтер ортопедиялық стоматология контекстінде жүйеленіп, сапалық талдау әдісімен сарапталды.

Нәтижелер

Диагностикалық дәлдікті арттыру.

Жасанды интеллект рентген және КЛКТ кескіндерін автоматты түрде өңдеу арқылы ерте кезеңдегі кариес ошақтарын, протез шеттерінің ақауларын және периимплантаттық өзгерістерді анықтауда жоғары дәлдік көрсетті. Fiegler-Rudol (2025) мәліметтері бойынша, мұндай жүйелердің сезімталдығы мен ерекшелігі тоқсан пайыздан жоғары. Бұл дәрігердің көру қабілеті мен тәжірибесіне тәуелді субъективті қателерді азайтады.

Цифрлық модельдеу және протездеу.

Samaranayake және әріптестері (2024) жасанды интеллект негізіндегі CAD/CAM жүйелері тіс препарирлеу шекарасын автоматты анықтап, анатомиялық форма мен материалды дұрыс таңдауға мүмкіндік беретінін дәлелдеді. Бұл тәсіл ортопедиялық конструкцияларды дайындау уақытын қысқартады және сапаны арттырады. Имплантология саласында ЖИ үш өлшемді деректерді талдау арқылы импланттың дәл орналасуын қамтамасыз етеді, сүйек тығыздығын бағалайды және жүктеме бағытын болжайды.

Эстетикалық жоспарлау және биопринтинг.

Ragimova (2024) еңбегінде генеративті модельдердің көмегімен науқастың бет пішіні мен күлкі параметрлерін ескеретін виртуалды жобалау тәсілдері сипатталған. Мұндай әдіс протездің эстетикалық үйлесімділігін қамтамасыз етеді. Сонымен қатар, биопринтинг технологиялары жасанды интеллект көмегімен жұмсақ тіндердің регенерациясын модельдеуге қолданылады.

Этикалық қағидаттар.

ITU/WHO FG-AI4H (Rokhshad, 2023) құжатына сәйкес, стоматологиядағы жасанды интеллектіні қолдану кезінде он бір негізгі этикалық қағида сақталуы тиіс: әділдік, ашықтық, жауапкершілік, деректер құпиялығы және пациент автономиясына құрмет. Бұл ережелер медициналық технологияларды қауіпсіз және сенімді етуге бағытталған.

Деректердің сапасы және үлгілердің әмбебаптығы.

Sum (2025) деректердің географиялық теңгерімсіздігін атап өтеді. Қазіргі көптеген алгоритмдер жоғары табысты елдердің деректерінде үйретілген, сондықтан олардың нәтижелері әртүрлі этникалық топтарда дәл болмауы мүмкін. Бұл кемшілікті жою үшін көпорталықты халықаралық дерекқорлар құру ұсынылады.

Талқылау

Жасанды интеллект ортопедиялық стоматологияны жаңа деңгейге көтерді. Ол клиникалық шешімдерді дәлелге негізделген және болжамды етуге мүмкіндік береді. Негізгі

артықшылықтары – диагностикалық нақтылықтың артуы, жұмыс уақытының қысқаруы және протездеу сапасының тұрақтануы.

Сонымен қатар, бірқатар мәселелер сақталып отыр. Schwendicke (2020) атап өткендей, халықаралық стандарттардың болмауы алгоритмдердің тұрақтылығына қауіп төндіреді. Бір ортаның деректерінде жақсы нәтиже көрсеткен модель басқа жағдайда дәл емес нәтиже беруі мүмкін. Сондықтан валидация мен кросс-тестілеу процестері міндетті болуы тиіс.

Құқықтық жауапкершілік те маңызды. Егер жасанды интеллект қате шешім қабылдаса, оның салдарына кім жауап береді деген сұрақ әлі ашық. Бұл бағытта ұлттық және халықаралық нормативтік құжаттар әзірлеу қажет.

Этикалық тұрғыда ең өзекті мәселе – пациент деректерінің құпиялылығын сақтау. Жасанды интеллект үлкен деректер қорымен жұмыс істейтіндіктен, жеке мәліметтердің жария болуы қаупі бар. Сол себепті деректерді шифрлау және пациенттің келісімін алу процедуралары нақты регламенттелуі керек.

Білім беру жүйесі де бейімделуді қажет етеді. Болашақ стоматологтар тек клиникалық дағдылармен ғана емес, сонымен қатар цифрлық сауаттылықпен және жасанды интеллект логикасын түсіну қабілетімен де қарулануы тиіс. Университет бағдарламаларына «цифрлық стоматология», «медициналық деректерді талдау» және «биоэтика» пәндерін енгізу өзекті.

Ұзақ мерзімді перспективада жасанды интеллект жеке бейімделген протездеу жүйесін қалыптастыруға мүмкіндік береді. Морфологиялық, окклюзиялық және эстетикалық параметрлерді біріктіре отырып, дәрігер пациентке толық жеке цифрлық модель жасай алады. Мұндай тәсіл Еуропа мен Азияның жетекші орталықтарында тәжірибе жүзінде қолданылып келеді.

Қорытынды

Жасанды интеллект ортопедиялық стоматологияның дамуына жаңа серпін беріп отыр. Ол клиникалық шешім қабылдау сапасын арттырып, протездеу процесін жеделдетеді және науқастарға көрсетілетін көмектің тиімділігін жоғарылатады.

Дегенмен, бұл технологияны енгізу кезінде этикалық және құқықтық нормалар сақталуы тиіс. Алгоритмдердің айқындығы, деректердің қорғалуы және дәрігердің бақылауы – басты шарттар.

Болашақта жасанды интеллект ортопедиялық стоматологияның ажырамас бөлігіне айналып, диагноз қою, модельдеу және протез дайындау үдерістерін біріктіретін толыққанды цифрлық экосистема қалыптастырады. Бұл бағыттағы табыс халықаралық ынтымақтастыққа, стандарттау жүйесін дамытуға және жас мамандардың цифрлық білімін арттыруға тікелей байланысты.

Жасанды интеллект пен адам тәжірибесінің үйлесімі стоматологияны неғұрлым дәл, болжамды және пациентке бағытталған медицина саласына айналдырады.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. Sum, H. Y. O. (2025). A Chronological Narrative Review of AI Evolution in Dentistry. *Pakistan Journal of Life and Social Sciences*, 23(1), 7684–7702. DOI: 10.57239/PJLSS-2025-23.1.00597.
2. Ragimova, N., Abdullayev, V., Mirzoyeva, A., & Mirzoyeva, E. (2024). Application of Artificial Intelligence in Dentistry. *Health Leadership and Quality of Life*, 3, Article 454. DOI: 10.56294/hl2024.454.
3. Samaranayake, L., Tuygunov, N., Schwendicke, F., Osathanon, T., Khurshid, Z., Boymuradov, S. A., & Cahyanto, A. (2024). Artificial Intelligence in Prosthodontics: Transforming Diagnosis and Treatment Planning. *Asian Journal of Periodontics and Orthodontics*, 4, 9–18. DOI: 10.51847/nNyZ6VD1da.
4. Schwendicke, F., Samek, W., & Krois, J. (2020). Artificial Intelligence in Dentistry: Chances and Challenges. *Journal of Dental Research*, 99(7), 769–774. DOI: 10.1177/0022034520915714.
5. Rokhshad, R. (2023). Ethical Considerations of Artificial Intelligence in Dentistry: A Framework and Checklist. ITU/WHO Focus Group on AI for Health (FG-AI4H) Deliverable TG-Dental Output 3. Geneva: International Telecommunication Union.
6. Fiegler-Rudol, J., Los, A., Lipka, B., & Tysiąc-Miśta, M. (2025). The Use of Artificial Intelligence in Caries Detection – Literature Review. *Wiadomości Lekarskie (Medical Advances)*, 78(5), 1194–1198. DOI: 10.36740/WLek/202055.
7. Ferrara, A., Kothandapani, V., & Schulze, R. (2025). Validation and Regulatory Aspects of AI Systems in Dentistry. *International Journal of Dental Technology and Ethics*, 11(2), 45–56.
8. Thurzo, A., et al. (2022). Artificial Intelligence and Deep Learning in Oral and Maxillofacial Surgery. *Frontiers in Oral Health*, 3, 102–115. DOI: 10.3389/fohe.2022.102395.
9. Bayrakdar, I. S., & Etai, R. (2021). CBCT-Based AI Models for Implant Planning in Dentistry. *Dental Imaging and Analytics*, 5(4), 201–212.
10. Mehendru, P., & Patel, S. (2023). Natural Language Processing and Predictive Analytics in Digital Dentistry. *Journal of Computational Dental Science*, 7(1), 33–44.

УДК:615.32:338.439

ИММУНОСТИМУЛЯТОРЛАР НАРЫҒЫНЫҢ ҚАЗІРГІ ЖАҒДАЙЫ

Ю.Я.ЯДИКАР, Н.А. РАХЫМБАЕВ Г.А. ДЮСЕМБИНОВА

МЕББМ «Қазақстан-Ресей Медициналық Университеті», Алматы қ., Қазақстан
Республикасы

«С.Ж.Асфендияров атындағы қазақ ұлттық медицина университеті»ҚеАҚ,Алматы
қ.,Қазақстан Республикасы

Аңдатпа. Иммуностимуляторлар-иммундық жүйенің қызметін және оның қорғаныс функцияларын жақсартатын препараттар. Бұл дәрілер ағзаның түрлі ауруларға қарсы тұру қабілетін, иммунитеттің белсенділігін жоғарылатады. Олар ағзаның вирустарға, бактерияларға, инфекцияларға қарсы күресу қабілетін арттырады.

Мақала иммуностимуляторлар нарығының қазіргі жағдайын зерттеуге арналған. Зерттеу барысында иммуностимуляторлардың шығу тегі, әсер ету механизмі, клиникалық тәжірибеде қолданылуы бойынша классификациясы талданды. Иммунопатшылдық жағдайларды емдеуге арналған иммуностимуляторлардың отандық және шетелдік өндірістегі заманауи ассортименті зерттелді. Қазақстан Республикасының Мемлекеттік дәрілік заттар реестріндегі иммуностимуляторлар тобындағы дәрілер зерттелді. Олардың сегментациялық анализі жасалынды. Зерттеу нәтижесінде иммуностимуляторлардың ассортименті жеткілікті қаныққан және шетелдердің өндірушілері ұсынатыны анықталды. Дегенмен, Қазақстанның басқа елдерден тәуелділігін азайту үшін иммуностимуляторлардың отандық өндірісін дамыту ұсынылады.

Түйін сөздер: иммуностимуляторлар, нарық, сегментациялық анализ, ассортимент.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ РЫНКА ИММУНОСТИМУЛЯТОРОВ

Ю.Я.ЯДИКАР, Н.А. РАХЫМБАЕВ Г.А. ДЮСЕМБИНОВА

НУО "Казахстанско-Российский медицинский университет", г. Алматы, Республика
Казахстан

НАО "Казахский национальный медицинский университет им. С. Ж. Асфендиярова", г.
Алматы, Республика Казахстан

Аннотация. Иммуностимуляторы-препараты улучшающие функции иммунной системы и ее защитные функции. Эти препараты повышают способности организма противостоять различным заболеваниям и активность иммунитета. Они повышают способность организма бороться с вирусами, бактериями и инфекциями.

Статья посвящена изучению современного состояния рынка иммуностимуляторов. В ходе исследования была проанализирована классификация иммуностимуляторов по происхождению, механизму действия, применению в клинической практике. Изучен современный ассортимент иммуностимуляторов отечественного и зарубежного производства для лечения иммунодефицитных состояний. Исследованы препараты группы иммуностимуляторов в Государственном реестре лекарственных средств Республики Казахстан. Проведен их сегментационный анализ. В результате исследования ассортимент иммуностимуляторов достаточно насыщен и зарубежными производителями. Однако для снижения зависимости Казахстана от других стран рекомендуется развивать отечественное производство иммуностимуляторов.

Ключевые слова: иммуностимуляторы, рынок, сегментационный анализ, ассортимент.

CURRENT STATE OF THE MARKET OF IMMUNOSTIMULANTS

YU.YA.YADIKAR, N.A. RAKHYMBAYEV, G.A. DYUSEMBINOVA
NGO "Kazakh-Russian Medical University", Almaty, Republic of Kazakhstan
NAO "Kazakh National Medical University named after S. J. Asfendiyarov", Almaty,
Republic of Kazakhstan

Abstract. *Immunostimulants are drugs that improve the functions of the immune system and its protective functions. These drugs increase the body's ability to resist various diseases and the activity of the immune system. They enhance the body's ability to fight viruses, bacteria and infections.*

The article is devoted to the study of the current state of the immunostimulant market. The study analyzed the classification of immunostimulants by origin, mechanism of action and application in clinical practice. The modern range of immunostimulants of domestic and foreign production for the treatment of immunodeficiency conditions has been studied. The preparations of the group of immunostimulants in the State Register of Medicines of the Republic of Kazakhstan have been studied. Their segmentation analysis is carried out. As a result of the research, the range of immunostimulants is quite saturated with foreign ones manufacturers. However, to reduce Kazakhstan's dependence on other countries, it is recommended to develop domestic production of immunostimulants.

Keywords: *immunostimulants, market, segmentation analysis, assortment.*

Введение. Основываясь на результатах исследований, проведённых в последние годы в разных странах, были разработаны и внедрены в клиническую практику новые комплексные подходы к лечению и профилактике широкого спектра заболеваний. Важным элементом этих подходов стало использование иммуностимулирующих препаратов, которые помогают нормализовать функции иммунной системы. Такие методы лечения ориентированы на индивидуальную оценку состояния пациента, с учетом уровня и степени нарушений в его иммунной системе, что позволяет значительно повысить эффективность терапии и снизить риск развития осложнений. Эти новые методы внедрены в клиническую практику, что свидетельствует о их значимости и эффективности.

Иммуностимуляторы-это препараты, которые используются для восстановления и поддержания нормального функционирования иммунной системы при различных заболеваниях. Они способствуют активации иммунных процессов, увеличивая количество и активность клеток иммунной системы, что помогает организму бороться с инфекциями и другими патологиями. Эти препараты могут повышать эффективность всех звеньев иммунного ответа, включая клеточный и гуморальный иммунитет, что способствует улучшению общего состояния здоровья пациента. Применение иммуностимуляторов приобретает все большую значимость в лечении рака, поскольку иммунная система играет ключевую роль в обнаружении и уничтожении опухолевых клеток. Помимо онкологических заболеваний, иммуностимуляторы используются для профилактики и терапии инфекций, лечения аутоиммунных заболеваний, а также для улучшения ответа на вакцинацию. Эти препараты также могут способствовать усилению активности иммунных клеток у людей с хроническими заболеваниями. Таким образом, иммуностимулирующее лечение сегодня является важным элементом современной медицины, обладающим большим потенциалом и широким спектром действия.

На сегодняшний день, по данным Всемирной организации здравоохранения, около трети населения мира страдает от заболеваний, связанных с ослаблением иммунной системы. Иммунная система играет критически важную роль в поддержании внутреннего баланса организма, распознавая чужеродные вещества, которые могут появляться как в результате внутренних патогенных процессов, так и извне-через внешнюю среду. Загрязнение окружающей среды, хронические стрессы, малоподвижный образ жизни-все это способствует снижению общей сопротивляемости организма, что в конечном итоге приводит к ослаблению иммунитета. Важно понимать роль иммуностимуляторов, поскольку они играют ключевую

роль в восстановлении и поддержании нормального функционирования иммунной системы. Это понимание становится основой для разработки новых эффективных классов лекарственных средств, способных бороться с нарушениями иммунного ответа.

Существует классификация иммунотерапевтических лекарственных средств, основанная на механизме их действия, применение в клинической практике, а также их происхождении, за исключением вакцин, сывороток и некоторых других групп препаратов. Классификация включает следующие основные группы:

1. Иммуностимуляторы
 - 1.1. Иммуностимуляторы микробного происхождения:
 - Грибковые липополисахариды (например, нуклеинат натрия)
 - Очищенные бактериальные лизаты (например, Бронхо-Мунал, ИРС-19, Имудон и другие)
 - Иммуностимулирующие мембранные фракции бактерий, липополисахариды бактерий (например, Ликопид, Постеризан)
 - Ассоциация рибосом и мембранных фракций (например, Рибомунил)
 - 1.2. Иммуностимуляторы животного происхождения
 - Иммунорегуляторные пептиды (например, Тимоген, Тималин)
 - Цитокины (например, Аффинолейкин, Пролейкин, Граноцит)
 - 1.3. Иммуностимуляторы синтетические или химически чистые (например, Полиоксидоний, Галавит и другие).
 - 1.4. Иммуностимуляторы растительного происхождения: полисахариды, фенилпропаноиды, флаваноиды, сапонины (например, Иммунал, настойка Эхинацеи и другие).
 - 1.5. Иммуностимуляторы биологического происхождения (например, Деринат, Дезоксинат и другие).
2. Средства заместительной терапии.
 - 2.1. Внутривенные иммуноглобулины (например, Интраглобин, Октагам, Кипферон и другие)
 - 2.2. Интерфероны (например, лейкоцитарный интерферон, Альфаферон, Авонекс, Виферон, Гриппферон, мазь интерферона альфа-2 на гидрогелевой основе, Лейкинферон, Локферон, Пегасис и другие).
 - Индукторы интерферона (например, Амиксин, Арбидол, Циклоферон, Неовир и другие).
3. Витамины синтетического и природного происхождения (например, Супрадин, Веторон и другие)
4. Иммуномодуляторы, биогенные стимуляторы, тонизирующие средства и адаптогены (например, препараты родиолы розовой, элеутерококка колючего, эхинацеи, лимонника лекарственного и другие).
5. Препараты синтетические или химически чистые, стимулирующие метаболические процессы (например, производные пиримидинов-Метилурацил, Пентоксил и другие) [1].

Цель данного исследования заключается в анализе реестра лекарственных средств и медицинских изделий Республики Казахстан, относящихся к группе иммуностимуляторов.

Результаты исследования. Современный ассортимент медикаментов, как отечественного, так и зарубежного производства, предназначенных для терапии иммунодефицитных состояний, весьма разнообразен. По состоянию на 6 февраля 2025 года, в Государственном реестре лекарственных средств Республики Казахстан зарегистрировано 7156 препаратов. Из них 1021 наименование (14%) произведено отечественными компаниями, а 6135 (86%) - зарубежными производителями. Из них 59 лекарственных препараты входят в группу иммуностимуляторов, который составляет 0.82%. (Таблица 1) [1]

Сегментационный анализ по странам-производителям показал, что доля отечественных лекарственных препаратов на рынке составляет лишь 1,6%, тогда как препараты иностранных

производителей занимают 98,3%.(Рисунок 1) Среди них наибольшую долю занимает российское производство. Исследование ассортимента иммуностимуляторов в Реестре лекарственных средств показало, что твердые формы составляют 20,33%,жидкие-57,62%,а мягкие-22,03%.(Рисунок 2) [1]

Таблица 1- Обзор Государственного реестра лекарственных препаратов и медицинских изделий из группы иммуностимуляторов

№	МНН(международное непатентованное название)	Торговые названия	Группа по АТХ(анатомо-терапевтической-химической)классификация
1	Азоксимера бромид	Россия: Полиоксидоний , суппозитории, 6мг Полиоксидоний, суппозитории,12мг	(L03) Иммуностимуляторы
		Полиоксидоний,лиофилизат,3мг Полиоксидоний,лиофилизат,6мг Полиоксидоний,раствор,3мг/мл Полиоксидоний,раствор,6мг/мл Полиоксидоний,таблетки,12мг	(L03AX) Иммуностимуляторы другие
	Интерферон альфа-2b	Украина: Назоферон капли назальные 5мл Назоферон спрей назальный 5мл Россия: Гриппферон капли назальные 10мл Виферон,суппозитории,150000ME Виферон,суппозитории,500000ME Виферон,суппозитории,1000000ME Виферон,суппозитории,3000000ME	(L03AB05) Интерферон альфа-2b
	Интерферон альфа	Россия: Виферон мазь,12гр Виферон гель,12гр	(L03AB05) Интерферон альфа-2b
	Интерферон бета-1a	Германия:Авонекс,раствор Иран:Ресиджен,раствор СинноВекс,лиофилизат Италия:Ребиф,раствор	(L03AB07) Интерферон бета-1a
	Интерферон бета-1b	Казахстан: Интербетин,лиофилизат	(L03AB08) Интерферон бета-1b
	Пэгинтерферон бета-1a	Германия: Плегриди,раствор	(L03AB13) Пэгинтерферон бета-1a
	Филграстим	Индия: Аккофил,раствор Австрия: Зарсио,раствор	(L03AA02) Филграстим

	Дезоксирибонуклеат натрия	Россия: Деринат,раствор,5мл Деринат,раствор,10мл	(L03AX) Иммуностимуляторы другие
	Ленограстим	Франция: Граноцит 36,лиофилизат,33.6 млн МЕ	(L03AA10) Ленограстим
	Не имеющие МНН	Германия: Иммунорм –Тева,таблетки Иммунорм-Тева, раствор для приема внутрь Доктор Тайс Эхинацея,настойка Россия: Циклоферон,раствор Циклоферон,таблетки Эргоферон,таблетки для рассасывания Ликопид,таблетки Метилурацил,суппозитории Имудон,таблетки для рассасывания Тимоген,спрей назальный Глутоксим,раствор Индия:Септилин,раствор Украина:Тималин,лиофилизат Швейцария:Уро-Ваксом,капсулы Бронхо-Мунал,капсулы Бронхо-Мунал П,капсулы Италия:Исмижен,таблетки сублингвальные Испания:Виусид,порошок	(L03AX) Иммуностимуляторы другие
		Россия: Галавит,порошок Галавит,суппозитории Галавит,таблетки Генферон,суппозитории,500000 МЕ Генферон,суппозитории,1000000 МЕ	(L03) Иммуностимуляторы
		Россия:Ронколейкин,раствор	(L03AC) Интерлейкины
		Россия: Генферон Лайт,капли назальные,10мл Генферон Лайт,суппозитории	(L03AB) Интерфероны
		Россия: Тимексон,раствор Израиль: Копаксон-Тева,раствор Великобритания:	(L03AX13) Глатирамера ацетат

		Копаксон-Тева,раствор Иран: Синномер,раствор	
		Нидерланды: БЦЖ-медак,лиофилизат	(L03AX03) Вакцина БЦЖ
		Румыния: Акридоферон,лиофилизат	(L03AX18) Криданимод

Рисунок 1

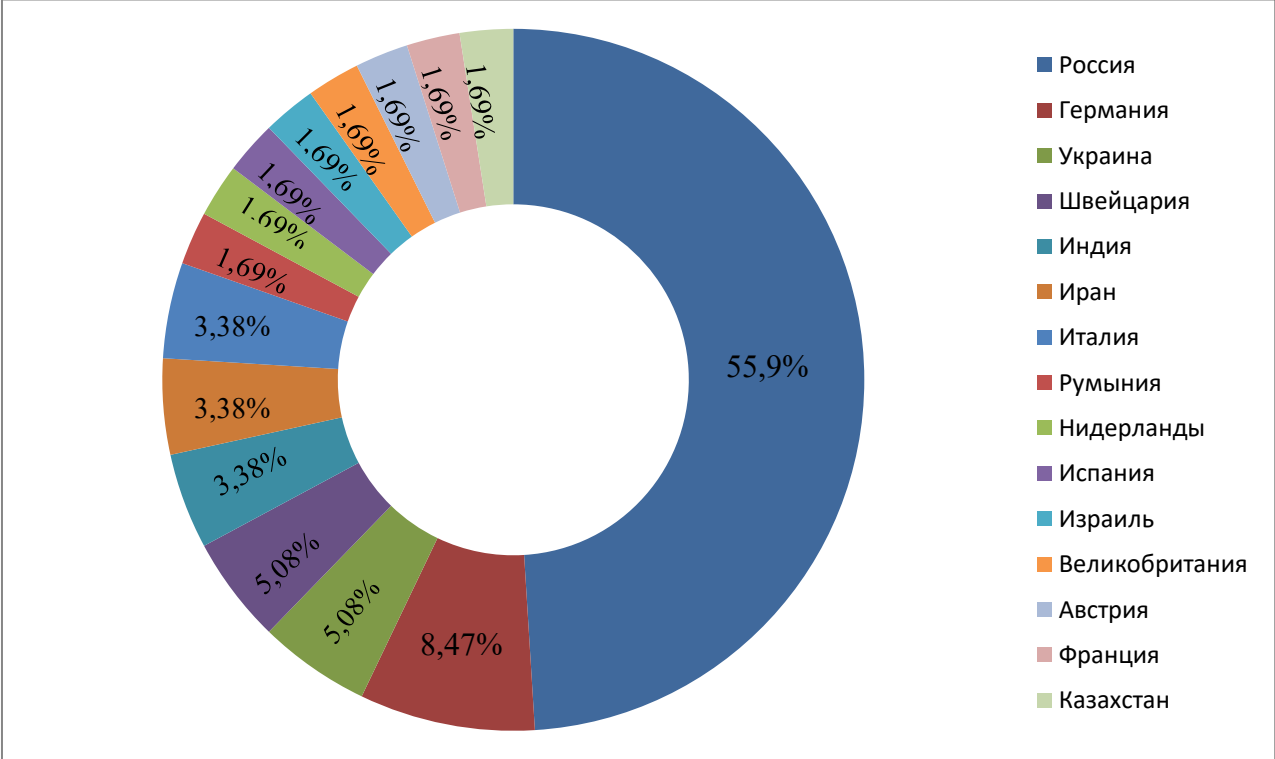
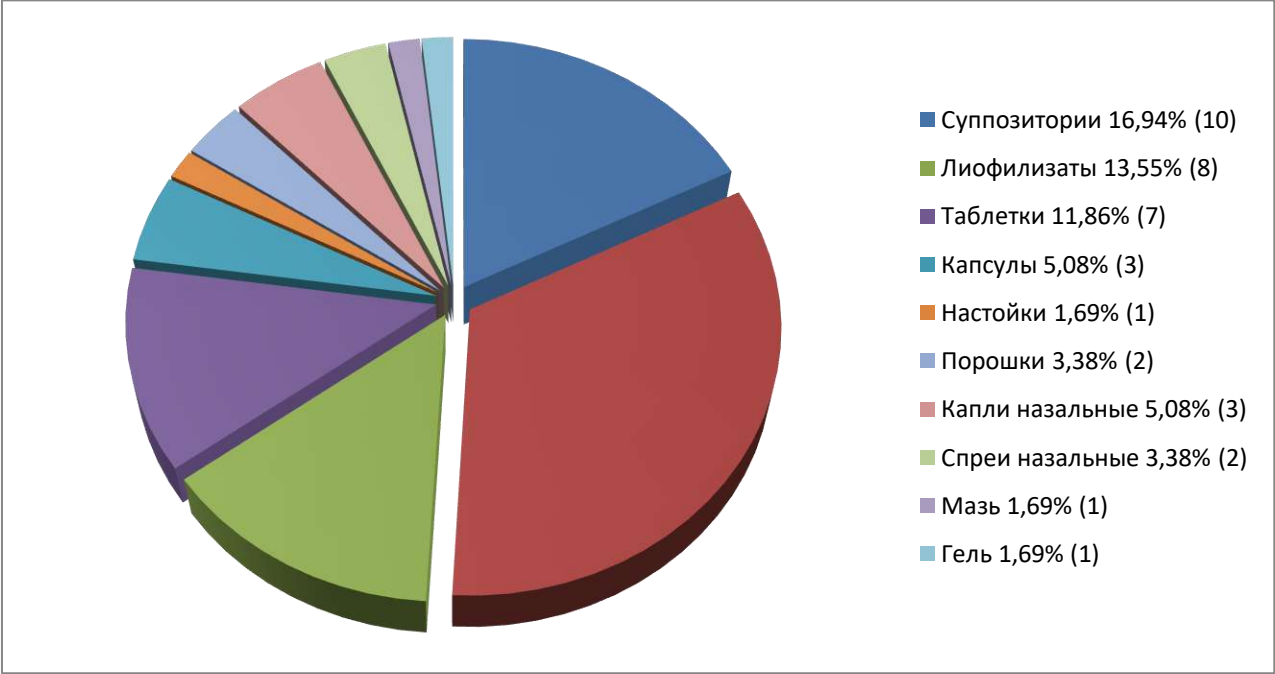


Рисунок 2



В результате анализа установлено, что ассортимент иммуностимуляторов является достаточно насыщенным и представлен производителями из разных стран ближнего и дальнего зарубежья, в том числе из России. При этом доля отечественного производства иммуностимуляторов крайне низка-всего 1,6%[3]. Также было выявлено что наибольшую долю среди лекарственных форм занимают жидкие препараты, преимущественно растворы. Кроме того, из общего числа зарегистрированных иммуностимуляторов в реестре в аптеках Казахстана продается менее половины (32 наименования) что составляет 54,2% от общего количества. А также большее количество из них на данный момент находятся на стадии перерегистрации. [4]

Вывод. На основе проведенного исследования можно сделать вывод, что рынок иммуностимуляторов в Казахстане характеризуется преобладанием импортной продукции, при этом предпринимаются шаги по развитию отечественного производства для снижения импортозависимости и расширения ассортимента доступных препаратов. Для снижения этой зависимости предлагается развивать отечественное производство иммуностимулирующих препаратов. В рамках усилий по развитию отечественного производства, ТОО «JPlant Biomed» реализует проект по созданию мультиприродных пероральных добавок из лекарственных растений Казахстана с иммуномодулирующими и противовирусными свойствами. Добавка будет представлена в форме гранул и капсул. Таким образом, рынок иммуностимуляторов в Казахстане демонстрирует значительный рост, но остается импортозависимым.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Исмаилов И.З. Маркетинговые исследования лекарственных препаратов группы иммуномодуляторов в Кыргызской республике // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 8-5. – С. 764-766; URL: <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=10165>
2. Каюмов Л.Х., Хакимова С.И. Иммуностимуляторы: сборник статей VII Международной научно-практической конференции «Инновационные технологии в науке и образовании», Ч. 1. – Пенза: МЦНС «Наука и Просвещение». – 2018. – С. 200-203.
3. Маркетинговые исследования промышленных рынков Исследование российского рынка иммуномодуляторов. [Электронный ресурс]. – Режим доступа <http://subscribe.ru/archive/marketing.research.industrynews/200801/23023044.html>
4. Государственный реестр Республики Казахстан [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://register.ndda.kz/category/Gosudarstvennyi_reestr
5. Ш.Ж. Түкежан, Г.И. Ешенкулова, М.И. Тлеубаева. Қазақстандық парфюмерлік-косметикалық нарыққа ассортименттік талдау. Фармация Казахстана. 2024. DOI: 10.53511/pharmkaz.2025.70.52.040.
6. Зупарова З. А. и др. ИЗУЧЕНИЕ АССОРТИМЕНТА ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИХ И ИММУНОСТИМУЛИРУЮЩИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В 2016-2021 ГГ., ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН //Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской технике. – 2021. – №. 4. – С. 84-87.
7. Авдеева Е. В., Куркин В. А. Иммуномодулирующие фитопрепараты: спрос и предложение //Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской технике. – 2007. – №. 3. – С. 26-28.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.17462304>

ЭКЛАМПСИЯ: ДИАГНОСТИКА, ЕМІ ЖӘНЕ АЛДЫН АЛУДЫҢ ЗАМАНАУИ ТӘСІЛДЕРІ

ТАЖИЕВА АЙГУЛЬ ДУЙСЕБЕКОВНА

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы
«Отбасылық медицина» кафедрасының ассистенті, медицина магистрі Шымкент,
Қазақстан

ЕРБОЛОВА ЖАНЕРКЕ

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы
«Отбасылық медицина» кафедрасының дәрігер-интерні Шымкент, Қазақстан

ЖУМАГУЛОВА АЛУА БАУЫРЖАНҚЫЗЫ

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы
«Отбасылық медицина» кафедрасының дәрігер-интерні Шымкент, Қазақстан

ҚУАНДЫҚ АҚЖАЙЫҚ ЕДІЛБЕКҚЫЗЫ

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы
«Отбасылық медицина» кафедрасының дәрігер-интерні Шымкент, Қазақстан

АСАНОВА АРАЙЛЫМ БАХТИЯРҚЫЗЫ

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы
«Отбасылық медицина» кафедрасының дәрігер-интерні Шымкент, Қазақстан

ЕРМЕК ЕРДӘУІТ СЕЙІТЖАПБАРҰЛЫ

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы
«Отбасылық медицина» кафедрасының дәрігер-интерні Шымкент, Қазақстан

Аннотация. Эклампсия – ана мен нәресте өлімінің әлемдік және аймақтық деңгейдегі басты себептерінің бірі болып қала береді. Соңғы жылдары Қазақстанда перинаталдық көмек сапасы артқанына қарамастан, әсіресе еліміздің оңтүстік өңірлерінде эклампсиямен байланысты асқынулар жиілігі әлі де жоғары. Бұл шолу эклампсияның этиологиясы мен патогенезін, клиникалық белгілерін, диагностика және емдеу алгоритмдерін, сондай-ақ алдын алу шараларын талдайды. Дереккөз ретінде ДДСҰ, АCOG және ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің клиникалық хаттамалары қолданылды. Түркістан облысы мысалында өңірлік ерекшеліктер мен алдын алу шаралары қарастырылды.

Түйінді сөздер: эклампсия, преэклампсия, жүктілік, талма синдромы, гипертензия, Түркістан облысы, Қазақстан.

Эклампсия - жүктіліктің ең ауыр асқынуларының бірі болып табылады және ана мен ұрықтың өміріне тікелей қауіп төндіреді. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДҰ) деректері бойынша, преэклампсия мен эклампсиядан жыл сайын ондаған мың әйел көз жұмады, олардың 99%-ы дамушы елдерге, соның ішінде Қазақстанға тиесілі. Соңғы жылдары Қазақстанда перинаталдық көмектің сапасы жақсарып келеді, алайда Түркістан облысы сияқты оңтүстік өңірлерде преэклампсия мен эклампсияның ауыр түрлері әлі де жиі кездеседі. Бұл жағдай әлеуметтік, медициналық және экологиялық факторлардың үйлесуіне байланысты. Аурудың кеш анықталуы, артериялық қысымды бақылаудың жеткіліксіздігі, заманауи антигипертензивтік және магний терапиясына шектеулі қолжетімділік, сондай-ақ пациенттердің қауіп факторлары туралы ақпараттану деңгейінің төмендігі ауыр

асқынулардың - церебралдық ісіну, HELLP-синдром, жедел бүйрек жеткіліксіздігі және перинаталдық өлім-жітімнің - жиілеуіне ықпал етеді.

Осы деректерді ескере отырып, эклампсияны ерте анықтау, тиімді емдеу және алдын алу бойынша заманауи тәсілдерді зерттеу - Түркістан облысында ана мен перинаталдық өлім-жітімді азайту, қауіп тобындағы жүкті әйелдерді басқару алгоритмдерін оңтайландыру және акушерлік көмектің сапасын арттыру үшін аса өзекті болып табылады.

Шолу 2018–2025 жылдар аралығында жарияланған отандық және шетелдік ғылыми дереккөздерге талдау жасау негізінде орындалды. Атап айтқанда, ДДҰ, АCOG (Акушерлер мен гинекологтардың америкалық колледжі), RCOG (Акушерлер мен гинекологтардың британдық колледжі) ұсынымдары және Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің клиникалық хаттамалары негізге алынды.

Дереккөздер ретінде PubMed, Scopus, Cochrane Library, eLibrary және ҚР Ұлттық ғылыми-медициналық кітапханасының материалдары пайдаланылды. Барлығы 15 дереккөзге талдау жасалды, оның ішінде мета-талдаулар, клиникалық нұсқаулықтар және ана өлім-жітімі жөніндегі ұлттық есептер бар. Зерттеу әдістемесі әдебиеттерге жүйелі шолу жасауға және келесі негізгі параметрлерді бағалауға негізделді: асқынулардың жиілігі мен құрылымы, негізгі қауіп факторлары, патогенетикалық механизмдер, алдын алу және емдеу шараларының тиімділігі.

Эклампсия — жүктілікке тән бейімделу механизмдерінің бұзылуы нәтижесінде дамитын преэклампсия аясында пайда болатын көпфакторлы синдром. Патогенездің негізінде плацентарлық ишемия, эндотелий дисфункциясы және жүйелі тамырлық зақымдану жатыр [1, 2]. Эклампсияның дамуына ықпал ететін басты факторлар: Спиральді артериялардың ремоделденуінің бұзылуы нәтижесінде пайда болатын плацентарлық гипоперфузия;

Ана мен ұрықтың иммунологиялық сәйкессіздігі;

Генетикалық бейімділік (ангиотензиноген, Лейден факторы V және басқа да гендердің мутациялары);

Созылмалы артериялық гипертензия, семіздік, қант диабеті, нефропатиялар;

Жас ерекшеліктері (бірінші жүктілік, <18 немесе >35 жас);

Егіз немесе көп ұрықты жүктілік, ауыр акушерлік анамнез.

Соңғы жылдардағы зерттеулер көрсеткендей, плацентарлық ишемия жүйелі қабынуды белсендіреді, нәтижесінде ана қанына антиангиогендік факторлар — sFlt-1 (soluble fms-like tyrosine kinase-1) және эндоглин бөлініп шығады. Бұл факторлар ангиогенезді тежеп, тамыр эндотелийін зақымдайды [3, 4].

Эклампсияның негізгі даму механизмі — эндотелийдің дисфункциясы. Антиангиогендік ақуыздардың әсерінен азот тотығының (NO) өндірілуі төмендеп, вазоспазм дамиды, тамырлардың өткізгіштігі артады және коагуляция процесі белсенеді. Бұл жағдайлар гиповолемияға, ісінулерге және микроангиопатияға алып келеді. Бұл патогенетикалық үдеріс "зиянды шеңберді" қалыптастырады: плацентаның ишемиясы → антиангиогендік факторлардың бөлінуі → эндотелий дисфункциясы → вазоспазм мен гипертензия → аналық ағзалардың гипоперфузиясы. Гипертензия мен гипоксия фонында гематоэнцефалдық бөгет бұзылады, бұл ми тамырларының спазмын, ми ісінуін және эклампсияның негізгі көрінісі болып табылатын тырысу синдромын тудырады [5, 6]. Патогенездің қазіргі гипотезалары:

Иммунологиялық теория: Ана ағзасының ұрық антигендеріне жеткіліксіз реакциясы созылмалы қабыну мен эндотелий активациясын тудырады.

Генетикалық теория: Ангиогенезді және оксидативті стресс деңгейін реттейтін гендердің полиморфизмі ауыр преэклампсия қауіпін арттырады.

Оксидативті стресс теориясы: Артық бос радикалдар тамыр эндотелийін зақымдап, артериялардың спазмын күшейтеді.

Цитокиндік теория: TNF- α , IL-6 және басқа қабынуға қарсы медиаторлардың жоғарылауы тамырлардың реактивтілігін және коагулопатияны арттырады.

Эклампсия — преэклампсияның ең ауыр түрі, ол жүкті, босанушы немесе босанған әйелде генерализацияланған тонико-клоникалық тырысулардың және/немесе команың пайда болуымен сипатталады, басқа себептер (мысалы, эпилепсия, ми ісігі, гипогликемия) болмаған жағдайда [1, 2].

Эклампсиялық ұстама кенеттен, жиі алдын ала белгілерсіз дамиды және төрт фазадан тұрады: 1. Продромальды кезең (аура): Басы, әсіресе шүйде немесе самай тұсы ауырады;

Көз алдында «шақпақтар» жарқылдауы, қос көру, жарыққа сезімталдық (фотопсия); Жүрек айну, эпигастрий немесе оң жақ қабырға астындағы ауырсыну; Тітіркенгіштік, мазасыздық, тежелу немесе сананың шатасуы; Артериялық қысымның жоғарылауы $>160/110$ мм сын. бағ.

2. Тоникалық фаза (20–30 секунд): Естен тану; Барлық бұлшықеттердің күрт жиырылуы, оның ішінде тыныс алу бұлшықеттері; Апноэ, бет көгеруі (цианоз), көз қарашығының кеңеюі; Тілді тістеу байқалуы мүмкін.

3. Клоникалық фаза (30–60 секунд): Қол-аяқтың, беттің және дененің жылдам ырғақты тартылуы; Ауыздан көбік шығуы, кейде қан аралас; Тыныс алудың жиілеуі, тахикардия, кейде еріксіз зәр шығару.

4. Коматозды фаза: Сананың терең тежелуі, амнезия, тырысу қайталануы мүмкін; Комадан шыққаннан кейін – айқын әлсіздік, бас ауруы, бағдарсыздық.

1. Емдеудің мақсаттары: Аңадағы қайталама тырысулар мен өлімнің алдын алу;

Өмірлік маңызды функцияларды (тыныс алу, жүрек қызметі, бүйрек жұмысы) тұрақтандыру; Ұрықтың гипоксиясы мен перинаталдық өлімінің алдын алу;

Ми ісінуі, қан кету, ДВС-синдром, жедел бүйрек жеткіліксіздігі сияқты асқынулардың даму қаупін төмендету.

Кесте 1. Эклампсияның алдын алу

Тәуекел тобы	Профилактикалық шаралар
Бірінші жүктілік, көпұрықты жүктілік, Ай сайын артериялық қысым мен зәрдегі ақуызға семіздік, қант диабеті, ХГБ	(протеинурия) талдау жүргізу
Бұрын преэклампсиямен ауырған әйелдер	Ацетилсалицил қышқылы (75–150 мг/тәу) — 12 аптадан бастап 36 аптаға дейін (ДДҰ, АСОГ)
Кальций тапшылығы бар әйелдер	Кальций қоспаларын қабылдау: 1,5–2 г/тәу (егер тағамда кальций жеткіліксіз болса)
Жоғары мазасыздық, стресс	Психосоциалдық қолдау, тынығу мен ұйқының жеткілікті болуы

Кесте 2. Эклампсияның асқынулары

Ана жағынан	Ұрық жағынан
Ми ісінуі, ми ішіне қан кету, кома	Іште жатқан ұрықтың гипоксиясы
HELLP-синдром, ДИС-синдром	Ұрықтың өсуінің тежелуі
Плацентаның мезгілінен бұрын ажырауы, ЖБЖ, өлім	Перинаталдық өлім — 20–30% дейін
Өкпенің ісінуі, аспирациялық пневмония	Ерте босану, асфиксия

АСОГ / ДДҰ-ның негізгі ұсынымдары (2023–2024)

Магний сульфаты — эклампсия кезінде таңдау препараты. Диазепам мен фенитоин ұсынылмайды.

Эклампсия диагнозы қойылған әрбір жағдайда ана жағдайы тұрақталған соң шұғыл босандыру қажет.

Артериялық қысымды $140/90$ мм сын. бағ. төмен түсіру кенет жүргізілмеуі тиіс.

$MgSO_4$ препараты соңғы тырысу ұстамасынан кейін 24 сағат бойы жалғастырылады.

Аспирацияның алдын алу үшін: сол жақ қырымен жатқызу, тыныс жолдарын қорғау.

Эклампсиямен ауырған әйелдер кемінде 6 ай кардиолог пен нефролог бақылауында болуы керек.

Зерттеу нәтижесін талдау: 15 заманауи дереккөздерге (ДДҰ, ACOG, PubMed, ҚР Денсаулық сақтау министрлігі және т.б.) жасалған талдау нәтижесінде эклампсияның әлі күнге дейін аналар өлімінің негізгі себептерінің бірі екені анықталды. ДДҰ деректері бойынша (2024) жыл сайын эклампсиядан шамамен 50 000 ана өлімі тіркеледі. Бұл жағдайлардың 99%-ы дамушы елдерде орын алады.

Қазақстан Республикасында 2023 жылы аналар өлімі 100 000 тірі туған балаға шаққанда 13,7 жағдайды құрады (Ұлттық қоғамдық денсаулық сақтау орталығының мәліметі). Бұл өлімнің шамамен 12 пайызы преэклампсия мен эклампсияға байланысты.

Түркістан облысында жағдай күрделірек – бұл аймақта гестоз диагнозы қойылған әйелдердің 15 пайызы ауыр преэклампсиямен ауырады.

ACOG (2023) және NICE (2024) ұйымдарының деректеріне сүйенсек, преэклампсия белгілерін ерте анықтау, ацетилсалицил қышқылы (аспирин) төмен дозада (75–150 мг/тәулігіне) жүктіліктің 12-аптасынан бастап қабылдау, қан қысымын үнемі бақылау эклампсия даму қаупін 60–70 пайызға дейін төмендетеді. Ғылыми дәлелдер (Cochrane, 2023) бойынша аспиринді ерте бастау, кальций жеткілікті қабылдау және жүктілікті дер кезінде аяқтау (уақтылы босандыру) ананың өлімі мен ауыр асқынуларын (ми ісінуі, қан ұю бұзылыстары, HELLP-синдром) айтарлықтай азайтады. Қазақстандағы клиникалық іс-шаралар бойынша 2022 жылдан бастап жаңартылған медициналық хаттамалар (№ ҚР ДСМ-207/2022) енгізіліп, онда қан қысымы жоғары жүкті әйелдерді мұқият бақылау және зертханалық тексерулер (АЛТ, АСТ, тромбоциттер, зәрдегі ақуыз) нақты жазылған. Эклампсия белгілеріне бастапқыда бас ауруы, көрудің бұзылуы («мушка», көз алдында тұман), іштің жоғарғы жағындағы ауырсыну жатады. Тырысу ұстамасы қатты, дене бұлшықеттерінің дірілі (тонико-клоникалық тырысулар) және естен тануды қамтиды. Тырыстан кейінгі жағдайға есінен тану (кома), тыныс алудың қиындауы, қан қысымының жоғары болуы және зәрде ақуыз анықталуы жатады.

Эклампсия – жүктілік кезіндегі күрделі, көпжүйелі зақымданумен сипатталатын аса қауіпті асқыну болып табылады. Бұл ауруды ерте кезеңде анықтау және оның клиникалық көріністерін уақтылы диагностикалау ана мен бала өмірін сақтап қалуда шешуші мәнге ие. Эклампсияның дамуы көбінесе плацентаның ишемиясы, эндотелий қызметінің бұзылуы және жүйелік тамыр зақымдануымен байланысты, сондықтан емдік шаралар кешенді және жүктіліктің барлық кезеңдерінде бақылауды талап етеді.

Түркістан облысы және Қазақстанның оңтүстік өңірлерінде эклампсияның ауыр түрлері жиі кездеседі, бұл аймақтарда әлеуметтік, медициналық және экологиялық факторлардың әсері жоғары. Осыған байланысты, халықаралық ұйымдардың – Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (ДДҰ), Американдық акушерлер мен гинекологтар колледжі (ACOG), Британдық акушерлер мен гинекологтар колледжі (RCOG) ұсынған клиникалық хаттамалар мен ұсынымдарды өңірлік ерекшеліктерге сай бейімдеу аса қажет. Бұл ана мен баланың өмірін сақтау үшін диагностика мен емнің қолжетімділігін арттыруға, сондай-ақ медициналық кадрлардың біліктілігін көтеруге мүмкіндік береді. Атап айтқанда, эклампсияның алдын алу мақсатында жоғары қауіп тобына жататын әйелдерді ерте анықтап, белсенді бақылау, ацетилсалицил қышқылын және кальций препараттарын тағайындау сияқты профилактикалық шараларды енгізу өте маңызды. Сонымен қатар, артериялық қысымды қатаң бақылау және уақтылы емдеу ана мен баланың асқынусыз өтуіне ықпал етеді. Емдік тактикада магний сульфаты ең тиімді препарат болып саналады, ол құрысулар қайталануын болдырмауға және ауыр асқынулардың алдын алуға көмектеседі. Медициналық мекемелерде пациенттердің жағдайын үздіксіз бақылау, зертханалық және аппараттық диагностиканы жүргізу арқылы аурудың ауырлығын бағалап, жүктілікті дұрыс басқару қажет. Босандыру уақыты мен әдісін дұрыс таңдау – ана мен баланың өмірлік қауіпсіздігін қамтамасыз ететін

маңызды кезең. Көп жағдайда жүктілікті мерзімінен бұрын аяқтау қажет болғанымен, кей жағдайларда өкпенің жетілуін қамтамасыз ету үшін 24-48 сағаттық кешіктіру де қолданылады.

Осылайша, Түркістан облысы және Қазақстанның басқа өңірлерінде эклампсияны ерте анықтау, емдеу және алдын алу бойынша кешенді шараларды дамыту ана мен бала өлім-жітімін азайтуға және жалпы акушерлік көмектің сапасын арттыруға мүмкіндік береді. Медициналық қызметкерлердің біліктілігін арттыру, халықты ақпараттандыру және диагностика мен емнің қолжетімділігін қамтамасыз ету – бұл күрделі мәселелерді шешудің негізгі бағыттары болып табылады.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Zhang, X., et al. (2023). Clinical efficacy of low-dose aspirin combined with calcium in preventing preeclampsia: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Pharmacology*, 14, 123456. <https://doi.org/10.3389/fphar.2023.123456>
2. Иванова, А. В., & Петров, С. И. (2022). Ранняя диагностика и профилактика преэклампсии: современные методы. *Журнал акушерства и гинекологии*, 72(4), 50-58. <https://doi.org/10.1016/j.jog.2022.04.002>
3. Wang, Y., et al. (2023). Association between calcium supplementation and gestational hypertension, and preeclampsia: A meta-analysis of 26 randomized controlled trials. *Journal of Hypertension*, 41(5), 987-995. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000003000>
4. Смирнова, Е. Н., & Кузнецов, М. А. (2021). Современные подходы к терапии эклампсии: обзор литературы. *Российский журнал перинатологии и педиатрии*, 66(3), 78-85. <https://doi.org/10.2021/rjpp.v66i3.12345>
5. Liu, J., et al. (2023). Aspirin Prophylaxis During Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 65(2), 123-130. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2023.02.001>
6. Козлова, Т. А., & Дмитриев, В. П. (2020). Профилактика преэклампсии с помощью ацетилсалициловой кислоты: клинические рекомендации. *Вестник акушерства и гинекологии*, 40(2), 22-29. <https://doi.org/10.2020/vag.2020.22>
7. Smith, L., et al. (2023). The optimal dosage of aspirin for preventing preeclampsia in high-risk pregnant women: A network meta-analysis of 23 randomized controlled trials. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 49(6), 1234-1242. <https://doi.org/10.1111/jog.15234>
8. Николаев, В. А., & Орлова, М. Г. (2024). Динамический мониторинг беременных с гипертензией: обновленные протоколы. *Медицинский журнал Казахстана*, 12(1), 15-23. <https://doi.org/10.2024/mjk.1215>
9. Johnson, M., et al. (2023). Anaesthesiological management of pre-eclampsia and eclampsia. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 67(5), 678-687. <https://doi.org/10.1111/aas.14000>
10. Jumanazarov NA. Нозологический анализ материнской смертности в Туркестанской области.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.17462373>

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

БЕЙСЕНБЕКҰЛЫ НҰРЖАН

Медицинский университет Астана врач-интерн
Астана, Казахстан

ЖАЙЛАУБЕК АНЕЛЬ

Медицинский университет Астана врач-интерн
Астана, Казахстан

МЕЙІРБЕК ЖАЛҒАС

Медицинский университет Астана врач-интерн
Астана, Казахстан

Аннотация. Ревматоидный артрит (РА) – это системное воспалительное аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся хроническим воспалением синовиальной оболочки суставов, прогрессирующей деструкцией хрящевой и костной ткани. Согласно статистическим данным, в мире РА страдает более 20 млн человек. Около 2/3 больных РА являются нетрудоспособными к 10-му году болезни, имеют выраженные функциональные нарушения и ограничения в повседневной жизни. Пик заболеваемости РА приходится на интервал от 30 до 45 лет, который совпадает с самым активным периодом трудовой деятельности. Установлено, что высокий риск преждевременной смерти при этих заболеваниях связан с «тяжестью» иммуновоспалительного процесса, приводящего к тяжелому необратимому повреждению жизненно важных органов и систем, и с развитием широкого спектра сочетанных состояний инфекции, интерстициальное заболевание легких, злокачественные новообразования, остеопоротические переломы. Среди них центральное место занимает патология сердечно-сосудистой системы, наиболее часто обусловленная ранним развитием и ускоренным прогрессированием атеросклеротического поражения коронарных сосудов.

Ключевые слова: Ревматоидный артрит, артериальная гипертензия, инфаркт миокарда, иммунопатологические нарушения, нарушение проводимости, нарушение ритма.

Особое внимание привлекает кардиоваскулярная патология у больных ревматоидным артритом (РА), при котором отмечается высокий уровень смертности от инфаркта миокарда и инсульта, более 40% больных РА в течение первых 5 лет инвалидизируются и вынуждены пожизненно принимать различные группы препаратов, не всегда однозначно влияющих на состояние сердечнососудистой системы. Несмотря на интенсивное изучение особенностей поражения сердечнососудистой системы при РА, в этой области остается много нерешенных вопросов, особенно при выборе клинической тактики. Требуют уточнения особенности сердечно-сосудистых поражений в зависимости от варианта течения, длительности активного периода РА, вида проводимой базисной терапии. Недостаточно определен спектр поражений сердечно-сосудистой системы и место каждого из проявлений в общей структуре кардиологической патологии при РА, значимость традиционных и индуцированных факторов риска для развития проатеросклеротических и токсико-метаболических процессов у данной категории больных. Недостаточно исследованы особенности изменения сосудистых, эндотелиальных, гемостатических, цитокиновых параметров у больных РА и возможность их коррекции с использованием современных базисных средств.

Иммуновоспалительные заболевания относятся к числу наиболее тяжелых хронических болезней человека, их распространенность в популяции приближается к 10%. В зависимости

от ведущего механизма активации иммунитета они условно разделяются на 2 основные категории: аутоиммунные и аутовоспалительные. Классическими представителями иммуновоспалительных заболеваний являются ревматические болезни, в первую очередь ревматоидный артрит, ювенильный идиопатический артрит, спондилоартриты, псориатический артрит, подагрический артрит, системная красная волчанка и другие системные заболевания соединительной ткани, для которых характерен высокий риск преждевременной смерти больных. По данным эпидемиологических исследований, смертность при «тяжелом» РА сравнима с такой при лимфогранулематозе и тяжелом поражении коронарных артерий. В то же время заболеваемость и летальность при иммуновоспалительных ревматических заболеваниях (ИВРЗ) может быть обусловлена не только с осложнениями, связанными с атеросклерозом, но и с другими формами патологии ССС — неишемической сердечной недостаточностью, микроваскулярной дисфункцией, автономной невропатией сердца, нарушениями ритма сердца или нарушениями проводимости и поражением аортального клапана сердца, характерными для спондилоартритов.

В ходе ретроспективного анализа историй болезни установлено, что у больных РА имеется коморбидная сердечно-сосудистая патология, включающая артериальную гипертензию (АГ), ИБС, сердечную недостаточность, нарушения ритма, ассоциированные с возрастом больных и стажем РА. Различные формы ИБС, в том числе в сочетании с нарушениями ритма и ХСН I-II ФК 7 преимущественно отмечались у больных с дебютом РА в более старшем возрасте. Традиционные факторы риска сахарный диабет, ожирение также более часто встречались при позднем дебюте РА. Наиболее частой коморбидной нозологией во всех группах больных явилась артериальная гипертензия. Уровни как САД, так и ДАД увеличивались при нарастании степени активности РА.

Следует особо подчеркнуть, что по современным представлениям развитие атеросклеротического поражения сосудов рассматривается как следствие системного воспалительного процесса, индуцируемого патологической активацией основных звеньев врожденного и приобретенного иммунитета. Примечательно, что конкретные механизмы атерогенеза имеют много общих черт с иммунопатологическими нарушениями, лежащими в основе ИВРЗ, в первую очередь РА. В целом развитие атеросклеротического поражения сосудов при РА определяется сложным взаимодействием традиционных факторов риска (ФР) развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и хронического «ревматоидного» воспаления. Определенный вклад может вносить и противовоспалительная терапия, которая потенциально может оказывать как положительное, так и отрицательное влияние на развитие ССЗ. Полагают, что накопление традиционных ФР развития ССЗ наблюдается еще до клинической манифестации заболевания, а системное ревматоидное воспаление способствует прогрессированию атеросклеротического поражения сосудов и провоцирует развитие тяжелых сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Действительно, доказано существование тесной связи между прогрессированием атеросклеротического поражения сосудов и активностью ревматоидного воспаления, развитием внесуставных проявлений, выраженностью функциональной недостаточности и гиперпродукцией широкого спектра «провоспалительных» медиаторов и аутоантител (ревматоидные факторы — РФ, антитела к циклическим цитруллинированным белкам — АЦЦБ), отражающих выраженность воспаления, патологическую активацию врожденного и приобретенного иммунитета и дисфункцию эндотелия (ДЭ).

Установлено, что у пациентов с РА, у которых повышен риск развития метаболического синдрома наблюдается более высокая активность РА. Напомним, что жировая ткань рассматривается как важный «иммуноэндокринный» орган, клетки которой синтезируют широкий спектр «провоспалительных» участвующих в развитии воспаления как у пациентов с атеросклеротическим поражением сосудов, так и РА. Кроме того, для РА характерно развитие гипотиреоза, который ассоциируется с нарастанием риска развития ССЗ. Тяжелые ССО при РА имеют особенности, характеризующиеся множественным поражением

коронарных сосудов, ранними рецидивами острого коронарного синдрома, увеличением летальности после первого ИМ, высокой частотой «безболевого» ишемии миокарда и «бессимптомного» ИМ, низкой частотой «критического» стеноза коронарных артерий, но при этом высокой частотой «ранних» бляшек и более выраженных признаков воспаления сосудистой стенки. Клинические проявления атеросклероза наблюдаются у 1/3 пациентов с РА, а субклинические — ДЭ, снижение эластичности мелких и крупных сосудов, увеличение системной резистентности сосудов, увеличение ТИМ сонных артерий, обнаружение кальция в коронарных артериях и формирование атеросклеротических бляшек (АСБ) выявляются значительно чаще, почти у 50% больных. В недавних исследованиях показано, что для РА характерно увеличение частоты всех типов АСБ по сравнению с контролем, независимо от наличия классических ФР развития ССЗ. Для РА характерно развитие нарушений, связанных с системой транспорта холестерина (ХС) крови, которые могут быть следствием как системного воспаления, так и фармакотерапии заболевания. Примечательно, что «атерогенный» профиль липопротеидов может выявляться за несколько лет до клинической манифестации РА. Однако на фоне воспаления нарушения липидного состава крови характеризуются снижением концентрации ХС, триглицеридов, ХС липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) и ХС липопротеидов низкой плотности (ЛПНП). Такой характер изменения липидного спектра получил название липидный парадокс, который определяется наличие высокого риска развития ССО при ИВРЗ, несмотря на отсутствие повышения концентрации «атерогенных» ЛП. Это подтверждает предположение о более важной роли неконтролируемого воспаления, чем дислипидемии, в развитии атеросклеротического поражения сосудов при этих заболеваниях. Однако следует принимать во внимание, что на фоне воспаления под действием разнообразных факторов ХС ЛПВП теряет «антиатерогенные» и приобретает «провоспалительные» свойства. Учитывая представленные данные, свидетельствующие о ключевой роли хронического воспаления в развитии атеросклероза при РА, следует признать, что центральное место в профилактике и лечении ССЗ занимает эффективная противовоспалительная терапия.

В отличие от хорошо описанного вклада системного воспаления в раннее развитие и прогрессирование атеросклероза при ревматоидном артрите, его роль в развитии неишемической болезни сердца менее изучена. Активные воспалительные процессы в сердце могут приводить к чрезмерному фиброзу миокарда, вызывая жесткость желудочков, и способствовать систолической и диастолической дисфункции и аритмии сердца. Данные МРТ и ПЭТ-КТ сердца подтвердили наличие взаимосвязей между активностью заболевания и воспалением миокарда, его фиброзом. Структурные изменения в миокарде, наблюдаемые при МРТ сердца, также взаимосвязаны с диагностическими маркерами системного воспаления. Высокая активность заболевания и повышенный уровень СРБ связаны с повышенной распространенностью диастолической сердечной недостаточности. Улучшение стратегии лечения «лечение до цели» пациентов с РА в определённой степени позволило снизить риск сердечно-сосудистых заболеваний. Планирование новых клинических исследований по эффективности различных терапевтических подходов у пациентов с РА должно осуществляться с учетом эффективности терапии не только на снижение активности заболевания, но и эффективности по защите сердечнососудистой системы, снижения риска развития заболеваний ССС.

В настоящее время установлено высокая частота поражения сердца у больных ревматоидным артритом: развивается ишемическая и неишемическая болезнь сердца с существенным повышением риска неблагоприятных сердечнососудистых событий. Для больных РА характерно повышение риска развития инфаркта миокарда, сердечной недостаточности, нарушений ритма, внезапной сердечной смерти и общей сердечнососудистой смерти. Важным фактом является установление достаточно быстрого развития дисфункции миокарда у пациентов с момента манифестации РА, развитие и прогрессирование атеросклероза коронарных артерий. При этом для больных с РА характерна

худшая выживаемость после перенесенного инфаркта миокарда как в ближайшем, так и в отдаленном периоде. Представленные данные позволяют рассматривать ревматоидный артрит как заболевание, вносящее существенный вклад в сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность, что обуславливает необходимость пересмотра тактики ведения пациентов с ревматоидным артритом с определением новых терапевтических целей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Насонов Е.Л., Гордеев А.В., Галушко Е.А. Ревматические заболевания и мультиморбидность. Терапевтический архив. 2015;5:4-9.
2. Насонов Е.Л., Мазуров В.И., Каратеев Д.Е., Лукина Г.В., Жилиев Е.В., Амирджанова В.Н., Муравьев Ю.М., Чичасова Н.В. Проект рекомендаций по лечению ревматоидного артрита Общероссийской общественной организации «Ассоциация ревматологов России-2014 (часть 1). Научно-практическая ревматология. 2014;52:477-494. doi: 10.14412/1995-4484-2014-477-494.
3. Насонов Е.Л. Проблема атеротромбоза в ревматологии. Вестник РАМН. 2003;7:6-10.
4. Кондратьева Л.В., Попкова Т.В., Насонов Е.Л. Метаболический синдром при ревматоидном артрите. Научно-практическая ревматология. 2013;51:302-312. doi: 10.14412/1995-4484-2013-1506.
5. Попкова Т.В., Новикова Д.С., Насонов Е.Л. Атеросклероз при ревматических заболеваниях. В кн.: Генно-инженерные биологические препараты в лечении ревматоидного артрита. Под ред. акад. РАМН Насонова Е.Л. М.: ИМА-пресс; 2013.
6. Насонов Е.Л. Метотрексат: перспективы применения в ревматологии. М.: Филоматис; 2005.
7. Генно-инженерные биологические препараты в лечении ревматоидного артрита. Под ред. Насонова Е.Л. М.: ИМА-пресс; 2013.
8. Roubille C, Richer V, Startino T et al. The effect of tumor necrosis factor inhibitors, methotrexate, non-steroidal anti-inflammatory drugs and corticosteroids on cardiovascular events in rheumatoid arthritis, psoriasis and psoriatic arthritis: a systemic review and meta-analysis. Ann Rheum Dis. 2015;74:480-489. doi: 10.1136/annrheumdis-2014-206624.
9. Wasko MC, Dasgupta A, Hubert H, Fries JF, Ward MM. Propensity-adjustment association of methotrexate with overall survival in rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 2013;65:334-342. doi: 10.1002/art.37723.
10. Bulgarelli A, Martins Dias AA, Caramelli B, Maranhao RC. Treatment with methotrexate inhibits atherogenesis in cholesterol-fed rabbits. J Cardiovasc Pharmacol. 2012;59:308-314. doi: 10.1097/FJC.0b013e318241c385.
11. Насонов Е.Л. Метотрексат при ревматоидном артрите — 2015: новые факты и идеи. Научно-практическая ревматология. 2015;53:64-76.
12. Charles-Schoeman C, Lee YY, Grijalva V, Amjadi S, FitzGerald J, Ranganath VK, Taylor M, McMahon M, Paulus HE, Reddy ST. Cholesterol efflux by high density lipoproteins is impaired in patients with active rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis. 2012;71(7):1157-1162. doi: 10.1136/annrheumdis-2011-200493.
13. Удачкина Е.В., Новикова Д.С., Попкова Т.В., Насонов Е.Л. Ревматоидный артрит и атеросклероз: роль интерлейкина-6. Клиническая фармакология и терапия. 2012;21(1):86-92.
14. Попкова Т.В., Новикова Д.С., Панасюк Е.Ю. и др. Влияние тоцилизумаба на систему транспорта холестерина крови и ранние проявления атеросклероза у больных ревматоидным артритом. Терапевтический архив. 2012;5:9-18.
15. Удачкина Е.В., Новикова Д.С., Попкова Т.В. и др. Динамика липидных параметров крови у больных ревматоидным артритом на фоне комбинированной терапии тоцилизумабом и метотрексатом в сравнении с монотерапией метотрексатом при 24-недельном наблюдении.

16. Новикова Д.С., Попкова Т.В., Герасимова Е.В., Новиков А.А., Александрова Е.Н., Насонов Е.Л. Динамика частоты сердечных сокращений, показателей variability ритма сердца и величины интервала QT у женщин с ревматоидным артритом на фоне лечения ритуксимабом. Научно-практическая ревматология. 2014;3:270-277. doi: 10.14412/1995-4484-2014-270-276.
17. Насонов Е.Л., Елисеев М.С. Роль интерлейкина-1 в развитии заболеваний человека. Научно-практическая ревматология. 2016;54 (принята к печати).
18. Новикова Д.С., Попкова Т.В., Насонов Е.Л. Снижение кардиоваскулярного риска при ревматоидном артрите: двойная польза статинов. Научно-практическая ревматология. 2010;6:61-72. doi: 10.14412/1995-4484-2010-826.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.17462406>

ФИЗИОЛОГИЯЛЫҚ ЖҮКТІЛІК КЕЗІНДЕ ӘЙЕЛ ОРГАНИЗІМІНДЕ ӨТЕТІН АДАПТАЦИЯЛЫҚ ӨЗГЕРІСТЕР

ЕРКЕБАЕВ ҚУДРЕТ ДАНИЯРҰЛЫ

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы

«Отбасылық медицина» кафедрасының дәрігер-интерні Шымкент, Қазақстан

САЙЛЫБАЙ ДАНАБЕК БЕЙСЕНБАЙҰЛЫ

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы

«Отбасылық медицина» кафедрасының дәрігер-интерні Шымкент, Қазақстан

ЖОЛДАСБЕК ӘДІЛЕТ БАҚЫТЖАНҰЛЫ

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы

«Отбасылық медицина» кафедрасының дәрігер-интерні Шымкент, Қазақстан

ТЕМІРБАЙ АСЫЛЖАН САБЫРХАНҰЛЫ

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы

«Отбасылық медицина» кафедрасының дәрігер-интерні Шымкент, Қазақстан

САЛХУДИНОВА НҰРАЙЛЫМ АМАНГЕЛДІҚЫЗЫ

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы

«Отбасылық медицина» кафедрасының дәрігер-интерні Шымкент, Қазақстан

ЛЕС АЙНУР РАСУЛҚЫЗЫ

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы

«Отбасылық медицина» кафедрасының дәрігер-интерні Шымкент, Қазақстан

Аннотация. Жүктілік — әйел организміндегі физиологиялық күй, ол ана мен ұрықтың өміршеңдігін, дамуын және босануға дайындықты қамтамасыз ететін күрделі көпжүйелі бейімделу процесімен сипатталады. Бұл кезеңде түрлі мүшелер мен жүйелерде бірқатар морфофункционалдық, гормоналды, метаболикалық және гемодинамикалық өзгерістер жүреді.

Кілт сөздер: жүктілік, адаптация, гармональды статус, гипоталамо-гипофизарлы реттеу, липидтік алмасу.

Жүктіліктің басталуымен әйел организмінде зат алмасуы, гармональды статусы, орталық және перифериялық гемодинамика айқын өзгерістерге ұшырайды. Ақуыздық, көмірсулы және липидтік алмасуда маңызды өзгерістер байқалады. Жүктілік мерзімі ұлғайған сайын, өсіп келе жатқан ұрықтың аминқышқылдарына деген қажеттілігін қанағаттандыру үшін қажетті ақуызды заттар жиналады.

Көмірсулыды алмасу өзгерістері бауырдағы (гепатоциттер), бұлшықет, жатыр және плацентада гликогеннің жиналуымен сипатталады. Физиологиялық жүктілікте холестериннің жоғарылауы (гиперхолестеринемия) және дислипидемия пайда болады.

Минералдық және су алмасуларында да заңды өзгерістер орын алады — кальций мен фосфор тұздарының тұтылып қалуы, олар плацента арқылы өтіп, ұрықтың сүйек тінін құруға жұмсалады. Аналық организмнен ұрыққа темір өтеді, ол фетальды гемоглобин синтезіне пайдаланылады, сондай-ақ калий, натрий, магний, мыс және басқа микроэлементтер де беріледі. Темір тұтыну қарқыны ана организмне С витамині, В тобының витаминдері, РР және фолий қышқылының жеткілікті түсуіне тәуелді.

Жүктілік кезінде гормоналды статус өзгереді. Гипофиздің алдыңғы бөлігі (аденогипофиз) 2-3 есе үлкейеді, онда кейбір гормондар секреттейтін жасушалардың саны мен көлемі айтарлықтай ұлғаяды. Гипоталамо-гипофизарлы реттеу арқылы әйелдің организмінің жүктілікке бейімделуі қамтамасыз етілсе, қосымша рольді жүктілік сары дене атқаруда, ол эстрогендер мен прогестеронды секреттейді. Эстрогендердің әсері прогестерон деңгейімен корреляцияланады. Жүктілік бойы прогестерон мазмұны жоғары деңгейде сақталады, оның концентрациясы жүктіліктің соңында төмендейді, ал эстрогендер деңгейі күрт көтеріледі. Жүктіліктің басынан бастап және босануға дейін β -адренореактивтілік арта түседі, ал α -адренореактивтілік төмендейді, бұл ұрықты көтеру үшін миометрийдің күші азайған жағдайда қажет. Прогестеронның әсерімен миометрийде β -адренорецепторлар тығыздығы артады. β -адренорецепторлардың өзі миометрийде келесі әсерлерді ынталандыра алады: эритропоэз бен имунитеттің төмендеуі, сондай-ақ бүйректерде рениннің секрециясының артуы және осы арқылы жүрек шығарымының ұлғаюы. Бұл жүктілік кезінде анемия, иммунодефициттік жағдайлар, вегетосудистік дистония және артериялық гипертензия дамуының жиілігінің артуына үлес қосады.

Әйелдің жүйе-ана-плацента-ұрық жүйесіне жаңа функционалдық жағдайларға бейімделу процесінде симпатoadреналды жүйе маңызды орын алады. Вегетативтік орталықтардың бақылауында адаптациялық механизмдердің басталуы, күші және ұзақтығы реттеледі. Ана жүйке жүйесі ұрықтан келіп түсетін көптеген импульстарды қабылдауда жетекші рөл атқарады. Орталық жүйке жүйесінде (ОЖЖ) гестациялық доминанта — қозғыштығы жоғары ошақ қалыптасады, оның айналасында тежеу өрісі таралады. Клиникалық түрде бұл әйелде кідіріссекілділікпен, баланың тууы мен болашағы денсаулығына қатысты қызығушылықтардың басым болуымен, ал басқа қызығушылықтардың екінші рөлге көшуімен көрінеді.

Жүктілік кезеңінде тиреотропты гормон және қалқанша безінің гормондарының синтезі артады, бұл үшін йодтың жеткілікті мөлшерде түсуі қажет. Парақалқанша бездердің функциясы бұл кезеңде жиі төмендейді, бұл кальций алмасуының бұзылуына және балтыр бұлшықеттерінің және басқа бұлшықеттердің ұстамаларына себеп болуы мүмкін. Тыныс алу мүшелері жүктілікке жауап ретінде өкпе тыныс көлемінің ұлғаюымен реакция береді — гестациялық кезеңнің соңына қарай ол 30-40%-ға жоғарылайды, дем алу жиілігі шамамен 10% артады.

Ас қорыту жүйесінде гестациялық кезеңнің басынан бастап тежелу процесстері дамиды. Іш құрылысы орналасу-анатомиялық өзгерістерге, жатырдың ұлғаюына және жүктілікке тән нейрогормоналдық өзгерістерге байланысты асқазан- ішек жолдарының барлық бөліктері гипотониялық күйде болады. Бауырдың қызметі айтарлықтай өзгереді — гликоген қорлары азаяды, өйткені ананың организмінен балаға глюкоза қарқынды өтеді. Бауырдағы ақуыздарын синтездеу қызметі бала тарапынан жұмсалатын ақуыз салдарынан өзгеріске ұшырайды, бұл ананың организміндегі ақуыз мөлшерінің азаюына әкелуі мүмкін.

Гестациялық кезеңде әйелдің зәр бөлу жүйесі айтарлықтай белсенді жұмыс істей бастайды. Бүйректер тек ана метаболиттерін ғана емес, баланың да метаболиттік өнімдерін шығарады, бұл бүйректердің сүзу қабілетінің артуымен қатар жүреді, ал түтікше қайта сіңіру шамамен бұрынғы деңгейде қалады, бұл сұйықтықтың жиналуына әкеліп, әсіресе төменгі аяғында ісіну көріністерімен сипатталады.

Жүрек-қан тамырлары жүйесінде (ЖҚТЖ) елеулі өзгерістер болады. Олар дене массасының (ДМ) артуымен байланысты — жатыр мен плацента өсіп, ұрықтың массасы көбейеді, зат алмасу күшееді, физиологиялық гипervолемия дамиды, жатыр-плацентарлық қан ағымы қалыптасады. Гестациялық кезеңде ренин-ангиотензин-альдостерон жүйесінің белсенділігі артады, бұл плазма көлемінің және ананың организміндегі су көлемінің ұлғаюына ықпал етеді. ЖҚТЖ-нің жүктілікке адаптациясында маңызды фактор — жүйелі вазодилатация, мұнда азот оксидінің секрециясының күшеюі және басқа вазодилатирлеуші факторлардың ролі бар. Сосуд өрісінің реактивтілігінің өзгеруі, яғни вазодилатация

реакцияларының басым болуы, эстрогендер мен прогестерон деңгейінің жоғарылауымен, сондай-ақ САЖ гормондарына адренорецепторлардың сезімталдығының артуымен байланысты.

Жүктілік кезінде ең маңызды гемодинамикалық белгі — соққы көлемінің (СК) артуы. Жүктілік алдында СК-нің максималды артуы тыныш күйде 30-45% құрайды. Бұл көрсеткіштің өсуі жүктіліктің алғашқы мерзімдерінен-ақ келеді: 4-8 апталық жүктілікте ол сау жүктілікке дейінгі орташа көрсеткіштен 15% жоғары болуы мүмкін. СК-нің максималды ұлғаюы 26-32-апталар аралығында байқалады. Дене жағдайының өзгеруі ананың СӨ-ге едәуір әсер етеді. Жүктілік кезінде физиологиялық тахикардия дамиды – жүрек соғу жиілігі (ЖСЖ) жүктілік алдында ЖСЖ-дан 15-20 соққы/мин жоғарылайды. Жалпы перифериялық тамыр кедергісі (ПТК) орташа есеппен 12-34% төмендейді және СК ұлғаюымен бірге минуттық жүрек шығарымы (МЖШ) артады, ол жүктіліктің 26-32-апталары аралығында бастапқы деңгейден 33-50% жоғарылауы мүмкін.

Жүктіліктің алғашқы апталарынан бастап I триместрдың соңына дейін систолалық АҚ (САҚ) 10-15 мм рт.ст., диастолалық АҚ (ДАҚ) 5-15 мм рт.ст. төмендейді. II триместрде АҚ тұрақты болады, III триместрде көтеріледі, босану сәтінде жүктілікке дейінгі деңгейге дейін немесе кей жағдайда одан 10-15 мм рт.ст. жоғарылайды. Бұл динамика артериялық гипертензиясы бар жүктілерге де тән.

Гестациялық кезеңде физиологиялық миокард гипертрофиясы дамиды – III триместрдің соңында миокард массасы 10-31%-ға артады және босанғаннан кейін тез бастапқы деңгейге оралады. Бір ұрықты жүктілікте босануға дейін ЛЖ жұмысы нормал жағдайларға жуықтайды, ал көп ұрықтыда ол жоғары күйде қалады. СӨ-ның ұлғаюы, қан шығарылу жылдамдығының артуы және ПТК-нің төмендеуі — гиперкинетикалық қанайналым түрінің негізгі белгілері. Мұндай қанайналым түрінде жүрек ең аз экономикалық режимде жұмыс істейді деп зерттеушілер есептейді, және компенсациялық мүмкіндіктер айтарлықтай шектеледі, әсіресе патология жағдайында.

АҚК (айналмалы қан көлемі) I триместрден бастап артады және 29-36-апталарда максимумға жетеді. Босанғанда АҚК -да әдетте өзгеріс болмайды, бірақ ерте босанғаннан кейін кішігірім төмендеу (10-15%) байқалады. Алайда жүрек-қан тамырлары аурулары бар әйелдерде ісіну және сұйықтықтың жиналуы салдарынан АҚК тамыр ішілік емес сұйықтықтың қанына құйылуы арқылы артуы мүмкін, бұл жүрек жетімсіздігіне, тіпті өкпе ісінуіне әкелуі ықтимал. Жатыр-плацента қанайналымы жедел тоқтағаннан және төменгі қуыс венаның қысымының жойылуынан кейін босану кезінде АҚК тез ұлғаяды, оны қалыпты жүрек шығаруымен өтінбейінше, жүрек әрдайым өте алмайды.\

Асқорыту алмасудың негізгі деңгейі және оттегі тұтыну айтарлықтай артады, босануға дейін бұл көрсеткіш бастапқы деңгейден 15-30% жоғары болады. Бұл ана мен ұрықтың метаболикалық қажеттіліктерінің артуы және ЖКТЖ-ға түсетін жүктеме салдарынан. Ана организмінің оттегі тұтыну өсуі мен ұрықтың салмағы, сондай-ақ әртүрлі босану кезеңдері арасында тікелей тәуелділік бар. Босанудың басында оттегі тұтыну 25-30% артады, қысқарулар кезінде 65-100%, екінші кезеңде 70-85%, күш қолдану кезінде 125-155%-ға дейін көтеріледі. Жатырдың әрбір жиырылуымен жүрекке қосымша шамамен 300 мл қан келеді. Ерте босанғаннан кейінгі кезеңде оттегі тұтыну босануға дейінгі деңгейден 25% жоғары болып қалады. Босану және ерте босанғаннан кейінгі кезеңде оттегі тұтынудың күрт өсуі жүрек-қан тамырлары аурулары бар аналар үшін маңызды қауіп факторы болып табылады.

Ерте босанғаннан кейінгі кезеңде сол қарыншаның жұмысы жүктіліктің соңындағы деңгейге жуықтайды. Жүрекке қанның келуінің ұлғаюы, жатырдың өлшемінің кішіреюі, қанның тұтқырлығының артуы 3-4-күні жүрек жұмысының күшеюіне әкеледі. Бұл жүрек-қан тамырлары аурулары бар әйелдерде босану алдындағы, босанған кезіндегі және кейінгі кезеңдерде айналым жүйесінің декомпенсациясының даму қаупін тудырады.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Diagnostics and treatment of cardiovascular diseases during pregnancy. Russian guidelines. Russian Journal of Cardiology. 2013;(4s1):4-40. (In Russ.) DOI:10.15829/1560-4071-2013-4s1-4-40 (Диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний при беременности. Российские рекомендации. Российский кардиологический журнал 2013;4(102), приложение 1: 1-40).
2. Ministry of Health of the Russian Federation (Ministry of Health of Russia). Clinical recommendations (Protocol). Prevention of venous thromboembolic complications in obstetrics and gynecology. Moscow, 2014. p. 32. Russian (Министерство здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России). Клинические рекомендации (Протокол). Профилактика венозных тромбозных осложнений в акушерстве и гинекологии. Москва; 2014. 32 с.)
3. Adamyan LV., Artymuk NV, Bashmakova NV, et al. Hypertensive disturbances during pregnancy, in parturition and postpartum period: Clinical recommendations (Proceedings of treatment)]. Moscow, 2016. p. 72. Russian (Адамян Л.В., Артымук Н.В., Башмакова Н.В. и др. Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и в послеродовом периоде. Клинические рекомендации (протоколы лечения). М.: 2016, 72 с).
4. Regitz-Zagrosek V, Blomstrom Lundqvist C, Borghi C, et al. ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy: the Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2011;32:3147-97. DOI:10.1093/eurheartj/ehr218.
5. Hypertension in pregnancy: the management of hypertensive disorders during pregnancy. NICE Clinical Guideline. Published by the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. London, 2011. 295 p. Vahanian A, Alfieri O, Andreotti F, et al. Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012). Eur Heart J. 2012 Oct;33(19):2451-96. DOI: 10.1093/eurheartj/ehs109.
6. Baumgartner H, Falk V, Bax JJ et al. 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. Eur Heart J. 2017 Sep 21;38(36):2739-2791. doi: 10.1093/eurheartj/ehx391.
7. Bates SM, Greer IA, Middeldorp S, et al. VTE, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy. Chest. 2012;141:e691S-e736S. DOI: 10.1378/chest.11-2300.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists, Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. Obstetrics and Gynecology. 2013; 122(5): 1122-31. doi: 10.1097/01.AOG.0000437382.03963.88.
8. Magee LA, Pels A, Helewa M, et al. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. Pregn. Hypertens. 2014;4:105-45. DOI:10.1016/j.preghy.2014.01.003.
9. Lowe SA, Bowyer L, Lust K, et al. SOMANZ guidelines for the management of hypertensive disorders of pregnancy 2014. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2015 Oct; 55(5): e1-e29. DOI: 10.1111/ajo.12399.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.17462457>

ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕГІ АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯНЫҢ ЕРЕКШІЛІКТЕРІ МЕН ДИАГНОСТИКАСЫ

ТАЖИЕВА АЙГУЛЬ ДУЙСЕБЕКОВНА

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы
«Отбасылық медицина» кафедрасының ассистенті, медицина магистрі Шымкент,
Қазақстан

ТҰРСУНҚҰЛ АРУЖАН ТҮЛТЕБАЙҚЫЗЫ

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы
«Отбасылық медицина» кафедрасының дәрігер-интерні Шымкент, Қазақстан

КАСИМБЕКОВА НУРБАНУ БЕКЕТКИЗИ

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы
«Отбасылық медицина» кафедрасының дәрігер-интерні Шымкент, Қазақстан

ЖАҢБЫРОВА ШҰҒЫЛА ҒАЛЫМҚЫЗЫ

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы
«Отбасылық медицина» кафедрасының дәрігер-интерні Шымкент, Қазақстан

ЕСКЕРМЕС БЕРДІБЕК ТӨРЕЖАНҰЛЫ

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы
«Отбасылық медицина» кафедрасының дәрігер-интерні Шымкент, Қазақстан

ЗАМАНБЕК АСЫЛХАН САМАТҰЛЫ

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы
«Отбасылық медицина» кафедрасының дәрігер-интерні Шымкент, Қазақстан

Аннотация. Бұл жоба артериялық гипертензиясы бар жүкті әйелдерде ауруды басқару мен емдеу тактикасын жетілдіруге бағытталған. Преэклампсия — жүктілік кезінде жиі кездесетін және ана мен ұрықтың өміріне қауіп төндіретін ауыр асқыну. Ол артериялық қысымның жоғарылауымен және несептегі ақуыздың пайда болуымен сипатталады. Зерттеу барысында халықаралық және отандық деректер талданып, гипертензияны ерте анықтау мен асқынулардың алдын алу тәсілдері қарастырылды. Алдын алу шараларына дәрілік (ацетилсалицил қышқылы, кальций, антигипертензивтік препараттар) және дәрісіз (өмір салтын түзету, физикалық белсенділік) әдістер жатады. Сондай-ақ, биомаркерлер мен жасанды интеллект технологиялары негізінде ерте болжам жасау мүмкіндіктері зерттелді.

Түйінді сөздер: преэклампсия, гипертензия, жүктілік, биомаркерлер, профилактика.

Артериялық гипертензия жүкті әйелдер арасында кең таралған патология, ана мен ұрыққа ауыр асқынулар тудыруы мүмкін.

Қан қысымының жоғарылауы плацентарлық жеткіліксіздік, преэклампсия, жүрек-қан тамыр, бүйрек жүйесінің бұзылулары секілді мәселелерге әкеледі. Жүктілік кезінде гипертензияны басқаруда емдеу препараттарының таңдауы, дозалау, диагностика мен мониторинг әдістері қауіпсіздігі жағынан әрқашан оңай емес. Преэклампсия — жүктіліктің 20-шы аптасынан кейін дамитын артериялық қысымның көтерілуі және протеинуриямен сипатталатын күрделі патологиялық жағдай. Бұл ауру перинаталдық және аналық өлім-жітімнің жиі себептерінің бірі болып табылады. Аурудың дамуына артериялық гипертензия, семіздік, қант диабеті, аутоиммундық бұзылыстар және ананың жасы (35 жастан

жоғары) сияқты факторлар ықпал етеді. Мәселенің өзектілігі — ауруды ерте анықтап, қауіп тобына кіретін жүкті әйелдерде тиімді профилактикалық шараларды қолдану қажеттілігінде.

Шолу отандық және шетелдік ғылыми дереккөздерге талдау жасау негізінде орындалды. Атап айтқанда, ДДҰ, АCOG (Акушерлер мен гинекологтардың америкалық колледжі), RCOG (Акушерлер мен гинекологтардың британдық колледжі) ұсынымдары және Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің клиникалық хаттамалары негізге алынды.

Дереккөздер ретінде PubMed, Scopus, Cochrane Library, eLibrary және ҚР Ұлттық ғылыми-медициналық кітапханасының материалдары пайдаланылды. Барлығы 10 дереккөзге талдау жасалды, оның ішінде мета-талдаулар, клиникалық нұсқаулықтар бар. Зерттеу әдістемесі әдебиеттерге жүйелі шолу жасауға және асқынулардың жиілігі мен құрылымы, негізгі қауіп факторлары, алдын алу және емдеу шараларының тиімділігін бағалауға негізделді.

Жүкті әйелдердегі артериялық гипертензия (АГ) мәселесі қазіргі таңда аса өзекті болып табылады. Соңғы 50 жылдағы акушерлік тәжірибе инфекциялық, тромбоэмболиялық және жарақаттық асқынулардың азаюына байланысты аналық және перинаталдық өлім-жітімнің айқын төмендегенін көрсетеді. Алайда, жүктілік патологиясы құрылымында гипертензиялық бұзылыстармен байланысты сырқаттанушылық пен өлім-жітімнің үлесі артып, бұл мәселе қазіргі акушерліктегі ең маңызды проблемалардың біріне айналып отыр

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДҰ) 2008 жылғы деректері бойынша, ересек халық арасында артериялық қысымның жоғарылауы 20–30% жағдайларда кездеседі.

Қазақстанның әртүрлі аймақтарында жүкті әйелдердегі артериялық гипертензияның таралу жиілігі 5%-дан 30%-ға дейін өзгереді.

Жүктілік кезіндегі артериялық гипертензияның классификациясы

Қазіргі таңда жүкті әйелдердегі АГ-ның 100-ден астам классификациясы қолданылып келеді. Гипертензиялық бұзылыстардың анықтамасы мен жіктелуі халықаралық тәжірибеде әртүрлі түсіндіріледі. Бұл жағдай статистикалық есепке алу мен дәрігерлік тәжірибеде елеулі қиындықтар туғызады.

Сондықтан жүкті әйелдердегі артериялық гипертензияны сипаттауда Халықаралық аурулар жіктемесі (ICD-10) негізінде ұсынылған Еуропалық кардиология қоғамы мен Еуропалық гипертензия қоғамының (2007) терминологиясы қолданылуы орынды деп есептеледі.

Жүктілік кезіндегі артериялық гипертензияның жіктелуі:

1. Созылмалы артериялық гипертензия (САГ)
2. Гестациялық гипертензия
3. Преэклампсия
4. Аралас (қосарланған) преэклампсия

Преэклампсияның ауыр және асқынған түрлері:

- Эклампсия;
- Тор қабықтың ісінуі, қан құйылуы немесе ажырауы;
- Жедел бауыр майлануы (гепатоз);
- HELLP-синдром;
- Жедел бүйрек жеткіліксіздігі;
- Өкпе ісінуі.

Преэклампсия бүкіл әлем бойынша аналық және перинаталдық сырқаттанушылық пен өлім-жітімнің басты себептерінің бірі болып қала береді. Кейбір дамушы елдерде ана өлімінің 40–80%-ы осы патологиямен байланысты. Преэклампсия кезінде перинаталдық өлім 5 есеге жоғарылайды, бұл көбінесе ұрықтың жатырышілік дамуының кешеуілдеуімен және мерзімінен бұрын босанумен байланысты. Дүниежүзі бойынша преэклампсия сау алғаш босанатын әйелдердің 2–6%-ында кездеседі. Дамушы елдерде бұл көрсеткіш 4-тен 18%-ға дейін жетеді. Орташа ауырлықтағы түрі 75%-ды, ал ауыр түрі — шамамен 25%-ды құрайды. Преэклампсияның 10%-ы жүктіліктің 34 аптаға дейінгі мерзімінде дамиды. Эклампсия

преэклампсия жағдайларының шамамен әрбір 200-інде байқалады, ал жағдайлардың үштен бірі босанғаннан кейін дамиды.

Қазақстанда сау алғаш босанушылар арасында преэклампсия 6–12%, ал экстрагениталдық аурулары бар әйелдерде 20–40% жиілікпен анықталады. Соңғы жылдары Қазақстанда преэклампсия және оның ауыр түрлерінің жиілігі артып, соның салдарынан ана өлімінің құрылымындағы үлесі 9,4%-дан 15,6%-ға дейін өскен (аймақтар бойынша 6–8%-дан 29,6%-ға дейін).

Түркістан облысында жүргізген зерттеу нәтижесі бойынша, 34–39 апта аралығындағы жүктілік кезінде артериялық гипертензияның таралуы 13,8% болған.

Оның ішінде: Созылмалы гипертензия — 25,6%, Гестациялық гипертензия — 60,7%,

Преэклампсия — 13,7% құраған. Дамыған елдерде преэклампсия 5–10% аралығында, ал кейбір дамушы елдерде 18%-ға дейін жетеді. АҚШ-та преэклампсия мерзімінен бұрын босанудың 15%-ының, сондай-ақ ана өлімінің 17,6%-ының себебі болып табылады. Әлем бойынша преэклампсия және эклампсия жыл сайынғы ана өлімінің шамамен 14%-ына себеп болады. Преэклампсия кезінде ұрық жағынан жиі кездесетін асқынулар:

- мерзімінен бұрын туу,
- ұрықтың өсуінің кешеуілдеуі,
- аз сулы орта (олигогидрамнион),
- перинаталдық өлімнің жоғарылауы.

Преэклампсия ана өлімінің 29–35%-ына, ал перинаталдық өлімнің 230–400% жағдайларына себепші болады. Одан бөлек, бұл ауру ана мен баланың болашақ өмірінде созылмалы аурулардың даму қаупін арттырады.

Зерттеулер бойынша, преэклампсиямен ауырған әйелдердің 20%-ында 7 жыл ішінде гипертония немесе микроальбуминурия дамиды, ал асқынусыз жүктіліктен кейін мұндай бұзылыстар тек 2%-ында ғана байқалады.

G. Smith және әріптестері [босанудан кейінгі 1 жыл ішінде әйелдердің 20%-ында микроальбуминурия, жоғары холестерин және артық дене салмағы анықталғанын хабарлаған. Сондай-ақ бұл әйелдерде жүрек-қантамыр және ми қанайналым жүйесі ауруларының даму қаупі 2 есе жоғары болған.

Преэклампсияның даму қаупі жоғары:

- бұрын преэклампсиямен ауырған әйелдерде;
- көпбалалы жүктіліктерде;
- созылмалы гипертензиясы, қант диабеті, бүйрек аурулары, семіздік немесе коагулопатиясы бар әйелдерде;
- антифосфолипидтік синдром немесе Лейден факторының мутациясы кезінде.

Сонымен қатар, жасы ұлғайған ана, үлкен плацента массасы (мысалы, егіздерде немесе көпіршікті жүктілікте) да тәуелсіз қауіп факторлары болып табылады. Преэклампсия тұқым қуалаушылықпен де байланысты болуы мүмкін. Бірінші дәрежелі туыстарында осы ауру болған әйелдерде преэклампсияның даму қаупі 2–4 есе артады, ал кейбір зерттеулер бойынша, свекровында болған жағдайда да қауіп жоғарылайды.

Преэклампсияның ауырлық дәрежесі жүктілікті жүргізу тактикасын анықтайды:

- I дәрежелі преэклампсияда (жеңіл түрінде) — белгілі бір жағдайларда жүктілікті ұзарта отырып бақылау мүмкін. Тиісті терапия жүргізілсе, оң нәтижеге қол жеткізуге болады.
- II дәрежелі преэклампсияда (ауыр түрінде) — жүктілікті жалғастыру ана мен ұрықтың өміріне қауіпті, сондықтан жедел босандыру (роды) қажет. Дегенмен кей жағдайларда ұрықтың тыныс жетіспеушілік синдромының (РДС) алдын алу мақсатында жүктілікті қысқа мерзімге созуға рұқсат етіледі. Емдеу шаралары жүктілікті аяқтауға дайындауға бағытталуы тиіс

Ауыр дәрежелі преэклампсияны анықтайтын басты белгілер: Артериялық қысымның кем дегенде 160/110 мм сын.бағ. және одан жоғары болуы (екі өлшеуде, 6 сағат аралығында) Ауыр дәрежелі преэклампсияның негізгі диагностикалық белгілері мыналар болып табылады;

Артериялық қысымның екі рет 6 сағат аралығындағы өлшеуде 160/110 мм сын.бағ. және одан жоғары болуы; Протеинурия — тәулігіне 3–5 г/л шамасында, әйелдің бойы мен салмағына байланысты өзгереді; Гипоальбуминемия — қандағы альбумин деңгейінің 18 г/л-ден төмен болуы; Олигурия — зәр мөлшері сағатына 30 мл-ден аз немесе тәулігіне 400 мл-ден төмен болуы; Тромбоцитопения — тромбоциттер санының $100\ 000 \times 10^9/\text{л}$ -ден төмен болуы; Ұрықтың дамуының кешеуілдеуі — 4 аптадан астам мерзімге артта қалу; Преэклампсияның аса ауыр түрлері: ауыр ретинопатия, жедел бауырдың майлануы (гепатоз), HELLP-синдром, жедел бүйрек жеткіліксіздігі, өкпе ісінуі.

Преэклампсия — бұл жүктілікке тән полиоргандық жетіспеушілік синдромы, оның негізінде эндотелиоз және генерализденген ангиоспазм жатыр.

Нәтижесінде қанайналым бұзылып, көп мүшелер зақымданады: бауыр, бүйрек, өкпе, жүйке жүйесі және плацента.

Клиникалық көріністері: артериялық гипертензия, протеинурия, ісінулер. Көп жағдайда босанғаннан кейін 12 апта ішінде қан қысымы қалпына келеді.

Жүкті әйелдердегі артериялық гипертензия — ана мен ұрықтың өмірі мен денсаулығына елеулі қауіп төндіретін өзекті медициналық мәселе. Уақтылы диагноз қою және тиімді емдеу тәсілдерін қолдану жүктіліктің нәтижесін жақсартуға мүмкіндік береді. Зерттеу барысында гипертензияны ерте анықтау, емдеу тактикасын жетілдіру және асқынулардың алдын алу бағыттары қарастырылды. Алдын алу шаралары ретінде өмір салтын оңтайландыру, теңгерімді тамақтану, физикалық белсенділікті сақтау және дәрігердің ұсынымдарын орындау маңызды рөл атқарады. Сонымен қатар, биомаркерлер мен жасанды интеллект технологияларын қолдану ауруды ерте болжауға және жеке тәсіл қалыптастыруға мүмкіндік береді. Артериялық гипертензияны тиімді басқару — ана мен баланың денсаулығын сақтау жолындағы басты міндеттердің бірі.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Сухих Г.Т., Клименко П.А. Акушерство и гинекология: современные аспекты ведения беременности. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022.
2. Корсакова Н.А., Чеботарева Ю.А. Артериальная гипертензия у беременных: диагностика, лечение, профилактика. — Санкт-Петербург, 2021.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Hypertension in Pregnancy: Clinical Practice Guideline. — Washington, 2020.
4. Magee L.A., et al. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. *Pregnancy Hypertension*, 2022.
5. WHO. Recommendations for the prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. — Geneva: World Health Organization, 2023.
6. Яковлева А.С. Современные подходы к профилактике преэклампсии у беременных женщин с высоким риском осложнений. — Самара, 2024.
7. Brown M.A., Magee L.A., Kenny L.C., et al. The hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis & management recommendations for international practice. *Pregnancy Hypertension*, 2023.
8. Gillon T.E., Pels A., von Dadelszen P., MacDonell K., Magee L.A. Hypertensive disorders of pregnancy: a systematic review of international clinical practice guidelines. *PLoS ONE*, 2021.
9. Шахова В.А., Руднева О.Д. Артериальная гипертензия у беременных: современные подходы к терапии и профилактике осложнений. — Журнал акушерства и женских болезней, 2020.
10. Steegers E.A.P., von Dadelszen P., Duvekot J.J., Pijnenborg R. Pre-eclampsia. *The Lancet*, 2022; 387(10022): 999–1011.
11. Савельева Г.М., Серов В.Н., Курцер М.А. Руководство по акушерству. — Москва: Медицина, 2021.
12. Roberts J.M., August P.A. Hypertension in pregnancy: current concepts and management. *New England Journal of Medicine*, 2023.
13. Тулегенова А.Б., Бекенова Д.К. Преэклампсия және артериялық гипертензияның алдын алу жолдары. — Қазақ медициналық журнал, 2022.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.17462493>
УДК: 616.896-07

АУТИЗМ СПЕКТРІ БҰЗЫЛЫСТАРЫ

ТАЖИЕВА АЙГУЛЬ ДУЙСЕБЕКОВНА

АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
ассистент кафедры «Семейная медицина» Шымкент, Қазақстан

САЗЕКОВА АҚБАЯН ЕРКИНБЕКОВНА

Невролог дәрігер, Түркістан Қазақстан

САПАРБАЕВ НУРСАЛИБИДИН ТИЛЕУЛЕСОВИЧ

Аннотация: Аутизм спектрі бұзылыстары – бұл балалық шақта басталатын психикалық бұзылыс, ол әлеуметтік өзара әрекеттесу мен қарым-қатынастың бұзылуымен, қайталанатын және стереотиптік мінез-құлық үлгілерімен, сондай-ақ интеллектуалдық дамудың біркелкі еместігімен сипатталады, жиі ақыл-ой кемістігімен бірге жүреді. Сонымен қатар, бұл бұзылыстар шектеулі, стереотиптік және қайталанатын қызығушылықтар мен әрекеттер жиынтығымен ерекшеленеді. Аутизм спектрі бұзылыстарының (АСБ) пайда болуы мидың дамуының бұзылуымен байланыстырылады. АСБ бар науқастарда әлеуметтік өзара әрекеттесу мен коммуникация салаларында қиындықтар болады. Бұл шолуда аутистикалық бұзылыстардың қазіргі эпидемиологиялық аспектілері, оларды диагностикалау және түзету әдістері, сондай-ақ аурудың даму қаупі факторлары қарастырылады. Көптеген зерттеулер аутистикалық бұзылыстарды ерте анықтау және баланы ерте көмек көрсету бағдарламаларына қосу тиімді оңалтудың негізі бола алатынын және әлеуметтену болжамын жақсартатынын растайды. АСБ кең таралғандықтан, скрининг әдістемелерін әзірлеу, бұл санаттағы науқастар үшін ғылыми негізделген және нормативті түрде бекітілген жол карталарын жасау, сондай-ақ осы патологиясы бар балалар мен олардың ата-аналарына көмек көрсету бағдарламаларын кеңінен енгізу бойынша жұмыстарды күшейту қажет.

Түйінді сөздер: аутизм спектрі бұзылыстары, балалық аутизм, атипиялық аутизм, Аспергер синдромы, «Интенсивті әлем» теориясы, инфантильді аутизм, инфантильді психоз, Каннер синдромы.

Классикалық аутизм немесе Каннер синдромы (инфантильді аутизм, балалық аутизм) – бірнеше бұзылыстарды қамтитын күрделі синдром. Аутизм диагнозын қою үшін үш негізгі симптом болуы қажет:

1. Әлеуметтік өзара әрекеттесудің жеткіліксіздігі (басқалардың сезімдері мен эмоцияларын түсіну және өзінікін жеткізу қиын – бұл қоғамға бейімделуді қиындатады);
2. Өзара қарым-қатынастың жеткіліксіздігі (вербалды және вербалды емес);
3. Қиялдың жеткіліксіз дамуы, ол шектеулі мінез-құлық спектрімен көрінеді.

Аутизм кезінде жиі кездесетін, бірақ диагноз қоюда негізгі саналмайтын белгілер де болады. Балалық аутизм – бұл 3 жасқа дейін байқалатын жалпы дамудың бұзылысы және әлеуметтік өзара әрекеттесу, қарым-қатынас және шектеулі, қайталанатын мінез-құлық салаларында қалыптан тыс жұмыс істеумен сипатталады. Ер балаларда аутизм қыздарға қарағанда 3-4 есе жиі кездеседі.

Атипиялық аутизм – бұл жалпы даму бұзылысының түрі, ол аутизмнен басталу жасымен немесе үш негізгі диагностикалық критерийдің кем дегенде біреуінің болмауымен ерекшеленеді. Ауытқудың алғашқы белгілері көбіне 3 жастан кейін байқалады: әлеуметтік өзара әрекеттесу, қарым-қатынас және шектеулі, стереотиптік, қайталанатын мінез-құлықтың бұзылуы. Атипиялық аутизм көбінесе терең ақыл-ой кемістігі бар, төмен функциялы

балаларда кездеседі, сондай-ақ рецептивті сөйлеу дамуының ауыр бұзылысы бар адамдарда кездеседі.

Аспергер синдромы – бұл жоғары интеллект пен жақсы дамыған сөйлеу дағдыларымен ерекшеленетін аутизм түрі. Мұндай адамдар басқа адамдарға қызығушылық танытқанымен, эмпатия мен әлеуметтік жауапкершіліктің бұзылуына байланысты олардың әлеуметтік әрекеттесулері ебедейсіз болады. Сөйлеуі жиі ресми және педанттық, интонациясы өзгеше; ым-ишара шектеулі немесе шамадан тыс болуы мүмкін, ал сүйікті тақырыпқа қатысты монологтарды бастау оңай, бірақ тоқтату қиын.

Аспергер синдромының басты ерекшелігі – мұндай адамдар қоғамға бейімделе алады, кәсіби табысқа жетіп, отбасы құрып, достасып, адамдармен қарым-қатынас жасай алады. Бұл нәтижеге жету үшін симптомдарды толықтай жою қажет емес, тек күйзеліс туғызатын факторларды алып тастау жеткілікті. Аутизм анағұрлым ауыр өтеді және толық әлеуметтену мүмкін емес.

Көбінесе аутизм мен Аспергер синдромын ажырататын жалғыз белгі – бұл интеллект деңгейі. Төмен IQ аутизм диагнозына әкелсе, жоғары IQ – Аспергер синдромын көрсетеді. Егер эмпатия өте төмен болса, аутизм диагнозы қойылады, ал егер эмпатия деңгейі жоғарырақ болса, Аспергер синдромы деп анықталады.

Савант синдромының ортақ интеллектуалдық ерекшелігі – феноменалды жады. Савант синдромы бар адам бір рет естіген бірнеше бет мәтінді жатқа айтып бере алады немесе алты таңбалы сандарды ойша дұрыс көбейте алады. Бұл – дамуы бұзылған (соның ішінде аутистикалық спектрдегі) адамдарда байқалатын, бір немесе бірнеше білім саласында ерекше қабілеттер байқалатын жағдай, ол тұлғаның жалпы шектеулі дамуымен қарама-қайшы тұрады. Бұл сирек кездеседі және көбінесе дамудың кейбір бұзылыстарымен, жиі Аспергер синдромымен бірге жүреді.

«Интенсивті әлем» теориясы ауыр аутизмнің кейбір формаларында, мүлде сөйлей алмайтын немесе басқа адамдармен әрекеттесе алмайтын адамдарда, саванттардан да жоғары жасырын қабілеттер болуы мүмкін деп болжайды. Басқаша айтқанда, психиатрлар ауыр ақыл-ой кемістігі бар деп санайтын кей аутисттер шын мәнінде ең дарынды адамдар болуы мүмкін. Біз білетін саванттар – өз ойларын білдіру қабілетін сақтап қалғандар. Бұл теорияға сәйкес, саванттардың миындағы бадамша дене (амигдала) «интенсивті әлем» әсерінен азырақ зардап шегеді, сондықтан олар сыртқы тітіркендіргіштермен күресуді жеңілдетеді және өздерін білдіре алады. Ауырсыну мен қорқыныштың артында үлкен әлеует жасырынып жатыр.

Камила мен Генри Маркрам аутизмі бар адамдардың миы «артық жүктелген» деп есептейді. Олар аутизмі бар балалардың миы жылдам өсетінін және әдетте 2–3 жасқа қарай (аутизм белгілері алғаш рет байқалатын кезең) орташа көрсеткіштен 10% үлкен болатынын атап өтеді. Маркрам мидағы нейрондар ерекше сезімтал әрі икемді деп санайды. Бұл — қабылдаудың күшеюіне, гиперфокусқа, керемет есте сақтауға және күшті эмоцияларға әкелуі мүмкін.

Зерттеулер көрсеткендей, аутизмі бар балалардың миы тыныш күйде болғанның өзінде, сау балаларға қарағанда 42%-ға көп ақпарат өңдейді.

Жүктілік кезінде батыстық үлгідегі тамақтану (майы, қанты және өңделген өнімдері көп тағамдар) жүйке жүйесінің дамуына теріс әсер етіп, балалық және жасөспірімдік кезеңдегі неврологиялық бұзылыстармен байланысты болуы мүмкін.

Метаболизмалық талдау жүктілік кезінде СДВГ (зейін тапшылығы және гиперактивтілік синдромы) даму мүмкіндігін болжауды жақсартатын 15 аралық метаболитті анықтады.

60 000-нан астам «ана–бала» жұбын қамтыған ірі зерттеу алаңдатарлық байланысты көрсетті:

жүктілік кезіндегі **батыстық диета** — құрамында май, қант және өңделген өнімдер көп болса — баланың СДВГ және аутизм даму қаупін едәуір арттырады.

Тіпті мұндай диетаға аздап бейімделудің өзі мыналармен байланысты болды:

- СДВГ даму қаупі **66%-ға** жоғары;
- Аутизм даму қаупі **122%-ға** жоғары.

Аутизм спектрі бұзылыстары бұрынғыдай ақыл-ой кемістігімен тең емес — бұл біздің миымыздың жұмыс істеу құпиясын ашуға және эволюцияның жаңа сатысына апаратын кілт болуы мүмкін.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. <https://www.mbfbioscience.com/news/2011/04/kamila-and-henry-markram-say-autism-results-from-a-supercharged-brain/>
2. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3010743/>
3. <https://www.amazon.com/Boy-Who-Felt-Much-Neuroscientist/dp/1948924781>
4. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2518049/>
5. <https://medium.com/matter/the-boy-whose-brain-could-unlock-autism-70c3d64ff221>
6. <https://www.salon.com/2019/11/16/how-a-neuroscientists-infant-son-revolutionized-our-understanding-of-autism/>
7. 2010: Маркрам, Камила; Маркрам, Генри (21 декабря 2010 г.). "Теория интенсивного мира – объединяющая теория нейробиологии аутизма". Рубежи в нейробиологии человека. 4: 224. doi:10.3389/fnhum.2010.00224. ISSN 1662-5161. PMC 3010743. PMID 21191475.
8. <https://diseases.medelement.com/disease/общие-расстройства-психологического-психического-развития-расстройства-аутистического-спектра-кп-рк-2021/16777>
9. Журнал Имени Меня "ЖИМ" статья "В России аутизма "нет". И это очень плохо"
10. Источник: https://www.nature.com/articles/s42255-025-01230-zfbclid=PAZXh0bgNhZW0CMTEAAaImGOCm4JELWApCHo0TNU17skAcpHkt4yDvAUdNFIP_JMP5XRuAoE2Uk_aem_U5qWVKM-XxGGti29qy3F1w



СОДЕРЖАНИЕ CONTENT

МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ MEDICAL SCIENCES

ЖАКСЫЛЫКОВА ГУЛИМАЙ КЕНЖЕБАЙКЫЗЫ, АБЕУОВА Б.А. [АСТАНА, КАЗАХСТАН] РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ПО ПОЛЛИНОЗУ.....	3
ИНИЯТУЛЛА ӘСЕМ ИНИЯТУЛЛАҚЫЗЫ [АЛМАТЫ, КАЗАХСТАН] КЛИНИКО- ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗДОРОВЬЯ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ.....	9
СӘТБАЕВА ЖАНАР ЖӘЛЕЛҚЫЗЫ [АЛМАТЫ, ҚАЗАҚСТАН] ВАЛИДИЗАЦИЯ АНКЕТЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.....	13
МАЗУРКЕВИЧ СТАНИСЛАВ АЛЕКСАНДРОВИЧ, А. БОВА [МИНСК, БЕЛАРУСЬ] МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА КОРОНАВИРУСНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ.....	17
ТУРГАНБЕК ЗАРИНА НАУАТБЕКОВНА, ЖАНБОСЫНОВА БОТАГОЗ АБДИМАНАПОВНА, ЖАПАРОВА ЖАНАР АБИШЕВНА [ШЫМКЕНТ, КАЗАХСТАН] РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ, МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ, ПРОГНОЗ И ПЕРСПЕКТИВЫ.....	20
МУРАТОВА РОЗА НУРПАПАЕВНА, АКБЕРДИЕВА ГУЛЬМИРА УРУМБЕКОВНА [ШЫМКЕНТ, КАЗАХСТАН], БАЙБОСЫН МАНЗУРА АМАНГЕЛДИЕВНА [ТУРКЕСТАН, КАЗАХСТАН] ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ.....	27
УТЕПОВА РАЙХАН ЯХУДАЕВНА, БАРХЫБАЕВА НАЗИРА АЛИШЕРОВНА, ЖАПАР МАЙРА АБИЛОВНА, КОЖАБЕРГЕН АЙСУЛУ [ТУРКЕСТАН, КАЗАХСТАН] СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ.....	34
АХМЕТБЕК АМАН САРЖАНҰЛЫ, БЕКБОЛАТ АЙМЕРЕЙ, БАЛТАБЕК ШЫҢҒЫС АСҚАРҰЛЫ, БАЗАРБАЕВА АНЕЛЬ УМЫТКАНОВНА, СЛЯМ АЗИЗ БАУЫРЖАНҰЛЫ, ДИНАРА ОРМБАЕВНА САДЫКОВА [СЕМЕЙ, ҚАЗАҚСТАН] АУТИЗМНІҢ НЕЙРОБИОЛОГИЯЛЫҚ НЕГІЗДЕР.....	40
ANASTASSIYA MARTSINOVSKAYA [WARSZAWA, POLSKA] DIETOTERAPIA W CHOROBACH SKÓRY: TRĄDZIK, TRĄDZIK RÓŻOWATY I ŁUSZCZYCA.....	42
ГАБЖАЛИЛОВ Ж.П., БЕЙСЕБЕКОВ М.Н., ТЕБЕНОВА Г.М., ЖАЙШИЕВА Ш.А., ТЛЕШЕВ М.Б. [АЛМАТЫ, ҚАЗАҚСТАН] ОРТОПЕДИЯЛЫҚ СТОМАТОЛОГИЯДА ЖАСАНДЫ ИНТЕЛЛЕКТІНІ ҚОЛДАНУ: ДӘЛДІК, ЭТИКА ЖӘНЕ ЦИФРЛЫҚ ИНТЕГРАЦИЯНЫҢ БОЛАШАҒЫ.....	44
Ю.Я.ЯДИКАР, Н.А. РАХЫМБАЕВ Г.А. ДЮСЕМБИНОВА [АЛМАТЫ, ҚАЗАҚСТАН] ИММУНОСТИМУЛЯТОРЛАР НАРЫҒЫНЫҢ ҚАЗІРГІ ЖАҒДАЙЫ.....	48
ТАЖИЕВА АЙГУЛЬ ДУЙСЕБЕКОВНА, ЕРБОЛОВА ЖАНЕРКЕ, ЖУМАГУЛОВА АЛУА БАУЫРЖАНҚЫЗЫ, ҚУАНДЫҚ АҚЖАЙЫҚ ЕДІЛБЕКҚЫЗЫ, АСАНОВА АРАЙЛЫМ БАХТИЯРҚЫЗЫ, ЕРМЕК ЕРДӘУІТ СЕЙІТЖАПБАРҰЛЫ [ШЫМКЕНТ, ҚАЗАҚСТАН] ЭКЛАМПСИЯ: ДИАГНОСТИКА, ЕМІ ЖӘНЕ АЛДЫН АЛУДЫҢ ЗАМАНАУИ ТӘСІЛДЕРІ.....	55



БЕЙСЕНБЕКҰЛЫ НҰРЖАН, ЖАЙЛАУБЕК АНЕЛЬ, МЕЙІРБЕК ЖАЛҒАС [АСТАНА, ҚАЗАХСТАН] ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ.....	60
ЕРКЕБАЕВ ҚУДРЕТ ДАНИЯРҰЛЫ, САЙЛЫБАЙ ДАНАБЕК БЕЙСЕНБАЙҰЛЫ, ЖОЛДАСБЕК ӘДІЛЕТ БАҚЫТЖАНҰЛЫ, ТЕМІРБАЙ АСЫЛЖАН САБЫРХАНҰЛЫ, САЛХУДИНОВА НҰРАЙЛЫМ АМАНГЕЛДІҚЫЗЫ, ЛЕС АЙНУР РАСУЛҚЫЗЫ [ШЫМКЕНТ, ҚАЗАҚСТАН] ФИЗИОЛОГИЯЛЫҚ ЖҮКТІЛІК КЕЗІНДЕ ӘЙЕЛ ОРГАНИЗІМІНДЕ ӨТЕТІН АДАПТАЦИЯЛЫҚ ӨЗГЕРІСТЕР.....	65
ТАЖИЕВА АЙГУЛЬ ДУЙСЕБЕКОВНА, ТҰРСУНҚҰЛ АРУЖАН ТҮЛТЕБАЙҚЫЗЫ, КАСИМБЕКОВА НУРБАЛУ БЕКЕТКИЗИ, ЖАҢБЫРОВА ШҰҒЫЛА ҒАЛЫМҚЫЗЫ, ЕСКЕРМЕС БЕРДІБЕК ТӨРЕЖАНҰЛЫ, ЗАМАНБЕК АСЫЛХАН САМАТҰЛЫ [ШЫМКЕНТ, ҚАЗАҚСТАН] ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕГІ АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТНЕЗИЯНЫҢ ЕРЕКШІЛІКТЕРІ МЕН ДИАГНОСТИКАСЫ.....	69
ТАЖИЕВА АЙГУЛЬ ДУЙСЕБЕКОВНА [ШЫМКЕНТ, ҚАЗАҚСТАН], САЗЕКОВА АҚБАЯН ЕРКИНБЕКОВНА [ТҮРКІСТАН, ҚАЗАҚСТАН], САПАРБАЕВ НУРСАЛИБИДИН ТИЛЕУЛЕСОВИЧ АУТИЗМ СПЕКТРІ БҰЗЫЛЫСТАРЫ.....	74

"IN THE WORLD OF SCIENCE AND EDUCATION"

Контакт

els.education23@mail.ru

Наш сайт

irc-els.com

