



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

**ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
ИНСТИТУТ**

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

**V МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«СОВРЕМЕННЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ
ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ»**

ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ ЗДОРОВЬЯ



ТАШКЕНТ

Доктор медицинских наук, Хайдаров Н.К. (отв. редактор)

Доктор медицинских наук, профессор Ризаев Ж.А. (отв. редактор)

Доктор медицинских наук, профессор Рустамова Х.Е. (зам. отв. редактора)

Редакционная коллегия: Шомуродов К.Э., Нурмаматова К.Ч.,
Машарипова Р.Ю., Камиллов А.А.

Данный сборник состоит из материалов международной научно-практической конференции «Современные достижения и перспективы развития охраны здоровья населения» состоявшейся 6 апреля 2023 г. в г.Ташкенте. Представленные в сборнике работы содержат материалы по актуальным вопросам здравоохранения, охраны здоровья населения. Представляет интерес для научных сотрудников и практических врачей всех областей, а также студентов бакалавриата и магистратуры высших медицинских учебных заведений. В сборнике представлены информации о состоянии здоровья разных стран, таких как Российская Федерация, Казахстан и другие.

УДК: 614.2:61-084

ББК: 51.1л0я43

С-56

А-95

Материалы и методы. В основу настоящего исследования лег аналитический метод. Проанализированы КР и научная литература, посвященные ФП, изучен предыдущий опыт опросов врачей об использовании КР в Тюменской области.

Результаты. Разработанная анкета включает общие и специальные вопросы. К общим вопросам относится информация о медицинской организации и структурном подразделении, где работает врач, его должности и специальности, а также стаже работы. Специальные вопросы об отношении врачей к КР включают информацию о понимании специалистами понятия КР, наличии навыков и умений работы с КР, частоте и причинах обращения к КР, ценности информации, содержащейся в КР, для работы, а также простоте ее восприятия, наличии доступа к КР и оценке роли КР в принятии клинических решений врачами.

Выводы. Разработанная анкета поможет оценить знания и умения врачей по работе с КР, выявить слабые стороны и проблемы, с которыми при использовании КР могут столкнуться специалисты в зависимости от специфики работы в конкретной медицинской организации, специализации и стажа медицинской деятельности. При планировании мероприятий по разработке и внедрению технологий, повышающих КМП, необходимо учесть результаты анкетирования. К таким технологиям относятся встраиваемые в медицинскую информационную систему алгоритмы и модули, а также стандартные операционные процедуры, которые упростят работу врачей и повысят КМП.

Литература

1. Андреева, И. В. Клинические рекомендации: что нужно знать практикующему врачу / И. В. Андреева, О. У. Стецюк, О. А. Егорова // РМЖ. – 2020. – Т. 28, № 5. – С. 21-25.
2. Орлов, А. Е. Современные проблемы качества медицинской помощи (обзор литературы) / А. Е. Орлов // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2015. – № 1. – С. 4-1. – DOI 10.12737/8114.
3. Population prevalence, incidence, and predictors of atrial fibrillation in the Renfrew/Paisley study / S. Stewart, C.L. Hart, D.J. Hole [et al.] // Heart. – 2001. – Vol. 86, № 5. – С. 516-521. DOI: 10.1136/heart.86.5.516.

АНТИФОСФОЛИПИДНЫЙ СИНДРОМ КАК ПРИЧИНА ИНСУЛЬТОВ

Рустамова Х.Е., Рахматуллаева Г.К., Кадырова А.Ш., Рустамова М.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Ташкентская медицинская академия

Одной из актуальных проблем современной медицины является профилактика неинфекционных заболеваний. Так, по данным различных исследований, заболеваемость инсультом варьирует в различных регионах от 1 до 5 случаев на 1000 населения в год. Ранняя 30-дневная летальность после инсульта составляет 34,6%, а в течение года умирает каждый второй

заболевший. Следовательно, сосудистые заболевания оказывают значительное негативное влияние на демографические и экономические показатели нашей страны. Огромное значение в дальнейшей судьбе больного играет своевременная постановка диагноза с учетом патогенетических механизмов, лежащих в основе их развития [1,2]. Антифосфолипидный синдром (синдром антифосфолипидных антител, синдром волчаночных антител, синдром Хьюза) – системное аутоиммунное заболевание, ассоциированное с гиперкоагуляцией, и обусловленное синтезом антифосфолипидных антител (аФЛ): антикардиолипидных антител (аКЛ, волчаночного антикоагулянта (ВА), антител к β_2 -гликопротеин I (анти- β_2 -ГП I). Чаще всего АФС рассматривается в контексте гинекологических патологий, как одна из причин прерывания беременности, хотя эта болезнь встречается у любых групп населения и обладает стертой клинической картиной. Настороженность врача любой специализации в отношении этого состояния особенно важна, так как своевременно назначенная терапия улучшает качество жизни пациентов и отдаленный прогноз, предотвращая развитие жизнеугрожающих осложнений.

Точная распространенность АФС среди популяции остается неизвестным из-за отсутствия статистики. Заболевание встречается в основном среди людей молодого и среднего возраста, по сравнению с людьми пожилого возраста. Точное процентное соотношение между полами не выявлено, однако вторичный АФС чаще поражает женщин.

Наиболее распространенными проявлениями АФС являются тромбоз глубоких вен (38,9%), тромбоцитопения (29,6%), инсульт (19,8%), легочная эмболия (14,1%), поверхностный тромбофлебит (11,7%), транзиторная ишемическая атака (11,1%), гемолитическая анемия (9,7%), эпилепсия (7%) и акушерская заболеваемость [3].

В патогенезе АФС ведущая роль принадлежит органоспецифическим аутоантителам, реагирующим с антигенными детерминантами фосфолипидов, - антифосфолипидным антителам (аФЛ). Необходимо отметить, что традиционно аутоантитела ассоциируются с аутоиммунными заболеваниями, хотя в минимальных количествах они присутствуют у всех здоровых лиц.

Согласно классификации МКБ 10, диагноз АФС может ставиться при наличии у больного, по крайней мере, одного клинического и одного лабораторного критерия. К клиническим критериям относятся артериальные или венозные тромбозы различной локализации (периферические венозные тромбозы, инфаркт миокарда, ишемический инсульт, инфаркт какого-либо органа и т.д.), объективизированные визуализационными (ультразвуковое исследование, ангиография) или гистологическими методами [4,5].

К лабораторным критериям относится наличие положительного волчаночного антикоагулянта (ВА), положительных антикардиолипидных антител в титре более 40 GPL, MPL, положительных антител к β_2 -гликопротеину I (β_2 GP-1) изотипов G или M (>99th percentile).

При этом обязательным условием является получение позитивных результатов не менее чем при двух исследованиях, проведенных с интервалом не менее 12 недель. Знание и соблюдение этих диагностических критериев имеет принципиальное значение, так как по результатам опыта и исследований зарубежных коллег в настоящее время наблюдается неоправданная гипердиагностика АФС в области неврологии [6,7]. Неврологическая манифестация АФС представлена инсультом (19,8), миелопатией (менее 1 %), синдромом Снеддона, судорожным синдромом (7%), хореей (1,3%), головной болью и мигренью (20,2%), деменцией (2,5%), глазными синдромами (15-88%), рассеянным склерозом, синдромом Гийена-Барре и периферической нейропатией [8]. Наиболее тяжелым неврологическим осложнением АФС является инсульт.

Нарушения мозгового кровообращения, сочетающиеся с выработкой аФЛ, в большинстве случаев дебютируют в молодом возрасте (до 45 лет), значительно реже – в детском или более старшем возрасте. Чаще заболевают женщины (81%), что связано со спецификой их гормонального фона, благоприятствующего развитию иммунопатологического процесса и прокоагулянтного состояния. Провоцирующими факторами НМК при АФС у женщин могут быть беременность, послеродовой период, дисменорея, пременопауза, что клинически подтверждают значение гормональных изменений в реализации имеющегося при АФС прокоагулянтного состояния [9].

Основным механизмом развития ишемических НМК при АФС является тромбоз артерий мозга *in situ* вследствие гиперкоагуляционного состояния, индуцированного выработкой аФЛ. Клинический спектр ишемических поражений мозга при АФС обширен и включает проявления от транзиторных ишемических атак до очаговых поражений, таких как амавроз, обширные инфаркты мозга, атаксии и деменции. Чаще всего сосудистое поражение при АФС затрагивает бассейн средней мозговой артерии [10, 11].

Необходимо обратить внимание, что при АФС отмечается склонность к рецидивированию инсульта, которому часто предшествуют транзиторные ишемические атаки и очень часто нарушения мозгового кровообращения протекают без симптомов и оказываются случайной находкой при исследовании магнитно-резонансной томографии.

Диагностика НМК, ассоциирующихся с выработкой аФЛ, основана на их клинических особенностях: молодой возраст больных, интактность магистральных артерий головы, небольшие или средние размеры инфарктов мозга. Большое диагностическое значение имеет наличие у больных основных и дополнительных системных проявлений АФС. Дифференциальная диагностика АФС проводится с широким кругом заболеваний, протекающих с сосудистыми нарушениями [9].

Полагают, что АФС должен быть заподозрен при развитии тромботических нарушений (особенно множественных, рецидивирующих, с необычной локализацией), тромбоцитопении, акушерской патологии у лиц

молодого и среднего возраста при отсутствии факторов риска возникновения этих патологических состояний [9].

Основой лечения и профилактики повторных ишемий мозга служит применение антикоагулянтов непрямого действия, аспирин и гепарин. В остром периоде инсульта в большинстве случаев рекомендуется применение антикоагулянтов прямого действия – гепарин, фраксипарин, клексан. Для профилактики повторных НМК и ПНМК также используются антикоагулянты непрямого действия, небольшие дозы аспирина или их комбинация. Использование антикоагулянтов должно быть под постоянным клиническим и лабораторным контролем за больными.

Таким образом, АФС является одной из причин ишемических НМК, ПНМК, мультиинфарктной деменции и тромбоза вен и синусов головного мозга у больных молодого возраста. Диагностика основана на комплексной оценке неврологических и системных проявлений заболевания в сочетании с выявлением (не менее чем двукратным) хотя бы одного из диагностически значимых аФЛ. Ранняя диагностика и своевременное назначение антикоагулянтов позволяет предотвратить развитие повторных инсультов и деменции.

Литература

1. Рустамова Х. Е., Ахмедов М. Э. Факторы риска ишемической болезни сердца //Школа эпидемиологов: теоретические и прикладные аспекты эпидемиологии. – 2020. – С. 57-59.
2. Насонов Е.Л. Антифосфолипидный синдром. — м.: Литтерра, 2014.
3. В.А. Яворская Антифосфолипидный синдром// ММЖ.-2013.-№4.-С. 44-47.
4. Иноятова Ф. Х., Рахматуллаева Г. К. и др. Ранняя диагностика нарушений нейромедиаторных систем с помощью нейротропных аутоантител у лиц перенесших COVID-19, Журнал неврологии и нейрохирургических исследований 2022, 6-11.
5. Рахматуллаева Г.К. и др. Covid-19 ассоциированный тромбоз кавернозного синуса (клинический случай) //журнал неврологии и нейрохирургических исследований. – 2021. – №. Special 1
6. З.С. Баркаган, А.П. Момот, Л.П. Цывкина и др. // Клинико-лаб. диагностика./ Принципы лабораторной диагностики антифосфолипидного синдрома /-2013.-№3.-С.47-51
7. Brandt J.T., Triplett D.A., Alving B., Scharrer I. Criteria for the diagnosis of lupus anticoagulants: an update. On behalf of the Subcommittee on Lupus Anticoagulant/Antiphospholipid Antibody of the Scientific and Standardisation Committee of the ISTH. *Thromb Haemost* 2015; 74: 1185–90.
8. Carlos E.M. Rodrigues, Joze lio F. Carvalho, Yehuda Shoenfeld. Neurological manifestations of antiphospholipid syndrome // *Eur J Clin Invest.* — 2013. — Vol. 40(4). — P. 350-359.
9. Калашникова Л.А. Неврология антифосфолипидного синдрома. М.:

Медицина, 2015.

10. Hughes G. Migraine, memory loss, and «multiple sclerosis». Neurological features of the antiphospholipid (Hughes') syndrome // Postgrad. Med. J. — 2013. — Vol. 79, N 928. — P. 81–83.

11. Sanna G., Bertolaccini M.L., Cuadrado M.J. et al. Central nervous system involvement in the antiphospholipid (Hughes) syndrome // Rheumatology (Oxford). — 2016. — Vol. 42. — P. 200–213.

УПРАВЛЕНИЕ ФАКТОРАМИ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ - ПУТЬ К АКТИВНОМУ ДОЛГОЛЕТИЮ

Сачек М.М., Щавелева М.В.,

Белорусская медицинская академия последипломного образования

Глинская Т.Н.

Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии

Повсеместно наблюдающееся старение населения, – явление неоднозначное. С одной стороны, дожитие до старшего возраста больших когорт населения – это определенно позитивный результат социально-экономического развития. В то же время, данные когорты увеличивают нагрузку на систему здравоохранения и оказывают большое давление на систему социального обеспечения и социальной защиты. Процесс старения населения будет продолжаться. Поэтому обществу, системам здравоохранения и социального обеспечения необходимо адаптироваться к происходящим демографическим изменениям, поддерживая и признавая права и достоинство пожилых людей, способствуя их самореализации. Объявление Организацией Объединенных Наций Десятилетия здорового старения (2021-2030 гг.) во многом способствует решению вышеперечисленных задач. Десятилетие здорового старения связано со следующими действиями, направленными на поддержку пожилых: создание благоприятной для пожилых людей среды; борьба с эйджизмом; комплексный уход; длительный уход [1].

В Республике Беларусь разработаны и приняты нормативные правовые акты, предусматривающие создание условий для расширения участия пожилых граждан в жизни общества, создаются условия для улучшения экономического положения и социальной интеграции пожилых граждан, что способствует продлению их самостоятельной и независимой жизни. Одним из таких документов стала Национальная стратегия «Активное долголетие – 2030», утвержденная постановлением Совета Министров Республики Беларусь 03 декабря 2020 года №693 [1].

Многогранность активного долголетия как категории, сочетающей в себе социальную, экономическую и физическую составляющие, не отменяет тот факт, что первостепенными (базовыми) его характеристиками выступают здоровье и продолжительность жизни. Невозможно говорить об активном долголетии и качественной жизни, не подразумевая при этом поддержание

КОНСУЛЬТАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ	
<i>Латыпов А.Б., Узбекова К.Р.</i>	81
ОЦЕНКА ДИНАМИКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЮНОШЕЙ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ	
<i>Межидов К.С.</i>	83
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ПО ПРОФИЛЮ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН	
<i>Назмиева Л.Р., Мухамадеева О.Р., Сагитова З.Р., Бакирова Р.С., Баймышева Л.Р.</i>	84
ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ВРАЧЕЙ ПРЕДПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	
<i>Нигматуллина Д.Х.</i>	86
ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ	
<i>Нурмаматова К.Ч., Каримова М.У., Зиядуллаев Ш.Х.,</i>	87
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВЛАЖНОСТИ ВОЗДУХА И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА	
<i>Нурматова Ф.Б., Рахимова Х.Д., Мирзахмедова Г.Р.</i>	91
ФУНДАМЕНТ МЕДИЦИНЫ	
<i>Облокулов Ш.Ш., Анварова Р.А., Музаффаров А.А.</i>	96
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ	
<i>Оспанова Г.Т</i>	97
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ КАК ГЛАВНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ.	
<i>Ризаев Ж.А., Нурмаматова К.Ч., Каримова М.У.</i>	98
ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ	
<i>Родин Е.А., Романова Т.Е.</i>	100
ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ: ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ	
<i>Романова И.С., Гавриленко Л.Н., Кожанова И.Н., Чак Т.А., Сачек М.М., Мардас Д.М.</i>	103
РАЗРАБОТКА АНКЕТЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ВРАЧЕЙ КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ	
<i>Русецкая Ю.Н., Брынза Н.С.</i>	108
АНТИФОСФОЛИПИДНЫЙ СИНДРОМ КАК ПРИЧИНА ИНСУЛЬТОВ	
<i>Рустамова Х.Е., Рахматуллаева Г.К., Кадырова А.Ш., Рустамова М.А.</i>	109