



Оңтүстік Қазақстан  
медицина академиясының

# ХАБАРШЫСЫ

• ВЕСТНИК •

*Южно-Казахстанской медицинской академии*

“VESTNIK”

of the South-Kazakhstan medical academy

REPUBLICAN SCIENTIFIC JOURNAL

***ТОМ V***

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ  
ҒЫЛЫМИ ЖУРНАЛ

№4 (84), 2018

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ  
НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

типу в бассейне левой средней мозговой артерии от 04.04.18г. Афазия. Смешанный тетрапарез. Когнитивные нарушения. Дисфункция тазовых органов.

Из анамнеза известно, что с января 2018 года пациентку начали беспокоить головные боли, головокружения периодически с тошнотой. С марта – онемение и снижение чувствительности в правой руке в течение нескольких минут, купируются самостоятельно. 04.04.18 в экстренном порядке доставлена в ОДКБ с жалобами на ограничение движений, онемение и слабость в правой руке, опущение угла рта справа. Находилась на обследовании и лечении по 26.04.18 с диагнозом: ОНМК по смешанному типу в бассейне СМА, подострый период. Когнитивные нарушения. Артериальная гипертензия I стадия. Острый назофарингит. Острый правосторонний верхнечелюстной синусит, остаточные явления. Радиоульнарный синостоз с обеих сторон.

МРТ от 15.04.18: МР-картина обширных участков и мелких фокусов ОНМК по ишемическому типу (подострая стадия) по ходу коры лобной и теменной долей, а также в белом веществе БП, с признаками снижения скорости кровотока в области терминальных ветвей левой СМА. Нельзя исключить САК в левой лобно-теменной области. Очаговые изменения (сосудистого характера) и постишемические лакунарные кисты в белом веществе и базальных ядрах слева. Риносинусопатия, кисты в верхнечелюстных пазухах.

КТ головного мозга (19.04.18): Подострое САК в левой теменной области. КТ признаки ОНМК по ишемическому типу левой лобной, височной, теменной области в бассейне конечных ветвей СМА слева. Постишемическая лакунарная киста в проекции хвостатого ядра слева. Катаральные изменения правой верхнечелюстной пазухи. Получала лечение: пентоксифиллин, пирацетам, актовегин в кап, дегидратационную терапию, гормоны; после выписки: кортексин, пантогам, циннаризин.

На момент выписки из ГБУЗ Областной детской клинической больницы в неврологическом статусе: правый угол рта опущен, речь замедленная. Глубокие рефлексы без разницы сторон, живые. Чувствительность не нарушена. Ограничение движений в/конечностей в локтевых и лучезапястных суставах (с рождения), деформация пальцев кисти, стоп. Координация не нарушена. Патологических стопных и менингеальных знаков нет.

В связи с жалобами на головную боль была консультирована нейрохирургом, после чего рекомендована плановая госпитализация для проведения КТ ангиографии головного мозга. Проведена КТ ангиография в условиях ГБУЗ «ГКБ №5», после чего документы направлены для заочной консультации в федеральный центр для решения вопроса об оперативном лечении. По данным исследования планировалось госпитализировать ребенка в ФЦН г. Тюмень. В ходе подготовки у ребенка отмечались ишемические атаки, нестабильность АД.

В сентябре повторный ишемический инсульт в правом полушарии, проведено МРТ, КТ головного мозга. Повторно консультирована в федеральном центре, рекомендовано лечение в неврологическом отделении с последующей госпитализацией в ФЦН г. Тюмень в «холодном» периоде. В ходе лечения отмечается положительная динамика как в соматическом, так и в неврологическом статусе. В настоящее время общее состояние тяжелое по заболеванию. Сознание сохранено. Речевому контакту не доступна. Эмоционально лабильна. Простые инструкции выполняет с задержкой. Получает специфическую терапию для коррекции АД. Вес 65 рост 159. В неврологическом статусе: череп округлой формы. ОГ – 56 см. Глазные щели, зрачки D=S. Расходящийся страбизм. Глазодвижения достаточные. Нистагма нет. Опущен левый угол рта. Афазия. Мышечный тонус резко снижен, больше слева. Мышечная сила в левой руке 0 б, левой ноге 2 б, справа в руке и ноге 4 б. Проприоцептивные рефлексы с конечностей D<S, оживлены. Сидеть, стоять не может. Находится в положении лежа, не поднимается. Симптом Бабинского + слева. Ригидность мышц затылка. Дисфункция тазовых органов - недержание мочи.

#### **Заключение**

Изучения цереброваскулярных заболеваний обусловлено высокой распространенностью, инвалидизацией и смертностью среди больных с патологией сосудов головного мозга как в детском возрасте, так и во взрослой практике. Не смотря на то, что болезнь Мойя-Мойя является редким заболеванием, оно имеет злокачественное прогрессирующее течение. Постановка данного диагноза возможна только с учетом специальных методов обследования.

#### **Список литературы**

1. Болезнь Мойя-Мойя /Буркова К.И. [и др.]// Неврологический журнал. – 2014.-№5. – С.38-42
2. Болезнь Мойя-Мойя: случай из практики /Ковлаенко А.П. [и др.]// Эндоваскулярная нейрохирургия. - 2013. - №5. – С.54-61

### **АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА *CNTNAP2* С РАЗВИТИЕМ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

Перфильева А.В.<sup>1</sup> Алматы, Казахстан, [nastyaper2009@mail.ru](mailto:nastyaper2009@mail.ru), Беспалова К.Б.<sup>1,2</sup> Алматы, Казахстан, [kira.b.bespalova@gmail.com](mailto:kira.b.bespalova@gmail.com), Гаршин А.А.<sup>1</sup> Алматы, Казахстан, [xbunny777@gmail.com](mailto:xbunny777@gmail.com), Скворцова Л.А.<sup>1,2</sup> Алматы, Казахстан, [lilia\\_555@rambler.ru](mailto:lilia_555@rambler.ru), Б.О. Бекманов<sup>1,2</sup> Алматы, Казахстан, [bobekman@rambler.ru](mailto:bobekman@rambler.ru)

<sup>1</sup> Институт общей генетики и цитологии КН МОН РК, Алматы, Казахстан

<sup>2</sup> Казахский Национальный Университет имени аль-Фараби, Алматы, Казахстан

Расстройства аутистического спектра (РАС) представляют собой гетерогенные синдромы, определяемые по нарушениям в трёх ключевых областях: социальном взаимодействии, речи и диапазоне интересов. Актуальность проблемы РАС обусловлена высокой частотой данной патологии. В 2000 году считалось, что распространенность РАС составляет от 5 до 26 случаев на 10 000 детского населения [1]. В 2014 году по статистическим данным Centers for Disease Control and Prevention уже один ребенок из 68 в США страдал РАС

[2]. В Казахстане по данным 2014 г. аутизмом страдали около 1,5 тысяч детей, а по данным Национального научно-практического центра коррекционной педагогики на 2016 г. в стране живет более 1 956 детей, страдающих данной патологией.

Согласно литературным данным установлено, что средний вес мозга детей с РАС больше обыкновенного [3]. В качестве одной из причин патологически избыточного роста мозга выдвигаются нарушения клеточной адгезии и нейромиграции на ранних стадиях развития, сбой в формировании синапсов и дендритных шипиков. Одним из генов, входящих в семейство нейрексина, которые функционируют в качестве молекул клеточной адгезии и рецепторов, является ген *CNTNAP2* (contactin associated protein-like 2, 7q35-q36.1, 25 экзона), осуществляющий свои основные функции в миелинизированных аксонах, обеспечивая взаимодействие между нейронами и глией. Он также отвечает за локализацию калиевых каналов и дифференциацию аксонов на отдельные функциональные субдомены. В связи с важностью выполняемых функций данный ген относят к кандидатным генам РАС, а его генетические варианты могут модулировать риск РАС.

Целью исследования был анализ полиморфизма гена *CNTNAP2* в семьях с детьми, которым установлен диагноз РАС.

Материал для исследования (буккальный соскоб) взят у детей с диагнозом РАС и их здоровых сибсов, участников проекта «Аутизм победим», Алматы. В исследование было включено 27 детей с РАС и 23 здоровых человека. Протокол, включающий все этапы исследования по проекту, был утвержден в Этическом комитете на базе КазНМУ им. С.А. Асфендиярова. Помимо оформления согласия на исследование проводилось подробное анкетирование и необходимое психологическое тестирование детей CARS и M-CHAT. Геномную ДНК экстрагировали из буккальных соскобов. Генотипирование полиморфизма проводили с использованием метода ПЦР-ПДРФ. Ассоциацию между полиморфизмом rs2710102 и риском РАС оценивали путем расчета коэффициента достоверности (OR) с 95% доверительным интервалом (95% CIs).

Для *CNTNAP2* rs2710102 статистический анализ определил повышенный риск развития РАС для гомозиготного генотипа ТТ (OR=1,90; 95%CI=0.42–8.67; p=0,4-0,57) и для комбинации генотипов СТ+ТТ (OR=2,48; 95%CI=0,21-29,23; p=0,46). Таким образом, с повышенным риском РАС ассоциируется генотип ТТ и комбинация генотипов СТ+ТТ. Другими авторами показано, что rs2710102 гена *CNTNAP2* ассоциирован с задержкой речевого развития у детей с РАС (p<0,028). Этот эффект в первую очередь проявлялся среди мальчиков, возможно, в связи с большим распространением РАС среди них [4].

Данные не являлись статистически достоверными. Увеличение выборок и включение в исследование семей здоровых детей на следующих этапах работы позволит получить более значимые результаты.

#### Литература

1 Безгодова А.А., Злоказова М.В. Этиопатогенез расстройств аутистического спектра: современные аспекты, проблемы // Материалы, посвященные юбилею проф. Я.Ю. Иллера. Вятский медицинский вестник. - 2015. - № 2. - С. 25-28.

2 Falco M. Autism rates now 1 in 68 U.S. children: CDC, 2014. [Электронный ресурс]. <http://edition.cnn.com/2014/03/27/health/cdc-autism/index.html?c=mobile-homepage-t/>.

3 Vaccarino F.M., Smith M.K. Increased brain size in autism—what it will take to solve a mystery // Biol Psychiatry. - 2009. - Vol. - 66(4). - P. 313–315.

4 Alarcón M., Abrahams B.S., Stone J.L., Duvall J.A., Perederiy J.V., Bomar J.M., Sebat J., Wigler M., Martin C.L., Ledbetter D.H., Nelson S.F., Cantor R.M., Geschwind D.H. Linkage, association, and gene-expression analyses identify CNTNAP2 as an autism-susceptibility gene // Am J Hum Genet. - 2008. - Vol. 82(1). - P. 150-159.

#### КАРБОКСИТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННЫХ РАН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Попова М. И., очный аспирант кафедры хирургических болезней Медицинского университета «РЕАВИЗ», Самара, Россия. e-mail: [popova.mi@mail.ru](mailto:popova.mi@mail.ru)

Столяров С. А., д.м.н., профессор, зав.кафедрой хирургических болезней Медицинского университета «РЕАВИЗ», Самара, Россия. e-mail отсутствует.

*Инфицированные раны различной этиологии и локализации занимают значительное место в структуре заболеваний общехирургического профиля, а их лечение подчас представляет значительные трудности. В структуре причин, приводящих к появлению ран, основное место занимают травмы. Также часто инфицированные раны осложняют течение таких заболеваний как открытые переломы, термические поражения и остеомиелит.*

*Ключевые слова: инфицированные раны, комплексное лечение, карбокситерапия.*

На сегодняшний день лечение больных с инфицированными ранами приведено к стандартным схемам, включающим системную фармакотерапию, хирургическую коррекцию и в ряде случаев физиолечение.[5] Говоря о фармакотерапии в первую очередь подразумевается антибактериальная терапия. Антибиотики при лечении инфицированных ран могут вводиться всеми известными в настоящий момент путями: перорально, внутримышечно, внутривенно и даже лимфотропно. Кроме антибактериальных препаратов при большой площади инфицированной раны часто имеется необходимость дезинтоксикационного лечения, а также коррекции сопутствующих заболеваний, таких как сахарный диабет, хроническая венозная недостаточность вен нижних конечностей и т.д. [2,3]



ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ ПРИ НЕПРАВИЛЬНЫХ ПОЛОЖЕНИЯХ МАТКИ	
Имамова И.А., Ибрагимова Н.У., Назиров Ш.А., Юлдашев А.М., Мамедов А. ТЕЧЕНИЕ ТЯЖЁЛОЙ ФОРМЫ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А НА ФОНЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	113
Ахмедова М.Д., Имамова И.А., Бойтураев Ш.И., Туробов Б.Т., Саидова С.Г. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ТЕРАПИИ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ДИАРЕЙ, ПРОТЕКАЮЩИХ С СИНДРОМОМ ГЕМОКОЛИТА	114
Ахмедова М.Д., Имамова И.А., Абдуллаева Х.А., Ибрагимова Н.У. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОКСИМАТРИНА (ЛИВЕРИНА) У БОЛЬНЫХ ХВГС НА ФОНЕ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ	116
Исмагова М.И., Ихтиярова Г.А., Кудратова Д.Ш. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТЕЙ У ЖЕНЩИН НА ОСНОВАНИИ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ	117
С.А Калинина ДВУСТОРОННИЙ АНКИЛОЗ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. АЛГОРИТМ ПЛАНИРОВАНИЯ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ	120
Каримова М.Т., Ниязова Т.А., Мирзажонова Д.Б., Магзумов Х.Б., Сапарова Д.А. КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ МИКСТ-ПАРАЗИТОЗОВ	121
Кененбаева Б.Е., Каукенова Д.У., Айткулова В.Р., Мутушева А.Т. СЛУЧАЙ АМЕБИАЗА В ПАВЛОДАРЕ	123
Конирбаева К.Н. ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫ БОЙЫНША САРЫП АУРЫМЕН АУРУШАҢДЫҚТЫҢ ХАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҒЫНА ТИГІЗЕТІН ӘСЕРІ	124
Куньшбекқызы Б. СИБИРСКАЯ ЯЗВА В ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ, ПРЕДСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ	125
Кульжанова Н.С., Тагаева А.Т., Кенжегали Е.А., Жасауова Т.Ж. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ГРУДИ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ	127
Ленкова Анастасия Андреевна АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ	128
Лихограй Л.И. РОЛЬ ДНЕВОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА В ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	129
Мамедова Э.И., Шихаева М.А. ПРИМЕНЕНИЕ ОКТРЕОТИДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА	130
Матвеева Е.В. ПАРАМЕТРЫ УСТОЙЧИВОСТИ И ХОДЬБЫ ПРИ СИНДРОМЕ ГИЙЕНА-БАРРЕ	131
Мұсаева Ботағоз Сәулетбекқызы ИИНФЕКЦИОНИСТ ПРАКТИКАСЫНДАҒЫ ҚИЫН НАУҚАС	132
Конирбаева К.Н. ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНДА СОЗЫЛМАЛЫ САРЫП АУРУМЕН НАУҚАСТАРДЫҢ ЖҮЙКЕ ЖҮЙЕСІНІҢ ЗАҚЫМДАНУЫ	134
Новикова А.Ю. СОЦИАЛЬНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ	135
Пархета К.А., Зубкова А.Ю., Алфёрова Т.В., Инжеватова М.А., Кутарева А.А., Кузнецов Р.С., Чубова Р.В., Карягин Д.Ф. ИЗУЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ МОЯ-МОЯ	136
Перфильева А.В., Беспалова К.Б., Гаршин А.А., Скворцова Л.А., Бекманов АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА <i>CNTNAP2</i> С РАЗВИТИЕМ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	137
Попова М. И. КАРБОКСИТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННЫХ РАН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	138
Садыхова Дана Кайратқызы, Әбдімүтәліұлы Дәулетияр ЖҮҚТІЛЕРДЕГІ БОТУЛИЗМНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ	139
Садыхова Дана Кайратқызы КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ: ЖҮҚТІЛІК КЕЗІНДЕГІ БРУЦЕЛЛЕЗ	140