

ВЕСТНИК КАЗНМУ



НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

№ 1 2021

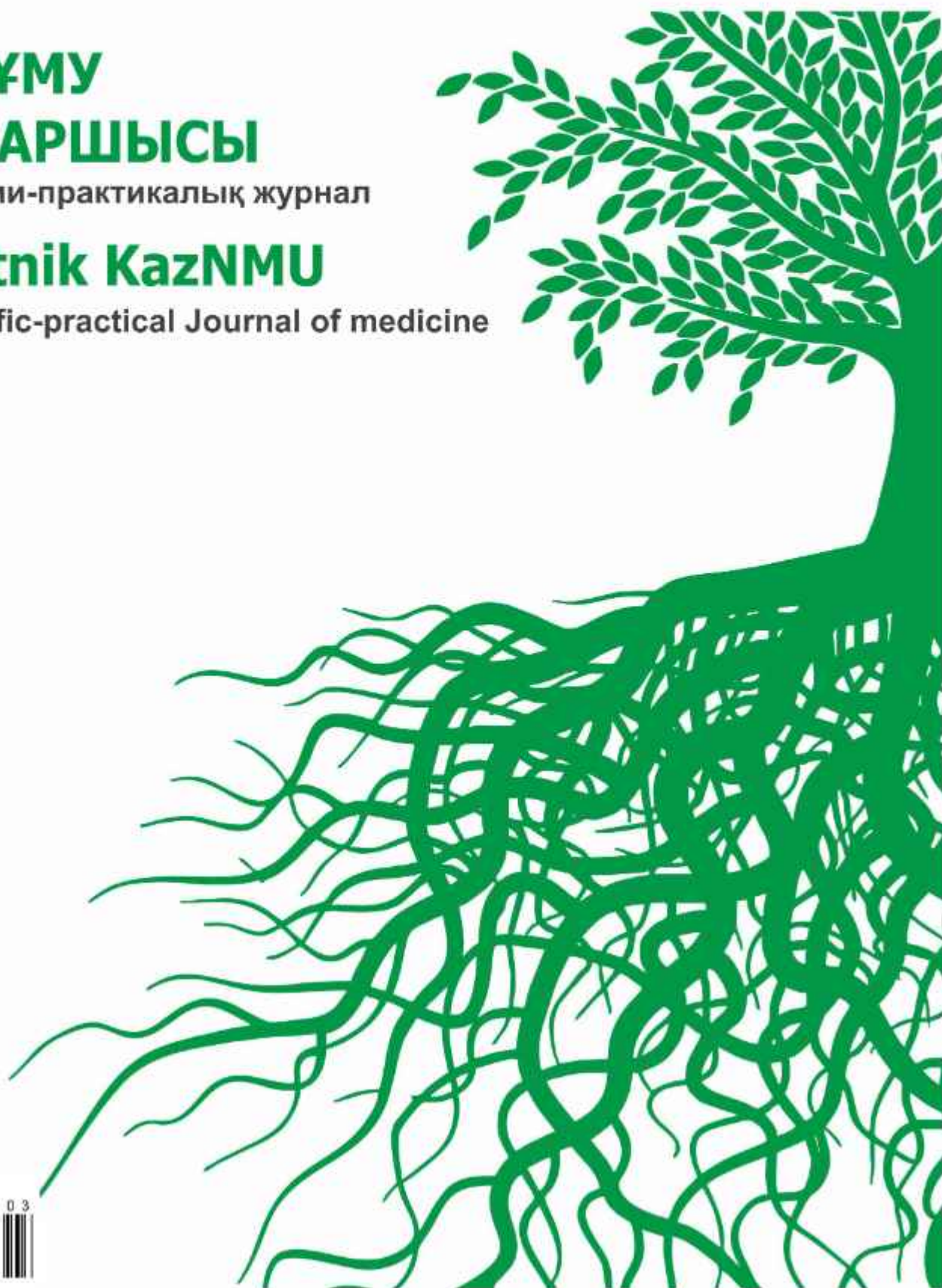
ҚазҰМУ

ХАБАРШЫСЫ

Ғылыми-практикалық журнал

Vestnik KazNMU

Scientific-practical Journal of medicine



ISSN 2524-0684



9 772524 068183

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Asfendiyarov Kazakh National Medical university

ВЕСТНИК КАЗНМУ



НАУЧНО - ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

КАЗАХСКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІНІҢ

ХАБАРШЫСЫ

Ғылыми-практикалық журнал

VESTNIK KAZNMU

SCIENTIFIC-PRACTICAL JOURNAL OF MEDICINE

№ 1 2021

Журнал входит в перечень изданий,
рекомендованных Комитетом по контролю в сфере образования и науки МОН РК
для публикации основных результатов научной деятельности

Журнал основан в 2007 году
Минимальная периодичность
журнала 4 раза в год

Журнал 2007 жылы негізделген
Журнал жылына кем дегенде
4 рет шығады

Жазылым индекси

74026

Редакция мекен жайы:

050012, Алматы, Төле би көшесі, 94

Барлық құқықтар қорғалған. Баспашының хат түріндегі рұқсатынсыз бір де белгі компьютер жадысына енгізуге немесе түрлі тәсілдермен жаңғыртуға болмайды.

Журналға жарияланым үшін материалдарды ұсыну тәртібі мен қойылатын талаптар _ www.kaznmu.kz сайтында бар. Журналдың электронды нұскасы www.kaznmu.kz сайтында жарияланады.

Бас редактор

Ректор, профессор Нургожин Т.С.

Редактор

Тян. М.А.

Подписной индекс

74026

Адрес редакции:

050012, Алматы, ул. Төле би, 94

Все права защищены. Ни одна часть не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя

Требования к материалам, направляемым для публикации в журнале, размещены на сайте www.kaznmu.kz

С электронной версией журнала можно ознакомиться на сайте www.kaznmu.kz

Главный редактор

Ректор, профессор Нургожин Т.С.

Редактор

Тян. М.А.

Редакциялық. коллегия/ Редакционная коллегия

Шарманов Т.Ш.
Ормантаев К.С.
Мирзабеков О.М.

Редакциялық кеңес/ Редакционный совет

Асимов М.А.
Досаев Т.М.
Зазулевская Л.Я.
Исмаилова Ю.С.
Кенесариев У. И.
Куракпаев К. К.
Нурмухамбетов А.Н.
Тогузбаева К. К.

Международный редакционный совет

Афанасьев В. В. (Россия)
Джусупов К. (Кыргызстан)
Гаспарян А.Ю. (Великобритания)
Вадим Тэн (США)
Клаудио Колозио (Италия)
Мейрманов С. (Япония)
Мейманалиев Т.С. (Кыргызстан)
Тадевосян АЗ (Армения)
Винсент О'Брайн (Великобритания)
Михазль Андреас Карл Попп (Австрия)
Чандран Ачутан (США)
Пинхасов Альберт (Израиль)
Скотт Миллер (США)
Туминский В.Г. (ФРГ)
Михайлевский И. (Израиль)
Скальный А.В. (Россия)
Наркевич И.А. (Россия)

International Editorial Board

Afanas'ev V.V. (Russia)
Dzhusupov K. (Kyrgyzstan)
Gasparyan A.Y. (UK)
Vadim Ten (USA)
Claudio Colozio (Italy)
Meirmanov S. (Japan)
Meimanaliev T.S. (Kyrgyzstan)
Tadevosyan A.E. (Armenia)
Vincent O'Brien (UK)
Michael Andreas Karl Popp (Austria)
Chandran Achutan (USA)
Pinkhasov Albert (Israel)
Scott Miller (USA)
Tuminsky V.G. (Germany)
Mihaylevsky I. (Israel)
Skalny A. V. (Russia)



ПЕДИАТРИЯ

PEDIATRICS



УДК 616.053.3.006

DOI 10.53065/kaznmu.2021.57.20.017

Г.Ж. Бодыков¹, Г.Н. Балмагамбетова¹, С.А. Лисогор¹, В.М. Шмонин²¹ ГКП на ПХВ «Центр перинатологии и детской кардиохирургии», Алматы, Республика Казахстан² Казахстанско-Российский медицинский университет, Алматы, Республика Казахстан
perinatal_cardio@med.mail.kz

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: СИНДРОМ КАЗАБАХА-МЕРРИТТА (СКМ).

Резюме: Синдром Казабаха - Мерритта в детской практике встречается крайне редко. Клинические проявления многообразны, что затрудняет своевременную диагностику и лечение данного заболевания.

Цель: привлечь внимание неонатологов и педиатров к своевременной диагностике редких гематологических синдромов.

Материалы и методы. Проведено расширенное обследование ребенка и тщательная дифференциальная диагностика с другими сосудистыми аномалиями.

Результаты. На основании оценки анамнеза, клинко - лабораторных и инструментальных методов обследования установлен диагноз СКМ.

Выводы. Постановка диагноза СКМ требует проведения расширенного обследования ребенка и тщательной дифференцировки с другими сосудистыми аномалиями.

Ключевые слова: коагулопатия потребления, тромбоцитопения, гемангиома.

Введение

В практике встречаются гемангиомы скелетных мышц гигантских размеров, состоящие из тонкостенных капилляров, инфильтрирующих целую конечность. Возможна локализация их в коже туловища, головы, шеи, реже во внутренних органах, из которых чаще встречаются в печени и в головном мозге, описаны единичные случаи расположения в селезенке. Гемангиомы обладают способностью к инфильтрирующему росту, в связи с чем склонны к рецидивам.

В городе Алматы в ноябре 2011 года был открыт Центр перинатологии и детской кардиохирургии, куда поступают беременные женщины группы высокого риска по перинатальной и материнской смертности. Центр полностью оснащен современным медицинским оборудованием. За 9 лет работы данного центра произошло 65717 родов. Всего родилось 67453 ребенка. Из них только у одного новорожденного был диагностирован СКМ. Частота встречаемости у детей, по литературным данным, составляет 1:1500.

Информация о пациенте: пациент К., новорожденный, мальчик, родился в Центре перинатологии и детской кардиохирургии 05.11.2019г., путем операции кесарева сечения. Состояние при рождении тяжелое за счет ВПР. Отмечается синдром амниотических перетяжек, лимфостаз левой верхней конечности, туловища, головы. Родился с выраженными гематомами и экхимозами кожи по всему телу. Особенно на животе, грудной клетке и левой верхней конечности. Диагностирована выраженная склерема подкожно жировой клетчатки. Предварительный диагноз: ВПР лимфатической системы? Онкогематологическая патология? Синдром амниотических перетяжек. Антенатально при трехкратном УЗИ скрининге никакой патологии у плода не было выявлено. Последнее УЗИ плода от 13.09.2019г.: Беременность 31 неделя. ПМП 1800+/-200,0гр. Врожденные пороки развития: данных не обнаружено.



Рисунок 1 - Первые сутки после рождения

Клинические данные: в первые часы жизни у ребенка произошла реализация ДВС синдрома в виде профузного легочного и желудочного кровотечения, геморрагических высыпаний на коже. За период пребывания в стационаре, у новорожденного неоднократно отмечался ДВС синдром в виде коагулопатии потребления. С рождения и до момента перевода в специализированный стационар ребенок находился на аппаратной ИВЛ, на частичном парентеральном питании. По лабораторным данным у новорожденного отмечались: лейкоцитоз, лимфоцитоз, анемия тяжелой степени (снижение гемоглобина до 66 г/л), тромбоцитопения (снижение до $7 \cdot 10^9/\text{л}$), гипергликемия, повышенный уровень азотистых шлаков, гипопротеинемия, резкое повышение белка острой фазы воспаления (до 83 мг/л), выраженная гипербилирубинемия за счет непрямой фракции (до 595 ммоль/л), нарушения коагуляционного гемостаза. Ребенку проведены следующие инструментальные методы обследования: рентгенография органов грудной клетки (РДС, ВУП),

органов брюшной полости (без особенностей); УЗИ головного мозга (гипоксически-ишемические изменения), УЗИ органов брюшной полости (незначительное увеличение печени, перипузырный умеренный отек желчного пузыря), УЗИ мягких тканей (не исключается лимфедема), ЭХО КГ (незначительный ДМЖП, ООО, ОАП). Новорожденный неоднократно консультирован невропатологом, детским хирургом, гематологом, онкогематологом, диагноз подтвержден.

Диагностика: учитывая предварительный диагноз: «ВПР лимфатической системы? Онкогематологическая патология?», с целью исключения лимфедемы, ангиобластомы и других ассоциированных патологий проведен ряд консультаций, а также инструментальных и лабораторных исследований.

Клинико-лабораторные исследования
Общий анализ крови

	WBC	RBC	HGB	HCT	MCV	MCH	MCHC	PLT	Lymph%
12:52 05.11.2019г.	18,0	1,42	55,0	14,7	103,0	38,9	37,7	19	64,8
04:00 07.11.2019г.	11,5	2,12	76,0	20,2	95,3	36,0	37,8	14	58,9
21:03 07.11.2019г.	16,2	1,91	69,0	18,3	95,9	36,3	37,8	20	65,8
09:58 08.11.2019г.	16,7	1,82	66,0	17,6	96,9	36,6	37,8	14	64,8
16:16 09.11.2019г.	15,9	2,69	92	25,9	96,4	34,4	35,7	15	60,8
05:47 11.11.2019г.	11,2	4,81	144	40,4	84,0	29,9	35,6	7	53,3

Биохимический анализ крови

	ALT	AST	Bilirubine total	Bilirubine direct	Glucose	Creatinine	Urea	Total protein	CRP
05:28 07.11.2019г.	0,57	1,31	89,6	6,4	5,46	56,1	3,08	44,0	2,6
07:10 11.11.2019г.	0,36	1,16	320,2	10,5	8,60	59,0	4,30	41,1	9,9
11:16 05.11.2019г.	2,09	4,00	488,5	170,0	15,63	33,9	14,73	41,0	19,9



Коагулограмма

	PT	PTI	INR	APTT	BT
19:37 06.11.2019г.	10,7	103	0,94	27,5	2,52
11:27 09.11.2019г.	14,3	77	1,27	28,1	2,00
07:03 11.11.2019г.	17,6	63	1,59	50,1	1,76

Инструментальные дополнительные методы исследования

Рентгенографии плечевого пояса, верхних и нижних конечностей от 05.11.2019г.: Определяется множественные ассиметричные аномалии развития конечностей, увеличение верхней конечности в объеме, наличие тени мягкотканного компонента на уровне левой плечевой кости дистальнее перетяжки, и нижней конечности – на уровне левой бедренной кости, увеличение в объеме мягких тканей, за счет отека подкожно-жировой клетчатки, вследствие лимфостаза.

Рентгенографии органов грудной клетки и брюшной полости от 05.11.2019г.: Легкие расправлены, завуалированы. Легочные поля повышенной пневматизации, эмфизематозные. Легочный рисунок усилен, обогащен в прикорневой зоне, перибронхиальная инфильтрация легочной ткани. Конфигурация сердца изменена. Тень сердца в поперечнике значительно расширена в обе стороны, полости увеличены. Купола диафрагмы четкие, синусы свободные. Желудок увеличен в объеме, вздут. Пневматизация кишечника повышена, петли кишечника вздутые, за счет пневматоза кишечника.

УЗИ ОБП от 05.11.2019г.: Заключение: Незначительное увеличение размеров печени. Перипузырный умеренный отек желчного пузыря.

УЗИ мягких тканей от 05.11.2019г.: Заключение: Не исключается лимфедема. (Лимфатическое поражение ПЖК).

УЗИ головного мозга от 05.11.2019г.: Заключение: Гипоксически-ишемические изменения.

Эхокардиография от 05.11.2019г.: Заключение: ОАП. ООО. (Визуализация затруднена).

Рентгенографии органов грудной клетки и брюшной полости от 11.11.2019г.: На ИВЛ. ИТ на уровне Th-1. Легкие расправлены, завуалированы. Определяется инфильтрация легочной ткани в прикорневых зонах. Легочные поля повышенной пневматизации. Легочный рисунок усилен, обогащен за счет сосудистого компонента. Корни асширены тяжистые. Тень сердца в поперечнике не расширена, полости не увеличены, сосуды полнокровные. Купола диафрагмы на уровне 6-7-х ребер, четкие, синусы свободные. Пневматизация кишечника понижена. Тень гастральной трубки, дистальным концом в проекции желудка.

Консилиумы, консультации профильных специалистов

Консилиум в составе д.м.н., проф. Жубанышевой К.Б., д.м.н., проф. Божбанбаевой Н.С. от 05.11.2019г.: Заключение: Происхождение выраженной отека верхней части туловища и опухолевидное образование в левом предплечье у новорожденного, возможно обусловлено пороком развития не только лимфатического русла в виде лимфедемы, но и

лимфатических органов. Не исключается и генерализация неуточненной внутриутробной инфекции. Но при этом клиническая картина ДВС, выраженная тромбоцитопения и тяжелый анемический синдром с рождения ребенка характерны для течения синдрома Казабаха-Меррита.

Осмотр неонатального хирурга от 05.11.2019г.: Заключение: Не исключается синдром Казабаха-Меррита. Показания к хирургическому лечению на момент осмотра нет. Прогноз неблагоприятный. Лечение посиндромное.

Осмотр гематолога от 05.11.2019г.: Предварительный диагноз: Синдром Казабаха-Меррита. Ангиобластома? Для исключения миело-пролиферативных заболеваний необходима костномозговая пункция.

11.11.2019г. была проведена костномозговая пункция (грануляцитарный росток сохранен, эритроцитарный росток раздражен с признаками дисэритропоэза, тромбоцитарный росток угнетен, встречались единичные макрофаги, гистиоциты и остеобласты).

После полного клинико-лабораторного обследования был выставлен клинический диагноз: Синдром Казабаха-Меррита.

Лечение: за время пребывания в стационаре ребенку неоднократно была проведена плазма-гемотрансфузия, трансфузия тромбоконцентрата, проводилась антибактериальная, кардиотоническая терапия, гормонотерапия, лечение неселективными бета-адреноблокаторами.

На 6-е сутки жизни, учитывая выраженную гипербилирубинемия ($Bi\ 595\ \text{ммоль/л}$), проведена операция заменного переливания крови.

На 9-й день жизни ребенок в тяжелом состоянии, на аппаратной ИВЛ, был переведен в Научный Центр Педиатрии и Детской хирургии г. Алматы для дальнейшего обследования и лечения.

В течение полугодия (январь – июнь 2020 г.) было проведено 6 плановых курсов химиотерапии (винкристин, циклофосфамид). Продолжалось лечение атенололом и преднизолоном.

После каждого курса химиотерапии наблюдалась только положительная динамика. Тромбоциты увеличивались, гемангиома уменьшалась в размерах. Однако по окончании курсов химиотерапии желаемый косметический эффект так и не был достигнут.

После лечения ребенок был выписан на домашнее лечение атенололом под наблюдением сосудистого хирурга и онкогематолога. Ухудшение анализов не наблюдается, тромбоциты продолжают расти.

Психосоматическое развитие ребенка не страдает. На данный момент ребенок достиг возраста 1 год и 3 месяца.



Рисунок 2 - Фотография пациента в возрасте 5 месяцев



Рисунок 3 - Фотография пациента в возрасте 11 месяцев + 5 дней

Обсуждение: синдром Казабаха-Мерритта характеризуется - кровоизлияниями, появляющимися в области гемангиом или по соседству с ними, интенсивным ростом, нарушением свертываемости крови и тромбоцитопенией. Клинические проявления синдрома Казабаха-Мерритта варьируются: от анемии и тромбоцитопении до более серьезных осложнений, таких как желудочно-кишечные, легочные

кровотечения, которые нередко осложняются ДВС синдромом. В литературе было представлено несколько случаев различной локализации гемангиом. На основании вышеизложенного необходимо отметить, что синдром Казабаха-Мерритта – очень редкое детское заболевание, которое может проявиться в течении 6 месяцев после рождения и иметь крайне переменные клинические проявления. Начало заболевания и его



клиническая картина могут не быть идиосинкразическими и, несмотря на очень интенсивную терапию, лечение может быть очень сложным и не всегда приводит к ремиссии. Прогноз пациентов с синдромом Казабаха-Мерритта – неблагоприятный ввиду отсутствия стандартного протокола этого редкого заболевания, что требует дальнейшего исследования.

Заключение: Представленный клинический случай вызывает огромный интерес в связи со своей редкостью и демонстрирует трудности в диагностике и лечении новорожденных с синдромом Казабаха-Мерритта. Наш клинический пример еще раз доказывает, что СКМ характеризуется не только крайне агрессивным течением, но и благоприятным прогнозом при своевременной диагностике и лечении. Полученные результаты обследования необходимо учитывать при оценке эффективности проводимой терапии и ее коррекции в динамике. Для постановки диагноза требовалось тщательное

обследование, включая: общеклинические обследования (ОАК, БХАК, КГ), инструментальные дополнительные методы исследования (рентгенография органов грудной клетки, органов брюшной полости, верхней левой конечности, нижней левой конечности, УЗИ головного мозга, органов брюшной полости, мягких тканей, ЭХО КГ, доплерография сосудов верхних конечностей), консилиумы и консультации профильных специалистов. В данном случае не требовалась биопсия опухоли для постановки диагноза.

В описанном нами случае не выявлена корреляция между развитием СКМ и наличием какой-либо экстрагенитальной патологии, акушерско-гинекологическим анамнезом, наследственностью, течением беременности, возрастом матери (что подтверждается данными доступной мировой научной литературы).

На данном этапе возникает необходимость разработки протоколов диагностики и лечения данной патологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Современная педиатрия 7(95)/2018, Случай синдрома Казабаха—Меррит у ребенка, Н.И. Макеева, Ю.В. Одинаев, И.Н. Поддубная, стр.47

2 Journal of Medical Case Reports 308 (2017), Propranolol in the preoperative treatment of Kasabach-Merritt syndrome: a case report, Saša V. Radović, Marija Kolinović & Darja Ljubić

SPISOK LITERATURY

1 Sovremennaja pediatrija 7(95)/2018, Sluchaj sindroma Kazabaha—Merritt u rebenka, N.I. Makeeva, Ju.V. Odinec, I.N. Poddubnaja, str.47

2 Journal of Medical Case Reports 308 (2017), Propranolol in the preoperative treatment of Kasabach-Merritt syndrome: a case report, Saša V. Radović, Marija Kolinović & Darja Ljubić

G.Z. Bodykov¹, G.N. Balmagambetova¹, S.A. Lisogor¹, V.M. Shmonin²

¹ Center of Perinatology and Pediatric Cardiac Surgery, Almaty, Republic of Kazakhstan

² Kazakh-Russian Medical University, Almaty, Republic of Kazakhstan

A CASE REPORT: KAZABACH-MERRITT SYNDROME (KMS)

Resume: Kazabach-Merritt syndrome is extremely rare in pediatric practice. Clinical manifestations are diverse and this fact complicates the early diagnosis and treatment of the disease. **Purpose:** to draw the attention of neonatologists and pediatricians to the early diagnosis of rare hematological syndromes. **Materials and methods.** An extended examination of the child and a thorough differential diagnosis with other vascular anomalies were carried out.

Results. The KMS was diagnosed on the base of: the assessment of the anamnesis, clinical - laboratory and instrumental examination methods. **Conclusion.** The diagnosis of KMS requires an extended examination of the child and careful differentiation of other vascular anomalies.

Key words: consumption coagulopathy, thrombocytopenia, extensive hemangioma

Г.Ж. Бодыков¹, Г.Н. Балмағамбетова¹, С.А. Лисогор¹, В.М. Шмонин²

¹ Перинатология және балалар кардиохирургиясы орталығы, Алматы қ., Қазақстан Республикасы

² Қазақ-Ресей медициналық университеті, Алматы, Қазақстан Республикасы

КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ: КАЗАБАХ-МЕРРИТТ СИНДРОМЫ (КМС)

Түйін: Казабаха-Мерритт синдромы балалар практикасында өте сирек кездеседі. Клиникалық көріністері алуан түрлі, бұл осы аурудың уақытылы диагностикасы мен емін қиындатады.

Мақсаты: неонатологтардың және педиатрлардың назарын сирек кездесетін гематологиялық синдромдарды уақытылы диагностикалауға аудару.

Материалдар мен тәсілдер. Баланы кеңейтілген тексеру және басқа қан тамырларының

ауытқуларымен мұқият дифференциалды диагностика жүргізілді.

Нәтижелер. Анамнезді, клиникалық зертханалық және аспаптық зерттеу әдістерін бағалау негізінде КМС диагнозы қойылды.

Қорытындылар. КМС диагнозы баланы кеңейтілген тексеруді және басқа қан тамырлары аномалияларымен мұқият саралауды қажет етеді.

Түйінді сөздер: тұтыну коагулопатиясы, тромбоцитопения, гемангиома.



С.А. Каяшкин НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ ШУНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ	48
А.Т. Кодасбаев, Т.Ж. Егембердиев, Г.Ж. Саржанов, М.А. Жакаев ХИРУРГИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА КАК ВОЗМОЖНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ВОПРОСОВ ФИЗИОЛОГИИ И ПАТОЛОГИИ СЕРДЦА	51

ОНКОЛОГИЯ И РАДИОЛОГИЯ

А.Т. Алмабек, Д.Р. Кайдарова, В.Б. Ким, М.А. Ибраимова ОСОБЕННОСТИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАЗАМИ В ГОЛОВНОЙ МОЗГ	57
К.О. Шарипов, Е.Е. Аширбеков, А.О. Абайлдаев, Д.М. Ботбаев, А.М. Белкожаев, Д.М. Бекжанова, Н.А. Айтхожина ЦИРКУЛИРУЮЩИЕ miR-145 И miR-21 ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КАЗАХСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ	61

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

Ж.Б. Меерманова, Е.Б. Тусипбаев МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ ДЕМОДЕКОЗНОГО БЛЕФАРИТА	69
М.Ж. Инкарбеков, Ж.К. Бурибаева КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА «СУХОГО ГЛАЗА»	71

ПЕДИАТРИЯ

Г.Ж. Бодыков, Г.Н. Балмагамбетова, С.А. Лисогор, В.М. Шмонин КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: СИНДРОМ КАЗАБАХА-МЕРРИТТА (СКМ).	73
А.Б. Альмуханова, А.Е. Раисова, Н.Р. Зайнутдинова, Ф.А. Зинбай РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	78
А.Б. Альмуханова, А.Е. Раисова, Н.Р. Зайнутдинова, Ф.А. Зинбай ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА СРЕДИ ПОДРОСТКОВ	81
Г. Мұханқызы, Т.А. Алимова, Б.Б. Таубаева, Г.А. Байжанова ПЕДИАТР МАМАНЫНЫҢ ҰСЫНЫСЫ БОЙЫНША БАЛАЛАРҒА ДӘРУМЕНДЕР ЖӘНЕ МИНЕРАЛДЫ ЗАТТАРҒА БАЙ ТАҒАМДАРДЫ ҚОЛДАНУДЫҢ ОРГАНИЗМДЕГІ РӨЛІ	86

ПСИХИАТРИЯ И НЕВРОЛОГИЯ

Ю.В. Бургардт, Ж.В. Романова, А.Т. Душпанова ИНСОМНИЯ, КАК ПРЕДИКТОР ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ЧЕЛОВЕЧЕСТВА. (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	92
Д.М. Камалиев, А.С. Ракишева, Ж.И. Самсонова, Р.А. Жетеева АГРЕССИЯ В СРЕДЕ ПОДРОСТКОВ И ЕЕ ПРОФИЛАКТИКА	97
А.Е. Абишев, Б.С. Имашева, А.М. Раушанова, Н. Н. Черченко ПСИХИАТРИЯДАҒЫ АССЕРТИВТІ ЕМДЕУ (ӘДЕБИЕТКЕ ШОЛУ)	100
А.Е. Кожашева, С.О. Белесбек, Д.Ж. Абдимитова, Б.М. Сакен, А.П. Бориходжаева, З.Б. Баймухамбетова COVID-19 И ИНСУЛЬТ: ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ И ПАТОГЕНЕЗ РАЗВИТИЯ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)	103
В.Б. Камхен, Д.А. Калиева, М. Нурализода АССОЦИАЦИЯ РАССТРОЙСТВ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ В КОНТЕКСТЕ COVID-19	107
А.К. Аширбаева, Л.А. Текебаева, Е.С. Камидолла, Д.Ж. Абуов, М.А. Тяп ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ ТРАНСМАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ МОЗГА (ТМС) ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ (ПО ЛИТЕРАТУРНЫМ ИСТОЧНИКАМ)	112
И.В. Акижанова, А.М. Кожанова, Э.Қ. Кариева, А.Б. Шакенова, Ш. Е. Сайлибаева АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ СЕЛЕКТИВНОЙ ДОРЗАЛЬНОЙ РИЗОТОМИИ В СОЧЕТАНИИ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ СО СПАСТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ЦП С ПОЗИЦИЙ МКФ (ПИЛОТНЫЙ ПРОЕКТ)	115