

**Научный медицинский журнал Кыргызской государственной медицинской академии
им. И.К. Ахунбаева**

Главный редактор

Зурдинов А.З.

Зам.главного редактора

Бримкулов Н.Н.

Ответственный секретарь

Исакова Ж.К.

Редакционная коллегия

Алдашев А.А.
Джумабеков А.С.
Кудаяров Д.К.
Мамакеев М.М.
Мамытов М.М.
Мурзалиев А.М.
Нанаева М.Т.
Раимжанов А.Р.

Редакционный совет

Абилов Б.А.
Адамбеков Д.А.
Акынбеков К.У.
Алымкулов Р. Д.
Бейшембиева Г.Дж.
Кадырова Р.М.
Калиев Р.Р.
Карасаева А.Х.
Кутманова А.З.
Кутгубаева К.Б.
Кутгубаев О.Т.
Кожокматова Г.С.

Кононец И.Е.
Молдобаева М.С.
Мусуралиев М.С.
Оморов Р.А.
Сатылганов И.Ж.
Сопуев А.А.
Тилекеева У.М.
Усупбаев А.Ч.
Чолпонбаев К.С.
Чонбашева Ч.К.
Шаршенов А.К.

Учредитель

© Кыргызская государственная медицинская академия

Адрес редакции журнала:
г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92
КГМА,
Телефон: (312) 54 94 60
e-mail: vestnik_kgma@mail.ru

Ответственность за содержание и достовер-
ность материалов несут авторы. Редакция не не-
сет ответственности за содержание рекламных
материалов.

Журнал зарегистрирован в Министерстве юстиции Кыргызской Республики.
Регистрационное свидетельство №002564.

Журнал включен в список изданий, рекомендованных Президиумом ВАК КР для публикации
материалов докторских и кандидатских диссертации в области медицины.

Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2012

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛОНКА

Бримкулов Н.Н.

Редакционная колонка	4
----------------------	---

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

Акынбеков К.У., Джумабеков С.А., Усенбеков Р.Т.

Анализ и оценка состояния травматизма в кыргызской Республике	6
---	---

Шаршенов А.К., Салыбаев А.Дж., Лагутина О.В., Балбаева А.Д.

Хирургическое лечение гинекологических больных с сочетанной патологией в стационарах краткосрочного пребывания	11
--	----

Шаршенов А.К., Рыбалкина Л.Д., Лагутина О. В., Балбаева А.Д.

Возможные пути снижения перинатальных потерь в Кыргызской республике на современном этапе родовспоможения	16
---	----

Винников Д.В., Бримкулов Н.Н.

ХОБЛ в условиях интермиттирующей гипоксии	21
---	----

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Баетова Р.Н.

“Школа больного язвенной болезнью” в Кыргызстане: влияние обучения на уровень знаний пациентов	26
--	----

Сопуев А.А., Самаков А.А., Овчаренко К.Е., Мамакеев Ж.Б.

Анализ результатов лапароскопической холецистэктомии у больных пожилого и старческого возраста	31
--	----

Авасов Б.А.

Радикальное хирургическое лечение гемангиом печени	37
--	----

Авасов Б.А.

Радикальное лечение эхинококкоза печени	40
---	----

Цурко С.М., Тябут Т.Д., Байкова И.А., Марченко-Тябут Д.А.

Применение адаптола у больных острым инфарктом миокарда	43
---	----

Вдовичко В.П., Бронская Б.М., Коршак Т.А., Казакевич В. А.,

Соколов Н.К., Акуленец Е.В.

Проблема выбора Н ₁ -блокатора в клинической практике	47
--	----

Маматова Н.Э.

Диагностика и выбор метода хирургической коррекции при пролапсе генеталий у женщин.	53
---	----

Рахимбекова Ж.К., Жумадил к. Н., Ниязалиева М.С., Сабодаха М.А.

Роль микробиологических исследований в диагностике и лечении инфекций мочевыводящих путей	56
---	----

Кутгубаева К.Б., Сушко Н.Ю.

Алгоритм лечения пациентов с сочетанными заболеваниями слизистой оболочки полости рта и внутренних органов	60
--	----

Сайдахметова Ч.Т.

Оценка гемодинамической эффективности мексидола при возрастной макулодистрофии сетчатки с помощью ультразвуковой доплерографии	65
--	----

Шамыралиев Д.К., Махмудова Ж.А., Токтобекова А.Т., Алайбек кызы Г.

Состояние системы гемостаза на фоне применения атенолола при катехоламиновом кардионекрозе в условиях высокогорья	69
---	----

Батул Захра, Луценко И.Л.

Эффективность нейропротекции в терапии когнитивных нарушений при хронической ишемии мозга	75
---	----

Эсенаманова М.К., Кочкорова Ф.А., Винников Д.В., Реддинг- Джонс Р.

Питание и пищевой статус в условиях высокогорья	77
---	----

Мамытова Э.М.

Влияние церебролизина на структурные повреждения нейронов при черепно-мозговой травме эксперименте	81
--	----

Бейшенов С., Талипов Н.О., Шарапов Н.Ж., Сопуев А.А.

Экспериментальная оценка эффективности местной гипофуротерапии во II фазе раневого процесса	87
---	----

Жигитекова А., Азарова Н., Сыдыгалиев К.С., Сыргаев Д.Т., Мамбетов А.К.

Коррекция постгастрорезекционной энтеральной недостаточности (I-степень) при осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки	92
--	----

Коптева Т.А., Кононец И.Е.

Психофизиологическая диагностика функционального состояния студентов	98
--	----

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Дадабаева М.М., Зурдинова А.А.

Роль фармакоэпидемиологических исследований в рационализации терапии при заболеваниях дыхательных путей среди детей до 5 лет (обзор литературы)	103
---	-----

ЗАМЕТКИ ИЗ ПРАКТИКИ

Азембаев А.А.

Внедрение GMP путем создания интеграционной системы управления производством в современных условиях	107
---	-----

Далабай-улы К., Азембаев А.А.

Развитие фармацевтической промышленности: проблемы безопасности и здоровья населения страны	110
---	-----

ЮБИЛЕЙ

Качкынбаева Асипа Сагыналиевна	113
--------------------------------	-----

Амираев Убайдилла Амираевич	114
-----------------------------	-----

Джоробеков Байызбек Джоробекович	116
----------------------------------	-----

Маатов Турдалы Омурзакович	117
----------------------------	-----

Садыков Сабыржан Балтаевич	119
----------------------------	-----



Уважаемые коллеги, дорогие читатели нашего журнала.

Научно-исследовательская работа и подготовка высококвалифицированных научно-педагогических кадров, являющиеся одним из основных направлений деятельности КГМА имени И.К.Ахунбаева, бурно обсуждались с 10 по 12 апреля 2012 года в рамках Дней науки КГМА, посвященных в этом году памяти выдающегося ученого-физиолога, академика НАН КР, профессора Санжарбека Бакировича Даниярова, возглавлявшего КГМА на посту ректора в

течение 17 лет.

Формат проведения Дней науки значительно отличался от конференций прежних лет. Так, в первый день, после научно-поэтического доклада проф. А.Г. Зарифьяна «Слово об учителе. Академик С.Б. Данияров: педагог, ученый, организатор» состоялись секционные заседания конференции студентов, в начале которых самые опытные преподаватели представили доклады мастер-класса. На следующий день на симпозиумах свои научные результаты представили молодые ученые, аспиранты и соискатели. Авторитетное жюри по 10 параметрам количественно оценивало каждый доклад.

На третий день, на заключительном пленарном заседании прозвучали избранные доклады ведущих ученых КГМА, которые озвучили актуальные проблемы развития высотной легочной артериальной гипертензии (академик НАН КР, проф. А.А.Алдашев), использования и безопасности лекарственных средств в Кыргызстане (член-корр. НАН КР, проф. А.З.Зурдинов), недостаточной международной публикационной активности медицинских организаций Кыргызстана (д.м.н. Н.Н.Бримкулов) и проблемы репродуктологии у жительниц высокогорных регионов (проф. М.С.Мусуралиев). На этом же заседании были повторно заслушаны лучшие доклады со всех секционных заседаний, а также информация модераторов секций.

Жюри в процессе жарких дебатов определило рейтинги участников, а самый лучший доклад был удостоен премии имени академика С.Б.Даниярова. Лауреатом премии в этом году стал аспирант кафедры факультетской хирургии Аллан Абдиев (научный руководитель - член корр. НАН КР, проф. Р.А.Оморов) за доклад «Профилактика стрессовых язв желудка и двенадцатиперстной кишки после радикальных операций по поводу альвеококкоза печени». Лучший доклад на симпозиуме «Дети - наше будущее» доложила аспирант каф. акушерства и гинекологии №1 М.Омурбекова (н.рук. – проф. А.А.Кангельдиева), а на симпозиуме

по проблемам внутренней медицины – асс. каф. терапии общей практики с курсом семейной медицины И.Муркамилов (н.рук. – проф. Р.Р.Калиев).

Среди студентов победителями конкурса на лучший доклад стали студ. 2 курса леч/фака Д.Урустанова (н.рук. - доц. Ниязалиева М.С., каф. микробиологии, вирусологии и иммунологии), студ. 3 курса стом/фака Д.Эшенкулов (н.рук. – асс. Абасканова П.Д., каф. терапевтической стоматологии), студ. 6 курса леч/фака Эралиева (н.рук. – проф. Р.Р.Калиев, каф. терапии общей практики с курсом семейной медицины) и студ. 2 курса леч/фака А.Атаканова (н.рук. - доц. Ниязалиева М.С., каф. микробиологии, вирусологии и иммунологии). Все победители были удостоены почетных дипломов и ценных призов.

Наряду с научными докладами, состоялись Школы для врачей с лекциями по актуальным направлениям медицины. Особый интерес вызвала лекция «Современные представления о диагностике и лечении соматоформно-вегетативной дисфункции» известного в странах СНГ клинициста, профессора А.Н.Окорокова (Белоруссия).

Проведение Дней науки продемонстрировало возросший уровень и высокую заинтересованность молодежи, наметило новые перспективы в исследовательской деятельности КГМА на будущее. В данном номере журнала публикуется ряд статей, обсужденных в рамках Дней науки КГМА – 2012.

В номере опубликованы и другие работы, которые будут полезны как преподавателям медицинских ВУЗов, так и практическим врачам. Редколлегия журнала призывает медицинскую общественность к активному сотрудничеству. Мы ждем ваших статей, вопросов и предложений.

Заместитель главного редактора,
проректор КГМА имени И.К.Ахунбаева по
клиническому обучению и научной работе, д.м.н.

Бримкулов Н.Н.

АНАЛИЗ И ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ТРАВМАТИЗМА В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Акынбеков К.У., Джумабеков С. А., Усенбеков Р.Т.

Кыргызская государственная медицинская академия им И. К. Ахунбаева,
БНИЦТО

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В данной работе представлена информация о распространенности травматизма в Кыргызской Республике. Обобщены сведения об уровне, структуре и причинах травматизма.

Ключевые слова: травмы, отравления, заболеваемость, инвалидность, взрослое население, подростки.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА ТРАВМАЛЫК ООРУЛАРДЫ АНАЛИЗДӨӨ ЖАНА АЛАРГА БАА БЕРҮҮ

Акынбеков К.У., Джумабеков С. А., Усенбеков Р.Т.

И. К. Ахунбаева атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек шаарындагы травматикалык жана ортопедия илимий изилдөө борбору,

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Аталган илимий эмгекте Кыргыз Республикасында травматизмдин таркалышы жөнүндө маалымат берилген. Жаракат алуунун себептеринин көрсөткүч деңгээли жана структурасы жыйынтыкталган.

Негизги сөздөр: Жаракат алуу, уулануу, ооруу, майыптык, чоң адамдар, өспүрүмдөр.

ANALYSIS AND ASSESSMENT OF THE INJURY IN KYRGYZ REPUBLIC

Akynbekov K.U., Djumabekov S.A., Usenbekov R.T.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Ahunbaeva,
Bishkek research centre trauma & orthopedics,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. This paper presents information on the prevalence of injuries in the Republic. Summarizes the level, structure and causes of injuries.

Keywords: injury, poisoning, disease, disability, adults, teenagers.

Введение. Ежегодно травмы и отравления, по данным ВОЗ, уносят 3500000 жизней, связанные с травмами медицинские расходы и экономические потери ежегодно оцениваются в 500 млрд. долларов. Травмы являются ведущей причиной смертности среди людей до 45 лет. Выжившим после травмы пострадавшим требуется экстренная медицинская помощь и после полученного лечения длительный период реабилитации [1].

Данные зарубежных исследователей свидетельствуют о том, что травмы и несчастные случаи, в экономически развитых странах, находятся на 3 месте после сердечно-сосудистых заболеваний и новообразований среди причин смертности, на 2 месте среди причин первичной

инвалидности и заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Поэтому травматизм, наносящий огромный материальный и моральный ущерб, представляет собой важную общегосударственную проблему.

В связи с этим целью данного сообщения является разработка мер профилактики по снижению травматизма в республике.

Материал и методы. Проведен анализ случаев травматизма за период с 2004 по 2008 годы.

Первичными документами при изучении частоты и причин травматизма, а также источниками информации о травматизме взрослого населения являются медицинская карта амбулаторного больного (Ф.025/у),

медицинская карта стационарного больного (Ф.003/у), акт о несчастном случае на производстве (Ф.Н-1), статистический талон для регистрации заключительного уточненного диагноза (Ф.025-2/у), талон амбулаторного пациента (Ф.025/у). Исследование проводилось на основании обработки статистических данных на базе Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии. Также заимствованы данные Республиканского медико-информационного центра и Национального статистического комитета.

Полученные результаты и их обсуждение.

При анализе данных за пятилетний период (2004-2008 годы) по типу травмы в зависимости от величины интенсивного показателя установлено, что в структуре травматизма среди взрослых и подростков первое место занимают бытовые травмы, второе место - уличные, третье – занимают ДТП, на четвертом месте - прочие

отметить, что в 2008 г количество бытовых травм у населения превышало в два раза уличные и в три раза травмы, полученные в результате дорожно-транспортных происшествий. Ведущими повреждениями при бытовых травмах являются ушибы, гематомы, ссадины – 34,9%; раны – 18,1%; переломы – 16,3%.

Анализ данных распространенности травматизма в целом по Республике свидетельствует о том, что в 2007 г общие республиканские показатели травматизма среди взрослых и подростков составили 1015,9 случаев на 100 тысяч населения и 2008 г - 936,5 случаев на 100 тысяч населения. Превышение общего республиканского показателя травматизма в 2007 и 2008 годах было отмечено в Чуйской области (1056,0‰ и 1080,5‰, соответственно), г. Ош (1120,7‰ и 1371,8‰), Иссык-Кульской области (1147,4‰ и 1129,6‰). Самый высокий уровень травматизма отмечен в Нарынской области – 1640,4 случая на 100 тысяч

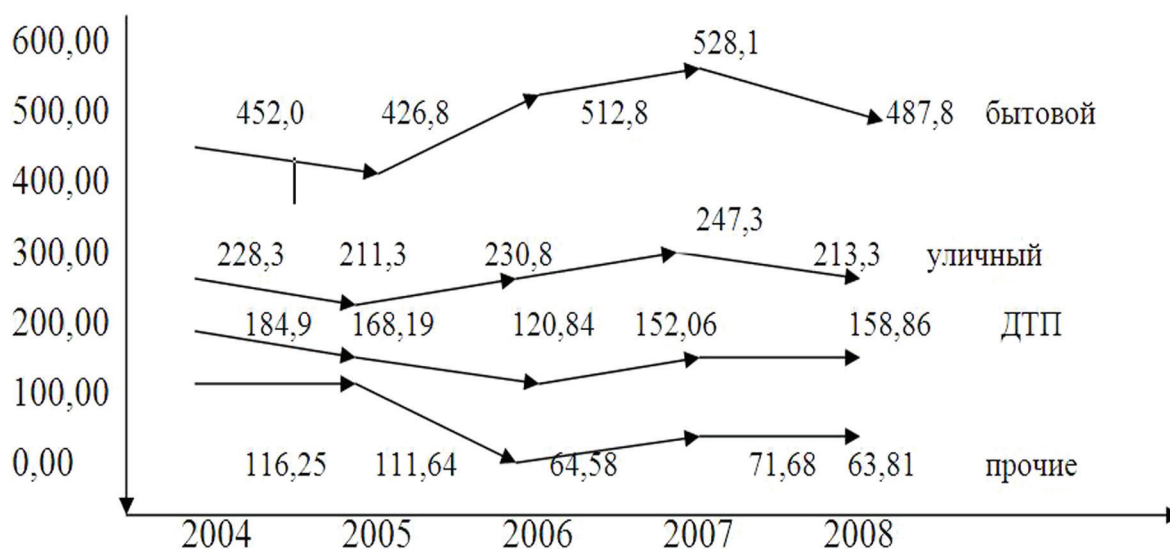


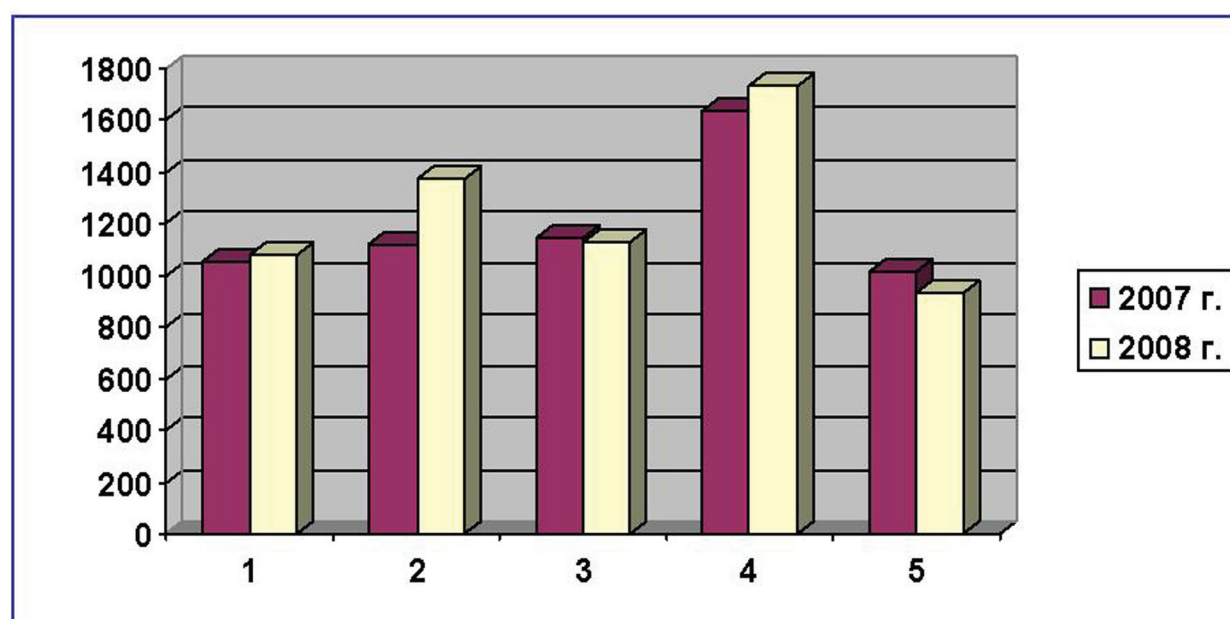
Рис.1. Динамика различных видов травм среди взрослых и подростков КР (на 100 тысяч населения)

травмы (рис.1).

Динамика бытовых и уличных травм показывает, что наибольшее их количество было зарегистрировано в 2006 и 2007 годах, с незначительным спадом в 2008 году. Следует

населения в 2007 году и 1738,0 случая на 100 тысяч населения в 2008 году (рис. 2).

По характеру повреждений в структуре травм и других несчастных случаев на первом месте стоят поверхностные травмы – 38,6%, на



1. Чуйская область; 2. Ошская обл.; 3. Иссык-кульская обл.; 4. Нарынская обл.;
5. Кыргызская Республика

Рис.2 Распространенность травматизма по регионам (на 100000 тысяч населения)

втором – открытые раны – 18,1%, на третьем – вывихи и растяжения – 11,3%, в меньшей степени травма живота, нижней части спины, поясничного отдела позвоночника и, таза и тазовых органов. Динамика численности травм почти по всем локализациям и смертельным исходам за рассматриваемый период имеет

Таблица - Распределение травм по локализациям среди взрослых и подростков КР (на 100тысяч населения)

Годы	Травмы верхней конечн.	Травмы груд. клетки	Тр. живота	Тр. костей таза	Тр.ниж. конечностей	Травмы органов МПС	Тр. позвоноч.	ЧМТ	Умерло
2004	90,5	48,2	21,2	12,7	138,2	9,1	30,8	402,8	17,6
2005	95,8	45,5	20,0	14,9	140,0	8,8	33,2	368,8	18,6
2006	101,7	47,0	18,8	13,8	137,1	6,2	28,8	448,1	17,1
2007	119,5	48,3	20,5	12,7	133,5	7,1	30,0	496,7	17,9
2008	101,8	47,6	22,2	13,8	120,8	6,0	27,9	464,9	18,4
В среднем	101,9	47,3	20,5	13,6	133,9	7,4	30,1	436,3	17,9
М±m	±12,4	±1,2	±1,5	±0,9	±8,2	±1,4	±2,3	±54,9	±0,6
Ранговые места	III	IV	VI	VII	II	VIII	V	I	

Как видно из данных таблицы в основном преобладают восемь разновидностей травм по локализации. Среди всех видов травм лидирует, черепно-мозговая травма, в большинстве случаев представленная сотрясением головного мозга, на втором и третьем местах – травмы нижних и верхних конечностей. В среднем в год умирает $17,9 \pm 0,6$ человек на 100тыс. населения.

Таким образом, анализ ситуации травматизма среди населения Кыргызской

тенденцию к увеличению.

В структуре зарегистрированной заболеваемости населения класс «травмы и отравления» составили 7,4%, заняв четвертое место после болезней органов дыхания, болезней мочеполовой системы и органов пищеварения (рис.3).

Удельный вес заболеваемости в Кыргызской Республике в 2008 г. составил 1821,1 случая на 100 тыс. населения.

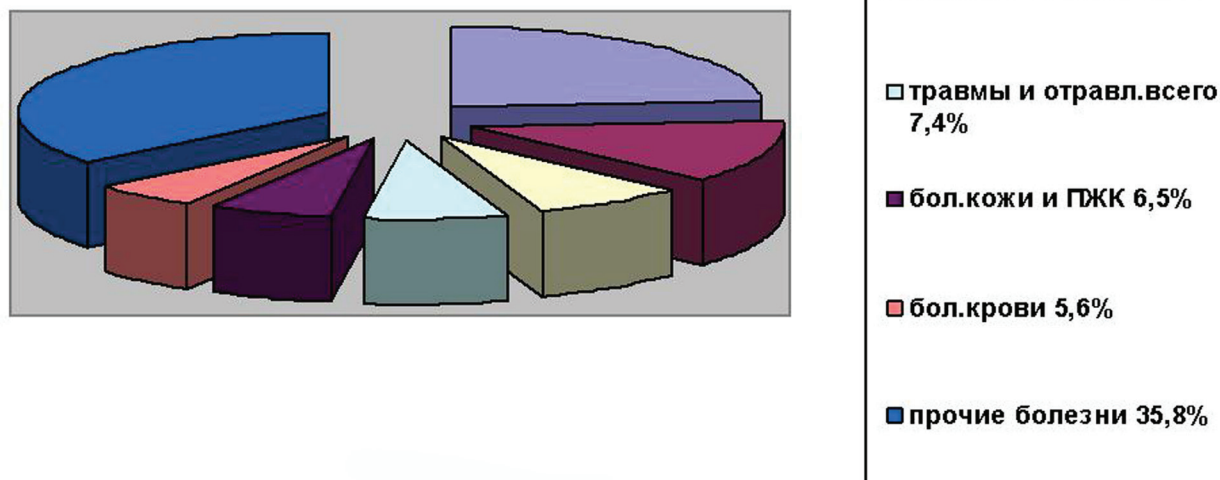


Рис.3. Травматизм в общей структуре заболеваемости населения КР(2008г.)

Видное место травмы занимают в заболеваемости с временной утратой трудоспособности: на их долю приходится в среднем около 15% всех листков нетрудоспособности. Разумеется, у рабочих разных отраслей промышленностью удаленный вес травм в заболеваемости с временной нетрудоспособности резко колеблется. Большое место занимают травмы в госпитализированной заболеваемости, занимая 1-е место среди всех госпитализированных в стационары, работающие в режиме больниц скорой помощи. При этом в последнее время отмечается тенденция к увлечению доли лиц, госпитализированных с тяжелыми комбинированными и множественными травмами, что в значительной мере связано с ростом автотранспорта.

В структуре первичной инвалидности, т.е. среди причин выхода на инвалидность, травмы занимают 2-е место после сердечно-сосудистых заболеваний, составляя до 20% всех причин выхода на инвалидность. В структуре общей инвалидности, т.е. среди лиц получивших инвалидность как в этом году, так и в предыдущие годы, на долю травм приходится 8-

15%. Среди инвалидов от последствий травм 60-70% составляют мужчины, причем преобладают лишь лица в возрасте 30-40 лет. Еще более высокую социально-экономическую значимость приобретает травматизм при изучении причин смертности населения. В последние годы смертность от травм претендует даже на 2-е место, опережая злокачественные новообразования. Естественно, уровень смертности от травматизма отличается у лиц разного возраста. Травмы являются основной причиной смерти у лиц до 30 лет. На долю травм и отравлений у молодых мужчин приходится до 60% причин смерти. Поэтому профилактика травматизма должна быть предметом пристального внимания, причем не только медицинских работников, но и многих других ведомств.

Около 5-10% пострадавших нуждаются в госпитализации. Причем в последние годы отмечается четкая тенденция к заметному увлечению этого показателя. Это, как правило, наиболее тяжелые травмы. Наиболее оптимальной организацией стационарной помощи травматологическим больным являются госпитализация их в специализированные

травматологические отделения.

В то же время в структуре первичных обращений взрослых в лечебно-профилактические учреждения травмы и отравления находятся на втором месте (16,2%), пропустив вперед только болезни органов дыхания. Затраты на лечение последствий воздействия внешних причин занимают в структуре расходов на здравоохранение третье место, уступая только затратам на лечение болезней системы кровообращения и органов дыхания [2].

Многочисленными исследованиями, выполненными во второй половине прошлого столетия показано, что уровень травматизма определяется многими факторами и зависит, прежде всего, от социально-экономических условий, системы медицинской помощи, включая первичную медицинскую помощь, политику государства в области здравоохранения.

Таким образом, к решению травматизма необходимо подходить не только с экономических позиций, но и с медико-социальных точек зрения. Это обусловлено влиянием таких факторов, как возраст, пол, социальное и экономическое положение, культурные запросы, системы организации и качества медицинской помощи и др. Однако в Кыргызской Республике комплексный системный подход, к решению данной проблемы, отсутствует. Настало время

для разработки национальной стратегии по проблеме травматизма и Государственной программы по его предупреждению.

Назрела необходимость проведения ниже следующих мероприятий:

- улучшение информационно-аналитической базы, путем внедрения современных информационных технологий и программного обеспечения (модернизацию сбора, хранения, передачи, анализа данных, отчетности, создание баз данных) для анализа, мониторинга, оценки риска и прогнозирования травматизма;
- совершенствование методов лечения и профилактики различных видов травм через внедрение новых технологий и подходов в диагностике, лечении, реабилитации и профилактике травматизма на уровне регионов;
- проведение научно-исследовательских и изыскательских работ (в т.ч. развитие нанотехнологий) по профилактике травматизма.

Литература

1. Dinesh Sethi, Francesca Racioppi, Inge Baumgarten and Patrizia Vida. Injuries and violence in Europe: why they matter and what can be done. WHO Regional Office for Europe, 2006.-79 p.
2. Д.Э. Амвросов, Г.Я. Клименко. Травматизм как медико-социальная проблема. ГОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Росздрава. vsma.ac.ru/publ/priam/011-2/site/index4.html.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В СТАЦИОНАРАХ КРАТКОСРОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ

Шаршеннов А.К., Салыбаев А.Дж., Лагутина О.В., Балбаева А.Д.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева,
кафедра акушерства и гинекологии № 2,

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В проведенном исследовании доказана возможность и эффективность проведения симультанных и сочетанных операций в условиях стационара краткосрочного пребывания.

Ключевые слова: сочетанная гинекологическая и хирургическая патология, симультанные операции, стационар краткосрочного пребывания.

КЫСКА МООНОТТОГУ ДАРЫЛАНУУЧУ ЖАЙЛАРДА КӨП КЫРДУУ ГИНЕКОЛОГИЯЛЫК ЖАКТАН ООРУЛУУЛАРДЫ ХИРУРГИЯЛЫК ЖОЛУ МЕНЕН ДАРЫЛОО

Шаршеннов А.К., Салыбаев А.Дж., Лагутина О.В., Балбаева А.Д.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
акушерство жана гинекология кафедрасы,

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: өткөрүлгөн изилдөөлөрдө кыска мөөнөттөгү дарылануучу жайларда болуп өткөн симультандык жана көп кырдуу операциялардын натыйжалуулугу жана мумкунчулуктору далилденген

Негизги сөздөр: Көп кырдуу гинекологиялык жана хирургиялык патология, симультандык операциялар кыска мөөнөттөгү дарылануучу жай.

SURGICAL TREATMENT GYNECOLOGICAL PATIENTS WITH COMBINING PATHOLOGY IN SHORT TIME STAY IN HOSPITAL

Sharshenov A.K., Salibaev A.Dh., Lagutina O.V., Balbaeva A.D.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Ahunbaeva,
Department of obstetrics and gynecology № 2,

Bishkek, Kyrgyz Republic

Summery: In this research opportunity and effectiveness of carry out simultaneous and combining operations in short time stay in hospital proved.

Key-words: combining gynecological and surgical pathology, simultaneous operations, short time stay in hospital.

Цель: провести оценку целесообразности и эффективности симультанных и сочетанных операций у гинекологических больных с сочетанной патологией в условиях стационара краткосрочного пребывания.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Исследование проводилось в условиях многопрофильной частной хирургической клиники «КАМЭК», обладающей наличием высококвалифицированного персонала, способного оказать необходимую помощь больным. Под наблюдением находилось 480 женщин обратившихся в клинику по поводу

сочетанной гинекологической и хирургической патологией, требующей оперативного лечения.

Все больные были подвергнуты общепринятому клинико-лабораторному и функциональному исследованию. При этом исследовался преморбидный фон: гинекологические и экстрагенитальные заболевания, специфические функции женского организма. После обследования все больные были разделены на группы:

Первую группу составили 180 женщин, подлежащие симультанному оперативному лечению на гениталиях и внеполовой сфере.

Вторую – 200 женщин с наличием

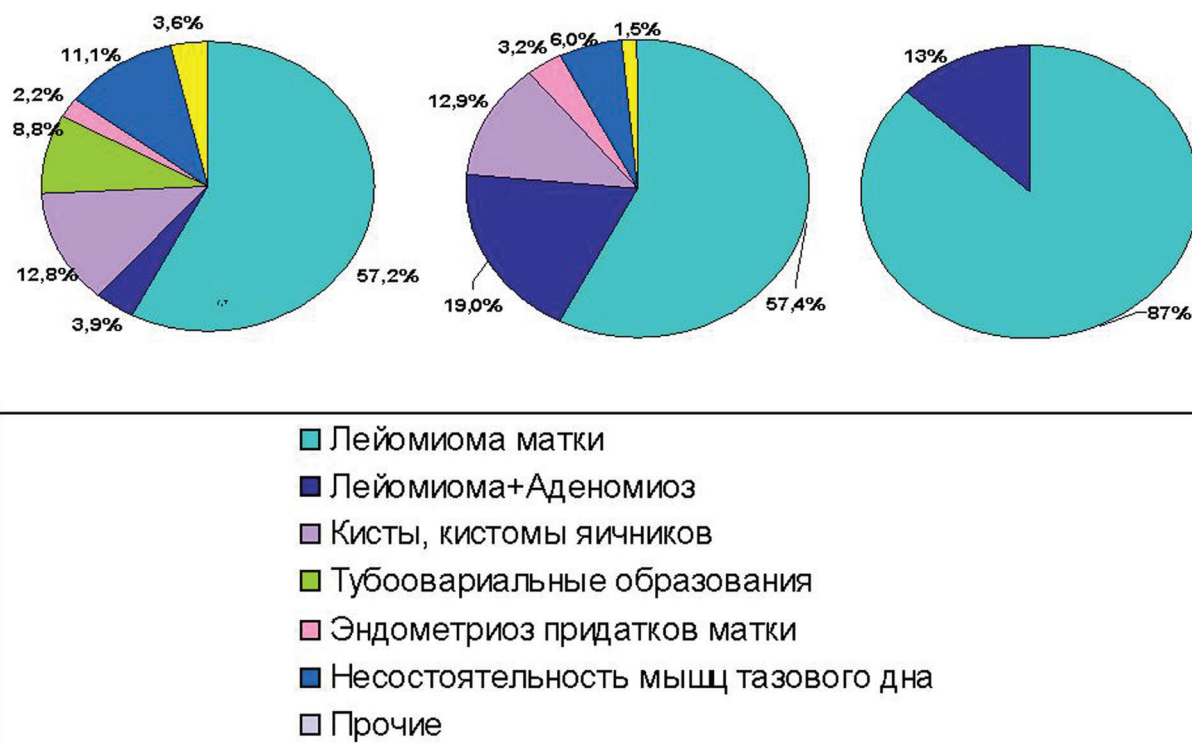


Рисунок 1. Основные гинекологические заболевания у женщин трех групп.

сочетанной гинекологической патологии, $\pm 0,69$ ($P > 0,05$), требующей двухэтапных и трехэтапных операций на гениталиях.

Третья группа – контрольная – 100 гинекологических больных с возможностью одноэтапного хирургического лечения на половых органах.

Средний возраст женщин I группы составил $47,1 \pm 0,76$, II – $46,1 \pm 0,55$, III – $46,6$

Из рисунка 1. очевидна наибольшая частота лейомиомы матки, как основного заболевания, по поводу которого были направлены на оперативное лечение женщины всех трех групп.

У 180 гинекологических больных были выявлены хирургические заболевания, требующие оперативного лечения,



- **ПРОЧИЕ в %:**
- Перитонит 1,1
- Мастопатия 1,1
- Геморрой, полипоз ануса 2,7
- Эхинококкоз органов брюшной полости 1,6
- Гнойный лимфаденит 0,6
- Острая кишечная непроходимость 1,6
- Лигатурный свищ 2,2
- Дивертикул мочевого пузыря 0,6
- Гнойный дуоденит с некрозом стенки прямой кишки 0,6
- Киста поджелудочной железы 0,6
- Гипертрофические п/о рубцы брюшной стенки 0,6
- Зоб 2,2
- Подкожно-жировая деформация брюшной стенки 0,6
- Доброкачественные опухоли мягких тканей 3,3
- Афункциональная почка 0,6
- МКБ. Гидронефроз почки 0,6

Рис 2. Основные хирургические заболевания у женщин, подвергнутых симультаным операциям (I группа).

представленные в рис 2.

У женщин I группы имелась хирургическая патология, подлежащая

оперативному лечению, включающая ЖКБ (35,5%), грыжи различной локализации (28,9%), аппендицит (13,3%), прочие составили 22,3%.

Для проведения симультанных операций у гинекологических больных с наличием сопутствующей хирургической патологией считали наличие двух и более заболеваний, требующих неотложного или планового хирургического лечения; желание больной избавиться сразу от нескольких заболеваний в условиях одного анестезиологического пособия [1-5].

Все наблюдаемые нами женщины отличались наличием высокой соматической заболеваемости по всем нозологическим формам без достоверного отличия ее уровня между сравниваемыми группами женщин. Лишь у женщин первой группы достоверно чаще выявлялась сердечно-сосудистая патология.

В случаях поступления больных в стационар по экстренным показаниям возможность проведения симультанных операций проводилась на основе оценки критериев риска по балльной системе, при этом определялись АД, ЦВД, ЧДД, протромбиновый индекс, калий плазмы, количество эритроцитов, лейкоцитов, лейкоцитарный индекс интоксикации, уровень мочевины, креатинина, билирубина, АЛТ, АсАТ.

При сумме баллов от 42 до 36 считали возможным выполнить любую операцию, от 35 до 25 – не проводили одномоментно миомэктомию и холецистэктомию и эхинококкэктомию, но считали возможным сочетать с грыжесечением, менее 25 баллов - операции выполняли последовательно.

Для выявления сдвигов вагосимпатического баланса до, во время и после оперативного вмешательства и характера волновой структуры сердечного ритма на основе мониторингирования ЭКГ использовался метод определения вариабельности сердечного ритма.

При выборе очередности хирургического вмешательства важную роль играл фактор наличия, либо отсутствия гнойно-

воспалительного процесса, при выявлении которого симультанную операцию всегда выполняли сначала на неинфицированном органе, затем переходили на орган, измененный гнойно-деструктивным процессом, а также характер превалирования выявленной сочетанной патологии [6-12].

Для проведения гистерэктомии, аднексэктомии и аппендэктомии проводился разрез по Пфанненштилю, для выполнения холецистэктомии - минилапаротомия доступом из правого подреберья, грыжесечения с последующей пластикой – по месту локализации грыжи. Операции на промежности и наружных гениталиях проводились вторым этапом.

Все операции проводились под перидуральной анестезией (за исключением хирургического лечения заболеваний щитовидной и молочных желез), так как по нашему мнению этот метод обезболивания является наиболее оптимальным для выполнения симультанных и сочетанных гинекологических операций, преимуществами которой являются управляемая гипотония и гемодилюция во время операции, хорошая управляемость, ранняя активизация больных в послеоперационном периоде через 6-7 часов после операции, профилактика тромбоэмболических и легочных осложнений, быстрое восстановление работы желудочно-кишечного тракта.

С целью профилактики гнойно-воспалительных процессов на протяжении всей операции больным проводилась ингаляция озono-кислородной смесью, и внутривенно вводили озонированный 0,9% раствор поваренной соли с концентрацией озона 3-4 мкг/мл в количестве 400-600 мл, так как озон обладает бактерицидным, противовоспалительным, антиоксидантным, десенсибилизирующим и иммунокорректирующим действием. При выполнении операций в случаях наличия гнойно-воспалительных очагов, после удаления образования полость малого таза дважды обрабатывалась озонированным раствором поваренной соли 0,9% раствора с концентрацией озона 8-10 мкг/мл. Кроме того в течение 2-х дней после операции проводилась инфузия озонированного физиологического раствора

поваренной соли с концентрацией озона 3-4 мкг/мл в количестве 400 мл. Для насыщения растворов медицинским озоном использовали аппарат «Magic Air».

Перед операцией и в послеоперационном периоде через 2-3, 6 и 12 месяцев осуществлялась оценка качества жизни пациенток на основе определения физической активности пациенток, психического состояния, социального, ролевого и сексуального функционирования, общей самооценки состояния здоровья и качества жизни с помощью заполнения специально разработанной анкеты.

При определении медико-социальной эффективности проведенных операций учитывались средняя продолжительность и кровопотеря во время операций, в зависимости от вида перенесенной операции; осложнения в послеоперационном периоде, средние показатели проведенных койко-дней; качество жизни на 2-3-6-12 месяцы жизни.

Экономическая эффективность оценивалась по прямому расходу средств, затраченных непосредственно на лечение больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Операции проводились в основном в 2-3 этапа.

На всех этапах проведено гинекологических операций – 257, хирургических – 217, всего – 474. В среднем на одну женщину приходилось $2,6 \pm 0,05$ операций.

Продолжительность субтотальной гистерэктомии превышала таковую соответственно на 55 минут и 58 минут; консервативной миомэктомии на 20 и 33 мин, на придатках матки всего 5,6; при пластических операциях на промежности 71,3. Эта разница времени за счет выполнения хирургических операций. Очевидна большая продолжительность симультанных операций у женщин с наличием сочетанной хирургической патологии, что было связано со вторым вмешательством.

Средняя интраоперационная кровопотеря у женщин всех трех групп достоверно отличалась лишь при проведении пластических операций на промежности в сторону большей величины на 100 мл у женщин с симультанными операциями.

Число проведенных пациентками койко-дней в среднем составлял у I группы больных $3,4 \pm 0,5$ к/дней, II – $3,4 \pm 0,7$ и III – $3,0 \pm 0,6$ к/дней.

Проведение симультанных и сочетанных операций дало высокий экономический эффект за счет сокращения затрат на медикаментозные средства для проведения наркоза, своевременной профилактики послеоперационных осложнений методом озонотерапии, сокращения затрат на перевязочный материал, инфузионные и антибактериальные средства, используемые в первые 2-3-е суток после операций.

Обследование больных, поступивших на оперативное лечение в плановом порядке, в амбулаторных условиях, ранняя выписка их из стационара и назначение таблетированных форм антибиотиков после выписки больных, также способствовало сокращению расходов.

Амбулаторное ведение больных в послеоперационном периоде включало обязательное посещение гинеколога и хирурга больными на 7, 14 и 21 сутки после операции.

Таким образом, проведение симультанных и сочетанных гинекологических операций у гинекологических больных с сочетанной хирургической, гинекологической даже при наличии сопутствующей экстрагенитальной патологией не усугубляет течение операционного и послеоперационного периодов, не приводит к осложнениям, исключает риск повторного оперативного вмешательства, положительно влияет на качество жизни пациентов, снижает экономические затраты на лечение больных, что в итоге повышает качество медицинских услуг.

Литература:

1. Александров Л.С., Ищенко А.И., Ведерникова Н.В. Сочетанные операции в гинекологии //Акушерство и гинекология – 2003.-№ 4 –С.11-14.
2. Баулина Н.В., Баулина Е.А. Симультанные операции в хирургии и гинекологии.// Вестник хирургии. -2004. –№2. –С.87- 91.
3. Боттаев Х.Б., Узденова З.Х., Геляева Р.Р. и др. Симультанные операции у гинекологических больных// Материалы форума Мать и дитя. -2005.- С.336 - 337.
4. Гайдарова А.Х. Сочетанные

операции в гинекологии. // Автореф. дис. докт. мед. наук. – Москва.2003.

5. Дадвани С.А., Кузнецов Н.А., Сафронов В.В. Сочетанные операции при холелитиазе. // Хирургия. – 1999. –№ 8 . –С37.

6. Магдиев Т.Ш., Северенко Н.В. Сочетанные операции в абдоминальной хирургии //Хирургия.- 1999.- № 6. - С.54 - 56.

7. Маховский В.З., Ованесов Б.Т., Мадагов Л.А. Одномоментные сочетанные операции в неотложной и плановой хирургии // Хирургия. – 2002. –№ 7 . –С.41-46.

8. Нечипоренко Н.А., Кажина М.В. Симультаные операции как метод лечения сочетанных хирургических заболеваний органов мочевой и половой систем у женщин // Российский вестник акушера-гинеколога .-2004. -№ 4. – С. 24 – 27.

9. Полуэктов В.Л., Харитонов В.П.,

Жильцов В.П. и др. Алгоритм лечения больных с сочетанной патологией.// Эндоскопическая хирургия. - 2000. -№2. –С.51-52

10. Пучков К.В., Баков В.С., Осипов В.В. и др. Одномоментные лапароскопические оперативные вмешательства при сочетанных заболеваниях органов брюшной полости и малого таза. //Эндоскопическая хирургия. -2004. -№ 6. –С. 3-12.

11. Тимербулатов В.М., Сибает В.М., Сагитов Р.Б. Анатомо-клиническое обоснование лапароскопических и комбинированных операций. // Хирургия. – 2005. –№5. –С. 43 - 46.

12. Тургунбаева З.А. Сочетанная коррекция заболеваний органов малого таза и брюшной полости в оперативной гинекологии //// Центрально-Азиатский мед. журнал.- Бишкек, 2004.- Том X.- Приложение 2 -С.272-274.

ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ СНИЖЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ

Шаршеннов А.К., Рыбалкина Л.Д., Лагутина О.В., Балбаева А.Д.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,

кафедра акушерства и гинекологии № 2,

Национальный Центр охраны материнства и детства,

Бишкек, Кыргызская Республика.

Резюме: На основании анализа уровня, причин и структуры перинатальных потерь в Кыргызской Республике за последние 10 лет отражены возможные пути снижения их в современных условиях.

Ключевые слова: перинатальная смертность, структура, причины.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН АЗЫРКЫ УБАКТАГЫ ТӨРӨТ УЧУРУНДА ПЕРИНАТАЛДЫК ЖОГОТУУЛАРДЫ АЗАЙТУУСУНУН МУМКУН БОЛГОН ЖОЛДОРУ.

Шаршеннов А.К., Рыбалкина Л.Д., Лагутина О.В., Балбаева А.Д.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
акушерство жана гинекология кафедрасы, Улуттук эне жана баланы коргоо борбору,

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Кыргыз Республикасынын акыркы 10 жыл аралыгындагы перинаталдык жоготуулардын түзүлүшүнүн, себептеринин жана өлчөмүн анализдөөнүн негизинде аларды азайтуунун мүмкүн болгон жолдору чагылдырылган

Негизги сөздөр: перинаталдык өлүм, түзүлүшү, себептери.

THE POSSIBLE WAYS OF DECREASE OF PRINATAL MORTALITY IN KIRGIZ REPUBLIC ON MODERN TIME OF USE OF BORN

Sharshenov A.K., Rybalkina L.D., Lagutina O.V., Balbaeva A.D.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Ahunbaeva,

Department of obstetrics and gynecology № 2,

Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: In analysis of the level, causes and structure of perinatal mortality in Kirgiz Republic for last 10 years showed possible ways of decrease there's in modern conditions.

The keywords: perinatal mortality, structure, causes.

Перинатальная охрана плода является одним из приоритетных направлений в здравоохранения во всех странах мира, так как именно от этого ответственного периода зависит не только здоровье новорожденных. Но и состояние его на протяжении всей последующей жизни человека.

В Кыргызстане стремление улучшить перинатальную службу направлено на проведение постоянного контроля за уровнем показателей перинатальной смертности, ее структуры и причин, но и на разработку современных методов прогнозирования, диагностики нарушений развития плода и

создание гарантийных возможностей ранней реабилитации плодов и новорожденных для снижения перинатальной заболеваемости и смертности (ПС). Перинатальная охрана плода в КР находится под пристальным вниманием не только организаторов здравоохранения, но и ученых.

Так только в течение последних 15 лет на исследование этой проблемы были направлены работы Шаршеннова А.К. [1], Шаршеннова А.К. и Рыбалкиной Л.Д. [2], Максумовой Э.М. [3], Алайдаровой Ж.С. [4], Жакыповой А.К. [5], Шоонаевой Н.Дж. [6], Мариповой Ж.А. [7], Ланимамовой Ю.Р. [8], Джаманкуловой Ф.С. [9].

Проводятся попытки изыскания причин и возможностей снижения перинатальных потерь путем подхода к проблеме с разных сторон. Так учитывается роль социально-бытовых, экологических условий, состояние здоровья родителей, особенности течения гестационного процесса на фоне различных видов соматической патологии, осложнений беременности и родов, методов родоразрешения.

В 2001 г. А.К. Шаршеновым (1) на основе эпидемиологической оценки частоты, структуры и динамики причин ПС в КР в течение 1990 – 1997 гг. разработана программа снижения перинатальной патологии, рассчитанная для внедрения на 6 уровнях МЗ КР, учреждения ПМСП, кабинеты пренатальной диагностики нарушений развития плода, медико-генетические консультации, стационарные учреждения для женщин и органы санитарного просвещения.

Ланимамовой Ю.Р. [8] за период с 1997 по 2003 гг. определены коэффициент роста и темп прироста (ПС) современные тенденции, медико-социальные факторы риска, прогнозирование ПС.

Учеными [2-7,10,11], занимающимися проблемой влияния неблагоприятных экологических условий на перинатальные потери и здоровье новорожденных, предложены проверенные с достоверной эффективностью мероприятия по предупреждению пагубного влияния антропогенной нагрузки на периодах прекоцепционной подготовки к зачатию, в динамике беременности и в родах, внедрение которых затруднено из-за сложившейся социально-экологической ситуации в стране.

Последние 10 лет в республике внедрены: матрица BABIES, позволяющая определить причины ПС на уровнях до наступления зачатия, во время периода гестации, в родах и в периоде новорожденности, программы по репродуктивному здоровью и планированию семьи, содействия эффективной перинатальной помощи, грудного вскармливания и другие с 2005 г. Осуществлен переход на новые критерии живорожденности.

Несмотря на проводимые мероприятия, качество оказания неотложной акушерской помощи остается недостаточным, следствием чего являются высокие показатели перинатальной смертности.

Проведенный нами анализ показателей ПС в родовспомогательных учреждениях КР, в целом, в Чуйской области и г. Бишкек по данным официальной статистики за 2001 – 2010 гг. показал рост его повсеместно, начиная с 2004 г., т.е. с момента внедрения измененных критериев оценки живорожденности.

Таким образом, назрела необходимость проведения анализа причин высокого уровня перинатальных потерь в современных условиях.

Цель настоящего исследования – вскрыть причины высокого уровня ПС в Кыргызской Республике для разработки мер по ее снижению.

В задачи исследования входило:

- провести анализ перинатальных потерь в динамике 2001 - 2010 гг. в зависимости от массы тела плодов и новорожденных;
- установить показатель и причины перинатальных потерь в каждой фазе перинатального периода;

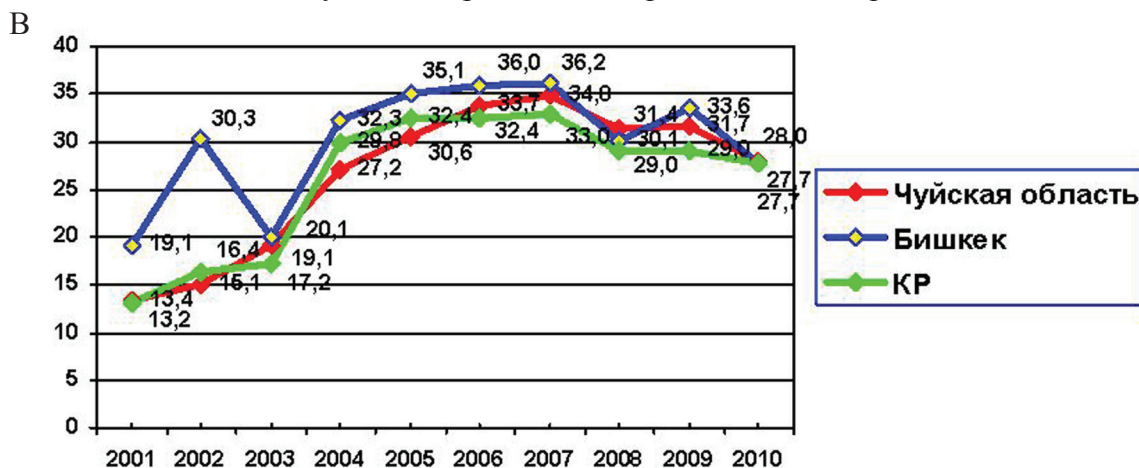


Рис.1. Динамика показателей ПС по КР, Чуйской области и г. Бишкек.

разработать рекомендации для снижения перинатальных потерь на современном этапе родовспоможения в КР.

Материал и методы исследования

Материалом для проведения исследования явились официальные данные статистического отдела МЗ КР (рис. 1).

Из представленных данных очевиден рост показателей ПС в 2,5 раза во всех названных регионах с некоторым снижением в 2010 г.

В 2008 г. перинатальные потери составили 562 из 18 350 родившихся живыми и мертвыми. Показатель ПС составил 31,0 %, в том числе мертворождения составили 186 из 562 - 33,1 %, ранняя неонатальная смертность 376 из 562 - 66,9 %. Из числа мертворожденных 86,6 % погибли в антенатальном и 13,4 % в интранатальном периодах.

Результаты исследования

Проведенный нами анализ перинатальных потерь в зависимости от массы тела плодов и новорожденных детей показал, что в Чуйской области в показателе ПС в 2008 г. из 30,1 на 1000 родившихся 19,1 составили маловесные дети, а в г. Бишкеке доля маловесных детей составила 21,0 %.

Анализ уровня ПС в зависимости от массы тела плодов и новорожденных показал, что он возрос за счет детей с малой массой тела: при массе тела плода от 500 до 999, 0 г составил 724 %, от 1000 до 1499 – 339 %, от 1500 до 2499 – 153 %, и при массе тела 2500,0 и более – 8,0 %.

Показатели частоты мертворождений в зависимости от массы тела плода выглядели следующим образом: при массе тела 500 – 999 - 33,3 %; 1000-1455 - 17,4 %; 1500 – 2499 - 4,5 % и 2500 и более – 0,3 %.

Таким образом, из числа мертворожденных 50,7 % составляли плоды с массой тела до 1500,0.

Из числа всех мертворождений антенатальные потери в соответствии с весовыми категориями составили 88,5 %, 88,2 %, 97,4 % и 75,5 %, т.е. при всех весовых категориях большая часть плодов погибает антенатально, что несомненно обусловлено низким уровнем здоровья матерей и высокой частотой гестационных осложнений.

Из числа мертворождений интранатальные

потери составили при массе тела плодов от 500 – 99 - 11,5 %; 1000 – 1499 - 11,7%; 1500 – 2499 - 2,6 %; 2500 и более – 24,5 %.

Самый высокий процент интранатальных потерь среди доношенных плодов, что является свидетельством недостаточности уровня квалификации ведения родов. Ранняя неонатальная смертность среди детей с массой тела от 500 до 999 г составила 90,0 %; 1000 – 1999 – 53,4 %; 1500 – 2499 – 11,5 %; 2500 и более – 4,8 %.

Следовательно, и в антенатальном, и в раннем неонатальном периодах, в основном погибают дети с малой массой тела, причем чем ниже масса тела, тем больше потери. Все это свидетельствует и о низком уровне выхаживания маловесных и недоношенных детей.

Анализ причин перинатальных потерь свидетельствует о том, что в их структуре в течение всех последних 10 лет и в целом по Республике и в Чуйской области и в г. Бишкеке чаще всего погибают плоды и дети от состояний вызванных асфиксией, на втором месте находятся состояния, связанные с незрелостью, на третьем – врожденные аномалии, на четвертом – инфекции и на пятом – родовые травмы. Прочие причины по Республике в 2008 г. составляли 7,3 %, по Чуйской области – 5,7 % и по г. Бишкек – 5,4 %. Из числа прочих причин по г. Бишкек был отмечен факт роста частоты детей с врожденными пороками развития (ВПР) Шаршеновым А.К. [1] и Джаманкуловой Ф.С. [9]

В проведенном исследовании впервые было выявлено, что при совпадении первого критического периода беременности с летними месяцами года (июнь, июль, август), характеризующимися прессингом множества неблагоприятных факторов экосреды, наблюдается увеличение частоты патологии среди плодов и новорожденных и, как следствие, - рост перинатальной смертности. Самые высокие показатели ПС и для доношенных, и для недоношенных наблюдается в весенние месяцы (март, апрель, май) Мариповой Ж.А. [7] было доказано, что при совпадении периода зачатия с высоким содержанием формальдегида в воздухе и неблагоприятными климато-экологическими факторами (август, сентябрь) возрастает удельный

вес патологических родов, несвоевременного излития околоплодных вод, аномалий родовой деятельности, гипертензивных нарушений в родах, асфиксии, ВПР, антенатальной гибели и гипотрофии плодов.

Далее в условиях эксперимента было доказано, что тератогенное, канцерогенное и токсическое действие формальдегида на организм беременных животных, плода и потомства усиливается при сочетании его с УФО и тепловым перегреванием, что подтверждено морфологическими исследованиями органов беременных животных, плодов и потомства. При этом в крови беременных животных увеличивается содержание прогестерона, что способствует сохранению беременности даже в случаях пораженного плодного яйца. Именно с этим фактом автор связывает более высокую частоту рождения детей с ВПР в экологически неблагоприятных условиях.

В проведенном исследовании НЦОМид (Рыбалкина Л.Д. с соавт, 2009 – 2011 гг.) на основе данных мониторинга аэрогенного загрязнения ксенобиотиками, представленными МЧС КР определена роль и степень индивидуальной антропогенной нагрузки на формирование хронической фетоплацентарной недостаточности и связи ее с патологией беременности, нарушениями развития плода и здоровьем новорожденного. На основании проведения сравнительной оценки содержания диоксида серы, формальдегида, диоксида азота, оксида азота в воздушном бассейне города установлена высоко достоверная разница их в сторону повышения в центре города и снижения в экологически благополучных предгорных регионах.

В экологически неблагоприятной зоне у 54,5 % женщин, желающих выносить беременность, гестационный процесс осложняется угрозой невынашивания в сравнении с 25,1 % ($P < 0,001$) в условиях экологического благополучия (Марипова Ж.А.) [7, 10].

При этом установлено, что при экологическом благополучии беременность заканчивалась преждевременными родами в 2,24 раза чаще, самопроизвольными абортами

в ранних сроках в 1.2 раза чаще, а привычным невынашиванием, соответственно, в 5,1 % и у 0,4 % женщин ($P < 0,001$) [7, 10].

У всех женщин, сохранивших беременность после угрозы невынашивания в I триместре, в динамике гестационного процесса имели место патологические состояния ФПС: 15,9 % - хориоамнионитом, плацентитом, у 6,4 % - частичной преждевременной отслойкой плаценты, у 11,3 % - внутриутробной гипоксией плода. Перинатальные потери у женщин этой группы составили 159,1 ‰ [10].

Результаты исследования частоты рождения детей с ВПР у женщин в зависимости от экологических условий показали, что из 130 женщин – бишкекчанок, родивших детей с ВПР 83,1 % были жительницами экологически неблагоприятного региона (ЭНР) и 16,9 % - более благополучного региона (ЭБР) (Джаманкулова Ф.С., 2011) [9,10].

Таким образом, зависимость частоты рождения детей с ВПР от аэрогенного загрязнения, не вызывает сомнения. Структура ВПР неоднозначна в зависимости от степени аэрогенного загрязнения. Так, у женщин ЭБР в 2 раза реже имели место пороки ЦНС (9,1 %) по сравнению с женщинами ЭНР (19,4 %), но в 3 раза чаще пороки костно-мышечной системы. Одинаково часто наблюдались врожденные пороки сердца, все прочие пороки в ЭНР выявлялись в 2.6 раза чаще (соответственно 23,3 % и 9,0 %), при этом множественные пороки развития плода имели место только у женщин ЭНР.

Резюмируя все вышеизложенное, следует отметить, что в КР в целом, в Чуйской области и в г. Бишкек уровень ПС остается высоким (30,1 % в 2008 г.), главным образом за счет потерь маловесных детей.

Преобладают потери маловесных детей в антенатальном периоде, что свидетельствует о низком уровне здоровья матерей и о высокой частоте гестационных осложнений и в раннем неонатальном периоде, как свидетельство низкого уровня выхаживания маловесных и недоношенных детей. Что касается интранатальных потерь, то выявлено, что в родах погибают, как правило, доношенные плоды (

24,5 %).

В структуре ПС 33,1 % составляли мертворождения и 66,9 % - гибель детей в раннем неонатальном периоде. В структуре причин потерь плодов и новорожденных по-прежнему преобладают дыхательные расстройства, состояния, связанные с незрелостью и пороки развития плода. Частота которых значительно выросла в г. Бишкек.

Проведенные научные исследования доказывают связь роста ВПР с экологическим неблагополучием города. Планирование зачатия в более благоприятные периоды года, преконцепционная подготовка путем детоксикации организма и применением эфферентных методов для выведения ксенобиотиков из организма помогут добиться значительного снижения перинатальных потерь в условиях экологического неблагополучия [11].

Таким образом, систематические профилактические осмотры женщин репродуктивного возраста с последующей санацией выявленной патологии, обязательное планирование беременности в более благоприятные месяцы по климато-экологическим особенностям для женщин г. Бишкек, включающее обследование и оздоровление перед зачатием, проведение преконцепционной подготовки по общепринятой технологии с обязательным включением в нее прием энтеросорбентов жителями ЭНР, интенсивное наблюдение гестационного процесса у женщин групп риска по невынашиванию беременности, гипертензивным нарушениям, по рождению детей с ВПР, до 22 недель срока беременности с целью прерывания ее и предупреждения рождения детей с ВПР, внедрение новейших технологий по выхаживанию маловесных новорожденных – реальные пути для дальнейшего снижения перинатальных плодовых потерь в КР.

Литература:

1. Шаршенов А.К. Прогнозирование перинатальной смертности и обоснование технологии ее снижения: Автореф...дисс. докт. мед. наук.- Бишкек, 2001.- 32 с.
2. Шаршенов А.К., Рыбалкина Л.Д., Джакыпова А.К. Проблемы перинатального

акушерства в Кыргызской Республике. // Центрально-азиатский медицинский журнал. – Бишкек. – 2002. – Том VIII. - № 2. - С. 130 - 133.

3. МаксUTOва Э.М. Хроническая гипоксия плода: антенатальная диагностика, перинатальные исходы: Автореф... канд. дис. – Бишкек. – 2002. – 20 с.

4. Алайдарова Ж.С. Модель перинатальной охраны плода при внутриутробном инфицировании: Автореф... канд. дис. – Бишкек. – 2002. – 22 с.

5. Джакыпова А.К. Технология снижения перинатальной смертности и заболеваемости новорожденных в раннем неонатальном периоде после абдоминального родоразрешения женщин: Автореф... канд. дис. – Бишкек. – 2004. – 28 с.

6. Шоонаева Н.Дж. Профилактика перинатальных потерь у женщин с нарушениями функции репродукции: Автореф... канд. дис. – Бишкек. – 2003. – 22 с.

7. Маринова Ж.Ф. Влияние аэрогенного загрязнения формальдегидом на репродуктивную функцию женского организма и перинатальные исходы (клинико-экспериментальное исследование): Автореф...дисс. канд. мед. наук.- Бишкек, 2007.- 22 с.

8. Ланимамова Ю.Р. Перинатальная смертность в Кыргызской Республике: современная тенденция, медико-социальные факторы риска, прогнозирование: Автореф... канд. дис. – Бишкек. – 2007. – 25с.

9. Джаманкулова Ф.С. Пути снижения фетоинфантильных потерь у женщин с врожденными пороками развития детей. // Здоровье матери и ребенка. – 2009, Том I, Приложение I. – С. 19 – 22.

10. Рыбалкина Л.Д. с соавт. Роль антропогенной нагрузки в формировании патологии репродуктивной системы. // Прогнозирование и пути профилактики. Заключительный отчет НИР. – Бишкек, 2011. – С. 70.

11. Рыбалкина Л.Д. Шаршенов А.К., Шоонаева Н.Дж. Оптимизация наблюдения женщин с отягощенным репродуктивным анамнезом в условиях экологического неблагополучия. // Бишкек. – 2005. – 120 с.

ХОБЛ В УСЛОВИЯХ ИНТЕРМИТТИРУЮЩЕЙ ГИПОКСИИ**Винников Д. В., Бримкулов Н. Н.**

Кафедра госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии

Кыргызская государственная медицинская академия,

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Цель исследования – определение характера возрастного снижения показателей функции легких у больных ХОБЛ, подверженных воздействию хронической интермиттирующей гипоксии.

Материал и методы: в проспективное четырехлетнее наблюдение было включено 58 пациентов с ХОБЛ в возрасте $46,3 \pm 5,8$ лет и такое же количество здоровых лиц, работающих на высотах 3800-4500 метров.

Результаты и обсуждение: в основной группе произошло снижение всех показателей, в том числе объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ₁) – с 88,2 до 81,8% от должной величины (81 мл в год), а в группе здоровых – 58 мл в год ($p < 0,001$). Таким образом, больным ХОБЛ, пребывающим или работающим в условиях высокогорья, следует рекомендовать ограничение времени работы в таких условиях.

Ключевые слова: ХОБЛ, спирометрия, интермиттирующая гипоксия

БИР КАЛЫПТА ЭМЕС ГИПОКСИЯ ШАРТЫНДАГЫ ӨӨБД**Винников Д. В., Бримкулов Н. Н.**

Госпиталдык терапия, кесиптик оорулар жана гематология кафедрасы

Кыргыз мамлекеттик медициналык академия,

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Резюме: Изилдөөнүн максаты – хроникалык бир калыпта эмес гипоксияга кабыл болгон ӨӨБД бейтаптардын өпкө функцияларынын курактык төмөндөшүнүн маңызын аныктоо.

Материал жана ыкмалар: төрт жылдык проспективдүү байкоого $46,3 \pm 5,8$ жаштагы ӨӨБД бейтаптар жана ушундай эле сандагы ден-соолугу таза 3800-4500 метр бийикте иштеген инсандар камтылды.

Жыйынтык жана аны талкуулоо: негизги топто бардык көрсөткүчтөрдүн төмөндөшү орун алган, анын ичинде мажбурланган дем чыгаруу биринчи секундада (ОФВ₁) көздөлгөн өлчөмдөн (81 мл жылына) 88,2 ден 81,8 пайызга чейин төмөндөгөн, ал эми ден-соолугу чың топто – жылына 58 мл ($p < 0,001$). Ошондуктан, бийик тоо шартында жашаган же иштеген ӨӨБД бейтаптардын ушундай шартта иштөөнү чектөөсү сунушталат.

Негизги сөздөр: ӨӨБД, спирометрия, бир калыпта эмес гипоксия.

COPD IN INTERMITTENT HYPOXIA**Vinnikov D.V., Brimkulov N.N.**

Chair of internal diseases, occupational diseases and hematology

Kyrgyz State Medical Academy,

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: The aim of this study was to determine annual age lung function decline in COPD patients, exposed to chronic intermittent hypoxia.

Materials and methods: 58 COPD patients aged 46.3 ± 5.8 years were included into this 4-year prospective study along with equal number of healthy subjects working at altitude 3800-4500 meters in Kyrgyzstan.

Results and conclusions: There was a marked reduction of all lung function indices in COPD patients group, including forced expiratory volume within the first second (FEV₁) – from 88.2 to 81.8% predicted (81 ml a year), whereas in healthy subjects group – only 58 ml a year ($p < 0.001$). Thus, COPD patients arriving or working at high altitude must be recommended to limit the time of exposure.

Key words: COPD, spirometry, intermittent hypoxia

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) характеризуется не полностью обратимой обструкцией воздухоносных путей в результате длительного воспалительного процесса от воздействия внешних и внутренних факторов. Она является одной из важнейших проблем современной медицины в связи с большой распространенностью, частым и

длительным снижением трудоспособности и существенным влиянием на смертность [1,2]. Проживание или работа на высокогорье может способствовать большей распространенности ХОБЛ – среди населения киргизского Тянь-Шаня, например, в два раза большую [3,4], однако аналогичные данные получены и в других странах [5]. Острая и хроническая

подверженность низкой температуре воздуха может приводить к более тяжелому течению ХОБЛ [6]. Гипоксия является самостоятельным фактором, сильно отягощающим течение ХОБЛ [7].

Течение ХОБЛ в условиях высокогорья имеет свои клинические особенности – слабовыраженный кашлевой синдром, относительная скудность мокроты с более выраженной одышкой и цианозом [3,4]. Некоторые авторы указывают на преобладающую тенденцию к снижению бронхиальной проходимости на уровне мелкого калибра угорцев с ХОБЛ [4]. Легочная гипертензия при ХОБЛ является независимым предиктором смертности, и легочное сердце при ХОБЛ на высокогорье развивается раньше, чем на низкогорье [3].

Прогностическое значение при ХОБЛ имеет объем форсированного выхода за первую секунду ($ОФВ_1$), а именно его процентное отношение к должной величине [8]. Величина ежегодного возрастного снижения $ОФВ_1$ представляется важным показателем прогрессирования ХОБЛ. У взрослых здоровых лиц также отмечается естественное возрастное снижение показателей функции легких, однако при ХОБЛ его скорость больше [9]. Особый интерес представляет особый контингент лиц – люди, подверженные не просто хронической, а хронической интермиттирующей гипоксии, когда воздействие происходит попеременно с проживанием на низкогорье.

Целью данного исследования было

интермиттирующей гипоксии, в сравнении со здоровыми лицами в таких же условиях.

Материалы и методы. Исследование представляет собой проспективное четырехлетнее наблюдение за функцией легких у работников высокогорной золотодобывающей компании, основное производство которой находится на высоте 3800-4500 метров над уровнем моря в Ысыкульской области Кыргызской Республики. Все работники компании проходят ежегодный медицинский осмотр в г. Бишкек.

В данном исследовании мы приводим данные проспективного наблюдения за функцией легких работников за четырехлетний период с августа 2005-го по август 2009-го годов. Поэтому на каждого включенного в исследование работника имеется четыре спирограммы. Из числа 2500 работников компании было отобрано 58 пациентов с установленным диагнозом ХОБЛ, согласно GOLD [8]. Так, критериями включения в группу больных ХОБЛ были: наличие соответствующей клинической картины ХОБЛ, наличие установленного ранее диагноза ХОБЛ, снижение индекса Тиффно ниже 70% и возраст более 40 лет на момент включения в исследование. Группу контроля составили также 58 работников без единого диагноза, нормальными лабораторными показателями и нормальной функцией легких.

Спирометрию (исследование функции внешнего дыхания) выполняли на портативном аппарате MicroMedical MicroLab (United

Таблица 1. Характеристика включенных в исследование пациентов
Примечание: * - статистически значимая разница в сравнении с больными

	Больные ХОБЛ	Здоровые
N	58	58
N мужчин (%)	58 (100)	53 (91,4)
Рост, см	172,6 ± 5,8	173,3 ± 7,0
Вес, кг	80,2 ± 11,7	72,6 ± 10,0*
Индекс массы тела, кг/м ³	26,3 ± 5,0	24,1 ± 2,5*
Возраст, лет	46,3 ± 5,8	30,3 ± 7,0*
$ОФВ_1$, % от должного	88,2 ± 13,4	105,3 ± 12,1*

определение характера возрастного снижения показателей функции легких у больных ХОБЛ, подверженных воздействию хронической

Kingdom) утром натощак. По возможности были соблюдены требования к проведению спирометрии, изложенные в «Руководстве по

спирометрии» [10]. Согласно ему, необходимо было получить один маневр дыхательного объема, два маневра жизненной емкости легких (ЖЕЛ) с показателем воспроизводимости менее 4% и три маневра форсированной ЖЕЛ (ФЖЕЛ) с аналогичными показателями воспроизводимости. Измеряли ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ₁, индекс Тиффно (отношение ОФВ₁ к ЖЕЛ или ФЖЕЛ (что больше)), максимальную

первично обследованных пациентов критериям включения отвечали 58 пациентов с ХОБЛ в возрасте $46,3 \pm 5,8$ лет. Группы отличались друг от друга по ряду параметров (таблица 1). Всем пациентам диагноз был поставлен еще до первого включенного в исследование обследования.

В течение четырех лет наблюдения менялась распространенность курения в обеих группах. Изначально в группе больных

Таблица 2. Показатели статуса курения в обеих группах

Примечание: * - статистически значимая разница в сравнении с больными

	Больные ХОБЛ	Здоровые
N	58	58
Ежедневно курящие, N (%)	46 (79,3)	34 (58,6)*
Бывшие курильщики, N (%)	9 (15,5)	8 (13,8)
Никогда не курившие, N (%)	3 (5,2)	16 (27,6)*
Число сигарет в сутки	$10,3 \pm 4,7$	$8,5 \pm ,6$
Стаж курения, лет	$17,9 \pm 8,7$	$8,3 \pm 6,2^*$

скорость выдоха (МСВ) и моментную объемную скорость при остающихся 50% ФЖЕЛ (МОС₅₀). Для исключения случаев обратимой обструкции всем пациентам с ОФВ₁/ФЖЕЛ менее 70% проводили бронходилатационный тест с 200 мкг сальбутамола через спейсер.

Для сравнения групп мы использовали непараметрические методы: тест 2X2 для выявления статистической значимости между категориальными величинами, при этом подсчитывали χ^2 и p, в противном случае - тест Манна-Уитни. Если не указано иначе, данные

ХОБЛ было на треть больше курящих, эта тенденция сохранилась к концу исследования. Курение является главным установленным этиологическим фактором ХОБЛ, и это наглядно видно на исследованной группе лиц – среди больных ХОБЛ курило почти 80%, а стаж курения был значительным (таблица 2).

Согласно критериям GOLD, включенная в данное исследование группа больных ХОБЛ имела в среднем первую стадию ХОБЛ по показателю процента от должной величины ОФВ₁ (таблица 3). Всего лишь за четыре года

Таблица 3. Показатели функции легких в группах в начале наблюдения

Примечание: * - статистически значимая разница в сравнении с больными

	Больные ХОБЛ		Здоровые	
ЖЕЛ, л	$4,6 \pm 0,8$	$101,0 \pm 15,9$	$5,0 \pm 0,8$	$102,8 \pm 12,9$
ФЖЕЛ, л	$4,7 \pm 0,7$	$107,2 \pm 14,3$	$5,2 \pm 0,9$	$110,2 \pm 12,4$
ОФВ ₁ , л	$3,2 \pm 0,6$	$88,2 \pm 13,4$	$4,2 \pm 0,7$	$105,3 \pm 12,1^*$
МСВ, л/мин	$481,5 \pm 105,9$	$91,4 \pm 18,3$	$581,9 \pm 97,0$	$105,3 \pm 14,5^*$
Индекс Тиффно, %	$67,3 \pm 6,1$	$88,2 \pm 13,4$	$81,3 \pm 7,1$	$99,2 \pm 8,4^*$
МОС ₅₀ , л	$2,4 \pm 0,7$	$51,1 \pm 14,7$	$4,8 \pm 1,4$	$92,1 \pm 24,1^*$

приведены в виде средних величин $\pm$ стандартное отклонение или в процентном отношении ко всей группе. Обработку проводили с помощью пакетов программ NCSS 2001 (PASS 2002) и Statistica (StatSoft).

Результаты и обсуждение. Из числа

наблюдения этот показатель снизился до 81,8%. При этом следует учитывать, что показатель рассчитывается с учетом возраста и уже принимает во внимание нормальное ежегодное снижение функции легких с возрастом. В группе здоровых лиц за четыре года снижение

аналогичного показателя составило со 105,3% до 101,8%.

За четыре года наблюдения функция легких в обеих группах изменилась. ЖЕЛ в основной группе снизилась с $4,63 \pm 0,76$ до $4,45 \pm 0,73$ л, то есть на 44,9 мл в год (в группе здоровых – с $5,04 \pm 0,80$ до $5,04 \pm 0,76$ л, то есть на 0 мл в год); ФЖЕЛ уменьшилась с $4,71 \pm 0,70$ до $4,46 \pm 0,77$ л, то есть на 63,0 мл в год (в группе здоровых – с $5,21 \pm 0,86$ до $5,15 \pm 0,81$ л, то есть на 14,8 мл в год). Наиболее показательным было изменение ОФВ₁ в процессе наблюдения. У больных ХОБЛ она была почти в два раза большей по сравнению со здоровыми: снижение составило 324 мл или 81 мл в год (в группе здоровых – 234 мл или 58 мл в год ($p < 0,001$)). Снижения МСВ в обеих группах не произошло (3 л/мин и менее в год), что говорит о правильном выполнении маневров и приложении максимальной мышечной силы в процессе форсированных выдохов.

ХОБЛ – прогрессирующее заболевание, которое по определению характеризуется не полностью обратимой обструкцией воздухоносных путей. Данное исследование имело целью определение скорости снижения основных показателей функции легких у больных ХОБЛ, которые подвержены воздействию интермиттирующей гипоксии. Ускоренное ежегодное снижение показателей спирометрии у больных ХОБЛ довольно хорошо изучено ранее, особенно выраженное у злостных курильщиков. Однако лица, живущие и работающие в условиях гипобарической гипоксии – особая группа лиц. Показано отрицательное влияние гор на заболеваемость и течение хронических болезней органов дыхания.

Основной фактор, определяющий прогноз при ХОБЛ – ОФВ₁. В данном исследовании мы показали, что его снижение у больных ХОБЛ имеет почти в 2 раза большую скорость в сравнении со здоровыми. Это имеет огромное практическое значение. Во-первых, необходимо учесть, что изначально этот показатель у больных уже снижен, а во-вторых его ускоренное снижение может привести к тому, что критическое возрастное снижение наступит значительно раньше. Это сильно ограничивает время возможного пребывания

таких лиц в условиях гипобарической гипоксии и остро ставит вопрос о допуске лиц с ХОБЛ к работе в условиях интермиттирующей гипоксии. Известно, что курение значительно ускоряет у больных ХОБЛ прогрессирование заболевания, поэтому прекращение курения такой категорией больных имеет первостепенное значение для максимально долгого сохранения функции легких.

Выводы:

У больных ХОБЛ течение болезни имеет более неблагоприятное течение: скорость снижения ОФВ₁ почти в два раза превышает таковую у здоровых лиц и составляет 81 мл в год.

Среди больных ХОБЛ отмечается более «тяжелый» статус курения, и прекращение курения для таких больных имеет важнейшее значение.

Больным ХОБЛ, пребывающим или работающим в условиях высокогорья, следует рекомендовать ограничение времени работы в таких условиях.

Список литературы

- [1] Чучалин А. Г. Клинические рекомендации по хронической обструктивной болезни легких. - М., 2001. – 78 с.
- [2] Миррахимов М. М., Убайдуллаев А. М., Бримкулов Н. Н. Пульмонология в республиках Центральной Азии: состояние и будущие перспективы // Центрально-Азиатский медицинский журнал. – 1997. - №1. – С. 79-85.
- [3] Кудайбердиев З. М. Клинико-функциональные особенности легочного сердца, развившегося в условиях высокогорья в результате хронического бронхита // Терапевтический архив. – 1986. - №13. – С. 56-59.
- [4] Джолдубаев Ы. Клинико-эпидемиологическая характеристика особенностей течения и исходов хронического бронхита в условиях высокогорья. Автореф. дисс. докт. мед. наук: 14.00.05. – Фрунзе, 1991. – 30 с.
- [5] Narboo T., Yahua M., Bruce N. G., Heady J. A., Ball K. P. Domestic pollution and respiratory illness in a Himalayan village // International Journal of Epidemiology. – 1991. - №3. – Р. 749-757.
- [6] Миронова Г. Е., Васильев Е. П.,

Величковский Б. Т. Хронический обструктивный бронхит в условиях крайнего Севера. – Красноярск: Сибирь, 2003. – 78 с.

[7] Cogo A., Fisher R., Shoene R. B. Respiratory diseases and high altitude // High Altitude Medicine and Biology. – 2004. – Vol. 5. – P. 435-444.

[8] Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD]. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. National Heart, Lung, and Blood Institute, National Institutes of Health, US Dept of Health and Human Services,

2006. – 88 с.

[9] Tashkin D. P., Clark V. A., Coulson A. H. The UCLA population studies of chronic obstructive respiratory disease. VIII. Effects of smoking cessation on lung function: a prospective study of a free-living population // Am. Rev. Respir. Dis. – 1984. - №130. – с. 707-715.

[10] Бримкулов Н. Н., Винников Д. В., Давлеталиева Н. Э., Нихолм Я., Учкемпирова Б., Эрхола М. Руководство по спирометрии для медработников Кыргызстана. - Бишкек, 2005. – 28 с.

«ШКОЛА БОЛЬНОГО ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ» В КЫРГЫЗСТАНЕ: ВЛИЯНИЕ ОБУЧЕНИЯ НА УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ ПАЦИЕНТОВ

Баева Р.Н.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра госпитальной терапии с курсом профессиональных болезней и гематологии,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В рамках работы «Школы больного язвенной болезнью» проведен анализ уровня знаний пациентов и влияние разработанной образовательной программы на представления пациентов о своем заболевании и методах терапии, а так же выживаемость знаний через пять лет после обучения.

Ключевые слова: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, образовательная программа, уровень знаний пациентов о своей болезни.

КЫРГЫЗСТАНДАГЫ «ЖАРА ООРУ МЕНЕН ООРУГАНДАРДЫН МЕКТЕБИ»: ООРУЛУУЛАРДЫН БИЛИМ ДЕНГЭЭЛИН КӨТӨРҮҮДӨГҮ ОКУТУУНУН ТААСИРИ

Баева Р.Н.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы,
госпиталдык терапия, профессионалдык оорулар жана гематология курсу менен кафедрасы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Жара оорусу менен ооруган адамдарды окутуу процессинин жүрүшүндө оорудуунун өзүнүн оорусу жөнүндө билим дөңгөөлүн аныктоо боюнча анализ жүргүзүлгөн. Окуу процессинин тасири менен оорудуунун өз оорусу менен тааныштыгы жана оруну дарылоо методика билим дөңгөөлүн 5 жылдын ичинде сакталышы чагылдырылган.

Негизги сөздөр: он эки эли ичегинин жара оорусу, билим берүү программасы, оорудуулардын өзүнүн оорусу жөнүндө билим дөңгөөлү.

“SCHOOL FOR THE PATIENT WITH ULCER DISEASE” IN KYRGYZSTAN: IMPACT OF PATIENT EDUCATION ON THEIR LEVEL OF KNOWLEDGE

Baetova R.N.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Ahunbaeva,
Chair of hospital therapy, occupational pathology and hematology,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: The analysis of knowledge level among patients as well as impact of elaborated educational program on their conception about the disease and ways of treatment along with analysis of survival rate of knowledge in 5 years after training was conducted in the frames of activities of “the School for the patients with ulcer disease”.

Key words: duodenal ulcer, educational program, level of knowledge.

Введение

В настоящее время стандартизированные методы диагностики и лечения язвенной болезни (ЯБ) хорошо разработаны. Однако, несмотря на теоретические успехи, практика свидетельствует, что на первичном уровне здравоохранения в Кыргызстане эффективность лечения остается недостаточной, увеличивается число осложнений, оперативных вмешательств [2]. Причины неудовлетворительной

комплаентности больных ЯБ в литературных источниках освещены фрагментарно. Пациенты прерывают прием лекарственных препаратов из-за развития побочных эффектов, отсутствия необходимого времени для выполнения врачебных рекомендаций, сомнений в оправданности и безопасности назначенного лечения [4, 12, 13]. Еще одной причиной неудовлетворительной комплаентности пациентов приводят неадекватность их

представлений о заболевании и методах его лечения. Очевидно, что без коррекции знаний больных ЯБ о своем заболевании и принципах его терапии существенно улучшить приверженность пациентов к соблюдению рекомендаций врача невозможно.

В настоящее время в мировой медицинской практике признано, что одним из прогрессивных методологических подходов в лечении хронических неинфекционных заболеваний является организация системы обучения больных, которая может осуществляться как в стационаре, так и на амбулаторном этапе (уровень доказательности D) [6,7,11]. При многих хронических заболеваниях показано, что обучение принципам ведения здорового образа жизни, осмысленному и правильному соблюдению рекомендаций врача, способам самоконтроля способствует стабилизации состояния больного и улучшает клиническое течение болезни [5, 9]. В связи с этим, на базе кафедры госпитальной терапии Кыргызской Государственной медицинской академии (КГМА) организована «Школа для больных язвенной болезнью», в рамках работы которой проводилось обучение пациентов.

Целью нашей работы явилась оценка влияния разработанной нами образовательной программы для больных ЯБ двенадцатиперстной кишки на представление пациентов о причинах заболевания и эффективности методов его лечения.

Материал и методы

В исследование было включено 100 мужчин в возрасте от 18 до 40 лет, страдающих язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) из числа обратившихся в Центры семейной медицины (ЦСМ) г. Бишкек, а также поступивших на стационарное лечение в отделение гастроэнтерологии Национального Госпиталя Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (НГ МЗКР). Диагноз базировался на основании общепринятых критериев.

Исходный уровень знаний пациентов оценивался по анкете, специально разработанной на кафедре госпитальной терапии КГМА, включающей 23 вопроса.

Вопросы анкеты касались причин развития болезни и ее профилактики, подходов к лечению, возможности участия больного в контроллинге и регулировании своего состояния. Выбор правильного ответа оценивался в 1 балл. Общая сумма баллов подсчитывалась и оценивалась по следующим критериям: 20–17 – знания расценивались как «хорошие», 16–14 – «удовлетворительные», 13 и менее баллов – «неудовлетворительные знания».

После исходного анкетирования пациенты-участники были разделены на 2 группы по 50 чел. в каждой: группу вмешательства (ГВ) и группу контроля (ГК). Средний возраст пациентов из ГВ составил $31,7 \pm 10,5$ лет, в ГК – $33,8 \pm 10,5$ лет соответственно (различия между группами статистически не значимы). Давность заболевания колебалась от 1 до 5 лет и в, среднем, составила $2,3 \pm 3,0$ лет в ГВ и $4,4 \pm 3,4$ лет – в ГК ($p=0,1$).

План исследования включал: оценку исходного уровня знаний пациентов о своем заболевании, обучение в 1 группе участников, повторное анкетирование всех участников.

Образовательная программа включала в себя: 7 лекций в малых группах; 2-3 индивидуальных занятия; дополнительные групповые занятия.

Для прослушивания лекций пациенты были объединены в группы по 7-8 человек. Лекционный материал был представлен в виде презентаций PowerPoint. Продолжительность мультимедийной презентации составляла 20-25 минут, затем лектор отвечал на вопросы пациентов и в заключение обсуждались и обобщались основные положения презентации. Общая продолжительность лекции составляла 35-40 минут.

Для стационарных больных занятия проводились 3 раза в неделю в течение 2-х недель. Амбулаторные больные обучались на базе кафедры госпитальной терапии КГМА 2 раза в неделю в течение 3-4-х недель.

Индивидуальные занятия проводились с целью отработки принципов самоконтроля своего состояния, коррекции поведения больного при изменении течения ЯБ и разработки индивидуальной программы

лечебно – профилактических мероприятий. Индивидуальные занятия строились в виде бесед по 30 минут. Количество индивидуальных занятий определялось степенью усвоения материала каждым участником.

Во время занятий для лучшего усвоения материала пациентам предоставлялись памятки, брошюры и методические рекомендации, разработанные на кафедре госпитальной терапии КГМА и освещающие основные вопросы профилактики и лечения ЯБ, а также принципы и методы самоконтроля своего состояния для больных ЯБ.

Статистическая обработка результатов

состояние здоровья больного ЯБ. Таким образом, половина опрошенных из тех, кто утвердительно ответил на вопрос о курении, не связывают наличие данной привычки с возникновением язвенной болезни и ее обострениями. 28,0% участников не знали о существовании различных видов медикаментозных препаратов для контроля ЯБ, полагая, что наиболее эффективно оперативное лечение, прием фитопрепаратов. Более половины участников (66,0%) не знали о возможных осложнениях ЯБ.

Не менее важным для больных язвенной болезнью (ЯБ) является соблюдение диеты и характер питания, учитывая тот факт, что

Таблица 1.

Уровень знаний	Больные ЯБ	
	абс.	%
Хороший	0	0
Удовлетворительный	4	4,0
Неудовлетворительный	96	96,0

проводилась с помощью пакета статистических программ STATISTICA от STATSOFT. Данные представлены в виде средних величин $\pm$ стандартное отклонение ($M \pm \sigma$).

Полученные результаты и их обсуждение

Анализ данных проведенного анкетирования подтвердил низкий исходный уровень знаний больных о своем заболевании (табл. 1.).

Уровень знаний участников при исходном тестировании

Практически все участники продемонстрировали неудовлетворительный уровень знаний, а средний балл составил $10,6 \pm 2,6$ балла. Максимальный балл при всех правильных ответах должен достигать 23.

Опрос выявил, что 64,0% считали, что полное излечение при ЯБ невозможно. Как оказалось, 40,0% участников имели неправильное представление о причинах развития заболевания. С современными представлениями о значении инфекции *Helicobacter pylori* были знакомы только 38,0% пациентов, 27,0% участников считали, что курение не оказывает негативного влияния на

ее нарушение способствует обострению заболевания. Только 20,0% участников среди причин ЯБ указали нерегулярное питание, однако нерегулярность приема пищи отмечали 70,0% больных. Большинство из опрошенных пациентов не считают необходимым придерживаться определенного характера питания: 85,0% участников диету не соблюдают и только 11 чел. (11,0%) придерживаются ее во время обострения заболевания.

Полученные данные, очевидно, отражают ситуацию, сложившуюся в системе здравоохранения в целом, а именно: в отсутствии тесного взаимодействия между врачом и больным; недостаточным динамическим контролем за состоянием больных как со стороны врача ЦСМ, так и самих пациентов; в отсутствии у больных знаний об основных принципах самоконтроля и самоведения обострений, что, в свою очередь, является неблагоприятным прогностическим фактором при лечении ЯБ.

Результаты повторного тестирования показали, что приобретенные пациентами из ГВ знания о ЯБ оказались на довольно высоком уровне: 46 чел. (92,0%, $p < 0,001$) набрали 17 и

более баллов при ответах на вопросы тестов, из них верно на все вопросы ответили 4 участника (рис.1.).

Хорошая усвояемость знаний объясняется, вероятно, тесным контактом врача и пациента, возможностью более детального рассмотрения интересующих больного вопросов, а при необходимости – повторных

«удовлетворительно», остальные участники (35,0%) набрали меньше 13 баллов.

Следовательно, проведенное нами обучение больных язвенной болезнью оказалось эффективным, оно достоверно улучшило осведомленность пациентов о своем заболевании, изменило их представления о причинах болезни и эффективности методов

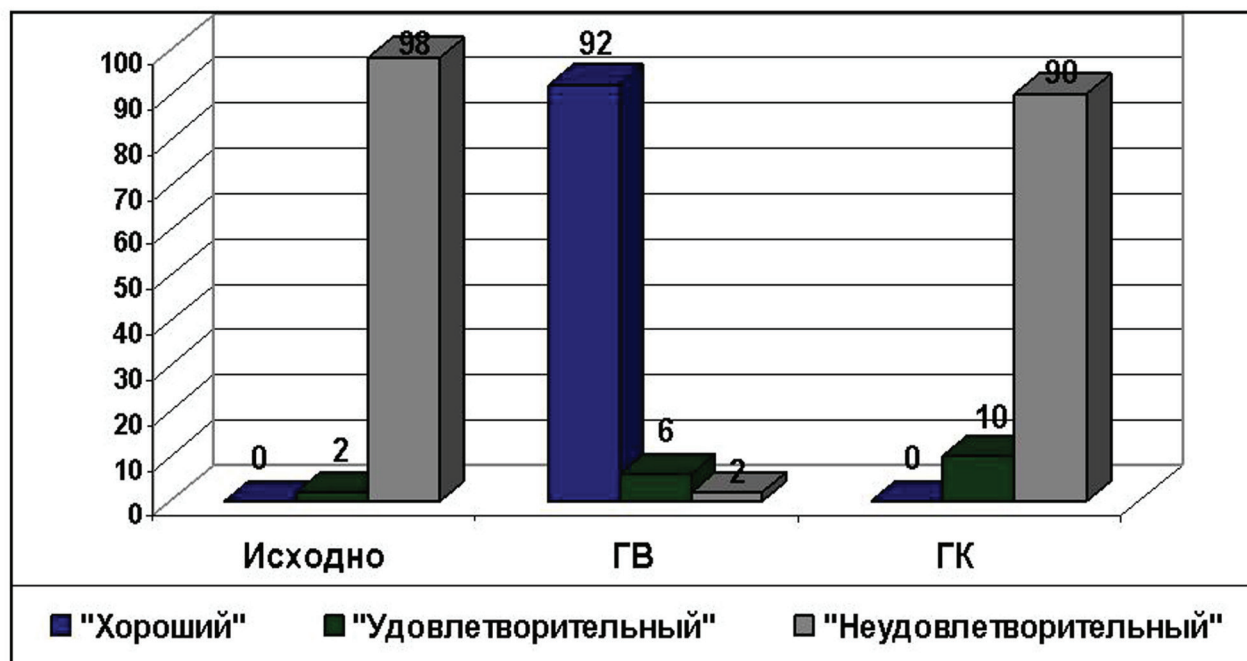


Рисунок 1. Уровень знаний пациентов до и после вмешательства

бесед по пройденному материалу с целью его закрепления.

В контрольной группе статистически значимых изменений в уровне знаний не наблюдалось: большая часть участников (94,0%) показала неудовлетворительный уровень знаний и только 5 чел. (10,0%) получили оценку «удовлетворительно».

Таким образом, средняя сумма баллов в ГВ возросла и составила $18,3 \pm 1,4$ балла (различия статистически значимы), в ГК – особо не изменилась, по сравнению с исходным уровнем и составила $13,9 \pm 2,5$ балла соответственно ($p=0,93$).

Чтобы оценить выживаемость знаний, мы предложили пациентам из ГВ ответить на эти же вопросы через 5 лет после проведенного обучения. Из 20 участников, которых нам удалось найти, на все вопросы тестов верно никто не ответил. Только 4 человека (20,0%) набрали по 17 баллов, 9 человек (45,0%) получили оценку

его лечения. Данные настоящего исследования доказывают целесообразность реализации обучающих программ для больных ЯБ, что может быть осуществлено в форме школ для них. Однако со временем эти знания утрачиваются, что определяет необходимость проведения регулярного обучения.

Выводы

Разработанная образовательная программа для больных язвенной болезнью является эффективным дополнительным методом вмешательства и может быть рекомендована для широкого внедрения в практику работы амбулаторно - поликлинических учреждений.

Возможным направлением повышения влияния врача на приверженность больного к соблюдению рекомендаций является регулярное проведение обучения в рамках школ для больных.

Литература

1. Бримкулов Н.Н., Курумшиева А.Ш., Мergenбаева Т.К. Язвенная болезнь желудка

и двенадцатиперстной кишки. Методические рекомендации для клинических ординаторов и семейных врачей/ КРСУ. – Бишкек, 2002. – С. 1 - 3.

2. Бримкулов Н.Н., Курумшиева А.Ш., Мергенбаева Т.К., Лобанченко О.В. Образовательные программы в лечении и реабилитации больных заболеваниями внутренних органов. Методические рекомендации для студентов и врачей/ КГМА, КРСУ. – Бишкек, 2001. – 19 с.

3. Дятлов Н.М., Смирнов К.Н., Новиков Н.Т. Язвенная болезнь и симптоматические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. СПб.: ИД «Питер», 2004. 274 с.

4. Дегтярова И.И. Клиническая гастроэнтерология: руководство для врачей.- М.: Медицинское информационное агентство.- 2004.-С.70-148.

5. Молдобаева М.С. Клиническое руководство по диагностике и лечению неосложненной язвенной болезни в активной фазе на первичном уровне здравоохранения Кыргызской Республики.-Бишкек, 2010.-С.22-27.

6. Ahmed D, Brooks H, McConnell M, Barbezat G. Antibiotic resistance in *Helicobacter pylori*: is it a problem in New Zealand?// N Z Med J 2004;117:U1022.

7. Becker M.H. Understanding patient compliance: the contributions of attitudes and other psychosocial factors. New directions in patient's compliance. (ed. S. Cohen). Lexington Books, New York, 1979.

8. William D., Chey M.P. et al. American College of Gastroenterology Guideline on the Management of *Helicobacter pylori* Infection.// Am.J.Gastroenterol.-2007.-102.-P/1808-1825.

9. Clark N.N., Evans D., Zimmerman B.J. Patient and family management: theory – based techniques for the clinical// J. Astma. -1994. –V.31. -№6. –P.427 – 435.

10. Clinicians handbook of preventive services. 2-nd ed. 1988

11. Ley P. Toward better doctor -patient communication contributions from social and experimental psychology. London, Oxford University P, 1997.

12. Smeets F. Patient education and quality of life// Eur. Respir. Rev/ -1997. –Vol.42. -№7. –P.85 – 87

13. Stainton R.M. Duodenal ulcer. London: Internal Medicine, 1995. 384 p.

14. Tytgat Z.N., Nosel L. Gastric ulcer. London: Internal Medicine, 1997. P. 27—78; 104—125.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Сопуев А.А., Самаков А.А., Овчаренко К.Е., Мамакеев Ж.Б.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии
им. М.М. Мамакеева КГМА (зав. каф. – проф. Сопуев А.А.),
Национальный хирургический центр МЗ КР,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Нами обследовано 699 пациентов, которые перенесли лапароскопическую холецистэктомию в 2006-2011 гг. в Национальном хирургическом центре МЗ Кыргызской Республики. Пациенты были разделены на 2 группы: пациенты в возрасте старше 70 лет (группа А) и пациенты моложе 70 лет (группа В). Группа А была далее разделена на 3 возрастные подгруппы: 70-74, 75-79 и 80 лет и старше. Оценка по шкале ASA росла с увеличением возраста ($P < 0,001$). У больных в возрасте 80 лет и старше, при остром холецистите конверсия и послеоперационные осложнения были значительно выше, чем у более молодых пациентов ($P > 0,05$). Качество результатов лапароскопической холецистэктомии в группе больных старше 80 лет оказалось не ниже, чем в группе более молодых пациентов. Осложнения могут быть минимизированы при тщательном отборе пациентов в возрасте старше 80 лет, и проведении операции опытными хирургами, имеющими высокие технические навыки.

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, желчнокаменная болезнь, острый холецистит, пожилой возраст.

УЛГАЙГАН ЖАНА КАРЫГАН КУРАКТАГЫ ООРУЛУУЛАРДЫН ЛАПАРАСКОПИЯЛЫК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯСЫНЫН НАТЫЙЖАСЫН АНАЛИЗДӨӨ

Сопуев А.А., Самаков А.А., Овчаренко К.Е., Мамакеев Ж.Б.

И. К. Ахунбаева атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
госпиталдык жана оперативдик хирургия кафедрасы, КР ССМ Улуттук хирургия борбору
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Изилдөө объекти: 2006-2011 жылдары лапароскопиялык холецистэктомия жасалган 699 оорулуу. Изилдөөнүн жыйынтыгы: эки түрдүү жол менен операция жасалган оорулууларды эки топко бөлүндү. Алардын биринчи бөлүгү (А-группасы) 70 жаштан жогору жаштагы, экинчиси (В-группасы) 70 жашка чейинки. А группасы 3 топко бөлүндү 70-74, 75-79 жана 80 жаштан улуу. ASA шкаласы боюнча ($P < 0,001$) жашы 80ден жогору өт бааштыкчасын кескин сезгенген конверсиялык жана операциядан кийинки жаш оорулуулардыкына ($P < 0,05$) караганда жогору. Жашы 80ден жогору оорулуулардын кабылдоолорун азайтууда аларды тандап алуу жана тажрыйбалуу хирургдан көз каранды. **Негизги сөздөр:** лапароскопиялык холецистэктомия, өт бааштыкчасын таш оорусу, кескин холецистит, улгайган жаш.

THE ANALYSIS OF RESULTS OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY AT PATIENTS OF ELDERLY AND SENILE AGE

Sopuev A.A., Samakov A.A., Ovcharenko K.E., Mamakeev G.B.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Ahunbaeva,
the chair of hospital surgery with operative surgery course named after M.M. Mamakeev,
National surgical centre,
Bishkek, Kyrgyz Republic

The resume: We survey 699 patients who had laparoscopic cholecystectomy to 2006-2011 in National surgical center MH of the Kyrgyz Republic. Patients have been divided into 2 groups: patients aged are more senior 70 years (group A) and patients are younger than 70 years (group B). The group A has been divided further into 3 age subgroups: 70-74, 75-79 and 80 years and more senior. Estimation on scale ASA increases with age increase ($P < 0,001$). At patients at the age of 80 years and more senior, at an acute cholecystitis conversion and postoperative complications were considerably above, than at younger patients ($P > 0,05$).

Quality of results of laparoscopic cholecystectomy in group of patients > 80 years it has appeared not more low, than in group of

younger patients. Complications can be minimized at careful selection of patients aged >80 years, and operation carrying out by the skilled surgeons having high technical skills.

Keywords: laparoscopic cholecystectomy, gall-stone disease, acute cholecystitis, advanced age.

Введение

Увеличивающаяся продолжительность жизни населения и рост распространенности желчнокаменной болезни (ЖКБ) постепенно приводит к увеличению количества оперативных вмешательств у лиц пожилого и старческого возраста по поводу холелитиаза [2;3;4]. Наличие хронической сопутствующей патологии и, связанное с этим, ограничение функциональных резервов организма увеличивает количество послеоперационных осложнений и летальных исходов у данной категории больных. Хотя лапароскопическая холецистэктомия стала золотым стандартом для лечения калькулезного холецистита, ее безопасность у лиц пожилого и старческого возраста все еще подвергается сомнению.

Поэтому целью нашего исследования явилась сравнительная оценка результатов лапароскопической холецистэктомии у лиц пожилого и старческого возраста.

Материал и методы исследования

В основу работы положен анализ результатов лечения 699 больных, перенесших лапароскопическую холецистэктомию в период с 2006 по 2011 годы. Для достижения поставленной цели, пациенты были сначала разделены на 2 возрастные группы: в возрасте 70 лет и старше (группа А) и в возрасте 69 лет и моложе (группа В). Пациенты в группе А были далее разделены на 3 подгруппы: 70-74 лет (подгруппа А1), 75-79 лет (подгруппа А2), 80 лет и старше (подгруппа А3). Результаты, полученные в подгруппах А1, А2 и А3 были сравнены между собой, а так же с результатами группы В.

Лапароскопическая холецистэктомия производилась с использованием стандартной техники 4-мя портами. Дооперационная эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) использовалась только у больных с холедохолитиазом (6 чел.). Обычная интраоперационная холангиография не выполнялась.

При анализе клинического материала были изучены следующие данные: возраст, пол, оценка по шкале ASA, показания к операции, проведение дооперационной ЭРХПГ, причины конверсии, продолжительность послеоперационной госпитализации, осложнения и летальность. Кроме того, у всех пациентов с продолжительностью операции более 1 часа был проведен анализ газов артериальной крови.

Для проведения статистического анализа использовалась SPSS (10 версия SPSS, Чикаго, Иллинойс, США). Различия между группами были определены критериями Манн-Уитни (U) и методом квадратов Пирсона. Оценка при $P \leq 0,05$ считалась достоверной.

Результаты

Из 699 пациентов, зарегистрированных в исследовании, 141 были в возрасте от 70 до 88 года (группа А). Средний возраст в этой группе был равен $75,6 \pm 3,08$ годам. Подгруппу А1 составили 63 пациента в возрасте 70-74 лет. Подгруппу А2 составили 53 пациента в возрасте 75-79 лет. Подгруппу А3 составили 25 больных в возрасте 80 лет и старше. Остальные 558 пациентов в возрасте 69 лет и моложе (средний

Таблица 1. - Характеристика больных по группам

Показатель	Группа А1 Возраст 70–74	Группа А2 Возраст 75–79	Группа А3 Возраст ≥ 80	Группа В Возраст ≤ 69
Общее число пациентов	63 (45%)	53 (38%)	25 (18%)	558
Жен (%)	52 (82%)	39 (72,8%)	18 (72,7%)	446 (80%)
ASA ≥ 3 (%)	25 (39,4%)	35 (66,7%)	20 (81,8 %)	62 (15,9%)
Острые холецистит (%)	20 (31,8%)	15 (28,3%)	12 (48,0%)	58 (40,0%)

возраст $64,0 \pm 3,52$) составили группу В. Оценка пациентов по полу показала, что женщины составили 77,3% и 80% пациентов в группах А и В соответственно. В подгруппе А1 женщины составили 82,0%, по сравнению с 72,8% и 72,7% в подгруппах А2 и А3 соответственно.

Оценка групп по шкале ASA показала корреляцию показателей возраста и риска. Процент пациентов с оценкой по шкале ASA ≥ 3 составлял 15,9% в группе пациентов моложе 70 лет, и увеличился до 39,4% в возрастной подгруппе А1 (70-74 лет), 66,7% в подгруппе А2 (75-79 лет) и 81,8% в подгруппе А3 (старше 80 лет). Различия между показателями по шкале ASA были статистически достоверны ($P < 0,001$) (Табл. 1).

У большей части больных в обеих группах исследования операции были произведены по поводу хронического холецистита. Пациенты, оперированные по поводу острого холецистита, составили 36% и 40% в группах А и В соответственно. Различие относительно частоты острого холецистита не было статистически достоверным между этими 2-мя группами ($P \geq 0,05$). Однако, анализ пациентов группы А показал, что у больных в возрасте старше 80 лет (подгруппа А3) частота острого холецистита

различия не были статистически достоверны ($P > 0,05$). Оценка подгрупп в группе А показала, что конверсия составляла 5,1%, 5,5% и 10,8% у больных в возрасте 70-74 лет, 75-79 лет и 80 лет и старше соответственно. Таким образом, частота конверсий у больных в возрасте 80 лет и старше была значительно выше, чем в других подгруппах ($P > 0,05$).

Во всех возрастных группах наиболее распространенной причиной конверсии была невозможность адекватной визуализации анатомии желчных протоков из-за выраженности воспалительно-инфильтрационного процесса в области треугольника Кало и желчного пузыря. Другими причинами перехода на открытую холецистэктомию в нашем исследовании явились: интраоперационные кровотечения, которые невозможно остановить лапароскопически; массивные спайки из-за предшествующей лапаротомии; повреждение внепеченочных желчных протоков и подозрение на рак желчного пузыря (Табл. 2).

Послеоперационные показатели осложнений составили 7,7% у больных моложе 70 лет и 12,6% у больных старше 70 лет, однако, это различие не было статистически достоверным ($P > 0,05$). Анализ подгрупп в группе А показал,

Таблица 2. - Показания для конверсии при лапароскопической холецистэктомии

Показания	Возраст <70 лет (n = 558)	Возраст >70 лет (n = 141)
Невозможность адекватной оценки анатомии желчных путей	11	3
Интраоперационное кровотечение	4	2
Спаечный процесс	5	2
Повреждения желчных протоков	2	2
Подозрение на рак	1	1

оказалась значительно выше - 48% ($P \leq 0,05$).

У больных в обеих группах с клиническим или биохимическим подозрением на холедохолитиаз после дополнительного ультразвукового исследования в 6-ти случаях с диагностированными камнями общего желчного протока произведена ЭРХПГ с эндоскопической папиллосфинктеролитотомией.

Конверсия потребовалась у 10 из 141 больного (7,1%) в группе пациентов старше 70 лет, и у 23 из 558 пациентов (4,1%) в группе моложе 70 лет. Хотя частота конверсий были выше в более старшей возрастной группе, эти

что у пациентов в возрасте 80 лет и старше (группа А3) уровень осложнений составил 36,4%, что значительно выше, чем в остальных группах ($P \leq 0,05$). Распределение осложнений согласно возрастным группам дается в таблице 3.

Исследование газов артериальной крови проведено у пациентов, операции которых продлились более 1 часа, соответственно у 10 пациентов в группах А1, А2, А3 (пациенты 70 лет и старше) и у 23 пациентов в группе В (пациенты 69 лет и моложе). Среднее $PaCO_2$ составляло $34,1 \pm 8,4$ мм рт.ст. в группе А1, $39,4 \pm 4,9$ мм рт.ст. в

Таблица 3. – Распределение послеоперационных осложнений по возрастным группам и патологиям

Осложнения	Возраст <70 лет (n=558)		Возраст >70 лет (n=141)	
	%	Абс.	%	Абс.
Связанные с операцией				
Повреждение желчного протока	0,5	3	1,4	2
Желчеистечение	0,9	5	1,4	2
Подпеченочный абсцесс	1,4	8	2,8	4
Послеоперационное кровотечение	0,4	2	-	0
Резидуальные камни желчного протока	0,7	4	-	0
Раневая инфекция	1,3	7	2,1	3
Несвязанные с операцией				
Инфаркт миокарда	0,5	3	1,4	2
Аритмия	1,3	7	0,7	1
Ателектаз/пневмония	-	-	2,1	3
Инфекция мочевых путей	0,7	4	0,7	1
Итого	7,7	43	12,6	18

группе А2, $38,0 \pm 10,2$ мм рт.ст. в группе А3. Средние значения рН крови в группах А1, А2, и А3 были $7,42 \pm 0,062$, $7,39 \pm 0,068$, и $7,43 \pm 0,076$, соответственно. В группе В среднее PaCO_2 составляло $39,2 \pm 10,05$ мм рт.ст. и среднее значение рН было $7,38 \pm 0,087$. Различия между группами относительно средних PaCO_2 и рН фактора не были значительны ($P > 0,05$).

Продолжение нахождения пациентов в стационаре в группе А в среднем составило $6,53 \pm 1,21$ койко-дня, в группе В - $5,0 \pm 1,84$ койко-дня ($P < 0,01$). Анализ подгрупп в группе А показал, что продолжительность госпитализации возрастала по мере увеличения возраста. Ни в одной группе не было летального исхода.

Обсуждение

Таким образом, лапароскопическая холецистэктомия обеспечила более короткое

пребывание в стационаре, меньшую послеоперационную физиологическую дисфункцию, и более раннее возвращение к повседневной жизни, чем открытая холецистэктомия. Достижение таких результатов особенно желательно в пожилом возрасте. Преклонный возраст часто связан с сопутствующей патологией и ограниченным функциональным резервом, что может осложнить послеоперационный период. Предоперационное исследование сердечно-сосудистых факторов риска и соответствующий контроль пациентов необходимы для обнаружения и лечения возможных осложнений.

В нашем исследовании оценка роста показателей ASA прямо коррелировала с увеличением возраста. В возрастной группе младше 69 лет пациенты с оценкой по шкале

ASA 3 или выше составили 15,9%, в то время как процент таких пациентов в возрастной подгруппе 70-74 лет составил 39,4%, 66,7% в подгруппе 75-79 лет и 81,8% в подгруппе 80 лет и старше. Эти различия были достоверны ($P < 0,001$). Несмотря на высокие показатели ASA, в группе пациентов более 70 лет послеоперационных осложнений мы не наблюдали.

При лапароскопической холецистэктомии пневмоперитонеум углекислым газом обладает потенциально вредным воздействием на гемодициркуляцию и вентиляционную функцию из-за поглощения углекислого газа и увеличения внутрибрюшного давления. Хотя для пациентов молодого и среднего возраста эти факторы не оказывают кардинальное влияние на общую клиническую картину, но они оказывают вредное воздействие на пациентов с высоким анестезиологическим риском (ASA 3-4). Поэтому, у всех пациентов с оперативным периодом более 1 часа (10 пациентов в группах A1, A2 и A3 и 23 пациента в группе B) были исследованы PaCO_2 и значения pH в крови, взятой в конце первого часа операции. Различия между группами оказались статистически недостоверными ($P > 0,05$). Эти результаты говорят о том, что во время лапароскопической холецистэктомии, пневмоперитонеум не представлял дополнительной угрозы у пожилых пациентов с ASA 3-4.

Как видно из таблицы 1, доля острого холецистита (средний % - 36) у пациентов пожилого и старческого возраста ниже, чем у более молодых пациентов (40%). Однако, все-таки, эти показатели оказались статистически не достоверными. С другой стороны, у больных в возрасте 80 лет и старше % острого холецистита составил 48%, что было значительно выше, чем в других группах ($P = 0,029$).

В группе А (пациенты старше 70 лет) конверсия при лапароскопической холецистэктомии составила 14,7%, что совпадает с данными мировой литературы, по которым число конверсий при ЛХЭ колеблется в пределах от 5% до 25% [1;5]. В группе В (лица моложе 70 лет) случаи конверсии составили 8%. И хотя число конверсий было выше в группе А, мы не обнаружили статистической достоверности этого

различия ($P = 0,765$). Однако анализ подгруппы А3 показал, что у пациентов в возрасте 80 лет и старше процент конверсий был значительно выше, чем в других подгруппах ($P < 0,01$), что также совпадает с литературными данными. Пожилой и старческий возраст, как отмечается в литературе, является предоперационным фактором риска для конверсии, возможно из-за продолжительного камненосительства и учащения приступов холецистита.

Одним из преимуществ лапароскопической холецистэктомии у больных пожилого и старческого возраста является сокращение процента осложнений и летальности. Так, по данным современных научных исследований, при открытой холецистэктомии у гериатрических пациентов процент осложнений и летальности составляет 23-28% и 1,5-2% соответственно, в то время как у пожилых лиц, перенесших лапароскопическую холецистэктомию, эти показатели значительно меньше, и составляют соответственно 5-15% и 0-1% [1;2;4].

В нашем исследовании мы не наблюдали летальных исходов, а процент осложнений статистически недостоверно был немного выше в группе пациентов в возрасте 70 лет и старше по сравнению с группой пациентов более молодого возраста (12,6% против 7,7%, $P = 0,359$). Однако эти данные значительно ниже соответствующих показателей при открытой холецистэктомии, которые были указаны выше.

Анализ подгрупп пожилых пациентов показал, что процент осложнений значительно выше в группе больных в возрасте 80 лет и старше. Более высокие показатели осложнений, наблюдаемые у больных в возрасте 80 и старше, скорее всего, обусловлены трудностями при холецистэктомии (острый деструктивный холецистит, фиброзноизмененный желчный пузырь, синдром Миризи и др.). Другой немаловажный момент – недооценка в периоперационном периоде осложнений, связанных с наложением пневмоперитонеума. Поэтому, мы полагаем, что пациенты в возрасте старше 80 лет должны избирательно оперироваться опытной хирургической бригадой с хорошим техническим оборудованием, что поможет уменьшить показатели осложнений.

Чтобы идентифицировать камни желчного протока перед лапароскопической холецистэктомией, мы уточняем диагноз с помощью ультразвукового исследования и биохимических анализов крови. В случае если у пациента имеются признаки холедохолитиаза, мы выполняем ЭРПХГ, которая является наиболее чувствительным методом диагностики при данной патологии [2].

Дополнительным доводом в пользу лапароскопического подхода является уменьшение длительности стационарного лечения. В нашем исследовании продолжительность лечения была короче во всех группах по сравнению с больными, перенесшими открытую холецистэктомию. Однако продолжительность стационарного лечения была больше в группе А (больные старше 70 лет) по сравнению с группой В (пациенты моложе 70 лет).

Выводы.

Лапароскопическая холецистэктомия обеспечила более короткое пребывание в стационаре, меньшую послеоперационную физиологическую дисфункцию, и более раннее возвращение к повседневной жизни, чем открытая холецистэктомия.

После лапароскопической холецистэктомии у пациентов высокой группы риска с оценкой по шкале ASA 3 и выше послеоперационных осложнений мы не наблюдали. Во время лапароскопической холецистэктомии, пневмоперитонеум не представлял дополнительной угрозы у пожилых пациентов с ASA 3-4.

Пожилым и старческим возрастом является предоперационным фактором риска для конверсии, возможно из-за продолжительного камненосительства и учащения приступов холецистита. У пациентов в возрасте 80 лет и старше процент конверсий был значительно выше, чем в других подгруппах ($P < 0,01$),

У пожилых лиц, перенесших

лапароскопическую холецистэктомию, показатели осложнений значительно меньше, чем при открытой холецистэктомии и составляют 12,6 и 7,7% для групп А и В соответственно. При этом процент осложнений значительно выше в группе больных в возрасте 80 лет и старше.

Продолжительность лечения была короче во всех группах по сравнению с больными, перенесшими открытую холецистэктомию.

В нашем исследовании, качество результатов лапароскопической холецистэктомии в группе больных старше 80 лет оказалось не ниже, чем в группе более молодых пациентов. Осложнения могут быть минимизированы при тщательном отборе пациентов в возрасте старше 80 лет, и проведении операции опытными хирургами, имеющими высокие технические навыки.

Литература

1. Cheng Y., Xiong X.Z., Wu S.J., Lin Y.X., Cheng N.S. Laparoscopic vs. Open Cholecystectomy for Cirrhotic Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis // *Hepatogastroenterology*. - 2011, Dec 22; 59(118).
2. Gurkan Yetkin, Mehmet Uludag, Sibel Oba, Bulent Citgez, İnci Paksoy. Laparoscopic Cholecystectomy in Elderly Patients // *JSLs*. - 2009, Oct-Dec; 13(4). - P. 587-591.
3. Halpin V., Gupta A. Acute cholecystitis // *Clin. Evid.* - 2011. - №1. - P.411.
4. Kortram K., van Ramshorst B., Bollen T.L., Besselink M.G., Gouma D.J., Karsten T., Kruij P.M., Nieuwenhuijzen G.A., Kelder J.C., Tromp E., Boerma D. Acute cholecystitis in high risk surgical patients: percutaneous cholecystostomy versus laparoscopic cholecystectomy: Study protocol for a randomized controlled trial // *Trials*. - 2012. - 13(1). - P.7.
5. Oruc M.T., Ugurlu M.U., Boyacioglu Z. Transumbilical multiple-port laparoscopic cholecystectomy using standard laparoscopic instruments // *Minim. Invasive Ther. Allied Technol.* - 2012. - №1. - P.3.

РАДИКАЛЬНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМАНГИОМ ПЕЧЕНИ

Авасов Б.А.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева,
кафедра факультетской хирургии,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: представлены результаты радикальных операций при гемангиоме печени у 11 больных. Осложнения возникли у 5, летальных исходов не было.

Ключевые слова: гемангиома, резекции печени, радикальные операции, осложнения

БООРДУН ГЕМАНГИОМАСЫН РАДИКАЛДЫК ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛОО

Авасов Б.А.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
факультеттик хирургия кафедрасы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутундуу: алдынарга боордун гемангиомасы боюнча аткарылган радикалдуу операциялардын жыйынтыгы коюлду. Алардын ичинен 3 бейтапта өтүшүп кетүү катталды, каза болгондор катталган жок.

Негизги сөздөр: гемангиома, боор кесүү радикалдуу операциялар, өтүшүп кетүүлөр.

RADICAL SURGICAL TREATMENT OF LIVER HEMANGIOMAS

Avasov B.A.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Ahunbaeva,
The chair of faculty surgery,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The results of radical operations of liver gemangioma in 11 patients were presented. Complications were marked in 5 patients, without fatal results.

Key words: gemangioma, resection of liver, radical operations, complications.

Введение

В последнее время значительно возросло число больных с доброкачественными опухолями печени, что связано прежде всего с улучшением диагностики этих заболеваний при применении таких современных методов, как ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ) [1,5,10].

К доброкачественным солидным новообразованиям печени относятся такие заболевания, как гемангиома, печеночноклеточная аденома, фокальная нодулярная гиперплазия. Значительно реже встречается липома, фиброма, нейрофиброма, лейомиома, гамартома. Гемангиома является наиболее часто встречающейся опухолью печени и составляет 2,2 – 3% от всех доброкачественных новообразований печени, а частота их по данным аутопсий составляет 0,7 -7, 3% [4,7,10].

Более чем столетие прошло от первой операции по поводу гемангиомы печени, произведенной в 1893г G.Eiselberg и первой успешной резекции печени при гемангиоме, выполненной в 1898г J.Pfannensteil. Тем не менее, учитывая доброкачественную природу гемангиом печени, остаются недостаточно изученными вопросы хирургической тактики и техники вмешательств, отсутствует единство взглядов по вопросам показаний и противопоказаний к оперативному лечению, объему резекции, целесообразности использования малоинвазивных, неоперативных методов лечения [2,3,6,8].

Материал и методы обследования

В отделениях хирургии городской клинической больницы №1 г.Бишкек с 2006 по 2011гг обследовались и оперированы 11 пациентов с гемангиомой печени.

Среди наблюдавшихся больных женщин

было 10, мужчин – 1. Возраст пациентов варьировал от 27 до 57 лет (средний возраст – 45,9л). Солитарная форма была представлена 4 (36,4%) случаями одиночных гемангиом печени. Множественно-очаговая форма отмечалась у 7 (63,6%) пациентов, когда количество опухолевых узлов было не менее 2.

Наиболее частым гистологическим типом опухоли был кавернозный, который встретился в 10 случаях, у одного пациента выявлен капиллярный тип опухоли. Размеры опухолей колебались от 11 до 100мм в диаметре. Количество узлов варьировало от 1 до 5. Опухоль занимала один сегмент печени в 4 наблюдениях, два сегмента – еще в 4, три, четыре и пять сегментов были по одному случаю.

Клинические проявления заболевания у пациентов с гемангиоматозом печени не имели специфического характера и были достаточно скудны. Больные предъявляли жалобы на различной интенсивности боли, чувство тяжести

жидкостной плотности. При КТ с внутривенным контрастированием, гемангиомы выглядят как гиподенсные участки округлой формы с участками разрежения в центре, накапливающие и удерживающие контраст в паренхиматозную фазу. Выполнение пункционной биопсии при гемангиомах печени опасно в виду возможности развития внутрибрюшного кровотечения.

Результаты и их обсуждение

Радикальные операции произведены 10 пациентам (резекции печени различного объема), в 1 случае гемангиома печени была обнаружена случайно, как сопутствующая патология, во время операции холецистэктомии по поводу острого калькулезного холецистита. Распределение вмешательств по объему резекций представлено в таблице 1.

В качестве оперативного доступа при резекции печени лапаротомия по Кохеру использовалась в 6 случаях, по Федорову – в 2 и верхнесрединная лапаротомия, «Г» - образный

Таблица 1. Виды резекций печени при гемангиоме

Объем резекции печени	Число наблюдений
Правосторонняя гемигепатэктомия	2
Левосторонняя гемигепатэктомия	1
Бисегментэктомия	3
Трисегментэктомия	3
Клиновидная резекция сегмента + холецистэктомия	1
Диагностическая лапаротомия + холецистэктомия	1
Всего	11

и распирающие в верхних отделах живота, общее недомогание. Доминирующим клиническим синдромом был болевой, который присутствовал практически у каждого пациента.

Диагностика данного вида опухолей

доступ, доступ по типу «Мерседес» - по одному случаю. Характер послеоперационных осложнений в раннем послеоперационном периоде приведен в таблице 2

Явления реактивного плеврита

Таблица 2. Послеоперационные осложнения
* всего осложнений 8 у 5 больных

Характер осложнений *	Число наблюдений
Поддиафрагмальный абсцесс	1
Внутрибрюшное кровотечение из раны печени	1
Нагноение послеоперационной раны	2
Правосторонний реактивный плеврит	4

основывалась на данных УЗИ, при котором выявляется гиперэхогенное образование в печени, не дающее акустической тени. В случае гиалиноза в центре образования выявляются гипоехогенные участки неправильной формы

были успешно устранены плевральными пункциями, поддиафрагмальный абсцесс был санирован дренированием по Сельдингеру и адекватной антибиотикотерапией. В 1 случае у больной развилось диффузное

кровотечение из раны печени, потребовавшее релапаротомии и повторного ушивания раны печени швами Кузнецова-Пенского. При нагноении послеоперационных ран применяли антибактериальную терапию с учетом микрофлоры, озонотерапию, местное лечение. Летальных случаев после радикальных при гемангиомах печени не отмечалось.

Выводы:

Гемангиома печени является доброкачественной опухолью, которая может давать серьезные осложнения и угрожать жизни больного.

Все гемангиомы размером свыше 5 см и быстро растущие опухоли подлежат хирургическому лечению.

Резекции печени при гемангиомах являются единственно радикальным вмешательством и дают возможность вернуть больному здоровье.

Литература

1. Абдуллаев А.Г. Диагностика и хирургическое лечение гемангиом печени (Обзор литературы) // Хирургия.-1990.- № 6.- С. 135-140.
2. Альперович В.И., Парамонова П.М., Авдеев С.В. Обширная резекция печени при гемангиоме // Вестник хирургии.- 1983. -№ 9.-С.

64-66.

3. Блажитко Е.М., Добров С.Д., Толстых Г.Н., Митин В.А. Непосредственные результаты резекции печени при ее очаговых поражениях // Анналы хирургической гепатологии.- 1996. (Приложение). -№ 1.-С. 200-201.
4. Блинничев Н.М., Горбунов О.М., Кашин М.Б. Кавернозная гемангиома печени // Вестник хирургии. -1976. -№ 11. -С. 132-133.
5. Васильев Л.И. О гемангиомах печени // Клиническая медицина. -1963. -№1.-С.140-142.
6. Веронский Г.И., Штофин С.Г., Попов А.И. Хирургическая тактика при опухолях печени // Анналы хирургической гепатологии.-1996. (Приложение). -№1.-С.205-206.
7. Вечерко В.Н., Греднев Ф.А., Конопля П.П. Диагностика и хирургическое лечение кавернозных гемангиом печени // Хирургия.- 1996.-№2.-С. 22-23.
8. Вишневский В.А. Совершенствование методов хирургического лечения очаговых поражений печени // Автореф. дис. ...д-ра мед. наук.-М., 1990.-46с.
9. Andersson R., Bengmark S. Surgical treatment of cavernous hemangioma of the liver // Acta Chir.Scand.1997.-№15.-P.577
10. Aseni K., Riolo F., Cerrai F.G. et al. Hepatic hemangiomas: selection of criteria for surgical treatment. AJR 1997. -№42.-P.469-473

РАДИКАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Авасов Б.А.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева,
кафедра факультетской хирургии,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: представлены результаты радикальных операций у 29 больных при эхинококкозе печени. Резекция печени произведена у 17 больных, резекция-вылуцивание – у 3, тотальная перикистэктомия – 9. Осложнения имели место у 6 пациентов, летальных исходов не было.

Ключевые слова: эхинококкоз, резекции печени, тотальная перикистэктомия, осложнения.

БООРДУН ЭХИНОКОККОЗУН РАДИКАЛДЫК ДАРЫЛОО

Авасов Б.А.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
факультеттик хирургия кафедрасы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: боор эхинококкозу боюнча радикалдуу операция жасалган 29 бейтаптын жыйынтыгы алдынарга коюлду. Боордун кесүүсү 17 бейтапта, кырып алып кесүү 3 бейтапта, ал эми чел кабыгын бүтүн бойдон алуусу 9 бейтапта өткөрүлдү. Өтүшүп кетүү 6 бейтапта катталды, каза болгондор катталган жок.

Негизги сөздөр: эхинококк, боор кесүү, чел кабыктын баардыгын алуу, өтүшүп кетүү

RADICAL TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS

Avasov B.A.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Ahunbaeva,
The chair of faculty surgery,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: results of radical operations of liver echinococcosis in 29 patients were presented. Resections of liver was made in 17 patients, resection-enucleation - 3, total pericystectomy – 9. Complications were marked in 6 patients, without fatal results.

Key words: echinococcosis, resection of liver, radical operations, complications.

Введение

Хирургическое лечение обширных доброкачественных опухолей и паразитарных кист печени представляет собой одну из важнейших проблем хирургической гепатологии, что определяется повсеместным ростом заболеваемости населения очаговыми образованиями печени. Сложившаяся тенденция обусловлена рядом факторов, к которым прежде всего относится увеличивавшаяся миграция населения, ухудшение санитарно-эпидемиологической ситуации, особенно в регионах, эндемичных по эхинококкозу, прекращение диспансеризации, отсутствие профилактических мероприятий [3,5]. Многократное увеличение числа больных с множественными, зачастую крупными и осложненными эхинококковыми кистами печени, особенно рецидивными, заставляет хирургов искать решение проблемы хирургического лечения заболевания прежде всего в повышении

радикальности операции, оптимизации хирургической тактики, позволяющей свести к минимуму риск рецидива болезни при кистах любой локализации и сложности [1,2,4,8].

Резекция печени - основной метод, позволяющий минимизировать риск рецидива болезни и добиться радикального излечения больных с эхинококкозом печени. Однако резекции печени продолжают оставаться операциями высокого риска, который обусловлен опасностью возникновения массивных интраоперационных кровотечений и развития послеоперационной печеночной недостаточности. В настоящее время летальность при выполнении обширных резекций печени по отводу эхинококкоза варьирует в пределах от 2,4 до 6,8 % [6,7,9].

Материал и методы обследования

Представлен анализ результатов хирургического лечения 29 больных эхинококкозом печени, проходивших лечение в

городской клинической больницы №1 г. Бишкек с 2003 по 2010 гг. Пациентов с первичным эхинококкозом было 26 (89,6%), с рецидивным – 3 (10,3 %).

Солитарные кисты были отмечены у 21 человек (72,4 %), множественные у 8 (27,6%). Осложнения, так или иначе связанные с гибелью паразита отмечены у 6 (20,7%) больных: нагноение кисты - 3 случая, разложившийся эхинококкоз – 2, кальцинированный – 1.

Мужчин было 11, женщин – 18. Возраст больных колебался от 15 до 65 лет. Давность заболевания от нескольких месяцев до 7 лет.

Всем пациентам в предоперационном

1. Радикальными мы считаем операции, приводящие к удалению всех оболочек паразита, в том числе фиброзной капсулы как одного из возможных источников рецидива заболевания.

Во время операции у 3 больных имелось диффузное кровотечение из раневой поверхности печени, потребовавшее наложения дополнительных гемостатических швов, использования различных гемостатических губок. У 1 больного отмечалось повреждение нижней полой вены, которое было устранено накоплением сосудистых швов. Характер послеоперационных осложнений приведен в таблице 2.

Таблица 1. Распределение больных в зависимости от вида операционного вмешательства.

Вид хирургического лечения	Число больных	%
Атипичная резекция	12	41,4
Резекция в-вылущивание кисты	3	10,3
Гемигепатэктомия	5	17,3
Тотальная перицистэктомия	9	31,0
Всего	29	100,0

периоде, для верификации диагноза, уточнения размеров, числа и локализации очаговых образований выполняли УЗИ брюшной полости. При неясности диагноза выполнялись КТ и МРТ. Для дифференциальной диагностики

Жидкостные скопления в плевральных полостях были излечены путем пункций под контролем УЗИ. Желчные связи закрылись самостоятельно в сроки до 40 суток после операции.

Таблица 2. Послеоперационных осложнениях у больных с эхинококкозом печени.

Вид осложнений	Число больных
Содружественный плеврит	2
Желчеистечение	2
Нагноение раны	2
Всего	6

эхинококкоза и непаразитарных кист использовали внутрикожную аллергическую реакцию. Для оценки функциональных резервов печени определяли биохимические показатели и площадь оставшейся непораженной паренхимы печени по разработанной нами методике с использованием специальных инструментальных методов диагностики.

Результаты и их обсуждение

Всем 29 больным проведены радикальные оперативные вмешательства. Характер оперативных вмешательств приведен в таблице

Летального исхода после радикальных оперативных вмешательств не отмечалось. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила $12,9 \pm 0,92$ койко-дней.

Выводы

Наш опыт радикального хирургического лечения эхинококкоза печени свидетельствует о преимуществах радикальных операций.

После радикальных операций специфических осложнений в виде желчеистечения наблюдались лишь у 2 больных, и еще у 2 больных развился содружественный

плеврит, успешно ликвидированный плевральными пункциями.

Литература

Альперович Б.И., Сорокин Р.В., Толкаева М.В., Будков С.Р. Хирургическое лечение рецидивного эхинококкоза печени //Анналы хирургической гепатологии. – 2006. – Т.11, №1 – С. 7-10

Дадвани С.А., Шкроб О.С., Лотов А.Н., Мусаев Г.Х. Лечение гидатидозного эхинококкоза //Хирургия. – 2000. - №8.- С.27-32

Икрамов Р.З. Кисты печени (диагностика и лечение): Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. – М, 1992 –45с.

Ильхамов Ф.А. Совершенствование традиционных и разработка новых методов хирургического лечения эхинококкоза печени: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. – Ташкент, 2005 –35с.

Кахаров М.А. Эхинококкоз печени. Новые аспекты диагностики и хирургического лечения: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. – М, 2003 –29с.

Вишневский В.А., Кубышкин В.А., Чжао А.В., Икрамов Р.З. Операции на печени. – М.: Миклош, 2003 –156с.

Журавлев В.А. Большие и предельно большие резекции печени. Киров: Издат-во Саратов-ва, 1986. –214с.

Khoshnevis J., Kharazm P. Surgical treatment of hydatid cyst of the liver: drainage versus omentoplasty// Ann. Hepatol. – 2005.- V4 - №4. – P.272-274

Yagci G., Ustunsoz B., Kaymakcioglu N. Results of surgical, laparoscopic and percutaneous treatment for hydatid disease of the liver: 10 years experience with 355 patients// World J. Surg. – 2005 – V29 - №12. – P.1670-1679

ПРИМЕНЕНИЕ АДАПТОЛА® У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Цурко С.М.¹, Тябут Т.Д.², Байкова И.А.¹, Марченко-Тябут Д.А.³.

¹ - Кафедра психотерапии и медицинской психологии БелМАПО, Минск

² - Кафедра кардиологии и ревматологии БелМАПО, Минск

³ - Кафедра общественного здоровья БелМАПО, Минск

Резюме: В данной статье представлено исследование влияния препарата Адаптол® на психическую составляющую болезни у пациентов с инфарктом миокарда. Исследование проводилось на базе кардиологической клиники БелМАПО, и в него было включено 35 пациентов мужского пола с диагнозом острый крупноочаговый (Q-инфаркт) миокарда. Сделан вывод о позитивном влиянии Адаптола® на субъективное состояние и объективные критерии, характеризующие психическую составляющую болезни у больных острым инфарктом миокарда.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, Адаптол®, тревога, психосоматические заболевания, заболевания сердечнососудистой системы.

КАТУУ ИНФАРКТ МИОКАРДЫ МЕНЕН ООРУГАНДА АДАПТОЛДУ®КОЛДОНУУ.

Цурко С.М.¹, Тябут Т.Д.², Байкова И.А.¹, Марченко-Тябут Д.А.³.

¹БелМАПО психотерапия жана медициналык психология кафедрасы, Минск

²- БелМАПО кардиология жана ревматология кафедрасы, Минск

³- БелМАПО коомдук саламаттыкты сактоо кафедрасы, Минск.

Резюме: Бул макалда Адаптол® препаратынын миокард менен ооруган адамдардын психологиялык абалына тийгизген таасирин изилдөө берилген. Изилдөө БелМАПО кардиологиялык клиникасынын базасында жүргүзүлгөн, ага курч ири очоктуу миокард (Q- инфаркт) дарты менен 35 эркек жынысындагы адам тартылган.

Адаптолдун® субъективдүү абалга жакшы таасири жана катуу инфаркт миокарды менен ооругандардын оорусунун психологиялык жагын мүнөздөгөн объективдүү критерийлер туурасында бүтүм жасалды.

Негизги сөздөр: инфаркт миокарды, Адаптол®, коогалаң, психосоматикалык оорулар, жүрөк-кан тамыр тутумундагы оорулар.

ADAPTOL® DRUG ADMINISTRATION AT PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

S.M. Tsurko, T.D. Tyabut, I.A.Baikova, D.A.Marchenko-Tyabut.

¹ – Psychotherapeutics and Medicopsychology Department of BelMAPO, Minsk.

² - Cardiology and Rheumatology Department of BelMAPO, Minsk.

³ - Public Health Department of BelMAPO, Minsk.

Resume: This article covers research of effect of Adaptol® drug to psychic constituent of disease at patients with myocardial infarction. The research was carried out on the basis of cardiological clinics BelMAPO and it was included 35 patients of male sex with diagnosis of acute macrofocal myocardium (Q-infarction).

It was made a conclusion on positive effect of Adaptol® drug to subjective state and objective criteria characterizing psychic constituent of disease at patients with myocardial infarction.

Key words: myocardial infarction, Adaptol®, anxiety, psychosomatic diseases, vascular heart disease.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) относится к наиболее широко распространенным заболеваниям сердечнососудистой системы. Ежегодно десятки тысяч людей переносят острый инфаркт миокарда (ИМ), не снижаются показатели смертности и инвалидизации от этого заболевания (9). Аналогичная тенденция характерна и для Республики Беларусь (4). ИБС относят к категории психосоматических

заболеваний, в развитии которых психологические факторы играют важную роль (1, 5). Одновременно развитие соматического заболевания оказывает негативное влияние на психику человека вследствие формирования неадекватной реакции личности на болезнь и ее последствия. Это доказывает единство психического и соматического в жизни человека. Для достижения максимального эффекта

в лечении сердечнососудистых заболеваний необходимо объединение принципов терапии соматической составляющей болезни с психофармакологическими подходами, позволяющими достичь высокого уровня эффективности и безопасности терапии. К сожалению, необходимо признать, что современная кардиология еще далека от объединения этих принципов и зачастую больные не получают адекватной помощи в плане коррекции эмоционального состояния, ликвидации психической симптоматики.

В 1979 г. в бывшем СССР был разработан и внедрен в практику препарат под названием мебикар. Первоначально он рассматривался как дневной транквилизатор с широким спектром анксиолитической активности. В последующем были выявлены новые свойства препарата и это значительно расширило его фармакотерапевтические возможности.

В последние годы на белорусском фармацевтическом рынке появился препарат «Адаптол®» (Олайнфарм, Латвия). По химическому строению Адаптол® близок к метаболитам человеческого организма. Молекула лекарственного средства включает два метилированных фрагмента мочевины. Химическое название -2,4,6,8-тетраметил-2,4,6,8-тетраазабицикло /3.3.0/ октандион -3,7. Молекулярная масса 198. Препарат химически инертен, не взаимодействует с кислотами, щелочами, другими лекарствами и компонентами пищи, вследствие этого применение Адаптола® не зависит от приема пищи и он может сочетаться с любыми другими препаратами. Малотоксичен.

Доклинические испытания не выявили у Адаптола® тератогенного, мутагенного и канцерогенного действия. При приеме препарата не возникают привыкание и синдром отмены (2).

Механизм действия Адаптола® связан с его центральной аденолитической активностью, влиянием на серотониновую систему, а также с активирующим воздействием на ГАМК -реактивную систему. Установлена ноотропная активность, антигипоксическое действие, нормализация соотношения лактат/пируват в мозге. Уменьшает выраженность побочных эффектов нейрорептиков. Препарат

используется как дневной транквилизатор.

Адаптол® нашел широкое применение в лечении сердечнососудистых заболеваний, вегето-сосудистой дистонии, в качестве адъюванта в лечении болевых синдромов различного происхождения, (8), в детской психиатрической практике (6,7).

Применение препарата в кардиологии определяется не только его анксиолитическими свойствами, но и способностью оказывать вегеторегилирующее действие за счет снижения симпатической активности, что может предупреждать развитие тахикардии, вазоспазма. В работе, выполненной в институте кардиологии имени Н.Д.Стражеско (3) показано, что назначение Адаптола® в комплексной терапии больных артериальной гипертензией способствует коррекции нейрогуморальных влияний на ритм сердца, уменьшению активности симпатического отдела вегетативной нервной системы.

Целью исследования, проводимого совместно сотрудниками кафедр психотерапии, кардиологии и ревматологии, общественного здоровья БелМАПО было изучение влияния Адаптола® на психическую составляющую болезни у пациентов, поступивших в кардиологическую клинику БелМАПО с диагнозом острый инфаркт миокарда.

В исследование включено 35 пациентов мужского пола с диагнозом острый крупноочаговый (Q-инфаркт) миокарда. Диагноз ИМ устанавливался на основании клинической картины, ЭКГ изменений, свойственных для Q-инфарктов и динамики лабораторных показателей (диагностически значимые изменения уровней тропонина, кардиоспецифических ферментов – МВ-КФК, КФК).

Для оценки психического состояния применялся клинико-психологический метод, с помощью которого у пациентов были выявлены проявления вегетативной дисфункции в виде эмоциональной лабильности, повышенной потливости, ощущения жара, сердцебиения, не подтвержденного ЭКГ исследованием, чувство немотивированного страха, нарушения сна в виде трудности засыпания. Психометрическое

(экспериментально - психологический метод) исследование проводилось дважды. Первый раз на 7-10 сутки пребывания в кардиологическом стационаре с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), теста Спилбергера-Ханина для оценки ситуационной (реактивной) тревожности. Критерии оценки результатов по госпитальной шкале тревоги и депрессии позволяли говорить о клинически значимой тревоге и депрессии при уровне баллов, превышающем 11, субклинической тревоге и депрессии – от 8 до 10, значения от 0 до 7 баллов расценивались как норма. При тестировании с помощью теста Спилбергера-Ханина низкий уровень тревожности диагностировался при наличии 20-30 баллов, умеренная тревожность – от 31 до 44 баллов, высокий уровень тревожности – 45 – 80 баллов.

Повторно пациенты тестировались на амбулаторном этапе реабилитации с применением шкалы Бека для оценки выраженности депрессивных расстройств. Использованы следующие критерии оценки: менее 10 баллов – отсутствие депрессии, 10-25 баллов – легкая депрессия, выше 25

возрасту. Пациенты умственного труда составили 65, 7% (23 человека), физического – 34,3 % (12 человек). Основная масса обследованных больных до развития ИМ работала – 94, 3% (33 человека). Характеристика психического состояния в момент включения в исследование представлена в таблице 1.

Как видно из представленных данных для острого периода инфаркта миокарда характерно наличие клинически значимой тревоги - уровень по шкале HADS превышал 11 баллов, а так же субклинической депрессии. Ситуационная тревога, обусловленная переживаниями больного в связи с болезнью, неизвестностью будущего составила $54,88 \pm 12,47$ балла, что позволяет отнести эти результаты в градацию высокого уровня тревожности. Полученные на первом этапе работы данные подтверждают положения о наличии и значимости психического компонента в формировании внутренней картины болезни у пациента с ОИМ. В сроки проводимого исследования (к 7 – 10 дню) обычно купируется острота соматических проявлений болезни – болевой синдром, аритмические осложнения острого периода

Таблица 1. Психическое состояние пациентов с инфарктом миокарда при включении в исследование

Тест/результат	HADS-тревога	HADS-депрессия	Ситуационная тревога
Баллы	$11,66 \pm 3,76$	$10,46 \pm 3,22$	$54,88 \pm 12,47$

баллов – клинически значимое депрессивное расстройство. Повторно проводилось также тестирование с помощью теста Спилбергера-Ханина для оценки ситуационной тревожности.

После проведения исходного тестирования пациентам по показаниям назначался Адаптол® в среднесуточной дозе от 1500 до 2000 мг, разделенной на три приема. Все пациенты получали традиционную терапию нитратами, ингибиторами АПФ, блокаторами кальциевых каналов, антиагрегантами. Учитывая психотропные и вегетотропные эффекты бета-блокаторов, препараты данной группы на момент включения в исследование не назначались.

Средний возраст больных, включенных в исследование, колебался в пределах $50,54 \pm 6,73$ года, что позволяло отнести их к среднему

ИМ, проявления острой сердечнососудистой недостаточности и на первое место выходят психические составляющие, которые требуют целенаправленной диагностики, а не только клинической оценки состояния больного лечащим врачом кардиологом. Достоверных различий уровней тревоги и депрессии у лиц с различным характером труда (умственный, физический) не выявлено.

При проведении повторного тестирования через 2 недели лечения Адаптолом® были получены следующие данные. Уровень ситуационной тревоги по шкале Спилбергера-Ханина составил $39,48 \pm 9,57$, что позволило говорить о ее снижении с высокой до умеренной через 2 недели от начала лечения. Данные, характеризующие динамику ситуационной

тревоги, были статистически достоверны ($p < 0,001$). Исследование с помощью опросника Бека для выявления депрессии через 2 недели от начала лечения не выявило признаков депрессивных расстройств. Уровень баллов $9,17 \pm 6,63$ балла позволяет отнести эти результаты к варианту нормы. Положительная динамика отмечена по субъективной оценке состояния самим пациентом – улучшилось настроение, нормализовался сон, менее выражены стали признаки вегетативной дисфункции – чувство страха, сердцебиение, потливость.

Таким образом, полученные нами данные позволяют говорить о позитивном влиянии Адаптола® на субъективное состояние и объективные критерии, характеризующие психическую составляющую болезни у больных острым инфарктом миокарда.

Литература

1. Авруцкий Г. Я., Райский В. А. Терапевтические аспекты взаимоотношений психических и соматических факторов при ишемической болезни сердца // Психиатрические и психологические аспекты сердечно-сосудистой патологии. - М., 1985. - С. 5.
2. Зимакова И.Е., Заиконникова И.В., Лебедев О.В., Хмельницкий Л.И. Мебикар – дневной транквилизатор широкого применения. / В помощь практическому врачу. Серия 2, вып.1. М., 1990, 45 с.
3. Коваленко В.Н., Несукай Е.Г., Дмитриченко Е.В. Анализ вариабельности ритма сердца как показателя функции вегетативной нервной системы у больных с сердечнососудистыми заболеваниями
4. Манак Н.А., Русецкая В.Г., Пацев А.В. Кардиологи сверяют ориентиры // Медицина. – 2000. – т №1. – С 14-17.
5. Погосова Г.В. Депрессия – новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти // Кардиология, 2002, № 4, С. 86-91.
6. Садукасова К.З. Применение мебикара в детской психиатрии // Медицина. – 2002. – № 1. – С. 98-99.
7. Садукасова К.З. Адаптол в практике детского психиатра: методические рекомендации. – Алматы, 2005. – 14 с.
8. Щербатенко Л.А., Тагирова Т.С., Камбург Р.А. Эффективность мебикара в лечении стенокардии напряжения // Казанский медицинский журнал. – 1986. – Т. LXVII. - №5. – С. 321-323.
9. Pisa Z., Uemura K. Trends of Mortality from ischemic Heart disease and other cardiovascular Diseases in 27 countries 1967-1977 // World Health Stat Q, 1982.- Vol. 35.- P.11-47., Thom T.J. International mortality from heart disease: rates and trends // Intern. J. Epidemiol. - 1989. - Vol. 18, N 1. - P.20 – 28.

ПРОБЛЕМА ВЫБОРА H_1 -БЛОКАТОРА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Вдовиченко В. П., Бронская Г. М., Коршак Т. А., Казакевич В. А.,
Соколов Н. К., Акуленец Е. В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь.

Резюме: В данной статье сделан обзор фармакологических свойств H_1 -блокаторов. Сделан вывод, что при большинстве клинических показаний для их применения в амбулаторных условиях преимущества имеют лекарственные препараты II поколения («неседативные H_1 -блокаторы»), т. к. у них отсутствуют седативные свойства. Фенкарол® (хифенадин) обладает уникальным свойством ускорять разрушение гистамина и снижать его концентрацию в тканях. Из-за этих свойств Фенкарол® является одним из препаратов выбора при лечении острых респираторных (простудных) заболеваний и в комплексном лечении бронхиальной астмы. Вследствие безопасности и большого клинического опыта применения Фенкарол® является также одним из препаратов выбора в педиатрической практике.

Ключевые слова: гистамин, H_1 -блокаторы, аллергия, воспаление, бронхиальная астма, Хифенадин (Фенкарол®).

КЛИНИКАЛЫК ТАЖРЫЙБАДА H_1 -ТОСМОЛООЧУНУ ТАНДОО КӨЙГӨЙҮ

Вдовиченко В. П., Бронская Г. М., Коршак Т. А., Казакевич В. А.,
Соколов Н. К., Акуленец Е. В.

“Гродно мамлекеттик медициналык университети” ББМ,
Гродно, Республика Беларусь.

Резюме: Берилген макалада H_1 -тосмолоочулардын фармакологиялык касиеттерине сереп салынган. Аларды амбулатордук шарттарда колдонуу үчүн клиникалык көрсөтмөлөрдүн көпчүлүгүндө II-муундагы каражаттар (“седативдүү эмес H_1 -тосмолоочулар”) артыкчылыкка ээ, себеби алардын седативдүү касиеттери жок экени тууралуу тыянак чыгарылган. Фенкарол® (хифенадин) гистаминдин бузулушун тездетүүчү жана анын ткандарда топтолушун азайтуучу уникалдуу касиетке ээ. Бул касиеттери үчүн Фенкарол® курч респиратордук (суук тийген) ооруларды дарылоодогу жана бронха астмасын ар тараптуу дарылоодогу тандоо дары-дармеги болуп саналат. Коопсуздугунун жана колдонуунун чоң клиникалык тажрыйбасы болгонун натыйжасында Фенкарол® ошондой эле педиатриялык тажрыйбада дагы тандоо дары-дармеги болуп саналат.

Ачкыч сөздөр: гистамин, H_1 -тосмолоочулары, аллергия, сезгенүү, бронха астмасы. Хифенадин (Фенкарол®).

THE PROBLEM OF CHOICE OF H_1 -ANTAGONIST IN CLINICAL PRACTICE

Vdovichenko V. P., Bronskaya G. M., Korshak T. A., Kazakevich V. A.,
Sokolov N. K., Akulenec E. V.

Institution of Education “Grodna State Medical University”,
Grodna, Republic Belarus.

Resume: The overview of pharmacological properties of H_1 -antagonists was made on this paper. The conclusion was done, that for most clinical applications in outpatient conditions the drugs from II generation (“non-sedative generation”) are drugs of choice because they haven’t got any sedative properties. Fenkarol® (Quifenadine) has unique properties to accelerate destroying of histamine and to deplete it depot in tissues. Due to these properties Fenkarol® is one of the drug of choice from H_1 -antagonists for acute respiratory diseases treatment (common cold) and in complex medication for the treatment of bronchial asthma. As well Fenkarol® is one of the drug of choice for pediatric practice owing to the safety and long clinical experience of its use.

Key words: histamine, H_1 -blockers, allergy, inflammation, spasmodic asthma. Quifenadine, (Fenkarol®).

Физиологическая роль гистамина [2, 3, 5,10].

Как известно, гистамин играет важную роль в аллергических реакциях немедленного типа, воспалении, секреции желудочного сока и действует как нейромедиатор и нейромодулятор.

Гистамин осуществляет своё действие путём присоединения к специфическим мембранным клеточным рецепторам четырёх видов (H_1 - H_4). Гистамин образуется из аминокислоты гистидина за счёт декарбоксилирования и депонируется в тучных клетках (мастоцитах), базофилах,

нервных окончаниях. Он освобождается в ходе иммунных реакций, когда к мембранам гистаминсодержащих клеток присоединяются антитела IgE. Это играет существенную роль в сужении бронхов, особенно, у астматиков. Гистамин - важный медиатор острой воспалительной реакции. После повреждения ткани он вызывает локальную вазодилатацию с экссудацией через сосудистую стенку плазмы, содержащей медиаторы и клетки воспалительной реакции (комplement, С-реактивный белок, антитела, нейтрофилы, эозинофилы, базофилы, моноциты и лимфоциты). Помимо этого гистамин содержится в ЦНС, где он в качестве медиатора участвует в регуляции нейроэндокринной функции, температуры тела и деятельности сердечно-сосудистой системы. Гистамин также накапливается в энтерохромаффинных клетках желудка. Выделение гистамина из них активирует париетальные клетки, которые секретируют соляную кислоту.

Применение антагонистов гистамина [2-8, 13].

В медицинской практике широко применяются многочисленные представители блокаторов H_1 -рецепторов (H_1 -гистаминоблокаторы или антигистаминные средства). Они играют важную роль в лечении различных аллергических реакций, в патогенезе которых основную роль играет гистамин - аллергический ринит, крапивница и другие, осуществляемые через иммуноглобулин Е реакции. Блокаторы H_2 -рецепторов применяются для снижения желудочной секреции (при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки и других гиперсекреторных состояниях) и в данной работе рассматриваться не будут.

Классификация и эффекты

Итак, возвращаясь к фармакологическим свойствам H_1 -блокаторов (антигистаминных средств), следует выделить антигистаминные средства I и II поколений. В эквивалентных дозах все H_1 -блокаторы обладают примерно одинаковой эффективностью в отношении H_1 -рецепторов [10].

Следует подчеркнуть, что согласно наиболее авторитетным изданиям по фармакологии, выделение, так называемого,

III поколения H_1 -блокаторов не имеет под собой никаких оснований [5,10]. Разделение антигистаминных средств на два поколения производится по влиянию на центральную нервную систему (ЦНС) и вегетативную нервную систему. К первому поколению H_1 -блокаторов относят **дифенгидрамин (димедрол), хлоропирамин (супрастин), клемастин (тавегил), прометазин (пипольфен)** и многие другие. Препараты первого поколения H_1 -блокаторов отличаются сильным седативным действием (т. к. хорошо проникает в ЦНС) и выраженным блокирующим (прежде всего, на мускариновые рецепторы) воздействием на рецепторы вегетативной нервной системы. Это объясняется сходством их химической структуры лекарственными средствами, обладающими М-холиноблокирующим (препараты I поколения), а-адреноблокирующим (**прометазин**), местноанестезирующим (**дифенгидрамин, прометазин**) и антисеротониновым действием (**ципрогептадин**). Степень седативного действия этих средств (т. е. возникающая после их применения сонливость) определяет выбор конкретного представителя первого поколения антигистаминных средств и ограничивает амбулаторное использование (нарушает способность к вождению автомобиля и т. д.) препаратов I поколения. Однако это же седативное действие делает некоторые недорогие лекарственные средства этого поколения (особенно, **дифенгидрамин**) популярными снотворными. Выраженность седативного действия одного и того же лекарственного средства отличается у разных пациентов. У детей обычно проявляется парадоксальное действие - вместо сонливости возникает бессонница. Выбор конкретного антигистаминного препарата зависит от способности пациента переносить седативное и антихолинергическое (атропиноподобное) действие этих средств, удобства дозирования и стоимости лекарственного средства. Например, малоэффективное производное этилендиамина **мебгидролин (диазолин)**, несмотря на гастротоксичность (раздражение слизистой оболочки желудка), обладает низкой стоимостью, что объясняет его популярность среди малообеспеченных

категорий населения. Седативный эффект у него слабее, чем у дифенгидрамина, однако, одновременно, есть данные о риске токсического влияния мебгидролина на нервные клетки (заторможенность, головокружение), особенно молодого организма. В целом, один из самых слабых лекарственных препаратов (требует назначения больших доз) [1,2,3].

Другой пример - **диметинден (фенистил)** имеет удобную для маленьких детей форму выпуска – капли для приёма внутрь. Подобно дифенгидрамину, он вызывает выраженную сонливость и, при этом, сравнительно токсичен, поэтому не рекомендуется принимать его дольше, чем 25 дней [12].

Второе поколение H_1 -блокаторов (**лоратадин, дезлоратадин, фексофенадин, цетиризин, хифенадин (фенкарол)** и некоторые другие, более редко используемые лекарственные средства) полностью или почти полностью (только при повышенной индивидуальной чувствительности пациентов) лишено, как седативного, так и М-холиноблокирующего действия. Следует специально отметить, что причисление некоторыми авторами фенкарола к препаратам I поколения не имеет под собой веских оснований. Так, общепризнанный классик отечественной фармакологии М. Д. Машковский указывает: «Фенкарол® обладает низкой липофильностью, плохо проникает через гематоэнцефалический барьер и... не оказывает сколько-нибудь выраженного седативного и снотворного действия. Препарат не обладает адренолитической и холинолитической активностью»[3]. Таким образом, плохое проникновение в ЦНС и отсутствие М-холиноблокирующих свойств не оставляет никаких сомнений в принадлежности Фенкарола® к II поколению антигистаминных средств.

Проблема выбора антигистаминного средства

Приведенная выше классификация H_1 -блокаторов чётко очерчивает границу массового и (или) повседневного назначения этих лекарственных средств при аллергических заболеваниях или болезнях с аллергическим компонентом. Действительно, седативные

свойства лекарственных препаратов первого поколения исключают их применение амбулаторным больным трудоспособного возраста или учащимися. В ином случае будет наблюдаться невозможность выполнения работы, связанной с концентрацией внимания или точными манипуляциями, нарушение способности управления автотранспортными средствами и снижение результативности обучения. Кроме этого, сильные М-холиноблокирующие (атропиноподобные) свойства таких представителей I поколения, как **дифенгидрамина (димедрола), клемастина (тавегила) и хлоропирамина (супрастина)** объясняют нарушения зрения, сухость во рту, запоры и (обычно, у пациентов с аденомой предстательной железы) задержку мочеиспускания [6, 10]. Таким образом, возможность их применения ограничена кругом лиц, которым не важны вышеописанные проблемы, а также при особых показаниях, обусловленных особенностями отдельных лекарственных препаратов. Так, например, **ципрогептадин** с успехом используется при карциноидном синдроме и демпинг-синдроме после резекции желудка, что связано с уменьшением тонуса гладкой мускулатуры, вызванным блокадой серотониновых рецепторов. Кроме того, он стимулирует аппетит и вызывает прибавку в весе [6,10]. **Дифенгидрамин (димедрол)** и **прометазин** вследствие местноанестезирующего действия (т. е. блокады мембранных натриевых каналов) могут использоваться для местной анестезии (она сильнее прокаина) при аллергии на обычные местные анестетики. **Дифенгидрамин (димедрол)** нередко используется как снотворное средство [6, 10]. **Меклизин** и **дименгидринат** рекомендуются при болезни Меньера и других болезнях с симптомом головокружения (*vertigo*) [6, 10, 14]. **Хлоропирамин (супрастин)** обладает быстрым началом действия и доступен в форме для парентерального введения (ампульного раствора). Это делает его полезным в комплексном лечении ангионевротического отёка [6, 10].

Эффективность антигистаминных лекарственных средств в лечении

зудящих дерматозов связана с: а) сильным седативным (например, **дифенгидрамин**), б) антисеротониновым действием (**ципрогептадин**, **хифенадин**, **сехифенадин**, **диметинден**), в) с активацией разрушения гистамина в тканях ферментом диаминооксидазой (**хифенадин**, **сехифенадин**).

Второе поколение антигистаминных средств несёт в себе явные преимущества для подавляющего большинства пациентов. Во-первых, эти средства можно назначать пациентам, находящимся на амбулаторном лечении, когда седативное действие нежелательно. Во-вторых, известно, что противоаллергическое действие любого H_1 -блокатора при хроническом применении снижается (т. е. развивается толерантность), поэтому следует, время от времени, заменять их H_1 -блокаторами иного химического строения [10]. Причина развития феномена привыкания к антигистаминным препаратам до сегодняшнего дня остаётся невыясненной [10]. Однако, если каждое из лекарственных средств первого поколения во избежание снижения эффекта через каждую неделю надо заменять иным представителем H_1 -блокаторов, то препараты второго поколения можно использовать до двух месяцев без перерыва. Именно по этой причине (необходимости периодической замены одного H_1 -блокатора на другой) в клинике для лечения разнообразных аллергических заболеваний остаются востребованными все лекарственные препараты II поколения. Особенно сложным представляется выбор конкретного лекарственного средства из группы H_1 -блокаторов при заболеваниях инфекционного и (или) инфекционно-аллергического происхождения. Это острые респираторные (простудные) заболевания и бронхиальная астма. Известно, что «многие симптомы простудных заболеваний вызваны избыточным синтезом в организме гистамина, который является реакцией на чужеродные вещества в организме, например, на риновирусы» [11]. Существуют данные некоторых более ранних клинических исследований, свидетельствующие, что при простудных заболеваниях различного генеза могут быть полезны представители I поколения

[1]. Известно, что эти лекарственные средства обладают выраженным М-холиноблокирующим действием (см. выше), а значит, они подсушивают слизистую оболочку носа и, таким образом, устраняют или уменьшают ринорею (насморк) [1,3]. Однако подобное действие на слизистую оболочку верхних дыхательных путей является нежелательным, поскольку её подсушивание приводит к затруднению выделения мокроты, что, естественно, абсолютно нежелательно ни при простудных заболеваниях, ни при бронхиальной астме [6]. Другими словами, при подобных состояниях безопасно применение лишь представителей II поколения. Однако и тут не всё однозначно. Проведенные клинические испытания выявили бесполезность при простудных заболеваниях ряда антигистаминных средств II поколения, например, фексофенадина [9,16]. Возможно, что лучшее лекарственное средство при этом – **Фенкарол®**, т. к. он обладает уникальной особенностью – способностью повышать активность фермента диаминооксидазы, что приводит к разрушению гистамина в тканях. Это, в свою очередь, способствует устранению воспалительной реакции в верхних дыхательных путях (см. выше роль гистамина при воспалении) и снижает гиперактивность бронхов [11,15]. Последнее чрезвычайно важно для профилактики (лечения) бронхиальной астмы, т. к. устранение воспаления бронхов есть необходимое условие профилактики приступа удушья [15]. К тому же, **Фенкарол®** начинает действовать очень быстро – уже через 30 минут он попадает в ткани организма и может быть полезен в комплексном лечении (естественно, только как дополнительный препарат) таких острых состояний, как ангионевротический отек, острая крапивница и др. К слову говоря, роль H_1 -блокаторов при лечении бронхиальной астмы в самое последнее время существенно пересмотрена [15]. Так, если ранее при её лечении они считались совершенно бесполезными, то сейчас мнение кардинально изменилось на противоположное [15]. Логично предположить, что из-за повышения разрушения гистамина – одного из медиаторов воспаления в бронхах, у **Фенкарола®** нет конкурентов среди H_1 -блокаторов по клинической полезности,

как в комплексном лечении: а) простудных заболеваний (т. е. при острых вирусных и бактериальных инфекциях органов дыхания), б) бронхиальной астмы [15, 17]. К тому же, у **Фенкарола®** нет кардиотоксического эффекта, о котором говорилось выше, а это особенно важно для пациентов с сердечно-сосудистой патологией. Следует помнить, что H_1 -блокаторы, особенно представители II поколения, малотоксичны [5,10]. Это позволяет при необходимости (т. е. при серьезных аллергических процессах) назначать их в достаточно больших суточных дозах. Так, согласно данным последних исследований, при недостаточном эффекте от антигистаминного препарата, рационально увеличение дневной дозы (в 2-4 раза) одного представителя H_1 -блокаторов II поколения, а не комбинация из двух разных [16]. При этом статистически достоверного увеличения числа побочных реакций выявлено не было [16]. В этой связи актуально появление новой дозировки таблеток **Фенкарола®** для взрослых - 50 мг. Она позволяет максимально комфортно для пациента получить эффективную дозу этого препарата. Учитывая то, что максимальная суточная доза **Фенкарола®** составляет 200 мг, даже при назначении 50 мг 3 раза в день, пациент не рискует передозировать препарат. При этом большая дозировка таблетки (50 мг) в 1,5 раза более выгодна пациенту по ценовому фактору, чем дозировка 25 мг.

Проблема выбора антигистаминного средства особенно актуальна в детском возрасте, что связано с относительно более частыми, чем у взрослых, аллергическими расстройствами вследствие особенностей иммунной системы детей (особенно, младшего возраста). Здесь **Фенкарол®** также вне конкуренции – он может применяться с рождения и более, чем 35-летний опыт его клинического применения подтверждает его полную безопасность и эффективность. Другие антигистаминные средства у детей могут применяться лишь с возраста 6 месяцев (цетиризин, фексофенадин, дезлоратадин), 2-х лет (лоратадин), 6 лет (эбастин, левоцетиризин) или с 12 лет (акривастин) [14].

Заключение и выводы

Как отмечено выше, из-за отсутствия

седативного действия, для взрослых (работающих) амбулаторных пациентов и учащихся (из-за риска снижения способности к обучению) детей при разнообразной патологии аллергического генеза можно рекомендовать применение исключительно неседативных антигистаминных лекарственных средств (т. е. H_1 -блокаторов II поколения). Последние отличаются от препаратов I поколения более избирательным H_1 -блокирующим действием и не обладают также иными, потенциально нежелательными эффектами (М-холиноблокирующее и альфа-адреноблокирующее действие, стимуляция аппетита и др.), за исключением эбастина (может вызвать кардиотоксический эффект при назначении в высоких дозах). Таким образом, все вышеперечисленные антигистаминные средства II поколения могут успешно применяться при аллергической патологии. Кроме того, антигистаминные препараты II поколения более удобны для длительной терапии аллергических заболеваний из-за медленного развития привыкания (толерантности) к их эффектам.

В педиатрической практике наиболее безопасен (применяется с рождения) и наиболее изучен (т. к. применяется в клинической практике уже более 35 лет) **Хифенадин (Фенкарол®)**. Эффективность его применения наряду с блокадой гистаминовых рецепторов усиливается снижением аллергической готовности вследствие стимуляции разрушения гистамина в тканях (стимуляция фермента диаминоксидазы). Именно поэтому его можно считать одним из препаратов выбора антигистаминных средств в педиатрической практике.

При простудных заболеваниях у детей и взрослых, а также в комплексном лечении бронхиальной астмы **Фенкарол®** также имеет преимущества перед всеми иными антигистаминными средствами. Он не сгущает мокроту, как представители H_1 -блокаторов I поколения (т. к. М-холиноблокирующее действие отсутствует) и способствует ликвидации воспалительных процессов в слизистой оболочке дыхательных путей вследствие повышения разрушения гистамина в тканях.

Литература

1. Геппе, Н.А. Современные

антигистаминные и акарицидные препараты в борьбе с аллергическими заболеваниями/ Н. А. Геппе [и др.]//Terra medica. - №1. – 2005.

2. Кукес В. Г. Клиническая фармакология. Москва: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2004.

3. Машковский М. Д. Лекарственные средства. В 2-х томах, Москва: Медицина 1987, т. 1, С. 307-317.

4. Справочник Видадь. Лекарственные препараты в России, АОЗТ «АстраФармСервис», 2011.

5. Brunton, L. Laurence. Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics / L. Laurence Brunton, John S. Lazo, Keith L. Parker. 11th Ed, N. Y., McGraw-Hill, 2006.

6. Carruthers, S. G. Melmon and Morrelli's Clinical Pharmacology/ S. G. Carruthers [et al]. 4th Ed., McGraw –Hill, 2000.

7. Craig , Ch. Modern Pharmacology/ Charles R. Craig, Robert E. Stitzel. 6th Ed., Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

8. Cooper, D. The Washington Manual™ of Medical Therapeutics/ D. Cooper [et al]. 32nd Ed, Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

9. Dicipinigaitis, P. Effect of the second-generation antihistamine, fexofenadine, on cough reflex sensitivity and pulmonary function/ P.V. Dicipinigaitis, Y.E.Gayle.

Br. J. Clin. Pharmacol. - 2003. – Vol. 56. – P. 501–504.

10. Katzung B. G. Basic & Clinical Pharmacology, 11th Ed., McGraw-Hill, 2009.

11. Kamienski M. Pharmacology demystified/M. Kamienski, J. E. Keogh. McGraw-Hill Professional, 2005 - P. 257.

12. Pharmindex Brevier/ Podręczny index leków. CMP Medica Poland, 2006.- L249.

13. Ritter, J. M. A Textbook of Clinical Pharmacology and Therapeutics/ J. M. Ritter [et al]. 5th Ed, Hodder Arnold, 2008.

14. Tarascon Pocket Pharmacopoeia. Loma Linda, CA: TP, 2010.

15. Yamauchi, K. Roles of histamine in the pathogenesis of bronchial asthma and reevaluation of the clinical usefulness of antihistamines/ K. Yamauchi [et al] //Yakugaku Zasshi. – 2011. –Vol. 131(2) – P. 185-191.

16. Weller, K. H₁-Antihistamine up-dosing in chronic spontaneous urticaria: patients' perspective of effectiveness and side effects – a retrospective survey study/ K. Weller [et al].–2011.- PLoS ONE 6(9): e23931. doi:10.1371/journal.pone.0023931.

17. Wiest, E. Use of nonsedating antihistamines in the common cold/ E. Wiest, J. Jones// Emerg. Med. J. - 2011. – Vol. 28. – P. 632-633.

ДИАГНОСТИКА И ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ ПРОЛАПСЕ ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН

Маматова Н.Э.

Многопрофильная клиника «КАМЭК»,

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: представлены результаты обследования и оперативного лечения 216 женщин с пролапсом гениталий. Основным методом диагностики – объективное обследование и УЗИ. Выбор операции зависит от степени опущения и выпадения влагалища и матки и состояния мышц тазового дна.

Ключевые слова: матка, влагалище, опущение и выпадение, диагностика, оперативное лечение.

АЯЛДАРДЫН ГЕНИТАЛДЫК ПРОЛАПСАСЫН ДИАГНОСТИКАЛОО ЖАНА ХИРУРГИЯЛЫК КОРРЕКЦИЯЛОО ЫКМАЛАРЫН ТАНДОО

Маматова Н.Э.

КАМЭК көп тармактуу клиникасы,

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Резюме: 216 аялдын гениталдык пролапсасын текшерүүнүн жана операция жолу менен дарылоонун тыянагы берилген. Диагностиканын негизги ыкмасы – объективдүү текшерүү жана УЗИ (УЗИ). Операцияны тандоо кындын түшүшүнүн жана бошоңдошунун деңгээлине жана жамбаш чарасынын түпкүрүнүн булчуңдарынын акыбалына байланышат.

Негизги сөздөр: жатын, кын, бошоңдоо жана түшүү, диагноз коюу, операциялык жол менен дарылоо.

DIAGNOSIS AND CHOICE OF SURGICAL METHOD IN TREATMENT OF WOMEN WITH PROLAPSED OF GENITALS

N.E. Mamatova

Polyprofile Clinic “KAMEK”,

Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The results of examination and surgical treatment of 216 women with genitals prolapsed are presented. An objective examination and USI are the main diagnostic methods. The choice of the operation depended upon the degree of falling and prolapsed of vagina and uterus, and it depended upon the condition of pelvis fundus muscles, too.

Key words: uterus, vagina, falling and prolapsed, diagnosis, surgical treatment.

Проблема опущения и выпадения стенок влагалища и матки остается в центре внимания не только акушеров-гинекологов, но и врачей других специальностей хирургов, урологов, проктологов. Это связано с высокой частотой заболеваемости не только среди женщин пожилого возраста, но и репродуктивного и в связи с тем, что при пролапсе гениталий имеют место нарушения функции соседних органов (мочевого пузыря, прямой кишки), что требует индивидуального подхода к выбору метода лечения [1,4].

Наиболее эффективным методом является хирургический, так как консервативное лечение не предотвращает прогрессирование заболевания и у ряда женщин противопоказана консервативная терапия [6,7] и нередко возникает ряд осложнений. К настоящему времени предложено более 300 способов хирургической

коррекции этого заболевания у женщин, что с одной стороны подтверждает актуальность проблемы, а с другой то, что разработанные методы недостаточно эффективны и рецидив после них достигает 25-30% [2,3,5]. Это положение многие исследователи объясняют неадекватно выбранным методом операции, недостаточным обследованием до операции и ведением больных после нее. В последние годы появились сообщения об использовании высоких технологий (полипропиленовая сетка, проленовые), но какова их эффективность остается до конца не изученной проблемой.

Идут постоянные поиски наиболее эффективных методов лечения и мер профилактики, которые бы способствовали улучшению результатов лечения пролапса гениталий.

Цель работы – представить результаты

различных методов коррекции пролапса гениталий.

Материалы и методы обследования

Под наблюдением находилось 116 женщин с пролапсом гениталий, оперированных в многопрофильной клинике «КАМЭК» с 2004 по 2011 год включительно. Возраст женщин был от 26 до 82 лет, но большинство были старше 50 лет, хотя и до 40 лет было 38 женщин, т.е. лиц в репродуктивном возрасте. Давность заболевания колебалась от 6 месяцев до 30 лет. Основными жалобами были боли внизу живота, чувство инородного тела в области промежности. Урогенитальные расстройства выявлены у 48 (41,4%), диспареуния у 72 (62,1%) и нарушения функции желудочно-кишечного тракта у 37 (31,9%).

В установлении характера заболевания уделяли внимание анамнезу, при этом выясняли количество беременностей, родов, особенности течения родов и послеродового периода, характер выполняемой работы, перенесенные операции на органах брюшной полости. При физикальном обследовании обращали внимание на состояние промежности, наружных половых органов, слизистой оболочки влагалища. При бимануальном исследовании оценивали состояние матки, ее придатков, стенок влагалища, степень смещения ректовагинальной перегородки и состояние сухожильного центра промежности в положении лежа и стоя. Во время влагалищного исследования определяли следующие показатели: размер влагалища, состояние слизистой оболочки и характер выделений, положение уретры и шейки мочевого

пузыря, толщина, сила сокращения, наличие разрывов, дефектов. При сопутствующем недержании мочи использовали функциональные пробы (кашлевая проба, проба Вальсальвы), одночасовой прокладочный тест, пробу с тампон-аппликатором. Обязательно выполняли УЗИ, которое позволяло выявить и сочетанные заболевания органов брюшной полости и малого таза. УЗИ выполняли абдоминальным, промежностным и вагинальным доступом, при этом оценивали состояние матки, ее придатков. Метод позволяет определить количество остаточной и удерживаемой мочи, положение мочевого пузыря и уретры. Обследование больных с пролапсом гениталий включало и лабораторные методы (анализ крови, мочи, посев мочи, установление микробиоценоза).

Результаты и их обсуждение

В результате выполненных исследований были выделены характер опущения и выпадения влагалища и матки: опущение стенок влагалища у 32, опущение стенок влагалища и матки у 46, выпадение всех слоев влагалища и выпадение матки частичное или полное у 38 больных.

Все больные оперированы под эпидуральным обезболиванием влагалищным (чаще) и абдоминальным (реже) доступом. Показаниями к проведению хирургического лечения пролапса являлись: жалобы пациенток, затруднение или недержание мочеиспускания, затруднения при половой жизни, полное выпадение матки. Типы операций даны в таблице

Пластика передней стенки влагалища выполнялась при опущении передней стенки влагалища и задней стенки мочевого пузыря,

Таблица 1. Типы операций при пролапсе гениталий (n=116)

Тип операции	Всего больных	
	абс.ч	%
Пластика передней стенки влагалища	26	22,4
Пластика задней стенки влагалища	17	14,7
Пластика влагалища полипропиленовой сеткой с титановым покрытием	55	47,4
Экстирпация матки в сочетании с пластикой влагалища полипропиленовой сеткой с титановым покрытием	18	15,5
	116	100,0

пузыря, положение шейки и тела матки, определение непроизвольного выделения мочи при кашле и натуживании. С помощью пальпации мышц, окружающих hiatus genitalis, условно

эта операция была произведена 26 больным, осложнений в послеоперационном периоде не наблюдали. У 17 женщин выполнена пластика задней стенки влагалища, ее мы осуществляли

при опущении и выпадении задней стенки влагалища, возникающих вследствие старых разрывов промежности. В послеоперационном периоде у двух больных отмечено наличие инфильтратов, которые под влиянием медикаментозных средств и физиолечения были излечены.

Наибольшую группу составили больные у которых мы использовали пластику влагалища полипропиленовой сеткой с титановым покрытием (73 чел.), при чем у 55 только в пластике влагалища, а у 18 при экстирпации матки и пластике влагалища (при сочетании миомы с опущением и выпадением влагалища и матки).

В начале нашей работы по применению полипропиленовой сетки с титановым покрытием мы выкраивали трапециевидный лоскут слизистой передней или задней стенки влагалища и на его место укладываем сетку и фиксировали ее только к краям слизистой (12 чел.), но потом убедились в необходимости более мощной фиксации, так как сетка может скручиваться и не обеспечивать удержание стенок влагалища. В одном наблюдении нам пришлось удалить деформированную сетку и поставить новую. В последующем уложенную сетку на удаленную слизистую в верхнем углу фиксировали к краям поперечной связки влагалища, а нижний край сетки подшивали к фиброзной ткани шейки матки, это обеспечивает расположение сетки в расправленном состоянии и предотвращает ее деформацию и скручивание. Использование сетки устраняет пролапс гениталий и недержание мочи. Сетка быстро прорастает подлежащими тканями. Послеоперационный период протекал благоприятно, лишь у одной больной выявлен инфильтрат.

Из 116 оперированных в послеоперационном периоде у 4 больных имели место осложнения, что составило 3,5% (инфильтраты у 3 и деформация сетки у одной больной).

Таким образом, результаты наших исследований показали целесообразность использования полипропиленовой сетки с титановым покрытием в лечении пролапса гениталий, но с обязательной фиксацией сетки.

При сочетании патологии матки (миома) с пролапсом гениталий после удаления матки необходима пластика влагалища и при этом оптимальным методом является применение полипропиленовой сетки.

Литература

1. Аполихина И.А., Константинов В.В., Деев А.Д. Распространенность и социальные аспекты недержания мочи у женщин // *Акушерство и гинекология.* - 2005. - №5. - С.32-36.
2. Буянова С.Н., Краснопольская И.В., Федоров А.А. Способ хирургического лечения пролапса гениталий // *Акушерство и гинекология.* - 2001. - №3. - С.39-43.
3. Буянова С.Н., Петрова В.Д., Краснопольская И.В., Муравьева Т.Г. Диагностика и лечение сложных и смешанных форм недержания мочи // *Акушерство и гинекология.* - 2005. - №1. - С.54-57.
4. Ищенко А.И., Чушков Ю.В., Слободнюк А.Р., Самойлов А.Р. Оперативное лечение больных с опущением и выпадением матки в сочетании с недержанием мочи при напряжении // *Эндоскопическая хирургия.* - 2001. - №2. - С.29-30.
5. Коркан И.П. Хирургическое лечение опущений и выпадений стенок влагалища и матки влагалищным доступом // *Клиническая медицина, межвузовский сборник.* Алматы, 1998. - С.25-26.
6. Прилепская В.Н. Проблемы перименопаузы и гормональная контрацепция // *«Человек и лекарство» труды VIII Российского национального конгресса.* М., 2001. - С.397-398.
7. Macleod D. Abdominal colporrhaphy for vault prolapse and cystocele // *у. Obstet Gynaecol Br. Emp.* - 2001. - Vol.54, №4. - P.583-587.

РОЛЬ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Рахимбекова Ж.К., Жумадил к.Н., Ниязалиева М.С., Сабодаха М.А.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии,

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Проведен мониторинг чувствительности/резистентности к антибиотикам ведущих возбудителей урологических инфекций выделенных от 475 пациентов различных лечебно-профилактических учреждений г. Бишкек в период с 2008 по 2010гг. Выявлена тенденция уменьшения доли грам-отрицательных микробов в развитии уроинфекций на фоне их общего преобладания и возрастание роли энтерококков.

Анализ антибиотикограмм выявил отсутствие чувствительности уропатогенов к пенициллину, ампициллину и выборочную чувствительность к цефалоспорином разных поколений. В качестве препарата выбора предлагается ципрофлоксацин.

Ключевые слова: инфекции мочевыводящих путей, микрофлора, антибиотики

СИЙДИК ЧЫГАРУУЧУ ЖОЛДОРДУН ИНФЕКЦИЯЛАРЫНЫН ДИАГНОСТОДО ЖАНА ДАРЫЛООДО МИКРОБИОЛОГИЯЛЫК ИЗИЛДӨӨЛӨРДҮН РОЛУ

Рахимбекова Ж.К., Жумадил к.Н., Ниязалиева М.С., Сабодаха М.А.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы,

Микробиология, вирусология жана иммунология кафедрасы,

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Резюме: 2008-жылдан 2010-жылга чейинки мезгилде Бишкек шаарынын ар түрдүү дарылоо-профилактикалык мекемелеринин 475 бейтаптан чыккан урологиялык инфекцияларды козгоого алып барган микробтордун антибиотиктерге сезгичтиктерине/резистенттүүлүгүнө мониторинг жүргүзүлгөн. Энтерококтордун жалпы басымдуу жана өрчүү ролунун фонунда уроинфекциялардын өрчүшүндө терс-грам микробтордун үлүшүнүн төмөндөө тенденциясы аныкталган.

Антибиотикограммалардын анализи пенициллинге, ампициллинге уропатогендердин сезгичтиги жана ар кандай муундагы цефалоспориинге тандалма сезгичтиги жок экендигин аныктаган. Тандалма препараткатары ципрофлоксацин сунушталат.

Негизги сөздөр: сийдик чыгаруучу жолдордун инфекциялары, микрофлора, антибиотиктер.

THE ROLE OF MICROBIOLOGICAL INVESTIGATIONS ON DIAGNOSIS AND TREATMENT OF URINARY TRACT INFECTIONS (UTIS)

Rahimbekova J.K., Jumadil k.N., Niyazalieva M.S., Sabodaha M.A.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Ahunbaeva,

Department of Microbiology, Immunology and Virology

Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: It has been done monitoring of susceptibility/resistancy leading pathogens of urinary tract infections isolated from 475 patients in different institutions of Bishkek during 2008-2010. It is exposed the tendency of decreasing the role of Gram-negative microorganism in developing the urinary tract infections and predominance position of Enterococcus.

The analysis of the antibiograms exposed absence of susceptibility uropathogens to penicillin, ampicillin and selective susceptibility to cephalosporins of different generations. The drug of choice is suggested ciprofloxacin.

Key words: urinary tract infections, microflora, antibiotics

Introduction

Urinary tract infections are among the most prevalent infectious diseases with a substantial financial burden on society. Urinary tract infections

account for more than 100,000 hospital admissions annually, most often for pyelonephritis [1]. They also account for at least 40% of all hospital-acquired infections and are in the majority of cases catheter-

associated [3].

Urinary tract infection is the second most common clinical indication for empirical treatment in primary and secondary care, and urine samples constitute the largest single category of specimens examined in most medical microbiology laboratories. Healthcare practitioners regularly have to make decisions about prescription of antibiotics for urinary tract infections. Criteria for the diagnosis of urinary tract infection vary, depending on the patient and the context. There is considerable evidence of practice variation in use of diagnostic tests, interpretation of signs or symptoms and initiation of antibiotic treatment, with continuing debate regarding the most appropriate diagnosis and management [4].

Up to 40% of women will develop UTI at least once during their life, and up to 10% of UTIs result in serious complications [2].

Irrational use of antibiotics assisted the evolution of microorganisms to develop antibiotic resistance by different mechanisms. The increase of antibiotic resistance strains of microorganisms and appear of new antibiotics are in markets require strict criteria for standardizations of evaluation the resistance [4].

The aim of research is to study the prevalence of uropathogens and their antibiotic resistance

bacteriology laboratories taken from patients of urology departments of the institutions of Bishkek.

Specimens collected by taking clean catch midstream urine in sterile tubes and inoculated on culture media. The number of bacteria is considered relevant for the diagnosis of a UTI. Qualitative and quantitative urine culture is done to isolate significant pathogen.

Qualitative urine culture begins with primary culture on blood agar to isolate of urinary pathogens, and to represent contamination of urine.

Quantitative urine culture performs using a 1:1000ml (0,001ml) sterile disposable loop to evaluate the level of bacteriuria.

Isolated microorganisms identified by conventional methods.

Antibioticsusceptibility testing of isolates is done by disk-diffusion method.

Results and Discussions

The analysis of the types of microorganisms showed that the main roles in UTIs play opportunistic-pathogenic bacteria which belong to family of Enterobacteriaceae and Gram-positive cocci as an ascending infection and hematogenous or lymphatic spread.

The predominant pathogen is *Escherichia coli* 2008-53,2%; 2009-18%; 2010-11,2%. Gram-

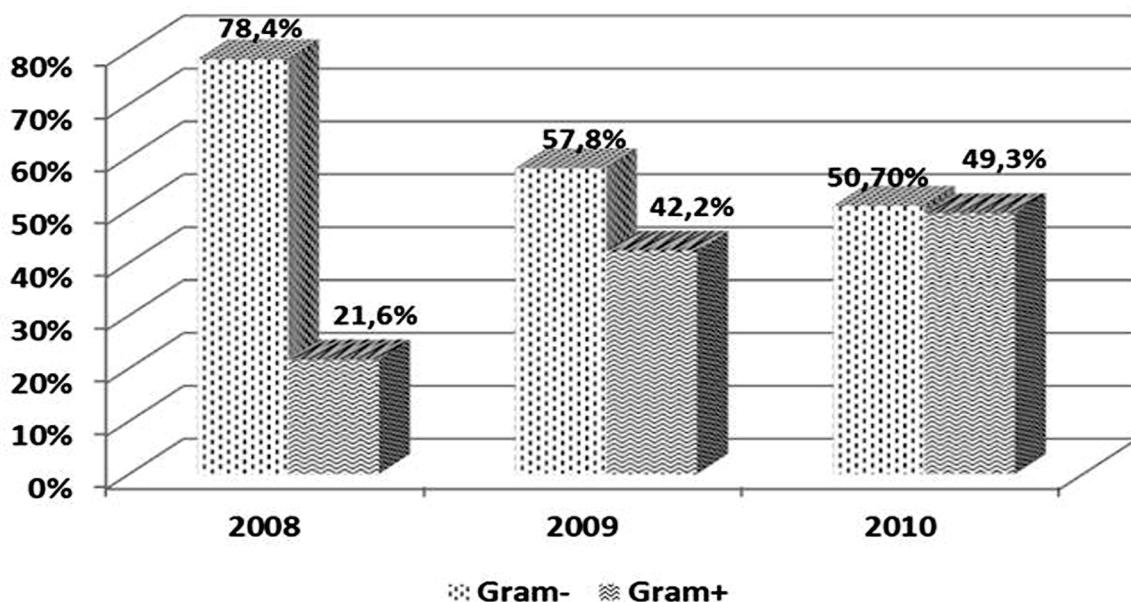


Diagram 1. The prevalence of Gram-positive and Gram-negative microorganisms isolated from urine sample

isolated from urine sample.

Material and Methods

475 urine samples were examined in different

negatives are most frequent microbes isolated during the study period (diagram1).

Among Gram-positive uropathogens mostly

isolated *Staphylococcus* spp. (16%; 23%, 16,5%). It is increasing the role of *Enterococcus* (3,2%; 19%; 36,5%). Representatives of *Streptococcus* spp. are found in 4,3%; 25,6%; 41,8%.

According the diagram 1 the mean of Gram-

positives are increasing year by year and in 2010 it is almost in the same rate with Gram-negatives (diagram1).

The indexes of antibiotic resistance and antibiotic susceptibility results in 2008 showed

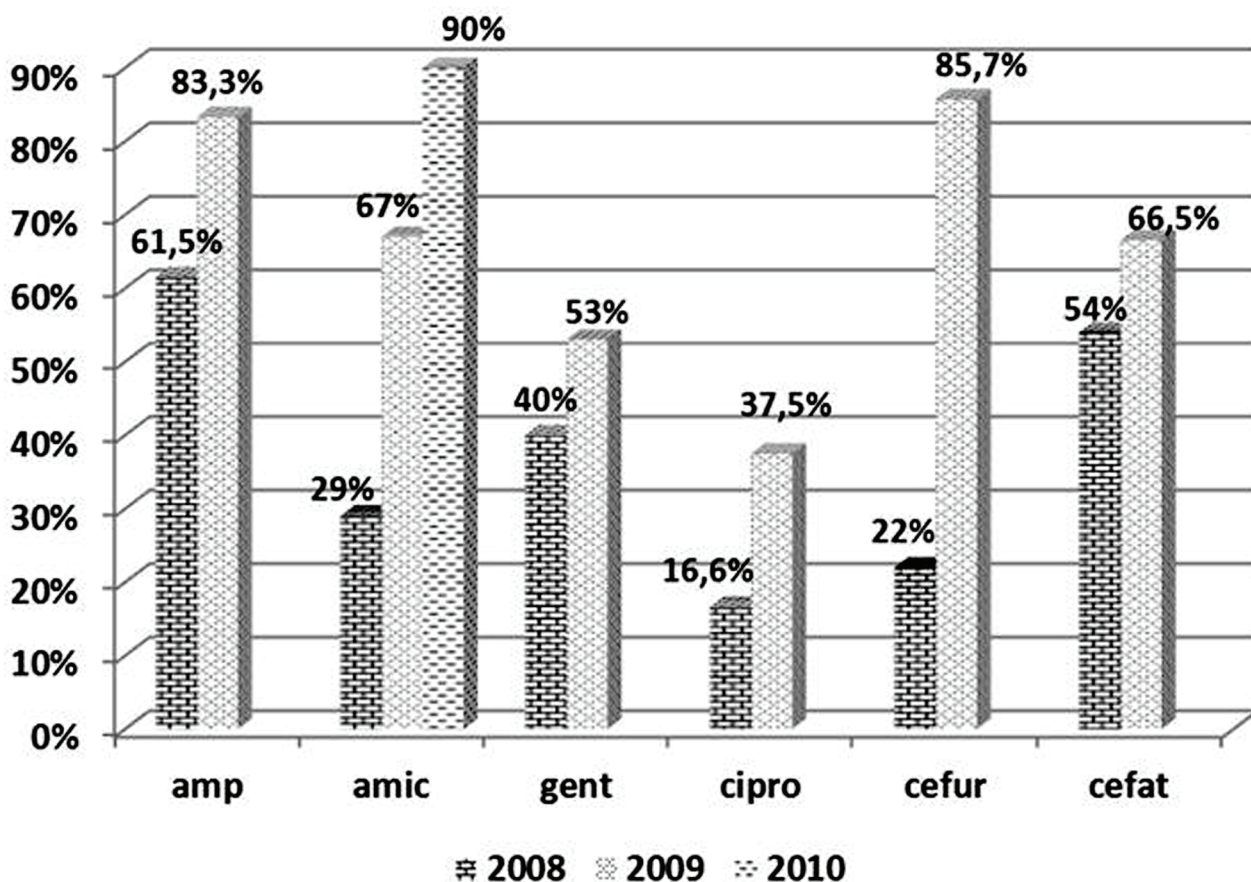


Diagram 2. Antibitic resistance of *E.coli* to antimicrobial agents during 2008-2010.

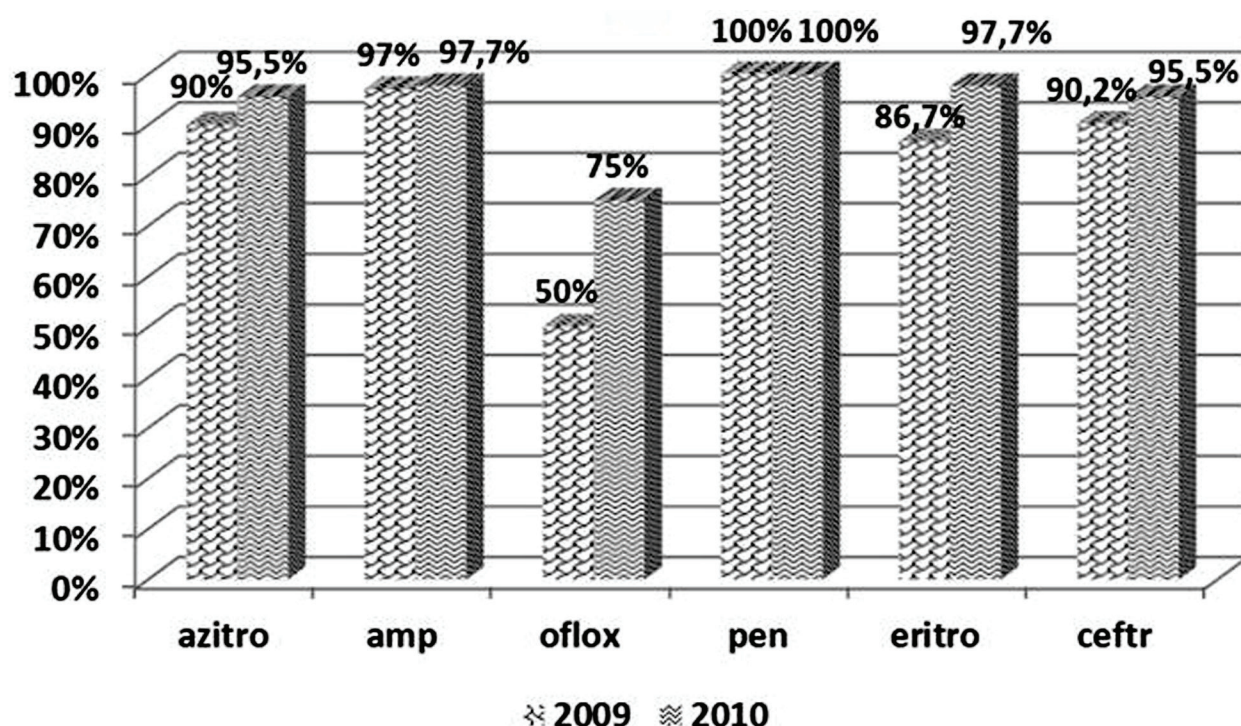


Diagram 3. Antibiotic resistance of *Enterococcus* spp. to antimicrobial agents in 2009 and 2010

that representatives of *Staphylococcus* spp. isolated from 94 urine samples are susceptible to imipenem 100%, cefazolin - 85%, streptomycin - 80%, oxacillin - 75%, and high resistance toward tetracyclin - 67%, doxycycline - 87,55%.

Antibiotic susceptibility of *Escherichia coli* is as followed: cefalotin – 94%, polymyxin – 91%, ceftazidime – 90%, pefloxacin – 83% and to nalidixic acid 78%.

As for resistance *E.coli* showed next indexes: tetracyclin – 79%, carbenicillin – 74,5%. Antibiotic resistance of *E.coli* to other antibiotics during work frame is given in diagram 2 below.

In 2009 from 211 researched antibiograms uropathogenic *Staphylococcus* spp. is not found any effective antibiotic. 83-87% strains are resistant to oxacillin, lincomycin and clindamycin.

Gram-negative bacteria have low susceptibility to recommended antimicrobials for treatment of UTIs.

Antibiotic resistance of *Enterococcus* spp. is showed in diagram 3. High resistance mentioned microorganisms manifested to penicillin – 100%, ampicillin – 97%, azithromycin – 90 and 95,5% and ceftriaxone – 90,2 and 95,5%.

The group of enterobacteria possesses weak susceptibility toward most of tested antibiotics. So that microbes have had susceptibility in 62,5% to ciprofloxacin, 14,3% - cefuroxime.

In overwhelming majority the choice of

antibiotics conduct empirically on the base of data of predominant pathogens and on their antibiotic resistance in particular area.

Conclusions

Microbiological investigations in patients with UTIs play an important role in diagnosis of diseases.

It is necessary to prescribe antimicrobial treatment after initial detection of antibiotic susceptibility of isolates.

According to results the drug of choice for the treatment of UTIs caused by most spread pathogens is recommended antibiotic of quinolone's group – ciprofloxacin.

References

1. Davey P., Sleinke D., MacDonald T., Phillips G., Sullivan F. Not so simple cystitis: how should prescribers be supported to make informed decisions about the increasing prevalence of infections caused by drug resistant bacteria? // Br. J. Gen. Pract. 2000;50(451):143-6.
2. Guidelines on urological infections. European Association of Urology 2009; p109.
3. Hooton T.M., Stamm W.E. Diagnosis and treatment of uncomplicated urinary tract infection. Infect. // Dis. Clin. North. Am. 1997;11(3):551-81
4. Wullt B., Bregsten G., Fischer H. Application of laboratory research in UTI. European Urology EAU Update Series 2, 2004, pp.116-124.

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Куттубаева К.Б., Сушко Н.Ю.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Стоматологическое лечение больных с общесоматической патологией может спровоцировать осложнения у таких пациентов, либо приведет к неудачному исходу во время лечения стоматологического заболевания. Поэтому знание этих моментов является основой профилактики нежелательных осложнений. В статье напечатан опросник стоматологического больного, позволяющий определить риск стоматологического вмешательства, даны рекомендации по приему больных с патологией сердечно-сосудистой системы.

Ключевые слова: общесоматическая патология, сердечно-сосудистая система, опросник.

ИЧКИ ОРГАНДАРЫ ЖАНА ООЗ КӨНДӨЙҮНҮН БЫЛЖЫР ЧЕЛДЕРИНИН ООРУЛАРЫ МЕНЕН ООРУГАН ООРУЛУЛАРДЫ ДАРЫЛООНУН АЛГОРИТМИ

Куттубаева К.Б., Сушко Н.Ю.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Резюме: Жалпы стоматикалык патологиясы бар оорулууларды стоматологиялык дарылоодо ушундай оорусу бар оорулууларда оорунун күчөп кетишине түрткү бериши, же стоматологиялык дарылоо учурунда ийгиликсиз жыйынтыктарга алып келиши мүмкүн. Ошондуктан мындай учурларда ооруну сөзсүз күчөтүп жибербөөнү билүү керек. Макалада стоматологиялык оорулууларды стоматологиялык дарылоодогу коркунучтарын сурамжылоо жазылган. Жүрөк-кан тамыр патологиясы бар оорулууларды кабыл алуу боюнча сунуш берилген.

Негизги сөздөр: Жалпы стоматикалык патология, жүрөк-кан тамыр патология.

ALGORITHM OF MANAGEMENT OF PATIENTS WITH COMBINED DISEASES OF ORAL CAVITY MUCOUS AND INTERNAL ORGANS

Kuttubaeva K.B., Sushko N.Yu.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: Dental treatment of patients with common somatic pathology can cause complications in these patients or causes unsuccessful outcome during dental treatment. That is why knowledge of these moments is the base prophylaxis of undesirable complications. Questionnaire of dental patients defining risk of stomatological intervention and recommendations to admittance of patients with cardiovascular pathology are given in this article. According to different authors among ambulatory patients 30% of patients has different common somatic diseases in compensated forms. Dental treatment of these patients may influence their state complicating the course of attendant diseases, or accompanying pathology may lead to unsuccess of dental treatment causing different complications during dental manipulations or after treatment. That's why it is necessary to carry out carefully the treatment of these patients.

Key words: carefully the treatment, somatic pathology, questionnaire.

По данным различных авторов среди пациентов амбулаторного стоматологического приема не менее 30% пациентовотягощены различными общесоматическими заболеваниями в компенсированной форме[1]. Стоматологическое лечение таких пациентов может сказываться на их общем состоянии, усугубляя и осложняя (с риском для жизни больного) течение сопутствующего заболевания,и,наоборот,наличиесопутствующей патологии может привести к неуспеху стоматологического лечения, провоцируя развитие различных осложнений, как при проведении стоматологических манипуляций, так и после вмешательства. Поэтому лечение таких пациентов необходимо проводить с осторожностью, должен осуществляться сознательный выбор тех средств и методов стоматологического лечения, которые были бы направлены на профилактику нежелательных

осложнений[2,3].

Эффективность проводимой терапии будет зависеть от знания симптомов, причин и методов профилактики этих заболеваний[3]. Одним из наиболее распространенных заболеваний является хроническая сердечная недостаточность, развивающаяся как самостоятельно, а так же в результате осложнений других заболеваний сердечно – сосудистой системы, например: **септического эндокардита, атеросклероза, ишемической болезни сердца и инфаркта миокарда, артериальной гипертензии.** [4,5]

В связи с этим, **целью настоящего исследования** было: 1. разработать опросник для сбора общесоматического анамнеза для предупреждения возможных ситуаций во время стоматологического приема. 2. Определить у людей с патологией сердечно-сосудистой системы, а именно у пациентов с инфекционным эндокардитом качественный, количественный состав и распространенность микроорганизмов слизистой оболочки полости рта и выработать алгоритм действий врача стоматолога с учетом имеющихся данных.

Материалы и методы исследования:

Фамилия И.О. _____, пол ____, возраст ____, род занятий _____

ВОПРОСЫ (Подчеркните или обведите кружочком нужные ответы, затем верните врачу)

Настоящее обращение к стоматологу:

а) с целью санации (лечение всех зубов); б) с острой болью в) по обращаемости (лечение 1 зуба).

Ваше обычное эмоциональное восприятие стоматологического лечения:

а) приятное; б) безразличное; в) немного тревожное; г) неприятное (страх перед лечением и постоянное ожидание боли).

Кратность посещения стоматолога:

а) нерегулярно; б) регулярно (укажите, как часто).

Была ли санация в последнее посещение стоматолога (вылечили все зубы)? а) Да; б) Нет.

Болеете ли Вы в данный момент ОРЗ, гриппом, герпесом? Да, Нет

Были ли у Вас аллергические реакции на лекарства, продукты, пыльцу и т. д.? Да, Нет

К каким лекарствам у Вас непереносимость/аллергия?

Страдаете ли Вы бронхиальной астмой, астматическим бронхитом? Да, Нет

Бывает ли у Вас повышение артериального давления (гипертония)? Да, Нет

Случались ли у Вас ранее нарушения мозгового кровообращения, инсульты? Да, Нет

Бывают ли у Вас обмороки, пониженное артериальное давление? Да, Нет

Наблюдаетесь ли вы у врача-кардиолога по поводу ишемической болезни сердца, стенокардии, аритмии, сердечной недостаточности, инфаркта миокарда? Да, Нет

Имеются ли у Вас врожденные или приобретенные пороки сердца? Да, Нет

Бывают ли у Вас длительные кровотечения, нарушения свертываемости крови? Да, Нет

Имеются ли у Вас заболевания щитовидной железы? Да, Нет

Наблюдается ли у Вас повышение уровня глюкозы (сахара) в крови? Да, Нет

С целью определения качественного состава и распространенности микрофлоры слизистой оболочки полости рта проведено обследование и анкетирование 24 человек в возрасте от 18 до 59 лет с патологией сердечно – сосудистой системы. **В первую группу** пациентов с сердечно – сосудистой патологией вошли 17 пациентов с артериальной гипертензией и 7 с ишемической болезнью сердца: из них 12 человек – с признаками хронического инфекционного эндокардита. Диагноз подтверждался на основании анамнеза и истории болезни пациента. Для определения стоматологического статуса производили осмотр полости рта с определением индекса КПУ, пародонтального индекса и индекса гигиены по Федорову – Володкиной. Мазок для микробиологического исследования брали утром натошак стерильным ватным тампоном со слизистой оболочки щек и неба. **Вторую группу** составили 27 здоровых пациентов без соматической патологии. Всем пациентам предлагалось до начала лечения заполнить опросник для выявления сопутствующей патологии.

Больны ли Вы ревматизмом, ревматоидным артритом? Да, Нет

Болеете ли вы гепатитом- В , - С , - D , СПИДом, сифилисом или туберкулезом? Да, Нет

Был ли у Вас гепатит, другие заболевания печени, желудочно-кишечного тракта? Да, Нет

Страдаете ли вы хроническими заболеваниями почек? Да, Нет

Страдаете ли вы глаукомой? Да, Нет

Больны ли вы эпилепсией? Да, Нет

Для женщин: наличие беременности или кормление грудью в настоящее время? Да, Нет

Подвергались ли вы действию радиации или токсических веществ? Да, Нет

Лечились ли вы когда-нибудь гормональными препаратами? Да, Нет

Принимаете ли вы в настоящее время какие либо лекарства? Да, Нет

Если да, то какие? _____

Укажите, если у Вас имеются какие-либо другие сопутствующие заболевания или перенесенные операции. _____

Укажите, если у Вас раньше наблюдались какие-либо осложнения во время и после стоматологического лечения. Непереносимость анестезии (если есть)

Дата _____ Подпись _____

Результаты исследования: В результате исследования у пациентов с сердечно-сосудистой патологией достоверно выявляется большее число стоматологических заболеваний по сравнению со здоровой группой. (лейкоплакия) в 1 группе (таб.1). Микробиологические исследования выявили достоверные изменения количественного и качественного состава микрофлоры у пациентов 1 и 2 группы, что

Таблица 1. Стоматологический статус больных 1 и 2 группы (M±m).

Примечание. - показатели, достоверно (p<0,05) отличающиеся от таковых у здоровых.

Показатели	ССС (n=24)	Здоровые (n=27)
КПУ (среднее значение)	20,6±2,2	4,5±0,6
Частота, %		
Гингивита	25,0±9,0	3,7±3,7
Пародонтита	41,7±10,3	0,0
Лейкоплакии	12,5±6,9	0,0
Эрозивно-язвенного стоматита	4,2±4,2	0,0
Кандидоза	0,0	0,0

Кроме того, следует отметить наличие эрозивно – язвенных процессов слизистой оболочки полости рта (эрозивно-язвенный стоматит, частоту встречаемости микрофлоры при

косвенно указывает на причинно-следственную связь инфекционного эндокардита и

Таблица 2. Частота (в %) встречаемости микрофлоры СОПР у здоровых лиц и пациентов с сердечно-сосудистой патологией. (M±m)

Примечание. Различия достоверны (p<0,05)

Микрофлора	ССС (n=24)	Здоровые (n=27)
Стрептококк гемолитический	45,3±25,9	33,3±23,1
Стрептококк негемолитический	25,0±19,6	0,0
Стрептококк зеленающий	33,3±23,2	92,6±7,1
Стрептококк эпидермальный	33,3±23,2	12,5±11,1
Стрептококк золотистый	4,2±4,2	0,0
Нейссерия	54,2±25,9	22,2±17,9
Микрококк	0,0	0,0
Коринебактерия	33,3±23,2	33,3±23,1
Лактобацилла	4,2±4,2	0,0
Энтеробактерия	0,0	18,5±15,7
Кишечная палочка	8,3±8,0	3,7±3,7
Грибы рода Candida	16,7±14,5	18,5±15,7

данном заболевании (таб.2). У здоровых преимущественно определялись непатогенные зеленящие стрептококки, реже встречались условно- патогенные коринебактерии и нейссерии, а также патогенные гемолитические стрептококки. В 1 группе отмечалась тенденция к уменьшению количества лиц с нормальной флорой (зеленящие стрептококки) и увеличению числа обследуемых с патогенной флорой (золотистые стафилококки, гемолитические стрептококки), а также появление микроорганизмов, не выявленных у здоровых лиц. Здесь же отмечалась и наибольшая

кишечного тракта (частота – 15,6%). Также следует отметить и другие заболевания, требующие особой тактики стоматологического лечения, а именно: хронические заболевания почек – распространенность 7,5%, заболевания щитовидной железы – 6,8%, ревматизм (ревматоидный артрит) – 6,5%, бронхиальная астма – 5,1%, нарушения свертываемости крови – 4,0%, сахарный диабет – 3,5%, нарушения мозгового кровообращения – 2,0%, глаукома – 1,6%, эпилепсия – 0,4% соответственно.

Выводы: Врач – стоматолог не может поставить диагноз хронической сердечной



Рис. 1. Частота выявления у стоматологических пациентов наиболее распространенных сопутствующих заболеваний и состояний (по результатам использования опросника)

встречаемость грибов рода *Candida* по сравнению со 2 группой.

Среди всех сопутствующих заболеваний наиболее часто пациенты отмечают аллергическую отягощенность (25,5% пациентов). Лекарственная аллергия имеет место у 15,1% пациентов. Среди них аллергию на новокаин отмечают 7,4% пациентов, на лидокаин – 0,7%, на другие местные анестетики – 0,4. Группа сердечно-сосудистых заболеваний оказалась второй по распространенности, частота выявления – 23,9%. Гипертоническую болезнь указывают 19,7%, пониженное артериальное давление и склонность к обморокам – 17,8%, другие сердечно-сосудистые заболевания (ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность, аритмии) – 8,7%, врожденные или приобретенные пороки сердца – 2,0%. Следующей из наиболее распространенных групп сопутствующих заболеваний у стоматологических пациентов оказываются заболевания органов желудочно-

недостаточности, однако он должен заподозрить данное заболевание у пациентов и направить его на обследования и лечение в специализированное учреждение здравоохранения. Очень удобен в этой связи опросник, который экономит время и врача и пациента. Патогенные и условно-патогенные микроорганизмы являются важным звеном в этиопатогенезе ряда заболеваний слизистой оболочки полости рта. Поэтому для диагностики, лечения и проведения профилактических мероприятий пациентов с соматической патологией сердечно-сосудистой системы стоматологу необходимо знать качественный и количественный состав микрофлоры тканей ротовой полости, антибиотико- и антисептикограмму.

Стоматологические процедуры, при которых профилактика эндокардита рекомендуется: экстракция зуба; пародонтологические процедуры, включая хирургические операции, кюретаж, обработку корня, зондирование; установка

стоматологического имплантата; реимплантация зубов; эндодонтическое лечение выходящее за пределы апекса; субгингивальная установка антибактериальных нитей или полосок; установка ортодонтических лент; интралигаментарное введение местного анестетика; профилактические манипуляции, вызывающие кровотечение.

Стоматологические процедуры, при которых профилактика эндокардита не рекомендуется: ортопедическая стоматология, протезирование; местные инъекции; внутриканальное эндодонтическое лечение; установка кафердама; удаление швов; удаление или корректировка ортодонтических приспособлений; снятие слепков; фторирование; рентгенография.

Принятие решения о проведении профилактических мероприятий должно быть результатом глубокого анализа факторов риска и характера стоматологического вмешательства в каждом конкретном случае.

Литература:

1. Банченко Г.В. «Сочетанные заболевания слизистой оболочки полости рта и внутренних органов».

2. Журнал «Стоматология», №4, 2001год.

3. Журнал «Лечащий врач», 02/ 2011год.

4. Анисимова И.В., Недосенко В.Б., Ломиашвили Л.М.

5. Зорян Е.В., Рабинович С.А., Анисимова Е.Н., Лукьянов М.В. Особенности оказания стоматологической помощи пациентам с факторами риска. - М.:ВУНМЦ, 1997. – 28 с.

ОЦЕНКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕКСИДОЛА ПРИ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛОДИСТРОФИИ СЕТЧАТКИ С ПОМОЩЬЮ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОПЛЕРОГРАФИИ

Сайдахметова Ч.Т.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,

Кафедра офтальмологии,

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Анализируется гемодинамическая эффективность мексидола на 23 пациентах с возрастной макулодистрофией сетчатки (ВМД) до и после 20 дневного лечения на различных стадиях ВМД с использованием ультразвуковой доплерографии. Выявлена наибольшая эффективность препарата на I стадии ВМД.

Ключевые слова: мексидол, гемодинамика, доплерография.

УЛГАЙГАН КУРАКТАГЫЛАРДЫН КӨЗҮНҮН ТОР КАБЫГЫНЫН МАКУЛОДИСТРОФИЯСЫНА, МЕКСИДОЛ КОЛДОНУУНУН ГЕМОДИНАМИКАЛЫК НАТЫЙЖАЛУУЛУГУНА УЛЬТРА ДОБУШТУУ ДОПЛЕРОГРАФИЯНЫН ЖАРДАМЫ АРКЫЛУУ БАА БЕРҮҮ

Сайдахметова Ч.Т.

И.К. Ахунбаев атындагы кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,

офтальмология кафедрасы,

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Улгайган курактагылардын көзүнүн тор кабыгынын макулодистрофиясы менен жабыркаган 23 бейтапка 20 күнгө чейинки жана кийинки дарылоо жүргүзүлгөндөн кийинки гемодинамикалык натыйжалуулугуна ультра добушту колдонуу аркылуу анализ жүргүзүлүүдө. Улгайган курактагы макулодистрофиянын I-стадиясында аталган препаратты пайдалануу жакшы натыйжа берээрин аныктадык.

Негизги сөздөр: мексидол, гемодинамика, доплерография.

PERFORMANCE EVALUATION HEMODYNAMIC MEXIDOL AT AGE RELATED MACULAR DEGENERATION RETINA BY ULTRASONIC DOPPLEROGRAPHY

Saydahmetova CH.T.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Ahunbaeva,

Department of Ophthalmology,

Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. Analyze the hemodynamic performance mexidol 23 patients with age-maculodystrophy retina (AMD) before and after 20 days of treatment at different stages of AMD, using Doppler ultrasound. Revealed the highest efficacy at a stage of AMD.

Key words: mexidol, hemodynamics, Doppler.

В настоящее время офтальмологи проводят оценку эффективности воздействия лекарственных препаратов на гемодинамику глаза у пациентов с различной сосудистой патологией органа зрения с использованием ультразвуковой доплерографии [1,2]. Известно, что снабжение макулярной зоны питательными веществами через кровь осуществляет в основном хориоидея. Особенностью её

структуры является малый диаметр капилляров, при подходе к сетчатке они изогнуты почти до 90° [3]. Описаны изменения калибра ретинальных сосудов (сужение артерий, расширение вен) при нарушениях мозгового кровообращения [4]. Обнаружено, что при гипертонической болезни образуются выраженные патологические изменения в соединительнотканых элементах микрососудов хориоидеи, сопровождающиеся

повышением их проницаемости. Следовательно, недостаточное питание глазничных капилляров вследствие гипоксии приводит к нарушению гемодинамики в капиллярах хориоидеи [5]. Поэтому среди многочисленных факторов риска развития возрастной макулодистрофии (ВМД) выделяют состояния, сопровождающиеся изменением кровотока, а именно - атеросклероз, артериальную гипертензию, изменения вегетативной нервной регуляции. Все эти сопутствующие патологии приводят к развитию ишемии заднего отрезка глаза, а это означает, что при наличии таких заболеваний у пациентов ишемия постепенно захватывает оба источника кровообращения сетчатки - хориокапиллярный слой и бассейн центральной артерии сетчатки.

Изменение скорости кровотока в хориоидеи в основном определяется теми нарушениями, которые происходят в сонной и позвоночной артериях, что и приводит к изменениям мозгового кровоснабжения. При помощи цветового доплеровского картирования доказано наличие нарушения кровообращения в центральной артерии сетчатки (ЦАС), задних коротких цилиарных артериях (ЗКЦА) у пациентов с неэкссудативной формой ВМД. Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий показало наличие патологической извитости и умеренно выраженного атеросклеротического поражения сонных артерий у 89% больных с неэкссудативной формой ВМД. Ухудшение гемодинамических показателей имело место у всех пациентов с неэкссудативной формой ВМД, в частности, в системе глазной артерии (ГА), ЦАС, ЗКЦА, что подтверждает важную роль гемодинамического фактора в патогенезе этого заболевания [1,2].

Следовательно, в данной ситуации могут оказаться эффективными препараты, улучшающие кровообращение в этих сосудах. К ним относится мексидол, являющийся антиоксидантом, ингибитором свободных радикалов, мембранопротектором, повышающим активность физиологической антиоксидантной системы (ФАОС). Он обладает широким спектром воздействия на различные механизмы регуляции метаболической активности клеток: активизирует внутриклеточный синтез белка и нуклеиновых кислот, способствует утилизации глюкозы,

синтезу и внутриклеточному накоплению АТФ, сниженный синтез которого в условиях гипоксии является пусковым механизмом патоморфологических изменений в нервных клетках. Мексидол обладает антиишемическим действием, улучшает кровоток, ограничивает зону ишемического повреждения и стимулирует репаративный процесс [6].

Целью нашей работы явилось исследование эффективности воздействия мексидола на состояние гемодинамики глаза при возрастной макулодистрофии с помощью ультразвуковой доплерографии.

Материал и методы

Для анализа отобраны результаты обследования 23 пациентов (42 глаза) с ВМД, проходивших лечение в отделе микрохирургии глаза №1 Национального Госпиталя МЗ КР, в возрасте от 44 до 80 лет. По стадиям ВМД пациенты распределены следующим образом: 1 стадия ВМД определялась у 10 пациентов (17 глаз), 2 стадия - у 3 пациентов (5 глаз) и 3 стадия у 10 пациентов (20 глаз).

Для оценки состояния гемодинамики глаза в качестве группы контроля использовали данные Харлап С.И. (1992), полученные при обследовании практически здоровых лиц в возрасте от 55 до 65 лет, при этом учтены возрастные особенности кровотока у этих лиц, которые составили по ГА $V_{\max} - 30,8 \pm 2,8$ см/с, $V_{\min} - 6,9 \pm 1,4$ см/с, $RI - 71,0$; $PI - 1,4$. По ЦАС $V_{\max} - 10,1 \pm 0,7$ см/с, $V_{\min} - 2,7 \pm 0,2$ см/с, $RI - 75,0$; $PI - 1,4$ [7]. По ВСА $V_{\max} - 65,0 \pm 2,8$ см/с, $V_{\min} - 58,4 \pm 8,4$ см/с, $RI - 68,0$; $PI - 1,7$ [7].

Метод ультразвуковой доплерографии позволяет осуществить графическую регистрацию доплерограмм при исследовании кровотока в ГА, ВСА, ЦАС. Для глазничной и внутренней сонной артерии определяли следующие параметры: 1) систолическая и диастолическая скорость ($V_{\max}$ и $V_{\min}$), 2) индекс периферического сопротивления (RI), 3) систоло-диастолическое соотношение - S/D .

Исследование выполняли на аппарате Logik 9 (General electric), Toshiba Aplio SSA770 (Toshiba). Использовали линейные, широкополосные датчики апертурой 4 см, частотой 14 МГц. Исследование проводилось в режимах серой шкалы с использованием

спектрального цветового и энергетического доплеровского картирования. Кровоток по ГА исследовали транскьюбально, через закрытые веки с помощью датчика с непрерывным излучением. Исследование проводили в положении лежа на спине. На зонд наносили небольшое количество геля, затем его устанавливали в медиальном углу глаза и направляли на проекцию ГА. Изменяя угол наклона датчика, получали четкий ультразвуковой сигнал артериального типа.

Офтальмологическое обследование пациентов проводили по общей схеме, которая включала исследование центрального зрения, биомикроскопию, офтальмоскопию, исследование поля зрения. Оценивалась динамика зрительных функций и клиническая симптоматика до и после применения препарата.

Мексидол назначался пациентам с ВМД по 2 мл 5% раствора 1 раз в день внутримышечно, курс лечения продолжался 20 дней.

Результаты и их обсуждение

При обследовании выраженное снижение доплерографических показателей, характеризующих состояние гемодинамики глаза, наблюдалось у больных с ВМД 2 стадии. Отмечено снижение кровотока на уровне сифона ВСА, с той стороны, где отмечается развитие дистрофических изменений ($RI\ 73\pm0,6$, $S/D=2,89\pm0,5$) на фоне признаков изменения стенки сосудов. У больных 1, 2 и 3 стадией заболевания зарегистрировано уменьшение и снижение ($V_{max}\ -15,48\pm1,7\text{ см/с}$, $V_{min}\ 5,85\pm0,7\text{ см/с}$, $RI\ 53\pm0,1$, $S/D\ 3\pm0,01$) кровотока в ГА до лечения, что подтверждает наличие сосудистых изменений в хориоиде и говорит о нарушении кровотока на уровне артериол и капилляров. Данное обстоятельство подтверждает ишемическую теорию патогенеза ВМД.

Поскольку во всех стадиях ВМД сетчатки отмечалось снижение кровотока в ГА, нами проведено лечение с применением мексидола как антиишемического препарата.

У пациентов с ВМД сетчатки, получавших мексидол, среднее значение скорости кровотока (Mcp) возрастало по сравнению с исходным состоянием на 7,5% на 2 стадии, на 14% на 3 стадии и на 155,6% на 1 стадии ВМД. Это означает, что на 1 стадии ВМД в ГА происходит увеличение

скорости кровотока в 2,5 раза. Среднее значение максимальной скорости кровотока на 1 стадии в глазничной артерии после приёма мексидола достигало $39,57\pm7,82$ минимальное - $13,59\pm2,71$, на 2 стадии максимальное значение составляло $16,5\pm0,69$, минимальное - $7,1\pm1,76$; на 3 стадии максимальное - $12,58\pm1,51$, минимальное - $6,47\pm0,42$. Индекс, отражающий периферическое сосудистое сопротивление, в большинстве случаев был ниже уровня этих показателей в контрольной группе.

Обнаружена зависимость полученных изменений скорости кровотока в регионарных сосудах от выраженности ишемического синдрома, наиболее выраженные изменения гемодинамических показателей, были зарегистрированы у пациентов 2 и 3 стадии ВМД с выраженной ишемией.

После лечения мексидолом скорость кровотока в ГА увеличилась на первой стадии в 2,1 раза по сравнению с 3-ей стадией. При применении мексидола отмечается улучшение линейной скорости кровотока в глазничной артерии больных с ВМД.

Пример: б-ной Абд-ков А., 1961 г.р. Диагноз: возрастная макулодистрофия, отечно-геморрагическая форма (2 стадия) обоих глаз. Сопутствующая патология: Гипертоническая болезнь III степени, высокого риска.

Острота зрения правого глаза была в пределах 0,01 н/к, на глазном дне в макулярной зоне определялся отек с ретинальными кровоизлияниями в $\frac{1}{4}$ диаметра диска зрительного нерва. При ультразвуковой доплерографии сифона ВСА, ГА и позвоночной артерий отмечается снижение средней скорости кровотока (перфузия) с обеих сторон больше справа (до и после лечения). Сифон ВСА $V_m\ 55\text{ см/с}$ - $70,0\text{ см/с}$, $V_{min}\ 17,0\text{ см/с}$ - 15 см/с , $RI\ 0,68$, $PI\ 1,47$. ГА $V_m\ 14\text{ см/с}$ - $16,0\text{ см/с}$, $V_{min}\ 6,2\text{ см/с}$ - 16 см/с , $RI\ 0,512$, $S/D\ 1,5$ - $1,6$. ЦАС $V_m\ 7,2$ - $7,4\text{ см/с}$, $V_{min}\ 2,6$ - $3,1\text{ см/с}$, $RI\ 0,57$ - $0,56$, $PI\ 1,47$.

Рис.1. Допплеровский спектр кровотока ГА больного Абд-кова А. со 2 стадией ВМД (отечно-геморрагическая форма) до и после месячного курса лечения мексидолом

На рисунке 1 пунктиром указано увеличение линейной скорости кровотока в

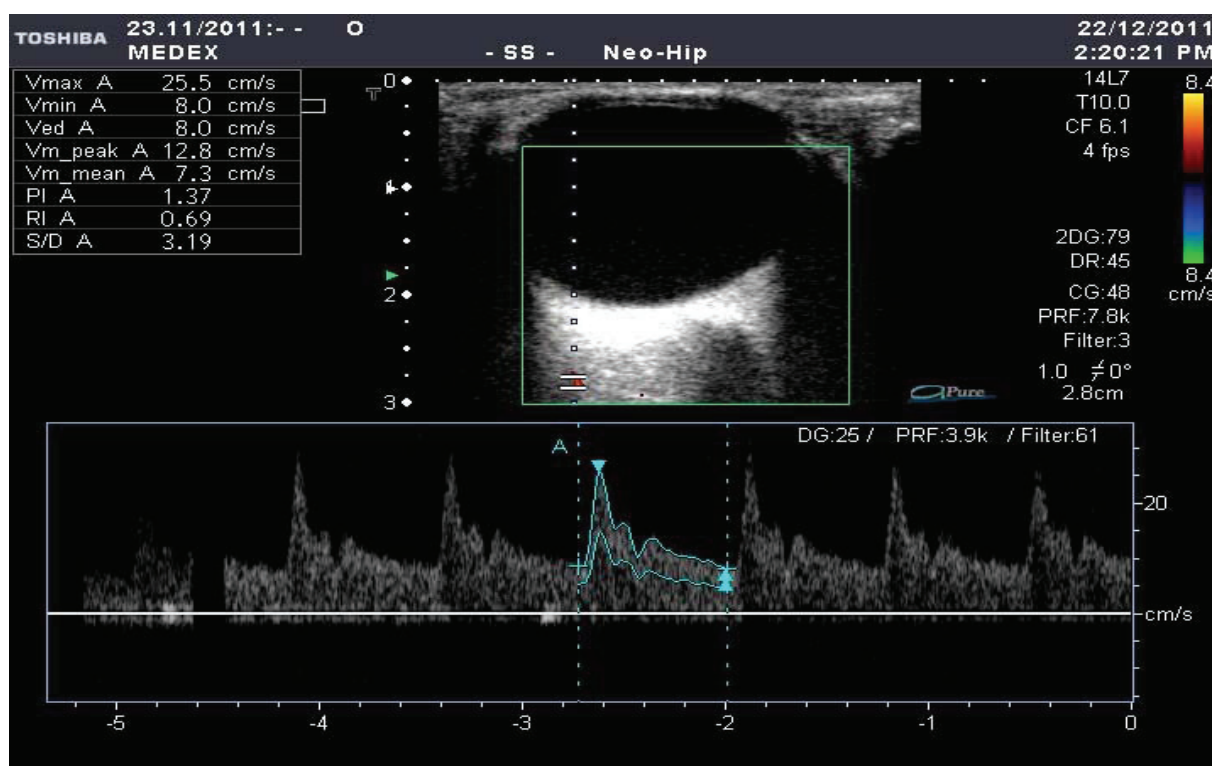


Рисунок 1.

глазничной артерии после месячного курса лечения мексидолом больного на 2 стадии ВМД. После курса лечения мексидолом у пациента также отмечается положительная динамика кровотока на уровне сифона ВСА и позвоночной артерии. Показатели систолического кровотока усилились на 18,2%. В ГА максимальная и минимальная скорости кровотока повысились после лечения на 5,4%. Острота зрения выросла до 0,02, отмечалось ограничение отека макулы, уменьшение центральной скотомы.

Выводы

Применение антиишемического антиоксиданта мексидола вызывает улучшение кровообращения в глазничной артерии, сосудах сетчатки и зрительного нерва на всех стадиях ВМД, но более эффективно применение препарата на 1 стадии ВМД.

Целесообразно включение мексидола в комплексную патогенетическую терапию у пациентов на всех стадиях ВМД.

Литература

1. Аветисов С.Э., Киселева Т.Н., Лагутина Ю.М., Кравчук Е.А. Влияние вазоактивных препаратов на зрительные функции и глазной кровоток у больных с ранними проявлениями

возрастной макулярной дегенерации // Вестн. офтальм.- 2007. - №3.-С.26-28.

2. Киселева Т.Н., Кошечкина О.П., Будзинская М.В., Щеголева И.В., Кравчук Е.А. Значение цветового доплеровского картирования в диагностике окклюзионных поражений вен сетчатки // Вестн. офтальм. 2006. - №5. С.12-14.

3. Зиангирова Г.Г., Антонов О.В. Нарушения хориоидального кровообращения при патологических изменениях без сосудистых слоев сетчатки // Вестн. офтальм. №5. 2008. С.40-44.

4. Klaver C.C., Wolts R.S., Vingerling J/R/, et al. // Arch. Ophthalmol.- 1998. Vol.116.-P.653-658.

5. Пономарёва Н.В. Хориоидальное микроциркуляторное русло при общей сосудистой патологии. – В кн.: Морфологические аспекты офтальмологии. - М.,1983. С.3-85.

6. Егоров А.Е., Обруч Б.В., Касимов Э.М., Применение мексидола у больных с оптическими нейропатиями // Клиническая офтальмология. – 2002. №2. С.10-15.

7. Харлап С.И., Шершнева В.В. Цветовое доплеровское картирование центральной артерии сетчатки, центральной вены сетчатки и орбитальных артерий. Визуализация в клинике. – 1992. - №8.-С.19-22.

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ АТЕНОЛОЛА ПРИ КАТЕХОЛАМИНОВОМ КАРДИОНЕКРОЗЕ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ

Шамыралиев Д.К., Махмудова Ж.А., Токтобекова А.Т., Алайбек кызы Г

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,

кафедра общей и клинической биохимии, МУНЦ БМИ,

Бишкек, Кыргызская Республика.

Резюме: В данной работе изучалось влияние β_1 -блокатора – атенолола на гемостаз при экспериментальном катехоламинном повреждении миокарда у кроликов в условиях высокогорья. Установлено, что атенолол вызывает умеренную гипокоагуляцию, и тем самым оказывает благоприятное действие на систему свертывания крови в остром периоде инфаркта миокарда в эксперименте.

Ключевые слова: атенолол, гемостаз, катехоламины, некроз миокарда, высокогорье.

АТЕНОЛОЛДУН БИЙИК ТООНУН ШАРТЫНДА ТАЖРЫЙБА АРКЫЛУУ ЧАКЫРЫЛГАН ЖУРОК БУЛЧУНУНУН ЖАРАЛАНУУСУНДАГЫ КАН УЮУУ СИСТЕМАСЫНА ТИЙГИЗГЕН ТААСИРИ

Шамыралиев Д.К., Махмудова Ж.А., Токтобекова А.Т., Алайбек кызы Г.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,

жалпы жана клиникалык биохимия кафедрасы, БМИ ТОИБ,

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул илимий иште бийик тоонун шартында коендорго катехоламинди колдонуу менен чакырылган жүрөктүн жаралануусунун өрчүшүндө β_1 -блокатору – атенололдун кан уюуу системасына тийгизген таасири изилденди. Тажрыйбада инфаркт миокардынын курч фазасында атенолол ченемдүү гипокоагуляцияны чакыраарын жана ошону менен бирге кан уюуу системасына жакшы таасир тийгизери аныкталды.

Негизги сөздөр: атенолол, гемостаз, катехоламиндер, жүрөк булчуңунун жаралануусу, бийик тоонун шартында.

THE HEMOSTASIS STATUS AT ATENOLOL USE IN CATHECHOLAMINE MYOCARDIAL NECROSIS IN HIGH ALTITUDE CONDITIONS

Shamyraliev D.K., Makhmudova Zh.A., Toktobekova A.T., Alaibek kzy G.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Ahunbaeva,

general and clinical biochemistry department, IESC BMI,

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: The influence of β_1 -blocker atenolol on hemostasis in experimental cathecholamine myocardial injury and high altitude mountain conditions was studied. It was established that in experiments, atenolol produces moderate hypocoagulation thereby causing beneficial effect on hemostasis in acute myocardial infarction.

Key words: atenolol, hemostasis, cathecholamine, myocardial necrosis, high altitude mountain.

Социально-экономические перемены высокогорной гипоксии, в результате последних лет способствовали усилению несоответствия между объемом выполняемой миграционных процессов в высокогорные районы сердцем работы и степенью изменения нашей страны. Однако не всегда приспособление коронарного кровотока, а также увеличенной организма к экстремальным условиям среды концентрации катехоламинов в крови, нередко обитания развивается благополучно, часто может развиваться некроз миокарда [1], происходит срыв или истощение адаптивных требующий своевременной диагностики и возможностей, возникновение различных лечения. Одним из важных патогенетических состояний. В процессе звеньев в развитии сердечно-сосудистых патологических состояний. В процессе приспособления организма к условиям заболеваний, в частности инфаркта миокарда

(ИМ), является процесс гиперкоагуляции. Ведущим в механизме гиперкоагуляции является повышение функциональной активности тромбоцитов, усиление процессов их адгезии и агрегации [2,3].

К настоящему моменту накоплена достаточная доказательная база по эффективности применения β -адреноблокаторов при инфаркте миокарда. Так, по данным клинических наблюдений у 20000 больных, применение β -адреноблокаторов при ИМ способствует снижению смертности на 20%, частоты внезапной смерти – на 35%, повторного ИМ -25% [5].

Благоприятное влияние β -адреноблокаторов на течение ИМ может быть также связано с воздействием на факторы гемостаза [4]. Согласно литературным данным, β -адреноблокаторы при ишемической болезни сердца вызывают торможение адгезии, уменьшение степени агрегации тромбоцитов, увеличение скорости дезагрегации, снижение чувствительности тромбоцитов к АДФ, прочности образующихся агрегатов [5,6].

В то же время о влиянии β -адреноблокаторов на систему гемостаза существуют противоположные мнения. Ряд исследователей обнаруживают при лечении ишемической болезни сердца повышение коагуляционной активности крови под действием препаратов, связанное с депрессией противосвертывающей системы, снижением уровня эндогенного гепарина и активирующим влиянием адреналина на α – адренорецепторы, роль которых в реализации гиперкоагулирующего действия медиатора возрастает в условиях блокады β -адренорецепторов. Другие считают, что β -адреноблокаторы вызывают при остром инфаркте миокарда снижение тромбопластической способности тромбоцитов, лишают их выраженной прокоагулянтной активности, повышают фибринолитической потенциал крови [6].

При выборе препаратов данного ряда зачастую предпочтение отдается селективным β -адреноблокатором, не обладающим внутренней симпатомиметической активностью. Именно эти препараты, сохраняя все положительные

свойства β -адреноблокаторов, существенно реже вызывают побочные реакции сосудов, бронхов, почек, поджелудочной железы и имеют меньший спектр противопоказаний. Одним из широко используемых в медицинской практике β -адреноблокатором является атенолол.

Атенолол – кардиоселективный β_1 -адреноблокатор. Блокируя в невысоких дозах β_1 – адренорецепторы сердца, он уменьшает стимулированное катехоламинами образование цАМФ из АТФ, снижает внутриклеточный ток Ca^{2+} , оказывает гипотензивное и антиаритмическое действие. Антиангинальный эффект его выражается в снижении потребности миокарда в кислороде в результате уменьшения частоты сердечных сокращений и сократимости, а также снижением воздействия симпатической иннервации на миокард.

Исходя из вышеизложенного, целью нашей работы явилось изучение состояния системы гемостаза на фоне применения атенолола при катехоламиновом кардионекрозе кроликов в период кратковременного пребывания их в условиях высокогорья.

Материалы и методы исследования. Эксперименты проводились на 60 кроликах массой 2,5-3 кг на 3-и сутки пребывания в условиях высокогорья (п. Туя – Ашу, 3200 м над у. м.). Катехоламиновый некроз у животных провоцировался одноразовым внутривенным введением раствора адреналина в дозе 0,015 мг/кг массы тела. Атенолол вводился перорально в дозе 20 мг/кг массы тела 1 раз в сутки в течение 14 дней. Животные были разделены на 5 групп: 1 группа – интактные кролики в условиях низкогогорья, 2 группа – интактные кролики в условиях высокогорья, 3 группа – животные, с моделированным катехоламиновым кардионекрозом, 4 группа – животные с катехоламиновым кардионекрозом, получавшие перорально атенолол, 5 группа – животные с катехоламиновым некрозом миокарда, не получавшие атенолол.

Показатели гемостаза. Забор крови осуществлялся из краевой ушной вены кроликов в силиконизированные пробирки с цитратом натрия в соотношении 9:1. До и после моделирования повреждения миокарда

и после лечения исследовались следующие показатели сосудисто-тромбоцитарного гемостаза: количество тромбоцитов в крови определялось с помощью фазово-контрастного микроскопирования по методу Fonio A. [7], о функциональных свойствах тромбоцитов судили по степени адгезии и агрегации тромбоцитов [8].

Состояние коагуляционного гемостаза в плазме крови у обследуемых животных изучались по следующим показателям: время свертывания крови по Ли-Уайту в силиконированных и несиликонированных пробирках [8]. Время рекальцификации плазмы определялось по методу Bergerhot N. D., Roka A. L. [9]. Каолиновое время и каолин-кефалиновое время плазмы по методу Hatteresley P. C. [10]. Аутокоагулограмма регистрировалась по методике в модификации Баркаган З. С., Иванова Е.П. [11,8], протромбиновое время по Cwick A. I. [12]. Взаимодействие коагуляционного и антикоагуляционного механизмов системы свертывания крови исследовались по унифицированному методу определения толерантности плазмы к гепарину [11]. Количество фибриногена в плазме определялось весовым методом [11]. Фибринолитическая активность изучалась методом лизиса эуглобулинов плазмы крови по Kovarsik H. [13].

Результаты и обсуждение.

Влияние высокогорной гипоксии на систему гемостаза.

В процессе индивидуальной адаптации здорового организма в горах падает содержание тромбоцитов ($395 \pm 3,05$ до $290 \pm 2,55 \cdot 10^9$ /л, $p < 0,001$). При этом одновременно возрастает их адгезивная активность ($42,08 \pm 6,48$ до $49,91 \pm 0,69$ %, $p < 0,02$) и агрегация кровяных пластинок ($43,3 \pm 6,48$ до $26,41 \pm 0,73$ сек., $p < 0,02$). Укорачивалось время свертывания цельной крови в несиликонированной ($10, \pm 0,32$ до $8,41 \pm 0,14$ минут, $p < 0,001$) и в силиконированной пробирках ($12,5 \pm 0,35$ до $11,09 \pm 0,34$ минут, $p < 0,02$). В коагуляционном гемостазе у кроликов по сравнению с интактными кроликами в низкогорье отмечалось укорочение времени рекальцификации плазмы с $110,6 \pm 2,26$ до $73,75 \pm 1,14$ минут ($p < 0,001$),

каолинового времени с $37,1 \pm 1,62$ до $31,91 \pm 0,59$ сек. ($p < 0,01$), каолин-кефалинового времени с $46 \pm 1,16$ до $34,83 \pm 0,99$ сек. ($p < 0,001$), и образования фибринового сгустка на 6-й, 8-й и 10-й минутах аутокоагуляционного теста ($p < 0,001$). Наблюдалось снижение активности естественного антикоагулянта антитромбина III в крови с $41,58 \pm 1,74$ до $22,5 \pm 0,69$ сек. ($p < 0,001$). Отмечалось угнетение фибринолиза с $231,91 \pm 15,41$ до $487,58 \pm 11,37$ мин, ($p < 0,001$) [14].

Влияние комбинации высокогорной гипоксии и адреналина на систему гемостаза.

При моделировании катехоламинового повреждения миокарда у животных в период их кратковременного пребывания в условиях высокогорья наблюдалось еще большее ускорение процессов свертывания крови, как по данным параметров сосудисто-тромбоцитарного, так и коагуляционного гемостаза.

Как видно из рисунка 1, у неадаптированных животных, получивших адреналин, уменьшилось количество тромбоцитов с $395 \pm 3,05$ до $193,3 \pm 3,44 \cdot 10^9$ /л ($p < 0,001$), увеличилась адгезивная активность с $42,08 \pm 6,48$ до $65,75 \pm 1,41$ %, ($p < 0,001$). Время агрегации кровяных пластинок сократилось с $43,3 \pm 6,48$ до $17,3 \pm 0,68$ сек. ($p < 0,001$) (рис. 2). Время свертывания цельной крови уменьшилось с $10, \pm 0,32$ до $5,66 \pm 0,18$ мин. ($p < 0,001$) в несиликонированных пробирках, а в силиконированных сократилась с $12,5 \pm 0,35$ до $7,66 \pm 0,18$ мин. ($p < 0,001$) (рис. 3).

О гиперкоагуляционных сдвигах также свидетельствовало укорочение времени рекальцификации плазмы с $110,6 \pm 2,26$ до $45,0 \pm 1,66$ сек. ($p < 0,001$), каолинового времени с $37,1 \pm 1,62$ до $24,41 \pm 1,14$ сек. ($p < 0,001$), каолин-кефалинового времени с $46,0 \pm 1,16$ до $26,16 \pm 1,40$ сек. ($p < 0,001$), протромбинового с $12,83 \pm 0,67$ до $9,0 \pm 0,21$ сек. ($p < 0,001$), тромбинового времени плазмы с $14,4 \pm 0,12$ до $10 \pm 0,24$ сек. ($p < 0,001$). По данным аутокоагуляционного теста, наблюдалось сокращение времени образования плазменного сгустка на 6-й, 8-й, 10-й минутах ($p < 0,001$). Снижалась толерантность плазмы к гепарину с $12,33 \pm 0,33$ до $21,5 \pm 0,78$ сек. ($p < 0,001$). Отмечалось угнетение фибринолиза с $231,91 \pm 15,41$ до $566,25 \pm 10$ минут ($p < 0,001$).

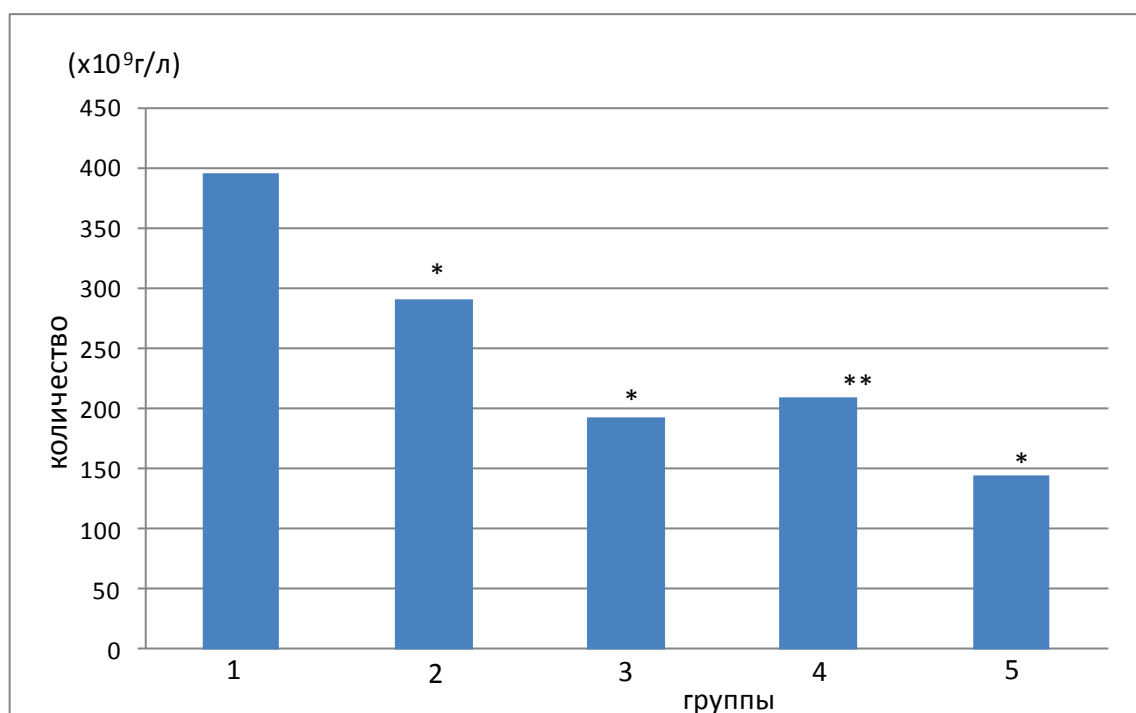


Рис. 1. Изменения количества тромбоцитов у подопытных кроликов до и после моделирования катехоламинового кардионекроза и после введения атенолола

1 группа – intactные кролики в условиях низкогогорья (контрольная группа), 2 группа - intactные кролики в условиях высокогорья, 3 группа – модель катехоламинового кардионекроза, получавшие внутривенно адреналин, 4 группа – животные с моделированным катехоламиновым кардионекрозом, получавшие перорально атенолол, 5 группа - животные с моделированным катехоламиновым кардионекрозом, не получавшие атенолол. Примечание: * P<0,001 ** P<0,01 при сравнении 2 гр с 1 гр; 3 гр. с 2 гр; 4 гр. с 3 гр; 4 гр. с 5 гр;

Полученные данные свидетельствуют о том, что в организме у животных с моделированным некрозом миокарда при кратковременном пребывании животных в условиях высокогорья развивается синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС синдром) [15]. При этом в системе крови определяется множество

микросгустков и агрегатов клеток, блокирующих микроциркуляцию в органах, что, безусловно, требует фармакологической коррекции.

Результаты исследования свидетельствуют, что система гемостаза при моделировании катехоламинового кардионекроза в условиях высокогорья претерпевает значительные модификации, сопровождающиеся усугублением

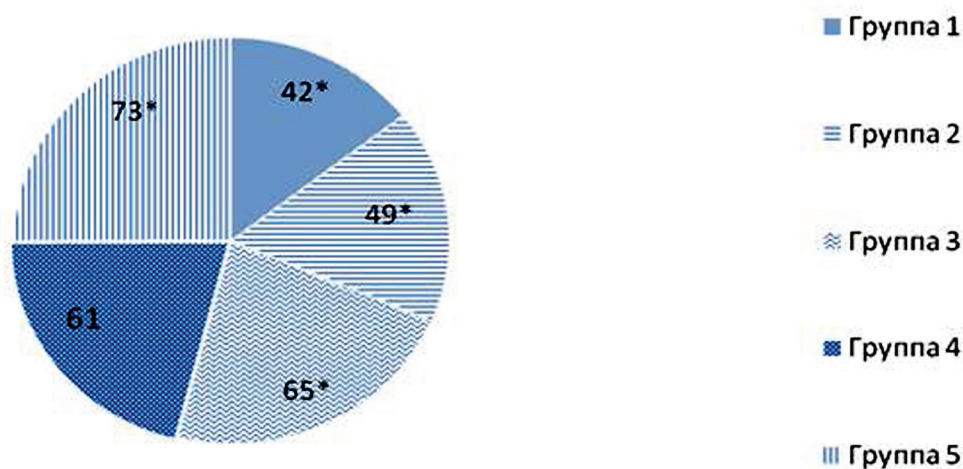


Рис. 2. Изменения адгезии тромбоцитов у подопытных кроликов до и после моделирования катехоламинового кардионекроза и после введения атенолола.

Примечание: * p<0,001 при сравнении 2 гр с 1 гр; 3 гр. с 2 гр; 4 гр. с 3 гр; 4 гр. с 5 гр;

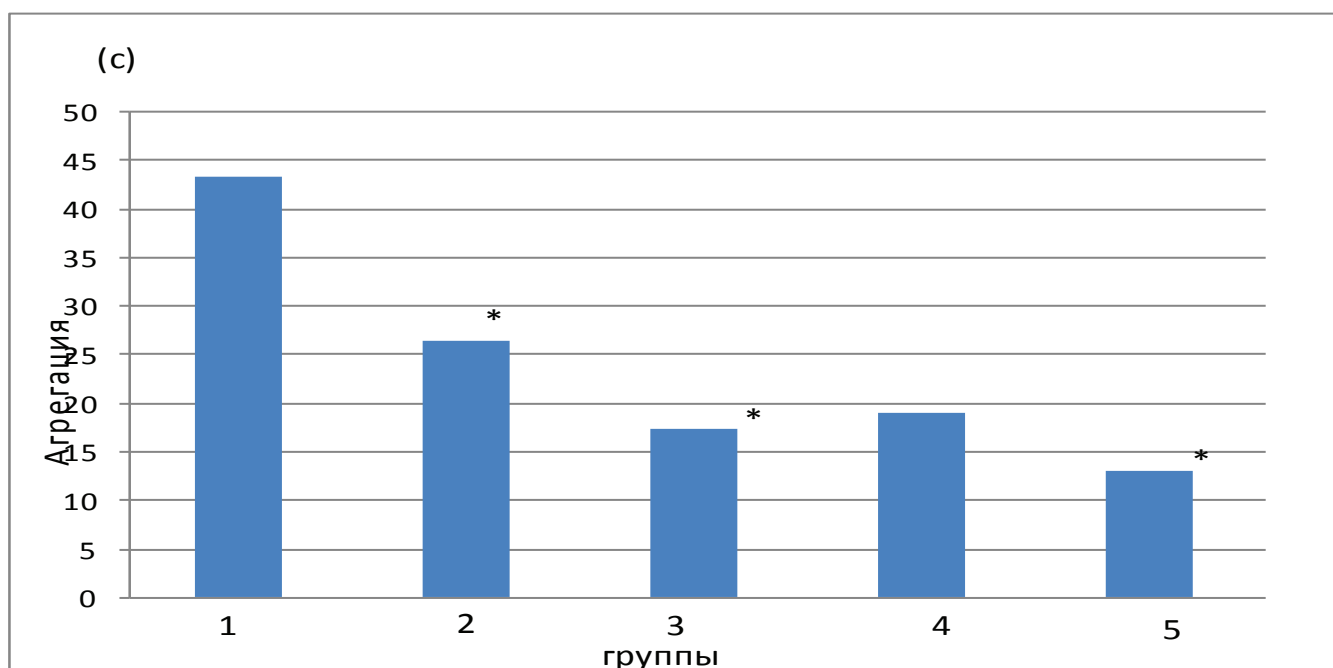


Рис.3. Изменения агрегации тромбоцитов у подопытных кроликов до и после моделирования катехоламинового кардионекроза и после введения атенолола.

Примечание: * $P < 0,001$, при сравнении 2 гр с 1 гр; 3 гр. с 2 гр; 4 гр. с 3 гр; 5 гр. с 4 гр;

процессов гиперагрегации и гиперкоагуляции. Выявленные сдвиги указанной системы, на наш взгляд, обусловлены тем, что организм в горах испытывает одновременное влияние гипоксии, эндогенного (активация симпато-адреналовой системы) и экзогенного адреналина.

Состояние системы гемостаза у подопытных кроликов после лечения атенололом.

На фоне введения атенолола у животных с катехоламиновым кардионекрозом, по сравнению с животными, не получавшими лечение, отмечалось увеличение количества тромбоцитов с $193,33 \pm 3,44$ до $210,1 \pm 6,83 \cdot 10^9$ /л, ($p < 0,05$), снижение адгезии тромбоцитов с $65,75 \pm 1,41$ до $61,91 \pm 1,11\%$ ($p < 0,05$).

Наблюдалось удлинение времени свертывания цельной крови в силиконированной пробирке с $5,66 \pm 0,18$ до $6,1 \pm 0,2$ мин. ($p < 0,01$). По биохимическим показателям коагулограммы отмечались удлинение времени рекальцификации с $45 \pm 1,66$ до $54,6 \pm 0,99$ сек. ($p < 0,001$), и каолинового времени плазмы с $24,42 \pm 1,14$ до $30,08 \pm 1,44$ сек. ($p < 0,01$). Также увеличилось содержание антикоагулянта антитромбина III с $13,58 \pm 0,39$ до $15,04 \pm 0,44$ ($p < 0,05$). Отмечалось уменьшение процента положительных этаноловых с 65% до 25% и протамин-сульфатных тестов с 60% до 33%

соответственно.

При сравнении показателей гемостаза у животных получивших атенолол (4 гр.), с группой, не получавших лечение (5 гр.), отмечались достоверные гипокоагуляционные изменения. Выявлялось снижение процента адгезии (с $73,2 \pm 1,9$ до $61,91 \pm 1,11\%$, $p < 0,001$) и удлинение агрегации тромбоцитов ($13,4 \pm 0,60$ до $19,5 \pm 0,86$ сек, $p < 0,001$). Время свертывания цельной крови в несиликонированной пробирке удлинялась с $4,66 \pm 0,18$ до $6,1 \pm 0,2$ мин. ($p < 0,01$). Также отмечалась гипокоагуляция по данным аутокоагуляционного теста на 6-й (с $6,91 \pm 0,91$ до $7,25 \pm 0,21$ сек., $p < 0,001$), и на 8-й минутах образования сгустка (с $5,5 \pm 0,19$ до $5,91 \pm 0,19$ сек. $p < 0,001$).

Представленные нами данные, как и литературные данные [16,17], свидетельствуют о том, что у подопытных животных при кратковременном пребывании в условиях высокогорья атенолол вызывает изменение показателей гемостаза в сторону гипокоагуляции, которая выражалась торможением адгезии и удлинением агрегации кровяных пластинок. Вышеуказанное снижение функциональной активности тромбоцитов атенололом связано с его антиадренэргической активностью, уменьшением чувствительности к гиперстимуляции симпатической нервной

системы. Аруютнов Г.П., Рылова А.К. [18] описывают прямую связь высокого уровня циркулирующих в крови у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями катехоламинов со спонтанной агрегацией тромбоцитов. Денисова С.В., Сапожков В.А. [6] установили, что важную роль в снижении активности тромбоцитов играет мембраностабилизирующее действие β -адреноблокаторов на способность тормозить синтез тромбоксана.

Таким образом, проведенные нами эксперименты показали, что атенолол оказывает благоприятное влияние на систему свертывания крови в период острого течения инфаркта миокарда в условиях кратковременного пребывания в высокогорье, связанное с его гипокоагуляционным эффектом в системе гемостаза.

Литература:

1. Миррахимов М.М., Мейманалиев Т.С. Высокогорная кардиология. -1980 - С. 63-65
2. Ольбинская Л.И., Литвицкий П.Ф. Коронарная и миокардиальная недостаточность. - Москва, 1986. - С.15-16
3. Перепеча Н.Б., Рябов С.И. Кардиология: руководство для врачей. Спец лит. 2008.- Т.1.- С.262.
4. Larsson P.T., Wiman B., Olsson G. et al. Influence of metoprolol treatment on sympatho-adrenal activation of fibrinolysis. *Thromb Haemost* 1990; 63:482-487.
5. Терещенко С.Н., Косицина И.В., Голубев А.В. Терапия внутривенными β -адреноблокаторами при остром коронарном синдроме. *Кардиология*.-2009.-№ 3.-С.73.
6. Денисова С.В., Сапожков В.А. Влияние сердечно-сосудистых средств на систему гемостаза. Экспериментальная и клиническая фармакология.-1995.-Том 58.-№4.-С. 66-67.
7. Fonio A., Uber das functional verhalten der isolitriten sturkturebmente der Thrombosen des Hyolomers und der Gramlomers. – *Asta Haemator*, 1951.-№ 6.-P.207-214
8. Иванов Е.П. Диагностика нарушений гемостаза.- Беларусь, Минск, 1983. – С.105-200
9. Bergerhot N.D., Estimation of plasma recalcification time. - *Ztschr. Vitamin – Hormon. – Fermehtforsch*, 1954. – V. 6.- № 1. – p 25.
10. Hatteresley P.C. –*Amer. Med. Ass.* - 1966. –Vol. 196.-P. 436.
11. Балуда В. П., Баркаган З.С., Гольдберг К. Д. и др. Лабораторные методы исследования системы гемостаза. – Томск, 1980.- С.354-360
12. Qwick A.I. Theprotrombin time. – *Coagulation*, 1964. –V.3. -№ 4. –P.327
13. Kovarsik H., Buluk K. Trombinaproteare plasmmina. *Asta physiol. Polon*, 1954.-V.5.- №1. – P.35.
14. Махмудова Ж.А., Алдашев А.А., Зурдинов А.А. Состояние системы гемостаза у кроликов при моделировании катехоламинового кардионекроза в условиях высокогорья. *Журнал «Наука и новые технологии»*.- Бишкек, -2011 -№ 2. - С. 111-114
15. Гурович Т.Ц., Ильина Л.Л. Гемокоагуляционные сдвиги в процессе адаптации к горным условиям при повышенном радиационном фоне. *Вестник КРСУ*. - 2003. - Том 3. -№ 7.-С. 6-11.
16. Teger-Nilsson A.C. Larsson P.T., Hjemdahl P., Olsson G. Fibrinogen and plasminogen activator inhibitor-1 levels in hypertension and coronary heart disease: potential effects of β -blockade. *Circulation*, 1991; 84 (Suppl.): VI72-VI77
17. Ситникова М.Ю., Иванов С.Г., Хмельницкая К.А. Плейтропные эффекты β –адреноблокаторов в терапии сердечно-сосудистых заболеваний: влияние на перекисное окисление липидов, свойства эндотелия и эволюции атеросклероза. *Кардиология*.- 2009.- №6.- С. 61-62.
18. Аруютнов Г.П., Рылова А.К. Возможно ли усиление антиатеросклеротического действие статинов? Новая ниша для старых препаратов. *Сердце*.-2002.-С.182-184

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕЙРОПРОТЕКЦИИ В ТЕРАПИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА

Батул Захра, Луценко И.Л.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева,

Кафедра неврологии с курсом медицинской генетики,

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Нейропептид кортексин обладает универсальным нейрометаболическим и нейропротективным действием. Наше исследование посвящено эффективности кортексина при дисциркуляторной энцефалопатии. Обследованы 54 пациента, из них 30 составили основную группу и 24 – контрольную. Пациентам основной группы в дополнение к базовой терапии назначали кортексин, а пациенты контрольной группы получали магнелии сульфат. Оценку результатов лечения проводили с использованием клинических и нейропсихологических методов исследования. На фоне терапии кортексином в подавляющем большинстве случаев отмечено улучшение как субъективных симптомов, так и объективных данных. При этом у 90,3% больных отмечалось уменьшение выраженности субъективных симптомов: эмоциональной лабильности, тревоги и депрессивных реакций, утомляемости, головной боли, головокружения. Кортексин может быть рекомендован как нейропротектор не только при цереброваскулярных заболеваниях, но и при целом ряде патологических состояний, сопровождающихся ухудшением когнитивных функций мозга.

Ключевые слова: кортексин, нейропептиды, дисциркуляторная энцефалопатия

ОНОКОТКО АЙЛАНГАН БАШ МЭЭ ИШЕМИЯСЫНДАГЫ КОГНИТИВДИК БУЗУЛУУЛАРДА КОЛДОНУЛУУЧУ ТЕРАПИЯДА НЕЙРОПРОТЕКТОРЛОРДУН ЭФФЕКТИВДУУЛУГУ

Батул Захра, Луценко И.Л.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,

Неврология жана медициналык генетика кафедрасы,

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Резюме: Кортексин нейропептиди универсалдык нейрометаболикалык жана нейропротекторлук таасир берет. Биздин изилдөө дисциркулятордук энцефалопатияны дарылоодогу кортексиндин эффективдүүлүгүнө арналган. Изилдөөгө 54 бейтап катышкан, алардын ичинен 30 негизги топту, 24 текшерүү тобун түзгөн. Негизги топтун бейтаптары базалык терапияга кошумчалап кортексин алган, текшерүү тобу магнелия алган. Дарылоонун жыйынтыгын баалоодо клиникалык жана нейропсихологиялык методдор колдонулган. Кортексин колдонулуучу терапиянын негизинде көпчүлүк учурларда объективдүү жана субъективдүү симптомдордун тен жакшыруусу белгиленген. Ушунун ичинде 90,3% бейтапта субъективдүү симптомдордун азайышы байкалган, анын ичинде: эмоциялык лабилдүү, кооптуу жана депрессиялык реакция, чарчаган кездер, баш оору, баш айлануу. Кортексин цереброваскулярдык оорулардан сырткары, баш мээнин когнитивдик функциялары бузулуулар байкалган патологиялык абалдарда, нейропротектор катары.

Негизги сөздөр: кортексин, нейропептиддер, дисциркулятордук энцефалопатия.

THE EFFECTIVENESS OF NEUROPROTECTION IN CHRONIC CEREBRAL ISCHEMIA COGNITIVE IMPAIRMENT TREATMENT

Batool Z., Lutsenko I.L.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Ahunbaeva,

Neurology department with medicine genetics course.

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: neuropeptide cortexin has universal neurometabolic and neuroprotective action. Our investigation is devoted to the effectiveness of cortexin discircular encephalopathy. 54 patients were examined, 30 patients are the main group and 24 control. The main group patients got cortexin and based therapy, patients of the control group got magnesium sulfate. The assessment of treatment results was carried out using clinical and neuropsychological study methods. On the background of cortexin therapy it was marked the improvement of subjective and objective data in many patients. In 90,3% of patients it was marked the decrease of subjective symptoms intensity: emotional lability, anxiety and depressive reactions, fatigability headache. Cortexin may be recommended as neuroprotector not only in cerebravascular diseases but in pathological conditions accompanied by impairment of cognitive brain functions

Key words: cortexin, neuropeptide, discircular encephalopathy.

Cortexin – is neuroprotector, created by Military Medicine Academy in Saint-Petersburg from the brain cortex of animals (sheep, cows). Cortexin contains the complex of aminoacids and polypeptides which has specific influence in brain tissue [1,2,4].

The aim of clinical research was to study effectiveness of cortexine in patients with chronic insufficiency of blood supplying - discirculatory encephalopathy due to atherosclerosis and arterial hypertension, it's influence in cognitive, motor and emotional functions.

Materials and methods.

The research passed in 3 neurological departments and 54 patients were observed: 30 males, 24 females in the age 50-87 years. Patients were divided in 2 groups – basic and control. Basic group patients received intramuscular injections of cortexine 10 mg, while control group patients received magnesium sulfatis 25% -10.0 with 0.9% NaCl intravenous injections during 10 days. In 1st and 10th days patients were examined according the scales: the quality of life Bartel scale, MMSE for cognitive functions, Zung depression scale . Neurological status was examined according to the middle cerebral artery scale (MAST) and Unterberger's test for ataxia. Patients answered questions about their complains (headache, dizziness, vertigo, noise in ears, dissomnia, emotional lability) in 1st and 10th day of research. All received results were collected and processed according to SPSS – statistic method.

Conclusion.

The course of cortexin injections reduced basic neurologic complains, authentically decreased neurological deficiency, what led to improvement of functional outcome in patients with discirculatory encephalopathy [3]. During treatment by neuropeptides we proved improvement in cognitive status according MMSE-scale in patients with mild dementia. Cortexin has a positive effect on higher brain functions, emotional –volitional sphere, reducing anxiety and depression (according Zung depression scale). Proven effectiveness in the present work allows us to recommend this neuroprotective drug cortexin for widespread using in neurologists, internists and psychiatrists practice.

Literature

1. Adriani W., Granstrem O., Romano E. et al. Modulatory effects of cortexin and cortagen on locomotor activity and anxiety-related behavior in mice // Open Neuropsychopharmacology Journal. 2009. Vol. 2. P. 22–29.
2. Bowler J.V., Hachinski V. The concept of vascular cognitive impairment // In T. Erkinjuntti, S. Gauthier (eds). Vascular cognitive impairment. Martin Dunitz. – 2002.-P.9-26
3. Dyakonov A. M. Cortexin - preparation of the XXI century. Treatment and prevention of diseases of the brain // Aqua Vitae. 2001. Number 3. P. 22-23
4. Granstrem O.K., Sorokina E.G. and etc. The latest news about cortexin (neuroprotection at the molecular level) // Terra Medica Nova. 2008. Number 5. P. 1-4

ПИТАНИЕ И ПИЩЕВОЙ СТАТУС В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ

Эсенаманова М.К., Кочкорова Ф.А., Винников Д.В., Реддинг-Джонс Р.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Изучено питание и показатели пищевого статуса работников компании «Кумтор». Выявлено, что в зимне-весенний период потребление общего количества продуктов уменьшено, соответственно и уменьшено потребление суточным рационом основных пищевых веществ. Однако рацион работников всех трех групп тяжести труда белково-жировой ориентации.

Ключевые слова: питание, пищевой статус, основные питательные вещества (белки, жиры, углеводы, калорийность), тяжесть труда, физиологическая суточная потребность.

БИЙИК ТООЛУУ ШАРТТАРДА ТАМАКТАНУУ ЖАНА АЗЫКТЫК СТАТУС

Эсенаманова М.К., Кочкорова Ф.А., Винников Д.В., Реддинг-Джонс Р.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медицина академиясы,

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: “Кумтор” компаниясынын жумушчуларынын тамактануу жана азыктык статусу изилденди. Кыш-жаз мезгилдеринде тамак - ашты аз кабыл алуунун негизинде организм негизги азык заттар менен аз камсыздалгандыгы байкалды. Ошону менен катар эле жумушчулардын күнүмдүк рационуну белок-май багытында экендиги аныкталган.

Негизги сөздөр: тамактануу, азык статусу, негизги азык заттар (белоктор, майлар, углеводдор, энергиялык баалуулук), жумуштун оордугу, физиологиялык суткалык муктаждык.

NUTRITION AND EATING HABITS AT HIGH ALTITUDE

Esenamanova M.K., Kochkorova F.A., Vinnikov D.V., Redding-Jones R.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Ahunbaeva,

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: Nutrition status and daily eating habits of Kumtor workers were studied. It was found that food consumption was reduced in autumn and winter; hence basic nutrients consumption was also decreased. White collar and medium labour employees showed basically protein nutrition profile.

Key words: nutrition, basic nutrients (protein, carbohydrates, calorie value), labor intensity, physiological daily demand.

Особенности высоких гор характеризуются разреженным воздухом, частыми и резкими переменами погодных условий, повышенная солнечная инсоляция, низкотемпературный фактор, гипоксия – обуславливают экстремальность высокогорья, зачастую стрессового характера.

Поэтому особое значение в адаптации организма к условиям высоких гор занимают метаболические перестройки, особенно метаболизм белков и жиров, приспособляющие физиолого-биохимические системы организма к малоокислородному режиму функционирования [1,2,5].

По данным С. F. Consolazio et al (1969) у наблюдаемых групп людей, получавших диету обогащенную углеводами, симптомы острой горной болезни проявлялись значительно меньше. У молодых мужчин на высоте 3500-

4700 метров содержание в рационе 3725-3900 ккал (углеводов-650гр, белков-120гр, жиров-128гр.) утилизация жира составила 95,6 - 96,6% и в дальнейшем при увеличении жира в рационе не ухудшилась перевариваемость жиров, не увеличилось выведение кетоновых тел с мочой, функция кишечника не нарушилась [8]. В условиях гор у солдат, получавших рацион 3524-3639 ккал, соотношение б:ж:у (15:36:49) переваривание белка и жира не ухудшилась [7]. К тому же баланс веществ и энергии зависит не только от высоты над уровнем моря, но от других факторов высокогорья (температура, физическая нагрузка), что создает особое состояние питания, заметно отличающиеся от такового над уровнем моря или в предгорье.

Материалы и методы

Исследования проводились в горнорудном комбинате компании «Кумтор». Изучено питание

и пищевой статус работников горнорудного комбината (посезонно). Рацион питания оценивался весовым методом. Химический состав энергетическая ценность рационов рассчитывались с использованием действующих справочно-методических материалов[3,4]. Обработка первичной информации осуществлялась с помощью компьютерной программы, позволяющей в автоматическом режиме производить расчет количественного и качественного состава рационов – «1-С. предприятие».

Статистический анализ проводили с использованием программы EXCEL – 2000 (Microsoft Co, 2000, США) и с использованием программы ANALYSIS (Epi info 6, США).

Результаты исследования:

Потребление основных питательных веществ суточным рационом работниками умственного труда в зимне-весенний период снижено, чем в летне-осенний период. Количество белков в рационе достоверно снижено в зимний период ($102,4 \pm 5,9$ гр.) в сравнении с летним ($133,3 \pm 15,3$ гр.) ($p < 0,05$). Также отмечается недостоверное снижение потребление жиров в зимне-весенний сезон ($102,1 \pm 4,6$ гр.) чем летне-осенний период ($111,8 \pm 13,2$ гр.). Содержание углеводов в суточном рационе зимне-весенний период составила $363,5 \pm 17,4$ гр., которая на 46 гр. больше, чем в летне-осеннем периоде ($317,3 \pm 30,9$ гр.), но эта разница статистически недостоверна. Соответственно

калорийность суточного рациона несколько снизилась, и составила зимне-весенний период $2640,5 \pm 97,2$ ккал, а в летне-осеннем периоде $2721,7 \pm 192,7$ ккал (табл.1).

Работники средней тяжести труда компании «Кумтор» в зимне-весенний период потребляют белков и жиров достоверно меньше ($p < 0,001$), чем в летне-осенний период, а содержание углеводов в суточном рационе достоверно ($p < 0,05$) выше зимой $373 \pm 17,9$ гр., чем летом – $332,5 \pm 16,7$ гр. Соответственно калорийность суточного рациона ниже зимой ($2939,2 \pm 156,9$ ккал), чем летом ($3193,9 \pm 164,9$ ккал), но эти данные статистически недостоверны (табл.1).

Работники средней тяжести труда потребляют в зимне-весеннем сезоне белка несколько выше ($122,3 \pm 8,5$ гр.), чем физиологическая суточная потребность в условиях высоких гор. В то время как содержание жира составило $119,1 \pm 7,7$ гр., углеводов – $373,0 \pm 17,9$ гр. и калорий $2939,2 \pm 156,9$ ккал, которое ниже чем физиологическая суточная потребность в данных пищевых веществах (табл.1).

Работники тяжелого труда в условиях высоких гор при сравнении потребления пищевых веществ в зимне-весеннем сезоне оказалось достоверно низким ($p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$), чем в летне-осеннем сезоне. Потребление белков в зимне-весеннем сезоне составило $142,8 \pm 9,6$ гр., а в летне-осеннем сезоне $182,3 \pm 8,9$ гр.; жиров соответственно $136,1 \pm 7,4$ гр.– зимой, $161,8 \pm$

Таблица 1. Сравнительные данные основных пищевых веществ и энергетической ценности суточного рациона работников компании «Кумтор» по сезонам года

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ – различия достоверны при сравнении содержания основных пищевых веществ и энергетической ценности суточных рационов в летне-осенний и зимне-весенний период

Категория труда	Основные пищевые вещества	Фактическое потребление		Физиологическая суточная потребность организма
		Летне-осенний	Зимне-весенний	
Работники умственного труда	Белки, г	$133,3 \pm 15,3$	$102,4 \pm 5,9^*$	106,0
	Жиры, г	$111,8 \pm 13,2$	$102,1 \pm 4,6$	110,0
	Углеводы, г	$317,3 \pm 30,9$	$363,5 \pm 17,4$	353,0
	Калорийность	$2721,7 \pm 192,7$	$2640,5 \pm 97,2$	2827,0
Работники средней тяжести труда	Белки	$155,1 \pm 8,2$	$122,3 \pm 8,5^{***}$	116,4
	Жиры	$147,8 \pm 10,7$	$119,1 \pm 7,7^*$	121,1
	Углеводы	$332,5 \pm 16,7$	$373 \pm 17,9^*$	389,7
	Калорийность	$3193,9 \pm 164,9$	$2939,2 \pm 156,9$	3118,0
Работники тяжелого труда	Белки	$182,3 \pm 8,9$	$142,8 \pm 9,6^{***}$	163,6
	Жиры	$161,8 \pm 11,1$	$136,1 \pm 7,4^*$	173,8
	Углеводы	$465,3 \pm 32,1$	$368,9 \pm 25,6^{**}$	558,7
	Калорийность	$3912,8 \pm 110,7$	$3201,4 \pm 137,2^{***}$	4470,0

11,1 гр. летом; углеводов $368,9 \pm 25,6$ гр. зимой и $465,3 \pm 32,1$ гр. летом. Энергетическая ценность рациона зимой составила - $3201,4 \pm 137,2$ ккал и а летом $3912,8 \pm 110,7$ ккал ($p < 0,001$) (табл.1). Это связано с низким потреблением пищевых продуктов зимний период, что также создает стрессовые ситуации.

Однако, физиологическая суточная потребность в основных питательных веществах выше, чем фактическое потребление этих же веществ в летне-осеннем и зимне-весеннем периодах. У работников умственного труда физиологическая суточная потребность в калориях, согласно энерготратам составило $2827,0$ ккал, в летне-осеннем периоде потребляют $2721,7 \pm 192,7$ ккал, а в зимне-весеннем периоде $2640,5 \pm 97,2$ ккал, но эти данные статистически недостоверны. Потребление белков согласно физиологической суточной потребности составил $106,0$ гр., а потребляют в летне-осеннем сезоне $133,3 \pm 15,3$ гр. что выше на $27,3$ гр., чем потребность организма. В зимне-весеннем сезоне потребляли $102,4 \pm 5,9$ гр., что ниже, чем потребность организма в белках. Такая же тенденция отмечается в отношении потребления жиров у работников умственного труда. Незначительно увеличено потребление углеводов в зимне-весеннем периоде, что составило $363,5 \pm 17,4$ гр., а в летне-осеннем сезоне - $317,3 \pm 30,9$ гр., которое ниже, чем физиологическая суточная потребность в углеводах (табл.1).

При сравнении показателей суточного рациона у работников средней тяжести с физиологической суточной потребностью во все сезоны года потребление белка выше в среднем на $22,3$ гр. Потребление жиров в летне-осеннем сезоне составило $147,8 \pm 10,7$ гр., что на $26,7$ гр. больше чем физиологическая потребность организма. Содержание углеводов в суточном рационе, как летом, так и зимой ниже физиологической суточной потребности. Калорийность суточного рациона составило в летне-осеннем сезоне $3193,9 \pm 164,9$ ккал, что соответствует физиологической суточной потребности. Однако в зимне-весеннем сезоне энергетическая ценность рациона ниже, чем потребность организма на 179 ккал (табл.1).

У работников тяжелого труда в суточном рационе летне-осеннем сезоне содержание белка больше на $18,7$ гр., а зимой ниже на $20,8$ гр. чем потребность организма. Содержание жиров по сезонам ниже физиологической потребности от 12 до $37,7$ гр. Углеводы составили $465,3 \pm 32,1$ ккал летом и $368,9 \pm 25,6$ ккал зимой, при физиологической потребности $558,7$ ккал (табл.1).

В летне-осеннем сезоне калорийность рациона составила $3912,8 \pm 110,7$ ккал, а в зимне-весеннем сезоне - $3201,4$ ккал, что ниже физиологической потребности организма на 557 и 1269 ккал (табл.1).

Таким образом, работниками компании «Кумтор» потребление основных питательных веществ и калорий в зимне-весеннем периоде ниже, чем в летне-осеннем сезоне, что очевидно зависит от влияния экстремальной ситуации – гипоксией, низкой температурой, сурового климата. Однако потребление белков, жиров, углеводов и калорий суточным рационом ниже, чем физиологическая суточная потребность организма. Но при этом питание во всех трех группах интенсивности труда и во все сезоны года белково-жировой ориентации.

В экстремальных условиях высоких гор количественная и качественная полноценность суточного рациона необходимое условие для нормальной работоспособности, повышения иммунной системы и сохранения здоровья работников. В связи с этим, питание работников требует коррекции и рационализации по основным принципам здорового питания.

Литература:

1. Алдашев А.А. Питание и высокогорье. Алма-Ата 1983.
2. Миррахимов М.М., Шпирт М.Б., Эсенаманова М.К. и др. Рационализация питания в условиях высокогорья-методические рекомендации. Фрунзе 1989.
3. Скурихин И.М., Волгарев М.Н. Химический состав пищевых продуктов. Книга 1 – М: ВО «АГРОПРОМИЗДАТ» 1987г.
4. Скурихин И.М., Тутельян В.А. Химический состав Российских пищевых продуктов – М: ДеЛи принт 2002г.
5. Хазен И.М. Физиология и патология

пищеварительной системы.М.:1963.

6. Consolazio C. F, Matoush L.O, Johnson N.L. Effects of high-carbohydrate diets on performance and clinical sumptomatology after rapid ascent to high altitude/.1969,28,937.

7. Consolazio C. F, Johnson N.L,Daws

T.A. Metabolic aspectsn of acute altitude exposure (4300m) in adequately nourished humans. Am. J. Clin. Nutrition.1972, 25-1,23-39.

8. Rai R.M, Dimri G.P. Sampathkumar T. Utilization of different quantities of fat at high altitude. Am. J. Clin. Nutrition.28,3,242-245.

ВЛИЯНИЕ ЦЕРЕБРОЛИЗИНА НА СТРУКТУРНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ НЕЙРОНОВ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Мамытова Э.М.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
кафедра неврологии с курсом медицинской генетики,
Бишкек, Кыргызская Республика.

Резюме: Проведено экспериментальное исследование, целью которого являлось изучение влияния Церебролизина на структурные изменения мозга в раннем посттравматическом периоде. Опыты проводились на крысах на модели легкой ЧМТ. Показано, что ЧМТ вызывала у крыс комплекс макро- и микроскопических патоморфологических нарушений, анализ которых свидетельствует об определенной стадийности в развитии патологических изменений. Церебролизин способствовал улучшению головного мозга крыс в раннем посттравматическом периоде, что отмечалось нами на 7-е сутки с момента воспроизведения ЧМТ. В контрольной группе крыс, у которых использовался физиологический раствор после нанесения травматического повреждения мозга, нормализующее действие не было выражено. Результаты данного экспериментального исследования являются экспериментальным обоснованием целесообразности применения Церебролизина при травматическом повреждении мозга.

Ключевые слова: Церебролизин, черепно-мозговая травма, патогистологические нарушения, структуры мозга.

ЭКСПЕРИМЕНТТЕГИ СООК - МЭЭ ТРАВМАСЫНДА БОЛГОН НЕЙРОНДОРДУН ТУЗУЛУШУНУН ОЗГОРУУЛОРУНО ЦЕРЕБРОЛИЗИНДИНДИН ТААСИРИ

Мамытова Э.М.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
неврология жана медициналык генетика кафедрасы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Церебролизиндин мээнин түзүлүштөрүнүн травмадан кийинки алгачкы мезгилдеги патологиялык-гистологиялык өзгөрүүлөрүнө берген таасирин изилдөө максатында тажрыйбалык изилдөөлөр жүргүзүлдү. Тажрыйбалык изилдөөлөр баш-сөөк-мээ травмаларынын женил денгээлдеги моделинде келемиштерге жүргүзүлдү. Изилдөөлөр көрсөткөндөй, баш-сөөк-мээ травмасы келемиштердин мээсинде макро- жана микроскопиялык патоморфологиялык жабыркоолорго алып келген, аларды тастыктоодон, бул патологиялык кубулуштар биринен кийин бири өрчүгөндүгү малым болду. Церебролизин келемиштердин мээсинин калыптануусуна баш-сөөк-мээ травмасынын алгачкы мезгилинде - 7-күнүндө алып келгендиги айкын болду. Травма жасалгандан кийин физиологиялык эритме колдонулган, контролдук топтогу келемиштердин мээсинин кайра калыбына келүүсү байкалган жок. Бул тажрыйбалык изилдөөлөрдүн натыйжасы церебролизинди мээнин травмадан жабыркоосунда максаттуу түрдө колдонуунун тажрыйбалык негизи болуп саналат.

Негизги сөздөр: Церебролизин, баш-сөөк-мээ травмасы, патологиялык-гистологиялык өзгөрүүлөр, мээнин түзүлүштөрү.

CEREBROLYSIN INFLUENCE THE NEURONS STRUCTURAL DAMAGE AFTER EXPERIMENTAL TRAUMATIC HEAD INJURY

Mamytova E.M.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Ahunbaeva,
Neurology and Medical Genetics Department,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: Authors described results of experimental research. The aim of this work was to study Cerebrolysin's influence on brain structure pathological changes in the earliest posttraumatic period. The experiment was based on moderate brain injury experimental model using rodent animals. The trauma caused at animals complex of macro- and microscopic pathomorphological changes. Their analysis demonstrated definite stages in these pathological changes development. Cerebrolysin lead to regression of pathomorphological changes in the early posttraumatic period (at 14th day after trauma). In the control group of animals was used physiological solution. Its curable effect on the cortex neurons was not verified. Results of this experiment are reason for the effectiveness of Cerebrolysin using in the therapy of patients with traumatic brain injury.

Key words: Cerebrolysin, traumatic brain injury, pathohistological changes, brain

Введение.

В современной концепции травматической болезни головного мозга принципиально важным моментом считается выделение первичного и вторичного повреждения.

Располагающаяся вокруг очага первичного травматического повреждения зона ишемической полутени (пенумбра) содержит частично поврежденные, но жизнеспособные элементы нервной ткани, с частично сохраненным энергетическим и нейротрансмиссивным метаболизмом и морфологически сохранными путями гемодинамики (1,2). Именно на поддержание функционирования клеточных элементов перифокальной зоны мозга и предотвращение дальнейшего ее разрушения направлены основные терапевтические стратегии, применяемые в острый период ЧМТ (3,4,5).

Многие патофизиологические механизмы вторичного повреждения мозга рассматриваются большинством авторов как потенциально обратимые, а их выявление и устранение считаются основной мишенью фармакологического действия препаратов, применяемых для лечения пациентов с черепно-мозговой травмой (6,7,8,9). Терапия травматического повреждения мозга должна быть максимально ранней, активной и должна рассматриваться как комплексная церебропротекторная стратегия (10). Препараты, применяемые для устранения вторичного повреждения, должны обладать разнонаправленным действием, предупреждая, блокируя и исправляя как можно большее количество патологических цепей, приводящих к необратимым изменениям в тканях.

Одним из перспективных способов нейропротекции при ЧМТ может быть нейропротекторная терапия Церебролизин — метод, позволяющий индуцировать в клетках поврежденного мозга синтез тех или иных белков с потенциальным терапевтическим эффектом.

Возможность повлиять на баланс внутриклеточных процессов, которые, с одной стороны, реализуют эффекты первичной травмы и последующего вторичного повреждения мозга, с другой стороны, обеспечивают регенеративно-репаративные процессы в ЦНС, в настоящее

время предоставляется возможным при проведении нейропротекторной терапии.

С учетом важности морфологических изменений в определении характера и выраженности посттравматических проявлений целью настоящей работы явилось исследование эффективности препарата Церебролизин на патоморфологические изменения структур мозга в раннем посттравматическом периоде.

Материалы и методы исследования.

Моделирование ЧМТ. Исследование проводилось в условиях хронического эксперимента на 24 половозрелых белых крысах массой от 180 до 220 г, которых содержали в индивидуальных боксах с естественной 12-часовой сменой света и темноты, влажностью воздуха 60 % и его температурой 22 ± 1 °C, со свободным доступом к воде и пище. С целью приручения крыс перед началом эксперимента держали в руках по 2–3 мин в течение 5 дней, что облегчало последующие экспериментальные исследования с животными. Работу с лабораторными животными проводили с соблюдением основных нормативных и этических требований к проведению лабораторных и иных опытов с участием экспериментальных животных разных видов. Данная работа была одобрена комиссией по этическому проведению экспериментальных исследований. Для моделирования ЧМТ применяли пружинный ударник, который экспериментальным путем (по последствиям) откалиброван для нанесения крысам легкой ЧМТ. В момент нанесения травмы животное кратковременно прижимали к поролоновой прокладке, чем добивались горизонтального расположения поверхности свода черепа. Животным с помощью ударника наносили легкую ЧМТ в теменно-затылочной области правого полушария головного мозга. После нанесения удара крысы, как правило, впадали в легкое бессознательное состояние сознания в течение промежутка времени до 30 секунд или вообще сознание не нарушалось. В течение нескольких минут крысы оставались заторможенными, дезориентированными, вялыми. Затем в течение первых часов их состояние улучшалось.

Экспериментальные наблюдения

проводили на следующих группах животных. Животных контрольной группы ($n = 12$) фиксировали, наносили травму. Этим животным в течение 10 дней один раз в день утром внутрибрюшинно (в/б) вводили 0,1 мл 0,9% физиологического раствора. Животным основной группы ($n = 12$) с ЧМТ в течение тех же 10 дней в/б вводили Церебролизин в дозе 0,1 мл (21,5 мг/кг) (EverNeuroPharma, Австрия) также как и животным контрольной группы 1 раз в день утром. Церебролизин вводился через 30 минут после нанесения травмы.

Декапитацию крыс с последующим патоморфологическим изучением ткани мозга проводили на 7 сутки момента нанесения ЧМТ (по 12 крыс из каждой группы в отмеченные временные интервалы). Забой животных осуществляли внутрибрюшинным введением тиопентала натрия (100 мг/кг).

Гистологическое исследование.

После декапитации быстро вскрывали череп, удаляли головной мозг, который промывали в физиологическом растворе и помещали в 5-10 % нейтральный забуференный раствор формалина при pH 7,2-7,4. Приготовленные при помощи микротомы фронтальные срезы головного мозга площадью 0,5-1 см², взятые на уровне брегмы, сначала подвергали действию спиртов с возрастающей концентрацией (70°, 80°, 90°, 96°, 100°), после чего их заливали в парафин в соответствии с требованиями по стандартной

методики для световой микроскопии. Из приготовленных блоков готовили в дальнейшем срезы толщиной 5-7 мкм, которые окрашивали гематоксилином и эозином. Наличие качественных морфологических изменений в тканях головного мозга оценивали при помощи светового микроскопа МБИ-15. При этом в коре головного мозга оценивали изменения нейронов четырех основных структурно-функциональных типов.

Результаты и их обсуждение

Оценка влияния нейропротекторной терапии на патоморфологические изменения в головном мозге при экспериментальной ЧМТ у крыс.

В ранние сроки после экспериментальной ЧМТ (первые 7 суток) в обеих исследуемых группах морфологические изменения в нейронах идентичны. При этом преобладали гиперхромные нейроны, но состояние ядер и ядрышек в них различно (хорошо сохранившиеся ядра с четко выраженной ядерной мембраной и четко контурированным ядрышком, уменьшение размеров ядра и едва различимое ядрышко). Умеренно гиперхромные клетки рассматриваются как клетки, активность которых начинает усиливаться, а гиперхромофилия характеризует состояние первичного активного торможения или временное прекращение активности нейронов.

В контрольной группе наблюдалось

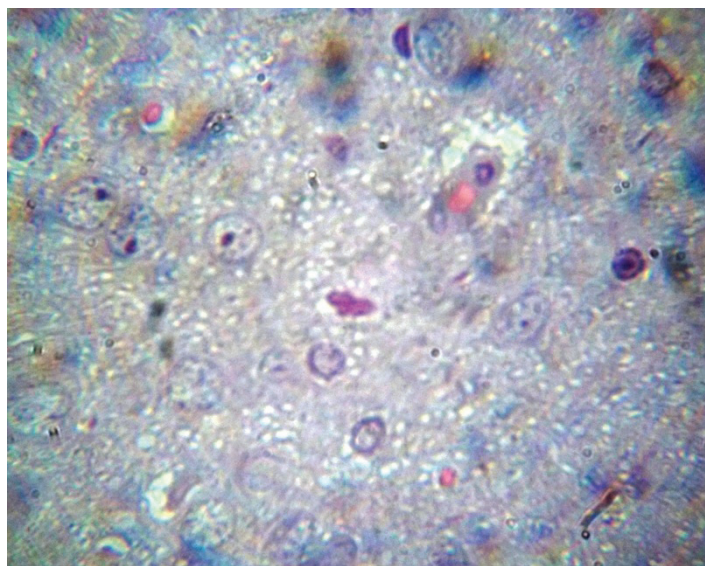


Рис 1. Кора головного мозга крысы. ЧМТ легкой степени на 7 сутки без лечения. В нейронах имеются явления гидропической дистрофии. Отмечаются сморщивание ядер с конденсацией хроматина. Ядра олигодендроцитов и астроцитов с конденсацией хроматина. Полутонкие срезы, окраска гематоксилином и эозином. X 1500.

нарастание деструктивных процессов в нейронах. Усиливается гипохромия, вакуолизация цитоплазмы, деформация клеточной мембраны, перичеселлюлярный отек, появляются клетки «тени», нейронофагия (рис. 1).

В раннем посттравматическом

усиления функции сохранившихся клеток при гибели других и явиться источником регенерации нервных проводников при активной реакции со стороны глии (рис. 2).

Процесс раннего восстановления активно протекал по-разному, хотя наблюдался как в

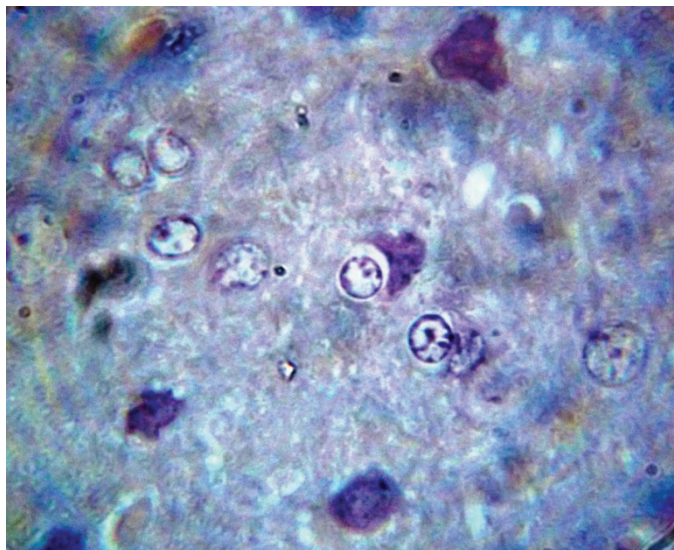


Рис 2. Кора головного мозга крысы. ЧМТ легкой степени на 7 сутки после лечения Церебролизином. В нейронах отсутствуют явления гидропической дистрофии. Ядра олигодендроцитов и астроцитов хорошо выражены. Полутонкие срезы, окраска гематоксилином и эозином. X 1500.

периоде в перифокальной зоне отмечены единичные гипертрофированные нейроны, что свидетельствует о проявлении репаративных изменений в клетках. В ходе патологического процесса функциональные изменения нервных клеток перерастают с одной стороны в дистрофические, атрофические и некробиотические, а с другой — в репаративные.

У животных группы Церебролизина преобладали обратимые изменения нейронов: набухание, перичеселлюлярный отек, центральный хроматолиз, эктопия ядра. Отмечены также необратимые изменения нейронов (клетки - «тени»). На 7 сутки после применения Церебролизина нарастают репаративные изменения нейронов с тенденцией к нормализации их структуры. Проявлением компенсаторного характера изменений является гипертрофия отдельных нейронов. При этом характерно укрупнение глыбок базофильного вещества цитоплазмы, крупное, светлое ядро, окруженное утолщенной ядерной мембраной, гипертрофированное ядрышко с эмиссией ядрышковых глыбок. Умеренная гипертрофия нейронов может быть материальным субстратом

контрольной, так и в опытной группах. Это связано с тяжестью наносимой травмы.

Основными видами клеток, подвергающихся апоптозу, были глиоциты, однако среди нейронов апоптотная гибель также регистрировалась. Преимущественную подверженность апоптозу глиальных клеток можно объяснить тем, что глиоциты, основной функцией которых является трофическая, испытывают дополнительную нагрузку на утилизацию трансплантата при его применении, поэтому они расходуются в большей степени, тем самым способствуя сохранности нейронов. Выявилась тенденция снижения интенсивности апоптоза нейронов в группе с Церебролизином. Наши данные о тенденции развития процесса апоптоза при повреждении головного мозга согласуются с данными других авторов (8, 9).

Патологические изменения, возникающие при черепно-мозговой травме (ЧМТ), представляют собой «не отдельные события, а процессы, запущенные в движение механическим воздействием на центральную нервную систему. Эти процессы не завершаются в сколько-нибудь обозримые сроки после

травмы» (11), представляя непредсказуемо длительный период. Обусловленное ЧМТ первичное повреждение ткани мозга различной тяжести, индуцирующее в основном эффекты «возбуждающих» аминокислот и ионов Ca^{2+} , происходит в течение относительно непродолжительного времени, что существенно ограничивает возможности фармакологической коррекции посттравматических реакций мозга. При этом считают, что первичное повреждение мозга сменяется процессом, получившим название «отсроченной клеточной смерти». Этот процесс может длиться в течение продолжительного времени (дни, недели, месяцы) после травмы и охватывает как зону травматической «пенумбры» (перифокальной зоны «полутени», клетки которой в течение определенного времени сохраняют относительную жизнеспособность на низком метаболическом уровне и могут в последующем как погибнуть, так и выжить), так и регионы мозга, расположенные на отдалении от очагов первичного повреждения.

При этом количество нервных клеток, погибающих вследствие вторичного повреждения, может значительно превышать этот показатель в зоне первичной травмы. Вклад «отсроченной клеточной смерти» в формирование неврологического дефицита является весьма существенным. Вместе с тем, продолжительность периода вторичной гибели нервных клеток определяет существование так называемого «терапевтического окна», что позволяет проводить лечебные мероприятия, способствующие обеспечению нейропротекции [1, 9, 10, 12, 13, 14, 15).

Уменьшенное содержание пикнотически измененных нейронов в группе «ЧМТ+Церебролизин» по сравнению с группой «ЧМТ» в течение периода исследования, а также качественные признаки уменьшения перивазального отека, свидетельствуют о выраженном цитопротективном действии Церебролизина.

В настоящем исследовании, структурные изменения нейронов при ЛЧМТ проявлялись не только в пределах участка травматического повреждения, но распространялись

на контралатеральное полушарие. Зарегистрированное в настоящей работе синхронное или почти синхронное течение процесса в обоих полушариях свидетельствует о том, что в патологический процесс вовлекается весь мозг в целом за счет включения согласующих и пока не очень хорошо известных механизмов.

Выводы.

1. Применений Церебролизина в раннем посттравматическом периоде обеспечивает протекторное действие на паренхиму головного мозга, тормозя развитие его вторичных повреждений при экспериментальной ЧМТ у крыс. Об этом свидетельствует умеренная гипертрофия нейронов, что является материальным субстратом усиления функции сохранившихся клеток при гибели других и является источником регенерации нервных проводников при активной реакции со стороны глии.

2. Основными видами клеток, подвергающихся апоптозу, были глиоциты, однако среди нейронов апоптотная гибель также регистрировалась. Была отмечена тенденция снижения интенсивности апоптоза нейронов в группе с Церебролизином.

3. Наши данные о тенденции развития процесса апоптоза при повреждении головного мозга согласуются с данными других авторов.

Литература

1. Баснакян А.Г., Басков А.В., Соколов Н.Н., Борщенко И.А. Апоптоз при травматическом повреждении спинного мозга: перспективы фармакологической коррекции // Вопросы мед. химии. - 2000 Т.46, № 5 - С. 431 - 443.
2. Белошицкий В.В. Основные направления применения генной терапии при черепно-мозговой травме // Вісн. Укр. товариства генетиків і селекціонерів. — 2005. — Т.3, №1–2. — С.15–20.
3. Борщенко И.А. Динамика апоптоза при травме спинного мозга. Экспериментальное и клиническое исследование: // Автореф. дис. . канд. мед. наук Москва, 2000 - 28 с.
4. Борщенко И.А., Басков А.В., Коршунов А.Г., Сатанова Ф.С. Некоторые аспекты патофизиологии травматического повреждения и

регенерации спинного мозга (обзор литературы) // *Вопр. нейрохир.* -2000.-№2.-С.28-31.

5. Борщенко И.А., Коршунов А.Г., Сатанова Ф.С., Басков А.В. Вторичное повреждение спинного мозга: апоптоз при экспериментальной травме // *Нейрохирургия.* 2002,- № 4.-С.23 - 27.

6. Викторов И.В. Современное состояние исследований регенерации центральной нервной системы *in vivo* и *in vitro*. Возбудимые клетки в культуре ткани. Пушино, 1984. - С. 4-18.

7. Гретен А.Г. Проблемные аспекты механизмов восстановительных процессов в мозге. Механизмы и коррекция восстановительных процессов мозга. Горький, 1982. - С. 5-11.

8. Суфианова Г.З. Воздействие феракрила на нервную ткань в норме и при повреждении головного мозга у крыс // *Нейрохирургия.* -2003. -№ 1. С.45 - 48.

9. Clark R.S., Chen J., Watkins S.C. et al. Apoptosis-suppressor gene bcl-2 expression after traumatic brain injury in rats // *J. Neurosci.* — 1997. — V.17, N23. — P.9172–9182.

10. Conti A.C., Raghupathi R., Trojanowski J.Q., McIntosh T.K. Experimental brain injury induces regionally distinct apoptosis during the acute

and delayed post-traumatic period // *J. Neurosci.* — 1998. — V.18, N15. — P.5663–5672.

11. Doll H. Pharyngeal selective brain cooling improves neurofunctional and neurocognitive outcome after fluid percussion brain injury in rats // *J. Neurotrauma.* — 2009. — V.26. — P.235–242.

12. Jenkins L.W., Lu Y.-C., Johnston W.E. et al. Combined therapy affects outcomes differentially after mild traumatic brain injury and secondary forebrain ischemia in rats // *Brain Res.* — 1999. — V.817. — P.132–144.

13. Jia F. Effect of post-traumatic mild hypothermia on hippocampal cell death after traumatic brain injury in rats // *J. Neurotrauma.* — 2009. — V.26. — P.243–252.

14. Kaya S.S., Mahmood A., Li Y. et al. Apoptosis and expression of p53 response proteins and cyclin D1 after cortical impact in rat brain // *Brain Res.* — 1999. — V.818, N1. — P.23–33.

15. Kim B.-T., Rao V.L.R., Sailor K.A. et al. Protective effects of glial cell line-derived neurotrophic factor on hippocampal neurons after TBI // *J. Neurosurg.* — 2001. — V.95, N4. — P.674–679

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕСТНОЙ ГИПОФУРОТЕРАПИИ ВО II ФАЗЕ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА

Бейшенов С.¹, Талипов Н.О., Шарапов Н.Ж., Сопуев А.А.

Кафедра госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева

(Зав. – д.м.н., проф. А.А.Сопуев),

Национальный хирургический центр МЗ КР (Дир. – акад. М.М. Мамакеев),

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье представлены результаты ранозаживляющей эффективности мази Гипофур – нового лекарственного препарата отечественного производителя во II фазе раневого процесса в условиях эксперимента *in vivo*.

Ключевые слова: раны, гнойные раны, хирургическое лечение, мази.

ГИПОФУРОДАРЫЛООНУН ЖАРАТ ПРОЦЕССИНИН II ФАЗАСЫНДАГЫ НАТЫЙЖАЛУУЛУГУНА ЭКСПЕРИМЕНТАЛДЫК БАА БЕРҮҮ

Бейшенов С.¹, Талипов Н.О., Шарапов Н.Ж., Сопуев А.А.

И.К. Ахунбаев атындагы КГМАнын госпиталдык хирургия жана оперативдик хирургия курсу

кафедрасы (Баш. – м.и.д., проф. А.А.Сопуев),

КР ССМнин Улуттук хирургия борбору (Дир. – акад. М.М. Мамакеев),

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Кортунду: Макалада *in vivo* эксперименталдык шартында жаңы ата мекендик Гипофур майынын жарат процессинин II фазасында жарат айыктыруу таасиринин жыйынтыктары талкууланды.

Негизги сөздөр: жарат, ириңдүү жарат, хирургиялык дарылоо, май.

EXPERIMENTAL ASSEESVTNT OF LOCAL HYPOFUROTHERAPYIS EFFICIENCY IN II PHASE OF WOUND HEALIND PROCESS

Beishenov C.¹, Talipov N.O., Sharahov N. J., Sopuev A.A.

Department of clinical surgery with operative surgery course KSMA,

National surgery center under the Ministry of Health,

Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: There are the results of Hypofur salve of wound healing efficiency the new drug made in KG, in II phase of wound healing process in experimental conditions «*in vivo*».

Key words: wounds, suppurate wounds, surgical treatment, salve.

Введение. Лечение ран является одной из важнейшей проблем современной хирургии. Существует множество разнообразных методов и способов лечения ран. Среди лекарственных средств используемых в лечении гнойных ран ключевую позицию занимают мази. Несмотря на разработку новых методов лечения использования мазевых повязок является основным методом лечения ран благодаря его доступности, простоте применения и экономической выгоды [3].

Цель исследования: изучить ранозаживляющей эффективности мази Гипофур во II фазе раневого процесса.

Материалы и методы. Для экспериментальной оценки местной

гипофуротерапии во II фазе раневого процесса было проведено комплексное исследование на 40 беспородных кроликах. У каждого кролика в межлопаточной области моделировали рану по методике С.Д. Андреева и А.А. Сопуева [1]. Эффективность мази Гипофур оценивалась в сравнительном аспекте с широко распространенным в клинической практике и подтвердившим свою эффективность 10% метилурациловой мазью.

40 животных были разделены на 2 группы, 20 кроликов в каждой. В I экспериментальной группе (контрольная группа) животных лечение проводили 10% метилурациловой мазью, в II экспериментальной группе (основная группа)

применили мазь Гипофур.

Для оценки эффективности местной гипофуротерапии были применены следующие методы исследования: визуальная оценка особенностей местной клинической картины течения раневого процесса, планиметрическое и цитологическое.

Визуальными критериями эффективности лечения служили: оценка регенаторных процессов в области раны, сроки очищения раны от нежизнеспособных тканей, уменьшение размеров раневого дефекта. С целью объективизации оценки перечисленных процессов применялась модифицированная нами система подсчета баллов по Богданцу Л.И. и соавт [2] (табл. 1).

При цитологическом исследовании нейтрофилы составляли – $81,9 \pm 0,4\%$, уровень клеточной деструкции – $70,6 \pm 0,5\%$, полибласты – $2,2 \pm 0,2\%$, макрофаги – $2,0 \pm 0,3\%$ и фибробласты – $1,2 \pm 0,2\%$.

Через 6 дней у некоторых животных ещё сохранялись явления воспаления раны ($1,33 \pm 0,05$ баллов), имелось серозное отделяемое из раны ($1,31 \pm 0,06$ баллов), края раны подрыты, на дне имеются некротические ткани ($1,38 \pm 0,08$ баллов). В отдельных местах появились единичные грануляции ($0,07 \pm 0,03$ баллов). Общая сумма баллов – $4,11 \pm 0,004$ (табл. 2).

При цитологическом исследовании на шестые сутки лечения процент дегенеративно измененных клеток составлял $49,5 \pm 0,3\%$.

Таблица 1 - Балльная оценка состояния раны

Показатель	Баллы	Выраженность показателя
Грануляции	0,0-0,9	Грануляции отсутствуют или имеются начальные признаки их появления
	1,0-1,9	Единичные островки грануляционной ткани
	2,0-2,9	Поверхность раны на всем протяжении покрыта грануляциями
Эпителизация	0,0-0,9	Эпителизация отсутствует или имеются начальные признаки их появления
	1,0-1,9	Краевая эпителизация
	2,0-2,9	Рана полностью или почти эпителизирована
Раневое отделяемое	0,0-0,9	Отделяемое из раны серозно-гнойного характера
	1,0-1,9	Отделяемое из раны серозного характера
	2,0-2,9	Отделяемое из раны нет
Нежизнеспособные ткани	0-0,9	Нежизнеспособные ткани занимают больше половины раны
	1,0-1,9	Нежизнеспособные ткани занимают меньше половины раны
	2,0-2,9	Нежизнеспособные ткани отсутствуют или незначительны
Отек и инфильтрация тканей	0-0,9	Отек и инфильтрация тканей выраженная
	1,0-1,9	Отек и инфильтрация тканей умеренная
	2,0-2,9	Отек и инфильтрация тканей отсутствуют

Результаты и обсуждение. В I группе экспериментальных животных (10% метилурациловая мазь) через 3-е сутки после начала эксперимента в ранах имело место большое количество экссудата. Поверхность дефекта покрывалась тонкой корочкой. Явления воспаления и инфильтрации резко выражены ($0,89 \pm 0,04$ баллов). На поверхности раны имеется некротические ткани ($0,60 \pm 0,08$ баллов). Общая сумма баллов – $2,15 \pm 0,004$ (табл. 2).

Отмечалось сравнительно медленное увеличение в раневых отпечатках числа незрелых мононуклеарных элементов – макрофагов ($4,6 \pm 0,3\%$), фибробластов ($5,9 \pm 0,3\%$), многоядерных клеток ($1,1 \pm 0,1\%$). Все это свидетельствовало о затянувшемся регенераторном процессе.

Через 10 дней от начала наблюдения большая часть струпа отделяется, под ним обнаруживается сформированная

грануляционная ткань в центре раны ($2,25 \pm 0,08$ баллов), а по краям раны – слой новообразованного эпителия ($2,20 \pm 0,06$ баллов). У большинства кроликов струп сохраняется, но уже отсутствуют явления воспаления и отека краев раны ($2,71 \pm 0,03$ баллов). Общая сумма баллов равнялась $12,1 \pm 0,003$ (табл. 2).

При цитологическом исследовании нейтрофилы составляли $54,3 \pm 0,3\%$, а также дегенеративно измененные клетки $27,5 \pm 0,4\%$, лимфоциты – $5,3 \pm 0,2\%$, полибласты – $12,7 \pm 0,4\%$, макрофаги – $7,5 \pm 0,4\%$, фибробласты – $11,7 \pm 0,4\%$, многоядерные клетки – $4,4 \pm 0,4\%$, плазматические клетки – $2,5 \pm 0,2\%$, эндотелий – $0,9 \pm 0,1\%$ и появился эпителий в виде единичных клеток.

У животных, получавших на рану мазь Гипофур (II экспериментальная группа), в 3-е сутки поверхность дефекта покрывается тонкой корочкой и умеренная отечность краев раны ($0,84 \pm 0,08$ баллов). В большинстве случаев наблюдался небольшое количество серозное отделяемое из раны ($0,79 \pm 0,04$ баллов). Этот факт свидетельствует о более активном протекании фазы воспаления, чем у других двух экспериментальных групп. Общая сумма баллов равнялась $2,67 \pm 0,004$ (табл. 2).

При цитологическом исследовании на 3-е сутки количество полиморфноядерных нейтрофилов были $77,8 \pm 0,6\%$, полибластов – $2,6 \pm 0,3\%$, активных макрофагов – $4,4 \pm 0,2\%$, фибробластов – $2,5 \pm 0,3\%$, что отражает интенсивный процесс формирования грануляционной ткани. Общая сумма баллов равнялась $2,67 \pm 0,04$.

Через 6 дней после нанесения дефекта вся раневая поверхность покрыта гладким и ровным струпом, не выступающим над поверхностью неповрежденной кожи. Отек и инфильтрация подлежащих тканей почти отсутствует ($2,06 \pm 0,04$ баллов), отделяемое из раны серозное и в небольшом количестве ($1,60 \pm 0,03$ баллов). Некротические ткани отторгаются значительно быстрее по сравнению I и II экспериментальной группы ($1,88 \pm 0,04$ баллов). Дно раневого дефекта выполнено мелкозернистыми, малинового цвета грануляциями ($0,57 \pm 0,06$ баллов). Общая сумма баллов равнялась $6,66 \pm 0,11$ (табл. 2).

При цитологическом исследовании

процент дегенеративно измененных клеток составлял $32,5\% \pm 0,4$. Значительно уменьшилось количество нейтрофилов (до $59,6 \pm 0,6\%$). Следует отметить увеличение в раневых отпечатках лимфоцитов до $3,8 \pm 0,2$. Встречалось большое количество фибробластов и плазматических клеток ($10,2 \pm 0,2\%$ и $2,4 \pm 0,2$ соответственно), что свидетельствует о дальнейшей активации репаративных процессов.

Через 10 дней от начала наблюдения струп полностью отделяется и под ним обнаруживается хорошо сформированная малинового цвета грануляционная ткань в центре раны ($2,57 \pm 0,07$ баллов), а по краям раны – слой новообразованного эпителия ($2,53 \pm 0,04$ баллов). Рана значительно уменьшена в размере. Эпителий нарастает на поверхности грануляций в виде голубовато- белой каймы. Формирование новообразованной ткани от краев повреждения происходит быстрее, чем в других экспериментальных группах. Общая сумма баллов равнялась $13,20 \pm 0,003$ (табл. 2).

При цитологическом исследовании содержание нейтрофилов составило всего $31,2 \pm 0,4\%$. Резко преобладают молодые клетки грануляционной ткани – фибробласты, макрофаги, эндотелий, полибласты – $16,7 \pm 0,3\%$, $13,6 \pm 0,3\%$, $1,6 \pm 0,2\%$, $17,7 \pm 0,6\%$ соответственно. Обнаружен процесс краевой

эпителизации. В препаратах эпителий представлен в виде характерных пластов светлых клеток с широкой цитоплазмой.

При сравнительном анализе результатов макроскопических изменений местной клинической картины определена статистически достоверная более высокая эффективность мази Гипофур по сравнению 10%-ной метилурациловой мазью (табл. 2).

Динамическое измерение площади раневой поверхности произведены по методике Л. Н. Поповой. Измерение произведены на 3-е, 6-е, 10-е сутки эксперимента и с помощью известной формулы: $S = (S_0 - S_n) \times 100 \div S_0 \times t$, где S_0 – величина площади раны при предшествующем измерении; S_n – величина площади раны в настоящий момент; t – число дней между первым и последующим измерением вычисляли процент уменьшения площади раневой поверхности за

Таблица 2 – Сравнительная оценка течения раневого процесса при применении 10%-ной метилурациловой мази и мази Гипофур.

Сутки	Группа	Показатель (в баллах), М±m (доверительные границы)					
		Грануляции	Эпителизация	Р а н е в о е отделяемое	Нежизнеспособные ткани	Отек и инфильтрация тканей	Итого
3-е	II группа (10% метилурациловая мазь)	0,04±0,01 [≥] (0,01-0,07)	0,00	0,62±0,07 [≥] (0,54-0,86)	0,60±0,08 [≥] (0,43-0,77)	0,89±0,04 [≥] (0,43-0,77)	2,15±0,004 [≤] (2,14-2,15)
	III группа (мазь Гипофур)	0,33±0,01 (0,00-0,06)	0,00	0,79±0,04 (0,67-0,91)	0,71±0,07 (0,55-0,87)	0,84±0,08 (0,67-1,01)	2,67±0,004 (2,66-2,68)
6-е	II группа (10% метилурациловая мазь)	0,07±0,03 [≤] (0,00-0,14)	0,02±0,01 [≤] (0,01-0,05)	1,31±0,06 [≤] (1,17-1,45)	1,38±0,08 [≤] (1,20-1,56)	1,33±0,05 [≤] (1,15-1,53)	4,11±0,004 [≤] (4,10-4,11)
	III группа (мазь Гипофур)	0,57±0,06 (0,44-0,70)	0,55±0,05 (0,43-0,67)	1,60±0,03 (1,52-1,68)	1,88±0,04 (1,76-2,0)	2,06±0,04 (1,84-2,28)	6,66±0,001 (6,65-6,66)
10-е	II группа (10% метилурациловая мазь)	2,25±0,08 [≤] (2,12-2,38)	2,20±0,06 [≤] (2,06-2,34)	2,39±0,04 [≤] (2,29-2,49)	2,55±0,04 [≥] (2,47-2,63)	2,71±0,03 [≥] (2,64-2,78)	12,1±0,003 [≤] (12,09-12,10)
	III группа (мазь Гипофур)	2,57±0,07 (2,51-2,57)	2,53±0,04 (2,41-2,65)	2,76±0,01 (2,71-2,81)	2,70±0,02 (2,63-2,77)	2,69±0,03 (2,62-2,76)	13,20±0,003 (13,30-13,31)

[≤] $P \leq 0,05$ (показатель достоверности между I и II группой)

[≥] $P \geq 0,05$ (показатель достоверности между I и II группой)

сутки.

При применении мази Гипофур скорость сокращения площади раневого дефекта составила 6,5% в сутки, а у животных контрольной группы 5,6% в сутки.

Заключение. На основании экспериментальных исследований *in vivo* показано, что мазь Гипофур при применении во II фазе раневого процесса стимулирует регенеративные процессы в ране, способствуя росту грануляций и ускоряя процесс эпителизации. Также мазь Гипофур стимулирует ангиогенез, способствует заполнению дефекта коллагеновыми волокнами и предотвращает вторичное инфицирование ран.

Исследование макроскопических изменений при заживлении ран во II фазе раневого процесса показали более выраженный лечебный эффект мази Гипофур по сравнению 10% метилурациловой мазью.

Изучение цитологической картины раневых отпечатков показало, что мазь Гипофур обладает противовоспалительным эффектом, стимулирующем процессы регенерации и раннее формирование грануляционной ткани.

Литература:

1. Андреев С.Д., Сопуев А.А. Способ моделирования гнойной раны (изобретение). Госком. СССР по делам изобретений и открытий. - Ав. Св-во №1441969. - 1988. - 3 с.
2. Богданец Л.И., Березина С.С., Лобанов В.Н., Кириенко А.И. Стимуляция II – III стадии регенерации венозных трофических язв гидроактивными раневыми покрытиями. Хирургия. – 2009. - №6 – С.61-71.
3. Кузин М.И., Костюченко Б.М. Раны и раневая инфекция (руководство для врачей). – М., Медицина 1990. – 592 С.

КОРРЕКЦИЯ ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННОЙ ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ(1-СТЕПЕНЬ) ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

**Жигитекова А., Азарова Н., Сыдыгалиев К.С.,
Сыргаев Д.Т., Мамбетов А.К.**

Кыргызская государственная медицинская академия им.И.К.Ахунбаева,
кафедра госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии КГМА им И.К.Ахунбаева.

Национальный хирургический центр МЗ КР

(Директор академик М.М.Мамакеев)

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной работе представлены результаты исследования больных с 1-степенью постгастрорезекционной энтеральной недостаточности при осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Изучена полостное и пристеночное пищеварение желудка и тощей кишки и ферменты крови с применением модифицированное энтерально-зондовое питание.

Ключевые слова: постгастрорезекционная энтеральная недостаточность, энтерально-зондовое питание, ферменты крови, щелочная фосфатаза, сукцинатдегидрогеназа, пероксидаза.

АШКАЗАНДЫН ЖАНА ОН ЭКИ ЭЛИ ИЧЕГИНИН ЖАРА ООРУЛАРЫНДА ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИЯЛЫК ЭНТЕРАЛДЫК КЕМТИКТЕРДИ (1-ДАРАЖАДАГЫ) ЖОЮУ

**Жигитекова А., Азарова Н., Сыдыгалиев К.С.,
Сыргаев Д.Т., Мамбетов А.К.**

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,

госпиталдык жана оперативдик хирургия кафедрасы,

КР ССМ Улуттук хирургия борбору,

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: өтүшүп кеткен ашказан жана он эки эли ичегинин жара оорусунун ашказанды кескенден кийинки ичке ичегинин кемчилигинин биринчи тепкичинин жыйынтыгы берилген. Модификациялык ичке ичегини түтүк аркылуу азыктандыруунун негизинде ашказан жана ичке ичегинин ичиндеги тамактын синүүсү жана кандын ферменти изилденген.

Негизги сөздөр: Ашказанды кескенден кийинки ичке ичегидеги кемчилик, ичке ичегини түтүк аркылуу азыктандыруу, кандын ферменти, щелочная фосфатаза, сукцинатдегидрогеназа, пероксидаза.

THE CORRECTION OF POSTGASTROECTOMY ENTERAL INSUFFICIENCY (I DEGREE) IN COMPLICATED STOMACK AND DUODENUM ULCER

Jigitekova A., Azarova N., Sydygaliev K.S., Syrgaev D.T., Mambetov A.K.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Ahunbaeva,

The chair of hospital surgery with operative surgery course,

national surgical center of public Health ministry,

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: The results of examination of patients with first degree postgastroectomy enteral insufficiency with complicated ulcer of stomach and duodenum are represented in this work. Cavitory and parietal digestion of stomach and jejunum and blood enzymes with modified application of enteral feeding have been investigated.

Key words: postgastroectomy enteral insufficiency, enteral feeding, blood enzymes, alkaline phosphatase, succinate dehydrogenase, peroxidase.

Актуальность проблемы. Особенностью хирургии осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖДП) является то, что большинство операций при этом выполняется в экстренном порядке без

1-член кружка кафедры госпитальной хирургии с курсом госпитальной хирургии предварительной предоперационной подготовки и успех лечения определяется, главным образом, характером послеоперационного ведения больных. В этот период приходится вести борьбу с последствиями основного заболевания, кровопотери, операционной агрессии, что составляет целый комплекс синдромов и симптомов (сниженная резистентность организма, постгеморрагическая гипоксия, энтеральная недостаточность, нарушение гемодинамики и т.д.).

При осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки развивается энтеральная недостаточность в виде нарушения всех функций тонкого кишечника (двигательной, эвакуаторной, секреторной, всасывательной) [5,16,2,14].

После резекции желудка по способу Бильрот II при осложненной ЯБЖДП, безусловно, возникают расстройства, связанные с исключением двенадцатиперстной кишки и утратой желудочного и дуоденального пищеварения, при котором неизбежно наступают структурно-функциональные изменения [18,17,1,23].

Большая дополнительная нагрузка на тонкую кишку, которая, не приспособлена к такому состоянию, естественно, влечет за собой вступление дополнительных механизмов [10,24,22].

При этом претерпевают изменение полостное, пристеночное и внутриклеточное пищеварение, нарушается взаимодействие, существующее между ними [3,16,8,9,11,19,21].

Согласно современной концепции, ЭН представляет собой патологическое состояние с нарушением моторной, гомеостатической и барьерной функции кишечника, характеризуется определенной стадийностью (I, II, III ст.) течения, что важно для определения тактики нутритивной поддержки больных [14,7].

Современная концепция нутритивной терапии рассматривает раннее интракишечное введение корригирующих растворов, нутриентов, питательных смесей, содержащих пищевые волокна, и пробиотики, как важный фактор патогенетического лечения, укрепляющий кишечный барьер, нормализующий кишечную микрофлору, восстанавливающих моторику кишечника [14,9,13,11].

Цель: Улучшить результаты лечения больных с постгастрорезекционной энтеральной недостаточности осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки на основе разработки и применении патогенетически обоснованной тактики энтерально-зондового питания больных в послеоперационном периоде.

Материал и методы исследования

Больные, экстренно оперированные по поводу осложненной ЯБЖиДПК с ЭН I ст., составили 261 больных. Больные распределены на основные 148 (56,7%) и контрольные группы 113 (43,2%). Из этих групп язвенное кровотечение было – у 132 (50,5%) больных, перфоративная язва желудка и ДПК – 56 (21,4%), плановые – 73 (27,9%) больных.

Всем больным были произведены резекция желудка по Бильрот II с поперечным гастроэнтероанастомозом.

Для морфологического исследования слизистой желудка и тонкого кишечника были применены гистологические, гистохимические и электронно-микроскопические исследования.

Для изучения гистоморфологии и гистохимии стенки желудка и тощей кишки больных в послеоперационном периоде, кусочки тканей брали из слизистой желудка и тощей кишки эндоскопическим путем.

Для гистохимических исследований готовились срезы толщиной 7-10 мкм на криостате при -20°C. Определяли активность СДГ тетразолиевым методом по Хойда, активность ПО диаминобензидиновым методом по Graham, активность ЩФ по Аккерману. Оценка гистохимических реакций проводили полуколичественным методом по Kerploу

Исследование моторной функции кишечника осуществляли баллонографом «Электроника» по методике Ю.М. Гальперина

(1975) [4]. Лабораторные исследования проводили унифицированными методами с использованием чешских реактивов фирмы «Lachema». Содержание натрия и калия в сыворотке крови определяли на пламенном фотометре. Содержание белка в сыворотке крови исследовали биореактивным методом. Фракционный состав белков сыворотки определяли электрофоретическим методом на агаре при помощи прибора для электрофореза «Парагон» (фирма Beckman). Общий белок определяли колориметрическим методом – по биуретовой реакции на аппарате «Clinical System 100» фирмы Beckman. Объем циркулирующей крови рассчитывали по венозному гематокриту.

Для проведения энтерально-зондового питания (ЭЗП) применяются тонкостенные эластичные одноканальные назоэнтеральные зонды из поливинилхлорида Ø 6 мм, длиной 110 см.

С целью раннего ЭЗП применяется ретроградный путь введения зонда: после резекции желудка через гастроэнтероанастомоз устанавливается зонд на расстоянии 20-40 см за связкой Трейтца в отводящую петлю. Чтобы избежать смещения зонда во время питания или его непроизвольного извлечения дистальный конец его фиксирует к слизистой гастроэнтероанастомоза, а проксимальный к перегородке носа.

Оптимальное дробное ЭЗП, это когда необходимый суточный объем диеты подается за 12-24 ч. Для этого используют гравитационно-капельную систему, регулирующие скорость тока смеси роликовым, перфузионно-перистальтическими или поршневыми насосами, обеспечивающими принудительное введение растворов в заданном режиме со скоростью 25-30 мл в 1 ч.

В нашей практике мы использовали для ЭЗП аппарат «Питон - 101» и аппарат «КЭП» - комплекс энтерального питания.

Нами использован «Биолакт-ЛБ» разработанный Кыргызским НИИ Акушерства и Педиатрии. Биолакт – вырабатывается на молочной основе с использованием заквасок чистых культур молочнокислых бактерии. Обладает повышенной антибиотической

протеолической активностью [15,6].

В послеоперационном периоде в качестве питания назначали «Биолакт-ЛБ» (кисломолочный продукт обогащенный лизоцимом и бифидумбактериями), питательную смесь «ЗОНД-I», «ЗОНД-II», «ЗОНД-III», смесь Романенко, «Белковый» энпит и натуральные соки, бульоны.

Результаты и их обсуждение

Нами изучена морфология начального отдела тощей кишки в раннем постгастрорезекционном периоде при осложненной ЯБЖДП в зависимости от ст. ЭН. При исследовании слизистой оболочки тонкой кишки у больных с I ст. ЭН обнаруживаются четко выраженные микроворсинки и множество микровезикул в цитоплазме каемчатого эпителия.

При оценке морфологических исследований слизистой оболочки тонкого кишечника ворсинки были длинными, эпителий высокоцилиндрический с отчетливой щеточной каемкой, без признаков вакуолизации. Следовательно, нарушения структуры микроворсинок не отмечаются, что свидетельствует о сохранности всасывательной способности тонкого кишечника.

Таким образом, при ЭН I ст. морфологически отмечается отек цитоплазмы базальных отделов тонкого кишечника, сохранность микроворсинок с увеличением микровезикул каемчатого эпителия, что отражает их функциональную активность.

Щелочная фосфатаза (ЩФ), участвующая в расщеплении фосфорных соединений большого числа различных олигомеров, играет важную роль в заключительном механизме пищеварения и последующем всасывании веществ. В раннем пострезекционном периоде отмечается уменьшение активности ЩФ эпителия ворсинок. По данным Юлдашев К.Ю. (1976) [20] это связано с увеличением мукополисахаридов в цитоплазме призматических всасывающих клеток, этот процесс регистрировался при атрофии ворсинок. Активность ЩФ на 4-е сут. послеоперационного периода составила 60 ± 3.4 ед, в результате ишемии поврежденных клеток усиливается активация перекисного окисления липидов в мембранах и это приводит к нарушению барьерной функции.

Показатели пероксидазы (ПО) составили $135 \pm 3,6$ ед, а сукцинатдегидрогеназная (СДГ) функция остается в стадии напряжения ($80 \pm 3,2$ ед). На 8-е сут. после операции в результате нормализации клеточного метаболизма в слизистой желудка показатель ЩФ остается повышенным, ПО, СДГ нормализуются.

Учитывая данные морфологических исследований для коррекции энтеральной недостаточности, послеоперационное лечение включало средства нормализующее двигательную активность ЖКТ, декомпрессию желудка, медикаментозная стимуляция, коррекция метаболических расстройств с введением внутривенное введение инфузионно-трансфузионной терапии (в/в ИТТ) и парентеральное питание. У этой группы клинически характеризовались болевые послеоперационные синдромы у 65% больных, напряжения мышц передней брюшной стенки у 35% больных.

Контуры кишечных петель были четкими, жидкость в просвете не выявлялся. В первые сутки послеоперационного периода из назоинтестинального зонда выделялось кишечное содержимое от 150-800 мл., (350 ± 17 мл.), вторые сут. (280 ± 20 мл.), третьи сут. (150 ± 27 мл.).

При сонографическом исследовании обнаружены пневматизированные петли кишечника, отсутствие или небольшое скопление жидкости в просвете тонкой кишки локально в одной или двух областях, стенка кишки без изменений. Выпот в брюшной полости не определяется. Данная эхографическая картина характерна для купированной ЭН.

Отсутствие рентгенологических признаков пареза ЖКТ, умеренная вздутие живота позволяли назначить минимальный комплекс стимулирующих препаратов (прозерин, глюкозакалиевая смесь), а в контрольной группе особо не отличалась.

В 1-3 сут. послеоперационного периода состояние больных удовлетворительное. При исследовании всасывательной функции эфиром, отмечается сохранность всасывательной функции тонкой кишки.

Биохимические показатели находятся

в пределах нормальных величин. Учитывая сохранности всасывательной функции тонкой кишки в 1 сут. послеоперационного периода в комплекс лечебных мероприятий включены ЭЗП. Объем вводимых энпитов увеличивали до 2 л. в сут.: бульоны, натуральные соки и кисломолочный продукт «Биолакт-ЛБ».

В послеоперационном периоде в течение 1 сут. больным основной группы проводилась в/в ИТТ, которая сочеталась с энтерально-зондовым питанием.

Объем в/в ИТТ составил $2200 \pm 50,2$ мл., а энпита $500 \pm 15,3$ мл., контрольной группе перелита кровь до и во время операции $750 \pm 80,2$ мл. Больные контрольной группы получали традиционную в/в ИТТ в полном объеме: плазму, альбумины до $800 \pm 18,5$ мл, плазмозамещающие р-ры $1660 \pm 82,2$ мл, и изотонические р-ры глюкозы и физиологический р-ры до $8000 \pm 195,1$ мл.

Моторика кишечника измерялась баллонографом, введенным во время операции за гастроэнтероанастомозом 30-40 см. С появлением перистальтики тонкого кишечника колебание шкалы баллонографа составило 0,2мВ, в конце первых суток у больных контрольной группы отмечалось снижение всасывательной функции тонкого кишечника методом эфира.

При поступлении больных абсолютное количество лимфоцитов (АКЛ) в обеих группах был в пределах нормы $2760 \pm 230 \text{ мм}^3$, а на 4 сут. отмечается снижение в контрольной группе до $1050 \pm 118 \text{ мм}^3$. В результате переливания крови больным контрольной группы сохранялся дефицит ОЦК на 9%, глобулярный объем на 17,8%.

Больные контрольной группы в течение 4-5 дней получали парентеральное питание и постепенно переводились на стол 1.

У больных основной группы всасывательная функция восстанавливается на 2-е сут. и показатели моторики кишечника баллонографическим методом составили 0,8 мВ, а на 3-е сут. 1,3 мВ, что свидетельствовало об улучшении моторно-эвакуаторной функции тонкого кишечника.

Белок и белковые фракции в обеих группах

были в пределах одинаковых показателей и составили $64,8 \pm 2,5$ г/л., альбумины $59,3 \pm 1,1$ г/л, глобулины $40,9 \pm 2,2$ г/л нижней границы нормы, а на 4 сут. послеоперационного периода в контрольной группе составило $63,6 \pm 6,3$ г/л, в основной - $69,6 \pm 3,6$ г/л. При выписке отмечается снижение общего белка и белковых фракций в контрольной группе с повышением глобулярного объема $50,1 \pm 1,1\%$, $\alpha 2$ фракции $16,6 \pm 0,4\%$, а в основной группе показатели были в пределах нормы.

АКЛ на 4 сутки послеоперационного периода в основной группе составило $2231,4 \pm 547 \text{ мм}^3$, т.е. нарушение питательного статуса не отмечалось. На 4 сутки в основной группе нормализуются показатели гемодинамики, гематологии, всасывательной функции кишечника и биохимические показатели. В результате проведенного лечения сочетанное парентеральное и энтерально-зондовое питание (ЭЗП) получен положительный эффект в отношении белков. Введенные в кишечник через зонд питательные вещества явились стимулятором активности ЖКТ на 2-3 сут. в послеоперационном периоде. При баллонографическом исследовании после введения питательных веществ показатели достигали 0,8 мВ.

Определение ферментов пищеварительных желез в периферической крови является распространенным клинико-диагностическим тестом. Принято считать, что его результаты свидетельствуют о количестве продуцентов соответствующих ферментов, гидростатическом сопротивлении оттоку секретов из пищеварительных желез и проницаемости их гистогематических барьеров. В периферической крови во время операции обнаружена в основной и контрольной группе ЩФ в пределах верхней границы нормы. На 6-е сутки в контрольной группе больных ЩФ составила $163,7 \pm 10$ ед. а в основной группе $170,7 \pm 12$ ед. кислая ЩФ во время операции $36,7 \pm 4,3$ ед., а на 6-е сутки в контрольной группе $33,7 \pm 4,2$ ед. в основной группе $36,7 \pm 1,2$ ед. Следовательно, КФ и ЩФ остаются повышенной, что связано с активностью пристеночного пищеварения и всасывания. На 6 сут. у больных

после перенесенной резекции желудка в контрольной и основной группах ферменты пищеварительных желез находятся в пределах нормы с небольшим колебанием в основной группе КФ $36,7 \pm 1,2$ ед., против $33,2 \pm 4,2$ ед. ЩФ 163 ± 10 ед., против 170 ± 12 ед. Таким образом, у больных основной группы ферменты (ЩФ и КФ) повышены, что свидетельствует о сохранении и активации пищеварения в кишечнике.

Выводы

1. При оценке морфологических исследований слизистой оболочки тонкого кишечника нарушения структуры микроворсинок не отмечаются, что свидетельствует о сохранности всасывательной способности тонкого кишечника.

2. В результате сохранения всасывательной способности слизистой тощей кишки клеточный метаболизм остается в пределах нормы, структурные нарушения клеток не отмечаются, что свидетельствует о сохранении и активации пищеварения в кишечнике.

3. Больные с I ст. ЭН с ЯБЖиДПК в раннем послеоперационном периоде в переливании крови не нуждаются, достаточно ограничиться модифицированным ЭЗП. Основные показатели гемодинамики стабилизируются в ближайшие дни, в результате проведения энтерального и парэнтерального питания.

Литература

1. Ашимов И.А., Сыдыгалиев К.С., Мамбетов А.М. Ахлоргидрия, постгастрорезекционная энтеропатия, дисбаланс симпатической нервной системы в генезе энтеральной недостаточности // Известия вузов. Бишкек., – 2005. – №2. – С.27-34.
2. Братусь В.Д. Дифференциальная диагностика и лечение острых желудочно-кишечных кровотечений // Киев: Здоровье, 1991. – 268с.
3. Василенко В.Х., Виноградова М.А. Изменение белкового обмена после резекции желудка при язвенной болезни.- В кн.: Тезисы докладов I Всесоюзного съезда гастроэнтерологов.-М.:1973.- С.306-307.
4. Гальперин Ю.М., Лазарев П.И.

- Пищеварение и гомеостаз. – М.: Наука, 1986. – 304с.
5. Дановский А.В. Клиническое исследование мембранного пищеварения. – Казань, 1976. – с.40-44.
6. Инихов Г.С. Биохимия молока и молочных продуктов М. Пищевая промышленность, 1970.
7. Истомин Н.П., Богдатыева Н.П., Клыкова Е.П. И ДР. Раннее энтеральное питание у больных, оперированных на органах желудочно-кишечного тракта: Современные позиции. // Вестник интенсивной терапии 2005, №4. С. 90-92.
8. Лейдерман И.Н. Энтеральное и парентеральное питание в интенсивной терапии. //Анестезиология и реанимация 2000, - №3.- С. 56-59.
9. Луфт В.М., Костюченко А.Л., Луфт А.В. Роль энтерального питания в нутриционной поддержке больных в хирургической практике. // Вестник хирургии 2001, - №6,- С. 87-91.
10. Нечай Е.А., Курыгин А.А., Ханевич М.Д. Дренирование тонкой кишки при перитоните и кишечной непроходимости. СПб., Рос. мед. полис., 1993. - 238 с.
11. Осина В., Кузмина Т. Современные принципы лечебного питания гастроэнтерологических больных // Врач. – 2005. – №7. – С.3-6.
12. Пентюхов Р.Т. Применение чреззондового тонкокишечного питания в лечении больных язвенной болезнью: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.- Киев, 1975.- 23 с.
13. Петухов А.Б., Лыников Ю.А., Ишкова В.Ю. Пищеварительная функция пристеночного слизистого слоя тонкой кишки при патологии органов пищеварения // М. Медицина. Физиология и биохимия питания 2004, №6, - Т.63. - С. 21-24.
14. Попова Т.С., Тамазашвили Т.Ш., Шестопалов А.Е. Синдром кишечной непроходимости в хирургии. -М.: Медицина, 1991. -240с.
15. Федотов П.В. Кисломолочные продукты и их целебные свойства.-Фрунзе. Кыргызстан., - 1967. - С. 21-25.
16. Фролькис А.В. Энтеральная недостаточность. –Л.:Медицина, 1989. – с.68-69.
17. Черноусов А.Ф., Богомольский П.М., Аба А. // Диагностика и лечение синдрома приводящей петли. Хирургия., 1995. - №1. - С. 41-45.
18. Шалимов А.А., Саенко В.Ф., Полинкович Б.С., Ващенко А.Е. // Выбор метода хирургического лечения язвенной болезни. Клиническая хирургия. – 1980. - №8. – С. 1-5.
19. Хаджибаев А.М., Маликов Ю.Р., Янгиев Б.А., ЖАМИЛОВ У.Р. Нутритивная поддержка и раннем послеоперационном периоде у больных оперированных по поводу осложненных гастродуоденальных язв. // Вестник хирургии. - 2005, - №6. - С. 19-21.
20. Юлдашев К.Ю., Зуфарев К.А. Постгастрорезекционный синдром. Медицина. Ташкент. - 1976. – 184 с.
21. Allison S.P. Malnutrition. Disease and outcome // Nutrition. 2000. V. 16. P. 590.
22. Filers J., Pennick F., Stalmaus W.et. al. Prevention of mucosae reperfusion damage after orthopic small bowel autotransplasis in cats / Transplant. Proc.- 1994. - Vol. 26.- P. 1485-1488.
23. Heymsfield S.B., Smith-Andrews J.L., Hersh T. Home nasoenteric feeding for malabsorption and weight loss refractory to conventional therapy// Ann.Intern.Med.-1983.-Vol. 98, 2.- P. 168-170.
24. Detch E.A., Gutfailure JTS. Role in the Multiply Organ Failure syndrome multiply organ failure. Pathophysiology and basic concepts of therapy./ Ed E.A. Detch New-York: Thime medical publishers,1990.-P13-26.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ

Коптева Т.А., Кононец И.Е.

Кафедра Нормальной и Патологической Физиологии

КРСУ им.Б.Н. Ельцина,

Кафедра Нормальной Физиологии КГМА им. И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Обзорная статья посвящена актуальной проблеме оценки психофизиологического состояния студентов.

Ключевые слова: вегетативный статус, кардиоинтервалография, нервно-психическое здоровье, студенты.

СТУДЕНТТЕРДИН ФУНКЦИОНАЛДЫК АБАЛЫНЫН ПСИХОФИЗИОЛОГИЯЛЫК ДИАГНОСТИКАСЫ

Коптева Т.А., Кононец И.Е.

Нормалдуу жана патологиялык физиология кафедрасы Б.Н. Ельцин атындагы

Кыргыз-Орусия Славян Университети

Нормалдуу физиология кафедрасы И.К. Ахунбаев атындагы КММА

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Резюме: Обзордук макалада студенттердин психофизиологиялык абалына баа берилген жана актуалдуу суроолору каралган.

Негизги сөздөр: вегетативдик статус, кардиоинтервалография, нерв жана психикалык ден-соолук, студенттер.

PSYCHOPHYSIOLOGICAL DIAGNOSTICS OF FUNCTIONAL STATE STUDENTS

Kopteva T.A., Kononets I.E.

Department of Normal and Pathological Physiology KRSU behalf
of Yeltsin B.N.

Department of Normal Physiology KSMA behalf of Ahunbaev I.K.

Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The review article is devoted to the actual problem of assessing the psycho-physiological state students.

Keywords: vegetative state, cardiointervalography, the neuro-psychological health, the students.

В современных условиях получение образования в высших учебных заведениях можно отнести к специфическому виду деятельности, связанному с высоким уровнем психических и физических нагрузок, крайне возрастающих в сессионный период, дефицитом времени, необходимостью усваивать в сжатые сроки большой объём информации, повышенными требованиями к решению проблемных ситуаций, жёстким контролем и регламентацией режима. Напряженный ритм жизни располагает к невротическим реакциям, психогенным расстройствам, вызываемым конфликтами, ссорами между людьми, одиночеством, страхом, пережитыми

страшными или печальными событиями, а также разнообразными заболеваниями [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9].

Отсутствие резервов психического и физического здоровья, высокая тревожность и на этом фоне выраженный страх может привести к развитию у студентов невротических реакций. Согласно литературным данным, невротические реакции преимущественно сопровождаются тревожными и депрессивными расстройствами [1, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15].

Поступив в вуз, молодые люди сталкиваются с большой психоэмоциональной нагрузкой, значительной умственной работой, необходимостью адаптации к новым условиям

обучения, режима дня, питания, а у ряда студентов и к новым условиям проживания и общения с окружающими [10, 11, 12, 16, 17, 18].

У студентов, вчерашних школьников, перестройка к новым социальным условиям вызывает активную мобилизацию, а затем истощение физиологических резервов организма, особенно в первые годы обучения. На первом курсе происходит изменение социальной роли обучаемого, корректировка потребностей и системы ценностей, возникает необходимость более гибко регулировать своё поведение, приспособляясь к более жёстким требованиям высшей школы, устанавливать взаимоотношения в новом коллективе; иногородним — обустроить быт. Студенты вузов испытывают интенсивные интеллектуальные, социально-психологические и физические перегрузки и являются весьма характерной моделью социально-незащищенной категории [4, 5, 6, 14, 16, 18, 19].

В связи с этим в последнее десятилетие, как за рубежом, так и у нас в стране, значительно повысился интерес к проблемам невротичности, тревожности, депрессивности, физиологической, эмоциональной и психической напряженности и стресса [20].

Для исследования личностных особенностей студенческого контингента младших курсов предполагается использовать Фрайбургский личностный опросник (FPI).

Тест начала разрабатывать в 1963 г. группа исследователей, куда входили И. Фаренберг, Х. Зарг, Р. Г. Гампел. Впервые тест был издан в 1970 г., второе издание в 1973 г., а третье — в 1978 г. В Западной Европе тест используется наиболее часто.

Это многофакторный личностный тест, пригодный для диагностики некоторых важных свойств личности; он годится для нормальной популяции в целях анализа свойств личности, в клинической практике используется для индивидуальной диагностики. Это надежное средство для практических и научно-исследовательских целей.

Опросник построен не на отдельной теории личности, а на англо-саксонских психологических взглядах, используемых в то время в опросниках. В окончательном

виде он сформулирован заново и его можно считать оригинальной методикой. Опросник экономичен и предоставляет относительно много количественной информации о важных личностных факторах. К основным относятся следующие характеристики опросника:

- предназначен для широкого круга испытуемых;
- не подходит для малоинтеллигентных испытуемых (находящихся в пределах нижнего квантиля);
- имеются параллельные формы, что необходимо для методов такого типа;
- существует и сокращенный вариант;
- является компромиссом между анализом гомогенности заданий и факторным анализом;
- возможно индивидуальное и групповое предъявление теста;
- время для выполнения зависит от формы опросника и длится от 20 до 50 минут;
- оценка производится с помощью шаблонов, полученный первичный индивидуальный результат переводится на производный показатель;
- на оценочном бланке можно наглядно изобразить представление отдельных факторов.

Вегетативная нервная система имеет важнейшее значение в жизнедеятельности организма. Основное ее назначение — участие в поддержании постоянства внутренней среды организма, обеспечении физиологических реакций, различных форм психической и физической деятельности. Вегетативная нервная система осуществляет мобилизацию функциональных резервов при стрессорных воздействиях, обеспечивает их восстановление и накопление, сохранение гомеостаза основных систем организма при изменении условий окружающей среды [21].

Сердечно-сосудистая система является одной из наиболее важных систем жизнеобеспечения и индикатором адаптационных возможностей человека, поэтому уровень ее функционирования рассматривается как ведущий показатель, отражающий состояние

целостного организма и его равновесие со средой [22, 23]. Ритм и сила сердечных сокращений очень чутко реагируют на любые стрессорные воздействия и несут информацию о состоянии регулирующих их систем [23, 24, 25].

Анализ variability ритма сердца (BPC) является методом оценки состояния механизмов регуляции физиологических функций в организме человека, в частности, общей активности регуляторных механизмов, нейрогуморальной регуляции сердца, соотношения между симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы [24].

Математический анализ ритма сердца привлекает к себе внимание исследователей достаточно давно. Первый симпозиум по этой проблеме состоялся в 1966 году в Москве под руководством академика В.В. Парина. В настоящее время интерес исследователей к этой проблеме не угасает [22, 25, 26, 27]. В России по вопросам применения BPC состоялись 4 симпозиума (в 1996, 2000, 2003 и 2008 гг.). Проводится большое количество исследований по BPC в странах Европы и Америки.

Существует большое количество методов анализа и показателей, характеризующих BPC. Все они основаны на анализе массива величин последовательных RR-интервалов и их математической обработке. Логично предположить, что между многочисленными показателями BPC существует взаимосвязь.

При анализе BPC различают длинные (холтеровское мониторирование) и короткие записи. Каждый из этих способов имеет свои достоинства и недостатки. Например, преимущество коротких записей является возможность достижения стационарности процесса, преимущество холтеровского мониторирования – возможность анализа BPC за сутки. Для оценки функционального состояния спортсменов чаще используют короткие записи. В соответствии с международным стандартом [28] продолжительность короткой записи должна составлять 5 минут. В настоящее время существует большое количество методов анализа BPC. Среди них выделяют методы временного (time domain) анализа (статистические, графические

(геометрические), вариационная пульсометрия (по Р.М. Баевскому); методы частотного (frequency domain) анализа (спектральный анализ, визуально-логический анализ ритмограммы); методы анализа нелинейных хаотических колебаний кардиоритма.

Достижение высоких учебных результатов неразрывно связано с эффективностью управления подготовки студенческого контингента, что особенно касается младших курсов (1 – 2 курсы) медицинского факультета. При этом одним из наиболее важных принципов построения учебного процесса является соответствие нагрузок текущему функциональному состоянию.

Объективными критериями оценки текущего функционального состояния студентов являются физиологические показатели, отражающие состояние механизмов вегетативной регуляции сердечной деятельности [22, 29, 30]. Хорошо сбалансированная регуляция позволяет студенту при наличии должного уровня мотивации максимально использовать свои функциональные возможности, обеспечивает необходимую экономизацию функций при обучении и определяет быстроту восстановительных процессов. Нарушение вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы служит ранним признаком срыва адаптации организма к нагрузкам и ведет к снижению работоспособности.

Анализ BPC позволяет получить ценную информацию о функциональном состоянии студентов и в зависимости от его уровня своевременно корректировать процесс обучения, что весьма важно при современных высокоинтенсивных учебных нагрузках [22, 29, 30]. Следовательно, внедрение методов анализа BPC в практику подготовки высококвалифицированных кадров, несомненно, является целесообразным и перспективным.

Оптимальным для оценки BPC студентов младших курсов медицинского факультета был бы показатель, который 1) можно легко рассчитать с помощью простых и широко распространенных методов анализа; 2) адекватно отражает текущее функциональное состояние студентов и его динамику; 3) мало чувствителен к

случайным явлениям; 4) является комплексным, учитывающим различные составляющие ВРС.

Таким образом, изучение студенчества дает возможность ответить на ряд важных теоретических и практических вопросов. Выявление наиболее характерных для студентов межличностных и внутриличностных конфликтов и степени их выраженности, а также способов, какими они преодолеваются, то есть преобладающих вариантов копинг-поведения, позволяет уточнить наши теоретические представления о влиянии патогенных и защитных факторов на состояние нервно-психического здоровья, о котором можно судить по уровню невротичности. Изучение динамики перечисленных показателей за период обучения в ВУЗе дает возможность ответить еще на один вопрос: насколько психопрофилактическая работа, входящая составной частью в программу обучения студентов, влияет на состояние их нервно-психического и физического здоровья.

Ответы на эти вопросы не менее важны и в практическом плане, так как собственное физическое здоровье и психологическое благополучие являются профессионально важными качествами специалиста, работающего с людьми.

Литература:

1. Бараш Б.А. Психопрофилактическая помощь студентам вузов. В кн.: Психогигиена и психопрофилактика. - Л., 1983. - С. - 39-46.
2. Будыка Е.В. Медико-психологический анализ здоровья студентов: Автореф. дис. канд. психол. наук. - М., 1992. - 21с.
3. Гройсман А.Л. Психотерапевтические методы в системе психопрофилактики невротических расстройств у студентов. Автореф. дисс. докт. мед. наук. - Л., 1988. - 40 с.
4. Игумнов С.А. Основы психотерапии детей и подростков: Справ. Пособие / Под ред. В.Т. Кондрашенко. - М.: Изд-во Института Психотерапии, 2001. - 176 с.
5. Козлов В.П. Психогигиенические аспекты воспитания детей и подростков// Психогигиена и психопрофилактика: Сб. науч. тр. / Под ред. В.К. Мягер, В.П. Козлова, Н.В. Семенов-Тянь-Шанской. - Л., 1983. - С. 13-17.
6. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. - Л., 1979. - 336 с.
7. Мерлин В.С. Психология формирования и развития личности. - М.: Наука, 1981. - 216 с.
8. Тышкова М.Н. Исследование устойчивости личности детей и подростков в трудных ситуациях // Вопросы психологии, 1987. - №1. - С. 27-33.
9. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. - М., 1993. - 486 с.
10. Бурханов А.И. Адаптация студентов к обучению в вузе / Бурханов А.И., Носова Л.И., Байгутанов Ж.Б. // Гигиена и санитария, 1992. - N 7-8. - С. 53-55.
11. Варес А.Ю. Исследование эмоционального стресса у студентов и способы его коррекции. Автореф. дисс. канд. - Л., 1981. - 23 с.
12. Прихожан А.М. Диагностика личностной тревожности и некоторые способы ее преодоления / Диагностическая и коррекционная работа школьного психолога. Под ред. И.В.Дубровиной. - М, 1990. - 313 с.
13. Психологический словарь / Под ред. В.П. Зинченко, Б.Г. Мещерякова. 2 изд., перераб. и доп. - М.: Педагогика-Пресс, 1996. - 440 с.
14. Психология: Словарь. 2 изд., испр. и доп. - М.: Политиздат, 1990. - 494 с.
15. Психотерапевтическая энциклопедия / Общ. ред. Б.Д. Корвасарского. - СПб.: Питер Ком, 1998. - 752 с.
16. Захаров А.И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. - Л., 1982. - 214 с.
17. Психологический словарь. 2-е изд. / Под ред. Зинченко, Б.Г., Мещерякова. - М., 1997. - 440 с.
18. Психология: Словарь / Под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. - М.: Политиздат, 1990. - 494 с.
19. Руксин В.В., Пивоваров В.В., Кудашев В.Х., Федченко Е.И. Стандартизация и мониторинг показателей вариабельности сердечного ритма // Terra medica, 1998. - № 1. - С. 2-7.
20. Брагина К.Р. Изменения параметров психологического возраста у студентов за последние 10 лет и их связь с депрессивной симптоматикой. // Медицинские исследования,

2001. - Т. 2. - Вып. 1. - С. 87-90.

21. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение / Под ред. А.М. Вейна. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003. - 752 с.

22. Баевский Р.М., Шлык Н.И. Вариабельность сердечного ритма: теоретические аспекты и практическое применение // Тез. докл. IV всерос. симп. / УдГУ. - Ижевск, 2008. - 344 с.

23. Баевский, Р.М., Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. - М.: Медицина, 1997. - 265 с.

24. Баевский Р.М. Анализ вариабельности сердечного ритма при использовании различных электрокардиографических систем: метод. рекомендации, 2002. - 53 с.

25. Михайлов В.М. Вариабельность ритма сердца: опыт практического применения метода. - Иваново, 2002. - 290 с.

26. Юрьев В.К. Здоровье населения и методы его изучения. Учебное пособие. - СПб.: СПбПМИ, 1993. - 192 с.

27. Roskies, E., & Lazarus, R.S. Coping theory and the teaching of coping skills. In P.O. Davidson and S.M. Davidson // Scandanavian Journal of Rehabilitation Medicine, 1980. - № 12. - P. 33-42.

28. Task Force of the European Society of Cardiology and the North American Society of Pacing and Electrophysiology. Heart rate variability. Standarts of Measurement. Physiological interpretation and clinical use // Circulation, 1996. - V. 93. - P. 1043-1065.

29. Рябыкина Г.В., Соболев А.В. Анализ вариабельности ритма сердца. - Кардиология, 1996. - № 10. - С. 87-97.

30. Рябыкина, Г.В., Соболев А.В. Вариабельность ритма сердца. - М.: Оверлей, 2001. - 200 с.

РОЛЬ ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ И ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В РАЦИОНАЛИЗАЦИИ ТЕРАПИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ СРЕДИ ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Дадабаева М.М., Зурдинова А.А.

Кыргызско-Российский Славянский Университет,
кафедра базисной и клинической фармакологии,

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Данная статья посвящена применению фармакоэкономического и фармакоэпидемиологического анализа как наиболее эффективного метода, определяющий стоимость различных методик лечения, выбор наиболее оптимального метода лечения. Фармакоэкономические и фармакоэпидемиологические исследования в терапии при заболеваниях дыхательных путей позволяют сравнить разные схемы лечения, определить необходимость введения новых, дорогостоящих лекарственных препаратов. Это обеспечивает рациональное использование финансовых средств для максимально эффективного терапевтического лечения.

Ключевые слова: фармакоэкономика, фармакоэпидемиология, заболевания органов дыхательных путей.

БЕШ ЖАШАР БАЛАДАРДЫН ДЕМ АЛУУ ОРГАНДАРЫНЫН ДАРЫЛОДО ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК ЖАНА ФАРМАКОЭКОНОМИЯЛЫК ИЗИЛДООЛОРДУН ТЕРАПИЯНЫН РАЦИОНАЛИЗАЦИЯЛОДОГУ РОЛУ (АДАБИЯТЫН ТИЗМЕСИ)

Дадабаева М.М., Зурдинова А.А.

Кыргыз-Орус Славян университети,
Базис жана клиникалык фармакология кафедрасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Резюме: Бул макала дарылануунун бир кыйла натыйжалуу ыкмасы катарында фармoeкономикалык жана фармoeпидемиологиялык талдоону колдонууга, түрдүү ыкмалардын наркын аныктоого жана дарылануунун ыңгайлуу ыкмасын тандоого арналган.

Дем алуу органдарынын ооруларын дарылоодогу фармoeкономикалык жана фармoeпидемиологиялык изилдөөлөр дарылоонун түрдүү схемаларын салыштырууга мүмкүндүк берет жана кымбат баалуу дары-дармектерди пайдалануу зарылчылыгын аныктайт. Дарылоонун натыйжалуулугуна жетишүү үчүн финансылык каражаттарды туура пайдаланууну камсыз кылат.

Негизги сөздөр: фармакоэкономика, фармакоэпидемиология, дем алуу органдарынын оорулары.

THE ROLE OF PHARMACOEPIDEMIOLOGICAL AND PHARMACOECONOMIC STUDIES IN THE RATIONALIZATION OF THERAPY FOR RESPIRATORY DISEASES AMONG CHILDREN UNDER 5 YEARS (LITERATURE REVIEW)

Dadabaeva M.M., Zurdinova A.A.

Kirghiz-Russian Slavic University,
Department of the basic and clinical pharmacology,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: This article focuses on the use of pharmacoeconomic and pharmacoepidemiological analysis as the most effective method of determining the value of different methods of treatment, the choice of the optimal method of treatment. Pharmacoeconomic studies and Pharmacoepidemiological in therapy for respiratory diseases allow to compare different treatment regimens, to determine the need for new, expensive drugs. This ensures the rational use of funds for the most effective therapeutic treatment.

Keywords: pharmacoeconomics, pharmacoepidemiology, diseases of the respiratory tract.

Фармакоэкономические и фармакоэпидемиологические исследования на сегодняшний день являются наиболее актуальными в оптимизации фармакотерапии. Во всем мире из года в год возрастает потребность населения в квалифицированной, доступной медицинской и фармацевтической помощи [6, 9]. Научно-технический прогресс в медицине приводит к появлению альтернативных методов терапии, большого количества новых дорогостоящих лекарственных препаратов, повышению стоимости медицинских услуг. Следует отметить, что доля затрат на здравоохранение в общих расходах государства в разных странах колеблется от 15% до 60% и имеет тенденцию к увеличению. По данным ВОЗ затраты государства на здравоохранение должны составлять не менее 6-9% от ВВП, в Кыргызской Республике они составляют 3% от ВВП [8]. В связи с резким увеличением расходов на здравоохранение в сочетании с ограниченными денежными ресурсами необходимо определить экономические преимущества различных медицинских вмешательств.

Правильный выбор услуги или лекарственного средства, необходимого конкретному пациенту из имеющихся альтернатив, должен быть связан с такими факторами как накопление достаточно большого числа исследований по эффективности и безопасности медицинских вмешательств по единой методике в разных учреждениях и странах, развитие и повышение доступности современных информационных технологий. Огромным шагом вперед является накопление, критическая оценка и систематизация исследований, содержащих доказательства эффективности и экономической целесообразности применения медицинских вмешательств в электронных базах данных. Для принятия решений на научной основе необходимы данные грамотно проведенных исследований в соответствии с подходами клинической эпидемиологии с привлечением экономического анализа, психологии и других областей научного знания [2, 5, 9, 10, 11]. На сегодняшний день формируется потребность в развитии методов комплексного клинико-экономического анализа в медицине, связанная с растущей стоимостью

медицинской помощи (за счет старения населения, постоянного появления новых, более дорогостоящих технологий, возросших ожиданий пациента) при ограниченных возможностях финансирования, а также с нерациональным использованием ограниченных ресурсов за счет применения вмешательств без должных показаний, малоэффективных и небезопасных технологий. Клинико-экономический анализ целесообразности применения медицинских технологий предполагает взаимосвязанную оценку последствий (результатов) применения и стоимости медицинских вмешательств. В данном случае целью является не поиск наиболее дешевых вмешательств, а расчет затрат, необходимых для достижения желаемой эффективности и соотнесение этих затрат с возможностями. Первым опытом внедрения результатов комплексного клинико-экономического анализа в управление здравоохранением была разработка перечней лекарственных средств, подлежащих оплате в рамках государственно-регулируемой системы здравоохранения и в ряде стран они получили название формуляр. К примеру, в Австралии при формировании списка был жесткий подход к выбору лекарственных средств: где в него включаются только препараты, имеющие убедительные доказательства с точки зрения соотношения «затраты/эффективность». В штате Оригон (США) например, данный анализ был направлен на совершенствование системы оказания медицинской помощи по программе Medicaid, который на сегодняшний день является единственным критически проанализированным опытом использования ограничительных списков услуг, а не лекарственных средств [2, 6, 9].

Таким образом, результаты комплексного клинико-экономического анализа используются в принятии решений в здравоохранении при разработке документов, регулирующих применение лекарственных средств и услуг в клинической практике (различного рода перечни, формуляры), составлении и внедрении «доказательных» клинических руководств, стандартов оказания медицинской помощи, протоколов ведения больных. Следует отметить,

что общепризнанна необходимость и значимость оценки экономической эффективности медицинских технологий для успешного управления качеством медицинской помощи [12, 13].

Проведем анализ ситуации по использованию лекарственных средств при заболеваниях дыхательных путей среди детей до 5 лет. В настоящее время в структуре детской патологии во всем мире первое место занимают болезни органов дыхания, такие как, пневмонии и бронхиты, частота которых практически не снижается и составляет в среднем около 1000 случаев на 100000 населения [4, 7]. Распространенность острых бронхитов составляет 100-200 случаев на 1000 детей в год. На первом году жизни частота заболеваемости составляет 75, а у детей до 3 лет - 200 на 1000 детей. Заболевания органов дыхания имеют высокий риск развития легочных и внелегочных осложнений, которые приводят к высокой смертности. Согласно данным ВОЗ, в мире из 17 млн. зарегистрированных смертельных случаев от инфекционных заболеваний 25% приходится на инфекции нижних дыхательных путей [4, 7]. Частота острых респираторных заболеваний составляет 46%, а смертность от них - 14,3%. Смертность от внебольничных пневмоний (вместе с гриппом) достигает 13,1 на 100 000 населения, причём преимущественно за счёт детей раннего возраста.

В Кыргызской Республике заболевания органов дыхания также занимают первое место среди общей заболеваемости детей. Так, в структуре общей заболеваемости населения Кыргызской Республики болезни органов дыхания занимают первое место: в 2006 году среди взрослых и подростков респираторные заболевания составляли 24,1 и среди детей около 44,5%. В структуре общей смертности они достигли 10,4%, опережая показатели по другим странам Центральной Азии и Европейского региона (более 200 на 100 000 населения) [3]. По данным Республиканского медико-информационного центра (2010 г.) частоту заболеваемости среди детей в возрасте от 0 до 5 лет составляют: острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей – 41,6%,

пневмония – 4,7%, острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей – 12%, бронхиальная астма – 0,0013%, а смертность - 30,1% на 100000 детского населения [3].

Росту смертности при данной патологии способствуют поздняя госпитализация детей, ошибки при оказании неотложной помощи и ее несвоевременное начало, медленное внедрение новых лечебных технологий и нерациональное использование лекарственных средств [1, 4]. Важным факторам, обеспечивающим успех фармакотерапии респираторных инфекций бактериальной этиологии, является рациональный выбор антибиотиков.

Для лечения и профилактики инфекционных болезней сегодня используется большой арсенал лекарственных средств, из них антибиотикотерапия является самым затратным методом лечения, т.к. расходы на нее составляют половину, а в отделениях интенсивной терапии до 70-80% всех средств, затрачиваемых на лекарства [5, 9]. При этом следует отметить, что большое количество доступных антибиотиков определяет необходимость их рационального использования. Нерациональная антибиотикотерапия или антибиотикопрофилактика ухудшает прогноз и приводит к селекции штаммов бактерий, устойчивых к действию антибиотиков. При этом лечение антибиотикорезистентных инфекций увеличивает затраты более чем в 3 раза. Фармакоэпидемиологические исследования позволяют сравнить используемые в практическом здравоохранении методики применения антибиотиков со стандартами лечения, выявить неадекватную фармакотерапию и предлагают более рациональные методы использования антибиотиков.

По данным фармакоэпидемиологических исследований были выявлены нерациональное применение антибиотиков, например, в 14% случаев антибиотики назначались без учета показаний (Великобритания, 1997), назначение антибиотиков при вирусной этиологии инфекций дыхательных путей, превышение суточных дозировок антибиотиков (Франция, 1998), дети до 2 лет неоправданно получали ингибиторзащищенные пенициллины (Дания, 1999), больные пневмонией получали не

менее 2-х курсов антибиотиков за период госпитализации (Украина, 2000), в 20% случаях антибиотики назначались отоларингологами без учета имеющихся стандартов (Канада, 2000), нерациональная антибиотикотерапия назначалась в 30,8% случаев синусита, 29,3% - пневмонии, 17,8% - обострении бронхита (Испания, 2000), неоправданно высокая частота назначений пероральных фторхинолонов и цефалоспоринов (Италия, 2000) [9].

До настоящего времени отсутствует систематизированная информация о структуре потребления лекарственных средств при заболеваниях верхних и нижних дыхательных путей у детей от 0 до 5 лет, мотивах, обоснованности и приоритетах их назначения. Имеющиеся данные по нашей стране о структуре и длительности назначения лекарственных средств носят разрозненный и противоречивый характер.

Однако, как показывает практика, несмотря на наличие огромной научно-практической базы, регламентирующей рациональную антибиотикотерапию, эмпирическая этиотропная терапия далеко не всегда назначается грамотно, т.к. зачастую выбор препарата основывается на маркетинговой активности какой-либо фармацевтической компании, а не на научно-обоснованной информации или реальной экономической доступности препарата. Проведение ретроспективных фармакоэпидемиологических исследований позволят выявить существующие проблемы фармакотерапии заболеваний дыхательных путей среди детей от 0 до 5 лет и станут базой для разработки мероприятий, направленных на оптимизацию лекарственной терапии, отвечающих нуждам и условиям нашей страны.

Таким образом, фармакоэкономические и фармакоэпидемиологические исследования в педиатрии позволят определить рациональную фармакотерапию, направленную на эффективное и безопасное лечение с минимальными затратами, дадут возможность сравнить различные схемы лечения, оценить целесообразность внедрения новых, дорогих лекарственных препаратов или методов и позволят планировать расходы

финансовых средств с максимально ожидаемым эффектом.

Литература

1. Аникин В.Т. Клинико-иммунологические, биохимические особенности и лечение крупа у детей первого года жизни // Автореф. на соискание ст. к.м.н: 14.00.09. – Свердловск, 1986. – 29 с.
2. Власов В.В. Медицина в условиях дефицита ресурсов. – М., 2000. – 447 с.
3. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения / Республиканский медико-информационный центр. – Бишкек, 2008; 2010.
4. Зубков М.Н. Современные аспекты этиологической диагностики и антимикробной терапии внебольничных пневмоний // Фарматека.- Москва, 2005. - №19. - С. 31-37.
5. Клинико-экономический анализ (оценка, выбор медицинских технологий и управление качеством медицинской помощи) / П.А. Воробьев, М.В. Авксентьева, А.С. Юрьев, М.В. Сура. – М: «Ньюдиамед», 2004. – 404 с.
6. Петров В.И. Прикладная фармакоэкономика: учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. - 336 с.
7. Сидоренко С.В. Чувствительность *S. pneumoniae* к антибиотикам в Москве. // Материалы симпозиума «Современный взгляд на терапию инфекций дыхательных путей: - что впереди?». – Москва, 2002.
8. Чолпонбаев К. С. Современное состояние фармацевтического рынка Кыргызстана // Вести фармации и медицины. – Бишкек, 2010. - №8. - С. 8-9.
9. Фармакоэкономика и фармакоэпидемиология – практика приемлемых решений. / Под редакцией В.Б. Герасимова, А.Л. Хохлова, О.И. Карпова. – М: «Медицина», 2005. – 351 с.
10. Beaglehole R., Bonita R., Kjellstrom T. Basic epidemiology. WHO, 1993. – 175 p.
- Drummond M.E., O'Brein B., Stoddart G.L., Torrance G.W. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. – Oxford university press, 1999. – 305 p.
- Eddy D.M. Benefit language: Criteria that will improve quality while reducing costs // JAMA, 1996. – Vol. 275, N 8. – P. 52-54.
- Grey J.A.M. Evidence-based Health Care. – N.-Y.: Churchill livingstone, 1997. – 342 p.

ВНЕДРЕНИЕ GMP ПУТЕМ СОЗДАНИЯ ИНТЕГРАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВОМ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Азембаев А.А.

РГП «Научный центр противомикробных препаратов»

Резюме: Внедрение международных стандартов GMP, GLP и GCP является реальной необходимостью, и положительно влияет на качество производимых лекарств.

Ключевые слова: внедрение стандартов, качество лекарства, интеграция, гармонизация

INTRODUCTION GMP BY CREATION OF AN INTEGRATION CONTROL SYSTEM BY MANUFACTURE IN MODERN CONDITIONS

Azembayev A.A.

RSE "Scientific Centre for Anti-infectious Drugs"

The resume: Introduction of international standards GMP, GLP and GCP is real necessity, and positively influences quality of made medicines.

Keywords: introduction of standards, quality of a medicine, integration, harmonisation

В стандартах серии ISO собраны правила международного опыта управления качеством. При разработке национальных стандартов Республики Казахстан за основу приняты международные стандарты системы менеджмента: ISO серии 9000, экологические стандарты ISO серии 14000, стандарты безопасности и гигиены труда OHSAS 18001, стандарты систем менеджмента безопасности пищевой продукции ISO серии 22000, аудиту СМК и экологическому менеджменту - ISO 19011 и другие.

Производители лекарственных средств пользуется общепринятым

международным стандартом GMP (Good Manufactured Practice). В Казахстане национальными стандартами в области производства лекарственных средств являются: СТ РК 1617-2006 и СТ РК ИСО 9001-2001.

GMP для фармацевтических предприятий определяет параметры каждого производственного этапа - от материала, из которого сделан пол в цеху, и количества микроорганизмов на кубометр воздуха до одежды сотрудников и маркировки, наносимой на упаковку продукции.

GMP охватывает такие системы, как систему обеспечения единства измерений, методики выполнения измерений, сертификации, порядок проведения метрологической аттестации средств измерений, порядок проведения испытаний, порядок сертификации

лекарственных средств, системы стандартов безопасности труда, чистые помещения и связанные с ними контролируемые среды, средства индивидуальной защиты от радиоактивных веществ, микробиологическую чистоту, документы на методики поверки. Основные принципы обеспечения системы качества, и контроля качества в сфере производства лекарственных средств взаимосвязаны это: Управление качеством, Персонал, Помещения и оборудование, Документация, Технологический процесс, Контроль качества.

Выпуск высококачественных лекарственных препаратов в условиях, соответствующих международным стандартам, является одной из важнейших задач здравоохранения Казахстана. От решения этой проблемы зависит не только степень обеспечения санитарно-эпидемиологической безопасности населения страны, но и здоровье нации в целом. Приоритетом в программе развития фармацевтической отрасли Казахстана на 2010-2014 годы является повышение конкурентоспособности отечественных лекарственных средств путем гармонизации отечественных стандартов по разработке и производству лекарственных средств с международными требованиями, что предусматривает обязательный переход производства фармацевтической отрасли на международные стандарты.

Не маловажной задачей является

создание комбинированных систем управления производством, гармонизированных под определенное предприятие. Анализ научной литературы позволил выделить наличие сочетания принципов GMP и стандартов серии ИСО. Так, например, в России такое сочетание систем достаточно распространено. (исследования Быстрицкого Л.Д., Дьяконовой Е.В., Цыгановой Л.В., Щетининой М. и др.)

Таким образом, у производителей ЛС возникает необходимость внедрения интегрированной системы управления производством, с учетом национальных стандартов и правил, дополняющих требования GMP, и, кроме того, учитывающей требования других национальных и ведомственных стандартов.

При разработках правил для внедрения по международным стандартам для производства,

Схема применения GxP, от разработки до выхода готового лекарственного средства (ГЛС), будет выглядеть следующим образом:

GLP	GMP	GCP	GPhP	ГЛС
-----	-----	-----	------	-----

кроме GMP всегда присутствуют элементы нескольких других международных стандартов, это:

GLP - стандартные параметры, требуемые при разработки ЛС в лабораторных условиях и доклинической оценки безопасности фармакологических средств

GCP - изучение действия ЛС на практике, или клинические исследования.

Государственная Фармакопея Республики Казахстан является обязательным для всех предприятий занимающихся производством, изготовлением, реализацией, хранением, контролем и применением лекарственных средств и наделена законодательным статусом. Она устанавливает тот уровень требований к безопасности и качеству лекарственных средств, который государство гарантирует своим гражданам.

На первом глобальном саммите фармакопей мира, состоявшегося 17-18 ноября 2011 года в Пекине, был поставлен вопрос о необходимости составления *Правил*

«Надлежащей фармакопейной практики» (условно назовем - GPhP).

Стандарт GLP - это синтез опытного образца, с изучением физико-химических и биологических свойств препарата (в т.ч. и проведение доклинического исследования), в лабораторных условиях.

Стандарт GMP - это менталитет, при котором невозможно производство некачественной продукции.

Стандарт GCP – проведения качественных клинических испытаний

Стандарт GPhP – регистрация препарата в НЦЭЛС МЗ РК, с утверждением ВАНД на препарат.

Внедрение требований стандартов GMP, GLP и GCP – это гарантия того, что производственное предприятие проводит разработку, производство и испытание лекарственных препаратов согласно

утвержденным технологическим регламентам и методикам и/или инструкциям, учитывающие все требования GMP, GLP и GCP;

Правила GMP были и остаются базовым отраслевым стандартом при производстве лекарственных средств, работающими совместно с GLP, GCP, GDP и т.д.

Так как, наше государство динамично интегрируется в мировую систему, то и производители вынуждены переходить на эти правила и принципы.

Таким образом, становится ясно, что дальнейшее развитие фармацевтической отрасли невозможно без международных стандартов GMP, GLP и GCP. А это является гарантией качества производимых лекарств, что затрагивает здоровье населения и является предметом национальной безопасности страны.

Выводы:

1. Разработка комбинированных систем управления производством с учетом особенностей характеристик данного предприятия на основе стандартов ИСО и принципов GMP, GLP и

GCP положительно повлияет на качество производимых лекарственных препаратов.

2. преодоление барьеров и гармонизация требований стандартов GMP, GLP и GCP позволит создать для каждого производителя свои уникальные системы стандартов соответствующим всем указанным правилам.

Литература

1. СТ РК 1617-2006 Надлежащая

производственная практика.

2. Орлова, Е. В. Интегрированная система управления производством медицинских иммунобиологических препаратов. Фармация. – 2010. – № 7. – С. 29–32.

3. Тулегенова А. О. Первый глобальный саммит фармакопей мира. Фармация Казахстана 2012.- № 1,- С 16-18.

4. Султанов С. Е., «Казахстанская правда» №28 от 25.01.2012года

РАЗВИТИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ: ПРОБЛЕМЫ БЕЗОПАСНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ СТРАНЫ

Далабай-улы К., Азембаев А.А.

РГП «Научный Центр противомикробных препаратов»

Алматы, Республика Казахстан

Резюме: Особенностью фармацевтического рынка является то, что он один из самых высокодоходных и быстрорастущих секторов мировой экономики.

В Казахстане принят новый индустриальный план, согласно которому к 2014 г. долю отечественного производства фармпрепаратов необходимо довести до 50%. Особенности новых производств в том, что они сразу планируются по международным стандартам GMP, что дает возможность в будущем экспортировать производимую продукцию в любую страну мира.

Ключевые слова: Фармацевтический рынок (The pharmaceutical market); Таможенный союз Казахстана, России и Белоруссии (The customs union of Kazakhstan, Russia and Belarus); Стратегия индустриально-инновационного развития (Strategy of industrially-innovative development); Международный стандарт GMP (International standard GMP); Экспорт продукции (Production export).

THE DEVELOPMENT OF PHARMACEUTICAL INDUSTRY AND HEALTH SECURITY OF COUNTRY POPULATION

Dalabai - ulu K., Azembaev A.A.

Almaty, Republic of Kazakhstan

The summary: The peculiarity of the pharmaceutical market is that it is one of the most profitable & fast growing sections of the world economics.

In Kazakhstan there is a plan to provide domestic market with 50% of our own production. The peculiarity of new production is that they are planning on international GMP standard that give a possibility in future to export this production in any country of the world.

Отличительной чертой фармацевтического рынка является то, что он является одним из самых рентабельных и быстрорастущих секторов мировой экономики. Как показывает практика, даже во время кризиса в мировой экономике, он продолжает динамично развиваться, темпы его роста составляют примерно 6-10% в год. [1]

Казахстан вступил в таможенный союз Казахстана, России и Белоруссии, благодаря которому рынок сбыта увеличился более чем в десятки раз, а в дальнейшем готовится вступить в Всемирную Торговую Организацию (ВТО). Проводимые реформы в здравоохранении Казахстана, в т.ч. в фармацевтическом секторе, способствуют приобщению к международным стандартам.

В Казахстане принята новая стратегия индустриально-инновационного развития РК, которая направлена на диверсификацию отраслей экономики и отхода от сырьевой направленности развития к перерабатывающей [2]. Как известно, по рекомендации Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), для

стратегической безопасности страны, доля отечественной фармацевтической продукции на рынке должна быть не менее 20%.

Целью программы является обеспечение к 2014 году до 50% внутреннего рынка лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в натуральном выражении за счет отечественного производства. Особенности новых производств в том, что они сразу планируются по международным стандартам GMP, что дает возможность в будущем экспортировать производимую продукцию в любую страну мира.

Программой предусмотрена главная цель – с декабря 2014 года перейти на международный стандарт GMP (сертификат надлежащей производственной практики). [2]

Главной целью деятельности любого производителя является обеспечение больных отечественными, высококачественными лекарственными препаратами по доступным ценам, приемлемым для населения страны. Одним из основных показателей качества выпускаемого

препарата является соответствие производства стандартам GMP (Good Manufacture Practice - надлежащая производственная практика), сертификат которого позволяет экспортировать фармацевтическую продукцию в страны ЕС и США, и др. страны.

Международный стандарт GMP (good manufactured practice) включает в себя достаточно обширный ряд показателей, которым должны соответствовать предприятия, выпускающие ту или иную продукцию. GMP для фармацевтических предприятий определяет параметры каждого производственного этапа - от материала, из которого сделан пол в цеху, и количества микроорганизмов на кубометр воздуха до одежды сотрудников и маркировки, наносимой на упаковку продукции.

В Республике Казахстан стандарт «Надлежащая производственная практика» (GMP) вводится с учетом действующих правил GMP стран Европейского Союза (European Community), рекомендаций Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), стандартов и нормативных правовых актов Республики Казахстан.

Внедрение практики надлежащего производства (GMP) - задача ближайшего времени. Без внедрения GMP - конкурентоспособное производство невозможно.

Во всех странах начинают сознавать, что если государство само не начнет вкладывать определенные средства в отечественное производство, то рынок становится импортозависимым, где идет отток валюты до 90% товарооборота зарубеж, а это, в свою очередь, затрагивает финансовую и национальную безопасность страны, ставит под угрозу здоровье народа.

Правительством Казахстана, пошедшему навстречу производителям, принято следующее решение:

- выделено свыше 30 млрд. тенге, строятся новых 9 заводов (10 заводов уже подали документы на модернизацию и переход на стандарт GMP).

- со всеми заводами государство заключило договоры на 7 лет на закуп лекарственных средств. Данные договоры вступят в силу после

завершения модернизации производства и получения сертификата стандарта GMP.

- государством будет закупаться порядка 30 процентов объема выпуска препаратов, 40 процентов будет реализовываться через аптеки, оставшиеся 30 процентов планируется экспортировать. [3].

РГП «Научный Центр противомикробных препаратов» находящийся в г. Алматы имеет большой потенциал в дальнейшем развитии. Несмотря на то, что это очень молодое предприятие, здесь уже разрабатываются новые лекарственные препараты и созданы прекрасные условия для производства серийных, опытных образцов лекарственных средств с соблюдением всех требований технологических процедур.

Опытное производство Научного Центра имеет такие цеха: как цех синтеза препаратов для перорального применения, цех инъекционного приготовления (класс чистоты «А»), цеха по таблетированию и капсулированию, склады и прочие вспомогательные помещения. Все цеха оснащены современным оборудованием и работают здесь высококлассные специалисты. Из 8 работающих фармацевтов и химиков трое являются кандидатами наук, а 1-доктор PhD. В 2011г. один специалист поступил в Магистратуру. Необходимо отметить, что в производстве идет активная работа по внедрению международных стандартов и аккредитации по GMP.

Выводы:

1. Принятое правительством решение о поддержки государством производства, однозначно положительно повлияет на увеличение доли отечественного товаропроизводства лекарственных средств до планируемых 50% от общего рынка.

2. Обязательное внедрение международных стандартов GMP, позволит контролировать качество на всех этапах производства, начиная от сырья и вспомогательного материала до готовой продукции, и даст возможность конкурировать произведенной продукцией в любой стране мира.

Литература

1. Азембаев А.А. , Монография,

Фармацевтический рынок Республики Казахстан. 11. Алматы 2010

2. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011-2015 годы «Салуатты Қазақстан». Глава: повышение доступности лекарственных средств для населения и содействие развитию производства отечественных лекарств, изделий медицинского назначения и медицинской

техники, соответствующим международным стандартам.

3. Постановление правительства Республики Казахстан от 14 апреля 2010 года «Об утверждении плана мероприятий правительства РК по реализации программы по форсированному индустриально-инновационному развитию РК на 2010-2014 годы».

КАЧКЫНБАЕВА

Асипа Сагыналиевна



20 апреля исполнилось 70 лет со дня рождения и 40 лет научно-педагогической деятельности ассистенту кафедры терапевтической стоматологии Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева Качкынбаевой Асипе Сагыналиевне.

Качкынбаева Асипа Сагыналиевна родилась 20 апреля 1942 года в Чуйской области в селе Алчалу. После окончания Кыргызского государственного медицинского института была направлена на работу в городскую стоматологическую поликлинику № 3 врачом-стоматологом, где проработала с 1965-1975г.г. С 1975 года по настоящее время работает ассистентом кафедры терапевтической стоматологии КГМА им. И.К. Ахунбаева.

За время работы Асипа Сагыналиевна принимала активное участие в научно-исследовательской работе кафедры, посвященных наиболее актуальным проблемам стоматологии КР, в частности вопросам распространенности заболеваний пародонта в условиях высокогорья. Выезжала в научные экспедиции по изучению стоматологического здоровья в условиях высокогорья – пгт. Мургаб, г. Нарын, Төө-Ашуу. Ею опубликовано более 20 научных статей, 2 рационализаторских предложения и 2 изобретения.

Асипа Сагыналиевна является опытным педагогом, высокквалифицированным специалистом в области терапевтической стоматологии, владеет современными методами лечения кариеса зубов и его осложнений, а также заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта. Врачебный стаж – 47 лет, имеет высшую квалификационную категорию. Принимает активное участие в воспитании подрастающего поколения, оказывает большую методическую помощь в подготовке квалифицированных специалистов врачей – стоматологов.

Качкынбаева А.С. воспитала целое поколение врачей-стоматологов. Она является куратором группы, проводит идейно-воспитательную работу среди студентов, развивая у них чувство патриотизма.

За заслуги в научно-педагогической деятельности Качкынбаева А.С. награждена Почетной Грамотой Верховного Совета СССР, почетными грамотами МЗ КР, КГМА. Имеет звание Почетный ветеран труда.

Коллектив КГМА поздравляет Качкынбаеву Асипу Сагыналиевну с юбилеем и желает здоровья и долголетия.

**АМИРАЕВ****Убайдилла Амираевич**

родился 29 апреля 1942 года в селе Уч-Коргон Манасского района, Таласской области Кыргызской Республики.

В 1963 году окончил одиннадцатилетнюю школу в селе Кировка Кировского района Таласской области и поступил на стоматологический факультет Кыргызского государственного медицинского института.

В 1968 году после окончания стоматологического факультета был оставлен в клинической ординатуре, который окончил за досрочно 1 год и на конкурсной основе в 1969 году поступил в целевую аспирантуру на кафедру ортопедической стоматологии (зав. кафедрой заслуженный деятель науки РСФСР, доктор медицинских наук, профессор В.Ю.

Курляндский) Московского медицинского стоматологического института.

После окончания аспирантуры в Московском медицинском стоматологическом институте и досрочной защиты кандидатской диссертации на тему: «Обоснование к использованию депульпированных зубов в несъемном протезировании» в 1972 году начал трудовую деятельность на кафедре ортопедической стоматологии Кыргызского государственного медицинского института. За время преподавательской работы зарекомендовал себя с положительной стороны, занятия проводил со всеми курсами студентов факультета, много лет работал старшим куратором в общежитии №5, которое постоянно занимало первое место среди общежитий КГМИ, в сельхозработах и строй отрядах постоянно перевыполнял социалистический план, научно подкован, грамотный клиницист, специалист высшей категории, владеет всеми видами ортопедического лечения стоматологических больных.

В 2008 году защитил докторскую диссертацию на тему: «Этиопатогенетические аспекты и методы коррекции непереносимости металлических зубных протезов в полости рта». Подготовил 1 ученика, имеет аспирантов, обучает клинических ординаторов и врачей интернов.

В совершенстве владеет своим материалом, за ортопедической стоматологической помощью к нему обращаются пациенты со всех уголков нашей республики, а также из соседних республик.

Постоянно повышает свой педагогический и профессиональный уровень, выступает на заседаниях ассоциации стоматологов с докладами и в прениях. Свой педагогический и клинический опыт передает молодому поколению. Постоянно информирует студентов последними мировыми достижениями в области практической и теоретической стоматологии.

Амираев У. А. участвовал в организации диссертационного Совета по защите кандидатских диссертаций, является заместителем председателя диссертационного Совета.

Убайдиллу Амираевича отличает большое трудолюбие и энергичность, высокая требовательность, он дисциплинирован и требователен к себе и своим сотрудникам. Благодаря этим качествам он снискал большое уважение в обществе. Пользуется заслуженным уважением среди коллег, пациентов и студентов. Награжден правительственными наградами.

В 1985 году награжден значком «Отличник Здравоохранения СССР», в 2000 году – «Отличник народного образования КР», в 2006 году награжден Почетной Грамотой Президента КР, в 2009 году награжден юбилейной медалью профессора В.Ю. Курляндского, в 2010 году избран членом-корреспондентом Инженерной Академии КР.

Имеет 5 свидетельств на изобретение, 22 рационализаторских предложений, более 150 статей, в том числе 8 методических разработок 13 учебных пособий для студентов врачей стоматологов: «Конструирование цельнолитых съёмных зубных протезов» (1994) в соавторстве С.У. Султанбаевой, «Ортопедическое лечение съёмными пластиночными протезами» (1994) в соавторстве С.У. Султанбаевой, «Клиника заболеваний твердых тканей зубов и методы лечения» (1994) в соавторстве С.У. Султанбаевой, «Клиника и протезирование дефектов зубных рядов» (2001, 2006) в соавторстве С.Р. Рузуддиновым, среди них учебник на кыргызском языке учебники 480 стр. «Тиш салуунун техникасы» (2009) в соавторстве Р.У. Амираевым и Д.У. Амираевой, 2 толковых словаря стоматологических терминов: «Стоматологиялык терминдердин орусча-кыргызча түшүндүрмө сөздүгү » (2005, 2009), «Ортопедическая стоматология» (2010), «Пропедевтика ортопедической стоматологии» (2010) в соавторстве С.Р. Рузуддиновым и др., «Ортопедиялык стоматологияда колдонулуучу материалдар» (2011) в соавторстве Р.У. Амираевым и Д.У. Амираевой, «Протезирование беззубых челюстей» (2001, 2012). Кроме того с 1972 года на кыргызском языке в журнале «Ден соолук» им написано 35 научно-популярных статей и в РДСП выпущено 10 брошюр на стоматологическую тему.

Впервые в Средней Азии и Казахстане он в 1995 г. предложил классификацию дефектов зубных рядов при вторичной частичной адентии.

Женат, имеет мать, 4 детей и внуков. Жена - Амираева Анархан Мурхабибовна, врач высшей категории работает 44 года в Национальном центре онкологии; старший сын – Амираев Рахмат Убайдуллаевич, доктор политических наук, и. о. профессора кафедры «Политология» КНУ им. Баласагына, полковник милиции, второй сын – Амираев Руслан Убайдиллаевич, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник в Кыргызском НИИ восстановительного лечения и терапии; старшая дочь – Амираева Гүлназ Убайдиллаевна экономист, (г. Тараз РК), вторая дочь - Амираева Дилназ Убайдиллаевна, ассистент кафедры терапевтической стоматологии Кыргызско-Российского Славянского Университета им. Б.Н. Ельцина.

В настоящее время доктор Амираев У.А. в расцвете сил, воспитывает молодых специалистов, пишет учебники и трудится на благо и процветания нашего народа.

Коллектив Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева поздравляет с 70 летием доктора Амираева У.А. и желает здоровья, творческих успехов во всех его начинаниях, долгих лет жизни.



ДЖОРОБЕКОВ

Байызбек Джоробекович

3 мая 2012 года мы отмечаем 70-летний юбилей заслуженного работника образования КР, кандидата биологических наук, заведующего кафедры физики, математики, информатики и КТ, доцента Джоробекова Байызбека Джоробековича.

Джоробеков Байызбек Джоробекович родился 3 мая 1942 года в колхозе имени Куйбышева Токтогульского района. В 1965 году успешно окончил физико-математический факультет Кыргызского государственного университета. В 1965-1968 годы работал преподавателем в КГУ, 1968-1971 годы учился в аспирантуре.

С 1971 года Джоробеков Б.Д. работает в КГМА, сначала руководителем группы ЭВМ в ЦНИЛ, а затем с 1980 года – преподавателем, с 1989 года – старшим преподавателем кафедры физики и биофизики. В 1989 году защитил кандидатскую диссертацию по теме: «Применение

методов статистической классификации для исследования адаптационных свойств человека в условиях высокогорья». Результаты работы внедрены в клиническую практику и используются в физиологических исследованиях.

В 1991 году прошел по конкурсу на должность доцента кафедры медбиофизики. С 1992 года по 1997 г. был ответственным за компьютерный центр КГМА и заведующим курсом мединформатики и АСУ.

В 1991 году Джоробековым Б.Д. в соавторстве с А.А. Айдаралиевым и Г.Я. Волошиным была выпущена монография «Исследование адаптационных возможностей человека в условиях высокогорья методом статистической классификации».

Доцент Джоробеков Б.Д. впервые в Медакадемии, организовал группы по статистической обработке медико-биологической информации, что послужило основой для открытия доцентского курса мединформатики и АСУ. Также Джоробековым Б.Д. был разработан и открыт курс «Основы информатики и вычислительной техники» для сдачи кандидатского минимума. В течение ряда лет в ходе проведения абитуриентской кампании он являлся членом приемной комиссии, ответственным за формирование банка данных тестовых вопросов. С 1995 по 2002 г.г. был постоянным членом жюри Республиканской олимпиады школьников по общеобразовательным предметам.

С 2004 года Байызбек Джоробекович работает заведующим кафедрой информатики и компьютерных технологий КГМА, которая в 2009 году в связи с инновациями в высшем образовании и науке, и новыми требованиями к качеству учебного процесса в медицинских вузах Кыргызской Республики, была преобразована в кафедру физики, математики, информатики и компьютерных технологий. В настоящее время работает над темой «Дидактические основы формирования информационно-технической культуры будущих врачей в системе медицинского образования». При его непосредственном руководстве составлены учебно-методические разработки для молодых преподавателей. Постоянно дает консультации научным сотрудникам, практическим врачам по обработке клинических и экспериментальных данных на компьютере.

Имеет 61 научных статей и 1 монографию. Им написано и внедрено 23 методических руководств. За многолетний добросовестный труд Джоробеков Б.Д. награжден Почетной грамотой МЗ КР (1992 г.), является Отличником народного образования КР (1995 г.), Заслуженным работником образования КР (1999 г.).

Уважаемый Байызбек Джоробекович, от всей души поздравляем Вас с юбилеем, желаем крепкого здоровья, счастья, долгих лет жизни, бодрости духа и творческих успехов! Ваше доброжелательное отношение к коллегам и студентам, скромность, отзывчивость в сочетании с педагогическим и организаторским талантом есть достойный пример и образец служения любимому вузу и науке.

Коллектив КГМА им. И.К. Ахунбаева

**МААТОВ****Турдалы Омурзакович**

Родился 10 июня 1942 года в селе Сарыбулун Джумгалского района Нарынской области. Кыргыз.

В 1950-1960 годах учился в русскоязычной школе поселка Минкуш. В 1957 году был участником слета отличников в городе Фрунзе.

В школьные годы увлекался спортом, пением, игрой на комузе и аккордеоне.

В школьные и студенческие годы занимался греко-римской борьбой. На

соревнованиях среди горнорудных предприятий и высших учебных заведений республики занимал призовые места.

После окончания средней школы был принят подземным рабочим в шахту №81 в поселке Минкуш, затем по рекомендации врачей был переведен на надземную работу грузчиком складов отдела рабочего снабжения.

В 1961 году окончил курсы водителей, работал вахтером ВО и шофером. Затем поступил на лечебный факультет Кыргызского государственного медицинского института, который окончил в 1969 году.

В 1965 году под руководством ректора КГМИ, член-корреспондента АН Кыргызской ССР В.А. Исабаевой и заведующего лабораторией Института медико-биологических проблем, ныне академиком РАМН И.А. Агаджаняном участвовал в научно-исследовательской экспедиции по подготовке дублеров космонавтов на перевале Төө-Ашуу (высота 3200 м над уровнем моря) с последующим выездом в Москву с целью прохождения тренировочно-испытательных занятий в барокамере – Ю. Гагарина, на беговой дорожке – Г. Титова и других местах подготовки дублеров.

В 1969 году – после успешного окончания института, был оставлен ассистентом кафедры фармакологии КГМИ.

В 1973 году – проходил курсы повышения квалификации преподавателей в Ленинграде.

В 1976 году – зачислен аспирантом и успешно завершил диссертационную работу на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.

В 1984 году – защитил кандидатскую диссертацию. Руководителями были: профессор М.Т.Нанаева и профессор А.К.Кадыралиев.

При выполнении фрагментов диссертационной работы по электронной микроскопии в Ташкенте, Москве и прохождении повышения квалификации (Ленинград 1973), (Москва 1987), а также научно-экспедиционной поездки (1965), судьба свела его встретиться с выдающимися учеными фармакологами, физиологами бывшего союза, академиками: Париным П.П., Аничковым С.В., Харкевичем Д.А., профессорами Марковой И.В., Камиловым И.К., Азизовой С. С., Абдулаевым Н.К. и др.

После защиты кандидатской диссертации по конкурсу был избран ассистентом кафедры фармакологии.

В 1987 году – проходил курсы повышения квалификации преподавателей в Москве.

В 1990 году – доцент кафедры фармакологии.

В 1989-1993 годах – заместитель декана педиатрического факультета.

В 1995-1998 годах – заведующий подкурсов и подготовительного отделения.

Является старшим куратором студентов лечебного факультета на кафедре, бессменный профорг и руководитель научного студенческого кружка.

В настоящее время работает доцентом кафедры базисной и клинической фармакологии им. профессора М.Т.Нанаевой и одновременно совмещает должность директора медицинского училища при КГМА. Он высококвалифицированный фармаколог, опытный педагог. Прошел путь ассистента до доцента кафедры и внес значительный вклад в совершенствование учебно-методической и научно-исследовательской работе кафедры.

Маатов Турдалы работает 43года, эрудированный специалист, всегда собран, требователен к себе и высочайшим чувствам, готов отдать все свои силы избранной специальности. Также он читает лекции и проводит практические занятия с использованием новейших достижений современной фармакологии и применением наглядных пособий и новых технологий. По отзывам студентов это удивительный, добрый человек с большим опытом и знаниями. Несмотря на не молодой возраст он с таким интересом и увлечением преподает нам свои знания, очень терпеливо, доступно и доходчиво объясняет свой предмет, он умеет найти подход к каждому студенту, иногда подбодрит его, уделяет ему внимание, чтобы объяснить и пояснить неясное. Но в то же время он строг и требователен к своему предмету. Студенты ценят в этом человеке ум, тактичность, деликатность, честность, трудолюбие. И именно эти качества присутствуют в нем.

Им опубликовано более 60-ти научных и методических работ, является соавтором краткого справочника с профессором О.Ж. Джумагуловым «Лекарственные средства, применяемые в офтальмологии» в соавторстве, автор перевода и издания на кыргызском языке учебно-методической рекомендации для студентов «Общая рецептура» (1993г.).

В настоящее время занимается переводом на кыргызский язык учебной программы по фармакологии и нового варианта вышеуказанной методической рекомендации. И проводит практические занятия на кыргызском языке в одной группе лечебного факультета.

За добросовестную и непрерывную работу в медицинской академии, за подготовку врачебных кадров награжден почетными грамотами медакадемии (1998г.), значками «Отличник здравоохранения» (1995г.), «Отличник образования» (1997г.). Ему присвоено почетное звание «Заслуженный работник здравоохранения Кыргызской Республики» (1999г.).

Принимал активное участие в издании формуляра лекарственных средств. Является инициатором организации подкурсов и подготовительного отделения в целях подготовки сельской молодежи для медицинской академии.

Турдалы Омурзакович пользуется большим авторитетом и уважением среди профессорско-преподавательского состава, работников практического здравоохранения и студенческой молодежи.

Женат, имеет четырех дочерей, трех внуков и двух внучек. Супруга Сабитакунова Мария имеет высшее медицинское образование. Более двадцати лет работала заведующей отделением профпатологии Республиканской больницы. За добросовестный и многолетний труд награждена Почетной грамотой Президента Кыргызской Республики.

Старшая дочь Асель - невропатолог Национального госпиталя. Нуржан - офтальмолог глазного отделения №1 Республиканской больницы, Айжан - экономист Министерства энергетики, Эльнура - ведущий специалист сектора лицензирования Департамента лекарственного обеспечения и медицинской техники Минздрава КР. Внуки и внучки: Каныкей, Бекжан, Салтанат, Адилет и Бауржан.

Коллектив КГМА им. И.К. Ахунбаева



САДЫКОВ
Сабыржан Балтаевич

Родился 04.04.1952г. в селе Кара-Дарья Сузакского района Джалал-Абадской области в семье колхозников. В 1969 году окончил среднюю школу №36 г. Джалал-Абад, и 1970-ПТУ №1.

В 1970г поступил на стоматологической факультет КГМИ и окончил его с отличием в 1975г., был принят в клиническую ординатуру по специальности «ортопедическая стоматология».

С 1977 работает ассистентом на кафедре ортопедической стоматологии КГМИ (зав. каф. доц. К. Д. Дуйшалиев), в 1979-1983гг. проходил заочную аспирантуру на кафедре ортопедической стоматологии ЦОЛИУВ (г.Москва) и в 1984г защитил кандидатскую диссертацию в ЦНИИС под руководством д.м.н. профессора Каламкарова Х.А. на тему: «Применение фарфоровых коронок при патологической стираемости зубов». Имеет более 58 научных трудов, 8 методических рекомендаций, 4 рацпредложения.

В 1988г утвержден в звании доцента кафедры ортопедической стоматологии. В 1993-1999г. и 2005-2007г. был деканом сначала всех малых факультетов, затем стоматологического факультета.

С 1999 по 2005г заведовал кафедрой ортопедической стоматологии. С 2004 по 2006гг. работал директором-деканом Института стоматологии КГМА, совмещая заведование кафедрой.

За плодотворную работу в деле подготовки медицинских кадров был награжден знаком «Отличник здравоохранения КР» (1996г.), «Отличник народного образования» (2004г.), а в 2002 году было присвоено звание «Заслуженный врач КР».

Неоднократно проходил ФПК и стажировки в ВУЗах России (г.Москва, С-Петербург), Украины (г.Киев, г.Львов), Белоруссии (г.Минск), Южной Кореи (г.Тегу, Пусан) и т.д.

Воспитывает 3 детей, 8 внуков. Сын Эркин - к.м.н., зав отделением БНИЦТиО, младшая дочь –врач стоматолог, средняя- сотрудник МВД.

Коллектив КГМА им. И.К. Ахунбаева

Редакцияга берилүүчү макалаларды жасалгалоонун эрежелери

Журнал - рецензияланган басылма болуп саналат.

Журналга медицина менен биологиянын актуалдуу маселелери боюнча жалпы жана теориялык макалалар, кызыктуу изилдөөлөр жарыяланат.

Журналга макала жөнөтөөрдөн мурда төмөнкү эрежелерди сакташыңыздарды суранабыз:

1. Редакция кагазга басылган кол жазманы (2 нуска) электрондук түрдөгүсү менен чогуу кабыл алат. Кол жазма кафедра башчынын же жетекчинин визасы менен (биринчи беттин үстүнкү сол бурчунда), автор иштеген мекеменин сунуштамасы мөөрү менен болушу керек. Кол жазманын аягында баардык авторлордун аты-жөнү, окумуштуулук даражасы, кызматы, жумушунун дареги, электрондук дареги, иш телефону жазылып, кол тамгалары коюлушу керек.

2. Макала компьютерде 1,5 интервалда Times 14 шрифти менен А4 кагазга жазылат. Талап: үстүнкү жана астыңкы - 2,5 см, сол - 3,5 см, оң - 1,5 см. Макалага иллюстративдик материалдар сүрөт, рентгенограмма, графика, таблица түрүндө тиркелет. Фото сүрөттөр (кара-ак же түстүү) жалтырак кагазга ачык, даана чагылдырылышы зарыл. Рентгенограммдын фото көчүрмөсү даана түшүрүлүп, арткы бетине номери, автордун аты-жөнү жана макаланын аталышы жазылат. Редакцияга берилген макала иллюстративдик материалы менен кошо электрондук түрдө болушу керек. Баардык беттерге номерлер коюлат.

3. Макаланын көлөмү: 15 беттен ашпоого тийиш, адабияттардын обзору үчүн - 20 бет, клиникалык байкоо жүргүзүүлөр үчүн - 8 бет.

4. Биринчи бетке: 1) макаланын аты; 2) автордун аты-жөнү; 3) кафедранын же лабораториянын (кашаанын ичине жетекчинин аты-жөнү, окумуштуулук даражасы көрсөтүлөт) жана мекеменин толук аталышы жазылат. Эгерде авторлор ар кайсы мекемеден болсо анда кезеги менен ар бир автордун иштеген мекемеси көрсөтүлөт. Макаланын структурасы: киришүү, бейтаптар (материалдар) жана ыкмалар, изилдөөнүн жыйынтыктары жана алардын талкуусу, корутунду, адабияттар. Өзүнчө баракка резюме жана негизги сөздөр жазылат.

5. Тексттеги кыскартуулар чечмелениши менен берилиши керек. Иштин аталышынын кыскартылышына жана көпчүлүккө түшүнүксүз кыскартууларга жол берилбейт. Библиографиялык шилтемелер чарчы кашаанын ичине берилет. Статистикалык иштеп чыгуудагы маалыматтарга колдонулган ыкмаларды көрсөтүү жана көрсөткүчтөрдүн аталыштары келтирилиши керек. Бир эле маалыматтын же таблицанын эки жолу кайталанышына жол берилбейт.

6. Макалага авторлордун цитаталары ирээти менен адабияттардын тизмеси өзүнчө баракка 1,5 интервалда тиркелет (негизги макала үчүн 25тен ашпаган адабият, адабияттардын обзору үчүн 60). Китеп, диссертация, жыйнак, съезддердин жана конференциялардын материалдары үчүн авторлордун аты-жөнү, иштин аталышы, китептин толук аталышы, чыккан жылы, басмадан чыккан жери, китептин бети көрсөтүлөт. Мисалы: Бураковский В.И., Лищук В.А., Керцман В.П. ж.б. Интенсивдуу дарылоодо монитордук-компьютердик технологияларды колдонуунун он беш жылдык тажрыйбасы. - Китепте: Саламаттыкты сактоодогу информатика. - М.: Медицина, 1990.- 36-бет. Сидоров И.С., Макаров И.О. Экламсия жана аны дарылоонун жаны аспекти. - Китепте: «Эне жана бала» Россиялык 6-форумдун материалынан. - М., 2004.-121-бет Журналдык макалалар учун - авторлордун аты-жөнү (эгерде авторлор бештен көп болсо, биринчи үч авторду гана көрсөтүп, калганын «ж.б.» же «et al» деп англис же орус тилине ылайык көрсөтүп коюу керек), макаланын толук аталышы, журналдын кыскартылган аталышы, жылы, том, басылманын номери, бетинин номери (биринчи жана акыркы) көрсөтүлөт. Мисалы: Насонов Е.Л., Самсонов Ю.М., Беленков Ю.Н. ж.б. Жүрөк кемтигинин иммунопатологиясы: цитокиндердин ролу. Кардиология.-1999.-№3.-66, 75-беттер.

7. Кыргыз, орус жана англис тилдеринде макаланын изилдөө максатын, пайдаланылган материалдардын жана ыкмалардын, алынган негизги жыйынтыктардын негизи көрсөтүлгөн резюме (көлөмү 0,5 бетке чейин), ошондой эле 3 тилде негизги сөздөр (7 сөздөн ашпаган) тиркелиши зарыл.

Резюменин башына макаланын аталышы, автордун ата-жөнү көрсөтүлүшү керек.

8. Макаланы автор жакшылап текшерип туруп анан берүүгө тийиш. Баардык аталыштар, химиялык фор- мулалар, өлчөмдөр, цифралар, таблицалар, сүрөттөр ж.б. даана көрсөтүлүшү зарыл.

9. Бир жактуу кол жазмалар авторлорго кайра кайтарылып берилбейт. Эгерде макала автор тарабынан басмага даярдалып жаткан учурда оңдолуп-түздөлсө, анда тексттин акыркы варианты келген кун келип тушкөн дата катары эсептелет.

10. Мурда жарык көргөн, башка журналдарга же жыйнактарга берилген макалалар кабыл алынбайт. Эрежеге ылайык жасалгаланбаган кол жазмалар кайра кайтарылып берилет.

Отпечатано в Издательском Центре КГМА

720020, г.Бишкек, ул.Ахунбаева 92, тел.54-80-21, тираж 100 экз.