

**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.
Кудаяров Д.К.
Мамакеев М.М.
Мамытов М.М.
Мурзалиев А.М.
Нанаева М.Т.

Редакционный совет

Акынбеков К.У.
Алымкулов Р.Д.
Бектуров Ж.Т.
Калиев Р.Р.
Кадырова Р.М.
Кожакматова Г.С.
Кононец И.Е.
Кутгубаева К.Б.
Кутгубаев О.Т.

Кутманова А.З.
Мусуралиев М.С.
Усупбаев А.Ч.
Сатылганов И.Ж.
Сопуев А.А.
Тилекеева У.М.
Чонбашева Ч.К.
Шаршенов А.К.
Оморов Р.А.

Учредитель

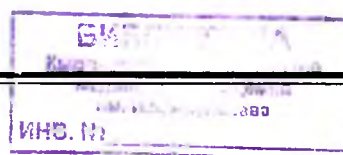
© Кыргызская государственная медицинская академия

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

Ответственность за содержание и достоверность материалов несут авторы.
Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.

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

Журнал включен в список изданий, рекомендованных Президиумом НАК КР для публикации материалов докторских и кандидатских диссертаций в области медицины.
Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2012



АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНЫ**Кутгубаев О.Т., Тен И.Б.**

Исследование фертильности спермы в вагинальной слизи женщин при бактериальном вагинозе после полового акта

86**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ****Э.М. Байбулатов**

Диагностика и тактика лечения при раке яичников и эхинококкозе печени

90**ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ****Н.Н. Бримкулов, А.Р. Раимжанов, Ч.К. Чонбашева, А.К. Буржубаева**

К 70-летию кафедры госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии КГМА имени И.К.Ахунбаева

93



С.Б. Данияров, 1928 - 2011

Медицина, наука и в целом высшая школа Кыргызстана понесли тяжелейшую утрату. 3 декабря на 84-м году жизни скончался академик НАН Кыргызской Республики, заслуженный деятель науки и заслуженный врач, лауреат Государственной премии КР в области науки и техники, профессор Кыргызской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук Санжарбек Бакирович Данияров.

С.Б. Данияров родился в 1928 году в селе Каинда Кеминского района. Пятнадцатилетним подростком он поступил на подготовительные курсы при КГМИ и вскоре стал студентом лечебного факультета. В 1948 году, с отличием окончив институт, юный выпускник поступает в

аспирантуру кафедры нормальной физиологии КГМИ, а затем, в числе лучших аспирантов, направляется в г. Ленинград, в центр физиологической мысли – Институт им. И.П. Павлова АН СССР. Там, в лаборатории профессора А.Д. Слонима, формируются взгляды и интересы молодого кыргызского ученого. В феврале 1952 года он успешно защищает кандидатскую диссертацию на тему: «Натуральные пищевые слюнные рефлексy и их связь с расстоянием и мышечной деятельностью», после чего возвращается в свой родной вуз и приступает к самостоятельной научно - педагогической деятельности.

Разносторонность интересов и личные качества С.Б. Даниярова быстро позволили ему зарекомендовать себя одаренным преподавателем, последовательно прошедшим все ступени педагогического мастерства: от ассистента до профессора, заведующего кафедрой.

Он известен как один из основоположников высокогорной физиологии, внесший крупный вклад в изучение физиологии человека в условиях высокогорья. Одним из пионерских научных направлений ученого явилось изучение реакций сердечно - сосудистой системы и дыхания в ответ на лучевое воздействие, что завершилось успешной защитой докторской диссертации в Военно-Медицинской Академии им. С. М. Кирова («Влияние ионизирующей радиации на функциональное состояние и регуляторные механизмы сердечно - сосудистой системы»). Позднее автор обобщил эти фундаментальные исследования в монографии «Лучевая болезнь и сердечно - сосудистая система». Продолжением данных научных поисков стало изучение комбинированного влияния высокогорья и ионизирующей радиации на организм животных.

Под руководством Даниярова С. Б. на кафедре начались фундаментальные экспериментальные исследования физиологических механизмов приспособительных реакций сердечно - сосудистой системы к условиям высокогорья. Помимо этого, проводилось широкое изучение проблемы «Здоровье студентов».

Активную научную работу Санжарбек Бакирович совмещал с педагогической и административной деятельностью. С большим увлечением он работал в должности заместителя декана лечебного факультета, проректора и ректора КГМИ. Благодаря его энергии, жажде всего нового, в институте получили развитие современные методы оптимизации учебного процесса, были внедрены прогрессивные формы педагогической работы, проводилось психологическое обследование студентов с целью индивидуализации их обучения и воспита-

ния.

Будучи проректором, а затем и 17 лет ректором КГМИ, Данияров С.Б. много сил вложил в расширение учебной базы института, осуществив строительство двух учебных корпусов, пяти студенческих общежитий, проектирование 1000 – коечной клинической больницы и мн. др.

За период его ректорской работы институт окончили около 16 тысяч врачей, были защищены 35 докторских и свыше 300 кандидатских диссертаций. Он лично подготовил 30 кандидатов и докторов наук.

Свой богатый опыт педагога и воспитателя Санжарбек Бакирович изложил в книгах «Педагогика в высшей медицинской школе», «Саморегуляция и навыки умственного труда студентов вузов», в двух главах учебника «Основы физиологии человека» для высших учебных заведений СНГ (1994г.).

С.Б. Данияров – автор более 280 научных трудов, включая 8 монографий. Признанием его научного вклада стало присуждение ему с группой ученых в 1996г. высокого звания Лауреата Государственной премии Кыргызской Республики в области науки и техники.

Он являлся активным организатором и участником многих международных конференций, симпозиумов, съездов, выступал с сообщениями на Международных конгрессах физиологов в Нью – Дели (1974г.), Париже (1977г.), Будапеште (1980г.), Сиднее (1983г.), на I Конференции радиобиологов социалистических стран. Его доклад был заслушан на VI Международном Конгрессе по радиационным исследованиям (Япония).

За обширные радиобиологические исследования нового направления, разработку различных аспектов высокогорной адаптации профессор Данияров С.Б. в 1979г. был избран член - корреспондентом АН Киргизской ССР, а в 1989г. – академиком НАН Кыргызской Республики.

Большие заслуги Даниярова С.Б. перед народом и государством отмечены орденами «Знак Почета», «Дружбы народов», «Трудового Красного Знамени», двумя медалями СССР, медалью «Данк», Орденом «Манас» 3 степени, Почетными грамотами Правительства КР, Министерства здравоохранения, Министерства образования и культуры.

Гуманитарные и профессиональные достижения С.Б. Даниярова получили достойную оценку и за рубежом: в 2000 году он стал членом Комитета советников по исследованиям Американского биографического Института и получил почетную Золотую медаль тысячелетия.

Многоплановой была общественная деятельность С. Б. Даниярова. Он многие годы возглавлял Кыргызское отделение общества физиологов, а также был членом Центрального Совета Всесоюзного общества имени И.П. Павлова, членом Научного совета АН СССР по радиобиологии и проблемам физиологии человека и животных, член редколлегии и редакционного совета ведущих медицинских журналов. Как крупный специалист – радиобиолог он активно участвовал в деятельности Международного движения «Врачи мира за предотвращение ядерной войны», был сопредседателем Кыргызского комитета ВПЯВ, участником V (Будапешт) и VII (Москва) Конгрессов ВМПЯВ.

С.Б. Данияров многократно избирался депутатом районных и городских Советов, дважды - народным депутатом Верховного Совета Киргизской ССР, возглавлял Постоянную комиссию по здравоохранению, более 20 лет являлся народным заседателем Верховного Суда СССР.

Светлая память о незаурядном педагоге, талантливом ученом, настоящем интеллигенте и патриоте своей страны навсегда сохранится в наших сердцах.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНТЕРОВИРУСНЫХ И МЕНИНГОКОККОВЫХ МЕНИНГИТОВ

Джолбунова З.К.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, кафедра детских инфекционных болезней, Республиканская клиническая инфекционная больница, Бишкек

Резюме: в работе проведен анализ клинико-эпидемиологических особенностей менингитов энтеровирусной и менингококковой этиологии у детей.

Ключевые слова: дети, энтеровирусный менингит, менингококковый менингит, клиника, диагностика.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PECULIARITY OF MENINGITIS OF ENTEROVIRAL AND MENINGOCOCCAL ETIOLOGY IN CHILDREN

Djolbunova Z.K.

Kyrgyz State Medical Academy, Chair of Child Infectious Diseases, Republic clinical infection hospital, Bishkek

Abstract: The article describes about clinical and epidemiological peculiarities of aseptic meningitis of enteroviral and meningococcal etiology in children

Key words: children, meningitis of enteroviral etiology, meningococcal meningitis, clinical manifestation, diagnostic.

ЭНТЕРОВИРУСТУК ЖАНА МЕНИНГОКОКК МЕНИНГИТИНИН КЛИНИКАЛЫК ЖАНА ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК МҮНӨЗДӨМӨСҮ

Джолбунова З.К.

И.К.Ахунбаев атындагы КММА балдардын жугуштуу оорулар кафедрасы, Республикалык клиникалык жугуштуу оорулардын бейтапканасы, Бишкек.

Корутунду: Бул илимий иликтөөдө балдарда отүчү, энтеровирустук жана менингококк менингитинин клиникасы жана алардын эпидемиологиясынын өзгөчүлүктөрүнүн аныктоосу жүргүзүлгөн.

Ачкыч сздору: балдар энтеровирустук менингит, менингококк менингити, клиника, аныктамоо.

Введение.

Наиболее актуальными как во всем мире, так и в Кыргызстане являются нейроинфекции, которые способствуют развитию гидроцефалии, парезов, параличей, отставанию в психомоторном развитии, декорткации головного мозга [1,3].

В структуре нейроинфекций ведущее место занимают менингиты энтеровирусной этиологии и острые бактериальные менингиты менинго-

кокковой этиологии [1,2]. Актуальность данной проблемы в настоящее время определяется и тем, что отсутствует вакцинация при энтеровирусной инфекции, а имеющиеся вакцины при менингококковой инфекции, не входят в календарь профилактических прививок, что затрудняет управление за уровнем заболеваемости [3,4]. Целью настоящей работы являлось изучение клинико-эпидемиологических особенностей ме-

ингитов энтеровирусной и менингококковой этиологии.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 137 детей, больных серозными менингитами энтеровирусной (ЭМ) этиологии - (I группа) и 138 детей больных менингококковым менингитом (ММ) - (II группа) в возрасте от 0 до 14 лет, которые были госпитализированы в Республиканскую клиническую инфекционную больницу (РКИБ). Применялись общеклинические, вирусологические и бактериологические методы исследования.

Проведенные вирусологические исследования клинического материала больных с серозными менингитами позволили определить, что этиология эпидемической заболеваемости обусловлена энтеровирусами группы ЕСНО-30, частота вы-

деления которых колебалась в пределах 31%.

В результате бактериологического исследования ликвора, крови, слизи из носоглотки, диагноз менингококковой инфекции был подтвержден в 24,0% случаев. Низкая этиологическая расшифровка свидетельствует о нестойкости *Neisseria meningitidis* во внешней среде, а также недостаточных возможностях бактериологической лаборатории.

Статистическая обработка проводилась по программе SPSS-11.

Результаты и обсуждение.

При изучении возрастной структуры обследованных больных (рис.1), менингиты менингококковой этиологии, в основном, развивались у детей раннего возраста в 53,2% случаях, а серозные менингиты энтеровирусной этиологии в 75,2% случаях у детей старшего возраста.



Рис. 1. Возрастная структура детей, больных ЭМ и ММ

Большинство наблюдаемых нами детей (67,1%-69,0%) были городскими жителями, иногородние дети и временно проживающие (мигранты) составили (32,9%-28,0%), т. е. каждый третий ребенок имел неблагоприятные социально-бытовые условия.

Подъем заболеваемости энтеровирусной инфекцией был отмечен с апреля по июль в 58,3%

случаях, менингококковой инфекцией ноябрь-декабрь – 23,4% и с марта по май месяцы - 38,8% (рис.2).

Следует отметить, что заболеваемость менингококковой инфекцией была обусловлена в основном *Neisseria meningitidis* серогруппы «А» в 60,1% и «В» 27,2% случаях.



Рис. 2. Сезонность заболеваемости у наблюдаемых больных

Анализ анамнестических данных больных в сравниваемых группах позволил выявить отягощенный преморбидный фон: внутричерепную гипертензию (ВЧГ) в 8,0%; 13,3% случаев соответственно, анемию – 5,8%; 6,9%, гипотрофию – 2,2%; 3,7%, раннее искусственное вскармливание – (5,84, 5,9%) случаях. Паратрофия выявлена у 6,4% детей с менингококковым менингитом (ММ), а перенесенная черепно-мозговая травма была у 4,4% детей школьного возраста, больных энтеровирусным менингитом (ЭМ).

Независимо от этиологии большинство детей (60,4%; 65,4%) поступило в инфекционный стационар на первый (16,8%; 16,0%) и второй (44,5%; 49,5%) день болезни. Позднее поступление отмечено в 38,7%; 34,6% случаев, что способствовало неблагоприятному течению болезни.

Скорой медицинской помощью были доставлены в РКИБ 29,2%; 68,1% больных. Минуту при приеме отделение, сразу в отделение реанимации госпитализированы 14,6%; 52,0% детей, которые нуждались в интенсивной неотложной помощи. Из других стационаров поступило 18,2%; 17,0%

больных. Поликлиниками города (ЦСМ) были направлены 40,9%; 15,0% детей, из них в 21,4%; 35,7% случаях дети получали, амбулаторное лечение по поводу острых респираторных вирусных и острых кишечных инфекций – (пенициллин, амоксициллин в течение 2-6 дней). Без направления врачей поступило 7,3%; 5,9% детей и амбулаторно-диагностическим отделением РКИБ были направлены на госпитализацию 4,4% детей с энтеровирусной инфекцией.

Всем детям I группы был выставлен клинический диагноз «серозный менингит энтеровирусной этиологии». А во II группе больных анализ структуры генерализованных форм менингококковой инфекции показал, что наиболее часто у 82 (59,4%) больных встречалась комбинация менингита с менингококкемией.

Тяжелая форма болезни преобладала у детей с менингококковым менингитом в 78% случаях, среднетяжелая форма диагностирована в 22% случаях. А у больных серозным менингитом энтеровирусной этиологии соотношение тяжелых и среднетяжелых форм было одинаковым (Рис.3).

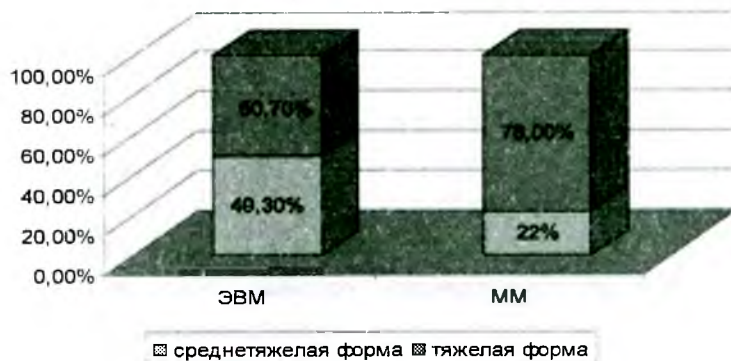


Рис. 3. Распределение больных менингитами по тяжести.

Клиническая картина менингита энтеровирусной и менингококковой этиологии характеризовалась острым началом болезни и повышением температуры тела до 37,0-38,90С в 78,2%; 22% случаях. Повышение температуры тела выше 390С достоверно чаще отмечалось у детей II группы (78%), что свидетельствовало о более тяжелом течении менингококкового менингита ($P<0,05$).

Такие симптомы, как рвота, судороги, сыпь,

очаговая симптоматика достоверно ($P<0,05$) чаще наблюдались и дольше сохранялись у больных менингококковым менингитом (таблица 1,2). В то же время головная боль чаще отмечалась у больных энтеровирусным менингитом ($P<0,05$). Вероятно, это связано с тем, что энтеровирусным менингитом чаще болели дети старшего возраста в 75,2% случаев, которые могли указать на данный субъективный симптом.

Таблица 1

Сравнение частоты симптомов менингитов энтеровирусной и менингококковой этиологии

Клинические симптомы	Энтеровирусный менингит	Менингококковый менингит	P
Менингеальные знаки	95,6±1,7%	94,4±1,9%	$P>0,05$
Рвота	89,9±1,8%	98,6±0,9%	$P<0,05$
Гиперестезия	28,3±8,3%	40,2±6,4%	$P>0,05$
Судороги	8,3±2,7%	22,2±3,2%	$P<0,05$
Головная боль	86,8±3,6%	22,9±3,1%	$P<0,05$
Беспокойство	58,8±4,4%	55,5±0,8%	$P<0,05$
Сыпь	5,8±1,7%	71,5±4,4%	$P<0,05$
Отек мозга	6,5±1,4%	46,5±1,1%	$P<0,05$
Очаговая симптоматика	2,2±0,7%	9,1±1,3%	$P<0,05$

Как правило, ликвор при менингококковом менингите имел гнойный характер изменений с клеточно-белковой диссоциацией, преобладали нейтрофилы, что достоверно отличалось от изменений в ликворе при энтеровирусном менингите ($P<0,05$). У больных энтеровирусным менингитом ликвор имел серозный характер (цитоз был двухзначным и представлен лимфоцитами). Снижение сахара в ликворе, повышения белка, у больных ММ указывали на тяжесть болезни и вероятность развития осложнений.

Выводы:

1. Менингококковым менингитом, болеют преимущественно дети раннего возраста (53,2%). Серозным менингитом энтеровирусной этиологии чаще болеют дети старшего возраста (75,2%).
2. Генерализованные формы менингококковой инфекции в основном протекают в тяжелой форме (78,0%) с развитием осложнений (63,0%). Тогда как, у больных серозным менингитом энтеровирусной этиологии соотношение тяжелых и среднетяжелых форм одинаковы и осложнения развиваются в 15,3% случаях.
3. Поражение ЦНС при энтеровирусной и менингококковой инфекции обуславливают тяжесть болезни и риск неблагоприятного исхода, особенно у детей раннего возраста с отягощенным преморбидным фоном, а именно перенесших гипоксически-ишемическую и травматическую

энцефалопатию, внутриутробные инфекции.

4. При энтеровирусном менингите не следует делать контрольную спинномозговую пункцию, так как санация ликвора происходит через 3-4 недели.

5. Этиологическая расшифровка возбудителя менингитов и менингоэнцефалитов способствует объективному прогнозу течения болезни, назначению адекватной этиотропной и патогенетической терапии и снижению летальности.

Литература:

1. Скрипченко Н.В., Иванова М.В., Иванова Г.П. и др. // Актуальные проблемы инфекционных заболеваний нервной системы у детей. Ж. Педиатрия.-2007.-Т.86. -№1.-С.101-102.
2. Городнова Е.А., Пак С.Г., Малов В.А. и др. // Клинико-патологическое исследование протеина у больных с генерализованной формой менингококковой инфекцией. Ж. Вестник Российской академии медицинских наук.-2004.-№6.-С.8-9.
3. Конев К.И., Скрипченко Н.В., Росин Ю.А. и др. // Детские инфекции.- 2004.-№3(8).- С. 11-15.
4. Конев К.И. // Роль ликворологических и гемодинамических нарушений в генезе серозных менингитов у детей: Автореф. дисс. канд. мед. наук. СПб., 2004. -22 с.

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ЦНС У ДЕТЕЙ ПРИ СИНДРОМЕ РЕЯ И ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ (ОПЭ)

Джолбунова З.К.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, кафедра детских инфекционных болезней, Республиканская клиническая инфекционная больница. Бишкек

Резюме: В работе проведен анализ особенностей поражения ЦНС у детей, умерших от синдрома Рея и ОПЭ.
Ключевые слова: синдром Рея, отек мозга, печеночная энцефалопатия, дети, летальность.

PECULIARITY DEFEAT OF CNS AT CHILDREN OF REYE'S SYNDROME AND ACUTE HEPATIC ENCEPHALOPATHY

Djolbunova Z.K.

Kyrgyz State Medical Academy, Dept of Child Infectious Diseases, Republic clinical infection hospital, Bishkek

Summary: In the article were analyzed of features of defeat CNS at children who have died of a syndrome the Reye's and acute hepatic encephalopathy is carried out.

Key words: the Reye's syndrome, edema of the brain, hepatic encephalopathy, children, lethality.

БАЛДАРДЫН РЕЙ СИНДРОМУНУН ЖАНА БООРДУН ОТКУР (КУРЧ) ЭНЦЕФАЛОПАТИЯСЫНЫН НАТЫЙЖАСЫНДАГЫ БОРБОРДУК НЕРВ СИСТЕМАСЫНЫН ЖАБЫРКООСУНУН ОЗГӨЧӨЛҮКТОРУ

Джолбунова З.К.

Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, балдар жугуштуу оорулар кафедрасы, Республикалык жугуштуу оорулар бейтапканасы, Бишкек ш.

Корутунду: Балдардын Рей синдромунун жана боордун откур (курч) энцефалопатиясынын натыйжасындагы борбордук нерв системасынын жабыркоосунун өзгөчөлүктөрү аныкталган.

Ачкыч сөздөр: жансыз ымыркай балдар, мээнин шишиги, Рей синдрому, боордун откур (курч) энцефалопатиясы, балдар.

Введение

Отек головного мозга (ОГМ) является одним из наиболее опасных осложнений, которое развивается при различных инфекционных заболеваниях, в частности при синдроме Рея и острой печеночной энцефалопатии. Основными универсальными патофизиологическими компонентами ОГМ являются: нарушение ауторегуляции мозгового кровообращения, что приводит к гипоксии клеток с метаболическими нарушениями. Ведущую роль в повреждении головного мозга

при синдроме Рея и ОПЭ является токсическое действие аммиака, который накапливается в крови в результате гибели гепатоцитов и нарушения выделительной функции почек [1,2].

Вирусные гепатиты рассматриваются ВОЗ как серьезная проблема, что обусловлено их глобальным распространением, тяжелым течением с развитием фульминантной формы (ОПЭ), которая приводит к летальному исходу болезни [1,2]. В настоящее время смертность от синдрома Рея также остается высокой, этиология дан-

ного синдрома окончательно не установлена, но определенную роль играют вирусы (респираторные вирусы, энтеровирусы и др.), а также лекарственные препараты, содержащие ацетилсалициловую кислоту. Синдром Рея является патологоанатомическим диагнозом. Специфического средства от синдрома Рея не существует, поэтому большую роль играет раннее выявление и своевременное лечение. Однако, шансы больного на выживание определяются не лечением, а тяжестью поражения печени и ЦНС [3,4].

Целью данного исследования явилось изучение основных особенностей течения острых инфекционных заболеваний у детей, сопровождающихся развитием синдрома Рея и острой печеночной энцефалопатией (ОПЭ).

Материалы и методы исследования.

В работе проведен анализ 79 историй болезни умерших детей, находившихся под наблюдением в Республиканской клинической инфекционной больнице г.Бишкек с острыми инфекционными заболеваниями, сопровождающимися развитием синдрома Рея и острой печеночной энцефалопатией за период с 2004 по 2011 годы. Морфологи-

ческие изменения ЦНС подтверждены результатами патологоанатомического исследования.

Умершие дети были разделены на 2 группы: 1 группа – 51 больной с синдромом Рея, 2 группа – 28 детей с фульминантными формами острых вирусных гепатитов, сопровождающимися острой печеночной энцефалопатией.

Всем умершим больным были проведены общеклинические, биохимические и дополнительные методы обследования. По показаниям проводилось исследование свертывающей системы крови, белковой фракции, креатинина, остаточного азота и др. показателей. Лабораторная расшифровка острых вирусных гепатитов проводилась с помощью серологических (ИФА) исследований, имела подтверждение у 16 (57,1%) умерших больных. Статистическая обработка данных проведена с помощью компьютерной программы SPSS.

Результаты и обсуждение.

При изучении возрастной структуры умерших больных синдромом Рея в основном, развивался у (90,2%) детей раннего возраста, а ОПЭ (71,4%) детей старшего возраста (рис.1)

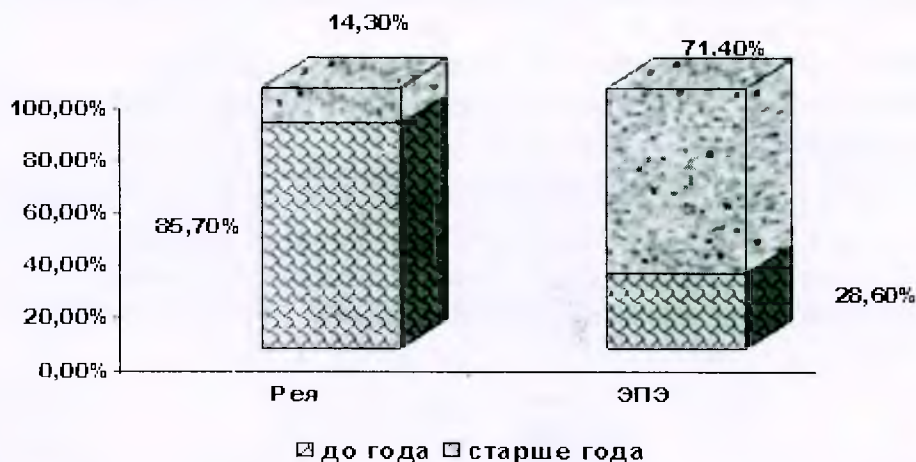


Рис.1 Возрастная структура умерших детей с синдромом Рея и ОПЭ.

Большинство умерших детей были из малообеспеченных семей 70,0%; 75,0%, где родители не имели постоянного места работы.

Сезонность инфекционного заболевания сопровождающегося синдромом Рея и ОПЭ в целом зависела от особенностей эпидемического процесса. Умершие больные поступали в инфекционный стационар в течение всего года.

Необходимо отметить, что каждый второй больной, умерший от фульминантной формы острых вирусных гепатитов в анамнезе получал парентеральные вмешательства в течение последних 6 месяцев по поводу различных заболеваний, обследований (в/м инъекции, сдавал анализы). В 14,3% случаев имели контакт с больными вирусным гепатитом.

Выявленный отягощенный преморбидный фон умерших больных оказывал негативное влияние на течение основного заболевания, и возможно, сыграл важную роль в развитии неблагоприятного исхода болезни. Так, наличие анемии отмечено у умерших детей в 75,0%, 32,1% случаях, перинатальная патология ЦНС – 25,0%, 24,9%. Иммунодефицитное состояние (ИДС) в 67,8%; 17,0% случаях, достоверно чаще ($P<0,05$) отмечалось у больных с синдромом Рея, у которых также были выявлены гипотрофия в 53,6% и внутриутробные инфекции в 32,1% случаях.

Умершие дети поступали в поздние сроки на 6,2±1,2, 11,6±2,9 день от начала основного заболевания из-за недооценки тяжести их состояния участковыми врачами и родителями. Чем старше возраст детей, тем позднее они поступали в

стационар ($r=+0,4$). Досуточная летальность составила всего 24,0%; 25,0% случаев, остальные 76,0%; 75,0% детей в сравниваемых группах находились в отделение реанимации в среднем 6,1±1,2, 3,1±0,3 дней ($P<0,05$). Также получена корреляционная связь между возрастом умерших детей и длительностью пребывания их в отделении РИТ ($r=-0,4$), т.е., чем меньше возраст детей, тем длительнее они находились в отделении РИТ.

Анализ спектра клинического диагноза умерших больных с синдромом Рея показал, что основной процент составили дети с течением острой кишечной инфекции (ОКИ), острой респираторной вирусной инфекцией (ОРИ), а также сочетанием ОРВИ и пневмонии (рис. 2).

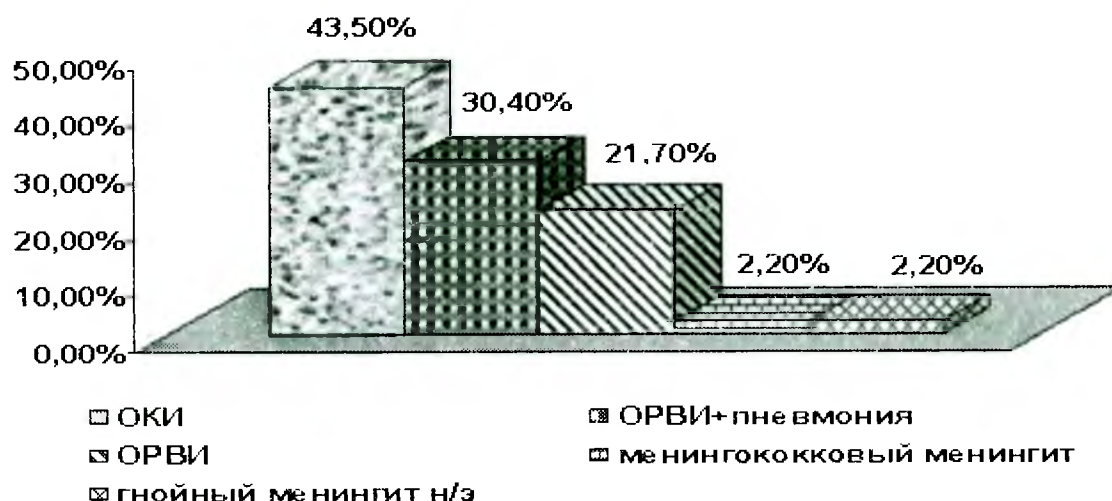


Рис. 2. Спектр клинических диагнозов у умерших больных с синдромом Рея

Основную структуру клинических форм острого вирусного гепатита, завершившихся летальным исходом, составили неverified вирусные гепатиты в 78,6% случаях (рис. 3), что возможно обусловлено низкой этиологической расшифровкой ВГ, а также высокой досуточной летальностью больных.

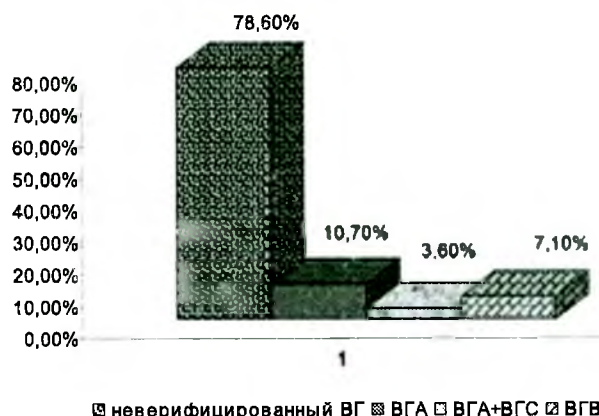


Рис.3. Клинические формы ОВГ с летальным исходом

При патологоанатомическом исследовании умерших детей, выявлен ряд изменений со стороны внутренних органов. Так, достоверно ($P<0.05$) чаще у детей с синдромом Рея было отмечено: поражение со стороны респираторной системы в $85,7\pm 7,1\%$; $17,8\pm 2,2\%$ случаях, поражение желудочно-кишечного тракта – $64,3\pm 5,7\%$; $10,7\pm 5,3\%$, иммунодефицитное состояние (гипоплазия надпочечников, аплазия тимуса, тимомегалия, морфологическая незрелость внутренних органов, ВУИ, анемия и др.) – $80,4\pm 6,4\%$; $17,8\pm 2,2\%$ случаях. А также у этих больных, в $78,5\%$ случаев констатирована жировая дистрофия печени, а у детей, умерших от ОПЭ – острая печеночно-клеточная недостаточность с полиорганными поражениями различных органов.

Ведущим неотложным синдромом у всех умерших был отек головного мозга (ОГМ), который развивался на $5,7\pm 1,9$; $13,0\pm 3,0$ день от начала болезни и сохранялся в течение $5,9\pm 0,6$; $2,8\pm 0,9$. На фоне отека головного мозга у умерших детей был выявлен ДВС синдром в $71,1\%$; $100,0\%$ случаях и тяжелая дыхательная недостаточность (ДН) – $88,9\%$; $100,0\%$. Необходимо отметить, что у больных с синдромом Рея, ДН развивалась на фоне тяжелой вирусно-бактериальной пневмонии, а у большинства ($82,1\%$) больных с ОПЭ дыхательная недостаточность была токсического генеза. Также у 12 ($24,4\%$) умерших детей с синдромом Рея было выявлено тяжелое обезвоживание и ИТШ в $8,9\%$ случаях.

У всех детей, в сравниваемых группах, основное заболевание протекало в тяжелой фор-

ме ($100,0\%$). Начало заболевания, как правило, было острым, с выраженных симптомов интоксикации. Максимальная температура тела в среднем составляла ($38,6\pm 0,90^\circ\text{C}$; $37,8\pm 1,10^\circ\text{C}$), а продолжительность лихорадочного периода была $5,9\pm 1,9$; $6,1\pm 0,3$ дней, ($P>0.05$).

В клинической картине у детей, умерших от ОВГ начальный (преджелтушный) период был короткий от 2-х до 4-х дней, что свидетельствовало о злокачественной форме острого вирусного гепатита. На высоте желтухи симптомы интоксикации были максимально выражены. Достоверно ($P<0.05$) чаще наблюдались и дольше сохранялись такие клинические проявления, как рвота в $56,9\pm 5,3$; $89,3\pm 5,0\%$ и беспокойство – $64,7\pm 5,7\%$; $85,7\pm 5,0\%$ случаях (табл.1). Выявлена положительная корреляционная связь между продолжительностью интоксикации и возрастом ребенка ($r=0,5$). У 11 ($39,3\%$) больных, отмечалось уменьшение размеров печени (синдром «пустого» подреберья), отечно-асцитический синдром у 8 ($28,6\%$) больных. Это свидетельствует о развитии острой печеночно-клеточной недостаточности (массивный цитоллиз).

При анализе частоты симптомов болезни на фоне синдрома Рея (табл.1), достоверно ($P<0.05$) чаще наблюдались и дольше сохранялись такие клинические проявления, как нарушение гемодинамики в $94,1\pm 7,0\%$; $14,3\pm 4,6\%$ случаях и проявления отека головного мозга: судороги в $41,2\pm 4,5\%$; $7,1\pm 1,3\%$, положительные менингеальные симптомы $15,7\pm 2,8\%$ случаях.

Таблица 1
Сравнение частоты симптомов болезни на фоне синдрома Рея и ОПЭ

Клинические симптомы	Синдром Рея	ОПЭ	P
Нарушение гемодинамики	$94,1\pm 7,0\%$	$44,3\pm 4,6\%$	$P<0,05$
Рвота	$56,9\pm 5,3\%$	$89,3\pm 5,0\%$	$P<0,05$
Гиперестезия	$3,9\pm 1,3\%$	$3,6\pm 1,2\%$	$P>0,05$
Судороги	$41,2\pm 4,5\%$	$7,1\pm 1,3\%$	$P<0,05$
Беспокойство	$64,7\pm 5,7\%$	$85,7\pm 5,0\%$	$P<0,05$

Лабораторное исследование периферического анализа крови у умерших детей в сравниваемых группах, не выявило достоверных ($P>0,05$) различий, отмечено: резкое падение гемоглобина $89,8\pm11,7$ г/л; 116 ± 31 г/л, количества эритроцитов $2,8\pm0,4$; $3,4\pm1,0\times10^{12}$, рост лейкоцитоза $8,7\pm0,9$; $13,8\pm3,4\times10^9$ и повышение СОЭ $35,0\pm11,6$; $23,8\pm5,0$ мм/ч.

Биохимическое исследование крови выявило низкий уровень средних показателей общего белка ($54,4\pm9,4$ г/л; $56\pm10,0$ г/л), фибриногена ($238,0\pm71,0$; $273,0\pm98,4$), протромбинового индекса ($71,1\pm12,5$; $38,6\pm13,0$), сахара крови ($4,6\pm0,86$; $3,0\pm0,3$ г/л). В то же время отмечались высокие показатели уровня мочевины в крови ($20,0\pm1,4$; $19,8\pm4,0$ ммоль/л), остаточного азота ($51,0\pm2,8$; $38\pm9,6$ ммоль/л) и креатинина ($252,0\pm9,3$; $168\pm37,6$ мкмоль/л). Достоверно ($P<0,05$) продолжительным было протромбиновое время ($16,0\pm5,3$; $54,4\pm18,0$) у детей с ОПЭ.

Таким образом, резкое падение гемоглобина, эритроцитов в периферической крови, снижение протромбинового индекса, увеличение протромбинового времени у умерших детей в сравниваемых группах подтверждает развитие ДВС синдрома. А также высокий уровень общего билирубина ($234\pm74,0$ ммоль/л) и повышение непрямого билирубина ($103\pm36,3$ ммоль/л), ммоль/л у больных с ОПЭ свидетельствуют о злокачественном течении острого вирусного гепатита.

Количество койко-дней, проведенное больными в стационаре, составило ($6,1\pm2,2$; $5,7\pm0,9$ дней). Все наблюдаемые нами случаи течения острого инфекционного заболевания, в том числе острые вирусные гепатиты, сопровождающиеся развитием синдрома Рея и ОПЭ имели неблагоприятный, летальный исход.

Таким образом, проведенный анализ летальных исходов у детей с синдромом Рея и ОПЭ на фоне различных инфекционных заболеваний, в том числе острых вирусных гепатитов показал, что основными причинами смерти согласно результатам патологоанатомического исследования, был генерализованный отек мозга. Поэтому необходим дальнейший поиск путей совершенствования как патогенетической, так и синдромальной терапии.

Литература:

1. Шанин В.Ю. Патифизиология критических состояний /СПб: ЭЛБИ- СПб - 2003 - 44 с
2. Цодикова Г.В., Богомолова П.О. /Печеночная энцефалопатия: патофизиологические аспекты терапии/ РМЖ. Болезни органов пищеварения. 2003 - №5 - стр. 76-80.
3. Bzduch V, Behulova D, Lehnert W et al, Metabolic cause of Reye-like syndrome //Bratisl Lek Listy 2001, 102(9) 427-9
4. Clark I, Whitten R, Molyneux M, Taylor T, Saicylates, nitric oxide, malaria, and Reye's syndrome// Lancet 2001 Feb 24, 357(9256). 625-7

ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ КОНСТРУКЦИЙ ВИНТОВЫХ ЗУБНЫХ ИМПЛАНТАТОВ ПРИ ЧАСТИЧНОЙ И ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ

А.А. Калбаев

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, кафедра ортопедической стоматологии

Резюме: зубная имплантация является одним из современных и перспективных методов восстановления утраченных зубов. В настоящей научной статье даны клинические результаты применения различных по конструкции винтовых зубных имплантатов для устранения частичной и полной потери зубов на челюстях. Для выполнения поставленной цели 199 больным было оказано имплантационное лечение с применением зубных имплантатов. В процессе имплантационного лечения были использованы 4 разных конструкции зубных имплантатов. В результате проведенного ортопедического лечения больных с применением имплантатов получены положительные клинические данные.

Ключевые слова: винтовые имплантаты, имплантационное лечение, синус-лифтинг, одноступенчатая операция, двухступенчатая операция.

THE USE OF DIFFERENT CONSTRUCTIONS OF SCREW DENTAL IMPLANTS IN PARTIAL AND TOTAL LOSS OF TEETH

A.A. Kalbaev.

Kyrgyz state medical academy named after I. K. Akhunbaev, orthopedic stomatology chair

Tooth implantology is one of the modern and perspective methods of restoration of lost teeth. Clinical results of using different constructional screw dental implants for removing partial and total teeth loss are given in this article. To fulfill this purpose 1999 patients were given implant treatment using teeth implants. During implant treatment 4 varieties of teeth implants were used. As a result of orthopedic treatment of patients using implants we get positive clinical data.

ЖАРЫМ ЖАРТЫЛАЙ ЖАНА ТОЛУК ТИШИ ЖОК ЖААКТАРГА БУРАМА ИМПЛАНТАТТАРДЫН ТҮРДҮҮ КОНСТРУКЦИЯСЫН КОЛДОНУУ

Калбаев А.А.

*И.К.Ахунбаев атындагы Кызгыз мамлекеттик медициналык академиясы.
Ортопедиялык стоматология кафедрасы*

Тиш имплантаттарды колдонуу менен жоготулган тиштерди калыбына келтирүү азыркы учурда заманбап жана перспективдүү ыкма болуп эсептелет. Бул илимий макалада ар түрдүү конструкциядагы бурама имплантаттарды колдонуу менен жарым жартылай же толук тиши жок жаактарды калыбына келтирүүдө алынган клиникалык натыйжалар берилген. Алдыга коюлган максаттарды аткаруу үчүн 199 орукчанга имплантаттарды колдонуу менен дарылоо корсетүлгөн. Имплантаттарды колдонуу менен дарылоо учурунда 4 түрдүү имплантаттар колдонулган.

Жүргүзүлгөн ортопедиялык дарылоонун негизинде жакшы клиникалык натыйжалар алынган.

Общезвестно, что для устранения дефектов зубных рядов используются различные конструкции несъемных и съемных зубных протезов. Многих больных, особенно молодого возраста, съемные протезы не удовлетворяют в функциональном и особенно в моральном от-

ношении. При полной утрате зубов, а также частичных дефектах зубных рядов большой протяженностью с выраженной атрофией костных структур, надежды на восстановление функции зубочелюстной системы традиционными конструкциями съемных протезов практически не-

возможно (Параскевич В. Л., 2001, Кулаков А. А., 2006).

В настоящее время в мировой практике ортопедической стоматологии накоплен достаточный опыт протезирования больных с полной и частичной утратой зубов различными конструкциями съемных, несъемных протезов, а также с опорой на зубные имплантаты различных конструкций (Миргазизов М. З., Олесова В. Н. 2000, Гветадзе Р. Ш., 2001; Матвеева А. И., Дадальян В.В. 2007, Bubbush Ch., 2001; Palty et al. 2002; Pikos M. 2004).

В связи с этим целью данного исследования явилось обобщение полученных клинических результатов после применения разных по кон-

струкции винтовых дентальных имплантатов при восстановлении частичной и полной потери зубов.

Материалы и методы.

Для имплантационного лечения больных с частичной и полной потерей зубов на челюстях нами были использованы система винтовых имплантатов компании MEGA GEN Южная Корея (регистрационное удостоверение ПМТ-2008-211 КР № 0837). На имплантационное лечение принято 199 больных: из них 113 женщин и 86 мужчин с различными дефектами зубных рядов. Сроки наблюдения за больными составили от 1 до 6 лет. Распределение больных по полу и возрастному показателю приведено в таблице 1

Таблица 1

Распределение больных, принятых на имплантационное лечение по полу и возрасту

Возраст Пол	До 20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	Старше 70	Всего
Муж.		7	19	29	23	6	2	86
Жен.		10	14	46	33	10		113
		17 8,6%	33 16,6%	75 37,6%	56 28,2%	16 8,0%	2 1,1%	199 100%

Как видно из таблицы 1 основную долю принятых на имплантационное лечение больных составили 75 человек (37,6%) в возрасте 40-49 лет. Больных в возрасте 50-59 лет было 56 человек, что составляет 28,2% от общего количества. В возрастной группе 30-39 лет имплантационное лечение получили 33 человека (16,6%), и 17 человек в возрасте от 20 до 29 лет, что составляет 8,6% от общего количества. В возрастной группе 60-69 лет лечение получили 16 больных, что составило 8,0%. Меньше всего было принято больных в возрасте старше 70 лет 2 человека (1%). В возрастной группе до 20 лет имплантационное лечение не проводилось

Для имплантационного лечения больных были использованы винтовые имплантаты. Установление имплантатов осуществлялось по одноэтапной и двухэтапной методике, а также методом непосредственной имплантации. Некоторым больным по клиническим показаниям установление имплантатов производили без отслоения слизисто-надкостничного лоскута. При значительной атрофии кости на верхней челюсти проводили операцию синус-лифтинг с одномоментным установлением имплантатов. В таблице 2 показаны виды произведенных операций по установлению имплантатов на челюстях.

Таблица 2

Виды произведенных операций по установлению винтовых имплантатов

Виды опера- ций Колич-во	Одноэтапная операция	Двухэтапная операция	Sin lift	Без отслоения лоскута	Немедленная имплантация	Всего
В/ч	17	115	9	1	20	162
Н/ч	34	81		3	20	138
Всего	51	196	9	4	40	300

Как видно из данных таблицы 2 больше всего применялся двухэтапный метод установления имплантатов. В процессе лечения больных с различными дефектами зубных рядов нами были использованы 4 разновидности (табл.3) имплантатов системы MEGA GEN.

Таблица 3

Распределение различных по конструкции имплантатов на челюстях

Конструкция Место распол	Ex Feel external	Ex Feel internal	Intermezzo	EZ plus	Всего
Верхняя челюсть	123	41	27	21	212
	58,02%	19,34%	12,74%	9,91%	100,00%
Нижняя челюсть	100	99	49	20	268
	37,31%	36,94%	18,28%	7,46%	100,00%
Всего	223	140	76	41	480

При имплантационном лечении больных с частичной и полной потерей зубов больше всего было использованы имплантаты Ex Feel external. Их общее количество составило 223: из них 123 на верхней и 100 на нижней челюстях. Данный имплантат в основном предназначен для двухэтапной имплантации. Отличительной особенностью этой разновидности имплантата является наружное расположение противоротационного шестигранника, т.е. шестигранник расположен на ортопедической платформе.

Теперь рассмотрим клиническое применение имплантатов конструкции Ex Feel internal. Конструктивной особенностью данного имплантата является то, что его антиротационное устройство расположено внутри самого имплантата и не возвышается над уровнем ортопедической платформы.

В таблице 3 показаны все данные использования этого вида имплантата. Всего их было установлено 140 имплантатов: из них - 99 на нижней челюсти, 41- на верхней челюсти.

Следующий имплантат из системы MEGA GEN под названием EZ plus представляет собой винтовой имплантат корневидной формы с внутренним расположением антиротационного элемента. Всего для замещения дефектов зубных рядов из этой серии был использовано 41 имплантат. Из них на верхней челюсти установ-

лен 21 имплантат и на нижней челюсти 20 имплантатов. В таблице 3 показаны данные применения имплантатов конструкции EZ plus.

Для временной реабилитации больных с полной потерей зубов, а также при большом количестве отсутствующих зубов на челюстях, используются съемные или несъемные протезы, фиксированные на временных имплантатах. В нашей работе были использованы временные имплантаты Intermezzo компании Mega Gen (Южная Корея), а также изготовлены несъемные временные ортопедические конструкции с опорой на эти имплантаты для обеспечения временной реабилитации больных с полной потерей зубов и при значительных дефектах зубных рядов на протяжении всего периода имплантационного лечения. Всего было установлено 76 имплантатов конструкции Intermezzo. Из них на верхней челюсти 27 и на нижней челюсти 49 имплантатов. В таблице 3 представлены виды и количество имплантатов установленных на верхней и нижней челюсти.

Полученные результаты и их обсуждение

В процессе имплантационного лечения больных были обнаружены некоторые осложнения. Виды осложнений, с которыми мы столкнулись по ходу лечения наших больных, приведены в таблице 4



Таблица 4

Осложнения при применении различных конструкций зубных имплантатов

Конструкция	Ex Feel external		Ex Feel internal		EZ plus		Intermezzo		ВСЕГО
Виды осложнений	в.ч.	н.ч.	в.ч.	н.ч.	в.ч.	н.ч.	в.ч.	н.ч.	
Выпадение имплантата	3		2	4		1	1	2	13
%%	23,1%		15,4%	30,8%		7,7%	7,7%	15,4%	100,0%
Перелом имплантата							2	1	3
%%							66,7%	33,3%	100,0%
Перелом формирователя	1								1
%%	100,0%								100,0%
Раскручивание фиксирующего винта				3					3
%%				100,0%					100,0%
Скол керамики			2						2
%%			100,0%						100,0%
Перфорация гайморовой пазухи	1								1
%%	100,0%								100,0%
Расцементировка коронки	2								2
%%	100,0%								100,0%
ВСЕГО	7		4	7		1	3	3	25
%%	28,0%		16,0%	28,0%		4,0%	12,0%	12,0%	100,0%

Как видно из таблицы 4 основным видом осложнения из числа обследованных и пролеченных нами больных является выпадение имплантата. Остальные виды осложнений примерно одинаковы. По двухэтапной методике всего было установлено 425 имплантатов, из них 4 имплантата не интегрировались. Из 4 не интегрированных имплантатов были: 3 имплантата конструкции Ex Feel external, 1 EZ plus. Причинами выпадения 3 имплантатов конструкции Ex Feel external были неудовлетворительная первичная стабилизация и недостаточное вылушивание гранулемы и других воспалительных тканей из лунки удаленного зуба при немедленной имплантации. В третьем случае причиной выпадения имплантата явилась перегрев кости во время создания костной лунки. Один имплантат конструкции EZ plus дестабилизировался по всей вероятности из-за ошибки создания костной лунки не соответствующего по размеру выбранного имплантата. В данном случае удовлетворительная первичная стабилизация имплантата не достигнута, а попытка обеспечения стабилизации путем раз-

мещения костнопластического материала в пространство между имплантатом и костью не дала желаемого результата. По одноэтапной методике произведена 51 операция и были установлены 216 имплантатов конструкции Ex Feel internal и Intermezzo. Из них 5 имплантатов Ex Feel internal и 3 имплантата Intermezzo по разным причинам не интегрировались. Анализ данных лечения наших больных с частичной и полной потерей зубов на челюстях, с применением винтовых имплантатов установленных по двухэтапной методике показывает лучшие результаты по сравнению с одноэтапной методикой операции.

Имплантаты конструкции Intermezzo по назначению, как одноэтапные были использованы в качестве временных и постоянных имплантатов. В ходе имплантационного лечения таких имплантаты были установлены 76 больным. Все имплантаты конструкции Intermezzo, которые были использованы в качестве временных имплантатов, были удалены перед проведением ортопедического этапа имплантационного лечения. Как показали результаты собственные

клинических исследований, количество устанавливаемых имплантатов на верхней челюсти при полной потере зубов должно быть не менее 4 - 6 штук в зависимости от качества костной ткани. На нижней челюсти 4 временных имплантата могут обеспечить опорную функцию для мостовидного протеза в течение остеоинтеграционного периода имплантационного лечения. Из всех имплантатов Intermezzo, установленных в качестве временных 3 имплантата были удалены из-за их значительной подвижности. В основном были удалены имплантаты с верхней челюсти. Причинами удаления (несостоятельности) этих имплантатов послужили недостаточное их количество, недостаточная плотность кости верхней челюсти и неадекватная большая нагрузка на них.

Перелом имплантата наблюдался в 4 случаях. Все эти имплантаты были конструкции Intermezzo, и они использовались для замещения одиночно отсутствующих передних зубов. В двух случаях имплантаты Intermezzo диаметром 3,1мм и длиной 13,0мм были установлены на места отсутствующих центральных резцов верхней челюсти. Один из этих двух имплантатов сломался через год после окончательного протезирования, а другой через четыре года эксплуатации. В одном случае имплантат диаметром 3,1мм и длиной 15,0мм в проекции отсутствующего 33 зуба сломался через 3 года функционирования. Другой имплантат на нижней челюсти при восстановлении 32 зуба сломался через 3 месяца после протезирования. При выяснении причин перелома имплантатов было выявлено, что все больные первоначально заметили вестибулярный наклон зуба. Два больных самостоятельно выправили положения зуба самостоятельно, но через некоторое время вновь обнаружили повторный наклон. При повторной попытке исправить положение зуба, имплантат сломался. Один из больных обратился к нам сразу при обнаружении наклона зуба с опорой на имплантат в проекции отсутствующего 33 зуба. При осмотре выявлен наклон коронковой части 33 зуба в вестибулярном направлении. Попытка исправить положение данного зуба врачом привела к перелому имплантата в области шейки.

Четвертый пациент обратился к нам уже со сломанным имплантатом. Нужно отметить, что во всех случаях перелом имплантата происходил в области шейки, где конструктивно предусмотрено сужение. На наш взгляд данное место является слабым. С другой стороны большой объем центральных резцов и клыка при откусывании пищи оказывает чрезмерную нагрузку на шейку этой конструкции имплантатов. В - третьих имплантаты Intermezzo изготовлены из технически чистого титана, который имеет значительную пластичность и по этой причине прогибается. В остальных случаях имплантаты конструкции Intermezzo, которые были, использованы в качестве постоянных при восстановлении утраченных нижних резцов дали, хорошие клинические результаты. Следует отметить, что в большинстве случаев искусственные коронки на имплантатах конструкции Intermezzo были спаянные. Следовательно, они могли противостоять значительным нагрузкам при функционировании.

Выводы

1. Результаты клинических исследований показали, что наиболее эффективным является двухэтапный метод имплантации дали лучшие результаты.
2. По данным наших исследований на имплантационное лечение больше обращаются больные в возрасте от 40 до 49 лет (37%).
3. Временные имплантаты конструкции intermezzo могут быть использованы в качестве постоянных имплантатов для восстановления только нижних резцов.
4. В ходе имплантационного лечения больных чаще всего были использованы имплантаты Ex Feel external, которые дали лучшие клинические результаты.
5. Использование временных имплантатов intermezzo в период имплантационного лечения обеспечивает лучший реабилитационный эффект по сравнению с другими видами протезов.

Заключение

При правильном выборе винтовых имплантатов различных конструкций в зависимости от клинических условий челюстей можно получить хорошие результаты имплантационного лечения

Список литературы

- 1 Гветадзе Р.Ш. Клинико-функциональное и биомеханическое обоснование ортопедических методов лечения больных в дентальной имплантологии. Дис. ... д-ра мед. Наук – М., 2001 – 335 с.
- 2 Кулаков А.А. Хирургические аспекты реабилитации больных с дефектами зубных рядов при использовании различных систем зубных имплантатов. В кн.: Клиническая имплантология: теория и практика / Под ред. проф. А.А. Кулакова. – М.: «Эслан», 2006. – 368 с., ил.;
- 3.Миргазизов М.З., Олесова В.Н. Реабилитация стоматологических больных с использованием метода дентальной имплантации: Метод. Рекомендации. – М., 2000.
- 4.Матвеева А.И., Дадаляян В.В. Метод восстановления жевательной функции при протезировании с использованием имплантатов // Материалы XVII и XVIII Всероссийских научно-практических конференций и I Общоевропейского стоматологического конгресса. - М., 2007 – С. 130-133
- 5 Параскевич В. Л. Дентальная имплантология: Основы теории и практики. Минск, 2002
- 6.Palty et al Implants and overdentures: the osseointegrated approach with conventional and compromised applications // Int. J Oral Maxillofac. Implants. – 2002. – Vol. 1(2) – P. 93-99;
- 7 Pikos M. Rekonstrution of advanced mandibular resorption with both subperiosteal and root-form implants // Implant. Dent. – 2004. – Vol 7, № 2. – P. 94-102.
- 8.Babbush C.A. Dental Implants: The Art and Science Saunders. – 2001. bisphosphonates: prevalence, risk factors, and clinical characteristics. Clin.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАЗНЫХ МЕТОДОВ ИМПЛАНТАЦИИ

А.А. Калбаев

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К.Ахунбаева, кафедра ортопедической стоматологии, город Бишкек

Резюме: в зависимости от клинических условий полости рта установление винтовых зубных имплантатов производится разными методами. Клинико-экономическое обоснование наиболее оптимального метода оперативного вмешательства является актуальной задачей в стоматологии. В настоящей научной статье проведено исследование затрат медикаментов, расходных материалов и времени для проведения сравнимых оперативных вмешательств. В результате проведенных исследований выявлено преимущество метода с применением особо широких имплантатов.

COMPARATIVE CLINICO- ECONOMIC ANALYSIS OF DIFFERENT METHODS OF SCREW IMPLANTS

A.A. Kalbaev.

Kyrgyz state medical academy named after I. K. Akhunbaev. Orthopedic stomatology chair.

Resume: placing of screw dental implants is carried out by different methods depending on clinical state of oral cavity. Clinico-economic basis of the most optimal method of surgical intervention is the essential task in stomatology. Investigation of medicaments, material expenses and time for comparative surgical intervention are given in this article. As result of this investigation it is found the advantage of wide implants use.

АР ТҮРКҮН ИМПЛАНТАЦИЯ ЫКМАЛАРЫН КЛИНИКО-ЭКОНО- МИКАЛЫК ЖАКТАН САЛЫШТЫРМАЛАП АНАЛИЗДӨӨ

Калбаев А.А.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, ортопедиялык стоматология кафедрасы

Ооз кондойунун клиникалык шарттарына байланыштуу бурама тиш имплантаттарын орнотуу ар түркүн ыкмалар менен иш жүзүндө ашырылат. Оперативдик кийлигишуунун эн оптималдуу ыкмасын негиздөө стоматологияда актуалдуу маселе болуп эсептелет. Бул илимий макалада салыштырылып жаткан оперативдик кийлигишуулорго кеткен дары дармектердин, керектелүүчү материалдардын жана бакыттын сарпатышы изилденген. Жүргүзүлгөн изилдөөлөрдүн негизинде озгочо жазы имплантаттады колдонуу ыкмасынын артыкчылыгы айкындалган.

Известно, что основной проблемой при имплантации в боковых отделах верхней челюсти является недостаточный объем костной ткани при значительной атрофии альвеолярного отростка или низком расположении верхнечелюстной пазухи. Для установления зубных имплантатов в такой ситуации применяется операция синус-лифтинг т.е. поднятие дна верхнечелюстной пазухи [1,2,3,4,].

Существуют два метода операции синус-лифтинга: открытый и закрытый. Закрытый метод

применяется при наличии костной ткани 5-7мм на дне верхнечелюстной пазухи в вертикальном направлении. Через сформированное для имплантата костное ложе в проекции дна пазухи с помощью остеотомов, надламывается ее стенка, т.е. дно и перемещается вглубь. Остеотропным материалом заполняют дефект кости и устанавливают имплантат.

Сущность открытого метода состоит в создании овального костного окошка на передней стенке верхнечелюстной пазухи и подня-

тии образовавшегося костного фрагмента со слизистой оболочкой пазухи вверх. При этом образуется новый уровень дна пазухи, и образовавшееся пространство заполняется костно-пластическим материалом. Отверстие на передней стенке пазухи закрывают мембраной. Установление имплантата может осуществляться одновременно с синус-лифтингом или отсроченно в зависимости от клинических условий.

В своей практической деятельности при наличии костной ткани на дне верхнечелюстной пазухи 5-7мм мы применяем имплантаты с особо широким диаметром без операции синус-лифтинг. На наш взгляд данный способ установления имплантатов является относительно простым в исполнении, требует меньше времени и менее затратным в материальном отношении.

В связи с этим мы перед собой поставили цель изучить в сравнительном аспекте затрат времени и материальные затраты на проведение вышеперечисленных методов имплантации.

Материал и методы.

Нами изучена сравнительная клиническая оценка материальных затрат и затрат времени на проведение разных методов оперативного вмешательства. Для сравнения взяты операция мягкий синус-лифтинг, открытый синус-лифтинг и имплантация особо широких имплантатов при одинаковых условиях атрофии кости.

Для чистоты сравнения больные были подобраны так, что по результатам изучения ортопантограммы (ОПТГ) челюстей и диагностических моделей объем кости составил в вертикальном направлении 6 мм, а в горизонтальном не более 7мм. При наличии объема костной ткани в таких размерах можно провести любой из вышеперечисленных операций.

В таблице 1 показано количество манипуляций, сравниваемых методов имплантаций. Бесспорным является тот факт, что для осуществления операции открытый синус-лифтинг проводится последовательно девять манипуляций. Причем некоторые манипуляции такие, как создание окошка на передней стенке гайморовой полости, отслойка и поднятие её слизистой оболочки требуют большой концентрации внимания врача и, времени.

При проведении операции мягкий синус-лифтинг количество манипуляций меньше и составляет всего семь. Важным моментом при осуществлении данной операции является пробивание дна полости остеотомом, и эта манипуляция производится с большой осторожностью.

Число манипуляций ощутимо меньше и составляет всего пять при проведении операции по третьей методике. Следует отметить, что создание искусственного костного ложа под особо широкие имплантаты осуществляется методом применения трепан. Преимущество данной техники очевидно потому, что исключается поэтапное сверление кости до достижения необходимого размера искусственной лунки. С помощью трепана можно создать лунку за один прием. При этом нужно выбирать такой трепан диаметр, которого должно быть на 0,5-1,0 мм меньше, чем диаметр выбранного имплантата. Любая операция по-своему является определенной степени травматичной, поэтому минимизация инвазивности оперативного вмешательства порождает поиск новых методов. С этой точки зрения использование широких имплантатов в некоторых клинических ситуациях является предпочтительной.

Определенный интерес представляет изучение затрат времени для проведения и сравнения различных методов оперативных вмешательств. В таблице 1 показаны примерные затраты времени на осуществление вышеперечисленных операций в минутах. С целью получения объективных данных затрат времени на осуществление разных по методике операций, нами произведен хронометраж девяти операций, т.е. по три из каждой и все операции производились одним и тем же врачом. Оперативное вмешательство производил опытный врач, имеющий стаж работы не менее 10 лет. Условия для проведения операции были аналогичными. Из таблицы 2 видно, что на осуществление операции открытый синус-лифтинг было затрачено 24,75 минуты, а для проведения операции мягкий синус-лифтинг понадобилось 16,05 минут. В то же время для инсталляции особо широкого имплантата всего затрачено 13,05 минут.

Таблица 1
Затраты времени на проведение различных методов операций

Виды операций	Открытый	Мягкий	Использование
Перечень проводимых манипуляций	Синус-лифтинг	Синус-лифтинг	широких имплантатов
1.обезболивание	5	5	5
2.отслоение слизисто-надкостничного лоскута	3,14	3,11	3,00
3.создание окошка на передней стенке гаймаровой полости	1,15	-	-
4.отслоение слизистой оболочки гаймаровой полости	2,15	-	-
5.заполнение полости необходимым материалом	3,13	-	-
6.формирование костной лунки под имплантаты	1,36	1,36	0,36
7.инсталляция имплантатов	1,52	1,43	1,36
8.закрытие окошка мембраной и её фиксация	1,08	-	-
9.поднятие дна полости остеотомом и её заполнение необходимым материалом	-	2,36	-
10.укладка лоскута и наложение швов	6,22	3,37	3,33
11.Всего	24,75	16,63	13,05

При проведении операции открытый синус-лифтинг врач проводит последовательно девять манипуляций, а для осуществления операции мягкий синус-лифтинг - шесть. Меньше всего проводится манипуляции для установления особо широких имплантатов их всего пять. Следовательно, если исходить из количества проведенных манипуляций больше всего времени затрачено на осуществление операции открытый синус-лифтинг.

Из таблицы 1 видно, что для осуществления

операции открытый синус-лифтинг в среднем затрачено 24,75 мин., а для операции мягкий синус-лифтинг и использования широких имплантатов - 16,63 и 13,05 мин. соответственно.

Естественно, что полученные результаты не являются стандартными для всех врачей-имплантологов. Потому что на скорость проведения операции влияют множества факторов. К этим факторам можно отнести: опыт и производительность труда оператора, налаженная работа операционной группы, наличие необхо-

димых инструментов, поведение больного на операционном столе, клинические условия полости рта и др.

При оперативном лечении одной и той же болезни разными методами может потребоваться различные затраты: прямые медицинские, прямые немедицинские, косвенные и нематериальные затраты. Для клинико-экономического анализа трех сравниваемых оперативных вмешательств, т.е. открытый, закрытый синус-лифтинг и использование широких имплантатов мы выделили следующие виды затрат.

Прямые медицинские затраты: 1.диагностические модели, 2. ортопантомография, 3.компьютерная томография, 4.проведение различных анализов крови, 5.анестетики, 6.физраствор, 7.остеопластические материалы, 8.изолирующая мембрана, 9.фиксирующие микровинты для мембраны, 10.шовные материалы, 11.противовоспалительные препараты, 12.антибиотики, 13.антисептические растворы для полоскания.

Прямые немедицинские затраты: - затраты на перемещение пациентов (личным или общественным транспортом).

Косвенные затраты: - затраты за период отсутствия пациента на рабочем месте.

При анализе различных материальных затрат на проведение трех сравниваемых оперативных вмешательств становится ясным необходимость больших затрат при проведении операции открытый синус-лифтинг. Данный вид оперативного вмешательства требует не только больших материальных затрат, но и значительно больше времени отсутствия больного на рабочем месте. Средний срок отсутствия таких больных на рабочем месте в среднем составляет одну неделю. Немаловажным является тот факт, что больные перенесшие операцию открытый синус-лифтинг до начала второго этапа имплантационного лечения вынуждены ждать более восьми

месяцев. Конечно, этот временной фактор является существенным недостатком данного метода операции. Временная нетрудоспособность больного после проведения данной операции влечет за собой еще косвенные затраты. В таблице 2 приведены материальные затраты для проведения трех сравниваемых оперативных вмешательств.

Для проведения сравниваемых операций были использованы медикаменты и другие расходные материалы, зарегистрированные в департаменте лекарственного обеспечения и медицинской техники МЗ КР. В нашей работе мы приводим данные по использованию тех медикаментов и расходных материалов, без которых невозможно осуществление вышеперечисленных операций.

Расходы, связанные со стерилизацией инструментов и перевязочных материалов мы не учитывали, поскольку они являются одинаковыми для всех видов сравниваемых оперативных вмешательств.

Как показывают данные таблицы 2 для осуществления операции открытый синус-лифтинг затрачено от 356,6 до 562,1 долл. США на приобретение расходных материалов и медикаментов. При выполнении операции мягкий синус-лифтинг на приобретение необходимых медикаментов и расходных материалов потребовалось от 223,5 до 355,0 долларов. Меньше всего денежных средств было затрачено для имплантации особо широких имплантатов, и оно составило от 248,5 до 249 долларов. В процентном отношении денежные затраты на проведении сравниваемых операций выглядит следующим образом. Если взять затраты на проведения операции открытый синус - лифтинг за 100%, то для установления особо широких имплантатов расходы составили на 31-56% меньше.

Таблица 2

Сравнение затрат расходных материалов на проведение разных методов имплантации при значительной атрофии кости на верхней челюсти (в долларах США).

Название операции	Открытый Синус- лифтинг	Мягкий Синус- лифтинг	Предлагаемый способ
Название расходных материалов			
1.рассасывающаяся мембрана	105-175		
2.шовный материал	2-2,5	2-2,5	2
3.нерассасывающаяся мембрана			
4.заменители костной ткани	115-225	115-225	--
5.фиксаторы мембраны	25-30	--	--
6.имплантаты с регулярным диаметром	100-120	100-120	--
7.имплантаты с широким диаметром	--	--	240
8. анестетики	1	0,5	0,5
9 физраствор	2	1	1
10. противовоспалительные препараты	0,5	0,5	0,5
11.антибиотики	1,6	--	
12.антисептики для полоскания.	4,5	4,5	4,5
Всего	356,6-562,1	223,5- 354,0	248,5

При сравнении с операцией мягкий синус – лифтинг затраты, связанные с приобретением медикаментов и материалов меньше на 30 %. Следует отметить, что кроме выше перечисленных затрат для осуществления операций открытый и мягкий синус – лифтинг потребуются еще специальные наборы инструментов. Цена этих инструментов составляет от 1500 до 2000 долларов США. Мы в своих исследованиях стоимость этих инструментов не учитывали по той причине, что они являются многократно используемыми. Нужно отметить, что для установления

имплантатов с особо широким диаметром дорогостоящие специальные инструменты не применяются.

Обсуждение полученных результатов.

Сравнение проводимых манипуляций во время операций указывает на преимущество третьего метода имплантации, где их количество составляет всего пять. Чем больше количество проведенных манипуляций, тем больше времени требуется для их осуществления. По этому показателю для операции открытый синус-лифтинг затрачено 24,75 минут. В то время для

проведения операций мягкий синус-лифтинг и имплантации особо широких имплантатов потребовались 16,63 и 13,05 минут соответственно.

Рассмотрение денежных затрат на приобретение медикаментов и расходных материалов по данным наших исследований показало значительную дешевизну третьего способа операции, т.е. применение имплантатов с особо широким диаметром. Для установки имплантатов с особо широким диаметром суммарно требуется 248,5 долларов, что составляет 31-56 % от стоимости операции открытый синус-лифтинг и 30% от стоимости операции мягкий синус-лифтинг. Следовательно, в плане материальных затрат применение имплантатов с особо широким диаметром при значительной атрофии кости является более чем предпочтительным. Таким образом, сравнительный анализ полученных данных по вышеперечисленным критериям показал, что применение имплантатов с особо широким диаметром при значительной

атрофии кости имеет наилучшие результаты и имеет хорошую перспективу для клинического использования.

Список использованной литературы

1. Кулаков А.А., Федоровская Л.Н., Амхадова М.А. Увеличение объема костной ткани альвеолярного отростка при его атрофии на этапах зубной имплантации. // Проблемы стоматологии. – 2001. №4(14). С.69-72.
2. Параскевич В.Л. Дентальная имплантология Основы теории и практики. 2-е издание: – Москва; МИА, 2006. – 399 с.
3. Робустова Т.Г. Имплантация зубов. Хирургические аспекты. – Москва: Медицина, 2003. – 557 с.
4. Тимофеев А.А., Мазен Штай Тамими, Рольф Волмер, Мартина Волмер. Дополнительные операции на верхней челюсти при внутрикостной дентальной имплантации // Современная стоматология. – 2004. №2. С.20-25.

НЕРАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АНТИПСИХОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ, КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Галако Т.И., Зурдинов А.З., Зубарева М.В.

*Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кыргызско-Российский Славянский Университет, Бишкек, Кыргызстан*

Резюме. В статье изложены вопросы нерационального использования антипсихотических средств и финансовых затрат на медикаментозное лечение пациентов с расстройствами шизофренического спектра в условиях стационара с учетом проблемы клинической резистентности.

Ключевые слова: антипсихотические средства, нерациональное использование антипсихотических средств, клиническая резистентность

АНТИПСИХОТИКАЛЫК ДАРМЕКТЕРДИ РАЦИОНАЛДЫК ЭМЕС КОЛДОНУУСУ ШИЗОФРЕНИЯ СПЕКТРИНДЕ ООРУГАН ООРУУЛАРЫН КЛИНИКАЛЫК РЕЗИСТЕНТТИККЕ АЛЫП КЕЛ ИЧҮҮ ФАКТОРУ

Галако Т.И., Зурдинов А.З., Зубарева М.В.

*И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академия,
Кыргыз Россия Славян Университети, Бишкек, Кыргызстан*

Корутунду. Макалда шизофрения пациенттеринин стационардык шартта антипсихотикалык дармектердин рационалдык эмес колдонулушу жана финансылык корутулар жөнүндө маселелери каралган, клиникалык резистенттик көйгөлдөрдүн эсеби менен

Негизги сөздөр: антипсихотикалык дармектери, антипсихотикалык дармектердин рационалдык эмес колдонулушу, клиникалык резистенттиги.

IRRATIONAL USE OF ANTIPSYCHOTIC DRUGS, AS THE FACTOR OF FORMATION OF CLINICAL RESISTANCE AT PATIENTS WITH DISORDERS OF SCHIZOPHRENIC SPECTROTYPE

Галако Т.И., Зурдинов А.З., Зубарева М.В.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Kyrgyz Russian Slavic University, Bishkek city, Kyrgyzstan

Abstract. The article reads on issues related to inefficient use of antipsychotic drugs and incurred financial expenditures on medicated inpatient treatment of patients with disorders of schizophrenic spectrottype accounting for risks of clinical resistance.

Keywords: antipsychotic drugs, inefficient use of antipsychotic drugs, clinical resistance

Поиск путей оптимального использования финансовых ресурсов, направленных на улучшение функционирования системы здравоохранения, на сегодняшний день является проблемой многих стран мира. Это обусловлено ярко выраженной диспропорцией между ограниченными финансовыми возможностями и постоянно увеличивающимися государствен-

ными затратами на медицинскую помощь населению. В научной литературе, посвященной фармакоэкономическим исследованиям, выделяют следующие факторы, способствующие росту затрат на здравоохранение [1-5]:

-старение населения,

-увеличение спектра и стоимости медицинских услуг и их территориальная недоступ-

ность;

-изменения в образе жизни населения, связанные с распространением факторов риска (курение, злоупотребление алкоголем) и социально обусловленные заболевания;

-возрастание общеобразовательного и жизненного уровня населения, который требует предоставления полного спектра медицинских услуг в комфортных условиях;

-рост цен на лекарственные препараты и средства медицинской помощи;

-низкая платежеспособность части населения;

-недостаточный уровень работы системы здравоохранения (например, отсутствие профилактических мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний).

Считается, что одним из подходов, позволяющих снизить и сделать более целенаправленными бюджетные затраты на здравоохранение, является проведение фармакоэкономических исследований. Научные изыскания в этой области должны быть направлены на поиск оптимальных вариантов фармакотерапии и диагностики заболеваний с учетом оценки клинических результатов (эффективности и безопасности) и затратности альтернативных медицинских технологий.

Оценку лекарственного препарата или схемы лечения с позиций безопасности, терапевтической и экономической эффективности в фармакоэкономике проводят при помощи известных параметров [1,3].

Фармакоэкономические исследования представляют интерес не только для государства, но также для самого больного и других участников фармацевтического рынка. Эти исследования необходимы для снижения стоимости лечения; сокращения сроков лечения, уменьшения случаев хронификации заболеваний; снижения

количества побочных эффектов и повышения эффективности терапии [2].

Проблема рационального использования лекарственных средств особенно актуальна для психиатрической службы нашей страны, где с одной стороны, бюджетное финансирование психиатрии является недостаточным, а с другой – продолжают использоваться малоэффективные лекарственные средства. Для совершенствования лекарственного обеспечения необходим анализ использования имеющихся в арсенале психотропных препаратов.

Исходя из вышесказанного, была определена цель исследования – проведение анализа использования лекарственных средств, применявшихся для лечения шизофрении и близких к ней расстройств, в Республиканском центре психического здоровья (РЦПЗ) МЗ КР (2008 и 2009гг.) для выявления нерационального применения антипсихотических препаратов. В соответствии с целью были поставлены следующие задачи:

- изучить динамику пролеченных в РЦПЗ пациентов с диагнозами из рубрик F2 (шизофрения и близких к ней расстройств), F06.0 (органический галлюциноз), F06.2(органическое шизофреноподобное расстройство);

- провести сравнительный анализ расхода препаратов, использованных для лечения пациентов с вышеуказанными диагнозами;

- провести сравнительный анализ стоимости лекарственных препаратов, использованных в РЦПЗ для лечения отмеченных категорий пациентов.

Результаты изучения динамики количества пролеченных пациентов с анализируемыми диагнозами в соответствии с первой задачей, представлены на рис.1

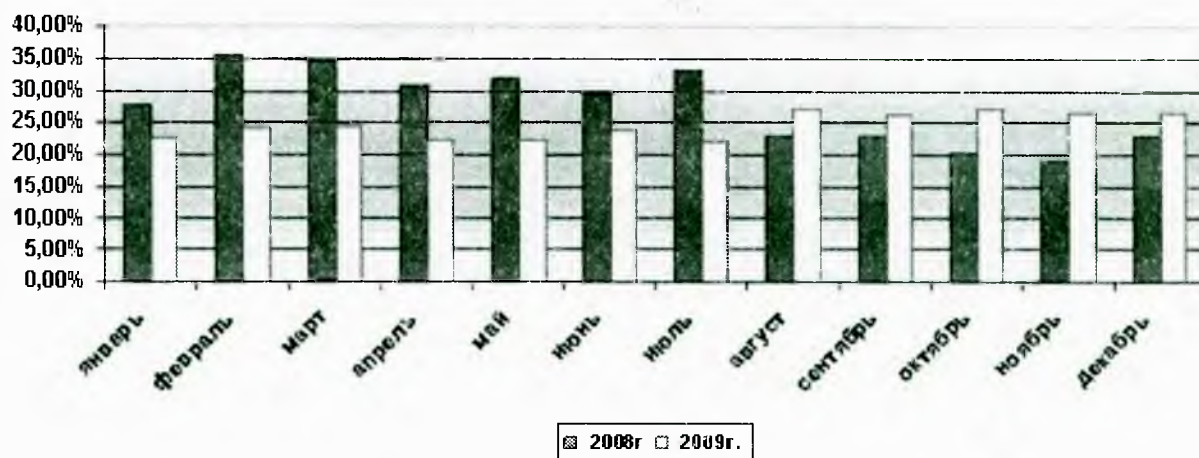


Рис.1 Динамика процентного соотношения пролеченных в РЦПЗ пациентов с диагнозами из рубрик F2, F06.0. , F06.2. за 2008 и 2009 гг. (в%).

Из рисунка 1 следует, что в 2008г удельный вес пациентов с вышеуказанными расстройствами от общего количества больных РЦПЗ выше с первого по седьмой месяц, тогда как в 2009 году наибольшее количество больных отмечается с восьмого по двенадцатый месяцы. Необходимо также обратить внимание на выраженность общих изменений в динамике, представленной на рисунке. В 2008 году они более выражены, чем в 2009 году. С 8-го по 12-й месяцы 2009г количество пациентов с перечисленными выше расстройствами оставалось практически стабильным. Эти показатели можно объяснить, на наш взгляд, такими факторами, как проведение ремонтных работ в отделениях, нежеланием родственников забирать пациентов-хроников домой, а также резистентностью к проводимой терапии.

В указанный период в РЦПЗ имелись следующие бюджетные препараты, используемые для лечения шизофрении и близких к ней расстройств: клозапин, хлорпромазин, галоперидол,

трифлуоперазин.

Как известно, все перечисленные препараты обладают доказательной эффективностью в отношении симптомов шизофрении, соответственно являются действенными препаратами. Однако по уровню доказательности препаратом первого выбора является клозапин, поскольку, как атипичный антипсихотик, действует и на позитивные и на негативные симптомы заболевания и соответствует двухцелевой модели терапевтического воздействия. Классических антипсихотических средств по ассортименту гораздо больше, однако они соответствуют моноцелевой терапии, которая ограничивается купированием острых проявлений заболевания и неспособна справиться с задачей замедления прогрессирования такого заболевания, как шизофрения [3].

На рисунке 2 представлена динамика расхода антипсихотических препаратов за 2008г в целом по РЦПЗ.

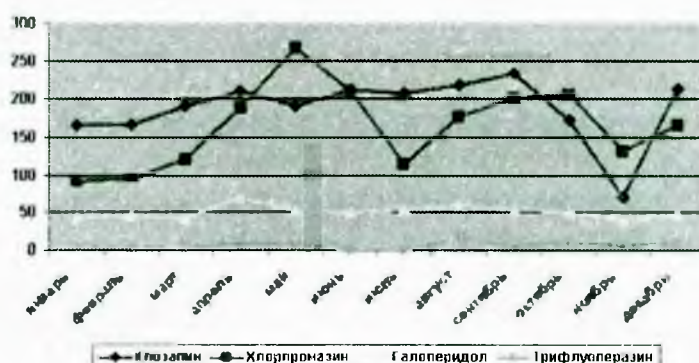


Рис. 2 Показатели использования антипсихотических препаратов за 2008г. в РЦПЗ (в граммах).

Из рисунка видно, что основными препаратами, имеющими самый большой расход по массе использованного лекарственного средства, являлись клозапин и хлорпромазин. Пик использования хлорпромазина - 267,5г приходился на период с апреля по июнь, а минимально он назначался в период с января по март (90,5-120г.). Клозапин по массе использования оставался достаточно стабильным вплоть до ноября 2008г, когда его масса снизилась до 171,5 г. Максимальное использование препарата отмечалось в сентябре, его масса в этом месяце составила 233,75г.

Подобную динамику можно объяснить тем, что поступление пациентов в состоянии острого психомоторного возбуждения в эти месяцы ниже, чем в остальные. Устойчивыми в отношении массы оставались такие препараты, как галоперидол и трифлуоперазин. Колебания массы галоперидола находились в пределах от 39,5г до 69,92г, трифлуоперазина - в пределах от 0,2г до 15,5г. По-видимому, это связано с тем, что количество больных в апреле и мае возрастало, в

том числе и пациентов с диагнозами из рубрики F06. Эта категория пациентов хуже переносит галоперидол за счет органического поражения головного мозга. В августе и сентябре представленность пациентов с диагнозами из рубрики F2 оставалась стабильной, что может рассматриваться как проявление резистентности к терапии. В мае и июне наблюдался рост числа пациентов с диагнозами из рубрик F2 -206 человек, F06.0., F06.2. — 20 человек, что вызвало высокий уровень расхода в эти месяцы хлорпромазина. Стабильность массы галоперидола вероятно обусловлена тем, что в большинстве случаев он назначается в комбинации с клозапином и при этом корректируется в основном доза клозапина. Кроме того, галоперидол имеет инъекционную форму, что облегчает первичное ведение пациента, хотя в дальнейшем ведущая роль в проведении терапии все же отводится клозапину.

Результаты анализа использования указанных лекарственных препаратов на рисунке 3

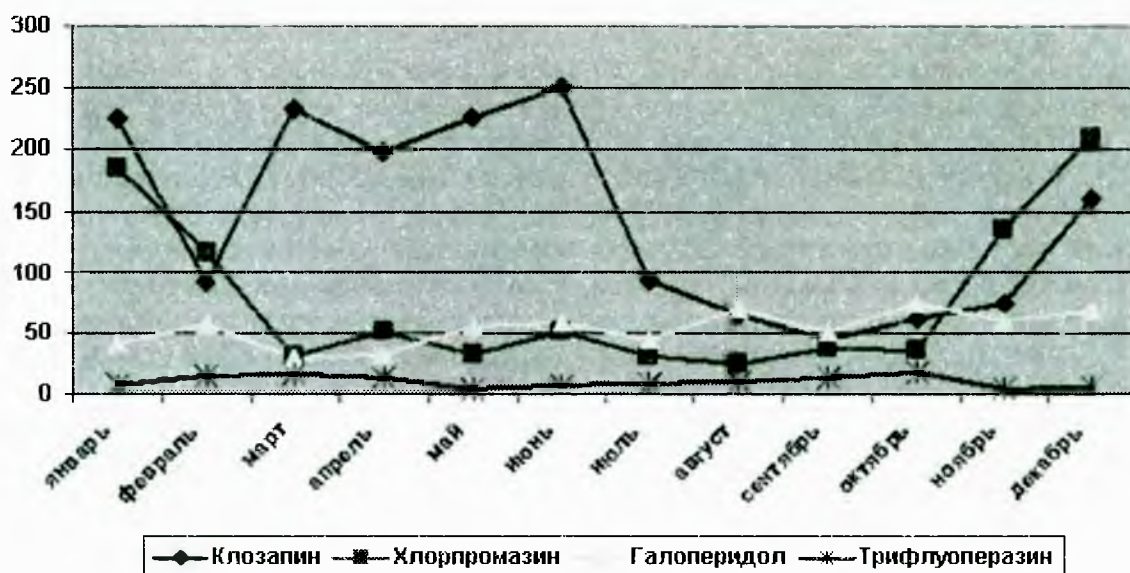


Рис.3 Показатели общего использования антипсихотических препаратов за 2009г. в РЦПЗ (в граммах).

Данные, представленные на рисунке 3, показывают, что ведущее место по расходу занимал клозапин, остальные антипсихотические средства использовались в небольших количествах. Наибольший расход клозапина приходился на июль - 250г. Резкое падение массы клозапина отмечалось в июле и достигло своего минимального значения — 40г в сентябре.

Динамика расхода трифлуоперазина практи-

чески не отличалась от тех показателей, которые имели место в 2008 году. Наибольшее использование трифлуоперазина приходилось на октябрь и составляло 18,5 г. Общая масса хлорпромазина с марта по октябрь не превышала 50г, но с ноября по декабрь его расход увеличился до 210г. Достаточно стабильным оставалось использование галоперидола, масса которого достигала в октябре своего максимального значения — 74,5г.

С июля месяца наблюдалось сокращение использования всех антипсихотических препаратов, что связано с уменьшением числа пациентов, находящихся на лечении в РЦПЗ. В октябре количество пациентов начинало нарастать, что привело к резкому увеличению расхода хлорпромазина и клозапина. Масса трифлуоперазина, достигнув своего максимума в октябре (18,5г), затем резко снизилась в 3 раза, что очевидно обусловлено численностью пациентов.

Как известно, фактическое потребление психотропных средств в отдельном лечебно-профилактическом учреждении может быть выражено

в установленных средних суточных дозах, применяемых по основному показанию у взрослых. В данном случае эта величина является фиксированной и не зависящей от отпускной цены лекарственного средства [1].

Достаточно показательными получились результаты при расчете удельной массы препаратов с учетом того, что все они приходились бы только для лечения пациентов с диагнозами из рубрик F2, F06.0 и F06.2 в РЦПЗ в 2008г, т.е. не использовались бы для лечения психотических расстройств при других заболеваниях (рис 4).

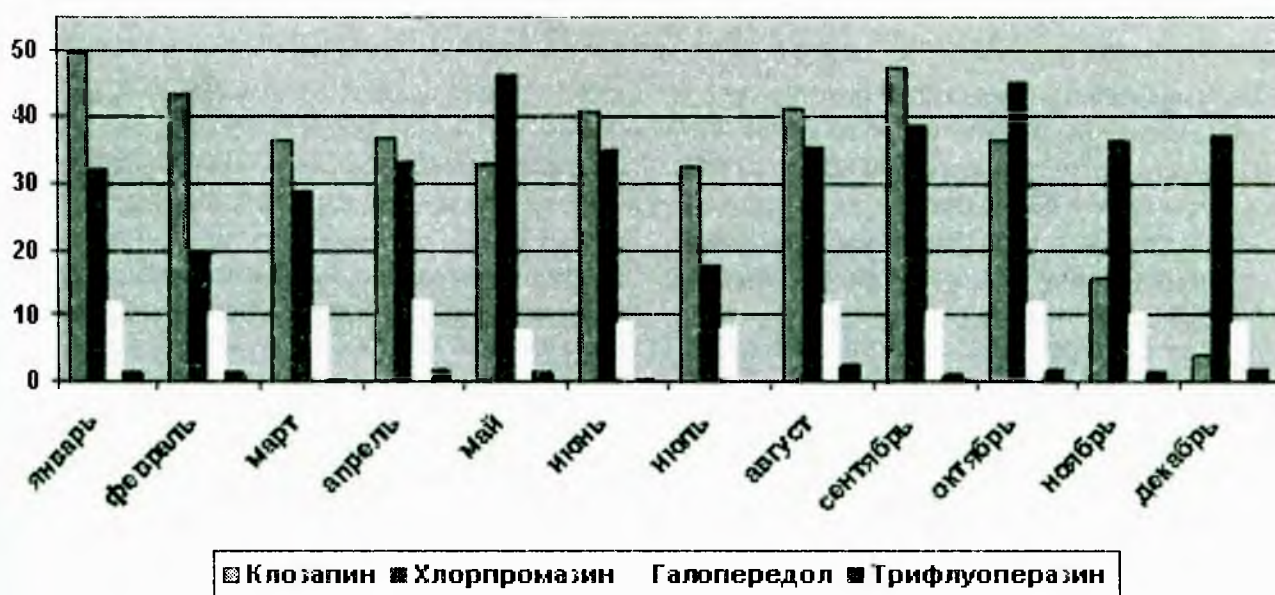


Рис. 4. Расход антипсихотиков на одного пациента с диагнозами из рубрик F2, F06.0. и F06.2 в РЦПЗ в 2008г. (мг/сут)

Из наших данных следует, что максимальная масса клозапина, приходящаяся на одного пациента с диагнозом из вышеуказанных рубрик, составляла 62,6мг в сутки, а минимальная 4,5 мг в сутки; хлорпромазина максимальная – 47,7мг/сут. минимальная – 18,5мг/сут, галоперидола – 12,5мг/сут и 8,9 мг/сут соответственно. Большой диапазон выявлен в динамике удельной массы трифлуоперазина - от 1,8мг/сут до 0,02мг/сут. Таким образом, даже если бы использовались все препараты только на первоочередную категорию пациентов, проблема обеспечения все равно осталась бы нерешенной.

Аналогичная динамика прослеживается и в

2009г, однако изменилась удельная масса антипсихотиков, приходящаяся на одного пациента с диагнозом из рубрик F2, F06.0 и F06.2. Расход клозапина составил максимально 55,8мг/сут, минимально – 5,5 мг/сут, хлорпромазина – максимально 48,6мг/сут. минимально – 5,9мг/сут, галоперидола - максимально - 16,5мг/сут., минимально - 8,3 мг/сут. По сравнению с предыдущим годом значительно изменились показатели относительно трифлуоперазина: максимальный расход составил 4,2 мг/сут, минимальный – 1,2 мг/сут. В целом имеет место увеличение общей массы хлорпромазина и клозапин. Такая динамика, вероятно, была обусловлена увеличением количества пациентов в 2009г (рис 5).

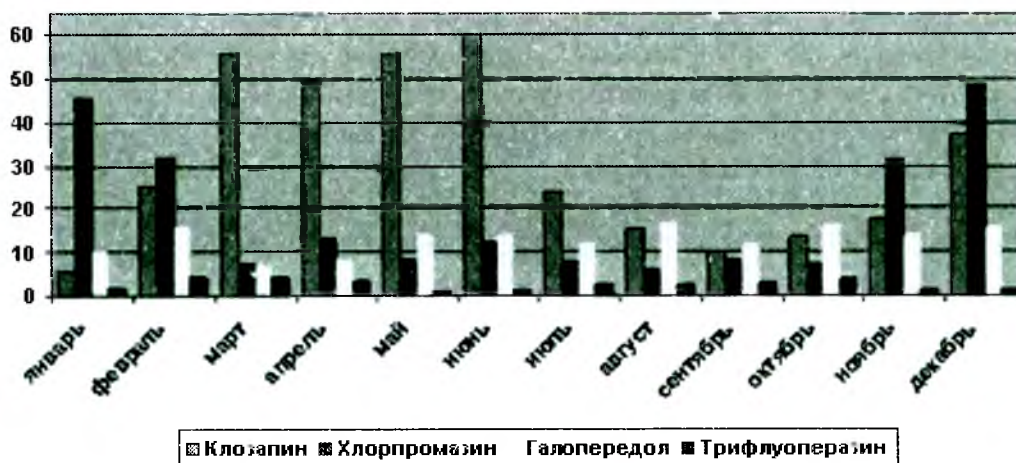


Рис.5. Расход антипсихотиков на одного пациента с диагнозами из рубрик F2, F06.0. и F06.2 в РЦИЗ в 2009г. (мг/сут)

Учитывая приведенные выше результаты наших исследований, можно говорить о том, что, несмотря на увеличение удельной массы препаратов, обеспечение выделенными лекарственными средствами было недостаточным и распределение лекарственных средств нерациональным. Основными причинами этих явлений могли стать такие факторы, как тенденция к чрезмер-

ному использованию галоперидола, необоснованное назначение антипсихотических средств пациентам, нуждающимся в них в меньшей степени, чем больные с диагнозами из рубрик F2, F06.0. и F06.2.

На рисунках 6 и 7 представлена динамика цены на антипсихотические препараты, использовавшиеся в РЦИЗ в 2008 и 2009гг.

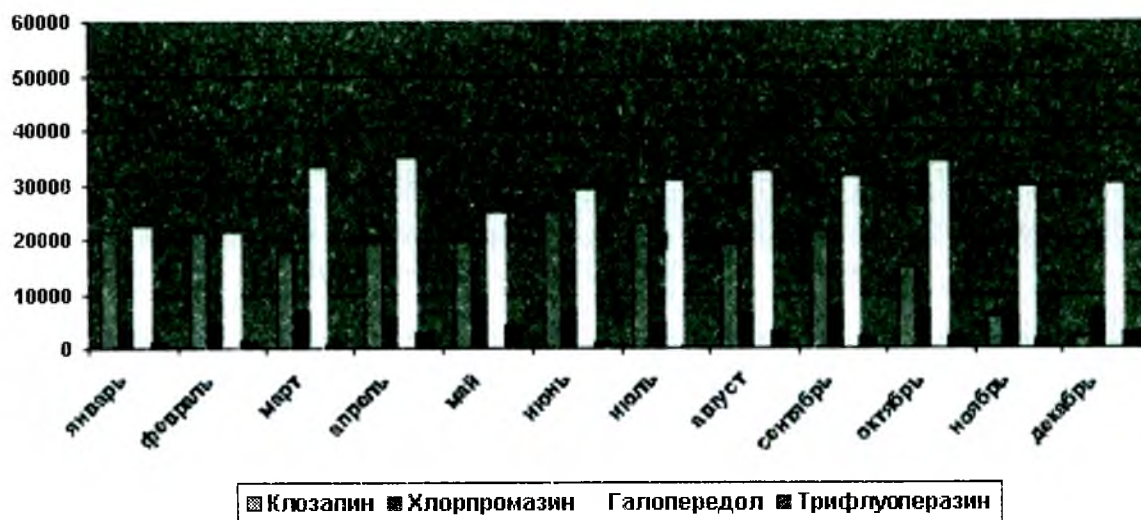


Рис.6. Динамика финансовых затрат на антипсихотические препараты в РЦИЗ за 2008г. (в сомах)

Из рисунка видно, что самым затратным препаратом в 2008г являлся галоперидол, который имел самые большие колебания в цене в течение года. Галоперидол в РЦИЗ был представлен в трех лекарственных формах: таблетированная (по 0,005мг и 0,0015мг), инъекционная (0,5% раствор по 1 мл) и пролонгированная форма

(галоперидол-деканат). Сам спектр имеющихся форм предполагает широкое использование препарата, а в рыночных условиях спрос рождает предложения, соответственно чему цена на препарат варьирует, поскольку зависит от фирм-поставщиков. Спрос на галоперидол повышается еще и за счет того, что галоперидол – ле-

карстенное средство, имеющее инъекционную форму введения. Это дает возможность использовать его как купирующее средство, а также применять его в режиме ступенчатой терапии. После редуцирования психотической симптоматики пациент переводится на таблетированный прием и при необходимости в дальнейшем - на пролонгированную форму. Таким образом, процесс выбора препарата для практикующего врача «облегчается». Галоперидол становится самым конкурентоспособным препаратом среди других антипсихотиков при лечении вышеуказанных расстройств.

Следующим по затратам являлся клозапин, который очень часто используется параллельно с галоперидолом. Политерапия в данном случае оправдана тем, что по мнению врачей, использование двух и более препаратов обеспечивает воздействие на большее количество симптомов шизофрении и близких к ней расстройств.

Трифлуоперазин использовался очень мало, несмотря на то, что так же, как и галоперидол имеет инъекционную форму, лучше переносится пациентами и имеет меньше побочных эффектов. Цена на него также почти не изменялась, так как закупки были очень небольшими. Данную ситуацию вероятно можно рассматривать как одно из проявлений синдрома эмоционального выгорания, при котором врачи не стремятся использовать новые препараты, а применяют привычные схемы терапии. Усиливает этот фактор и возрастной ценз специалистов (средний возраст врачей-психиатров превышает 45 лет).

Результаты наших исследований за 2009г., представленные на рис. 7, демонстрируют возрастание затрат на препараты и во многом подтверждают вышеизложенное мнение о стереотипном использовании препаратов врачами РЦПЗ. Диаграммы отражают большой расход финансовых средств на галоперидол в конце года, что объясняется увеличением числа пациентов с августа по декабрь, и поэтому финансовые затраты на галоперидол высоки за счет его неоправданно широкого использования.

Клозапин, как препарат более дорогостоящий и требующий более высоких терапевтических доз для купирования симптоматики, закупался в меньших количествах, что способствовало укре-

плению политерапевтических схем ведения пациентов.

Минимальными, по сравнению с вышеописанными антипсихотическими препаратами, оставались затраты на хлорпромазин и трифлуоперазин.

Надо отметить, что проведенное исследование выполнено с учетом общеизвестных основных положений фармакоэкономических (ФЭКИ) и фармакоэпидемиологических исследований (ФЭПИ).

Таким образом, проведенное нами исследование отражает определенную медицинскую стратегию касательно использования психотропных средств, что указывает на разрыв между количеством больных, страдающих определенными расстройствами и охватом медикаментозным лечением данной популяции пациентов. Такие параметры ФЭКИ, как эффективность и экономическая эффективность не выдерживаются, поскольку изначальное лекарственное обеспечение является недостаточным, а ассортимент препаратов нерациональным. Это, по нашему мнению, является фундаментом для формирования клинической резистентности у больных с шизофренией и близких к ней расстройствами. Увеличение хронических форм этих расстройств, составляющих большой процент среди представленных нозологий, неизбежно приводит к тому, что врач не удовлетворен результатами своей профессиональной деятельности, что, несомненно, играет роль в формировании синдрома эмоционального выгорания и в конечном итоге к недостаточной эффективности терапии и снижению качества жизни пациентов. Соответственно синдром эмоционального выгорания, на наш взгляд, будет способствовать затруднению процесса лечения и реабилитации пациентов.

Выводы:

1. Количество пациентов с диагнозами из рубрики F2, F06.0., F06.2 возросло в 2009г. по сравнению с 2008г.
2. Удельная масса антипсихотических препаратов, приходящаяся на каждого больного, получающего стационарное лечение в РЦПЗ, не достигало терапевтических доз.
3. Удельная масса антипсихотических препара-



Рис.7. Динамика финансовых затрат на антипсихотические препараты в РЦПЗ за 2009г. (в сомах)

ратов, приходящаяся на каждого больного с диагнозами из рубрик F2, F06.0 и F06.2. не соответствовало дозам, рекомендованным клиническими протоколами.

4.Самым финансовозатратным препаратом являлся галоперидол, поскольку закупался в четырех различных дозировках, в том числе и в дозе 0.0015г, которая необоснованно использовалась в острых отделениях, что не являлось рациональным как экономически, так и клинически.

5.Клозапин и хлорпромазин являлись самыми используемыми препаратами, что можно объяснить стереотипностью схем назначения антипсихотических средств, вероятно, из-за наличия синдрома эмоционального выгорания у врачей.

6.Такие параметры фармакоэкономики, как эффективность и экономическая эффективность не выдерживались, что приводило к формированию порочного терапевтического круга в лечении пациентов, страдающих шизофренией, и способствовало развитию клинической резистентности.

Литература:

1.Астахова А.В., Лепахин В.К. Проблемы безопасности лекарственных веществ в России// Фармацевтический мир.-1997.-№2.-С.10-12.

2.Бугрова Е.И. Несоблюдение режима внебольничной психофармакотерапии больными шизофренией: социальные и экономические аспекты. Автореф. ... дисс. канд. мед. наук. – М., 2007. – 24 с.

3.Гурович И.Я., Голланд В.Б., Сон И.М. и др. Психиатрические учреждения России: показатели деятельности (1999–2006 гг.). – М.: МЕДПРАКТИКА–М, 2007.

4.Гурович И.Я., Любов Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии.- М.: МЕДПРАКТИКА-М.-2003 С.

5.Данилов Д.С. Эффективность лечебного процесса у больных шизофренией, принимающих атипичные нейролептики: значение клинических особенностей заболевания, безопасности и переносимости терапии, терапевтического сотрудничества и микросоциальных факторов (часть 1). Психиатрия и психофармакотерапия. 2010; 12 (1): 34-41.

6.Смулевич А., Дробижев М. Психофармакотерапия шизофрении// Врач.-2007.-№1.-С.52-55.

7.Chishom D., Stewart A. Economics and ethics in mental health care: traditions and tradeoffs.//J. Ment. Health Policy Econom. – 1998. – Vol. 1. – P.55-62

ЗАВИСИМОСТЬ ВЫРАЖЕННОСТИ ФАЗ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ОТ СТАЖА У ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Зубарева М.В.

Кыргызско-Российский Славянский Университет, Бишкек, Кыргызстан

Резюме. В статье приводятся результаты исследования, подтверждающие наличие профессиональной деформации в виде синдрома эмоционального выгорания среди врачей-психиатров Кыргызской Республики. Показана зависимость выраженности фаз синдрома эмоционального выгорания от возраста.

Ключевые слова: врачи-психиатры, синдром эмоционального выгорания, фазы синдрома эмоционального выгорания

ЭМОЦИОНАЛДЫК КҮЙҮП КЕТҮҮ СИНДРОМУНУН ФАЗАЛАРЫНЫН КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ ИШТЕГЕН ВРАЧ-ПСИХИАТРДЫН СТАЖЫНА КӨЗ КАРААНДУУЛУК БАЙЛАНЫШЫН ИЗИЛДӨӨСҮ

Зубарева М.В.

Кыргыз Россия Славян Университети, Бишкек, Кыргызстан

Корутунду. Макалда Кыргыз Республикасынын дарыгерлеринде жолуккан эмоционалдык күйүп кетүү синдрому бардыгын далилдеген изилдөөнүн натыйжалары берилген. Ошондой эле эмоционалдык күйүп кетүү синдрому фазаларынын калыптануу даражасынын жумуш стажы менен болгон байланышы көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: дарыгерлеринде жолуккан, эмоционалдык күйүп кетүү синдрому, эмоционалдык күйүп кетүү синдромуна фазалары.

«THE CORRELATION OF EMOTIONAL BURNOUT SYNDROME PHASES INTENSITY AND LENGTH OF SERVICE AMONG PSYCHIATRISTS IN THE KYRGYZ REPUBLIC»

Zubareva M.V.

Kyrgyz Russian Slavic University, Bishkek city, Kyrgyzstan

Abstract. The article contains research results, confirming availability of professional deformation as a syndrome of emotional burnout among psychiatrists of the Kyrgyz Republic. It also shows dependence of intensity of emotional burnout syndrome from the service.

Keywords: psychiatrists, emotional burnout syndrome, emotional burnout syndrome stages

Термин «эмоциональное выгорание (burnout)» введен американским психиатром Н. Freudenberger а 1974 году для характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с клиентами, пациентами в эмоционально насыщенной атмосфере при оказании профессиональной помощи [1-3].

Известный американский исследователь Кри-

стина Маслач, дала краткое, но точно отражающее понятие синдром эмоционального выгорания (СЭВ) - это, так называемое, «чувство эмоционального истощения», когда человек ощущает, что ему плохо, ощущает, что он не в состоянии реагировать на эмоции окружающих людей» [1,3].

Таким образом, СЭВ - это выработанный личностью механизм психологической защиты

в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на определенные психотравмирующие воздействия. Это приобретенный стереотип эмоционального, чаще всего профессионального поведения. Синдром эмоционального выгорания - отчасти функциональный стереотип, поскольку позволяет дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы. Проведенные исследования показали, что среди профессий, в которых СЭВ встречается наиболее часто (от 30 до 90% работающих), следует отметить врачей, учителей, психологов, социальных работников, спасателей, и т.д.[4].

В.В. Бойко выделяет несколько групп внешних и внутренних факторов, провоцирующих эмоциональное выгорание. В группу организационных (внешних) факторов включаются: хроническое психоэмоциональное напряжение, нечеткие организация и планирование труда, повышенная ответственность за исполняемые функции, неблагоприятная психологическая атмосфера профессиональной деятельности. К группе внутренних факторов относятся: склонность к эмоциональной ригидности, интенсивное переживание обстоятельств профессиональной деятельности, слабая мотивация эмоциональной отдачи в профессиональной деятельности. [1]

Экономические потери от производственного стресса и связанных с ним проблем, с психическим здоровьем работающих оказываются достаточно высокими (около 265 млрд. евро ежегодно для 15 государств Европейского союза) [4,5].

Актуальность проблемы профессиональной деформации у врачей-психиатров и неизученность этого вопроса в Кыргызской Республике явились основанием для исследования, отдельные результаты которого изложены в данной статье.

Целью нашего исследования было определение наличия и выраженности фаз синдрома эмоционального выгорания у врачей-психиатров КР в зависимости от стажа работы.

Задачи исследования:

1. Определить наличие синдрома эмоционального выгорания у врачей Республиканского

центра психического здоровья (РЦПЗ), Ошского областного центра психического здоровья (ООЦПЗ), Жалалабадского областного центра психического здоровья (ЖОЦПЗ), районной психиатрической больницы (РПБ) с. Чым-Коргон, районной психиатрической больницы (РПБ) пос. Кызыл-Джар.

2. Изучить зависимость выраженности фаз (напряжения, резистенции и истощения) синдрома эмоционального выгорания от стажа работы у врачей-психиатров РЦПЗ, ООЦПЗ, ЖОЦПЗ, РПБ с. Чым-Коргон, РПБ пос. Кызыл-Джар.

Для реализации поставленных задач была выбрана методика диагностики уровня эмоционального выгорания В.В.Бойко, которая позволяет оценить формирование СЭВ в соответствии со стадиями общего адаптационного синдрома (напряжение, резистенция, истощение).

Выраженность фазы определялась в баллах (все фазы СЭВ имеют перечень вопросов, ответы на которые наделены определенной оценкой, выраженной в баллах, и сумма баллов определяет итоговую оценку выраженности фазы синдрома выгорания): до 36 баллов — не сформировавшаяся фаза, 37 - 60 баллов — фаза в стадии формирования, 61 и более — сформировавшаяся фаза.

В исследовании принимало участие 76 врачей, из них: 28 психиатров, работающих в РЦПЗ, 22 врача-психиатра из ООЦПЗ и ЖОЦПЗ, 6 врачей из РПБ пос. Кызыл-Джар и 20 врачей из РПБ с. Чым-Коргон. В качестве метода обработки для установления различий между средними значениями в выборках использовался t-критерий Стьюдента, а для установления различий между разбросами использовался критерий χ^2

Результаты исследования, представленные на рисунке 1, показывают наличие синдрома эмоционального выгорания более чем у половины врачей-психиатров, работающих в стационарах республики. Ведущей фазой синдрома эмоционального выгорания среди сотрудников всех стационаров определена фаза резистенции; далее следует фаза истощения, за исключением респондентов РЦПЗ, где на втором месте находится фаза напряжения.

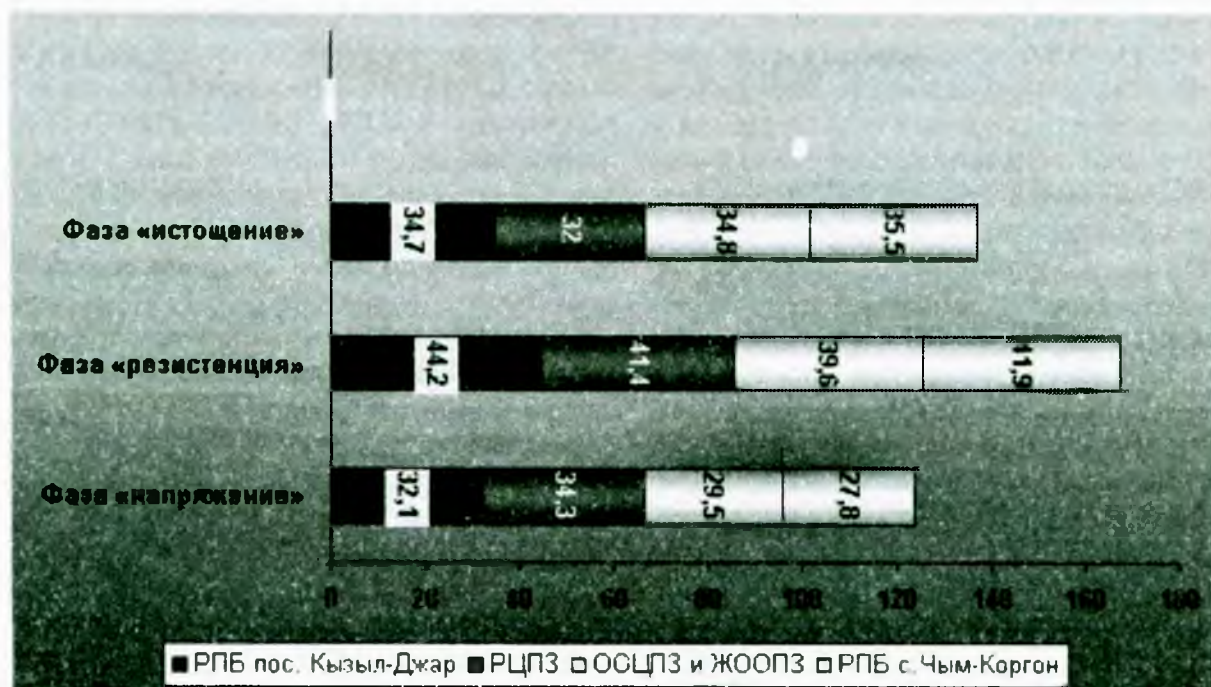


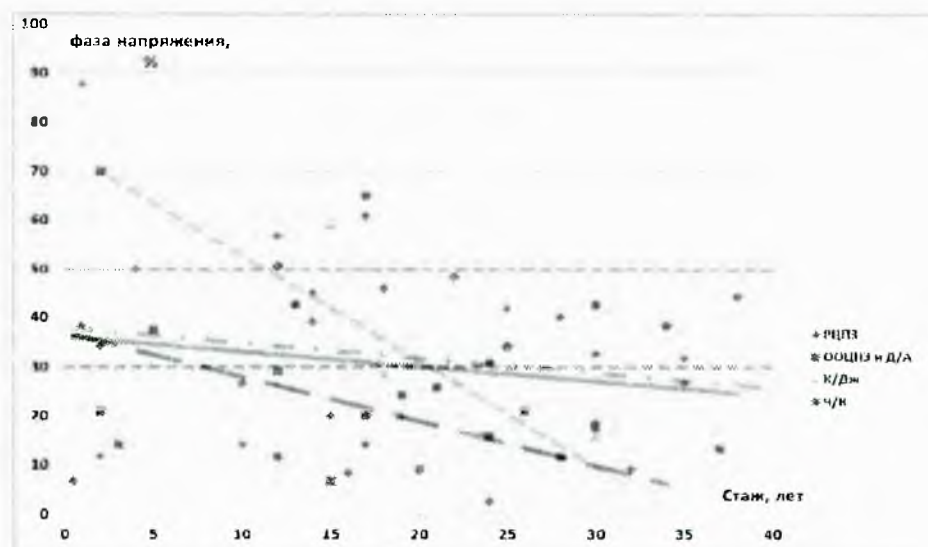
Рисунок 1. Представленность фаз синдрома эмоционального выгорания у врачей-психиатров КР (в%).

Необходимо обратить внимание на тот факт, что в РЦПЗ работает немало молодых врачей-психиатров (моложе 40 лет) со сравнительно небольшим стажем работы, в отличие от остальных психиатрических стационаров. Соответственно специалисты этой больницы, в том числе и молодые врачи, гораздо больше подвержены формированию синдрома эмоционального выгорания, в том числе из-за нагрузок, приходящихся на РЦПЗ, небольшой заработной платы, а также чрезмерной системы контроля со стороны ад-

министративных органов, неправительственных организаций и т.д.

Ниже представлены графики (рис.2-4), построенные на основе полученного уравнения линейной регрессии для каждой из больниц, которые выявили ту или иную степень зависимости уровня СЭВ от стажа работы.

Рисунок 2 демонстрирует зависимость выраженности фазы напряжения от стажа работы специалистов, включенных в исследование.



РПБ с Чым-Коргон
РПБ пос. Кызыл-Джар
ООПЗ и ЖООПЗ
РЦПЗ

Рисунок 2. Зависимость выраженности фазы напряжения от стажа работы у врачей-психиатров КР (в%).

Представленные уравнения линейной регрессии и в этом случае показывают наличие зависимости между выраженностью первой фазы эмоционального выгорания и стажем работы у врачей во всех психиатрических стационарах республики. Графики по обеим РПБ демонстрируют практически одинаковое снижение выраженности фазы напряжения от стажа работы, причем более резкое снижение наблюдается среди респондентов РПБ с. Чым-Коргон, у которых максимально выражена эта тенденция после 12 лет работы, а в Кызыл-Джаре – после 31 года. В РПБ с. Чым-Коргон фаза напряжения имеет самую малую выраженность, показатели этой фазы снижаются, не достигнув полного форми-

рования, тогда как в Кызыл-Джаре она достигает полной сформированности после 5 лет работы и только после этого происходит снижение ее выраженности. В РЦПЗ, ООЦПЗ и ЖОЦПЗ фаза напряжения также находится в стадии формирования. У врачей РЦПЗ эта фаза развивается до 12 лет работы, в ООЦПЗ и ЖОЦПЗ – до 5 лет трудовой деятельности. Возможно, подобные показатели связаны с условиями работы в больницах, а также с невозможностью изменить место работы по своему желанию вследствие значительного сокращения коек и штата врачей-психиатров.

Зависимость выраженности фазы резистенции в зависимости от стажа работы имеет некоторые особенности.

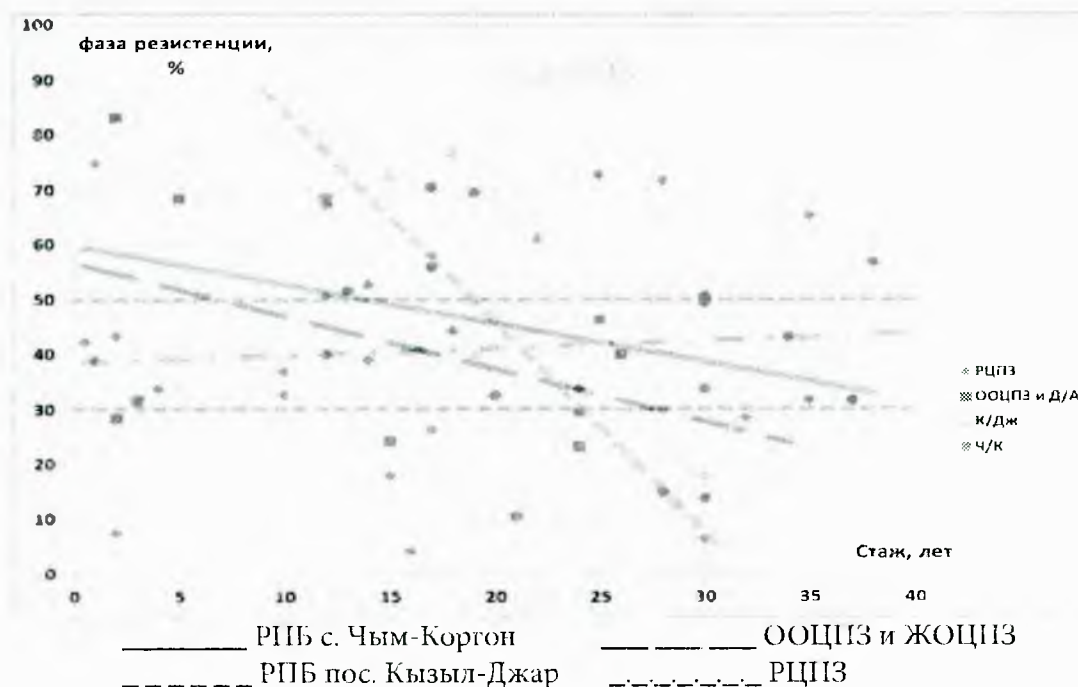


Рисунок 3. Зависимость выраженности фазы резистенции от стажа работы у врачей-психиатров КР (в%).

В РЦПЗ имеет место усиление проявлений фазы резистенции в зависимости от длительности работы врачом-психиатром, причем эта фаза является формирующейся у всех респондентов. Нарастание данного показателя в сравнении с показателем зависимости от возраста происходит медленнее. В остальных психиатрических стационарах у большинства респондентов данная фаза либо формируется, либо уже сформировалась. Выраженность фазы резистенции падает в зависимости от стажа работы, хотя в меньшей степени, чем по показателю зависимости ее от возраста. Максимальное снижение фазы резистенции в зависимости от возраста наблюдается

среди врачей РПБ пос. Кызыл-Джар. Из этого следует, что у врачей-психиатров республики стаж работы не является адаптационным фактором, а, наоборот, способствует усилению формирования синдрома эмоционального выгорания. Другими факторами, способствующими развитию СЭВ, являются сложные условия труда, недостатки кадровой политики, затруднениями в профессиональном росте.

Рисунок 3, представленный ниже, показывает зависимость выраженности фазы истощения от стажа работы врачей-психиатров.

Из рисунка видно, что сформированная фаза истощения является у врачей РПБ пос. Кызыл-

Джар, тогда как у врачей других больниц она только формируется и в большей степени эта тенденция отмечается в РПБ с. Чым-Коргон (после 25-ти летнего стажа работы) и в ООЦПЗ и ЖОЦПЗ (после 15-ти лет трудовой деятельности) РЦПЗ занимает по данной зависимости последнее место, т.к. молодой возраст специалистов и, соответственно, их небольшой стаж работы не могут давать выраженной стадии ис-

тощения. Однако, следует отметить, что эта фаза находится в стадии формирования у врачей РЦПЗ со стажем работы до 12 лет. Этот результат является негативным, т.к. наглядно демонстрирует очень раннее формирование стадии истощения у сотрудников, как следствие неспособности адаптироваться к условиям профессии у молодого поколения врачей.

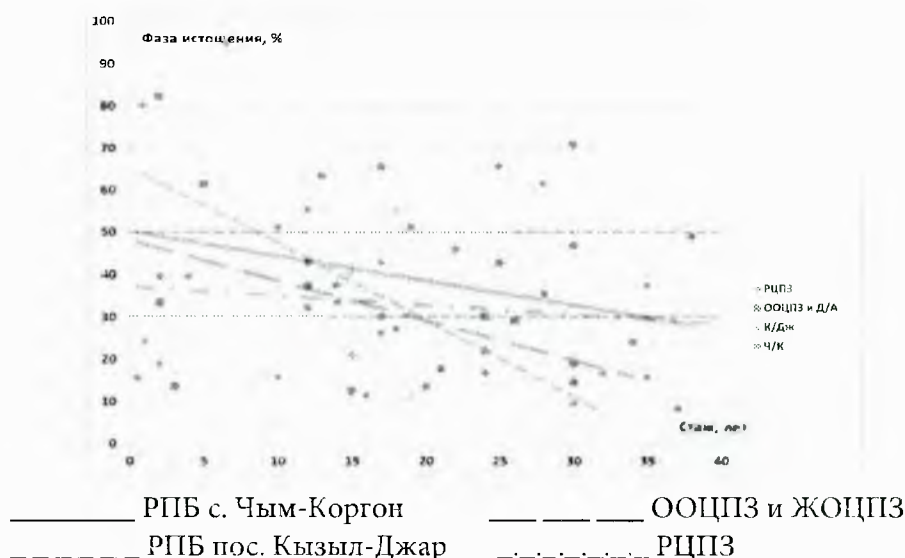


Рисунок 4. Зависимость выраженности фазы истощения от стажа работы у врачей-психиатров КР (в%).

Таким образом, по результатам проведенного исследования можно сделать следующие выводы.

1. Более чем у 50% респондентов выявлен синдром эмоционального выгорания в различной степени выраженности фаз: 72% респондентов имеют формирующуюся или сформировавшуюся фазу резистенции, а 53% - фазу истощения.

2. Фаза резистенции наиболее выражена (44,2%) среди врачей РПБ пос. Кызыл-Джар, фаза истощения (35,5%) - у психиатров РПБ с. Чым-Коргон, а фаза напряжения является ведущей у специалистов РЦПЗ (34,3%).

3. Выявлена зависимость выраженности фаз СЭВ от стажа работы: проявления фазы напряжения тем сильнее, чем меньше стаж работы (у специалистов РЦПЗ); и наоборот - выраженность фазы резистенции в зависимости от стажа работы убывает среди врачей всех психиатрических больниц, кроме РЦПЗ.

4. Наличие синдрома эмоционального выгорания у врачей-психиатров Кыргызской Республики является значимой проблемой и требует разработки и реализации программ превенции и поственции синдрома эмоционального выгорания у специалистов психиатрической службы Кыргызской

Республики.

Литература:

1. Бойко, В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении / В.В. Бойко. — СПб.: Питер, 1999. — 105 с.
2. Винокур, В.А. Профессиональный стресс у медицинских работников // Гедеон Рихтер в СНГ. — 2001. — № 4 (8). — С. 71–71.
3. Kahill S. Interventions for burnout in the helping professions: A review of the empirical evidence. // Canadian Journal of counseling review. — 1988. — V.22 (3), p.310-342
4. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. — СПб.: Питер, 2005. — 336 с: ил. — Серия «Практическая психология».
5. Косарев В.В., Бабанов С.А. Профессиональные заболевания медицинских работников. Самара. Офорт. 2009; 232.
6. World Health Organization «Staff burnout». Guedelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. (Doc. WHO/MNH/EVA/88.1). Geneva, WHO.

АНТИСМОКИНГОВЫЕ ПРОГРАММЫ В УСЛОВИЯХ ПРОИЗВОДСТВЕННОГО ПРЕДПРИЯТИЯ

А.К. Буржубасва, Н.Н. Бримкулов, Д.В. Винников

*Кафедра госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева*

Цель – оценить эффективность антисмокинговых программ на производственном предприятии.

Материал и методы. Были оценены 3 программы: структурированное консультирование + плацебо, цитизин или варениклин.

Результаты и выводы: Антисмокинговые программы эффективны в условиях производственного предприятия.

Ключевые слова: курение, лечение, производство, варениклин, цитизин.

ANTISMOKING PROGRAMS AT FACTORIES

A.K. Burzhubaeva, N.N. Brimkulov, D.V. Vinnikov

*Chair of hospital therapy, occupational pathology and hematology Kyrgyz State Medical Academy n.a.
I.K. Akhunbaev*

The aim was estimation of efficacy of antismoking programs at the enterprises. Material and methods: 3 antismoking programs were estimated: structured counseling with placebo, cytisine or varenicline.

Results and conclusions: antismoking programs conducted at enterprises are effective

Key words: smoking, treatment, enterprise, varenicline, cytisine.

ӨНДҮРҮШ МЕКЕМЕ ШАРТЫНДА ТАМЕКИ ТАРТУУГА КАРШЫ ПРОГРАММАЛАР

А.К. Буржубасва, Н.Н. Бримкулов, Д.В. Винников

*Госпиталдык терапия, кесиптик жана канн ооруларынын курсунун кафедрасы И.К. Ахунбаев атындагы
Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академия*

Изилдөөнүн максаты: өндүрүш мекеме шартында өткөрүлгөн тамеки тартууга каршы программанын пайдалуулугун баалоо

Материал жана ыкмалар: тамеки тартууга каршы түзүлгөн үч программа бааланды: структурлаштырган консультация беруу + плацебо, цитизин жана варениклин Коруртунду – өндүрүш мекеме шартында өткөрүлгөн тамеки тартууга каршы программалар пайдалуу.

Негизги сөздөр: чылым чегуу, дарылоо, өндүрүш, варениклин, цитизин.

Введение. Очень ограниченное количество курильщиков может получить квалифицированную медицинскую помощь в лечебно-профилактических организациях нашей республики. В виду сложившейся ситуации мы посчитали, что проведение антисмокинговых программ на производственных предприятиях может играть значительную роль в снижении распространенности курения.

С точки зрения доказательной медицины эффективными в лечении табачной зависимости являются консультирование [1] и использование ряда лекарственных средств, в том числе варениклина [1] и цитизина [2]. Цитизин явля-

ется натуральным экстрактом семян растения *Cytisus Laburnum*. В Болгарии, стране-производителе, препарат используется более 40 лет для лечения табачной зависимости. Варениклин же представляет собой частичный агонист $\alpha 4\beta 2$ никотиновых ацетилхолиновых рецепторов (н-АХР). Препарат активизирует н-АХР, но меньше, чем никотин, и одновременно блокирует доступ никотина к н-АХР.

Цель исследования – оценить эффективность проведения антисмокинговых программ на производственном предприятии.

Материал и методы. Нами были оценены 3 антисмокинговые программы: структуриро-

ванное консультирование + плацебо, структурированное консультирование + цитизин и структурированное консультирование + варениклин. Первые 2 программы были осуществлены в рамках двойного слепого рандомизированного плацебо-контролируемого испытания (РКИ), 3-я – открытого когортного проспективного исследования (КИ).

Участники. (1) Двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование (РКИ). Лица с серьезными заболеваниями, а также имевшие противопоказания к приему цитизина были исключены из исследования. 171 человек, соответствовавшие критериям отбора (возраст 20 лет и старше, интенсивность курения более 15 сигарет в день в течение года, предшествующего включению в исследование, высокая мотивация к прекращению курения и готовность сделать это немедленно, отсутствие опыта использования цитизина в прошлом) и подписавшие информированное согласие на участие, были включены в исследование.

(2). Открытое когортное проспективное исследование эффективности варениклина (КИ). 38 человек, соответствовавшие критериям отбора (возраст старше 20 лет, интенсивность курения – более 10 сигарет в сутки в течение года, предшествующего включению в исследование, высокая мотивация к прекращению курения, готовность сделать это немедленно, отсутствие опыта использования варениклина в прошлом, признаки хронического бронхита с эпизодами бронхообструктивного синдрома или ХОБЛ), подписавшие информированное согласие на участие, были включены в исследование.

Дизайн исследования. (1) РКИ: Дизайн – двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование. Включает 5 этапов исследования: 1) первичное обследование. В этот период участники случайным образом были разделены на две группы. Рандомизация была произведена с использованием рандомизационного кода, созданного сторонним статистиком, у которого он и хранился. 2) Вторичное обследование (через 2 месяца). 3) Третичное обследование (через 6 месяцев).

(2) КИ: открытое, несравнительное, проспективное исследование. Включает 5 этапов исследова-

ования: 1) первичное обследование, 2) телефонный звонок (через 1 месяц), 3) телефонный звонок (через 2 месяца), 4) вторичное обследование (через 3 месяца), 5) третичное обследование (через 6 месяцев).

Вмешательство. После исходного обследования проводилось структурированное консультирование и участники получали таблетки цитизина (основная группа в РКИ), плацебо (контрольная группа в РКИ) или варениклина (КИ) в соответствии с инструкциями изготовителя.

Обследование. (1) РКИ: Исходное обследование включало оценку анамнеза курения, уровня табачной зависимости по тесту Фагерстрема [3] и измерение монооксида углерода (СО) в выдыхаемом воздухе с помощью прибора Smokerlyzer piCO (Bedfont, Великобритания), качество жизни с помощью опросника SF-8.

Изучали также функцию внешнего дыхания при помощи спирометра MicroMedical 3300 (Великобритания) с соблюдением рекомендаций AARC [4]. В исследуемой группе не было лиц, принимавших бронхорасширяющие препараты или бронхоконстрикторы. Анализировали ЖЕЛ, ФЖЕЛ, объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1), индекс Тиффно (отношение ОФВ1 к ФЖЕЛ) и максимальную скорость выдоха (МСВ).

При повторных обследованиях в конце (8-й и 26-й) оценивались продолжительность отказа от курения, выяснялись мотивы возобновления курения, побочные эффекты препарата. Затем измерялись масса тела пациентов, уровень монооксида углерода (СО) в выдыхаемом воздухе, изучалась функция внешнего дыхания.

Основной конечной точкой исследования было число лиц, полностью воздерживающихся от курения с момента отказа до 26-й недели, подтвержденное уровнем СО в выдыхаемом воздухе. Другими конечными точками были уровень СО в выдыхаемом воздухе, качество жизни, количество выкуриваемых сигарет и показатели вентиляции.

КИ: Исходное и повторные обследования были идентичны таковым в РКИ. Отличия: 1) Анкетирование по телефону (через 1 и 2 месяца), проводимое с целью получения сведений о статусе

курения, приеме препарата, побочных эффектах. 2) Вторичное обследование проводилось в конце 12 недели.

Статистический анализ

В соответствии со стандартами Русселя, лица, которые не приняли ни одной дозы препарата, были исключены из анализа; нарушители протокола, которые не пришли на контрольное обследование, а также утверждавшие себя некурящими, но имевшие уровень СО выше 9 ppm, равно как и лица, выбывшие из исследования после приема хотя бы одной дозы препарата, рассматривались как курящие.

(1) *PKII*: Данные были обработаны с использованием программ Statistica 6.0 (StatSoft) и NCSS 2002 и представлены как средние значения $\pm$ стандартные отклонения ($M \pm \sigma$). Внутри групп изменения в параметрах были сравнены с помощью теста Вилкоксона. Статистическая значимость числа бросивших курить оценивалась с помощью теста 2X2.

(2) *KII*: Данные были обработаны с использованием программы SPSS и представлены как $M \pm \sigma$. Данные характеризовались нормальным распределением, использовались параметрические тесты. Различия между исходными и конечными показателями оценивались с помощью критерия Стьюдента. Достоверным считалось различие при $p < 0.05$.

Основной конечной точкой исследования было число лиц, полностью воздерживающихся от курения с момента отказа до 26-й недели, подтвержденное уровнем СО в выдыхаемом воздухе. Другими конечными точками были уровень СО в выдыхаемом воздухе, качество жизни, количество выкуриваемых сигарет и показатели вентиляции.

Результаты и их обсуждение. *Характеристика участников (табл.1)*: 85 участников были включены в группу, принимавшую цитизин, 86 – плацебо, 30 – варениклина. Большинство участников были мужского пола. Средний возраст составил $38,3 \pm 7,7$ в группе цитизина, $39,4 \pm 9,5$ в группе плацебо, $47,8 \pm 7,3$ лет в группе варениклина.

Длительная абстиненция (табл.2): После завершения исследования обнаружено, что к концу 24 недели в группе плацебо из 86 выбы-

ло из исследования 16 человек (из-за выезда и перемены места жительства), а из оставшихся 70 большинство (69 человек) закурили вновь. Продолжал воздерживаться от курения 1 (или 1,2% от исходного состава группы) человек. В группе лиц, принимавших цитизин (85 человек), выбыло 10 человек, число продолжавших воздерживаться от курения составило 9 (или 10,6%) человек. Различия между двумя группами были достоверны ($p=0,01$). В группе варениклина из 30 участников выбыли 3, прекратили курить 8 (26,7%). Количество абстинентных участников к концу 24 недели было несколько ниже таковой в исследованиях варениклина в общей популяции [5], что обусловлено, вероятно, тем, что курильщикам с ХОБЛ, продолжающим курить, несмотря на заболевание, сложнее бросить курить [6], и/или тем, что тяжелая физическая работа в стрессовых условиях, вероятно, способствует возобновлению курения.

Уровень угарного газа в выдыхаемом воздухе (табл.3). В группе лиц, принимавших цитизин, уровень СО достоверно снизился с $26,7 \pm 8,7$ до $19,3 \pm 11,0$ ppm ($p < 0,001$), но в группе плацебо статистически значимого уменьшения СО (с $26,1 \pm 12,1$ до $22,5 \pm 12,7$ ppm) не выявлено. В группе варениклина уровень угарного газа снизился с $22,96 \pm 7,2$ до $15,1 \pm 11,2$ ($p < 0,001$).

Колебания массы тела были статистически незначимыми во всех группах. В группе цитизина масса колебалась от $74,6 \pm 10,5$ исходно до $73,8 \pm 10,3$ кг в конце исследования, плацебо – с $72,2 \pm 9,7$ до $72,4 \pm 10,2$ кг, варениклина – с $77,1 \pm 10,7$ до $76,9 \pm 11,1$ через 6 месяцев ($p > 0,05$).

Изменения *показателей ФВД* во всех группах через 3 и 6 месяцев также оказались статистически недостоверными.

Нежелательные эффекты. Хотя подавляющее большинство испытуемых (95,3%) прием препаратов перенесли хорошо, 8 (4,7%) лиц в РКИ отметили побочные эффекты, из-за которых прекратили прием либо цитизина (4 человека), либо плацебо (4 лица). Побочными эффектами были диспепсия (у 1 человека в группе цитизина и у 2 - в группе плацебо), тошнота (у 2 лиц в группе цитизина и у 1 человека в группе плацебо), головная боль (по 1 человеку в каждой группе) и дискомфорт в груди (также по 1

Таблица 1
Характеристика участников исследований

	РКИ		КИ
	Цитизин (n=85)	Плацебо (n=86)	Варениклин (n=30)
Характеристика пациентов			
Женщина/мужчина	84 (99%) / 1 (1%)	82 (95%) / 4 (5%)	0/30 (100%)
Средний возраст, лет	38,3 (7,7)	39,4 (9,5)	47,8 ± 7,3
Статус курения			
Количество выкуриваемых в день сигарет	21,7 (6,9)	21,9 (7,0)	15,0 ± 4,1
Среднее количество лет курения	19,8 (7,7)	17,7 (7,5)	36,1 ± 9,2 лет
Попытки бросить курить в прошлом, %	87,7	84,0	70%
Использование медикаментов для прекращения курения, %	27,1	27,3	23,3
Средний результат теста Фагерстрема (0-10)	5,3 (1,4)	5,3 (1,7)	6,3 ± 1,8
Средний СО в выдыхаемом воздухе, ppm	26,7 (8,7)	26,1 (12,1)	22,8 ± 9,9

Таблица 2
Частота отказа от курения в различных антисмокинговых программах

	Цитизин (n=85)	Плацебо (n=86)	Варениклин (n=30)
Число абстинентных участников	9 (10,6%)*	1 (1,2%)*	8 (24,7%)*
	P<0.01		

Примечание: * - с верификацией измерением СО в выдыхаемом воздухе.

Таблица 3
Динамика уровня угарного газа в выдыхаемом воздухе

	Цитизин (n=85)	Плацебо (n=86)	Варениклин (n=30)
Исходно	26,7±8,7	26,1±12,1	22,96 ± 7,2
Через 6 мес.	19,3±11,0	22,5±12,7	15,1 ± 11,2
	p<0,001	p>0,05	p<0,001

человеку в каждой группе).

В группе варениклина 6 участников исследования докладывали о возникновении побочных реакций (сонливость, бессонница, повышение АД, боли в пояснице, тревожность, боли в желудке), послуживших причиной отмены препарата. За 6 месяцев не было отмечено серьезных побочных реакций. Возможно, отмена препарата была более обусловлена низкой приверженностью к лечению, чем тяжестью нежелательных эффектов.

Выводы:

1. Антисмокинговые программы, состоящие из структурированного консультирования и приема цитизина или варениклина продемонстрировали эффективность при проведении в условиях производственного предприятия (длительная абстиненция более 6 месяцев составила 10,2% и 28,7% соответственно).
2. Цитизин и варениклин обладают достаточно высокой безопасностью, за 6 месяцев наблюдения не было зафиксировано ни одного серьезного побочного эффекта.
3. Антисмокинговые программы могут быть рекомендованы для осуществления в условиях производственного предприятия с целью снижения бремени от табачной эпидемии в Кыргызской республике.

Список литературы

1. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
2. Клинические протоколы по пульмонологии для первичного и вторичного уровней здравоохранения в Кыргызской Республике. Бишкек: МЗ КР 2010. – 72с.
3. Nicotine addiction and its assessment / Fagerstrom K., Heatherton T.F., Kozłowski L.T. // Ear Nose Throat Journal. – 1991. – Vol.69. – P.763-768
4. AARC Clinical Practice Guideline: Spirometry, 1996 Update // Respir Care 1996. - Vol.41. – № 7. – P.629–636
5. Smoking cessation with varenicline, a selective alpha4beta2 nicotinic receptor partial agonist: results from a 7-week, randomized, placebo-and bupropion-controlled trial with 1-year follow-up / Nides M, Oncken C, Gonzales D, et al. // Arch Intern Med – 2006. - vol. 166, № 15– P.1561–8.
6. Effects of Varenicline on Smoking Cessation in Mild-to-Moderate COPD: A Randomized Controlled Trial / Donald P. Tashkin, Stephen Rennard, J. Taylor Hays, Wendy Ma, David Lawrence and Theodore C. Lee // Chest 2011. - vol. 139. – P.591-599

ПОДДЕРЖИВАЕТ ЛИ ОБЩЕСТВО В КЫРГЫЗСТАНЕ ЗАПРЕТ НА КУРЕНИЕ В ОБЩЕСТВЕННЫХ МЕСТАХ?

А.К. Буржубаева, Д.В. Винников, Н.Н. Бримкулов, С.Ж. Сыдыкова
*Кафедра госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии,
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева*

Резюме. Целью исследования была оценка осведомленности выборочной популяции и ее готовности поддерживать закон, регулирующий потребление табачных изделий в Кыргызской республике.

Материал и методы: Данное исследование было спланировано как поперечное со сбором данных через заполнение специально разработанного исследователями опросника.

Результаты и их обсуждение: Мы обнаружили, что в целом респонденты поддерживали запрет курения в тех местах, где оно уже было запрещено, более того, они поддерживали полный запрет курения в тех местах, где в настоящий момент существовал частичный запрет на курение. Данный доказанный результат может использоваться правительством в дискуссиях, посвященных обсуждению необходимости повсеместного запрета курения.

Ключевые слова: курение, табак, закон, общество.

DOES POPULATION OF KYRGYZSTAN SUPPORT SMOKING PROHIBITION IN PUBLIC PLACES?

A.K. Burzhubaeva, D.V. Vinnikov, N.N. Brimkulov, S.Zh. Sydykova
*Chair of hospital therapy, occupational pathology and hematology
Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Ahunbaev*

Resume. The aim of the study was to measure the awareness of the sample population and its readiness to support the Law regulated tobacco consumption products in Kyrgyz Republic.

Material and methods. The study was designed as a cross-sectional trial with filling out of specially elaborated questionnaire. **Results and conclusions.** We found that in general, participants supported a smoking ban in those places where it was already prohibited and even more so, they supported a full smoking ban in places with a current partial restriction. This can serve as compelling evidence and support for the Government in discussions on necessity of implementation of the ban in all places.

Key words: smoking, tobacco, law, society.

КООМДУК ЖАЙЛАРДА ТАМЕКИ ТАРТУУНУ ТЫЮУ САЛУУНУ КЫРГЫЗСТАНДЫН КАЛКЫ КОЛДОЙБУ?

А.К. Буржубаева, Д.В. Винников, Н.Н. Бримкулов, С.Ж. Сыдыкова
*Госпиталдык терапия, кесиптик жана кан ооруларынын курсунун кафедрасы,
И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академия*

Корутунду. Изилдөөнүн максаты тандап алынган популяциянын кабардар болгонун жана Кыргыз Республикасындагы тамеки буюмдарын колдонуусун жөнгө салуучу мыйзамын колдоо даярчылыгын баалоо.

Материал жана ыкмалар: Изилдөөчүлөр тарабынан иштеп чыгарылган атайын сурам билүү аркылуу маалымат чогултуусу менен туурасынан кеткен изилдөө катары пландаштырылган.

Жыйынтыгы жана аны талкуулоо: Негизи суралгандар тамеки чегүүгө тыюу салынган жайларда толук тыюу салынганын, ал гана эмес, азыркы толук эмес тыюу салынган жайлардын да толук тыюу салуусун колдогонун таптык. Бул далилденген жыйынтыкты бардык жерде тамеки тартууну тыюу салуу жөнүндө талкуулоого арналган дискуссияларда өкмөт колдонсо болот.

Негизги сөздөр: чылым чегүү, тамеки, мыйзам, коом.

Потребление табачных продуктов представляет собой одну из основных предотвратимых причин смерти в современном мире: оно убивает около половины регулярных курильщиков. В

настоящий момент в мире насчитывают около 1.3 миллиарда курильщиков, а число смертей от вредного воздействия табачных продуктов составляет 5 миллионов в год [1].

Кыргызстан представляет собой развивающуюся страну во второй фазе табачной эпидемии с высокой и растущей распространенностью курения среди мужчин и в меньшей степени среди женщин. Основные достижения в области законодательства, регулирующего потребление табачных изделий, представляют законы «О ратификации Рамочной Конвенции ВОЗ по борьбе против табака от 21 мая 2003 г.» и «О защите здоровья граждан Кыргызской республики от вредного воздействия табака», принятые парламентом в 2006 г. Последний закон, в частности, подразумевает создание свободных от дыма рабочих мест, так как было доказано, что пассивное курение связано с развитием раковых, сердечных и легочных заболеваний [2,3] и представляет собой ведущий источник загрязнения воздуха в помещениях [4]. Создание рабочей среды свободной от табачного дыма не только защищает здоровье некурящих, но и стимулирует курильщиков сократить [5] или полностью прекратить курение. Еще в 80-х гг табачная индустрия осознала, что создание рабочих мест свободных от табачного дыма оказывает огромное влияние на потребление сигарет [6]. В 1992 г компания Phillip Morris подсчитала, что запрет курения на всех рабочих местах уменьшит потребление сигарет на 10% [7]. Закон № 175 предусматривает «полный» и «частичный» запрет курения, последний подразумевает отведение для курения специально предназначенных территорий. В отличие от «частичного запрета», при котором 50% пространства с отдельной вентиляцией отводится для некурящих лиц, «полный» запрет подразумевает полное запрещение курения.

Однако реализация закона проводится не в полной мере, что обусловлено многими причинами. В качестве одной из причин приводят якобы противодействие общественности данному закону. Для активных действий требуется получение данных о поддержке населением запрета курения для борьбы с табачной промышленностью.

Цели и задачи. Оценка осведомленности выборочной популяции и ее готовности поддерживать закон, регулирующий потребление табачных изделий в Кыргызской республике.

Материал и методы. Пилотным учреждени-

ем для данного исследования была выбрана одна из крупнейших горнодобывающих компаний. В компании работает около 2500 работников в вахтовом режиме (2 недели отдыхают дома, затем 2 недели работают на руднике в условиях высокогорья с проживанием в лагере на высоте 3800 м над уровнем моря). 90% штата состоит из мужчин среднего возраста. Менее 5% являются жителями Бишкека, остальные проживают в Иссык-Кульской области.

Ежегодно работники проходят медицинский осмотр в Бишкеке, целью которого является определение возможности для работников работать в условиях высокогорья. Медицинский осмотр включает инструментальные обследования, лабораторные тесты, консультации специалистов. Ежегодно собирается анамнез каждого работника в отношении курения. В 2007 г. доля никогда не куривших составляла 28,1%, ежедневно курящих - 50,6%. Данное исследование было спланировано как поперечное испытание с заполнением опросников всеми местными работниками («старый» штат), прошедшими ежегодный медосмотр за период с января 2007 г. по январь 2008 г. в медицинской клинике в Бишкеке. Участниками данного исследования также становились лица, ранее не работавшие на компанию, но нанимающиеся на работу и, потому, также проходящие медосмотр («новый штат»).

Опросник был разработан на русском языке и переведен на кыргызский язык, перевод был валидизирован. Опросник состоял из следующих частей:

1. Общая информация о респонденте, данные по расписанию работы, стажу и др.
2. Статус курения
3. Вопросы об осведомленности и отношении к локальной политике борьбы с курением в компании и стране.

Статистический анализ данных был проведен с использованием программ Statistica 6.0 (Statsoft) и NCSS 2002. Сравнение групп проводилось с использованием непараметрических способов, статистическая значимость была рассчитана с использованием 2x2 теста (для категориальных данных) и теста Манна-Уитни. Величина $p < 0.05$ рассматривалась как статистически значимая. Для расчета прогностической цен-

ности независимых переменных (пол, курение, стаж работы) была использована логистическая регрессия. При сравнении женщин с мужчинами, сотрудников штата с новым штатом проводилась стратификация по статусу в отношении курения.

Результаты и их обсуждение. Всего 1881 работников прошли медосмотр и приняли участие в исследовании. Группа состояла из 243 женщин

(12,9%) и 1638 мужчин (87,1%). Средний возраст участников составил $38,6 \pm 9,4$ года, возраст большинства участников был в пределах 30-50 лет. Группа включала местных работников, работавших во всех отделах компании, как в высокогорье, так и в Бишкеке. Место проживания участников и уровень образования представлены в таблице 1.

Таблица 1.
Место проживания и уровень образования 1881 участников

Участники	Проживающие в			Уровень образования		
	Иссык-Кульской	Чуйской	Другой или отсут.отв.	Среднее или среднее незаконченное	Училище	Высшее образование
Работники высокогорья (n = 1480)	992	461	27	417	466	597
Работники в Бишкеке (n = 96)	96	0	0	50	26	20
Новые работники (n = 305)	194	92	19	62	95	148

Отношение к политике контроля курения в компании

1113 (59,2%) участников считали, что политика контроля курения в компании должна быть более строгой. 1642 (87,3%) работников полагали, что компания должна предоставлять помощь работникам, желающим бросить курить. На момент проведения исследования курение на рабочих местах не запрещалось, в то же время - 1095 работников (58,2%) считали, что курение на рабочих местах должно быть запрещено, 1157 (61,5%) поддерживали полный запрет курения в лагере. Из 688 работников, возражавших против запрета курения в лагере, 566 (82,3%) поддерживали инициативу разрешать курение только с согласия партнера (лицо, проживающее в той же комнате, что и курильщик).

Как видно из таблицы 2 некурящие участники проявили большую приверженность к

ужесточению политики запрета курения (OR 1.98 (95% CI 1.64–2.39), к полному запрету курения на рабочих местах (OR 2.36 1.96–2.86) и полному запрету курения в лагере (OR 4.62 (3.76–5.67)). Мы также обнаружили, что работники «старого» штата в меньшей степени поддерживали ужесточение политики курения, чем новый штат, и в меньшей степени возражали против курения на рабочих местах и в лагере. И, наконец, женщины проявили большую поддержку в отношении полного запрета на рабочих местах (OR 1.25 (0.95–1.66)) и в лагере (OR 1.70 (1.26–2.31)). Большинство некурящих сотрудников нового штата поддерживали запрет курения на рабочих местах (n=126) (80,8%) и в лагере (n=131 (84,0%)).

Таблица 2.

Отношение к политике контроля потребления табачных изделий в компании по различным субпопуляциям работников

Вопросы	Среднее значение	Курение		Штат		Пол	
		Курильщики (n = 936)	Некурящие (n = 945)	«старый» (n = 1591)	«новый» (n = 290)	Мужчины (n = 1638)	Женщины (n = 243)
Политика запрета курения должна быть ужесточена	1113 (59,2%)	480 (51,3%)	633 (67,1%)*	899 (56,5%)	214 (73,8%)*	967 (59,1%)	146 (60,1%)
Компания должны предоставлять помощь	1642 (87,3%)	839 (89,6%)	803 (85,1%)	1399 (88,0%)	243 (83,8%)	1448 (88,5%)	193 (79,4%)*
Курение должно быть запрещено на рабочих местах	1095 (58,2%)	450 (48,1%)	645 (68,3%)	873 (54,9%)*	222 (76,6%)*	941 (57,5%)	153 (63,0%)*
Курение должно быть запрещено в лагере	1157 (61,5%)	421 (45,0%)	736 (78,0%)*	913 (57,4%)	244 (84,1%)*	985 (60,2%)	172 (70,8%)*

*значительная разница по сравнению с предыдущим столбцом.

Отношение к государственной политике контроля курения

Ответы на соответствующие данному разделу вопросы были получены у 668 из 1881 респондентов. Это связано не с исключением респондентов из исследования, что могло бы привести к возникновению систематической ошибки, а с добавлением данного раздела к анкете позднее 424 (63%) из 668 участников заявили, что они знают о законе, регулирующем потребление табачных изделий, 509 (76%) отметили, что они знают, что курение полностью запрещено в местах, перечисленных в статье 7 данного закона. 567 (85%) респондентов поддерживали данный

полный запрет на курение. На вопрос о местах, где курение было запрещено на 50%, большинство респондентов проявили поддержку, по крайней мере, этого частичного запрета на курение, тогда как 517 (77%) поддерживали полный запрет курения в этих местах в будущем.

Как видно из таблицы 3, курильщики были более ознакомлены с требованиями закона № 175 в отношении мест, где курение запрещено полностью (OR 1.7; 1.18–2.45) или частично (OR 1.55; 1.03–2.35) и менее привержены к полному запрету курения в местах с действующим запретом в будущем (OR 0.52; 0.35–0.75).

Таблица 3.

Отношение и осведомленность в отношении государственной политики контроля курения (n = 668)

*значительная разница по сравнению с предыдущим столбцом

Мужчины были более осведомлены в отношении закона № 175

Вопросы	Среднее значение	Курение		Штат		Пол	
		Курильщики (n = 329)	Некурящие (n = 339)	«старый» (n = 589)	«новый» (n = 79)	Мужчины (n = 571)	Женщины (n = 97)
Осведомлены о законе	424 (63%)	217 (66%)	207 (61%)	376 (64%)	48 (61%)	376 (66%)	48 (49%)*
Знают список мест, где курение полностью запрещено согласно статье 7	509 (76%)	267 (81%)	242 (71%)	442 (75%)	67 (85%)*	448 (78%)	61 (63%)*
Поддерживают полный запрет курения в местах, перечисленных в статье 7	567 (85%)	277 (84%)	290 (86%)	496 (84%)	71 (90%)	489 (86%)	78 (80%)
Знают список места, где курение частично запрещено на 50%	521 (78%)	269 (82%)	252 (74%)*	455 (77%)	66 (84%)	455 (80%)	66 (68%)*
Поддерживают частичный запрет курения в местах, где курение запрещено частично согласно статье 7	587 (88%)	299 (91%)	288 (85%)*	517 (88%)	70 (89%)	508 (89%)	78 (81%)*
Поддерживают полный запрет курения в местах, где на данный момент курение запрещено лишь частично	517 (77%)	236 (72%)	281 (83%)*	453 (77%)	64 (81%)	446 (78%)	71 (73%)

Мужчины были более осведомлены в отношении закона № 175 (OR 1.96; 1.27–3.03), только половина женщин слышали о данном законе. Мужчины были в большей мере, чем женщины осведомлены о том, что курение было запрещено в общественных местах, перечисленных в статье 7 (OR 2.06; 1.3–3.29) полностью и некоторых других местах - частично (OR 1.86; 1.11–3.13). И, наконец, мужчины проявили большую приверженность к, по меньшей мере, частичному запрету в местах, перечисленных в статье 7 (OR 1.99; 1.1–3.6).

Это первое исследование общественного мнения по отношению к закону, контролирующему потребление табачных изделий в Кыргызстане. Мы обнаружили, что только 63% участников исследования осведомлены о действующем законе, направленном на защиту из здоровья от вредного воздействия табака. Данный результат может объясняться как низкой эффективностью закона, так и отсутствием общественной заинтересованности, обусловленной недостаточной информированностью в отношении пассивного курения.

Недостаточность информирования оказывает огромное влияние, как на здоровье индивидуума, так и общества. Отдельные лица могут просто не знать, почему им необходимо защищать себя, своих работников или свои семьи от табачного дыма [8]. Это говорит о необходимости более активной информационной политики в обществе со стороны государства и правительства, направленной на подготовку населения к запрету курения в общественных местах.

Создание среды свободной от табачного дыма на рабочих местах является важным компонентом здорового образа жизни. Только 58% опрошенных поддерживало запрет курения на рабочих местах, что говорит о низком уровне осведомленности в отношении вредного воздействия табачного дыма. Работники нуждаются в проведении агрессивных образовательных программ, разъясняющих каким образом запрет курения на рабочих местах сможет улучшить их жизнь и помочь самим бросить курить.

Мы также обнаружили, что в целом работники поддерживали запрет курения в тех местах, где оно уже было запрещено, более того, они поддерживали полный запрет курения в тех местах, где в настоящий момент существовал частичный запрет на курение. Данный доказанный результат может использоваться правительством в дискуссиях, посвященных обсуждению необходимости повсеместного запрета курения. Места, где курение запрещено частично, следует в ближайшее время сделать полностью запрещенными для курения, так как население уже готово к таким действиям, а исследования показали, что не существует безопасного уровня табачного дыма [9], в частности, пассивное курение повышает риск развития коронарной болезни сердца на 25-30%, а рака легких на 20-30% среди некурящих. Наше исследование показало, что запрет курения в общественных местах в соответствии с принятым в августе 2006 года законом поддерживаются нашим населением. Исследования в других странах показали, что законы, направленные на создание среды, свободной от табачного дыма пользуются повсеместной популярностью. Например, в Китае 90% населения, проживающего в крупных городах, как курильщики, так и некурящие, поддерживают запрет курения в общественном транспорте, школах и больницах.

Более 80% поддерживают запрет курения на рабочих местах и около половины – в ресторанах и барах [10]. В 2006 г. Уругвай стал первой страной полностью свободной от табачного дыма в Америке, внедрившей запрет на курение во всех общественных и рабочих местах, в том числе, а барах, ресторанах и казино. Данный запрет был поддержан 8 из 10-ти уругвайцев, в том числе примерно двумя третями курильщиков страны [11]. После внедрения закона о среде без табачного дыма в Новой Зеландии, 89% горожан заявили о том, что они поддерживают право людей работать в бездымной среде [12].

Исследование показало, что значительную оппозицию запрету курения могут составлять сами курильщики, так как они в меньшей степени поддерживали полный запрет курения. Некурящие рабочие демонстрировали большую приверженность к закону, защищающему от табачного дыма. Это говорит об актуальности мероприятий, направленных на воспитание у курильщиков уважения к правам некурящих на здоровую окружающую среду. Эти данные совпадают с данными других исследований общественного мнения [13,14,11]. Мы также обнаружили различия в отношении поддержки запрета курения в зависимости от гендерной принадлежности – женщины проявили большую приверженность к запрету, что, возможно, связано с относительно меньшей распространенностью курильщиков среди женщин в данном исследовании.

Результаты исследования показали, что осведомленность о законе была в целом ниже, чем осведомленность о том, в каких местах курение запрещено, частично или полностью. Возможно, люди более осведомлены о том, где курение запрещено, благодаря знаковым обозначениям или предупреждениям со стороны штата соответствующих мест. Тем не менее, они могут не знать о том, что данные правила перечислены в специальном законе, который регулирует и другие стороны контроля потребления табачных изделий.

Исследование имело некоторые ограничения. Во-первых, доля женщин в исследовании была значительно меньшей по сравнению с долей мужчин, что связано с преобладанием мужчин в штате компании. Женщины в меньшей мере были осведомлены в отношении закона, но в той

же мере, что и мужчины поддерживали полный запрет курения. Другие исследования также показывали, что женщины поддерживали создание свободной от табачного дыма среды в той же мере, что и мужчины [15, 16, 17].

Во-вторых, сложно судить о репрезентативности популяции рабочих данной компании по отношению к популяции всего Кыргызстана. Тем не менее, выборка представляла собой большинство активно работающих людей Иссык-Кульской и Чуйской областей страны. Данное исследование является первым доказательством мощной поддержки населением создания бездымной среды, что очень важно для законодательной деятельности. Для получения более достоверных данных в отношении общественной поддержки запрета курения в стране требуются исследования, включающие и другие группы населения по всему Кыргызстану.

Список литературы

- 1 WHO tobacco. deadly in any form or disguise, WHO; 2006.
- 2 USDHHS. The health consequences of involuntary smoking. A report of the surgeon general. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control; 1986.
- 3 National Cancer Institute. Health effects of exposure to environmental tobacco smoke: the report of the California Environmental Protectional Agency. Bethesda, MD: National
4. Repace JL, Lowrey AH. Indoor air pollution, tobacco smoke, and public health. Science 1980;208:464–72.
5. Chapman S, Borland R, Scollo M, Brownson RC, Dominello A, Woodward S. The impact of smoke-free workplaces on declining cigarette consumption in Australia and the United
6. Chilcote S. Public smoking: the problem (SDC Introduction) Tobacco Institute. Bates Range TIMN0014552/4597; 1985.
- 7 Heironimus J. Impact of workplace restrictions on consumption an incidence (memo to Louis Suwarna). Phillip Morris: Bates Range 2045447779/7806; 21 January 1992.
8. Feigelman W, Lee JA. Are Americans receptive to smokefree bars? J Psychoactive Drugs 2006;38:133–41.
9. Siahpush M, Scollo M. Public support for smoking bans in public places in Australia: trends and socio-demographic variations. Health Promot J Aust 2002;13:237–41.
10. American Cancer Society, Inc. Building public awareness about passive smoking hazards, tobacco control strategy planning, companion guide #1; 2003.
11. Ministry of Health, People's Republic of China. China tobacco control report. Beijing; May 2007. Cancer Institute. Smoking and Health Monograph 10; 1999
12. Organizacion Panamericana de la Salud (Pan American Health Organization). Estudio de "Conocimiento y actitudes hacia el decreto 288/005". (Regulacion de consume de tabaco en lugares publicos y privados); October 2006. <http://www.presidencia.gub.uy/_web/noticias/2006/12/informeo_dec_268_mori.pdf> [accessed 05.12.07].
13. California bar patrons field research corporation polls, March 1998 and September 2002. Sacramento, Tobacco Control Section, California Department of Health Services, November 2002. States. Am J Publ Health 1999;89:1018–23.
14. WHO report on the global tobacco epidemic. The MPOWER package; 2008.
15. World Health Organization/International Agency for Research on Cancer IARC. Tobacco smoke and involuntary smoking: summary of data reported and evaluation. Geneva, monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, vol. 83: 2004 <<http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/volume83.pdf>> [accessed 05.12.07].
16. Scientific Committee on Tobacco and Health. Update of evidence on health effects of secondhand smoke. London, Scientific Committee on Tobacco and Health, 2004. http://dh.gov.uk/prod_consum_dh/idcplg?IdcService=GET_FILE&dlD=13632&Rendition=Web [accessed 05.12.07].
17. US Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. Atlanta, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2006. <<http://surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/report.pdf>> [accessed 05.12.07]

ВЗАИМОСВЯЗЬ КОСТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ И МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА МАТЕРИ И НОВОРОЖДЕННОГО

Бообекова А.А., Калканбаева Ч. К.

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

Резюме: выявлена прямая корреляционная взаимосвязь между уровнем кальция в крови матери и содержанием кальция в крови ребенка. Дети матерей, которые имели низкие показатели костной прочности в I триместре имели наиболее высокий уровень кальцийурии и потери фосфора, а показатель щелочной фосфатазы был достоверно выше. У этих новорожденных открытый малый родничок встречался в 3,8 раза, открытый сагиттальный шов в 1,6 раза, мягкие кости краев большого родничка наблюдались в 1,9 раза чаще, чем в группе контроля.

Ключевые слова: беременность, обмен кальция

ЭНЕНИН ЖАНА ЫМЫРКАЙДЫН МИНЕРАЛДЫК АЛМАШУУСУ ЖАНА СӨӨК БАЙЛАНЫШЫН ТҮЗҮЛҮШҮ

Бообекова А.А., Калканбаева Ч. К.

*И. К. Ахунбаевдин Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек, Кыргыз Республикасы*

Резюме: Эненин канындагы кальцийдин денгээли менен баланын канындагы кальцийдин денгээли ортосунда түздөн-түз корреляциялык өз ара байланыш табылды. I триместрде сөөк бекемдигинин көрсөткүчтөрү төмөн болгон энелердин балдары фосфор жоготуунун жана кальцийуриянын денгээли бийик болду, ал эми щелочтук фосфатаза көрсөткүчү жогору болгону аныкталды. Бул ымыркайларда ачык жана кичинекей эмгек 3,8 эсе, ачык сагитталдык шов 1,6 эсе кездешет, чоң эмгектин чекесиндеги жумшак сөөктөр контролдук топко караганда 1,9 эсе көбүрөөк байкалат.

Негизги сөздөр: кош бойлуулук, кальцийдин алмашуусу

RELATIONSHIP BONE REMODELING AND MINERAL METABOLISM AND NEWBORN

Boobekova A.A., Kalkanbaeva C.K.

*Kyrgyzstan State Medical Academy after Ahunbaev,
Bishkek, Kyrgyz Republic*

Summary: A direct correlation relationship between the level of calcium in the blood of the mother and calcium in the blood of a child. Children of mothers who had low bone strength in 1-trimester had the highest calciuria rate and losses of phosphorus, and alkaline phosphatase index was significantly higher. These infants small open fontanel met 3.8 times sagittal suture open a factor of 1.6, the soft edges of the large fontanelle bones were observed in 1.9 times more frequently than in the control group.

Key words: pregnancy, calcium exchange

Введение

Минералы и витамины, накопленные плодом внутриутробно, имеют большое значение для поддержания высоких темпов костного ремоделирования в раннем возрасте, когда интенсивно увеличиваются размеры тела (Демин В. Ф., 2005; Prentice A. et al, 2006). Дефицит их в постнатальном периоде восполнить трудно (Баранов А. А. и соавт., 2002).

Вместе с тем, в медицинской литературе не

представлено научно-обоснованных данных о состоянии минерального обмена, минеральной костной плотности и прочности кости у матери и ребенка после рождения. Отсутствует информация об особенностях изменений костной ткани у младенцев в постнатальный период. Это определило цель и задачи настоящего исследования.

Материал и методы исследования

Обследовано 135 новорожденных, родившихся у женщин, проживающих в г. Бишкек. Контроль-

ную группу (1-ю) составила 71 пациентка с нормальными показателями минеральной плотности костной ткани (МПКТ) в процессе гестации; 2 (основную) группу составили 33 беременные с остеопенией, выявленной в I триместре, 3-я (основная) группа была представлена 31 пациенткой с остеопенией, диагностированной в процессе гестации. Измерение МПКТ проводилось методом ультра-звуковой денситометрии с помощью аппарата «Sound Scan-Compact 2000» фирмы «Myriad Ultra-sound System LTD» (Израиль).

Из биохимических параметров кальций-фосфорного обмена исследовали общий кальций (Ca), неорганический фосфор (P), кальций и фосфор в утренней порции мочи по отношению к экскреции креатинина, а также общую щелочную фосфатазу (ЩФ). Состояние минерального обмена у новорожденных анализировалось и сопоставлялось с соответствующими показателями у их матерей.

Статистическую обработку полученных результатов проводили стандартными методами на персональном компьютере IBM PC в пакете EXSEL 2000.

Результаты исследования и обсуждение

К концу III триместра беременности у женщин с исходной остеопенией (2-я группа) и гестационной остеопенией (3-я группа) показатели уровня кальция в крови были ниже, чем в группе контроля. Во 2-й группе его содержание в среднем составило $2,23 \pm 0,02$ ммоль/л, в 3-й $2,26 \pm 0,01$ ммоль/л, против $2,32 \pm 0,01$ ммоль/л в группе контроля.

Была выявлена значительная потеря МПКТ. Этот показатель соответствовал нижней границе

нормы. Остеопенический синдром был выявлен у 12,6%, а у 6 (4,4%) беременных было выявлено снижение МПКТ до степени остеопороза (ОП). Содержание неорганического фосфора в сыворотке крови у беременных в 3 триместре гестации было от 0,7 ммоль/л до 1,7 ммоль/л и не зависело от уровня костной прочности. При этом значение этого показателя в среднем во 2-й группе составило $1,24 \pm 0,03$ ммоль/л против $1,13 \pm 0,02$ ммоль/л и $1,12 \pm 0,04$ ммоль/л в контроле и 3-й группе соответственно.

Индивидуальные колебания показателей экскреции кальция составили от 0,5 ммоль/л/24ч до 15,8 ммоль/л/24ч. Наиболее высокие потери были у женщин с исходной остеопенией. Примечательно, что беременные этой группы отличались самыми низкими темпами ремоделирования, что полностью согласуется с отрицательным влиянием дефицита кальция на уровень костного оборота (Соколова М Ю, 2004)

При детальном анализе минерального обмена у новорожденных установлено, что среднее значения общего кальция в сыворотке крови на 3 сутки жизни у детей рассматриваемых групп достоверно не отличались и были в пределах нормы. Индивидуальные колебания общего кальция у новорожденных составляли от 1,90 ммоль/л до 2,76 ммоль/л. В результате проведенных исследований выявлена прямая корреляционная взаимосвязь (табл. 1) между уровнем кальция в крови матери и содержанием кальция в крови ребенка ($r = 0,30$; $p < 0,05$).

Содержание неорганического фосфора в крови новорожденных было в пределах от 0,80 ммоль/л до 2,29 ммоль/л.

Таблица 1

Биохимические показатели минерального обмена у новорожденных детей в зависимости от уровня кальция в крови у матерей

Группа	Показатель у новорожденного		
	Ca, ммоль/л	P, ммоль/л	Щелочная фосфатаза, ед/л
Контроль (n=71)	$2.52 \pm 0.15^*$	1.26 ± 0.15	$259,7 \pm 46,2^*$
2-я группа (n=33)	$2,33 \pm 0.13$	$1,33 \pm 0.12$	$320,6 \pm 33,1$
3-я группа (n=31)	2.38 ± 0.11	1.29 ± 0.12	$285.5 \pm 38,3$

Достоверность различий между группами: * $p < 0,05$.

При изучении такого биохимического маркера костного метаболизма, как щелочная фосфатаза, установлено, что в группе новорожденных от матерей 2-й группы показатель щелочной фос-

фатазы был достоверно выше ($p < 0,05$) по сравнению с детьми первой и третьей групп (табл. 1), что указывает на возможные нарушения остеобластической активности у детей, рожденных

от матерей с низким уровнем кальция к концу беременности (Моисеева Т.Ю. и соавт., 2006).

Дети матерей, которые имели низкие показатели костной прочности в I триместре имели наиболее высокий уровень кальцийурии и потери фосфора. Показатель кальций/креатининового соотноше-

ния так же был достоверно выше у детей, матери которых имели исходную остеопению (табл. 2) Установлена взаимосвязь показателей МПКТ в I триместре с содержанием кальция ($r=-0,5$; $p<0,01$) и показателем Ca/Cr ($r=-0,4$; $p<0,05$) в суточной моче новорожденных.

Таблица 2

Суточная экскреция кальция и фосфора с мочой у новорожденных

Показатель	Контрольная группа (n=71)	2-я группа (n=33)	3-я группа (n=31)
кальций мочи	0,28±0,1	0,69±0,3	0,42±0,3
Фосфор мочи	10,2±0,6	16,4±3,9	9,8±2,3
Ca/креатинин	2,293±0,8	5,15±2,3	3,40±2,1

Клинические признаки нарушения костного метаболизма (мягкие кости краев большого родничка, открытый сагиттальный шов, открытый малый родничок) достоверно чаще встречаются в группе новорожденных от матерей с нарушением фосфорно-кальциевого обмена (табл. 3). Так, у новорожденных от матерей с исходной остеопенией открытый малый родничок встречался в 3,8 раза и 1,6 раза чаще, чем в группе контроля и группе с гестационной остеопенией. Открытый сагиттальный шов отмечался в этой же группе в 1,6 раза чаще, чем в группе контроля и был на

11,5% выше, чем в группе с гестационной остеопенией. Мягкие кости краев большого родничка у новорожденных от матерей с исходной остеопенией наблюдались в 1,9 и 1,2 раза чаще, чем в 1-й и 3-й группах соответственно (табл. 3).

Таким образом, изменения минерального обмена у беременных женщин способствуют развитию изменений показателей кальций-фосфорного обмена у плода и проявляются нарушением процесса минерализации костной ткани новорожденных уже на первой неделе жизни (Gafni R.I., Baron J., 2007).

Таблица 3.

Изменения (в %) костной системы у новорожденных в зависимости от уровня кальция в крови

Группа	Клиника		
	Открыт малый родничок	Открыт сагиттальный шов	Мягкие края большого родничка
Контроль (n=71)	5,6	11,3	14,1
2-я группа (n=33)	21,2	18,2	27,3
3-я группа (n=31)	12,9	16,1	22,6

Таким образом, в условиях низкой обеспеченности кальцием матери в течение всей беременности, у новорожденных выявлена тенденция ухудшения показателей кальций-фосфорного обмена и клинические признаки нарушения костного метаболизма.

Литература

- 1 Баранов А.А., Щеплягина Л.А., Баканов М.И. и др. //Рос. педиатр. ж -2002. - №3. - с. 7-12
- 2.Демин В. Ф. Нарушения фосфорно-кальциевого обмена у детей раннего возраста. Лекции по

педиатрии на CD. РГМУ, 2005. – 278 с.

3.Моисеева Т.Ю., Гаспарян Н.Д., Козлова Л.В., Лебедева Е.А. // Материалы X Конгресса педиатров России. - Москва, 2006. – С. 121-124.

4 Соколова М. Ю. // Гинекология. - 2004 - №6 (5). - С.268-270.

5.Gafni R.I., Baron J. // Pediatrics. – 2007. - 119 Suppl 2:131-6.

6.Prentice A., Schoenmakers I., Laskey M.A., et al. // Proc Nutr Soc 2006. Nov; 65(4): 348-60.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЗДНЕЙ ФОРМЫ НЕЙРОСИФИЛИСА ПРОГРЕССИВНОГО ПАРАЛИЧА

А.М. Мурзалиев, М.К. Балтабаев, К.Э. Диканбаева

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

Резюме: в статье описан случай нейросифилиса у больного 48 лет с доминированием в клинической картине прогрессирующих нервно-психических нарушений, проявившихся когнитивными и поведенческими расстройствами. Диагноз подтвержден результатами серологических тестов в крови и спинномозговой жидкости. После пенициллинотерапии отмечено уменьшение выраженности когнитивных, поведенческих нарушений. Обсуждается о необходимости обязательного серологического обследования на сифилис всех пациентов с психическими нарушениями в ситуации прогнозируемого в ближайшие годы роста числа случаев позднего нейросифилиса.

Ключевые слова: нейросифилис, прогрессирующий паралич.

НЕЙРОСИФИЛИСТИН ӨТҮШҮП КЕТКЕН ФОРМАСЫНЫН МИСАЛЫ-ПРОГРЕССИВДИК ПАРАЛИЧ

А.М. Мурзалиев, М.К. Балтабаев, К.Э. Диканбаева

*Кыргызская мамлекеттик медициналык академиясы И.К. Ахунбаева атынд.,
Бишкек, Кыргыз Республикасы*

Корутунду: бул макалада 48 жаштагы нейросифилис менен ооруган адамдын дарты суроттолгон. анын тез убакта акыл-эси жана журуш-турушу бузулган. Диагноз кандын жана жулун суусун серологиялык аныктамоо аркылуу такталган. Пенициллин менен дарылоодон кийин акыл-эси ажана журуш-турушунун бузулушу азайган. Баардык эс-учу, журуш-турушу бузулган орулууларга созулган серологиялык аныктамоонун милдеттик турдо отуунун суроосу чакташтырылган.

Озгочо создор: нейросифилис, прогрессирующий паралич.

CLINICAL CASE OF LATE FORM OF NEUROSYPHILIS- PROGRESSIVE PARALISE

Mursaliev A.M., Baltabaev M.K., Dikanbaeva K.E.

Kyrgyz State Medical Academy by Ahunbaev I.K. Bishkek, Kyrgyz Republik

Resume: there was described case of neurosyphilis at 48 old patient with progressive psychiatric disorders, presented by cognitive and behavioral impairment. Diagnosis was proved by serological tests of blood and CSF.

After treatment with penicillinum was registered decreasing of cognitive and behavioural impairments. All patients with psychiatric disorders should be done serological tests for syphilis, because of predisposing situation in the future will be increase cases of late forms of neurosyphilis

Key words: neurosyphilis, progressive paralise.

Нейросифилис (НС)- общее название разнообразных клинических форм поражения нервной системы сифилитической природы, характеризующихся склонностью к прогрессированию при отсутствии адекватного лечения [1,2].

Согласно статистическому отделу Минздрава России, динамика заболеваемости сифилисом по сравнению с минимальным показателем в 1989г.(43 случая на 100 000 населения), возросла

в 1996 г. в 60 раз (264,6 случаев). В нашей Республике от 87 случаев в 1990 г., до 6680 случаев в 1996г [8]. Причинами роста заболеваемости сифилисом явились: крайне неблагоприятная эпидемиологическая ситуация, повышенная миграция населения, снижение жизненного уровня, безработица, проституция, алкоголизм, наркомания, падение моральных устоев, а также ухудшение качества медицинской помощи

В неврологической клинике Национального Госпиталя 1998 году был зарегистрирован один случай заболевания нейросифилисом в КР, в 2005 году 13, и 8 пациентов в 2010 году. За последние 5 лет увеличилось количество пациентов с поздними формами нейросифилиса, а именно прогрессивного паралича (ПП) с 2008 года, всего в клинике зарегистрировано 5 случаев. ПП может развиваться через 3-30 лет с момента заражения сифилисом (чаще 10-15 лет); он относится к поздним формам сифилитического поражения нервной системы [3,4]. Среди больных преобладают лица среднего и пожилого возраста. Выделение форм ПП (дементная, экспансивная, эйфорическая, депрессивная и т.д.) имеет значение только в начальной стадии заболевания. Неуклонно прогрессируя (отсюда и название «прогрессивный»), заболевание приобретает более сложную и тяжелую клиническую картину. Наряду с развивающейся деменцией и психическими расстройствами отмечаются дизартрия, акционный тремор, оживление рефлексов, атаксия и эпилептические припадки. К ним постепенно присоединяются нарушение письма, счета и чтения. Наиболее часто встречается дementная форма со свойственным ей полным распадом личности и всех форм психической деятельности. Обычно она имеет относительно доброкачественное течение. На ранних стадиях (до развития двигательных нарушений) заболевание трудно отличить от более часто встречающихся лобно-височных деменций другого генеза [3,9,10].

Целью работы было описание случая классической дementной формы ПП, выявленной в начальной стадии развития исключительно благодаря серологическому обследованию.

Больной Б., 50 лет. Обратился в клинику по настоянию родственников. Сам больной при поступлении жалоб не предъявлял. Родственники больного отмечали у него снижение инициативы при общении, трудности в понимании обращенной к нему речи, нарушения памяти, внимания, чтения, письма, неузнавания членов семьи, замедленность и неуверенность при ходьбе.

Из анамнеза жизни, стало известно пациент родился в срок. Беременность и роды у матери протекали нормально. Рос и развивался соответственно возрасту, от сверстников не отставал. Окончил 10 классов. Служил в армии. Пациент

дважды женат: с первой женой развелся 12 лет назад, имеет 4 детей, женился второй раз в 2007 году. В течении 12 лет жил с матерью, последний год отделился в связи с женитьбой. После женитьбы, собственную инициативу по контакту с родственниками не проявлял. Эпизодически мать сама навещала его. Последние 2 года родственники стали замечать изменение поведения больного, появилась эгоистичность в характере. Он приходил к матери и забирал ее вещи, все что попадется «под руки», говорил, что это все принадлежит ему. Затем родственники стали замечать грубые нарушения памяти на наиболее ближайшие события: не узнавал мать, сестру, братьев. Однако он с большой охотой рассказывал как он служил в армии 20 лет назад. В августе месяце по поводу вышеперечисленных жалоб была проведена магнитно-резонансная томография головного мозга (МРТ). Родственников стало еще больше беспокоить то, что он стал не всегда понимать обращенную к нему речь и отвечать на вопросы, и у него нарушилось чтение и письмо.



Рис. а (показывает время 3.00 дня и Ф.И.О.).

Данное состояние связывали с хроническим алкоголизмом, пока в начале октября 2010 года больной не пропал, сел в автобус в Нарынской области и уехал в неизвестном направлении. Найден в одном из стационаров г. Бишкек с диагнозом: сотрясение головного мозга, туловища, груди и живота. Больной обстоятельства травмы не помнит, там же при серологическом исследовании в крови обнаружены положительные трепонемные тесты, в связи с чем направлен к венерологам в кож-венерологический диспансер, однако

учитывая имеющиеся грубые нарушения памяти был переведен в отделение неврологии №1 Национального Госпиталя. При поступлении изменений в соматическом статусе обнаружено не было.

Неврологический статус: глазные щели S=D, зрачки узкие D=S, симптом Аргайл – Робертсона положительный, движение глазных яблок в пол-

ном объеме, язык по средней линии. Сухожильные рефлексы равномерно оживлены с обеих сторон. Мышечный тонус заметно не изменен. Мышечная сила достаточная. При проверке чувствительности из-за когнитивных нарушений отвечает с ошибками. В позе Ромберга устойчив.

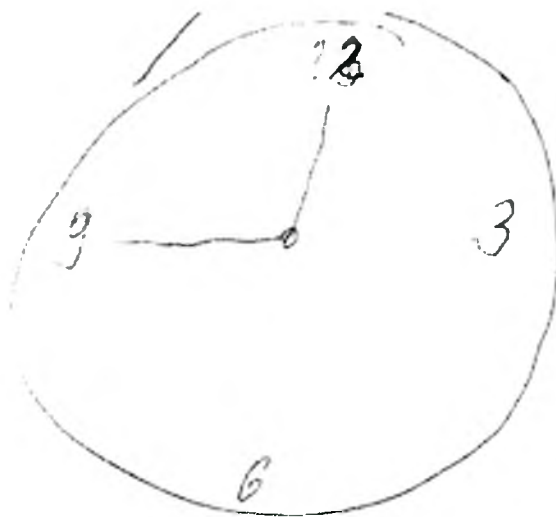


Рис. 6 (после лечения, правильно указывает время 9.00).

Нейропсихологический статус: пациент в ясном сознании, контакт несколько затруднен, полностью дезориентирован в месте, времени и частично в собственной личности: может назвать свое имя, фамилию, но не знает свой возраст и откуда он родом. Обращают на себя поведенческие особенности больного: негативное отношение к осмотру и снижение критики к своему состоянию. В беседе безынициативен, на вопросы отвечает односложно. Нейропсихологическое обследование затруднено из-за нарушений понимания заданий, значительно увеличено время реакции на внешние стимулы, резко снижено внимание, выражены замедленность и истощаемость. Отсутствует способность к обобщению: пациент не может выделить общее между столом и стулом, чашки и тарелки. Выполнить задание “написать свое имя и фамилию” не может – пишет с трудом с литеральными персеверациями. Отмечается утрата пространственных отношений – трудности повторения действий руками по показу, в тесте нарисования часов не может расставить цифры на циферблате (рис а).

MPT головного мозга - субарахноидальные

пространства, сильвиевы и кортикальные борозды расширены с признаками субатрофии извилин. Субкортикально и перивентрикулярно отмечаются рассеянные мелкие до 3,0мм очаги демиелинизации и глиоза. Кровь на RPR-+3 резко положительный; на РИФ, КСР 1:16, РПГА 4+-резко положительный; ликвор на РИФ, КСР 1:2, РПГА- резко положительный 4+; общий анализ ликвора реакция Панди+, белок 0,33 г/л, цитоз 27/3 22/3 в 1 мкл сегмент, 5/3 в 1 мкл лимфоцитов.

Ликвор IgG-2,500(Норма до 0,242) IgM-отр; Психиатр ДЗ: F 02,8 Деменция при других уточненных заболеваниях(нейросифилис, ЧМТ). Венеролог ДЗ нейросифилис под вопросом; Серологические анализы: время заражения сифилисом установить не удалось из-за выраженных когнитивных нарушений.

Пациенту было проведено два курса специфической терапии с перерывом 14 дней, терапия проведена Цефтриаксоном 2,0 в сутки в течении 14 дней, под прикрытием преднизолона по схеме 75мг-50мг-25мг внутримышечно для профилактики реакции Яриша –Герксреймера

Через 10 дней после начала терапии, пациент

стал заметно активен, постепенно улучшилась память (начал узнавать родственников, ориентировался в пространстве и времени), при повторном проведении теста рисования часов- положительная динамика, правильно расставил цифры и показал запрашиваемое время (рис б).

Представленный случай иллюстрирует неврологическое и психопатологическое проявление III дементной формы на его ранней стадии, до присоединения двигательных нарушений. После проведенной специфической терапии у пациента отмечается заметное улучшение нервно-психологического статуса. Можно предположить, что у нашего больного течение III осложнилось провоцирующими факторами, а именно хроническим алкоголизмом и перенесенной черепно-мозговой травмой. Уже в настоящее время многим неврологам и психиатрам приходится встречаться с разными формами нейросифилиса, которые ранее казались каузистикой. Между тем своевременная диагностика и адекватное лечение нейросифилиса позволяют предотвращать развитие необратимых изменений и добиваться значительного эффекта даже в тяжелых случаях.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Михелашвили Н.А. Поздний сифилис: обзорные иностранной литературы//Неврологический журнал-1999 -№6-С 59-62
- 2 Яхно Н.Н., Дамулин И.В., Савушкина И.Ю., Подчуфарова Е.В., Захаров В.В., Степкина Д.А., Шмидт Т.Е., Левченко А.Г. Хронический сифилитический менингоэнцефалит с нормотензивной гидроцефалией («прогрессирующий паралич»)// Неврологический журнал-2009.-№40-С.34-41.
- 3.Нарфенов В.А., Вахнина Н.В., Лосева О.К.,

- Аншукова А.В., Исаева А.А., Теремкова Т.И. Нейросифилис с психическими и двигательными расстройствами- менингovasкулярный сифилис или прогрессивный паралич?//Неврологический журнал-2003-№3-С.29-32.
- 4.Бреднев А.Г., Каниненко Н.В. Об эффективности комбинированного лечения прогрессивного паралича пенициллином и тетравакциной.// Журнал невропатологии и психиатрии-1996-№5-С.768-772.
- 5.Шейфер М.С. Патоморфоз прогрессивного паралича//Журнал невропатологии и психиатрии-1967.-№11-С.272-274.
- 6 Красносельских Т.В., Соколовский Е.В. Прогрессирующий паралич: клинко-серологические параллели и лечение//Вестник дерматологии-1998-№1-С.45-50.
- 7 Косов Е.С. прогрессивный паралич (современные вопросы клиники, течения и терапии)// Журнал невропатологии и психиатрии-1970-№7-С.1077-1081.
8. Мурзалиев А.М., Андреева В.В., Юсупов Ф.А. О двух случаях нейросифилиса // Сборник научных трудов. Материалы международной научно- практической конференции «Современное состояние дерматовенерологической службы КР и перспективы его развития» Бишкек 27-28 октября 1998 г. - С. 56-59.
- 9 Красносельских Т.В. Нейросифилис// суставной синдром в практике дерматовенеролога. Нейросифилис/ Под редакцией Е.В. Соколовского.- СПб: Сотис,2001 -С.72-271.
- 10 Гуревич М.О. Прогрессивный паралич//Сифилис нервной системы/ Под ред. А.И. Абрикосова и др.-М.,Л.: Госиздат,1927 -С.156 -162.

СОСТОЯНИЕ ВКУСОВОГО АНАЛИЗАТОРА И ЕГО РОЛЬ В АДАПТАЦИИ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА К ВЫСОКОГОРЬЮ

Илиаджиева Л.М., Мадаминова М.А.

Кафедра ЛОР-болезней КГМА им. Ахунбаева И.К., Кыргызстан, г. Бишкек

Резюме: в данной работе приводятся результаты исследования вкусового анализатора языка у 210 человек в условиях низкогогорья (770 м. над ур. моря) и высокогорья (3200 м. над ур. моря). Впервые установлено повышение порога вкусовой чувствительности, особенно правой половины языка, к основным вкусовым раздражителям в зависимости от возраста в условиях высокогорья. Выявлены особенности течения заболеваний желудочно-кишечного тракта при росте вкусового порога.

Ключевые слова: вкусовой анализатор, высокогорье, низкогогорье, вкусовая чувствительность, вкусовые раздражители, желудочно-кишечный тракт

THE CONDITION OF GUSTATORY ANALYZER AND ITS ROLE IN ADAPTATION OF HUMAN BODY WITHIN THE HIGH ALTITUDE CONDITIONS

Iljadgieva L.M., Madaminova M.A.

Chair of ENT KSMA

Resume: The current work presents the results of research of the gustatory analyzer of the tongue for 210 people within the conditions of low altitude (770m above sea level) and high altitude (3.200 above sea level). For the first time, the decrease of the gustatory sensitivity, particularly of the right part of the right part of the tongue to the main gustatory irritator was identified. The peculiarities of the increase of diseases of the gastro-intestinal tract with the growth of gustatory sensitivity were defined.

Key words: gustatory analyzer, low altitude, high altitude, gustatory sensitivity, gustatory irritator, gastro-intestinal tract.

ДААМ СЕЗУУ АНАЛИЗАТОРУНУН АБАЛЫ ЖАНА АНЫН АДАМ ОРГАНИЗМИНИН БИЙИК ТОО АЙМАГЫНА КОНУГУУСУНДОРГУ РОЛУ

Илиаджиева Л.М., Мадаминова М.А.

ЛОР-орусу кафедрасы КГМА

Орогунду: Бул иште даам сезуу анализаторунун боксо тоо (770м. дениз денгээлинен жогору) жана бийик тоо (3200 м. дениз денгээлинен жогору) аймагында изилдоонун натыйжалары келтирилген.

Биринчи жолу даам сезуу анализаторунун абалы бийик тоо аймагында адамдын жашында карага изилденген: даам сезуунун негизги дуулуктургуч гарга болгон сезгичтик дэнгээлинин, айрыкча тилдин он жак болугундо томодошу аныкталган. Даам сезуунун сезгичтик дэнгээлинин жогорулашы менен бийик тоолуу жана боксо тоо аймактар да ашказан-ичек ооруларынын котойушу белгиленген.

Негизги создор: сезуу анализатор, боксо тоо, бийик тоо, ашказан-ичек ооруларынын.

Актуальность работы

Подъем в горы и проживание в условиях высокогорья сопровождаются воздействием на человека экстремальных факторов. Если коренные жители высокогорья имеют приспособительные механизмы, выработанные и закрепленные в течение многих поколений, то у жителей равнины,

впервые поднявшихся в горы, эти компенсаторно-приспособительные механизмы менее выражены. При подъеме на высоту у них начинают срабатывать «срочные механизмы адаптации» к кислородному голоданию. В частности, учащается дыхание и сердцебиение, появляются признаки централизации кровообращения и т.д.

[2,3,4] Эти механизмы адаптации по истечении сравнительно непродолжительного времени могут исчерпать свои резервные возможности. Возникает необходимость в адекватных изменениях процесса приспособления, имеющих отношение к метаболическим системам организма в условиях малоокислородного режима. Сообразно специфике названных сдвигов должна меняться и потребность организма в определенных нутриентах. Однако, данный вопрос крайне мало изучен [1]. О существенных изменениях функции пищеварения и обмена веществ человека в условиях высокогорья, свидетельствует ряд известных работ [5,6]. В этих же условиях наблюдается притупление или извращение вкуса, в частности к соленому, кислому, сладкому и горькому. Последнее сообщение нас особенно заинтересовало, поскольку большая часть территории Кыргызской Республики - горы. Познакомившись с информацией, содержащейся в этой работе, мы пришли к выводу, что она не только является единичной, но и не даст ответ на все вопросы, которые имеют практическое значение.

Материалы и методы исследования

Всего было обследовано 210 человек, в возрасте от 12 до 76 лет, из них 146 (69,5%) мужчин и 64 (30,5%) женщины. Низкогорные исследования (770 м над ур. моря) нами были проведены на базе ЦНИЛ и кафедры оториноларингологии КГМА и клинических отделений Национального госпиталя при МЗ КР, а высокогорные — в экспедиционных условиях на перевале Туя-Ашу (3200 м над ур. моря). Исследование проводилось на 7-10 день пребывания в горах. Пациентами явились члены экспедиции и рабочие дорожно-ремонтных бригад трассы Бишкек-Ош. Состояние вкусового анализатора изучалось с применением комплекса клинико-лабораторных методов. Общеклинические методы включали: анализ жалоб, данных анамнеза и объективного осмотра, сведений медицинской документации. Специальные методы исследования включали: анализ субъективных ощущений и объективные методы исследования вкусового анализатора (методы А.Д.Бернштейна и электрогустометрии), исследование pH слюны, эзофагогастродуоденоскопию. Уровни изучаемых показателей в условиях низкогорья служили контролем по отношению к таковым в высокогорье.

Состояние вкуса к сладкому и соленому исследовали растворами сахара и поваренной соли

различной концентрации: растворы сахара № 1 - 4%, № 2 - 10%, № 3 - 40%; растворы поваренной соли № 1 - 2,5%, № 2 - 4%, № 3 - 10%. Кроме этого, определяли чувствительность вкусовых зон языка к 0,2% раствору соляной кислоты и 0,1% раствору никотиновой кислоты. Раствор сахара или соли, никотиновой или соляной кислот, пипеткой по капле наносили на кончик, боковые поверхности и заднюю треть языка, справа и слева, с интервалом от 2 до 5 минут. Для объективизации исследований состояния вкуса, дополнительно изучали названную функцию с помощью электрогустометрии. Этот метод позволяет вести исследования как постоянным, так и переменным током. На язык подается ток нарастающей силы. Появление легкого ощущения кислоты или небольшого покалывания на языке в области приложения активного электрода соответствовало порогу чувствительности вкусовых рецепторов к электростимуляции. Учитывая роль слюны на начальном этапе пищеварения, важно определять выделяемое количество слюны и её pH. Слюну собирали с помощью капсулы Лешли-Красногорского из подчелюстной железы. Выбор этой железы был обоснован тем, что она имеет серозные и слизистые клетки, способные вырабатывать смешанный серозно-слизистый секрет. pH слюны определялась pH-метром. Состояние желудочной секреции изучали после пероральной ее стимуляции по способу Н.И.Лепорского (1928) в нашей модификации (с помощью гастроскопа).

Собственные результаты и обсуждение

У людей с возрастом происходит постепенное повышение вкусовых порогов. Нами установлено, что пребывание в условиях высокогорья сопровождается не только повышением порога чувствительности, но и нарушением распознавания вкуса. При этом выраженность изменений зависела также от возраста обследуемых. Начиная с 24-29 лет, выявлено нарушение адекватного восприятия соленого (NaCl), сладкого (глюкоза) и горького (никотиновая кислота). Относительное число лиц, неадекватно воспринимающих вкус этих веществ, возрастала в каждой последующей возрастной группе. Начиная с 42 лет, наряду с отмеченным, пациенты переставали воспринимать кислый вкус соляной кислоты в контрольной дозировке. При электрогустометрическом обследовании этих же лиц оказалось, что повышение порогов вкусовой чувстви-

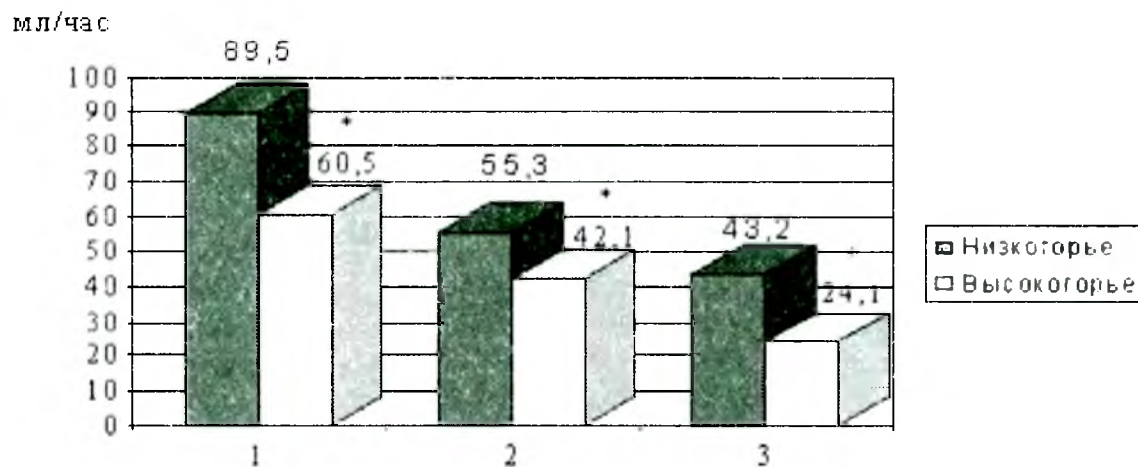
тельности правой половины языка начинается с 30-35 летнего возраста, а левой - с 36-41. Такая направленность вкусовой чувствительности постоянно возрастала.

Подъем в условия высокогорья сопровождается повышением порога вкусового восприятия. Эта тенденция особенно четко выявлена нами на правой половине языка, причем уже с 23-летнего возраста. В условиях высокогорья нами выявлено возрастание количества жалоб на ухудшение деятельности желудочно-кишечного тракта (метеоризм, имитирующий чувство насыщения, извращение вкуса и т.д.) У этой категории обследованных регистрировались нарушения вкусовой чувствительности, причем, у некоторых из них (страдающих хроническим гастритом) неадекватно воспринимался вкус никотиновой и соляной кислот, NaCl и глюкозы, а 4 человека из 25 вообще не смогли определить вкус предложенных веществ в стандартной концентрации. Аналогичная картина наблюдалась нами и у лиц с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, хроническим холециститом, хроническим панкреатитом. Причем у них высокие пороги восприятия вкусовых веществ наблюдались и перед подъемом в горы и после спуска вниз. Нельзя исключить, что отмеченные нарушения вкусовой чувствительности у лиц, находящихся в условиях высокогорья, приводили к неадекватному употреблению тех или иных продуктов, неспособных в обычные сроки перерабатываться в желудочно-кишечном тракте, что и могло

приводить к обострению вышеуказанных заболеваний. Этому вероятно способствовали и другие факторы, в том числе дефицит кислорода и низкое барометрическое давление. Они оказывают влияние на сложнорефлекторные пусковые механизмы регуляции работы желудочно-кишечного тракта. В результате уменьшается слюноотделение и угнетается первая фаза желудочной секреции (рис. 1). А такой сдвиг названных секреторных функций, в свою очередь, сопровождается изменением вкусовой чувствительности. Одновременно, в условиях высокогорья, по сравнению с низкогорьем, нами установлено изменение pH слюны на соляную кислоту (0,2%) - 7,5 и 8,2 ($P < 0,05$); на глюкозу (10%) - 7,0 и 7,3 ($P > 0,05$); на натрий хлор (4%) - 7,1 и 7,2 ($P > 0,05$) и на никотиновую кислоту (0,1%) - 7,2 и 7,3 ($P > 0,05$) - соответственно.

В результате проведенной работы нами установлено, что высокогорные экстремальные факторы, воздействуя на центральные механизмы нейро-гуморальной системы, отдельные органы и системы, а также непосредственно на периферические вкусовые рецепторы языка, приводят к иному уровню функционирования вкусовой системы, которая в свою очередь определяет, в некоторой степени, количество и качество потребляемой пищи, что в свою очередь отражается на обмене веществ и возможности противостоять высокогорным факторам

Рис. 1. Влияние раздражения вкусовых рецепторов языка на секрецию желудочного сока в условиях низкогорья и высокогорья.



1. Белковый завтрак. 2. Белково-жировой завтрак. 3. Углеводный завтрак

Литература

1. Алдашев А.А. Питание и высокогорье. – Алма-Ата: Казахстан, 1983 – 127 с.
2. Данияров С.Б. Вопросы экологической физиологии высокогорья. // Здоровоохранение Кыргызстана. – 1995. – №1-2 - С.41-43.
3. Миррахимов М.М., Агаджанян Н.А. Человек и окружающая среда. – Фрунзе: Кыргызстан, 1974. – 112 с.
4. Турусбеков Б.Т. Медико-социальные аспекты здоровья человека в горных условиях. – Бишкек: Илим, 1998. – 127 с.
5. Beidler L.M. Anion influencia on taste veception vesponse. //In Olfaction and Taste - 1967 - Vol.509, N 34.-P.635-641.
6. Hurtado A. Animals in high altitude resident man. //Amer. Physiol. Soc. – 1964.- Vol. 10.-P.272-290.

2005-2010- ЖЫЛДАРДАГЫ КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН СА- ЛАМАТТЫКТЫ САКТОО МИНИСТРЛИГИНИН РЕСПУБЛИКА- ЛЫК СОТ МЕДИЦИНАЛЫК ЭКСПЕРТИЗА БЮРОСУНДА УУЛА- НУУЛАРДЫН КАТТАЛГАН САЛЫШТЫРМА АНАЛИЗИ

Тургунбаев А.К., Бокоев Э.А., Бурлуцкий И.С., Омошев А.А., Айтмырзаев Б.Н.
*И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медицина Академиясы.
Соттук медицинаналык аныктоо жана укук кафедрасы*

Корутунду: Спирт ичимдиктери жана банги заттары менен уулануу коомчулукта койгойлуу маселелерден болуп саналат, анткени көпчүлүк учурларда адам омурунун кыйылышына спирт ичимдиктери жана банги заттары себепкер болуп жатат.

Негизги создор: спирт ичимдиги, банги заты, спирт ичимдиктери жана банги заттары менен уулануу учурлары.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЛУЧАЕВ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ОТРАВЛЕНИЙ ПО ДАННЫМ РБСМЭ МЗ КР ЗА 2005-2010Г.Г.

Тургунбаев А.К., Бокоев Э.А., Бурлуцкий И.С., Омошев А.А., Айтмырзаев Б.Н.
*Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К.Ахунбаева.
Кафедра судебной медицины и права*

Резюме: случаи отравления алкоголем и наркотиками являются острой проблемой общества, так как в большинстве случаев алкоголь и наркотик может стать причиной смерти.

Ключевые слова: алкоголь, наркотики, случаи отравления алкоголем и наркотиками

THE COMPARATIVE DESCRIPTION OF THE INCIDENTS OF DIFFERENT KIND OF POISONS BASED ON FACTS OF FOR 2002- 2010 YEARS

Turgunbaev A.K., Bokoev E.A., Brulutskiy I.S., Omoshev A.A., Aytmirzaev B.N.
*I.K.Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy.
Department of judicial medicine and law.*

Resume: Incident of alcoholic and narcotic ally poisons are the acute problem of society, as in most of incidents the alcohol or narcotic can be the cause of death.

Key words: alcohol, narcotic, incident, alcoholical poison, narcotical poison.

Одной из важнейших проблем, которые ставятся перед судебно-медицинскими экспертами, является определение наличия или отсутствия алкоголя или наркотиков в органах и тканях трупа при производстве экспертиз при различных видах смерти. Тем более, что в большинстве экспертных случаев именно алкоголь или наркотик может стать причиной смерти.

Из-за скудности специфических морфологических признаков, служащих доказательством

отравлений алкоголем и наркотиками, судебно-медицинская экспертиза опирается на данные результатов судебно-химических исследований. Поэтому, в отдельных случаях возникает необходимость обоснования экспертного «Заключения» данными не только исследования трупа и количественного определения наркотиков или алкоголя, но и другими дополнительными сведениями или данными. Таковыми являются половозрастные характеристики и социально-быто-

вые обстоятельства и т.д.[3].

В связи с вышеуказанным, для целей изучения и проведения сравнительного анализа случаев отравлений алкоголем и наркотиками, нами проведен анализ архивного материала Республикан-

ского бюро судебно-медицинской экспертизы МЗ КР. В качестве изучаемого материала были взяты данные архивного материала за период с 2005 по 2010 годы по случаям отравлений алкоголем и наркотиками (см. таблицы №1-2).

Таблица №1

Процентные соотношения количества отравлений алкоголем к общему количеству исследованных трупов в РБСМЭ.

Год	Всего экспертиза	Отравлений алкоголем	мужчина	женщина
2005	1957	217(21.5%)	167(77%)	50(23%)
2006	1927	226(22.5%)	172(76.1%)	54(23.9%)
2007	1894	156(15.5%)	139(89.1%)	17(10.91%)
2008	1729	130(12.9%)	106(81.5%)	24(18.5%)
2009	1517	140(13.9%)	124(88.5%)	16(11.5%)
2010	1727	138(13.7%)	127(92%)	11(8%)
Итого	10751	1007(100%)	835(82.9%)	172(17,1%)

Из таблицы видно, что на период с 2005-по 2010 год отмечается преобладание количества отравлений алкоголем среди мужчин, а среди женщин наоборот имеет тенденция к снижению.

Таблица №2

Процентное количества отравлений наркотиками к общему количеству умерших

Год	Всего эксперти за	Отравлений наркотиками	мужчина	женщина
2005	1957	29(5.9%)	26(89.7%)	3(10.3%)
2006	1927	110(22.2%)	100(90%)	10(10%)
2007	1894	87(17.5%)	80(91.9%)	7(8.1%)
2008	1729	89(17.9%)	82(92.1%)	7(7.9%)
2009	1517	98(19.8%)	93(95.0%)	5(5.0%)
2010	1727	83(16.7%)	81(98.0%)	2(2.0%)
Итого	10751	496(100%)	462(93.1%)	34(6.9%)

По таблице №2 видно, что с 2005- по 2010 год отравления наркотиками среди мужчин высокие, а среди женщин имеется тенденция к снижению. Изучались морфологические характеристики, а также данные качественного и количественного судебно-медицинского анализа, согласно протоколам вскрытия. Проводился статистический и сравнительный анализ.

Основная трудность диагностики отравления алкоголем и наркотиками на трупе заключается в том, что, как правило, приходится дифференцировать между собой основные два положения:

- алкоголь и наркотики как ядовитые вещества могут вызвать острые смертельные отравления;

- наркотики и алкоголь в особенности, как один из существенных факторов риска, нередко способствует наступлению скоропостижной смерти от различных заболеваний [1]

Далее следует отметить, что предшествующими или способствующими факторами для наступления отравления или скоропостижной смерти могут являться возрастные изменения, пол, образ жизни индивида, а также социальные факторы и т.д.

Таблица №3

Ежегодные данные по возрастному характеру отравлений алкоголем.

Год	возраст					Всего
	16-26	27-37	38-48	49-59	60и>	
2005	5	7	96	80	29	217
2006	8	28	77	80	33	226
2007	4	22	45	57	28	156
2008	7	24	32	43	24	130
2009	1	26	40	49	24	140
2010	2	31	49	32	24	138
Всего	27	138	339	341	162	1007

Таблица №4

Ежегодные данные по возрастному характеру отравлений наркотиками.

Год	Возраст					всего
	16-26	27-37	38-48	49-59	60и>	
2005	9	20	10	-	-	29
2006	10	69	26	4	1	226
2007	10	47	22	7	1	156
2008	9	48	23	6	3	130
2009	10	57	27	3	1	140
2010	10	48	20	5	-	138
Всего	58	289	128	25	6	1007

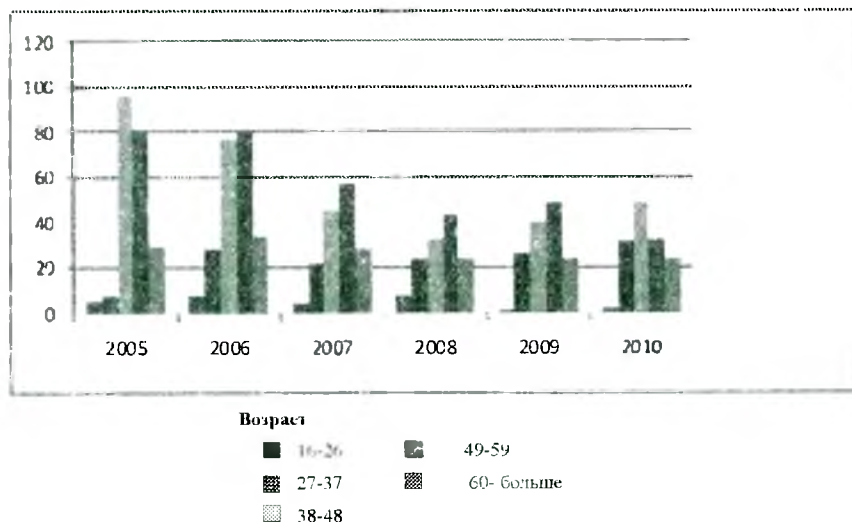
Результаты анализа показали, что наибольшее количество отравлений алкоголем отмечалось в 2005 году, и составило 217 случаев. В последующем, на период с 2006 по 2008 отмечалось постепенное снижение количества отравлений, и составило от 226 до 130 случаев. Затем на период с 2009 по 2010 показатели стабилизировались и составили одинаковое количество -140-138 слу-

чаев отравлений (см. диаграмму №2;3).

Согласно данным таблиц №3 и №4 случаи отравления алкоголем во всех возрастных группах на период с 2005-по 2010 год имели тенденцию относительного снижения, а отравления наркотиками, наоборот, к увеличению в особенности в возрастной группе 27-37 лет.

Диаграмма №1.

Отравление алкоголем.



По случаям же отравления наркотиками выявлена следующая картина:

- наибольшее количество отравлений отмечалось в 2006 году, и составило 110 случаев, а наименьшее - в 2005 году, и составило 29 случаев. В последующем за 2007-2008 года отмечается резкое снижение количества отравлений, и составило

по 87-89 случаев [2]

Затем за 2009 год отмечается некоторое увеличение количества отравлений, составляя 98 случаев, и за 2010 год незначительное снижение, составляя 83 случая отравлений наркотиками (см. диаграмму №1;3).

Диаграмма №2.

Отравление наркотиками

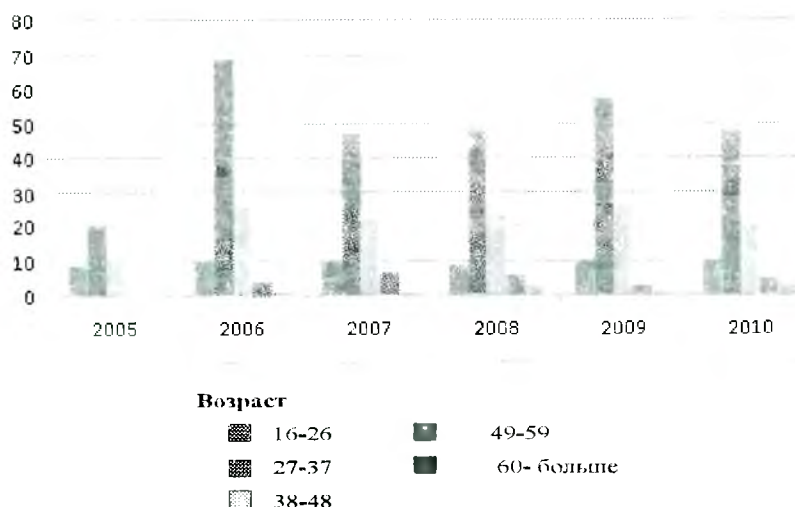
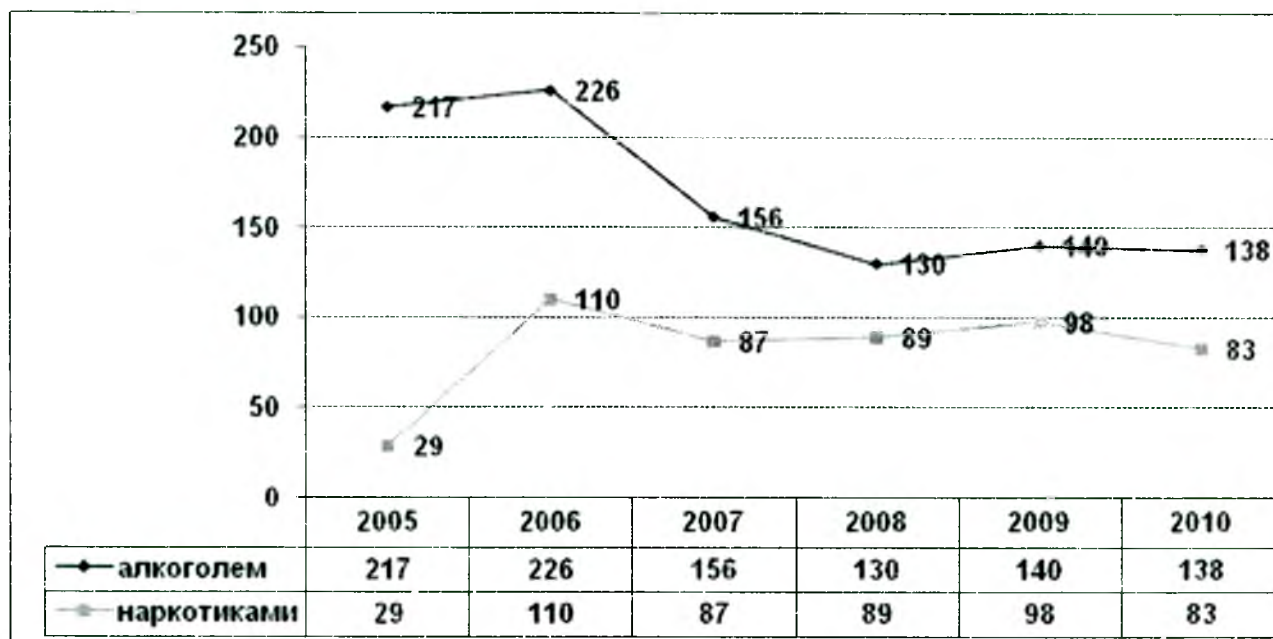


Диаграмма №3

Графическое изображение случаев отравления алкоголем и наркотиками



Выводы: Таким образом, данные сравнительного анализа позволяют судить о том, что:

- 1) на период с 2005 по 2010 года отмечается тенденция к постепенному снижению количества случаев отравлений алкоголем.
- 2) отравления же наркотиками, наоборот, отмечается тенденция к увеличению количества отравлений, в особенности, в возрастных группах от 16 до 37 лет.
- 3) но все же на сегодняшний день случаи отравлений алкоголем остаются высокими.

Литература:

1. Судебно-медицинская экспертиза отравлений, Горький, 1984г. (Учебное пособие).
2. Латышова С.Н., Исмаилов Н.К., Мукашев М.Ш. Сравнительный анализ отравлений алкалоидами опия в г. Бишкек за 2004-2008г. "Здравоохранение Кыргызстана" 2/2009 с. 93-95.
3. Назаров З.А., Нуздыбаев А.С., Туребаев О.Н. Использование социально-демографических факторов для идентификации степени алкогольного опьянения и алкогольной интоксикации, / Проблема судебно-медицинской экспертизы, Алма-Ата, 1991 г., с.45-46.

ИССЛЕДОВАНИЕ АМИНОКИСЛОТНОГО СОСТАВА CHONDRILLA LATIOCORONATA LEONOVA

С.А. Мусаева, Н.У. Токтоналиева, Т.О. Маатов.

*Межотраслевой Учебно-Научный Центр биомедицинских исследований
кафедры базисной и клинической фармакологии им. проф. М.Т.Нанаевой
КГМА им. И.К.Ахунбаева
Кыргызская Республика, г. Бишкек*

Резюме: В данной статье представлены результаты фитохимического анализа и фармакологической активности *Chondrilla Latiocoronata* Leonova. В ходе экспериментов был установлен аминокислотный состав

Chondrilla Latiocoronata Leonova, представленный практически всеми аминокислотами.

Ключевые слова: фитопрепарат, аминокислоты.

CHONDRILLA LATIOCORONATA LEONOVA -НЫН АМИНОКИС- ЛОТАЛЫК ТҮЗҮЛҮШҮН ИЗИЛДӨӨ

С.А. Мусаева, Н.У. Токтоналиева, Т.О. Маатов.

*Биомедициналык изилдөөлөрдүн тармактар аралык
Окутуу-Илимий борбору
проф. М.Т. Нанаева атындагы базистик жана клиникалык фармакология кафедрасы
И.К.Ахунбаев атындагы КММА
Кыргыз Республикасы, Бишкек ш.*

Кыскача мазмуну: Берилген статьяда *Chondrilla Latiocoronata* Leonova-нын фитохимиялык анализинин жана фармакологиялык активдүүлүгүнүн жыйынтыктары көрсөтүлгөн. Эксперименттер жүзүндө *Chondrilla Latiocoronata* Leonova-нын баардык аминокислоталардан турган аминокислоталык түзүлүшү аныкталган.

Өзөктүү сөздөр: фитопрепарат, аминокислоталар.

THE STUDY OF AMINO ACID COMPOSITION CHONDRILLA LATIOCORONATA LEONOVA

S.A. Musaeva, N.U. Toktonaliev, T.O. Maatov.

*Inter branch educational-scientific centre of biomedical studies
Chair of base and clinical pharmacology named after prof. M.T.Nanaeva
I.K. Akhunbaev KSMA
The Kyrgyz Republic, Bishkek*

Summary: The results of phytochemical analysis and pharmacological activity of *Chondrilla Latiocoronata* Leonova are presented in this article. During experiment amino acid composition of *Chondrilla Latiocoronata* Leonova containing practically all amino acids was established.

Key words: Herbal drug, amino acids.

Введение: Растительный мир подарил человечеству огромное богатство - лекарственные растения, которые всегда были источниками жизни, пищи и здоровья. Многие из них прошли многовековую проверку и составляют бесценный фонд современной фитотерапии. История народной фитотерапии имеет возраст, равный истории человечества. Несомненно, что ее становление носило эмпирический характер. Право на жизнь завоевывали те лечебные эффекты растений, которые были очевидны.

Несмотря на достигнутые успехи в области химического синтеза лекарственных веществ, природные биологически активные соединения в настоящее время не только не утратили своего значения, но, наоборот, с каждым годом расширяются перспективы их использования. Актуальность фитотерапии возросла еще и потому, что участились случаи терапевтических неудач, появление аллергических реакций на синтетические медикаменты.

Тем, кто использует растение в лечебных целях часто бывает непонятным их действие при многих болезнях, не схожих по происхождению и течению. Однако, в этом нет ничего противоречивого, так как в одном и том же лекарственном растении содержатся различные классы химических соединений. Содержание в лекарственных травах комплекса ценных веществ способствует выравниванию и нормализации жизненно важных процессов, обеспечивает организм минеральными солями и витаминами, поддерживает на определенном уровне обмен веществ. Одним из преимуществ лечения лекарственными травами является их малая токсичность и возможность длительного применения без существенных побочных явлений [1-4].

Для Кыргызской Республики своевременны изыскания и разработка отечественных эффективных лекарственных средств на базе местного лекарственного растительного сырья. Поэтому можно с уверенностью от-

метить, что одной из актуальных проблем современной фармакологии и фармации является разработка, изучение и внедрение в клиническую практику новых лекарственных препаратов растительного происхождения. В этом плане представляет интерес *Chondrilla Latiocoronata*. Ареал распространения по Кыргызской Республике данного растения повсеместный. Промышленное производство фитопрепарата из *Chondrilla Latiocoronata* является доступной и актуальной [5 – 7].

Материалы и методы исследования. Объектом изучения явилось многолетнее растение из семейства сложноцветные *Chondrilla Latiocoronata* Leonova (сем. Compositae).

Для испытания на биоактивность, надземную часть изучаемого растения высушивали в тени и измельчали. Затем 10 г порошкообразной массы помещали в колбу и заливали 100 мл дистиллированной воды, добавляли 1 каплю толуола (для предупреждения заплесневания) и оставляли на сутки при комнатной температуре. Водные извлечения отфильтровывали, а сырье повторно заливали водой до зеркала и вторично экстрагировали аналогично первой.

Группа соединений, обнаруживаемых в надземной части *Chondrilla Latiocoronata*, относится к классу аминокислотных производных. Они всегда присутствуют в водных извлечениях и с точки зрения максимального использования растения в практике представляют определенный интерес. С этой целью нами был определен «сырой» протеин, содержащий азот. С помощью автоматического анализатора аминокислот, получена полная картина аминокислотного состава растения.

Результаты исследования. В результате проведенного анализа установлено, что содержание «сырого» протеина в сырье составляет 6,4 %, а его аминокислотный состав представлен в таблице 1

Таблица 1
Аминокислотный состав сырья *Chondrilla Laticoronata* Leonova.

№	Наименование аминокислот	Количество аминокислот (%)
1	Лизин (незаменимая)	5,10
2	Аспарагиновая кислота	0,35
3	Глутаминовая кислота	17,4
4	Аланин	5,24
5	Изолейцин (незаменимая)	4,33
6	Фенилаланин (незаменимая)	4,89
7	Гистидин (незаменимая)	2,08
8	Трионин (незаменимая)	4,50
9	Пролин	7,70
10	Валин (незаменимая)	4,09
11	Лейцин (незаменимая)	7,34
12	Аргинин (незаменимая)	4,75
13	Серин	4,27
14	Глицин	5,10
15	Метионин (незаменимая)	0,64
16	Тирозин	3,12

Из таблицы 1 видно, что количество незаменимых аминокислот составляет 37,5 %.

Наряду с аминокислотами в водных извлечениях *Chondrilla Laticoronata* были обнаружены биоактивные соединения, предварительно отнесенные к классу аминов. Нами установлена большая токсичность, чем все остальные ингредиенты *Chondrilla Laticoronata*. При этом летальная доза составляет в пределах 300 – 400 мг/кг. При введении токсических доз отмечается прогрессирующая гипотермия, брадиаритмия на ЭКГ и постепенное угнетение двигательной активности. В серии опытов было изучено влияние суммы аминокислотных производных на температуру тела и частоту сердечных сокращений у мышей. Данные представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Влияние аминопризводных, выделенных из *Chondrilla Laticoronata* на температуру тела животных при однократном введении изучаемого фитоэкстракта.

Время	150 мг/кг	100 мг/кг	60 мг/кг	40 мг/кг	30 мг/кг
Исх. данные ректальной температуры	36,3	36,2	36,6	37,0	36,8
20 мин.	32,5	32,6	32,1	37,0	-
40 мин.	30,4	31,0	-	34,6	-
60 мин.	28,1 начало гибели экспериментальных животных	29,6	32,0	-	35,0
120 мин.	-	32,0	34,0	35,0	-
4 часа	-	30,7	33,0	35,4	-
6 часов	-	34,7	33,7	34,1	36,4
24 часа	-	29,7	30,7	33,7	35,2

Из таблицы 2 видно, что аминопризводные в дозе 150 мг/кг вызывают прогрессирующее падение ректальной температуры, угнетение двигательной активности и брадикардию. Через час после введения изучаемого фитоэкстракта, на фоне гипотермии начинается гибель экспериментальных животных. Доза 100 мг/кг не является летальной, но вызывает те же измене-

ния в течение суток и температура тела остается низкой, чем в исходном. Аналогичную закономерность можно отметить при введении доз 60 мг/кг и 40 мг/кг, а доза 30 мг/кг при однократной инъекции существенно не влияет на ректальную температуру. В следующих сериях было изучено действие меньших доз аминопризводных при многократных введениях (таблица 3).

Таблица 3.

Влияние аминопризводных, выделенных из *Chondrilla Laticoronata* на температуру тела экспериментальных животных при многократных введениях препарата.

Доза	Исходная температура	1	2	3	4	5	24 (через сутки)
50 мг/кг	37,7	32,4	31,5	-	-	-	Инъекции были прекращены из-за гибели отдельных особей.
20 мг/кг	37,2	36,2	36,1	-	37,6	37,6	

Данные таблицы 3 свидетельствуют, что при повторных введениях препарата в дозе 50 мг/кг его гипотермический эффект усиливается, а доза 20 мг/кг в этом отношении не эффективна.

Наши исследования по изучению аминопроизводных, содержащихся в надземной части *Chondrilla latiocoronata* показали, что содержание «сырого» протеина в сырье составляет 6,4%. Также нами был установлен аминокислотный состав, представленный практически всеми аминокислотами, из общей суммы которой 37,5% составляют незаменимые.

В составе аминопроизводных представлены вещества аминной структуры, обладающие выраженной биологической активностью и вызывающие гипотермию, брадикардию.

Таким образом, наличие возобновляемой сырьевой базы растения рода *Chondrilla* и возможность выделения нескольких классов биологически активных соединений является достаточным обоснованием для дальнейшей разработки субстанций для получения необходимой лекарственной формы фитопрепарата, с целью внедрения в практику здравоохранения.

Список литературы

- 1.Э.Б. Асанов, Н.Н. Тареева. Фенольные соединения шалфея лекарственного.// Здравоохранение Кыргызстана. — 1995.- № 1(2). — С. — 55— 57.
- 2.Н.Г. Богачева. Изучение возможности использования семян каштана конского в качестве компонента сбора «Касмин». //Гомеопатия и фитотерапия. — 1998. — №2— С. — 33— 37.
- 3.А.Г. Губаев. Фармакологические свойства антикоагулянтов из травы нанен темной. Автореф. дисс. канд. мед. наук. — Тюмень. — 1991.
- 4.С.Л. Чубарова. Лекарственный препарат растительного происхождения с антиоксидантными свойствами для лечения ишемических поражений сердца. В сб. «Материалы 12-й международной конференции молодых ученых» — Москва. — 2001. — С. — 617 .
- 5.В.А. Барабой. Растительные фенолы и здоровье человека. — М.: Наука.— 1984.
- 6.Р.Т. Вильямс. Метаболизм фенолов в животных организмах. — М.: Мир. — 1968. — С. — 166 — 198.
- 7 Флора Киргизской ССР. Определитель растений Кирг. ССР. — 1965. — № 2. — С. — 504

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ СУБПЕРИОСТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Умаров А. М., Алымбаев Р. С.

*Кыргызская Государственная Медицинская Академия имени И. К. Ахунбаева
Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии*

Резюме: в статье приведены основные технические моменты операции субпериостальной имплантации.

Ключевые слова: субпериостальная имплантация, атрофия, альвеолярный отросток, субпериостальный имплантат (СПИ).

THE SURGICAL REPORT OF OPERATION OF SUBPERIOSTEAL IMPLANTATION

Umarov A.M., Alimbaev R.S.

The resume: In article the basic technical moments of operation of subperiosteal implantation are resulted.

Keywords: subperiosteal implantation, atrophy, alveolar process, subperiosteal implant.

СУБПЕРИОСТАЛДЫК ИМПЛАНТАЦИЯСЫ ОПЕРАЦИЯСЫНЫН ТЕХНИК ПРОТОКОЛУ

Умаров А. М., Алымбаев Р. С.

Корутунду: бул макалада субпериосталдык имплантация методунун техникалык протоколу баяндалат.

Негизги сөздөр: субпериосталдык денталдык имплантанттар, атрофия, субпериосталдык имплантат (СПИ).

Введение. Основные трудности при восстановлении функциональных и эстетических параметров зубочелюстной системы с помощью имплантации возникают при дефиците костной ткани и атрофии альвеолярного отростка челюстей. Субпериостальная имплантация, по сути, является единственным методом выбора в таких клинических ситуациях [4,2]. Операция субпериостальной имплантации значительно сокращает сроки начала протезирования и снижает себестоимость лечения по сравнению с видами оперативных вмешательств, которые направлены на увеличение объема костной ткани челюстей для непосредственной или отсроченной эндооссальной имплантации [1,3].

Идею конструкции СПИ впервые предложил в начале 40-х годов прошлого столетия шведский стоматолог Н. Dahl. В дальнейшем накопленный клинический опыт показал неоспоримые достоинства субпериостальной имплантации. Вместе с тем, на сегодняшний день имеет место непонимание медицинской и технической сути метода субпериостальной имплантации, показаний и противопоказаний к использованию СПИ, а также особенностей конструкции и техники из-

готовления.

В статье мы указали лишь основные моменты проведения классической субпериостальной имплантации. Вопросы, касающиеся предоперационной подготовки, разновидностей операции субпериостальной имплантации в статью не включены.

Проведение субпериостальной имплантации требует высокого мастерства хирурга-стоматолога, зубного техника и тщательной предоперационной подготовки.

Классическая методика субпериостальной имплантации предусматривает двухэтапную операцию.

1 этап – это снятие слепка с поверхности челюстной кости. Премедикацию и обезболивание проводят по общепринятой схеме. Далее рассекается слизистая оболочка и надкостница до кости по гребню альвеолярного отростка в области концевой дефекта зубного ряда. После скелетирования альвеолярного гребня осуществляется визуальная оценка рельефа и структуры костной ткани в данной зоне, выявляются ишемизированные области, дефекты слизистой оболочки, уровень прикрепленной десны, участки альвео-

лярного отростка с истонченной кортикальной костью, области выхода сосудов и нервов. Определяется положение перекидных лент имплантата и головок. В соответствии с анатомо-топографическими условиями проецируется положение фиксирующих на костных крыльях имплантата, перфорационных отверстий. В области локализации перекидных лент на гребне альвеолярного отростка выполняются и пропилы глубиной 2 – 5 мм. Используя специальный шприц, вводим силиконовую массу по кругу под лоскутом и выдавливаем оттискной материал (рис. 1). Шприц улучшает адаптацию силиконовой массы к неровностям рельефа челюсти. Для снятия оттиска мы применяли специальную ложку (рис. 2) из перфорированной лабильной пластинки, изготовленной из нержавеющей стали толщиной 0,5 мм.



Рис. 1. Введенный силиконовой массы с помощью специального шприца



Рис. 2. Оттискная ложка из перфорированной лабильной пластинки



Рис. 3. Снятие оттиска с помощью оттискной ложки



Рис. 4. Оттискный материал из поверхности кости

Лабораторный этап Оттиск промывается, отливается гипсовая модель. Карандашом зарисовывается конструкция имплантата, затем для изготовления восковой композиции берется аналог головки имплантата и устанавливается на гипсовую модель, определяется параллельность взаимоотношения опорных зубов и аналога. При этом имеется возможность выбора длины шейки и головки аналога. Применение аналогов значительно сокращает сроки лабораторного этапа изготовления СПИ. При этом мы также можем определять толщину и ширину лент, определить на модели способы и место фиксации а также степень выраженности кортикальной костной ткани (Рис. 5)



Рис. 5. Аналог головки для лабораторного изготовления СПИ и планирование СПИ на гипсовой модели

Контур модели переводится в восковую структуру и затем отливается литевая конструкция СПИ и одновременно фиксирующие элементы в муфельной печи. После получения каркаса СПИ, он обрабатывается его мелкой фракцией в пескоструйном аппарате. Фрезами аккуратно убираются острые края имплантата, формируется отверстие для фиксации. Отверстие для фиксации можно формировать по перекидной или краевой ленте с нёба и вестибулярной поверхности. После окончательной обработки (аппаратом химической полировки), определяется посадочный

диаметр фиксирующих элементов. Затем в специальном электролитном составе полируются каркас СПИ и элементы для фиксации. Заключительным этапом лабораторного этапа является стерилизация и пассивация.

2 этап — это подготовка челюстной кости к имплантации и собственно внедрение СПИ, который состоит из: опорной головки, перекидной ленты, опорной ленты, оральной и вестибулярной лент и имеет отверстия для фиксирующих элементов (рис. 6).

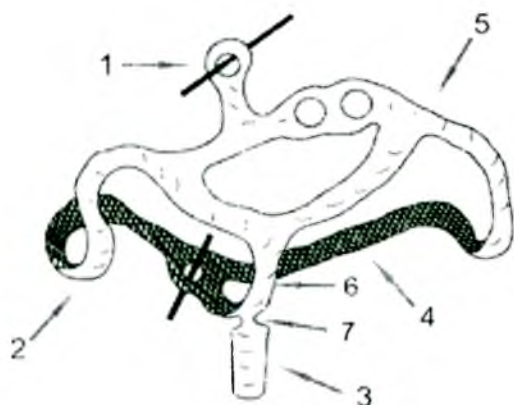


Рис. 6. Конструкция субпериостального имплантата: 1- отверстие для фиксирующего элемента, 2 — перекидная лента, 3 — головка СПИ, 4, 5 - оральная и вестибулярная ленты, 6 — опорная лента, 7 — шейка СПИ

Второй этап операции требует особого внимания к прилеганию каркаса СПИ к костной ткани альвеолярного отростка, соответствию направления и высоты головок имплантата, окклюзионным взаимоотношениям.

Специальным иглодержателем СПИ прикладывается на место его установки. Для установки СПИ на верхней челюсти рекомендуем применять специальный инструмент — импланто-удерживатель, на нижней челюсти — специальный фиксатор имплантата.



Рис. Импланто-удерживатель. В момент использования на верхней челюсти



Рис. Фиксатор имплантата. В момент использования на нижней челюсти

С помощью данных инструментов легко добиться прочной фиксации СПИ при ограниченном открывании рта и отрицательных углах тела челюсти. Фиксация СПИ играет большую роль в обеспечении стабильности самого имплантата и опирающегося на него зубного протеза. Мы рекомендуем анатомо-топографический и механический способы фиксации.



Рис. Установка имплантата и фиксация с помощью универсального имплантатовода



Рис. СПИ зафиксированный микро-винтом

После проверки фиксации имплантата на кости слизисто-надкостничные лоскуты укладываются на место, внимательно следя за тем, чтобы вся конструкция была надежно перекрыта слизисто-надкостничными лоскутами. Рана слизистой ушивается резорбируемым шовным материалом. Пациентам в послеоперационном периоде рекомендуется гипотермия по стандартной схеме на область операции в течение 6-8 часов (экспозиция 20 минут, через каждый час), медикаментозная терапия, включающая анальгетики, антигистаминные препараты, витамины, тщательная гигиена полости рта с использованием ополаскивателей и отваров трав. Швы можно снимать через 8-10 дней. К постоянному протезированию приступают после стабилизации имплантата.

Проведение субпериостальной имплантации требует высокого мастерства хирурга-стоматолога, зубного техника и тщательной предоперационной подготовки.

Литература

1. Кулаков А.А., Амхадова М.А., Хамраев Т.К. Хирургическая реабилитация пациентов со значительной атрофией верхней челюсти с применением субпериостальных имплантатов // Труды II Всероссийского конгресса по дентальной имплантологии. – Самара. – 2002. – С.70–72.
2. Лессовая И.Г., Российский П.В. Новые подходы получения оттисков с челюстной кости на хирургическом этапе субпериостальной имплантации у больных при полной адентии // Современная стоматология. – 2009. – №2. – С.92–96.
3. Раздорский В.В., Котенко М.В., Макарьевский И.Г. Субпериостальная экспресс-имплантация в лечении пациентов с адентией челюстей // Клиническая стоматология. – 2010. – №1. – С.72–73.
4. Суров О.Н., Линков Л. Ренессанс субпериостальной имплантации // Новое в стоматологии. – 2009. – №1. – С.3–5.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОКЛЮША В СОЧЕТАНИИ С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ (ОРВИ), У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Халупко Е.А.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, кафедра детских инфекционных болезней, Республиканская клиническая инфекционная больница, Бишкек

Резюме: проведен сравнительный анализ клинико-эпидемиологических особенностей течения коклюша у 61 ребенка раннего возраста и у 64 детей, больных коклюшем в сочетании с ОРВИ.

Ключевые слова: коклюш, острые респираторные вирусные инфекции, кашель, репризы, синдром бронхиальной обструкции, осложнения.

KLINIKO-EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF A WHOOPING COUGH IN A COMBINATION TO ACUTE RESPIRATORY VIRUS INFECTIONS (ARVI), AT CHILDREN OF EARLY AGE

Halupko E.A.

Kyrgyz State Medical Academy, Department of Children's Infectious Diseases, Republican clinical infectious hospital, Bishkek

Abstract: the comparative analysis of kliniko-epidemiological peculiarities of a current of a whooping cough at 61 children of early age and at 64 children sick of a whooping cough in a combination with ARVI is carried out.

Keywords: a whooping cough, acute respiratory virus infections, cough, reprises, a syndrome of bronchial obstruction, complication.

КӨК ЖӨТӨЛ ООРУСУ МЕНЕН ООРУГАН ЫМЫРКАЙ БАЛДАРДЫН КУРЧ МҮНӨЗДӨ КАРМАГАН РЕСПИРАТОРДУК ВИРУС ЧАКЫРГАН ООРУЛАРЫНЫН КЛИНИКАЛЫК ЖАНА ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

Халупко Е.А.

Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, балдардын жугуштуу оорулар кафедрасы, Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы

Кортунду: көк жөтөл оорусу менен ооруган 61 ымыркай балдардын жана курч мүнөздө кармаган респиратордук вирус чакырган 64 баланын клиникалык жана эпидемиологиялык өзгөчөлүктөрү аныкталган.

Ачыкч сөздөр: көк жөтөл, жөтөл, курч мүнөздө кармаган респиратордук вирус чакырган оорулары, реприз, обструкция синдрому, оорунун өтүшкөндүгү.

Введение. В структуре детской инфекционной патологии коклюш занимает одно из ведущих мест и характеризуется высокой заболеваемостью, особенно в крупных городах [1, 5], длительным течением заболевания, развитием осложнений, возможными летальными исходами

у детей раннего возраста. Это заболевание продолжает оставаться важнейшей проблемой здравоохранения даже в странах с высоким охватом прививками против коклюша [2]

В современных условиях коклюш до 60% случаев протекает в сочетании с острыми респираторными

торными вирусными инфекциями. Наслоение ОРВИ, в том числе гриппа, РС-инфекции, аденовирусной инфекции и других нередко является причиной ухудшения состояния, развития осложнений у детей больных коклюшем [1, 3].

Коклюшно-вирусная микст - инфекция регистрируется преимущественно у непривитых против коклюша детей (90,9%). Через 6-9 лет у детей, после перенесенной коклюшно-вирусной инфекции выявляются в 2-5 раз чаще резидуальные неврологические изменения, чем у реконвалесцентов коклюша, который проявлялся как моноинфекция [3, 4].

Цель работы. Изучить клинико-эпидемиологические особенности коклюша в сочетании с ОРВИ у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования. За период 2006-2011гг. в Республиканскую клиническую инфекционную больницу (РКИБ) было госпитализировано 125 больных в возрасте от 0 до 3-х лет, с диагнозом коклюш. Наблюдаемые больные дети разделены на две группы: дети, у которых коклюш проявлялся как моноинфекция (I группа – 61 больной) и микст – инфекция – сочетание коклюша с ОРВИ (II группа - 64 больных).

Применялись общеклинические и инструментальные методы исследования. Статистическая обработка проводилась с помощью компьютерной программы SPSS 11.

Результаты и их обсуждение. Возрастная структура детей, больных коклюшем в сравниваемых группах была представлена преимущественно детьми до 1 года (Рис.1).

Детальный анализ возрастной структуры обследованных больных показал следующее распределение: от 0 до 3 мес. 34(56,0%) - 28(43,9%); от 4 до 6 мес. 10(16,0%) - 13 (20,0%); 7-12 мес. 7(12,0%) – 11(17,3%), старше 12 месяцев 10(16,0%) – 12(18,8%). Эти данные свидетельствуют о преобладании детей первого полугодия жизни

Жителями города Бишкек были 37 (60,0%) – 33 (51,6%) детей, села 22 (36,0%) – 25 (39,1%) и временно проживающие в городе составили 2(4,0%) – 6(9,4%) больных.

Анализ прививочного статуса показал, что в основном преобладали непривитые против коклюша дети первых трех месяцев жизни (59,0% - 60,9%), и дети, у которых не сформирован пер-

вичный прививочный комплекс (вакцинированные одно или двукратно) - 31,1 – 26,6%. Только 9,9% – 12,5% больных получили полный вакцинальный комплекс (3 прививки на первом году жизни).

Контакт в семье, с длительно кашляющими детьми и взрослыми, выявлен у 26,5%-43,8% больных детей в сравниваемых группах.

Из анамнеза жизни удалось установить, что большинство (90,0% – 84,4%) детей были доношенными. Неблагоприятное течение беременности выявлено только у 7(10,3%) матерей I группы детей (гестозы в I-II половине беременности, угроза прерывания, выкидыши, многоводие, анемия, нефропатия) и у 36 (56,3%) матерей детей II группы. Осложнения во время родов (преждевременные роды, стремительные роды, слабость родовой деятельности, роды путем операции кесарева сечения) выявлены у 4-х (6,0%) и 20 (31,3%) матерей, больных детей.

Отягощенный преморбидный фон был выявлен у 6,6% - 83,0% детей. При его детальном исследовании у (3,3% - 62,5%) больных отмечались признаки перинатальной патологии центральной нервной системы (ПЦНС), у (1,6% - 3,1%) экссудативно-катаральный диатез и у (1,6% - 7,8%) больных - недоношенность. Однако, у больных II- й группы (сочетание коклюша с ОРВИ), часто

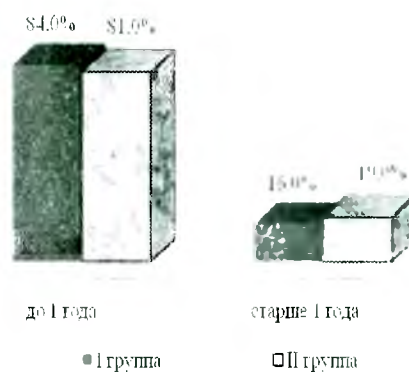


Рис. 1 Возрастная структура больных коклюшем, поступивших в РКИБ

выявлялись: анемия (50%), паратрофия (6,3%) и гипотрофия (1,6%).

На учете у невропатолога с внутричерепной гипертензией состояли (1,6% - 9,6%) больных, а во II- й группе, выявлено (3,2%) детей с органиче-

ским поражением ЦНС (киста головного мозга, спинномозговая грыжа).

Участковыми врачами были направлены 43 (63,2%) – 18 (28,1%) детей, из других детских стационаров поступили 10 (25,0%) и 35 (54,7%), без направления врачей поступили –3(4,4%) - 4 (6,3%) и скорой медицинской помощью доставлено 5 (7,4%) - 7 (10,9%) больных детей коклюшем

С направляющим диагнозом «коклюш», поступило 52 (85,0%)- 41(64,0%) больных, острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) 8 (12,0%) – 12 (18,7%) больных соответственно.

Структура предварительных диагнозов в сравниваемых группах была следующей. коклюш (90,2% - 71,9%), коклюш + ОРВИ (9,8% - 28,1%). До поступления в инфекционный стационар (54,4%-53,1%) детей получили антибактериальную терапию (АБТ) (ампициллин и его аналоги) в поликлиниках по месту жительства, в течение 5,5 + 2,4 дней. Из них 22,1% - 34,4% больных получили комбинированную АБТ

(ампициллин+цефалоспорины) в других стационарах в течение 6,62 +2,3 дней по поводу пневмонии и синдрома бронхиальной обструкции. Все дети (I – II групп) госпитализированы в поздние сроки болезни, на 6,6+ 1,3 день спастического кашля

Большинство (92,6%-87,5%) больных детей были госпитализированы в полубоксированное отделение РКИБ. Сразу в отделение реанимации и интенсивной терапии (РИТ) по тяжести поступило 3,0% -1,6% детей, на 1,8+0,3 день (4,4% - 10,9%) детей I-II группы были переведены в РИТ из отделения. Показаниями к переводу детей в РИТ были частые апноэ, дыхательная недостаточность (ДН) II-III степени на фоне пневмонии.

Увеличению количества больных II группы (коклюш+ОРВИ) способствовала суперинфекция у 18,8% детей. Диагноз «коклюш» был выставлен на основании клинико-эпидемиологических данных, так как бактериологическое исследование было безрезультатным.

Таблица 1.

Частота клинических симптомов у детей в сравниваемых группах

симптомы	I группа		2 группа		
	Коклюш-моноинфекция		Коклюш+ОРВИ		
	абсолютное число (n)	% M ± m	абсолютное число (n)	% M ± m	P
острое начало заболевания	7	11,5% ± 2,3%	4	6,3% ± 2,0%	P>0,05
постепенное начало заболевания	54	88,5% ± 4,3%	60	93,8% ± 3,1%	P>0,05
умеренная интоксикация	7	11,5% ± 2,3%	24	37,5% ± 9,8%	P<0,05
рвота после кашля	6	9,8% ± 2,0%	19	29,7% ± 6,3%	P<0,05
изменения в легких	8	13,1% ± 2,6%	49	76,6% ± 6,0%	P>0,05
Частота приступов кашля 10-15 раз в сутки	32	52,5% ± 8,8%	28	43,8% ± 9,3%	P>0,05
15-24	21	34,4% ± 10,3%	30	46,9 ± 9,1%	P>0,05
>24 раз в сутки	8	13,1% ± 2,6%	6	9,4% ± 2,0%	P>0,05
репризы	7	11,5% ± 2,3%	21	32,8% ± 10,2%	P<0,05
апноэ	13	21,3% ± 4,3%	24	37,5% ± 9,8%	P>0,05
одышка	7	11,5% ± 2,3%	34	53,1% ± 8,5%	P>0,05

Как показано в таблице 1 начало заболевания у большинства детей в сравниваемых группах, было постепенным. Катаральный период составлял в среднем $11 \pm 1,4$; $12,2 \pm 4,8$ дней. Известно, что для типичного коклюша не характерно наличие лихорадки и других симптомов интоксикации. Повышение температуры тела было связано не только с развитием пневмонии, а также с наложением внутрибольничной инфекции (ОКИ) у 10,5% - 37,5% больных в течение $3 \pm 0,2$; $2,6 \pm 0,7$ дней. Симптомы интоксикации отмечались достоверно чаще во II группе ($P < 0,05$). У всех больных II группы кроме приступов спазматического кашля выявлены и другие катаральные симптомы (насморк, конъюнктивит, гиперемия зева). При физикальном обследовании изменения в легких были выявлены у (13,1% - 76,6%) больных ($P > 0,05$).

Более длительные приступы кашля, сопровождающиеся цианозом и апноэ, были отмечены в обеих сравниваемых группах (19,1% - 37,5%), ($P > 0,05$). Апноэ развивалось на $4 \pm 0,7$ день спазматического кашля, частота которого составила $3,0 \pm 0,3$ в сутки. Длительные приступы спазматического кашля у (10,3% - 29,7%) детей заканчивались рвотой достоверно ($P < 0,05$) чаще во II группе, которая сохранялась в течение $3,2 \pm 1,2$; $3,9 \pm 1,3$ дней. Репризы были достоверно ($P < 0,05$) чаще у детей II группы (12,0% - 32,8%).

Частота осложнений имела достоверные ($P < 0,05$) отличия во II группе (16,3% - 54,7%) больных (пневмония с дыхательной недостаточностью (ДН) I-II, коклюшная энцефалопатия). Синдром бронхиальной обструкции развивался у 14,0% больных II группы и усиливал синдром дыхательной недостаточности.

Заболевание протекало в основном в средне-тяжелой форме у (60,3%) больных I-й группы, тогда как во II-й группе преимущественно в тяжелой форме (72,0%).

В картине периферического анализа крови у (36,0% - 15,6%) больных было отмечено характерное для коклюша сочетание лейкоцитоза ($11 - 30 \times 10^9$) с лимфоцитозом (68,0%-79,0%) - (64,0%-80,0%). У 11% больных II группы выявлена лейкопения ($4,5 - 7 \times 10^9$) с лимфоцитозом (63,0%-89,0%), а у 7,0% - лейкопения ($4,2 - 7 \times 10^9$) с лимфопенией (37,0% - 44,0%), что вероятно связано с суперинфекцией ОРВИ.

Антибактериальная монотерапия назначалась (92,0% - 75,0%) больным, последовательная - (8,0% - 25,0%) детям. АБТ была представлена

следующими антибиотиками: ампициллин - у (45,6% - 10,9%) детей, цефатоксим - (26,5% - 39,1%), цефтриаксон у (7,4% - 25,0%). Гентамицин получали реже, только 2,9% больных I группы. Средняя продолжительность курса антибактериальной терапии составила $9,0 \pm 3,2$; $10,1 \pm 3,1$ дней. Комбинированную антибактериальную терапию получили дети с тяжелыми формами заболевания и с осложнениями. Все дети получили патогенетическую терапию. Инфузионная терапия проводилась с целью дезинтоксикации, детям с бактериальными осложнениями 17 (25,0%) - 38 (59,4%). При тяжелых формах коклюша применяли кортикостероиды.

Большинство (69,0% - 90,6%) детей выписано из стационара с улучшением, с выздоровлением - (26,5% - 7,8%) больных. Самовольно из отделения (3,0% - 1,6%) детей мамы забрали домой, и лишь 1 ребенок из I группы переведен в другой стационар. Длительность пребывания в стационаре составила $9,5 \pm 3,0$; $10,7 \pm 3,7$.

Таким образом, у детей раннего возраста при сочетании коклюша с ОРВИ заболевание чаще протекает с интоксикацией, в тяжелой форме, а дыхательная недостаточность может быть обусловлена также сопутствующим обструктивным синдромом. Лечение этих детей следует проводить с учетом сопутствующих неотложных состояний и осложнений.

ЛИТЕРАТУРА:

- 1.Тимченко В.Н., Бабаченко И.В., Ценева Г.Я. Эволюция коклюшной инфекции у детей. СПб.:ЭЛБИ-СПб, 2005: 192.
- 2.Бабаченко И.В. Клинико-лабораторные особенности коклюшной инфекции у детей в современных условиях: Автореф. дис. доктор мед. наук -Санкт-Петербург, 2007. -С.3
- 3.Попова О.П., Петрова М.С., Чистякова Г.Г., Салова В.Н., Скачкова В.Г., Звонарева С.В.// Клиника коклюша и серологические варианты коклюшного микроба в современных условиях. Ж. Эпидемиол. и инф. болезни.-2005.-№1.-С.44-45.
- 4.Daniel N. Wolfe, Girish S. Kirimanjeswara, Elizabeth M. Goebel. Comparative role of immunoglobulin a in protective immunity against the bordetellae. // Infection and immunity. -2007. Sept. - Vol. 75. -№9 -P.4416-4422.
- 5.Ricardo Aguas, Guilherme Goncalves, M Gabriela M Gomes. Pertussis: increasing disease as a consequence of reducing transmission. - 2006. - ([http//infection.thelancet.com](http://infection.thelancet.com)).

ОЦЕНКА ВИТАМИННО - МИНЕРАЛЬНОГО СОСТАВА ПИЩЕВОГО РАЦИОНА УЧАЩИХСЯ УЧИЛИЩА ОЛИМПИЙСКОГО РЕЗЕРВА Г. БИШКЕК

Т.А.Цивинская, М.К.Эсенаманова, Ф.А.Кочкорова
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева,
Г. Бишкек, Республика Кыргызстан

Резюме: Изучен витаминный и минеральный состав рационов учащихся училища «Олимпийского резерва» г. Бишкек в количестве 40 суточных рационов. Выявлен недостаток некоторых водо- и жирорастворимых витаминов, а также минеральных веществ, а именно, кальция и железа.

Ключевые слова: фактическое питание, суточный рацион, спортсмены подростки, макро- и микроэлементы, жир и водорастворимые витамины

БИШКЕК Ш. ОЛИМПИАДАЛЫК РЕЗЕРВ ОКУУ ЖАЙЫНЫН ОКУУЧУЛАРЫНЫН ТАМАК-АШ ТИЗМЕСИНИН ВИТАМИН ЖАНА МИНЕРАЛДЫК КУРАМЫН БААЛОО

Т.А.Цивинская, М.К.Эсенаманова, Ф.А.Кочкорова
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.

Корутунду: Бишкек шаарынын Олимпиадалык резерв окуу жайынын окуучуларынын 40 тамак-аш тизмесинин витамин жана минералдык курамы изилделген. Суу жана майда эруучу витаминдердин, кальций жана темир минерал заттардын жетишпестиги аныкталды.

Негизги создор: анык тамактануу, кунумдук тамак тизмеси, спортчу-оспурумдор, макро- жана микрозаттар, суу жана майда эруучу витаминдери

EVALUATION OF VITA-MINERAL CONTENT OF DAILY RATION OF STUDENTS OF OLYMPIC RESERVE COLLEGE OF BISHKEK CITY

T.A. Tsivinskaya, M.K. Esenamanova, F.A. Kochkorova
Kyrgyz State Medical Academy by I.K. Ahunbaev, Bishkek city, Kyrgyz Republic

Resume: the vita-mineral content of 40 daily ration of students of Olympic reserve College was studied. It was found that the content of soluble in water and fats vitamins and content of minerals, exactly calcium and iron in diet was lowered.

Key words: factual diet, daily ration, young sportsmen's, macro- and microminerals, soluble in water and fats vitamins.

Актуальность. Рациональное питание играет важную роль в питании спортсменов-подростков, для которых характерны, с одной стороны, интенсивные процессы роста и развития, а с другой – недостаточно высокая сопротивляемость организма воздействию неблагоприятных факторов среды обитания [1,2].

Среди пищевых факторов, имеющих особое значение для поддержания здоровья, работоспособности юных спортсменов, важнейшая роль принадлежит микронутриентам – витаминам и минеральным веществам. Они относятся к не-

заменимым компонентам пищи и поэтому абсолютно необходимы для нормального протекания обмена веществ, роста и развития, защиты от вредных факторов окружающей среды и снижению риска заболеваемости [3].

Кроме того выполнение различных физических нагрузок связано с дополнительными энергетическими затратами, а следовательно с увеличением расхода питательных веществ организмом.

Поэтому для поддержания нормального энергетического баланса организм спортсмена нуждается в больших количествах витаминов, мине-

ралов и питательных веществ, нежели организм человека, не испытывающего физических нагрузок, так как минеральные вещества и витамины крайне важны для поддержания гомеостаза и нормального протекания обмена веществ в организме [4]

В связи с этим нами был изучен минеральный и витаминный состав пищевого рациона учащихся училища Олимпийского резерва г. Бишкек.

Материалы и методы. Исследования проводились в научном центре при Кыргызской Государственной Академии Физической Культуры и Спорта. Изучено фактическое питание учащихся училища Олимпийского резерва в возрасте от 14 до 25 лет путем анализа суточных рационов (по 40 меню-раскладок). Витаминный и минеральный состав рационов оценивался по основным показателям регламентируемым нормами [4,5]. Данные исследования обрабатывались по программе Analysis ToolPack – VBA, EXCEL – 5,0

Результаты и обсуждения. Основным принципом рационального питания спортсменов-подростков является соответствие количественного и качественного состава рационов физиологическим потребностям организма. В этом аспекте большое значение приобретает содержание в пище минеральных веществ и витаминов. Они не синтезируются в организме или синтезируются в малых количествах и поэтому должны поступать в организм вместе с пищей и водой.

Разнообразный ассортимент животных и растительных продуктов обеспечивает поступление минеральных веществ в необходимых количествах для нормальной жизнедеятельности организма [3,5,6].

Для оценки витаминной и минеральной недостаточности рационов нами рассчитывалось количество воды и жирорастворимых витаминов, а также микро и макроэлементов.

Анализ содержания витаминов в рационах питания учащихся училища и сравнение их с рекомендуемыми нормами представлен на рисунке 1. Недостаточное содержание в рационе подростков продуктов животного происхождения (сливочное масло, сыр, творог, сметана и др.), а также овощей и фруктов, богатых β -каротином (морковь, томаты, абрикосы, зеленый лук и др.), привели к тому, что в рационе спортсменов отмечается недостаточное содержание витамина А.

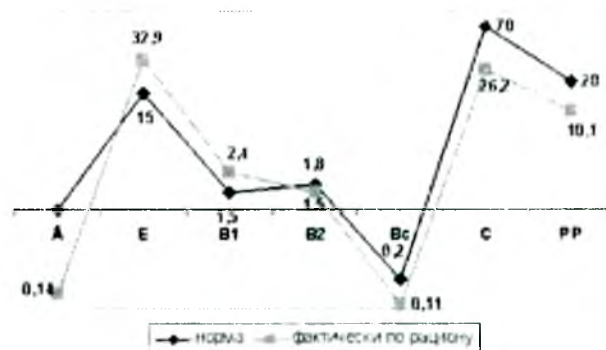


Рис. 1. Содержание витаминов в суточных рационах подростков спортсменов в сравнении с рекомендуемыми нормами

Суточное поступление ретинола составило $0,14 \pm 0,04$ мг. β -каротина $5,2 \pm 0,7$ мг. Несмотря на то, что в рационах содержание β -каротина больше, чем витамина А, активность каротина в 2 раза меньше, чем витамина А, и каротин лишь на 30-40% всасывается в кишечнике [5,7].

Содержание ретинола в рационах спортсменов-подростков снижено на 86%, при этом большой удельный вес витамина А поступает в организм в виде β -каротина. Содержание ретинола в рационах в течение года сравнительно на одинаковом уровне, это говорит о примерно одинаковом продуктовом наборе в училище. Сравнительные данные по содержанию витаминов в рационах с рекомендуемой нормой представлены на рис.1.

Из жирорастворимых витаминов витамин Е поступал с пищей в достаточном количестве, превышая рекомендуемое значение в 2 раза. Содержание этого витамина в растительных маслах достаточно высоко. За счет растительного масла рацион подростков покрывал почти 50% суточной потребности в витамине Е. Избыточное же потребление круп и макаронных изделий, богатых этим витамином, позволяет детям получать достаточно высокое количество витамина Е в сутки.

Витамин В1 поступал с пищей в среднем в количестве 2,4 мг, что превышало рекомендуемую суточную потребность на 60%, а содержание витамина В2 находится в пределах нормы. Высокое поступление витаминов группы В объясняется достаточным количеством в рационе продуктов и блюд из круп, которые богаты данными витаминами.

Основное физиологическое значение фолие-

вой кислоты заключается в ее антианемических свойствах, она стимулирует и регулирует гемопоэз. Фолиевая кислота окисляется при тепловой обработке (жарение, отваривание), измельчении продуктов и их длительном отваривании в воде, которое ведет к значительным потерям витамина. В ряде случаев потеря достигает 80-90% исходного уровня витамина в продукте. Как видно из рисунка 1, содержание фолиевой кислоты в суточных рационах детей оказалось ниже физиологических норм на 45%.

Пикотиновая кислота оказывает влияние на функцию органов пищеварения, нормализуя секреторную и моторную функцию желудка, улучшая секрецию и состав сока поджелудочной железы. Как и фолиевая кислота, витамины РР и С являются неустойчивыми, они окисля-

ются на 50-80% под воздействием солнечного света, при термической обработке и хранении.

Поступление с пищей витамина РР, в среднем, за год составляло 10,1 мг, что ниже рекомендуемых суточных норм на 49,5%.

Аскорбиновая кислота имеет большое значение для организма, она участвует во всех окислительно-восстановительных и обменных процессах, повышает устойчивость организма к вредным воздействиям внешней среды, и особенно к инфекционным агентам [6].

При сравнении содержания в пищевых рационах макроэлементов с рекомендуемыми нормами, отмечено, что содержание кальция ниже рекомендуемых норм на 34,3%. А содержание остальных макроэлементов (фосфор, магний, калий) находится в пределах нормы (рис. 2).

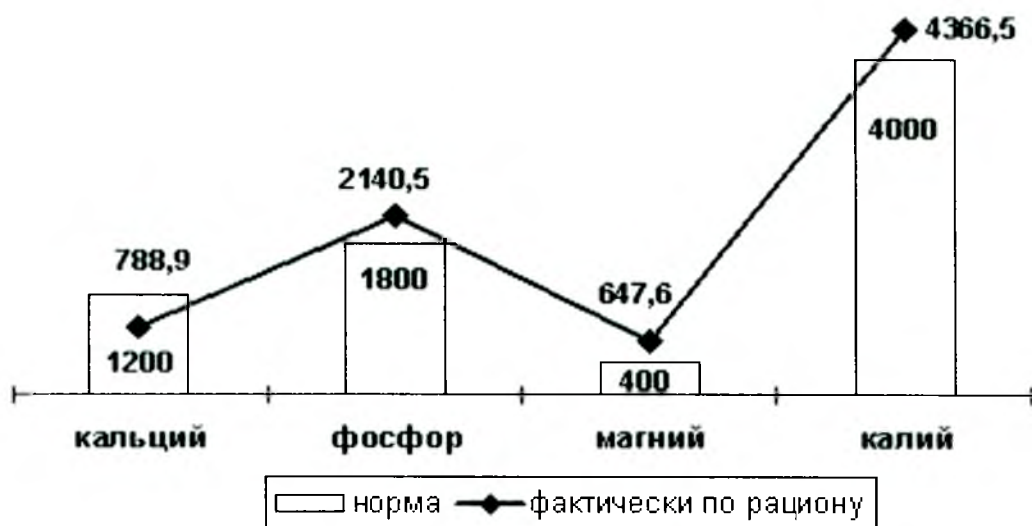


Рис.2. Содержание макроэлементов в суточных рационах подростков в сравнении с рекомендуемыми нормами (мг)

Кальций – важнейший минерал, поддерживающий многие метаболические константы организма [8]. Недостаточное его количество в суточном рационе является следствием несколько нерациональной структуры продуктового набора рационов, также следует учитывать низкую усвояемость кальция с пищей - не более 50% [9]. Так, продукты, характеризующиеся высоким содержанием кальция, использовались зачастую в недостаточном количестве. Так количество молока в рационах питания не достигало 300 мл, составляя в среднем 128 мл/сут. Такие богатые кальцием продукты, как творог и сыр выдавались

в недостаточном количестве. Следует отметить, что соотношение кальция к фосфору и кальция к магнию в изучаемых рационах несколько не сбалансировано (1:2,7 и 1:0,8). В изучаемых рационах нерациональным оказался набор мучнисто-крупяных продуктов и овощей. В ассортименте зерновых продуктов наибольший удельный вес приходится на продукты, бедные кальцием: макаронные изделия, манная крупа, пшено и рис.

Анализ содержания микроэлементов в рационах питания учащихся училища представлен на рисунке 3.

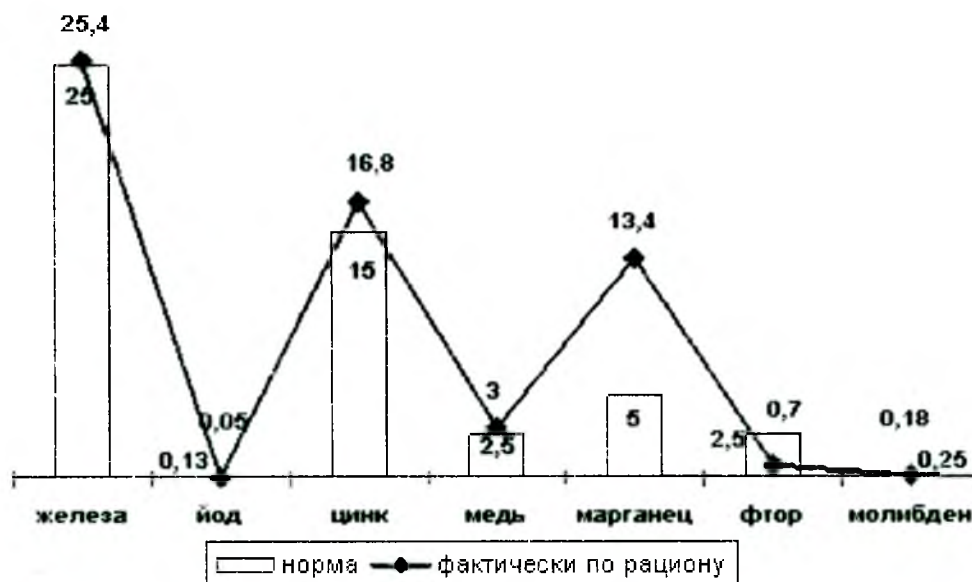


Рис.3. Содержание микроэлементов в суточных рационах подростков в сравнении с рекомендуемыми нормами (мг)

По данным наших исследований потребление железа с пищей составило, в среднем, по сезонам года $25,4 \pm 0,7$ мг/сут. При этом следует учитывать, что в представленных рационах такой уровень железа был обеспечен достаточным содержанием в рационе зернобобовых продуктов и круп, т.е. продуктов растительного происхождения, содержащих негемовое железо, которое составило 86,4% от общего количества железа. Необходимо отметить, что процент усвоения негемового железа значительно ниже процента всасывания гемового железа (рис.3).

Содержание меди, цинка и молибдена в суточных рационах находится в пределах рекомендуемых норм. Как уже отмечено выше, продуктовый набор рационов богат бобовыми культурами и крупами (гречневая, перловая, рисовая, овсяная и т.д.), которые содержат значительное количество этих микроэлементов (рис.3).

Марганец поступает в организм с бобовыми культурами и крупами в достаточном количестве, поэтому количество данного микроэлемента на 62,7% выше рекомендуемых норм, но из пищи всасывается не более 10% марганца [3].

Фтор является биоэлементом, физиологическое значение которого заключается в активном

участии его в процессе развития зубов, формировании дентина и зубной эмали и участие в костеобразовании. Выяснилось, что изучаемый рацион подростков содержит только 28% суточной потребности фтора (рис.3).

Содержание йода в исследуемых рационах подростков колеблется от $0,04 \pm 0,01$ до $0,06 \pm 0,01$ мг/сут. В среднем, подростки-спортсмены получали $0,05 \pm 0,01$ мг микроэлемента, что составляет только 38,5% суточной потребности, но при этом необходимо отметить, что при приготовлении пищи используется йодированная соль, которая не учитывалась в расчетах по йоду, так как анализ на содержание йодата калия в используемой соли не проводился (рис.3).

Таким образом, витаминно-минеральный состав рационов учащихся училища «Олимпийского резерва» не соответствует существующим рекомендациям. В частности выявлен недостаток таких минеральных веществ, как кальций, йод и фтор и витаминов – ретинола, аскорбиновой и фолиевой кислот. В связи с этим необходимо разработать принципы здорового питания с учетом физиологических потребностей учащихся училища по видам спорта.

Список использованной литературы:

1. Батурин А.К. Разработка системы оценки и характеристика структуры питания и пищевого статуса населения России: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.-М.,1998.
2. Питание детей: XXI век: Материалы 1-го Всерос. Конгр. С междунар.участием.-М.,2000.
3. Тутельян В.А., Спиричев В.Б Микронутриенты в питании здорового и больного человека. М.: 2002
4. Кучма В.Р. Теория и практика гигиены детей и подростков на рубеже тысячелетий. – М.: Медицина, 2001. -181с. Пивоваров Ю.П. Гигиена и экология.- М.: Медицина,1999.
5. Конь И.Я. Современные представления об основных пищевых веществах, их строении и физиологической роли в питании ребенка / В.А. Тутельян, И.Я. Конь // Руководство по детскому питанию. – М.: Медицинское информационное агентство, 2004. – Гл. 4. – С. 52-70.
6. Эсенаманова М.К., Касымов О.Т., Джусупов К.О. Питание и здоровье. – Бишкек, 2005.
7. Современные представления о физиологической роли кальция в организме человека / Е.М. Булатова, Т.В. Габруская, Н.М. Богданова, Е.А. Ялфимова // Педиатрия. - 2007 - Т. 86. - № 5.
8. Мартинчик А.Н., Маев И.В., Янушевич О.О. «Общая нутрициология». М 2005

ИССЛЕДОВАНИЕ ФЕРТИЛЬНОСТИ СПЕРМЫ В ВАГИНАЛЬНОЙ СЛИЗИ ЖЕНЩИН ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОМ ВАГИНОЗЕ ПОСЛЕ ПОЛОВОГО АКТА

Куттубаев О.Т., Тен И.Б.

Кафедра медицинской биологии, генетики и паразитологии КГМА им. И.К. Ахунбаева.

Резюме: Особенно трудно подсчитывать количество сперматозоидов после полового акта, так как вагинальное содержимое при бактериальном вагинозе уже несколько отрицательно влияет на фертильность спермы. По этому мы предложили подсчет сперматозоидов в нативном препарате с использованием покровного стекла размером 18х18 мм. Параллельно можно сразу исследовать кинетические, морфологические показатели сперматозоидов в этом же препарате. Нами предложена методика и метод подсчета для исследования фертильности спермы в вагинальной слизи женщин при бактериальном вагинозе (БВ): исследовалась вагинальная слизь женщин с БВ, взятая через два часа после полового акта.

Ключевые слова: вагинальная слизь, бактериальный вагиноз, фертильность спермы, сперматозоиды

ЖЫНЫСТЫК КАТНАШТАН КИЙИНКИ БАКТЕРИАЛДЫК ВАГИНОЗ МЕНЕН ЖАБЫРКАГАН АЯЛ КИШИНИН ЖЫНЫСТЫК СУЮКТУГУНДАГЫ СПЕРМАТОЗОИТТЕРДИН КЫЙМЫЛДУУЛУГУ

Куттубаев О.Т., Тен И.Б.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясынын медициналык биология, генетика жана паразитология кафедрасы.

Резюме: Жыныстык катнаштан кийин уруктардын санын эсептоо абдан кыйынчылыктарга алып келет, себеби, бактериалдык вагиноздо жыныстык суюктук уруктардын кыймылдуулугуна бир нече терс таасирин тийгизет. Ошондуктан биз уруктарды саноо учун 18х18 мм келген жабуучу айнекти колдонуу менен даярдалган « сыйпоо препаратын » сунуш кылдык, ошол эле мезгилде ал препараттан уруктардын кинетикалык, морфологиялык корсоткучторун да изилдоого болот.

Биз уруктардын бактериалдык вагиноз (БВ) менен жабыркаган аял кишинин жыныстык суюктугунда кыймылдуулугунун методикасын жана саноо методдорун сунуштадык.

Изилдоодо бактериалдык вагиноз менен жабыркаган аял кишинин жыныстык суюктугу изилденген. Ал материал жыныстык катнаштан эки саат убакыт откондон кийин чогултулган.

Чечимдуу создор : уруктар, бактериалдык вагиноз, вагиналдык суюктук, уруктун кыймылдуулугу.

STUDY OF FERTILITY OF SPERM IN VAGINAL MUCUS OF WOMEN WITH BACTERIAL VAGINOSIS AFTER SEX

Kuttubaev O.T., Ten I.B.

Department of Medical Biology, Genetics and Parasitology, Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev

Summary: It is especially difficult to count the number of spermatozoa after sex, as vaginal contents, in case of bacterial vaginosis, already negatively effects on fertility of sperm. Therefore, we proposed to count spermatozoa in native preparation with using cover glass with size of 18x18 mm. Simultaneously, kinetic and morphological parameters of spermatozoa may be examined in the same preparation. We proposed technique and method of calculation for study of fertility of sperm in vaginal mucus of women with bacterial vaginosis (VB): vaginal mucus of women with VB, taken two hours after sex, was examined.

Key words: vaginal mucus, bacterial vaginosis, fertility of sperm, spermatozoa

Актуальность темы. Репродуктивное здоровье мужчин и женщин определяет в конечном итоге национальную безопасность страны. Существующие в настоящее время варианты спермограммы в структуре классификации фертильности спермы мужчин имеют определенные недостатки.

Введение. В лабораторной части приводится несколько основных показателей микроскопического исследования спермы. А в диагнозе патологическое состояние оценивается в зависимости от одного – двух признаков (олигоспермия, астеноспермия, тератоспермия и пр.), а не комплексно, с учетом коррелятивной связи, что неубедительно с позиции доказательной медицины (Неробеев Д.В., 2008). Классически, более точный способ оценки фертильности спермы осуществляется путем подсчета сперматозоидов в 1 мл и во всем эякуляте. Подсчет производится в любой счетной камере (Бюркера, Горяева, Предтеченского и др.) с предварительно размешанной спермой с разводящей жидкостью (5 частей двууглекислого натрия, 1 мл формалина и 100 мл дистиллированной воды). Наиболее простой способ оценки фертильности спермы в нативном препарате по Я. С. Дубинчику (1940). Если сперматозоиды почти все активны, движение их поступательное и нет патологических форм, то такая сперма оценивается в 5 и 4 баллов и считается фертильной.

Посткоитальный тест- это определение количества и подвижности сперматозоидов в слизи шейки матки женщины (цервикальной слизи) через некоторое время после полового акта (ВОЗ (WHO), 1993, 2000, McCaffrey M et al, 1997). Цервикальная слизь включает в себя лейкоциты, погибшие клетки эндометрия и эпителия канала шейки матки. Одним из наиболее важных показателей, влияющих на способность сперматозоидов к проникновению через шеечную слизь, является консистенция цервикальной слизи. Отмершие клетки и лейкоциты создают дополнительное препятствие для миграции сперматозоидов. Обнаружено явление агглютинации сперматозоидов в присутствии определенных видов бактерий (Чекушин Р.Х., Медведева Н.Л., 2009).

Также, для характеристики совместимости спермы, влагалищных и шеечных выделений проводится проба Шуварского-Хунера. (ВОЗ (WHO), 1993, 2000). Проба на совместимость проводит-

ся в предполагаемые дни овуляции. При ее выполнении необходимо соблюдать следующие правила: супругам рекомендуется половое воздержание в течение 4-5 дней, женщина приходит для исследования в течение 1,5-2 ч после полового сношения. Раздельно берут содержимое из заднего свода влагалища и шеечного канала с помощью одноканального шприца, введенного без иглы. Полученный материал наносят на 2 предметных стекла. Накрывают покровными стеклами и тут же исследуют под микроскопом. Если в шеечной слизи определяются от 5 до 15 хорошо подвижных сперматозоидов, проба положительная (++), если в поле зрения меньше 5 сперматозоидов с поступательными движениями- проба слабо положительная (+), отрицательной (-) пробу считают в тех случаях, когда сперматозоиды неподвижны или не обнаруживаются (ВОЗ (WHO), 1993, 2000, Nieschlag E., Behre H.M., 2000).

Материалы и методы.

Нами предложена методика и метод подсчета для исследования фертильности спермы в вагинальной слизи женщин при бактериальном вагинозе (БВ): исследовалась вагинальная слизь 50 женщин с БВ, взятая через два часа после полового акта.

Результаты и обсуждение. При подсчете сперматозоидов в счетных камерах идет погрешность за счет предварительного размешивания спермы разводящей жидкостью, так как из-за вязкости сперма трудно или вовсе не заполняет счетную камеру. За счет разбавления спермы идет угнетение подвижности и частичная гибель сперматозоидов. Особенно трудно подсчитывать количество сперматозоидов после полового акта, так как вагинальное содержимое при БВ уже несколько отрицательно влияет на фертильность спермы. Поэтому мы предложили подсчет сперматозоидов в нативном препарате с использованием покровного стекла размером ляют среднее арифметическое число сперматозоидов в 3х полях зрения (желательно брать с трех разных разбросанных полей зрения). Среднее число сперматозоидов в поле зрения - n ; Объем влагалищной среды со сперматозоидами 10 мкл (к этому пришли экспериментально- 20 мкл трудно считать из-за большого объема спермы, 10 мкл розно растекается по покровному стеклу и оптимально для подсчета сперматозоидов); Объем сперматозоидов (V) в 1мл влагалищной среды

составляет $10 \times 100 \text{ мкл} = 1000 \text{ мкл}$ (где 100мкл-пересчет на 1000 мкл). Число сперматозоидов (ЧС) рассчитывается по формуле.

$ЧС = n \times S \times V \times 100 \text{ мкл};$

где n- среднее число сперматозоидов в 3х полях зрения. S - количество полей зрения (например, покровное стекло размером $18 \times 18 \text{ мм}$ содержит около 1225 полей зрения (обязательно подсчитывают поля зрения горизонтально и вертикально по краю покровного стекла, так как объектив микроскопа разных фирм производителей может захватывать разное количество полей зрения и покровные стекла могут быть чуть шире или уже, например 35 полей горизонтально- 35 вертикально: $35 \times 35 = 1225$), V- взятый объем спермы для исследования (10 мкл), 100 мкл – пересчет на 1000 мл

(1 мл) спермы. Пример: где n- число сперматозоидов в поле зрения, например 30, S-площадь или количество полей зрения $35 \times 35 = 1225$; V – объем спермы, взятой для исследования, равный 10 мкл
 $ЧС = 30 \times 1225 \times 10 \times 100 = 367\,500\,000$ (число сперматозоидов),

или сокращенно $ЧС = n \times 1,225 \times 10^6$

то есть содержание сперматозоидов 36, 75 x 10^6 в 1 мл

Статистический анализ показателей полученных при компьютерной микроскопии с использованием программ Image-Pro, PMB, IPG, проведены при помощи автоматического расчета t-критерия Studenta несвязными (независимыми) или связными (зависимыми) выборками - <http://www.psychol-ok.ru/statistics/student/> и Excel.

Таблица 1.

Показатели состояния сперматозоидов для лабораторной диагностики репродуктивного потенциала влагалищной среды через два часа после полового акта

Показатели качества спермы во влагалищной среде	Показатели сперматозоидов			
	В норме	Субфертильная I ст	Субфертильная II ст	Субфертильная III ст
Объем, мл	2,56	2,3	3,35	2,38
Вязкость	0,68	0,76	0,74	0,79
pH среды	6,8	6,8	6,6	7,35
Количество спермиев, млн/мл	13,47	11,02	7,35	4,9
В том числе, % активноподвижные	71,34	61,34	49,44	29,47
слабоподвижные	13,92	19,53	23,53	12,63
неподвижные	14,74	19,13	27,03	57,9
По форме: нормальные	95,14	93,7	92,17	89,29
деформированные	3,49	4,56	5,71	7,84
незрелые	1,36	1,74	2,12	2,87
Спермагглютинация	1+	1+	2+	2+

Выводы. Таким образом, подсчет сперматозоидов на предметном стекле в вагинальном содержимом, взятой через 2 часа после полового акта, ускоряет процесс подсчета как качественных показателей, так и количественных показателей спермы одновременно в одном нативном препарате

Литература:

1. Алжикеев С.Ж., Садырбеков Н.Ж., Тен И.Б., Дюгай Б.А. Патогенетический подход к компьютерному анализу фертильности сперматозоидов. Хирургия Кыргызстана, 1, 2008., с 39-42.
2. Дубинчик Я. С. Биологические особенности мочеочно-вагинального секрета и неполноценность спермы как этиологические факторы бесплодия. Акуш. и гин., 1940, с. 28—37.
3. Неробеев Д.В. Диагностическая значимость и доказательная база спермограммы в программе исследований специфической токсичности лекарственных средств на репродуктивную функцию мужчин. Газета // Новости медицины

и фармации. № 1(232), 2008 г. —с.5.

4. Чекушин Р.Х., Медведева Н.Л., Урогенитальные инфекции и infertility мужчин. Вестник постдипломного медицинского образования. М., № 3-4, 2009. с. 42-47.
5. McCaffrey M et al Bacterial vaginosis and infertility. Dept of Obstet and Gynaecol (RCSI), Rotunda Hosp, Ireland. Int J STD AIDS, 1997;8(suppl.1):25.
6. Nieschlag E., Behre H.M. Andrology. Male Reproductive Health and Dysfunction. Eds. E., Springer 2000; p. 440.
7. World Health Organization. Manual for the standartized investigation and diagnosis of the infertile couple. Cambridge: Cambridge University Press 1993; 265 p.
8. World Health Organization. Laboratory manual for the examination of human semen and sperm-cervical mucus interaction. Cambridge: Cambridge University press 2000; 132 p.

**АНАЛЫК БЕЗ ЖАНА БООР ЭХИНОКОККОЗУНУН РАГЫН ДА-
РЫЛОО ТАКТИКАСЫ ЖАНА ДАРТ АНЫКТОО
ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАКЕ ЯИЧНИКОВ
И ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ.
DIAGNOSIS AND TREATMENT OF OVARIAN CANCER AND LIVER
ECHINOCOCCOSIS**

**Байбулатов Э.М.
Baibulatov E.M.**

*Кыргыз республикасынын саламаттыкты сактоо министрлиги онкология улуттук борбору
Национальный центр онкологии МЗ КР
Отделение торакальной хирургии*

*National Oncology Center of the Ministry of Health in KR
Thoracic Surgery Department*

Аналык без жана боор эхинококкозунун рагы менен ооруган адамды радикалдык дарылоонун ийгиликтүү өтүшүнө жүргүзүлгөн байкоонун жыйынтыгы берилди.

Представлено наблюдение, в котором успешным оказалось радикальное лечение больной раком яичников и эхинококкозе печени.

Presenting for your observation an article with successful radical treatment of a patient with ovarian cancer and liver echinococcosis.

Злокачественные новообразования по-прежнему остаются одной из важных медико-социальных проблем. Контингент больных со злокачественными опухолями составляет 1,8% населения нашей страны. Часто основным методом лечения многих злокачественных новообразований органов брюшной полости является хирургический.

В последние годы отмечается тенденция к выявлению у больных сразу нескольких хирургических заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

По данным ВОЗ до трети больных в хирургических отделениях имеют по 2-3 сочетанных заболевания. Это, как правило, связано с нежеланием больных оперироваться в более ранние сроки, что приводит к «накоплению» болезней, которые становятся конкурентными. Успехи в анестезиологии, реаниматологии, совершенствование хирургической техники, новые шовные материалы, новые возможности в диагностике заболеваний и предоперационной подготовке таких больных, - все это способствует расширению хирургической помощи и выполнению у них симультанных операций. Преимущество подобных операций заключается в том, что они избавляют больного сразу от 2-3 заболеваний, устраняют риск повторных вмешательств и возможных по-

сле каждого из них послеоперационных осложнений. Не стоит забывать и о положительном экономическом эффекте подобных операций. Особую актуальность вызывает выполнение симультанных операций больным пожилого и старческого возраста, т.к. именно у них чаще всего встречаются сочетанные заболевания. Многим хирургам возраст больных определяется, как одно из основных противопоказаний к выполнению симультанных операций. При этом в современной литературе недостаточно публикаций, отражающих объективные критерии переносимости симультанных операций у пациентов старше 60 лет. Однако проблема раннего выявления и лечения злокачественных новообразований, и конкурирующих с ними этиологически не связанных хирургических заболеваний других органов, на сегодняшний день остается высокоактуальной.

Эхинококкоз представляет собой паразитарное заболевание человека и животных, вызываемое развитие личиночной стадии ленточного гельминта группы цестодозов *Echinococcus granulosus* и характеризующееся поражением печени, легких, селезенки и иногда органов малого таза. Это заболевание продолжает оставаться серьезной медицинской проблемой во многих странах мира, что в первую очередь связано с

существованием эндемичных районов и большим числом больных. Современная диагностика эхинококкоза нередко является трудновыполнимой задачей, что главным образом обусловлено отсутствием четкой симптоматики заболевания, особенно в раннем периоде его развития. Лабораторные методы исследования при эхинококкозе не являются специфичными и позволяют получить лишь вспомогательную информацию для уточнения диагноза. Узи нашло широкое применение в диагностике эхинококкоза печени и других органов брюшной полости. Высокой разрешающей способностью обладает также КТ, позволяющая определить тонкие изменения внутренних структур печени. Кроме того, КТ дает возможность не только оценить распространенность заболевания на другие органы, но и определить конкретные размеры кист, наличие в кисте дочерних пузырей, состояние внутривенных желчных протоков. Возможность КТ позволяют установить наличие других патологических образований органов брюшной полости и гениталий. Широкие возможности предоперационного исследования определяют дальнейшую тактику лечения при сочетанных заболеваниях. Проблема допустимости одномоментных симультанных операций, показаний и противопоказаний к операциям широко обсуждается в медицинской печати на протяжении 20-25 лет. Одномоментное выполнение вмешательств по поводу различных заболеваний стало возможным главным образом благодаря успехам диагностики, анестезиологии и реаниматологии. Расширение показаний к сочетанным операциям таит в себе ряд особенностей. Во многом это зависит от правильности показаний, установления наиболее рациональной очередности операций, выявления «основного» и случайно найденного заболевания. Все это в полной мере относится к выполнению симультанных операций по поводу эхинококкоза печени и рака яичников.

Хирургическое лечение при эхинококкозе печени является единственным надежным методом, позволяющим добиться клинического выздоровления. Многие вопросы лечения эхинококкоза печени и его осложнений, при сочетанных онкозаболеваниях органов брюшной полости и внутренних половых органов, продолжают оставаться дискуссионными и требуют дальнейшего изучения. В литературе отсутствует критерий выбора тактики оперативного доступа при хи-

рургическом лечении эхинококкоза печени, рака яичников и заболевания червеобразного отростка.

Эхинококкэктомия может быть выполнена как основное вмешательство открытым и закрытым способами. В настоящее время термину «открытая эхинококкэктомия» больше соответствует операция, заканчивающаяся дренированием полости фиброзной капсулы. Закрытая эхинококкэктомия осуществляется в нескольких вариантах: без резекции фиброзной капсулы, с частичной резекцией капсулы, с резекцией печени и полным удалением капсулы. Ликвидация полости фиброзной капсулы после удаления эхинококкового пузыря—капитонаж - необходима для профилактики нагноения остаточной полости, билиарных наружных свищей.

Мы наблюдали больную К., 70 лет, поступившую в НЦО, с жалобами на боли внизу живота, выделения из половых путей, тошноту, рвоту и дискомфорт в эпигастрии. Больной себя считает в течении двух лет. больная обратилась в ЦСМ по месту жительства, для дальнейшего лечения и дообследования направлена в НЦО. При УЗИ и КТ органов брюшной полости была обнаружена опухоль яичников, многокамерная эхинококковая киста, охватывающая правую долю печени, сочетающаяся с вовлечением в процесс желчного пузыря, воспалением аппендикса и наличием одного эхинококкового пузыря размером 2*3 см в дугласовом пространстве позади матки.

После предоперационной подготовки больная в плановом порядке была прооперирована. Возраст больной, сопутствующие возрастные изменения, тяжесть конкурирующей патологии явились показанием к выполнению операции по устранению всех выявленных заболеваний с использованием срединного лапаротомного доступа: эхинококкэктомия из печени закрытым способом с частичным иссечением фиброзной капсулы, ушиванием двух желчных свищей диаметром 0,2см рассасывающимися нитями, обработки остаточной полости и ее капитонажа, холецистэктомии, аппендэктомии, удалением эхинококкового пузыря, находящегося в дугласовом пространстве с максимально возможным иссечением фиброзной капсулы: надвлагалищной ампутацией матки. С учетом больших размеров эхинококковых кист печени (6*10см и 4*8см) в подпеченочном пространстве на всем его протяжении было оставлено два дренажа, концы которых были выведены через контрапертуру. На

4-е сутки после операции по дренажам, оставленным в подпечечном пространстве, стала выделяться желчь в количестве 159мл в сутки. Во время ежедневных перевязок послеоперационной раны трубки промывали антисептическим раствором. На 20-е сутки после операции количество выделением желчи по дренажам уменьшилось до 20-30мл в сутки. На 40 сутки после операции желчеистечение по дренажам прекратилось. При контрольном УЗИ органов брюшной полости в проекции дренажных трубок скопление желчи не обнаруживалось. Дренажные трубки удалены, послеоперационная рана зажила первичным натяжением, больная выписана домой.

Использованный комплекс обследования и предоперационной подготовки больных, выбор оптимального операционного доступа и анестезии позволили произвести одновременно несколько сочетанных операций. Одним из важных моментов решения этого вопроса является оценка степени операционного риска. При учете степени риска мы воспользовались классификацией, разработанной акад. РАМН Н.Н. Малиновским. Данная классификация наиболее удобна в практической хирургии при выполнении больших по объему и сложности симультанных операций. Степень операционного риска сочетанных хирургических и гинекологических вмешательств мы определяли на основе 4 факторов:

- Объема и травматичности операций;
- Наличия и характера сопутствующего заболевания;
- Возраста больного;
- Выбора оптимального и управляемого вида анестезии;
- Особенности онкологического заболевания.

В онкохирургии определение последовательности этапов симультанных операций имеет свои особенности и отличия от такового при поэтапных операций, выполняемых традиционным способом. Общим принципом является первоначальное выполнение вмешательства на менее инфицированном органе или там, где выше вероятность конверсии доступа.

Одним из важных этапов любого симультанного вмешательства является выполнение обзорной лапаротомии, которая позволяет выявить и произвести хирургическую коррекцию конкурирующих заболеваний, не диагностированных в

предоперационном периоде.

Симультанные вмешательства являются методом выбора при сочетанных хирургических заболеваниях. Они позволяют избежать повторных хирургических вмешательств, повысить адекватность лечения и улучшить качество жизни пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаев А.Г., Мовчун А.А., Агаев Р.М. Хирургическая тактика при эхинококкозе печени с поражением желчных протоков. Хирургия 2005; 2:38-42
2. Ахмедов И.Г. Резидуальные фиброзные образования после эхинококкэктомии и их клиническое значение. Вестн хир 2006; 165 1:27-33
3. Байдаев А.Б. диагностика и лечение эхинококкоза печени. Актуальные проблемы хирургии М 1998; 131.
4. Гадзира А.Н. Симультанные операции с хирургическими заболеваниями надпочечника: Автореф. дис. ... канд мед.наук. Рязань 2006
5. Иванов С.А. Совершенствование методов диагностики и хирургического лечения эхинококкоза печени: Дис. канд. мед. наук. М 2002; 119.
6. Исалиев А.М. Современная тактика хирургического лечения эхинококкоза печени, осложненного прорывом в желчные пути. Актуальные проблемы хирургии печени и билиопанкреатодуоденальной зоны. М 1991; 92-96.
7. Малиновский Н.Н. и др. Сочетанные оперативные вмешательства в хирургической практике. Хирургия 1983 № 12: 63-68
8. Маховский В.З. Одномоментные сочетанные операции в неотложной и плановой хирургии. Изд. 2-е. Ставрополь 2006; 240.
9. Alonso C O, Moreno G.E. Hepatogastroenterology 2001; 48; 235-243.
10. Biava M.F., Dao A. World J Surgery 2001; 25: 10-14.
11. Жидков С.А. «Выполнение сочетанных операций у лиц старше 60 лет» Клиническая геронтология. – 203. -№ 9. –с. 98.
12. Магдиев Т.Ш., Северинко Н.В. «Сочетанные операции в абдоминальной хирургии». Хирургия – 1999. -№6. – с. 54-55.
13. Ратнер Г.Л. Ардабьев О.В., Лебедев С.Ю., Макаров П.А., Сидоров О.В. Показаны и симультанные операции у больных пожилого и старческого возраста. Клиническая геронтология – 1998 -№4. – с.29-32.

К 70-ЛЕТИЮ КАФЕДРЫ ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ, ПРОФПАТОЛОГИИ С КУРСОМ ГЕМАТОЛОГИИ КГМА ИМЕНИ И.К.АХУНБАЕВА

Н.Н. Бримкулов, А.Р. Раимжанов, Ч.К. Чонбашева, А.К. Буржубаева
*Кафедра госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева*

Резюме: статья посвящена деятельности одной из основных клинических кафедр Кыргызской государственной медицинской академии (КГМА) им. И.К. Ахунбаева - кафедры госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии. В статье освещен вклад сотрудников кафедры в подготовку специалистов здравоохранения, в оказание помощи органам здравоохранения, а так же в развитие медицинской науки и медицинского образования в Кыргызстане за последние годы.
Ключевые слова: Кыргызская государственная медицинская академия, кафедра госпитальной терапии профпатологии с курсом гематологии.

И.К.АХУНБАЕВ АТЫНДАГЫ КММАСЫНЫН ГОСПИТАЛДЫК ТЕРАПИЯ, КЕСИПТИК ЖАНА КАН ООРУЛАРЫНЫН КУРСУНУН КАФЕДРАСЫНЫН 70 ЖЫЛДЫГЫНА АРНАЛАТ

Н.Н. Бримкулов, А.Р. Раимжанов, Ч.К. Чонбашева, А.К. Буржубаева
*Госпиталдык терапия, кесиптик жана кан ооруларынын курсунун кафедрасы
И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академия*

Корутунду: Бул баяндамада И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина институтунун госпиталдык терапия, кесиптик жана кан оорулар кафедрасынын иш аракети жана кафедранын 70 жыл ичиндеги жетишкендиктери тууралуу айтылган. Ошондой эле баяндамада 70 жыл ичиндеги кафедрада иштеген окумуштуулардын саламаттык сактоо кадрларын даярдоодогу, медициналык илим жана билим берүүсүнө кошкон чон салымдары жөнүндө айтылат.
Негизги создор: Госпиталдык терапия, кесиптик жана канн ооруларынын курсунун кафедрасы, Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академия

DEDICATED TO SEVENTIETH ANNIVERSARY OF THE CHAIR OF HOSPITAL THERAPY, OCCUPATIONAL PATHOLOGY AND HEMATOLOGY OF KSMA N.A. I.K. ACHUNBAEV

N.N. Brimkulov, A.R. Raimzhanov, Ch.K. Chonbasheva, A.K. Burzhubaeva
*Chair of hospital therapy, occupational pathology and hematology
Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Achunbaev*

Summary: the article is dedicated to the activities of one of the main clinical chairs of Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Achunbaev - the hospital therapy chair. The publication contains information about contribution of staff of the chair in preparation of health care specialists, delivering assistance to the health care system and the contribution of the chair to the development of medical science development and medical education in Kyrgyzstan for recent years.

Key words: Kyrgyz State Medical Academy, Chair of hospital therapy, occupational pathology and hematology

В 1941 году на основании распоряжения Наркома здравоохранения Киргизской ССР Лобынцева директором Киргизского государственного медицинского института, профессором Удерма-

ном был подписан приказ об организации госпитальной терапевтической клиники. Организация клиники была поручена известному клиницисту, заслуженному деятелю науки, профессору Вик-

тору Моисеевичу Когану-Ясному, представителю 2-го Харьковского медицинского института, который был эвакуирован в г.Фрунзе в начале Великой Отечественной войны.

Кафедра начала свою работу в тяжелое время, требовавшее интенсивной подготовки высоко квалифицированных врачей, что и задавало направленность на высокое качество обучения, приверженность к научному мышлению, атмосферу дружелюбия и гуманности, которые сохранились на кафедре и по сегодняшний день. Многие видные клиницисты-педагоги в разные годы работали на кафедре и внесли неоценимый вклад в подготовку специалистов внутренней медицины и развитие здравоохранения республики. Определенная информация об истории кафедры освещена в предыдущих публикациях [1, 2]. В данной статье представлена деятельность кафедры за последние (2000-2011) годы.

Учебно-методическая работа.

В настоящее время медицинские ВУЗы переживают интересные и трудные времена – времена реформы высшего медицинского образования. Будучи главной кузницей медицинских кадров в республике, КГМА активно участвует в процессе реформирования.

С 2000 года в соответствии с реформами образовательного процесса в КГМА сотрудники кафедры участвовали в разработке модульной интегрированной системы обучения. С 2002 г. кафедра проводила и проводит обучение по модульной системе по таким разделам пропедевтики внутренних болезней, как «Введение в клинику внутренних болезней», «Респираторная система», «Система крови», «Скелетно-мышечная система», «Мочеполовая система», «Эндокринная система», а также по долгосрочному модулю по всем разделам внутренних болезней для студентов 2-5 курсов. Наряду с сохранением принципов преподавания госпитальной терапии, на кафедре постоянно совершенствуется учебный процесс, внедряются инновационные методы обучения, компьютерные технологии. Сотрудники кафедры выпустили ряд учебных пособий и методических рекомендаций для студентов, клинических ординаторов и врачей. Следует отметить, что с 2009 г. сотрудники кафедры участвуют в преподавании занятий по доказательной медицине. Глубокое понимание принципов доказательной медицины помогает в научной работе, позволяя сотрудникам грамотно

планировать, организовывать и проводить исследования.

Зав. кафедрой, проф. Н.Н.Бримкулов участвовал в разработке «Стратегии реформирования системы высшего медицинского и фармацевтического образования в Кыргызской Республике», принятой в 2008 году. Он был инициатором создания и первым руководителем отдела менеджмента качества образования, основной задачей которого является внедрение системы менеджмента качества (СМК) в соответствии с международными стандартами ISO серии 9000 для повышения качества медицинского образования [3]. Отделом был подготовлен ряд документов, включая проект «Стратегии развития КГМА имени И.К.Ахунбаева на 2010-2020гг».

Новый этап образовательных реформ в КГМА начался в рамках программы «Манас Таалими» при поддержке международных экспертов - коллег из медицинского факультета Женевского университета. Сотрудники кафедры госпитальной терапии (Бримкулов Н.Н., Чонбашева Ч.К., Сыдыкова С.Ж. и др.) вошли в состав рабочих групп по разработке проектов ряда документов, в числе которых:

- Государственный образовательный стандарт (ГОС) нового поколения по специальности «Лечебное дело», в основе которого лежит компетентностный подход и современные требования как к содержанию, так и организации высшего медицинского образования;
- Каталог задач обучения (квалификационная характеристика) для додипломного обучения по специальности «Лечебное дело», в котором подробно перечислены все компетенции, знания и навыки, которыми должен владеть студент по окончании лечебного факультета;
- Законопроект «О высшем и последипломном медицинском и фармацевтическом образовании», устанавливающий основные законодательные нормативы в области медицинского образования;
- «Концепция развития последипломного медицинского и фармацевтического образования на 2012-2016гг», включающая главные направления совершенствования последипломного медицинского образования.

Разработанные документы являются основой для перехода к принципиально новому качеству медицинского образования не только в КГМА, но и по всему Кыргызстану.

Научно-исследовательская и лечебная активность.

С 2000 года ведущим научным направлением деятельности сотрудников кафедры стала разработка вопросов пульмонологии, в том числе внедрение новых подходов к диагностике и лечению респираторных заболеваний (РЗ) на первичном уровне здравоохранения, включая исследование качества жизни, эффективности образовательных и антитабачных программ для пациентов с РЗ. Этому способствовало избрание заведующим кафедрой специалиста в области пульмонологии и высокогорной медицины, главного пульмонолога МЗ КР, д.м.н. Н.Н.Бримкулова. Им опубликовано более 400 научных работ, а за научные достижения в области высокогорной физиологии и медицины он удостоен Государственной премии КР в области науки и техники (1996). Под его руководством подготовлено 9 кандидатов и 2 доктора медицинских наук.

В рамках исследований по пульмонологии за 2001-2011 гг были завершены следующие диссертационные работы. А.Д.Калиева (2003) внедрила в практику методы оценки качества жизни (КЖ) больных бронхиальной астмой с по-

мощью опросников AQ-20 и SF-36 и показала, что под влиянием современных лечебных программ КЖ пациентов существенно улучшается [4]. Д.В.Винников (2003) разработал подходы к оценке табачной зависимости и изучил эффективность программ отвыкания от курения в комплексной реабилитации больных хроническим обструктивным заболеванием легких [5]. Изучению эффективности комплексной программы реабилитации с образовательным компонентом у больных хроническим обструктивным заболеванием легких посвящена работа Р.А.Чолуровой [6]. Л.Н.Эреджепова (2009) исследовала ведение пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) на первичном уровне здравоохранения в Кыргызстане и предложила оптимизировать менеджмент при этой болезни с учетом стратегии PAL BO3 [7]. Впервые изучила уровень альфа-1-антитрипсина у этнических кыргызов с хронической обструктивной болезнью легких Сыдыкова С.Ж., разработавшая программу диагностики и ведения пациентов с дефицитом А-1-АТ, адаптированную к условиям Кыргызстана [8].

Таблица 1
Программы по развитию пульмонологии в КР

Название программы	Сроки реализации
Республиканская программа по борьбе с болезнями органов дыхания	2003-2007 гг
Кыргызско-Финская программа по легочному здоровью	2003-2007 гг
Республиканская программа "Легочное Здоровье"	2007-2010 гг
Кыргызско-Финский проект "Укрепление легочного здоровья в Кыргызстане 2007-2010 гг"	2007-2010 гг
Направление «Контроль туберкулеза и профилактика респираторных заболеваний» национальной программы реформы здравоохранения "Манас таалими"	2006-2010 гг
Кыргызско-Финский проект "Профилактика табакокурения в Чуйской области Кыргызской Республики через мобилизацию сельских комитетов здоровья в 2011-2013гг".	2011-2013 гг

Сотрудники кафедры внесли значительный вклад в разработку и внедрение в Кыргызстане в 2003-2010 годах нескольких программ, направленных на улучшение легочного здоровья населения (табл. 1).

Таблица 2

Национальные конгрессы по болезням органов дыхания в КР.

1-й конгресс – г.Бишкек, 29-31 мая 2003 года, приняло участие 389 делегатов, в том числе 206 практических врачей, 111 ученых и 37 специалистов, 35 клинических ординаторов и студентов. Состоялись пленарное заседание, 8 симпозиумов и секционных заседаний, Школа пульмонолога при поддержке Европейского Респираторного общества (ЕРО), Конкурс молодых ученых, выставка, пресс-конференция для СМИ.
2-й конгресс – г.Бишкек, 19-21 мая 2005 года, приняло участие 349 делегатов, в том числе 215 практических врачей, 65 ученых и специалистов, 60 клинических ординаторов и студентов. Состоялись пленарное заседание, 10 симпозиумов, круглый стол «Развитие пульмонологии в регионах Кыргызстана», Школа пульмонолога при поддержке ЕРО, Конкурс молодых ученых, выставка, пресс-конференция для СМИ.
3-й конгресс – г.Ош, 19-21 апреля 2007 года, приняло участие 393 делегата, в том числе 218 практических врачей, 90 ученых и специалистов, 85 клинических ординаторов и студентов. Состоялись пленарное заседание, 8 симпозиумов и секционных заседаний, Школа пульмонолога при поддержке ЕРО, выездное заседание Республиканского координационного совета по респираторным заболеваниям (РКСРЗ) МЗ КР, Конкурс молодых ученых, выставка.
4-й конгресс – г.Каракол, 23-24 апреля 2009 года, приняло участие 260 делегатов, в том числе 185 практических врачей, 20 ученых и специалистов, 31 клинический ординатор и студент. Состоялись пленарное заседание, 8 симпозиумов и секционных заседаний, Школа пульмонолога при поддержке ЕРО, выездное заседание РКСРЗ МЗ КР, Конкурс молодых ученых, выставка.
5-й конгресс – г.Бишкек, 21-22 апреля 2011 года, приняло участие 384 делегата, в том числе 180 практических врачей, 30 руководителей ЛПО, 22 докторов наук, 25 – кандидатов наук, 12 клинических ординаторов и 36 студентов. Состоялись 11 симпозиумов и Школа пульмонолога, стендовая экспозиция «Фундаментальные исследования кыргызстанцев в дальнем зарубежье», презентация кыргызско-финского проекта «Профилактика табакокурения в Чуйской области через мобилизацию сельских комитетов здоровья в 2011-2013гг.», Конкурс работ молодых ученых

Выполнение Республиканских программ по БОД стало возможным при технической и финансовой поддержке МИДа Финляндии в формате Кыргызско-финской программы по легочному здоровью в 2003-2007 гг., а затем Кыргызско-финского проекта «Укрепление легочного здоровья в Кыргызстане в 2007-2010 гг». При реализации программ были учтены рекомендации экспертов ВОЗ и Финской Ассоциации легочного здоровья [9, 10] об использовании главных принципов стандартизованного интегрированного ведения основных БОД по стратегии ВОЗ PAL (Practical Approach to Lung Health - Практический подход к легочному здоровью). Проф. Н.Н.Бримкулов являлся Национальным координатором Кыргызско-Финской программы по легочному здоровью, в рамках которой проведено обучение более 6000 медработников вопросам пульмонологии по стратегии PAL ВОЗ. Организованы и оснащены пульмонологические отделения во всех семи областях страны, разработаны и внедряют-

ся современные профилактические технологии. Результаты указанных программ были высоко оценены экспертами ВОЗ [11]. В начале 2011 г. с участием сотрудников кафедры стартовал новый Кыргызско-финский проект «Профилактика табакокурения в Чуйской области в 2011-2013гг», координатором которого стала выпускница кафедры к.м.н. А.Д. Калиева.

Следует также отметить, что кафедра выступила инициатором и организатором проведения пяти Национальных конгрессов по болезням органов дыхания (Бишкек, 2003, 2005, 2011; Ош, 2007; Каракол, 2009), 1-го Кыргызско-Турецкого симпозиума по пульмонологии (7 июня 2004г.) и многочисленных ежегодных мероприятий, посвященных международным дням борьбы с астмой, курением, ХОБЛ. Особый вклад в развитие пульмонологии страны и повышение квалификации врачей внесло проведение 5-ти Национальных конгрессов по болезням органов дыхания (табл. 2).

В настоящее время проблемы пульмонологии продолжают интенсивно изучаться. В последние годы особую актуальность приобрело изучение различных аспектов воздействия табачного дыма на организм человека, а также социально-экономических аспектов потребления табачной продукции. Важные результаты были получены соискателем кафедры Д.В.Винниковым, который руководил реализацией нескольких исследовательских грантов фонда Research for International Tobacco Control (Канада) по изучению распространенности потребления табака среди студентов, тестированию предупреждающих надписей на табачных изделиях и пр. Настоящим успехом кафедры стало участие в проекте John Hopkins School of Public Health (США) по изучению подверженности работников общественного питания воздействию вторичного табачного дыма [12]. Большое число работ проводится совместно с Кумтор Оперейтинг Компани у работников в условиях высокогорья. Так, рандомизированное двойное слепое исследование эффективности Табекса было одним из немногих качественных исследований этого препарата в мире. В настоящее время Д.В.Винников обнаружил важные закономерности взаимосвязи курения и снижения функции легких у работающих в условиях высокогорья [13, 14]. Эти исследования продолжены ассистентом А.К.Буржубаевой, которая обнаружила возрастные и гендерные особенности распространенности табачной зависимости в Чуйской области. Ею разработаны и внедрены дифференцированные антисмокинговые программы на производственном предприятии с использованием цитизина и варениклина, эффективность которых в настоящее время анализируется [15, 16].

Соискатель Н.Э.Давлеталиева изучает эффективность внедрения международных подходов ведения респираторных пациентов в Кыргызстане. Так, обучение медработников по PAL стратегии ВОЗ в 2003-2005 гг. улучшило уровень знаний и положительно повлияло на тактику ведения пациентов, повысило эффективность лечения. Внедрение PAL стратегии способствовало сокращению финансовых затрат за счет уменьшения назначения дорогих медикаментов, особенно антибиотиков, и улучшило систему направлений при респираторной патологии [17]. Кроме того, анализ показателей смертности от болезней органов дыхания выявил, что за период 2002-2009 годы смертность от БОД в возрастной группе 15

лет и старше снизилась на 35%. При этом, в общей структуре смертности доля БОД снизилась с 11,8 до 8,4%, переместившись со второго на четвертое место. Важно, что отмечается снижение смертности от всех наиболее значимых заболеваний системы органов дыхания: пневмонии, ХОБЛ и бронхиальной астмы [9].

Доцент Абжалбекова Н.Т. исследует клинико-эпидемиологические и медико-социальные факторы внебольничной пневмонии у населения Кыргызстана. Оценены социально-демографические факторы риска, проводится работа по анализу качества диагностики, лечения и профилактики внебольничной пневмонии. Проводимая работа позволит выявить группы населения с высоким уровнем риска заболеваемости внебольничной пневмонией, оценить роль ГСВ в профилактике данной нозологии [18, 19].

Научные исследования курса профболезней в настоящее время проводятся в разных направлениях и полностью соответствуют клиническим задачам. Руководит курсом специалист в области профпатологии и клинической иммунологии, главный профпатолог МЗ КР, проф. Чонбашева Ч.К. Длительно занимаясь в НИИ МТ РАМН (Москва) изучением теоретических и практических аспектов болезней органов дыхания пылевой этиологии, она внесла значимый вклад в развитие иммунологической теории патогенеза пневмокониозов, сформулировав оригинальную концепцию развития заболеваний и обосновав пути профилактики, лечения и реабилитации больных. С ее приходом на курс профболезней улучшилась диагностика профессиональных заболеваний, в том числе на ранних этапах развития и с нетипичной клинической картиной. Впервые стало возможным выявление таких малоизвестных практически врачам патологий как гиперчувствительный пневмонит, экзогенный аллергический альвеолит, токсический бронхиолит и др., появление которых в условиях современного производства Кыргызстана, как показывают наблюдения, не является большой редкостью.

С учетом характера функционирующих в стране производств изучается воздействие на организм промышленных аэрозолей, токсических химических веществ и тяжелых металлов, а также физических факторов. Так, изучается влияние на организм электросварочного аэрозоля, который имеет, как известно, сложный физико-химический состав, оказывающий многокомпонентное патологическое воздействие. Установлено, что у

электросварщиков помимо широко распространенных бронхолегочных заболеваний, таких как пневмокониоз, бронхит, бронхиальная астма, при определенных производственных условиях возникают гиперчувствительный пневмонит, злокачественные процессы, токсические поражения легких (токсический пневмонит, альвеолит, бронхиолит), центральной нервной системы (марганцевая интоксикация), металлическая лихорадка и др. Среди лиц, работающих на крупных месторождениях полезных ископаемых (в частности, при добыче золота, сурьмы, ртути и др.) обращают внимание клинические эффекты воздействия на организм цианидов и других токсических веществ, а также комплекса взрывных газов и тяжелых металлов. Показана высокая распространенность среди них разнообразных производственно-обусловленных заболеваний – от патологии бронхолегочной системы до поражения кожи. При развитии профессиональных заболеваний наблюдается полиорганность и многосистемность ответных реакций организма, что проявляется клиническими синдромами поражения нервной системы и внутренних органов [20,21].

Ассистент Аширбаева К.И. впервые в Республике изучает структуру профессиональной и производственно-обусловленной заболеваемости работников крупного золоторудного комбината «Макмал-золото», который расположен в условиях высокогорья. Практически на всех этапах производственного цикла работники подвергаются воздействию разнообразных профессиональных вредностей в сочетании с климатическими факторами, что отражается на состоянии их здоровья [21].

Следующим важным научным направлением являются исследования проблем гематологии, которыми руководит академик НАН КР, проф. А.Р.Раимжанов. Он является организатором руководимого им ныне КНИЦ, а также высокогорного филиала КНИЦ на перевале Туя-Ашу. Им опубликованы 9 монографий (в том числе – «Апластическая анемия и горный климат»), 42 методических рекомендаций, более 250 статей. Проф. А.Р.Раимжанов подготовил 10 кандидатов и 1 доктора медицинских наук. В рамках выполнения темы «Изучение особенностей гемопоэза, гемостаза, липидного обмена и иммунного статуса у больных с депрессией кроветворения, геморрагическим васкулитом и острым лимфобластным лейкозом в условиях Кыргызстана»

преподавателями курса гематологии совместно с сотрудниками КНИЦ МЗ КР проводится: изучение роли интерлейкинов, фактора некроза опухоли и полиморфизма генов в развитии депрессий кроветворения и геморрагического васкулита [22-23]. У пациентов с железодефицитными состояниями изучаются молекулярные механизмы нарушения обмена железа; разрабатываются и внедряются образовательные программы. Доцент О.А.Джакыпбаев изучает влияние различных индукторов воспаления и повреждения на процесс агрегации тромбоцитов у пациентов геморрагическим васкулитом [24].

Исследование распространенности и особенностей течения остеопороза в Кыргызстане проводится главным ревматологом МЗ КР, доцентом Лобанченко О.В. Определение минеральной плотности костей методом рентгеновской остеоденситометрии у 2400 человек обнаружило признаки остеопороза в старшей возрастной группе у 38,3% женщин и у 25,4% мужчин, а остеопении – у 43,7 и 45,3% соответственно. Ежегодно происходит до 2300 остеопоротических переломов позвонков и 1770 переломов других локализаций. Изучена частота основных факторов риска развития остеопороза в зависимости от пола и возраста пациентов, на основании чего разработаны образовательные программы для населения по профилактике остеопороза [25].

Таким образом, сотрудники кафедры уже семь десятилетий трудятся на благо медицины и здравоохранения Кыргызстана. За последнее десятилетие они продолжали совершенствовать процесс обучения, активно участвовали в подготовке и воспитании нового поколения врачей, успешно работали над разработкой ряда актуальных научных направлений и, тем самым, внесли большой вклад в развитие медицинского образования и здравоохранения Кыргызской Республики, в поддержание имиджа Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К.Ахунбаева как ведущего медицинского ВУЗа страны.

Список литературы

1. Бримкулов Н.Н., Раимжанов А.Р., Курумшиева А.Ш. и др. О деятельности и истории кафедры госпитальной терапии КГМА/ЦАМЖ- 2004. - № X. - Приложение 8. - с.8-13.
2. Бримкулов Н.Н., Раимжанов А.Р., Курумшиева А.Ш. и др. О деятельности кафедры госпитальной терапии КГМА: связь прошлого и будущее

го//Вестник КГМА – 2009 - № 1.- с. 19-22.

3.Бримкулов Н.Н., Дубовикова М.Н., Бешке Е.В. и др. О внедрении системы менеджмента качества в медицинском ВУЗе. //Вестник КГМА-2009 - №1-с. 51-54.

4.Калиева А.Д. Качество жизни больных бронхиальной астмой: влияние лечебных программ. Дисс. канд. мед. наук – Бишкек, НЦКТ, 2003. – 101с.

5.Винников Д.В. Эффективность программ отвыкания от курения в комплексной реабилитации больных хроническим обструктивным заболеванием легких. - Дисс. канд. мед. наук – Бишкек, НЦКТ, 2003. – 101с.

6.Чолурова Р.А. Эффективность комплексной программы реабилитации с обучающим компонентом у больных хроническим обструктивным заболеванием легких. - Дисс. канд. мед. наук – Бишкек, КРСУ, 2004. – 124с.

7.Эреджепова Л.Н. Оптимизация ведения пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) на первичном уровне здравоохранения в Кыргызстане. - Дисс. канд. мед. наук – Бишкек, КРСУ, 2009. – 101с.

8.Сыдыкова С.Ж. Уровень альфа-1-антитрипсина у этнических кыргызов с хронической обструктивной болезнью легких. – Дисс. канд. мед. наук – Бишкек, КРСУ, 2011. – 134с.

9.Бримкулов Н.Н., Чубаков Т.Ч., Давлеталиева Н.Е. и др. Об эффективности Республиканских программ по болезням органов дыхания в Кыргызской Республике (2003-2010 гг.) //ЦАМЖ-2011 –№ XVII - Приложение 1 - с.10-12.

10.Brimkulov N., Ottmani S-E., Pio A. et al. Feasibility test results of the Practical Approach to Lung Health in Bishkek, Kyrgyzstan. Int. J. Tuberc. Lung Dis. – 2009 - v 13 – 4 - p. 533-539.

11 Erhola M L., Brimkulov N., Chubakov T. et al. Development process of the Practical Approach to Lung Health in Kyrgyzstan// Int. J. Tuberc. Lung Dis., 2009, v 13, 4, p.540-544.

12 Nurlan Brimkulov, Denis Vinnikov, Shahida Shahrir, Patrick Breyse, Ana Navas-Acien. Exposure to secondhand smoke among hospitality workers in Kyrgyzstan results in poorer respiratory health // Eur Resp J – 2010 - Vol. 36 - Suppl. 54 - abstract 2597

13 Vinnikov D , Brimkulov N., Rupert Redding-Jones. Four-years prospective study of lung function in workers of high altitude (4000 meters) mine // High Altitude Medicine & Biology 2011 - v 12 - No 1.- p. 65-69

14.Vinnikov D , Brimkulov N., Rupert Redding-Jones, Jumabaeva K. Exhaled nitric oxide reduces upon chronic intermittent hypoxia exposure in well-acclimatized mine workers // Respiratory Physiology&Neurobiology 2011-p. 261-264

15.Буржубаева А.К., Винников Д.В., Бримкулов Н.Н. Безопасность цитизина в лечении табачной зависимости// ЦАМЖ- 2011- том XVII - Приложение 1.с.75

16.Буржубаева А.К., Винников Д.В., Бримкулов Н.Н. Эффективность варениклина в лечении табачной зависимости у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких// ЦАМЖ - 2011 - том XVII, Приложение 2. - с 129

17.Давлеталиева Н.Е., Бримкулов Н.Н., Винников Д.В. и др. Изучение информированности медработников о льготном лекарственном обеспечении пациентов с бронхиальной астмой в Кыргызской Республике// Вестник КГМА – 2011- №1 - с.32-35

18.Абжалбекова Н.Т. Болезни органов дыхания в крупных городах и их причины //Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению РК - 2010. №2, с.98-103

19.Абжалбекова Н.Т. Болезни органов дыхания как причина детской смертности //Здоровье и болезнь – 2010 - №7 (92) - с.93-97

20.Чонбашева Ч.К. Профессиональная бронхиальная астма // ЦАМЖ - 2011 - том XVII, Приложение 2 - с.65-68

21.Чонбашева Ч.К., Аширбаева К.И. Структура профессиональных болезней органов дыхания в современном сварочном производстве Кыргызстана //ЦАМЖ- 2011 - том XVII, Приложение 1 - с 20

22.Раимжанов А.Р. Пути становления гематологической службы в Кыргызской Республике // ЦАМЖ 2010 - том XVI, Приложение 4 - с.6

23.Джакыпбаев О.А., Джунушалиева Г.С. Первый опыт применения высокодозной химиотерапии острого миелобластного лейкоза //ЦАМЖ – 2010 - том XVI, Приложение 4 - с.4

24.Джакыпбаев О.А., Цопова И.А. Изучение агрегации тромбоцитов у больных геморрагическим васкулитом //ЦАМЖ – 2010 - том XVI -Приложение 4 - с.3

25.Лобанченко О.В. Оценка минеральной плотности костной ткани и факторов риска остеопороза у лиц с табачной зависимостью. ЦАМЖ- 2011 - том XVII, Приложение 1 - с.88

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 дареге, электрондук дареге, иш телефону жазылып, кол тамгалары коюлушу керек.

2. Макала компьютерде 1,5 интервалда Times 14 шрифти менен А 4 кагазга жазылат. Талаа: үстүнкү жана астыңкы – 2,5 см. сол – 3,5 см, оң – 1,5 см. Макалага иллюстративдик материалдар сүрөт, рентгенограмм, 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 кезге менен ар бир автордун иштеген мекемеси көрсөтүлөт. Макаланын структурасы: киришүү, бейтаңтар (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 таблица-

нын 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. Интенсивдүү дарылоодо монитордук-компьютердик технологияларды колдонуунун он беш жылдык тажрыйбасы. – Китепте: Саламаттыкты сактоодогу информатика. – М.: Медицина, 1990.-3,6-бет. Сидоров И.С., Макаров И.О. Экламсия жана аны дарылоонун жаңы аспектилери. – Китепте: “Эне жана бала” Россиялык 6-форумдун материалынан. – М., 2004.-121-бет Журналдык макалалар үчүн – 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 (1 pe 1ex MesИсиз же MesШне сыяктуу), 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 негизин 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 формулалар, 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 ондолуп-түзөлсө, анда тексттин акыркы варианты келген күн келип түшкөн дата катары эсептелет.

10. Мурда жарык көргөн, башка журналдарга же жыйнактарга берилген макалалар кабыл алынбайт. Эрежеге ылайык жасалгаланбаган кол жазмалар кайра кайтарылып берилет.