

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

Главный редактор
Зурдинов А.З.

Зам. главного редактора
Бримкулов Н.Н.

Ответственный секретарь
Исакова Ж.К.

Редакционная коллегия

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

Редакционный совет

Абилов Б.А.
Адамбеков Д.А.
Акынбеков К.У.
Алымкулов Р.Д.
Бейшембиева Г.Дж.
Кадырова Р.М.
Карасаева А.Х.
Куттубаева К.Б.
Куттубаев О.Т.
Калиев Р.Р.

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

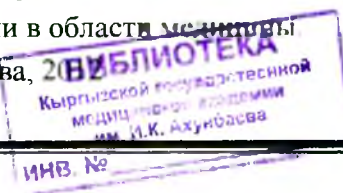
Учредитель

Кыргызская государственная медицинская академия

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

Министерство юстиции Кыргызской Республики
свидетельство №002564.

Удостоверено Президиумом НАК КР для публикации магистерских диссертаций в области медицины
им. И.К. Ахунбаева, 2012



РЕДАКЦИОННАЯ КОЛОНКА**Бримкулов Н.Н.**

Редакционная колонка 5

УЧИТЕЛЮ ПОСВЯЩАЕТСЯ**Зарифьян А.Г.**

Академик Санжарбек Бакирович Данияров: педагог, ученый, организатор 7

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНЫ**Зурдинов А.З.**

Использование и безопасность лекарственных средств:

Проблемы и перспективы в Кыргызстане 15

Алдашев А.А.

Генетические механизмы развития высотной легочной артериальной гипертензии 21

Бримкулов Н.Н.

Место медицинских организаций Кыргызстана в мировом научно-исследовательском рейтинге 25

Мусуралиев М.С.

Проблемы репродуктологии у жительниц высокогорных регионах 34

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**Давлеталиева Н.Е., Чубаков Т.Ч., Султанова А.С., Бримкулов Н.Н.**

Эффективность обучения врачей первичного уровня здравоохранения по стратегии PAL BO3 40

Зурдинов А.З., Сабилова Т.С., Зурдинова А.А. Артыкбаева А.К.

Основы доказательной медицины: опыт преподавания в Кыргызстане 44

Насирдинова Ж.М., Исакова Ж.К., Сексенбаева Д.Б.

Проблемы и пути снижения материнской смертности с внедрением “Эффективного перинотального ухода” в городской перинотальный центр 50

Нуритдинов Р.М.

Сохранение объема костной ткани альвеолярного отростка после удаления зуба 53

Нуритдинов Р.М., Заречнова Н.Н., Юлдашев И.М., Сулайманкулова С.К.

Стимуляция регенерации костной ткани челюстей с использованием наночастиц серебра 56

Жумабеков А.И., Акынбеков К.У.

Состояние кадрового состава и организационно-управленческой структуры стоматологической службы при различных формах собственности (на примере Чуйской области) 59

Горбылёва К.В., Зарифьян А.Г., Бебинов Е.М.

Вегетативный статус и психофизиологические показатели студентов, проживающих в условиях низко- и среднегорья 65

Мундуков К.

Лечебная тактика при полипах желчного пузыря 71

Сатаров Н.А., Исабаева Д.И., Молдобаева М.С., Акынбеков К.У.,**Молдоева С., Титаренко Д.**

Сравнительная характеристика показателей качества жизни у пожилых

людей с сахарным диабетом 2 типа, проживающих в различных городах КР	74
Шаймбетов А.Т., Мамбетов М.К., Кадырова Р.М.	
Течение инфекционного мононуклеоза у детей	79
Сmeliков Я.А.	
Клинико-эпидемиологическая характеристика кори у детей до 1 года	84
Исабаева Д.И., Сатаров Н.А., Молдобаева М.С., Акынбеков К.У., Титаренко Д., Молдоева С.	
Качество жизни больных СД 2 типа, осложненного диабетической нефропатией и хронической почечной недостаточностью	88
Мамбет к. Г., Куттубаев О.Т., Ашакеева Ж.К., Алымкулова Г.Б., Кайкыева Б.К.	
Анализ заболеваемости населения города Бишкек кишечными микст инвазиями	92
Сайдахметов Т.Б., Ботбаев А.А.	
Сравнительная характеристика новой методики асимметричной факотрисекции с традиционным выведением ядра хрусталика при тоннельной экстракции катаракты	97
Улумбекова С.А., Захаров Г.А., Козьмина Ю.В., Петров В.М., Горохова Г.И.	
Изменения ЭКГ и структуры миокарда на фоне длительного приема алкоголя и милдроната у крыс в условиях низкогогорья	102
Джумагулова А.О.	
Инновационные подходы в решении проблемы раннего выявления глаукомы	108
Буржубаева А.К.	
Осведомленность семейных врачей о законах, регулирующих потребление табачных продуктов и лечение табачной завиимости	110
Жаманкулова М.К.	
Некоторые вопросы оперативного лечения ущемленных паховых грыж	113
Мамасали у. Ж.	
Новый возможности профилактики раневых осложнений при деструктивном холецистите	116
Мусаев А.И., Максут у.Э., Акешов А.Ж.	
Частота осложнений и рецидивов эхинококкоза печени в зависимости от способов обеззараживания	120

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

Омурбекова М.М.

Проблемы улучшения качества жизни у беременных с преждевременной отслойкой плаценты, осложненной коагулопатическим кровотечением (обзор литературы) 123

Молдобаева М.С., Исабаева Д.И.

Актуальные проблемы диабетической нефропатии у больных сахарным диабетом 2 типа (обзор литературы) 128

ДИСКУССИЯ

Мукеева С.Т.

Проблемы семейной медицины в Кыргызстане 135

СТУДЕНЧЕСКИЕ РАБОТЫ

Султанов Б.М., Ырысов К.Б., Мамашарипов К.М.	
Диагностика абсцессов головного мозга	144
Халимов А.Д., Ырысов К.Б., Тургунбаев Б.Ж.	
Сохранение функций лицевого и слухового нервов в хирургии невриноме VIII нервах	148
Казанцев П.М.	
Психофизиологический статус юношей, проживающих в условиях низко- и среднегорья	151
Легай О.В., Абасканова П.Д.	
Сравнительная характеристика лечебных стоматологических средств в комплексной терапии заболеваний пародонта	154
Жакеева А.К., Сулайманова Н.Э., Насирдинова Ж.М., Тепнеева Т.Х., Сексенбаева Д.Б.	
Анализ структуры заболеваний при угрозе преждевременных родов в Городском Перинатальном Центре (ГПЦ)	158
Кучумкулова Э., Кудретали к. Ж., Саткыналиева З.Т.	
Клинический случай синдрома Х	162
Мануконда Ашоккумар, Ким Т.М.	
Удельный вес антибиотикорезистентных штаммов микобактерий туберкулеза в этиологии туберкулеза	167
Ахмад Хассан, Джумалиева А.А.	
Особенности адаптации иностранных студентов в ВУЗах КР	171
Таштанбеков К.Т., Ногойбаева К.А.	
Клинико-эпидемиологическая характеристика вспышки стафилококковой пищевой токсикоинфекции в Сокулукском районе, Чуйской области, Кыргызстан, 2011 г.	176
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	
Байбулатов Э.М.	
Симультанные операции у больных раком почки и мочевого пузыря	181
НАМЯТЬ	
Адамалиев Кубанычбек Адамалиевич	185



Уважаемые коллеги, дорогие читатели нашего журнала, у вас в руках первый номер журнала «Вестник КГМА имени И.К.Ахунбаева» за 2012 год.

Позади остался 2011 год, который был очень насыщенным как для страны, так и для системы здравоохранения и медицинского образования. Для страны уникальность прошедшего года в первую очередь связана с мирной передачей власти от экс-президента Р.И.Отунбаевой вновь избранному всенародно президенту А.Ш.Атамбаеву.

Знаменательные события произошли в системе здравоохранения Кыргызстана. Впервые за много лет, несмотря на ограничения бюджета, государство существенно повысило заработную плату медицинским работникам. На торжественном заседании, посвященном Дню медицинского работника, 2 июля 2011 года экс-президент Р.И.Отунбаева с благодарностью сказала: «Врачи – это герои нашего времени, которые пользуются огромным уважением в обществе и признанием. Это – самоотверженные люди, которые творят чудеса, настоящие профессионалы. Мы вами гордимся...».

Для КГМА имени И.К.Ахунбаева прошедший год был тоже успешным.

Сотрудники академии внесли заметный вклад в реформирование медицинского образования. В 2011 году были разработаны проекты новых государственных образовательных стандартов (ГОС) третьего поколения по специальностям «Лечебное дело» и «Педиатрия», проект Закона «О высшем медицинском и фармацевтическом образовании», а также другие документы (Каталог задач обучения, Концепция последипломного медицинского образования и др.). Расширились наши международные связи; выполнен большой объем научных исследований и лечебной работы. Немаловажно, что и всем сотрудникам КГМА в среднем на 40% была повышена зарплата.

Высокий имидж КГМА подтвердился на вступительных экзаменах 2011 года, которые базировались на результатах Общереспубликанского тестирования (ОРТ). Абитуриенты, поступившие в КГМА, имели самый высокий средний балл (181,9), заняв первое место в рейтинге «умности» среди всех ВУЗов Кыргызстана.

К сожалению, в прошедшем году коллектив КГМА понес и невосполнимые потери. 3 декабря 2011 года скончался академик НАН КР, заслуженный деятель науки и заслуженный врач, лауреат Государственной премии КР в области науки и техники, профессор С.Б.Данияров, который возглавлял КГМА на посту ректора более 17 лет. Скончались в 2011 году заслуженный деятель науки КР, проф. Д.А.Алымкулов, заслуженный врач КР, проф. Ж.Т.Бектуров, заведующий кафедрой факультетской

педиатрии, проф. С.С.Бакасов. Светлая память о них навсегда останется в наших сердцах.

В этом году перед коллективом КГМА стоят большие задачи в развитии как учебно-методической, так и научной, лечебной, воспитательной деятельности. В апреле 2012 года решено провести Дни науки, где будут обсуждаться главные научные достижения сотрудников КГМА, включая результаты исследований аспирантов и студентов. Дни науки КГМА 2012 года посвящаются памяти академика С.Б.Даниярова. По результатам конкурса молодых ученых лучшие доклады будут отмечены дипломами и ценными призами. Самый лучший доклад будет удостоен специальной премии имени академика Даниярова, учрежденной Общественным Фондом Санжарбека Даниярова.

Номер начинается со статьи, в которой своими воспоминаниями, включающими поэтические строки, об учителе, академике С.Б.Даниярове, делится профессор А.Г.Зарифьян. Некоторые работы, представленные в данном номере журнала будут также обсуждены в рамках Дней науки. Вызывает удовлетворение, что среди них немало работ молодых ученых – аспирантов и соискателей, а также активных студентов-кружковцев. Приятно отметить, что в последние годы повышается активность научного общества молодых ученых и студентов (НОМУС).

В то же время, в своей статье, основанной на данных самой обширной информационной базы Scopus, я отмечаю, насколько малым является вклад ученых-медиков Кыргызстана в мировой публикационный поток. Нам еще нужно много поработать, чтобы достойно представлять кыргызскую медицинскую науку в мировом академическом пространстве.

В разделе «Приглашаем к дискуссии» директор Ассоциации групп семейных врачей, заслуженный врач КР С.Т.Мукеева делится своими мыслями о путях развития семейной медицины в нашей стране. Ее статья «Проблемы семейной медицины в Кыргызстане», продолжая дискуссию Бартона Смита в предыдущих номерах журналах, предлагает ряд предложений, направленных на решение глобальных проблем здравоохранения Кыргызстана.

В номере опубликованы и другие работы, которые будут полезны как преподавателям медицинских ВУЗов, так и практическим врачам. Редколлегия журнала призывает медицинскую общественность к активному сотрудничеству. Наш журнал включен в список изданий, рекомендованных Президиумом НАК КР для публикации материалов докторских и кандидатских диссертаций в области медицины. Мы ждем ваших статей, вопросов и предложений.

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

Бримкулов Н.Н.

АКАДЕМИК
САНЖАРБЕК БАКИРОВИЧ ДАНИЯРОВ:
ПЕДАГОГ, УЧЁНЫЙ, ОРГАНИЗАТОР

Зарифьян А.Г.

Кыргызско-Российский Славянский Университет им.Б.Н.Ельцина,
Бишкек, Кыргызская Республика

3 декабря 2011 года медицина, наука и в целом система высшего образования Кыргызстана понесли тяжелейшую утрату: на 84-м году жизни скончался академик НАН КР, заслуженный деятель науки и заслуженный врач, лауреат Государственной премии Киргизской ССР в области науки и техники, доктор медицинских наук, профессор Санжарбек Бакирович Данияров, а для нас, питомцев его научной школы, незабываемый Шеф, Учитель и Старший Друг.

Мне выпала большая честь и ответственность открыть настоящим очерком (термины «доклад», «статья» звучат в данном случае не очень уместно) сборник трудов научной конференции, посвященной этой удивительно яркой Личности. Помнится, при жизни Шефа я не раз посвящал ему тёплые стихи, приурочивая их к его круглым датам. Ибо наш С.Б. являлся отнюдь не сухим учёным, а натурой динамичной, жизнелюбивой, щедро одарённый и далеко не лишённый поэтического восприятия мира. Вот и сейчас позволю себе, рассказывая о нём, периодически обращаться не только к прозаическим фактам данияровской биографии, но и к адресованным ему собственным поэтическим посвящениям.

Первое из них, подготовленное к его 50-летию, открывалось такими строфами:

*... Итак, назад тому полвека
(Мы подсчитали без труда)
В семье простого человека,
В селенье скромном Каинда,
Что расположено в Кемине,
Когда мерцал морозный иней,
Родился мальчик – третий сын.*

Был той,

*о счастье пел акын,
Родные обсуждали с жаром,
Как малыша верней назвать,
И нарекли его... Санжаром,
Дав имя мальчику подстать.*

Тут сразу же напрашиваются два уточнения. Первое: на самом-то деле семья нашего героя была далеко не простой. Родословную свою он вёл от весьма известного кыргызского рода Атаке-Сарыбагыш. Причём его дед Данияр, живший во второй половине XIX и начале XX столетия, возглавлял данный род. Не потому ли, когда Санжарчику было всего 4 года, семья перенесла тяжелейший удар: арестовали отца, конфисковали имущество и наличный скот. В семье воспитывалось 8 детей, старшему из которых тогда исполнился 21 год, а младшей дочери – только 2 года. Мать была вынуждена вместе с детьми покинуть родное село и перебраться в г. Фрунзе, скитаясь по разным частным квартирам.

До сих пор неизвестно, где похоронен его отец, не осталось даже фотографии. Спустя 5 лет после ареста отца был репрессирован дядя, Базаркул Данияров, – один из первых просветителей молодой Киргизской республики, который помог получить образование многим представителям интеллигенции тех лет. В начале 50-х годов развернулись гонения и последовал арест Саманчина Тазабека, ещё одного дяди, у которого жил молодой Санжарбек. В те же годы исключили из аспирантуры его сестру Кутпу Бакировну – как дочь репрессированных родителей. Но Санжарбек Данияров не сломался, сумел преодолеть все удары судьбы, сохранить достоинство и оптимизм.

Быть может, само имя его тому способствовало. Ведь Санжар в переводе с тюркского означает «пронзающий». Те, кто имел счастье быть знаком с нашим Шефом, безусловно должны были отметить эту его пронзительность, порывистость, неумность, проявившейся с детских лет.

*Понять, каким он рос ребенком,
Совсем не трудно, ей-же-ей:
Наверняка вихрастым, тонким
И самым бойким из детей;
Наверняка не флегматичным,
Скорей всего-наоборот.
Ведь темперамент холеричный
Себя с рожденья выдаёт!*

В 1935 г. Санжарбек поступил в смешанную образцовую среднюю школу №3, а с открытием во Фрунзе школы №5 перешел туда, где и проучился до 1942 г. В школе отличался прекрасной учебой, за что в числе трёх лучших учеников города в декабре 1939 года был направлен в Грузию на празднование 60-летия И. В. Сталина.

Осень и зиму 1942-1943 гг. из-за материальных трудностей проживания в г. Фрунзе семья провела в родной Каинде, где работал учителем старший брат, Данияров Насыр. Но желание продолжить учебу заставило Санжарбека вернуться в столицу.

*В пятнадцать лет окончив школу,
Парнишка начал выбирать:
Стать физкультурником весёлым
Иль педагогом школьным стать?*

*Но выбор сделан был со вкусом:
Все точки выставив над «i»,
Он поступает на подкурсы
При фрунзенском КГМИ.*

Да, к счастью для многих из нас, юноша всё-таки предпочёл белый халат яркой спортивной форме.

После некоторых мытарств он зачисляется на подготовительные курсы при Киргизском Государственном медицинском институте, а

окончив их, с 1-го сентября 1943 г. становится студентом лечебного факультета.

В те годы, благодаря эвакуации в г. Фрунзе Харьковского стоматологического медицинского института и приезду целой когорты крупных ученых, клиницистов, представителей фундаментальных наук, в Киргизском медицинском институте сложился сильный, высокоинтеллектуальный научно-педагогический коллектив. Как говорил в шутку тогдашний директор КГМИ Шупик П. Л., впоследствии ставший министром здравоохранения Украины, «мне сейчас больше нужны дворники, чем профессора», т.к. был огромный конкурс среди ученых, при явной нехватке обслуживающего персонала. Большинство студентов, среди которых имелось немало участников Великой Отечественной Войны, учились с полной отдачей. Не отставал от них и Санжар Данияров.

*Его студенческие годы:
Отличник вуза, активист,
Мотор общественной работы,
Хороший друг и юморист.*

*И сразу в эту же страницу
Такая просится строка:
Участник ряда экспедиций,
А также – староста кружка.*

Да, в период учебы в институте С.Б. Данияров получал персональную повышенную стипендию, активно участвовал в общественной жизни, являлся членом комитета комсомола КГМИ. Будучи студентом 3-го курса, совместно с сокурсником, позднее академиком двух академий (РАМН и НАН КР) М.М. Миррахимовым, зимой 1946 года в течение полутора месяца работал по ликвидации последствий таких грозных инфекционных болезней, как сыпной и брюшной тифы, в Алайском районе Ошской области.

Зимой и летом 1947 г. побывал в двух научных экспедициях, организованных профессором Вольским М.Е. в городе Нарын – для изучения физиологических параметров солдат, несущих службу в условиях высокогорья, и в санатории

Ак-Суу Иссык-Кульской области – по изучению влияния минеральных вод на деятельность пищеварительных желез. Тогда и появились «первые ласточки» — научные публикации. В тот же период он активно участвовал в научном кружке кафедры акушерства и гинекологии, которую возглавлял профессор Б.Г. Гуртовой – отличный специалист и блестящий лектор

Так что я не погрешил против истины, написав в своём поэтическом поздравлении следующие строки:

*Он очень многим увлекался...
Тянулся в клинику, к врачам;
На пятом курсе собирался
Стать акушером, по ночам
Дежурил, роды принимая;
Уйти в лечебники хотел,
Того ещё не понимая,
Что у него – иной удел!*

*Но хоть извилист был и долог
Путь, по которому он шёл,
В конце концов как физиолог
Наш выпускник себя нашёл!*

И действительно: в 1948 г., после окончания с отличием мединститута, С.Б. Данияров поступил в аспирантуру при кафедре нормальной физиологии, руководителем которой тогда являлся профессор Георгий Павлович Конради – не только одаренный, высокоэрудированный физиолог, но и человек, отличавшийся феноменальной памятью, острым умом и языком, блестяще знавший живопись, поэзию и в целом художественную литературу.

Вообще, кафедре нормальной физиологии везло на своих лидеров! У её истоков стоял широко известный во всем мире ленинградский физиолог-эколог профессор Абрам Донович Слоним, которого сменил Г.П. Конради. Учебником по нормальной физиологии для студентов высших медицинских учебных заведений, основные главы которого были написаны Г.П. Конради и А.Д. Слонимом, пользовалось несколько поколений будущих врачей Советского Союза. Велика заслуга этого «учёного дуэта» в развитии физиологической

науки в Кыргызстане. После отъезда Г.П. Конради его сменил С.М. Дионесов, тоже ленинградец. Затем в течение почти 20 лет кафедрой возглавлял заслуженный деятель науки, д.м.н., профессор Евгений Иванович Бакин, который в молодые годы работал врачом в Джумгалском районе, отсюда поехал на аспирантскую учебу во всё тот же Ленинград и возвратился в Киргизию, став уже доктором наук. Следует отметить, что Е.И. Бакин являлся одним из пионеров радиобиологов России.

Что касается нашего Шефа, то и его молодые годы оказались тесно связаны с городом на Неве.

*Известно было встарь, и ныне
Мы в этом все убеждены,
Что место «Колтуши» – святыня
Для физиологов страны!*

*Здесь, в школе Павлова, Быкова,
Где все дышало простотой,
Сумел сказать в науке слово
И наш учёный молодой!*

Стоит, наверное, отметить, что в этом данияровском научном успехе частично был повинен не кто иной, как легендарный хирург Иса Коноевич Ахунбаев, чье имя носит сегодня КГМА. Как вспоминает в своей книге о брате Кутпа Бакировна Даниярова, по личному настоянию Ахунбаева, являвшегося тогда директором мединститута, она сама, Санжарбек Бакирович, Мария Токтогуловна Нанаева, Бейшен Турусбекович Турусбеков, Валентина Абдылдаевна Исабаева и многие другие талантливые юноши и девушки из Кыргызстана были направлены на дальнейшую учёбу в Москву, Ленинград, Киев...

Итак, в 1949 г. С.Б. Данияров попадает в Ленинград, а уже в феврале 1952 г. под руководством А.Д. Слонима завершает и успешно защищает диссертацию на степень кандидата биологических наук. Причем, защита состоялась на Учёном Совете Института физиологии им. И.П. Павлова АН СССР, где оценку работе давали всемирно известные физиологи во главе с академиком АН СССР Константином Михайловичем Быковым. То был

период знаменитых сессий Академии наук, и аспиранту Даниярову посчастливилось слушать лекции и выступления, общаться с выдающимися учёными того времени: академиками Леоном Абгаровичем Орбели, Владимиром Николаевичем Черниговским, Петром Кузьмичем Анохином, профессорами Э.Ш. Айрапетьянцем, В.И. Деловым, Л.Г. Ворониным, Ф.П. Майоровым и многими другими. Дружеское отношение и взаимная симпатия остались от общения с выдающимся физиологом, создателем нового направления в физиологии пищеварения академиком Александром Михайловичем Уголевым, тогда ещё ассистентом кафедры нормальной физиологии Ленинградского стоматологического медицинского института. Всё это во многом определило дальнейшую научно-педагогическую судьбу молодого киргизского ученого.

*Формировались цели, взгляды,
Новейших интересов круг...
В итоге стал он кандидатом
Биологических наук,
Благополучно защитился,
Блестяще первый взял редут,
А через месяц возвратился
В родной Киргизский институт,
Начав работать ассистентом...*

*Природный ум, любовь к студентам
И дар учительства (от Бога) –
Они ему как педагогу
Присущи были с юных лет.*

*Теперь же наступил расцвет
Его способностей,
и вскоре
Наш юбилей – в большом фаворе!
Среди студентов и коллег
Он свой, желанный, человек!*

С большим увлечением Санжарбек Бакирович работал в должности заместителя декана лечебного факультета, а с 1962 по 1971 годы – проректором КГМИ по учебно-воспитательной работе. Талант администратора, высокие организаторские способности,

компетентность в решении многих вопросов дали основание для выдвижения его в 1971 году на должность ректора КГМИ.

Благодаря данияровской энергии, жажде всего нового, передового, в институте получили развитие современные методы оптимизации учебного процесса, внедрялись прогрессивные формы педагогической работы, началось психологическое обследование студентов с целью индивидуализации их обучения и воспитания. Человек глубокой внутренней культуры, С. Б. Данияров уделял особое внимание вопросам эстетического и нравственного воспитания молодых сотрудников и студенческой молодежи. По его инициативе и с активным участием врача-психиатра, доцента Дегтярева Б. Н. был организован курс педагогики и медицинской психологии при КГМИ, редко встречающийся в структуре других медицинских вузов, и получили внедрение основные принципы программы подготовки будущих «эскулапов». Первый из них касался улучшения профессиональных качеств молодого врача, второй – формирования личности и развития ее творческих способностей, третий – развития самостоятельности завтрашнего специалиста в процессе обучения в вузе.

С. Б. Данияров непосредственно курировал школы-семинары молодых педагогов, аспирантов и научных сотрудников института. Для чтения лекций на эти семинары приглашались крупные ученые ведущих медицинских учреждений Москвы, Ленинграда, лекторы-международники, политические деятели, члены правительства, видные представители искусства, литературы, культуры. Всё это позволило поднять подготовку медицинских кадров на уровень, соответствующий требованиям того времени. Не случайно многие выпускники КГМИ тех лет продолжают успешно трудиться сейчас не только в Кыргызстане, но и в ближнем и дальнем зарубежье. Многие из них возглавляли научные и учебные центры в Москве, Санкт-Петербурге, Киеве, Ставрополе, Новосибирске.

Немало сил вложил Санжарбек Бакирович в расширение учебной базы КГМИ, что позволило завершить строительство двух учебных корпусов, пяти студенческих общежитий, осуществить проектирование 1000-кочной

клинической базы, столовой на 250 посадочных мест и современного общежития.

За период его работы ректором КГМИ было выпущено около 16 тысяч врачей, защищено 35 докторских и более 300 кандидатских диссертаций. В итоге Киргизский Государственный медицинский институт получил статус вуза I категории.

При этом, неся на протяжении 26 лет (9-ти проректорских и 17-ти ректорских) тяжкий груз административных забот, С.Б. Данияров успевал столь же плодотворно трудиться на научно-педагогической ниве.

*Он рос с годами как ученый
(Где только время находил?!),
Своей задачей увлеченный,
Эксперименты проводил,
Искал, осмысливал, и снова
Вносил поправки в опыт свой...
Пятнадцать лет пути земного
Отдал болезни лучевой!*

Одним из основных направлений исследований С.Б. Даниярова явилось изучение реакции сердечно-сосудистой системы и дыхания на лучевое воздействие. При этом особое внимание было уделено анализу механизмов регуляции аппарата кровообращения. Выполнив множество тонких, трудоемких экспериментов, автор впервые установил фазность изменений деятельности функций у облученных животных, вскрыв ряд новых закономерностей приспособительных реакций системы кровообращения при радиационном облучении. Учёному удалось доказать наличие зависимости между изменениями рефлекторной регуляции сердечно-сосудистой системы и нарушениями центральных звеньев регуляции кровообращения и дыхания, в значительной мере ответственных за поддержание гомеостазиса. Было также установлено, что при гамма-облучении наблюдается относительное снижение тонуса центров блуждающих нервов и повышение тонических влияний симпатической нервной системы на сердце и сосуды.

Заслуживает особого внимания выдвинутое С. Б. Данияровым представление о том, что при

острой лучевой болезни приспособительные реакции сердца и сосудов осуществляются за счет усиления активности симпато-адреналовой системы, что отражает общебиологическую закономерность механизмов защиты при развитии патологического процесса.

Исследования увенчались успешной защитой докторской диссертации в 1970 г. в Военно-медицинской академии им С.М. Кирова (г. Ленинград), а чуть позже и капитальной монографией «Лучевая болезнь и сердечно-сосудистая система».

*Но для ученых нет покоя –
Горит, трепещет мысли луч!
К тому же – горы под рукою,
Их зов и властен, и могуч,
Они полны вопросов спорных...
И шеф наш, поиски любя,
В тематике высокогорной
Находит место для себя...*

Вторым важным и совершенно новым направлением, связанным с именем С.Б. Даниярова, стало изучение комбинированного влияния высокогорья и ионизирующей радиации на организм животных. Такого рода исследования необходимы для понимания механизмов повышения радиоустойчивости человеческого организма. Изучение особенностей реакции на действие ионизирующей радиации в условиях высокогорья представляет интерес и в связи с проблемой «кислородного эффекта», открывая новые подходы к решению вопросов терапии и профилактики лучевой болезни. Результаты проведенных экспериментов показали, что пребывание в условиях высокогорья существенно изменяет радиочувствительность организма, облегчая течение лучевого процесса и его исход.

Третье направление научных работ, осуществленных С.Б. Данияровым с группой сотрудников, относится к сфере физиологии высокогорной адаптации, а точнее – к горной вегетологии. Ведущее место здесь занимает анализ механизмов приспособительных реакций сердечно-сосудистой системы. С. Б. Данияровым и его учениками получены новые оригинальные

данные о перестройках сократительной функции миокарда, изменениях тонуса вегетативных сердечных центров и других функциональных сдвигах у животных, адаптирующихся к высокогорью. Материалы этих исследований послужили основанием для выдвижения новой концепции о природе «горной ваготонии» и роли симпатической нервной системы в формировании адаптированности к комплексу горных факторов, что отражено в нашей с ним монографии «Высокогорье и вегетативная нервная система», выпущенной издательством «Медицина» в 1977 году

Физиологические основы деятельности работы сердца и сосудов оставались постоянным предметом интересов ученого.

Многолетний интерес С.Б. Даниярова к физиологии кровообращения нашел отражение в книге «Работа сердца» (в соавт. с А.Г. Зарифьяном), которая была включена в перечень руководств по нормальной физиологии для студентов медицинских вузов СССР.

Большой отклик среди физиологов и кардиологов получила книга С.Б. Даниярова «Работа сердца в условиях высокогорья», выпущенная всё тем же издательством «Медицина» (г. Ленинград, 1979 г.). Этот научный труд содержит много новых фактов, ценных выводов и положений, существенно дополняющих, а в ряде случаев и меняющих устоявшиеся представления относительно механизмов адаптации сердца к факторам горной местности, и стал весьма полезен для разработки принципов воздействия на организм гипоксией в целях повышения тренированности здорового сердца и профилактики его заболеваний. Важно, что в монографии содержится обоснованное предостережение от попыток рассматривать пребывание на высокогорье с позиций исключительно положительных биологических эффектов, ибо материалы данияровских исследований убедительно показали негативные стороны воздействия высокогорной гипоксии. Смягчить и нивелировать неблагоприятные эффекты высокогорья рекомендовалось посредством щадящего режима адаптации для впервые поднимающихся в горы людей.

С.Б. Данияровым также впервые в условиях

высокогорья осуществлены одновременные исследования резистивного и емкостного отделов сосудистого русла, определена их реактивность к вазоактивным веществам и получены новые данные о роли указанных сосудов в перераспределении крови в организме и поддержании системного артериального давления в процессе горной адаптации, что имеет большое значение для практической медицины и может служить обоснованием для использования высокогорья в профилактике ряда сердечно-сосудистых заболеваний.

Итоги этих исследований С.Б. Даниярова и его школы получили отражение в большом академическом издании «Руководство по физиологии» (ответственный редактор академик В.Н. Черниговский), выпущенным издательством «Наука» (Ленинград, 1982)

В дальнейшем С.Б. Данияров с группой учеников изучал основные вегетативные и психофизиологические параметры человека с учетом этнических особенностей в экосистемах с различной производственной деятельностью (вахтовики, чабаны, студенты и учащиеся, из различных климато-географических зон Республики). При этом использовал комплексный подход с применением компьютерных программ и психо-тестов, предусматривающих исследование функциональной асимметрии и биоэлектрической активности мозга, характера вегетативного статуса, соматотипа и личностных особенностей испытуемых.

Были выявлены и особенности электроэнцефалограмм как у коренных горцев, так и у лиц, временно адаптирующихся к условиям высокогорья. Результаты исследований послужили основой для установления нормативных данных биоэлектрической активности головного мозга у коренных и временных жителей высокогорья и получили внедрение в практике обследования контингента лиц лётного состава и больных, поступающих из разных районов республики в неврологические стационары

По данным, полученным в научной школе С.Б. Даниярова, электроэнцефалограммы коренных жителей высокогорья отличаются от ЭЭГ жителей низкогорья. В частности,

наблюдается синхронизация альфа-активности, некоторое снижение лабильности корковых нейронов при применении функциональных нагрузок. Неустойчивость функционального состояния головного мозга обнаружена и у людей, временно адаптирующихся к условиям высокогорья.

В целом оказалось, что люди с различными тоническими показателями ВНС имеют разную динамику картины ЭЭГ, РЭГ и вегетативных функций в процессе адаптации. А это дает возможность проводить обоснованный и целенаправленный отбор контингента для работы в условиях высокогорья, корректировки адаптационных изменений, и, главное, — осуществить адекватные профилактические лечебные мероприятия с учетом индивидуальных особенностей человека и прогнозированием возможных колебаний его работоспособности.

Исследования, проведенные С.Б. Данияровым с соавторами, показали, что адаптационно-приспособительные реакции газотранспортной системы у лиц, занятых вахтовым трудом, отличаются от таковых у людей, впервые и длительно адаптирующихся к условиям высокогорного климата. Основным отличием является отсутствие роста кислородной емкости крови, что в свою очередь определяет снижение реактивности и экономичности работы сердечно-сосудистой системы, повышение степени напряжения регуляторных механизмов у вахтовых рабочих.

В связи с этим был сделан очень важный вывод о необходимости учета вышерассмотренных показателей при разработке оптимальных режимов труда и отдыха в горах и других профилактических мероприятий.

За данные исследования С.Б. Данияров совместно с гигиенистом О.Т. Касымовым и клиницистами З.М. Кудайбердиевым, Н.Н. Бримкуловым, А. Сарыбаевым и А.А. Алдашевым в 1996 году удостоился высокого звания Лауреата Государственной премии Кыргызской Республики в области науки и техники.

Портрет нашего Шефа будет неполным, если не сказать о его широкой и многогранной общественной деятельности. Санжар Бакирович

многократно становился депутатом районных и городских Советов, Народным депутатом Верховного Совета Киргизской ССР, возглавлял постоянную комиссию по здравоохранению, более 20-ти лет избирался Верховным Советом СССР Народным заседателем Верховного Суда СССР, дважды — членом ревизионной комиссии ЦК КП Киргизии.

Успехи на столь многих жизненных поприщах возможны лишь, для того, кто имеет прочный надёжный тыл. Таким тылом для Санжарбека Бакировича являлась в первую очередь его семья: мать Бюбю, жена Лиля Турусбекова, всем известный заслуженный кинорежиссер, дочери Асель и Гюзель, и сын Бектур (все трое — кандидаты медицинских наук), его многочисленные братья и сестры. Он воистину был любящим и верным спутником жизни, отцом, дедушкой, но и столь же надёжным другом в кругу коллег, заботливым наставником своих учеников-единомышленников.

При всех сложностях и противоречиях бывшего социалистического бытия, той эпохи, на которую пришлась большая часть жизни Шефа, его заслуги не остались незамеченными обществом и государством. Свидетельством тому — ряд орденов и медалей СССР, почетных грамот, высокие республиканские звания Заслуженного врача (1977) и Заслуженного деятеля науки (1991). А в суверенном Кыргызстане наш Учитель удостоился медали «Данк» и Ордена «Манас» III степени.

Но главной наградой за честно прожитую жизнь является то глубокое уважение, любовь и признательность, которые этот незаурядный человек снискал в сердцах тысяч и тысяч студентов, аспирантов, сотрудников, коллег и друзей.

Вот почему завершить сей очерк мне хочется опять-таки стихами, обобщающими всё изложенное выше и прозвучавшими в день прощания с нашим дорогим, незабвенным Санжарбеком Бакировичем.

*Смерть старается яро,
Бьёт по самым родным!..
Санжарбек Данияров,
Общий наш Мугалим,*

*В этот месяц морозный,
Третье выбрав число,
Вы ушли так серьёзно,
Тихо, скромно, светло...*

*Вы ушли – мы остались:
Вспоминать и скорбеть.
Столько лет восхищались
(И хотелось бы впредь)
Энергетикой вашей,
Беспокойным умом,
Шевелюрой, что краше
Не видали, огнём,
Рассыпающим искры
На бегу, на лету!..*

*Непоседливый, быстрый,
Вы несли доброту
В этот мир, неуютный
И холодный пока,
Понимая, сколь трудно,
Сколь Система жестка!*

*А она не щадила
Данияровский род!
Но душевная сила,
Юмор (мудрых оплот),
Ум, что смел не бояться,
Помогли Вам на пять
Самому состояться
И других поддержать!*

*Педагог, яркий лектор,
Вы для учеников
Были больше, чем ректор,
Автор крупных трудов,
Самобытный учёный,
Вуза истинный Шеф!
К Вам любой подчинённый
Мог зайти, осмелев, –
Аспирант ли, профессор,
Без различья «погон».*

*К людам Вы с интересом
Относились, на кон
Их не ставили судьбы,
Согревали всегда!*

*Не стараясь
лезть в судьи,
С чувством боли, стыда
На деянья взирали
Наглых нуворишей
И служили морали,
Подчиняясь лишь ей!*

*Если ж всё-таки круто
Поступали подчас –
Только для института,
Ради дела, что нас
Крепко объединяло, –
Это чувствовал вуз.*

*Были в Вас и начала
Почитателя муз,
Тонкий вкус, компетентность
В самых разных вещах,
Суперинтеллигентность
И уменье прощать!*

*Интернациональный
Человек-патриот,
Вы вобрали буквально
Всё, чем славен народ;
Жили светлою верой,
Невзирая на век,
И служили примером
Для растущих коллег.*

*Завершилась дорога,
Больше нечего ждать.
Но не стыдно пред Богом
Вам, поверьте, предстать.
Так спокойно же спите
Сном священным своим,
Золотой наш Учитель,
Дорогой Мугалим!*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Зурдинов А.З

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра базисной и клинической фармакологии КГМА им. И.К. Ахунбаева,
Бишкек, Кыргызская Республика

Начало развития Концепции исследований по использованию лекарственных средств (ЛС) можно отнести к 60-м годам XX века, когда в 1964 году на симпозиуме по лекарственной токсикологии, организованном ВОЗ в Москве, впервые были представлены и обсуждены исследования по использованию ЛС, большинство из которых были так или иначе связаны с талидомидной катастрофой. Далее исследователи из стран северной Европы собрали данные по использованию ЛС в Нидерландах и Швеции и некоторым другим европейским государствам, которые обеспечили основу для образования в 1969 году *исследовательской группы по использованию ЛС ВОЗ*. На протяжении 40 лет эта группа остается инициатором исследований по использованию ЛС, ее участники много сделали для успешного распространения этого проекта по всему миру.

Следует отметить, что если в начале своего развития этот процесс был обусловлен в основном экономическими интересами, то в настоящее время он, прежде всего, служит интересам эффективной и безопасной медицины.

Поэтому в настоящее время проблемы рационального и безопасного использования лекарственных средств во многих странах отнесены к сфере национальной безопасности. Деловтом, что к началу 21 века наряду с огромными достижениями научной и практической медицины стал очевидным неуклонный рост осложнений от лекарственной терапии. Только в США ежегодно от лекарств умирало около 100 тысяч человек. Как отмечает бывший заместитель Генерального директора ВОЗ проф. Лепахин В.К. (2008), по смертности лекарства входят в первую десятку среди причин летальности [1]. Экспертами ВОЗ отмечается, что больше половины всех лекарственных осложнений возникает вследствие нерационального, а

иногда и совершенно неграмотного выбора и применения даже очень хороших лекарств. В большинстве случаев не учитывается взаимодействие лекарств между собой, с пищей и другими факторами, не принимается во внимание возраст пациента и сопутствующие заболевания и т.д. В сложившейся ситуации одной из действенных мер улучшения практики назначения медикаментов является внедрение Концепции ВОЗ по рациональному назначению лекарственных средств (WHO, Guide the Good Prescribing, 1995) [2].

Оценка использования ЛС - это система непрерывных, регулярных, основанных на ряде критериев исследований, на предмет соответствия требованиям надлежащего использования лекарств. Процесс оценки использования ЛС складывается из трех основных компонентов [3].

- количественная и качественная оценка терапевтической эффективности ЛС;
- количественная и качественная оценка безопасности ЛС, т.е. изучение рисков применения ЛС как при проведении клинических испытаний, так и при лечении в обычных условиях;
- оценка влияния применения ЛС на естественный уровень заболеваемости.

Оценка использования ЛС может основываться на данных, собранных проспективно (как ЛС отпускают или применяют) или ретроспективно (на основании изучения листов назначений или других источников данных). В результате оценки использования ЛС можно изучать реальный процесс применения или отпуска медикаментов (в том числе показания к применению, выбор лекарственных средств, их дозы, способы применения, длительность лечения и лекарственное взаимодействие), а также результаты лечения (например, излечение заболевания или уменьшение выраженности его

Рис. 1. Основные классы АГ ЛС, назначаемые врачами в г. Бишкек и Чуйской области на первичном уровне здравоохранения
(А.З. Зурдинов, А.Д. Урманбетова, 2009)

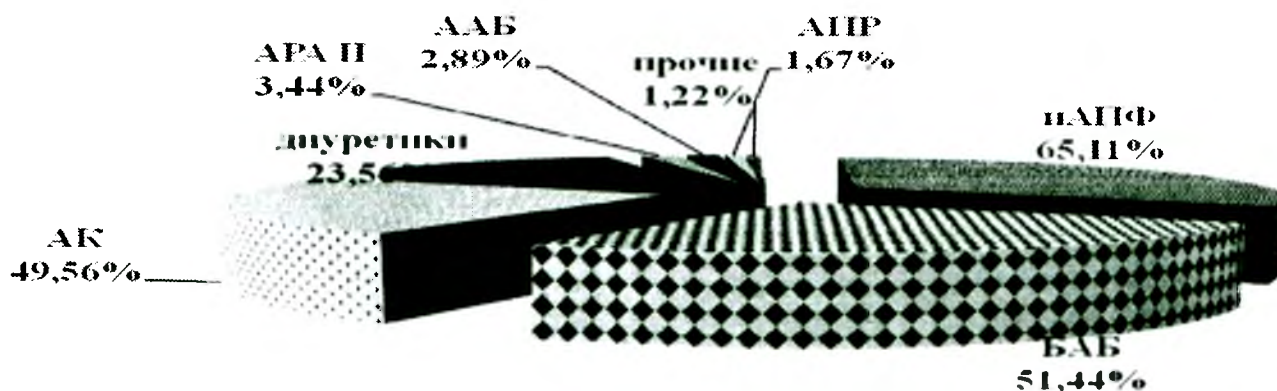
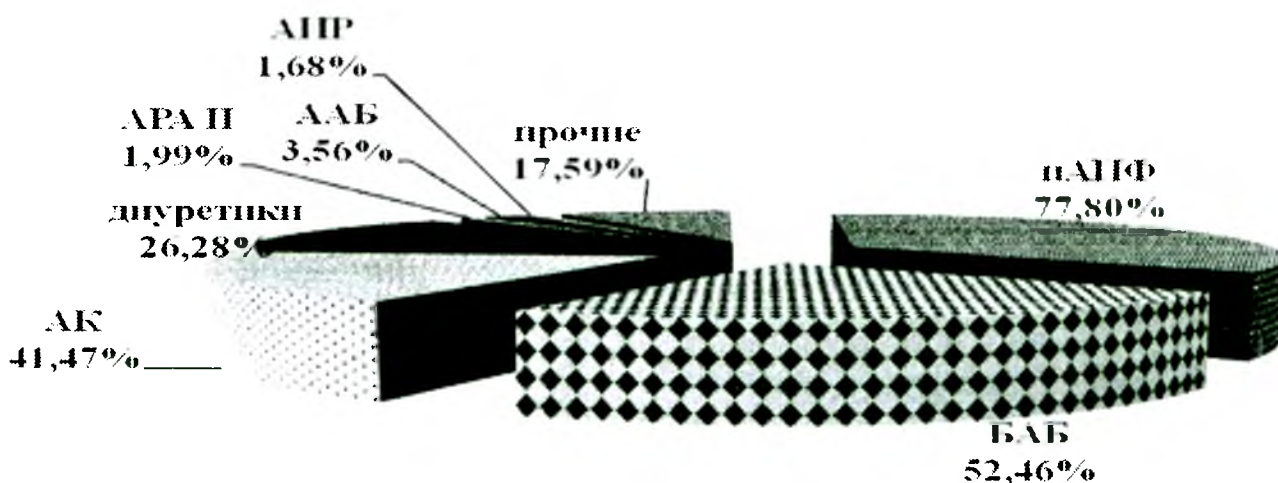


Рис. 2. Основные классы АГ ЛС, назначаемые врачами в г. Бишкек и Чуйской области на вторичном и третичном уровнях здравоохранения во время стационарного лечения пациентов с ГБ
(А.З. Зурдинов, А.Д. Урманбетова, 2010)



клинических проявлений).

Как известно, при оценке использования лекарственных средств выделяются следующие цели [4]:

1. обеспечить соответствие медикаментозного лечения действующим стандартам оказания медицинской помощи;
2. контролировать расходы на лекарственные средства;
3. предотвратить возникновение нежелательных лекарственных реакций (НЛР) медикаментозного лечения;
4. оценить эффективность фармакотерапии;
5. выявить сферы практической деятельности, в которых требуется разработка и

внедрение эффективных мер вмешательства.

Исследования по использованию ЛС являются очень актуальными и для Кыргызстана, поскольку полученные данные по использованию ЛС позволяют выявить проблемы в области использования лекарственных средств, и разработать меры вмешательства по устранению этих проблем, то есть содействовать рациональной фармакотерапии.

Так, в ряде наших исследований [5,6,7] проводилась оценка использования антигипертензивных ЛС в реальной клинической практике при лечении ГБу пациентов в различных регионах Кыргызстана на всех уровнях здравоохранения, результаты которых позволяют говорить о недостаточной эффективности

использования антигипертензивных ЛС (рис. 1, 2). Выявлено частое использование короткодействующих форм и «устаревших» ЛС, редкое применение на практике «новых» антигипертензивных ЛС с доказанным профилем эффективности и безопасности, а также использование нерациональных комбинаций антигипертензивных ЛС.

Установлено, что врачи всех уровней здравоохранения не назначают больным ГБ высокого риска и ГБ очень высокого риска адекватной антиагрегантной и гиполипидемической терапии с целью первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений. Показано, что реальная эффективность лечения больных с ГБ существенно ниже в сравнении с результатами изучения амбулаторных карт и историй болезни.

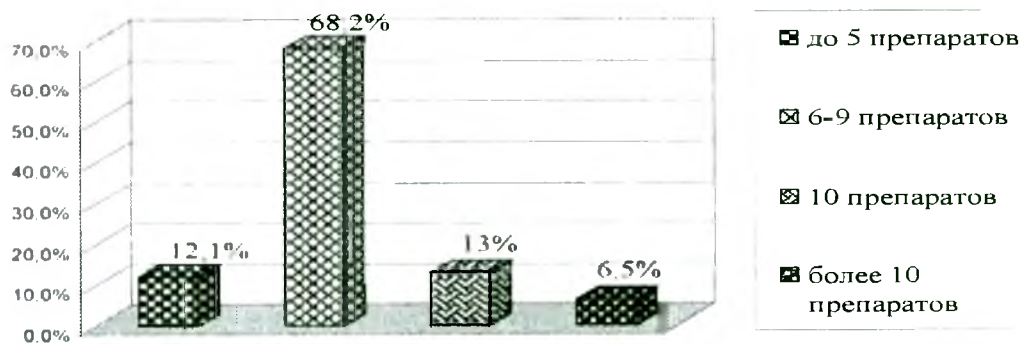
Результаты проведенного исследования характеризуют реальную практику применения антигипертензивных ЛС в лечении больных с ГБ, способствуют выявлению возможных причин нерационального использования ЛС и определению стратегии вмешательства для рационального использования

принятия соответствующих мер и внесения изменений и дополнений в нормативно-правовые акты, регулирующие данную сферу обращения ЛС в Республике [8].

Впервые проведенное в Кыргызстане ретроспективное фармакоэпидемиологическое исследование регистрации НЛР на базе пилотного стационара третичного уровня позволило проанализировать ситуацию с мониторингом НЛР в ЛПО МЗ КР. Выявлен низкий уровень регистрации НЛР (2,98%) при наличии фактов нерационального использования ЛС, которые в несколько раз повышают риск развития НЛР: это полипрагмазия (рис.3); комбинирование 2-х и 3-х ЛС из группы НПВС; использование высоких и сверхвысоких доз НПВС; совместное назначение ГКС и НПВС [9].

Исследование по изучению уровня информированности по вопросам НЛР среди врачей, фармацевтов, среднего медицинского персонала и студентов-медиков показало, что в системе фармаконадзора остается нереализованным потенциал фармацевтов: только 29,9% из них часто консультируют потребителей лекарств по вопросам НЛР, не

Рис.3. Одновременное назначение ЛС у пациентов с ревматоидным артритом (А.З. Зурдинов, С.Р. Молдонсаева, 2010)



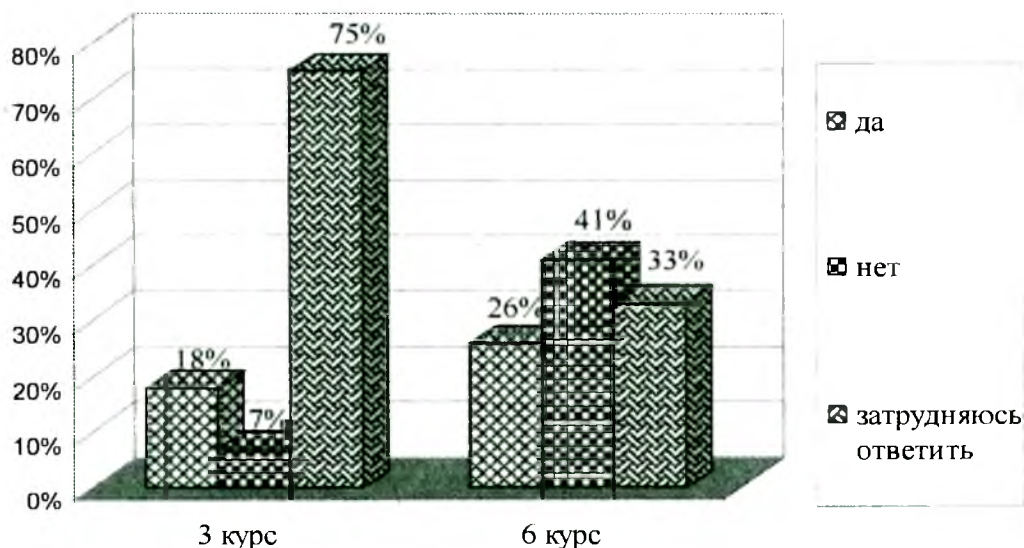
антигипертензивных препаратов, основанного на принципах ДМ.

Проблема оценки безопасности ЛС были затронуты в исследованиях, посвященных изучению проблем фармаконадзора в Кыргызской Республике. Анализ правовой базы по мониторингу НЛР в Кыргызской Республике показал, что эффективность системы фармаконадзора в стране низкая и требует

часто – 37,3%, редко консультируют – 17,9 % [10].

Как видно из рисунка 4, студенты КГМА также продемонстрировали низкий уровень информированности по проблемам фармаконадзора: 16% студентов-выпускников не знакомы с понятием НЛР, 41% никогда не слышали о «желтой карте», что указывает на серьезные проблемы

Рис. 4. Ответы студентов на вопрос: «Слышали ли Вы когда-нибудь о «желтой карте»?» (А.З. Зурдинов, С.Р. Молдонсаева, 2009)

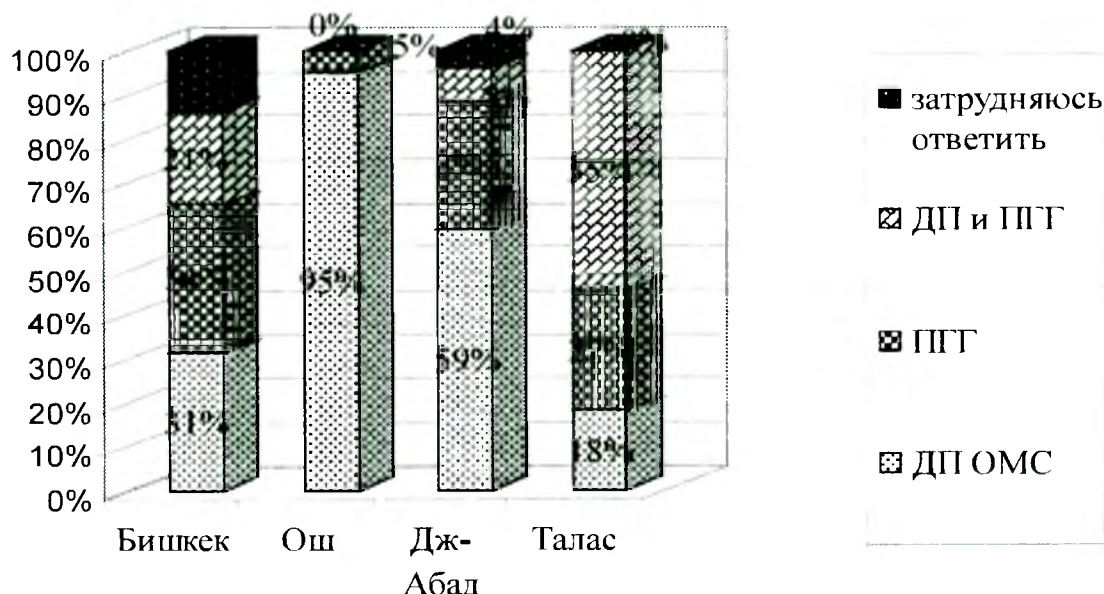


Большую роль в рациональном распределении и использовании ЛС в организациях здравоохранения играет надлежащее использование методов логистики ЛС. Анализ движения ЛС в пилотных стационарах МЗ КР в рамках ОМС выявил недостаточную доступность населению льготной лекарственной помощи при стационарном и амбулаторном лечении, связанную с низким

уровнем информированности медицинских работников и пациентов о существующих в Кыргызстане государственных программах льготного лекарственного обеспечения (рис.5) [12, 13].

Установлено, что при составлении списков ЛС для закупок, их распределении, использовании, а также для планирования запасов ЛС в организациях здравоохранения

Рис.5. Структура ответов врачей на вопрос «Какие государственные программы льготного лекарственного обеспечения существуют на первичном уровне здравоохранения?» (А.З. Зурдинов, Т.С. Сабирова, М.М. Муратова, 2010)



(стационары) КР основные принципы и методы логистики в настоящее время используются недостаточно, а потенциал лекарственных комитетов стационаров при проведении закупок ЛС в должной мере не реализован [14].

В ходе исследований также было выявлено, что приверженность врачей КП при лечении ХОБЛ и ХОБ не реализована в должной мере. Результаты ретроспективного анализа медицинских карт показали, что только 25% больных были пролечены в соответствии с клиническим протоколом для диагностики и лечения ХОБЛ и ХОБ [15].

Таким образом, как следует из результатов наших исследований, практически на всех уровнях системы здравоохранения нашей страны выявлен ряд недостатков, свидетельствующих о нерациональном использовании лекарственных средств, что в полной мере не обеспечивает безопасное лечение пациентов.

В заключение необходимо отметить, что изучение медицинских, социальных и экономических аспектов использования ЛС на фоне неуклонно увеличивающегося потребления лекарств дает практический импульс для разработки мер вмешательства и принятия решений, направленных на оптимизацию процесса надлежащего использования ЛС как медицинскими работниками, так и населением страны.

Литература

1. Лепяхин В.К. // Безопасность лекарств и фармаконадзор, 2008, 1, 4-11.
2. Руководство по надлежащему назначению лекарственных средств // ВОЗ. – Женева, 1997. – 111 с.
3. Drug utilization studies: methods and uses / edited by M.N.G. Dukes // WHO regional publications. European series; No. 45.
4. Введение в исследование потребления лекарственных средств // ВОЗ, 2003. - <http://www.apteka.ua/online/20575/>
5. Зурдинов, А.З. Оценка использования антигипертензивных лекарственных средств в Кыргызской

Республике / А.З. Зурдинов, А.Д. Урманбетова // Клиническая фармакология и терапия (Москва) - 2009. - № 6. – С. 86-88

6. Молдоисаева, С.Р. Использование антигипертензивных средств в системе практического здравоохранения Кыргызстана и оценка рациональности их применения / С.Р. Молдоисаева, А.Д. Урманбетова, А.З. Зурдинов // Центрально-Азиатский Медицинский Журнал. – 2010. – Том XVI, № 2. - С. 99-102.

7. Урманбетова, А.Д. Оценка использования антигипертензивных лекарственных средств в Кыргызской Республике / А.Д. Урманбетова, А.З. Зурдинов // Наука и новые технологии. – 2010. - № 1. – С. 108-110.

8. Молдоисаева, С.Р. Фармаконадзор: контроль за безопасным использованием лекарств / С.Р. Молдоисаева // Здравоохранение Кыргызстана. - 2008. - № 1. – С. 59-61.

9. Зурдинов, А.З. Фармаконадзор: проблемы рационального использования нестероидных противовоспалительных средств / А.З. Зурдинов, С.Р. Молдоисаева // Медицинские кадры 21 века (Бишкек). – 2010. - № 4 – С. 78-84

10. Зурдинов, А.З. Проблемы мониторинга безопасности лекарственных средств: роль фармацевтов / А.З. Зурдинов, С.Р. Молдоисаева // Медицина Кыргызстана. – 2008. - № 5. – С. 34-38.

11. Зурдинов, А.З. Эффективность мониторинга безопасности лекарственных средств: роль обучения / А.З. Зурдинов, С.Р. Молдоисаева // Наука и новые технологии (Бишкек). – 2009. - № 6. – С. 135-139.

12. Зурдинов, А.З. Информированность медработников стационаров КР о существующих государственных программах льготного лекарственного обеспечения и рациональное использование лекарств / А.З. Зурдинов, Т.С. Сабилова, М.М. Муратова // Известия ВУЗов. – Бишкек, 2010. - № 2. – С. 134-136.

13. Муратова, М.М. Проблема информированности пациентов и состояние реализации государственных программ льготного лекарственного обеспечения в медицинских учреждениях Кыргызстана / М.М.

Муратова, Т.С. Сабилова, А. Султанова // Наука и новые технологии. - 2009. - № 8. – С. 84-86.

14. Зурдинов, А.З. Лекарственный комитет - ключевое звено оптимизации закупок лекарств в стационарах / А.З. Зурдинов, М.М. Муратова, Т.С. Сабилова // Фармация Казахстана. - 2010. - № 4. – С. 22-24.

15. Зурдинова, А.А. Использование клинических протоколов врачами стационаров Кыргызстана при лечении пациентов с ХОБЛ и ХОБ / А.А. Зурдинова, М.М. Муратова, Т.С. Сабилова // Вестник Казахской государственной фармацевтической академии. - 2011. - № 4 (55) – С. 156-158.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ВЫСОТНОЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Алдашев А.А.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
НИИ молекулярной биологии и медицины при НЦКТ им. М. Миррахимова,
Бишкек, Кыргызская Республика

Генетическая предрасположенность к гипоксической (высотной) легочной артериальной гипертензии (ВЛГ) находит подтверждение в многочисленных наблюдениях и считается доказанной. В частности, установлено наличие различий в индивидуальной предрасположенности к развитию ВЛГ. Известно, что определенная часть горцев отличается большей предрасположенностью к формированию ВЛГ, тогда как другая часть людей характеризуется большей устойчивостью. Установлено, что высокая степень гипоксической легочной гипертензии у крупного рогатого скота с развитием «brisket disease» представляет собой генетически наследуемое заболевание [1]. Более того, выведены специальные линии крыс, у которых гипоксия всегда сочетается с развитием легочной гипертензии [2].

Наследуемость предопределяется генетической пенетрантностью и взаимодействием гена с окружающей средой. В самом деле, высокогорные болезни проявляются именно под влиянием рассмотренных факторов. Описаны семейные случаи ВЛГ. Например, Lin et al. (1984) описали 13 пациентов 1-й линии родства, проживающих на высоте 3200-3500 м над уровнем моря в провинции Цинхай, КНР, которые страдали ВЛГ. У одного из пациентов ВЛГ поразила братьев и детей, и у двух других анализируемая патология обнаружилась у братьев [3].

В Китае ВЛГ диагностировали как у тибетцев, так и у китайцев, мигрировавших на высоту-ханьцев [4]. Любопытно, что у тибетцев ВЛГ встречается намного реже, чем среди коренных жителей Анд, что указывает на разнородность сопоставляемых популяций [5].

Анализ гаплотипов Y хромосомы показал, что тибетцы, мигрировали на высоту из бассейна реки Хуанхэ всего лишь 6000 лет

назад [7], что на несколько тысяч лет позже, чем время возникновения популяции индейцев Анд [8]. Но несмотря на это, тибетцы оказались более устойчивыми к эффекту экзогенной гипоксии. Это свидетельствует о различных генетических программах возникших в процессе эволюционной адаптации этих популяций к условиям высокогорья.

Еще раз отметим, что частота встречаемости ВЛГ среди тибетцев гораздо ниже, чем у ханьцев [9], что может оказаться проявлением генетического преимущества первых, у которых к тому же находят более низкий уровень гематокрита [4,10] и более тонкую гладко-мышечную оболочку легочных сосудов [11]. Такого типа изменения способны минимизировать увеличение легочного давления при высотной гипоксии. Выяснено, что рассматриваемый признак передается посредством простого доминантного варианта наследования.

Общепризнано, что основной механизм возникновения и развития ВЛГ проявляется нарушением равновесия между вазодилататорными и вазоконстрикторными факторами со стороны сосудов легких. При этом к настоящему времени достаточно хорошо изучены вазоактивные медиаторы, которые вовлекаются в патогенез ВЛГ: эндотелин 1, ангиотензин-превращающий фермент, ангиотензин II, серотонин, NO, брадикинин, простагландины и другие. Признается, что в основе нарушения равновесия в экспрессии вазоактивных факторов могут лежать генетические факторы

Нами в течение 10 лет исследуется взаимосвязь между различными генетическими полиморфизмами и развитием ВЛГ у постоянных жителей высокогорья Тянь-Шаня и Памира.

Исходя из предположения, что гены АПФ могут быть вовлечены в качестве кандидатов

в развитии ВЛГ, выполнялось специальное исследование, преследующее решение данного вопроса. Известно, что АПФ катализирует превращение ангиотензина I в очень сильный вазоконстриктор - ангиотензин II (АТ II). АПФ участвует также в деградации вазодилататора брадикинина В свою очередь АТ II стимулирует также пролиферацию эндотелиальных и гладкомышечных клеток, и играет важную роль в процессах сосудистого ремоделирования [12].

Уровень АПФ снижается в ответ на гипоксию, причем градиент снижения больше выражен у индивидов, хорошо адаптированных к условиям гипоксии [13]. Наиболее хорошо изучен полиморфизм типа вставка (I), делеция (отсутствие вставки D) гена АПФ. Показано, что I аллель гена АПФ ассоциируется с низким уровнем циркулирующего АПФ. Ряд исследований показал, что D аллель гена АПФ наиболее часто встречается у индивидов, предрасположенных к развитию высокогорного отека легких [14, 15]. Однако в других исследованиях такая корреляционная зависимость не обнаружена [16, 17]. Установлено, что у хорошо адаптированных альпинистов-горновосходителей наиболее часто встречалась I аллель гена АПФ [18]. В наших совместных исследованиях удалось обнаружить, что встречаемость аллеля I и генотипа II преобладала у горцев с ВЛГ по сравнению с практически здоровыми горцами [12, 19].

Оказалось, что при ВЛГ встречаемость аллеля I превышала более, чем в 2 раза данные, найденные у контрольных горцев. Высказано предположение, что II генотип гена АПФ ассоциируется с развитием ВЛГ и поэтому I аллель может использоваться как генетический маркер вероятности развития ВЛГ у постоянных жителей высокогорья [19, 20]. Другие исследователи обнаружили наличие несколько иных полиморфизмов гена АПФ [21]. В британской и ямайской популяциях людей полиморфизмы A240T, G2215A и G2350A гена АПФ оказались корреляционно связанными с активностью АПФ [22, 23]. Установлена ассоциация I/D с G2215A и G2350A полиморфизмами гена АПФ с образованием гаплотипов. В кыргызской же популяции выявлено сцепление D аллеля с аллелями A2215

и G2350, и I аллеля с G2215 и A2350 аллелями полиморфизмов G2215A и G2350A гена АПФ. Также показано, что у больных ВЛГ в сравнении со здоровыми лицами чаще встречается гаплотип I аллель (G2215 и A2350).

Несмотря на то, что ангиотензин II является мощным вазоконстриктором и вызывает пролиферацию гладкомышечных клеток малого круга кровообращения, анализируемый фактор, возможно может выступить и в роли релаксирующего сосуда фактора, способствуя предотвращению ремоделирования сосудистой стенки. Оказалось что, введение экзогенного ангиотензина II крысам предотвращало развитие у них хронической гипоксической легочной гипертензии и ассоциированной с ней гипертрофии правого желудочка сердца, равно как и сосудистые перестройки, блокируя таким образом развитие острой гипоксической легочной гипертензии [24]. Резюмируя результаты, наших исследований, можно сделать вывод, что IGA гаплотип ассоциируется с развитием ВЛГ у горцев.

Развитие ВЛГ у горцев Тянь-Шаня, как показали более ранние исследования сопровождается выраженной десенситизацией β_2 -адренорецепторов [25]. Оказалось, что при вторичной легочной артериальной гипертензией на почве ХОБЛ также наблюдается десенситизация β_2 -АР [26]. Известно, что Arg16Gly и Glu27Gln полиморфизмы гена β_2 -АР представлены в гладкомышечных клетках бронхов и сосудов, причем аллели Gly16 и Gln27 определяют наклонность к развитию десенситизации β_2 -АР, а Glu27Gln генотип ассоциируется с пониженным ответом сосудов на стимуляцию β -агонистами. Выявлено, что у больных ВЛГ чаще, чем у здоровых горцев обнаруживается генотип Glu27Gln, в то же время распределение аллелей Arg16 и Gly16 в кыргызской популяции горцев не имело четкой связи с наличием ВЛГ. Стало быть, десенситизация β_2 -АР у горцев больных ВЛГ генетически предопределяется наличием у них генотипа Glu27Gln гена β_2 -АР. Десенситизация β_2 -АР приводит к снижению вазодилаторного ответа на катехоламины легочной артерии, что в конечном итоге обуславливает чрезмерную

легочную вазоконстрикцию в ответ на хроническую гипоксию на фоне наличия Gln27 аллели. Не найдено значимой связи между наличием Arg16Gly полиморфизма и развитием ВЛГ. Возможно, данный полиморфизм гена β_2 -AR не играет сколько-нибудь существенной функциональной роли в патогенезе ВЛГ у горцев-кыргызов.

Показано, что уровень одного из самого мощного вазоконстриктора – эндотелина, коррелирует со степенью увеличения ЛАД при высокогорной гипоксии [27]. Нами было обнаружено, что у больных ВЛГ горцев уровень эндотелина достоверно выше, чем у здоровых горцев [28]. Более того, оказалось, что повышение уровня эндотелина у них ассоциируется с наличием -4a аллели гена эндотелина. Анализ генотипов более 200 горцев не выявил ни одного случая наличия у них гомозиготного генотипа -4a/-4a, что свидетельствует о негативной селекции против данного патологического генотипа в процессе эволюционной адаптации высокогорных популяций к условиям гипоксии [28].

Изучение взаимосвязи S/L полиморфизма гена транспортера серотонина с развитием ВЛГ не показало связи данного полиморфизма гена с развитием ВЛАГ ($\chi^2 = 1,367$, $p = 0,5$), что подтверждается одинаковым уровнем экспрессии белка транспортера серотонина в тромбоцитах у больных ВЛГ и у здоровых горцев. Что касается результатов исследований Glu298Asp и 4a/4b полиморфизмов гена eNOS, то не удалось обнаружить какой-либо ассоциации между анализируемыми полиморфизмами гена eNOS и развитием ВЛГ у горцев-кыргызов ($\chi^2 = 3,36$, $p = 0,185$ и $\chi^2 = 1,93$, $p = 0,38$).

Данных об ассоциации различных генетических полиморфизмов с болезнями высокогорья с каждым годом становится все больше и больше. Тщательный анализ последовательности ДНК различных генов выявляют наличие новых мутаций и полиморфизмов, некоторые из которых могут быть также связаны с развитием ВЛГ в различных популяциях. Так что список генов кандидатов, приведенных выше может расширяться и дальше.

В настоящее время нами совместно с нашими партнерами из Великобритании проводится всесторонний геномный анализ горцев Тянь-Шаня больных ВЛГ для выявления всего спектра генетических вариаций ассоциированных с развитием этого опасного заболевания.

Литература

1. Weir E.K., Tucker A., Reeves J.T., et al. The genetic factor influencing pulmonary hypertension in cattle at high altitude. // *Cardiovasc Res.* 1974. V. 8. P. 745 - 749.
2. Aguirre J.I., Morrell N.W., Long L., et al. Vascular remodeling and ET-1 expression in rat strains with different responses to chronic hypoxia // *Am. J. Physiol.* 2000. V. 278. P. 981- 987.
3. Lin Z. P., Yiao Q. Y., Miao C. Y., et al. Family susceptibility to high altitude heart disease. / *High Altitude Disease*, W.Y. Zhang YB, Liu X L., eds. Qinghai Press, Xining, China; 1984 P. 268–287.
4. Wu T., Wang X., Wei C., et al. Hemoglobin levels in Qinghai–Tibet: different effects of gender for Tibetans vs. Han.// *J. Appl Physiol* 2005. V. 98(2). P. 5898–6004.
5. Beall C.M. Tibetan and Andean patterns of adaptation to high-altitude hypoxia.// *Hum Biol* 2000. V.72 (1). P. 201–228.
6. Moore L.G. Human genetic adaptation to high altitude.// *High Alt Med Biol.* 2001 V.2. P. 257–279.
7. Su B., Xiao C., Deka R., et al. Y chromosome haplotypes reveal prehistorical migrations to the Himalayas.// *Hum Genetics.* 2000. V. 107(6). P. 582–590.
8. Rupert J.L., Koehle M.S. Evidence for genetic basis for altitude-related illness.// *High Alt med Biol.* 2006. V. 7(2). P.150-67
9. Ge R.-L., and Helun H. Current concept of chronic mountain sickness: pulmonary hypertension-related high-altitude heart disease. // *Wilderness Environ Med.* 2001. V.12. P.190–194.
10. Garruto R.M., Chin C.T., Weitz C.A., et al. Hematological differences during growth among Tibetans and Han Chinese born and raised at high altitude in Qinghai, China.// *Am*

- J Phys Anthropol. 2003. V. 122. P.171–183.
11. Gupta M., Rao K., Anand I., et al. Lack of smooth muscle in the small pulmonary arteries of the native Ladakhi. Is the Himalayan highlander adapted? // Am Rev Respir Dis. 1992. V. 145. P. 1201–1214.
12. Sagnella G A., Rotwell M.J., Opinipia A.K., et al. A population study of ethnic variations in the angiotensin- converting enzyme I/D polymorphism: relationships with gender, hypertension and impaired glucose metabolism. // J. Hypertens. 1999. V.17(5). P. 657-664.
13. Milledge J.S., and Catley D.M. Angiotensin converting enzyme response to hypoxia in man: its role in altitude acclimatization.// Clin Sci. 1984. V.67. P. 453–456.
14. Hotta J., Hanaoka M., Droma Y., et al. Polymorphisms of renin–angiotensin system genes with high-altitude pulmonary edema in Japanese subjects.// Chest. 2004. V.126 P. 825–830.
15. Charu R., Stobdan T., Ram R.B., et al. Susceptibility to high altitude pulmonary edema: role of ACE and ET-1 polymorphisms.// Thorax. 2006. V. 61(11). P. 1011-1012.
16. Dehnert C., Weymann J., Montgomery H.E., et al. No association between high-altitude tolerance and the ACE I/D gene polymorphism.// Med Sci Sports Exerc. 2002. V.34 P. 1928–1933.
17. Kumar R., Pasha Q., Khan A.P., et al. Renin angiotensin aldosterone system and ACE I/D gene polymorphism in high-altitude pulmonary edema.// Aviat Space Environ Med. 2004 V.75. P. 981–983.
18. Montgomery H.E., Marshall R., Hemingway H., et al. Human gene for physical performance. // Nature. 1997. V.393. P. 221–222.
19. Aldashev A. A., Sarybaev A. S., Sydykov A. S et al. Characterization of high-altitude pulmonary hypertension in the Kyrgyz: association with angiotensin-converting enzyme genotype.// Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2002.Vol.166. P.1396-1402.
20. Morrell N.W., Sarybaev A.S., Alikhar A., et al. ACE genotype and risk of high altitude pulmonary hypertension in Kyrgyz highlanders.// Lancet. 1999 V. 353. P. 814
21. Villard E., Tired L., Visvikis S., et al. Identification of new polymorphism of the angiotensin-converting enzyme (ACE) gene and study of their relationship to plasma ACE levels by two-QTL segregation-linkage analyses.// Am J Hum Gent. 1996. V.58 P.1268-1278.
22. Keavney B., McKenzie C., Connell J., et al. Haplotype analyses of the angiotensin I-converting enzyme gene.// Human Molecular Genetics. 1998. V. 7(11). P. 1745-1751.
23. McKenzie C., Abecasis G., Keavney B., et al. Trans-ethnic fine mapping of quantitative trait locus for circulating angiotensin I-converting enzyme (ACE).// Human Molecular Genetics 2001. V. 110(10). P. 1077-1084
24. Rabinovitch M., Mullen M., Rosenberg HC, et al. Angiotensin II prevents hypoxic pulmonary hypertension and vascular changes in rat.// Am J Physiol. 1988. V. 254(3 Pt 2). H500-8
25. Aldashev, A.A., Borbugulov U., Davletov B., et al. Human adrenoceptor system response to the development of high altitude pulmonary arterial hypertension // J. Mol. Cell. Cardiol. 1989. № 21(suppl.1). P. 175-179
26. Weitzenblum E., Mammosser M., Ehrhart M. Evolution and prognosis of pulmonary hypertension in chronic obstructive pulmonary disease. // Herz 1986. V.11. P.147–154
27. Sartori C., Vollenweider L., Loffler B.M., Delabays A., Nicod P., Bartsch P., and Scherrer U. (1999). Exaggerated endothelin release in high-altitude pulmonary edema. Circulation. 99:2665-2668.
28. Kojonazarjy B.K., Isakova J., Imanov B., Sovkhozova N., Sooronbaev T., Ishizaki T., Aldashev A.A (2012) Bosentan reduces pulmonary artery pressure in high altitude residents. High altitude Biol.Med (in press).

МЕСТО МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ КЫРГЫЗСТАНА В МИРОВОМ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОМ РЕЙТИНГЕ

Бримкулов Н.Н.

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К.Ахунбаева,

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Представлен анализ публикационной активности ученых Кыргызстана, в том числе в области медицинских наук, по данным крупнейшей в мире единой реферативной базы данных SciVerse Scopus (<http://www.scopus.com>) за 1995-2011 гг. Дана оценка публикационной активности в области медицины некоторых научных и образовательных учреждений Кыргызстана, в том числе КГМА имени И.К.Ахунбаева. Для сравнения приводятся рейтинги ведущих стран и научных учреждений. Обсуждаются предложения и рекомендации по повышению публикационного потока и цитируемости научных работ кыргызских ученых-медиков.

Ключевые слова: публикационная активность, цитируемость, медицинские научные учреждения Кыргызстана

КЫРГЫЗСТАНДЫН МЕДИЦИНАЛЫК МЕКЕМЕЛЕРИНИН ДҮЙНӨЛҮК ИЛИМИЙ-ИЗИЛДӨӨ РЕЙТИНГИНДЕГИ ОРДУ

Бримкулов Н.Н.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Кыргызстандын окумуштууларынын эмгектерине, анын ичинде медициналык илим боюнча жарык көргөн илимий эмгектерге SciVerse (<http://www.scopus.com>) дүйнөөвү эң чоң бирдиктүү рефераттык маалымат базасынын 1995-2011-жылдары жүргүзгөн анализи сунушталган. Кыргызстандын бир катар илимий жана билим берүү мекемелеринин анын ичинде И.К.Ахунбаев атындагы КГМАнын медицина боюнча илимий эмгектери жарыялоо активдүүлүгүнө баа берилди. Салыштыруу үчүн дүйнөөвү алдыңкы өлкөлөрдүн илимий мекемелеринин рейтингдери колдонулду. Кыргызстандын медицина боюнча окумуштууларынын илимий эмгектеринин сапатын жана жарыкка чыгаруу жолдорун жогорулатуу боюнча сунуштар талкууланууда.

Негизги сөздөр: жарыялоо активдүүлүгү, өзгөртпөй колдонуучулук, Кыргызстандын медициналык илимий мекемелери.

THE PLACE OF KYRGYZSTAN MEDICAL INSTITUTIONS IN THE WORLD'S SCIENTIFIC RATING

Brimkulov N.N.

Kyrgyz State Medical Academy after I.K.Akhunbaev,

Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The manuscript presents data on publication activity of scientists from Kyrgyzstan, including medicine, extracted from the SciVerse Scopus (<http://www.scopus.com>) as the biggest in the world search and citation database for years 1995-2011. Publication activity of selected academic and research medical institutions from Kyrgyzstan is described, including Kyrgyz State Medical Academy after I.K.Akhunbaev. These findings are compared to leading countries' and institutions' ratings. We also discuss proposals and recommendations to increase publications flow as well as citations of Kyrgyzstan scientists in the field of medicine.

Key words: publication activity, citations, medical academic institutions of Kyrgyzstan

В настоящее время интенсивно разрабатываются современные технологии оценки эффективности научных исследований, которые могли бы объективно оценить уровень, качество и потенциал не только каждой научной организации, но и вклад отдельной страны и даже отдельного ученого в мировой научно-исследовательский процесс. При этом в каче-

стве основных критериев оценки потенциала и эффективности исследований научных организаций предложены публикационная активность и количество созданных объектов интеллектуальной собственности [1].

В Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К.Ахунбаева (далее – КГМА) в научно-исследовательской

деятельности участвует более 800 сотрудников, в том числе 7 академиков и 4 члена-корреспондента НАН КР, 53 доктора и 213 кандидатов медицинских, биологических и других наук (на 1 января 2012 года). Оценка публикационной активности сотрудников КГМА свидетельствует, что за 2011 год опубликовано 447 статей, 70 методических рекомендаций для врачей и студентов, 11 учебников и учебных пособий, 5 монографий. Однако уровень большинства этих публикаций невозможно оценить, так как, с одной стороны, их трудно найти в библиотеках, а, с другой стороны, в каких-либо индексируемых базах данных, особенно международных. В то же время сегодня ценность научной статьи определяется двумя параметрами – ее доступностью и цитируемостью, равно как и ценность журналов, в которых эти статьи публикуются [2].

Для анализа эффективности научных исследований на основе международных информационных баз данных стали разрабатываться уникальные аналитические системы, позволяющие оценить национальный и мировой уровень исследований по совокупности различных наукометрических показателей. Одной из таких систем является созданная издательством “Elsevier” в 2004 году крупнейшая в мире единая реферативная база данных Scopus, которая индексирует более 19000 наименований научно-технических и медицинских журналов примерно 5000 международных издательств. Эта система охватывает около 16 миллионов публикаций и 150 миллионов цитирований. ЕжедневнообновляемаябазаданныхSciVerseScopus (<http://www.scopus.com/>) была впоследствии дополнена новыми аналитическими сервисами, а также web-приложением SciVal Spotlight, которые позволяют проводить анализ глобального и национального секторов исследований с определением ведущих научных исследователей и организаций. На основе данных информационной базы Elsevier Scopus исследовательская группа SCImago начиная с 2009 года публикует доклад Scimago Institutions Rankings World Reports (SIR World Report), который представляет собой мировой рейтинг научно-исследовательских

учреждений, внесших значительный вклад в мировую науку [3]. Наряду с этим, эта испанская исследовательская группа разрабатывает рейтинги отдельных журналов и стран SCImago Journal & Country Rank, которые также позволяют провести сравнительный анализ научной продуктивности различных стран [4].

Целью нашей работы была сравнительная оценка публикационной активности сотрудников КГМА имени И.К.Ахунбаева на основе данных информационной базы Elsevier Scopus.

Материал и методы.

Был проведен анализ доклада SIR World Reports за 2011 год, рейтингов научных публикаций отдельных стран SCImago Journal & Country Rank, а также базы данных SciVerse Scopus на сайте <http://www.scopus.com/> [3-5].

В доклад SIR World Reports за 2011 год включены научно-исследовательские организации, опубликовавшие не менее 100 научных работ по данным базы SciVerse Scopus, а для их оценки были использованы шесть индикаторов (к используемым ранее четырем индикаторам добавлены два новых – SI и ER):

1. Output: число научных статей организации, опубликованных в научных журналах.

2. International Collaboration (IC): число научных статей организации, написанных в соавторстве с зарубежными исследователями и опубликованных в научных журналах.

3. High Quality Publications (Q1): нормированный показатель SJR. Оценка влияния журналов, в которых публикуются статьи организации, осуществляемая по специальному показателю SCImago Journal Rank. Рассматриваются публикации в журналах, включенных в первую четверть рейтинга журналов SJR в каждой из предметных областей.

4. Normalized Impact (NI): нормированная оценка цитирований в отдельной научной области. Отношение между средним научным воздействием организации и полным средним воздействием публикаций в конкретном временном периоде и конкретной научной области. Если результат равен, например, 0,8, то это означает что публикации организации

цитируются в среднем на 20% ниже среднего уровня цитирования для конкретной научной области и конкретного временного периода. Если же результат равен, например, 1,2, то это означает, что публикации организации цитируются в среднем на 20% выше среднего уровня цитирования для конкретной научной области и конкретного временного периода.

5. Specialization Index (Spe): определяет степень предметной сосредоточенности/разброса научных статей, публикуемых организацией. Измеряется в значениях от 0 до 1 и отражает широкую или специализированную направленность деятельности научно-исследовательской организации.

6. Excellence Rate (Exc): отражает процент публикаций организации, включенных в 10% наиболее цитируемых публикаций в ее предметной области.

В рейтинге SCImago Journal & Country Rank представлены данные о количестве публикаций и их цитировании, а также индекс Хирша для отдельных журналов или стран. Критерий Хирша (или *H*-индекс), предложенный Jorge Hirsch в 2005 году, отражает суммарное число ссылок на работы данной организации или отдельного автора за определенный период времени [6].

Результаты и их обсуждение

1. Научные организации Кыргызстана и мировой рейтинг научных организаций *SIR World Report 2011*.

В докладе *SIR World Report 2011* представлены данные по научной продуктивности научных организаций за 2005-2009 годы, основанные на информационной системе Elsevier Scopus. Как уже отмечалось, в данный рейтинг включены организации, сотрудники которых опубликовали не менее 100 научных работ по данным информационной базы Elsevier Scopus. Доклад *SIR World Report 2011* включает оценки 3042 лучших мировых научно-исследовательских институтов и организаций из 104 стран. Учитывая, что достаточно подробный анализ доклада *SIR World Report 2010* был представлен Т.А.Батыралиевым в 2011г [7], мы здесь хотели бы отметить только основные изменения,

произошедшие в рейтинге.

В докладе 2011 года углубился наукометрический анализ: если в рейтинге 2010 года анализировалось 4 наукометрических показателя (Output, IC, Q1, NI), то теперь добавились еще 2 (Spe, Exc), которые детализируют специализированность публикаций, а также их вес среди 10% наиболее цитируемых научных работ. В докладе 2011 года по сравнению с 2010 увеличилось как число организаций (с 2833 до 3042), так и количество стран (с 84 до 104), что отражает увеличение числа организаций, публикующих более 100 работ в год, а также улучшение идентификации этих организаций. Кроме основного доклада, в котором представлен рейтинг стран по количеству научных публикаций, подготовлены рейтинги по нормализованному индексу цитирования (NI) и индексу по публикациям в наиболее престижных журналах (Exc).

Список стран по числу научно-исследовательских организаций возглавляют США (498), затем идут Китай (285), Япония (176), Франция (162) и Великобритания (155). Что касается стран СНГ, то в доклад *SIR World Report 2011* включено 34 организации из России, 7 – из Украины, 5 – из Литвы, по 3 – из Эстонии и Беларуси, по 2 – из Азербайджана, Армении, Грузии и Латвии, по 1 – из Молдовы и Узбекистана. К сожалению, в данном рейтинге нет ни одного учреждения из Казахстана, Кыргызстана, Таджикистана и Туркмении, что в определенной степени свидетельствует об уровне научных исследований в наших странах. Здесь стоит отметить, что в докладе *SIR World Report 2010*, охватывающем период 2004-2008 годы, вообще не было представлено ни одной страны Центральной Азии. В этом отношении прорыв ученых Узбекистана позволяет надеяться, что постепенно и другие центральноазиатские страны войдут в престижный рейтинг *SIR World Report*.

В таблице 1 представлены 10 научно-исследовательских организаций, имеющих максимальный рейтинг по числу публикаций, а также, для сравнения, некоторые организации стран СНГ, включая медицинские. Интересно подчеркнуть, что по индексу IC от 21,5 до 65% работ публикуются в соавторстве с зарубежными

учеными, подтверждая интернационализацию и глобализацию науки. Данные таблицы позволяют представить как уровень публикационной активности, так и качество публикаций. Так, например, Российская академия наук (РАН) занимает 3 место по количеству публикаций. В то же время, по индексу Q1 только 24,2% научных работ РАН публикуются в наиболее влиятельных журналах, тогда как в Гарварде этот индекс составляет 79% и в Национальном институте здоровья (НИЗ) США – 84,3%. В рейтинге по нормализованному индексу цитирования публикации РАН занимают 2777-е место и цитируются в 4-5 раз меньше ($NI=0,5$), чем публикации Гарвардского университета или НИЗ США ($NI - 2,4$ и $2,3$), занимающие 75-е и 107-е места, соответственно. По рейтингу Exs только 5,9% публикаций РАН относятся к высокоцитируемым и стоят на 2440-м месте, тогда как доля аналогичных публикаций Гарвардского университета составляет 35,7%, а НИЗ США – 40,1%, занимая соответственно 83 и 46 места.

Для интереса следует отметить, что первое место в рейтинге по нормализованному индексу цитирования ($NI=6,17$), занимает George Institute for International Health (Австралия), публикации которого цитируются в 6,17 раз чаще, чем в среднем в данной научной области. По рейтингу Exs на первом месте находится Whitehead Institute for Biomedical Research (США), 64,4% статей сотрудников которого публикуются только в самых престижных журналах мира.

По таблице 1 можно судить о том значении, которое придается, например, медицинской науке в странах СНГ и США. В первой десятке рейтинга SIR World Report 2011 находится три учреждения США, включая Национальный институт здоровья и два крупнейших университета, имеющих всемирно известные медицинские факультеты и ряд медицинских исследовательских институтов. В тоже время, самое крупное медицинское научное учреждение стран СНГ – Российская академия медицинских наук (РАМН) занимает в рейтинге 610-е место по количеству публикаций, 2626-е место по индексу NI и 2103-е место по индексу Exs. Из медицинских ВУЗов в рейтинг единственный из

стран СНГ вошел Литовский университет здравоохранения (бывший Каунасский медицинский институт), занявший 1911-е место. Занявший последнее 3042-е место Universite Europeenne de Bretagne Pole de Recherche et d'Enseignement Superieur (Франция) с 124 публикациями, тем не менее, имеет нормализованный индекс цитируемости 1,0, который свидетельствует о достаточно высокой востребованности публикаций этого университета.

Таким образом, по данным доклада SIR World Report 2011, в котором не представлено ни одного учреждения Кыргызстана, можно сделать вывод, что не только медицинские, но и другие направления кыргызской науки практически не представлены в мировом публикационном пространстве и, следовательно, международное научное сообщество находится фактически в неведении о научно-исследовательской деятельности кыргызских ученых. Справедливости ради можно отметить, что за исключением Узбекистана, и в других странах Центральной Азии выявляется аналогичная картина. Анализ данного доклада позволяет также сделать заключение о том, что в целом в странах СНГ результаты медицинских исследований мало публиковались в международных изданиях, особенно наиболее престижных и цитируемых журналах. Нет необходимости повторять, что это, естественно, достаточно точно отражает и сам уровень медицинской науки и потенциал научно-исследовательских кадров наших стран.

II. Место Кыргызстана в мировой науке по данным SCImago Journal & Country Rank.

После негативных размышлений о результатах рейтинга SIR World Report 2011 с определенным удовлетворением можно отметить, что публикации ученых Кыргызстана, в том числе медиков, все же отражены в информационной базе Elsevier Scopus. В рейтинге SCImago Journal & Country Rank представлены данные по общему объему публикаций с 1996 по 2010 годы и их цитированию в разрезе разных стран. Система представляет возможность анализировать основные показатели по годам, отдельным научным направлениям, сравнивать определенные индексы между разными странами и др.

Таблица 1. Список десяти стран с наибольшим числом опубликованных статей, а также РАМН, АН Узбекистана и Литовского университета здравоохранения (по данным SIR World Report 2011, <http://www.scimagoir.com>)

Рейтинг научно-исследовательских организаций SCImago 2011									
Мировой ранг	Региональный ранг	Страновой ранг	Название учреждения	Output	IC (%)	QI (%)	NI	Spe	Exc
1	1	1	Chinese Academy of Sciences (Академия наук Китая)	144269	21,5	40,5	0,9	0,6	11,3
2	1	1	Centre National de la Recherche Scientifique (Национальный центр научных исследований Франции)	130977	49,0	61,9	1,4	0,5	18,7
3	1	1	Russian Academy of Sciences (Российская академия наук)	88907	35,0	24,2	0,5	0,7	5,9
4	1	1	Harvard University (Гарвардский Университет, США)	69995	34,4	79,0	2,4	0,5	35,7
5	2	1	Max Planck Gesellschaft (Общество Макса Планка, Германия)	49987	65,0	72,2	1,8	0,7	29,3
6	2	1	University of Tokyo (Университет Токио, Япония)	48947	26,3	56,7	1,2	0,5	17,9
7	2	2	National Institutes of Health (Национальный институт здоровья, США)	46819	35,3	84,3	2,3	0,7	40,1
8	3	1	University of Toronto (Университет Торонто, Канада)	45771	41,1	65,7	1,8	0,4	24,3
9	3	1	Consejo Superior de Investigaciones Cientificas (Высший совет научных исследований, Испания)	42087	49,4	68,8	1,4	0,6	21,9
10	4	3	Johns Hopkins University (Университет Джона Хопкинса, США)	41399	29,8	74,5	2,1	0,6	30,1
610	18	4	Russian Academy of Medical Sciences (Российская академия медицинских наук)	4984	24,6	21,6	0,6	0,9	8,0
1560	410	1	Uzbekistan Academy of Sciences (Академия наук Узбекистана)	1399	51,0	25,8	0,4	0,9	6,4
1911	105	4	Lithuanian University of Health Sciences (Литовский университет здравоохранения, Каунас)	1059	30,1	27,0	0,9	0,8	7,3
3042	1046	162	Universite Europeenne de Bretagne - Pole de Recherche et d'Enseignement Superieur (Франция)	124	27,4	54,0	1,0	0,9	1,6

В таблице 2 приводятся данные по объему и цитированию публикаций стран, занимающих 5 первых мест, а также стран СНГ. В пятерку стран, публикующих больше всего, вошли США, Китай, Великобритания, Япония и Германия. Обращает внимание высокая цитируемость статей, достигающая 20,2 на каждую статью в США, соответственно с индексом Хирша 1229.

Публикационная активность стран СНГ значительно ниже, а Кыргызстан занимает только 141 место (в списке из 236 стран). За 1996-2010 гг учеными Кыргызстана по данным

Анализ научных направлений выявил, что это были публикации в области планетарных наук - 157, физики и астрономии - 152; медицины - 92; инженерии - 68; окружающей среды - 47; сельскохозяйственных и биологических наук - 44, химии - 41; биохимии, генетики и молекулярной биологии - 39; математики - 37; социальных наук - 36; энергетики - 35; материаловедения - 22, иммунологии и микробиологии - 20 и единичные работы по другим направлениям. Работы по медицине (92) составили около 12,5% общего потока научных публикаций Кыргызстана.

Таблица 2. Объем и цитирование публикаций из некоторых стран, включая страны СНГ (по данным SCImago Journal & Country Rank, <http://www.scimagojr.com>)

Рейтинг	Страна	Публикаций	Цитируемые публикации	Число цитирований	Цитирований на 1 публикацию	Индекс Хирша
1	United States	5 322 590	4 972 679	100 496 612	20,18	1 229
2	China	1 848 727	1 833 463	7 396 935	5,66	316
3	United Kingdom	1 533 434	1 392 982	24 535 306	17,42	750
4	Japan	1 464 273	1 429 881	16 452 234	11,72	568
5	Germany	1 396 126	1 321 606	20 437 971	15,79	657
12	Russian Federation	480 665	476 490	2 456 003	5,21	285
38	Ukraine	88 707	88 007	344 658	3,98	121
56	Belarus	20 498	20 376	92 872	4,61	90
58	Lithuania	17 936	17 665	110 063	8,24	96
62	Estonia	14 366	14 106	150 084	12,63	111
74	Latvia	7 115	7 012	51 951	8,24	76
75	Armenia	7 067	6 970	50 175	7,64	90
78	Georgia	6 082	5 939	40 074	7,67	70
80	Uzbekistan	6 021	5 972	21 656	3,76	47
85	Azerbaijan	5 270	5 221	11 749	2,73	36
91	Kazakhstan	4 153	4 107	15 539	4,1	44
94	Moldova	3 663	3 630	20 568	5,83	51
141	Kyrgyzstan	735	730	3 589	5,42	28
145	Tajikistan	676	671	1 767	2,76	21
186	Turkmenistan	123	121	888	6,62	13

SCImago Journal&Country Rank опубликовано 735 научных работ, которые цитировались 3589 раз или в среднем на 1 статью 5,42 раза. Хотя с 1996 года отмечается увеличение количества научных работ в два раза (с 27 в 1997 до 62 в 2010 году), в целом они представляют всего лишь 0,002-0,004% от мировой научной продукции.

Анализ мирового потока публикаций по медицине (табл. 3) подтверждает большой потенциал лидеров, а также меньшее внимание к медицине в странах СНГ, рейтинги медицинских публикаций которых снизились на 25-30 пунктов по сравнению с рейтингом общих публикаций. Ученые-медики Кыргызстана занимают в данном рейтинге 157 место (из 224 стран),

опубликовав за 1996-2010 годы всего 92 научные работы. Привлекает внимание, что цитируемость медицинских публикаций кыргызских авторов была все же довольно высокой, свидетельствуя о их востребованности. В среднем 1 публикация из Кыргызстана цитировалась 11,6 раза, опережая по цитируемости страны СНГ, кроме стран Прибалтики.

III. Публикационная активность медицинских организаций Кыргызстана по данным информационной системы Elsevier Scopus.

генетика и молекулярная биология», «Иммунология и микробиология», «Фармакология, токсикология и фармацевтика», «Психология», «Неврология». При этом поиск по учреждениям включал различные названия, например, в строку «НПО Профилактическая медицина» включены статьи, обнаруженные под названием учреждений «Киргизский НИИ профилактики», «Киргизский институт профилактики и медицинской экологии», «Киргизский НИИ экологии» и др.

Всего по этим ключевым словам было

Таблица 3. Объем и цитирование публикаций по медицине из некоторых стран, включая страны СНГ (по данным SCImago Journal & Country Rank, <http://www.scimagojr.com>)

Рейтинг	Страна	Публикаций	Цитируемые публикации	Число цитирований	Цитирований на 1 публикацию	Индекс Хирша
1	United States	1 516 076	1 315 723	29 937 005	21,35	813
2	United Kingdom	460 176	370 804	7 657 203	17,86	525
3	Germany	366 961	320 484	5 112 775	14,68	435
4	Japan	328 627	309 940	3 728 219	11,5	319
5	France	252 763	215 430	3 451 324	14,34	427
38	Russian Federation	15 883	15 365	122 114	8,04	113
69	Estonia	1 914	1 827	29 585	17,38	68
72	Lithuania	1 765	1 691	19 097	16,5	53
73	Ukraine	1 686	1 622	15 845	9,93	51
90	Azerbaijan	963	938	1 096	4,07	13
100	Belarus	797	776	7 416	9,71	41
101	Georgia	738	679	6 508	11,38	39
105	Latvia	577	557	10 889	21,69	44
124	Armenia	302	273	1 399	5,65	19
132	Kazakhstan	239	229	1 607	8,37	21
139	Uzbekistan	201	186	1 001	5,36	18
149	Moldova	129	116	677	6,08	15
157	Kyrgyzstan	92	88	866	11,57	13
185	Tajikistan	29	29	110	2,98	6
209	Turkmenistan	8	6	87	10,58	4

Для оценки научной активности по медицине отдельных учреждений Кыргызстана нами был проведен анализ базы данных SciVerse Scopus на сайте <http://www.scopus.com/> [5]. Поиск проводился по ключевым терминам «Кыргызстан», «Медицина», «Медицинские работники», «Сестринское дело», «Биохимия,

выявлено 227 публикаций кыргызских авторов. Дальнейший анализ публикаций по учреждениям (табл. 4) подтвердил, что лидером в области медицинской науки в Кыргызстане является НЦКТ. Сотрудники НЦКТ имеют в базе Scopus больше всего публикаций (56), причем в среднем каждая из них цитировалась более 15 раз. В результате

НЦКТ имеет наивысший индекс Хирша (13). На втором месте в данном рейтинге находится КГМА (44 публикации, 148 цитирований, индекс Хирша – 7). На третьем месте публикации нескольких институтов Национальной академии наук Кыргызской Республики (НАН КР), которые связаны с медициной косвенно. Из научных институтов системы МЗ КР в первую десятку вошли НПО «Профилактическая медицина» и Национальный центр онкологии. В первую десятку вошли также институты молекулярной биологии и медицины, а также физиологии и

вышли работы, организацией-соисполнителем в которых указан РЦУ. Причем обращает на себя внимание высокая востребованность его работ: каждая из них цитировалась более 20 раз!

Обсуждая представленные данные, следует иметь ввиду ряд моментов.

В первую очередь, нужно помнить, что хотя информационная база Elsevier Scopus является одной из крупнейших в мире, тем не менее она, естественно, не охватывает все публикации. Причем, хуже всего в ней представлены русскоязычные публикации. А

Таблица 4. Объем и цитирование публикаций по медицине из некоторых учреждений Кыргызской Республики (по данным SciVerse Scopus; <http://www.scopus.com/>)

№	Название учреждения	Всего публикаций	Всего цитирований	Цитирований на 1 статью	Индекс Хирша
1	Национальный центр кардиологии и терапии им. М.М.Миррахимова (НЦКТ)	56	910	16,25	13
2	Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева (КГМА)	44	148	3,36	7
3	Институты химии, биологии, физики и геологии НАН КР	23	379	16,48	6
4	Институт профилактики и экологии (курортологии)	13	84	6,46	5
5	Институт молекулярной биологии и медицины	9	49	5,44	3
6	Институт физиологии и патологии НАН КР	8	1	0,12	1
7	Кыргызско-Российский Славянский Университет	7	41	5,85	1
8	Республиканский центр урологии	5	109	21,8	4
9	ДГСЭН МЗ КР	5	28	5,6	4
10	Национальный центр онкологии	5	6	1,2	1

патологии высокогорья НАН КР, Кыргызско-Российский Славянский университет и Департамент госсанэпиднадзора МЗ КР.

Республиканский центр урологии (РЦУ) попал тоже в первую десятку благодаря патриотизму молодого уролога Азизбека Раманкулова, который является соавтором всех пяти статей (причем в четырех – первым автором). Он уже ряд лет работает в Университетском госпитале Charite (Берлин, Германия), откуда и

ведь общеизвестно, что кыргызские ученые основную массу научных работ публикуют на русском языке. По некоторым оценкам, международная библиометрическая система Scopus сегодня обрабатывает не более 12 процентов от всего совокупного русскоязычного публикационного потока, причем только из России [1]. Публикации из стран СНГ в этой системе практически не отражены вовсе. В связи с этим, делать заключения на основании

только одной этой информационной базы нужно достаточно осторожно.

Для повышения места Кыргызстана в мировых публикационных рейтингах можно предложить и обсудить ряд рекомендаций и предложений.

- Необходимо даже русско-язычные работы публиковать в наиболее престижных российских журналах, однако нужно помнить, что настоящий интерес и оценку можно получить, публикуясь только в международных журналах с высоким импакт-фактором

- Важно наряду с овладением английского языка всемерно развивать эффективное международное сотрудничество, завершающееся публикацией результатов в престижных международных журналах

- Все русскоязычные работы должны быть снабжены информативной аннотацией с использованием стандартов перевода на английский язык фамилий авторов и названий научного или образовательного учреждения. Ошибка или изменение даже одной буквы могут привести к «потере» публикации в электронной системе поиска.

- Требуется создание англоязычного web-сайта организации, по которому эксперты информационной системы уточняют неясные вопросы.

Естественно, все это требует повышения внимания, улучшения финансирования и оптимизации управления научными исследованиями в целом.

Вместе с тем, уже отмечалось, что в Кыргызстане ежегодно издается много журналов и сборников научных работ. Если в Scopus имеются ссылки на журнал «Советское здравоохранение Киргизии» за 1976-1980гг, то о десятках медицинских журналов, появляющихся и исчезающих в последние годы, никаких упоминаний нет. С каждым годом растет количество публикаций, что в определенной степени связано с количественными требованиями НАК КР, при этом их качество не подвергается объективной оценке. Учитывая международный опыт, давно назрела необходимость создания механизма для

измерения результатов научной деятельности в виде организационно-национальной информационно-аналитической системы, анализирующей цитирование научных публикаций. Только создание системы Кыргызского индекса или рейтинга научного цитирования позволит начать объективно оценивать местные публикации, рассчитывать импакт-факторы журналов Кыргызстана, а в последующем и анализировать научную деятельность учреждений.

Таким образом, анализ публикаций в информационной базе Scopus свидетельствует об очень небольшом вкладе кыргызских авторов в мировой научный процесс в области медицины и это связано с рядом как объективных, так и субъективных факторов. Задача ученых-медиков Кыргызстана — добиться увеличения публикационной активности и уровня отражения в национальных и международных базах цитирования.

Литература:

1. Стародубов В.И., Куракова Н.Г., Цветкова Л.А., Маркусова В.А. О новых критериях оценки российской академической и вузовской медицинской науки. Медицинское образование и профессиональное развитие 2011, №1, с.16-23.
2. Куракова Н.Г., Цветкова Л.А., Арефьев П.Г. Публикационная активность как инструмент мониторинга исследовательских стратегий в медицине. Медицинское образование и профессиональное развитие 2011, №2, с.18-26.
3. SIR World Report 2011: Global Ranking. Retrieved February 05, 2012, from http://www.scimagoir.com/pdf/sir_2011_world_report.pdf.
4. SCImago Journal & Country Rank. Retrieved February 05, 2012, from <http://www.scimagojr.com>.
5. Информационная база данных SciVerse Scopus. Retrieved February 05, 2012, from <http://www.scopus.com/>
6. Hirsch G. An index to quantify an individual's scientific research output. Proc Nat Acad Sci of USA 2005; 102 (46): 16569-16572.
7. Батыралиев Т.А. Всемирный рейтинг Университетов и НИИ за 2010: Общие данные. Вывод для стран ЦА: власти меняются, но проблемы старые и картина та же.

ПРОБЛЕМЫ РЕПРОДУКТОЛОГИИ У ЖИТЕЛЬНИЦ ВЫСОКОГОРНЫХ РЕГИОНОВ

Мусуралиев М.С.

Кыргызская государственная медицинская академия им И.К.Ахунбаева,
кафедра акушерства и гинекологии №1,
Бишкек, Кыргызская Республика.

Резюме. В данном сообщении представлен сравнительный анализ проблем репродуктологии (менархе, фертильности), характеристики клинического течения беременности и родов, особенности гемодинамической адаптации и гемостаза у жительниц высокогорных регионов мира: средних Тянь-Шаня (г. Каракол, Нарын, пгт. Мин-Куш, 1800 – 2300 м.) и больших высот регионов Памира-Алая (Сары-Таш, Даурат-Коргон, Мургаб; высота 3000-4500 м.), Гималаи (Непал, г. Вактапур 1402 – 2791 м.) и Аравийского полуострова (Йемен, дуан Аль-Гуера 2200 – 2800 м.).

Ключевые слова: репродукция, беременность и роды, высокогорные регионы.

БИЙИК ТООЛУУ АЙМАКТАРДА ЖАШООЧУЛАРДЫН ТУКУМ УЛОО КӨЙГӨЙЛӨРҮ

Мусуралиев М.С.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
№1- акушерство жана гинекология кафедрасы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Кыскача мазмуну. Изилдөөдө орто - Тянь-Шань (Каракол, Нарын, Мин-Куш - 1800 – 2300 м.) жана бийик тоолуу Памир-Алай (Сары-Таш, Даурат-Коргон, Мургаб - 3000-4500 м.) менен Гималай (Непал, Вактапур ш., 1402 – 2791 м.) жана Аравия жарым аралынын (Йемен, Аль-Гуера 2200 – 2800 м.) бийик тоолуу аймактарда жашоочуларынын тукум улоо (менархе, тукум берүү жөндөмү), кош бойлуулук менен төрөт жүрүш шарттары, гемодинамикалык жана гемостаздык адаптация өзгөчөлүктөрү салыштырма бааланган.

Өзгөчү сөздөр: тукум улоо, кош бойлуулук жана төрөт, бийик тоолуу аймак.

THE REPRODUCTIONS PROBLEMS OF THE WOMEN IN HIGH MOUNTAINS REGIONS

Musuraliev M.S.

Kyrgyz State Medical Academy after I.K.Akhunbaev,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. The of research is to study the differential analysis of the reproductions problems (menarche, fertility), the characteristic of clinical course gestation and labor, the hemodynamic features of adaptation and hemostasis in women living in high mountains regions of the world: middle Tien – Shan (Karakol, Naryn, Min - Kush, 1800 – 2300 m. l. und. s.) and high altitudes the regions of Pamir - Alay (Sary-Tash, Daurat-Korgon, Murgab-- 3000-4500 m) and Himalaya (Nepal, c. Bhaktapur, 1402 – 2791 m. l. un. s) and Arabian peninsula (Yemen, duan Al-Govera, 2200-2800 m. l. und. s).

Key words: reproductions, gestation and labor, high mountains regions.

Введение

Репродуктивное здоровье на международном уровне признано одним из основных компонентов и имеет фундаментальное значение для социально-экономического развития всего общества. Предоставляемые медицинские услуги по репродуктивному здоровью находятся еще ниже уровня возможностей и актуальных требований, особенно для бедных слоев

населения, проживающих в отдаленных горных регионах, а также мигрантов и беженцев. Кыргызская Республика находится в северо-восточной части Центральной Азии, площадь 199,9 тыс. км.², горы (Тянь-Шань, Памир и их системы) разделяют экономические и демографические центры страны – Чуйскую долину на севере и Ферганскую на юге. Население на 1.01.11 составляет 5, 4 млн, женщин -50,4%,

из них фертильного возраста -54,8%. Около 90% территории расположено выше отметки 1500 м. над уровнем моря, где постоянно проживает более 1/3 населения. [1-5].

Особенностью проживания является сезонная миграция в диапазоне более 2500 м высот:

а) в связи трудовой деятельностью горного животноводства;

б) современная тенденция освоения и стратегия долговременного освоения природных ресурсов в экстремальных климатических поясах горных регионов и приток женщин детородного возраста из комфортных климатических поясов;

в) сезонная миграция в климато-рекреационных местностях горных регионов;

г) внутренняя миграция из высокогорных регионов в низкогорье;

Биологические и физиологические особенности коренных жителей высокогорья и их адаптация даны в коллективной монографии «Биология жителей высокогорья» в горных регионах коренных жителей высокогорья Тянь-Шаня и Памира, Перуандских Анд и Гималаев, по результатам исследований проведенных в рамках международной биологической программы обобщенная в монографии «Адаптация человека» [6, 7]. Основной фактор, определяющий изменения считается — низкое парциальное давление кислорода в артериальной крови, т. н. артериальная гипоксемия [8-12].

В данном сообщении представлен сравнительный анализ проблем репродуктологии (менархе, плодовитость) характеристики клинического течения родов, исходы родов для матери и плода, особенности гемодинамической адаптации и гемостаза у жительниц высокогорных регионов мира.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Объектом исследований служили постоянные жительницы—аборигены горных регионов мира: на средних высотах Тянь-Шаня (г. Каракол, Нарын, пгт. Мин-Куш -1800 – 2300 м. над ур. м.,) и на высокогорных регионах Памира-Алая (Сары-Таш, Даурат-Коргон, Мургаб 3000-4200 м), а также в горных регионах Гималаев (Непал, г. Вактапур 1402 – 2791 м

над ур. м.) и Аравийского полуострова (Йемен, дуан Аль-Гуера 2200 – 2800 м над ур. м). В данном сообщении обобщены результаты более 1200 наблюдений у беременных и рожениц горных регионов Тянь-Шаня и Восточного Памира, а также результаты обследований 150 женщин поступивших на роды в роддом г. Вактапур, 80 родильниц дуана Аль-Гуера. Контролем служили данные у жительниц низкогорья г. Бишкек. Использованы клинικο-морфологические, функциональные методы (ЭКГ, ПКГ, Кардиомониторное наблюдение, УЗИ сканирование, гемостазиограмма и др) и проспективные наблюдения за акушерским и перинатальным исходом беременности родов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Известно, что высотная гипоксия изменяет гомеостаз матери таким образом, что полностью обеспечивается её адаптация к состоянию беременности и к потребностям растущего организма плода.

В условиях вынашивания внутриутробного плода, как показывает анализ литературы, у женщин сочетанное влияние факторов среды проживания и адаптация к состоянию беременности на организм матери в функциональных системах во многом носят однонаправленный характер. Мешалкин Е.Н и соавт. (1982) считает, что внутриутробное развитие фактически протекает в одних и тех же условиях независимо от высоты (от 0 до 5000м), на которой находится материнский организм [14], и следовательно не последнюю роль играет состояние репродуктивного здоровья матери. Клинические значения морфо-функциональных сдвигов — необходимость обеспечения растущему в ходе беременности потребностями по жизнеобеспечению и развитию плода [13, 15] и далее акушерские и перинатальные аспекты высокогорной медицины занимают на протяжении последних 30 лет основное внимание многих ученых и практических работников акушерства и гинекологии [16, 17, 18]

Результаты сравнительного изучения особенностей полового созревания и плодовитости у жительниц больших высот коренной национальности (кыргызки) по

сравнению с жительницами низкогогорья, показали: достоверно низкая масса тела – $48,2 \pm 0,67$ против $57,1 \pm 0,71$ ($P < 0,05$); при почти одинаковом показателе длины тела. Есть данные исследований проведенные в период 1980-85 гг., указывающие на позднее наступление менархе у девочек высокогорных районов Тянь-Шаня и Памира в среднем 1,3- 1,5 лет, объясняя это высотной гипоксией [16]. Анализируя возраст менархе в сравниваемых группах, выделены следующие моменты:

- для жительниц высокогорных регионов Гималаи, Аравийского полуострова, Тянь-Шаня и Памира характерно позднее наступление менархе ($14,2 \pm 0,1$; $14,8 \pm 0,1$; $14,1 \pm 0,1$) по сравнению жительницами г Бишкек ($12,8 \pm 0,1$);

- у жительниц высокогорья менархе наступали не только позже, но и количество дней менструальный кровотечений длились дольше, чем у жительниц низкогогорья; следует отметить, что чем выше была высота, тем позднее наступала менархе;

- у 62% жительниц высокогорья Памира-Алая и Гималаев месячные приходят через 30 дней и более, т.е. чаще характерна длинные циклы (опсоменорея), тогда как у 42% жительниц низкогогорья длительность менструального цикла короче (пройоменорея). У 35% женщин жительниц высокогорья Аль-Гуера выявлен ряд разновидностей нерегулярных менструальных циклов - дисменорей [19, 20-23].

Зарубежная и отечественная литература располагают данными о высокой частоте врожденной гипотрофии и внутриутробной гипоксии плода в условиях высокогорья (14, 16, 18, 19). Среднее число беременностей и живорожденных детей у женщин горянок было более чем в 1,5 раза больше, чем у жительниц долины ($6,41 \pm 0,26$ против $4,13 \pm 0,28$, $P < 0,05$). Считается, что раннее замужество и положительный настрой на многодетные семьи способствует формированию указанных различий. Высока частота рождения детей с низкой массой, даже при рождении в гестационно доношенном сроке (менее 2500 г у 7,6%). Осложненное течение беременности (анемия, преэклампсия) у 64,8% случаев

сопровождалось снижением не только массы тела новорожденных, но и длины тела, окружности головы, груди. Остается большой проблемой антенатальный (выкидыши) и постнатальный отсев на больших высотах превышающий почти в 3 раза данные у жителей долин. Этот факт заслуживает особого внимания, видимо кроме особенностей внутриутробного развития, и имеется влияние факторов среды, а также и доступность качественных медицинских услуг (16).

Новые сравнительные данные полученные в последние годы:

- а) **менархе**- выявлено, что у матерей жительниц высокогорья г. Вактапур у 63,7% наступал в 15 лет, у 55% жительниц долин менархе с 12-14 лет;

- б) **раннее замужество** - 20% жительниц Непала выходят замуж очень рано, т.е. в 16 -17 лет; такие же и у жительниц дуана Ал-Гуера;

- в) **гинекологическая** заболеваемость - у жительниц долин чаще встречались эрозии шейки матки, кольпиты, кисты яичников, хронические аднекситы, чем у жительниц горных регионов (Непал, Йемена), в 20% случаев выявлены эрозии шейки матки и эндоцервициты;

- г) **репродуктивное поведение** - с целью контрацепции каждая четвертая женщина (23,4%) Вактапур применяют Депо-провера, тогда как жительницы Бишкека применяют чаще ВМС. Жительницы Аль-Гуера применяют в равной мере ВМС, Депо-провера и оральные контрацептивы и 10% не применяют вообще метод планирования семьи (24).

Акушерские и перинатальные аспекты:

Основной патологией беременности жительниц высокогорья Памира-Алая являются преэклампсия, невынашивание и анемии беременности (13,2%, 11,2 и 7,6% случаев) с патологическим течением родов (дискоординация и/или стремительные роды, высокая частота акушерских кровотечений, отслойка и/или вставания плаценты);

у жительниц высокогорья дуана (района) Ал-Гуера и высокогорья Тянь-Шаня, Памира нарушения родовой деятельности наблюдались в 2 и более раза чаще при патологическом

течении беременности, чем у женщин жительниц низкогогорья;

У рожениц жительниц высокогорья наблюдалась патологическая кровопотеря в 20% случаев, в то время как у жительниц дуана Аль-Гуера данный показатель был в пределах 23,3%, у жительниц низкогогорья г Бишкек в 15,0% случаев; у рожениц исследуемых групп большинство новорожденных достоверно отставали в массе (менее 3000,0 грамм) особенно в высокогорных регионах Тянь-Шаня, Памира и дуана Аль-Гуера (30,8% и 43,3% случаев); по длине тела ($47,1 \pm 0,2$; $43,1 \pm 0,6$ см); окружности головы и груди.

Нами проведенные морфологическое исследование плацент у исследуемых группах выявлены признаки плацентарной недостаточности, которые могут играть роль в выяснении причин осложнений в родах (отслойки плаценты, причины массивных акушерских кровотечений). При макроморфометрическом исследовании плацент с субкомпенсированной формой выявлено достоверное увеличение массы, и площади плаценты по сравнению с высокогорными регионами составило $611,4 \pm 13,2$ г и $340,3 \pm 8,2$ см соответственно. При этом у жительниц гор отмечено увеличение числа плацент с аномалиями развития (54,4%); при декомпенсированной форме - достоверное уменьшение массы и площади плацент. При микроскопии плацент – неравномерное утолщение базальной пластины с выраженной дистрофией (25).

Данные функциональной оценки по шкале Апгар после рождения, также свидетельствовали о низком потенциале адаптации, в основных группах с массой более и менее 2500 грамм, чем норма беременности. Особенно низкие баллы, частота дыхательных расстройств у новорожденных были характерны для детей у рожениц в высокогорье.

Физиологическая беременность у жительниц Памира-Алая не меняла функцию системы мать-плацента-плод гемодинамическая адаптация характеризовалось иным, более высоким уровнем кардио- гемодинамики, более адекватным для вынашивания плода при воздействии высотной гипоксии, суточных и сезонных колебаний среды, холода

(16). Наблюдались закономерные сдвиги в системе гемостаза: увеличение тромбоцитов с усилением их адгезивно-агрегационных свойств, повышение фибриногена со снижением фибринолитической активности, чаще наблюдались положительные пробы ПДФ (у 40%) обследованных (26).

Обеспечение безопасного материнства рассматривается в мировой практике, как ключевая задача государства, и в нашей стране идет консолидированное и последовательное внедрение стратегических мер в рамках Программы улучшения перинатальной помощи в Кыргызской Республике на 2008-2017 годы. Благодаря международной поддержке, сотрудничеству и партнерству с гражданским обществом, общественными организациями реализованы различные информационно-образовательные программы по повышению информированности и ответственности населения за безопасное репродуктивное поведение. Однако, достижение реальной эффективной перинатальной помощи в клинической практике еще далеко. Одной из причин, по нашему мнению являются и отмеченные в некоторых обзорах экспертов, отклонения от стандартов оказания медицинской помощи, а также своевременная установка клинического диагноза и адекватный объем неотложной акушерской помощи в учете особенностей в условиях дизадаптации у мигрантов из высокогорных регионов (1-5, 27).

Резюме:

а) В последние годы в мировой практике для оценки качества акушерской помощи и совершенствования службы родовспоможения уделяют большое внимание изучению больных, оказавшихся на грани смерти, «чуть не умерших», «едва выживших», «оставшихся на волоске», «near-miss». Анализ этих проблем и обоснование инновации патогенетического подхода к тактике лечения с учетом особенностей критических ситуаций на основе данных доказательной медицины, определить возможность орган сберегающей технологии и др. (28, 29).

б) репродуктивное здоровье женщин социально-уязвимых групп населения (30), не

уделяется внимание вопросам репродуктивного здоровья у женщин мигрирующих из высокогорных регионов в условиях процесса дизадаптации, с учетом их склонностью к коагулопатическим кровотечениям.

Литература

1. Кудаяров Д.К. Охрана материнства и детства в Республике и вклад Объединения (Ассоциации) врачей педиатров Кыргызстана // Ж. Здоровья матери и ребенка, 2011, Т. 3, №1 - с. 13-16.
2. Бутта, З.А. Здоровье женщин и новорожденных детей в Кыргызстане и Чуйской области: оценка и обоснование вмешательств [Текст]: предварительный отчет. Материнская и младенческая смертность: анализ ситуации и обоснование рекомендаций по их снижению и достижению ЦРТ в КР (4 и 5 цели) / З.А. Бутта, Я.П. Хан. – Бишкек, 2009. – 52 с.
3. Ешходжаева, А.С. Краткий обзор ситуации в сфере охраны здоровья матери и ребенка в Кыргызской Республике за 2008 - 2009 гг. [Текст] / [А.С. Ешходжаева, А.С. Калиева, Н.С. Абазбекова и др.]. - ГТЦ. - Бишкек, 2010. – 48 с.
4. Национальная программа реформы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас таалими» на 2006 – 2010 годы [Текст]: [утв. Постановлением Правительства КР 16 февраля 2006г., №100] офиц. текст./ Бишкек, 2006. - 120 с.
5. Национальная стратегия охраны репродуктивного здоровья населения Кыргызской Республики до 2015 года [Текст]: [утвержден Указом Президента Кыргызской Республики от 15 июля 2006г.] офиц. текст./ Бишкек, 2006. – 66 с.
6. The biology of high-altitude peoples/ Edited by P.T. Baker, 1978, Cambridge Univ. Press
7. Биология жителей высокогорья/ Под ред. П. Бейкер, М.М. Миррахимова.- Изд.-во «Мир» М., 1981.-392 с
8. Миррахимов М.М. Биологические и физиологические особенности коренных жителей высокогорья Тянь-Шаня и Памира.// Биология жителей высокогорья.- М., 1981.- с.329-348.
9. Миррахимов М.М. Лечение внутренних болезней горным климатом.- Л., 1977.- 208 с
10. Нарбеков О.Н., Шидаков Ю.М. Высокогорное легочное сердце.- Б., 1991.-224с
11. Мейманалиев Т.С. Профилактическая горная медицина.- Фрунзе,-244 с
12. Акынбеков К.У., Шпирт М.Б., Джусупов К.О. Актуальные вопросы гигиены и физиологии горного овцеводства.- Бишкек, 1996.-317с.
13. Лебедева, И.М. Изменения некоторых физиологических отношений между матерью и плодом в условиях хронической анемии и пониженного атмосферного давления» (клинико-экспериментальное исследование)/ Автореф. дисс. доктора мед наук,- Ленинград, 1973.- 40 с.
14. Мешалкин Е.Н., Власов Ю.А., Окунева Г.Н. Хроническая артериальная гипоксемия человека - Новосибирск: Наука, 1982 - 281с
15. Мусуралиев М.С. Перинатальные аспект исхода беременности у жительниц больших высот. В кн.: Особенности формирования женского организма в условиях кратковременного и постоянного пребывания в высокогорье. Фрунзе – 1990. – С.8-20.
16. Мусуралиев, М.С. Беременность и горы (Проблемы адаптации в норме и патологии) [Текст] / М.С. Мусуралиев. – Бишкек, 1995. - 175 с.
17. Рыбалкина, Л.Д. Оптимизация наблюдения женщин с отягощенным репродуктивным анамнезом в условиях экологического неблагополучия (на этапах прекоцепционной подготовки и в динамике беременности) [Текст]: Монография / Л.Д. Рыбалкина, А.К. Шаршенов, Н.Дж. Шоонаева. – Бишкек, 2005. – 122 с.
18. Gupta R., Basu A., Pausow J. Altitude and human biology: A comparative stuiole of Yumalajan. In the book «Human Biology of Asian Hihgland Population in the Global Context». Calcutta. -1989. -1-80p
19. Lebedeva I.M., Musuraliev M.S. Same features of adaptation to hypoxia in females at high altitudes of the Pamir and low altitudes of Tien-Shan. In the book «Human Biology of Asian Hihgland Population in the Global Context». Calcutta. -1989. -128-131p

20. Musuraliev M.S., P. Pradhananga., S.A. Jetigenova. Peculiarity of menarhe and reproductive function of women living in high altitude of Nepal. In the book «Program and abstract book». The first international congress of Central Asia infectious diseases. Bishkek. – 2006. – P. 134.
- 21 Musuraliev M.S., Napit A., Jetigenova S.A. et al., Effects of Childhood Infectious Diseases in a Development of Primary Amenorrhea. In the book «Program and abstract book». The first international congress of Central Asia infectious diseases. Bishkek. – 2006. – P. 134.
- 22 M S Musuraliev, G Dj.Beyshenbieva. Peculiarities of reproductive system, hemostasis and hemodynamic characteristics of system “mother-fetus” of the women living in norm and pathology/ Центральнo-азиатский мед журнал. Том XII Прил. 1, Бишкек-2006 -21s
- 23 Жумалиева Н.Б., Продхананга Р., Джетигенова С.А., Саякова А.Т. Особенности становления менархе и дальнейшее детородная функция жительниц высокогорья Непала/ Медицинские кадры XXI века-2007, №2-с.158
- 24 Мусуралиев М.С., Джетигенова С.А., Насирдинова Ж.М., Исакова Ж.К., Продхананга Р. Некоторые аспекты становления менархе и репродуктивная функция жительниц высокогорья Кыргызстана, Непала и Йемена.- Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева., Бишкек, 2009-№1, Стр.195-199.
25. Мусуралиев М.С., Насирдинова Ж.М. Перинатальные и акушерские аспекты при беременности, протекающей в условиях высокогорья Йемена и Кыргызстана.- Журнал Здоровье матери и ребенка, 2009, Т. №2. С. 132
- 26 Мусуралиев М.С., Бейшенбиева Г.Дж. Репродуктивная система, гемостаз и гемодинамика у жительниц гор в норме и патологии/ Наука и новые технологии, 2008.- №1-2, - Стр. 209-211
27. Мусуралиев, М.С. Улучшение качества жизни и проблемы безопасного материнства [Текст] / М.С. Мусуралиев, А. Макенжан уулу // Здоровье матери и ребенка. – 2009. - Т.1., Приложение 1. – С. 49 – 53.
28. Мусуралиев М.С., Макенжан у. А. Инновации лечения массивных кровотечений в акушерстве/ Вестник НАН КР, 2011, №1 - С.110-118.
- 29 Мусуралиев М.С, Макенжан у. А. Качество и проблемы оказания неотложной помощи при критических состояниях в акушерстве/Ж. Здоровье матери и ребенка, 2011. Том 3, №1 - С 139-142
30. Бейшембиева Г.Д. Репродуктивное здоровье женщин социально-уязвимых групп населения Кыргызстана. Бишкек, 2010.- 185с.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО УРОВНЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО СТРАТЕГИИ PAL ВОЗ

Давлеталиева Н.Е., Чубаков Т.Ч., Султанова А.С., Бримкулов Н.Н.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Кыргызский Государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации, Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Цель исследования - оценить эффективность обучения врачей первичного уровня здравоохранения по PAL стратегии ВОЗ. Выявлено улучшение уровня знаний с 71% до 87% ($n=679$), темп прироста составил 16%.

Ключевые слова: врачи первичного уровня здравоохранения, обучение, респираторные заболевания

БҮТКҮЛ ДҮЙНӨЛҮК САЛАМАТТЫКТЫ САКТОО УЮМУНУН PAL СТРАТЕГИЯСЫ БОЮНЧА САЛАМАТТЫКТЫ САКТОО МЕКЕМЕЛЕРИНДЕГИ ҮЙ-БҮЛӨЛҮК ДАРЫГЕРЛЕРДИ ОКУТУУНУН НАТЫЙЖАЛУУЛУГУ

Давлеталиева Н.Е., Чубаков Т.Ч., Султанова А.С., Бримкулов Н.Н.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Кыргыз мамлекеттик кайра даярдоо жана квалификацияны
жогорулатуу медициналык институту,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Изилдөөнүн максаты - бүткүл дүйнөлүк саламаттыкты сактоо уюмунун PAL стратегиясы боюнча саламаттыкты сактоо мекемелериндеги үй-бүлөлүк дарыгерлерди окутуунун натыйжалуулугуна баа берүү.

Билимдин деңгээли 71% дан 87%га чейин жакшыргандыгы ($n=679$), башкача айтканда өсүү темпи 16% жеткендиги аныкталды.

Негизги сөздөр: саламаттыкты сактоо мекемелериндеги үй-бүлөлүк дарыгерлер, окутуу, респиратордук оорулар.

EFFICACY OF TRAINING OF THE PRIMARY HEALTH CARE DOCTORS ON PAL STRATEGY WHO

Davletalieva N.E., Sultanova A.S., Chubakov T.C., Brimkulov N.N.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Кыргызский Государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации,
Kyrgyz State Continual Medical Education Institute,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The aim of the study - to evaluate the efficacy of training of primary health care doctors on PAL strategy WHO. There were found increasing the knowledge level from 71% to 87% ($n=679$), increment was 16%.

Keywords: primary health care doctors training, respiratory diseases

Введение

Основная нагрузка по оказанию медицинской помощи респираторным пациентам приходится на врачей первичного звена. Большая часть пациентов с болезнями органов дыхания (БОД) (88,4%) наблюдается

у семейных врачей в центрах семейной медицины (1,2).

Одним из возможных путей улучшения менеджмента респираторных пациентов является PAL стратегия ВОЗ (Practical Approach to Lung Health - Практические

подходы к легочному здоровью) (3,4). В связи с этим, для повышения уровня теоретических знаний и практических навыков семейных врачей по вопросам пульмонологии на основе стратегии PAL проводилось обучение совместно с Кыргызским государственным медицинским институтом переподготовки и повышения квалификации (КГМИПпК) в рамках реализации Кыргызско-финского проекта по легочному здоровью в 2003-2007 гг., осуществляемого при технической и финансовой поддержке МИДа Финляндии и финской ассоциации по легочному здоровью (Finnish Lung Health Association-FILHA) (5).

Цель исследования – оценить эффективность обучения врачей первичного уровня здравоохранения по стратегии PAL ВОЗ.

Материал и методы.

Анализировались данные обучения 679 семейных врачей со всех областей Кыргызской Республики. Для оценки знаний семейных врачей до- и после обучения по стратегии PAL проводилось тестирование по специально разработанным опросникам. Опросник № 1 содержал 62 вопроса и был предназначен для определения теоретического уровня знаний врачей. Вопросы были составлены в виде утверждения, при заполнении опросника обучающийся соглашался или не соглашался с утверждением. Опросник № 2 включал 10 клинических случаев и был предназначен для определения практических навыков. Обучающийся определял подходящий диагноз в соответствии с клиническими признаками по предполагаемому перечню.

Применялись общепринятые методы медико-биологической статистики. Рост или снижение уровня знаний после семинара оценивался с исходным. При этом темпы прироста были оценены в процентах (Тпр. %).

Результаты и обсуждение.

Врачи принимавшие участие в семинарах были в основном женщины – 553 человек (81%), тогда как мужчин было 126 человек (19%). Самому молодому участнику было 29 лет, а старшему – 66 лет, а средний возраст составил $45,2 \pm 0,3$ лет.

Распределение врачей по специальности до переподготовки по семейной медицине показывает, что 308 (45,4%) из них были педиатрами, 226 (33,3%) терапевтами, 101 (14,9%) гинекологами и 44 (6,5%) других специальностей. На вопрос о стаже работы опрошенные врачи ответили следующим образом: стаж 1-4 лет – 18 (2,7%) респондентов, 5-9 лет – 56 (8,2%), 10-19 лет – 246 (36,2%), 20-29 лет – 279 (41,1%) и стаж работы 30 лет и выше – 80 (11,8%) человек. Обучение по DOTS стратегии прошли 548 (80,7%) врачей.

Изучение теоретических знаний семейных врачей по респираторным заболеваниям (опросник №1) до обучения показало, что самый низкий уровень знаний семейные врачи показали по острым респираторным инфекциям (ОРИ) и правильно ответили лишь на 55% вопросов (таблица 1). Как видно из таблицы 1, семейные врачи до семинара слабо знали вопросы, касающиеся пневмонии, астмы и ХОБЛ. Учитывая, что большинство семейных врачей прошли обучение по DOTS стратегии ответы

Таблица 1. Уровень знаний семейных врачей до и после обучения (опросник №1)

Патология органов дыхания	% правильных ответов до обучения	% правильных ответов после обучения	Темп прироста %
Острые респираторные инфекции	55%	77%	22%
Пневмония	61%	83%	22%
Бронхиальная астма	70%	88%	18%
ХОБЛ	68%	86%	18%
Туберкулез	80%	92%	12%
Курение	87%	95%	8%
В целом по БОД	71%	87%	16%

на вопросы по туберкулезу были относительно высокими – 80%. Высокими также были ответы на вопросы, затрагивающие проблемы курения (87% правильных ответов).

В целом, по болезням органов дыхания (БОД) уровень знаний семейных врачей до обучения по РАЛ стратегии составил 71%, после обучения теоретические знания

пневмонии (22%).

Анализ вопросов, касающихся практических навыков семейных врачей до обучения (опросник №2), показал низкий уровень знаний по астме, ХОБЛ и пневмонии. Хорошие навыки семейные врачи показали по знанию туберкулеза (таблица 2). После обучения самый высокий прирост знаний был по астме (39%),

Таблица 2. Уровень практических навыков семейных врачей до и после обучения (опросник № 2)

Патология органов дыхания	% правильных ответов до обучения	% правильных ответов после обучения	Темп прироста %
Острые респираторные инфекции	85%	97%	12%
Пневмония	64%	85%	21%
Бронхиальная астма	52%	91%	39%
ХОБЛ	56%	78%	22%
Туберкулез	92%	98%	6%

улучшились на 16% (таблица 1). Положительная динамика прироста знаний наблюдалась и при каждой отдельно взятой патологии, особенно выраженным был прирост знаний по ОРИ и

ХОБЛ (22%) и пневмонии (21%).

Были проанализированы результаты теоретических знаний и практических навыков семейных врачей после обучения стратегии

Таблица 3. Распределение теоретических знаний семейных врачей после обучения по уровням

Патология органов дыхания	Уровень ниже среднего (< 70% правильных ответов)	Уровень средний (70-91% правильных ответов)	Уровень выше среднего (≥ 92% правильных ответов)
ОРИ	249 чел. (36,7%)	195 чел. (28,7%)	235 чел. (34,6%)
Пневмония	150 чел. (22,1%)	365 чел. (53,8%)	164 чел. (24,2%)
Бронхиальная астма	41 чел. (6%)	231 чел. (34%)	407 чел. (59,9%)
ХОБЛ	63 чел. (9,3%)	369 чел. (54,3%)	247 чел. (36,4%)
Туберкулез	3 чел. (0,4%)	268 чел. (39,5%)	408 чел. (60,1%)
Курение	70 чел. (10,3%)	0 чел. (0%)	609 чел. (89,7%)

PAL по шкале знаний, делящей их по уровням: соответствовали высокому уровню ниже 70% правильных ответов - уровень знаний низкий (плохой); от 70% до 91% - уровень средний (хороший) и выше 91% - уровень выше

Литература.

1. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской

Таблица 4. Распределение практических навыков семейных врачей после обучения по уровням

Патология органов дыхания	Уровень ниже среднего (< 70% правильных ответов)	Уровень средний (70-91% правильных ответов)	Уровень выше среднего ($\geq 92\%$ правильных ответов)
ОРИ	40 чел. (5,9%)	0 чел. (0%)	639 чел. (94,1%)
Пневмония	102 чел. (15%)	0 чел. (0%)	577 чел. (85%)
Бронхиальная астма	59 чел. (8,7%)	0 чел. (0%)	620 чел. (91,3%)
ХОБЛ	149 чел. (21,9%)	0 чел. (0%)	530 чел. (78,1%)
Туберкулез	27 чел. (4,0%)	0 чел. (0%)	652 чел. (96%)

среднего (отличный) (таблица 3,4).

Как видно из таблицы 3, теоретические знания врачей после обучения соответствовали по ОРИ преимущественно уровню ниже среднего, по пневмонии и ХОБЛ – преимущественно среднему уровню, по астме, туберкулезу и курению – преимущественно уровню выше среднего.

В таблице 4 приведены данные практических навыков семейных врачей после обучения по всем патологиям, соответствовавшие уровню преимущественно выше среднего.

Заключение.

Таким образом, обучение врачей первичного уровня здравоохранения по вопросам пульмонологии на основе стратегии PAL ВОЗ было эффективным. Уровень теоретических знаний семейных врачей по ведению респираторных больных после обучения повысился на 16%, а практические навыки по всем патологиям после обучения

республики в 2002-2009 гг. Сборники РМИЦ МЗ КР.-Бишкек: 2003-2010 г

2. J Beilby et al Systems for the management of primary care respiratory disease through the world // Primary Care Respiratory Journal.- 2008.-17(1).-P. 5-6.

3. Brimkulov N., Ottmani S-E., Pio A., Chubakov T., Sultanova A., Davletalieva N., Kalieva A., Rittman J., Erhola M., Cholurova R., Blanc L Feasibility test results of the Practical Approach to Lung Health in Bishkek, Kyrgyzstan. International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases 13(4):533-539.- 2009.

4. M. van den Boom, A. Seita, S. Ottmani and G B. Migliori. Finding the way through the respiratory symptoms jungle: PAL can help. Eur Respir J.- 2010.- 36.-P.979-982.

5. Бримкулов Н.Н., Чубаков Т.Ч., Султанова А.С., Давлеталиева Н.Э. и др. Кыргызско-финская программа по легочному здоровью: вклад в систему здравоохранения

ОСНОВЫ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ: ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Зурдинов А.З., Сабинова Т.С., Зурдинова А.А., Артыкбаева А.К.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кыргызско-Российский Славянский Университет им. Б.Н. Ельцина,
Бишкек, Кыргызская Республика

Необходимость внедрения принципов доказательной медицины (ДМ) в учебный процесс диктуется не только вхождением страны в мировое образовательное пространство, но и реалиями нынешнего времени, требующими приведения учебного процесса по подготовке специалистов в области медицины и фармации в соответствие с требованиями общепринятых мировых стандартов.

Принципы медицины, основанной на доказательствах, имеют большое значение для преподавания, так как необходимы каждому врачу, который должен уметь критически анализировать и интерпретировать научные данные и использовать их на практике (Зурдинов А.З., Власов В.В., 2008). Как известно, традиционное клиническое обучение ориентировано на изучение механизмов развития заболеваний на основе биохимии, анатомии, физиологии и других фундаментальных наук. Однако теоретические знания являются только гипотезами, которые должны выдержать проверку в ходе клинической практики. Студенты и выпускники, не имеющие клинического опыта ведения пациентов, наиболее подвержены влиянию субъективных факторов, поэтому у них достаточно легко формируются ложные представления о лечении заболеваний. Именно на этапе додипломного образования следует им прививать стремление к критическому анализу научной информации. Начиная врач должен многократно воспользоваться навыками, полученными по доказательной медицине, чтобы понять и научиться применять их на практике. В конечном итоге, практика доказательной медицины предполагает сочетание индивидуального клинического опыта и оптимальных доказательств, полученных путем систематизированных исследований.

Одна из очевидных причин необходимости

внедрения ДМ – увеличение объема научной информации, в частности, в области клинической фармакологии (Власов В.В., 2001; Зурдинов А.З., Власов В.В., 2008). Ежегодно в клиническую практику внедряются все новые и новые препараты, которые изучаются в многочисленных клинических исследованиях и результаты нередко оказываются неоднозначными, а иногда и прямо противоположными. Одновременно упростился доступ к научной информации. Сегодня любой пользователь Интернет может в течение нескольких минут получить сведения о сотнях или тысячах статей по интересующей его проблеме. При этом учебники, которыми пользуются студенты, обычно устаревают уже к моменту выхода в свет, так как для их подготовки требуется несколько лет, а за этот период многое меняется. Однако, чтобы использовать полученную информацию на практике, ее необходимо не только тщательно проанализировать, но и обобщить (Власов В.В., 2004, Гринхальх Т., 2006).

Курс «Доказательная медицина» - это введение в доказательную медицину. Часть студентов уже знакома с этой дисциплиной, некоторые, как оказалось, слышат о ней впервые. Необходимость внедрения данной программы в учебный процесс была обоснована также нашей приверженностью к Болонскому процессу, что требует пересмотра соотношения часов, отведенных для преподавания различных блоков существующих образовательных стандартов. Программа по доказательной медицине для студентов старших курсов КГМА им. И. К. Ахунбаева разработана в соответствии с учебным планом и стандартом, утвержденным Министерством образования и науки, Министерством здравоохранения Кыргызской Республики, после согласования с экспертами ВОЗ по образовательным

программам. Преподавание проводится с использованием междисциплинарного подхода с участием 5 кафедр: общественного здоровья и здравоохранения; госпитальной терапии и профпатологии с курсом гематологии; физики, математики, информатики и компьютерных технологий; факультетской терапии, базисной и клинической фармакологии

Основная цель - обучение студентов знаниям и практическим навыкам по ДМ, с помощью которых можно самостоятельно оценивать качество медицинской информации и принять решение о её применимости в практической деятельности. Задачами предмета были определены: обучение основным принципам, возможностям и терминологии ДМ; обучение основам профессионального поиска медицинской информации в системе Интернет и электронных базах данных, критическому анализу полученной медицинской информации; обучение использованию в практике рекомендаций и стандартов лечения и диагностики, соответствующих критериям ДМ; обучение основам клинической эпидемиологии, практическим вопросам обеспечения качества медицинской помощи

Методология преподавания ДМ – использование проблемно-ориентированного метода обучения, который помогает выработать у студента способность творчески мыслить, учит критически оценивать полученную информацию с учетом уровней доказательности и применять её в конкретной ситуации.

Формы обучения ДМ – лекции, практические занятия и самостоятельная работа студентов. Лекционная форма обучения предусматривает получение новых знаний и формирование теоретической основы. Практические занятия предполагают приобретение практических умений студентами путем решения ситуационных задач и тестовых заданий. Предусмотрено проведение практических занятий с использованием персональных компьютеров, подключенных к сети Интернет. На семинарских занятиях под руководством преподавателей обсуждаются теоретические вопросы организации

проведения эпидемиологических исследований, требований ДМ к проведению качественных клинических исследований. Кроме того, к концу курса предусмотрено самостоятельное выполнение студентом курсовой работы по анализу опубликованных эпидемиологических и клинических исследований с последующим обсуждением на семинарах.

Помимо этого предусмотрен психологический тренинг по взаимодействию с представителями фармацевтических фирм и противодействию агрессивным маркетинговым стратегиям. Поэтому проведение семинаров, на которых студенты в группах, в процессе дискуссий и ролевых игр применяют данные доказательной медицины - самый эффективный метод ее внедрения в практическую медицину.

В результате изучения учебной программы студенты приобретают следующие умения: в своей работе использовать систему доказательств и принципы доказательности в принятии обоснованных решений по проведению лечебно-диагностических и профилактических мероприятий, проводить статистическую обработку полученных в эпидемиологических исследованиях результатов, использовать алгоритм анализа научных статей и систематических обзоров на предмет их научной обоснованности. Студенты при выполнении курсовой работы научились формулировать проблему конкретного пациента, проводить поиск необходимой информации и критически ее оценивать, определять лучшую практику по решению проблемы больного, планировать ее внедрение. Завершается курс сдачей зачета.

Для полноценного проведения учебного процесса, все студенты были обеспечены необходимыми источниками информации, например, учебным пособием «Доказательная медицинская практика» (Зурдинов А.З., Власов В.В., 2008). В дополнение к рабочей программе для усвоения данного предмета подготовлены и изданы учебно-методические рекомендации «Доказательная медицина» для студентов к практическим занятиям.

Контингент обучаемых: студенты

факультетов «Лечебное дело», «Стоматология», «Фармация», «Общественное здравоохранение», «Педиатрия» и «Высшее сестринское образование», на завершающем курсе обучения (5-6 курсы). Обучение прошли 565 студентов всех факультетов

При проведении докурсового анкетирования практически все студенты не представляли, как и для чего нужно применять основы ДМ в практической работе. После прохождения обучения преимущества применения ДМ для решения клинических

Таблица 1

Результаты анонимного анкетирования студентов
по итогам курса «Основы доказательной медицины»

№	Вопросы	До	После
1	2	3	4
1	Знаете ли Вы что такое «Доказательная медицина» или медицина, основанная на доказательствах? Да Нет Не уверен	78 % 12 % 10 %	100%
2	Насколько хорошо Вы можете работать в ИНТЕРНЕТе? Хорошо и очень хорошо Не очень	82 % 18 %	96 % 4 %
3	Считаете ли Вы полезными знания по ДМ? Полезны Очень полезны Не очень	42% 45% 9%	42% 58% -
4	Насколько хорошо Вы теперь понимаете преимущества применения ДМ для решения клинических проблем и улучшения качества медицинского обслуживания? Очень хорошо Хорошо	- -	57% 43%

Для оценки учебного курса было проведено анонимное анкетирование студентов до (556 респондентов) и после (463 респондентов) прохождения курса по ДМ (табл. 1).

Как видно из таблицы 1, по результатам анкетирования студентов было выявлено, что на вопрос «Знаете ли Вы что такое «Доказательная медицина» или медицина, основанная на доказательствах?» - до анкетирования 78 % студентов ответили «да», но при этом только половина студентов смогли правильно сформулировать определение ДМ. В посткурсовом анкетировании уже у 100% респондентов определено четкое понимание понятия «доказательная медицинская практика».

проблем и улучшения качества медицинского обслуживания 57% студентов оценили как «очень хорошо» и 43% «хорошо».

Навыками работы на компьютере и в Интернете до проведения обучения обладали 82 % студентов, а после - 96%.

Полезность знаний ДМ в принятии научно доказанных решений по проведению лечебно-диагностических и профилактических мероприятий отметили 100% студентов в отличие от докурсовых ответов, когда 9% респондентов посчитали, что навыки по ДМ не очень полезны.

Наиболее полезными и интересными в точки зрения студентов были следующие темы:

- «Формулирование клинического

вопроса»;

- «Продвижение лекарственных средств и агрессивный маркетинг»;
- «Стратегия поиска информации в ИНТЕРНЕТе»;
- «Дизайн клинических исследований»;
- «Основы клинической эпидемиологии».

Для внедрения доказательной медицины в клиническую практику одних только знаний недостаточно - нужна еще и определенная законодательно-нормативная база. Основой для практической доказательной медицины являются так называемые стандарты лечения - клинические практические рекомендации, которые необходимы для обеспечения релевантности. Основы разработки и внедрения клинических рекомендаций или руководств начинаются уже на этапе додипломного образования. При изучении на практических занятиях отдельных заболеваний преподаватель должен концентрировать внимание студентов, к примеру, на препаратах, лечебный эффект которых доказан в многоцентровых контролируемых исследованиях. Принципы ДМ должны обязательно использоваться в работе студенческого научного кружка, начиная с III курса. Привлекая студента к какому-либо научному исследованию, надо обязательно обсудить с ним, насколько оно соответствует критериям ДМ и, что надо сделать, чтобы

приблизить данное исследование к требованиям ДМ.

Заключение.

Опыт преподавания основ доказательной медицины студентам выпускных курсов показал, что у большинства обучающихся студентов есть интерес и стремление к критическому восприятию любой информации, необходимой им в будущей практической деятельности. Внедрение курса доказательной медицины, безусловно, способствует становлению молодого врача и ученого, способных не только оценить любую информацию, но и организовать и провести современное исследование, отвечающее основным принципам доказательной медицины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Доказательная медицинская практика: учебное пособие для студентов, клинических ординаторов и врачей, под редакцией *А.З. Зурдинова и В.В. Власова*. - Бишкек: Айат, 2008. - 192 с.
2. *Власов В.В.* Введение в доказательную медицину. - М.: МедиаСфера, 2001. - 392с.
3. *Власов В.В.* Эпидемиология. Учебное пособие для вузов. - Москва, Гэотар-Мед, 2004. - 464 с.
4. *Гринхальх Т.* Основы доказательной медицины. / Пер. с англ. - М.: Гэотар-Мед, 2006. - 240 с.

ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ СНИЖЕНИЯ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ С ВНЕДРЕНИЕМ «ЭФФЕКТИВНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО УХОДА» В ГОРОДСКОЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР

Насирдинова Ж.М., Исакова Ж.К., Сексенбаева Д.Б.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева,
кафедра Акушерства и гинекологии №1,
Городской Перинатальный Центр,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В работе приведены данные статистического и качественного анализа результатов внедрения «Эффективного Перинатального Ухода» (ЭПУ) в условиях Городского Перинатального Центра (ГПЦ), намечены проблемы и пути снижения материнской заболеваемости и смертности.

Ключевые слова: «Эффективный Перинатальный Уход», кесарево сечение, преэклампсия тяжелой степени, ведение беременности и родов, материнская заболеваемость и смертность.

ШААРДЫК ПЕРИНАТАЛДЫК БОРБОРДО «ЭФФЕКТИВДҮҮ ПЕРИНАТАЛДЫК КАРООНУ» КИРГИЗҮҮ МЕНЕН ЭНЕЛИК ООРУНУ ЖАНА ӨЛҮМДҮ АЗАЙТУУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ ЖАНА АНЫН ЖОЛДОРУ

Насирдинова Ж.М., Исакова Ж.К., Сексенбаева Д.Б.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медицина Академиясы,
№1 - Акушерство жана гинекология кафедрасы,
Шаардык Перинаталдык Борбор,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул иште Шаардык Перинаталдык Борбордо (ШПБ) «Эффективдүү Перинаталдык Кароону» технологиялары киргизилип, алардын жыйынтыктарынын статистикалык жана санаттык анализдеринин маалыматтары, энелик оору менен олжолуу азайтуу проблемалары жана аны чечүү жолдору көрсөтүлдү.

Негизги сөздөр: «Эффективдүү Перинаталдык Кароо», кесарево сечение, кеч талгак, торонтуу жана кош бойдуулукту алып баруу, энелик оору жана өлүм.

THE PROBLEMS AND WAYS OF RELEASING OF MATERNITY MORBIDITY AND MORTALITY WITH IMPLEMENTS OF «EFFECTIVE PERINATAL CARE» IN MUNICIPAL PERINATAL CENTER

Nasirdinova J.M., Isakova J.K., Seksenbaeva D.B.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Obstetrics and Gynecology department #1,
Municipal Perinatal Center,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: This work presents the data of statistical and quality analysis of the implements results of «Effective Perinatal Care» in MPC, indicates the problems and ways of releasing maternity morbidity and mortality.

Key words: Effective perinatal care, cesarean section, preeclampsia, management of pregnancy and labor, maternity morbidity and mortality

Введение. В настоящее время и последние десятилетия во всем мире снижение материнской заболеваемости и смертности остается приоритетной задачей медицинских работников и научных исследователей [1,2,3,4,5,6]. В Кыргызстане уровень материнской смертности остается на высоком уровне. Государственная

социальная политика имеет прямое и важное влияние на благополучие беременной женщины. Исход беременности и родов у пациентки в значительной степени зависит от социальной политики и организации здравоохранения той страны, в которой она живет. [1].

Целью настоящей работы явилось

провести качественный и количественный анализ результатов внедрения «Эффективного Перинатального Ухода» (ЭПУ) в практике ГПЦ, выявить проблемы и пути снижения материнской заболеваемости и смертности.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ информационных данных коллегии Минздрава Кыргызской Республики «О состоянии службы материнства и детства в г. Бишкек, Чуйской, Нарынской областях за 9 месяцев 2011г». Исследовали и анализировали статистические результаты по структуре и акушерским осложнениям, врачебным вмешательствам за 2010-2011гг в ГПЦ в связи с внедрением технологии «Эффективного Перинатального Ухода» в практику ГПЦ

Результаты и их обсуждение.

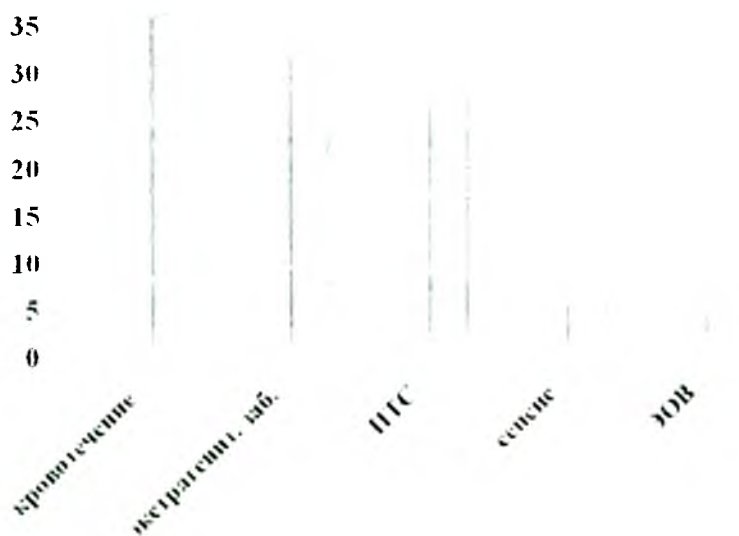
По данным информации коллегии Минздрава Кыргызской Республики «О состоянии службы материнства и детства в г. Бишкек, Чуйской, Нарынской областях за 9 месяцев 2011г» 54 беременных женщин умерли в родах и в послеродовом периоде. По результатам анализа на первом месте среди областей по показателям

смертности (МС) составил – 31,9 на 100 тысяч живорожденных, рост МС составил 20,7% по сравнению с прошлыми годами, и был наименьшим среди указанных регионов. Несомненно, данный показатель указывает на уровень социально-экономического развития и доступности квалифицированной помощи населению. Показатель материнской смертности по Республике составил в целом 51,0 на 100 тысяч живорожденных в 2010г. Рост материнской смертности (МС) составил 7,1% за год [1].

При проведении структурного анализа причин материнской смертности (рис. 1) в 34,8% случаев было выявлено кровотечение в рододовом и в послеродовом периоде. Экстрагенитальные заболевания составили 30,45%, эклампсия и преэклампсия 26,1% случаев, сепсис и эмболия околоплодными водами (ЭОВ) составили по 4,3% (по 1 случаю) [1].

С целью снижения материнской заболеваемости и смертности в практику ГПЦ по рекомендации ВОЗ внедрены технологии «Эффективного Перинатального Ухода» (ЭПУ) с 2007г. [3, 6]. Материнская смертность по

Рисунок 1. Структура материнской смертности за 9 месяцев 2011г. по Нарынской, Чуйской областям и г. Бишкек в % (данные коллегии МЗ КР).



материнской смертности заняла Нарынская область - 98,4 на 100 тысяч живорожденных (рост на 44,6%). Затем по Чуйской области - 71,0 на 100 тысяч живорожденных (рост на 42,5%) [1]. По г. Бишкек показатель материнской

данном ГПЦ в 2009 г. составил 76,1 на 100 тысяч живорожденных, в то время как в 2010 г. данный показатель снизился до 38,9 на 100 тысяч живорожденных.

Количество родов в ГПЦ ежегодно имеют

тенденцию к росту, так сравнительно в 2010г. - 5815, а в 2011 г. составили – 5937 родов.

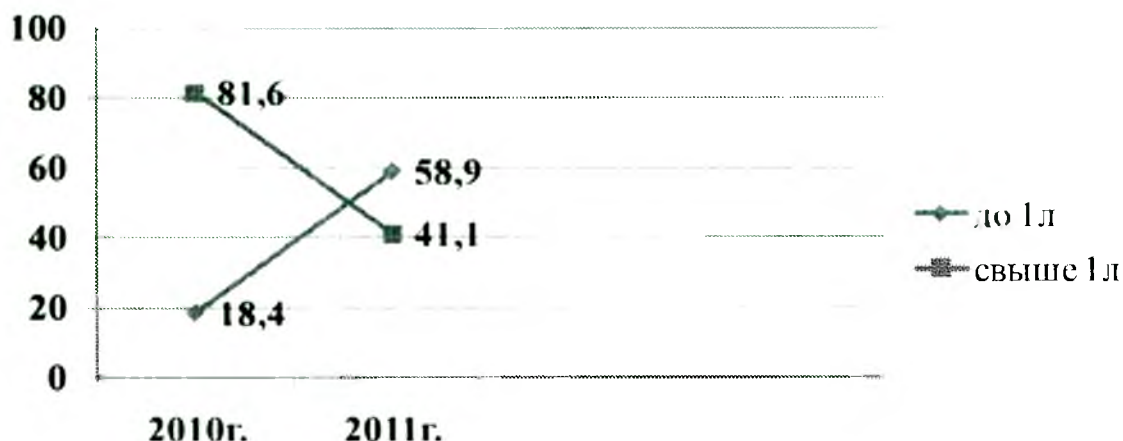
ГПЦ по своему профилю ведет работу с перинатальными патологиями у беременных города и, прежде всего, с угрозой преждевременных родов. Рост преждевременных родов продолжает расти, не имея тенденции к снижению, так в 2011г. данный показатель составил - 11,9%.

В ГПЦ как один важных звеньев в цепи технологий «Эффективного Перинатального Ухода» наравне с другими внедрены «Партнерские роды», когда в период подготовки к родам и в самом процессе (при желании партнера) по самостоятельному выбору женщины присутствует один из членов её семьи или близких людей. По результатам проведенного анализа перинатальных исходов выявлено, что там, где были использованы партнерские роды, достоверно меньше регистрировались медицинские вмешательства и акушерские осложнения. При достоверной регистрации в 2011 г. «Партнерскими родами» были охвачены 40,6% родов в ГПЦ.

С применением клинических протоколов по «Эффективному Перинатальному Уходу» получены низкие показатели оперативных родоразрешений беременных женщин. Так, в 2009 г. уровень оперативного родоразрешения был 17%, тогда как, в 2011 г. этот показатель

анализа по годам за 2009-2011гг. выявлен более низкий процент показаний к оперативным родоразрешениям. Так, по причине преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты прооперированы в 2009г. 11,5%, в то время как, в 2011г. - 10,1% женщин. Следует отметить значимое снижение показаний для операций кесарево сечение по поводу возникшей внутриутробной гипоксии плода, так если в 2009г. было 9,8%, то в 2011г. - 6,4% случаев. Несомненно, есть достоверное снижение показаний к оперативным родоразрешениям по совокупности причин, так если в 2009г. этот показатель был 17%, то в 2011г. составил только 3% случаев. Количество оперативных родоразрешений по причине экстрагенитальной патологии также имеет тенденцию к снижению, так в 2009 г. данный показатель составлял 13,3%, а в 2011г. – 4,3% случаев. Однако, наблюдается рост оперативных родоразрешений за счет рубцов на матке, так в 2009 г. было 29,5%, а в 2011г. – 34,9% случаев. Данное обстоятельство указывает на рост несостоятельных рубцов на матке, также на сочетание нескольких факторов риска, что значительно затрудняет ведение родов консервативным путем при рубцах на матке. Учитывая, что на первом месте среди причин материнской смертности заняли роды, осложненные кровотечением, необходимо отметить снижение родов, осложненных

Рисунок 2. Роды, осложненные кровотечением, за 9 месяцев 2010-2011 гг. в ГПЦ (в %) (кровопотери до 1 л и свыше).



составил 13,5%.

При проведении сравнительного

анализа по годам за 2009-2011гг. выявлен более низкий процент показаний к оперативным родоразрешениям. Так, по причине преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты прооперированы в 2009г. 11,5%, в то время как, в 2011г. - 10,1% женщин. Следует отметить значимое снижение показаний для операций кесарево сечение по поводу возникшей внутриутробной гипоксии плода, так если в 2009г. было 9,8%, то в 2011г. - 6,4% случаев. Несомненно, есть достоверное снижение показаний к оперативным родоразрешениям по совокупности причин, так если в 2009г. этот показатель был 17%, то в 2011г. составил только 3% случаев. Количество оперативных родоразрешений по причине экстрагенитальной патологии также имеет тенденцию к снижению, так в 2009 г. данный показатель составлял 13,3%, а в 2011г. – 4,3% случаев. Однако, наблюдается рост оперативных родоразрешений за счет рубцов на матке, так в 2009 г. было 29,5%, а в 2011г. – 34,9% случаев. Данное обстоятельство указывает на рост несостоятельных рубцов на матке, также на сочетание нескольких факторов риска, что значительно затрудняет ведение родов консервативным путем при рубцах на матке. Учитывая, что на первом месте среди причин материнской смертности заняли роды, осложненные кровотечением, необходимо отметить снижение родов, осложненных

Как видно из рисунка 2, уровень потери крови до 1 литра имел тенденцию к повышению с 18,4% до 58,9% и, напротив, уровень потери крови выше 1 литра достоверно снизился с 81,6% до 41,1% случаев. При анализе причин кровотечений в 2011 г. было выявлено в 48% случаев - гипотония матки, в 24% случаев кровотечений - приращение плаценты и в 20% случаев - миома матки. Несомненно, для снижения материнской смертности от акушерских кровотечений в целом по Республике вышеуказанные данные показывают эффективность технологий при их своевременном и правильном применении, начиная с первичного уровня до третичного уровня лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ).

Роды, осложненные гипертензивным состоянием, наравне с акушерскими кровотечениями заслуживают более пристального внимания. Известно, что преэклампсия тяжелой степени (ПТС) в структуре причин материнской смертности по нашей Республике занимает одно из ведущих мест на протяжении последних трех десятилетий [1,3,4,5]. Так, при проведении сравнительного анализа ПТС составила за 2010 г. и 2011 г. соответственно 22,7% и 35,4%, что указывает на рост ПТС. В то же время, число эклампсий имеет тенденцию к снижению как положительный результат своевременного прерывания беременности и не доведения до крайних состояний. За 2010 г. и 2011 г. данный показатель составил соответственно 1,1% и 0,1%. Внедрение в практику ГПЦ «Эффективного Перинатального Ухода» привело к корректному применению клинических протоколов по ведению родов при ПТС. Результатом этого явилось снижение оперативных родоразрешений при ПТС в 2011 г. (44% случаев) по сравнению с 2010 г. (68% случаев). Соответственно роды консервативным путем при ПТС увеличились в 2011 г. (56%) по сравнению с 2010 г. (32% случаев).

В целом, снижение материнской смертности по ГПЦ в 2011 г. было до 25,5 на 100 тысяч живорожденных (2010 г. - 38,9 на 100 тысяч живорожденных) расцениваем как значимый результат внедрения технологий

«ЭПУ» в практику ГПЦ

Заключение.

Таким образом, с внедрением технологии «ЭПУ» в практику ГПЦ получены положительные результаты. В 2011 г. снизилась материнская смертность до 25,5 на 100 тысяч живорожденных по сравнению с 2010 г. (38,9 на 100 тысяч живорожденных). Снизилось количество родов оперативным путем при ПТС, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, экстрагенитальным причинам, по совокупности причин, по причине возникновения гипоксических состояний плодов. Уменьшились роды, осложненные кровотечением. Однако, имеется тенденция роста оперативного родоразрешения по причине рубца на матке.

При проведении мониторинга по работе ГПЦ с «ЭПУ» выявлены некоторые проблемы такие как:

1. Недостаточный мониторинг родильниц в раннем и послеродовом периоде.
2. Недооценка тяжести состояния, тяжести кровопотери.
3. Позднее оперативное вмешательство.
4. Недостаточная преемственность между ГПЦ и ЦСМ.

Для решения поставленных задач в ГПЦ проведены в 2011 г. следующие мероприятия: Международный семинар по обучению сотрудников технологиям «ЭПУ», ЮСАИД, «Система повышения качества», ЮСАИД; проект «Качественное здравоохранение», обучены заведующие отделениями; семинар «Самооценка тестирования новых стандартов», ГПЦ, МАК, создан «Комитет качества» приказ №37 по ГПЦ; создана «Инициативная группа по внедрению ЭП»; организован круглый стол «Преемственность между ГПЦ и ЦСМ по внедрению ЭПУ». Намечен план мероприятий на 2012-2013 гг. по улучшению качества оказания медицинской помощи по ГПЦ в целом.

Приоритетными областями в любой системе здравоохранения являются улучшение качества ухода и сокращения частоты медицинских ошибок. В настоящее время

сохраняется потребность улучшения качества оказания медицинских услуг беременным женщинам и родильницам. Главная цель, которой поддержание сильных сторон существующей системы здравоохранения и концентрация на том, какие стороны перинатальных технологий необходимо улучшить.

Литература:

1. «О состоянии службы материнства и детства в г. Бишкек, Чуйской, Нарынской областях за 9 месяцев 2011г» Решение коллегии №1-2 от 20.01.2012г.
2. Мусуралиев М.С., Насирдинова Ж.М., Джетигенова С.А., Исакова Ж.К., Продхананга Р. Некоторые аспекты становления менархе и репродуктивная функция жительниц высокогорья Кыргызстана, Непала и Йемена. // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, №1, Бишкек, 2009, - С 195—198.
3. Насирдинова Ж.М., Исакова, Сексенбаева Д.Б. Акушерские и перинатальные аспекты внедрений ЭПУ в практику Городского Перинатального Центра (ГПЦ). // Здравоохранение Кыргызстана, - №2, - Бишкек, - 2011, С. – 89-92.
4. Насирдинова Ж.М. Акушерские и перинатальные аспекты течения беременности и родов у жительниц гор при ОПГ - гестозах. //Пластичность и реактивность организма органов, тканей и клеток. Бишкек. - 1997. 223-228 с.
5. Насирдинова Ж.М., Исакова Ж.К., Мусуралиев М.С. Перинатальные и акушерские аспекты при беременности осложненной преэклампсией. //Социология медицины, №2, Бишкек, 2009г. С.119-121.
6. Мэррэй Энкин, Марк Кейрс, Джеймс Нейлсон и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. Перевод с англ. под ред. А.В. Михайлова, Из-во «Петрополис», Санкт-Петербург, 2003г. -231с.

СОХРАНЕНИЕ ОБЪЕМА КОСТНОЙ ТКАНИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА

Нуритдинов Р.М.

Кыргызско – Российский Славянский Университет им. Б.Н. Ельцина,

Бишкек Кыргызская Республика

Резюме: В данной статье рассматривается методика удаления зубов, с сохранением объема костной ткани альвеолярного отростка и с одномоментной имплантацией.

Ключевые слова: альвеолярный отросток, оральные винтовые имплантаты, наночастицы серебра, биорезорбируемая мембрана

ТИШТИ АЛДУРУУДАН КИЙИН АЛЬВЕОЛЯРДЫК ОСУНДУНУН СООК ТКАНЫНЫН КОЛОМУН САКТОО

Нуритдинов Р.М.

Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Славян университети,

Кыргыз Республикасы, Бишкек

Резюме: Бул макалада альвеолярдык осундунун соок тканыннын колумун сактоо жана ошол эле учурдагы имплантациянын жасалышы менен тийгизерди алыруу ыкмасы карылып жатат.

Негизги сөздөр: Альвеолярдык осунуу, оралдык буралма импланттар, кудуш нанобөлүкчөлөр, биорезорбиргучу мембрана.

PRESERVATION OF THE VOLUME OF BONE TISSUE OF ALVEO- LAR PROCESS AFTER DENTAL EXTRACTION

Nuritdinov R.M.

Kyrgyz state Russian Slavic University named after Eltsin B.N.,

Institute of chemistry NAS K.R.

esume: This article considers the method of dental extraction preserving the volume of bone tissue of alveolar process and one moment implantation.

Key words: alveolar process, dental screw implants, silver nanoparticles, bioresorbed membrane.

В стоматологии и челюстно-лицевой хирургии поиск путей оптимизации репаративного остеогенеза связан с развитием имплантологии, а также совершенствованием хирургических вмешательств на челюстях и других костях лицевого скелета по поводу самых разнообразных стоматологических заболеваний (периодонтиты, кисты, пародонтиты, новообразования и др.), или врожденных и приобретенных дефектов и деформаций лица и скелета [3].

Одной из основных проблем хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии является восстановление костных структур, утраченных в результате процессов, травм, операций и т.д. Восстановление или сохранение анатомической целостности и функции костей

верхней и нижней челюстей является основной целью хирургического замещения костных дефектов [4].

Реконструкция альвеолярной кости при проведении стоматологического и имплантологического лечения, представляет собой непростую задачу для хирурга. Времена, когда недостаточный объем кости является противопоказанием к установке имплантатов уже прошли [6].

В настоящее время имплантация у пациентов с достаточным объемом костной ткани характеризуется предсказуемыми результатами и высокой приживаемостью [8].

Однако при недостаточном количестве или низкой плотности кости у пациентов с полной или частичной адентией наблюдается высокий

уровень несостоятельности имплантатов, особенно в боковых отделах верхней челюсти [12].

Вне сомнения, недостаточная высота и ширина кости являются веским противопоказанием для внутрикостных, корневидных имплантатов. Это всё чаще встречающееся обстоятельство, которое ранее рассматривалось как обычная, возрастная атрофия челюстных костей, сегодня считается, как нам известно, следствием удаления зубов. Экстракция всегда влечет за собой уменьшение оставшегося челюстного отростка. Статистически выявлено, что эта атрофия за короткий промежуток времени от 2 до 3 лет ведет к потерям кости от 40% до 60% и прогрессирует со скоростью от 0,25% до 0,5% в год. Предотвратить данный процесс возможно только благодаря моментальному, после операции, заполнению альвеолы в виде так называемой терапии сохранения челюстного гребня. Всё большую популярность завоевывает лечение моментальной имплантацией после экстракции. Благодаря вживлению после экстракции зуба моментально и одномоментно в комбинации с костной пластикой, с применением биоматериалов и резорбируемой или нерезорбируемой мембраной, предотвращается естественная атрофия челюстной кости, так как кость сохраняет свою задачу, то есть укрепление корневой формы зуба для жевательной функции. Это достигается прежде, чем разовьется атрофия после экстракции [1].

Немедленная зубная имплантация после удаления зуба бывает успешной в 93,9% – 100 % случаев [14].

Большой интерес представляют результаты многочисленных исследований по регенерации костной ткани, при заполнении костных дефектов при хирургических вмешательствах на челюстях и альвеолярной кости – после удаления зуба [2, 7].

На развитие методики немедленной имплантации в значительной степени повлиял первый положительный клинический опыт, полученный G. Niznik [5].

Немедленная имплантация в альвеолы конструкций в форме зуба разработана экспериментально [11, 13] и внедрена в клинику многими авторами [9, 10].

Цель исследования. Совершенствование

методики удаления зуба с одномоментной имплантацией и сохранение объема и высоты альвеолярного отростка с применением нанотехнологий.

Материал и методы исследования. В период с 2008 по 2011 гг. в клинику обратились 10 человек с различными формами периодонтита и частичной потерей зубов, у которых были абсолютные показания к удалению зубов. Все пациенты были обследованы. В объем обследования включались: сбор анамнеза, общий осмотр, обследование полости рта, инструментальное обследование пораженных зубов и беззубых отделов альвеолярных отростков, изучение диагностических моделей челюстей, рентгенологические методы обследования. По предварительным результатам обследования выявлялись абсолютные и относительные противопоказания к операции удаления зуба и одномоментной установке дентальных имплантатов и наращивания альвеолярного отростка челюстей. При этом учитывались стадии хронического периодонтита, виды дефектов зубных рядов, степень атрофии костной ткани, объем и локализация дефектов зубных рядов. Также выяснена этиология возникших хронических периодонтитов и потери зубов. Всего проведено 10 оперативных вмешательств по удалению зубов и одномоментной установке дентальных имплантатов. 3-м пациентам было произведена операция удаления зуба с одномоментной установкой дентального имплантата и сохранение альвеолярного гребня челюсти. Одному пациенту была произведена операция удаления пластинчатого имплантата с одномоментной установкой винтовых двухэтапных имплантатов с сохранением альвеолярного отростка. 6 пациентам была произведена операция удаления зуба с одномоментной установкой дентальных имплантатов в соседние и отдаленные беззубые участки челюстей. Всего было установлено 27 двухэтапных винтовых имплантатов фирмы «Alpha-Bio». В качестве костнопластического материала использовалась стоматологическая губка «Стимулл-Осс», обработанная азотнокислым нанораствором наночастиц меди. Также использовали биорезорбируемые мембраны «Пародонкол».

Методика проведения операции.

Перед оперативным вмешательством, предварительно брали стоматологическую

губку «Стимулл–Осс», ложили её в стерильную чашку Петри. Губку слегка смачивали дистиллированной водой. Миллилитровой пипеткой капали на губку 0,02 мл азотнокислый нанораствор меди. Для восстановления наночастиц меди в губке, установили 3 кварцевые бактерицидные лампы (по 30 ватт каждая) рядом и зафиксировали их. Чашку Петри с губкой поставили между 3-мя лампами и включили их на 30 мин. Далее по стандартной методике производили атравматичное удаление зубов, устанавливали дентальный имплантат. В пришеечной части имплантата укладывали кусочки губки «Стимулл–Осс», затем устанавливали биорезорбируемую мембрану «Пародонкол» и герметично ушивали слизисто–надкостничные лоскуты. В остальных беззубых участках челюстей устанавливались дентальные имплантаты по стандартной методике.

Результаты и их обсуждение. У всех пациентов ранний послеоперационный период протекал без осложнений. Через 3 и 6 месяцев после операции выполнялось клинико–рентгенологическое обследование пациентов. Данные этого обследования показали, что у всех 10 пациентов отмечалось наличие полноценной остеоинтеграции имплантатов, образование органотипичного костного регенерата после удаления зубов и установки имплантатов. У всех пациентов отсутствовали признаки воспаления околоимплантатных тканей, отсутствие подвижности имплантатов и протезов. По рентгенологическим данным отмечалось отсутствие признаков резорбции кости в области шеек имплантатов.

Исходя из всего, результаты оперативного вмешательства оценивались как положительные. Таким образом, удаление зубов с одномоментной установкой имплантатов и применение стоматологической губки «Стимулл–Осс» обработанной азотнокислым нанораствором наночастиц меди и биорезорбируемой мембраной, позволяет достигнуть очень хороших результатов.

Литература

1. Ашман А. Вживление имплантатов в челюстные отростки после заполнения костного гребня синтетическим костным трансплантатом Bioplant–HTR // Клиническая стоматология. – 2001. – №4. – С. 56–59.
2. Григорьянц А.П. Обоснование применения препаратов на основе гидроксилapatита при хирургических вмешательствах на челюстях: Дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21. – СПб, 1994. – 138 с.
3. Иорданишвили А.К., Гололобов В.Г. Репаративный остеогенез: теоретические и прикладные аспекты проблемы // Пародонтология. – 2002 – №1–2 – С.22–31
4. Корляков Д.В. Профилактика атрофии альвеолярного отростка челюсти после удаления зуба: Автореф. Дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21. Московский медицинский стоматологический университет. – Пермь, 2007. – 24 с.
5. Робустова Т.Т. Имплантация зубов. Хирургические аспекты. – М.: Медицина, 2003. – 557 с.
6. Федерико Эрнандес Альфаро. Костная пластика в стоматологической имплантологии. – Москва, Санкт–Петербург, Киев, Алматы, Вильнюс: Азбука, 2006. – 235 с.
7. Хамраев Т.К. с соавт. Восстановление костных дефектов челюстей гидроксилapatитовым коллагеновым биоконкомпозитным материалом // Матер. конф.: Вопросы организации и экономики в стоматологии. – Екатеринбург – 1994. – С.135–136.
8. Adell R., Eriksson B., Lekholm U., Branemark P.I. Osseointegrated implants in the treatment of totally edentulous jaws // J. Oral Maxillofac. Implants. – 1990. – № 5. – P. 347–359.
9. Annorosh G., Hedstrom K., Kjellmann O., Kondell P., Nordenram A. Endosseous titanium implant in extraction sites // J. Oral. Surg. – 1985. – Vol.14 – P. 50–54.
10. Ashman A. An immediate tooth roof replacement: an implant cylinder and synthetic bone combination // J. Oral. Implantol. – 1990. – Vol. 16. – P. 28–38.
11. Barzlay I. Immediat Implants: their current status // Int J Prosth – 1993. – Vol.6. – P.169
12. Esposito M., Hirsch J.M., Lekholm U., Thomsen P. Biological factors contributing to failures of osseointegrated oral implants. Success criteria and epidemiology // Bur J Oral. Sci. – 1998. – №106. – P. 527–551.
13. Nail G., Stain S., Kohn M., Waite D. Evolution of endosseous implants placed in fresh extraction sites in dogs // J. Dent. Res. – 1990. – Vol 69 – P. 347.
14. Schwarts–Arad D., Chaushu G. The ways and wherefores of immediate placement of implants into fresh extraction sites: a literature review // J. Periodontol. – 1997. – Vol.68. – №10. – P. 915–923.

СТИМУЛЯЦИЯ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ЧЕЛЮСТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НАНОЧАСТИЦ СЕРЕБРА

Нуритдинов Р.М., Заречнова Н.Н., Юлдашев И.М., Сулайманкулова С.К.

Кыргызско-Российский Славянский институт им. Б.Н. Ельцина,
ИХ и ХТ НАН КР,

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Проблема атрофии костной ткани после удаления зубов является одним из важнейших вопросов в современной стоматологии, так как значительная атрофия костной ткани челюстей делает невозможным проведение внутрикостной имплантации.

Применение стоматологической губки «Стимул-Осс» смоченной азотнокислым нанораствором серебра стимулирует регенерацию костной ткани челюстей и может использоваться на этапах дентальной имплантации.

ЖААКТЫН СӨӨК ТКАНДАРЫНЫН РЕГЕНЕРАЦИЯЛЫК СТИМУЛЯЦИЯСЫ КАБЫРГАНЫН БӨЛҮКТӨРҮН КОЛДОНУУ АРКЫЛУУ

Нуритдинов Р.М., Заречнова Н.Н., Юлдашев И.М., Сулайманкулова С.К.

Б.Н.Ельцин атындагы Кыргыз-Россия Славян Университети,
Химия институту МИА КР,

Бишкек, Кыргыз республикасы

Корутунду: Күмүштүн нанобөлүкчөлөрүн колдонуу менен жаактардын сөөк тканын өз калыбына келтирүүгө түрткү берүү.

Титирон алдыруудан кийин жаактардын сөөк тканынын бир кыйла атрофиясынын натыйжасында, сөөк ичине имплантацияны жасоонун болбогондугу изыкы стоматологиянын маанилүү маселелеринен болуп жатат.

Күмүштүн азоткычкылынын эритмесине малынган стоматологиялык «Стимул Осс» губкасынын колдонулушу жаактардын сөөк тканын калыбына келтирет жана денталдык имплантация мезгилдеринде пайдаланууга болот.

STIMULATION REGENERATION OF JAW BONE TISSUE USING NANOPARTICLES OF SILVER.

Nuritdinov R.M., Zarechnova N.N., Uildashev I.M., Sulaimankulova S.K.

Kyrgyz state Russian Slavic University named after Eltsin B.N.,
Institute of chemistry NAS K.R.,

Bishkek, Kyrgyz Republic

Rezume: The problem of bone tissue atrophy after dental extraction is one of the important questions in modern stomatology, as considerable atrophy jaw bone tissue makes impossible to carry out intraosteal implantation.

The use of stomatological sponge «Stimul Oss» wetted by nitrogen acid silver stimulated the regeneration of jaw bone tissue and can be used during dental implantation stage.

В последние годы в Кыргызской республике отмечается существенный рост поражаемости населения наиболее распространенными заболеваниями зубочелюстной системы — кариесом зубов и патологией тканей пародонта (Сабурова Л.Б. с соавт., 1997). В связи с ростом основных стоматологических заболеваний до 80-90% возросла частота утраты зубов, а число лиц нуждающихся в зубном протезировании

достигло 70-80% (Миргазимов М.З., 1993)

В наш век высокого научно-технического прогресса съемные протезы не удовлетворяют пациентов молодого и среднего возраста, как в функциональном, так и в эстетическом отношении, так как заставляют их чувствовать свою неполноценность, оказывают отрицательное моральное воздействие и в целом являются препятствием к активной

профессиональной и социальной жизни.

У пациентов имеющих включенные и концевые дефекты из известных методов, лишь дентальная имплантация позволяет расширить показания к использованию несъемных протезов.

Одним из факторов, препятствующих зубной имплантации является тяжелая степень атрофии альвеолярной кости. Достаточная высота и ширина альвеолярной кости является важнейшим фактором оптимального восстановления жевательной функции и эстетики при протезировании с использованием дентальных имплантатов. Уменьшение объема альвеолярного гребня вследствие прогрессирующей атрофии костной ткани снижает возможности применения внутрикостной имплантации из-за высокой степени вероятности повреждения нижнечелюстного нерва, перфорации дна и разрыва слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи ()

Экстракция зубов всегда влечет за собой уменьшение оставшегося альвеолярного отростка. Статистически выявлено, что эта атрофия за короткий промежуток времени от 2 до 3 лет ведет к потерям от 40% до 60% и прогрессирует со скоростью от 0,25% до 0,5% в год. Предотвратить данный процесс возможно только благодаря моментальному, после операции удаления зуба, заполнению альвеолы в виде так называемой терапии сохранения челюстного гребня ()

Известны различные формы патологических процессов в альвеолярных отростках челюстей (хронический гранулематозный периодонтит, одонтогенные кистогранулемы и кисты, пародонтит, различные доброкачественные новообразования), оперативное лечение которых является составной частью реконструктивной хирургии. Однако и сами по себе эти заболевания, вызывающие увеличение резорбции и дефекты кости, как и радикальные мероприятия по их устранению, сопровождаются локальной и генерализованной утратой костной ткани. В связи с этим особую актуальность приобретает возможность использования при таких операциях средств, воздействующих на репаративный остеогенез ()

На сегодняшний день применяется довольнобольшоеколичествоостеопластических

материалов, однако все они имеют определенные недостатки. Поэтому крайне важны дальнейшие исследования, направленные на выявление, поиск, разработку и обоснование применения остеопластических средств — оптимизаторов остеогенеза — при хирургическом лечении указанных дефектов челюстей.

Цель исследования: Изучить влияние наночастиц серебра на регенерацию костной ткани челюстей при повреждении

Материал и методы исследования:

Эксперимент выполнен на 12 половозрелых беспородных кроликах массой 2,0-2,5 кг. Животные были распределены на 3 группы. Перед оперативным вмешательством стоматологическую губку «Стимул-Осс» пропитывали нанорастворами серебра, затем обрабатывали ультрафиолетовым облучением для восстановления катионов серебра до наночастиц серебра.

Экспериментальным животным вводили по 0,3-0,4 мл наркоза «Кетамин» из расчета 1 мг на 1 кг массы тела. Угол нижней челюсти выбривали. Местно вводили инфильтрационную анестезию Sol. Lidocaini 2% - 0,5 мл, произвели разрез - 2 см. Лоскут отслаивался, скелетировался угол нижней челюсти. Искусственный дефект костной ткани нижней челюсти создавали при помощи портативной бормашины шаровидным бором. под обильным охлаждением физиологическим раствором. Размер дефекта 1,0 x 0,5 см. В дефект укладывали стоматологическую губку «Стимул-Осс» обработанную азотнокислым нанораствором серебра 1,0%. Дефект с губкой изолировали биорезорбируемой мембраной «Пародонкол». Рану наглухо ушивали. Животные выводились из эксперимента на 14, 30, 90 сутки, передозировкой наркоза «Кетамин», после операции по 4 кролика на срок исследования.

Результаты и их обсуждение. Как показали наши наблюдения, после операционный период протекал без осложнений у всех экспериментальных животных. Рана сухая, без гнойно-экссудативных выделений. Швы стабильны, аппетит сохранен. При гистологическом исследовании на 14 сутки место повреждения кости представлено соединительно-тканым рубцом, состоящим из толстых коллагеновых волокон и клеточных

скоплений фибробластов (Рис.1). Среди соединительной ткани лежат костные перекладины из основного вещества, красящегося оксифильно и окружающих его остеобластов. В соединительной ткани скопления остеокластов, формирующих лакуны. Костные перекладины формируют губчатую пластинчатую костную ткань (Рис.2).

Через месяц наблюдения, место повреждения кости занято костными перекладинами, между которыми сохраняются участки плотной соединительной ткани, состоящей из толстых коллагеновых волокон (Рис. 3). По периферии костных перекладин расположены остеобласты. Среди плотной соединительной ткани обнаруживаются остеокласты, формирующие полости, для вхождения остеобластов и роста сосудов, при формировании костных перекладин (Рис.4).

По периферии регенерата вновь образованные костные перекладины, сливаются с участками старой кости. В этих участках идет замена губчатого расположения костных перекладин на компактную.

Через 3 месяца наблюдения регенерат почти целиком представлен губчатой и компактной пластинчатой костной тканью. Компактная пластинчатая костная ткань лежит по периферии регенерата, сливаясь со старой костью. Во вновь образованной компактной пластинчатой костной ткани по периферии пластинок лежат остеобласты. В толще пластинок дифференцированные остециты (Рис. 5). В центре регенерата перекладины губчатой пластинчатой костной ткани, между которыми небольшие очаги плотной соединительной ткани. В соединительнотканых прослойках расположены остеокласты, формирующие полости, в которые врастают сосуды, вдоль них лежат остеобласты, образующие пластинки остеона (Рис. 6).

Таким образом, заживление дефекта кости идет с образованием плотной волокнистой, неоформленной соединительной ткани, в последующем замещающейся в основном — губчатой костной тканью.

В наших опытах образование кости идет по типу прямого остеогенеза из грануляционной соединительной ткани, а не путем отрастания от краев кости в области дефекта

Литература

1. Ашман А. Вживление имплантата в челюстные отростки после заполнения костного гребня синтетическим костным трансплантатом BioPlant — HTR: Часть 1 // Клиническая стоматология. — 2001. — №4 — С.56-59.
2. Грудянов А.И., Панасюк А.Ф., Бекова С.Ф. Использование биокомпозиционного остеопластического материала «алюматрикс-имплант» при хирургическом лечении воспалительных заболеваний пародонта // Пародонтология. — 2003. - №4. — С.39-43
3. Камалян А.В. Использование техники открытого синус-лифтинга при выполнении имплантологических вмешательств // www.implantolog.net
4. Кулаков А.А., Федоровская Л.Н., Ахмадова М.А. Увеличение объема костной ткани альвеолярного отростка при его атрофии на этапах зубной имплантации // Проблемы стоматологии. — 2001. — №4 (14). — С.69-72.
5. Кулаков В.А., Абдуллаев Ф.М. Непосредственная имплантация в эксперименте и клинике // Клиническая стоматология. — 2002. — №1. — С.48-52.
6. Лосев Ф.Ф. Использование принципа направленной регенерации костной ткани в имплантологии (обзор зарубежной печати) // Стоматология для всех. — 1998. — №4 — С.42-46.
7. Лосев Ф.Ф., Жарков А.В., Дмитриев В.М. Применение метода направленной тканевой регенерации для костной пластики при различной степени атрофии альвеолярного отростка челюстей // Российский вестник дентальной имплантологии. — 2003 — №3-4. — С.40-46.
8. Миргазимов М.З., 1993
9. Никольский В.Ю. Морфологический анализ репаративного остеогенеза при непосредственной дентальной имплантации в эксперименте на кроликах // Стоматология. — 2005 - №3. — С.23-24.
10. Сабурова Л.Б. с соавторами. Разработка и внедрение средств профилактики стоматологических заболеваний и актуальные вопросы стоматологии в Кыргызстане — Бишкек, 1997. — С. 9-13.
11. Трунин Д.А., Волова Л.Т., Беззубов А.Е., Кириллова В.П., Белозерцева В.А. Особенности регенерации костной ткани при использовании остеопластических материалов в эксперименте.

СОСТОЯНИЕ КАДРОВОГО СОСТАВА И ОРГАНИЗАЦИОННО-УПРАВЛЕНЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ СОБСТВЕННОСТИ (НА ПРИМЕРЕ ЧУЙСКОЙ ОБЛАСТИ)

Жумабеков А.И., Акынбеков К.У.

Кыргызская государственная медицинская академия им И К Ахунбаева,
кафедра «Общественного здоровья и здравоохранения».

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье представлены статистические данные с 2005 – 2010 гг. в период проведения реформ в здравоохранении на примере общереспубликанских данных и Чуйской области. Выявлены проблемы организационной структуры и кадровой обеспеченности стоматологической помощи населению региона. В статье также предложены пути дальнейшей оптимизации управления деятельности стоматологической службы на областном уровне.

Ключевые слова: стоматологическая служба, реформа, организация, кадровый состав, эффективность, качество, пути оптимизации.

СТОМАТОЛОГИЯЛЫК КЫЗМАТТЫН АР КАНДАЙ ТҮРЛӨРҮНДӨ КАДРЛАРЫНЫН КУРАМЫНЫН ЖАНА УЮШТУРУУЧУЛУК-БАШКАРУУЧУЛУК СТРУКТУРАСЫНЫН АБАЛЫ (ЧУЙ ОБЛАСТЫНЫН МИСАЛЫНДА)

Жумабеков А.И., Акынбеков К.У.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы,
«Коомдук ден соолук жана саламаттык сактоо» кафедрасы,

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Коротунду: Макалада Чуй областынын жана жалпы республикатык маалыматтарын мисалында саламаттык сактоо системасында реформа жүргүзүү мезгилинде 2005-2010 – жылдардагы статистикалык маалыматтар берилген. Аймактын калкына стоматологиялык жардам берүүнүн уюштуруучулук структурасынын жана кадрдык камсыздыгынын койгөйлөрү аныкталган. Стоматологиялык кызматтын ишмердүүлүгүн башкарууну мындан ары областтык деңгээлде оптимизациялоо жолдору сунушталган.

Негизги сөздөр: стоматологиялык кызмат, реформа, уюштуруучулук, кадрдык курам, эффективдүүлүк, сапат, оптимизациялоо жолдору.

CONDITION OF CADRE AND INSTITUTIONAL- MANAGEMENT STRUCTURE OF DENTAL SERVICE AT DIFFERENT FORM OF PROPERTY (CHUI OBLAST CASE OF STUDY)

Zhumabekov A.I., Akynbekov K.U.

Kyrgyz State Medical Academy named after Ahunbaev I.K.,
“Public health and healthcare” chair,

Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. Statistical data from 2005 – 2010 years is provided in the article in the period of carrying out of reform in public health, republic-wide data and Chui oblast case study. Problems of organization structure and cadre structure of dental health service of region population are revealed. Ways of further optimization of management of dental service activity on oblast level are offered in the article.

Key words: dental service, reform, management, cadre, effectiveness, quality, ways of optimization

Введение. Одной из основных целей социальной политики, проводимой во всём мире, является обеспечение для каждого гражданина такого уровня жизни, который позволит жить продуктивно в социальном и экономическом плане и максимально долго. В то же время данные медицинской статистики, результаты эпидемиологических научных исследований свидетельствуют о неблагоприятных тенденциях в состоянии здоровья человека [9], в том числе стоматологического [1,8].

В связи с этим возник ряд проблем организационно-экономического характера, одной из которых является планирование и управление стоматологической службой [2,4,5,6,7].

Исходя из вышеизложенного, целью исследования явилось изучение фактического состояния организационно-управленческой структуры стоматологической службы и кадрового состава стоматологических учреждений различной формы собственности в Чуйской области.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ отечественных и зарубежных литературных данных по общественному здоровью и здравоохранению, а также по стоматологии.

Произвели ретроспективный анализ

центра при Министерстве здравоохранения КР [3], Чуйского областного медико-информационного центра с 2005–2010 гг. Также проведен социологический опрос среди врачей-стоматологов государственных и частных стоматологических структур.

Результаты и их обсуждение. Количество стоматологических отделений и кабинетов в составе организаций здравоохранения в Чуйской области сократилось на 7 (50%) единиц, а число бюджетных и хозрасчетных клиник осталось без изменений (табл. 1).

За период с 2005 – 2010гг. в Чуйской области организованы 36 частных стоматологических структур (отделения, кабинеты), которые размещены в городах области. Сеть частных стоматологических структур широко внедрена в г. Токмок и г. Кара-Балта. Имеются частные стоматологические отделения, открыты частные зуботехнические лаборатории. Активное развитие сети частных стоматологических платных отделений и кабинетов (темп прироста +200%) несколько снижает обращаемость за стоматологической помощью в государственные стоматологические учреждения. Важно указать на то, что первичной профилактикой стоматологических заболеваний и плановой профилактической работой частные стоматологи не занимаются. Отсутствие

Таблица 1 – Сеть стоматологических структур в Чуйской области

Показатели (в абс. числах)	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Темп прироста (убытия) (%)
Число самостоятельных стоматологических поликлиник (бюджетных и хозрасчетных)	4	4	4	4	4	4	0
Число организаций здравоохранения, имеющих стоматологические отделения	14	11	9	7	7	7	-50
Число частных стоматологических структур	12	15	19	23	31	36	+200

официальных статистических данных официальной отчетности негосударственных
Республиканского медико-информационного структур в стоматологической службе

позволяет определить объем их работы.

Далее в статье представлены сведения о состоянии показателей стоматологической службы с 2005 – 2010 гг. (см. табл. 2,3).

По данным таблиц 2 и 3 видно, что в период с 2005 – 2007 гг. численность населения, которые были осмотрены в порядке профилактических осмотров, увеличилось по республике на +13%, по Чуйской области на +16% (темпы прироста). Начиная с 2008 – 2010 гг., темпы прироста профилактических осмотров по республике составило +15%, по области

и ещё больше (43%) в Чуйской области, а с 2008 - 2010 гг. эти данные были без изменения. Планово-профилактическая работа – процент санированных из числа нуждавшихся в санации полости рта у взрослых и подростков имеет тенденцию к увеличению. Из таблиц видно, что темпы прироста санированных в республике гораздо выше (+21%), чем в регионе (+18%).

Число лиц, получивших зубные протезы, в расчете на 10000 населения, по республике увеличилось на +1%, а по Чуйской области сократилось на -20%. Причиной спада

Таблица 2 - Показатели состояния стоматологической службы Чуйской области за 2005-2007 гг.

Показатели (абс.)	Кыргызская Республика			Темп прироста (убытия) (%)	Темпы роста (%)	Чуйская область			Темп прироста (убытия) (%)	Темпы роста (%)
	2005	2006	2007			2005	2006	2007		
Запломбировано зубов	999979	893647	1020794	-	-	115250	115511	123611	-	-
Удалено зубов	355072	302691	331116	-	-	61325	41117	36672	-	-
Соотношение удаленных и запломбированных зубов	0,35	0,33	0,32	-9	91	0,53	0,35	0,3	-43	57
Число лиц, получивших зубные протезы	25981	30076	30495	+17	117	3451	2895	3425	-0,1	99
Число лиц, осмотренных в порядке проф. осмотров (абс.числ.)	850406	730836	966971	+13	113	138329	133813	161480	+16	116
Санитарованы в % взр. и подр.	73,8	73,0	71,6	-3	97	63,2	63,7	59,8	-6	94

+9%. Доля населения Чуйского региона, охватываемого профилактическими осмотрами стоматологов, за этот период времени сократилась на 7%. Соотношение удаленных и запломбированных зубов с 2005 – 2007 гг. по республике составляло -9%, по области -43%. т.е. по республике удаленных зубов в 2005 году было больше сравнительно с 2007 г. (9%)

стоматологических услуг в регионе явилось не только сокращение мощности и ресурсного обеспечения стоматологических учреждений, но и снижение производительности специалистов, а также за счет сокращений нагрузок на врачей стоматологического профиля и зубных техников.

Анализ статистических данных профилактической и лечебной работы врачей

Таблица 3 - Показатели состояния стоматологической службы Чуйской области за 2008-2010 гг.

Показатели (абс.)	Кыргызская Республика			Темп прироста (убытия) (%)	Темп роста (%)	Чуйская область			Темп прироста (убытия) (%)	Темп роста (%)
	2008	2009	2010			2008	2009	2010		
Запломбиро- вано зубов	976361	1167416	1071973	-	-	125451	132773	117585	-	-
Удалено зубов	312858	326514	335423	-	-	41794	44087	36208	-	-
Соотношение удаленных и запломбиро- ванных зубов	0,3	0,3	0,3	0	0	0,3	0,3	0,3	0	0
Число лиц получивших зубные про- тезы	28919	34654	29106	+1	100	3152	2947	2498	-20	79
Число лиц осмотренных в порядке проф. осмо- тров (абс. числ.)	986299	991663	1134801	+15	115	168396	178739	184228	+9	109
Санитарованы в % взр. и подр.	75,8	68,0	91,6	+21	121	58,8	64,1	69,2	+18	118

стоматологического профиля в Чуйской области свидетельствует в основном о плохой организации и низком качестве лечебно-профилактической помощи населению. Основная направленность в стоматологии на лечебную работу не способна обеспечить снижение стоматологической заболеваемости. Требуются новые модели взаимоотношений в стоматологической службе.

Следовательно, после сокращений государственных стоматологических структур, стоматологическая помощь в стране оказалась без достаточного контроля со стороны органов здравоохранения. Об этом свидетельствует отсутствие полной отчетности о деятельности частных стоматологических структур.

В организации труда стоматологов и зубных врачей имеется целый ряд недостатков и нерешенных задач, определяющих неудовлетворенность их трудом. Труд специалистов с высшим образованием

(стоматологов) и со средним образованием (зубных врачей) мало чем отличается. Остается нерешенным вопрос рационального использования этих специалистов в соответствии с их профессиональными знаниями и навыками. Следует отметить, что почти каждый второй врач стоматологического профиля в Чуйской области является по специальности зубным врачом, получившим профессиональную подготовку в системе среднего медицинского образования. При этом около 30% кадрового состава врачей государственного сектора стоматологии представлено лицами пенсионного и предпенсионного возраста, причем среди зубных врачей их явное большинство.

Слабым звеном в стоматологии является недостаток медицинских сестер, отсутствие у них специальных знаний и навыков, что ведет к нерациональному использованию труда стоматолога и негативно сказывается на качестве стоматологических услуг. Изучение организации

и затрат рабочего времени стоматологического персонала свидетельствует о том, что труд врачей и медицинских сестер на стоматологическом приеме используется нерационально. Обеспеченность и укомплектованность медицинскими сестрами в государственных стоматологических учреждениях крайне низкая. На 3 врача-стоматолога на терапевтическом приеме в городе приходится одна медицинская сестра. На селе врачи-стоматологи зачастую работают без медицинских сестер.

В новых социально-экономических условиях знаний и навыков отдельного взятого врача-стоматолога теперь уже недостаточно для оказания высококачественных услуг. Врач-стоматолог сегодня работает в составе сложной организационной структуры, включающей в себя множество составляющих и специалистов различного профиля. Насколько хорошо эта структура организована, в значительной мере определяет эффективность и действенность лечения, которое получит пациент, а значит, и достижение наилучшего результата.

Таким образом, из проведенной работы следует, что сокращение государственных стоматологических организаций и уменьшение надзора со стороны государства оказала существенное влияние на состояние современной стоматологической службы. Развилась сеть частных структур, улучшилась материально-техническое оснащение стоматологических клиник, активно внедряются новые технологии. С другой же стороны, слабая управленческая, финансовая, ресурсная, кадровая поддержка профилактической, детской и сельской стоматологии со стороны государства привели к снижению доступности населения в получении качественной стоматологической помощи, росту стоматологической заболеваемости среди сельского населения и подростков.

Уменьшение числа организаций здравоохранения, имеющих стоматологические кабинеты в период с 2005 года по 2010 год почти вдвое. В 2005г. было 14 организаций, к 2010 году составило всего 7, и наоборот увеличения количества частных стоматологических структур.

Анализ кадрового состава показал,

что увеличения либо уменьшения числа врачей-стоматологов в государственных стоматологических структурах с 2005 – 2008 гг. не наблюдалось. Зубные врачи продолжают выполнять труд специалистов с высшим медицинским образованием. Слабым звеном в стоматологии является недостаток медицинских сестер, отсутствие у них специальных знаний и навыков.

Подводя итоги исследования, определили возможность повышения качества и эффективности деятельности стоматологической службы на областном уровне при условии постоянного анализа результатов оказания стоматологической помощи населению на основе изучения удовлетворенности пациентов оказанной помощью, поддержания требуемого уровня качества оказываемых услуг.

Литература:

- 1 Анализ качества работы врачей-стоматологов-терапевтов в зависимости от степени алгоритмизации лечебного процесса / [Ю.М. Максимовский, В.М. Гринин, Г.Р. Древина и др.]. – М.: Стоматолог, 2006. №3. – С. 15-18.
2. Есимов Д.С. Совершенствование технологий управления качеством стоматологической помощи населению Республики Казахстан: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Д.С. Есимов. – Алматы, 2010. – 25 с.
3. «Здоровье населения и деятельность здравоохранения КР» - Бишкек, 2010. – С. 280 – 285.
- 4 Курбетьев С.Г. Научное обоснование системы управления качеством и эффективностью стоматологической помощи в медицинских учреждениях с различной формой собственности в условиях рынка (на примере Хабаровского края): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / С.Г. Курбетьев. – Хабаровск, 2005. – 26 с.
5. Новикова Э.Н. Оптимизация стоматологической помощи населению крупного промышленного центра Сибири: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / Э.Н. Новикова. - Казань, 2009. - 26с.
- 6 Нургазина Г.К. Оценка состояния

стоматологической помощи в Казахстане в до и постприватизационном периоде и разработка рекомендаций по модели управления рынком стоматологических услуг : автореф. дис. ... д-ра. мед. наук : 14.00.33 / Г.К. Нургазина. - Бишкек, 2007. – 33 с.

7. Орозобеков С.Б. Задачи оптимизации стоматологической помощи жителям сельских регионов в контексте формирования системы общественного здравоохранения / С.Б.Орозобеков, И.М.Юлдашев // Научно-

практический журнал медицинские кадры XXI века. - Бишкек, 2005. - №2. – С.5-10.

8. Тё Е.А. Клинико-организационные аспекты формирования перспективной модели стоматологической помощи населению субъекта Федерации : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.33 / Е.А.Тё. - Кемерово, 2004. – 35 с.

9. Donabedian A. The definition of quality and approached to its assessment /A.Donabedian // Ann. Arbor: Administration Press. -1980.

ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СТУДЕНТОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ НИЗКО - И СРЕДНЕГОРЬЯ

Горбылёва К.В., Зарифьян А.Г., Бебинов Е.М.

Кыргызский-Российский Славянский Университет,
Кафедра нормальной и патологической физиологии,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Рассмотрены особенности вегетативного статуса и психофизиологические показатели студентов, проживающих в условиях низко- и среднегорья, выявлены достоверные различия по параметрам кардиоинтервалографии, силы нервной системы, показателям внимания, также освещены половые особенности сравниваемых групп.

Ключевые слова: студенты, вегетативный статус, психофизиологические показатели, низкогорье, среднегорье, юноши, девушки.

ЖАПЫЗ ТООЛУУ ЖАНА ОРТОТООЛУУ АЙМАКТЫН ЖАШООЧУУЛАР СТУДЕНТТЕРДИН ВЕГЕТАТИВДИК СТАТУСУ ЖАНА ПСИХОФИЗИОЛОГИЯЛЫК КӨРСӨТКҮЧТӨРҮ

Горбылёва К.В., Зарифьян А.Г., Бебинов Е.М.

Кыргыз-Орусия Славян Университети,
Нормалдуу жана патологиялык физиология кафедрасы.
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Резюме: Вегетативдик статусунун жана психофизиологиялык көрсөткүчтөрүнүн өзгөчөлүктөрү каралган. Кардиоинтервалографиялык, нерв системасынын бекемдигинин көңүл буруунун көрсөткүчтөрү аныкталган ошондой эле салыштырма топтордун жыныстык өзгөчөлүктөрү чагылдырылган.

Негизги сөздөр: студенттер, вегетативдик статус, психофизиологиялык көрсөткүчтөрү, жапыз тоолук, ортотоолук, кыздар, уландар.

THE VEGETATIVE STATUS AND PSYCHOPHYSIOLOGICAL INDICATORS OF THE STUDENTS LIVING IN CONDITIONS LOW - AND AVERAGE ALTITUDE

Gorbyleva K.V., Zarifyan A.G., Bebinov E.M.

Kyrgyz-Russian Slavic University,
Chair of normal and pathological physiology,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: Features of the vegetative status and psychophysiological indicators of the students living in conditions low - and average altitude are considered, authentic distinctions on parameters cardiovitalography are revealed, forces of nervous system, to attention indicators, also are shined sexual features of compared groups.

Keywords: students, vegetative status, psychophysiological indicators, low altitude, average altitude, young men, girls

Введение. Одним из самых значимых функциональной активности головного мозга в факторов горного климата, влияющих на условиях гипоксического воздействия остается организм, является гипоксия. Адаптация к сложной проблемой, работа над которой ней является сложным процессом, в котором имеет не только теоретическое, но и большое участвуют все органы и системы. Значительный практическое значение. интерес представляет изучение вопроса Судя по имеющимся литературным влияния гипоксии на ЦНС[1] Изменение данным, одной из первых на снижение

Таблица 1

Психофизиологические показатели студентов – проживающих в условиях низко- и среднегорья

Примечание: при сравнении юношей и девушек низко- и среднегорья показатель статистически достоверен :

* - $P<0,05$; ** - $P<0,02$.

показатели	Низкогорье		Среднегорье	
	Юноши n=41	Девушки n=40	Юноши n=49	Девушки n=40
Ситуативная тревожность (баллы)	24,4±1,4**	30±1,8	23,9±1,5	25,9±1,4
Личностная тревожность (баллы)	38,7±1,2**	43,9±1,4	38,9±1,1*	47,2±1,6
Экстраверсия (баллы)	14±0,5	13,8±0,6	14,6±0,5*	13,1±0,6
Нейротизм (баллы)	12±0,7**	14,9±0,6	11,9±0,9**	15,2±0,5
РДО: Точные (%)	29,8±1,9**	23,5±1,8	30±2,3**	20,5±0,6
Ошибочные (%)	70,1±1,9	74,5±2,3	70±2,3	79,4±1,7
Опережение (кол-во)	9,4±0,4*	8±0,5	9±0,7	8,3±0,6
Запаздыв-е (кол-во)	5±0,4**	7,4±0,4	4,9±0,5**	7,6±0,6
время сенсомоторной реакции на свет (сек.)	0,206±0,005	0,211±0,005	0,209±0,004	0,218±0,004
тихий звук	0,199±0,005	0,204±0,006	0,197±0,006	0,212±0,006
средний звук	0,182±0,005**	0,198±0,005	0,185±0,004**	0,206±0,006
громкий звук	0,175±0,005	0,185±0,004	0,177±0,004	0,185±0,006
Частота движений	69,2±1,5**	63,5±0,8	63,6±1,1	62,5±0,9
Сумма	197±3,4**	180,9±2,1	182,4±2,5	179,3±2,1
Скор. вып-ть	1,13±0,016	1,12±0,013	1,09±0,01	1,09±0,01
Коэффициент силы нервной системы (%)	-33,3±6,8	-38,3±4,6	-15,4±6,7	-11,4±9,5
Вним-е: прав-е	17,4±0,8	19,4±0,6	14,7±0,7	16,1±0,7
ошибочные	1,5±0,1	1,5±0,2	1,7±0,2	1,5±0,2
пропущенные	6,8±0,8	5,8±0,6	9,2±0,7	8,2±0,7

парциального давления реагирует ЦНС на уровне нейрофизиологических механизмов [2], что связано с большим потреблением кислорода мозгом [3], при этом наиболее чувствительной к недостатку кислорода является кора больших полушарий [4]. В связи с этим, изучение особенностей психофизиологического статуса в условиях разной степени воздействия гипоксической среды имеет важное значение, так как открывает путь к пониманию основ адаптивных перестроек

на уровне нейрофизиологических механизмов сложных психических явлений. Вместе с тем, остаются недостаточно изученными вопросы, касающиеся выявления индивидуальных психофизиологических особенностей учащейся молодёжи в различных климатогеографических условиях внешней среды, в том числе в условиях горного климата. Обучение в вузе относится к умственной деятельности, которая у студентов определяется учебным процессом и заключается

в усвоении программного материала, то есть в накоплении знаний и развитии интеллектуально-эмоциональной сферы. Умственный труд сопровождается функциональными изменениями в деятельности многих систем организма, нервно-эмоциональным напряжением, ведущим к изменениям в системе адаптации. Все эти факторы в сочетании с влиянием окружающей среды ведут к комплексным сдвигам в организме студентов, изучение этого вопроса с учетом влияния факторов горного климата представляет большой научный интерес.

Целью данной работы явилось изучение вегетативного статуса и психофизиологических показателей у студентов, проживающих в условиях низко- и среднегорья.

Материалы и методы

Были обследованы 170 студентов в возрасте от 17 до 22 лет, из них 81 (47%) – проживающие в условиях низкогорья (г. Бишкек, 760 м над уровнем моря), а 89 (53%) – проживающие в условиях среднегорья (г. Каракол, 1690–1850 м над уровнем моря). Состояние вегетативной нервной системы исследовано с помощью кардиоинтервалографии (КИГ) – метода оценки вегетативного баланса организма путём анализа изменений ритма сердца во время регистрации электрокардиограммы. Мы использовали рекомендации, изложенные рядом авторов, осветивших стандартные величины и их получение при работе с КИГ [5].

Личностная и ситуативная тревожность изучалась методом Спилберга-Ханина [6]. Степень экстраверсии и нейротизма оценивались с помощью опросника Айзенка (форма А и В), выражаясь в баллах. Характеристики силы нервной системы определялись по результатам теннинг-теста, который служит для определения силы нервной системы путём регистрации темпа движений [7]. Время

простой сенсомоторной реакции определяли посредством электронного рефлексометра с автоматическим последовательным отражением на экране значений 20-ти замеров и средней арифметической величины. Реакция на движущийся объект (РДО) определялась по своевременности остановки светового пятна в заданной точке, движущегося по периметру круга.

Определение избирательности внимания выполнялось с помощью теста Мюнстерберга.

Результаты исследования и их обсуждение

Было выявлено, что большинство обследуемых, проживающих в условиях низкогорья обладают ваготонической направленностью, характеристики вегетативного гомеостаза, а также соотношение активности симпатического и парасимпатического отдела не зависят от половой принадлежности; характеристики вызываемых реакций более оптимальны у лиц мужского пола: у них чаще встречается сильная нервная система, лучшие показатели динамического глазомера и т.д. Что касается уровня тревожности, то здесь лидируют девушки, демонстрируя более высокие показатели, однако, несмотря на это, уровень успеваемости у них выше, чем у юношей.

При рассмотрении данных студентов проживающих в условиях среднегорья (табл. 1), видно, что между девушками и юношами имеются достоверные различия по ряду показателей: во-первых, уровень личностной тревожности и нейротизма выше у девушек, в то время как степень экстраверсии – у юношей; во-вторых, точность динамического глазомера и время реакции на звуковой раздражитель лучше у юношей. В литературе есть сведения, что мужчины и женщины отличаются также по остроте слуха: более низкие частоты (ниже 1800 Гц) лучше слышат мужчины, а более высокие – женщины [8].

Анализируя характеристики, полученные

Таблица 2.

Соотношение психофизиологических показателей юношей и девушек, проживающих в низко- и среднегорье

Примечание: при сравнении между группами юношей, проживающих в низко- и среднегорье, и идентичными группами девушек показатель статистически достоверен при: * - $P < 0,05$; ** - $P < 0,02$

	юноши		девушки	
показатели	Низкогорье n=41	Среднегорье n=40	Низкогорье n=49	Среднегорье n=40
Ситуативная тревожность (в баллах)	24,4±1,4	23,9±1,5	30±1,8	25,9±1,4
Личностная тревожность (в баллах)	38,7±1,2	38,9±1,1	43,9±1,4	47,2±1,6
Экстраверсия (в баллах)	14±0,5	14,6±0,5	13,8±0,6	13,1±0,6
Нейротизм (в баллах)	12±0,7	11,9±0,9	14,9±0,6	15,2±0,5
РДО: Точные (%)	29,8±1,9	30±2,3	23,5±1,8	20,5±0,6
Ошибочные (%)	70,1±1,9	70±2,3	74,5±2,3	79,4±1,7
Опережение (кол-во)	9,4±0,4	9±0,7	8±0,5	8,3±0,6
Запаздыв-е (кол-во)	5±0,4	4,9±0,5	7,4±0,4	7,6±0,6
время сенсомоторной реакции на: свет	0,206±0,005	0,209±0,004	0,211±0,005	0,218±0,004
тихий звук	0,199±0,005	0,197±0,006	0,204±0,006	0,212±0,006
средний звук	0,182±0,005	0,185±0,004	0,198±0,005	0,206±0,006
громкий звук	0,175±0,005	0,177±0,004	0,185±0,004	0,185±0,006
Частота движений	69,2±1,5**	63,6±1,1	63,5±0,8	62,5±0,9
Сумма	197±3,4**	182,4±2,5	180,9±2,1	179,3±2,1
Скор вын-ть	1,13±0,016	1,09±0,01	1,12±0,013	1,09±0,01
Коэффициент силы нервной системы (%)	-33,3±6,8*	-15,4±6,7	-38,3±4,6**	-11,4±9,5
Вним-е (тест Мюнстенберга: прав-е)	17,4±0,8**	14,7±0,7	19,4±0,6	16,1±0,7
ошибочные	1,5±0,1	1,7±0,2	1,5±0,2	1,5±0,2
пропущенные	6,8±0,8*	9,2±0,7	5,8±0,6**	8,2±0,7

при проведении теста Мюнстенберга, отражающие степень избирательности внимания, следует отметить, что девушки лидируют по количеству правильно найденных слов, они также меньше допускают ошибок. Существует мнение, что женщины характеризуются большей точностью восприятия, наблюдательностью, вниманием к деталям. Однако результаты экспериментальных исследований, которые подтвердили бы такое распространенное мнение, в литературе практически отсутствуют.

Среди психофизиологических характеристик особую роль играют свойства нервной системы. Изучение полового диморфизма по этим показателям, проведенное в школе имени Б. Г. Ананьева, установило превосходство женщин по подвижности процесса возбуждения и превосходство мужчин по силе нервной системы. Согласно нашим данным, показатель коэффициента силы нервной системы в группах исследуемого контингента в условиях среднегорья отражает превосходство девушек.

В табл.2 представлены сравнительные особенности психофизиологического статуса юношей и девушек в условиях низко- и среднегорья. В результате проведенного исследования было установлено, что лица, проживающие в среднегорье, имеют ряд

отличительных особенностей. Так, по средним величинам данных видно, что низкогорцы несколько доминируют над среднегорцами - как юноши, так и девушки. А именно: у юношей достоверны различия по темпинг-тесту (частота движений - число ударов за первые 10 сек., общая сумма движений за 30 сек.), показателям внимания (количество правильных и пропущенных слов). Что же касается испытуемых женского пола, то у девушек, проживающих в низкогорье, средние величины несколько превосходят показатели таковых в условиях среднегорья, но достоверные различия выявляются по параметрам силы нервной системы и внимания: то есть, у студентов из г. Бишкек по тесту Мюнстенберга количество правильно подчеркнутых слов было больше, а пропущенных меньше. Однако коэффициент силы нервной системы выше у среднегорцев обоих полов (по отношению к низкогорцам), эти испытуемые в большей степени обладают сильной нервной системой. В литературных источниках имеются сведения о том, что психофизиологические показатели лиц, проживающих на разных горных высотах, отличаются. Так, по данным Карташовой О.В. [9] установлено, что у подростков-алтайцев, проживающих в высокогорном районе, показатели внимания и памяти ниже, чем у их

Таблица 3

Показатели вегетативного статуса у юношей и девушек, проживающих в условиях низко- и среднегорья
Примечание: при сравнении между группами юношей, проживающих в низко- и среднегорье, и идентичными группами девушек показатель статистически достоверен при: * - P< 0,05

КИГ	юноши		девушки	
	Низкогорье n=41	Среднегорье n=40	Низкогорье n=49	Среднегорье n=40
ЧСС	73,7±2,4	75,3±3,9	72,4±2,2	77,4±3,8
Мо	0,802±0,027	0,776±0,042	0,825±0,026	0,692±0,049
Амо	49,286±3,184*	33,958±3,282	45,011±2,848*	34,184±3,41
ИН	220,5±48,9*	16,8±3,6	188,45±29,25*	27,5±5,78

свертываемости из среднегорья и низкогогорья. В таблице 3 отражены результаты статистических характеристик кардиоинтервалограммы испытуемых. Регистрация показателей вагосимпатического баланса в наших исследованиях у юношей и девушек в условиях двух горных высот выявила достоверное увеличение индекса напряжения механизмов адаптации и амплитуды моды, что отражает большую степень активности симпатических механизмов у низкогогорцев обоего пола.

Выводы

Все представленные выше характеристики психофизиологических и физиологических обследований низкогогорцев и среднегорцев показали, что обнаруженные различия в определенной степени зависят от условий высоты места проживания испытуемых.

Литература

1. Агаджанян Н.А., Гневушев В.В. Адаптация к гипоксии и биоэкономика внешнего дыхания. – М., 1987. – 186 с.
2. Орбели Л.А. Нервная система при пониженном давлении // Совр. наука. – 1940 – № 10. – С. 66-71.
3. Соколов Е.Н., Стеклова Р.П. Условный рефлекс на время и его протекание в условиях гипоксии // ЖВНД. – 1970. – Т. 20, № 6. – С. 1123-1129.
4. Архангельская И.А. Влияние низких и высоких температур среды на устойчивость организма к гипоксической гипоксии. – М.: Наука, 1949. – С. 107-134.
5. Баевский Р.М. Анализ variability сердечного ритма при использовании различных электрокардиологических систем / Р.М. Баевский, Г.Г. Иванов, Л.В. Чирейкин, А.П. Гаврилупкин // Вестник аритмологии. – 2002., № 24. – С. 65.
6. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной личностной тревожности Ч.Д. Спилберга. – Л., 1976. – С. 48.
7. Ильин Е.П. Психомоторная организация человека. Учебник для вузов – СПб: Питер, 2003. – 381 с.
8. Справочник по инженерной психологии для инженеров и художников-конструкторов // Сост. У. Вудсон, Д. Коновер – М.: Мир, 1968 – 518 с.
9. Карташова О.В. Психофизиологические показатели подростков-алтайцев горного Алтая с учётом их биологического возраста // Вестник ГАГУ: Тез. докл., 2006. – С. 56-57.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОЛИПАХ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Мундуков К.

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

Городская клиническая больница № 1,

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Представлены показания к оперативному лечению полипов желчного пузыря: полипы размером более 1 см, полипы на широком основании, сочетание полипов с желчнокаменной болезнью. Оперировано 82 больных, осложнений после операции не наблюдали.

Ключевые слова: желчный пузырь, полипы, показания к операции, лечение.

ӨТ БАШТЫКЧАСЫНДАГЫ ПОЛИПТЕРДИ ДАРЫЛО МЕТОДОРУ

Мундуков К.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы,

№ 1 шаардык клиникалык ооруканасы,

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутундуусу: Өт баштыкчасындагы полиптерди операцияга көрсөтмөсү берилген: өт баштыкчасындагы полиптердин көлөмү 1 см жеринде, анын кеңири жайгаштырылганы аныкталган, өт баштыкчасындагы полиптер, өт таш оорусу менен айкалышуусу. 82 оорулуулар операция болушкан, операциядан кийин ооруштурулар байкалган жок. **Негизги сөздөр:** өт баштыкчасы, өт баштыкчасындагы полиптер, операцияга көрсөтмө, дарылоо.

TREATMENT TACTICS IN GALLBLADDER

Mundukov K.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,

municipal clinical hospital #1,

Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The recommendations for surgical treatment of the gallbladder polyps are presented: polyps with the size more than 1 cm, polyps on the wide base, combination of polyps with cholelithiasis. 82 patients were operated. There were no complications after the operation.

Key words: gallbladder, polyps, recommendation to the operation, treatment.

Полипы желчного пузыря относятся к одной из малоизученных проблем хирургии, несмотря на то, что это заболевание не является редкостью [2,3]. Ультразвуковое исследование (УЗИ), которое часто применяется для диагностики желчнокаменной болезни и других заболеваний желчного пузыря, позволило выявить частоту полипов и их сочетание [3,4,5]. УЗИ является одним из самых информативных и доступных инструментальных методов исследования для диагностики заболеваний желчного пузыря, так как акустические свойства ультразвука позволяют выявить мельчайшие эхогенные структуры, выступающие из стенки

пузыря в его просвет [1,4,6]

Оперативное лечение полипов проводится в основном по соображениям онкологической настороженности, что является одной из причин повышенной хирургической активности. Кроме того, до сих пор отсутствует общепринятая тактика в лечении полипов желчного пузыря, нет единых критериев в оценке эхографических показателей. Не определены четкие показания для оперативного лечения. Если одни авторы считают обязательным выполнение операции при полипах желчного пузыря, то другие рекомендуют динамическое использование УЗИ для решения вопроса о выборе лечения.

Следовательно, вопросы лечебной тактики у больных с полипами желчного пузыря остаются до конца не решенными.

Цель исследования – определить лечебную тактику при полипах желчного пузыря.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находилось 82 больных с полипами желчного пузыря, из них женщин было 56, мужчин – 26 в возрасте от 17 до 72 лет. Давность заболевания была от одного месяца до 5 лет. Основными жалобами были тупая боль в правом подреберьи, тошнота, редко – рвота и почти все поступившие отмечали сухость и горечь во рту. Эти признаки наблюдаются часто при хроническом холецистите, поэтому необходимо было выполнение детального обследования для уточнения характера заболевания. Но 6 больных поступили с клиникой острого холецистита и у 3 из них и до операции выявлены полипы, а у 3 полипы обнаружены после операции. Наиболее выраженные клинические проявления были при локализации полипов в области шейки пузыря, особенно если их размеры превышали 1 см, когда нарушался отток желчи.

При поступлении, помимо общеклинических методов (анализ крови и мочи, ЭКГ, флюорография органов грудной клетки) использовали УЗИ печени и желчного пузыря, а также органов брюшной полости для выявления сопутствующих заболеваний. Выполняли гистологическое исследование удаленных полипов.

Результаты и их обсуждение

В результате выполненного ультразвукового исследования полипы желчного пузыря выявлены у 78 больных (95,1%). При анализе их локализации было установлено, что наиболее часто полипы располагались в области тела желчного пузыря (49), затем в области дна и шейки пузыря (соответственно 16 и 15 чел.) и реже – в пузырном протоке (2 чел.).

Особое внимание было нами обращено на размеры полипов и на их основание. Так, до 3 мм выявлен полип лишь у одного больного, от 3 до 5 мм – у 14, от 5 до 10 мм – у 40, от 10 до 20 мм – у 26 и более 20 мм – у одного больного. Следовательно, наиболее часто обнаруживались

полипы размером от 5 до 10 мм и от 10 до 20 мм. При этом одиночные полипы были у 52, два полипа – у 18 и более двух – у 12 поступивших. Из 82 на широком основании полипы располагались у 61 больного, на более широкой «ножке» – у 9, а у остальных – на узком основании. Необходимо отметить, что у 32 больных полипы сочетались с конкрементами (39,0%).

Показанием для оперативного вмешательства служили:

1. Наличие множественных полипов (более 2).
2. Полипы, располагающиеся на широком основании.
3. Полипы в сочетании с желчнокаменной болезнью.
4. Полипы более 1 см

Все больные были оперированы под эндотрахеальным наркозом из минидоступа. У 71 минидоступ произведен в правом подреберьи, а у 11 – верхне-срединный. Всем выполнена холецистэктомия от шейки, технических осложнений при холецистэктомии из минидоступа не отмечено. Все этапы операции выполнялись свободно.

После операции желчные пузыри вскрывались и полипы отправлялись для гистологического исследования. Результаты показали, что наиболее часто имели место гиперпластические полипы (37 – 45,1%), полиповидный холестероз обнаружен у 22 (26,8%), железистый полип – у 17 (20,7%) и аденоматозный – у 6 (7,4%).

Послеоперационный период протекал без осложнений, среднее пребывание в стационаре составило $6,2 \pm 0,32$ койкодней.

На основании проведенных нами исследований можно сделать следующие выводы:

1. Полипы желчного пузыря чаще наблюдаются у женщин в сравнении с мужчинами.
2. Клинические проявления полипов желчного пузыря не имеют специфических признаков, а более схожи с клиникой хронического холецистита.
3. Наиболее часто наблюдаются

одиночные полипы, но и множественные занимают значительный удельный вес.

4. Показанием для операции следует считать полипы размером более 1 см, полипы на широком основании, множественные полипы и сочетание полипов с желчно-каменной болезнью.

5. Гистологическое исследование подтвердило необходимость оперативного лечения полипов.

Литература:

1. Алексе Р.О., Алексис О.Ц., Ильина Т.П. Ультразвуковая диагностика полипозидных образований желчного пузыря // Терапевтический архив – 1990. - № 2. – С.103-108.

2. Болдин Б.В. Клиника, диагностика и хирургическое лечение холестероза желчного пузыря: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. 14.00.27. -М., 2000. – 36 с.

3. Кахешвили А.В., Гайнутдинов Ф.Г. О диагностике и лечении полипоза желчного пузыря // Военно-медицинский журнал. – 1997. - № 6. – С.59-62.

4. Кондрашова Г.М., Брюховецкий Ю.А., Митьков В.В. Комплексная ультразвуковая диагностика опухолевидных поражений желчного пузыря и некоторых гиперпластических холецистостомий // Российские медицинские вести – М.: «М-Вести». – 2005. - № 4. – С.30-35.

5. Choi W.B., Lee S.K., Kim M.H. A new strategy to predict the neoplastic polyps of the gallbladder based on scoring system using EUS // Gastrointest. Endosc. – 2000. – Vol.52, # 3 – P.372-379.

6. Jorgensen T., Jensen K.H. Polyps in the gallbladder a prevalence study // Scand. J. Gastroenterol. – 2004. – Vol 25. – P.2-6.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗЛИЧНЫХ ГОРОДАХ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Сатаров Н.А., Исабаева Д.И., Молдобаева М.С., Акынбеков К.У.,
Молдоева С., Титаренко Д.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом эндокринологии,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В сравнительном плане изучены показатели качества жизни (КЖ) у 212 пожилых людей с СД 2 типа в 6 городах Кыргызской Республики (КР) с применением лицензионного опросника SF-36v2™ на кыргызском и русском языках. Выявлено, что показатели качества жизни (КЖ) у пожилых людей с СД 2 типа в отдельных городах КР снижены по сравнению с контрольной группой (n = 51). Значительное снижение отмечено по физическому компоненту КЖ.

Ключевые слова: сахарный диабет, качество жизни, опросник SF-36v2™

КР ШААРЛАРЫНДА ЖАШАГАН 2 ТИПТЕГИ КАНТ ДИАБЕТИ МЕНЕН ООРУГАН УЛГАЙГАН АДАМДАРДЫН ЖАШОО САПАТЫНЫН САЛЫШТЫРМАЛУУ КӨРСӨТКҮЧТӨРҮ

Сатаров Н.А., Исабаева Д.И., Молдобаева М.С., Акынбеков К.У.,
Молдоева С., Титаренко Д.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы,
Ички оорулардын пропедевтикасы эндокринология курсу менен кафедрасы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: КР 6 шаарларында жашаган 2 типтеги кант диабети менен ооруган 212 улгайган адамдардын жашоо сапаты кыргыз жана орус тилиндеги SF-36V2™ сурамжылоо аркылуу изилдөөгө алынды. Натыйжада 2 типтеги кант диабети менен ооруган 212 улгайган адамдардын жашоо сапаты 51 адамдан турган контролдук топтун жашоо сапатынан төмөн болуп чыкты. Ошө төмөн жашоо сапатынын физикалык компоненти болуп чыкты.

Негизги сөздөр: Кант диабети, жашоо сапаты, SF-36V2™ сурамжылоо

QUALITY OF LIFE IN OLDER PEOPLE WITH IN 2 TYPES OF DM IN ALL TOWNS OF KR

Satarov N.A., Isabaeva D.I., Moldobaeva M.S., Akynbekov K.U.,
Moldoeva S., Titarenko D.

Kyrgyz State Medical Academy n.a. I K Ahunbaev,
Department of internal Medicine Propaedeutics with the course of Endocrinology,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: The purpose of this study was to determine and compare QOL in diabetes mellitus of older people in the towns of KR. 212 older people with diabetes mellitus from 6 towns of KR completed the SF36v2™ Health Survey questionnaire in Kyrgyz and Russian. 51 individuals without morbidity comprised the control group. In the result of the research the SF-36v2™ Health Survey score was significantly impaired in older people with DM2 in all towns of KR in comparing with control group.

Key words: diabetes mellitus, quality of life, completed the SF36v2™

Актуальность исследования

По прогнозам Международной Диабетической Федерации уровень распространенности СД в Кыргызстане среди лиц в возрасте 20-79 лет вырастет до 5,8% в 2025 году [1]. По данным

обращаемости, в 2011 году насчитывалось 33000 больных СД (что составляет 723,9 чел. на 100000 населения), при этом 91,2% приходится на СД 2 типа. Значительные расхождения наблюдаются в уровне распространенности

заболевания по регионам Кыргызстана, от 503.0 до 1,550.1 случаев на 100,000 населения. Наиболее высокая заболеваемость по данным обращаемости отмечается в г. Бишкек (112), Чуйской области (100), г. Ош (88), Иссык-Кульской области (79). в этих же регионах отмечается и высокая распространенность СД [2].

СД 2 типа, в основном, поражает лиц старшего возраста, в том числе и пожилых. Пожилые люди с СД имеют низкие показатели КЖ по сравнению с общей популяцией, связанные с физическим здоровьем, плохим метаболическим контролем вследствие сниженных когнитивных функций [3].

Наряду с достижением метаболической компенсации, предотвращением развития осложнений индикатором хорошего обучения является и повышение КЖ пациента с СД 2 типа [4].

По определению Межнационального центра исследования качества жизни (МЦИКЖ, Санкт-Петербург), КЖ – это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования здорового или больного человека, основанная на его субъективном восприятии [5].

В Кыргызстане сравнительная оценка КЖ по регионам у пожилых лиц старше 60 лет с СД 2 типа не проводилась. Исходя из вышеуказанного, целью исследования явилось сравнение показателей КЖ у больных с СД 2

типа в отдельных городах КР.

Материалы и методы исследования

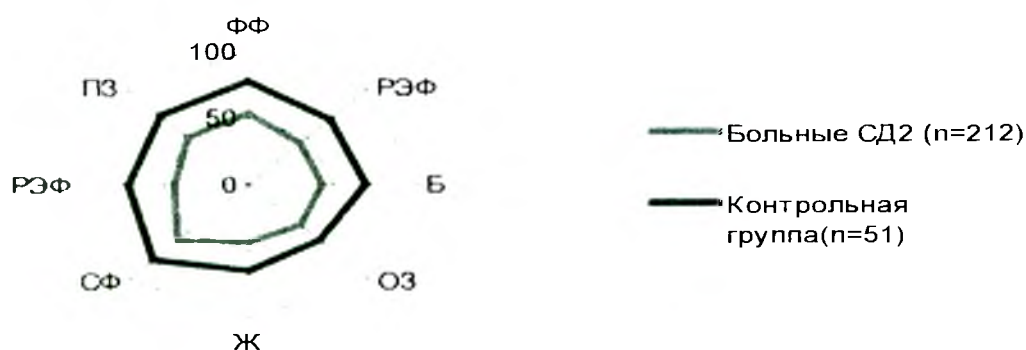
В исследование были включены 212 больных СД 2 типа, находящиеся под наблюдением врачей ЦСМ в г. Кара-Балта, г. Нарын, г. Ош, г. Токмак, г. Талас и г. Бишкек. Средний возраст больных составил $64 \pm 15,52$ лет. Контрольная группа представлена 51 респондентами в возрасте $55 \pm 5,65$ лет, не страдающих сахарным диабетом.

Для изучения показателей КЖ нами применен лицензионный опросник SF-36v2™ на кыргызском и русском языках. Кыргызская версия опросника SF-36v2™ прошла языковую и культурную адаптацию, а также валидизацию и обладает хорошими психометрическими свойствами (показатель надежности-б-Кронбаха $> 0,800$). 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование (ФФ), ролевое физическое функционирование (РФФ), телесная боль (Б), общее здоровье (ОЗ), жизнеспособность (Ж), социальное функционирование (СФ), ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ) и психическое здоровье (ПЗ) [6].

Статистическая обработка материала проводилась с использованием специального лицензионного авторского пакета статистических программ Scoring Software 2.0, а также Excel 5.0. Результаты считались достоверными при уровне $p < 0,001$.

Рис.1

Качество жизни у пожилых людей с сахарным диабетом 2 типа, проживающих в различных городах КР



Результаты

У пожилых людей с СД 2 типа во всех городах КР отмечалось значительное

ла социального функционирования) Показатели

КЖ пожилых людей с СД 2 типа во всех исследованных городах в сравнении с контрольной груп-

Таб. 1.

Средние значения показателей качества жизни у пожилых людей с СД 2 типа в КР и контрольной группе (в баллах)

Шкалы опросника SF-36v2™	Больные СД 2 (n=212)	Стандартное отклонение	Контрольная группа(n=51)	Стандартное отклонение	P
ФФ	53,76	22,83	77,50	20,34	p<0,001
РФФ	43,17	21,55	69,63	24,55	p<0,001
Б	43,62	20,03	68,84	23,76	p<0,001
ОЗ	43,09	15,94	60,24	19,58	p<0,001
Ж	42,83	18,97	65,00	17,31	p<0,001
СФ	59,98	21,08	79,25	19,33	p<0,001
РЭФ	43,68	23,27	71,17	21,96	p<0,001
ПЗ	49,63	17,99	72,80	18,16	p<0,001

достоверное ($p<0,001$) снижение показателей КЖ по всем шкалам опросника SF-36v2™ по сравнению с контрольной группой (Рис 1)

Снижения в показателях КЖ связаны как с физическим, так и психологическим функционированием.

В таблице 1 приводим средние значения показателей КЖ у пожилых людей с СД 2 типа в КР и контрольной группе

Средние значения показателей КЖ у пожилых больных СД 2 типа для 8 шкал опросника SF-36v2™ колеблются от $42,83\pm 2,55$ (шкала жизнеспособности) до $59,98\pm 2,08$ (шка-

лой оказались снижены в среднем на 32,83% и варьируют от 24,32% (СФ) до 38,63% (РЭФ). Наибольшее снижение показателей КЖ у пожилых людей с СД 2 типа, кроме показателя шкалы РЭФ, выявлены по шкалам РФФ (на 38,00%), боли (на 36,64%), жизнеспособности (на 32,74%). Показатели по шкалам как ФФ, СФ и ПЗ также были достоверно снижены на 30,63%, на 24,32% и на 31,83% соответственно в сравнении с контрольной группой ($p<0,001$). При этом, снижение физического компонента КЖ было больше (на 33,43%), чем психологический компонент КЖ (на 32,22%).

При сравнении показателей КЖ у пожилых пациентов с СД 2 типа в зависимости от места проживания, выявлена достоверная разница между показателями КЖ у пожилых людей с СД 2 типа в исследованных городах относительно контрольной группы (в баллах)

Таб. 2.

Показатели КЖ пожилых людей с СД 2 типа в исследованных городах относительно контрольной группы (в баллах)

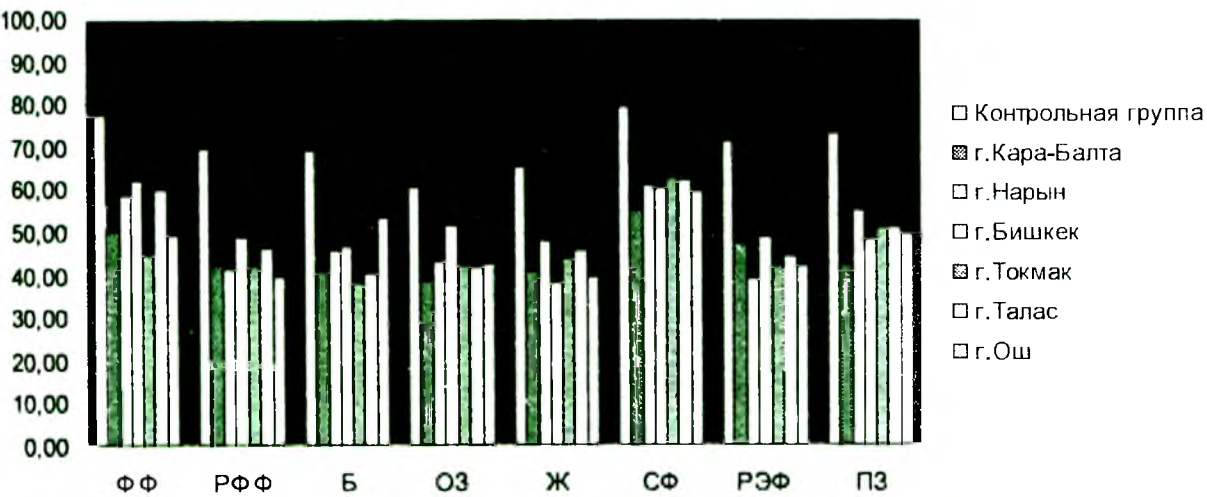
Шкалы опрос-ника SF-36v2™	Конт- рольная группа (51)	г. Кара- Балта (n=34)	г. Нарын (n=39)	г. Бишкек (n=34)	г. Талас (n=32)	г. Токмак (n=37)	г. Ош (n=(36)
ФФ	77,50 ±20,34	49,85 ±23,89	58,29 ±21,73	61,91 ±20,62	59,84 ±23,54	44,62 ±20,64	48,93 ±22,87
РФФ	69,632 ±4,55	42,23 ±17,82	41,12 ±20,99	48,48 ±25,82	46,17 ±25,70	41,88 ±20,37	39,29 ±17,34
Б	68,84 ±23,76	40,61 ±17,21	45,68 ±17,54	46,45 ±21,27	40,06 ±16,68	37,90 ±19,04	53,14 ±25,98
ОЗ	60,24 ±19,58	38,48 ±13,43	42,74 ±17,28	51,39 ±18,85	41,61 ±14,91	42,00 ±15,79	42,39 ±11,58
Ж	65,00 ±17,31	40,91 ±16,02	47,86 ±19,07	38,07 ±24,57	45,77 ±15,34	43,59 ±19,22	39,51 ±17,01
СФ	79,25 ±19,33	54,92 ±22,74	60,53 ±20,86	60,23 ±21,07	62,10 ±22,93	62,19 ±20,31	59,38 ±19,13
РЭФ	71,17 ±21,96	47,22 ±22,02	39,04 ±20,42	48,49 ±27,67	44,09 ±27,40	42,08 ±21,43	41,96 ±20,47
ПЗ	66,94 ±18,16	41,97 ±15,10	55,00 ±18,12	48,33 ±22,97	50,97 ±16,55	50,88 ±17,13	49,64 ±15,15

разница между показателями КЖ по всем шкалам опросника, кроме шкалы ОЗ, где показатели качества жизни таковых в г. Бишкеке досто-

казателей КЖ по шкале ФФ отмечалось у пожилых людей с СД 2 типа г.Токмака и г. Кара-Балты по сравнению с таковыми г.Бишкек, г.Таласа и г.

Рис. 2

Показатели КЖ пожилых людей с СД 2 типа в городах КР



Парына и контрольной группой.

Следует отметить, что снижение показателей качества жизни у пожилых людей с СД 2 типа во всех исследованных городах не имели значительной разницы по всем шкалам опросника КЖ SF-36v2TM по сравнению с показателями контрольной группы (рис.2).

Заключение

Таким образом, при сравнении показателей КЖ у больных СД 2 типа в различных городах КР выявлено, что КЖ у пожилых людей с СД 2 типа в городах КР существенно снижены по сравнению с контрольной группой. Снижение показателей КЖ связано как с физическим, так и с психологическим компонентами. Важной особенностью в оценке показателей КЖ у больных СД 2 типа является снижение физического компонента в сравнении с психологическим компонентом.

Другой особенностью является, что у пожилых людей с СД 2 типа г. Бишкека показатели шкалы ОЗ (общее здоровье) выше по сравнению с таковыми в других городах. В г. Токмак и г. Кара-Балты показателя шкалы ФФ (физическое функционирование) у пожилых людей с СД 2 типа снижены по сравнению с таковыми в других городах и контрольной группой.

Одним из конечных результатов проводимых Национальными программами в Кыргызской Республике в связи с проблемой старения населения и увеличением

заболеваемости СД 2 типа и ростом его осложнений должно быть и повышение показателей качества их жизни.

Литература

1. Абдраимова А., Беран Д., Центр Анализа Политики Здравоохранения КР, Международный Инсулиновый Фонд, Экспресс - оценка доступа к инсулину и оказания помощи больным сахарным диабетом в Кыргызстане (RAPIA), Документ исследования политики здравоохранения КР. 2010.- № 66.
2. Исследование по доступности и качеству услуг для людей живущих с диабетом в КР, DCA, при финансовой поддержке ВДФ, г. Бишкек, 2008.-С.12
3. Per E Wandell, Jonas Tovi Journal of Diabetes and Its Complications, Volume 14, Issue 1, January 2000.-P 25-30.
4. Майоров А Ю, Суркова Е В, Мотовилин О.Г. и др., Обучение больных диабетом: синтез доказательной медицины и психологического подхода. Сахарный диабет- 2011-№ 1-С -46
5. Шевченко Ю.Л., Новик А.А., Тюрин В.И. и др., Исследование качества жизни в кардиологии. Вестник межнационального центра исследования качества жизни -2008. С. 4-14.
6. Ware J.E., M.Bjorner, J.B. Turner-Bowker, D M. Gandek, B. & Mariush, M E. (2007). User's manual for the SF-36v2TM-2007 -P.36-46.

ТЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ДЕТЕЙ**Шаимбетов А.Т., Мамбетова М.К., Кадырова Р.М.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
кафедра детских инфекционных болезней,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Проведен ретроспективный анализ историй болезни 41 детей, больных инфекционным мононуклеозом. Выявлены особенности клинического течения инфекционного мононуклеоза.

Ключевые слова: инфекционный мононуклеоз, атипичные мононуклеары, диагностика, лечение.

**БАЛДАРДЫН ИНФЕКЦИЯЛЫК МОНОНУКЛЕОЗ ДАРТЫНЫН
ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ****Шаимбетов А.Т., Мамбетова М.К., Кадырова Р.М.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
балдардын жугуштуу оорулар кафедрасы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Кортундуу: Бул илимий жумушта инфекциялык мононуклеоз дарты менен оорусан 41 баланын оорунун баракчасы изилденген. Инфекциялык мононуклеоз дартынын клиникалык өзгөчөлүктөрү тапталды.

Ачыкч сөздөрү: инфекциялык мононуклеоз, атипикалык мононуклеарлар, дартты аныктоо, дарылоо.

CHILDREN INFECTIOUS MONONUCLEOSIS PECULIARITY**Shaimbetov A.T., Mambetova M.K., Kadyrova R.M.**

Kyrgyz State Medical Academy n a I.K. Ahunbaev,
Department of Children's Infectious Diseases,
Bishkek Kyrgyz Republic

Abstract: 41 history cases analyses of children have been conducted who were ill by infectious mononucleosis.

Key words: infectious mononucleosis, atypical mononuclears, diagnosis, treatment.

Актуальность проблемы инфекционного мононуклеоза обусловлена высокой распространенностью герпесвирусных инфекций. По мнению ВОЗ, в настоящее время речь идет о пандемии герпесвирусных инфекций: до 90% взрослого и детского населения планеты инфицировано герпес-вирусами. Инфекционным мононуклеозом преимущественно болеют дети (65-80%), исключение составляют дети первых 6-7 месяцев жизни, защищенные материнскими антителами [1].

По данным исследователей, вирус Эпштейна-Барр (ВЭБ) признан наиболее частым этиологическим агентом инфекционного мононуклеоза, который относится к семейству Herpesviridae, антитела к нему обнаруживаются у 50% детского населения. В 60-80% случаев, особенно у детей раннего возраста, первичная

ВЭБ-инфекция характеризуется бессимптомной атипичной формой (сероконверсия). У остальных 20-40% инфицированных развивается клинически манифестный острый мононуклеоз [3].

Частота выявления моно-герпесвирусного инфекционного мононуклеоза колеблется от 27, 5 до 39, 5%, в остальных случаях выявляют ассоциации герпес-вирусов (ЦМВИ, вируса герпеса человека V типа, вируса простого герпеса I-II типов) [4].

Проводимые в последнее десятилетие исследования иммунопатогенеза инфекционного мононуклеоза герпесвирусной этиологии изменили устоявшееся мнение о том, что инфекционный мононуклеоз - доброкачественное, самокупирующееся заболевание с благоприятным прогнозом.

Возбудитель инфекционного мононуклеоза избирательно поражает В-лимфоциты, что проявляется трансформацией и неконтролируемой пролиферацией инфицированных клеток за счет нарушения их апоптоза. Апоптоз инфицированных Т-лимфоцитов создает предпосылки для длительной персистенции вируса Эпштейна-Барр в В-клетках, лимфопролиферации, а в ряде случаев - малигнизации лимфоидной ткани из-за нарушения механизмов Т-клеточного иммунологического контроля. Что обеспечивает длительную персистенцию вируса в организме, способствуя развитию вторичного иммунодефицитного состояния. Поэтому, инфекционный мононуклеоз входит в группу инфекций, ассоциированных с вирусом СПИДа.

опухолей, аутоиммунных заболеваний [1,3,4].

Мононуклеозоподобный синдром встречается также при целом ряде инфекционных заболеваний: аденовирусной инфекции, ЦМВИ, листериозе, токсоплазмозе, иерсиниозе, ВИЧ-инфекции, что заставляет особенно внимательно относиться к каждому случаю этой инфекции. Симптоматика инфекционного мононуклеоза полиморфна и часто протекает под маской других инфекционных заболеваний (ОРЗ и др.). Поэтому уровень официально регистрируемой заболеваемости в странах СНГ (7-8 на 100 тыс населения, среди детского населения 37,4 на 100 тыс.) не отражает истинной частоты распространения инфекции [2,3].

Актуальность проблемы определяется особенностями течения данной инфекции у

Рис. 1. Заболеваемость инфекционным мононуклеозом детей, по данным РКНБ

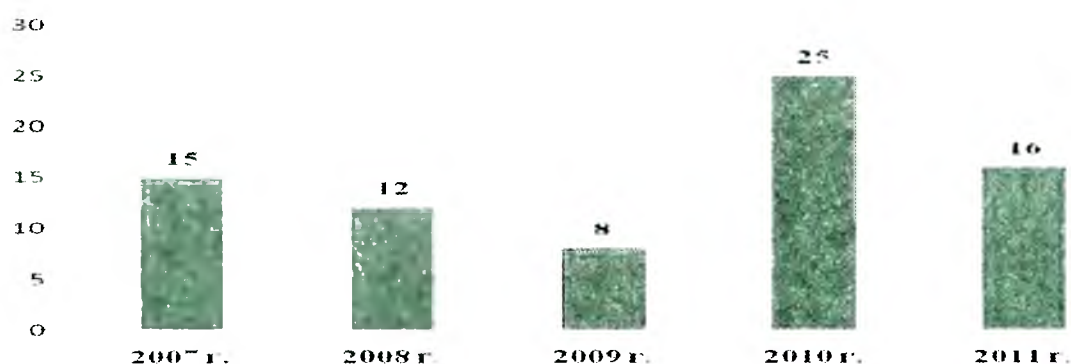
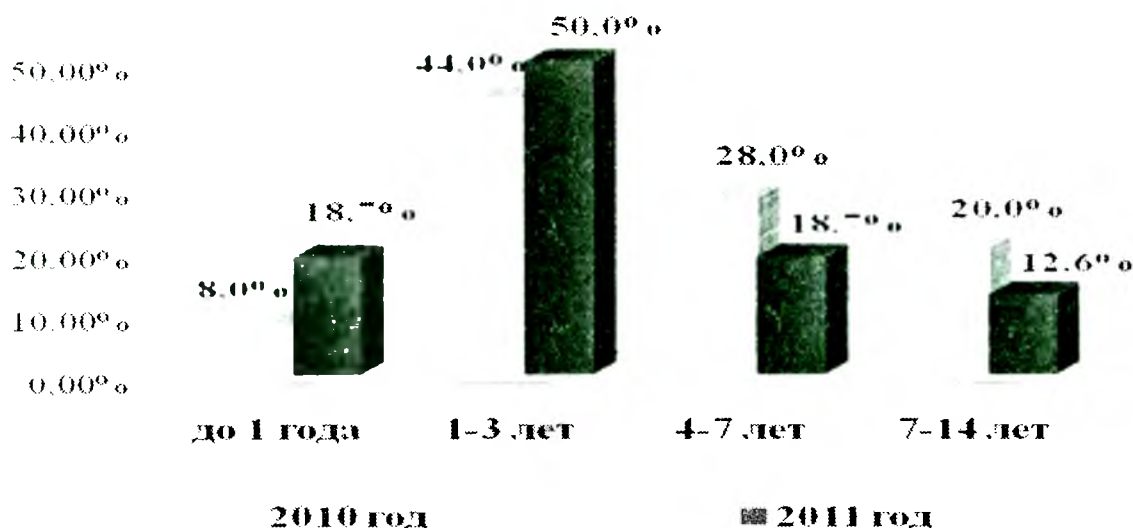


Рис. 2. Возрастная структура детей, больных инфекционным мононуклеозом (данные РКНБ)



Доказана роль вируса Эпштейна-Барр в развитии детей, поиском диагностических критериев лейкоидных реакций, злокачественных диагностики, специфической профилактики и

этиотропной терапии.

Цель работы. Изучить особенности клинического течения инфекционного мононуклеоза у детей для определения критериев диагностики.

Материал и методы. Применялись общеклинические, бактериологические и дополнительные методы исследования. Проведен анализ 41 истории болезни детей, от 10 мес. до 13 лет, поступивших в Республиканскую клиническую инфекционную больницу (РКИБ) за период 2010-2011 гг с диагнозом инфекционный мононуклеоз.

Результаты и обсуждение.

По данным РКИБ г. Бишкек, заболеваемость инфекционным мононуклеозом среди госпитализированных детей в последние годы имеет неуклонный рост (Рис 1).

Возрастная структура детей, больных инфекционным мононуклеозом свидетельствует о преобладании детей раннего возраста (Рис. 2)

Городские дети преобладали (в 2010г. - 80,0%, 2011г. - 75,5%), чем иногородние, что обусловлено с возможностью обращения к врачу и обследования. Надо отметить, мальчики болели в два раза чаще (65,8%), чем девочки (34,2%), что свидетельствует о возможности последующей неадекватной реакции иммунной системы у лиц мужского пола при встрече с различными инфекционными агентами.

При изучении истории болезни выявлено, что каждый второй ребенок с инфекционным мононуклеозом поступал в стационар в поздние сроки болезни на 4-9 день – 23 (56,1%), остальные 18 (43,9%) на 2-3 день болезни из-за трудности диагностики и отсутствия доступных специфических лабораторных методов исследований.

На догоспитальном этапе инфекционный мононуклеоз своевременно не был диагностирован у 36,6% больных детей, поэтому их лечили как ОРЗ, ангину, лимфаденит, краснуху. Они получали антибактериальную терапию, пенициллин (13 больных), цефалоспорины II-III поколения (2 больных) в течении 2-4 дней. Диагностика инфекционного мононуклеоза на участке свидетельствует о низкой расшифровке и не настороженностью участковых врачей

к данной инфекции. В дальнейшем в связи с отсутствием положительного эффекта проводимого лечения, эти дети были направлены на госпитализацию в РКИБ.

В эпиданамнезе не удалось выяснить контакт с подобными больными, что свидетельствует о частоте стертых или не диагностированных форм.

Пик заболеваемости приходился на весенне-летний период (58,5%), хотя по данным других исследователей пик заболеваемости инфекционным мононуклеозом может наблюдаться в осенне-зимний период.

В основном заболевание начиналось остро с повышения температуры 37,5-38,5°C, основными жалобами при поступлении в стационар были: увеличение регионарных лимфатических узлов, затрудненное или «храпящее» носовое дыхание, заложенность носа, пастозность или одутловатость лица, старшие дети отмечали боль в горле (70,7%), снижение аппетита.

Заболевание протекало в тяжелой форме с выраженными симптомами интоксикации в 14,6%, среднетяжелой – в 85,4% случаях. У всех больных инфекционный мононуклеоз протекал в типичной форме. Интоксикация была обусловлена синдромом ангины в 90,2% из-за присоединения вторичной микробной флоры. Фолликулярная ангина была диагностирована у 24 (58,5%) детей, лакунарная у - 13 (31,7%), катаральная у - 4 (9,8%).

Для мононуклеоза была характерна полиадения (95,1%), преимущественно вовлекались в процесс лимфатические узлы передне- и заднешейной группы и подчелюстные лимфатические узлы, размеры которых колебались от мелкой горошины до размера грецкого ореха.

Были отмечены изменения со стороны других органов и систем: одутловатость лица, «храпящее дыхание» во сне (78,0%), что обусловлено лимфостазом, возникающим из-за гиперплазии лимфатического кольца Пирогова, а также тонзиллярных миндалин, которые почти смыкались.

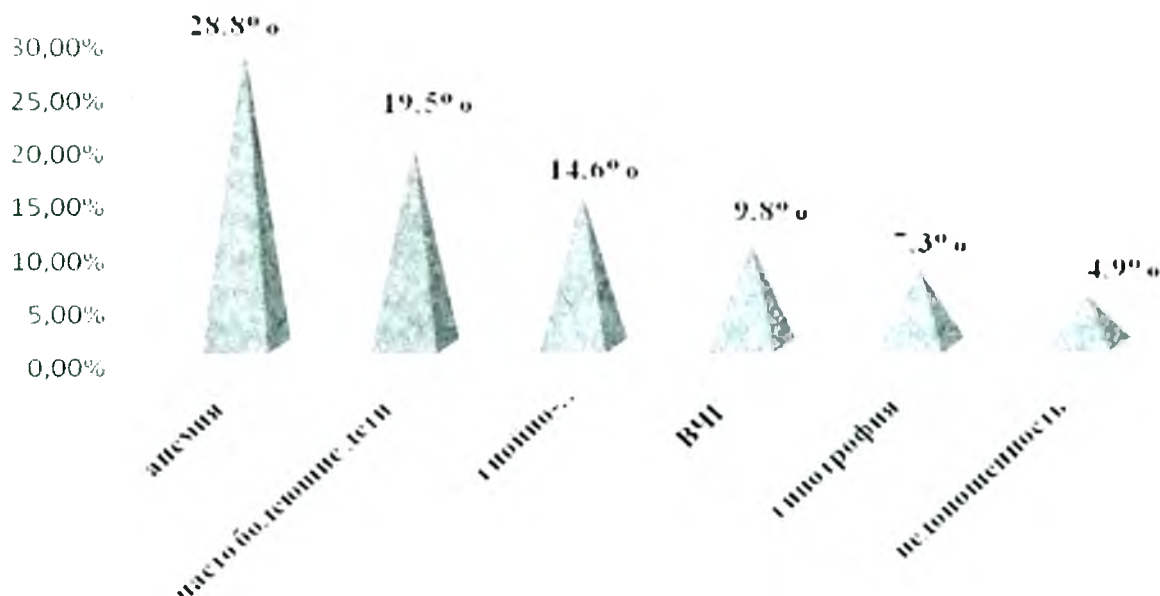
Гепатомегалия (70,7%) и спленомегалия (40,7%) были обусловлены увеличением

количества цитотоксических Т-лимфоцитов «атипичные мононуклеары», которые лизируют инфицированные вирусом В-лимфоциты. Следует отметить, что синдром гепатита был выявлен у 2-х больных детей раннего возраста,

атипичные мононуклеары в 87,8%. Лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы отмечен в 70,7%, что было связано в основном наслоением бактериальной флоры (ангина).

Бактериологический анализ слизи из

Рис. 3. Преморбидный фон детей, больных инфекционным мононуклеозом



который подтвердился клинико-лабораторными исследованиями.

Негативное влияние на течение болезни (Рис 3.) оказывал отягощенный преморбидный фон детей: анемия 11 (28,8%), ВЧГ 4 (9,8%), хроническое расстройство питания 3 (4,8%), гнойно-септический анамнез 6 (14,6%), недоношенность 2 (4,8%), иммунодефицитные состояния (ИДС), из-за которых дети часто болели 8 (19,5%).

Анамнез детей позволил установить, что они особо не отличались от других детей. Большинство больных (95,1%) были доношенными, неблагоприятное течение беременности наблюдалось у 19,5% матерей (гестоз беременности, многоводие, анемия, нефропатия), осложнения (9,7%) у матерей во время родов (преждевременные роды, по экстренным показаниям кесарево сечение).

Во всех случаях диагноз инфекционный мононуклеоз был установлен по наличию типичных клинических симптомов, лабораторных данных. Так в периферическом анализе крови лимфоцитоз был выявлен в 82,9%,

ротоглотки выявил наличие бактериальной флоры в 17,1% случаях (*St. aureus*, *Str. pneumoniae*), в остальных случаях получены отрицательные анализы из-за низких возможностей лаборатории.

Все дети, больные инфекционным мононуклеозом получали симптоматическое лечение, инфузионную терапию с целью дезинтоксикации (при тяжелой форме). Получали антибактериальную терапию, так как эта инфекция протекала в ассоциации с бактериальной флорой: пенициллины 34,1%, цефалоспорины 65,9%, в течение 5-8 дней. Уже на 4-5 день антибактериальной терапии у больных отмечено уменьшение болей в горле, симптомов интоксикации, исчезновение гнойных налетов на миндалинах.

Пребывание больных на койке составило 9-12 дней. Исход болезни у всех больных был благоприятным, выписаны с улучшением.

Выводы:

1. Течение и исход болезни зависят от многих факторов: типа иммунного реагирования, сопутствующих заболеваний, возраста, и других факторов, влияющих на

стояние и адаптационные возможности иммунной системы.

2. Диагностика инфекционного мононуклеоза низкая, из-за полиморфной клинической симптоматики. Часто протекает под маской других заболеваний.

3. Отсутствие четких критериев диагностики, лечения и специфической профилактики инфекционного мононуклеоза у детей диктует продолжение научного поиска по этой проблеме.

Литература.

1. Харламова Ф С и др. //Вирусы

семейства герпеса и иммунитет.// Детские инфекции. – 2006. – №3. –С.3-10.

2. Краснов В.В. и др.// Этиопатогенетические особенности инфекционного мононуклеоза у детей //Детские инфекции. – 2007. –№2. –С.36-38

3 Боковой А Г и др. // Определение атипичных мононуклеаров в крови как диагностический тест на герпесвирусные инфекции у детей// Детские инфекции. –2006. –№2. –С.70-72.

4 Уразова О И и др.//Мононуклеары в крови при инфекционном мононуклеозе у детей: Научное издание// Томск. –2003. –166 с.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОРИ У ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА

Смеликов Я.А.

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

Кафедра детских инфекционных болезней,

Республиканская клиническая инфекционная больница (РКИБ),

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В работе представлен клинико-эпидемиологический анализ заболеваемости корью у детей до 1 года, подтвержденной лабораторно методами ИФА и ПЦР – диагностикой.

Ключевые слова: корь, дети, клиника, эпидемиология, сыпь, ПЦР – диагностика.

ИМИРКАЙ БАЛДАРДЫН КЫЗАМЫК ООРУСУНУН КЛИНИКАЛЫК ЖАНА ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК МУНОЗДОМУСУ

Смеликов Я.А.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы,

балдардын жугуштуу оорулар кафедрасы,

Республикалык клиникалык жугуштуу оорулардын бейтапканасы,

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: аталган илимий иликтөө ичинде ИФА жана ПЦР- полимеразык чубама (тизмектуу) методдору менен кызамык оорусу менен оруган ымыркай балдардын клиникалык жана эпидемиологиялык анализи аныкталган.

Ачкыч сөздөрү: кызамык, балдар, клиника, эпидемиология, тактар, ПЦР- полимеразык чубама (тизмектуу) реакциясы.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF MEASLES AT CHILDREN LESS THAN 1 YEAR

Smelikov Y.A.

Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Ahunbaev,

Chair of Child Infectious Diseases, Republic clinical infection hospital,

Bishekek, Kyrgyz Republic

Abstract: In this article presents clinical and epidemiological characteristics of measles at children less than 1 year which defined by different lab methods: IFA and PCR.

Keywords: measles, children, clinical, epidemiology, rash, PCR-diagnostic.

Введение

Несмотря на вакцинацию против кори во всем мире периодически регистрируется эпидемия кори, последняя была в 2011 в Кыргызстане и в странах СНГ – это послужило причиной возросшего интереса к проблеме кори [3]. Контроль и помощь ВОЗ в элиминации вируса кори способствовали снижению заболеваемости, так, по данным Госсанэпиднадзора КР за десять лет 2001 по 2010 гг. в Кыргызстане было зарегистрировано - 171 случай кори, а только в 2011 году зарегистрировано 221 случай кори [4].

Большинство детей заболевших корью были до 1 года, хотя регистрировалась корь и среди детей старшего возраста, в том числе и привитых [2]. Эти данные свидетельствуют об актуальности проблемы кори, которая у детей раннего возраста протекает в тяжелой форме и характеризуется высоким индексом контагиозности (96.0%), высокой смертностью из-за осложнений (пневмония, вторичный круп и др.), связанных с коревой анергией.

Материалы и методы исследования:

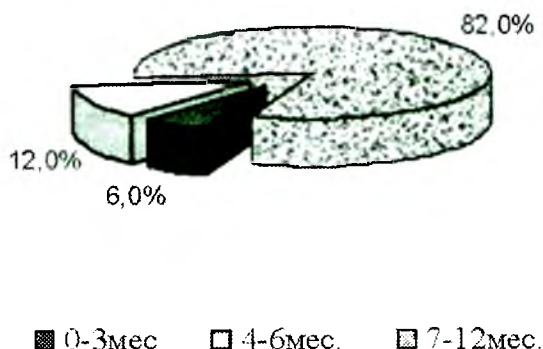
Нами обследовано 33 больных детей в

возрасте до года с диагнозом корь, поступивших в Республиканскую клиническую инфекционную больницу (РКИБ) боксированное отделение с мая по июль месяцы 2011 года, обследованных

преобладали дети в возрасте старше 6мес. Так, дети в возрасте 0-3мес. составили 6,0%, 4-6мес - 12,0% и 7-12 мес. 82,0% (рис.1).

Среди заболевших детей 21 (63,6%)

Рис.1 Возрастная структура больных корью детей



и подтвержденных в вирусологической лаборатории Республиканского Госсанэпиднадзора КР методом ИФА и ПЦР - диагностики Больные были обследованы на 5 день от момента появления сыпи.

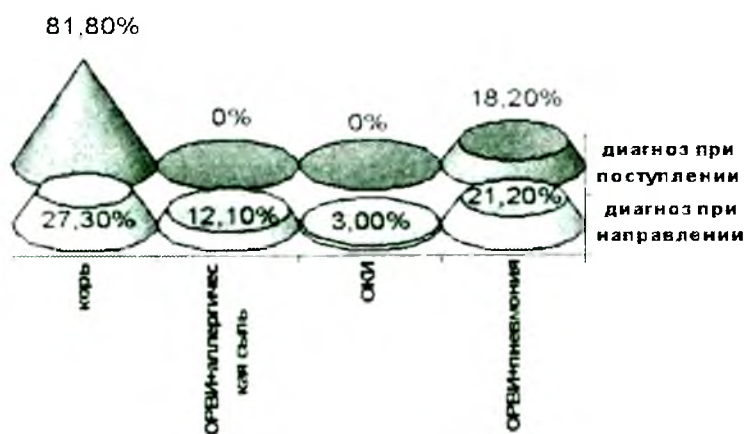
Для постановки диагноза также были использованы эпидемиологические, общеклинические, рентгенологические методы исследования. Статистическая обработка

были жителями города Бишкек и 12 (36,4%) иногородние.

При выяснении эпидемиологического анамнеза контакт с больными корью был выявлен у 84,8 % больных, у 12,2% детей контакт не был установлен и у 3,0% детей, мамы связывали заболевание с фактором переохлаждения

При выяснении акушерского анамнеза патология родов и беременности (угроза

Рис.2 Структура диагнозов при направлении и поступлении в стационар



проводилась по программе SPSS-11

Результаты и обсуждение:

Анализ возрастной структуры обследованных больных показал, что

выкидыша, асфиксия, кесарево сечение, преждевременные роды, отслойка плаценты) была выявлена у 26 (57,6%) матерей больных корью детей. Неблагоприятный преморбидный

фон, который оказывал влияние на тяжесть болезни. был выявлен у 12,2% наблюдаемых нами детей и представлен различной патологией нервной системы (киста головного мозга, синдром внутричерепной гипертензии, внутричерепная гематома, синдром Дауна). Все дети с отягощенным преморбидным фоном состояли на учете у невропатолога. Из перенесенных заболеваний наиболее часто регистрировались ОРВИ у 54,5% детей и острые кишечные инфекции у 6,1% больных.

Скорой медицинской помощью были доставлены 2 (6%) больных, поликлиниками города (ЦСМ) направлены - 4 (12,1%), из других детских стационаров поступило - 15 (45,5%) и без направления врачей - 12 (36,4%) детей.

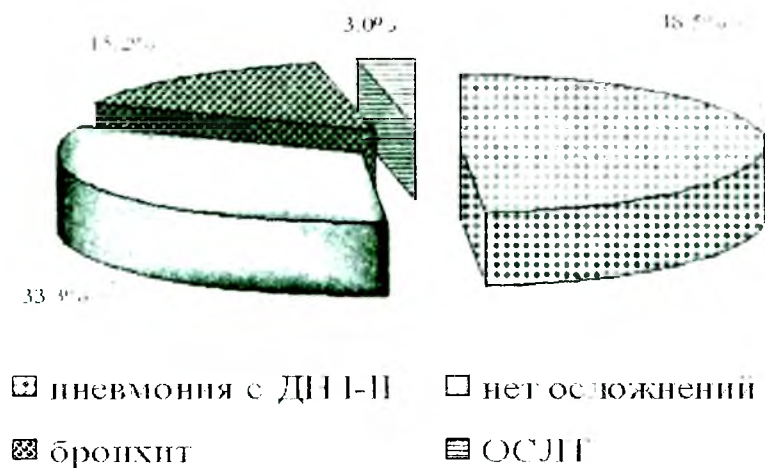
При направлении в РКИБ чаще выставлялся диагноз ОРВИ (33,3%), с диагнозом корь были направлены 27,3% детей и 3,0% больных с диагнозом острая кишечная инфекция. В приемном отделении РКИБ диагноз корь был

сыпь.

Большинство (81,8%) детей поступили в РКИБ в период высыпаний, лишь 18,2% больных в катаральном периоде.

Начало заболевания у всех больных было острым. Повышение температуры тела до $37,5 - 38,5^{\circ}\text{C}$ отмечено у 36,3% больных и выше $38,5^{\circ}\text{C}$ у 63,7% детей. Длительность лихорадки в среднем составила $2,5 \pm 0,5$ дней. В катаральном периоде кори у наблюдаемых нами детей были такие симптомы, как заложенность носа, кашель, конъюнктивит, склерит, светобоязнь, слезотечение, блефароспазм. При осмотре зева зернистость задней стенки глотки выявлена у 63,6% больных, энантема неба у 18,2% детей. На 2-й день болезни на слизистой щек напротив коренных зубов у 12,1% больных появились мелкие белесоватые пятна «Бельского - Филатова - Коплика» - патогномоничный для кори симптом, который редко выявляется. С появлением сыпи катаральные симптомы и симптомы интоксика-

Рис. 3 Структура осложнений у больных корью детей



выставлен 81,8% детей, а ОРВИ только 18,2% больных (рис 2)

Уже при поступлении в инфекционный стационар у 21 (63,6%) детей была диагностирована пневмония, из них у каждого второго ребенка отмечалась дыхательная недостаточность. Следует отметить, что 66,7% больных детей получали лечение в других детских стационарах в течение $7,0 \pm 2,3$ дней. У этих детей был выявлен контакт с больными, у которых при выписке отмечалась аллергическая

циии у детей нарастали. Выявлена положительная корреляционная ($r=+0,3$) связь между тяжестью заболевания и длительность катаральных симптомов в период высыпаний, чем тяжелее было заболевание, тем дольше сохранялись катаральные симптомы. Сыпь вначале появлялась на лице и за ушами, затем постепенно распространялась на тело и конечности (этанность), имела пятнисто-папулезный характер, сливная. У 6,1% больных сыпь имела геморрагический компонент. Длительность периода высыпаний в

среднем составила $3,0 \pm 1,0$ дней. С 4-го дня высыпаний у всех больных отмечалась пигментация кожи, в той же последовательности, как и сыпь, т.е. сверху вниз. В этом периоде у 90,9% больных детей состояние улучшилось, симптомы интоксикации и катаральные явления уменьшились, лишь у 9,1% детей состояние оставалось прежним, что было связано с развитием поздних осложнений и наслоением вторичной бактериальной инфекции.

Заболевание протекало преимущественно в тяжелой форме (84,8%), реже в среднетяжелой форме (15,2%). Осложнения были у 66,7% больных, так пневмония с ДН I-II была у 48,5%, бронхит у 15,1% детей и острый стенозирующий ларинготрахеит (ОСЛТ) у 3,0% детей (Рис.3).

В картине крови у 80,0% больных были типичные для вирусной инфекции изменения – лейкопения ($3 - 8,6 \times 10^9$) с лимфоцитозом (60 - 85%), у 20,0% детей выявлен лейкоцитоз ($9,2 - 12 \times 10^9$) с лимфопенией (40 – 58%). Диагноз кори всем больным детям был подтвержден методом ИФА в 87,9% случаях и ИЦР – диагностикой – 12,1% случаях. Пневмония рентгенологически была подтверждена у 30,3% детей.

Терапия у всех больных детей до 1 года включала антибиотики, инфузионную дезинтоксикацию и симптоматическое лечение. Антибактериальная терапия была назначена по тяжести состояния, а также из-за развития осложнений и высокой вероятности коревой анергии. Антибактериальную терапию (АБТ) в виде одного антибиотика получили 81,8% детей, а последовательную АБТ только 18,2% больных. Спектр антибиотиков был разнообразным: пенициллин, ампициллин, цефотаксим, цефтриаксон, эфипим. Длительность АБТ в среднем составила $6,1 \pm 1,9$ дней.

Большинство (60,6%) детей выписано из стационара с улучшением, с выздоровлением выписано 39,4% детей. Длительность пребывания в стационаре в среднем составила $5,7 \pm 1,5$ дней.

Выводы:

1. В период эпидемии кори 2011г. болели преимущественно дети второго полугодия жизни, имевшие контакт с больными корью в детских стационарах г.Бишкек.

2. Корь протекала в тяжелой форме, часто на фоне отягощенного акушерского анамнеза и неврологических заболеваний у детей.

3. Высокий риск развития бактериальных осложнений у детей до года, развитие анергии диктовало необходимость назначения антибиотиков.

Литература:

1. Носивец Г.В. Критерии оценки эпидемической ситуации по кори на современном этапе. / Эпидемиология и инфекционные болезни. 1999г. №5 - С.14-17

2. Онищенко Г.Г., Ежлова Е.Б. и соавт. О реализации мероприятий третьего этапа программы ликвидации кори в Российской Федерации / Эпидемиология и инфекционные болезни. 2011г. - №3 - С 4-10

3. Отвагин С.А., Брико Н.И. Сравнительная характеристика заболеваемости скарлатиной, ветряной оспой, краснухой, корью, коклюшем, эпидемическим паротитом населения Москвы в последние годы / Эпидемиология и инфекционные болезни. 2005г. - №6 - С.13-16

4. Цвиркун О.В., Герасимова А.Г. и соавт. Эволюция эпидемического процесса кори в России / Журнал инфектологии. 2009г. Т-1р. №2

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ СД 2 ТИПА, ОСЛОЖНЕННОГО ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Исабаева Д.И., Сатаров Н.А., Молдобаева М.С., Акынбеков К.У.,
Титаренко Д., Молдоева С.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом эндокринологии,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Изучены показатели качества жизни (КЖ) у 24 пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа с нефропатией и хронической почечной недостаточностью (ХПН), с применением опросника SF-36v2™ на кыргызском и русском языках. Показатели КЖ у пациентов СД 2 типа с нефропатией и ХПН снижены по сравнению с таковыми у больных с СД 2 типа без нефропатии. В то же время у больных СД 2 типа без нефропатии качество жизни снижено по сравнению с контрольной группой. Снижение в показателях КЖ связано как с физическим, так и с психологическим его компонентами.

Ключевые слова: сахарный диабет, качество жизни, опросник SF-36v2™, диабетическая нефропатия

НЕФРОПАТИЯ ЖАНА МНМКМТ БОЙРӨК ЖЕТИШСИЗДИГИ МЕНЕН ООРДОНГОН 2 ТИПТЕГИ КАНТ ДИАБЕТИ МЕНЕН ООРУГАН АДАМДАРДЫН ЖАШОО САПАТЫ

Исабаева Д.И., Сатаров Н.А., Молдобаева М.С., Акынбеков К.У.,
Титаренко Д., Молдоева С.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы,
Ички оорулардын пропедевтикасы эндокринология курсу менен кафедрасы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Коругунду: Нефропатия жана мицкит бойрок жетишсиздиги менен оордонгон 2 типтеги кант диабети менен ооруган адамдардын жашоо сапаты изилденди. Изилдөөгө 24 оору кыргыз жана орус тилиндеги SF-36v2tm сурамжылоо толтурушту. 51 адамдан турган контролдук группасы жана 30 ооронбогон 2 типтеги кант диабети менен ооруган адамдардын жашоо сапаты менен салыштырылды. Изилдоонун жыйынтыгында нефропатия жана мицкит бойрок жетишсиздиги менен оордонгон 2 типтеги кант диабети менен ооруган адамдардын жашоо сапаты салыштырылган топторун жашоо сапатынан төмөн болуп, жашоо сапатынын физикалык оен соолугу психикалык саламаттыгынан төмөн болуп чыкты.

Негизги сөздөр: Кант диабети, жашоо сапаты, SF-36V2tm сурамжылоо, диабеттик нефропатия.

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH DM2 WITH NEPHROPATHY AND CHRONIC KIDNEY FAILURE

Isabaeva D.I., Satarov N.S., Moldobaeva M.S., Akynbekov K.U.,
Titarenko D., Moldoeva S.

Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Ahunbaev,
Department of Internal Medicine Propaedeutics with the course of Endocrinology,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: The aim of this study was to assess QOL in patients with DM2 with nephropathy and chronic kidney failure, which underwent treatment in dialysis block of the Department of Nephrology of the National Hospital. 24 patients completed a SF-36v2tm questionnaire and were characterized in terms of diabetic complications. Matched groups of non-diabetic patients (n=51) and diabetic patients without complications (30) served as controls. Self-rated physical health was significantly worse (p<0.01) in diabetic dialysis patients compared with non-diabetic patients, diabetic patients with normal kidney function and the control group. Reduced QOL related with physical and psychological components of QOL.

Key words: diabetes mellitus, quality of life, completed the SF36v2tm, diabetic nephropathy.

Введение

В индустриально развитых странах диабетическая нефропатия (ДН) сегодня стала ведущей причиной терминальной стадии хронической болезни почек (ХБП) [1]. При отсутствии интенсивного лечения доклинических форм ДН развивается выраженная нефропатия с последующим формированием хронической почечной недостаточности (ХПН) [2].

В настоящее время является при оценке тяжести заболевания и выборе методов терапии необходимо опираться не только на соматические показатели здоровья, но и на критерии качества жизни. Внедрение новых более совершенных диализных технологий и методов медикаментозной коррекции привело к значительному увеличению продолжительности жизни больных и все более актуальным становится повышение КЖ у данной категории больных [3].

По определению Межнационального центра исследования качества жизни (МЦИКЖ, Санкт-Петербург), КЖ – это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования здорового или больного человека, основанная на его субъективном восприятии [4].

В Кыргызстане оценка КЖ у больных с СД 2 с нефропатией и ХПН не проводилась.

Цель исследования: изучение показателей качества жизни у больных СД 2 типа с нефропатией и ХПН

Материалы и методы исследования

В исследование были включены 24 больных с СД 2 типа, осложненной ДН и ХПН. Все больные находились на лечении в отделении нефрологии с блоком гемодиализа НГ МЗ КР.

Средний возраст больных составил $54 \pm 5,93$ года. Контрольная группа представлена 30 больными с СД 2 типа без нефропатии и 51 респондентами городского населения в среднем возрасте $55 \pm 5,65$ лет г. Бишкек, не страдающих СД.

У всех пациентов обследованы общий анализ крови, уровень креатинина, остаточного азота, мочевины в крови, показатели углеводного

обмена в виде определения уровней сахара крови натощак и после еды

Для изучения показателей КЖ нами применен лицензионный опросник SF-36v2™ на кыргызском и русском языках. Кыргызская версия опросника прошла языковую и культурную адаптацию, а также валидизацию и обладает хорошими психометрическими свойствами (показатель надежности- α -Кронбаха $>0,800$). 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование (ФФ), ролевое физическое функционирование (РФФ), телесная боль (Б), общее здоровье (ОЗ), жизнеспособность (Ж), социальное функционирование (СФ), ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ) и психическое здоровье (ПЗ) [5].

Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием специального лицензионного авторского пакета статистических программ Scoring Software 2.0, а также Excel 5.0. Результаты считались достоверными при уровне $p < 0,001$.

Результаты

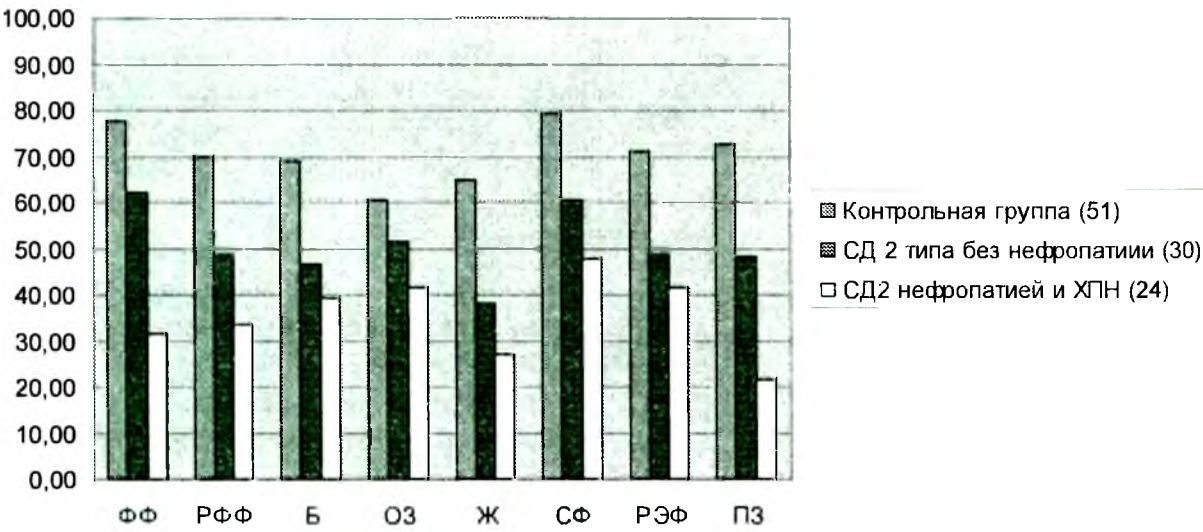
Показатели углеводного обмена у обследованных нами больных в среднем составили $7,17 \pm 0,5$ ммоль/л, что говорит о длительной хронической гипергликемии, средние уровни мочевины - $30,32 \pm 11,60$ ммоль/л, остаточного азота $40,49 \pm 12,95$ ммоль/л и креатинина крови $512,61 \pm 22,64$ мкмоль/л, которые свидетельствуют о выраженности ДН и развитии ХПН. Как известно, у больных с ХПН часто развивается анемия, которая связана со сниженным синтезом почечного эритропоэтина. У обследованных нами пациентов были снижены средние показатели гемоглобина до $85,53 \pm 3,7$ г/л, эритроцитов до $2,5 \pm 0,72 \times 10^{12}$ /л и цветного показателя до $0,85 \pm 0,1$ в ОАК.

У больных с СД 2 типа с ДН и ХПН выявлено значительное достоверное ($p < 0,001$) снижение показателей КЖ по всем шкалам опросника SF-36v2™ по сравнению с больными с СД 2 типа без нефропатии и контрольной группой (Рис. 1).

Как видно из приведенного рисунка 1, у 24 больных СД 2 типа с ДН и ХПН показатели

Рис.1

Показатели КЖ больных с СД 2 типа, осложненных нефропатией и ХПН (в баллах)



КЖ значительно снижены в группе больных с нефропатией и ХПН по сравнению с группой больных СД 2 типа без нефропатии и еще больше, с контрольной группой. Снижены показатели как физического, так и психологического

функционирования. Ниже в таблице 1, приводим эти же показатели КЖ больных с СД 2 типа, осложненных нефропатией и ХПН по средним показателям.

Таблица 1.

Показатели КЖ у больных с СД 2 типа, осложненных нефропатией и ХПН (в баллах)

Шкалы опросника SF-36v2™	Больные СД 2 без нефропатии (30)	Стандартное отклонение	СД2 нефропатией и ХПН (20)	Стандартное отклонение	Контрольная группа (51)	Стандартное отклонение	p
ФФ	61,91	20,62	31,60	15,92	77,50	20,34	p<0,001
РФФ	48,48	25,82	33,33	6,94	69,63	24,55	p<0,001
Б	46,45	21,27	39,00	5,33	68,84	23,76	p<0,001
ОЗ	51,39	18,85	41,67	7,78	60,24	19,58	p<0,001
Ж	38,07	24,57	27,08	2,78	65,00	17,31	p<0,001
СФ	60,23	21,07	47,90	10,52	79,25	19,33	p<0,001
РЭФ	48,49	27,67	41,67	11,11	71,17	21,96	p<0,001
ПЗ	48,33	22,97	21,67	2,22	72,80	18,16	p<0,001

Средние значения показателей КЖ у больных СД 2 типа с ДН и ХПН для 8 шкал опросника SF-36v2™ колеблются от 21,67±2,22 (шкала ПЗ) до 47,90±10,52 (шкала СФ), в сравнении с контрольной группой. Снижение в показателях КЖ связаны как с физическим, так и с психологическим его компонентами.

Таблица 2

Показатели КЖ у больных СД 2 типа, осложненных нефропатией и ХПН

Показатели КЖ	Контрольная группа (51)	СД 2 с нефропатией и ХПН (24)	% снижения КЖ в сравнении с контрольной группой
ФФ	77,50	31,60	40,77
РФФ	69,63	33,33	47,88
Б	68,84	39,00	56,65
ОЗ	60,24	41,67	69,17
Ж	65,00	27,08	41,67
СФ	79,25	47,90	60,44
РЭФ	71,17	41,67	58,55
ПЗ	72,80	21,67	29,76

Как видно, из таблицы 2, показатели КЖ СД 2 типа с нефропатией и ХПН в сравнении с контрольной группой оказались снижены в среднем на 50,61% и варьируют от 29,76% (ПЗ) до 69,17% (ОЗ). Наибольшее снижение показателей КЖ у больных СД 2 типа с нефропатией и ХПН, кроме показателя шкалы ОЗ, выявлены по шкалам СФ (на 60,44%), РЭФ (на 58,55%), боли (на 56,65%). Показатели по шкалам как ФФ, РФФ и жизнеспособности также были достоверно снижены на 40,77%, на 47,88% и на 41,67% соответственно, в сравнении с контрольной группой ($p < 0,001$). При этом, снижение физического компонента было больше (на 53,62%), чем психологического компонента КЖ (на 47,60%).

Заключение

Таким образом, изучение показателей качества жизни у больных СД 2 с нефропатией и ХПН показало, что КЖ у больных с СД 2 типа, осложненных нефропатией и ХПН снижено по сравнению с больными с СД 2 типа без нефропатии. В то же время у больных СД 2 типа без нефропатии качество жизни снижено по

Литература

1. Amanda J Lee, Christopher I.I. Morgan, Pete Conway, Craig J Currie, Characterisation and comparison of health-related quality of life for patients with renal failure, Current Medical Research and Opinion. 2005. -Vol. 21. -№11. P.1777-1783.
2. Masato Fujisawa, Yasuji Ichikawa, Kunihiko Yoshiya, and others, Assessment of health-related quality of life in renal transplant and hemodialysis patients using the SF-36 health survey Urology - August 2000. -Vol. 56 -№2. P. 201-206.
3. Albert W Wu, Nancy E Fink, Jane V.R. March-Manzi and others, Changes in Quality of Life during Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Treatment: Generic and Disease Specific Measures J Am Soc Nephrol. 2004 -Vol. -P.15: 743-753.
4. Шевченко Ю Л, Новик А.А., Тюрин В П и др., Исследование качества жизни в кардиологии. Вестник межнационального центра исследования качества жизни. -2008 - С. 4-14.
5. Ware J.E., Bjorner J.B Turner-Bowker, D M Gandek, B. & Mariush, M E. (2007). User's manual for the SF-36v2™-2007. -P-36-46.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА БИШКЕК КИШЕЧНЫМИ МИКСТ ИНВАЗИЯМИ

**Мамбет кызы Гулина, Куттубаев О.Т., Ашакеева Ж.К.,
Алымкулова Г.Б., Кайкыева Б.К.**

Кыргызская Государственная Медицинская Академия,
Кафедра медицинской биологии, генетики и паразитологии,
Департамент Государственного санитарно - эпидемиологического надзора,
Центр Государственного санитарно-эпидемиологического надзора г. Бишкек,
Республиканская клиническая инфекционная больница,
Бишкек, Кыргызская Республика

***Резюме:** В статье представлены результаты анализа заболеваемости кишечными микст инвазиями населения г. Бишкек. Инвазированность отмечается не только в отдаленных районах, но и в самом городе Бишкек. Если микст инвазии раньше выявлялись в новостройках, на окраинах столицы, где коммунальные благоустройства оставляют желать лучшего, то в последнее время есть данные о распространении кишечных микст инвазий в центральных районах столицы.*

***Ключевые слова:** микст инвазия, смешанная кишечная инвазия, кишечный паразитоз*

Введение

В современных, постоянно меняющихся экологических условиях появляются новые варианты известных болезней в виде различных сочетаний этиологических агентов и в форме неожиданных изменений. Проблема смешанных заболеваний, в патогенезе которых участвуют разные этиологические агенты, интересует многих ученых [3,4,5]. Проблема с микстинвазиями вынуждает исследователей и специалистов пересмотреть существовавшую многие годы моноэтиологическую концепцию инфекционной и инвазионной патологии «один возбудитель — одна болезнь- одно лекарство» так как в естественных условиях в организме больного обнаруживается не чистая культура возбудителя, а в сочетании с разными видами симбионтов. [2,3,4,5]

При этом особое внимание следует обратить на выявление смешанных кишечных форм паразитов, т.е. кишечных микстинвазий и особенности их проявления, т.к. многие отечественные и зарубежные исследователи сообщают о значительном распространении ассоциаций паразитов пищеварительной системы у человека. Несмотря на большие успехи в изучении кишечных паразитозов за рубежом, в Кыргызстане эта проблема до настоящего времени осталась не изученной.

Так как, возбудители различаются не только морфологией и циклами развития,

но и различными биохимическими и физиологическими процессами, специалистам и исследователям все чаще приходится сталкиваться с необходимостью проводить дегельминтизацию одновременно против паразитов, принадлежащих различным таксонам. Патогенное воздействие связано не только с патологией тех органов, где находятся паразиты, но и с общим воздействием на организм человека. В этом аспекте особую актуальность имеет негативное влияние некоторых паразитов на иммунный статус инвазированных лиц и развитие иммунодепрессии, что способствует образованию ассоциативных связей с ВИЧ- инфекцией, вирусом HTLV – 1, туберкулезом, кожными проявлениями и рядом других патологических состояний [5,8,9]. Следует заметить также, что течение паразитарных болезней нередко сопровождается хронизацией инфекционного процесса и необратимыми осложнениями, что увеличивает их роль как фактора, потенциально снижающего качество жизни и общий уровень здоровья населения [2,3].

Именно поэтому так востребовано и практически необходимо тщательное исследование данной проблемы в нашей республике. Работ по изучению зараженности человека с кишечными микстинвазиями в Кыргызстане нет, что определяет ее актуальность.

Материалы и методы исследования:

- учетные и отчетные документы

Департамента Государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ДГСЭН), Центр Государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ЦГСЭН), Медико-информационного центра (МИЦ) Минздрава КР

- архивные материалы Республиканской клинической инфекционной больницы (РКИБ)

Результаты и их обсуждение:

В последние десятилетия XX века выявляемость паразитозов в Кыргызстане была на низком уровне. Это связано со многими факторами: развал Советского союза, тяжелое экономическое положение государства, резкое сокращение финансирования паразитологических исследований, утечка специалистов высокой квалификации за пределы страны, снижение качества лабораторной диагностики, использование простых методов диагностики из-за неудовлетворительной оснащенности паразитологических лабораторий.

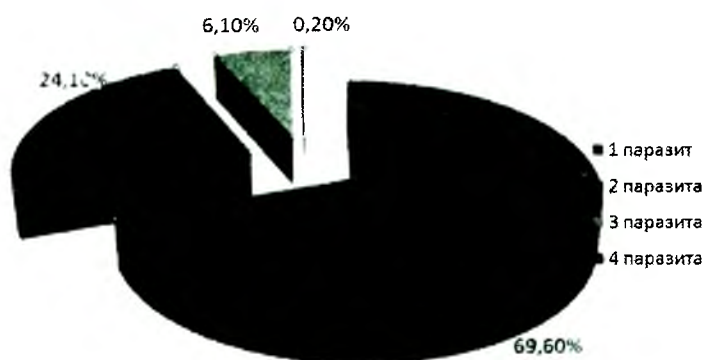
В архивных данных ДГСЭН случаи выявления микст инвазий начинаются с 2007 года. По-видимому, это связано с массовым общереспубликанским паразитологическим исследованием, которое было проведено после долгого перерыва. Основная цель

Из шести областей республики, в связи с относительно высокой зараженностью, Баткенская область была выбрана пилотным регионом, где проводилось детальное изучение инвазированности населения. По результатам исследований, общее количество зараженных лиц составила – 78%. На 1000 обследованных лиц микст инвазии составляли 29%. [1] Анализ территориального выявления инвазий показал, что наиболее инвазированными оказались ученики школы им. М.Горького, села Аксуу, где микст инвазий было выявлено у 41,2% и в селе Андарак у 35,2% учеников. [1]

При этом по два вида паразита обнаружено у 24,1%, по три вида обнаружено у 6,1%, по четыре вида обнаружено у 0,2% обследованных детей. Сочетания паразитов в основном были представлены следующим образом: острицы + лямблии, острицы + аскариды, острицы + аскариды + лямблии, аскариды + карликовый цепень. Рис 1. [1].

Причиной высокого уровня микст инвазий населения (31,4%) возможно, являются благоприятные климатические условия, низкий социальный и материальный уровень жизни, а также низкий уровень санитарной культуры населения [1].

Рис.1. Частота микст - инвазированности обследованных детей (по данным д.м.н. Тойгонбаевой В.С.)



этой паразитологической экспедиции состояла в определении истинной картины инвазированности населения республики.

Результаты проведенного исследования населения вызвало у паразитологов тревогу. Наряду с моно инвазиями, было выявлено много случаев с кишечными микст инвазиями.

Согласно данным ЦГСЭН в г.Бишкек первый случай выявления кишечных микст инвазий зафиксировано в 2008 году в новостройке «Калыс Ордо». Общеизвестно, что на окраине столицы построено около 47 новостроек. Контингент населения (относительное большинство) составляют приезжие из разных

отдаленных районов республики. К сожалению, не во всех новостройках созданы коммунальные благоустройства и проведена водопроводная питьевая вода. Всем известно, что загрязненная вода является одним из основных факторов заражения человека кишечными микст инвазиями.

Отчетные данные дозорного эпиднадзора по паразитарным заболеваниям по детским дошкольным учреждениям (ДДУ) и средним школам города Бишкек, показывают на относительно высокую инвазированность среди учеников средних школ. Так, в 2009 году на участке №16 Первомайского района, города Бишкек, куда входят участки №1, №5, №9 были выявлены случаи микст инвазий, чаще всего в сочетании паразитов (аскаридоз + энтеробиоз, энтеробиоз+лямблиоз).

В 2010 году в средних школах столицы №45, №11, №80, №88 также были зарегистрированы всего 11 случаев микст инвазий, в сочетании паразитов (аскаридоз+лямблиоз, аскаридоз+энтеробиоз, энтеробиоз+лямблиоз).

При изучении архивных документаций у лиц, зараженных кишечными микст инвазиями, кроме статистических данных, никаких других дополнительных информации, таких как: место и условия проживания, социальное и материальное положение больного, анкеты для определения путей заражения и т.д., не оказалось.

На основании приказа №331 от 15.07.2004 года «Об усовершенствовании системы эпиднадзора за паразитарными болезнями» МЗ КР и ДГСЭН, со стороны ДГСЭН и ЦГСЭН регулярно проводятся семинары-тренинги

Рисунок №1. Динамика инвазированности населения по данным РКИБ

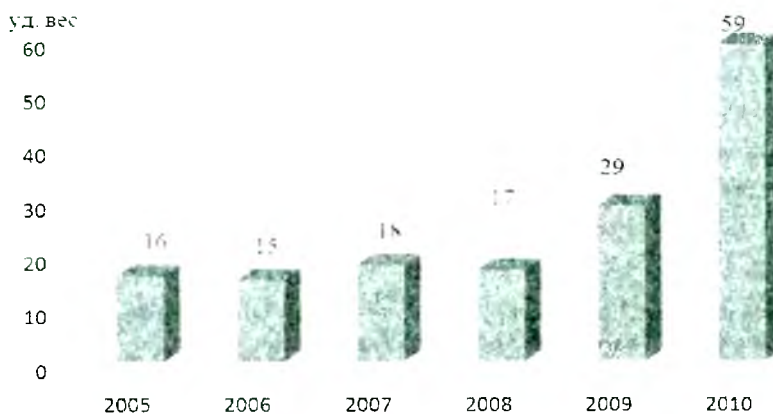


Таблица №1. Сравнительные данные (в абсолютных цифрах) по выявляемости кишечных микст инвазий с 2005 по 2010 гг. (по данным РКИБ)

№	Сочетания паразитов	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1	Аскаридоз + энтеробиоз	4	1	2	7	6	7
2	Аскаридоз + лямблиоз	4	5	9	2	7	20
3	Аскаридоз + токсокароз	-	-	-	2	3	2
4	Лямблиоз + энтеробиоз	4	3	4	3	10	18
5	Гименолепидоз + лямблиоз	2	3	-	1	-	4
6	Аскаридоз + гименолепидоз	1	6	1	1	-	-
7	Лямблиоз + аскаридоз + энтеробиоз	1	-	2	1	3	8
	Всего	16	15	18	17	29	59

для улучшения диагностики паразитарных заболеваний и усовершенствования квалификации специалистов лабораторной службы, что является одной из причин выявления микст инвазий за последние годы.

В журнале регистрации РКИБ, случаи выявления с кишечной микст инвазией начинаются с 2005 года. В списке преобладают жители г. Бишкек и Чуйской области. Вероятно, это связано с тем, для больных из отдаленных районов приехать на обследование в столицу составляет некоторые трудности. Статистические данные РКИБ не утешительны, с каждым годом отмечается рост микст инвазированных лиц, особенно детей. Рисунок №1

В таблице №1 мы приводим только официально зарегистрированные данные, на самом деле количество незарегистрированных больных намного больше, чем нам кажется.

В таблицу не включены идентичные выявления некоторых сочетаний паразитов, таких как: аскаридоз+трихинеллез+гименолепидоз, лямблиоз, тениаринхоз, аскаридоз+тениаринхоз+лямблиоз.

Приведенные примеры о выявляемости кишечных паразитозов относительны, потому что, выявляемость кишечных гельминтозов и простейших напрямую зависят:

а) от состояния кадрового и лабораторно-диагностического ресурсов.

б) от качества лабораторной диагностики,

в) от качества исследуемого препарата, а также тщательности проведения выбранной методики исследования

г) от жизненных циклов паразитов

Выводы:

Таким образом, изучение и анализ архивных документов ДГСОН, ЦГСОН, РКИБ с 2005 года показывает на рост кишечных микст инвазий населения города Бишкек.

Относительно высокая зараженность отмечается у детей школьного возраста. Так, в 2008 году из 329 обследованных у 2 лиц выявлено кишечная микст инвазия – 0,60%, в сочетании паразитов (лямблии + аскариды, лямблии + острицы). В 2009 году из 207 зараженных, микст инвазии выявлены у 6 больных- 2,89%, в сочетании (лямблии + аскариды, лямблии +

острицы, аскариды + лямблии + острицы). В 2010 году выявлено 12 школьников с микст инвазией, из 220 зараженных- (5,45%).

Инвазированность отмечается не только в отдаленных районах, но и в самом городе Бишкек. Если микст инвазии раньше выявлялись в новостройках, где коммунальные благоустройства оставляют желать лучшего, то в последнее время есть данные о распространении кишечных микст инвазий в центральных районах столицы.

Хотелось бы отметить, что выявление микст инвазий у населения не являлось основной целью работников ДГСОН и ЦГСОН. Это случайно обнаруженные данные, а если мы поставим перед собой цель выявления кишечных микст инвазий, то, к сожалению, процент зараженности будет намного выше.

Литература:

1. Тойгомбаева В.С. Паразитарные болезни Кыргызстана. Монография дисс.док. мед.наук, Бишкек, 2010-148с.

2. Захидова Н.А. Особенности изменений в обмене веществ и некоторые аспекты патогенеза при смешанных кишечных паразитозах. Автореф. дисс.канд.мед.наук. Ташкент – 2010

3. Ахмедова М.Д., Бабаходжаев С.Н., Захидова Н.А. Особенности клинического течения смешанных кишечных паразитозов// Проблемы биологии и медицины. – Самарканд. 2009 №3, с-130-132

4. Шенелева А.А., Мерзлова Н.Б., Батурин В.И. Микст инвазии и соматические заболевания в детском возрасте. Пермская государственная академия им. Е.А.Вагнера, кафедра госпитальной педиатрии.

5. Профилактика паразитарных болезней. Методика 2003. Разработаны авторским коллективом в составе: д.м.н. Н.А. Романенко, к.м.н. Г.И. Новосильцев (Институт медицинской паразитологии и тропической медицины им. Е.М. Марциновского Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова), д.м.н. В.П. Сергиев (кафедра паразитологии, паразитарных и тропических болезней Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова)

6. Wilson, M.S., R.M. Maizels 2004.

Regulation of allergy and autoimmunity in helminth infection. *Clin Rev Allergy Immunol*. 26:35–50. doi:10.1385/CRIAI.26.1.35 CrossRef

7. Maizels, R.M. 2005. Infections and allergy - helminths, hygiene and host immune regulation. *Curr Opin Immunol*. 17:656–661. doi:10.1016/j.coi.2005.09.001 CrossRef Medline

8. Rachel L. Pullan, Jeffrey M. Bethony, Stefan M. Geiger, Bonnie Cundill, Rodrigo Correa-Oliveira, Rupert J. Quinnell, Simon Brooker.

Helminth Co-Infection: Analysis of Spatial Patterns and Risk Factors in a Brazilian Community. Article London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, United Kingdom, 2 René Rachou Research Centre FIOCRUZ, Belo Horizonte, Brazil,

3 The George Washington University, Washington D.C., United States of America, 4 University of Leeds, Leeds, United Kingdom

9. Multiple parasite infections and their relationship to self-reported morbidity in a community of rural Côte d'Ivoire Giovanna Rasol^{1,2}, Anne Luginbuhl^{2,3}, Cinthia A Adjoua^{2,4}, Norbert T Fian-Bi⁵, Kigbafori D Silue^{2,5}, Barbara Matthys^{1,2}, Penelope Vounatsou¹, Yulan Wang⁶, Marc-Emmanuel Dumas⁶, Elaine Holmes⁶, Burton H Singer⁷, Marcel Tanner¹, Eliezer K N'Goran^{2,5} and Jurg Utzinger^{1,7} 1Swiss Tropical Institute, PO Box, CH-4002 Basel, Switzerland 2Centre Suisse de Recherches Scientifiques, 01 BP 1303, Abidjan 01, Côte d'Ivoire

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НОВОЙ МЕТОДИКИ АСИММЕТРИЧНОЙ ФАКОТРИСЕКЦИИ С ТРАДИЦИОННЫМ ВЫВЕДЕНИЕМ ЯДРА ХРУСТАЛИКА ПРИ ТОННЕЛЬНОЙ ЭКСТРАКЦИИ КАТАРАКТЫ

Сайдахметов Т.Б., Ботбаев А.А.

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

Кафедра офтальмологии.

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Анализируется новый вид оперативного вмешательства факотрисекции ядра хрусталика при тоннельной экстракции катаракты с использованием малых самогерметизирующихся разрезов, с традиционным выведением ядра хрусталика маневром «бутерброд». Сравняется течение оперативного вмешательства в 2х группах. Выявлено, что при новом методе оперативного вмешательства операционных осложнений меньше, что отражается на функциональных результатах снижением послеоперационного астигматизма и повышением остроты зрения.

Ключевые слова: катаракта, факотрисекция.

КАТАРАКТАНЫН ТОННЕЛДИК ЭКСТРАКЦИЯСЫНДА ОПЕРАТИВДҮҮ КИЙЛИГИШҮҮНҮН ЖАҢЫ ЫКМАСЫНЫН АССИМЕТРИЯЛЫК ФАКОТРИСЕКЦИЯ МЕНЕН САЛТТУУ ОПЕРАТИВДҮҮ КИЙЛИГИШҮҮНҮН САЛЫШТЫРМАЛУУ МҮНӨЗДОМӨСҮ

Сайдахметов Т.Б., Ботбаев А.А.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,

Бишкек, Кыргыз Республикасы.

Резюме: Тоннельдик экстракциясына, кичине өзүн өзү герметизациялаган кесимдерин колдонуу менен “бутерброд” маневры аркылуу хрусталиктин ядорочосун салттуу чыгаруу менен хрусталиктин ядорочосунун факотрисекциясына оперативдүү кийлигишүүнүн жаңы түрү анализделет. 2 группаларда оперативдүү кийлигишүүнүн натыйжасы салыштырылат. Табылгандай, оперативдүү кийлигишүүнүн жаңы ыкмасында оперативдүү кийлигишүүнүн азыраак, бул операциядан кийинки астигматизмди азайтуучу функционалдуу жыйынтыгына көзүнө жана көрүүнүн күрчүн жакшыртат.

Негизги сөздөр: катаракта, факотрисекция.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF THE NEW METHOD OF ASYMMETRIC FAKOTRISECTION WITH TRADITIONAL BREEDING NUCLEUS OF THE LENS DURING TUNNEL CATARACT EXTRACTION

Saidakhmetov T.B., Botbaev A.A.

Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev,

Bishkek, Kyrgyz Republic.

Summary The new type of surgical intervention in the lens nucleus fakotrisection at tunnel cataract surgery using small self-sealing incisions is analyzed, with traditional breeding nucleus lens of the “sandwich” maneuver. Operative intervention in the 2 groups is compared. It was revealed that the new method of surgical postoperative complications is less than what is reflected on the functional outcome of lower postoperative astigmatism and improving visual acuity.

Keywords: katarakta, fakotrisection.

Введение.

Современная хирургия катаракты — это преимущественно бесшовная хирургия с малыми самогерметизирующимися

тоннельными разрезами с использованием факоэмульсификатора, лазера, а также мануальная (механическая) хирургия катаракты, заключающаяся в удалении катаракты через самогерметизирующийся тоннельный разрез различной длины в зависимости от методики проводимой операции. В последние годы ультразвуковая факоэмульсификация стала основным методом хирургии катаракты малым разрезом, особенно в развитых странах. Однако также широкое распространение, особенно в развивающихся странах, получили современные методы мануальной хирургии катаракты малыми разрезами без использования ультразвука, которые могут приводить к быстрому и стабильному восстановлению зрения, сравнимому с аналогичным после факоэмульсификации [1 – 18]. Более того, современная мануальная хирургия катаракты малым разрезом имеет много преимуществ над факоэмульсификацией, простота и доступность самой операции. Таким образом, поиск не дорогих, без энергетических, доступных и в то же время эффективных способов бесшовной мануальной хирургии катаракты малым разрезом является актуальным.

Цель: Провести сравнительную характеристику операционных осложнений при новой методике асимметричной факотрисекции с традиционным выведением ядра хрусталика.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находились 2 группы больных, 1 группа прооперированных предложенным нами методом асимметричной

глаз), из них 53 женщины и 45 мужчин. Возраст пациентов варьировал от 50 до 90 лет (таблица)

При этом пациентов старше 60 лет во 2 группе наблюдалось 67,9%, в первой группе 58,5%. Всем пациентам проводили визометрию, периметрию, тонометрию, биомикроскопию, ультразвуковое исследование. Острота зрения до операции колебалась от светоощущения до 0,2, в среднем 0,06.

Техника операции асимметричной факотрисекции

Предложенный нами способ асимметричной факотрисекции при тоннельной экстракции катаракты осуществляется следующим образом. После обработки операционного поля и анестезии накладывают уздечный шов на верхнюю прямую мышцу для фиксации глазного яблока. Отступая от лимба на 1,5 - 2 мм производили склеральную насечку на 1/2 толщины склеры. С помощью расслаивателя формировали склерокорнеальный тоннельный разрез шириной от 3,5 до 6,0 мм. Длина тоннельного склерокорнеального разреза составляла 3,0 – 4,0 мм. На 9 часах производили парацентез роговицы. В центральной конечной части тоннеля делался прокол глубоких слоев роговицы копьевидным ножом. В переднюю камеру вводили мезатон 1% - 0,1 мл и вязкоэластик. При полной камере разрушалась передняя капсула хрусталика цистотомом по методу «консервной банки» или производился непрерывный капсулорексис, затем производилась гидродиссекция и гидроделианиация, частично производилась

Таблица № 1.

Характеристика пациентов по полу и возрасту прооперированных по группам

Группы	Мужчин	Женщин	Всего	Возраст
1	25	22	47 пациентов (56 глаз)	62,6±10,2
2	20	31	51 пациент (51 глаз)	70±16,2
Итог	45	53	98 пациентов (107 глаз)	66,8±17,7

факотрисекции, 2 группа прооперированных маневром «сэндвич». Всего 98 пациентов (107

ирригация и аспирация. Вводили вязкоэластик в переднюю камеру и с помощью шпателя,

крючка Сински или цистотома вывихивали ядро хрусталика в переднюю камеру. Пространство вокруг ядра заполнялось вязкоэластиком высокой плотности. В переднюю камеру вводится рабочая часть инструмента для фрагментации ядра хрусталика — изогнутого факобисектора Ботбаева (патент КР №104, от 18.09.2007), позволяющего произвести фрагментацию ядра хрусталика на две несимметричные части без глубокого введения его рабочей части в переднюю камеру глаза. При этом введение инструментов внутрь глаза (в переднюю камеру) производилось на протяжении лишь части ядра, а не на всем его протяжении, что уменьшает риск травмирования эндотелия роговицы, радужки и задней капсулы хрусталика. Затем при помощи контрдействий изогнутого инструмента и петли производилось разделение ядра на три несимметричные части. При этом разделение ядра на три несимметричные части выполнялось двумя вариантами: обычно при малых ядрах — при однократном введении используемых для разделения ядра инструментов в переднюю камеру, при средних и больших ядрах — при двукратном. В последнем случае перед каждым введением инструментов в переднюю камеру глаза вводилось достаточное количество вязкоэластика высокой плотности. Части ядра сразу после разделения удалялись при помощи тех же инструментов, а оставшийся фрагмент (фрагменты) — при помощи клювовой петли. Далее проводилась ирригация и аспирация хрусталиковых масс и под прикрытием вязкоэластика в капсульную сумку имплантировалась интраокулярная линза. В 46 случаях через склеро-корнеальный разрез шириной в 3.5 — 4.5 мм имплантировалась мягкая складывающаяся акриловая ИОЛ. В 10 случаях через склеро-корнеальный разрез шириной в 5.0 — 6.0 мм имплантировалась жесткая модель ИОЛ. Вымывали и аспирировали вязкоэластик из полости глаза. Офтальмогонус восстанавливался за счет введения в переднюю камеру физиологического раствора. На наружный разрез тоннеля шов не накладывался, так как самогерметизация тоннельного разреза была достаточной. Под конъюнктиву вводили антибиотик с кортикостероидом.

Техника оперативного вмешательства-при традиционной экстракции хрусталиков произво-

дили маневром “бутерброд”(10). Тоннельный разрез формировался отступая от лимба на 1-5мм, длиной 10 мм, ядро хрусталика после гидродиссекции и гидроделинеации выводили при помощи металлической петли, проведенной под ядро и цистотома, проведенного сверху поверхности ядра, т.е. маневром “бутерброд” (металлическая петля, ядро хрусталика, цистотом). Техника выведения ядра хрусталика маневром “бутерброд”, требует большой гипотонии глаза и осторожных манипуляций как с петлей, так и с цистотомом, так как возможно травмирование задней капсулы хрусталика и эндотелия роговицы при “дефиците” пространства в передней камере в момент захвата и выведения ядра хрусталика. Необходимо отметить, что в момент введения металлической петли под ядро и цистотома над ядром отмечалось выходение вязкоэластика (вследствие широкого разреза -10 мм) из передней камеры и обмельчание ее, что увеличивало «дефицит» пространства в ней и риск повреждения эндотелия роговицы, радужной и задней капсулы хрусталика. При этом чем глаз был менее гипотоничен, тем более значительной была потеря вязкоэластика. После выведения ядра и имплантации ИОЛ, удаления вязкоэластика из камер глаза, тоннельный разрез герметизировался наложением шва (10:0) в виде восьмерки с погружным узлом. Под конъюнктиву вводили антибиотик с кортикостероидом.

Под наблюдением находилось 98 пациентов (107 глаз) с различными видами этиологии катаракт. Плотность ядра катаракты оценивалась перед операцией при биомикроскопическом исследовании. С этой целью мы пользовались классификацией L.Buratto (1999), отражающей но градации цветовых изменений катарактального хрусталика 5 степеней плотности катаракты. В нашем исследовании все катаракты имели плотность соответствующую II (серовато-желтое), III(желтоватое), IV(янтарное большое ядро), V(бурое ядро). Катаракты в большинстве случаев соответствовали 2, 3, 4, 5 степеням. Размер ядра катарактального хрусталика определялся на операции, после проведения гидродиссекции и гидроделинеации ядра. Измерение осуществляли с помощью циркуля измерителя, путем проецирования рабочих концов циркуля на

противоположные точки окружности «золотого кольца» («golden ring»), появляющегося после гидроделинеации. В нашем исследовании ядра были разделены на три подгруппы: мелкие до 5 мм в диаметре, средние ядра -6-7 мм, крупные ядра -8-9 мм. Распределение больных по степени плотности катаракт представлено в таблице 2.

Таблица 2

Степень плотности катаракты в двух сравниваемых группах

Степень плотности катаракт	1	2	3	4	5	Итог
Группы						
1		10	23	18	5	56 глаз
2		12	20	11	8	51 глаз
Итог		22	43	29	13	107 (107 глаз)

Следует отметить, что на 46 глазах группы 1 (82,1%) выявлены плотные ядра хрусталика (3,4 и 5 степени плотности), однако фрагментация их не вызвала особых затруднений, а во 2-ой группе 34 глаза (76,5%) ядро выведено целиком - метод «сэндвич». В 1-й группе крупные ядра были в 30 глазах (53%), средние в 11 глазах (20%) и в 15 глазах (27%) мелкие ядра. Во 2-й группе соответственно крупные ядра в 23 глазах (47%), средние в 18 глазах (36%) и мелкие в 10 глазах (17%). В зависимости от размера ядра нами в 1-й группе в 12 случаях асимметричная факотрисекция выполнялась через склеро-корнеальный разрез шириной 3,5-3,75 мм, в 28 случаях через склерокорнеальный разрез шириной 4,0-4,5 мм с имплантацией мягкой складывающейся акриловой интраокулярной линзой (ИОЛ). В 7 случаях асимметричная факотрисекция выполнялась через склерокорнеальный разрез шириной 5,0-5,5 мм и в 5 случаях — через 6 мм разрез с имплантацией жесткой модели ИОЛ.

По этиологии в группе 1 возрастные катаракты наблюдались в 39 глазах - 70%, осложненные — 17 глаз (30%). Во 2-й группе возрастные катаракты составили 84% - 43 глаза, осложненные 8 глаз (15,6%). Осложненные катаракты в обеих группах составили 46%, возрастные 54%. Среди осложняющих катаракту

факторов в 1 и 2 группе превалировал диабет и миопия. При этом необходимо отметить, что осложненная катаракта была в большем % прооперирована в 1-й группе.

Наименьшее число оперативных осложнений наблюдалось в первой 1-й группе в 1 (1,7%) случае наблюдалась складчатость десцеметовой оболочки в области основного

разреза. Особые трудности при разломе ядра создавали бурые ядра (5ст) с прочными волокнистыми хрусталиковыми сращениями, однако удавалось добиваться полного разделения фрагментов ядра. Выпадение стекловидного тела во 2-й группе наблюдалось в 3-х глазах (5,9%) при экспрессии ядра 5 степени плотности, когда диаметр ядра был в пределах 9 мм, при этом интраокулярная линза во всех случаях была имплантирована на заднюю поврежденную капсулу хрусталика. В 1-й группе выпадений стекловидного тела не наблюдалось. Во 2-й группе число оперативных осложнений определялось в 15 раз больше. В одном случае в ходе операции (2-я группа) наблюдалась складчатость десцеметовой оболочки в области тоннельного разреза, что было обусловлено коротким тоннелем и вход копия соответствовал месту прикрепления десцеметовой оболочки, последнее было устранено в ходе операции введением вязкоэластика и стерильного воздуха. Складчатость десцеметовой оболочки определялась в 2-х случаях (3,9%) во 2-й группе вследствие короткого тоннеля, выпадение радужки в 4 (7,8%) глазах вследствие более широкого операционного разреза.

Гифема не более 1,5 мм во 2-й группе была у больных с осложненными катарактами у пациентов с сопутствующей патологией сахарного

диабета, тогда как в 1 группе у прооперированных больных с сахарным диабетом гифема не определялась. При выписке степень астигматизма в 1 группе была $0,15 \pm 0,02$, во 2 группе $1,4 \pm 0,2$ ($p > 0,05$).

Острота зрения без коррекции в 1 группе была $0,73 \pm 0,05$, с коррекцией $0,91 \pm 0,06$, во 2 группе соответственно $0,4 \pm 0,19$, с коррекцией $0,7 \pm 0,05$, что несколько ниже чем в 1 группе ($p > 0,05$).

Выводы:

1. Асимметричная факотрисекция является малотравматичным способом выведения ядра хрусталика различной степени плотности при тоннельной экстракции катаракты.

Литература:

1. Баранов И.Я., Балашова Т.В., Дятлов В.П. Техника упрощенной модификации тоннельной экстракции катаракты. – Евро-Азиатская конф. По офтальмохирургии 1-я. – Екатеринбург, 1999. – С. 32).

2. Блюменталь М., Ассия Е., Моисев И. «Мануальная экстракапсулярная экстракция катаракты». Офтальмохирургия, 1995, №4. – С. 59 – 62).

3. Ботбаев А.А. Хирургия катаракты малыми разрезами // Материалы второй Центрально-Азиатской конференции по офтальмологии Бишкек, 2007 - С. 70 – 71

4. Иошин И.Э. и соавт. «Тоннельная экстракция катаракты при перезревании и подвывихе хрусталика» // Новое в офтальмологии, -2000. - №2 - С. 33-34).

5. Иошин И.Э., Вигровский А.В., Арутюнян И.А. и др. «Метод сегментарного разлома ядра при факоэмульсификации катаракты» В кн.: Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии. Москва, 2005 -С. 123-12

6. Момозе А. «Бесшовный малый разрез при экстракапсулярной экстракции катаракты без применения факоэмульсификации» // Офтальмохирургия, - 1995. - №4. - С. 54-58

7. Наджем Ф.А., Ботбаев А.А. Туннельная экстракция катаракты с новым методом выведения ядра хрусталика. Бишкек, Вестник

КРСУ. 2003. Т.3. -№4. -С. 20-25

8. Тахчиди Х.П., Шиловских О. В. «Способ экстракции катаракты через малый тоннельный разрез (варианты) // Патент Российской Федерации 2157677. - Вариант 2. - Бюл. 29. – 2000.

9. Феличе Миранти и соавт. «Упрощенная мануальная факобиссекция - альтернатива факоэмульсификации» // Офтальмохирургия - 1998. -№ 2 - С. 18-25

10. Федоров С.Н., Егорова Э.В. Ошибки и осложнения при имплантации искусственного хрусталика. – М.: - Медицина. 1992. – 246 с.

11. Akura J., MD, S. Kaneda, MD, M. Ishihara, MD, K. Matsuura, MD. Quarters extraction technique for manual phacofragmentation / Journal of Cataract Refractive surgery. 2000, volume 26, Number 9.P.25-27.

12. Aravind Srinivasan Nucleus management with irrigating vectis. – Indian Journal of Ophthalmology: 2009. 57:19 – 21)

13. Buratto L. Хирургия катаракты. Переход от экстракапсулярной экстракции катаракты к факоэмульсификации – Fabiano Editore, 1999. – С. 41 – 105).

14. David McIntyre, Chapter 21 “Phacosection”, F.J. Gutierrez-Carmona, “Phaco without the phaco”, 2005 - P. 255 – 267).

15. Fry I.T. The phacosandwiche technique. – Rozakis G. M. Et al. Cataract surgery. Alternative small incision techniques – Thorofare: Slack Inc., 1990 – P. 72 – 100.

16. Gutierrez-Carmona F.J., Manual multi-phacofragmentation through a 3.2 mm clear corneal incision // J Cataract Refract Surgery 2000; 26:1523-1528.

17. Hepsen I.F., Cekic O., Bayramlar H., Totan Y.Small incision extracapsular cataract surgery with manual phacotrision // J Cataract Refract. Surg. – 2000. – Vol.26.- №7. – P.1048 – 1051.

18. Kansas P.G. Phacofracture Cataract Surgery// Alternative small incision cataract techniques. – Thiofare: Slak. Inc., 1990. – P. 45 - 69).

ИЗМЕНЕНИЯ ЭКГ И СТРУКТУРЫ МИОКАРДА НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИЕМА АЛКОГОЛЯ И ПРИМЕНЕНИИ МИЛДРОНАТА У КРЫС В УСЛОВИЯХ НИЗКОГОРЬЯ

Улумбекова С.А., Захаров Г.А., Козьмина Ю.В.,
Петров В.М., Горохова Г.И.

Кыргызско-Российский Славянский университет,
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Длительная принудительная алкоголизация вызывает повышение алкоголя в крови, нарушение процессов сократимости, возбудимости и проводимости, дистрофические и атрофические изменения в сердечной мышце. Милдронат снижал уровень алкоголя, оказал положительное влияние на ЭКГ, не влияя на морфологическую структуру сердца.

Ключевые слова: алкогольная кардиомиопатия, ЭКГ, низкогорье, принудительная алкоголизация, морфология, миокард, милдронат.

КЕЛЕМИШТИН ЭКГСЫ ЖАНА МИОКАРДЫНЫН ТУЗУЛУШУНУН КӨП УБАКЫТ АРАЛЫГЫНДА АЛКОГОЛДУК ИЧИМДИК ЖАНА МИЛДРОНАТЫ КОЛДОНУУ ЖАНДОСУНДА ЖАНЫС ТООЛУУ АЙМАК ШАРТЫНДА ӨЗГӨРҮЛҮШҮ

Улумбекова С.А., Захаров Г.А., Козьмина Ю.В.,
Петров В.М., Горохова Г.И.

Кыргыз-Россия Славян университетинин,
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медицина Академиясы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Резюме: Көп убакыт аралыгында мажбурлан алкоголизациялоо кандагы алкогольнн которулуну алып келет, жүрөк булчуңарынын кыскаруу процессинин, бузулушунун жана өткөрүмдүүлүгүн бузулушунун, дистрофиялык жана атрофиялык өзгөрүүлөргө алып келет. Милдронат жүрөктүн морфологиялык түзүлүшүн таасир этпесин алкогольнн деңгээлин төмөндөтүп, ЭКГга оң таасирин берет.

Негизги сөздөр: алкогольдук кардиомиопатиясы, ЭКГ, жааныс тоолуу аймак шарты, мажбурлан алкоголизациялоо, морфология, миокард, милдронат.

ECG CHANGES AND STRUCTURE OF INFARCTION ON THE BACKGROUND OF LONG-TERM USE OF ALCOHOL CONSUMPTION AND MILDRONATE RATS IN A LOW

Ulumbekova S.A., Zakharov G.A., Kozmina Y.V., Petrov V.M., Gorokhov G.I.

Kyrgyzko-Russian Slavic University,
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: Prolonged forced alcoholization causes an increase in blood alcohol concentration, disturbance of contractility, excitability and conduction, dystrophic and atrophic changes in heart muscle. Mildronate reduced the level of alcohol, had a positive impact on the ECG, without affecting the morphological structure of the heart.

Keywords: Alcoholic cardiomyopathy, ECG, low mountains, forced alcoholization, morphology, myocardium, mildronate.

Почти все больные хроническим является причиной внезапной смерти. Наиболее алкоголизмом страдают той или иной формой часто встречается алкогольная артериальная сердечной патологии, которая зачастую гипертония и алкогольная кардиомиопатия.

У них нарушается метаболизм в ткани сердца, отмечаются выраженные изменения на ЭКГ [1].

Алкогольная кардиомиопатия обычно встречается у людей среднего возраста, зачастую истощенных, с большим сроком употребления алкоголя. Механизм поражения миокарда еще недостаточно изучен. Доказано, что алкоголь ведет к накоплению в кардиомиоцитах жирных кислот, а ацетальдегид, возникающий при метаболизме алкоголя, является фактором прямого токсического влияния на протеиновый синтез [2].

Почти у каждого четвертого больного хроническим алкоголизмом наблюдаются нарушения функции возбудимости. Мерцательная аритмия встречается у 20% больных алкогольной кардиомиопатией и сочетается с сердечной недостаточностью [3].

Длительное употребление алкоголя вызывает жировую инфильтрацию миокарда, дегенеративные изменения в стенках коронарных артерий и нейронов, расположенных в сердце. При микроскопическом исследовании у страдающих хроническим алкоголизмом наблюдаются исчезновение поперечной исчерченности миофибрилл, пикноз ядер, интерстициальный отек, вакуольная и жировая дистрофия, иногда единичные или множественные очаги некроза, мелкие участки фиброза [4]. При гистохимическом исследовании отмечается скопление нейтральных липидов в мышечных волокнах; содержание дегидрогеназ и оксидаз уменьшено. Электронная микроскопия выявляет дегенеративные изменения митохондрий мышечных волокон [5].

Лечение и реабилитация больных алкоголизмом является сложной медико-социальной проблемой. Поэтому поиск эффективных фармакологических веществ, способных устранить последствия алкогольной интоксикации, является одной из актуальных проблем.

Из современных препаратов с широким спектром действия наше внимание привлек милдронат. Механизм его действия определяется многообразием фармакологических эффектов: повышение работоспособности, уменьшение симптомов психического и физического

перенапряжения, активация тканевого и гуморального иммунитета, кардиопротекторное действие [6].

В связи с вышеизложенным, целью настоящего исследования являлось изучение изменения ЭКГ и морфологического состояния сердечной мышцы у крыс при принудительной алкоголизации и применении милдроната в условиях низкогогорья.

Материал и методы

Исследования выполнялись в условиях низкогогорья, г. Бишкек, 760 м. над ур. м.

В качестве экспериментальных животных были использованы белые крысы, которые были разделены на 3 группы:

I группа (n=6) (интактная),

II группа (n=8) с принудительной алкоголизацией в течение 60 дней,

III группа (n=8) с принудительной алкоголизацией в течение 60 дней + фармакоррекция милдронатом (1 раз в сутки в дозе 15 мг/кг веса внутривентриально в течение последних 20 дней опыта).

Опыты проводились в соответствии с Европейской конвенцией о защите животных, используемых в экспериментальных целях (директива 86/609 ЕЕС).

Крысы содержались в условиях сбалансированного питания. Принудительную алкоголизацию проводили раствором этанола, который был единственным источником жидкости [7]. Использовали возрастающие концентрации (10 дней – 5% раствор этанола, 10 – 10%, 20 дней – 15% и в дальнейшем до 60 дня – 20%). Эта методика является оптимальной для создания хронического алкоголизма и позволяет добиться потребления животными максимально больших доз алкоголя, при которых он оказывает токсическое действие на организм.

Содержание этанола в крови определяли алкилнитритным газохроматографическим методом перед забоем [8].

Регистрация ЭКГ осуществлялась на электрокардиографе ЭКГ-03М в трех стандартных отведениях с помощью игольчатых электродов. Скорость протяжки ленты была 50 мм/сек, величина стандартного мм/вольт – 10 мм.

Для гистоморфологического исследования брали кусочки ткани размером 1,5х2х1 см. фиксировали в 10%-реформалина на фосфатном буфере pH 7,4 0,2M. Готовились препараты, которые окрашивались гематоксилин-эозином [9].

Статистическая обработка материала проводилась методом вариационной статистики с помощью компьютерных программных пакетов Statlab и Microsoft Excel. Разницу

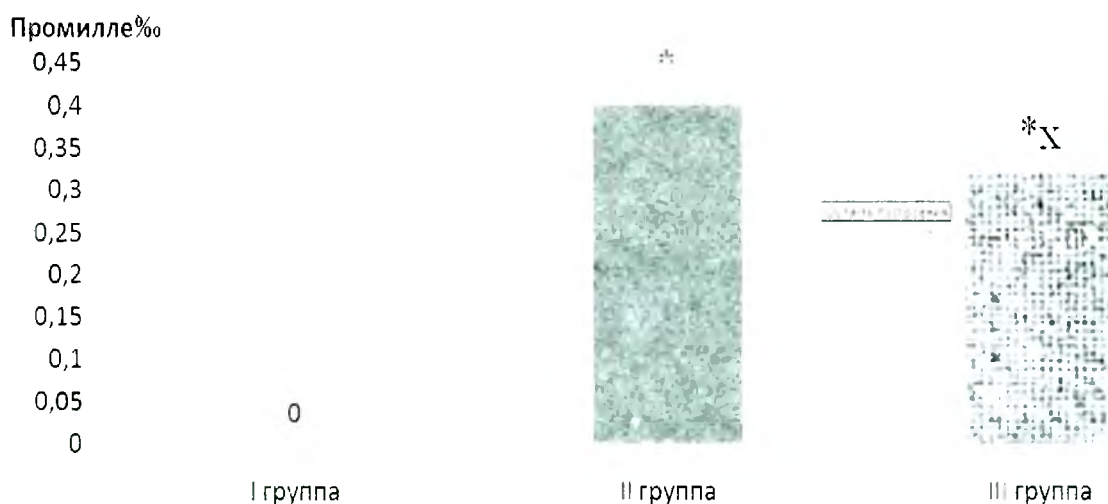
– $0,08 \pm 0,03$ с., систолический показатель был равен $57 \pm 2\%$. Величина зубца Р в I отведении была равна $0,18 \pm 0,05$, во втором – $0,6 \pm 0,02$ и в третьем – $0,4 \pm 0,1$ мм. Высота зубца R в I отведении составляла $2,2 \pm 0,3$, во втором – $5,3 \pm 0,3$ и в третьем – $2,9 \pm 0,3$ мм. Величина зубца равнялась S в I отведении $0,45 \pm 0,03$, во II – $1,5 \pm 0,2$ и в III – $0,6 \pm 0,1$ мм. Высота зубца Т была соответственно – равна $0,3 \pm 0,04$, $1,7 \pm 0,2$ и $1,0 \pm 1,0$ мм.

У 2 группы крыс, получавших алкоголь

Рис 1. Концентрация алкоголя в крови

Примечание: * – изменения достоверные по отношению к I группе;

x – изменения достоверны, по отношению к II группе, $P < 0,05$.



средних величин оценивали по t-критерию Стьюдента и вероятности Р, которую признавали статистически значимой при $P < 0,05$ [10]. Графические иллюстрации построены при помощи компьютерных программных пакетов Microsoft Excel.

Результаты исследования

Определение алкоголя в крови показало (рис. 1), что у животных I группы, не употреблявших алкоголь, его не обнаружено. Во II группе после принудительной алкоголизации концентрация алкоголя в крови составила $0,40 \pm 0,012\%$. Введение милдроната в течение 20 дней в дозе 15 мг/кг снизило его уровень до $0,32 \pm 0,013\%$ ($P < 0,05$).

Изучение ЭКГ показало, что у здоровых животных низкогогорья (табл.): частота сердечных сокращений (ЧСС) составляла 409 ± 15 уд. в мин, при продолжительности сердечного цикла $0,14 \pm 0,002$ с., длительность интервала Р-Q была в среднем $0,06 \pm 0,003$, QRS – $0,03 \pm 0,001$ и Q-T

в течение 60-ти дней, частота сердечных сокращений не менялось, интервал Q-T удлинился на 2 сотых секунды, по сравнению с I группой животных. Увеличился систолический показатель на 24% ($P < 0,001$).

Интервал S-T во всех отведениях был смещен выше изолинии у 25% крыс с выраженным вольтажом зубца S. Уменьшилась величина зубца Р во всех отведениях, а у 60% животных зубец Р стал даже отрицательным, что говорит о нарушении внутрипредсердной проводимости. Возросла величина зубца Т в I отведении, а у 25% крыс наблюдали двугорбый зубец Т во II отведении.

У 3 группы крыс, получавших алкоголь в течение 60-ти дней и в течение 20 дней милдронат, по сравнению с контрольной группой, наблюдалась тенденция к брадикардии, частота сердечных сокращений снизилась в среднем на 76 уд. в мин ($P < 0,1$).

Интервал Q-T удлинился по сравнению

Таблица 1

Динамика длительности интервалов (в сек) и величины зубцов (в мм) у животных с принудительной алкоголизацией и фармакоррекцией в условиях низкогогорья

Примечания: * – изменения достоверны по отношению к I группе;

† – изменения достоверны с группой без фармакоррекции.

Показатели	Интактные животные (n=10) I группа	II группа (n=8)	III группа (n=8)
RR	0,14±0,002	0,14±0,02	0,17±0,02
ЧСС	409±15	432±37	333±34
PQ	0,06±0,003	0,06±0	0,068±0,002
QT	0,08±0,003	0,1±0*	0,128±0,007*х
QRS	0,03±0,001	0,029±0,002	0,028±0,002
Систолический показатель %	57±2	81±5*	76±5*
P	I	0,18±0,05	0,1±0,01
	II	0,6±0,02	0,3±0,02*
	III	0,4±0,1	0,4±0,03х
R	I	2,2±0,3	2,1±0,5
	II	5,3±0,3	4,2±0,9
	III	2,9±0,3	2,1±0,5
S	I	0,45±0,03	0,2±0,02*
	II	1,5±0,2	1,8±0,07
	III	0,6±0,1	1,5±0,07*
T	I	0,3±0,04	0,8±0,25
	II	1,7±0,2	0,9±0,5
	III	1,0±0,1	0,9±0,5

с I группой на 2 сотые секунды и на 4,8 по сравнению со 2 группой

Достоверно увеличился вольтаж зубца P в I отведении, по сравнению с I и 2 группами, а в III отведении по сравнению со 2 группой. Уменьшился вольтаж зубца R во II отведении, но имел тенденцию к повышению в III отведении по сравнению с I и 2 группами животных.

При введении препарата вольтаж зубца S в I отведении был достоверно выше по сравнению как с I, так и 2 группой, а во II и III отведениях был достоверно ниже, чем во II

Вольтаж зубца T имел тенденцию к повышению по сравнению с I группой, увеличившись до 0,8±0,25 против 0,3±0,04 мм (P<0,1), но не отличался от его величины во 2 группе животных

Таким образом, более выраженные изменения на ЭКГ регистрировались во 2 группе животных по сравнению с 3. Это свидетельствует о том, что в условиях низкогогорья милдронат оказал кардиопротекторное действие.

При морфологическом исследовании (рис. 2.а.) видно, что миокард здоровых крыс на продольном и поперечном срезах состоит из типичных (сократительных) кардиомиоцитов. На продольном срезе кардиомиоциты прямоугольной формы, в центре расположено хорошо окрашенное ядро, причем ядра сохранены во всех клетках.

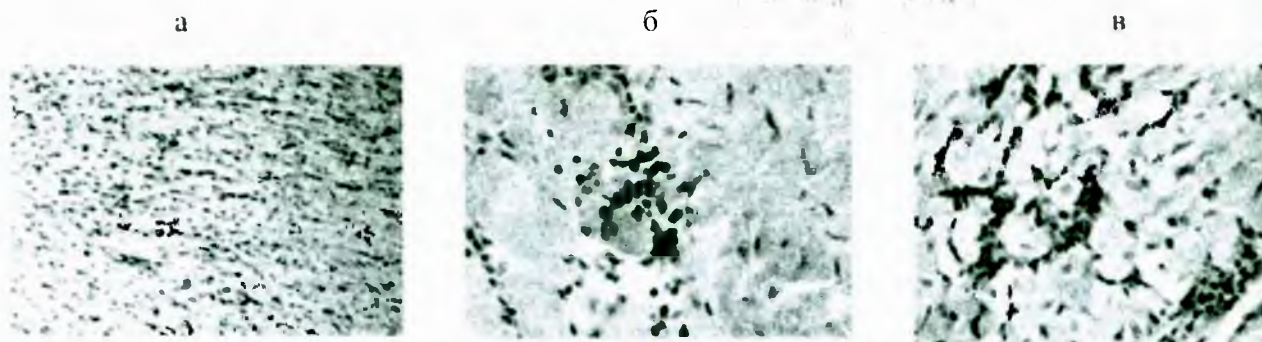
Они одинаковых размеров, не увеличены, четко просматриваются. Поперечная исчерченность миофибрилл сохранена. Типичные кардиомиоциты окружены рыхлой волокнистой

Рис. 2. Морфологическая картина изменений в сердечной мышце крыс в условиях низкогогорья. (Окраска гематоксилином и эозином)

а – Контроль. Контуры клеток чёткие, ядра сохранены во всех клетках, не увеличены, чётко окрашены. Сосуды нормального тонуса, их стенки не уплотнены. В просветах сосуды содержат достаточное количество эритроцитов (X 63).

б – сердце после принудительной алкоголизации. Картина мелкоочагового межжелудочного серозного миокардита (X 400).

в – сердце после принудительной алкоголизации с фармакоррекцией милдронатом. Картина мелкоочагового межжелудочного серозного миокардита (X 400).



соединительной тканью. В ней находится многочисленных сосудов артериального и венозного типа, стенки их не утолщены. Тонус сосудов разный, кровенаполнение достаточное, в некоторых препаратах – умеренное. Эритроциты в сосудах четко различимы. Склеротической перестройки органа не отмечается. Это описание соответствует нормальному строению миокарда [11; 12].

В сердечной мышце после дачи алкоголя (рис. 2.б.) наблюдалось: полнокровие, стазы, очаговые кровоизлияния, дистрофия миоцитов, мелкоочаговый межжелудочный серозный миокардит (лимфоцитарная инфильтрация).

Животным, которым вводили милдронат (рис. 2.в.) регистрировался очаговый межжелудочный серозный миокардит, местами вакуолярная дистрофия миоцитов (внутриклеточный отек эпителиальных клеток с появлением в цитоплазме вакуолей, разрушающих клетки), стазы. Т.е. наблюдались аналогичные изменения как и при употреблении только алкоголя.

Выводы

1. Длительная алкоголизация животных сопровождалась увеличением уровня алкоголя в крови, а милдронат способствовал его снижению.

2. Алкоголь вызвал более выраженные изменения на ЭКГ у животных с длительной алкоголизацией по сравнению животными с фармакоррекцией, это свидетельствует о том,

что милдронат оказал кардиопротекторное действие.

3. Алкоголизация крыс привела к дистрофическим и атрофическим изменениям в сердечной мышце. При применении милдроната эффекта не наблюдалось.

Литература

1. Нужный В.П. Моделирование алкогольного поражения сердца: прогресс и противоречия // Пат. физиол. и эксперим. тер. – 1991. – №5. – С. 58-60.
2. Артемчук А.Ф. Распространенность сердечно-сосудистой патологии у больных алкоголизмом. – М.: Медицина, 1999 – С.289-295.
3. Яковченко В.А., Грудцин Г.В., Игнатьев А.Ю. Поражение сердца у больных алкоголизмом // Журн. неврологии и психиатрии им. С. Корсакова. – 1997. – №9. – С. 68-71.
4. Арлеевский И.П., Галеев А.А., Мухаметшина Г.А., Аминова Ф.И. Случай острой алкогольной миокардиодистрофии с инфаркто-подобными изменениями электрокардиограммы // Рос. кардиол. журн. – 2000. – № 5. – С. 4748-4751.
5. Кактурский Л.В. Кардиомиопатия: классификация и патоморфология // Актуальные вопросы морфогенеза в норме и патологии. Сб. науч. трудов. НИИ морфологии человека РАМН. – М., 2002. – С. 5-10.
6. Калвиньеш И.Я. Метаболизм

миокарда и ишемия // Метаболическая терапия и применение милдроната в клинической практике: Матер. I Междун. научно-практической конф. – Ялта: Grindex, 2003. – С. 24-25.

7. Шабанов П.Д., Лебедев А.А., Русановский В.В. и др. Модуляция пептидами самостимуляции латерального гипоталамуса у крыс при хронической алкоголизации // Экспериментальная наркология. – 2006. – № 3. – С. 36-41.

8. Акимов П.А., Орбиданс А.Г., Терехин Г.А., Терехина Н.А. Влияние острой алкогольной интоксикации на содержание гликогена в печени и скелетных мышцах // Пат

физиол. и экспер. тер. – 2010. – № 2. – С. 15-17.

9. Меркулов Г.А. Курс патологической техники / Г.А. Меркулов. – Л.: Медицина, 1969. – 380 с.

10. Боровиков В.П., Боровиков И.П. Statistica®. Статистический анализ и обработка данных в среде Windows®. – Москва, 1998. – 592 с.

11. Описание микропрепаратов по курсу частной гистологии: Учебно-методическое пособие // Под ред. Н.Н. Заречновой. – Бишкек, 2002. – 38 с.

12. Струков А.И., Серов В.В., Саркисов Д.С. Патологическая анатомия: Учебник. – М.: Медицина, 1995. – 668 с.

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ГЛАУКОМЫ

Джумагулова А.О.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева,
кафедра офтальмологии,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Для повышения информированности населения о глаукоме автор предлагает использовать новые источники информации. По результатам проведенной работы обследовано 146 человек, среди них глаукома выявлена в 63 случаях.

Ключевые слова: глаукома

ГЛАУКОМАНЫ АЛДЫН АЛА АНЫКТОО ҮЧҮН ЖҮРГҮЗҮЛҮҮЧҮ ИННОВАЦИЯЛЫК ЫКМАЛАР

Джумагулова А.О.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы,
офтальмология кафедрасы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Элеги глаукома жөнүндө маалыматтын жогорулатуу үчүн автор жаңы булактарды сунуш кылат. Бул боюнча жүргүзүлгөн иштерини убагында 146 адам изилденген, жыйынтыгында 63 адамда глаукома бар экени аныкталган.

Негизги сөздөр: глаукома

INNOVATIVE METHODS FOR RESOLVING PROBLEM OF EARLY GLAUCOMA DIAGNOSIS

Dzhumagulova A.O.

Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Ahunbaev,
Ophthalmology Department,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: To increase the population knowledge about glaucoma author suggest using of new sources of information. Having results of these investigation we examined 146 individuals and among them revealed 63 cases of glaucoma.

Key words: glaucoma

Актуальность темы. Выявление глаукомы на ранних стадиях до настоящего времени остается достаточно сложной задачей в современной офтальмологии. Для проведения данной работы применяются самые различные методы. Среди них большое внимание отводится профилактической работе среди населения.

Практика показывает, что в настоящее время традиционные методы профилактической работы среди населения теряют свою значимость. С одной стороны, из-за недостаточного государственного финансирования данной работы, а с другой — смещением акцента населения в получении информации на другие источники.

В этой связи является актуальной поиск новых методов информирования населения о тех или иных заболеваниях, и в частности о глаукоме.

Цель работы: изучить возможность использования новых методов информирования населения для раннего выявления глаукомы.

Материал и методы. Для реализации цели работы, нами был разработан проект под названием — «Применение рекламных технологий в раннем выявлении глаукомы». В столице республики г. Бишкек, а также в одном из населенных пунктов (п. Кемин), типичного для республики сельского района, устанавливались рекламные щиты с определенным дизайном и

текстом, призывающим население старше 40 лет ежегодно проходить обследование на глаукому. Были разработаны видео- и радио ролики, а также соответствующий текст для бегущей строки на тему глаукомы для регулярной передачи по республиканским каналам телевидения и радио. В это же время были напечатаны научно-популярные статьи на тему глаукомы в популярных газетах республики. Иными словами проводился своеобразный информационный штурм населения с применением рекламных технологий.

Кроме этого, большую информационную поддержку получили врачи-офтальмологи ЦСМ республики. Для этого им были розданы специальные методические рекомендации под названием: «Раннее выявление первичной глаукомы в условиях Кыргызской Республики». В первой части этих рекомендаций была представлена технология раннего выявления первичной глаукомы с оригинальными рисунками с использованием передового опыта зарубежных стран. Во второй части – приведен полный текст приказа Минздрава КР № 102 от 12.03.2009 года со всеми приложениями «Об усилении мероприятий по раннему выявлению и активному наблюдению больных глаукомой». Далее, всем врачам-офтальмологам ЦСМ г. Бишкек и областных ЦСМ были распространены специальные планшеты – «Раннее выявление глаукомы», оформленные в виде рационализаторского предложения (Свидетельство Кыргызпатента № 579 от 31.05.2011 года). Такие планшеты постоянно находятся на рабочем столе и напоминают врачам о глаукомной настороженности.

По результатам проведенной работы было обследовано 146 человек, в возрасте от 43 до 68 лет. Мужчин – 52, женщин – 94. Для выявления глаукомы применялись стандартные офтальмологические методы. В сложных ситуациях дополнительно проводили обследование на НРТ-II и OCT.

Результаты и обсуждение. Есть основание считать, что если бы население было достаточно информировано о глаукоме, ее

последствиях, то оно бы более активно посещало офтальмологические кабинеты [1, 2].

В ходе проведения данной кампании, а также после ее завершения к офтальмологам целенаправленно стали обращаться пациенты для проведения обследования на предмет глаукомы. Среди обследованных 146 человек, первичная глаукома выявлена в 63 случаях. Это очень высокий показатель.

Такой высокий показатель выявления глаукомы можно объяснить тем, что многие больные обратились целенаправленно, имея те или иные жалобы, о которых широко говорилось во время проведения рекламной работы.

Мужчин было – 24, женщин – 39. Среди мужчин с открытоугольной формой глаукомы было 19 человек, остальные 5 были с закрытоугольной формой глаукомы. Среди женщин с открытоугольной формой было 13, с закрытоугольной – 26.

Среди мужчин преобладала III – стадия (17), II стадия выявлена у 5 больных и I стадия – у 3 больных. Терминальная стадия выявлена у 1 больного.

Среди женщин, также преобладала III – стадия, составляя 25 больных. Развитая – II стадия, выявлена в 9 случаях и I стадия у 5 больных.

В большинстве случаев (43 – 68,2%) у больных с глаукомой была выявлена далекозашедшая и терминальная стадия.

Заключение. Для повышения информированности населения о глаукоме, с целью раннего ее выявления, возможно использование новых информационных источников с применением элементов рекламных технологий.

Литература

1. Е.С. Либман, Е.В. Шахова. Эпидемиология слепоты и слабовидения по РФ. – В кн. Материалы 9 - съезда офтальмологов России: тезисы докладов – М., 2010. – С.145-148.
2. А.П. Нестеров. Глаукома. М., Медицина, 1995. – С.186-187.

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ О ЗАКОНАХ, РЕГУЛИРУЮЩИХ ПОТРЕБЛЕНИЕ ТАБАЧНЫХ ПРОДУКТОВ И ЛЕЧЕНИИ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Буржубаева А.К.

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

Резюме. Исследование проводилось с целью определения осведомленности семейных врачей в отношении законов, регулирующих потребление табачной зависимости и лечения табачной зависимости. **Материал и методы:** Дизайн - поперечное исследование (195 респондентов). **Результаты и выводы.** Семейные врачи проявили низкую осведомленность в отношении законов, регулирующих потребление табачных изделий, а также в отношении лечения табачной зависимости, что говорит о необходимости активных мероприятий, направленных на обучение врачей и создание корректного профессионального отношения к курящим пациентам.

Ключевые слова: семейный врач, распространенность, курение, закон, осведомленность.

ТАМЕКИ ӨНҮМДӨРҮН КОЛДОНУУСУН ЖӨНГӨ САЛУУ МЫЙЗАМДАРЫ ЖАНА ТАМЕКИ ТАРТУУГА КӨЗ КАРАНДЫЛЫГЫН ДАРЫЛОО БОЮНЧА ҮЙ-БҮЛӨӨЛҮК ДАРЫГЕРЛЕРДИН КАБАРДАР БОЛГОНДУГУ

Буржубаева А.К.

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

Изилдөө тамеки өнүмдөрүн колдонуусун жөнгө салуу мыйзамдары жана тамеки тартууга көз карандылыгын дарылоо боюнча үй-бүлөөлүк дарыгерлердин маалыматтануусун аныктоо максатында жүргүзүлгөн. Материалдар жана ыкмалар: Дизайн - кесиптик изилдөө (195 адам сураган). **Натыйжа жана корутунду:** Үй-бүлөөлүк дарыгерлер тамеки өнүмдөрүн колдонуусун жөнгө салуу мыйзамдары жана тамеки тартууга көз карандылыгын дарылоо ыкмалары жөнүндө аз билишет. Бул үй-бүлөөлүк дарыгерлердин окутуу боюнча чаралары откозүү жана тамеки тартуучуларга туура кесиптүү мамиле кылуу керектөөсүн айтат.

Негизги создор: үй-бүлөөлүк дарыгер, таралыш, тамеки тартуу, мыйзам, кабардар болгондук.

AWARENESS OF FAMILY MEDICINE PRACTITIONERS ON TREATMENT OF TOBACCO DEPENDENCE AND THE LAWS REGULATED CONSUMPTION OF TOBACCO PRODUCTS

Burzhubaeva A.K.

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

Summary The aim of the trial is estimation of awareness of family medicine practitioners on diagnostics and treatment of tobacco dependence and some articles of the Laws regulated consumption of tobacco products. **Material and methods:** the design is cross-sectional study (195 respondents). **Results and conclusions:** Family medicine physicians demonstrated low awareness on the laws regulated tobacco products consumption and treatment of tobacco dependence which indicate to necessity of active measures oriented to training of medical doctors and creation of correct professional attitude to smokers. **Key words:** family medicine practitioner, prevalence, smoking, law, awareness.

Введение. Табачная зависимость представляет собой актуальную проблему для Кыргызстана. Учитывая то, что табачная зависимость — это хроническое рецидивирующее заболевание, являющееся причиной многих миллионов смертей, а врач — это ключевая фигура, способная благодаря репутации эксперта и позиции советника в вопросах здоровья, влиять на здоровье каждого отдельного человека, врачи должны диагностировать и лечить табачную зависимость. В 2006 г. был принят закон «О защите граждан КР от вредных эффектов табачных продуктов» согласно статье 8 которого «организации здравоохранения оказывают лицам, решившим расстаться с вредной привычкой потребления табачных изделий, квалифицированную медицинскую и консультативную помощь», а в 2010 г. для облегчения осуществления данного пункта МЗ КР выпущен клинический протокол по лечению табачной зависимости [1]. Однако реализация данного закона выполняется в недостаточной мере. К примеру, проведенное в 2008 г. исследование показало, что только 63% опрошенных знали о существовании законов, регулирующих потребление табачных изделий, и только 76% отметили, что они знают, что курение полностью запрещено в местах, перечисленных в статье 7 данного закона [2]. Данное исследование имеет целью определить осведомленность семейных врачей в отношении диагностики и лечения табачной зависимости, а также некоторых пунктов законов, регулирующих потребление табачных продуктов.

Материал и методы: Дизайн - поперечное исследование, сбор данных проводился путем анкетирования во время обучения семейных врачей Чуйской области лечению табачной зависимости. Исследователями были специально разработаны анкеты, которые предлагались для заполнения обучающимся до начала тренинга. Анкеты состояли из вопросов с несколькими вариантами ответов, из которых лишь один был правильным. В анкетировании приняли участие 195 семейных врачей. 20 мужчин (10,3%), 175 женщины (89,7%). Средний возраст участников составил $49,9 \pm 9,7$ лет.

Статистический анализ данных был проведен с использованием пакета прикладных программ SPSS. Данные характеризовались нормальным распределением (тест Колмогорова-Смирнова). Сравнение групп проводилось с использованием таблиц сопряжения, статистическая значимость рассчитана с использованием хи-квадрата (χ^2) для категориальных данных. Данные представлены в виде среднего значения $\pm$ стандартное отклонение ($M \pm \sigma$).

Результаты *Осведомленность в отношении закона №175 «О защите здоровья граждан Кыргызской Республики от вредного воздействия табака».* Оказалось, что только 68,1% (154) опрошенных врачей знают, что курение запрещено в общественных местах (внутри общественного транспорта, в кафе, ресторанах, кинотеатрах, школах, медицинских учреждениях), только 23,6% (46) знают о существовании закона, обязывающего медицинские учреждения лечить табачную зависимость. Только 20% респондентов (39) знали о существовании клинического протокола по лечению табачной зависимости, одобренного МЗКР и только 29,2% (57) знали о том, что Табачная зависимость включена в международную классификацию болезней. Статистически значимых различий между курящими и некурящими врачами, а также между женщинами и мужчинами по осведомленности в отношении этих пунктов выявлено не было.

Осведомленность в отношении лечения табачной зависимости. С точки зрения доказательной медицины эффективными в лечении табачной зависимости являются структурированное консультирование и использование ряда лекарственных средств, из которых в Кыргызстане представлены: НЗТ (никотин - заместительная терапия), Варениклин и цитизин. Результаты опроса показали, что о том, что доказанной эффективностью обладает Табекс (цитизин) — знают 62,1% (121 респондентов), Чампикс (варениклин) — 33,8% (66 респондентов), НЗТ — 45,1% (88 респондентов) и структурированное консультирование — 64,8% (138 респондентов).

семейных врачей. Статистически значимых различий между мужчинами и женщинами, а также между курящими и некурящими врачами в отношении осведомленности по данным пунктам обнаружено не было

Обсуждение В соответствии с клиническим протоколом МЗКР врач любой специальности должен диагностировать табачную зависимость и предоставлять помощь курильщикам, желающим бросить курить. Однако полученные данные говорят о том, что даже семейные врачи, врачи, с которыми население республики контактирует в первую очередь, не знают в достаточной мере о том, что они должны предоставлять помощь курильщикам, о существовании клинического протокола по лечению табачной зависимости и о наличии эффективных методов лечения табачной зависимости, имеющих доказательную базу. Учитывая то, что лечение табачной зависимости – важный компонент стратегии Мpower, комплекса мер по борьбе с табачной эпидемией, разработанного Всемирной организацией ВОЗ [3], необходимы активные мероприятия по обеспечению курящих доступной квалифицированной медицинской помощи в отказе от курения.

Выводы:

1. Только 68,1% (154) опрошенных врачей знают, что курение запрещено в общественных местах (внутри общественного транспорта, в кафе, ресторанах, кинотеатрах, школах, медицинских учреждениях)

2. Только 23,6% (46) знают о существовании закона, обязывающего

медицинские учреждения лечить табачную зависимость. Только 20% респондентов (39) знали о существовании клинического протокола по лечению табачной зависимости, одобренного МЗКР и только 29,2% (57) знали о том, что Табачная зависимость включена в международную классификацию болезней

3. Семейные врачи также проявили низкую осведомленность в отношении эффективных с точки зрения доказательной медицины средств лечения табачной зависимости: 62,1% знали о табексе, 45,1% о НЗТ, 33,8% о чампиксе и 64,8% о структурированном консультировании

4. Необходимы активные мероприятия по обеспечению курящих доступной квалифицированной медицинской помощи в отказе от курения.

Литература

1. Клинические протоколы по пульмонологии для первичного и вторичного уровней здравоохранения в Кыргызской Республике. Бишкек: МЗ КР 2010. – 72с.

2. Denis Vinnikov, Asel Burzhubaeva, Aichurek Burzhubaeva, Nurlan Brimkulov, Rupert Redding-Jones, Hans LeRoux. How big is support for smoking prohibition in public places in Kyrgyzstan among mining employees? CVD Prevention and Control (2009) 4, 139–145

3. Всемирная организация здравоохранения. Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии. Комплекс мер MPOWER 2008 г.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ УЩЕМЛЕННЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Жаманкулова М.К.

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

Бишкек, Кыргызская республика

Резюме: представлен анализ лечения 70 больных с ущемленными паховыми грыжами, мужчин 66, женщин – 4, по срокам ущемления от 2 часов до 3 суток. Чаще использован способ Бассини (51,5%). Осложнения после операции были у 8 больных (11,4%), умер один (1,4%).

Ключевые слова: грыжи, паховые, ущемления, лечение, осложнения, летальность.

ЧУРАЙ ЧУРКУСУНУН КЫСЫЛГАН КАБЫЛДООЛОРУН ХИРУРГИЯЛЫК ЖОЛ МЕНЕН ДАРЫЛОО

Жаманкулова М.К.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медицина Академиясы,

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: кысылган чуркусу менен жабыркаган 70 оорунуну бейтап баяны анализденди, анын ичинен 66-эркек, 4-аял, ооруну башталганы 2 сааттан 3 суткага чейинкилер. Кобунич Бассини ыкмасы (51,5%) колдонулган. Операциядан кийинки кабылоо 8 оорунууда (11,4%), анын ичинен бирөө (1,4%) каза тапкан.

Негизги сөздөр: чурку, чурай, кысылган, дарылоо, кабылоосу, өлгөнү.

SOME OF THE ISSUES OF SURGICAL TREATMENT OF INCARCERATED INGUINAL HERNIAS

Zhamankulova M.K.

I. K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,

municipal clinical hospital #1.

Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: Analysis of the treatment of 70 patients with incarcerated inguinal hernias was presented. There were 66 men and 4 women. The date of strangulation of a hernia was from 3 hours till 3 days. Bossini method was used more often (51,5%). Eight patients had postoperative complications (11,4%), one patient died (1,4%).

Key words: hernia, inguinal, strangulation, treatment, complications, lethality.

Паховые грыжи относятся к довольно распространенным заболеваниям, не имеющим тенденции к снижению. Большинство исследователей отмечает, что 4-6% населения являются грыженосителями [2,5,6]. Лечение паховых грыж оперативное, но особого внимания заслуживают осложнения паховых грыж, частота которых за последние 15-20 лет значительно увеличилась, что обусловлено тем, что грыжесечение в плановом порядке существенно снизилось [2,4]. После выполнения операций по поводу ущемленных паховых грыж осложнения возникают в 18-42%, а летальность достигает 8-10% [4,6].

Наиболее частыми осложнениями являются гнойно-воспалительные, парез кишечника, легочные осложнения, которые требуют более длительного пребывания в стационаре, а следовательно и больших материальных затрат. Кроме того, возникновение осложнений в раннем послеоперационном периоде является одной из ведущих причин рецидива грыжи, который достигает 10-30% [1,3]. Это требует разработки мер профилактики осложнений в послеоперационном периоде и индивидуального подхода к выбору метода пластики, так как многие вопросы остаются до настоящего времени не решенными, это

касается выбора метода пластики с учетом характера осложнений, размера грыжи, возраста больного и др.

Цель работы - дать анализ результатов оперативного лечения больных с ущемленными паховыми грыжами.

Материалы и методы исследования

Нами проанализированы истории болезни 70 больных, оперированных по поводу ущемления паховых грыж в хирургическом отделении городской клинической больницы №1 г.Бишкек с 2006 по 2009гг. При анализе историй болезни с учетом пола и возраста оперированных по поводу ущемленных грыж выявлено, что 94,3% (66 чел.) из них мужчины и 5,7% (4чел.)- женщины. Чаще всего поступали мужчины в возрасте от 41 до 50 лет, а женщины старше 70 лет. Косые грыжи имели место у 46, прямые у-24. В обследовании больных использованы данные анамнеза, результаты объективного обследования и общие анализы крови и мочи.

Необходимо было определить в какие сроки с момента ущемления больные были госпитализированы, при этом установлено, что 36 больных обратились в первые 6 часов после ущемления, что составило 51,5% от

3 лет-16 больных, что составило 22,5%. Основными причинами грыженосительства большинство больных (62) связывали с тяжелым физическим трудом и истощением, а остальные указать причину затруднялись. В плановом порядке не оперировались из-за финансовых затруднений, для ряда больных даже сооплата была непосильна. Как видно из вышеизложенных данных, довольно высок процент грыженосительства в течение длительного времени, что само по себе является одной из основных причин осложнений грыжи. Причиной ущемления у 61 явилась подъем тяжести, у 9-внезапный приступ кашля, при этом 67 больных оперированы под внутривенным обезболиванием, а 3- под эндотрахеальным наркозом. В грыжевом мешке у 57 находился большой сальник, и у 13-петли тонкого кишечника. Содержимое было жизнеспособным у 67 больных, а у трех кишечник был не жизнеспособным, выполнена резекция с охватом приводящей петли 35-45 см и отводящей 15-20см.

Результаты и их обсуждение

В лечении паховых грыж предложены различные методы, но в нашей клинике

Таблица 1. Типы пластики при ущемленных паховых грыжах

Типы	Всего		Из них с осложнениями					Умер
	абс.ч.	%	Парез киш-ка	Нагно-раны	Инфильт	Инфаркт миокард.	перитонит	
Бассини	36	51,5	1	2	2	1	1	1
Жирару-Кимбаровскому	20	28,5	1		1		1	
Постемпскому	14	20		1	1			
Итого	70	100,0	2	3	4	1	2	1

всех больных, от 6 до 12 часов - 19 (27%), от 12 до 24 часов - 6 (8,5%) больных, в течение первых трех суток поступило 8 (11,5%) пациентов и позже 3 суток - один (1,5%). При этом грыженосителями до 1 года являлись 35 (50%) больных, от 1 года до 2 лет-7 (10%), от 2 до 3лет - 12 (17,5%), более

наиболее часто использовали методику Бассини и Жирара-Кимбаровского и реже - Постемпского (табл 1).

Осложнений было 12 у 8 больных

Более 100 лет большинство операций по поводу паховых грыж выполняется по методу, предложенному Бассини. В нашей

клинике, из 70 анализируемых историй болезни у 36 произведено грыжесечение с пластикой грыжевых ворот по этому методу. При этом, в послеоперационном периоде возникли такие осложнения, как парез кишечника у одного больного, нагноение раны - у 2, инфильтрат послеоперационной раны - у 2, перитонит - у одного и острый инфаркт миокарда - у одного больного, который позже умер. Он поступил в стационар со сроком ущемления 72 часа, содержимое были петля тонкого кишечника и фрагмент большого сальника, произведена резекция кишечника, но послеоперационном период осложнился перитонитом и инфарктом миокарда, что послужило причиной смерти.

У 20 больных выполнена пластика грыжевых ворот по методу Жирара-Кимбаровского и по Постемпскому - у 14 больных. Из 20 больных, оперированных по методу Жирара-Кимбаровского, в послеоперационном периоде возникли осложнения: парез кишечника - у одного и по одному наблюдению - инфильтрат послеоперационной раны и перитонит.

Пластика по Постемпскому использовалась сравнительно редко и в послеоперационном периоде из 14 у 2 больных возникли осложнения - нагноение и инфильтрат послеоперационной раны. Всего после операции было 12 осложнений у 8 (11,4%) больных.

Проведенный анализ истории болезни больных с ущемленными паховыми грыжами, которые были оперированы в первые часы с момента поступления, показал, что далеко не все они были госпитализированы до 6 часов с момента ущемления, большой процент составляют лица с давностью ущемления более 12 часов (21,4%), что не могло не отразиться на течении послеоперационного периода. Обращало на себя внимание то обстоятельство, что большинство больных длительное время были грыженосителями и обратились за помощью лишь после ущемления. Основными осложнениями после операции были парез кишечника и

раневые осложнения. Учитывая полученные данные анализа, необходимо выполнять меры профилактики, которые должны включать амбулаторное обследование всех обратившихся с последующим направлением в стационар при выявлении грыжи для оперативного лечения в плановом порядке, профилактические осмотры для своевременного выявления грыж и выполнять оперативное лечение до возникновения осложнений, использовать средства массовой информации, ознакомляющих население о значении раннего обращения к врачам и оперативного лечения в плановом порядке во избежание осложнений паховых грыж.

Выводы

1. Осложненными паховыми грыжами (ущемление) чаще страдают мужчины в возрасте 41-50 лет и женщины – старше 70 лет.
2. Наблюдается длительное грыженосительство, которое приводит к осложнению паховых грыж.
3. Слишком мал диапазон методов пластики и не применяется методика Лихтенштейна, которая принята «золотым стандартом» при лечении грыж паховой локализации.

Литература

1. Бекоев В.Д., Криль В.М., Троянов А.А. Рецидив паховой грыжи (проблемы и пути возможного решения) // Хирургия.-2003.-№2.-С.45-48.
2. Белоусов А.В., Бауман В.А., Баулина Е.А. Усовершенствование методики Лихтенштейна при пластике пахового канала // Эндоскопическая хирургия.-2005.-№1.-С.-17-18.
3. Егиев В.Н., Чижов Д.В. Использование двухслойной перфорированной пластинки политетрафторэтилена при лечении паховой грыжи // Хирургия.-2003.-№4.-С.23-24.
4. Матяшин И.М., Яремчук А.Я., Пойда А.И. Особенности диагностики, лечебной тактики при ущемленных грыжах живота // Клиническая хирургия.-1989.-№5.-С.-1-6.
5. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи живота. М.: Медицина, 1990.-121с.
6. Soleki R., Matyga A., Milanowski W. Amyand's hernia: a report of two cases // Hernia - 2003.-Vol. 7, #1.-P.50-51.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Мамасали уулу Жыргалбек

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева,
Городская клиническая больница № 1,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В профилактике раневых осложнений при деструктивном холецистите у 62 больных использованы озонированные растворы с концентрацией озона 8-10 мкг/мл и инфракрасное облучение. В момент операции – обработка раневой поверхности и брюшной полости озонированным раствором, а затем инфракрасное облучение. Через сутки начинали инфракрасное облучение послеоперационной раны, на курс – 4-5 сеансов. Осложнения (инфильтрат и нагноение раны) имели место у 2 больных (3,2%).

Ключевые слова: желчный пузырь, холецистит, оперативное лечение, профилактика осложнений, озонированные растворы, инфракрасное облучение.

ДЕСТРУКЦИЯЛЫК ОТ ООРУЛАРЫНЫН ЖАРАТ КАБЫЛДООСУН АЛДЫН АЛУУ ЖАҢЫ МҮМКҮНЧҮЛҮКТӨРҮ

Мамасали уулу Жыргалбек

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы,
№ 1 шаардык клиникалык оорукана,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Деструкциялык от ооруларынын жарат кабылдоосун алдын алууда 62 бейтапка концентрациясы 8-10 мкг/мл болгон озондоштурулган жана инфра кызыл нурлантуу колдонулган. Операция учурунда – жарат үстү жана ич коңдойу озондоштурулган аралашма жана инфра кызыл нуру менен нурлантылган. Бир суткадан кийин, операциядан кийинки жаратты инфра кызыл нуру менен нурлантуу 4-5 сеанска созулган. Анын ичинен эки бейтаптын жаратынын кызарып, прицогоосу катталган.

Негизги сөздөр: от баштыкча, от оорусу, операциялык оорылоо, кабылдоосун алдын алуу, озондоштурулган аралашма, инфра кызыл нурлар.

NEW POSSIBILITIES OF WOUND COMPLICATIONS PROPHYLAXIS IN DESTRUCTIVE CHOLECYSTITIS

Mamasaly uulu Zhyrgalbek

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
municipal clinical hospital #1.
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: Ozonized solutions with ozone concentration equal 8-10 mkg/ml and infrared irradiation were used in wound complications prophylaxis in 62 patients with destructive cholecystitis. During the operation wound surface and abdominal cavity were treated with ozonized solution, and then the infrared irradiation was used. The infrared irradiation of the postoperative wound we began in one day. The quantity of it's use was 4-5 for a course. Complications (infiltrated wounds and wound suppuration) were in 2 patients (3,2%).

Key words: gallbladder, cholecystitis, surgical treatment, complications prophylaxis, ozonized solutions, infrared irradiation.

В последние годы все исследователи отмечают увеличение числа больных с желчнокаменной болезнью и ее осложнений и существенный рост оперативных вмешательств по поводу этого заболевания. Во многих клиниках и хирургических отделениях острый холецистит вышел на второе место после острого аппендицита [1,6], при этом увеличилось число больных с осложненными формами холецистита. Растет и число оперированных и, несмотря на совершенствование техники операций, в послеоперационном периоде осложнения

составляют 16-58% и на первом месте из них стоят гнойно-воспалительные раневые осложнения, которые являются причиной длительного лечения в стационаре, особенно лиц пожилого и старческого возраста, поэтому профилактика этих осложнений приобретает первостепенное значение [3,7], особенно при деструктивных формах, когда всегда есть риск возникновения этих осложнений.

С целью профилактики использовали многие медикаментозные средства, но более широкое распространение получили антибиотики, которые вводились внутримышечно, внутривенно и даже внутриартериально, а в последние годы нашли применение пути введения антибиотиков, которые бы в максимальной концентрации достигали очага поражения (региональная антибиотиколимфостимуляция, введение антибиотиков через пупочную вену и др.). Использование антибиотиков в различных вариантах способствовало снижению частоты раневых осложнений, особенно при острых деструктивных холециститах. Но по мере накопления материала выявлены отрицательные стороны антибиотиков – у части больных их непереносимость, появились антибиотикоустойчивые формы микробов и, кроме того, установлено, что антибиотики угнетают иммунную систему [2]. Учитывая эти обстоятельства с целью профилактики осложнений стали использовать физические факторы (УФО, лазер, медицинский озон и др.), учитывая их мощное бактерицидное свойство [3,4,5]. Появились сообщения о возможности использования инфракрасного облучения в профилактике осложнений [4], но какова его эффективность в сочетании с применением медицинского озона остается не изученным.

Цель работы – улучшить результаты оперативного лечения больных с деструктивными формами холецистита.

Материал и методы обследования

Под наблюдением находилось 62 больных, оперированных в хирургических отделениях городской клинической больницы № 1 г. Бишкек. Женщин было 42, мужчин – 20, возраст колебался от 23 до 78 лет, но большинство были старше

45 лет (47 – 75,8%). Давность заболевания составляла от 6 часов до 3 дней. Основными жалобами были боли в правом подреберье с иррадиацией в шею, лопатку, тошноту, рвоту, повышение температуры, нарастающую слабость. При объективном осмотре у всех наблюдалось напряжение мышц в правом подреберье, положительный симптом Ортнера, а у 49 больных – положительный симптом Щеткина-Блюмберга. В диагностике заболевания помимо общеклинического исследования использовали ультразвуковое исследование (УЗИ) при поступлении, а в послеоперационном периоде определяли размеры зоны инфильтрации операционной раны (эхоморфометрия). В оценке эффективности мер профилактики учитывали сроки исчезновения болевого синдрома, сроки нормализации температуры, частоту осложнений, сроки пребывания в стационаре и лабораторные показатели (количество лейкоцитов) и показатели ультразвукового исследования, которое проводилось на 1, 3, 5 сутки после операции, а при необходимости и позже.

Методика профилактики: после удаления желчного пузыря, тщательного гемостаза ложе пузыря и всю рану орошали дважды озонированным раствором поваренной соли с концентрацией озона 8-10 мкг/мл с экспозицией в 5 минут, затем рану осушали и обрабатывали озонкислородной смесью, а потом выполняли инфракрасное облучение аппаратом «Мустанг», частота - 150 Гц, длина волны - 0,83 мкм, экспозиция – 5 минут. К нижней поверхности печени подвели страховую дренаж и выводили наружу через дополнительный разрез. После операции, уже начиная со следующего дня, область операционной раны подвергали инфракрасному облучению тем же аппаратом с экспозицией в 10 минут, на курс профилактики – 4-5 сеансов.

Наряду с местным воздействием на рану в момент операции, в послеоперационном периоде через дренаж вводили в брюшную полость озонированные растворы по 20-25 мл. Кроме того, больные получали детоксикационную терапию.

Результаты и их обсуждение

Всем больным выполнено УЗИ, при котором конкременты в желчном пузыре обнаружены у 57 из 62, стенка пузыря у всех утолщена, а у 4 выявлен выпот вокруг желчного пузыря. Все были оперированы под эндотрахеальным наркозом в первый же день поступления, так как были выражены симптомы острого холецистита.

У 58 холецистэктомия выполнена из минидоступа в правом подреберье и лишь у 4 - из традиционного лапаротомного доступа. При использовании минидоступа затруднений в

место у 51 больного и гангренозный – у 11 оперированных. Послеоперационный период протекал благоприятно, страхового дренажа удаляли на 3-4 сутки. Для оценки эффективности использования инфракрасного облучения в сочетании с озонированными растворами мы взяли в качестве контроля 30 больных с деструктивными формами холецистита, которые после операции получали традиционное лечение, принятое в клинике. Результаты ультразвукового исследования раны даны в таблице 1

В первые сутки зона инфильтрации была

Таблица 1

Динамика показателей (в см) УЗИ операционной раны у больных деструктивным холециститом контрольной и основной групп

Сроки обследования (в сутках)	Контрольная группа n-30 $M_1 \pm m_1$	Основная группа n-62 $M_2 \pm m_2$	P – степень достоверности
1 сутки	2,7±0,11	2,9±0,12	M_1-M_2 >0,05
3 сутки	3,5±0,12	2,2±0,07	M_1-M_2 <0,05
5 сутки	2,4±0,11	0,9±0,07	M_1-M_2 <0,05

Таблица 2

Клинические показатели больных холециститом контрольной и основной групп

Показатели	Контрольная группа n-30 $M_1 \pm m_1$	Основная группа n-62 $M_2 \pm m_2$	P – степень достоверности
Исчезновение болевого синдрома, сутки	3,8±0,2	2,0±0,11	M_1-M_2 <0,05
Нормализация температуры, сутки	4,8±0,31	2,1±0,12	M_1-M_2 <0,001
Нормализация количества лейкоцитов, сутки	5,3±0,14	3,1±0,15	M_1-M_2 <0,05
Количество осложнений, абс ч.	4	2	
Сроки стационарного лечения, сутки	18,3±0,26	6,2±0,23	M_1-M_2 <0,001

выполнении холецистэктомии не было. К нижней поверхности печени подводили страхового дренажа и осуществляли обработку раны озонированными растворами и инфракрасным облучением.

Флегмонозный холецистит имел

одинаковой у больных контрольной и основной групп ($P>0,05$). На 3 сутки зона инфильтрации достоверно увеличилась в сравнении с первыми сутками, на 5-е сутки отмечено снижение размеров зоны инфильтрации. При сравнении показателей контрольной и основной групп

отмечены значительные различия. На третьи сутки у больных основной группы зона инфильтрации уменьшилась в сравнении с первыми сутками, а на 5-е сутки продолжалось достоверное снижение и более выраженное в сравнении с контрольной группой. Следовательно, инфракрасное облучение в сочетании с озонированными растворами оказывает благоприятное воздействие на раневой процесс, снижает воспалительную реакцию со стороны операционной раны.

Мы также сопоставили клинические показатели в этих двух группах (табл.2).

При сравнении клинических показателей отмечены существенные различия контрольной и основной групп по всем критериям. Осложнения в контрольной группе были у 4 – это нагноение раны и инфильтраты. В основной группе осложнения возникли у двух – инфильтраты в области операционной раны, случаев нагноения раны не наблюдали.

Таким образом, наши исследования показали целесообразность применения разработанных нами мер профилактики раневых осложнений при деструктивных формах холецистита. Метод прост, доступен любому хирургическому отделению, не требует больших материальных затрат и в тоже время достаточно эффективен.

Литература:

1. Абеуов М.Е. Оптимизация методов

антибактериальной терапии при гнойном холецистите и холангите: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Алма-Ата, 1988. – 22 с.

2. Гудз И.М. Клинические и иммунологические последствия применения антибиотиков // Клиническая хирургия. – 1998. - № 1. – С.3-5.

3. Мусаев А.И., Керималиев Т.К., Конурбаева Ж.Т. Профилактика раневых осложнений с использованием цефазолина и лазерное облучение в экстренной хирургии // Медицинские кадры XXI века. – Бишкек, 2006. - № 1. – С.89-91.

4. Осмоналиев Э.Ж. Эффективность применения инфракрасного излучения для профилактики раневых осложнений // Наука и новые технологии. – 2006. - № 3-4. – С.134-136.

5. Салибаев О.А. Оценка эффективности местной озонотерапии в комплексном лечении гнойных ран: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Бишкек, 2005. – 24 с.

6. Уметалиев Ю.К., Мамакеев К.М., Омурканов О.К. Послеоперационные раневые осложнения при остром аппендиците // Медицина и фармакология. – 2002. - № 1. – С.74-78.

7. Gupta R., Sinnet D., Carpenter R. Antibiotic prophylaxis for postoperative wound infections in clean elective breast surgery // Eur. Surg. Oncol. – 2000. – Vol.26. – P.363-366.

ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ И РЕЦИДИВОВ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЯ

Мусаев А.И., Максут уулу Эрлан, Акешов А.Ж.

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

Городская клиническая больница № 1,

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Для обеззараживания плодородных элементов эхинококка использовано 3 метода: гипертонический раствор поваренной соли (30%), термический способ и озонированные растворы с концентрацией озона 8-10 мкг/мл с последующей обработкой бетадином. В первой группе осложнения составили 18,0%, а рецидивов – 4,3%, во второй – соответственно 14,0% и 4,9%, и в 3 группе осложнения были у 4,0%, а рецидивов не выявлено.

Ключевые слова: печень, эхинококкоз, способы обеззараживания, осложнения, рецидив.

ЭХИНОКОКК МИТЕЛЕРИН ӨЛТҮРҮН ЖОК КЫЛУУ ЫКМАЛАРЫНЫН НАТЫЙЖАСЫНДАГЫ ООРУНУН КАЙТАЛАНУУСУ ЖАНА КАБЫЛДООСУ

Мусаев А.И., Максут уулу Эрлан, Акешов А.Ж.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы,

№ 1 шаардык клиникалык оорукана,

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Эхинококк мите курттарын өлтүрүүгө 3-ыкма колдонулган: 30% туз суюктугу, ысык ыкма, концентрациясы 8-10 мкг/мл болгон озондолгон физиологиялык суюктук – бетадин. Биринчи группада кабылдоолор 18,0%, оорунун кайталануусу 4,3%, экинчи группада кабылдоо 14,0%, кайталануусу 4,9%, үчүнчү группада кабылдоо 11,3% түзүп, оорунун кайталануусу жок.

Негизги сөздөр: боор, эхинококкоз, эхинококк мителерин жок кылуу жолдору, кабылдоолор, оорунун кайталануусу.

FREQUENCY OF LIVER ECHINOCOCCOSIS COMPLICATIONS AND RECIDIVATIONS IN DEPENDENCE OF DISINFECTION METHODS

Musaev A.I., Maksout uulu Erlan, Akeshov A.J.

I K Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,

municipal clinical hospital #1

Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: Three methods were used for disinfection of echinococcal elements: hypertonic salt solution (30%), thermal method and ozonized solutions with ozone concentration 8-10 mkg/ml with post treatment with betadin. The complications in the first group were in 18.0% of the patients, and recidivation was in 4.3%; in the second group they were in 14.0% and 4.9% accordingly. In the third group the complications were in 4.0% of the patients, and there were no recidivations.

Key words: liver, echinococcosis, disinfection methods, complications, recidivation.

В обеззараживании плодородных элементов эхинококка использовано большое число средств, но они далеко не все обеспечивают гибель сколексов. Наиболее продолжительное время применяли растворы формалина, но по мере накопления клинического материала было установлено, что этот препарат токсичен, оказывает отрицательное влияние на организм больного [1,2,4] и поэтому в последние годы он не применяется. Для обеззараживания используют спирт, йод, глицерин, салициловую кислоту, хлористый кальций и др., но одни из них малоэффективны, а другие токсичны [5,6,7,8]. В последние годы появились сообщения о

применении гипертонических растворов поваренной соли, о термической обработке и использовании озонированных растворов. Установлено, что они оказывают сколексоцидное действие, а как они влияют на возникновение осложнений в ближайшие сроки после операции и частоту рецидивов болезни в отдаленные сроки остается малоизученным [3,4,7], в то время как частота рецидивов составляет 10-15%.

Цель исследования – определить влияние трех методов обеззараживания плодоносных элементов эхинококка на частоту осложнений и рецидива при эхинококкозе печени.

Материал и методы обследования

Под наблюдением находился 151 больной с неосложненным эхинококкозом печени и 51 – с нагноившимися кистами печени. Их возраст колебался от 18 до 76 лет, но в основном преобладали больные в возрасте от 20 до 40 лет, а давность заболевания составляла от двух месяцев до 6 лет. Чаще поступали женщины (152 чел.) и реже – мужчины (50 чел.). У больных с неосложненным эхинококкозом показатели общего анализа крови в большинстве случаев не отличались от нормы, а при нагноении кист отмечены у большинства лейкоцитоз и повышенная СОЭ. Реакция Казони при неосложненном эхинококкозе была положительной у 67 из 82 обследованных (81,7%), а при нагноении реакция была положительной у 27 из 42 обследованных (64,3%).

Основным методом диагностики было УЗИ, которое позволяло выявить объемные образования печени, их количество, размеры и локализацию. В неясных случаях назначали компьютерную и магнитно-резонансную томографию. УЗИ применялось до операции, в момент операции для контроля все ли кисты удалены и в послеоперационном периоде для выявления остаточных полостей и в отдаленные сроки для оценки результата операции.

Поражение правой доли эхинококкозом было у 147, левой – у 38 и обе доли были поражены у 17 больных. Одиночные кисты были у 132, по две кисты – у 57, более двух кист обнаружено у 13 поступивших.

Для оценки эффективности применения

обеззараживающих средств мы выделили 4 группы:

1. Содержимое и полость фиброзной капсулы обрабатывали 30% раствором поваренной соли (51 чел.).

2. Обработку осуществляли термическим способом (нагретым до 75°C раствором фурациллина). Метод предложен Б.А. Акматовым [1] (50 чел.).

3. Для обеззараживания применяли озонированный физиологический раствор поваренной соли с концентрацией озона 8-10 мкг/мл с последующей обработкой бетадином (50 чел.).

Во всех трех группах были больные с неосложненным эхинококкозом печени.

4. Больные с нагноившимися кистами, у которых для обеззараживания использована та же методика, что у больных третьей группы (51 чел.).

В каждой группе было равнозначное число больных.

Результаты и их обсуждение

При использовании каждого из методов обеззараживания мы определяли *in vitro* сроки, в течение которых погибали все сколексы, а в процессе операции брали биопсию капсулы и перикапсулярную ткань до и после обеззараживания.

В результате выполненных исследований было установлено, что гибель плодоносных элементов эхинококкоза наступает после 5 минут экспозиции гипертонического раствора поваренной соли и термической обработки, в то время как при применении озонированных растворов и бетадина достаточно трех минут.

Гистологическое исследование, выполненное во всех группах, показало, что при термической обработке и гипертоническим раствором при неосложненном эхинококкозе в капсуле обнаруживаются сколексы, а при применении озонированных растворов происходит разрыхление стенки капсулы и хорошее проникновение бетадина не только в капсулу, но и в перикапсулярную ткань печени и гибель сколексов. Подобный эффект был получен и при нагноившемся эхинококкозе печени.

Эти данные подтвердили целесообразность применения для обеззараживания плодоносных элементов эхинококка озонированных растворов с последующей обработкой бетадином. В настоящее время установлено, что озон обладает многокомпонентным действием: бактерицидным, противовоспалительным, иммуннокорригирующим, десенсибилизирующим, что очень важно в использовании при осложненных формах эхинококкоза.

Все наблюдаемые нами группы больных по основным клиническим параметрам были равнозначны (по полу, возрасту, размерам кист, их количеству) и операции у всех осуществлялись однотипные, что позволило нам сопоставить полученные данные.

В результате использования различных методов обеззараживания возникла необходимость сравнить эти группы по результатам с оценкой возникновения осложнений в раннем послеоперационном периоде и определить частоту рецидива болезни в отдаленные сроки. При анализе результатов было установлено, что при обработке гипертоническим раствором осложнения возникли у 18% больных, а рецидив – у 4,3%. При термическом способе обеззараживания осложнения имели место в 14,0%, а рецидив – в 4,9%. При использовании озонированных растворов с последующей обработкой бетадином при неосложненном эхинококкозе печени осложнения составили 4,0%, а рецидив не выявлен. Применение этого способа для обеззараживания при нагноившемся эхинококкозе осложнения отмечены в 11,3%, а рецидив – в 1,9%.

Таким образом, оценивая использованные нами методы обеззараживания, можно отметить:

1. В обеззараживании плодоносных элементов эхинококка наиболее целесообразно

использовать озонированные физиологические растворы поваренной соли с концентрацией озона 8-10 мкг/мл как при неосложненном, так и при осложненном эхинококкозе печени.

2. Сравнительная оценка трех методов обеззараживания показала, что все три метода можно использовать, но более высокий эффект отмечается при применении озонированных растворов с бетадином.

Литература:

1. Акматов Б.А. Термический способ обеззараживания полости эхинококковой кисты // Хирургия. – 1989. - № 8. – С 123-125
2. Алиев М.А., Баймаханов Б.Б., Федотовских Г.В. Морфологическая оценка эффективности обработки остаточной полости печени комбинированным способом после эхинококкэктомии // Анналы хирургической гепатологии. – 2006. - № 3. – С 178-179.
3. Ахмедов И.Г. Рецидив эхинококковой болезни: патогенетические аспекты, профилактика, ранняя диагностика и лечение // Хирургия. – 2006. - № 4. – С.52-57.
4. Гайбатов С.П., Гайбатова Д.С. Клиника и лечение нагноившегося эхинококкоза // Хирургия. – 2006. - № 6. – С.16-18.
5. Магомедов А.З., Османов А.О., Тимошин А.Д. Хирургия осложненного эхинококкоза печени. – Махачкала, 1997 – 112 с.
6. Нестеров М.З. Профилактика резидуального эхинококкоза органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. 14.00.27 – Махачкала, 2005. – 22 с.
7. Третьякова А.Е. Ультразвуковая диагностика гидатидоза печени // Вестник рентгенологии и радиологии. – 2000. - № 2. – С.39-43
8. Azar C. Echinococcosis of the liver // Cut. – 2005. – Vol. 36, # 6 – P 947-952.

ПРОБЛЕМЫ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКОЙ ПЛАЦЕНТЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ КОАГУЛОПАТИЧЕСКИМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

(обзор литературы)

Омурбекова М.М.

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

кафедра акушерства и гинекологии №1.

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В данном сообщении представляется критический анализ литературных данных мировой показательной базы по тактике ведения родов у беременных женщин при преждевременной отслойке плаценты, осложненной коагулопатическим кровотечением. Традиционно при развитии угрожающей жизни ситуации операция завершается удалением репродуктивного органа. Целью настоящей работы является обоснование возможности проведения при таких ситуациях операции без удаления репродуктивного органа.

Ключевые слова: отслойка плаценты, качество жизни.

КОШ БОЙЛУУНУН ТОНДУН АЖЫРАШЫ МЕНЕН БАЙЛАНЫШКАН КОАГУЛОПАТИЯЛЫК КАН АГУУДА ЖАШОО САПАТЫН ЖАКШЫРТУУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ

Омурбекова М.М.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы.

№1 акушерство жана гинекология кафедрасы.

Бишкек, Кыргыз Республикасы.

Коруткучу: Бул баяндоодо кош бойлуу аялдын тоноун мезгилсиз эрте ажырашы менен коагулопатиялык кан агусуна төрөт жүргүзүү боюнча ошолдук ошолдук медицина базасына сын көз караш менен иликтөө жүргүзүлгөн. Салттуу медицинада мындай омур коркунучу келген шартта операция жатынды алып таштоо менен аяктайт. Бул иштин жүзүмдүү максаты ушундай каталат шартта операцияда аялдын репродукциялык жөпөөмүн сактоо мүмкүнчүлүгүн иликтөө болуп саналат.

Негизги сөздөр: тоноун ажырашы, жашоо сапаты.

THE PROBLEMS OF LIFE QUALITY IMPROVEMENT OF PREGNANT WOMEN WITH PREMATURE DETACHMENT OF PLACENTA COMPLICATED BY COAGULOLOGIC HAEMORRHAGE

Omurbekova M.M.

Kyrgyz State Medical Academy by I.K. Akhunbaev.

department of obstetrics and gynecology №1,

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: The critical analysis of the literary facts of world demonstrative base on conducting childbirth's tactics of pregnant women with premature detachment of placenta complicated by coagulologic haemorrhage is represented in the given message. Hysterectomy can be done if there is a precarious situation during the operation. The objective of the present work is substantiation of possibility of performing an operation avoiding hysterectomy.

Keywords: premature detachment of placenta, life quality.

Введение.

оставаться ведущей причиной летальности среди

Материнская смертность продолжает женщин репродуктивного возраста во многих

странах мира, в том числе и в Кыргызской Республике [1,2, 3].

Актуальность проблемы В последние годы в мировой практике уделяют большое внимание на изучение больных, оказавшихся на грани смерти, «чуть не умерших», «near-miss», «критические случаи». Случаи опасных для жизни осложнений или «критические случаи», «near miss» происходят значительно чаще, нежели случаи материнской смертности. Поэтому их анализ позволяет более достоверно судить об основных факторах риска для здоровья матери, а также о том, какие из этих факторов можно устранить или исправить. По мнению В.Е. Радзинского не снижается роль ятрогенных факторов, связанных с «акушерской агрессией»: немотивированная индукция и стимуляция родовой деятельности, амниотомия при «незрелой» шейке матки, т. н. пособие по Кристеллер, неумение считать кровопотерю [4,5,6,7]. Такие же данные приводит в странах Европы [8].

Традиционная акушерская тактика при неадекватной инфузионно-трансфузионной терапии не дает возможности остановить коагулопатическое кровотечение и требует проведения радикального хирургического гемостаза (удаление матки). Этот последний ресурс связан с потерей репродуктивной функции женщин, дополнительным хирургическим риском и инвалидизацией [9-13]. Данные за последние годы практически мало изменились и удаление матки остается главным средством при лечении массивных акушерских кровотечений (в том числе при преждевременной отслойке плаценты с развитием синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания) в ближнем зарубежье [14-16]. Поэтому целью настоящей работы является критический анализ литературных данных мировой доказательной базы по тактике ведения родов при преждевременной отслойке плаценты с коагулопатическим кровотечением и определить возможность проведения органосберегающей операции.

Обсуждение. Анализ доказательной базы мировой литературы свидетельствует о том, что кровотечения в акушерстве продолжают оставаться серьезной проблемой, составляя

среди причин материнской смертности 20-25%. Известно, что более 2/3 всех массивных акушерских кровотечений связаны с нарушением состояния системы гемостаза, то есть являются первично коагулопатическими как проявление синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания.

За последние годы произошли изменения в структуре акушерских кровотечений. Отмечена тенденция к снижению числа кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах на фоне повышения частоты кровотечений, связанных с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты и предлежанием плаценты. В настоящее время не вызывает сомнения факт развития синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания на фоне преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты и предлежания плаценты.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) – грозное осложнение, опасное для здоровья, а иногда и для жизни женщины и в большей степени для плода.

До настоящего времени первичная причина преждевременной отслойки плаценты остается неизвестной. К факторам риска ПОНРП в настоящее время относят заболевания, сопровождающиеся ангиопатией: гипертоническую болезнь, сахарный диабет, заболевания почек, тромбофилии и другие. Различают ПОНРП (классификация Шера):

1. степень – часто обнаруживаемый во время родоразрешения слабый ретроплацентарный сгусток
2. степень – напряженный чувствительный живот и жизнеспособный плод
3. степень – с гибелью плода:
 - 3А – без коагулопатии (участок отслойки от 1/3 до 2/3)
 - 3Б – с коагулопатией (участок отслойки 2/3 и более)

По данным литературы нередко тяжелые осложнения. Например: А.В. Ан и Пахомова Ж.Е. приводят среди причин смерти матерей «... развития ПОНРП у 41,4% умерших женщин против 19,1% - у выживших (127 случаев

материнской смерти — из них 24 с массивными акушерскими кровотечениями и 112 женщин с массивными акушерскими кровотечениями но выживших; хирургическая помощь среди умерших 20,7% - ампутация матки, 79,3% - экстирпация матки, 55,2% перевязка внутренних подвздошных артерий производилась хирургами; выжившие — хирургическая помощь у 84,6% (97 случаев) — экстирпация матки у 25,8%, ампутация матки у 58,8% , у 5,3% - перевязка внутренних подвздошных артерий. У остальных консервативно... » [17]. В Кыргызской Республике среди случаев материнской смерти связанные с ПОНРП частота “матки Кювелера” составила — 63% и антенатальной гибели плода -67% [18].

Хотя частота встречаемости этой патологии возросла, кровотечение расценивается как изначально коагулопатическое, и лечение предусматривает активную тактику трансфузионной терапии. Одним из основных принципов является раннее и быстрое введение адекватных объемов свежемороженой плазмы для восстановления гемостатического потенциала крови, использование ингибиторов протеаз, антиплазминовых препаратов и ингибиторов фибринолиза с целью стабилизации фибрина [19,20]. Нет общепринятого мнения о лечебной тактике при неэффективности данных методов и продолжающемся кровотечении. Отсутствие единого подхода к лечению коагулопатического кровотечения не позволяет полностью реализовать гемостатический потенциал инфузионно-трансфузионной терапии и приводит к преждевременным радикальным хирургическим вмешательствам для достижения гемостаза (удаление матки)

Массивные кровотечения обусловлены рядом причин, но ведущее место занимают изменения в системе гемостаза сопровождающиеся шоком (по типу анафилактической реакции на внедрения - выброс вазоактивных субстанций, таких как тромбопластин плаценты, продукты деструкции и др. в материнский кровоток с развитием анафилактического синдрома беременности) [21].

В клинической практике обсуждаются хирургические методы (лигирование сосудов, селективная артериальная эмболизация) и консервативная терапия с применением ингибиторов фибринолиза (рекомбинантный фактор - rFVIIa, транексамовая кислота) и последнее как вынужденное средство — удаление матки [22 - 34]. При поиске в международной базе данных Cochrane, пока не найдено ни одного рандомизированного клинического исследования, посвященного оценке существующих методик и стратегий [35]. Согласно международным рекомендациям и больничным соглашениям, пациентам с риском массивных кровотечений назначают свежемороженную плазму, концентраты факторов свертываемости крови (фибриноген, VII активированный рекомбинантный фактор) и гемостатические средства (антифибринолитические препараты, десмопрессин) [36]. В мировой клинической практике для уменьшения объема кровопотери используют лекарственные средства, блокирующие избыточный фибринолиз - антифибринолитические препараты (транексамовая кислота). В недавнем систематическом обзоре ассоциации Cochrane, включившем данные 211 рандомизированных контролируемых испытаний (20781 участников), отмечено, что ингибиторы фибринолиза значительно уменьшают объем кровопотери и потребность больных в гемотрансфузиях [37-40].

Есть единичные работы, направленные на сохранение репродуктивного органа - матки. Например: А. А. Ищенко, соблюдая определенную этапность хирургических вмешательств при лечении гипотонических кровотечений (круговой компрессионный шов на матку, шов по Линчу, перевязка внутренних подвздошных артерий) удалось сохранить матки в 88,0 % случаев и только при отсутствии их эффекта производили - ампутацию или экстирпацию матки [41]; успешное применение перевязки подвздошных артерий в 87,9% (51 из 58 больных) при атонических кровотечениях и тяжелой преэклампсии с ДВС синдромом описывает Unal Orhan и соавт. [42].

Однако, при ПОНРП с коагулопатическим

кровотечением с учетом на относительную редкость, внезапность проявления и крайне ургентной критической ситуации, связанные с тяжелой степенью кровотечений, особенно в условиях регионарных родовспомогательных организаций и отсутствие опыта применения малоинвазивной хирургии с использованием кровосберегающей технологии (например, возможность и доступность проведения билатеральной деваскулиризации внутренних подвздошных артерий, селективная рентген эмболизация маточных артерий, доступность применения рекомбинантного фактора и др.) практически невозможна. Следовательно, учитывая патогенез развития коагулопатических кровотечений имеющий - причину (фон), условия реализации (выброс вазоактивных субстанций в материнский кровоток) с развитием тяжелого фибринолиза, алгоритм оперативной помощи при ПОНРП тяжелой степени должен предпринять возможность предупреждения анафилактикоидной реакции беременности с проведением деваскулиризации матки (перевязка маточных артерий) и компонентной антифибринолитической терапии (СЗП, транексамовая кислота).

Отсюда, проблема не только снижения частоты смерти женщин в родах с применением инновационных подходов, но и сохранение «качества жизни» или проведение органосохраняющей операции без удаления матки при ПОНРП остается актуальной.

Литература

1. Бутта З.А., Хан Я.П. Здоровье женщин и новорожденных детей в Кыргызстане и Чуйской области: оценка и обоснование вмешательства - Бишкек, 2009, - 51 с.
2. Ешходжаева А.С., Калиева А.С., Абазбекова Н.С., Аскеров А.А. Краткий обзор ситуации в сфере охраны здоровья матери и ребенка в Кыргызской Республике за 2008-2009 гг. - Бишкек, 2010, - 46 с.
3. Фролова О.Г. Материнская смертность после оперативного родоразрешения / О.Г. Фролова, Г.М.Бурдули, Н.А. Дурасова // Мать и дитя: материалы VIII Рос. форума. М., 2006 - С. 344-345.
4. Horton R. What will it take to stop mater-

nal death? Sep 23, 2009 The Lancet.

5. Van Roosmalen J., Zwart /J. Best Practice&Research Clinical Obstetrics and Gynecology, 2009; 23, 297-304 (13).
6. Hussian R., Dlugacz Y.D. Internft Forum on Quality and Safety. April 2008, Paris (9)
7. Радзинский В.Е., Кузнецова О.А., Костин И.Н. Современные технологии лечения акушерских кровотечений - Фарматека, №1 2010.
8. Berglund S., Pettersson H., Cnattingius S., Grunewald C. /BJOG 2010; 117 (8): 968-78.
9. Мусуралиев М.С. Оценка эффективности оперативного гемостаза при массивных акушерских кровотечениях. // Центрально-азиатский медицинский журнал - Том X, 2004, приложение 8- С.245-249
10. Kastner ES, Figueroa R, Garry D, Maulik D. Emergency peripartum hysterectomy: Experience at a community teaching hospital. Obstet Gynecol. 2002; 99: 971-975
11. Lalonder A, Daviss BA, Acosta A, Herschderfer K. Postpartum hemorrhage today: ICM/FIGO initiative 2004-06. Int J Gynecol Obstet 2006; 94: 243-253.
12. Knight M., Spark P., Kurinczuk J. J., Brocklehurst P. Peripartum hysterectomy in the UK: outcomes and management of associated haemorrhage. Int. J. Obstet. Anaesth., 2006; 15: S. 8.
13. Smith J, Mousa HA. Peripartum hysterectomy for primary postpartum haemorrhage: Incidence and material morbidity. J Obst Gynecol 2007; 27: 44-47.
14. Руководство по оказанию неотложной помощи в перинатологии. Алматы, 2010 -233 с.
15. Wise A., V. Clark. Challenges of major obstetric haemorrhage/ Best Practice & Research Clinical Obstet. and Gynaec. 24 (2010) 353-365 (обзор)
16. Camuzcuoglu H., Toy H., Vural M., Yildiz F., Aydin H. Internal iliac artery ligation for severe postpartum hemorrhage and severe hemorrhage after postpartum hysterectomy/ Obstet Gynaecol Res. 2010 Jun;36(3):538-43.
17. Ан А.В., Же Пахомова. Критические состояния при акушерских кровотечениях/ Вопросы гинек., акуш и перинат, 2010, т.9, №4, с 33-36
18. Мусуралиев М.С., Макенжан уулу А. Улучшения качества жизни и проблемы безопасного материнства/ Ж Здоровье матери и ребенка, 2009, Т.1, Приложение 1 -с.49-53.
19. Сухих Г.Т., Серов В.Н., Федорова Т.А. и др. Инфузионно-трансфузионная терапия при коагулопатических послеродовых кровотечениях

- ях. (Медицинская технология) - М., 2009. - 15 с
20. Кулаков В.И., Серов В.Н., Абубакирова А.М. Клиническая трансфузиология в акушерстве, гинекологии и неонатологии//М. Триада-Х-2001, 205 с.
21. Серов В.Н., Маркин С.А. - Критические состояния в акушерстве - М., 2003, 704 с
22. Мусуралиев М.С., Макенжан уулу А. Новый оперативный гемостаз при массивных акушерских кровотечениях.// Ж. Медицинские кадры XXI века. - 2007.-№1 -С142-144.
23. Мусуралиев М.С., Макенжан у. А. Инновационные подходы к лечению массивных кровотечений в акушерстве./Перспективы развития научно-инновационной деятельности. Тезисы докл. 11 Международной научно-практ. Конф. НАН КР., Б. 2010, с.69-70.
24. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Капранов С.А., и др. Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки: достижения и перспективы.- Акушерства и гинекология, 2007, №5 - С. 5427.
25. Бреслав И.Ю. Перевязка внутренних подвздошных артерий в лечении массивных акушерских кровотечений.- Дис. к. м. н., Москва, 2009.-157с.
26. Федорова Т.А. Рогачевский О.В. Ан А.В. Принципы инфузионно-трансфузионной терапии массивного акушерского коагулопатического кровотечения/ Акушерство и гинекология: 2010.- №6 -С.142-148
27. Курцер М.А., Панин А.В., Сушевич Л.В. Перевязка внутренних подвздошных артерий как альтернатива гистерэктомии при массивных акушерских кровотечениях / Акушерство и гинекология, 2005, N 4.-С.12-15
28. Vincent J.L., Rossaint R., Riou B., Ozier Y., Zideman D., Spahn DR. Recommendations on the use of recombinant activated factor VII as an adjunctive treatment for massive bleeding – A European perspective. Crit Care 2006; 10 : R210
29. Franchini M., Lippi G., Franchini M. The use of recombinant activated factor VII in obstetric and gynaecological haemorrhage. BFOG 2007; 114: 8-15.
30. Ahonen J., Jokela R., Korttila K. An open non-randomized study of recombinant activated factor VIIa in major postpartum haemorrhage. Acta Anaesthesiol Scand 2007; 51:929-936.
31. A. Welsh, C. McIntock, S. Gatt, D. Somers, Ph. Popham and R. Ogle "Guidelines for the use of recombinant activated factor VII in massive obstetric haemorrhage" Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology, 2008; 48: 12-16
32. Joshi VM, Otiv SR, Majumder R, et al. Internal iliac artery ligation for arresting postpartum hemorrhage BJOG 2007; 114: 356-61.
33. Sziller, Istvan; Hupuczi, Petronella ; Papp, Zoltan. Hypogastric artery ligation for severe hemorrhage in obstetric patients Save/ Journal of Perinatal Medicine , Volume 35 (3) JPM 2007.049de Gruyter – Jun 1, 2007
34. Camuzcuoglu H , Toy H , Vural M , Yildiz F , Aydin H . Internal iliac artery ligation for severe postpartum hemorrhage and severe hemorrhage after postpartum hysterectomy./ Obstet Gynaecol Res. 2010 Jun;36 (3):538-43.
35. Mousa HA, Alfircvic Z. Treatment for primary postpartum haemorrhage – Z., Cochrane Library, 2009, Issue 1
36. Kozek - Langenecker S. Management of massive operative blood loss. Minerva Anesthesiol, 2007, 73: 7-8
37. The CRASH-2 collaborators. The importance of early treatment with tranexamic acid in bleeding trauma patients: an exploratory analysis of the CRASH-2 randomised controlled trial. Lancet 2011; published online March 24 DOI:10.1016/S0140-6736(11)60278-X.
38. Peitsidis P, Kadir RA. Antifibrinolytic therapy with tranexamic acid in pregnancy and postpartum./Expert Opin Pharmacother. 2011 Mar; 12(4) 503-16. Epub 2011 Feb 4.
39. Novikova, N. Tranexamic acid for reducing blood loss in the third stage of labour November 2006, Last Updated:10 July 2008 (Obstetric, Gynecology and Reproductive Medicine, 2008, 18:10; Author Country: South Africa Entity: Pregnancy and Childbirth Group).
40. Davenport R, Curry N, Manson J. et al. Hemostatic effects of fresh frozen plasma may be maximal at red cell ratios of 1:2 / J. Trauma, 2011, 70: 90–95.
41. Ищенко А.И. Современные органосохраняющие операции на матке при гипотонических кровотечениях в акушерстве/ Автореф дис канд мед наук.- М., 2007 - 22с
42. Unal, Orhan; Kars, Bulent; Buyukbayrak, Esra Esim; Karsidag et al. The effectiveness of bilateral hypogastric artery ligation for obstetric hemorrhage in three different underlying conditions and its impact on future fertility /Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, Volume 24, Number 10, October 2011, pp. 1273-1276(4)

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Обзор литературы

Молдобаева М.С., Исабаева Д.И.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом эндокринологии,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Заболеваемость сахарным диабетом 2 типа стремительно увеличивается, соответственно увеличиваются и их сосудистые осложнения. Развитие осложнений обусловлено не только фенотипическими, но и генотипическими факторами. Важно своевременно выявить генотипические изменения и взаимосвязь их с регулирующими факторами риска развития осложнения сахарного диабета 2 типа – диабетической нефропатии.

Ключевые слова: сахарный диабет, диабетическая нефропатия.

КАНТ ДИАБЕТИНИН 2 ТИПИ МЕНЕН ООРУГАН ООРУЛУУЛАРДАГЫ ДИАБЕТТИК НЕФРОПАТИЯНЫН АКТУАЛДУУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ

Жалпы адабияттар

Молдобаева М.С., Исабаева Д.И.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы,
Ички оорулардын пропедевтикасы эндокринология курсу менен кафедрасы,
Бишкек, Кыргыз республикасы

Корутунду: Кант диабетинин 2 тип оорусубат өсүүдө. Аны менен кошо кант-тамырлардын татаалоолуусу көбөйүүдө. Татаалоолуулардын өрчүшү фенотиптик гана эмес, ошондой эле генотиптик да факторлор менен байланыш. Кант диабетинин 2 типинин диабеттик нефропатия татаалоолуусунун өрчүшүнө алып келген жоготуу факторлорун жана генотиптик өзгөрүүлөрдүн өз ара байланышын өз убагында аныктоо маанилүү.

Негизги сөздөр: Кант диабет, диабеттик нефропатия

ACTUAL PROBLEMS OF DIABETIC NEPHROPATHY IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES

Review of the literature

Moldobaeva M.S., Isabaeva D.I.

Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Ahunbaev,
Department of internal Medicine Propaedeutics with the course of Endocrinology,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: The incidence of type 2 diabetes is rapidly increasing. Diabetic vascular complications accordingly increase as well. The development of complications is due not only to phenotypic but to genotypic factors as well. It is important to promptly identify genotypic changes and their relationship with adjustable risk factors for type 2 diabetes complications such as diabetic nephropathy.

Key words: diabetes mellitus, diabetic nephropathy.

Сахарный диабет – это эпидемия неинфекционного заболевания, которая стремительно распространяется на нашей планете и приобретает огромные масштабы (ВОЗ, 1999).

По данным экспертов ВОЗ, в 1989 году во всем мире насчитывалось 98,9 млн. больных,

страдающих сахарным диабетом (СД) 2 типа, в 2000 году – 171 млн. пациентов, 2006 году на нашей планете насчитывалось около 180 млн. больных сахарным диабетом, а в 2007 – 246 млн. (около 6% населения в возрасте 20-79 лет) [1]. Согласно данным Международной диабетической ассоциации (IDF) и Европейской

ассоциации по изучению диабета (EASD) болезнь распространяется гигантскими темпами. По сравнению с 2010 годом число больных диабетом в 2011 году увеличилось на 30% и составило 366 миллионов. По данным IDF (2009) к 2030 году ожидается 438 млн. больных сахарным диабетом, что составит 7,8% населения земного шара, а затраты на содержание больных сахарным диабетом составят около 490 биллиона долларов, увеличивая затраты на здравоохранения [2].

До настоящего времени количество больных сахарным диабетом в мире увеличивалось вдвое каждые 12-15 лет. Процент больных диабетом 1 и 2 типа, в целом, по планете составляет порядка 4%, у 97% больных - СД 2 типа. Анализ заболеваемости свидетельствует о том, что в ближайшие десятилетия вклад СД 2 типа составит основную причину общей смертности и к 2030 г составит 3,3% [3].

Увеличение заболеваемости обусловлено сочетанием двух факторов: истинным повышением числа больных и улучшением диагностики.

Вместе с ростом показателей заболеваемости СД растут и его осложнения, в виде микроангиопатий и макроангиопатий. Необходимо отметить, что при впервые выявленном СД 2 типа сосудистые осложнения уже наблюдаются у половины больных.

Эпидемиологические данные показали, что у больных СД 2 типа риск развития сосудистых осложнений (микроангиопатии, макроангиопатии) во много раз превышает, чем у лиц без нарушений углеводного обмена. Так, при СД 2 типа повышается риск ИБС в 2-5 раз, инсульта в 2-3 раза, полной потери зрения в 10-25 раз, гангрены конечностей в 20 раз, развитие диабетической нефропатии (ДН) 2-7 раз [4].

Пациенты СД 2 типа умирают в среднем на 5-10 лет раньше, чем люди без диабета, в 2 раза чаще имеют сердечные приступы или инсульты, чем люди без диабета, в 15-40 раз больше подвержены ампутации нижних конечностей [5].

Показано, что диабет является полигенным заболеванием, в патогенезе которого значительное место отводится не только наследственным, но и внешним средовым или эпигенетическим факторам. Эти

факторы, не изменяя структуры ДНК, вызывают нарушения ее свойств (метилование ДНК, изменения ядерных белков гистонов и др.). По этой причине происходят изменения фенотипа, а их наследование приводит в последующих поколениях к наличию семейных и наследственных заболеваний в том числе и сахарного диабета 2 типа [6].

При помощи показателя DALY показано, что почти 60% общего бремени болезней в Европе приходится на долю 7 ведущих факторов риска: повышенное кровяное давление (12,8%); табак (12,3%), алкоголь (10,1%); повышенное содержание холестерина в крови (8,7%); избыточная масса тела (7,8%); недостаточное потребление фруктов и овощей (4,4%) и малоподвижный образ жизни (3,5%). СД наряду с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями, проблемами психического здоровья, хроническими респираторными заболеваниями и болезнями опорно-двигательного аппарата является бременем неинфекционных болезней в Европе.

Специалисты также отмечают важность рекомендаций ВОЗ по профилактике диабета, среди которых: поддержание здоровой диеты, регулярная физическая активность, сохранение нормального веса тела и отказ от курения. Основной задачей правительств государств является пропаганда здорового образа жизни, а также обеспечение доступности здоровых продуктов питания.

Факторами риска СД являются повышенное кровяное давление и содержание холестерина в крови, избыточная масса тела и малоподвижный образ жизни. В свою очередь, СД способствует развитию сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе поражает и сосуды почек [7,8,9].

Ожирение и малоподвижный образ жизни считаются основными причинами данной тенденции. В некоторых странах за последние двадцать лет частота ожирения увеличилась в три раза, при этом там наблюдались снижение физической активности среди населения и рост потребления дешёвых, высококалорийных продуктов.

Курение является независимым фактором

риска у больных СД 2 типа [10,11]. Отказ от курения следует включить в рекомендации по нелекарственному лечению всех пациентов с СД (В) [12].

Различия в воздействии факторов риска для здоровья индивидуумов и их уязвимости по отношению к этим факторам зависят от индивидуальных характеристик (например, половой и этнической принадлежности и генетической предрасположенности), факторов, защищающих здоровье (таких, как эмоциональная устойчивость), вместе с социальными, экономическими и экологическими детерминантами (такими, как уровень доходов и образования, условия жизни и труда).

Вышеперечисленное и увеличение продолжительности жизни больных СД являются основной причиной развития сосудистых заболеваний и других осложнений [13,14,15].

Увеличение частоты заболеваемости сахарным СД и его осложнений сопровождается сокращением продолжительности жизни пациентов, увеличением смертности, ухудшением качества их жизни, развитием поздних сосудистых осложнений, в частности поражением почек в виде нефропатии с ранней инвалидизацией и преждевременной смертностью больных. Все это определяет его медико-социальную значимость среди других хронических неинфекционных заболеваний [16].

На момент обращения пациента к врачу и выявления заболевания в клинической картине доминируют уже симптомы поздних осложнений СД, среди которых есть и ДН, а в отдельных случаях и хроническая почечная недостаточность (ХПН) [17].

В США и Японии ДН занимает первое место по распространенности среди всех хронических заболеваний почек (35-45%), существенно превосходя другие поражения почек в виде хронического гломерулонефрита и хронического пиелонефрита. Даже в странах с относительно низкой заболеваемостью ДН 2 типа – Австралии и Новой Зеландии – отмечен рост числа пациентов у больных СД [18].

Так, среди индейцев штата Аризона по-прежнему отмечается «эпидемия» ДН,

несмотря на значительное улучшение контроля уровней глюкозы, артериального давления и холестерина [19]. В странах Азии ожидается наибольшая численность больных СД 2 типа с высоким риском почечной патологии. Рост числа больных СД 2 типа в Азии связывают, прежде всего, с вестернизацией диеты и урбанизацией образа жизни [20]. Больные из стран Азии быстрее теряют почечный резерв, чем пациенты из западных стран. В какой – то мере это объясняют врожденным дефицитом нефронов, дефектностью продукции важного вазодилатирующего фактора – NO, низкой частотой применения ингибиторов ангиотензин – превращающего фермента из – за появления кашля в этой популяции больных [21,22].

Распространенность ДН при СД 2 типа менее изучена, прежде всего из-за неопределенности времени начала заболевания. Поэтому, уже на момент диагностики СД 2 типа у 17-30% пациентов можно выявить микроальбуминурию, у 7-10% – протеинурию, у 1%-ХПН. Пик частоты ДН выявляется у больных с длительностью диабета 15–20 лет. Интересно, что у больных с длительностью заболевания более 35–40 лет при отсутствии нефропатии риск ее развития незначительный – менее 1%, что может свидетельствовать о том, что у таких больных имеются определенные наследственные (генетические) факторы, обуславливающие протективное действие по отношению к развитию нефропатии [23].

Так как поражение почек при СД в виде ДН, по данным ВОЗ, является ведущей причиной инвалидизации и смертности больных СД, важно выявление не только факторов риска развития СД, но и факторов, определяющих темпы ее развития [24].

Основными факторами, приводящими к быстрому прогрессированию патологии почек при СД, являются неудовлетворительный контроль углеводного обмена ($HbA_{1c} > 7,5\%$), АГ (артериальное давление – АД $> 130/80$ мм рт. ст.), дислипидемия (холестерин липопротеидов низкой плотности – ХЛНП $> 3,0$ ммоль/л, триглицериды – ТГ $> 1,7$ ммоль/л).

Патогенез ДН комплексный и включает наследственный (семейный), метаболический

гипергликемия, гликозилирование белков, повышение протеинкиназы C, повышение полиолового пути глюкозы, окислительного стресса, обмена гексозаминов, сосудистого эндотелиального фактора роста, биохимические нарушения внеклеточного матрикса), гемодинамический компоненты, а также нарушение функции эндотелия, образования и секреции цитокинов, простагландинов, кининов и факторов роста тромбоцитов, фактора роста соединительной ткани. Ангиотензин II, предсердный натрийуретический пептид, также обладает определенными ростостимулирующими свойствами.

Пусковой причиной, вызывающей

таких, как факторы роста, вазоактивные факторы, цитокины и др. Взаимодействие всех перечисленных факторов происходит под «генетическим» контролем, определяющим большую или меньшую чувствительность почек к воздействию патологических агентов [25]. Другим мощным нефротоксическим фактором ДН является – гиперлипидемия, при котором процесс развития нефросклероза аналогичен механизму формирования атеросклероза сосудов. Внутр клубочковая гипертензия, также является ведущим гемодинамическим фактором развития и прогрессирования ДН, проявлением которой на ее ранних стадиях является гиперфильтрация, оцениваемая по скорости

Стадии развития диабетической нефропатии (С.Е.Могensen)

Стадии ДН	Клинико-лабораторная Характеристика	Сроки развития
1. Стадия гиперфункции почек	- увеличение СКФ (скорость клубочковой фильтрации (>140 мл/мин; - Увеличение ПК (почечный кровоток); - Гипертрофия почек; - Нормоальбуминурия (>30 мг/сут).	Развивается в дебюте СД
2 Стадия начальных структурных изменений ткани почек	- Утолщение базальных мембран капилляров клубочков ; - Расширение мезангиума; - Сохраняется высокая СКФ; - Нормоальбуминурия;	
3. Н а ч и н а ю щ а я с я нефропатия	- Микроальбуминурия (от 30 до 300 мг/сут); - СКФ высокая или нормальная; - Нестойкое повышение АД;	
4. Выраженная нефропатия	- Протеинурия (более 500 мг/сут); - СКФ нормальная или умеренно сниженная; - Артериальная гипертензия;	
5. Уремия	- Снижение СКФ ниже 10 мл/мин; - Артериальная гипертензия; - Симптомы интоксикации;	

сосудистые осложнения СД, является клубочковой фильтрации (более 140-150 мл/мин) [26]. Гипергликемия вызывает повреждение почек на уровне клетки посредством «медиаторов» прогрессирования, диабетической нефропатии (до появления

Наиболее ранним критерием развития

протеинурии) является микроальбуминурия. Под этим термином подразумевают экскрецию альбумина с мочой, превышающую допустимые нормальные значения, но не достигающую степени протеинурии. В норме экскретируется не более 30 мг альбумина в сутки, что эквивалентно концентрации альбумина менее 20 мг/л в разовом анализе мочи. При появлении протеинурии экскреция альбумина с мочой превышает 300 мг/сутки. Поэтому диапазон микроальбуминурии составляет от 30 до 300 мг/сутки или от 20 до 200 мкг/мин (табл.2). Появление у больного сахарным диабетом постоянной микроальбуминурии свидетельствует о скором развитии (в течение ближайших 5-7 лет) выраженной стадии диабетической нефропатии. Другим ранним маркером ДН является нарушенная внутривисцеральная гемодинамика (гиперфилльтрация, гиперперфузия почек, внутривисцеральная гипертензия). Гиперфилльтрация характеризуется повышением СКФ более 140 мл/мин. Для определения СКФ используют пробу Реберга-Тареева, основанную на исследовании клиренса эндогенного креатинина за сутки. Гиперперфузия почек характеризуется повышением почечного кровотока. Внутривисцеральная гипертензия характеризуется повышенным давлением крови в капиллярах почечных клубочков и, в настоящее время считается основной причиной развития диабетической нефропатии. Измерить внутривисцеральную гипертензию в клинических условиях пока не представляется возможным.

Лабораторными критериями, характеризующими развитие клинической стадии ДН, являются протеинурия, снижение СКФ, нарастание азотемии и артериальной гипертензии. Протеинурия имеет вначале перемежающийся (нестойкий) характер, затем становится постоянной и далее постепенно нарастает.

Обращение больных к врачу с уже развившейся протеинурией предполагает неблагоприятное течение ДН. Развившаяся протеинурия сопровождается повышением риска развития и других тяжелых осложнений, как ретинопатии и нейропатии, значительным увеличением смертности от ишемической

болезни сердца и частоты увеличения терминальной почечной недостаточности. Скорость развития протеинурии зависит также и от других причин: продолжительности заболевания, декомпенсации углеводного обмена, сопутствующих других осложнений и других. Важно выявить больных сахарным диабетом в начальных стадиях развития ДН, когда возможно сохранить функции капилляров клубочков. Отсюда представляется целесообразным выявить факторы риска прогрессирования нефропатии.

Как уже упоминалось, немаловажную роль в развитии и прогрессировании ДН играют и генетические факторы. Результаты большинства исследований говорят о том, что хотя гипергликемия сама по себе и является обязательным фактором в развитии сосудистых осложнений диабета, но только гипергликемией для этого не достаточно. Поэтому, поиски генов, продукты которых влияют на развитие осложнений опосредованно через определенные этиологические мутации (генетические дефекты). Эти поиски ведутся в нескольких направлениях. Предполагают, что первичный дефект может касаться как структурных особенностей почек в целом (гипотеза В Brenner), так и различий в строении генов, кодирующих активность различных ферментов.

Таким образом, патогенез ДН очень сложный, до конца не выяснены генетические маркеры, роль факторов риска ДН, которые могут определять темпы ее развития.

Таким образом, развитие осложнений обусловлено не только фенотипическими, но и генотипическими факторами. Важно своевременно выявить генотипические изменения и взаимосвязь их с регулируемые факторами риска развития осложнения сахарного диабета 2 типа – диабетической нефропатии.

Наиболее перспективным и экономичным для национального здравоохранения направлением в развитии современной диабетологической помощи является профилактика сосудистых осложнений СД, в частности ДН. Такая профилактика возможна лишь при: безукоризненном метаболическом контроле СД, начиная с дебюта заболевания; своевременной диагностике

диабетического поражения почек, основанной на обязательном скрининге больных на наличие микроальбуминурии; своевременном назначении патогенетической терапии диабетической нефропатии, основанной на применении ингибиторов АПФ.

Итак, проанализировав имеющиеся литературные данные и говоря о перспективах одного из наиболее тяжелых осложнений СД - ДН, можно смело утверждать, что нефропатия при СД не является фатальной неизбежностью. Имеющиеся методы воздействия на эти факторы (контроль гликемии, гиперлипидемии, артериальной гипертензии) уже сейчас способны остановить прогрессирование данного осложнения. Все эти методы доступны и должны войти в обязательный алгоритм действий эндокринологов - диабетологов. Разрабатываемые новые методы молекулярно-генетического воздействия на ткань почки при диабете позволят в будущем предупредить развитие диабетического гломерулосклероза. Поэтому основной призыв, прозвучавший с трибуны 35-го конгресса Европейской ассоциации по изучению сахарного диабета (Брюссель, 1999): "Не допускать гибели больных сахарным диабетом от уремии в XXI веке" - реален и выполним!

Литература:

1. http://www.who.int/diabetes/facts/world_figures/en/.
2. Реальное бремя диабета IDF Diabetes Atlas (4-th edition), 2009: 27
3. WHO Global Info Base (<http://www.infobase.who.int>.)
4. Kramer W. New approaches to the treatment of diabetes. *Exp Clin. Endocrinol Diabetes* 1999; 107 (Suppl.2): S52-S61.
5. Майоров А.Ю., Урбанова К.А., Галстян Г.Р. Методы количественной оценки инсулинорезистентности. // Ожирение и метаболизм 2009; №2.-С.19.
6. Bloomgarden Z. T. Developments in diabetes and insulin resistance // *Diabetes Care*. - 2006; 26: 161-167.
7. Resolution of the Sixty-first World Health Assembly 2008: Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: Implementation of the Global Strategy/World Health Assembly resolution WHA61.14 (May 2008)
8. Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases/World Health Assembly document A53/14 (March 2000).
9. Resolution of the Fifty-third World Health Assembly 2000: Prevention and Control of Noncommunicable Diseases/World Health Assembly resolution WHA53.17 (May 2000).
10. Бокарев И.М., Великов В.К., Шубина О.И. Сахарный диабет: Руководство для врачей. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006 - 400с.: ил.;
11. Клиническое руководство по диагностике и лечению сахарного диабета 2 типа на первичном уровне здравоохранения / Под общим руководством и ред. М.С. Молдобасовой. - Бишкек, 2010.-90 с
12. L.Ryden, E. Standl, M. Bartnik, G. Van den Berghe, Betteridge, M.J. de Boer et al. Guidelines on diabetes, pre-diabetes and cardiovascular diseases. *EurHeartJ* 2007; doi:10.1093/eurheartj/ehl261.
13. Campbell I. W. Need for intensive, early glycaemic control in patients with type 2 diabetes // *Br J Cardiol*. 2000; 7 (10): 625-631.
14. The Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group: Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes // *N Engl J Med*. 2008; 358: 2545-2559.
15. The ADVANCE Collaborative Group: Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes // *N Engl J Med*. 2008; 2560-2572.
16. Дедов И.И., Лебедев Н.Б., Сунцов Ю.И. Проблемы эндокринологии. 1996, (5): 3-7.
17. Masato Fujisawa, Yasuji Ichikawa, Kunihiko Yoshiya, and others, Assessment of health-related quality of life in renal transplant and hemodialysis patients using the SF-36 health survey *Urology* - August 2000 (Vol. 56, Issue 2. Pages 201-206)
18. Disney A.P.S., Puss G.R., Walker R., Sheil A.G.R. eds. Australia and New Zealand Dialysis and

Transplant Registry (ANZDATA) (1998). Adelaide, South Anzdata: Australia; 1998.

19. Nelson R.G., Morgenstern H., Bennet P.H., 1998.

20. Earle K.A., Mehrotra S., Dalton R.N. et al. Defective nitric oxide production and functional renal reserve in patients with type 2 diabetes who have microalbuminuria of African and Asian compared with white origin. J. Am. Soc. Nephrol. 2001; 12: 2125-2130.

21. Earle K.A., Porter K.K., Ostberg S. et al. Variation in the progression of diabetic nephropathy according to racial origin. Nephrol. Dial. Transplant. 2001; 16: 286-290.

22. Chan J.C.N., Wat N.M.S., So W.-Y. et al. Renin-angiotensin-aldosterone system blockade and renal disease in patients with type 2 diabetes. Diabetes Care 2004; 27: 874-879.

23. М.И. Балаболкин., Е.М. Клебанова.,

В.М. Кремьинская. Лечение сахарного диабета и его осложнений: Учебн. пособие. – М.: ОАО Издательство «Медицина», 2005. – 512 с.: ил. (Учеб. лит. для слушателей системы последипломного образования)

24. Geoffrey V.G. Non – insulin – dependent diabetes mellitus. In eds. Pickup J.C., Williams G. Textbook of diabetes. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1991; 24-29.

25. Дедов И.И., Шестакова М.В. Диабетическая нефропатия. – М.: «Универсум Паблишинг», 2000.

26. Ю.С. Астахов, Ф.Е. Шадринцев, Г.Р. Галстян, Л.А. Чуфгунова, М.В. Шестакова, М.Ш. Шамхалова. Рациональная фармакотерапия заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена веществ. Руководство для практикующих врачей. – М.: ООО «Эббот Продактс», 2011. – 40 с.: ил.;

ПРОБЛЕМЫ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ В КЫРГЫЗСТАНЕ.

Мукеева С.Т.

к.м.н., заслуженный врач Кыргызской Республики, директор Ассоциации групп семейных врачей и семейных медсестер республики (АГСВ и СМ КР), член Общественного Наблюдательного Совета МЗ КР, с отличием закончила лечебный факультет КГМИ в 1971 году. После обучения в клинической ординатуре и аспирантуре в НИИАЛ АМН СССР в Москве работала ассистентом кафедры внутренних болезней факультета усовершенствования врачей КГМИ более 16 лет. С 1992 г. работала главным терапевтом Департамента здравоохранения г. Бишкек. Член рабочей группы по подготовке Национальных программ реформирования системы здравоохранения «Манас»- раздел госпитальная помощь 1995 год, «Манас таалими»- раздел «Инвестирование в человеческие ресурсы здравоохранения» 2005 год. Работала консультантом проекта «Ной-Хау» по рационализации больниц, ДФИДа по человеческим ресурсам системы здравоохранения, ШКК- по рационализации системы здравоохранения Нарынской области. С 2005 года является исполнительным директором АГСВ и СМ КР, тесно сотрудничает с проектом «Качественное здравоохранение» USAID.

Предистория.

До 30-х годов 20 века дифференциация врачебных специальностей во всем мире была незначительной; медицинская помощь населению в основном оказывался одним врачом без деления на детей, взрослых, стариков и т.д. Лечебный факультет Кыргызского Государственного медицинского института был открыт в 1939 г. и услуги лечебника в лице хирурга и терапевта удовлетворяли потребность населения в вопросах охраны здоровья. Только с 1956 года существует педиатрический факультет, и отдельное обслуживание детей от взрослых с 1962 года. Затем началась такая бурная специализация, что в конце 80 годов прошлого столетия в медицине насчитывалась более 85 специальностей. В погоне за специализацией перестали видеть больного человека как единого целого, тесно связанного с окружающей средой, социально-экономическими условиями и возможностями.

Создалась ситуация, когда пациент был реально «разобран по органам», и в случае возникновения каких-либо проблем со здоровьем, больной «нес свои предполагаемые проблемные органы» соответствующим узким специалистам: сердце - кардиологу, легкие - пульмонологу, желудок - гастроэнтерологу, печень - гепатологу, почки - нефрологу и т.д.

Резко возросла потребность пациента в существовании врача, который сумел бы

разобраться в самых начальных проявлениях заболевания и при необходимости направил на консультацию к узкому специалисту, а затем продолжил наблюдение за пациентом с учетом данных рекомендаций, но выбирая оптимальный вариант их применения, зная пациента в целом как единый организм, а не совокупность отдельных органов.

Специализация требовала все больших финансовых вложений, расходы на здравоохранение росли, а состояние здоровья населения перестало улучшаться. Поскольку право выбора врача - терапевта или специалиста - было предоставлено пациенту, терапевты стали терять свое влияние на пациента, как и ответственность за него, и как следствие они стали пользоваться все меньшим уважением, как пациента, так и общества в целом.

В период, когда Кыргызстан только начал вступать на путь специализации в большинстве стран мира растущие на здравоохранение затраты при ухудшении показателей здоровья явились толчком для осознания опасности сложившейся ситуации. И в 60-х годах все ведущие страны Европы и Америки стали реформировать системы здравоохранения с акцентом на переход к общей врачебной практике. Начался систематический, целенаправленный процесс реформирования первичного звена, а именно специальная подготовка врачей общей практики и определение их места в системе оказания

медицинской помощи. Процесс не был легким и безболезненным, шел при активном сопротивлении, как специалистов, так и части населения. Тем не менее, на международной конференции, посвященной 30-летию Алма-Атинской Декларации ВОЗ/ЮНИСЕФ по ПМСП в 2008 году было признано, что по данным мировой статистики, около 80% всех проблем, связанных со здоровьем, в развитых странах мира сегодня решаются на этапе первичного звена здравоохранения, без направления на

и «семейный врач» нет принципиального различия, о чем свидетельствуют данные таблицы 1.

Дело в том, что семейная медицина рассматривается как отдельная специальность и как форма первичной медицинской помощи уже более 50 лет и является приоритетной в США и многих странах Западной Европы. Семейная медицина оказалась вне конкуренции потому, что организационно лишь она делает для врача выгодным, чтобы пациент оставался

Таблица 1.

Страны	Врач общей практики-ВОП	Семейный врач-СВ	Длительность подготовки
Великобритания	ВОП		5-6 лет в мед. ВУЗе+1 год пререзидентуры+3 года по специальности ВОП в резидентуре
Канада		СВ	3-4 года в университете+ 4 года медобразования+2 года кл. ординатуры
Германия	ВОП		
Финляндия	ВОП		6 лет в мед. ВУЗе+2 года практической подготовки в б-х и центрах ПМСП+6 лет резидентуры по спец. ВОП
Япония		СВ	6 лет в ВУЗе+2 года спец. подготовки+3 года последиplomной подготовки
США		СВ	4 года додипломного обучения в универ-те+4 года додипломного медобразования+3 года резидентуры по семейной медицине
Куба		СВ	
Россия		СВ	6 летнее до- дипломное образование на медфакультетах + 2 х годичная кл. ординатура, в некоторых странах 1 годичная интернатура
Украина		СВ	
Прибалтийские республики		СВ	
Кыргызстан		СВ	

более дорогие этапы вторичной (стационары) и третичной (реабилитационные центры) помощи и что врач общей практики (семейный врач) - это представитель перспективной медицинской профессии, востребованной в настоящее время, а в будущем имеющей реальную возможность стать ведущей специальностью во всем здравоохранении.

Следует отметить, что, по мнению организаторов здравоохранения зарубежных стран, в трактовке понятий «врач общей практики»

здоровым благодаря оптимальному выбору самых эффективных вмешательств, включая профилактические. Наиболее привлекательным оказалось удобство обращения к одному врачу по любому поводу, зная, что это избавляет от ответственности за собственный неверный выбор консультанта или метода лечения и снижает риск нанести вред своим близким или себе неверными шагами. Чем выше уровень подготовки семейного врача, тем меньше ему приходится привлекать узких специалистов

в простых случаях и это ускоряет начало реального лечения. С другой стороны, «узкие» специалисты очень дорожат своей репутацией в глазах семейного врача, так как знают, что при их неудовлетворительной работе к ним перестанут направлять пациентов, к ним, как у нас без направления семейных врачей ни один больной не попадет, как и в стационар. Так как больничные услуги очень ресурсоемки, выигрывают от данной системы не только пациенты, но сама система здравоохранения, бюджет государства.

ИСТОРИЯ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ В КЫРГЫЗСТАНЕ.

Предпосылкой реформирования системы здравоохранения явился коллапс экономики, обусловленный развалом СССР. Более 60% населения в начале 90-х годов жили ниже черты бедности, у государства не было средств для финансирования ни одной сферы, в том числе и здравоохранения.

За период суверенитета страны выросло поколение, не ведающее, что такое не получать заработную плату более полу-года, не иметь возможности купить нужное лекарство в виду их отсутствия или невозможности приобрести из-за отсутствия средств. В этих условиях население перестало обращаться в медицинские учреждения, а система здравоохранения в основном выживала на гуманитарной помощи. Все это привело к ухудшению демографических показателей: увеличению общей смертности, в том числе материнской и младенческой, снижению продолжительности жизни, росту социально-значимых заболеваний, появлению признаков угрозы сохранности генофонда, что вынудило руководство страны обратиться к Европейскому бюро ВОЗ по оказанию содействия в решении проблем системы здравоохранения. В 1994 г. был подписан Меморандум о взаимопонимании между Кыргызстаном и Европейским бюро ВОЗ, при поддержке которого и других донорских организаций была разработана и утверждена правительством «Национальная программа реформирования системы здравоохранения «Манас» на 1996-2006 годы. Внедрение этой программы и введение обязательного медицинского страхования с 1997

г. позволило сохранить государственную систему здравоохранения, путем сокращения избыточных неиспользуемых или частично используемых площадей, человеческих ресурсов, проведением реструктуризации организаций здравоохранения первичного и вторичного уровней, разделением поставщиков и покупателей медицинских услуг, изменением системы финансирования: оплата за пролеченный случай стационаров, подушевой принцип оплаты услуг первичного звена. Естественно, реформа испытывала сопротивление как со стороны медиков, управленцев разного уровня, так и населения, впитавшего в себя иждивенческое к системе отношение: за мое здоровье отвечает врач, но не я сам, не хочу лечиться у терапевта, пойду к специалисту и т.д., так как больного не волновали проблемы системы здравоохранения, возможности правительства содержать громоздкую, фрагментированную, не эффективную сеть лечебных учреждений, финансирование которых осуществлялось по мощности, а не по эффективности.

Все это явилось предпосылкой для осуществления реформы здравоохранения, в том числе ПМСП: реструктуризация и развитие, и укрепление семейной медицины, с изменением принципа финансирования на подушевой основе.

Иссык-Кульская область была выбрана экспериментальной областью для реализации Национальной Программы «Манас». В 1994 году в ноябре Приказом ОУЗ (Кыргызбаев Т.О.) были созданы на базе детской, взрослой поликлиник и женской консультации группы семейных врачей (ГСВ), состоящие минимум из трех специалистов: участкового терапевта, педиатра и акушер-гинеколога, финансирование которых осуществлялось по подушевому принципу на приписанное число населения. С 1995 по 1997 годы по Иссык-Кульской области были созданы 76 юридически самостоятельных групп семейных врачей (ГСВ), которые стали предоставлять медицинские услуги на основе договора с вновь открытыми Кассами Здоровья. Фактически эти ГСВ были фондодержателями на средства ОМС. Лечебно-диагностической работой руководил клинический руководитель,

а специально подготовленный в рамках проекта «Манас» менеджер осуществлял финансово-хозяйственную, организационную и административную деятельность в ГСВ. Таким образом, первичная медико-санитарная помощь населению оказывалась группами семейных врачей

Одной из главных причин сокращения самостоятельных ГСВ, их слияния и организации Центров семейной медицины (ЦСМ) явился отказ казначейства от открытия счетов для каждой ГСВ для проведения финансовых операций, то есть в целях удобства контроля казначейству было удобно работать с одной организацией, нежели с 76 ГСВ с одной стороны. С другой стороны остро встал вопрос перед МЗ КР - а что же делать с более 2500 узкими специалистами бывших областных, районных взрослых и детских поликлиник, женских консультаций страны?

В начале реформы предполагалось, что для оказания первичной медико-санитарной помощи узкие специалисты не нужны, они должны сидеть в стационарах и осуществлять консультативный прием амбулаторных больных по направлению семейных врачей, на этих приемах должны решаться вопросы госпитализации, составляться листы ожидания для госпитализации плановых больных. Они не хотели переучиваться на семейных врачей, так как статус специалиста был выше с одной стороны, специализация подразумевает глубокие знания по одной системе организма человека: от 5 до 10 нозологий у кардиолога, эндокринолога или одно заболевание, как туберкулез, у фтизиатра, в то время как семейный врач должен знать более 85 неинфекционных и инфекционных заболеваний. Да и оплата семейных врачей в первые годы реформы мало чем отличалась от таковой специалиста. Сложившийся стереотип работать в государственном учреждении без финансового риска с одной стороны, законодательная обязанность поликлиник обеспечивать 8 узкими специалистами медицинские комиссии для осмотров призывников в военкоматах с другой стороны вынудило ГСВ стать структурными подразделениями Центров семейной медицины (ЦСМ). В конце 2001 года в Иссык-Кульской, затем последовательно по Чуйской и другим

областям бывшие поликлиники были переименованы в ЦСМ с концентрацией узких специалистов в них. Создание ЦСМ финансовым временем легло на фондодержателей ГСВ – часть средств подушевого финансирования ушло на содержание ЦСМ-административного штата, узких специалистов, фактически той же районной или областной поликлиники с новой вывеской ЦСМ, что в определенной степени в последующем негативно сказалось на развитии института семейной медицины. Так как содержание ЦСМ не обеспечивалось фондом заработной платы узких специалистов и 1-2 ГСВ при них большинство юридически самостоятельных ГСВ стали структурными подразделениями ЦСМ, передав финансирование ГСВ руководству ЦСМ. Из 76 юридически самостоятельных ГСВ области на сегодня осталось всего 11. С созданием ЦСМ количество самостоятельных ГСВ сократилось, а в последние годы идет тенденция создания Центров общеврачебной практики (ЦОВП) из филиала территориальной больницы (ТБ) и ГСВ, а иногда из ТБ и ЦСМ с целью обеспечения финансовой устойчивости стационаров и вертикального управления, а не интересов первички и не интересов населения. Таковых по Иссык-Кульской области 2, по стране 27 на 01.01.2012 г.

Для координации деятельности системы здравоохранения по Иссык-Кульской области Постановлением Областной Государственной Администрации от 17.02.03. за № 22, с марта месяца ЦСМ г. Каракол, получил статус Областного Центра Семейной медицины (ОЦСМ). В настоящее время в области функционирует 7 Центров семейной медицины, как структурное подразделение ЦСМ 41 ГСВ, два ЦОВП и 11 юридически самостоятельных ГСВ.

Полная реструктуризация первичной медико-санитарной помощи с организаций ГСВ, ЦСМ по стране завершилась в 2006 году, так что институт семейной медицины в Кыргызстане имеет совсем детский возраст. В марте 2007 года вышел приказ МЗ КР, утвердивший «Положение о семейном враче», «Квалификационные требования к семейному врачу» и «Табель оснащения ГСВ». На 01.01.2012 года в стране функционируют 7 ОЦСМ, 59 ЦСМ районного уровня, 27 ЦОВП, в которых функционируют

386 ГСВ, 998 ФАПов и 19 юридически самостоятельных ГСВ.

Страны Прибалтики сохранили юридически самостоятельные ГСВ, они являются фондодержателями, за эти годы очень крепко встали на ноги. Никаких узких специалистов ГСВ не содержат, все узкие специалисты работают в больницах, но ежедневно осуществляют консультативный прием амбулаторных больных по направлению семейных врачей и решают вопросы госпитализации по показаниям. По данным исследования Проекта анализа политики здравоохранения МЗ КР общий перечень специалистов узкого профиля ЦСМ и АДО (КДО) для районного уровня включает в себя 36 и 14 различных профилей соответственно, а для областного уровня – 15 и 26 профилей. Между ними наблюдается дублирование специальностей, совместительство и совмещение должностей. Дублирование идет чаще по таким специальностям, как хирург, кардиолог, отоларинголог, офтальмолог, невропатолог, эндокринолог и врачи лабораторно-диагностических служб. Эти должности, в силу физического отсутствия специалистов, нередко занимает одно физическое лицо.

В целом специалисты узкого профиля ЦСМ и АДО на районном уровне имеют низкую фактическую нагрузку, и эта нагрузка обеспечивается в основном за счет профилактических осмотров. Наиболее распространенной выявляемой при этих осмотрах патологией являются эндемический зоб, железодефицитная анемия и кариес. Выявляемость же других заболеваний при проведении профилактических осмотров низкая, всего 2,8% от общего количества осмотренных узкими специалистами. Иными словами в профилактике распространенных заболеваний узкие специалисты особой роли не играют.

ПЕРЕПОДГОТОВКА И ОБУЧЕНИЕ НА СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ.

В Кыргызстане, как во всем постсоветском пространстве, не было дефиниции «семейный врач». Признавая значимость ПМСН, Алма-Атинская декларация 1978 г. отмечала низкую укомплектованность организаций здравоохранения амбулаторно-поликлинического звена врачами в отличие от стационаров. Большая нехватка отмечалась

в сельских регионах педиатров, акушер-гинекологов, даже в больницах. Недостаточная укомплектованность врачами обуславливала осуществление приема одним врачом и детей и взрослых, так что семейный принцип обслуживания населения в сельских районах был до реструктуризации и организации ГСВ. С целью оказания доступной, непрерывной, сфокусированной на семье медицинских услуг в соответствии с задачами Национальной программы «Манас» и были сформированы группы из трех врачей (терапевта, педиатра, акушер-гинеколога) ГСВ, переподготовленных по семейному принципу. Естественно, эти переобученные из бывших терапевтов, педиатров, акушер-гинекологов семейные врачи не отвечают дефиниции «семейного врача» европейских стран и Америки. Но в процессе переподготовки им давались основы ведения больных по семейному принципу, что хорошо отражено в статье Б. Смита (см. Вестник № 3 от 2011 г.).

Наряду с формированием ГСВ проводилась интенсивная переподготовка педиатров, гинекологов и терапевтов в семейных врачей на базе Учебного центра семейной медицины (УЦСМ), который был организован в 1997 году в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Кыргызстана, на базе КГМИПипК в рамках реализации Национальной программы реформирования здравоохранения «Манас». В последующие годы были открыты филиалы УЦСМ во всех 7 областях республики. С 2000 года на базе УЦСМ существуют кафедра семейной медицины и с 2005 года Центр сестринского дела в семейной медицине с профильными кафедрами. В течение 10 лет сотрудники УЦСМ занимаются переподготовкой и непрерывным обучением врачей и медицинских сестер ГСВ по семейной медицине, которая базируется на международных стандартах с упором на принципы доказательной медицины. В 2005 году началось обучение фельдшеров ФАПов и скорой медицинской помощи. К настоящему времени переподготовлено свыше 3000 семейных врачей и 4500 медсестер. Программой непрерывного повышения квалификации охвачено около 1500 фельдшеров ФАПов и скорой медицинской помощи. С 1998 года по 2000 год шло становление СМ.

Был выпущен первый выпуск переобученных из терапевтов, педиатров и акушер-гинекологов сертифицированных по семейной медицине врачей. На переподготовку преимущественно привлекались медработники до 50 лет, лица предпенсионного и пенсионного возраста не обучались, как и фельдшера, обучение которых основам семейной медицины интенсивно началось с 2008 года.

На круглом столе «Проблемы и перспективы развития кадровых ресурсов системы здравоохранения» от 10.03. 2004 года, организованного проектом «Человеческие ресурсы здравоохранения» Департамента Международного развития Правительства Великобритании (DFID) было отмечено наличие выраженного дисбаланса в обеспеченности кадрами между регионами, большая их концентрация в городах, не укомплектованность ЦСМП в сельских местностях, старение работающего состава врачей ГСВ, ЦСМ, практически отсутствие обновления врачей из выпускников медфакультетов. Существующие обучающие программы до дипломной подготовки не отвечают требованиям практики и потребностям системы.

Осознавая значимость до-дипломной подготовки семейных врачей в КГМА в 1998 году при лечебном факультете было открыто отделение по подготовке семейных врачей, а также клиническая ординатура как при КГМА, так и КГМИ и ПК и их филиалам по семейной медицине. Казалось, что процесс пошел в нужном направлении. Но на пути становления семейной медицины существовала и существует сильная оппозиция как со стороны высоко поставленных фигур, парламентариев, управленцев самого министерства здравоохранения, не говоря о врачах узких специалистов, отдельных руководителей организаций здравоохранения. Не признавая дефиницию «семейный врач», но и не предлагая что-либо другое, в 2004 году они добились закрытия отделения по семейной медицине КГМА.

Существующая до-дипломная подготовка на всех медицинских факультетах с момента зачисления в ВУЗ нацеливает выпускников на то, что они будут работать как специалисты

педиатры, хирурги, терапевты и акушер-гинекологи, а не как врачи общей практики или семейные врачи. Только с 2011г. КГМА стала пересматривать обучающие программы по подготовке врача общей практики.

Общая практика — это врачебная специальность. Необходимо ее признание как академической дисциплины. Для этого следует развивать факультеты и кафедры ОП под руководством практикующих врачей или лиц с солидной базой по ОП. Академические кадры должны не только готовить кадры, но и проводить научные исследования.

Сегодня в Кыргызстане на уровне амбулаторного звена работает 4773 врачей из всего числа врачей 12488 (по данным 2009 г.), из них в ГСВ работает лишь 2175 (17,4%) врачей страны, из них сертифицированных семейных врачей осталось 1400 человек из 3000 переподготовленных, хотя в целом по ЦСМ -38,2%, что свидетельствует о преобладании узких специалистов-2648 (55,4%) над врачами общей практики. Если ориентироваться на европейские показатели — примерно 50% представляют врачи общей практики от всего количества работающих врачей. Вместе с тем в медицинских вузах, которые, безусловно, должны формировать мотивацию выпускников высших медицинских школ к работе в первичном звене — очень мало рычагов очень мало шансов. Эти вопросы мало регулируются государственным распределением, никто не способствует трудоустройству выпускников в соответствии с законом. Условия, которые предлагают организации здравоохранения на местах, они, конечно, не могут удовлетворить выпускников высшей медицинской школы. Поэтому, к сожалению, большое количество выпускников меняют профессию, переучиваются и не всегда они работают на тех местах, к которым их готовила высшая медицинская школа или же ищут место узкого специалиста и остаются в городах.

Причины оттока врачей первичного звена. Начиная 2004 года, в секторе здравоохранения Кыргызстана нарастает кризис кадрового потенциала. Выход медработников пенсионного возраста на пенсию, миграция после

неоднократных революций и привлекательно для квалифицированных медработников повышение уровня зарплаты в России и Казахстане привели к возникновению кризиса в краткий срок. Например, процент сельских групп семейных врачей, обслуживающих население, числом 2000 и более, выросло с 58% в 2004 г. до 73% в 2005 г. Предпринятые МЗ КР программа «Депозит врача», одногодичная программа по интернатуре не улучшили обеспеченность врачами ГСВ. В результате на 01.01. 2012 года осталось 1400, имеющих сертификат по семейной медицине, то есть 1600 переобученных по семейной медицине врачей благополучно работают в сопредельных государствах, получая до 1000 долларов в месяц. Всего же в ГСВ 1750 физических лиц, представленных на 70% лицами пенсионного и пред пенсионного возраста, часть которых не прошли обучение по СМ, в то время как число узких специалистов существенно увеличилось. При этом надо помнить, что население выросло и если обеспеченность в целом врачами по республике выглядит сносно-23,6 на 10 тысяч населения (СНП -37,8, РФ-50,1; РК-37,7), но имеет тенденцию к ежегодному снижению, то в отношении обеспеченности ГСВ цифры говорят сами за себя. О какой физической доступности, качестве врачебных услуг можно говорить, если более 50 ГСВ в течение последних 3х лет числятся на бумаге, там нет ни одного врача, более чем в 200 ГСВ из 686 работает вместо 2-5 врачей по одному. Согласно нормативу на одного семейного врача предусматривалось от 1000 в сельских регионах до 2500 человек в городах. К сожалению, данный норматив никогда не соблюдался даже тогда, когда обеспеченность врачами была лучше, чем сейчас. Фактическое число обслуживаемого населения на одного семейного врача с учетом количества приписанных к ГСВ ФАПов достигает минимум 5000, максимум до 18 000 населения. И это при отсутствии средств коммуникации, транспорта, труднодоступности в горных районах с одной стороны. С другой стороны за весь период становления семейной медицины в практику семейного врача интегрированы очень много услуг, которое ранее выполнялись узкими специалистами: выявление туберкулеза и лечение впервые выявленных туберкулезных

больных по ДОТС программе без надбавок к заработной плате в отличие от фтизиатра, выявление и лечение 2 типа сахарного диабета, антенатальный уход за беременными женщинами, выявление и лечение мягких форм психических заболеваний, синдромальное лечение инфекций передающихся половым путем (ИПП), выявление и проведение антиретровирусной терапии больным с ВИЧ и многое другое без материальной и моральной мотивации. Наоборот, последние 3-4 года шла постоянная критика, как со стороны парламентариев, так управленцев и даже медиков разного уровня работы семейных врачей, что явилось причиной деморализации и роста оттока их из системы. Вместо благодарности за выявление заболеваемости по основным нозологиям, проводимую профилактическую работу, иммунизацию до 96% в стране наблюдается рост недовольства институтом семейной медицины. За все издержки финансирования системы здравоохранения, за отсутствие твердой стратегии по человеческим ресурсам, плохого менеджмента, самоотстранения местных властей в вопросах охраны здоровья населения получается, виноват один семейный врач. Лакмусом отношения правительства, управленцев МЗ КР к семейной медицине, при всем том, что написано во всех программных документах, что ПМСН есть приоритет системы здравоохранения, явилось последнее повышение заработной платы. По данным ТУ ФОМС Чуйской области (таблица 2) среднемесячная заработная плата из всех источников средств: бюджета, ОМС, сооплаты и специального счета составило

Как свидетельствуют данные таблицы 2, почти 2х кратное увеличение заработной платы отмечается у работников стационаров, более чем на 58,3% у узких специалистов ЦСМ и ничтожно малое - всего на 13,8% у врачей ГСВ. И это при интеграции выше перечисленных узких служб в практику семейного врача. Это обусловил отток врачей в стационары из ГСВ

Самое страшное в этой ситуации, что на протяжении всех этих лет ничего не меняется. В медицине есть тонкая прослойка молодых, работающих в большей части в городских больницах и массив людей преклонного возраста на уровне

Таблица 2.

	2010 г.	2011 г.	Прирост %		2010	2011	Прирост %
ОЗ	Врачи			Средние медицинские работники			
Стационары	4364	8318	190,6%		3550	7344	206,8%
ЦСМ	5347	8466	158,3%		4292	7476	174,1%
ГСВ	5647	6431	113,8%		3571	4972	139,2%

организаций здравоохранения первичного звена. Среднего же поколения нет. Это может означать одно — отсутствие стабильности в системе и возможный обвал в ближайшем будущем

Проблемы, требующие неотлагательного решения.

Исходя из выше сказанного, институт семейной медицины в стране испытывает трудности поступательного развития, обуславливаемые целым рядом причин политического, экономического, правового, финансового, организационного и психологического характера, среди которых следует отметить несовершенство законодательной базы, недифференцированную оплату труда, дефекты в подготовке кадров для семейной медицины, недостаточное финансирование отрасли в целом и ПМСП в частности-39% от общих затрат здравоохранения, при декларативности признания ПМСП приоритетом на протяжении всех лет суверенности

Причинами крайне трудного развития семейной медицины считается не только неудовлетворительное финансирование здравоохранения, но и инертность руководителей здравоохранения как высшего, так и среднего звена, формализм подходов к подготовке семейных врачей, отсутствие необходимых условий на рабочем месте, систем моральных и материальных мотиваций. Условия профессиональной деятельности семейных врачей не соответствуют социальным запросам общества и международным стандартам и нуждаются в кардинальном улучшении. Необходимо устранение политико-экономических, правовых, организационно-управленческих причин, тормозящих развитие семейной медицины в Киргизии. И наконец, решить - быть семейной медицине в Кыргызстане или нет. От

ответа на данный вопрос и зависит решение остальных вопросов и проблем. В течение последних 7-8 лет идет шараханье из стороны в сторону, отдельные управленцы в самом министерстве здравоохранения, парламентарии, политики разного уровня периодически раскачивают неустойчивую систему, вызывая к возврату невозвратимого, то признавая, то отрицая семейную медицину. Другого пути нет, даже самые богатые государства признали рентабельность и экономическую эффективность семейной медицины.

Литература

1. Галкин Р.А., Peter Toon, Иванов А.В., Мовшович Б.Л. Организация общей врачебной практики. Российско-британское издание Самара 1997 г.
2. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения в Кыргызской Республике в 2000 году. Министерство здравоохранения КР, Республиканский медико-информационный центр, 2001
3. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения в Кыргызской Республике в 2005 году. Министерство здравоохранения КР; Республиканский медико-информационный центр, 2006
4. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения в Кыргызской Республике в 2009 году. Министерство здравоохранения КР; Республиканский медико-информационный центр, 2010.
5. Кожокеев К., Мурзалиева Г., Манжиева Е. Почему наши врачи уезжают? Изучение причин миграции медицинских кадров в Кыргызстане. Документ исследования политики № 51. Республиканский ЦРЗ МЗ КР, май 2008.
6. Сюзан Фостер, Ричард Лейнг, Рич Фили, Сара Алкенбрак. Первичная медико - санитарная

помощь: обзор современных тенденций развития. Проект здоров Плюс Abt Associates Inc. Алматы 2003 г.

7. Обзор опыта семейной медицины в Европе и Центральной Азии (в пяти томах) том IY/ Практическое исследование по Кыргызской Республике Документ Всемирного Банка. Май 2005 г.

8. Информационный обзор #5 Деятельность специалистов узкого профиля ЦСМ и АДО. ВОЗ/ДФИД 2004 г.

9. Ибраимова А., Акказиева Б., Ибраимов А., Манжиева Э. Кыргызстан. Обзор системы здравоохранения. Системы здравоохранения: время перемен. Том №13 № 3, 2011.

ДИАГНОСТИКА АБСЦЕССОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Султанов Б.М., Ырысов К.Б., Мамашарипов К.М.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
кафедра нейрохирургии до- и последиplomного образования,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Проведено лечение 53 больных с отогенными абсцессами головного мозга, из них 6 (11,3%) - с абсцессом мозжечка. Клиника абсцессов часто была стертой, многие характерные симптомы отсутствовали. Доминирующим симптомом была головная боль; другие гипертензионные симптомы проявлялись тошнотой (4 больных), рвотой (7 больных), брадикардией (9 больных). Изменения на глазном дне отсутствовали у 5 больных; расстройства координации движений наблюдались у 14 больных, скандированная речь - у 2. Крупноразмашистый горизонтально-ротаторный нистагм носил стволовой характер, у 15 больных был направлен в сторону абсцесса, у 3 - в обе стороны. Больным проводилось хирургическое лечение со вскрытием абсцесса мозга на фоне медикаментозной терапии.

Ключевые слова: Отогенные внутричерепные осложнения, абсцесс головного мозга, клиника, диагностика, лечение.

БАШ МЭЭНИН ИРИНДҮҮ ШИШИКТЕРИНИН ДАРТЫН АНЫКТОО

Султанов Б.М., Ырысов К.Б., Мамашарипов К.М.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
нейрохирургияны дипломго чейин жана кийин окутуу кафедрасы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Баш мээнин отогенүү ириңүү шишиги менен жабыркаган 53 оорулууга оорылоо иши жүргүзүлү, алардын ичинен 6 (11,3%) – каракуш мээнин ириңүү шишиги менен ооругандар. Ириңүү шишиктин клиникасы анча белгилүү эмес болгон, көпчүлүк симптомдор жок болгон. Негизги басымдуулук кылган симптом бул баш оору болчу; башка гипертензиондүү симптомдор көңүл айнуу менен (4 оорудуу), кусуу менен (7 оорудуу), брадикардия менен (9 оорудуу) жабыркагандар. 5 оорудуунун көздөрүнүн түбүндө өзгөрүү жоголгон; 14 оорудууда кыймыл-аракетинин бузулгандыгы, 2 оорудуунун сүйлөөсү начарлаганы байкалган. Эмө тартайган турасынын кеткен ротатордук нистагм өзөктүү мүнөздөгү эмес болгон, 15 оорудуу ириңүү шишикке, ал эми 3 оорудуу эки тарапка тең багытталган. Оорудууларга хирургиялык оорылоо иши жүргүзүлүп, медикаментоздук терапиянын негизинде мээнин ириңүү шишиги ачылды.

Негизги сөздөр: отогенүү баш соок ичиндеги внутричерепные кабылоо, баш мээнин ириңүү шишиги, клиника, дартты аныктоо, оорылоо.

DIAGNOSIS OF BRAIN ABSCESES

Sultanov B.M., Yrysov K.B., Mamasharipov K.M.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, dpt of Neurosurgery
on pre- and postgraduate education,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The authors have treated 53 patients with brain abscesses, 6 (11,3%) of those with cerebellar abscesses. Clinical features of brain abscesses was unclear and typical symptoms were absent in most cases. As a dominating symptom was headache, other symptoms of intracranial hypertension manifested with nausea (4 cases), vomiting (7 cases), bradycardia (9 cases). Changes on optic fundus were absent in 5 patients, coordination disorders were investigated in 14 cases, scanding speech – in 2 cases. Horizontal rotating nistagmus has had brain stem origin, in 15 patients was directed to the focus, in 3 cases – bilateral. All series underwent surgical excision and abscess evacuation combining with medication therapy.

Key words: otogenic intracranial complications, brain abscess, clinical feature, diagnosis, management.

Введение.

За последние 40-50 лет летальность от абсцессов мозга снизилась с 80-100 до 24-32%. Однако это совпало с нарушением ясности и четкости в клинической картине заболеваний и

привело к трудностям их диагностики [1-7].

Тяжесть клинического течения абсцесса мозжечка объясняется непосредственным влиянием патологического процесса на стволовые образования. Сложность диагностики

и лечения отогенных абсцессов головного мозга обуславливает актуальность этой проблемы и в настоящее время. Сдавление ликворных путей между желудочками и субарахноидальным пространством создает условия для нарушения ликвороциркуляции, что ведет к отеку ствола. Отогенные абсцессы головного мозга, как и другие интракраниальные отогенные осложнения, чаще возникают у больных хроническим гнойным средним отитом. Известно, что возможны и множественные абсцессы мозжечка, но они встречаются редко и диагностика их крайне сложна. Описано наблюдение двустороннего отогенного абсцесса мозжечка [1-7].

Материал и методы

Находились на лечении 53 больных с отогенными внутричерепными осложнениями с формированием абсцесса головного мозга. Среди больных с отогенными абсцессами головного мозга у 6 (11,3%) констатирован абсцесс мозжечка. Как правило, абсцесс развивался на фоне хронического гнойного среднего отита, который протекал с кариезом, грануляциями, холестеатомой. У 4 больных абсцесс головного мозга возник на фоне тромбоза сигмовидного синуса. У части больных обострению хронического гнойного среднего отита предшествовала гриппозная вирусная инфекция. Грипп с выраженными явлениями общей интоксикации обуславливает резкое снижение иммунитета и резистентности организма к действию микробной инфекции. В результате инфекция среднего отита, проникая в полость черепа, приводит к развитию абсцесса головного мозга.

Среди наших больных было: мужчин - 28, женщин - 25, возраст больных колебался от 16 до 60 лет. У 26 больных абсцесс располагался справа, у 27 - слева.

Результаты.

Среди внутричерепных гипертензионных симптомов головная боль была доминирующей и наблюдалась у всех больных. Проявления абсцесса у части наблюдаемых нами больных были атипичны, смазаны, со скудной симптоматикой на ранних стадиях заболевания. Она была резко выраженной, периодически становилась нестерпимой и вынуждала

больных прибегать к анальгетикам; обычно она локализовалась в затылочной области. Усиление головной боли во второй половине дня и ночью была патогномоничной для абсцесса мозжечка. Другие внутричерепные гипертензионные симптомы проявлялись тошнотой (4 больных), рвотой (7 случаев), брадикардией (9 больных). По мере нарастания гипертензионно-гидроцефального синдрома у больных возникали застойные явления на глазном дне. Однако у 5 больных глазное дно было без изменений.

Типичным являлся крупноразмашистый горизонтально-ротаторный нистагм, который носил стволовой характер. Степень выраженности, характер и направление нистагма в сторону очага или в обе стороны зависели от влияния патологического процесса на стволовые образования. Стволовой нистагм является наиболее постоянным у больных с абсцессом головного мозга, особенно при глубоком его расположении. Среди наблюдаемых нами больных у 15 нистагм был направлен в сторону локализации абсцесса, у 3 - в обе стороны. Исследуя состояние вестибулярного анализатора, при калорической пробе мы выявили гипорефлексию на стороне локализации абсцесса у 2 больных, норморефлексию - у 10, гиперрефлексию - у 1 больного.

Кохлеовестибулярные нарушения вызываются поражением слуховых и вестибулярных путей и бывают особенно выражены при периферическом вестибулярном синдроме. Причиной вестибуломозжечковых расстройств могли быть повреждения абсцессом пути от коры головного мозга к мосту и мозжечку, а также сдавление моста и ножки мозжечка вследствие повышения внутричерепного давления.

Очаговые симптомы поражений полушарий мозжечка наблюдались у 14 больных. Более четко были выражены отклонения при пальценосовой пробе, чем при коленно-пяточной. Последнее обстоятельство объясняется преимущественной локализацией отогенных абсцессов в верхнепередних отделах полушарий мозжечка. При пробе Барре у больных легко устанавливалось незначительное отклонение руки на стороне очага вследствие гипотонии

мышц. Аналогичное проявление гипотонии мышц демонстрировалось и при пальце-носовой пробе; наблюдался у больных и адиадохокinez. Если состояние больных позволяло поставить их в позу Ромберга и проверить прямую походку, то прослеживалось отклонение в сторону очага; фланговую походку они выполнить не могли. Замедление речи, «смазанность» ее и скандированная речь наблюдалась у 2 больных вследствие нарушения тонуса мышц языка.

В клиническом течении абсцесса головного мозга особое место занимали менингеальные симптомы, выявленные у 21 больного. Менингит всегда предшествует появлению очаговых неврологических симптомов абсцесса и оценка его клинической характеристики имеет большое практическое значение. В наших наблюдениях у 13 больных менингеальные симптомы проявлялись ригидностью затылочных мышц при отсутствии симптома Кернига, у 19 - сочетанием ригидности затылочных мышц со слабым симптомом Кернига.

Сухожильные рефлексы в начале заболевания вследствие атонии мышц чаще были снижены на стороне очага. В дальнейшем у части больных они повышались за счет внутричерепной гипертензии и сдавления пирамидных путей.

При люмбальной пункции содержание клеток в ликворе у 17 больных не превышало норму, у 14 их количество увеличивалось до 100 в 1 мкл, у 2 - до 200-1000 клеток. Изменения в содержании белка в ликворе были таковы: у 3 человек белок был в норме, у 8 больных повышался до 0,6-0,99 г/л, у 2 - до 3,3 - 6,6 г/л. Ликвор при неосложненных абсцессах головного мозга был прозрачным, и в зависимости от степени сдавления ликворных путей состав его изменялся по типу белково-клеточной диссоциации (у 7 больных), т.е. наблюдалось увеличение содержания белка при нормальном клеточном составе. Последнее обстоятельство является наиболее ранним признаком, указывающим на наличие абсцесса мозжечка.

Диагноз абсцесса головного мозга выставлен на основании жалоб, анамнеза, объективных данных, неврологического статуса. Все больные были осмотрены

оториноларингологом. Следует указать, что часто, учитывая стертую клиническую картину абсцесса, его диагностика базировалась на 1-2 симптомах. Значительно облегчила диагностику абсцессов головного мозга компьютерная и магнитно-резонансная томографии, обладающие большой информативностью. При томографии обнаруживается объемное образование в веществе головного мозга, определяются его параметры и локализация.

Больным проводилось лечение, основу которого составила хирургическая эвакуация содержимого абсцесса и дренирование его полости для дальнейшей санации антисептиками. Одновременно проводилась интенсивная медикаментозная терапия, включающая антибактериальные, дезинтоксикационные, дегидратационные, противоотечные средства, осуществлялись мероприятия, регулирующие мозговой кровоток, повышающие реактивность организма, купирующие нарушения жизненно важных функций.

Заключение.

Летальность среди наших больных составила 7,5% (4 больных). Исход абсцессов головного мозга у наблюдавшихся нами больных во многом зависел от тяжести их состояния, времени поступления в стационар, срока постановки диагноза с момента начала заболевания, локализации и распространенности процесса. Лица, в прошлом перенесшие абсцесс головного мозга, требуют длительной реабилитации. Наши наблюдения больных, перенесших в прошлом абсцесс головного мозга, выявили у 8 (15,0%) признаки арахноидита, потребовавшего проведения курса реабилитационной терапии.

Литература:

1. Гаджимирзаев Г.А., Гамзатова А.А. Множественные абсцессы полушария мозжечка у ребенка с отогенным менингоэнцефалитом и тромбозом сигмовидного синуса // Вестник оториноларингологии, 1991; 5: 68-69.
2. Гаршин М.И. Отогенные абсцессы мозжечка // Вестник оториноларингологии, 1991; 6: 44-47.
3. Нестеров Д.В., Иванов Н.И.

Абсцесс мозжечка в отдаленном периоде после расширенной общеполостной операции на ухе // Вестник оториноларингологии, 1988; 3: 69-70.

4. Талышинский А.М., Гараев А.Р. К лечению отогенных абсцессов мозжечка // Вестник оториноларингологии, 1998; 5: 52-56.

5. Цецарский Б.М., Журавель В.В. Случай множественных абсцессов мозжечка в сочетании с абсцессами мозга // Вестник оториноларингологии, 1985; 1: 70-71.

6. Чумаков Ф.И., Яушева Л.А. Внутрочерепные осложнения у больных, перенесших санацию общеполостную операцию на среднем ухе // Журн. ушн. нос. и горл. бол., 1985; 3: 44-47.

7. Шустер М.А., Чумаков Ф.И., Чканников А.Н. Роль компьютерной томографии в диагностике инкапсулированных абсцессов мозжечка при острых средних отитах // Вестник оториноларингологии, 1991; 6: 41-44.

УДК: 616-08.74-07:616-006.385:616.833.185

СОХРАНЕНИЕ ФУНКЦИЙ ЛИЦЕВОГО И СЛУХОВОГО НЕРВОВ В ХИРУРГИИ НЕВРИНОМ VIII НЕРВА

Халимов А.Д., Ырысов К.Б., Турганбаев Б.Ж.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
кафедра нейрохирургии до- и последиplomного образования,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Целью хирургии невринома VIII нерва является сохранение функции лицевого нерва и, если это возможно, сохранение слуха. В данном исследовании мы представили результаты хирургии невринома VIII нерва с применением современной техники и оборудования, а также стандартной системы градаций.

Все пациенты были подвергнуты хирургическому вмешательству с удалением невринома VIII нерва, проходили предоперационную аудиограмму и контрастную МРТ. Дополнительно, всем больным до и после операции исследованы функции лицевого нерва по шкале House Brackmann и проводился мониторинг лицевого нерва интраоперационно. Сохранение слуха было достигнуто у пациентов с опухолями любых размеров.

Ключевые слова: Невринома VIII нерва, лицевой нерв, слуховой нерв, хирургическое лечение, интраоперационный мониторинг.

VIII НЕРВДИН ХИРУРГИЯСЫНДА БЕТ ЖАНА УГУУ НЕРВДЕРИНИН ФУНКЦИЯЛАРЫНЫН САКТАЛЫШЫ

Халимов А.Д., Ырысов К.Б., Турганбаев Б.Ж.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
нейрохирургияны дипломго чейин жана кийин окутуу кафедрасы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: VIII нервдин хирургиясынын максаты – бет нервин, эгер мүмкүн болсо угуу нервин бузбай сактап калуу болуп саналат. Бул изилдөөдө VIII нервдин невринине заманбап техникалары жана жабдуулары колдонуу аркылуу хирургия жасоонун натыйжалары көрсөтүлгү.

Бардык бейтаптарга VIII нервдин невринин хирургиялык жол менен алынган сатуу жүргүзүлгөн, операция астындагы аудиограмма жана контрасттуу МРТдан өтүшкөн. Коңулча, баардык оорулуулар House Brackmann шкаласы боюнча операцияга чейин жана кийин изилдөөгө алынган жана алардын бет нервин мониторинг жүргүзүлгөн. Түрүү өлчөөлөргө ийишкен бар бейтаптардын угуу нерви сактап калынган.

Негизги сөздөр: VIII нервдин неврини, бет нерви, угуу нерви, хирургиялык дарылоо, интраоперациялык мониторинг.

FACIAL AND COCHLEAR NERVES FUNCTION PRESERVATION IN ACOUSTIC NEUROMA SURGERY

Khalimov A.D., Yrysov K.B., Turganbaev B.J.,

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
dpt of Neurosurgery on pre- and postgraduate education,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The goals of acoustic neuroma surgery are now preservation of facial nerve function and, when feasible, hearing preservation. The purpose of this study was to present the results of acoustic neuroma surgery using the most modern techniques and equipment, using standardized grading systems.

All patients underwent acoustic neuroma surgery and had preoperative audiograms and MRI with contrast. In addition, all patients had preoperative and postoperative facial function graded by the House Brackmann scale and intraoperative facial nerve monitoring. Hearing preservation was attempted in patients with tumours of any size.

Key words. Acoustic neuroma, facial nerve, cochlear nerve, surgical excision, intraoperative monitoring

Введение. В 1894 г. сэр Charles Balance Harvey Cushing путем улучшения хирургической техники добился снижения смертности до 20%. Новые технологии как операционный микроскоп и улучшенная операционная техника

снизили частоту смертности ниже 2% в наши дни. Эти достижения также изменили и задачи операции. Сохранение функции лицевого нерва сейчас является стандартной задачей хирургии и сохранить слух удается чаще, когда больные имеют маленькие опухоли и полезный дооперационный слух [1-9].

Мониторинг лицевого нерва улучшил шансы на сохранение послеоперационной функции лицевого нерва сейчас рассматривается как стандартный вспомогательный метод в современном лечении и хирургии невриноном VIII нерва. МРТ с контрастированием (Gadolinium) сейчас широко используется и дала возможность диагностике даже очень маленьких и интраканальных опухолей. Несколько систем градаций были предложены для оценки и стандартизации функций лицевого нерва и слуха. В 1985 г. House и Brackmann (HB) предложили систему градации функции лицевого нерва и в 1994г. Committee of Hearing and Equilibrium опубликовал руководство для оценки сохранения слуха в хирургии невриноном VIII нерва [5-10].

Результаты хирургического лечения больших невриноном VIII нерва ведут назад к 70-годам, если не использовать технологические достижения, которые уже стали стандартными. Эти результаты много лет считались хорошими, но трудно это сравнить с результатами тех пациентов, которые подверглись современной и ранней диагностике, лучшему интраоперационному мониторингу. Поэтому понимание исходов современной хирургии невриноном VIII нерва является необходимым в принятии рационального решения в различных исследованиях статистическим путем [1-10].

Целью настоящей работы было описание результатов хирургического лечения, которое проведено с использованием современной технологии и техники со стандартной системой градации функций лицевого нерва и слуха.

Материал и методы Н а м и проведено ретроспективное изучение результатов хирургического лечения пациентов с диагнозом невриноном VIII нерва. Были использованы четыре хирургических доступа. Субокципитальный доступ использован у 69% пациентов, транслабиринтный доступ у

23%, комбинированный субокципитальный/транслабиринтный доступ у 7%. Шесть пациентов были оперированы предварительно в других клиниках, включая двух пациентов с анастомозом hypoglossus/facialis из-за рассечения лицевого нерва во время первой операции. Два пациента из этой серии имели нейрофиброматоз типа II и у них были билатеральные опухоли. Всем пациентам до операции проводилась аудиограмма и МРТ с контрастированием. Попытка сохранения слуха предпринята у всех пациентов, которые имели полезный слух до операции, независимо от размеров опухоли. Полезный слух определен как уровень А или В. Размер опухоли измерялся по наибольшему экстраканальному диаметру. Полностью интраканальные опухоли рассмотрены отдельно.

Все процедуры выполнялись с использованием мультидисциплинарного подхода с участием нейроотолога и нейрохирурга. Всем больным проводился интраоперационный мониторинг и в большинстве случаев он выполнялся нейрофизиологом, который определял интраоперационные стволовые слуховые вызванные ответы при попытке сохранить полезный слух.

Маленькими опухолями считались невриномы VIII нерва менее чем или равные к 2 см (включая интраканальные), средними более чем 2 см и менее чем или равные 4 см, и большими более чем 4 см.

Результаты Н а м и изучены результаты хирургии невриноном VIII нерва у 97 пациентов, которые были оперированы с удалением опухоли. 49 больных были мужского пола (53%) и 44 были женского пола (47%). Минимальный период наблюдения после операции был 12 месяцев и максимальный 6 лет (средний период 49 месяцев). У 56 пациентов были маленькие опухоли, у 24 пациентов средние опухоли и у 13 были большие опухоли. Всем больным, кроме двух, сделано тотальное удаление опухоли. Субтотальная резекция опухоли у 2 пациентов выполнено из-за спаянности опухоли к стволу мозга. Целостность лицевого нерва была сохранена у 96 из 97 пациентов (99%). Все больные с интраканальными опухолями (n=8) имели хорошую функцию лицевого нерва (IIB

1-2). У пятидесяти двух из 55 пациентов (95%) с маленькими опухолями достигнута хорошая функция лицевого нерва, у 15 из 24 (63%) со средними опухолями—НВ 1-2 и у 5 из 7 с большими опухолями достигнуты хорошие результаты. У двух пациентов с нейрофиброматозом типа II, функция лицевого нерва в отдаленном периоде была на уровне НВ 1-2. Шесть пациентов были оперированы предварительно. Из них у 3 функция была НВ 1, у двух НВ 3, и у одного НВ 4. Подъязычно-лицевой анастомоз был произведен с результатом НВ 3. У пациента с НВ 4 лицевой нерв был рассечен при первой операции и был выполнен подъязычно-лицевой анастомоз.

Попытка сохранения слуха была предпринята у 44 пациентов через субокципитальный ретросигмовидный доступ. Все эти больные до операции были со слухом уровня А и В. У тридцати одного пациента были маленькие опухоли и у 5 были опухоли среднего размера. Пациенты с большими опухолями не подвергались слухосохраняющей операции. Двадцать семь больных были подвергнуты аудиограмме до операции и после нее для сравнения. У восьми пациентов (29%) был сохранен полезный слух; слух был сохранен у 7 из 24 (29%) пациентов с маленькими опухолями и у одного из трех пациентов со среднего размера опухолями. Ни один пациент с нейрофиброматозом типа II не сохранил слуха. Один из них оперирован транслабиринтным доступом и другие через субокципитальный доступ. У 4 из 6 пациентов, которые были оперированы повторно, был использован транслабиринтный доступ, у двух других пациентов был использован субокципитальный доступ без сохранения слуха.

Развилось 3 осложнения с частотой 2%. Наиболее частым осложнением было истечение ликвора. Смертности среди этой группы пациентов не отмечалось. Лицевой нерв был рассечен у пациента с опухолью 3 см. Анастомоз “конец в конец” был выполнен незамедлительно и у этого больного сохранена функция лицевого нерва на уровне НВ 4.

Заключение. Функция лицевого нерва может быть сохранена в большинстве случаев и сохранение слуха является осуществимым у

пациентов с хорошим дооперационным слухом. Каждый пациент, который имел интраканальную опухоль, сохранил отличную функцию лицевого нерва и 95% пациентов с опухолями 2 см и менее сохранили функцию лицевого нерва на уровне НВ 1-2. Сохранение слуха было достигнуто у 29% пациентов с полезным слухом. Хирургическое лечение остается методом выбора при невриномах VIII нерва.

Литература:

1. Махмудов У.Б. Хирургическое лечение неврином слухового нерва: Автореф дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.28. - М., 1981. - 23с.
2. Никитин И.А. Хирургия больших и гигантских неврином VIII нерва: Автореф дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.28. - Л., 1989. - 35с.
3. Рзаев Д.А., Шулев Ю.А., Бикмуллин В.Н. Ретросигмоидный доступ: как основа малоинвазивной хирургии мостомозжечкового угла // III съезд нейрохирургов России, Санкт-Петербург, 4-8 июня, 2002 г. - С.144-145.
4. Сменянович А.Ф. Микронеурохирургия неврином слухового нерва: Автореф дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.28. - Киев, 1981. - 44с.
5. Халед Бу Х Э. Диагностика и хирургическое лечение неврином слухового нерва. Автореф дис. ... канд. мед. наук: 14.00.28. - М., 1993. - 18с.
6. Arriaga MA, Chen DA. Facial function in hearing preservation acoustic neuroma surgery. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2001, 127(5): 543-6.
7. Axon PR, Ramsden RT. Assessment of real-time clinical facial function during vestibular schwannoma resection. Laryngoscope 2000; 110(11): 1911-5.
8. Bani A, Gillsbach JM. Incidence of cerebrospinal fluid leak after microsurgical removal of vestibular schwannomas. Acta Neurochir 2002; 144: 979-982.
9. Becker SS, Jackler RK, Pitts LH. Cerebrospinal Fluid Leak after Acoustic Neuroma Surgery: A Comparison of the Translabirinthine, Middle Fossa, and Retrosigmoid Approaches. Otol Neurotol 2003; 24(1): 107-112.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ЮНОШЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ НИЗКО- И СРЕДНЕГОРЬЯ

Казанцев П.М.

Кыргызско-Российский Славянский Университет,

Бишкек, Кыргызская Республика

Ключевые слова: студенты, психофизиологические показатели, низкоегорье, среднеегорье, юноши.

Резюме: Рассмотрены психофизиологические показатели юношей, проживающих в условиях низко- и среднегогорья, выявлены достоверные различия по силе нервной системы, показателям внимания, уровню экстраверсии и нейротизма

ОЙДУН ТООЛУУ ЖАНА ОРТОТООЛУУ АЙМАГЫНДА ЖАШАГАН УЛАНДАРДЫН ПСИХОФИЗИОЛОГИЯЛЫК СТАТУСУ

Казанцев П.М.

Кыргыз-Орусия Славян Университети,

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Ойдуң тоолуу жана ортоотолуу аймактын жашоочулар уландардын психофизиологиялык көрсөткүчтөрүнүн өзгөчөлүктөрү каралган. Нерв системасынын бекемдигинин, көңүл буруунун, экстраверсиянын деңгээли жана нейротизмдин көрсөткүчтөрү аныкталган.

Негизги сөздөр: студенттер, психофизиологиялык көрсөткүчтөрү, ойдуң тоолук, ортоотолук, уландар.

THE PSYCHOPHYSIOLOGICAL STATUS OF THE YOUNG MEN LIV- ING IN CONDITIONS LOW - AND AVERAGE ALTITUDE

Kazancev P.M.

The Kyrgyz-Russian Slavic University,

Bishkek, Kyrgyz Republic

Keywords: students, psychophysiological indicators, low altitude, average altitude, young men.

Resume: Psychophysiological indicators of the young men living in conditions low - and average altitude are considered, authentic distinctions on force of nervous system, attention indicators, level of extraversion and neurotism are revealed

Введение

Изучение психофизиологического статуса в условиях горной гипоксии вызывает особый интерес, так как дефицит кислорода до некоторой степени тормозит нормальное функционирование высших центров. М.М. Миррахимов, В.В. Соложенкин и др.[1], изучая динамику психоэмоциональной сферы у практически здоровых молодых людей, адаптировавшихся на высоте 3200 м от 35 до 60 дней, обнаружили, что в первые 5 дней адаптации в горах умеренно снижается психическая деятельность. Умственный труд всегда сопряжен с большой работой корковых систем полушарий головного мозга [2]. Наблюдаются нарушения в психике человека и снижение его умственной работоспо-

собности в горах. Э. Ван-Лир и др. считают [3], что гипоксия нарушает правильность суждений. Наряду с выявлением особенностей высшей нервной деятельности людей, находящихся в условиях горной гипоксии, важное значение имеет изучение психофизиологического статуса при разной степени воздействия окружающей среды.

Целью данной работы явилось изучение параметров психофизиологического статуса у юношей, проживающих в условиях низко- и среднегогорья.

Материалы и методы

Было обследовано 90 студентов, из них 41- в условиях низкогогорья (г. Бишкек, 760 м над уровнем моря) и 49 - в условиях среднегогорья (г. Каракол, 1690-1850 м над уровнем моря). В

набор используемых методик были включены: время простой сенсомоторной реакции на световой и звуковой раздражители, теппинг-тест для определения силы нервной системы, реакция

Сравнивая показатели юношей в низко- и среднегорье по таблице 1, следует отметить, что число экстравертов практически одинаково в сравниваемых группах, однако амбивертов

Таблица 1

Уровень экстраверсии и нейротизма у юношей, проживающих в низко - и среднегорье

Показатели	Юноши (низкогорье)	Юноши (среднегорье)
Экстраверты	45%	47%
Амбиверты	41%	50%
Интроверты	14%	3%
Низкий нейротизм	17%	13%
Средний нейротизм	41,5%	63%
Высокий нейротизм	41,5%	24%

на движущийся объект. тест Мюнстенберга для определения избирательности внимания, опросник Айзенка для выявления уровня экстраверсии и нейротизма и уровень реактивной и личностной тревожности по Спилбергеру-Ханину.

Результаты и их обсуждение

больше в группе среднегорцев (на 9%) , а интровертов (в 4.5 раза) – в группе низкогорцев. При сопоставлении данных уровня нейротизма выявлено, что студенты, проживающие в условиях среднегорья, эмоционально стабильнее, чем их сверстники из низкогорья, у которых случаев высокого уровня нейротизма регистрировалось

Таблица 2

Психофизиологические параметры юношей, проживающих в условиях низко - и среднегорья

Примечание: при сравнении юношей в низко- и среднегорье показатель статистически достоверен: * - $P<0,05$; ** - $P<0,02$.

Показатели	Юноши (низкогорье)	Юноши (среднегорье)
РДО: Точные (%)	29,8±1,9	30±2,3
Ошибочные (%)	70,1±1,9	70±2,3
Опережение (кол-во)	9,4±0,4	9±0,7
Запаздывание (кол-во)	5±0,4	4,9±0,5
время реакции на: 1.свет	0,206±0,005	0,209±0,004
2 тихий звук	0,199±0,005	0,197±0,006
3.средний звук	0,182±0,005	0,185±0,004
4.громкий звук	0,175±0,005	0,177±0,004
Частота движений	69,2±1,5**	63,6±1,1
Сумма	197±3,4**	182,4±2,5
Скоростная выносливость	1,13±0,016	1,09±0,01
Коэффициент силы нервной системы (%)	-33,3±6,8*	-15,4±6,7
Внимание: правильные	17,4±0,8**	14,7±0,7
ошибочные	1,5±0,1	1,7±0,2
пропущенные	6,8±0,8*	9,2±0,7

намного больше (41,5% против 24%). Лица со средним уровнем исследуемого показателя также преобладают среди жителей среднегорья.

При анализе данных табл. 2 видно, что лица, проживающие в среднегорье, имеют ряд отличительных особенностей. Так, по средним

Выводы

Исходя из полученных данных в разных горных регионах, можно говорить о том, что в зависимости от климатогеографической зоны проживания студентов, меняются и показатели их психофизиологического статуса. Так, между

Таблица 3

Уровень реактивной и личностной тревожности у юношей, проживающих в условиях низко- и среднегорья

Реактивная тревожность		Личностная тревожность		
Низкогорье	Среднегорье	Уровень	Низкогорье	Среднегорье
85%	79%	Низкий	15%	14%
15%	17%	Умеренный	60%	69%
0%	4%	Высокий	25%	17%

величинам данных видно, что низкогорцы несколько доминируют над среднегорцами. А именно: у юношей достоверны различия по теппинг-тесту (частота движений - число ударов за первые 10 сек., общая сумма движений за 30 сек.), показателям внимания (количество правильных и пропущенных слов). Однако коэффициент силы нервной системы выше у среднегорцев (по отношению к низкогорцам), эти испытуемые в большей степени обладают сильной нервной системой.

Анализируя показатели табл. 3 можно отметить, что по уровню реактивной тревожности юноши низкогорцы оказались менее тревожными, а по личностной – более тревожными, чем испытуемые среднегорья.

юношами низко- и среднегорья выявлены достоверные различия в уровне экстраверсии и нейротизма, познавательной функции и силе нервной системы.

Литература

1. Миррахимов М.М., Соложенкин В.В. и др. Изучение психической работоспособности в процессе адаптации и реадaptации человека к условиям высокогорья Тянь-Шаня. – Человек и среда. – Л., 1975. – С. 59-70.
2. Дмитриев А.С. Физиология высшей нервной деятельности. – 1964 – 198 с.
3. Ван-Лир Э., Стикней К. Гипоксия. – М., 1967. – 110 с.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕЧЕБНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Легай О.В., Абасканова П.Д.

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

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной статье представлены результаты клинического исследования и спектральный анализ стоматологического средства «Мараславин» с зубной пастой «Антоксид» используемых в комплексной терапии заболеваний пародонта.

Ключевые слова: пародонтит, лечение, лечебные средства.

ПАРОДОНТОЛОГИЯЛЫК ООРУНУН ДАРЫЛООЧУ СТОМАТОЛОГИЯЛЫК КАРАЖАТЫНЫН САЛЫШТЫРМАЛУУ МҮНӨЗДӨМӨСҮ

Легай О.В., Абасканова П.Д.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,

терапевтикалык стоматология кафедрасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Комплекстүү дарылоодогу пародонтологиялык ооруда колдонулчу стоматологиялык каражат «Мараславин» жана тини жуучу паста «Антоксидин» клиникалык изилдөөсү учурдагы статьяда көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: пародонтит, дарылоо, дарылоо каражаттары.

COMPARATIVE ANALYSIS OF DENTAL MEANS AT TREATMENT OF PERIODONTAL DISEASE

Legai O.V., Abaskanova P.D.,

Kyrgyz state medical academy named after I K. Akhunbaev,

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. This article presents results of clinical study and spectral analysis of dental means «Maraslavine» with tooth paste «Antoxide» used for treatment of periodontal disease.

Key words: parodontitis, treatment, dental means.

Актуальность. Основным причинным фактором возникновения пародонтита в полиэтиологичной цепи большинство авторов отдают первенство зубной бляшке и микрофлоре зубного налета, а также усилению перекисного окисления липидов (ПОЛ), нарушению кровоснабжения и ишемии тканей пародонта. Поэтому обязательным компонентом комплексной этиотропной и патогенетической терапии пародонтита является использование медикаментозных средств, обладающих выраженными бактерицидными и антиоксидантными свойствами. Применение

химиопрепаратов, как правило, приводит к подавлению естественных защитных механизмов в организме человека, что объясняет значительный рост вялотекущих, хронических и затяжных форм различных заболеваний, в том числе и пародонтитов [3,4,5].

В этой связи поиск новых, эффективных и безопасных препаратов для лечения заболеваний тканей пародонта продолжает оставаться актуальным и своевременным.

Цель исследования Сравнительный анализ и обоснование применения на основании данных клинического исследования

и спектрального анализа лечебных средств «Мараслави́на» и «Антокси́да» в комплексной терапии заболеваний тканей пародонта

Материал и методы исследования Для лечения хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести нами была разработана и запатентована рецептура лечебной стоматологической зубной пасты «Антоксид» (патент КР № 960 от 31 мая 2007г.) [1]. Средство содержит в оптимальных количествах антоксидные минеральные элементы, выраженные в массе %, а именно: цинка хлорид-0,03, кобальта нитрат-0,004, меди сульфат-0,004, селена сульфат-0,003, желатина-8, карбоксиметилцеллюлоза-2, глицерина-7, натрия бензоат-0,5, красителя красного-0,003, вода-остальное. Микроэлементы меди, кобальта, селена, активизируют работу основных антоксидных ферментов, что в свою очередь, приводит к дезактивации пероксидов и локальному оздоровлению пораженных тканей пародонта. Благодаря содержанию оптимального количества антоксидных микроэлементов, применение «Антокси́да» в комплексной терапии хронического генерализованного пародонтита способствует купированию воспалительного процесса и сокращает сроки лечения.

«Мараслави́н» представляет собой комбинированный растительный препарат являющийся вытяжкой из ряда лекарственных растений: травы полыни понтийской, травы горного чабера, бутонов гвоздичного дерева плодов черного перца корневищ имбиря, аммония хлорида, винного уксуса, воды очищенной [2].

Под наблюдением находилось 50 пациентов в возрасте от 20 до 59 лет с диагнозом – хронический генерализованный пародонтит средней тяжести, из них: 24 человек в основной группе, которым проводилось лечение «Антоксидом», 26 – в контрольной группе, пациентам которой проводилось традиционное лечение «Мараслави́ном». Обследование проводилось до и после лечения. Местное лечение проводили по общепринятой схеме, после снятия зубных отложений и антисептической обработки. В основной группе применяли препарат «Антоксид», в виде аппликаций или вводили с помощью турунд в патологические пародон-

онтальные карманы на 10-15 минут один раз в сутки. Курс лечения составлял 10-12 процедур. Длительность курса лечения зависела в каждом индивидуальном случае от исходного клинического состояния тканей пародонта больного. Для улучшения процесса лечения «Антоксид» назначали больным в виде зубной пасты для чистки зубов на ночь.

Больным основной и контрольной групп назначалось и общее лечение: препараты кальция и другие виды лечения по показаниям.

Результаты и их обсуждение. Результаты наших наблюдений показали, что в группе больных получавших курс лечения по традиционной схеме, уменьшения кровоточивости отмечалось на 5-6 день лечения, исчезновения боли и зуда, в деснах, а также неприятного запаха на 5-й день лечения, на 8-9 день десна приобретала нормальную окраску. Почти полное исчезновение клинических проявлений наблюдалось на 10-12 день лечения.

В группе больных, где в комплексной терапии пародонтита был использован «Антоксид» положительная динамика клинических симптомов отмечалась гораздо раньше.

У больных на 3-4 день лечения значительно уменьшался отек тканей пародонта, наблюдалась исчезновение зуда и боли в деснах, кровоточивости десен. Объективно наблюдалось уменьшение гиперемии десен, уплотнение тканей десны. На 7-8 день лечения воспалительный процесс в десне, как правило, переходил в фазу устойчивой ремиссии. При этом у больных основной группы гигиенический индекс составлял $1,22 \pm 0,03$, пародонтальный индекс $1,4 \pm 0,04$, время образования гематомы $37,5 \pm 0,9$ секунд.

Анализ статистических показателей пародонтального индекса, индекса Федорова - Володкина и пробы Кулаженко свидетельствует о том, что «Антоксид» достоверно уменьшает сроки устранения основных симптомов заболевания: болей, кровоточивости десен и неприятного запаха изо рта (табл.).

По данным спектрограммы (анализ № 62 от 16 мая 2011 года), «Мараслави́н» содержит все необходимые микроэлементы антиокислительных ферментов, но недостаточно количество меди сульфат и цинка хлорид и не

Таблица 1

Сравнительная характеристика динамики показателей клинических индексов у пациентов с хроническим генерализованным пародонитом средней степени тяжести, леченных «Мараславином» и «Антоксидом»

Группа больных Показатели	Контрольная группа с применением «Мараславина»	Основная группа с применением «Антоксида»
ПИ P1 P2	1,8±0,1 >0,05	1,4±0,04 <0,05 <0,05
ГИ P1 P2	1,4±0,05 <0,05	1,22±0,03 <0,05 <0,05
Проба Кулаженко P1 P2	25,1±1,4 <0,05	37,5±0,9 <0,05 <0,05

Таблица 2

Результаты спектрального анализа «Мараславина»

№ проб	Mn	Ni	Co	Ti	V	Cr	Mo	W	Zr
1	10-2	10-3	10-3	10-1	10-2	10-3	10-3	10-2	10-2
	3	2	-	-	-	7	-	-	-
	Nb	Ta	Cu	Pb	Ag	Sb	Bi	Zn	Cd
	10-3	10-1	10-3	10-3	10-4	10-2	10-3	10-2	10-2
	-	-	1,5	-	-	-	-	0,3	-
	In	Yb	Y	La	Ce	P	Be	Sr	Ba
	10-3	10-3	10-3	10-2	10-1	10-1	10-4	10-2	10-2
	-	-	-	-	-	3	-	-	-
	Au %	Sc %	SiO2 %	Al2O3 %	MgO %	Fe2O3 %	CaO %	Na2O %	K2O %
	-	-	0,003	0,004	3	0,001	3	1,5	4

содержится селена сульфат и кобальта нитрат, что по данным клинического исследования и поэтому лечебная стоматологическая зубная спектрального анализа эффективность лечения паста «Антоксид» имеет преимущество по при использовании «Антоксида» была выше. количеству антиоксидантных факторов для чем при использовании «Мараславина». эффективной регенерации тканей пародонта.

Таким образом, можно сделать вывод,

Литература

1. Абасканова И.Д., Алымкулов Р.Д., Куттубаева К.Б., Зурдинов А.З., Зотов Е.П. Лечебная стоматологическая зубная паста «Антоксид». // Патент № 960 КР от 31.05.2007.
2. Зазулевская Л.Я. Практическая пародонтология. // Алматы - 2006 -с.45с.
3. Куттубаева К.Б. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта. // Бишкек.- 2011.-147с.
4. Суманова А.М. Применение препарата «Праидент» в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта // Астана.- 2005.-с.52-56.
5. Цепов Л.М., Николаев А.И. Терапевтическая стоматология.- 2002.-с.45.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ УГРОЗЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В ГОРОДСКОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ (ГПЦ)

**Жакеева А.К., Сулайманова Н.Э., Насирдинова Ж.М.,
Теппеева Т.Х., Сексенбаева Д.Б.**

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К.Ахунбаева,
Кафедра Акушерства и гинекологии №1, ГПЦ,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной работе проведено исследование структуры заболеваний при беременности, протекающей в сроке 28-36 недель с угрозой прерывания беременности в отделении патологии беременных ГПЦ в период с июня по декабрь 2011 года.

Ключевые слова: Угроза преждевременных родов, экстрагенитальная патология при беременности, внутриутробная задержка развития плода (ВЗРП).

ШААРДЫК ПЕРИНАТАЛДЫК БОРБОРДОГУ (ШПБ) КОШ БОЙЛУУ АЯЛДАРДЫН БОЮНАН КОЗГОЛУУСУНУН ИЛДЕТТЕРИНИН СТРУКТУРАСЫН АНАЛИЗДОО

**Жакеева А.К., Сулайманова Н.Э., Насирдинова Ж.М.,
Теппеева Т.Х., Сексенбаева Д.Б.**

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы,
№1 - Акушерство жана гинекология кафедрасы, ШПБ,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутулду: Бул иште патология бөлүмүндөгү боюнан козголгон 28-36 жумадагы кош бойлуу аялдардын илдеттерин структуралык анализ жүргүзүлгөн.

Ачык сөздөр: Кош бойлуулуктун козголусу, экстрагениталдык патологиясы, жатын ичинде ымыркайдын өсүшүнүн токтошу.

ANALYZES OF STRUCTURE THE DISEASES IN CASES THREAT- ENED PRETERM OF DELIVERY ET THE PERINATAL MUNICIPAL CENTER (PMC)

**Jakeeva A.K., Sulaimanova N.A., Nasirdinova J.M.,
Teppeeva T.H., Seksenbaeva D.B.**

Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K.Ahunbaev,
Obstetrics and Gynecology department #1, PMC,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: These researches present the investigation the structure of the disease the pregnant women duration in 28-36 weeks with threatened preterm of delivery in the department of pathology pregnancy of the PMC during from June up to December 2011 year.

Key words: Threatened the preterm delivery, extra genital pathology of pregnancy, intrauterine growth retardation (IUGR).

Актуальность

В настоящее время проблема преждевременных родов является наиболее актуальной не только медицинской, но и социальной. В первую очередь это связано

с их последствиями для детей. Высокой перинатальной заболеваемостью и смертностью У недоношенных новорожденных перинатальная патология в 40 раз выше, чем у доношенных новорожденных.[4]

В зарубежной и отечественной литературе широко изучены факторы риска повышающую вероятность преждевременных родов. Исследователи выделяют ряд признаков со стороны матери и плода, по которым можно определить вероятность преждевременных родов. К этим признакам относят возраст матери моложе 18 и старше 35 лет, этническая принадлежность и низкое социально-экономическое положение матери, и уровень образования, возраст, наличие мужа или

партнера. Ее психологические особенности, характер ее питания, вредные привычки и опасные формы поведения, акушерский анамнез, особенности течения данной беременности, инфекционные заболевания. Каким образом эти демографические характеристики связаны с преждевременным деторождением, остается неясным. [1,2,3]

Наблюдаемый в последние годы рост частоты преждевременных родов в развитых странах объясняется, во-первых,

Рисунок №1. Сравнительный показатель преждевременных родов в ГПЦ.

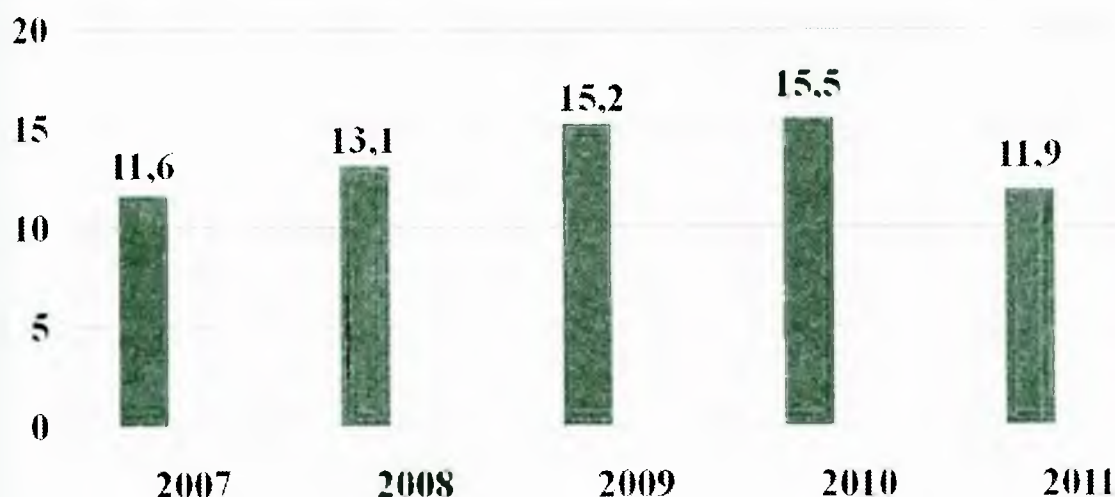


Рисунок № 2. Структура заболеваний при беременности в сроках 28-36 недель.

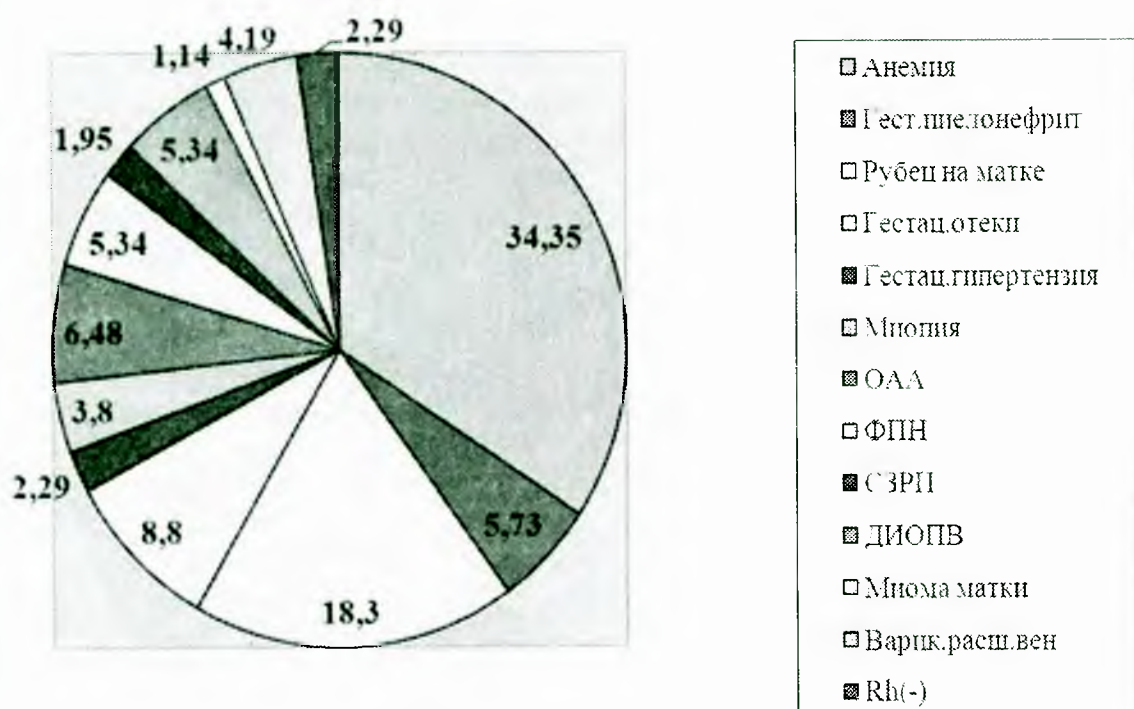
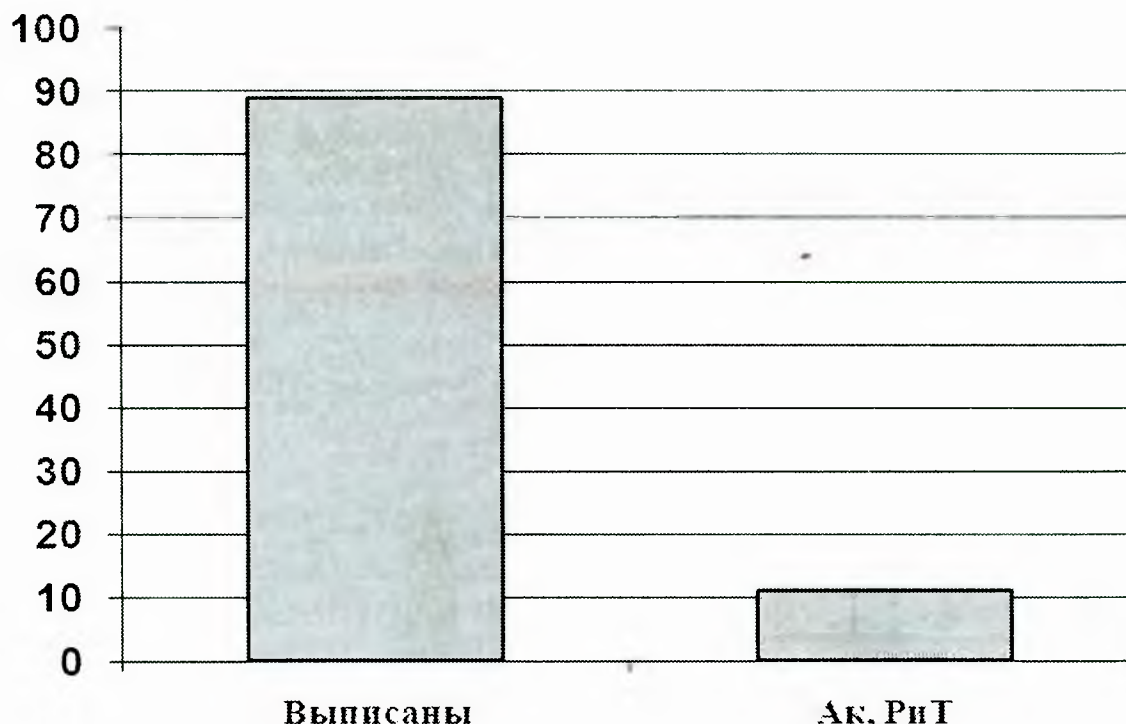


Рисунок № 3. Исход госпитализированных женщин с угрозой преждевременных родов.



тем, что акушеры все чаще прибегают к досрочному родоразрешению по медицинским показаниям, а во-вторых - широким внедрением вспомогательных репродуктивных технологий, сопряженных с повышенным риском невынашивания беременности, особенно многоплодной [1, 2,3].

Целью исследования было изучить распространенность и характер заболеваний при сроках 28 - 36 недель беременности, поступивших женщин в отделение патологии беременных ГПЦ. Учитывая специализацию Перинатального центра по преждевременным родам (рис.1), количество преждевременных родов сохраняется на прежних достаточно высоких цифрах – 11,6 % - 15,5%.

Анализ структуры заболеваний при беременности проводили по поступившим женщинам в отделение патологии беременных с различными заболеваниями за 6 месяцев. В течение последних 6 месяцев (июнь – декабрь 2011г) из поступивших женщин в отделение патологии беременных с Угрозой преждевременных родов было – 619. В отделение поступили -357 женщин, т.е. 57,6% без сопутствующих и сочетанных патологий только с угрозой прерывания беременности. В структуре

заболеваний при Угрозах преждевременных родов Анемия выявлено, в наибольшем количестве 90, что составило 34,3%. Как видно на радиограмме №2, на 2 месте больше всех остальных патологий выявлен Рубец на матке и составил – 18,3%.

При анализе в структуре заболеваний гестационные отеки составили–8,8%; гестационный пиелонефрит составил–5,73%; фето-плацентарная недостаточность (ФПН)–5,34%; дородовое излитие околоплодных вод (ДИОПВ) составил–5,34%; варикозное расширение вен–4,19%; миопия–3,8%; гестационная гипертензия–2,29%; резус отрицательный–2,29%; синдром задержки развития плода (СЗРП)–1,95%; миома матки–1,14%.

У женщин с различными патологиями сочетание отягощенного акушерского анамнеза (ОАА)составил–6,48%. При этом было выявлено, что средний возраст пациенток, обратившихся в отделение патологии беременных, с диагнозом: Угроза преждевременных родов составляет 29 лет $\pm 2,3$, а средний срок беременности – 29 недель $\pm 1,8$.

На рисунке №3, показаны результаты исхода беременности при Угрозе

преждевременных родов, где только 11,1% женщин переведены в родильные отделения для родоразрешения и 88,9% женщин выписаны домой с пролонгированной беременностью.

Необходимо отметить, что нужно уделять особое внимание современным методам диагностики истинной угрозы преждевременного прерывания беременности. В исследованиях, выполненных R.L. Goldenberg, B.M. Mercer et al. (1996) было показано, что только 20% с подозрением на угрозу преждевременных родов, действительно, рожали преждевременно, а у 80% роды происходили в срок. То есть имела место гипердиагностика. В связи с этим возникает вопрос о целесообразности госпитализации, назначения токолитической и стероидной терапии большинству беременных с жалобами на тянущие боли внизу живота и сомнительными данными объективного исследования [3,4,5]

Таким образом, в отделение патологии беременных ГПЦ поступают 42,4% беременные с Угрозой преждевременных родов в сочетании с различными сопутствующими и фоновыми заболеваниями. Среди которых преобладает – Анемия беременных – 34,3%, и Рубец на матке 18,3%, Гестационные отеки – 8,8%, сочетаниеотягощенного акушерского анамнеза (ОАА) составил – 6,48%. Гестационный пиелонефрит, ДООПВ и ФПН были представлены в равных пропорциях (5,7 % – 5,4%).

Из поступивших беременных с угрозами прерывания только 11% переведены в родильные

отделения для родоразрешения и 89% выписаны с пролонгированной беременностью.

Необходимо отметить, что основным критерием эффективности пролонгирования беременности и тактики ведения родов недоношенным плодом является перинатальный исход. Успех последнего, несомненно, зависит от перинатального ухода

Литература:

1. Выхристюк Ю.В. Преждевременные роды с экстремально низкой и низкой массой плода. Ближайшие и отдаленные результаты автореф. дисс ... канд. мед. наук Москва, 2005.
2. Lackman F., Capewell V., Richardson B., da Silva O., Gagnon R. The risks of spontaneous preterm delivery and perinatal mortality in relation to size at birth according to fetal versus neonatal growth standards. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184 (5): 946-53.
3. Зайдиева З.С., Михайлова О.И., Лукьянова Е.В. Статья: «Факторы риска и основные принципы терапии угрожающих преждевременных родов». *Русский медицинский журнал*, 2009.-№16- с.1013-1017.
4. Goldenberg R., Goepfert A., Ramsey P. Biochemical markers for prediction of preterm birth. *Am J obstet Gynecol* 2005: 192: S36-46
5. March-of-Dimes, *Perinatal Statistics*. 2006.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА X (Микроваскулярной стенокардии)

Кучумкулова Э., Кудретали к. Ж., Саткыналиева З.Т.

Кыргызская Государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева,

Кафедра «Терапии общей практики с курсом семейной медицины»,

Бишкек, Кыргызская республика

Резюме. Цель исследования – показать на клиническом случае возможность диагностики синдрома X.

Ключевые слова: микроваскулярная стенокардия, коронароангиография, велоэргометрия, суточное ЭКГ мониторинг, синдром X.

X - СИНДРОМУНУН КЛИНИКАЛЫК ОКУЯСЫ (Жүрөктүн ичке кан тамырларынын стенокардиясы)

Кучумкулова Э., Кудретали к. Ж., Саткыналиева З.Т.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Изилдөөнүн максаты - X синдромунун клиникалык окуяда аныкталуу мүмкүнчүлүгүн көрсөтүү.

Негизги сөздөр: Жүрөктүн ичке кан тамырларынын стенокардиясы, коронарография, велоэргометрия, 24 - сааттык ЭКГ монитору, «X» - синдрому.

CLINICAL CASE OF X – SYNDROME (Microvascular angina)

Кучумкулова Э., Кудретали к. Ж., Саткыналиева З.Т.

Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev,

Bishkek, Kyrgyz Republic

Abstract: Aim of the research work - show on a clinical case the possibility of diagnostic the «X» - syndrome.

Key words: microvascular angina, coronaroangiography, veloergometry, daily ECG – monitor, «X» - syndrome.

Микроваскулярная (дистальная) стенокардия (МВС) или синдром X — это стенокардия, обусловленная функциональной и органической несостоятельностью дистального отдела коронарного русла при ангиографически интактных и не спазмированных крупных (эпикардиальных) коронарных артериях (КА). Выделение этой формы стенокардии стало возможным только после внедрения в клиническую практику селективной коронароангиографии (КАГ). Применение КАГ позволило установить, что у 10 - 20% больных со стенокардией КА интактны. По предложению Kemp H.G. (1973), стенокардию, развивающуюся при отсутствии спазма и коронарографических признаков поражения крупных (эпикардиальных) КА, стали называть синдром X. Целью является

показать современные возможности диагностики и успешного лечения данного синдрома на примере клинического случая.

Больная Д. 1961 года рождения, 23.04.10 г. поступила в отделение острого инфаркта миокарда (ОИМ) Кыргызского Национального центра кардиологии и терапии (НЦКТ) им. Академика Мирсаида Миррахимова, выписалась 08.05.10 г.

Диагноз при поступлении: Коронарная болезнь сердца (КБС). Нестабильная стенокардия прогрессирующее течение от 22.04.10 г. дифференцировать с острым не Q-волновым инфарктом миокарда.

Диагноз клинический: КБС. Микроваскулярная стенокардия. Атеросклероз аорты. Гипертоническая болезнь II степени очень высокого риска. Узловой зоб, эутиреоз.

Больная поступила в отделение ОИМ с симптомами острого коронарного синдрома. Ее беспокоили сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в подлопаточную область, левую руку, волнообразного характера, продолжительностью 15 мин, в покое,

22.04.10 г., в связи с вышеуказанными жалобами обратилась в поликлинику НЦКТ, на снятой ЭКГ – нарушение процессов реполяризации в передне - перегородочной, боковой стенке левого желудочка, субэндокардиальная ишемия, госпитализирована в отделение ОИМ НЦКТ



сопровождались одышкой, проходили после приема изокет спрей 0,04 мг под язык.

Факторы риска КБС: артериальная гипертензия, дислипидемия.

Из анамнеза: Артериальное давление (АД) повышается с апреля 2010 г., максимально до 150/100 мм рт. ст. Результат опроса по анкете Роузе положительный с 2008 г. При электрокардиографии (ЭКГ) от 2008 г регистрируется отрицательный зубец Т в правых грудных отведениях, депрессия сегмента ST до 1 мм в левых грудных отведениях, по результатам велоэргометрии (ВЭМ): проба положительная. Коронарная недостаточность (КН), функциональный класс II. Безболевая ишемия миокарда. Гипертензивная реакция. С 01.04.10 г по 09.04.10 г находилась на стационарном обследовании и лечении в ГКБ № 6 с диагнозом: КБС. Нестабильная стенокардия прогрессирующего течения. Атеросклероз аорты, коронарных, мозговых артерий. Гипертоническая болезнь II степени очень высокого риска. После выписки рекомендованные препараты, принимала регулярно. Ухудшение состояния отмечает с

Обследования: общий холестерин – 6,38 ммоль/л; триглицериды – 1,37 ммоль/л; липопротеины низкой плотности (ЛПНП) – 4,14 ммоль/л; липопротеины высокой плотности (ЛПВП) – 1,62 ммоль/л, аланин-аминотрансфераза (АЛТ) – 20 IU/L, аспартат-аминотрансфераза (АСТ) – 20 IU/L; сахар крови натощак – 4,54 ммоль/л; тиреотропный гормон – 5,2 МЕ/л (0,2-6,2 МЕ/л).

Общий анализ крови и мочи без особенностей. Рентген органов грудной клетки: без патологии.

ЭКГ при поступлении: ритм синусовый, ЧСС – 80 уд в мин, нарушение процессов реполяризации в передне-перегородочной, боковой стенки левого желудочка, субэндокардиальная ишемия. В динамике: ритм синусовый, ЧСС – 75 уд в мин. Отрицательный зубец Т в отведениях V3-V6.

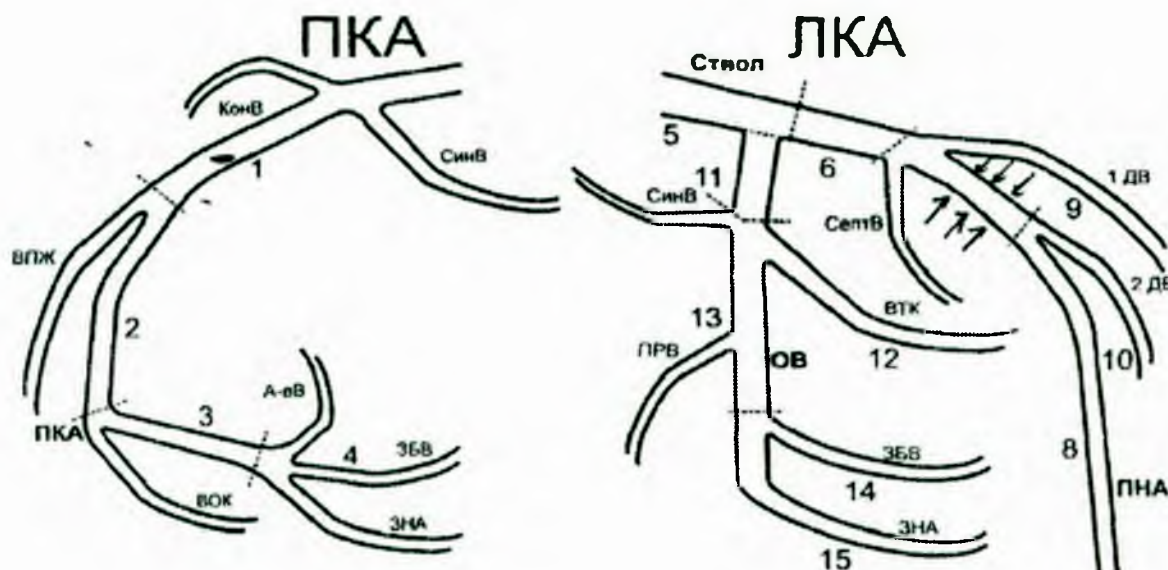
Суточное ЭКГ-мониторирование от 27.04.10. средняя ЧСС – 74 уд. в мин., минимальная ЧСС – 54 уд. в мин. в 01:08, максимальная ЧСС – 108 уд. в мин., зарегистрирована одна суправентрикулярная экстрасистола, эпизоды синусовой тахикардии с ЧСС – 101-108 уд. в мин.

Три эпизода дальнейшей депрессии сегмента ST на 1,0 мм по I-III каналу с ЧСС – 108 уд. в мин. с 08:29-08:35, в 18:21-18:32, 21:14-21:35.

ЭХОКГ: аорта умеренно уплотнена,

комплекс не расширен, размер правой почки – 107х37 мм, левой – 102х40 мм.

УЗИ щитовидной железы: расположение типичное, контуры ровные, правая доля –



Заключение: Органических поражений КА не выявлено.
 Ствол: без поражений.
 ПНА: в 7 сегменте мышечный мостик суживающий просвет артерии в систоле до 50% дистальные отделы извитые, артерия спазмирована, TIMI III.
 ОВ: без поражений, дистальные отделы извитые, артерия спазмирована, TIMI III.
 ПКА: без поражений, дистальные отделы извитые, артерия спазмирована, TIMI III.

диаметр аорты – 2,66 см. Аортальный клапан: створки подвижные, раскрытие полное. Митральный клапан: в противофазе с очагами уплотнения, регургитация минимальная. Трикуспидальный клапан: в противофазе. Легочная артерия не расширена. Среднее легочное артериальное давление (ЛАД) – 16 мм рт. ст. Левое предсердие – 2,82 см, конечно-диастолический размер левого желудочка (ЛЖ) – 4,76 см, конечно-систолический размер ЛЖ – 3,1 см. Фракция выброса – 64%. Задняя стенка ЛЖ – 0,9 см, толщина межжелудочковой перегородки – 0,9 см, правый желудочек – 1,8 см. Диастолическая функция ЛЖ нарушена, Е/А – 0,9. Зон гипокинеза нет.

УЗИ печени: контуры ровные, размеры не увеличены, паренхима мелкозернистая, однородная, сосудистая сеть не расширена, портальная вена – 8 см. Почки: форма обычная, контуры ровные, паренхима обычной акустической плотности. Чашечно-лоханочный

17х16х47 мм, левая доля – 16х15х44 мм, общий объем – 12,1 см³, перешеек – 3,5 мм. Структура паренхимы однородная, мелкозернистая, в обеих долях лоцируются кистозно-папиллярные узлы, справа до 27 мм, слева до 9 мм, также по периферии долей определяются скудные гипозоногенные очаги. При цветовом доплеровском картировании экстранодулярной паренхимы определяется обычная васкуляризация. Заключение: узловый зоб, не исключается на фоне тиреоидита.

Коронароангиографическое (КАГ) исследование от 06.05.10 г.: органических поражений КА не выявлено. Ствол без поражения. Передняя нисходящая артерия: в 7-м сегменте – мышечный мостик, суживающий просвет артерии в систолу до 50%, дистальные отделы извитые, артерии спазмированы, TIMI III. Огибающая ветвь: без поражений, дистальные отделы извитые, артерии спазмированы, TIMI III. Правая КА: без поражений, дистальные

отделы извитые, артерия спазмирована, TIMI III.

Проведено лечение: режим палатный, стол №10, изокет 0,1%-10,0 на 100 мл физиологического раствора в/в капельно, круглосуточно в течение двух дней, гепарин по схеме: 7,5 тысяч ЕД х дважды в сутки подкожно (п/к) два дня, 5 тысяч ЕД х дважды в сутки п/к три дня, 2,5 тысяч ЕД х дважды в сутки п/к с отменой на 7 день, аспирин 0,5 по ¼ таб. после ужина постоянно, конкор 2,5 мг один раз постоянно, фармадипин 5 мг один раз постоянно, аторвастатин по 10 мг постоянно, ривотрил 0,5 мг по ½ таб. х один раз – в течение двух недель.

Наша пациентка согласно рекомендации Европейского Общества Кардиологов получала все необходимое лечение.

После проведенного лечения состояние больной улучшилось, прекратились приступы стенокардии, выросла толерантность к физической нагрузке, настроение бодрое.

Рекомендовано: продолжить долечивание в амбулаторных условиях под наблюдением кардиолога, эндокринолога, врача ГСВ. Соблюдение гиполипидемической диеты, лечебная гимнастика и дозированная ходьба по щадящему режиму. Целевой уровень общего холестерина ниже 4,5 ммоль/л, ЛПНП ниже 1,8 ммоль/л. АД ниже 140/90 мм рт. ст., ИМТ 25 кг/м².

Принимать длительно под медицинским контролем:

- аспирин кардио по 100 мг 1 таб. после ужина ежедневно.

- норваск 10 мг (амлодипин) по ½ таб. 21:00, под контролем АД.

- аторвастатин по 10 мг во время ужина под контролем ферментов печени АЛТ, АСТ, спектра липидов.

У нашей пациентки пременопаузальный период, типичная боль при физической нагрузке, типичная горизонтальная депрессия сегмента ST при ВЭМ-пробе продолжительностью 8 мин, преходящая ишемическая депрессия сегмента ST > 1 мм, установленная при суточном холтеровском ЭКГ-мониторировании, органических поражений коронарных артерий не выявлено при КАГ.

Таким образом, КАГ играет исключительно

важную роль в постановке диагноза МВС. Характерны следующие особенности: отсутствие атеросклеротического сужения эпикардальных крупных КА, замедленное, «затрудненное» прохождение контрастного вещества по КА; обедненный коронарный рисунок («лысое сердце»), что обусловлено поражением дистального сосудистого русла и затруднением прохождения по нему контраста.

Лечение больных с МВС до конца не разработано. Представлены рекомендации Европейского Общества Кардиологов по антиангинальной фармакотерапии у больных с МВС:

Класс 1:

1. Лечение нитратами, б-блокаторами и антагонистами кальция по отдельности или в комбинации друг с другом (уровень доказательств В).

2. Статины у больных с гиперлипидемией (уровень доказательств В)

3. Ингибиторы АПФ у больных с артериальной гипертензией (уровень док С)

Класс 2a

Лечение в сочетании с другими антиангинальными средствами, включая никорандил и препараты метаболического действия (уровень доказательности С)

Класс 2b

1. Аминофиллин при сохранении боли, несмотря на выполнение рекомендаций 1 класса (уровень доказательств С)

2. Имипрамин при сохранении боли, несмотря на выполнение рекомендаций 1 класса (уровень доказательств С).

Выводы:

Микроваскулярная стенокардия – это особенная форма коронарной болезни сердца, которая является крайне редкой, но от этого не малоизвестной. На сегодняшний день более чем 5% людей, болеющих коронарной болезнью сердца, имеют микроваскулярную стенокардию (синдром Х), которая имеет следующие симптомы:

1. Отсутствие типичных атеросклеротических изменений крупных коронарных артерий.

2. Наличие выраженных функциональных и морфологических расстройств дистально рас-

положенных мелких коронарных артерий, которое подтверждаются данными ЭКГ, ВЭМ-пробы, суточного ЭКГ-мониторирования.

Литература:

1. Kemp H.G. et al. The anginal syndrome associated with normal coronary angiograms // Am. J. Med. - 1973. - Vol. 54. - P. 735 - 742.

2. Ройтберг Г. Е., Струтынский А. В. Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система 2007; с 460-462.

3. Сергиенко В.Б., Саютина Е.В., Самойленко Л.А., и соавт. Роль дисфункции эндотелия в развитии миокарда у больных ишемической болезнью сердца с неизмененными и

малоизмененными коронарными артериями // Кардиология 1999; Т.1: С. 25 – 31.

4. Graham I., Atar D., Borch-Johnsen K. et al. Fourth Joint Task Force of European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation 2007; 14(2): 1-113.

5. Огороков А.Н. Диагностика болезни сердца и сосудов 2002; Том 6: с 432-440.

6. Лупанов В.П. Кардиальный синдром. Справочник поликлинического врача 2007, №15.

УДЕЛЬНЫЙ ВЕС АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНЫХ ШТАММОВ МИКОБАКТЕРИИ ТУБЕРКУЛЕЗА В ЭТИОЛОГИИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Мануконда Ашоккумар, Ким Т.М.,
Международный Университет Кыргызстана,
Международная Высшая Школа Медицины,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В этой статье представлен анализ литературы по изучению резистентности микобактерий туберкулеза и удельного веса в этиологии различных форм туберкулеза. В наше время туберкулез чаще вызывается множественно-резистентными или панрезистентными штаммами микобактерий туберкулеза.

Ключевые слова: микобактерия туберкулеза, туберкулез, антибиотикорезистентность.

КУРГАК УЧУК МИКОБАКТЕРИЯСЫНЫН АНТИБИОТИКЕ ТУРУКТУУ ШТАММДАРЫНЫН КУРГАК УЧУКТУН ЭТИОЛОГИЯСЫНДАГЫ ОРУНДУУ САЛМАГЫ

Мануконда Ашоккумар, Ким Т.М.,
Кыргызстан Эл аралык Университети,
Эл аралык жогорку медициналык мектеби,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул макалада кургак учуктун микобактериясынын туруктуулугу жөнүндө изилдөө жана аятуу кургак учуктун формаларынын этиологиясын дагы орундуу салмагы адабиятынын анализи берилген. Азыркы күндө кургак учуктун себептери көпчүлүк-туруктуу же пантуруктуу штаммдары козгойт.

Негизги сөздөр: кургак учуктун микобактериясы, кургак учук, антибиотикке туруктуулук.

RATE OF DRUG RESISTANCE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS IN TOTAL NUMBER OF TUBERCULOSIS CASES

Manukonda Ashokkumar, Kim T.M.,
International University of Kyrgyzstan,
International School of Medicine,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. In this article presents an analysis of the literature on the study of drug resistance of *M. tuberculosis* and their proportion in the etiology of tuberculosis. At present tuberculosis often caused by multidrug-resistant (MDR) or extensively drug-resistant (XDR) strains of *Mycobacterium tuberculosis*.

Key words: *Mycobacterium tuberculosis*, tuberculosis, drug resistance

Tuberculosis (TB) is one of the most commonest infections in the world, each year 1.7 million people are dying from TB and it is in second place after malaria among infectious disease. In the absence of effective treatment, on average, per year, each person with active TB can infect 10-15 healthy people. According to the World Health Organization, is currently a third of the world's population is infected with *Mycobacterium tuberculosis* (MTB), of which the number of new cases is about 9.4 million, and reached its maximum level [1].

WHO has declared recently that drug-

resistant tuberculosis (TB, which is not cured by standard regimens) become a serious problem. In some parts of the world this form of the disease occurs approximately in 25% of people already with tuberculosis. Around the world in 2008, 440,000 people had MDR-TB, one-third of them died.

Currently, the most relevant forms of TB are: multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB) is caused by bacteria that are resistant to at least isoniazid and rifampicin. This form of disease develops either as a result of primary infection with resistant bacteria or during patient treatment [2].

Basically, an epidemic of MDR-TB cases occur globally in Asia, 50% of cases - in China and India. In Africa, has a low percentage of MDR-TB among new TB cases, as it is due to the limited laboratory capacity for the determination of drug resistance. WHO estimated that in 2008 Africa were 69 000 cases of MDR-TB.

According to WHO, in 2008 the highest rate of diagnosed cases of MDR-TB was reported in north-western regions of Russia - 28% of the total number of people with tuberculosis. Prior to this, in 2007, in Baku, Azerbaijan, the percentage of diagnosed cases of MDR-TB was 22%. [1,2,3].

Extensively drug resistant TB (XDR-TB) is caused by bacteria that are resistant to both isoniazid and rifampicin (ie MDR-TB), as well as to any fluoroquinolone and any of the anti-injecting second-line drugs (kanamycin, amikacin or capreomycin). In 2006 it was first given to the definition of XDR-TB, and by March 2010 in 58 countries were registered for at least one case of XDR-TB [4].

WHO predicts that between 2011 and 2015.

More than 2 million new cases of TB are caused by multidrugresistant strains.

5.4% XDR-TB are diagnosed from MDR-TB. These two forms of TB are not curable by standard anti-TB drugs scheme of first-line. In these cases, prescribe less effective but more toxic and expensive drugs [5].

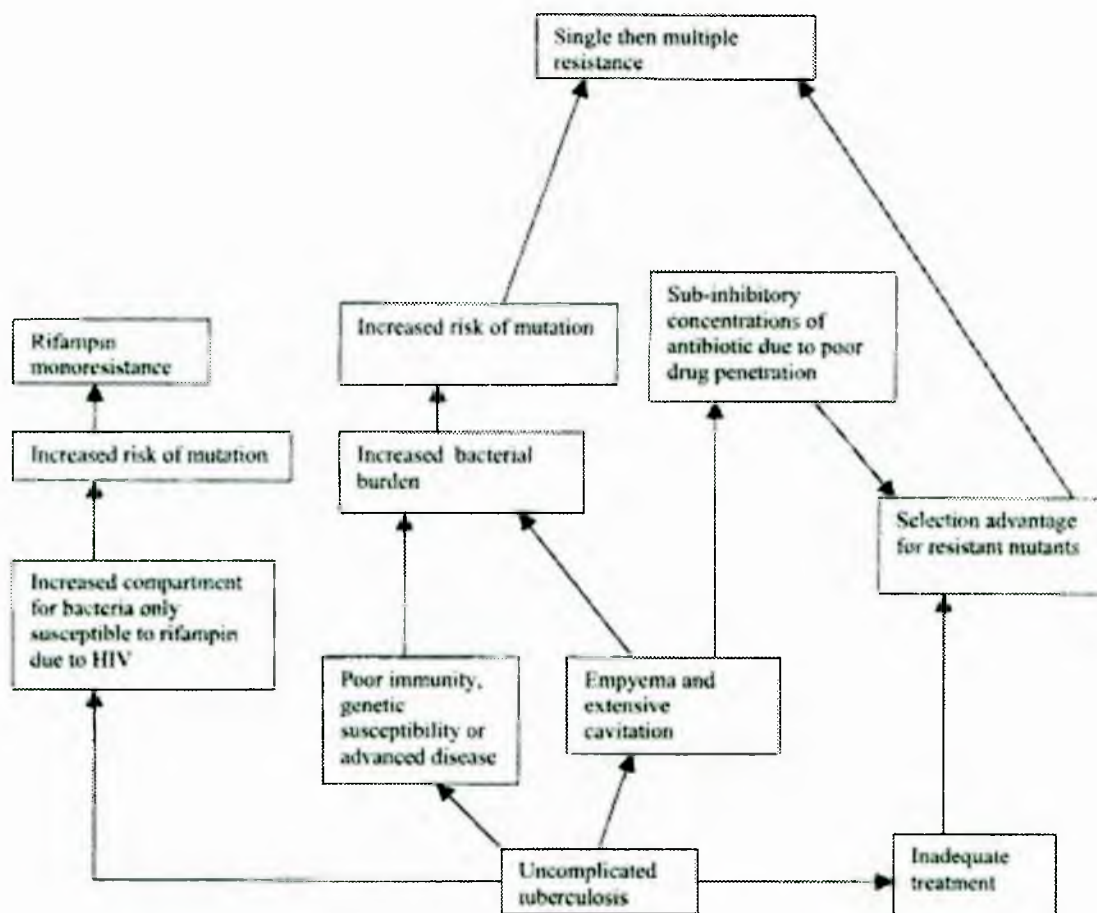
Programmes to reduce the rates of MDR-TB are facing enormous difficulties and going very slowly .

60% of patients received TB treatment are recovered, but only 7% of all patients diagnosed with MDR-TB.

Possibility to reverse the situation by activating the efforts to combat the disease and implement the recommendations of WHO of MDR- and XDR-TB.

Steady decline in tuberculosis cases observed data in the Special Administrative Region of China, Hong Kong and the United States, Western Europe, the incidence remains consistently low. There is a tendency to reduce the incidence of MDR-TB in

Fig.1. Mechanism of Drug resistance (<http://aac.asm.org/content/46/2/267/F1.expansion.html>)



Estonia and Latvia. Significant progress has been made in the Orel and Tomsk regions of Russian Federation, where the increase in the incidence of MDR-TB was stopped and reversed [6].

Difficulties in diagnosing and reducing these forms of tuberculosis associated with drug-resistant MTB. The basis of the phenomenon of drug resistance are the molecular-biological characteristics of the MTB, the analysis of clinical isolates reveals a large number of gene mutations, some of which takes a microorganism metabolic processes in the doubling pathway.

Drug resistance develops as a result of one or more spontaneous mutations in the independent genes of the MTB, which usually occur under the influence of inadequate therapy and monotherapy [7,8].

In the early doctors are faced with resistance of MTB to streptomycin, but only in last time was decoded the nature of this phenomenon. Streptomycin is a broad-spectrum aminoglycoside [9].

The development of drug resistance to isoniazid is due to mutations, inhibits the synthesis of mikoliticheskikh acids, and mutations that disturb the work of the enzyme catalase-peroxidase in the cell by the MTB [10,11].

Drug resistance to rifampicin alone is rare. Resistance to rifampin arises due to mutations in the beta subunit of RNA polymerase encoded by the gene *rpoB*. The most common resistance to rifampicin is associated with drug resistance to isoniazid, for that rifampicin is a marker of MDR [12,13].

On the molecular basis of drug resistance MTB to the second-line drugs is known little, except ethionamide, and fluoroquinolones.

Ethionamide and isoniazid have cross-resistance due to genetic drug resistance to multiple drugs simultaneously [14].

Agree with literature sources the features, complicating the combat against MDR and XDR: the slow rate of growth of pathogens, and their intracellular localization, high concentration of MTB in the affected organ - up to 10 billion per lung [15]. The presence of lung cavities that permit bacteria to grow in sites that are protected from the penetration of antituberculosis agents in adequate concentrations and, in empyema pus, may be compounded by low pH, which may reduce drug

activity. The ability of cells to transition into a phase of growth with the absence of reactivation of a few years. All this leads to chronic infection [16,17].

If the increase in the stability of the MTB will continue unabated, in the next decade of tuberculosis patients will be impossible to treat a number of anti-TB drugs and TB doctors will be subjected to risk of contracting the deadly multidrug-resistant [18].

To prevent an epidemic of multidrug-resistant TB it is necessary all patients should be diagnosed and treated effectively, so that there will be no resistant strains.

References

1. WHO Report 2009. Global tuberculosis control. surveillance, planning, financing: A Short Update to the 2009.- Report World Health Organization, 2009.-P.411.
2. Национальный центр фтизиатрии при МЗ КР. Борьба с туберкулезом в КР 20 лет – итоги: статистический сборник.-Бишкек. Национальный центр фтизиатрии, 2011. -С. 42.
3. Егоров А.М. Достижения фундаментальных наук и новые подходы к химиотерапии туберкулеза // Проблемы туберкулеза. -2000. - №5. -С. 11-15.
4. Raviglione MC, Smith IM. XDR tuberculosis—implications for global public health. N Engl J Med -2007. -P 656–659.
5. Ганза В.Н., Свистунова В.П., Канин Е.С. Лекарственно резистентный туберкулез: проблемы ведения лечения // Дальневосточный медицинский журнал.-2005.-№ 4 -С 108-110.
6. WHO Global report on surveillance and response 2010. Multidrug and extensively drug-resistant TB (M/XDR-TB) Report World Health Organization, 2010.-P 71.
7. Böttger EC, Springer B. Tuberculosis: drug resistance, fitness, and strategies for global control // Eur J Pediatr.- 2008, 167.-P. 141–148.
8. Meacci F, Orru G, Iona E et al. Drug resistance evolution of *Mycobacterium tuberculosis* strain from a noncompliant patient // J Clin Microbiol -2005, 43: 3.-P.114–3120.
9. Shcherbakov D, Akbergenov R, Matt T et al. Directed mutagenesis of *Mycobacterium smegmatis* 16S rRNA to reconstruct the *m-vivo* evolution of aminoglycoside resistance in *Mycobacterium tuberculosis* // Mol Microbiol -2010, 77.-P 830–840.

10. Boehme CC, Nabeta P, Hillemann D. et al. Rapid molecular detection of tuberculosis and rifampin resistance // *N Engl J Med*. -2010;363(11):1005-15.
11. McNerney R, Kiepiela P, Bishop K.S. et al. Rapid screening of *Mycobacterium tuberculosis* for susceptibility to rifampicin and streptomycin // *Int. J. Tuberc Lung Dis*. -2000.-№4.-P 69–75
12. Herrera L., Jimenez S., Valverde A. et al. Molecular analysis of rifampicin-resistant *Mycobacterium tuberculosis* isolated in Spain (1996–2001). Description of new mutations in the *rpoB* gene and review of the literature // *Int. J. Antimicrob. Agents*. -2003.-№ 21.-P. 403–408.
13. Jiao W W, Mokrousov I, Sun G Z, et al. (2007). Molecular characteristics of rifampin and isoniazid resistant *Mycobacterium tuberculosis* strains from Beijing, China. // *Chin Med J (Engl)*. -2007.120(9). -P. 814-819.
14. Valvatne H, Syre H, Kross M, et al. (2009). Isoniazid and rifampicin resistance-associated mutations in *Mycobacterium tuberculosis* isolates from Yangon, Myanmar: implications for rapid molecular testing//*J Antimicrob Chemother*. -2009, 64(4).-P. 694-701.
15. Kim HR, Hwang SS, Kim HJ. et al. Impact of extensive drug resistance on treatment outcomes in non-HIV-infected patients with multidrug-resistant tuberculosis // *Clin Infect Dis*. -2007, 45(10). -P.1290-5.
16. El Khechine A, Henry M, Raoult D. et al. Detection of *Mycobacterium tuberculosis* complex organisms in the stools of patients with pulmonary tuberculosis. *Microbiology*. -2009, 155(Pt 7).-P.2384-9.
17. Волошина Е.П., Худушина Т.А., Маслакова М.Г. et al. Лекарственная устойчивость микобактерии туберкулеза у впервые выявленных больных туберкулезом легких // *Проблемы туберкулеза и болезней легких*. - 2005.-№ 12.-С.37-39.
18. Gandhi NR, Nunn P, Dheda K. et al. Multidrug-resistant and extensively drug-resistant tuberculosis: a threat to global control of tuberculosis // *Lancet*. -2010;375(9728).-P.1830.

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ В ВУЗАХ КЫРГЫЗСТАНА

Ахмад Хассан, Джумалиева А.А.

Международный Университет Кыргызстана,
Международная Высшая Школа Медицины,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В этом исследовании представлены данные изучения некоторых аспектов обучения и медико-социальные проблемы студентов МВШМ, которые имеют значимость для социальной адаптации их к условиям обучения и пребывания в ВУЗе. В конечном итоге адаптация влияет на их здоровье и качество образования.

Ключевые слова: адаптация, медико-социальные факторы, образование, иностранные студенты, здоровье

ЧЕТ ӨЛКӨЛҮК СТУДЕНТТЕРДИН КЫРГЫЗСТАНДЫН ЖОЖДА АДАПТАЦИЯСЫНЫН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

Ахмад Хассан, Джумалиева А.А.

Кыргызстан Эл Аралык Университети,
Эл аралык жогорку медициналык мектеби,
Бишкек, КыргызРеспубликасы

Корутунду: Бул изилдөөдө Эл Аралык Медициналык Жогорку Мектебиндеги студенттеринин окуусу жана медициналык жана коомдук маселелеринин кээ бир аспектерин изилдөөсү, алардын окуу шарттарына жана Жогорку Окуу Жайында жүрүшүндөгү коомдук шарттарга ийкемдешинин мааниси көрсөтүлгөн. Жыйынтыгында алардын шарттарга ийкемдеш, деп-соолугуна жана билим алуу сапатына таасир этет.

Негизги сөздөр: шарттарга ийкемдешүү, медициналык жана коомдук факторлор, билим алуу, чет өлкөлүк студенттер, деп-соолук.

ADAPTATION OF FOREIGN STUDENTS IN UNIVERSITIES OF KYRGYZSTAN

Ahmad Hassan, Djumaliev A.A.,

International University of Kyrgyzstan,
International School of Medicine,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. This research project is intended to explore the some important matters of ISM students, which are related to their study, health, adaptation and behavioral changes during their study period in ISM. One of them is a process of the social adaptation of students to the conditions of the study and the stay at the ISM, which effect finally on their health and the quality of their education.

Key words: adaptation, medico-social factors, education, foreign students, health.

The aim of our work was to understand of life adjustment and academic factors for foreign students of International High School of Medicine (IHSM) in Kyrgyzstan.

Agree with literature sources exist three aspects of foreign students adaptation:

Psychological and pedagogical: increase in workload of study, an unaccustomed methods of teaching, increasing demands, necessity of assimilation a new information, switching from one subject to another, making independent schedule.

Social and psychological: breaking the stereotype of behavior, a new system of interpersonal relationships, separation from family, the problems of everyday life, traditions and culture

Biological: the change of climate and geographic environment of residence, the rhythm of life, the nature of food, mental and physical activity.

According to these points we divided our work in two stages:

In the first stage (2009- 2010) we focused on

social and living conditions, influence of climate and geographic, schedule of classes, level of students health, regime of food and nutritional values, possibility of cultural activities, bad habits.

We investigated 3 target groups of students: beginning (1 course), middle (3 course) and last (5 course).

Methodology: prepared and used students

the academic problems:

interaction between students in a group, students with teaching staff and administration, management and organize the study process, professionalism of teachers skills, analysis of students wishes for improving educational system and management and continued to study the health level of students.

Fig. 1. Hostel availability (2009)

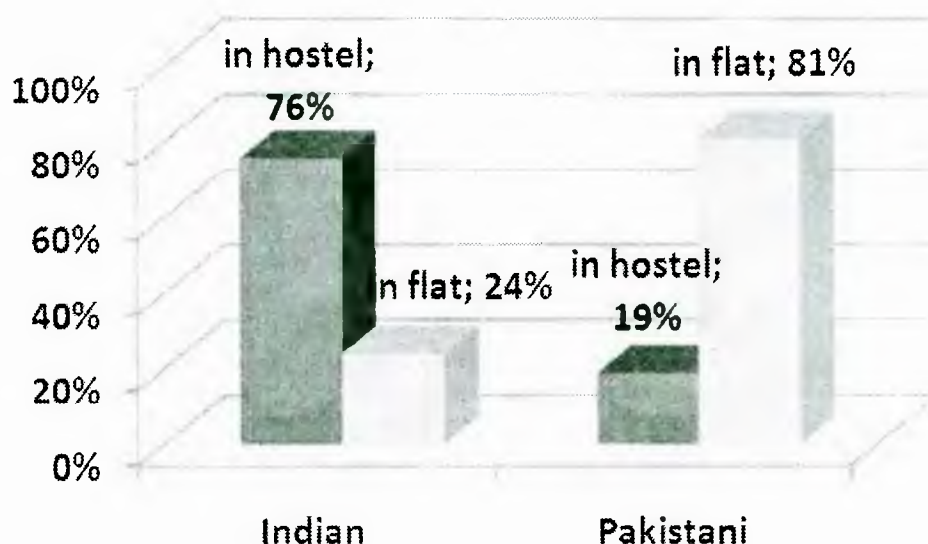
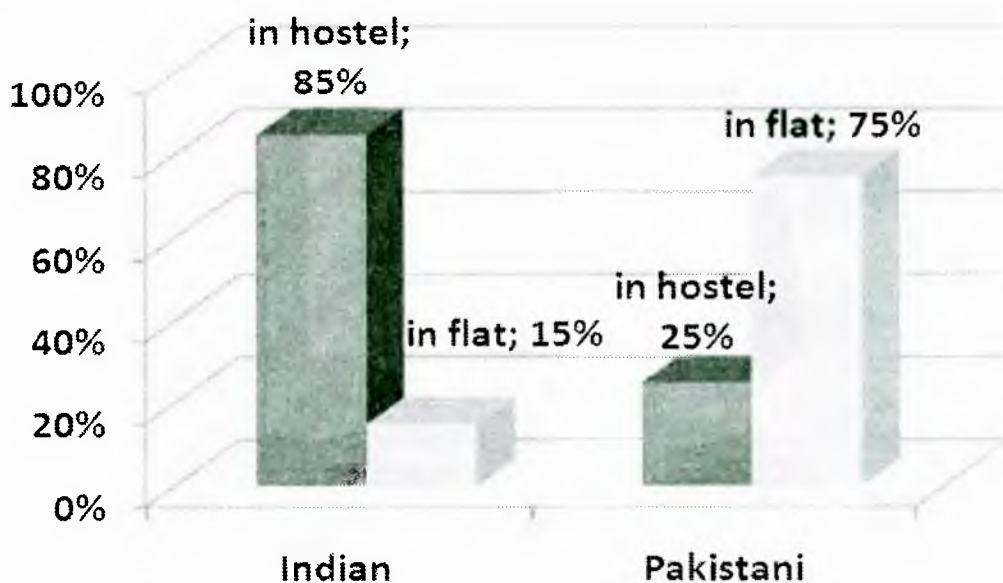


Fig. 2. Hostel availability (2011-12)

Methodology: prepared and used a new



forms, open ended interviews, food menu, schedule of classes, regime of daily life, analysed students medical record books, statistical method.

The second stage (2011-2012) we focused on

anonymous questionnaire, interviews, analysed students medical record books, statistical method

According to students forms and open ended interviews hostel availability difference among

Fig. 3. Frequency of illness (2011-2012)-junior students

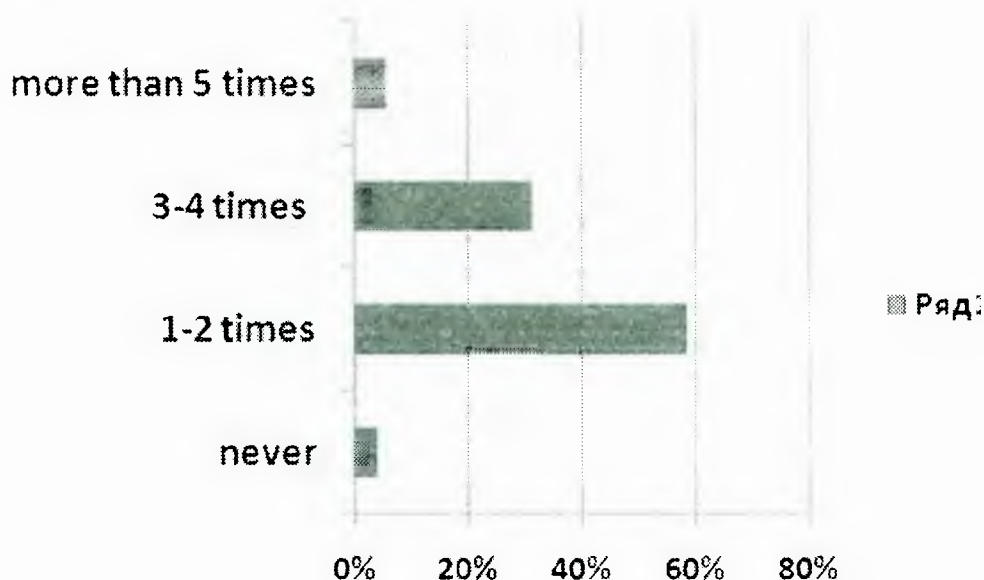
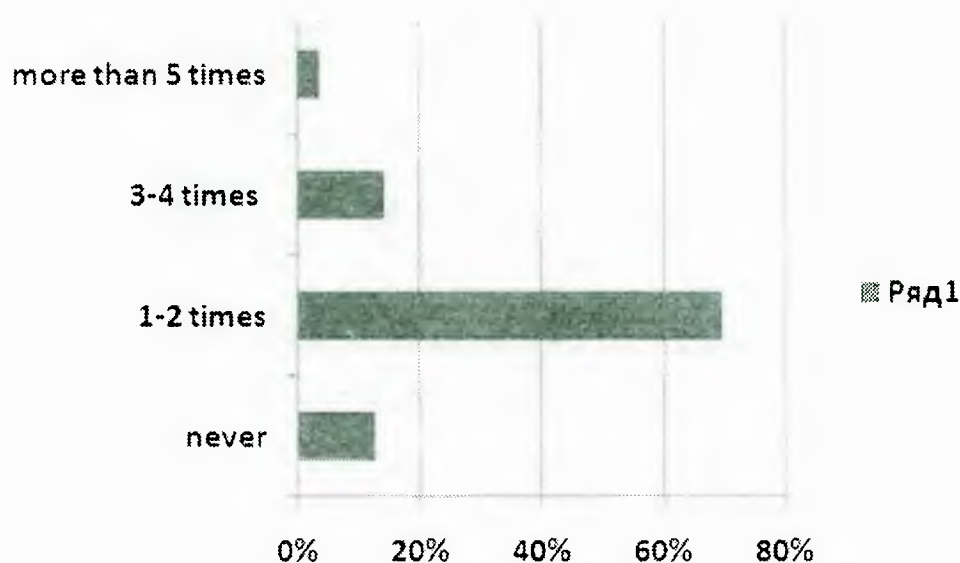


Fig. 4. Frequency of illness (2011-2012) - senior students



Indian and Pakistani students in both stages and change in proportion by years (Fig.1, Fig.2).

Analysis of daily regime and schedule of classes shows only 26% of first year students and 38% of 5th year students are keeping correct

Junior students average sleep 6-7 hours, senior – 8. Only 11% of the students do morning exercises. 25% of the students involved in sports. Duration of classes in a day average 6 hours. Students have problems with schedule of classes, because not enough time between classes to get to next class in 30 minutes, due to this they don't have time for proper meal. Schedule problems and illness due to change in climate causes absence in classes.

39% of students missed classes 3-6 days and 8% - more than a week.

Average 65% students living in hostel usually do not have their breakfast, 35% - have regular breakfast.

According to study food menu lack of caloric intake is – 300-350 Kcal in vegetarian students comparison with non-vegetarian students (2946 Kcal/day: 3483 Kcal/day).

Correlation of proteins, fat and carbohydrates for non-vegetarian students is 1:2:4, for vegetarian students is 1:2:8, that does not satisfy nutritional standards (1:1:4).

Analysis of students medical record books

Fig. 5. Types of diseases (1-3 courses)

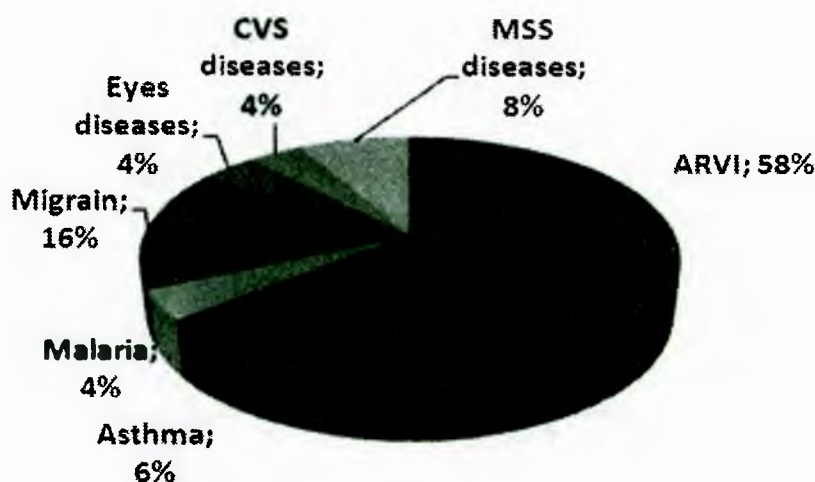
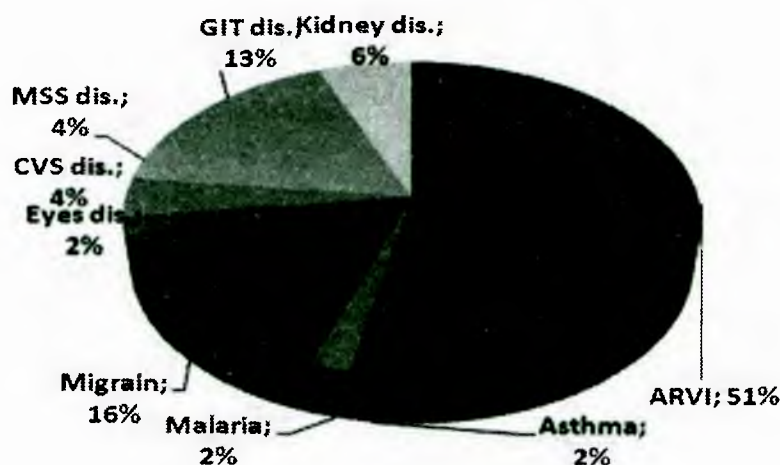


Fig. 6. Type of diseases (4-5 courses)



shows incidence of diseases in junior students-135 cases per 100 students/year and 91 cases per 100 senior students. Difference of frequency of illness among junior and senior students shown below (Fig.3, Fig 4)

Distribution of nosological forms of diseases is distinct between different courses.

In general the junior course students get sick more often then senior course students (1,5 time more) and suffer more through acute respiratory viral infection (ARVI). It is related to adaptation of 1st course students to a new reality.

Wishes and recommendations of students:

Include more clinical training from first course

Built a campus at one place

Remoteness in educational system

Activation of healthy cultural activities of students

References

1. Ball S., Bax A. Self-care in medical education: effectiveness of health- habits interventions for first-years medical students // Acad.-Med. 2000. - Vol.77, N 9. -P911-917.
2. Steiner H., Erickson S I., Hernandez N.L. Coping styles as correlates of health in high school students //J. Adolesc. Health - 2002. -Vol. 30, N 5. - P.326-335.
3. Church, A. T. Culture and personality: toward an integrated cultural traits psychology // Journal of Personality. -2000, August. -Vol. 68,

№4.-P. 651-703

4. Misra, R., Crist, M., & Burant, C. J. Relationship among life stress, social support, academic stressors, and reactions to stressors of international students in the United States// *International Journal of Stress Management* -2003, № 10. -P.137-157.

5. Berry, J. W., Phinney, J. S., Sam, D. L., et al. Immigration youth: Acculturation, identity, and adaptation // *Applied Psychology*.-2006. № 55.-P. 303-332.

6. Singaravelu, H. D. Preface. In H. D. Singaravelu, et al. *A handbook for counseling international students in the United States*. - Alexandria: American Counseling Association, 2007. -P. 329.

7. Carpenter, S. Effects of cultural tightness and collectivism on self-concept and causal attributions // *The Journal of Comparative Social Science*. -2000, 34(1) -P.38-56.

8. O'Reilly, A., Ryan, D., & Hickey, T. The psychological and sociocultural adaption of short-term international students in Ireland // *Journal of College Student Development* -2010, 51(5).-P. 584-598.

9. O'Reilly, A., Ryan, D., & Hickey, T. The adaptation of international students: A Review of the Literature // *Irish Psychologist* -2009, 35(11) -P. 316-322.

10. Витковская М.И., Троцук И.В. Адаптация иностранных студентов к условиям жизни и учебы в России (на примере РУДН) // *Вестник РУДН* - 2005. - № 6-7. - С.267-283.

11. Иванова Н.В., Мнацаканян И.А.

Межкультурная адаптация студентов // *Вопросы психологии*. -2006.-№5.-С. 90-99.

12. Кравцов А.В. Социально-психологическая адаптация иностранных студентов к высшей школе России. Дисс. канд. псих. наук - Москва, 2008.

13. Поморцева Н.В. Педагогическая система лингвокультурной адаптации иностранных учащихся в процессе обучения русскому языку: Дисс. док. пед. наук.-Москва, 2010.

14. Алексеева В.П. Пример использования логики в системе оценки знаний иностранных студентов медицинских факультетов// *Медицина Кыргызстана* -2009.-№ 5 - С.14-17.

15. Белозерова Л.М., Шатрова З.С., Хирева Л.Н. Умственная и физическая работоспособность иностранных студентов. - В кн.: *Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Проблемы адаптации студентов»*. - Волгоград, 2001. - С. 36-37.

16. Дедова О.М. Учет методологических особенностей работы с иностранными учащимися - В кн.: *Материалы II Всероссийской научной конференции «Проблемы адаптации зарубежных студентов»*. - Волгоград, 2001 - С.49-50.

17. Кичеев А.Г. Межличностные конфликты: циклы и ритмы в их характеристике. - В кн.: *Материалы Второго международного симпозиума «Проблемы биоритмов в естествознании»*. - М.: Изд-во РУДН, 2004 - С.228-229.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВСПЫШКИ СТАФИЛОКОККОВОЙ ПИЩЕВОЙ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ В СОКУЛУКСКОМ РАЙОНЕ, ЧУЙСКОЙ ОБЛАСТИ, КЫРГЫЗСТАН, 2011

Таштанбеков К.Т., Ногойбаева К.А.

Кыргызская Государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева,
факультет общественного здравоохранения, Департамент гос.сан.эпид.надзора, КГМИ и ПК,
кафедра инфекционных болезней, ВИЧ/СПИД и дерматовенерологии,
Бишкек, Кыргызская республика

Резюме: Была зарегистрирована вспышка ПТИ среди участников семейного торжества. Вероятным источником инфекции явился салат "Гнездо глухаря", $RR = 4,39$ (95 % ДИ 1,77-10,88, $P = 0.001$). Средний инкубационный период составил 36,5 часов и основными клиническими проявлениями заболевания были высокая лихорадка сопровождающаяся симптомами выраженной интоксикации и диспептическо-диарейный синдромом с кишечными коликами. Обусловленность вспышки ПТИ *Staphylococcus aureus* было подтверждено бактериологическим методом исследования.
Ключевые слова: ПТИ, *Staphylococcus aureus*, отношение рисков – RR , эпидкривая

ЧУЙ ДУБАНЫНЫН СОКУЛУК РАЙОНУНДА КЕЗДЕШКЕН МАССАЛЫК ТҮРДОГУ СТАФИЛОКОККТУК АЗЫК ТОКСИКОИНФЕКЦИЯСЫНЫН КЛИНИКО- ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК МҮНОЗДОМУСУ, КЫРГЫЗСТАН, 2011

Таштанбеков К.Т., Ногойбаева К.А.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
коомдук саламаттыкты сактоо факультети, Мамлекеттик сан эпид көзөмөл департаменти,
Кыргыз мамлекеттик кайра даярдоо жана адистикти өркүндөтүү,
медициналык институту, жугуштуу оорулар кафедрасы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Тойдун катышуучуларынын арасында массалык түрдөгү азык токсикоинфекциясы катталган. "Курчтун уясы" салаты оорунун негизги булагы болгондугу аныкталды, $RR = 4,39$ (95 % ДИ 1,77-10,88, $P = 0.001$). Оорунун инкубациялык мезгилинин орточо убагы 36,5 саат болуп, оор интоксикация менен коштолгон бийик лихорадка, диспепсиялык –диарея синдрому жана ичеги коликасы менен мүнөздөлү. Оорунун *Staphylococcus aureus* менен чакырлангандыгы бактериологиялык жол менен аныкталды.

Негизги сөздөр: АТИ, *Staphylococcus aureus*, рисктердин катышы – RR , эпидсызык.

CLINICAL EPIDEMIOLOGIC CHARACTERISTICS OF STAPHYLOCOCCUS FOOD POISONING IN COKULUK REGION, CHUI OBLAST, KYRGYZ REPUBLIC, 2011

Tashtanbekov K.T., Nogoibaeva K.A.

Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev,
public health faculty, Government sanitary epidemiologic surveillance Department,
Kyrgyz Government medical institute of preparation and rise of qualifications, chair of infection disease,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: On the wedding among of guests was registered food poisoning. We find that the main spring of this disease was salad "Birds nest", $RR = 4,39$ (95 % CI 1,77-10,88, $P = 0.001$). The medium incubation period contains 36,5 hours. It shows difficult intoxication, high fever, syndrome of dyspepsia and diarrhea, stomachache. Laboratory research tested, that etiologic factors of this disease was *Staphylococcus aureus*.

Key words: Food poisoning, *Staphylococcus aureus*, Risk ratio – RR , Epid line.

Актуальность

Со времен Гиппократов человечеству было известно, что употребление недоброкачественной пищи, особенно мясных блюд, может явиться причиной пищевых отравлений. Этиологическим фактором заболеваний с синдромом *гастроэнтерита* и интоксикации, которые отнесены в группу пищевых токсикоинфекций (ПТИ) являются - *Staphylococcus aureus*, *Proteus vulgaris*, *Bacillus cereus*, *Clostridium perfringens*, *Clostridium difficile* и др.

В нашей республике ПТИ регистрируется в течение года с резким подъемом заболеваемости в весенне-летний сезон. Зачастую вспышки носят спорадический, иногда семейный характер. Встречаются групповые заболевания среди населения, связанные с употреблением контаминированной пищи во время праздников (свадьбы, тои и др) и в организованных коллективах (школьники, студенты).

Целью настоящего исследования явилось расследование вспышки ПТИ с определением источника заражения и возбудителя заболевания для использования результатов работы при предотвращении следующих вспышек.

Материалы и методы.

Исследуемая популяция: жители Сокулукского района Чуйской области, которые были на свадьбе 8 мая 2011г. Исследованы 61 человек из 140 приглашенных, остальные участники торжества не были опрошены так как живут за пределами страны. Из 35 больных, 5 случаев получили стационарное лечение в Республиканской клинической инфекционной больнице, г. Бишкек.

В ходе интервьюирования были выявлены 2 случая, которые не были на свадьбе и заболели. Данные больные не вошли в анализ изучения связи блюд с заболеванием, но вошли в описание клинической картины болезни.

Определение случая: Члены исследуемой популяции, у которых была диарея более 2 раз в день в течение 2х дней, начиная с 9 мая 2011г.

Список блюд представленные на свадьбе получено от хозяина кафе

Для бактериологических исследований

использованы промывные воды желудка и кал больных обратившихся в РКИБ

Дизайн исследования – ретроспективное когортное исследование.

Изучение связи между блюдами и заболеванием проводилось путем расчета показателя пораженности – соотношения риска заболеть. Известно, что $RR > 1$ – свидетельствует на повышенную вероятность заболеть в подверженной группе, а $RR < 1$ – на низкую вероятность заболеть лиц употреблявших блюдо. Относительный риск равный 1, указывает на одинаковую вероятность заболеть в сравниваемых группах. Определение 95 % доверительных интервалов вероятности безошибочного прогноза (Р значения) и статистической значимости полученных результатов проводилось моновариабельным (Epi info) и мультивариабельным анализом (STAT) на статистических программах.

Результаты исследования.

С целью выявления источника заболевания проведен детальный анализ эпидемиологического анамнеза. Результаты расчета отношения риска заболеть среди подверженных к риску заболеть среди неподверженных при употреблении каждого блюда представлены в таблице №1. Как видно из таблицы, первые 13 блюд имели $RR > 1$, то есть имелось повышенная вероятность заболеть при употреблении данных блюд. Как видно, отмечается сильная связь данной пищевой токсикоинфекции с салатом «Гнездо глухаря», $RR - 4,39$ (95 % ДИ 1,77-10,88, $P < 0.001$), более слабая связь с салатом «По корейски», $RR - 1.83$ (95 % ДИ 1.14-2.92,88, $P < 0.01$) и очень слабая связь с салатом «Фунчеца» $RR - 1,6$ (95 % ДИ 1,0-2,56, $P < 0.05$) и салатом «Гасконский» $RR - 1,7$ (95 % ДИ 1,01-2,85, $P < 0.03$).

Таким образом, имеется очень большая вероятность что салат «Гнездо глухаря» был источником заражения. Возможно, что салаты «По корейски», «Фунчеца» и «Гасконский» были контаминированы, путем использования одной посуды при приеме пищи или многие лица потребляли все 4 вида салатов. Остальные блюда не имели статистически значимой связи с заболеванием людей.

Принесли гостинцы со свадьбы домой

Таблица №1

Показатель связи употребления блюд и развития заболевания у исследованных лиц, вычисленный моновариантным анализом, n=61

PS. * - разница в prevalense статистически значима при вероятности безошибочного прогноза $P < 0,001$.

№	Экспозиция – фактор подверженности	Ели (подверженные)			Не ели (неподверженные)			Отношение рисков (RR)	95% доверительный интервал		Вероятность безошибочного прогноза*
		Заболел	Незаболел	Риск- R	Заболел	Незаболел	Риск- R		Нижн граница	Верхн граница	
1	Салат “Гнездо глухаря”	29	9	0,8	4	19	0,2	4,39	1,77	10,88	$P < 0,001$
2	Салат “По корейски”	19	7	0,7	14	21	0,4	1,83	1,14	2,92	$P < 0,01$
3	Салат “Гасконский”	22	11	0,7	11	17	0,4	1,70	1,01	2,85	$P < 0,03$
4	Салат “Фунчеца”	19	9	0,7	14	19	0,4	1,60	1,00	2,56	$P < 0,05$
5	Самсы	23	13	0,6	10	15	0,4	1,60	0,93	2,74	$P < 0,07$
6	Икра	14	7	0,7	19	21	0,5	1,40	0,90	2,19	$P < 0,16$
7	Окорочка	22	14	0,6	11	14	0,4	1,39	0,83	2,32	$P < 0,19$
8	Салат “Широкая фунчеца”	14	8	0,6	19	20	0,5	1,31	0,83	2,05	$P < 0,26$
9	Огурцы	17	11	0,6	16	17	0,5	1,25	0,79	1,99	$P < 0,34$
10	Бифстроган	26	20	0,6	7	8	0,5	1,21	0,67	2,20	$P < 0,51$
11	Булочка	15	10	0,6	18	18	0,5	1,20	0,76	1,90	$P < 0,44$
12	Бешбармак	19	14	0,6	14	14	0,5	1,15	0,72	1,85	$P < 0,55$
13	Котлета	19	14	0,6	14	14	0,5	1,15	0,72	1,85	$P < 0,55$
14	Мясо отварное	18	18	0,5	15	10	0,6	0,83	0,53	1,32	$P < 0,44$
15	Рыба жаренная	13	14	0,5	20	14	0,6	0,82	0,51	1,33	$P < 0,41$
16	Сок	29	26	0,5	4	2	0,7	0,79	0,43	1,47	$P < 0,52$
17	Шорпо	17	18	0,5	16	10	0,6	0,79	0,50	1,25	$P < 0,32$
18	Боорсок	20	22	0,5	13	6	0,7	0,70	0,45	1,08	$P < 0,14$
19	Казы, карта	11	15	0,4	22	13	0,6	0,67	0,40	1,13	$P < 0,11$
20	Чай	17	22	0,4	16	6	0,7	0,60	0,39	0,93	$P < 0,03$

(отварное мясо, боорсок, самсы, салаты: “Гнездо глухаря” и “Фунчецу”) - 26 человек. Заболели 2 человека, которые не были на свадьбе, но ели гостинцы дома 9 -10 мая. Анализ

эпидемиологического анамнеза данных больных показал, что отварное мясо ели – оба случая, боорсок – 1, самсы – 2, фунчецу – 1, салат “Гнездо глухаря” – оба пострадавших.

Таким образом, данный анализ показывает, что мясо, самсы и салат “Гнездо глухаря” – явились наиболее вероятными факторами риска. Если учесть что лица употребившие в пищу отварное мясо и самсы в кафе имели низкий риск

у больных с ПТИ, $n=35$

Диарея встречалась у всех исследованных больных, имела водянистый характер с частотой 2 - 15 раз в сутки, сохранялось от 1 до 4 дней, сопровождалось болями в животе (80% -28 слу-

Рис. 1 Эпидкривая ПТИ с 6 часовым интервалом, $n=61$

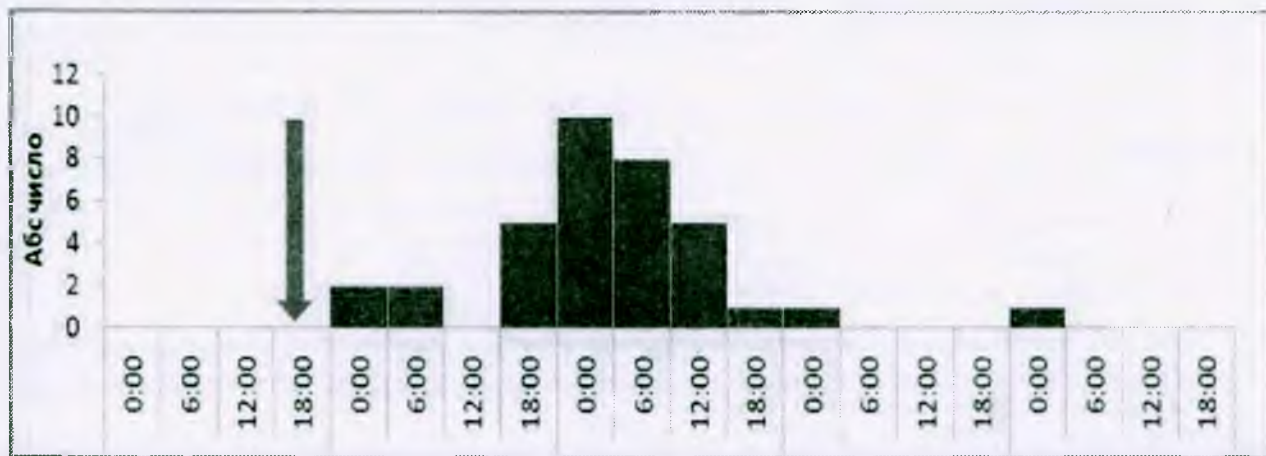


Рис 2. Основные клинические симптомы у больных с ПТИ, $n=35$



вероятности заболеть, то подтверждается вывод о вероятности, что салат “Гнездо глухаря” был источником инфекции.

На основании анализа времени появления первых симптомов выстроена Эпидкривая с 6 часовым интервалом (рис 1)

Данные диаграммы показывают, что минимальный инкубационный период составил 12 часов, максимальный – 84 часа, средний – 36,5 часов.

Детальный анализ клинической картины 35 больных с ПТИ выявил доминирование диареи, головных болей, лихорадки и тд (рис 2)

Рис 2. Основные клинические симптомы

чаев) и тенезмами (60% - 21).

Лихорадка с диапазоном $37-40^{\circ}\text{C}$ ($38.3 \pm 1,2^{\circ}\text{C}$) наблюдалось у 83 % (29) больных и сопровождалось ознобом (80%) и головными болями (91%).

Тошнота была у 66% (23) случаев, рвота – 37% (13) с частотой 1 - 10 раз. У основного числа больных рвота сохранялось 1-2 дня (83%).

Из бактериологического посева промывных вод желудка стационарных больных ($n=5$) – выделен золотистый стафилококк 10^4-10^6 степени. Из кала патологическая флора не выделена.

Согласно актам проверки кафе

специалистами Сокулукского ЦГСЭН, нарушений санитарных норм и правил в местах отведенных пищеприготовлению, хранению сырых пищевых продуктов и раздаче готовых блюд не обнаружено. Бактериологическое обследование остатков пищи не проводилось, в связи с отсутствием их в момент осмотра. Результаты бактериологического исследования воды показали отсутствие патогенной флоры.

Выводы

1. Вспышка ПТИ среди участников свадьбы в Сокулукском районе, Чуйской области в 2011г была обусловлена *Staphylococcus aureus*.

2. Вероятным источником инфекции явился салат "Гнездо глухаря", RR – 4,39 (95 % ДИ 1,77-10,88, P<0 001).

3. Средний инкубационный период составил 36,5 часов.

4. Основными клиническими проявлениями заболевания были диспептическо-диарейный синдром с кишечными коликами, высокая лихорадка сопровождающаяся симптомами выраженной интоксикации.

Практические рекомендации

1. В местах общественного питания к пищеприготовлению и раздаче готовой продукции допускать лиц, имеющих медицинское заключение о допуске на работу и прошедших первичный инструктаж по правилам пищевой безопасности при приготовлении, хранении и раздаче пищи.

2. Повысить качество санитарного контроля в местах общественного питания.

3. Усилить информационно-образовательную работу среди сотрудников пунктов общественного питания по мерам профилактики пищевых отравлений.

Литература

1. Справочник по инфекционным болезням. Лобзин Ю.В., Казанцев А.П. Санкт-Петербург, 1997.

2. Общая эпидемиология с основами доказательной медицины. Покровский В.И., Брико Н.И. Москва, 2010.

3. Эпидемиология. Власов В.В. Москва, 2006

4. Field Epidemiology. Michael Gredd Oxford, 2008.

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОЧКИ И МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Байбулатов Э.М.

Национальный центр онкологии МЗ КР,

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Проведен анализ результатов симультанных вмешательств, выполненных 7-м больным, по поводу онкологических заболеваний органов мочеполовой системы, и других конкурирующих хирургических патологий.

БОЙРОКТҮН ЖАНА ЗААРА БЕЗИНИН РАГЫ МЕНЕН ООРУГАНДАРГА СИМУЛЬТАНДУУ ОПЕРАЦИЯ ЖАСОО

Байбулатов Э.М.

КР ССМ онкология улуттук борбору,

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Заара-жыныс системасынын органдарынын онкологиялык оорулары жана башка ушуга окшош хирургиялык оорулары бар 7 оорулууга жасалган симультандуу операциянын жыйынтыгына анализ жүргүзүлдү.

SIMULTANEOUS OPERATIONS OF PATIENTS WITH KIDNEY AND BLADDER CANCER

Baibulatov E.M.

National Oncology Center of the Ministry of Health in KR,

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: The analyses of simultaneous intervention results of seven patients with cancer of the urogenital tract, and other competing surgical pathology.

Злокачественные новообразования, по-прежнему остаются крайне актуальной проблемой человечества, и длительное время является ведущей причиной смертности во многих странах мира. В структуре смертности рак занимает третье место после сердечнососудистых заболеваний и травм. Злокачественные новообразования остаются одной из важных медико-социальных проблем. В Кыргызстане, как и в большинстве стран мира, отмечается неуклонный рост заболеваемости злокачественными новообразованиями и смертности от них. По опубликованным данным, число больных с впервые в жизни установленным диагнозом «злокачественное новообразование» и поставленных на учет в течении года за последние 10 лет увеличилось на 20%.

Часто основным методом лечения многих злокачественных новообразований органов брюшной полости является хирургический метод. Выполнение одномоментного

хирургического вмешательства на 2-х и более органах по поводу различных хирургических заболеваний называется симультанной операцией. В последние годы отмечается выраженная тенденция к увеличению числа таких оперативных вмешательств. Это связано с совершенствованием методов обезболивания, использованием новых высокотехнологичных методов оперативных вмешательств и развитием реаниматологии, а также с прогрессом дооперационной и интраоперационной диагностики сочетанных заболеваний.

Преимущество симультанных операций заключается в одномоментном избавлении больного от нескольких хирургических заболеваний, а также от необходимости проводить повторную операцию, анестезиологическое пособие и риска возможных повторных послеоперационных осложнений. Не менее важен психический настрой больного на проведение однократного оперативного вмешательства при

сочетанной патологии.

По данным ВОЗ, сочетанная хирургическая патология отмечается у 20-30% пациентов хирургического профиля.

К сожалению, в настоящее время отсутствует общепринятое определение и классификация симультанных операций. Ни одна из существующих классификаций не отражает в полной мере характер и специфику всего разнообразия симультанных операций при различных заболеваниях. Выбор допустимого суммарного объема вмешательства недостаточно изучен и освещен в литературе. Ряд авторов настаивает на термине «сочетанные» операции, мотивируя тем, что одномоментные операции осуществляют бригады хирургов в одно и то же время. Другие к симультанным операциям относят вмешательства при первично-множественных злокачественных опухолях. По нашему мнению, их следует относить к сочетанным оперативным вмешательствам. При симультанных операциях выделяют основной этап и сопутствующий. Которых может быть несколько. Операция основного этапа направлена на устранение наиболее опасного для жизни больного патологического процесса, а сопутствующего - на ликвидацию заболевания, выявленного в период до - или интраоперационного обследования.

К симультанным не относятся операции на двух или более органах, пораженных одним заболеванием, например: гнойно-воспалительное расплавление, множественные травматические поражения органов или операции, направленные на восстановление проходимости желудочно-кишечного тракта и желчновыводящих путей. «Комбинированные» и «расширенные» операции, особенностью которых является увеличение объема вмешательства для лечения одного заболевания. Также нельзя отождествлять с симультанными операциями. Симультанные операции в хирургии известны давно. Аппендэктомия с овариоэктомией или резекция дивертикула Меккеля в сочетании с герниопластикой выполнялись в тридцатые годы прошлого столетия.

А.В.Вишневецкий в 1932г. под местной анестезией из люмботомического доступа удалил

правую пионефротическую почку, калькулезный желчный пузырь и пораженную раком правую половину толстой кишки. Исход благополучный. Урология как область медицины, занимающаяся оперативным лечением заболеваний органов мочеполовой системы, не осталась в стороне от общемировой тенденции в хирургии к росту числа симультанных операций. Особенно это заметно в онкоурологии. Сегодня обычной клинической практикой стала цистэктомия с последующей деривацией мочи в изолированный сегмент кишки (операция Бриккера), уретеросигмостомией и даже формированием кишечного мочевого резервуара и его анастомозом с уретрой для восстановления самостоятельного мочеиспускания. Однако операции, одномоментно выполняемые по поводу основного опухолевидного очага и конкурирующей хирургической патологии, все еще являются редкостью. Это связано как с большой технической сложностью, так и со значительным операционно-анестезиологическим риском таких вмешательств.

Несмотря на достижения в науке и медицине, в литературе мало данных о результатах симультанных операций, у онкологических больных с патологией мочеполовой системы, с другими конкурирующими хирургическими заболеваниями. Имеющиеся данные разрозненны, и чаще в виде демонстрации в отдельных случаях, что является на сегодняшний день одной из актуальных задач клинической онкологии.

Цель нашей работы - обосновать возможность выполнения симультанных операций у онкобольных с патологией мочеполовой системы, с другими конкурирующими хирургическими заболеваниями.

Материал и методы

В хирургическом отделении №5 на базе Национального Центра Онкологии были изучены результаты симультанных операций 7-и больных, с 2002 по 2008 г.г. со злокачественными новообразованиями мочеполовой системы, с другими конкурирующими хирургическими заболеваниями. По данным ВОЗ за последние

годы (17лет) количество урологических больных, поступающих в специализированные стационары увеличилось с 2,8 до 6,6%. Стоит отметить, что с увеличением количества больных с фоновыми заболеваниями, растет и число конкурирующих хирургических патологий. Все это подтверждает актуальность вопроса оперативного лечения сочетанных хирургических заболеваний. Обращает на себя внимание, что часто сочетанные заболевания в нашем случае встречались в возрасте от 60 до 80 лет. Среди них преобладали женщины - 4(57,1%), мужчины - 3(42,9%). Фоновыми заболеваниями, при которых была произведена симультанная операция были : рак мочевого пузыря – 3 больных (42,8%), рак почки – 4 больных (57,2%)

Наиболее частыми симультанными хирургическими вмешательствами на органах брюшной полости были: Удаление кисты яичника по поводу нагноившейся кисты- у 2 больных(28,5%), Пластика передней брюшной стенки по поводу вентральной грыжи – у 2 больных(28,5%), Резекция простаты по поводу аденомы простаты – у 1больного (14,2%); Холецистэктомия по поводу калькулезного холецистита – у 1больного (14,2%); Вскрытие абсцесса по поводу абсцесса передней брюшной стенки – у 1 больного (14,2%). До симультанного хирургического вмешательства, специального лечения никто не получал

В послеоперационном периоде химиотерапию получили 2 больных (28,5%) из 7. Для выполнения симультанных операций очень важное значение имеет выбор оперативного доступа, который нередко приходится изменять во время вмешательства в зависимости от обнаруженных изменений в различных органах, нередко расположенных в отдаленных областях брюшной полости. В нашем случае из нижнесрединного доступа выполнено -3 операции (42,8%), из верхнесрединного доступа выполнено - 4 операции (57,2%). В случае расширения объема операции при расположении органов в разных анатомических областях в пределах брюшной полости требуется продление доступа. Наиболее сложные по объему операции потребовали продления разреза или перехода

на другой доступ в связи с расширением объема операции (1больной – 14,2%). Следует отметить, что при выполнении симультанных операций основным методом обезболивания был эндотрахеальный интубационный наркоз у всех исследуемых больных.

Авторы положительно отзываются о симультанных операциях, поскольку они имеют низкие показатели послеоперационных осложнений и летальности – до 6,3%.

Результаты

Одним из важных моментов решения вопроса о симультанных операциях является степень операционного риска. При учете степени риска мы придерживались классификации акад. РАМН Н.Н. Малиновским и соав. Учитывая возраст больных старше 60 лет, объем и травматичность операции, особенность основного онкологического заболевания, характер и тяжесть сопутствующего конкурирующего заболевания, в нашем случае степень операционного риска является – IV степень.

Изучены результаты симультанных вмешательств и выживаемость у 7 больных.

Послеоперационные осложнения были у 2 больных(28,5%), связанные с кровотечением из почечной вены – 1 больного, эвентрация кишечника – у 1 больного. В последующем у этих больных был летальный исход, связанный с послеоперационными осложнениями. Пятеро больных (71,5%) продолжают жить и периодически наблюдаются по месту жительства. Средняя продолжительность после симультанных операций составило около 6 лет. Следовательно, симультанные операции у онкологических больных с патологией мочеполовой системы, с другими конкурирующими хирургическими заболеваниями оправданы и целесообразны. Неустраненное сочетанное заболевание или разделение этих операций на отдельные этапы может в последующем стать причиной развития осложненного течения. Таким образом, выполнение симультанных операций из одного хирургического доступа на жизненно важных органах забрюшинного пространства и брюшной полости, показывает

ряд объективных преимуществ симультанного хирургического вмешательства перед традиционными: один хирургический доступ, однократное анестезиологическое пособие, минимальная кровопотеря, значительное сокращение продолжительности оперативного вмешательства и послеоперационного течения, а также одномоментная коррекция проблемы социальной адаптации и качество жизни больного.

Литература

1. Баков В.С. Симультанные лапароскопические оперативные вмешательства при сочетанных заболеваниях органов брюшной полости и малого таза: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. = Рязань, 2000.
2. Земляной А.Г., Малкова С.К. Симультанные операции на органах брюшной полости // Хирургия. – 1986; 3: 23-25.
3. Магдиев Т.Ш., Северенко Н.В. Сочетанные операции в абдоминальной хирургии // Хирургия. – 1999; 6: 54-56.
4. Маховский ВЗ, Ованесов Б.Д., Агейчев В.Д. и др. Одномоментные сочетанные операции в неотложной и плановой хирургии // Хирургия. – 2002; 7: 41-46.
5. Олифирова О.С., Омельченко В.А., Гончарук Г.В. и др. Симультанные операции в хирургической практике // Вести хирургии. – 2002; 161 (5): 84-86.
6. Федоров В.Д. Внедрение одномоментных сочетанных операций в хирургическую практику // Анн. хир. – 2001, 4: 23-38.
7. Федоров В.Д., Цвиркун В.В., Нешитов П.С. и др. Одномоментные сочетанные операции на почке и других органах // Хирургия. – 2001; 1: 22-26.
8. Filiadis I., Hastazeris K., Tsimaris I. Simultaneous adenomectomy preperitoneal repair of inguinal hernias by a single incision with the application of polypropylene mesh // Int. Urol. Nephrol. – 2003; 35 (1): 19-24.
9. Gonzalez-Ojeda A., Anaya-Prado R., Fuentes-Orozco C. et al. Combined transurethral prostatectomy and mesh-based tension-free inguinal hernia repair // Hernia. – 2003; 7(3): 141-145.
10. Savino M., Musquera M., Plou J. et al. Lithiasis in complete ureteral duplication and prostate cancer: combined surgery treatment // Arch. Ital. Urol. Androl. – 2003; 75 (3): 158-160.
11. Takagi H., Mori Y., Iwata H. Simultaneous operations for combined thoracic and abdominal aortic aneurysms // Surg. Today. – 2003; 33 (9): 674-678/

Адамалиев Кубанычбек Адамалиевич

(22.01.1947 - 29.02.2012)



29 февраля 2012 года в возрасте 65 лет ушел из жизни заведующий кафедрой детской хирургии, доктор медицинских наук, профессор Адамалиев Кубанычбек Адамалиевич.

Кубанычбек Адамалиевич родился 22 января 1947 года в Нарынской области в селе Кочкор. В 1964 году после окончания школы № 5 города Фрунзе поступил в Кыргызский государственный медицинский институт на педиатрический факультет. КГМИ успешно закончил в 1971 году и был направлен детским хирургом в 3 детскую клиническую больницу для прохождения интернатуры, после окончания интернатуры в 1973 -1978 годах обучался в очной аспирантуре на кафедре детской хирургии КГМИ, которую закончил успешно с защитой кандидатской диссертации в 1973 году в Москве на тему «Пластические операции при хроническом гематогенном остеомиелите у детей».

В 1995 году защитил докторскую диссертацию на тему «Профилактика и лечение тромбгеморрагических синдромов осложнений при сепсисе у детей».

С 1996 года являлся профессором кафедры, с 2001 года заведовал кафедрой детской хирургии КГМА им. И.К.Ахунбаева, профессор Адамалиев К.А являлся высококвалифицированным преподавателем, читал лекции и проводил практические занятия на высоком методическом уровне с использованием современных технических средств обучения.

Им было опубликовано более 205 научных статей, 12 методических разработок, 16 рационализаторских предложений. Под его руководством защищены 5 кандидатских диссертаций и подготовлена к защите 1 докторская диссертация.

Кубанычбек Адамалиевич был известным акыном и прозаиком. С 1982 года являлся членом Союза писателей Кыргызстана, издательствами «Мектеп» и «Кыргыз-

стан» опубликованы его книги «Эненин ак сүтү», «Кардиограмма», «Кандаш адамдар», «Быйылкы жаз менин айылымда», «Врачтын туйшугу», «Кемчилик», «Шаттык», «Жүрөк кагуусунулантат», «Күн», «Замана», «Ак жаан», «Ыйман Ыза», «Акыр заман», «Анатомия сабактары».

С 1995-2000 годы являлся редактором журнала «Ден – соолук», являлся членом редакционного Совета «кыргызча-орусча» Министерства здравоохранения и КГМА им.И.К.Ахунбаева, где принимал активное участие по переводу медицинской терминологии на родной язык, был членом редакционного Совета журнала «Детская хирургия» г.Москва. В 1995 году за плодотворную научно-практическую работу был удостоен звания «Отличник здравоохранения», в последующем был награжден грамотами Министерства здравоохранения и Правительства Кыргызской Республики,

Кубанычбек Адамалиевич пользовался заслуженным авторитетом среди, не только сотрудников кафедры, но и всей больницы, родителями прооперированных и вылеченных им детей.

Светлая память о крупном Ученом, детском хирурге, поэте и писателе Кубанычбек Адамалиевиче навсегда останется в памяти всех нас.

**Коллектив Кыргызской государственной медицинской академии
им. И.К. Ахунбаева**





Редакцияга берилүүчү макалаларды жасалгалоонун эрежелери

Журнал – рецензияланган басылма болуп саналат.

Журналга медицина менен биологиянын актуалдуу маселелери боюнча жалпы жана теориялык макалалар, кызыктуу изилдөөлөр жарыяланат.

Журналга макала жөнөтөөрдөн мурда төмөнкү эрежелерди сакташыңыздарды суранабыз:

1. Редакция кагазга басылган кол жазманы (2 нуска) электрондук түрдөгүсү менен чогуу кабыл алат. Кол жазма кафедра башчынын же жетекчинин визасы менен (биринчи беттин үстүнкү сол бурчунда), автор иштеген мекеменин сунуштамасы мөөрү менен болушу керек. Кол жазманын аягында баардык авторлордун аты-жөнү, окумуштуулук даражасы, кызматы, жумушунун 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 астынкы – 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 кезеги менен ар бир автордун иштеген мекемеси көрсөтүлөт. Макаланын структурасы: киришүү, бейтаптар (материалдар) жана ыкмалар, изилдөөнүн жыйынтыктары жана алардын талкуусу, корутунду, адабияттар. Өзүнчө баракка резюме жана негизги сөздөр жазылат.

5. Тексттеги кыскартуулар чечмелениши менен берилиши керек. Иштин аталышынын кыскартылышына жана көпчүлүккө түшүнүксүз кыскартууларга жол берилбейт. Библиографиялык шилтемелер чарчы кашаанын ичине берилет. Статистикалык иштеп чыгуудагы маалыматтарга колдонулган ыкмаларды көрсөтүү жана көрсөткүчтөрдүн аталыштары келтирилиши керек. Бир эле маалыматтын же 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 беги 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, 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: циткиндердин ролу. Кардиология.-1999.-№3.-66, 75-беттер.

7. Кыргыз, орус жана англис тилдеринде макаланын изилдөө максатын, пайдаланылган материалдардын жана ыкмалардын, алынган негизги жыйынтыктардын негизи көрсөтүлгөн резюме (көлөмү 0,5 бетке чейин), ошондой эле 3 тилде негизги сөздөр (7 сөздөн ашпаган) тиркелиши зарыл.

Резюменин башына макаланын аталышы, автордун ата-жөнү көрсөтүлүшү керек.

8. Макаланы автор жакшылап текшерип туруп анан берүүгө тийиш. Баардык аталыштар, химиялык 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.

Правила оформления статей при направлении в редакцию

Журнал является рецензируемым изданием.

Журнал публикует оригинальные исследования, обзорные и общетеоретические статьи по актуальным проблемам медицины и биологии.

При направлении статьи в журнал редакционная коллегия просит авторов соблюдать следующие правила:

1. Редакция принимает на рассмотрение рукописи в напечатанном виде (2 экземпляра) в сопровождении электронных носителей. Рукопись должна иметь визу заведующего кафедрой или руководителя подразделения (на первой странице, в верхнем левом углу) и направление от учреждения (с печатью), где работают авторы. Рукопись должна быть подписана всеми авторами в конце текста (ФИО автора - подпись). Следует указать полностью фамилию, имя, отчество, ученую степень, ученое звание, должность, рабочий адрес с почтовым индексом, служебный телефон, адрес электронной почты каждого автора.

2. Статья печатается на компьютере через 1,5 интервала, шрифтом Times, кеглем 14 на листе формата А4. Поля: верхнее и нижнее - 2,5 см, левое - 3,5 см, правое - 1,5 см. К статье прилагается иллюстративный материал в виде фотографий, рисунков, рентгенограмм, графиков, таблиц. Фотографии (черно-белые или цветные), представленные на глянцевой бумаге, должны быть контрастными, рисунки четкими. Фотокопии рентгенограмм представляются в позитивном изображении. На обороте рисунка ставится его номер, фамилия автора и название статьи (карандашом, без нажима). На отдельном листе печатаются подписи к рисункам со всеми обозначениями. Представляемая в редакцию распечатка статьи, включая иллюстративный материал, должна быть полностью идентичной электронному варианту. Все страницы должны быть пронумерованы.

3. Объем статей: не более 15 страниц - для оригинальной, 20 - для обзора литературы, 8 - для клинического наблюдения.

4. В начале первой страницы статьи пишутся: 1) название статьи, 2) инициалы и фамилии авторов, 3) полное наименование кафедры или лаборатории (в скобках указать ученое звание, инициалы и фамилию руководителя) и учреждения. Если авторы статьи из разных учреждений, то следует указать (надстрочными цифрами), в каком учреждении работает каждый из авторов. Структура оригинальной статьи: введение, пациенты (материалы) и методы, результаты исследования и их обсуждение, выводы (заключение), литература. Отдельно прилагаются резюме с ключевыми словами (см. п. 7).

5. В тексте сокращения и аббревиатуры должны быть расшифрованы при первом упоминании. Не допускается использование сокращений в названии работы, а также употребление необщепринятых сокращений. Номера библиографических ссылок даются в тексте в квадратных скобках в соответствии с приставным списком литературы. Единицы измерения даются в системе СИ. При статистической обработке данных необходимо указывать использованные методы и приводить наименование показателей. Повторение одних и тех же данных в тексте, таблицах и рисунках не допускается.

6. К статье прилагается список литературы (не более 25 источников в оригинальной статье, 60 источников - в обзоре литературы) в порядке цитирования автором (не по алфавиту!), напечатанный на отдельном листе через 1,5 интервала. Для книг, диссертаций, сборников, материалов съездов и конференций указываются фамилии и инициалы авторов, название работы (если указываются конкретные страницы), полное название книги, место, издательство и год издания, количество страниц в книге или конкретные страницы. Примеры: Бураковский В.И., Лищук В.А., Ксрцман В.П. и др. Пятнадцатилетний опыт разработки и использования мониторно-компьютерной технологии интенсивного лечения. - В кн.: Информатика в здравоохранении. - М.: Медицина, 1990. - С. 3-6. Сидорова И.С., Макаров И.О. Эклампсия и современные аспекты ее лечения. - В кн.: Материалы 6-го Российского форума «Мать и дитя»: тезисы докладов. - М., 2004. - С. 121. Для журнальных статей - фамилии и инициалы авторов (если авторов пять и более, то указывают первых трех авторов и ставят «и др.» или «et al.» соответственно для русского или английского языка), полное название статьи, сокращенное название журнала (использовать сокращения, принятые в Index Medicus или Medline), год, том, номер выпуска, номера страниц (первая и последняя). Например: Насонов Е.Л., Самсонов Ю.М., Беленков Ю.Н. и др. Иммунопатология застойной сердечной недостаточности: роль цитокинов // Кардиология. -1999. - №3. - С.66-73.

7. К статье должны быть приложены резюме (объемом до 0,5 страницы) на русском, кыргызском и английском языках с кратким указанием цели исследования, использованных материалов и методов, основных полученных результатов и выводов, а также список ключевых слов на трех языках (не более 7). Над текстом резюме указываются название статьи, инициалы и фамилии авторов, подразделение и учреждение, откуда направлена статья.

8. Статья должна быть тщательно проверена автором. Все названия, химические формулы, дозировки, цифровые данные в таблицах и на рисунках, размерности лабораторных и клинических показателей должны быть выверены.

9. Отклоненные рукописи авторам не возвращаются. Если статья перерабатывалась автором в процессе подготовки ее к изданию, датой поступления считается день поступления окончательного текста.

10. Не допускается направление статей, ранее опубликованных или направленных в другие журналы или сборники. Рукописи, оформленные не в соответствии с правилами, возвращаются без рассмотрения.