

**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.
Аскеров А.А.
Бейшембиева Г.Дж.
Кадырова Р.М.
Калиев Р.Р.
Карасаева А.Х.
Карашева Н.Т.
Кутманова А.З.
Куттубаева К.Б.

Куттубаев О.Т.
Кожокматова Г.С.
Кононец И.Е.
Молдобаева М.С.
Мусуралиев М.С.
Оморов Р.А.
Сатылганов И.Ж.
Сопуев А.А.
Тилекеева У.М.
Усупбаев А.Ч.
Чолпонбаев К.С.
Чонбашева Ч.К.

Учредитель

© Кыргызская государственная медицинская академия

Адрес редакции журнала:
г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92
КГМА.

Телефон: (312) 54 94 60

e-mail: vestnik_kgma@mail.ru

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

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

Журнал включен в список изданий, рекомендованных Президиумом ВАК КР для публикации
материалов докторских и кандидатских диссертации в области медицины.
Индексируется Российским индексом научного цитирования (РИНЦ)

Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2014

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛОНКА

Бримкулов Н.Н	5
----------------------	---

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АКУШЕРСТВА

Мусуралиев М.С.

Репродуктивное здоровье и беременность у жительниц высокогорных регионов мира	7
---	---

Макенжан уулу А., Омурбекова М.М., Мусуралиев М.С.

Инновационные подходы к оказанию неотложной помощи при критических случаях с тяжелыми акушерскими кровотечениями	15
--	----

Теппеева Т. Х., Исакова Ж.К.

Новые возможности лечения и профилактики патологического климакса	22
---	----

Теппеева Т. Х., Исакова Ж.К., Джетигенова С.А.

Факторы риска реализации сердечно-сосудистой патологии у женщин в климактерическом периоде	26
--	----

Насирдинова Ж.М., Исакова Ж.К., Джетигенова С.А. Мусуралиев М.С.

Становление менструальной функции у жительниц гор Кыргызстана, Йемена и Непала	33
--	----

Исакова Ж.К., Теппеева Т.Х., Джетигенова С.А., Иманкулова Ч.Б.

Гипоталамо-гипофизарные взаимоотношения и импульсная секреция гормонов у девушек – внутренних мигранток с первичной аменореей	37
---	----

Омуркулова Г.С.

Пути снижения родового травматизма у новорожденных при кесаревом сечении у рожениц с цефало-пельвической дистоцией	42
--	----

Омуркулова Г.С.

Показатели газов крови пуповины у новорожденных, перенесших гипоксию в родах	46
--	----

Макенжан уулу А., Батырбекова Г.Т., Омурбекова М.М.

Акушерские кровотечения и органосберегающие операции	50
--	----

Калиева Ч.Р.

Преэклампсия: Современные методы исследования и их клиническое значение в прогнозировании будущей фертильности. (Обзор литературы)	54
---	----

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ

Ешиев А.М., Абдуллаева С.А., Ешиев Д.А. Изучение причин возникновения острой одонтогенной инфекции	59
Ешиев А.М., Абдуллаева С.А., Алиев И.Ш. Реабилитация больных с одонтогенными флегмонами ЧЛО	62
Эркинбеков И.Б. Применение имплантатов для улучшения фиксации съемных протезов	66

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНЫ

Махмудова Ж.А., Алдашев А.А., Зурдинов А.З. Течение катехоламинового некроза миокарда на фоне комбинированного применения атенолола и коэнзима Q10 при кратковременном пребывании животных в условиях высокогорья	71
Ортикова М.М., Мирзоева З.А., Хисомова Х.К., Давлятова Д.Д. Оценка информированности населения города Душанбе, района Хамадони о путях передачи гельминтных инфекций	76
Марценюк Е. Б . Влияние лимфотропной терапии на электромиографические показатели двухглавой мышцы плеча и общего сгибателя пальцев кисти у больных с гемиплегической формой детского церебрального паралича	82
Джорбаева А.А., Султашев А.Ж., Турсунбекова А.С., Эгембердиева Г.Т. Гигиеническая оценка показателей тяжести труда детей - тачечников работающих на центральном рынке г.Ош	86
Кошукеева М., Винников Д.В., Бримкулов Н.Н. Температура выдыхаемого воздуха – новый биомаркер воспаления у детей с бронхиальной астмой	89
Калманбетова А.Т. К оценке качества работы подразделений МЗ КР, связанных свечами разрешительных документов	93
Калманбетова А.Т., Абилов Б.А. Результаты анализа и оценки деятельности контрольно-разрешительной системы в здравоохранении Кыргызской Республики	97
Кузубаев Р.Е. Дренирование и инстилляция уретры при уретропластике на большом протяжении	102

Назаралиев М. С.

Дифференцированное лечение прогрессирующей гидроцефалии у детей 105

Чакиева А.Р., Усенко В.А., Базарбаева Ч.С.

Антиоксидантная терапия при высокой осложненной миопии 109

Ырысов К.Б., Назаралиев М. С.

Комплексная лучевая диагностика у детей с гидроцефалией 112

Карбозова К.З., Луценко И. Л.

Спорадический случай спинально-бульбарной амиотрофии Кеннеди 115

Мукашева Ж.А., Леонтьева Н.С., Ибрагимов А.А., Джуманова Р.Г.

Оценка данных эластометрии печени в сравнение с клинической стадией цирроза печени по Чайлд-Пью 119

ЮБИЛЕЙ

Мусуралиев Макенжан Субанович 124

Борякин Ю.В.

70 - летний юбилей кафедры госпитальной педиатрии (исторический очерк) 127



Уважаемые коллеги, дорогие читатели нашего журнала!

У вас в руках первый номер журнала «Вестник КГМА имени И.К. Ахунбаева» за 2014 год. Для Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева 2014 год является особенным, так как в этом году исполняется 75 лет со дня ее основания.

16 апреля 1939 года Совет Народных Комиссаров (СНК) Кыргызской ССР принял Постановление №517 об открытии с 1 сентября 1939 г. во Фрунзе Кыргызского медицинского института с набором на 1 курс 200

человек. Это дата стала знаменательной вехой, символизирующей начало планомерной подготовки медицинских кадров для здравоохранения Кыргызстана. В организации и становлении института неоценимую организационную и кадровую помощь оказали 1-й Московский, Ленинградский, Алма-Атинский, Ташкентский, Харьковский и другие медицинские институты бывшего Советского Союза.

За прошедшие годы институт подготовил более пятидесяти тысяч высококвалифицированных врачей, которые сегодня работают во всех уголках Кыргызстана, а также в ближнем и дальнем зарубежье. В 1996 г. Указом президента страны КГМИ был реорганизован в Кыргызскую государственную медицинскую академию, которой в 2008 г. было присвоено имя выдающегося хирурга, академика Исы Коноевича Ахунбаева.

В настоящее время в КГМА имени И.К.Ахунбаева работают 526 преподавателей, в том числе 86 профессоров и докторов медицинских наук, 315 кандидатов медицинских наук и доцентов. У нас обучаются более 6 тысяч студентов – граждан Кыргызстана, стран СНГ и 17 зарубежных стран. Функционируют 55 кафедр, Учебный Центр клинических навыков, Музей пластикации и другие подразделения. Совсем недавно, в декабре 2013 года при поддержке Швейцарского Посольства открылся Центр развития клинических навыков и оценки знаний. С 2012-2013 учебного года успешно внедряются новые модульные учебные программы в соответствии с Государственным образовательным стандартом 3-го поколения.

В ознаменование 75 летнего юбилея академии планируется проведение многих мероприятий. Наиболее важными будут Дни науки, которые начнутся именно 16 апреля с Торжественного юбилейного заседания. Затем состоятся секционные заседания студенческой конференции, симпозиумы молодых ученых, Школы врача общей практики. В рамках пленарных заседаний прозвучит Актовая речь, а также выступления приглашенных докладчиков. Мы приглашаем принять участие в Днях науки всех выпускников КГМА прежних лет.

За прошедшие годы КГМА имени И.К.Ахунбаева стала не только флагманом медицинского образования в Кыргызстане, но и местом проведения актуальных научных исследований как теоретического, так и прикладного характера. В данном номере журнала представлены статьи, отражающие некоторые направления научных исследований в КГМА.

Представлены также работы наших коллег из Казахстана, Украины, Таджикистана.

Как известно, «Вестник КГМА имени И.К.Ахунбаева» индексируется в Российском индексе научного цитирования (РИНЦ), что значительно увеличило доступность научных публикаций сотрудников КГМА для российских и других зарубежных читателей. На 28 февраля 2014 года в РИНЦ размещены 15 выпусков журнала с полными текстами 413 статей.

Редколлегия журнала призывает медицинскую общественность к активному сотрудничеству. Мы ждем ваших статей, вопросов и предложений.

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

Бримкулов Н.Н.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И БЕРЕМЕННОСТЬ У ЖИТЕЛЬНИЦ ВЫСОКОГОРНЫХ РЕГИОНОВ МИРА

Мусуралиев М.С.

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

Резюме: В статье обобщены состояния репродуктивного здоровья женщин жительниц Тянь-Шаня и Памира (Даурат-Коргон, Мургаб 3000-4200 м), а также в горных регионах Гималаев (Непал, г. Вактапур 1400 – 2700 м) и Аравийского полуострова (Йемен, дуан Аль-Гуера 2200 – 2800м) и акушерские и перинатальные проблемы в современных условиях Кыргызской Республики.

Ключевые слова: жительницы высокогорных регионов, репродуктивное здоровья, роды, гипоксия.

ТООЛУК АЯЛДАРДЫН ТУКУМ УЛОО САЛАМАТТЫГЫ, КОШ БОЙЛУУЛУК

Мусуралиев М.С.

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

Корутунду: Бул изилдөөдө Тянь-Шань менен Памир (Даурат-Коргон, Мургаб 3000-4200м), ошондой эле Гималай (Непал, г. Вактапур 1400 – 2700 м) менен Аравия жарым аралында (Йемен, дуан Аль-Гуера 2200 – 2800м) жашаган тоолук аялдардын тукум улоо саламаттыгы жана азыркы кырдаалда Кыргыз Республикасында төрөт жана перинаталогия көйгөйлөрү каралат.

Негизги сөздөр: тоолук аялдар, тукум улоо саламаттыгы, төрөт, гипоксия.

THE REPRODUCTIONS PROBLEMS OF THE WOMEN IN HIGH MOUNTAINS REGIONS

Musuraliev M.S.

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

Resume. In this research presented the study 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 and high altitudes the regions of Pamir - (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.

В настоящее время социальное и экономическое переустройство многих стран привело к росту бедности и безработицы, распаду систем социальной защиты, а также к резким сокращениям доли расходов на здравоохранение и социальный сектор, в частности в Кыргызской Республике, что оказывает разрушительное влияние на состояние репродуктивного здоровья населения. Проводимая в нашей стране государственная программа “Здоровая нация” направлена на снижение заболеваемости и смертности матери и ребенка, что должно благоприятно повлиять на демографическую ситуацию и сохранение генофонда нации [1,2].

Кыргызская Республика находится в северо-восточной части Центральной Азии, в регионах горных систем Тянь-Шаня и Памира. Около 90% территории Кыргызской Республики расположено выше отметки 1500 м над уровнем

морья, где постоянно проживает от 1,262 млн. людей, что составляет 15% от общего числа населения, в среднегорье, и 9% в высокогорной зоне[3,4]. Численность населения от 4,887 млн. в 2000 году, на 1.01.2013 год составляет 5,664 млн. человек. Особенностью демографической ситуации являются: две трети населения (66%) проживает в сельской местности; число женщин составляет более 52% , из них детородного возраста 27,7%. Наблюдается высокая внутренняя миграция из горных регионов страны, прирост в равнинных зонах за последний 10 лет составил 12,4% [5].

В последние годы в Кыргызстане, несмотря, на проводимые мероприятия, направленные на улучшение доступа и качества медицинских услуг, развитие службы материнства и детства, обучению персонала демографическая ситуация остается достаточно

сложной [5,6].

Поэтому проблема остается актуальной, что требует дальнейшего углубленного изучения механизмов адаптации к климатическим условиям среды высокогорных регионов и учета особенностей социально-экономических условий [7].

Биологические и физиологические особенности коренных жителей в горных регионах высокогорья Тянь-Шаня и Памира, Анд и Гималаев, даны по результатам исследований проведенных в рамках международных биологических программ, и обобщены в монографии «Адаптация человека» и «Биология жителей высокогорья» и др. [8,9,10].

Определены генетические механизмы в развитии ВЛГ у постоянных жителей высокогорья Тянь-Шаня и Памира. [11].

В условиях вынашивания внутриутробного плода, как показывает анализ литературы, организм женщин жительниц гор подвергается на сочетанное влияние факторов среды проживания и необходимость адаптации к состоянию беременности с появлением функциональной системы мать-плацента-плод. Проблемы адаптации к состоянию беременности, репродуктивная функция и далее акушерские и перинатальные аспекты – раздела акушерства высокогорной медицины занимают на протяжении более 30 лет внимание многих ученых, в том числе в нашей стране [12-14].

Исследование полового созревания и плодовитости, гемодинамической адаптации, гемостаза при беременности и в родах у жительниц больших высот коренной национальности проведены в период 1970-95 гг. Результаты показали характерную для жительниц гор низкую массу тела – $48,2 \pm 0,67$ против $57,1 \pm 0,71$ ($P < 0,05$); при почти одинаковом показателе длины тела; на позднее наступление менархе у девочек высокогорных регионах Тянь-Шаня и Памира в среднем 1,3- 1,5 лет, объясняя это высотной гипоксией.

Зарубежная литература располагает данными показывающие высокую частоту гипотрофии, выкидышей и антенатального отсева у аборигенов в горных регионах Анд и Гималаев [9,10].

В наших наблюдениях у аборигенов высокогорий Тянь-Шаня и Памира среднее число беременностей и живорожденных детей у

женщин горнянок было более чем в 1,5 раза больше, чем у жительниц долины ($6,41 \pm 0,26$ против $4,13 \pm 0,28$, ($P < 0,05$). Традиционная практика раннего замужества, положительный настрой на многодетство, возможно, способствует формированию указанных различий [12].

В дальнейшем, на основе совместных исследований проведенных в 2000-2005 годы в горных регионах Тянь-Шаня и на больших высотах Памира (Даурат-Коргон, Мургаб 3000-4200 м), а также в горных регионах Гималаев (Непал, г. Вактапур 1400 – 2700 м) и Аравийского полуострова (Йемен, дуан Аль-Гуера 2200 – 2800м) в сравниваемых группах, выделены следующие моменты:

- для жительниц высокогорных регионов Гималаев, Аравийского полуострова, Тянь-Шаня и Памира характерно позднее наступление менархе (в среднем 14,1 - 15 лет) по сравнению жительницами низкогогорья ($12,8 \pm 0,1$);

- у жительниц высокогорья, менархе наступали не только позже, но и количество дней менструальных кровотечений длились дольше, чем у жительниц низкогогорья;

- для жительниц высокогорья Памира и Гималаев чаще характерны длинные циклы (опсоменорея - у 62%), тогда как у жительниц низкогогорья длительность менструального цикла короче (пройоменорея - у 42%). У женщин жительниц высокогорья Аравийского полуострова выявлен ряд разновидностей нерегулярных менструальных циклов – дисменорей (в среднем 35%).

- раннее замужество: для жительниц Непала в возрасте в среднем 16 -17 лет (в том числе очень рано до 20%), такие же данные получены у жительниц дуана Аль-Гуера;

- гинекологическая заболеваемость: у жительниц горных регионов чаще встречались эрозии шейки матки, поликистоз яичников, воспалительные заболевания (кольпиты, хронические аднекситы), чем у жительниц долин; высока частота бесплодного брака;

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

Акушерские и перинатальные аспекты.

Физиологическое течение беременности у здоровых жительниц гор не нарушает функции системы мать-плацента-плод и сопровождается адаптивными гемодинамическими механизмами нормы беременности. Физиологическая беременность у жительниц Памира-Алая не меняла функцию системы мать-плацента-плод и гемодинамическая адаптация характеризовалась иным, более высоким уровнем кардио - гемодинамики (сердечный выброс, маточная и органная гемодинамика, кардиодинамика, умеренная ВЛГ и др), более адекватным для вынашивания плода при воздействии высотной гипоксии, суточных и сезонных колебаний среды, холода. [13,19].

Однако, часть детей (7,6%) высокогорий Памира-Алая рождается с низкой массой, менее 2500 г, даже при рождении в доношенном сроке. Патологическое течение беременности у женщин с экстрагенитальными заболеваниями (анемия, заболевания почек) и/или осложненное течение беременности гипертензивными нарушениями при беременности (ГНБ - преэклампсия, эклампсия) закономерно увеличивает частоту высотной легочной гипертензии (ВЛГ), соответственно, осложнений в родах - акушерских кровотечений и др [13,20].

Следовательно, высотная болезнь и осложненное течение беременности (анемия, преэклампсия) является причиной проявления внутриутробной задержки развития плода. В наших наблюдениях у 64,8% случаев патология беременности сопровождалась не только снижением массы тела новорожденных, но и длины тела, окружности головы и груди. Остается большой проблемой антенатальные (выкидыши) и постнатальный отсев на больших высотах превышающий почти в 3 раза данные у жителей долин. Этот факт заслуживает особого внимания, так как у жительниц гор, где кроме влияния факторов среды и патологического течения беременности, также играет роль, недоступность антенатального ухода и качественных медицинских услуг. [13,19-21].

Частым осложнением течения беременности у жительниц высокогорья Памира-Алая являются невынашивание, анемия беременности и преэклампсия (11,2%, 7,6% и 13,2% случаев) с патологическим течением родов (дискоординация и/или стремительные роды, высокая частота акушерских кровотечений,

отслойка и/или вращение плаценты)[13,19-21].

У жительниц Тянь-Шаня, Памира и дуана Аль-Гуера 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% и 23,3%, случаев, в то время как у жительниц низкогогорья г. Бишкек данный показатель был в пределах 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[18].

Данные обусловлены, скорее, наличием, признаков плацентарной недостаточности, которые могут играть роль в выяснении причин. При этом у жительниц гор отмечено увеличение числа плацент с аномалиями развития (54,4%), достоверное уменьшение массы и площади, частые причины аномалии плацентации, приводящие критическим осложнениям в родах (отслойки и /или вращение плаценты, причины массивных акушерских кровотечений). Данные функциональной оценки, после рождения, также свидетельствовали о низком потенциале адаптации, в основных группах с массой менее 2500 грамм, чем норма беременности. Особенно низкие баллы, частота дыхательных расстройств у новорожденных были характерны для детей у рожениц в высокогорье. [21].

Наблюдались закономерные сдвиги в системе гемостаза: увеличение тромбоцитов с усилением их адгезивно-агрегационных свойств, повышение фибриногена со снижением фибринолитической активности, чаще наблюдалось положительные пробы ПДФ (у 40%)[27].

Таким образом, воздействие неблагоприятных факторов внешней среды проявляется высокой частотой осложнений беременности и родов, перинатальной и ранней детской смертностью, врожденных пороков развития и др.

Роль современных социальных и биологических факторов на состояние репродуктивного здоровья.

В республике население горных регионов

традиционно занимается животноводством. В 1991-96 годы в рамках комплексной программы «Здоровье животноводов и членов их семей» проведено изучение репродуктивного здоровья жителей высокогорных регионов по результатам комплексных медицинских исследований (Мусуралиев М.С., Жолуева П.Т., Адылбаева В.А.). Территории отгонных пастбищ в Кыргызской Республике относятся к климатическим зонам высокой суровости и трудности (I- III) [23].

Анализ полученных данных позволяет выделить следующие положения:

а) на организм человека (мужчин, женщин животноводов, женщин жительниц сельских регионов) помимо климатических условий высокогорья оказывает и фактор миграции по вертикали местности, а также особенности ненормированного труда животноводов;

б) уровень гинекологической заболеваемости по рангу нозологических форм на первом месте частые воспалительные заболевания гениталий (соответственно 40,5% и 39,5%), далее невоспалительные (гиперпластические процессы – в среднем до 12%, опухолевые процессы) заболевания и осложненное течение беременности у женщин репродуктивного возраста;

в) для женщин активного репродуктивного возраста были характерны нарушения менструального цикла (чаще по типу гипоменструального синдрома), бесплодия и/или привычного невынашивания (в 2-3 раза чаще среди животноводов по сравнению с данными у жительниц сельских регионов);

г) для женщин старших и пожилых возрастных групп – животноводов почти 3 раза чаще выявлены несостоятельность тазового дна (опущении и/или выпадения половых органов), климактерический синдром и геморрагии в 1,5-2 раза, чем у жительниц сельских регионов той же местности;

д) высокая напряженность и тяжесть по физиолого-гигиенической характеристике труда, а также особенности быта у женщин-животноводов, сезонная вертикальная миграция в тяжелых климатических условиях высокогорья, являются причинами высокой частоты соматической и гинекологической, а также стоматологической патологии, патологического течения беременности и родов (тяжелые преэклампсии, кровотечения и др.)

В последние годы на территории Кыргызской Республики отмечается рост инфекций передающихся половым путем (ИППП), особенно у лиц молодого возраста наблюдается рост заболеваемости гонореей, сифилисом среди населения в возрасте 15-19 лет, в том числе и вирусных инфекций [3,4].

Из латентных групп инфекций в клинической практике наибольшую опасность представляют герпетическая, цитомегаловирусная инфекция (ЦМВ), хламидиоз, уреаплазмоз, гарднереллез, часто протекающее бессимптомно и поражающее гениталии вызывающее тяжелую гинекологическую и андрологическую патологию, бесплодие в браке, внутриутробное инфицирование, врожденные пороки развития (ВПР), антенатальная гибель плода и др.

Изучение структуры перинатальных потерь, проведенные нами за период 1990-97 годы, выявил, что частота внутриутробного инфицирования находится на 2-м месте, составляя в среднем 22,9%, далее врожденные аномалии – 10,1%; у новорожденных с врожденными аномалиями в 28,4% случаев выявлена микоплазменная и в 30,4% - ЦМВ инфекция. Проведенный регрессионный анализ выявил тенденцию к увеличению общей частоты ВПР. Так, за последние десятилетия врожденные аномалии среди умерших детей имеет тенденцию к увеличению от 8,9% / 2000 до 12,6% / 2010 год [24].

Причем, наибольшее распространение имеют «системные пороки», аномалии (костно-мышечной, сердечно-сосудистой, мочеполовой и пищеварительных систем), а также множественные ВПР. Среди «модельных» пороков наибольшее распространение получили редукционные пороки конечностей, болезнь Дауна и незаращение губы и др.

Роль латентных инфекций в генезе воспалительных заболеваний у женщин (и у мужчин супругов) активного репродуктивного возраста определена Б.А. Какеевым (2007) на основе комплексных исследований проведенных в период 2002-04 годы; Изучен иммунологический, гормональный и бактериологический профиль при герпетических инфекциях, ЦМВ, хламидиозе и токсоплазмозе [25].

Заболеваемость герпесом, цитомегаловирусом, хламидиозом и токсоплазмозом, а также

рецидивы и их осложнения (в летний период высокой солнечной активности и холодный период года); вирусоносительство у женщин репродуктивного возраста обусловлены своеобразным состоянием иммунологической и эндокринной систем организма и в меньшей степени – особенностями инфекции.

При высоких титрах антител в крови к вирусу герпеса и хламидиям у женщин констатируется гипотиреоидное состояние, обуславливающее снижение реактивности организма на инфекционное воздействие; высокий уровень тиреотропного гормона (ТТГ) снижает выработку пролактина и лютеинизирующего гормона (ЛГ), нарушая репродуктивную функцию.

Высокий титр антител к цитомегаловирусу, у женщин репродуктивного возраста сочетается с высоким уровнем прогестерона и пролактина в крови, что нарушает менструальный цикл и проявляется ациклическими кровотечениями.

На большом фактическом материале (более 11 тыс. лиц женского и мужского пола в возрасте 1-35 лет, основная часть обследованных лиц активного репродуктивного возраста 18-25 лет) показаны следующие особенности латентных инфекций:

а) в возрасте 1-14 лет высокий титр IgG к герпетической инфекции и отсутствие в сыворотке крови IgM в сочетании с отрицательным результатом ПЦР, свидетельствует о трансплацентарной передаче антител от матери, что указывает на врожденный и перинатальный характер заражения.

б) для возрастной группы 22-35 лет были характерны высокие титры IgG и IgM к герпесу, что свидетельствует о постоянной антигенной стимуляции; причем, основным эпидемиологическим источником заражения герпесом являются мужчины, для которых характерны постоянно высокие титры к герпесу.

в) широкое распространение уреоплазмоза, микоплазмоза среди населения репродуктивного возраста (от 15 до 36 лет), характерны высокие титры IgG и IgM к ЦМВ и вирусемия.

г) латентные инфекции имеют сезонность: в период максимальной солнечной инсоляции, в меньшей степени в холодный период года на фоне снижения показателей иммунитета (Т-клеточного иммунитета с активацией гуморального звена, снижение функциональной активности нейтрофилов) у обследованных

лиц в летний и осенно-зимний период года наблюдалось рост ЦИК, IgG и IgM, что свидетельствует, как о первичном заражении герпесом (и/или ЦМВ, судя по росту титра IgM), либо об обострении имеющихся латентных инфекций;

При высоких титрах антител к исследуемым инфекциям и при развитии вторичных гинекологических осложнений установлено появление в мембранах эритроцитов белков с неупорядоченной структурой расширенных липидных зон. Высокий уровень лизофосфолипидов в мембранах нарушает их структурную целостность и функциональные возможности, включая конформационные изменения трансмембранных белков, возможных промоторов онкогенеза [24].

Особенности клинического течения латентных инфекций (носительство и/или болезнь) у лиц, особенно молодых активного репродуктивного возраста, требует своевременной диагностики и их коррекции, тем более у супружеских пар планирующих беременность. Эти меры являются первичной профилактикой бесплодного брака, привычного выкидыша, далее при беременности внутриутробного инфицирования плода, осложненного течения родов («тяжелые неконтролируемые кровотечения») и далее гнойно-септические осложнения в послеродовом периоде [26,32,39].

Особую группу высокого риска нарушений репродуктивной функции составляет женщины из социально-уязвимых групп населения (бедность, и крайняя бедность), жительницы отдаленных регионов, работницы коммерческих услуг, потребители инъекционных наркотиков и др. (Бейшембиева Г.Дж.) [27].

В Кыргызской Республике до достижения реальной эффективной перинатальной помощи в клинической практике еще далеко. Одним из причин, по нашему мнению, является и отмеченные в некоторых обзорах экспертов, отклонения и пренебрежения к стандартам оказания медицинской помощи; Не снижается роль ятрогенных факторов, связанных с «акушерской агрессией» (в т.ч. кесарево сечение, частота гистерэктомий остается стабильной на протяжении, по крайней мере, последних четырех десятилетий) [28,29]; а также своевременный клинический диагноз так называемых критических «near-miss» состояний

и доступность неотложной акушерской помощи, особенно в условиях региональных учреждений [4,6,26,29,39].

В Кыргызской Республике остается высокий уровень материнской смертности [2,4].

Критический анализ базы доказательной медицины (системных обзоров, мета-анализов, клинических руководств и др). [28-38] в области акушерства и данные экспертных оценок охраны репродуктивного здоровья в Кыргызской Республике позволяют выделить следующие особенности [4,6,39]:

- в структуре материнской смерти в нашей стране традиционно остается кровотечение, гипертензивные нарушения и гнойно-септические осложнения, характерные для стран с ограниченным ресурсом [2,4,6,30,36-38].

- в структуре прочих причин содержатся анафилактические и анестезиологические осложнения, ТЕЛА, ЭОВ, травмы (разрывы матки) [4,29,31].

- более 2/3 из всех причин обусловлены нарушением состояния системы гемостаза (тромбоцитопатические состояния, тяжелая преэклампсия и/или эклампсия; амниотическая эмболия, ТЭЛА, HELLP синдром, отслойка и вращение плаценты и др.) [32-35,39].

Причины материнской смертности многообразны и выходят за рамки сектора здравоохранения и обусловлены рядом экономических, социальных и культурных факторов, демографической структурой, поведенческими навыками, санитарной грамотностью населения:

почти каждая третья умершая женщина не находилась под наблюдением (1999г. - 25%, 2010г. - 36,1%), выросло число умерших женщин – трудовых мигрантов прибывших из регионов и даже из ближнего зарубежья, которые будучи беременными остаются вне наблюдения медицинских работников и обращаются в ЛПО в запущенном тяжелом состоянии.

Следовательно, для решения проблемы охраны репродуктивной функции следует учитывать состояние здоровья женщин, особенности проживания в горных регионах, с учетом сезонных вертикальных миграций постоянных (аборигенов) жителей горных регионов; далее учет особенностей в условиях дизадаптации у мигрантов из высокогорных регионов, переехавших в низкогорье, неустроенность социально-бытовых условий и

др [7,23,26].

Таким образом, перспектива сохранения демографической ситуации и охраны материнства и детства находится в изучении репродуктивного здоровья у жительниц горных регионов с учетом влияния экологических и биологических, социальных факторов на состояние:

- полового развития и становления репродуктивной функции (детская и подростковая гинекология);

- у жительниц аборигенов в процессе вертикальной миграции в связи трудовой деятельностью горного животноводства, а также при миграции в климато-рекреационные местности горных регионов (кумысолечение и др., туризм);

- особенности у женщин детородного возраста прибывших из комфортных климатических поясов, прибывшие в связи с современной стратегией долгосрочного освоения природных ресурсов в экстремальных климатических поясах горных регионов;

- внутренняя миграция из высокогорных регионов в низкогорье;

- акушерские и перинатальные аспекты оказания неотложной помощи при критических состояниях (клиническое акушерство) у женщин в горных регионах.

Литература:

1. Программа по улучшению перинатальной помощи в Кыргызской Республике на 2008-2017 годы. / МЗ Кыргызской Республики. Детский Фонд ООН (ЮНИСЕФ), 05, 2012. – 136с.
2. Кудаяров Д.К. Охрана материнства и детства в Республике и вклад Объединения (Ассоциации) врачей педиатров Кыргызстана // Ж. Здоровье матери и ребенка, 2011, Т. 3, №1.- с. 13-16.
3. Национальная стратегия охраны репродуктивного здоровья населения Кыргызской Республики до 2015 года: офиц. текст. / Бишкек, 2006. – 66 с.).
4. Краткий обзор ситуации в сфере охраны здоровья матери и ребенка в Кыргызской Республике за 2008 - 2009 гг. / [А.С. Ешиходжаева, А.С.Калиева, Н.С. Абазбекова и др.]. - ГТЦ. - Бишкек, 2010.– 48 с.
5. Население Кыргызстана в начале XXI века. Глава 1. Кудабаяев З., Кудабаяева М. Экономическое развитие Кыргызстана - с.8-27; Глава 2. Торгашева Л., Калмыкова Н. Численность и размещение населения - с.28-44. (Под редакцией М.Б. Денисенко). – Б.: 2011.-331с
6. 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.

7. Мусуралиев М.С. Проблемы репродуктологии у жительниц высокогорных регионов/ Ж. Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2012, №1- 34-39.

8. Биология жителей высокогорья/ Миррахимов М.М. Биологические и физиологические особенности коренных жителей высокогорья Тянь-Шаня и Памира// Под ред. П. Бейкер, М.М. Миррахимова- Изд. «Мир» М., 1981-392с

9. The biology of high-altitude peoples/Edited by P.T. Baker, 1978, Cambridge Univ. Press

10. Gupta R., Basu A., Pausow J. Altitude and human biology: A comparative studies of Humalajan. In the book «Human Biology of Asian Hihgland Population in the Global Context». Calcutta. -1989. -1-80p

11. Алдашев А.А. Генетические механизмы развития высотной легочной гипертензии.// Ж. Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2012, №1- 21-24.

12. 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»(Ed by A. Basu and R. Gupta). – Calcutta, 1989.-128-131p

13. Мусуралиев, М.С. Беременность и горы (Проблемы адаптации в норме и патологии) [Текст] / М.С. Мусуралиев. – Бишкек, 1995. – 175 с.

14. 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

15. 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.

16. 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.

17. Мусуралиев М.С., Джетиженова 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.

18. 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

19. Musuraliev M.S. Gestation and in partum adjustment in females native of high altitude (nutpicks). В кн.: WHO/WMD/JNTP sump. On Climate and Human Health/ - Leningrad. 1986- p. 73-74

20. Musuraliev M.S. Circulatory Adaptation in Female Residents of High Altitude during Physiological and Complicated Late Gestosis Pregnancy. (тезисы) В кн.:

European Association of Gynaec. And Obstetric. 6-th meeting- Moscow, 1991- p. 117-118

21. Musuraliev M.S. Perinatal fetal adaptation aspects under the influence of different hypoxia (тезисы) Abstract book. 3-regional congress of pediatrics of Cental Asia and Turkey with International Participation. – Almaty, 1996 - P. 134

22. Musuraliev M.S., Beyshenbieva G.Dj. Peculiarities of reproductive system, hemostasis and hemodynamic characteristics of system “mother-fetus” of the women living in norm and pathology/Центрально-азиатский мед журнал. Том XII. Прил. 1, Бишкек-2006 -21s

23. Акынбеков К.У., Шнирт М.Б., Джусупов К.О. Актуальные вопросы гигиены и физиологии горного овецводства.- Бишкек, 1996.-317с.

24. Шаршенов А.К., Мусуралиев М.С. Прогнозирование и пути профилактики перинатальных потерь в Кыргызской Республике: Монография.- Б.: 2001.- 174с.

25. Какеев Б.А. Роль биологических и современных социальных факторов в патогенезе латентных инфекций/ Автореф. дис. на соискание ученой степени доктора медицинских наук.- Бишкек , 2007.- 40с.

26. Макенжан уулу Алмаз, Омурбекова М.М, Мусуралиев М.С. Опыт оперативного гемостаза билатеральной перевязкой артерий при массивных коагулопатических акушерских кровотечениях/ Научно-практ. журнал Модар ва кудак. Матъ и дитя. Mother and child - 2012- №4 (14) – с. 13-18.

27. Бейшембиева Г.Дж. Репродуктивное здоровье женщин социально-уязвимых групп населения Кыргызстана (монография) - Бишкек, 2010- 221с

28. Yamasmit W., Chaithonqwonatthana S. Risk factors for cesarean hysterectomy in tertiary in Thailand: A case-control study //J. Obstet. Gynecol. Res. 2009, Vol.35 - №1. - P. 60-65.

29. Knight M. Appendix 2A: Summary of United Kingdom Obstetric Surveillance System (UKOSS) Report on near-miss studies, 191-195. In: Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer, 2006–08. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. BJOG 2011; 118:1–203. (Cantwell R, Clutton-Brock T, Cooper G, Dawson A, Drife J, Garrod D, et al.).

30. Cantwell R, Clutton-Brock T, Cooper G, Dawson A, Drife J, Garrod D, et al. Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer, 2006–08. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. BJOG, 2011; 118:1–203.

31. American Thoracic Society Documents An Official American Thoracic Society/Society of Thoracic Radiology Clinical Practice Guideline: Evaluation of Suspected Pulmonary Embolism In Pregnancy / Am J Respir. Crit. Care Med., 2011.-Vol 184- pp 1200–1208. // (Ann N. Leung, Todd M. Bull, Roman Jaeschke, et al.) DOI: 0.1164/ rccm.201108-1575ST

32. Placenta praevia, placenta praevia accrete and vas praevia: diagnosis and management. Green-top guideline, №27, January 2011. - 26 p

33. Antepartum Haemorrhage. Green-top guideline

№60, 1st edition, Nov. 2011.- 23 p

34. Ciantar E., Walker J.J. Pre-eclampsia, severe pre-eclampsia and hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets syndrome: what is new? *Womens Hlth (Long Engl.)* 2011; 7(5): 555-569.

35. Vazquez Rodriguez J. G, Flores Granados C.X. Maternal complications and HELLP syndrome. *Ginecol. Obstetr. Mex.* 2011; 79 (4): 183-189.

36. Chamberlain D. J et al. The severe sepsis bundles as processes of care: A meta-analysis. *Aust. Crit. Care.* - 2011; 14.

37. RCOG/ Bacterial Sepsis in Pregnancy: Green-top guideline №64a; 2012.

38. Warren M. L., Ruppert S. D. Management of a patient with severe sepsis. *Crit. Care Nurs. Quart.* - 2012; 35

39. Мусуралиев М.С., Макенжан уулу А., Омурбекова М.М. Проблемы материнской смертности при кровотечении в акушерстве./ *Вестник КГМА*, 2012, №4. – с 126-130.



ДНИ НАУКИ 2014

посвященные 75-летию

КГМА им. И.К. Ахунбаева

16-18 апреля 2014г.

Бишкек, Кыргызская Республика

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ОКАЗАНИЮ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СЛУЧАЯХ С ТЯЖЕЛЫМИ АКУШЕРСКИМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Макенжан уулу А., Омурбекова М.М., Мусуралиев М.С.

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

Резюме: В данном сообщении обсуждаются исходы 485 критических случаев массивных акушерских кровотечений и опыт остановки коагулопатических кровотечений с применением инновационной технологии у 336 рожениц (в т.ч. с сохранением матки – 157 (46,7%) случаях, из них у 105 перевязка подвздошных артерий и 52 случая перевязки маточных артерий).

Ключевые слова: коагулопатические акушерские кровотечения, перевязка маточной и/или внутренней подвздошной артерии, транексамовая кислота.

ООР КАН ЖОГОТУУ МЕНЕН КОШТОЛГОН КАТААЛ КАБЫЛДООДО АКУШЕРЛИК ШАШЫЛЫШ ЖАРДАМДЫ ЖАКШЫРТУУ ЖОЛДОРУ

Макенжан уулу А., Омурбекова М.М., Мусуралиев М.С.

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

Корутунду: Бул иште 485 аялдын төрөттө катаал кабылдоодо жана ошондой эле 336 аялдын кан агууну (анын ичинде 157 (46,7%) жатынды сактоо менен) антифибринолитик компоненттик жана кан тамыр байлоо (105 ички жайык жана 52 жатын артериясы) жакшыртылган ыкманы колдонуу менен токтотуу натыйжалары берилген.

Негизги сөздөр: коагулопатиялык акушерлик кан агуу, транексам, жатын артериясы жана/же ички жайык артерияны байлоо

INNOVATION APPROACH IN CRITICAL EMERGENCY CASES WITH SEVERE OBSTETRIC HEMORRHAGE

Makenjan uulu A., Omurbekova M.M., Musuraliev M. S.

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

Resume: In this report discusses the outcomes of 485 critical cases of massive obstetric hemorrhage and experience of stopping the coagulopathical hemorrhage using innovative technology in 336 pregnant women (including the conservation of the uterus – 157 (46, 7%) of cases, of whom 105 cases of hypogastric artery ligation and 52 cases of uterine artery ligation).

Key words: coagulopathy in massive obstetric hemorrhage, uterine artery and hypogastric artery ligation, tranexamic acid.

Актуальность проблемы. Акушерские кровотечения в Кыргызской Республике являются ведущей причиной летальности (в среднем 30,3%) среди женщин детородного возраста. Анализ доказательной базы мировой литературы свидетельствует о том, что кровотечения в причинах смерти матерей составляет в среднем 20-25%, с колебаниями от 11% до 35% [1-4].

В критической медицине большое внимание уделяется изучению больных оказавшихся на грани смерти, так называемые «near-miss», «едва выжившие» или «чуть не умершие». Известно, что эти «критические случаи», опасные для жизни осложнения происходят значительно чаще, чем случаи материнской смертности. Цена выживания – это потеря репродуктивной функции (удаление

матки). По данным Системы акушерского надзора Соединенного Королевства на 1 случай материнской смерти приходится 60 случаев удаления матки (или 41,0 на 100.000 случаев) [5].

Анализ этих ситуаций является основанием для разработки инновационных технологий и улучшения качества оказания неотложной акушерской помощи [6-8].

Цель: Определение возможности остановки тяжелых кровотечений и сохранение репродуктивной функции у рожениц с применением антифибринолитической компонентной терапии и билатеральной перевязки внутренних подвздошных и/или маточных артерий в условиях оказания ургентной помощи.

Материал и методы исследования.

Материалы исследования составили данные анализа исходов 485 критических случаев массивных акушерских кровотечений и опыт остановки кровотечений в 336 операциях, проведенных в родовспомогательных учреждениях Кыргызской Республики в условиях оказания экстренной помощи с применением билатеральной перевязки сосудов (a. iliaca interna, a. uterinae) и компонентной антифибринолитической терапии.

Контрольная группа представлена данными анализ ретроспективных исследований 149 критических случаев традиционной практики с гистерэктомией в период с 2003- 2013гг.

Основная клиническая группа представлена данными 336 критических случаев, полученных при оказании неотложной акушерской помощи (НАП) по линии санитарной авиации на период 2004-2013гг с применением инновационного подхода [9].

Основную группу составили данные 179 рожениц, которым при критических ситуациях, была проведена гистерэктомия (группа 1) и для радикального гемостаза применена билатеральная перевязка внутренней подвздошной артерии (ПВПА).

Основную группу 2 (группа 2 а, б, в) составили 157 (46,7%) критических случаев с сохранением репродуктивного органа (без удаления матки), где остановка массивных акушерских кровотечений (МАК) проведена с применением антифибринолитической терапии и билатеральной перевязки сосудов (из них в 105 случаях перевязка a. iliaca interna и 52 случая перевязка a. uterinae).

Критериями отбора в группы исследований служило наличие МАК. Для оценки тяжести критического случая МАК использовали клинические признаки принятые в ВОЗ:

а) кровотечение было определено как тяжелое, когда потеря крови превышает 1500 мл или 2000 мл; или когда оно связано с аномалиями коагуляции, снижение уровня гемоглобина (Hb) ≤ 70 г/л; или инфузия ≥ 2 литра в течение 1 часа, или экстренная абдоминальная гистерэктомия;

б) случаи дистонии: все случаи разрыва матки и маточного ретракционного кольца; или «удлинение разреза на нижнем маточном сегменте» и /или травматический разрыв матки во время кесарева сечения;

в) при патологии плацентации - предлежание

и/или вращающиеся: патологические разрастания плацентарной ткани с высоким уровнем продуктов деградации фибриногена и фибрина;

г) тромбоцитопения и развитие острого ДВС; лабораторно подтвержденное внутрисосудистое свертывание, фибринолиз или тяжелое неконтролируемое кровотечение.

Методы исследования: клинические, лабораторные, УЗИ сканирование, гемостазиограмма, данные гистологических исследований.

Результаты исследования и их обсуждения

Данные доказательной медицины в области неотложного акушерства и практически все обзоры обращают внимание на относительную редкость, внезапность проявления критической ситуации. Анализ 73 случаев, умерших матерей в родах от кровотечений в Кыргызской Республики за период 2000-12 годы показал, что неконтролируемые кровотечения чаще встречались случаи смерти наступившие в региональных родовспомогательных учреждениях республики (71,2%). Особое внимание обращает высокая доля среди умерших, женщин активного репродуктивного возраста (65,7%) при первых и повторных родах (82,2%) [10].

В наших клинических группах угрожающие жизни критические ситуации чаще встречались у женщин активного репродуктивного возраста до 30 лет (47,1%) при первых (32,1%) и повторных родах (42,2%). Причем, жительницы сельских регионов составляли из общего числа критических случаев угрожающих жизни состояний почти половину случаев (в общей сложности 43,7%), а в контрольной группе встречалось две трети случаев (67,8%). Следовательно, в регионарных учреждениях остается много проблем связанных с качеством деятельности службы неотложной акушерской помощи, кадровым потенциалом и т.д.

В клинической практике тяжелые случаи резистентные к традиционным методам остановки кровотечения, как правило, завершаются удалением матки. Имеются данные о том, что частота гистерэктомий приходится на 1:331 - 1:6978 родов по причине: а) вращающиеся плаценты; б) травматических повреждений матки; в) атонии матки [11].

В отношении причин материнской

смертности по результатам *конфиденциальных исследований случаев* в Казахстане за период с 2008-10 гг. отмечается именно смерть от кровотечения: из-за разрыва матки - 25,8%, за счет отслойки плаценты - 22,6% и предлежания плаценты - 11,1%, или «каждая четвертая женщина, умерла от разрыва матки; каждая пятая – от отслойки плаценты» [4].

Клинические группы контрольных наблюдений и основных групп исследований разделены на подгруппы по основным признакам ведущей к неконтролируемому кровотечению: а) чисто послеродовые гипотонические кровотечения, б) травматические повреждения матки, в т.ч. при операции кесарева сечения, и в) патологии плацентации (отслойка и предлежание и/или врастания плаценты), в) оперативные родоразрешения (кесарево сечение) и др. (поздние кровотечения при ГСЗ и др.).

В традиционной практике в акушерстве у женщин с тяжелыми кровотечениями гистерэктомия остается окончательным методом оперативного гемостаза [12-14]. Причем, особого внимания заслуживают данные говорящие о том, что - “из 58% кровотечений, в структуре причин гистерэктомии в 63% случаев составляли оперативные родоразрешения - кесарево сечение, и лишь 23% случаев послеродовые кровотечения” [8]. Во многих странах мира актуальной остается проблема кесарева сечения, имеющей тенденцию к увеличению частоты оперативных родоразрешений. Так, в России частота кесарева сечения достигла 388787 операций в 2010 году, что составляет 36% от всей хирургической деятельности, а в г.Москве частота кесарева сечения в 2011 году составила 23,3% [14].

В нашей республике родоразрешения путем проведения операции кесарева сечения составили 7,3-8,4 (от 4,8 до 20,6) к общему числу родов (при соотношении количества операций от 10446 в 2011г. и до 11941 в 2012году). Частота гистерэктомии при этом составила – в среднем 3,5 -3,3 а в отдельных региональных учреждениях остается достаточно высокой - от 6,1 до 10,3. [15].

В таблице 1 представлен детальный анализ причин 485 критических ситуаций с тяжелыми кровотечениями. Среди основных причин выделены следующие:

а) послеродовые гипотонические кровотечения 20,2%;

б) случаи дистоксии - травматические повреждения матки 14,8%;

в) патологии плацентации 46,0%;

д) как результат кесарева сечения 111/22,8%;

г) как правило, критические случаи сопровождались развитием геморрагическим шоком (ГШ) и нарушением коагуляции – синдромом ДВС в 62,5-64,7% случаях.

Традиционная акушерская практика при тяжелых кровотечениях - удаление матки, где гистерэктомия была окончательным методом оперативного гемостаза у 149 рожениц (контрольная группа). Анализ показал причины тяжелых кровотечений или коагулопатий:

а) разрывы матки – 18,1%, отслойка плаценты- 31,5%, антенатальная гибель плода (АГП) - 24,8%, тяжелая преэклампсия - 25,5% и наличие матки Кувелера-18,8%;

б) развития ДВС и фибринолиза – 73,8% из всех случаев,

в) летальный исход в 51/34,2% из 149 критических случаев, причина гибели в основном из-за неконтролируемого кровотечения и /или развития системной полиорганной недостаточности.

Следует отметить, что при прочих равных условиях контрольных и основных исследований материнская смертность в основных клинических группах была минимальна - летальный исход в основной группе 2 (а) - 3 случая (4,3%), причина гибели в основном из-за синдрома полиорганной недостаточности и /или, слишком запоздалой неотложной помощи.

Таким образом, с учетом особенностей тяжелых кровотечений, такие как коагулопатические, вместо традиционного подхода необходим иной инновационный способ остановки кровотечения.

Альтернативой могут быть методы хирургического управления массивных кровотечений путем билатеральной перевязки сосудов малого таза и матки. В клинической практике при критических ситуациях имеются сообщения об успешном опыте применения билатеральной перевязки внутренних подвздошных артерий (ПВПА) как меры спасения жизни роженицы. Mukherjee P., с соавт. [16] опубликовали об успешном применении в 83,3% из 36 случаев за 6 летний период; Mukhopadhyay P., с соавт. сообщают о 8 случаях [17]. Samuzcuoglu H., и соавт. [18]. сообщают о 33 наблюдениях,

Таблица 1. Основные клинические группы и нозологии причин акушерских кровотечений с традиционным и инновационным подходе лечения у рожениц при критических ситуациях (n/%)

		Контрольная группа Традиционная практика (ГЭ) n/ %		Основные группы инновационный подход							
				ГЭ – 179		Органсохранение - 157/46,7%					
				1 ПВПА n %		2(а)ПВПА n /%		2(б) ТК+ ПВПА n /%		2(в) ТК+ ПМА n%	
Нозологии 485/100%		149	100	179	100	70	100	35	100	52	100
Послеродовые кровотечения	98/20,2	36	24,2	34	19	15	21,4	11	31,4	2	3,8
Травматические повреждения матки	РМ (рм+КС) 61/12,6	27	18,1	23	12,8	5	7,1	6	17,4	-	-
	ОВМ 11/2,3	3	2	2	1,1	3	4,3	2	5,7	1	1,9
	Всего 72/14,8	30	20,1	25	13,9	8	11,4	8	22,8	1	1,9
Патология плацтации	ПОП 133/27,4	47	31,5	42	23,4	27	38,5	6	17,4	11	21,1
	ПП 90/18,6	20	13,4	48	26,8	3	4,3	4	11,4	15	28,8
	В с е г о 223/46,0	67	44,9	90	50,2	30	42,8	10	28,6	26	50
Операция КС	КС 55/11,3	25	16,78	17	9,5	6	8,6	1	2,8	6	11,5
Осложненные ГШ 303/62,5		115	77,2	112	62,6	42	60,0	23	65,7	11	21,1
Осложненные ДВС 314/64,7		110	73,8	125	69,8	42	60,0	20	57,1	17	32,7
Материнская смертность		51	34,2	-	-	3	4,3				

*Примечание: РМ-разрыв матки; ОВМ-острый выворот матки;
ПОП-преждевременная отслойка плаценты; ПП-предлежание плаценты.*

где проводилась билатеральная перевязка после гистерэктомии с эффективностью в 75% случаев. Есть описание Iwata A., и соавт. (2010) о 23 случаях кесарева сечения с гистерэктомией при предлежаниях плаценты [19]. Orhan U., и соавт. приводят опыт успешного применения в 87,9% случаях (51 из 58 больных) [20]. Описаны 3 случая при предлежании плаценты с вращением, которые, приводит А.Г.Судаков и соавт.(2012), где сосудистый хирург выполнил перевязку внутренних подвздошных сосудов, после чего была выполнена тотальная гистерэктомия без придатков [21].

В наших наблюдениях опыт возможности радикальной остановки кровотечения с

применением билатеральной перевязки внутренней подвздошной артерии и/или маточной артерии (ПВПА/ПМА) обобщен по результатам 336 критических случаев.

В первой основной клинической группе из 179 случаев причиной критической ситуации были осложненные ДВС у рожениц после операции путем кесарева сечения у 117 (65,4%), и как осложнения после самостоятельных родов в 62 (34,6%) случаев.

В первой основной клинической группе нами была произведена ПВПА для остановки тяжелых акушерских кровотечений. Из 117 случаев кесарева сечения в 73 (62,4%) случаях было произведено ПВПА с гистерэктомией,

и после самостоятельных родов в 54 (46,1%) случаях. Особую группу составили критические случаи 44 (37,6%) из 117 наблюдений, когда ПВПА было произведена во время релапаротомии, как радикальная мера остановки кровотечений рефрактерной другим методам, в том числе с объемом гистерэктомии проведенная при предыдущей операции кесарева сечения; из них в 6 (13,6%) случаях ПВПА была произведена во время второй релапаротомии (Н.: первая операция кесарево сечение, вторая операция релапаротомия с гистерэктомией, и третья операция - релапаротомия с ПВПА).

Все случаи релапаротомии проводились по поводу неэффективности остановки тяжелого кровотечения на предыдущих этапах оказания неотложной помощи и это является причиной затруднения принятия решений по поводу начала инвазивных процедур и/или перевода в специализированный территориальный центр и др., что является реальным фактором массивной кровопотери [22].

Как известно, одним из основных принципов консервативного лечения коагулопатических кровотечений является активная тактика трансфузионной терапии - раннее и быстрое введение адекватных объемов свежзамороженной плазмы для восстановления гемостатического потенциала крови, использование ингибиторов протеаз, антиплазминовых препаратов и ингибиторов фибринолиза [23]. В настоящее время в медицинской практике инновацией является применение рекомбинантного фактора - rFy11a [24,25], использование которой в акушерстве ограничивается дороговизной и малодоступностью [26-28].

В клинической медицине достаточно широко обсуждается транексамовая кислота [29, 30, 31]. Мета анализ 34 научных работ по оценке эффективности транексамовой кислоты в акушерстве проведенный Peitsidis P., Kadir R.A. показал достоверное снижение кровопотери (95% ДИ -4.1-69.13, $p=0,08$) [32].

Особый интерес при критических состояниях вызывают медицинские технологии предупреждающие интраоперационное кровотечение и дающие возможность сохранения репродуктивного органа [33].

При абдоминальном родоразрешении у женщин группы высокого риска по развитию кровотечения с выявленными нарушениями

в гемостазиограмме и/или повышенной кровоточивостью тканей при проведении кесарева сечения, необходимо введение ингибиторов фибринолиза и поливалентных ингибиторов протеолиза [29,31-33].

Наш опыт возможности проведения органосохраняющей операции без удаления матки путем билатеральной перевязки магистральных сосудов с проведением компонентной антифибринолитической терапии в условиях оказания неотложной акушерской помощи при коагулопатических кровотечениях был изложен в методической рекомендации [34].

В наших наблюдениях показаниями к антифибринолитической терапии были: послеродовые и/или послеоперационные кровотечения (после кесарева сечения на предыдущих этапах оказания неотложной помощи) и геморрагии обусловленные острым ДВС с фибринолизом (отслойка плаценты и/или предлежание с признаками вставания плаценты, эклампсия, болезнь Виллебранта, тромбоцитопенические состояния и др.).

Так, из 336 критических ситуаций в основных клинических группах у 157 (46,7%) случаях удалось сохранить матку (группа 2а, 2б, 2в). В зависимости от причины ведущей к рефрактерному кровотечению устойчивого к традиционным методам остановки, была проведена перевязка подвздошных артерий (ПВПА -70) и антифибринолитическая терапия у 87 пациентов без гистерэктомии (в том числе ПВПА -35 (40,2%) и 52 (59,8%) ПМА).

Билатеральная ПВПА (группа 2а) была эффективной при ПРК (15 случаев), при повреждениях матки (8 случаев), предлежании и отслойке плаценты (30 наблюдений) при наличии в более половине случаев развития ДВС синдрома что составило 55,7% случаев.

В настоящее время актуальной проблемой современного акушерства является прогнозирование и профилактика критических состояний [35].

Следует отметить, что своевременная деваскулиризация матки и антифибринолитическая терапия могут быть достаточными для остановки кровотечения, что подтверждают результаты исходов второй основной группы. В наших наблюдениях с использованием компонентной антифибринолитической терапии с применением транексамовой кислоты и билатеральной

перевязки сосудов, необходимость перевязки подвздошных артерий требовалось лишь в 35 (40,2%) критических случаев, а в остальных случаях – в 52 (59,8%) наблюдений достаточной была перевязка маточных артерий (группы 2 б, в).

Таким образом, в условиях оказания ургентной помощи, при своевременной диагностике риска и/или верификации коагулопатии процедура перевязки артерий (ПМА, и/или ПВПА) являются доступным методом, и может выступать в качестве альтернативы гистерэктомии. Проведение компонентной антифибринолитической терапии и деваскулиризации матки при наличии коагулопатических кровотечений (особенно в условиях регионарных родовспомогательных учреждений) может не только существенно снизить частоту тяжелых кровотечений, но и завершить операции без удаления матки.

Литература:

1. Cantwell R., Clutton-Brock T., Cooper G., et al. *Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer, 2006–08. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom* // BJOG.- 2011.-Vol.118. -P.1–203.
2. Kaye D., Mirembe F., Ariga F., Namulema B. *Maternal mortality and associated near-misses among emergency intrapartum obstetrics referrals in Mulago Hospitals* // Kampala Uganda. East Afr. Med. J. -2003. -Vol.80(3).-P.144-9.
3. 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.- Vol.15. -P. 8.
4. Абуова Г., Укыбасова Т., Мусагалиева А. *Внедрение методики конфиденциальных расследований случаев материнской смертности в республике Казахстан: предварительные результаты* // J. Entre Nous, -2010.-N.70 – с. 25.
5. Knight M., Kurinczuk J.J., Spark P., Brocklehurst P. *United Kingdom Obstetric Surveillance System Steering Committee. Cesarean delivery and peripartum hysterectomy* // J. Obstet Gynecol.- 2008. –Vol.111.-P.97–105.
6. Hussian R., Dlugacz Y.D. *Good catery finding near-misses and preventing errors* // Internft. Forum on Guality and Safery. April 2008; Paris, France abstr. 29: 2008.
7. Lonkhuijzen Luc, Stekelenburg Jelle, Van Roosmalen Jos. *Maternity waiting facilities for improving maternal and neonatal outcome in low-resource countries* // Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews, 2009. - Issue 3 John Wiley & Sons, Ltd Chichester, UK DOI: 10.1002/14651858.cd06759. - pub2, 2009.
8. Knight M. *Appendix 2A: Summary of United Kingdom Obstetric Surveillance System (UKOSS) Report on near-miss studies, 191-195. In: Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer, 2006–08. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom* // BJOG -2011.-Vol. 118. -P.1–203
9. Мусуралиев М.С., Макенжан уулу А. *Способ гемостаза при массивных послеродовых маточных кровотечениях* // Бюл. Интеллект. собственности, 2004, №12 – патент №727.
10. Мусуралиев М.С., Макенжан уулу А., Омурбекова М.М. *Проблемы материнской смертности при кровотечении в акушерстве* //Вестник КГМА.- 2012.- №4. – с 126-130.
11. Smith J., Mousa H.A. *Peripartum hysterectomy for primary postpartum haemorrhage: Incidence and material morbidity*// J. Obst. Gynecol. -2007. –Vol. 27. –P. 44-47.
12. Vazquez J.A., Rivera G.V., Higareda S.H. et al. *Obstetric hysterectomy. Incidence, indications and complications* //J.Gynecol. Obstet. - Mex. – 2008. – Vol. 76. - № 3. – P.156 -160.
13. Tocce I.K., Thomas V., Teal S. *Scheduled hysterectomy for second-trimester abortion in a patient with placenta accrete* // J. Obstet. Gynecol.- 2009. –Vol.113. –P.568–570.
14. Стрижаков А.Н., Игнатко И.В. *Новый взгляд на проблему кесарева сечения материалы XIII Всероссийского научного форума «Мать и дитя»-«МЕДИ Экспо», 2012.-М., 2012 – С. 179-182.*
15. *Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики в 2012 году.* - Бишкек, 2013. - 330 с.
16. Mukherjee P., Das C., Mukherjee G., et al. *Emergency internal iliac artery ligation for obstetrical and gynecological hemorrhage* // J Obstet Gynaecol. Ind. -2002. -Vol.52. -P.147-9.
17. Mukhopadhyay P., Tapan Naskar, Samir Hazra, Debasis Bhattacharya. *Emergency internal iliac artery ligation - still a life saving procedure* //J Obstet Gynecol India: March/April -2005 -Vol. 55, No. 2 -P.144-145.
18. Camuzcuoglu H., Toy H., Vural M., et al. *Internal iliac artery ligation for severe postpartum hemorrhage and severe hemorrhage after postpartum hysterectomy*// Obstet Gynaecol Res. -2010 Jun; -Vol.36(3). - P.538-43.
19. Iwata A., Murayama Y., Itakura A., et al. *Limitations of internal iliac artery ligation for the reduction of intraoperative hemorrhage during cesarean hysterectomy in cases of placenta previa accrete* // J. Obstet Gynaecol Res. -2010 Apr;- Vol.36(2). P.254-9.
20. Orhan Unal, Kars Bulent, Buyukbayrak Esra Esim, 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*, October -2011.- Vol.24. Number 10. -P. 1273-1276 (4).

21. Судаков А.Г., Шальнев В.В., Галенчик С.А., Радченко О.В.. Лечебно-диагностическая тактика у пациенток с вращением плаценты. материалы XIII Всероссийского научного форума «Мать и дитя»-«МЕДИ Экспо», 2012.-М., 2012 – С.183-184

22. Driessen M., Bouvier-Colle M.H., Dupont C., et al. Postpartum haemorrhage resulting from uterine atony after vaginal delivery; factors associated with severity // *J.Obstet Gynecol* -2011, N117.- P.21-31.

23. Antepartum Haemorrhage Green-top guideline №60, 1st edition, November 2011.- 23 p.

24 Mannucci P.M., Mancuso M.E., Santagostino E. How we choose factor VIII to treat hemophilia. *Blood*. 2012 May 3;119(18):4108-14. doi: 10.1182/blood-2012-01-394411. Epub 2012 Mar 12 alth, Green-top Guideline No. 52 May 2009, 2012 RCOG

25. Therapeutic uses of recombinant coagulation factor VIIa. <http://www.uptodate.com/store>. Mapm 2013

26. Welsh A., McLintock C., Gatt S., et al. 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

27. Wise A., Clark V. Challenges of major obstetric haemorrhage/ *Best Practice & Research Clinical Obstet. and Gynaec.* 24 (2010) 353–365.

28. Prevention and management of postpartum haemorrhage, *Settings standards in improving women health*,

Green-top Guideline No.52. May 2009, 2012 RCOG.

29. Sekhavat L., Tabatabaai A., Dalili M., et al. Efficacy of tranexamic acid in reducing blood loss after caesarean section // *J. Matern Fetal Neonatal Med* -2009. –Vol.22. –P. 72–75.

30. The CRASH-2 Collaborators. Effects of tranexamic acid on death, vascular occlusive events, and blood transfusion in trauma patients with significant haemorrhage (CRASH-2): a randomised, placebo-controlled trial. *Lancet* 2010; Vol.376. –P.23–32.

31. 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.

32. Peitsidis P., Kadir R.A. Antifibrinolytic therapy with tranexamic acid in pregnancy and postpartum. *Expert Opin Pharmacother.* 2011 Mar;12(4):503-16. Epub 2011 Feb 4.

33. Серов В.Н., Савелева Г.М., Стрижаков А.Н. и др. Профилактика и терапия массивной кровопотери в акушерстве (Медицинская технология разрешена Росздравнадзором ФС №2010/141 от 29-апреля 2010г)–М., 2011; 23с.

34. Мусуралиев М.С., Макенжан у.А., Кангельдиева А.А., и др. Малоинвазивная органсберегающая технология при коагулопатических массивных акушерских кровотечениях - Бишкек, 2010 -36 с.

35. Стрельцова В.Л., Маркина Л.Д. Критические состояния в акушерстве – новый взгляд / *Материалы XIII Всероссийского научного форума «Мать и дитя»-«МЕДИ Экспо»*, -М., 2012 –С.176-177.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО КЛИМАКСА (ОБЗОР)

Теппеева Т. Х., Исакова Ж.К.

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

Резюме: В данной статье представлены основные подходы заместительной гормональной терапии как одного из звеньев профилактики и лечения патологического климакса.

Ключевые слова: Патологический климактерий, заместительная гормональная терапия.

ПАТОЛОГИЯЛЫК КЛИМАКСТЫ АЛДЫН АЛУУНУН ЖАНА ДАРЫЛООНУН ЖАҢЫ МҮМКҮНЧҮЛҮКТӨРҮ (КАРОО)

Теппеева Т.Х., Исакова Ж.К.

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

Корутунду: Бул макалада патологиялык климаксты алдын алуу жана дарылоонун бир бөлүгү катары орун басарлык негизги гормоналдык терапиянын жакындоолору көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: Патологиялык климактерий, орун басарлык гормоналдык терапия.

NEW POSSIBILITIES OF TREATMENT AND PROPHYLAXIS OF PATHOLOGICAL MENOPAUSE (REVIEW)

Терпеева Т.Н., Isakova J.K.

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

Resume: This article deals with the main approaches of hormonal therapy as one of the components of the prophylaxis and treatment of pathological menopause.

Key words: pathological menopause, substitutive therapy.

В настоящее время в современной медицинской практике существуют несколько основных подходов к лечению и профилактике патологического климакса: заместительная гормональная терапия, гиполипидемическая терапия, лечение артериальной гипертензии, снижение массы тела. Для коррекции клинических проявлений менопаузального синдрома патогенетически обоснованным является использование заместительной гормональной терапии (ЗГТ) [8, 9, 10, 11].

Стратегия ЗГТ предполагает решение вопроса о пользе и риске в каждом конкретном случае с учетом системных изменений [1,2]. В настоящее время известны три основных категории риска заместительной гормональной терапии: риск развития рака эндометрия, риск развития рака молочной железы и риск возникновения тромбоэмболических осложнений. Если две

первые категории являются относительно малоуправляемыми и сложнопрогнозируемыми, то предотвратить реализацию третьей категории представляется вполне возможным.

У женщин в пост и климактерический период состояние здоровья является важнейшим определяющим фактором качества жизни, которое зависит от личных, культурных, социальных и медицинских факторов. Качество жизни напрямую связано с состоянием здоровья отдельно взятой личности и ее заболеваниями. Оно охватывает физическую, психологическую, социальную и духовную сферы, включая общее состояние здоровья.

Снижение качества жизни, вызванное ухудшением состояния здоровья у женщин, страдающих хроническими заболеваниями, может накладываться на снижение качества жизни, вызванное непосредственно климак-

терическими нарушениями.

И хотя лечение климактерических симптомов гормонозамещающими препаратами улучшает качество жизни, независимо от того наступило ли улучшение картины основного хронического заболевания или нет, тем не менее, существует мнение, что риски, которым подвергают себя женщины при лечении этими средствами, не оправдывают их применения [12, 13]. Тем не менее, женщины среднего возраста с типичными климактерическими симптомами и низким качеством жизни часто просят предоставить им информацию о лечении гормонозаместительными препаратами.

В западных странах в период менопаузы климактерические симптомы отмечаются у 75% женщин, а в постклимактерический период почти две трети женщин жалуются на внезапный прилив крови к лицу и его покраснение. В 10-20% случаев эти приливы вызывают тяжелые недомогания. Почти у одной трети женщин эти симптомы не исчезают в течение 5 лет после наступления естественной менопаузы. У 20 и более процентов женщин приливы крови могут отмечаться в течение 15 лет. Блюмел с соавторами в своих исследованиях показали, что показатели качества жизни у женщин в период менопаузы хуже, чем у женщин, сохранивших циклы в четырех основных сферах качества жизни [9].

Так, риск развития вазомоторных нарушений у женщин в период менопаузы в 10,6 раз выше, психосоциальных расстройств – в 3,5 раз, физических – в 5,7 раз, сексуальных – в 3, 2 раза ($p < 0.0001$). Качество жизни, включая сексуальность, у женщин в пери – и постклимактерический период гораздо ниже из-за дефицита эстрогенов. Оно улучшается после лечения гормонозаместительными препаратами [14].

Известно что, главными факторами, определяющими качество жизни, являются:

- общее состояние здоровья;
- стиль жизни;
- физический статус и целостность организма
- психическое здоровье, в том числе и до менопаузы
- психологическая и эмоциональная стабильность, в том числе и до менопаузы
- опыт половой жизни
- образование, профессиональная деятельность

- религиозные взгляды
- культурная среда
- социальная интеграция.

Снижение качества жизни после менопаузы не зависит от возраста и других социально-демографических показателей. Однако хорошо известно, что частота распространенности вазомоторных и иных климактерических нарушений, восприятие менопаузы и ее влияние на качество жизни отличаются в различных регионах и культурных средах [8, 15, 11].

В некоторых культурных средах менопауза рассматривается как радостное событие, т.к. прекращение менструации означает избавление (очищение) от “грязи”, что дает возможность женщинам возможность участвовать в “мужских” церемониях и ритуалах [16]. Так как в некоторых языках отсутствуют термины для описания вазомоторных симптомов, то данные о распространенности климактерических симптомов и их влиянии на качество жизни могут варьировать. На сегодняшний день ЗГТ эстрогенами является доказанным методом лечения климактерических расстройств: приливов, повышенной потливости [17].

Длительная ЗГТ используется для лечения урогенитальных расстройств и профилактики постменопаузального остеопороза [17, 3, 4]. Частота применения ЗГТ среди женщин Европы и Северной Америки на порядок превышает таковую в России [5, 6]. Данных по частоте приёма ЗГТ в Кыргызской республике для купирования КС мы не встретили в доступных статистических источниках.

Применение ЗГТ для первичной и вторичной профилактики ССЗ не рекомендуется в связи с неоднозначными результатами ряда рандомизированных плацебо-контролируемых исследований [18]. В ходе проведения этих исследований был выявлен повышенный риск тромбоэмболических осложнений, а также рака молочной железы. Однако главной проблемой этих исследований остается высокий возраст включенных в них пациенток и наличие у значительного количества участниц сочетанной тяжелой соматической патологии, которая повышала риск тромбоэмболических осложнений, а также наследственной предрасположенности к гормонально-зависимому раку молочной железы [19].

Тем не менее, поскольку дефицит

эстрогенов оказывает негативное влияние на состояние ССС, ЗГТ может положительно повлиять на факторы риска, течение и исходы ССЗ [7, 20, 21, 22].

Снижение общей смертности и смертности от ССЗ на фоне приема ЗГТ было продемонстрировано в ряде проспективных когортных исследований [23, 24].

Однако оно могло быть обусловлено влиянием таких дополнительных факторов как общее состояние здоровья или доступность медицинской помощи, которые не были полностью учтены [25]. В Кыргызской Республике в аптечной сети представлен широкий ассортимент препаратов для ЗГТ.

Стоимость препаратов варьирует в пределах от 800 до 1500 сомов, что не всегда является доступным для потребителей услуг.

Таким образом из множества подходов к лечению и профилактике патологического климакса, необходимо подобрать оптимальный метод с учетом клинических проявлений.

Литература:

1. Гусев Е.И. Этиологические факторы и факторы риска хронической сосудистой мозговой недостаточности и ишемического инсульта [Текст] / Е.И. Гусев, М.Ю. Мартынов, А.Н. Ясаманова // Инсульт.- 2001.- №1. С. 41-45.
2. Подзолков В.И. Менопаузальный метаболический синдром как один из аспектов сердечно-сосудистых заболеваний [Текст] / В.И. Подзолков, Ю.В. Хомицкая, Л.Г. Можарова // Сердце: журнал для практикующих врачей.- 2004.- Т.3, №6.- С. 290-294.
3. Сметник В.П. Руководство по климактерию [Текст] / В.П. Сметник, В.И. Кулаков.-М.: Медицинское информационное агентство, 2001— 685с.
4. Сметник В.П. Неоперативная гинекология [Текст]: руководство для врачей (издание 3-е, переработанное и дополненное / В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович - М.: МИА, 2005- 632 е.: ил.
5. Сметник В.П. Приверженность женщин заместительной гормональной терапии [Текст] / В.П. Сметник, О.В. Новикова // Проблемы репродукции - 2002 - № 1 С . 58-61.
6. Смоленская О.Г. Сосудистые эффекты зокора у больных стабильной стенокардией и артериальной гипертонией [Текст] / О.Г. Смоленская, С.С. Барац // Совершенствование диагностических и лечебных технологий в условиях центральной городской больницы № 6: сборник научных работ, посвященных 25-летию ЦГБ № 6 под ред. Проф. А.Н. Андреева- Екатеринбург:
- Издательство Уральской государственной медицинской академии.- 2002.- С. 109- 111.
7. Подзолков В.И. Индапамид ретард в лечении артериальной гипертензии у женщин после гистерэктомии с сохранением яичников [Текст] / В.И. Подзолков, Л.Г.Можарова, Ю.В. Хомицкая // Кардиология.- 2004.- Т.44, №6.- С. 40-43.
8. Salpeter SR, Walsh JM, Greyber E, Ormiston TM, Salpeter E. E Mortality associated with hormone replacement therapy in younger and older women: A meta-analysis. J Gen intern med 2004; 19:791-804.
9. Estrogen/progesterone replacement versus pravastatin and the sequential association in hypercholesterolemic postmenopausal women [Text] / A. Lemay, S. Dodin, L. Turcot, S. Dodin, L. Turcot, F. Dechene, J.C. Forest. // Maturitas.- 2001.- Vol.40.-P. 247-257.
10. Kaplan N.M. Lifestyle modifications for prevention and treatment of hypertension [Text] / N.M. Kaplan // J.Clin. Hypertens.- 2004.- Vol.6, №12.- P. 716-719.
11. Luoto R. Blood pressure and menopausal transition: the Atherosclerosis Risk in Communities study (1987-1995) [Text] / R. Luoto, A.R. Sharrett, P. Schreiner//J. Hypertens.- 2000.- Vol.18, №1.-P. 27-33.
12. Wiklund I., Karlberg J., Mattson L.A.- Quality of life of postmenopausal women on a regimen of transdermal estradiol therapy: A double – blind placebo – controlled study. AM J obstet gynecol 2003; 168: 824-30.
13. Haines C.J., Yim S.F., Chung T.K., et al. A prospective, randomized, placebo-controlled study of the dose effect of oral oestradiol on menopausal symptoms , psychological well being , and quality of life in postmenopausal chinese women. Maturitas 2003;44:207-14
14. Blumel J.E., Castelo - Branco C., Binfa L., Grameg N.G., Tacla X., Aracena B., Cumsille M.A., Sanjuan A. Quality of life after the menopause: A population study. Maturitas 2000; 34: 17-23.
15. Haines C.J., Xing S.M., Park K.H., Holinka C.F., Aus – Manas M.K. Prevalence of menopausal symptoms in different ethnic groups of Asian women and responsiveness to therapy with three doses of conjugated estrogens/ medroxyprogesterone acetate: The pan – Asia menopause (PAM) study. Maturitas 2005;52:264-76.
16. Obermeyer C.M. Menopause across cultures: A review of the evidence. Menopause 2000; 7:184-92.
17. Huang AJ, Etinger B, Vittinghoff E, et al. Endogenous estrogen levels and the effects of ultra Low – dose transdermal estradiol therapy on bone turnover and bmd in postmenopausal women. J Bone min res 2007; 22: 1791-7.
18. Bittner V. Women and coronary heart disease risk factors [Text] / V. Bittner// J. Cardiovasc. Risk.- 2002.- Vol.9, №6.- P. 315-322.
19. Rossouwje, Prentice R.L., Manson I.E. et. al. Postmenopausal hormone therapy and risk of cardiovascular

disease by age and years since menopause. *Jama* 2007*9:1465-77.

20. Chen WY, Manson JE, Hankinson SE. et al. Unopposed estrogen therapy and risk of invasive breast cancer: *Arch intern med.* 2006; 166: 1027-1032.

21. Hendrix SL, Wassertheil-Smoller S, Johnson KC. et al. Effects of conjugated equine estrogen on stroke in the women's health initiative. *Circulation* 2006; 113: 2425-34.

22. Grodstein F, Manson JE, Stampfer MJ. Hormone therapy and coronary heart disease: The role of time since menopause and age at hormone initiation. *J women's health* 2006; 15: 35-44.

23. Cauley J.A., Robbins J., Chen Z. et al. Effects of estrogen plus progestin on risk of fracture and bone mineral density: The women's

24. Cummings SR, Etinger B, Delmas PD. et al. The effects of tibolone in older postmenopausal women. *N Engl J Med* 2008; 359: 697-708.

25. Hays J, Ockene JK, Brunner RL, et al. Women's health initiative investigators. Effects of estrogen plus progestin on health-related quality of life. *N Engl J Med* 2003; 348: 1839-54.

ФАКТОРЫ РИСКА РЕАЛИЗАЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ (ОБЗОР)

Теппеева Т. Х., Исакова Ж.К., Джетигенова С.А.

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

Резюме: Патологического климакса как фактора риска реализации патологии сердечно-сосудистой системы.

Ключевые слова: Патологический климактерий, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия.

АЯЛДАРДЫН КЛИМАКС МЕЗГИЛИНДЕГИ ЖҮРӨК-КАН ТАМЫР ПАТОЛОГИЯСЫНЫН КОРКУНУЧ ФАКТОРЛОРУНУН ЖҮЗӨӨГӨ АШЫРЫЛЫШЫ (КАРОО)

Теппеева Т.Х., Исакова Ж.К., Джетигенова С.А.

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

Резюме: Жүрөк-кан тамыр системасынын патологиясынын жүзөөгө ашырылышынын коркунуч фактору катары патологиялык климакстын тийгизген таасири.

Негизги сөздөр: Патологиялык климактерий, жүрөктүн ишемия оорусу, артериалдык гипертензия.

RISK FACTORS OF REALIZATION OF CARDIOVASCULAR PATHOLOGY IN WOMEN IN MENOPAUSAL PERIOD (REVIEW)

Теппеева Т.Х., Исакова Ж.К., Джетигенова С.А.

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

Resume: The influence of pathological menopause as a risk factor of realization of cardiovascular system pathology is given in this article.

Key words: Pathological climacteria, ischemic heart disease, arterial hypertension.

Согласно данным ООН, с 1900 по 2100 год мировая популяция должна увеличиться в 7 раз - с 1,650 млрд. до 11,5 млрд. человек. Особенно быстрыми темпами население будет увеличиваться до 2025 года и достигнет 8,3-8,5 млрд. человек; затем ожидается замедление прироста населения планеты. Важным для грядущей медицины является не достоверность этих прогнозов, а абсолютная неизбежность старения человечества с конца XX века.

По прогнозам экспертов ВОЗ (1999), к 2015 году 46% женского населения мира будут состоять из женщин старше 45 лет. В настоящее время каждая 10-я женщина пребывает в постменопаузальном возрасте. Ежегодно их число увеличивается на 25 млн., а к 2020 году эта цифра достигнет 47 млн [1].

К наиболее распространенной возрастной

патологии женщин относится менопаузальный синдром. По данным различных авторов, он встречается у 50%-80% женщин старше 50 лет [2, 3, 4, 5, 26]. Клиническими проявлениями менопаузального синдрома являются вегетоневротические, психо-эмоциональные, урогенитальные расстройства, дистрофические изменения кожи и ее дериватов, увеличение риска развития атеросклероза и ишемической болезни сердца, системного остеопороза.

Тяжелые формы менопаузального синдрома встречаются у 34,5 - 51% женщин, средней степени тяжести - у 33-47,5% [5]. Отмечено, что только у 18% больных проявления климактерического синдрома исчезают в течение первого года с момента их появления; в 56% случаев заболевание продолжается в пределах 1-5 лет, а у каждой четвертой женщины с

менопаузальным синдромом (26%) заболевание имеет ещё более длительное течение [5].

Распространенность возрастных вегето-сосудистых и психо-эмоциональных нарушений в популяции составляет 40-60%, урогенитальных расстройств - 35-40% [3, 6]. Поздние осложнения, связанные с нарушением обменных процессов в организме, наблюдаются у 25-40% женщин и проявляются развитием атеросклероза, инфаркта миокарда, нарушения мозгового кровообращения, постменопаузального остеопороза и остеопоротических переломов [7]. Именно поздневременные осложнения менопаузального синдрома представляют наибольшую опасность для современной женщины [8, 27]. Согласно докладу Американской ассоциации сердца, в период климактерия каждая третья женщина в мире страдает заболеваниями сердечно-сосудистой системы, и каждая шестая умирает от них. Рассмотрение периода климактерия, как критического периода в жизни женщин имеет весомые обоснования. В постменопаузе основной причиной смерти являются болезни сердечно-сосудистой систем [28, 29, 30]. От них умирают 48 % всех женщин после 50 лет. Эта тенденция характерна для большинства развитых стран [31]. В структуре болезней кровообращения 80% составляют три нозологические формы: АГ, ИБС и цереброваскулярная болезнь [32].

ИБС является ведущей причиной смерти женщин в постменопаузе. У женщин до наступления менопаузы частота развития ИБС в 4-6 раз ниже, чем у мужчин того же возраста. После наступления менопаузы частота ИБС возрастает быстрее, чем у мужчин [33].

Более позднее появление клинических проявлений ИБС у женщин утяжеляет течение заболевания, т.к. связано с увеличением числа сопутствующей патологии и ведет к повышенной летальности [60].

Вышеобозначенная проблема является актуальной не только для нашей страны и стран ближнего зарубежья, но и для стран с высоким уровнем экономического развития. Так, по данным Американской ассоциации сердца в США 32 млн. женщин и 32 млн [61]. мужчин страдают ИБС. В США от ИБС ежегодно умирает более 500 тыс. женщин. Из них 63% не имели ранее симптомов коронарной болезни [62].

Тем не менее, наиболее частым проявлением ИБС у женщин является стено-

кардия напряжения. Реже чем у мужчин заболевание дебютирует острым инфарктом миокарда или внезапной коронарной смертью [34]. Сочетание факторов риска у женщин приводит к более неблагоприятным последствиям, чем у мужчин [35]. Многочисленными исследованиями определены факторы риска ИБС. Основными факторами риска ИБС у женщин являются курение, АГ, дислипидемия, сахарный диабет, наследственная предрасположенность, малоподвижный образ жизни.

На сегодняшний день к факторам риска ИБС относят также снижение МПК, развитие остеоартроза, появление симптомов депрессии [12, 36, 37, 38, 39]. Многие факторы риска являются управляемыми, в частности курение, АГ, малоподвижный образ жизни и т.д.

По данным Фраммингемского исследования сочетание трех и более факторов сердечно-сосудистого риска (АГ, курение, ожирение, дислипидемия и СД 2 типа повышает риск развития ИБС в 5,9 раз у женщин и в 2,4 раза у мужчин. На частоту ИБС могут оказывать влияние такие социальные факторы, как уровень образования. Данные об этом были получены в проспективном когортном исследовании популяции мужчин - жителей Санкт-Петербурга [40].

Лица с высшим образованием чаще имеютотягощенный семейный анамнез, нарушения липидного обмена, подвержены хроническому стрессу. Лица с низким уровнем образования чаще курят, злоупотребляют алкоголем, чаще имеют СД и клинические проявления ХСН [9]. Однако, не ясно, имеется ли такая же закономерность и у женщин, потому что подобные исследования не проводились, остаётся так же открытым вопрос о наличии дополнительных факторов риска у женщин в зависимости от условий проживания, паритета беременности и родов, культуральных особенностей. Вопрос о том, является ли увеличение риска ИБС проявлением климактерия и дефицита женских гормонов, или риск ее увеличивается с возрастом, также является спорным [41, 42, 43, 44]. В ряде работ дефицит половых гормонов признается независимым фактором риска ИБС [46].

Важнейшими факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний у женщин в климактерическом периоде является

артериальная гипертензия, которая является наиболее распространенным заболеванием ССЗ. В России этим заболеванием страдает около 40% взрослого населения [10, 11]. Как у мужчин, так и у женщин АГ остается наиболее значимым фактором риска развития ИБС. До 55 лет АГ больше распространена среди мужчин, однако, с возрастом количество женщин с АГ возрастает [45, 50, 65]. У женщин после 60 лет отмечается более высокий уровень АД по сравнению с мужчинами того же возраста [46, 47, 49].

АГ повышает риск ИБС, инсульта и других атеросклеротических осложнений, регистрируется у 30,1% женщин и встречается чаще, чем у мужчин [12, 13, 14, 47]. Высокое нормальное АД по сравнению с оптимальным увеличивает риск ИБС у женщин в 4 раза, хорошо контролируемая АГ - в 8 раз, плохо леченная АГ — в 19 раз [48].

АГ является одним из основных этиологических факторов ХСН т.к. повышение АД играет значительную роль в развитии гипертрофии левого желудочка, которая относится к независимым факторам риска ХСН, ИБС и внезапной смерти [50, 51, 52, 53]. Установлена прямая связь между степенью АГ и риском развития инсульта [15, 54].

Как отмечают многие исследователи, на уровень АД оказывает влияние ИМТ, курение и социально-экономический статус [55, 56].

Одним из ведущих факторов риска развития АГ является ожирение. Зависимость между ожирением и АГ была подтверждена во Фрамингемском исследовании в разных возрастных группах у лиц обоего пола [51].

Вероятность развития АГ у лиц среднего возраста с избыточной массой тела на 50% выше, чем у лиц с нормальным весом. У пациентов с ожирением, страдающих АГ, в 7 раз чаще развивается ОНМК по сравнению с общей популяцией [16, 57]. На каждые лишние 4,5 кг систолическое артериальное давление повышается на 4,4 мм рт. ст. у мужчин и на 4,2 у женщин [58].

У женщин АГ значимо чаще, чем у мужчин, сочетается с ожирением, СД, при этом реже встречается такой фактор риска как курение, а дислипидемия и отягощенный семейный анамнез встречаются с одинаковой частотой [17, 58].

При этом стабильное снижение массы

тела сопровождается статистически значимым снижением систолического АД [18, 59].

В ряде проспективных исследований не было установлено специфического влияния менопаузы на повышение АД [60, 61]. Тем не менее, у женщин после выключения функции яичников регистрируется более высокий уровень систолического и диастолического АД [62, 63].

В ряде работ в постменопаузе найдена более высокая распространенность АГ, даже с учетом поправки на возраст и величину ИМТ [19, 64]. У 76,3% женщин с КС обнаруживается АГ [20]. АГ, возникающая в перименопаузе, относится к ранним проявлениям КС. В свою очередь КС приводит к ухудшению течения соматических заболеваний, прежде всего АГ. У женщин, страдающих АГ, чаще встречаются тяжелые формы КС [21]. Влияние дефицита эстрогенов на уровни АД и частоту сердечно-сосудистых осложнений опосредованно различными механизмами: уменьшением эластичности артерий, подавлением превращения ангиотензина-1 в ангиотензин 2, а также снижением чувствительности AT_2 -рецепторов, повышением активности ренина после наступления менопаузы, уровня эндотелина в плазме, активности окислительного стресса, активацией симпатической нервной системы [65, 66, 67, 68, 69, 70].

У нас в стране женщины, вступающие в период климактерия не получают должного обследования и лечения, поскольку нет единых стандартов и установки среди врачей разного профиля о необходимости коррекции гормональных нарушений в период климактерия.

Как у мужчин, так и у женщин, с возрастом происходит ухудшение эндотелиальной функции. Следствием этого является нарушение процесса вазодилатации [70]. Эстрогены вызывают вазодилатацию посредством влияния на синтез оксида азота, а также стимулируют открытие кальциевых каналов в клеточных мембранах гладкомышечных клеток сосудов. Поэтому дисфункция эндотелия нарастает после наступления менопаузы [71]. Высока вероятность диагностики МС среди лиц с АГ, которая согласно критериям АТР III (2001г.) и IDF (2005г.) является одним из его компонентов. У пациентов с АГ вероятность развития МС составляет около 40% [23, 71, 24]. Это подтверждается тем, что у лиц, имеющих резистентность тканей к инсулину

и гиперинсулинемию, часто развивается АГ. Увеличение резистентности тканей к инсулину и компенсаторная гиперинсулинемия наблюдается в период менопаузы при увеличении массы тела и гиперактивации симпатической нервной системы.

Инсулинорезистентность и гиперинсулинемия приводят к снижению высвобождения NO, вследствие чего формируется повышенная чувствительность сосудистой стенки к действию прессорных веществ. Свободные жирные кислоты угнетают активность NO-синтазы. Вследствие этого нарушаются процессы эндотелий зависимой вазодилатации. Усиленная пролиферация гладкомышечных клеток ведет к повышению общего периферического сосудистого сопротивления. В результате снижается почечный кровоток, активируется ренин-ангиотензин-альдостероновая система, повышается симпатический тонус и происходит задержка натрия и воды [25, 71, 72, 60].

Таким образом, высокая частота АГ у женщин после наступления менопаузы связана с влиянием ряда факторов, в том числе с наличием избыточной массы тела и ожирения, инсулинорезистентностью и дефицитом эстрогенов.

Литература:

1. Старова А.Б., Коломиец Л.А., Бочкарева Н.В. Особенности ароматазной активности и рецепторного статуса при сочетании патологии эндометрия и миометрия. // Научно-практический журнал «Медицина в Кузбассе», Спецвыпуск № 11-2004, с. 64.
2. Сметник В.П. Менопауза и сердечно-сосудистая система [Текст] / В.П. Сметник, И.Г. Шестакова // Терапевтический архив.- 1999.- Т.71, №10.-С. 61-65.
3. Гаспарян С.А., Подина Н.В., Гондаренко О.А. Современные методы лечения гиперпластических процессов эндометрия // Проблемы репродукции.- Спец. выпуск.-2009.-С.173.
4. Здоровье женщин и менопауза [Текст] / Пер. с англ.- М. ГЭОТАР-МЕД 2004, - 528 с.
5. Капелько В.И. Сократительная функция миокарда при артериальной гипертензии [Текст] / В.И. Капелько // Кардиология - 2003- Т.43, №4- С. 20-25.
6. Романовский О.Ю. Гиперпластические процессы эндометрия в репродуктивном периоде / О.Ю. Романовский // Гинеколог. - 2004. - Т.6. -№6. - 47-53.
7. Маличенко С.Б. Первичный остеопороз:

взаимосвязь патологии костной и сердечно-сосудистой системы у пожилых [Электронный ресурс] / С.Б. Маличенко, И.Р. Колосова, И.А. Варезкина // Consilium medicum.- 2004 — Т.6, № 12- Режим доступа: http://www.consilium-medicum.com/media/consilium/04_12/926.shtml.

8. Сметник В.П. Руководство по климактерию [Текст] / В.П. Сметник, В.И. Кулаков.-М.: Медицинское информационное агентство, 2001— 685с.

9. Шальнова С.А. Артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца в реальной практике врача-кардиолога [Текст] / С.А. Шальнова, А.Д. Деев, Ю.А. Карпов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика — 2006,- Т.5, №2.- С. 73-80.

10. Калашикова М.Ф. Заболевания щитовидной железы и менопауза М.Ф. Калашикова, Ю.Б. Катхурия, Г.А. Мельниченко // Климактерий - 2002— №1- С. 24-26.

11. Распространенность гипертонической болезни и мозгового инсульта в Дзержинском районе города Перми [электронный ресурс] / М.М. Смышляева, Э.К. Вергазова, Н.А. Козилова, Л.А. Шадрин- Режим доступа: http://Av\www.intensive.ru/php/content.php_firoup1¶m-print&id 529.

12. Аметов А.С. Новые стратегии ангиопротективной терапии у больных сахарным диабетом 2 типа и артериальной гипертензией [Текст] / А.С. Аметов, И.Ю. Демидова, С.А. Косых // Российский кардиологический журнал.-2005.- Т.51, №1.-С. 47-54.

13. Гусев Е.И. Этиологические факторы и факторы риска хронической сосудистой мозговой недостаточности и ишемического инсульта [Текст] / Е.И. Гусев, М.Ю. Мартынов, А.Н. Ясманова// Инсульт.- 2001.-№1. С. 41-45.

14. Распространенность артериальной гипертензии в России. Информативность, лечение, контроль [Текст] / С.А. Шальнова, А.Д. Деев, О.В. Вихирева, Р.Г. Оганов // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья - 2 0 0 1 № 2 - С. 3-7. 60. Кириченко А.А. Лечение гипертонической болезни у женщин в постменопаузе [Текст] / А.А. Кириченко // Практикующий врач - 2003- № 1.-С. 5-8.

15. Глезер М.Г. Результаты российского исследования ПОЛОНЕЗ [Текст] / М.Г. Глезер // Терапевтический архив.- 2006.- Т.78, №4.- С. 44-50.

16. Остроумова О.Д. Артериальная гипертензия и первичная профилактика инсульта [Текст] / О.Д. Остроумова, Н.Л. Ролик, К.А. Ищенко//Кардиоваскулярная терапия и профилактика - 2005 - Т.4, №4- С. 16-20.

17. Сравнительная эффективность лечения небивололом и биспрололом больных артериальной гипертензией [Текст] / М.Г. Глезер, Н.В. Бойко, А.Ж. Абилюдинова, К.Э. Соболев // Кардиоваскулярная терапия и профилактика - 2004 - Т.3, №5- С. 43-51.

18. Повышение эффективности антигипертензивной фармакотерапии при уменьшении массы тела у молодых пациентов с алиментарно-конституциональным (первичным) ожирением [Текст] / А.Я.Ивлева, Н.В.Полуянова, Т.В.Клюева, Ю.Б.Москвичева, А.Г.Арутюнов // Артериальная гипертензия- 2003- Т.9, №2 .
19. Якусевич В.В. Концептуальные подходы к коррекции нарушений церебрального кровотока у женщин с артериальной гипертензией в постменопаузе [Текст] / В.В. Якусевич, М.Е. Можейко, Н.В. Сударева // Кардиоваскулярная терапия и профилактика - 2005.- Т.4, №2 - С. 18-24.
20. Подзолков В.И. Заместительная гормональная терапия — новое направление в лечении и профилактике кардиоваскулярных нарушений в перименопаузе [Текст] / В.И. Подзолкова, А.Е. Брагина, Л.Ю. Чурганова // Российский медицинский журнал.- 2000-№3.-С. 21-23.
21. Сметник В.П. Защитное влияние эстрогенов на сердечно-сосудистую систему [Текст] / В.П. Сметник // Consilium medicum- 2002 - Экстра выпуск - С. 3-6.
22. Панкратов В.В. Комбинированное лечение больных предраком эндометрия / В.В. Панкратов, К.Р. Бахтияров, Н.А. Клиндухов // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2004. - Т. 3. - №4. - 23-26.
23. Чазова И.Е. Метаболический синдром [Текст] / И.Е. Чазова, В.Б. Мычка // Кардиоваскулярная терапия и профилактика - 2003 - Т.3, №3. С. 32-37.
24. Особенности структурно-функциональных изменений миокарда и гемодинамических нарушений у больных с метаболическим синдромом: вклад артериальной гипертензии в формирование суммарного коронарного риска [Текст] / М.Н. Мамедов, В.М. Горбунов, Н.В. Киселева, Р.Г. Оганов//Кардиология.-2005.-Т.45, №11.-С. 11-16.
25. Паришина С.С. Современные представления о биологических эффектах оксида азота и его роли в развитии кардиоваскулярной патологии [Текст] / С.С. Паришина // Кардиоваскулярная терапия и профилактика.-2006.- Т.5, №1.-С. 88-93.
26. JBS 2: Joint British Societies' guidelines on prevention of cardiovascular disease in clinical practice [Text] / JBS 2 // Heart - 2005.- Vol.91, Suppl 5- P. 1-52.
27. AHA Heart and Stroke Statistical [electronic resours] / Accessed 18" November, 2002. / Update, <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml>.
28. Bello N. Epidemiology of Coronary Heart Disease in Women [Text] / N. Bello, L. Mosca // Progr. Cardiovasc. Dis.- 2004 - Vol.46, №4.- P. 287-295.
29. Daley A., Stokes-Lampard H., MacArthur C. Exercise for vasomotor menopausal symptoms. Editorial Group: Cochrain Menstrual Disorders and Subfertility Group. Published Online: 11 may 2011. Assessed as up-to-date: 5 apr 2011. DOI: 10.1002/14651858.CD006108.pub3.
30. Earl S. Prevalence of the Metabolic Syndrome Defined by the International Diabetes Federation Among Adults in the U.S. [Text] / S. Earl, M.D. Ford // Diab. Car.- 2005.- Vol.28.- P. 2745-2749.
31. Tin L.L. Hypertension, left ventricular hypertrophy, and sudden death [Text] / L.L. Tin, D.G. Beevers, G.Y. Lip // Curr. Crdiol. Rep.- 2002.- Vol.4, №6. P. 449-457.
32. Stevens V.J. Longterm weight loss and changes in blood pressure: results of the trials of hypertension, phas. 11. [Text] / V.J. Steven
33. Staessen J.A. The epidemiology of the association between hypertension and menopause [Text] / J.A. Steassen, H. Celis, R. Fagard // J. Hum. Hypertens.- 1998.- Vol.12, №9.- P. 587-592. s, E. Obarzanek, N.R. Cook // Ann. Intern. Med.- 2001.- Vol. 134.- P. 1-11.
34. Salpeter SR, Cheng J, Thabane L, Buckley NS, Salpeter EE. Bayesian meta-analysis of hormone therapy and mortality in younger postmenopausal women. Am J Med2009;122:1016-22.
35. Rosano G.M. Postmenopausal women and cardiovascular risk: impact of hormone replacement therapy [Text] / G.M. Rosano, M. Fini // Cardiol. Rev.- 2002.-Vol.10, № 1.-P. 51-60.
36. Mendelsohn M.E. Protective effects of estrogen on the cardiovascular system [Text] / M.E. Mendelsohn // Am. J. Cardiol.- 2002.- Vol.89, Suppl. 12- S12-S17.
37. Mallick R. Antihypertensive prescribing and risk of adverse events in a female Medicaid population [Text] / R. Mallick, S. Leader // Elsevier. Sei. Inc.- 1998.-№5-P. 251-256.
38. Kearney P.M. Wordwide prevalence of hypertension: a systematic review [Text] / P.M. Kearney, M. Whelton, K. Reynolds // J. Hypertens - 2004- Vol.22.-P. 11-19.
39. Kirchengast S. Postmenopausal weight status body fat distribution in relation to parameters of menstrual and reproductive history [Text] / S. Kirchengast, D. Gruber, M. Sator et al. // Maturitas - 1999 - Vol.33.- P. 117126.
40. Plavinski S.L. Social factors and increase in mortality in Russia in the 1990s: prospective cohort study [Text] / S.L. Plavinski, S.I. Plavinskaya, A.N. Klimov // B.M.J.- 2003.- Vol.326.- P. 1240-1242.
41. Cardiovascular disease in women: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association [Text] / L. Mosca, J.A.E. Manson, S.E. Sutherland, R.D. Langer, T. Manolio, E. Barrett-Connor // Circulation - 1997- Vol.96 — P. 2468-2482.
42. Coronary heart disease risk factors and

menopause: a study in 1684 French women [Text] / F.A. Tremollieres, J.M. Poules, C. Cauneille, C. Ribot // *Atherosclerosis*.- 1999.-Vol.142, №2.-P. 415-423.

43. Coronary heart disease trends in four United States communities. The Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study 1987-1996 [Text] / W.D. Rosamond, A.R. Folsom, L.E. Chambless, C.H. Wang // *Int. J. Epidemiol.*- 2001.-Vol.30, Suppl. 1.-P. S17-S22.

44. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice [Text] / Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of eight societies and invited experts) // *Eur. Heart. J* - 2003.- Vol.24.-P. 1601-1610.

45. Fisman E.Z. Systemic hypertension in postmenopausal women: a clinical approach [Text] / E.Z. Fisman, A. Tenenbaum, A. Pines // *Curr. Hypertens. Rep.*- 2002.- Vol.4, №6.- P. 464-470.

46. Dicipinigitis PV. Angiotensin-Converting enzyme inhibitor-induced cough: ACCP evidence-based clinical practice guidelines [Text] / P.V. Dicipinigitis//*Chest*. 2006.- Vol. 129, № 1.-P. 169-173.

47. HERS Research Group. Cardiovascular disease outcomes during 6.8 years of hormone therapy: Heart and Estrogen/progestin Replacement Study follow-up (HERS II) [Text] / D. Grady, D. Herrington, V. Bittner, R. Blumenthal, M.Davidson, M. Hlatky, J. Hsia, S. Hulley, A. Herd, S. Khan, L.K. Newby, D. Waters, E. Vittinghoff, N. Wenger // *JAMA*.- 2002.- Vol.288, № 1 P. 49-57

48. Mason R.P. Nitric oxide mechanisms in the pathogenesis of global risk [Text] / R.P. Mason // *J Clin Hypertens (Greenwich)*.- 2006.-№ 8.- P. 31-38.

49. Prentice RL, Chlebowski RT, Stefanick ML, Manson JE, Pettinger M, Hendrix SL, et al. Estrogen plus progestin therapy and breast cancer in recently postmenopausal women. *Am J Epidemiol* 2008; 167:1207-16.

50. Usefulness of prior hysterectomy as an independent predictor of Framingham risk score (The Women's Health Initiative) [Text] / J. Hsia, D. Barad, K. Margolis, R. Rodabough, P.G. Mc Govern, M.C. Limacher, A. Oberman, S. Smoller // *Am J Cardiol.*- 2003- Vol. 92, №3.- P.264-269.

51. Tunstall-Pedoe H. Myth and paradox of coronary risk and the menopause. View-point [Text] / H. Tunstall-Pedoe // *Lancet*.- 1998.- Vol.351.- P. 1425-1427.

52. Tin L.L. Hypertension, left ventricular hypertrophy, and sudden death [Text] / L.L. Tin, D.G. Beevers, G.Y. Lip // *Curr. Crdiol. Rep.*- 2002.- Vol.4, №6. P. 449-457.

53. Bernard L. Factors associated with early menopause [Text] / L. Bernard, B.L. Harlow, B. Lisa // *Maturitas*.- 2002.- №1, 42 suppl.- S. 87-93.

54. Greene Climacteric Scale: norms in an Australian population in relation to age and menopausal status [Text] / C. Travers, S.M. O'Neill, R. King, D. Battistutta, S.K. Khoo // *Climacteric*.- 2005.- Vol.8, №1.- P. 56-62.

55. The risk factors and symptomatology of perimenopausal depression. [Text] / O. Ozturk, D. Eraslan, H.E. Mete, S. Ozsener // *Maturitas*- 2006 - Vol.55, №2.-P. 180-186.

56. The menopausal transition: a 9-year prospective population-based study. The Melbourne Women's Midlife Health Project [Text] / J.R. Guthrie, L. Dennerstein, J.R. Taffe, P. Leher, H.G. Burger // *Climacteric*.- 2004.- Vol.7, №4.-P. 375-389.

57. Wilson P.W. Overweight and obesity as determinants of cardiovascular risk: the Framingham experience [Text] / P.W. Wilson, R.B. D'Agostino, L. Sullivan//*Arch. Intern. Med*-2002.- Vol.162, №16.-P. 1867-1872.

58. Birkhauser M.H., Panay N., Archer D.F., Barlow D., Burger H., Gambacciani M., Goldstein S., Pinker -Ton J.A., Sturdee D.W. Updated practical recommendations for hormone replacement therapy in the peri - and postmenopause. *Climacteric* 2008; 11: 108-123.

59. He J. Risk factors for congestive heart failure in US men and women [Text] / J. He, L.G. Ogden, L.A. Bazzano // *Arch. Intern. Med.*- 2001.- Vol.161.- P. 996-1002.

60. Harrison-Bernard L.M. Postmenopausal hypertension [Text] / L.M. Harrison-Bernard, L. Raji // *Curr. Hypertens - Rep*- 2000 - Vol.2, №2 - P. 202-207

61. Harris M.M. Associations of fat distribution and obesity with hypertension in a bi-ethnic population: the ARIC study. *Atherosclerosis Risk in Communities Study* [Text] / M.M. Harris, J. Stevens, N. Thomas // *Obes. Res.*- 2000.-Vol.8, №7.- P. 516-524.

62. Kearney P.M. Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review [Text] / P.M. Kearney, M. Whelton, K. Reynolds // *J. Hypertens* - 2004- Vol.22.-P. 11-19.

63. Magnus J.H. Relationship between bone mineral density and myocardial infarction in US adults [Text] / J. H. Magnus, D.L. Broussard // *Osteoporos Int.*- 2005.- № 12.- P. 2053-2062.

64. Rapelli A. Hypertension and obesity in menopause [Text] / A. Rapelli // *J. Hypertens*- 2002.- Vol.20.- P. S26-S28.

65. Staessen J.A. Menopause and the characteristics of the large arteries in a population study [Text] / J.A. Steassen, J.J. van der Heijden-Spek, M.E. Safar // *J. Hum. Hypertens.*- 2001.- Vol. 15, №8.- P. 511-518.

66. Fisman E.Z. Systemic hypertension in postmenopausal women: a clinical approach [Text] / E.Z. Fisman, A. Tenenbaum, A. Pines // *Curr. Hypertens. Rep.*-

2002.- Vol.4, №6.- P. 464-470.

67. Hernandez-Ono A. Association of visceral fat with coronary risk factors in population-based sample of postmenopausal women [Text] / A. Hernandez-Ono, G. Monter-Carreola, J. Zamora-Gonzalez // *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.*- 2001.- Vol.26.- P. 33-39.

68. Rosenthal T. Hypertension in women [Text] / T. Rosenthal S. Oparil // *J. Hum. Hypertens.*-2000.- Vol.14, №10-11.- P. 691-704.

69. Mendelsohn M.E. Protective effects of estrogen on the cardiovascular system [Text] / M.E. Mendelsohn // *Am. J. Cardiol.*- 2002.- Vol.89, Suppl. 12- S12-S17.

70. Maki P.M., Gast M.J., Vieweg A.J. et al., Hormone therapy in menopausal women with cognitive complaints: A

randomized, double - blind trial. *Neurology* 2007; 69: 1322-30.

71. AHA Heart and Stroke Statistical [electronic resours] / Accessed 18" November, 2002. / Update, <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml>.

72. Stimpel M. Antihypertensive treatment in postmenopausal women: results from a prospective, randomized, double-blind, controlled study comparing an ACE inhibitor (moexipril) with a diuretic (hydrochlorothiazide) [Text] / M. Stimpel, B. Koch, S. Oparil // *Cardiology.*- 1998.- Vol.89.-№ 4.- P. 271-276

73. Stefanic M.L., Anderson G.L., Margolis K.L., et al. Effects of conjugated equine estrogens on breast cancer and mammography screening in postmenopausal women with hysterectomy. *Jama* 2006; 295: 1647-57.

СТАНОВЛЕНИЕ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ЖИТЕЛЬНИЦ ГОР КЫРГЫЗСТАНА, ЙЕМЕНА И НЕПАЛА

Насирдинова Ж.М., Исакова Ж.К., Джетигенова С.А. Мусуралиев М.С.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Цель исследования – проведение сравнительного анализа начала, становления и характера менструального цикла у жительниц гор Кыргызстана, Йемена и Непала. Для выполнения данной работы было обследовано 60 жительниц г. Нарын (1800-2200 м. над ур. м.), 80 жительниц дуана Аль-Гуэро (2200-2800 м. над ур.м.), 45 жительниц г. Катманду (1360 м над ур. м.) полученные данные сравнивали с 50 жительницами низкогогорья (г. Бишкек – 760 м. над ур. м.).

Ключевые слова: менархе, горы, нарушения менструального цикла.

КЫРГЫЗСТАН, ЙЕМЕН ЖАНА НЕПАЛ ТООЛУ АЙМАКТАРДА ЖАШАГАН КЫЗ-КЕЛИНДЕРДИН ЭТЕК КИРИНИН КАЛЫПТАНЫШЫ

Насирдинова Ж.М., Исакова Ж.К., Джетигенова С.А., Мусуралиев М.С.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Изилдөөнүн максаты – Кыргызстандын, Йемендин жана Непалдын тоолу аймактарында жашаган кыз-келиндердин этек киринин башталышын, калып танышын жана мүнөзүн салыштыруу менен жалпылыгын же өзгөчөлүгүн иликтөө болду.

Негизги сөздөр: айыз (этеккир), тоолуаймак, этеккирдиныргагынын бузулушу.

STABILIZATION OF THE MENSTRUATION CYCLE FUNCTION IN WOMEN ALTITUDE RESIDENTS OF KYRGYZSTAN, YEMEN AND NEPAL

Nasirdinova J.M., Isakova J.K., Djetigenova S.A., Musuraliev M.S.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,

Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. The aim of research is to study and compare the age of the menarche, character of the menstrual cycle and their disorders in women altitude residents of Kyrgyzstan Yemen and Nepal.

Key words: menarche, women altitude residents, disorders of the menstrual cycle function.

Введение. В Кыргызстане на сегодняшний день, вопросы охраны репродуктивного здоровья, снижение материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, продолжают оставаться актуальными, на протяжении последних десятилетий, так как, показатели вышеуказанных параметров не имеют тенденций к достоверному снижению. Правительство Кыргызской Республики принимает национальные целевые программы по охране материнства и детства. Придает приоритетное направление проблеме охране репродуктивного здоровья женщин, снижению материнской и младенческой смертности с помощью планирования семьи и увеличения показателя применения противозачаточных средств, совершенствования получения базового медицинского образования, расширения

доступности качественного обслуживания в здравоохранении. [1,2,3,4].

Такие задачи были отражены в правительственных программах “Манас”, «Манастаалими», Национальная стратегия охраны репродуктивного здоровья населения Кыргызской Республики до 2015 года, “Здоровая нация”, “Денсоолук”. Закон о репродуктивных правах принятый в 2007 году, является основным законодательством, регулирующим охрану репродуктивного здоровья в Кыргызстане. В рамках выполнения принятой программы правительством и министерством здравоохранения Кыргызской Республики “Денсоолук”, является важным изучение вопросов касающихся состояния репродуктивного здоровья у женщин жительниц гор[1].

Выполнение задач данной программы по укреплению здоровья женского населения, затруднено из-за низкого социально-экономического уровня проживания в целом в отдаленных горных регионах, в сложных климатогеографических условиях [4,5,6,7,8,9]. Основой и показателем благополучия репродуктивной функции у женщин является начало и характер, а также становление менструального цикла у девочек подростков [4,9].

Цель исследования. Изучить начало, становление и характер менструального цикла у женщин, жительниц гор Кыргызстана (г. Нарын 1800-2200 м. над ур. м.), Йемена (дуан Аль-Гуера 2200-2800 м. над ур. м.) и Непала (г. Катманду – 1360 м над ур. м.). Для выполнения данного исследования мы проводили сравнительный анализ из анамнеза о менструальной функции у женщин, поступивших на роды в родильные дома.

Материалы и методы исследования. Возраст женщин основной и контрольной группы был от 16 до 49 лет. Контрольную группу

составили 50 женщин, жительниц г. Бишкек (760 м. над ур. моря). Вначале исследования женщины были проанкетированы, затем был собран тщательный анализ с указанием возраста наступления менархе, течение и длительность периода становления менструального цикла и характер нарушений менструального цикла. Изучали и сравнивали по данным анамнеза у 80 женщин поступивших на роды в государственный госпиталь Аль - Гуера (2200-2800 м над ур. м.), 60 родильниц г. Нарын (1800-2300 м над ур. м.) и у 45 женщин поступивших на роды в родильный дом г. Катманду (1360 м над ур. м.). Контрольную группу составили 50 женщин родильниц в г. Бишкек на базе ГПЦ (760 м. над ур. м.).

Женщины, поступившие на роды в госпиталь дуана Аль – Гуера были в основном в возрасте от 21 до 25 лет, как и среди женщин, поступивших на роды в родильный дом г. Нарын. Следует отметить, что среди женщин Непала поступивших на роды превалировала группа женщин в возрасте от 26 до 30 лет, по г. Бишкек женщины превалировали также в возрастной группе от 21 до 25 лет.

Таблица №1

Общая характеристика обследованных женщин.

Возраст в годах	г. Бишкек (760 м над ур.м)		Аль-Гуера (2200-2800 м над ур. м.)		г. Нарын (1800-2300 м. над ур. м.).		Непал (1360 м над ур м.).	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
до 18 лет	2	4	5	6	3	5	3	6
19-20 лет	6	12	12	15	6	10	5	11
21-25 лет	20	40	28	35	23	38	15	33
26-30 лет	12	24	22	27	18	30	16	35
31-35 лет	6	12	8	10	5	8	3	6
старше 35 лет	4	8	5	6	5	8	3	6
всего	50	100	80	100	60	100	45	100

Таблица №2.

Общая характеристика менструальной функции у женщин исследуемых групп

Группы исследования	кол-во	Возраст менархе (в годах)	Длительность цикла (дни)	Длительность менструации	Н а ч а л о п о л о в о й ж и з н и
г. Бишкек	50	12,8±0,1	28,3±0,1	4,8±0,1	19,8±0,1
д. Аль-Гуера	80	14,8±0,1	29,2±0,3	5,5±0,2	17,9±0,1
г. Нарын	60	14,1±0,1	28,6±0,2	5,4±0,1	18,1±0,1
г. Катманду	45	14,6±0,2	30±0,4	5,6±0,3	17,6±0,2

Результаты и их обсуждение.

Проведенный сравнительный анализ исследования показал (таблица №2), что среди изучаемых групп, у женщин дуана Аль- Гуера отмечается позднее наступление менархе, и более длительный менструальный цикл, так же как и у женщин г.Нарын по сравнению с контрольной группой женщин в низкогорье. При выяснении анамнеза у жительниц города Бишкек в 55% случаев возраст менархе пришелся на 12-14 лет, тогда как у жительниц дуана Аль- Гуера в 54% случаев менархе наступал в 15 лет. Длительность менструального цикла варьировала в данных группах от 35 до 45 дней. Следует отметить, что чем выше была высота, тем выше были показатели поздних менархе. У 62% жительниц гор (г. Нарын, г. Катманду, д. Аль - Гуера) продолжительность менструального цикла составила 30 и более дней, тогда как, у жительниц низкогорья данный показатель меньше ($28,3 \pm 0,1$).

При выяснении в анамнезе о начале половой жизни выявлено, что 20% жительниц дуана Аль – Гуера выходят замуж в 16-17 лет, жительницы г. Бишкек половую жизнь в 1,5 раза чаще начинают в 18-19 лет. У женщин исследуемых групп при поступлении были выяснены и наличие гинекологических заболеваний. Среди исследуемых женщин по г. Бишкек нарушения менструального цикла выявлено в 36% случаев. Из гинекологических заболеваний также, преобладали кольпиты, эрозии шейки матки, кисты яичников, хронические аднекситы, у жительниц дуана Аль-Гуера из гинекологических заболеваний чаще выявляются эрозии шейки матки в 42% случаев, и деформации шейки матки за счет старых послеродовых разрывов, нарушения менструального цикла встречаются в 43,7% случаев. Жительницы Аль – Гуера в равной мере принимают ВМС, инъекционные контрацептивы Депо - Провера и 10% женщин не используют контрацептивов вообще. Женщины жительницы низкогорья по г. Бишкек, среди контрацептивов чаще используют ВМС, в анамнезе которых, в 48% случаев имеются медицинские аборт, как метод планирования семьи, в случаях не запланированной беременности.

Следует отметить, что среди жительниц дуана Аль-Гуера мед аборт, как метод планирования семьи не используются женщинами, но в анамнезе встречается

выскабливания полости матки, как вынужденный метод оказания неотложной помощи в случаях самопроизвольных выкидышей и замершей беременности. Среди жительниц г. Нарын в 42% случаев в анамнезе имеются нарушения менструальной функции и в 53% случаев имеют медицинские аборт, 58 % случаев женщин используют ВМС. Среди жительниц г. Катманду нарушения менструального цикла от аменореи до гиперполименореи встречаются в 42% случаев. Становление менструального цикла также в 1,5 раза чаще наступала позже, чем у жительниц низкогорья.

Выводы.

1. Позднее наступление менархе ($14,8 \pm 0,1$ до $14,0,1$) характерно для жительниц горных регионов Кыргызстана, Йемена и Непала, по сравнению с жительницами низкогорья (г. Бишкек $12,8 \pm 0,1$).

2. Нарушения менструального цикла больше выявлены в группе женщин жительниц гор до 44%, по сравнению с контролем низкогорья, где данный показатель был до 35% случаев.

3. Медицинские аборт, как метод планирования семьи в случаях не запланированной беременности используется у женщин низкогорья г. Бишкек и Нарын. В то время как у жителей дуана Аль-Гуера и Непала выскабливания полости матки используются в случаях самопроизвольных выкидышей и замерших беременностей.

Литература

1. Краткий обзор ситуации в сфере охраны здоровья матери и ребенка в Кыргызской Республике за 2008 - 2009 гг. А.С. Ешходжаева, А.С.Калиева, Н.С. Абазбекова и др. – ГТЦ. – Бишкек, 2010. – 48 с.
2. Национальная стратегия охраны репродуктивного здоровья населения Кыргызской Республики до 2015 года. – Бишкек, 2006. – 73с.
3. Женщины и мужчины Кыргызской Республики. Сборник гендерно-разделенной статистики. – Бишкек, 2009. – 125 с.
4. Мусуралиев М.С. Беременность и горы (Проблемы адаптации в норме и патологии). – Бишкек. 1995. – 176с.
5. The biology of high-altitude peoples/Edited by P.T. Baker; 1978, Cambridge Univ. Press.
6. 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.

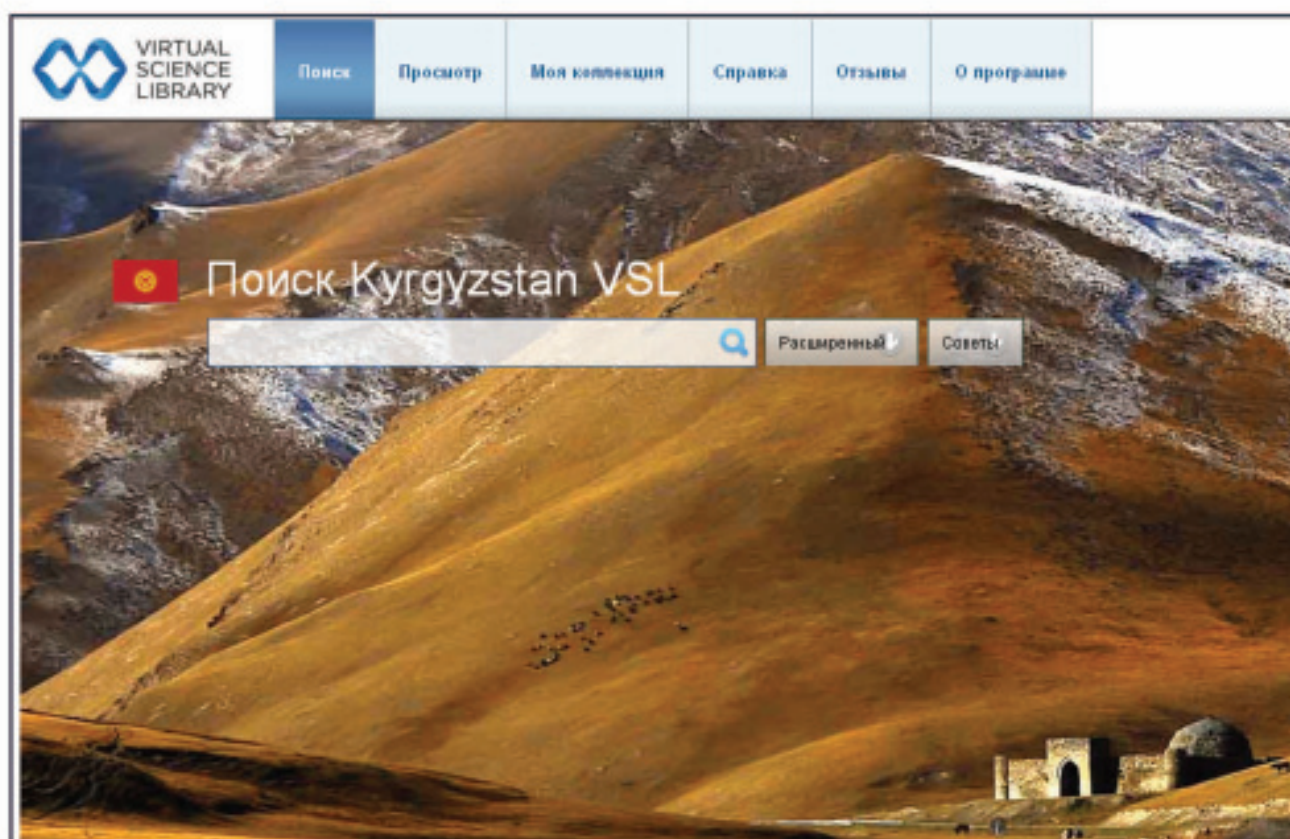
7. Lebedeva I.M., Musuraliev M.S. *Same features of adaptation to hypoxia infemales at high altitudes of the Pamir and Low altitudes of Tien – Shan.*In the book “Human Biology of Asian Highland Population in the Global Context”. Calcutta. – 1989. – 128 – 131 p.

8. Musuraliev M.S., Pradhananga, Jetigenova S.A. *Peculiarity of menarche and reproductive function of women*

which living in high altitudes of Nepal. In the book: “Program and abstract book”.Et the first international congress of Central Asia infectious diseases. Bishkek. – 2006. – P. 134.

9. Musuraliev M.S., Napit A., Jetigenova S.A. *et al., Effects of Childhood Infectious Diseases in Development of Primary Amenorrhea. Et the international congress of Central Asia infectious diseases. Bishkek.–2006. – P. 134.*

WWW.KYRGYZSTANVSL.ORG



Виртуальная научная библиотека Кыргызстана (ВНБ) недавно запустила новую функцию удаленного доступа, которая будет расширять доступ к ВНБ через любое подключение к интернету. В результате, доступ к рецензируемым статьям и электронным книгам, которые ранее требовали подключение к интернету в научно-исследовательском институте, теперь доступен для любого аспиранта, профессора, или исследователя при вузе-партнере ВНБ с любым стабильным доступом в Интернет.

ГИПОТАЛАМО-ГИПОФИЗАРНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ И ИМПУЛЬСНАЯ СЕКРЕЦИЯ ГОРМОНОВ У ДЕВУШЕК – ВНУТРЕННИХ МИГРАНТОК С ПЕРВИЧНОЙ АМЕНОРЕЕЙ

Исакова Ж.К., Теппеева Т.Х., Джетигова С.А., Иманкулова Ч.Б.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Проведено изучение соотношения гонадотропных гормонов, пролактина и половых стероидных гормонов крови у 58 девушек – внутренних мигранток с первичной аменореей.

У трети больных выявлена гипергонадотропная аменорея, у каждой четвертой пациентки диагностирована нормогонадотропная аменорея, а у 15 больных выявлена гипогонадотропная аменорея. Проведение теста с люлиберином, определения импульсной секреции гонадотропинов и применения уроцитологического метода у больных первичной аменореей даст более детальную информацию об уровне и характере повреждения функции яичников.

Ключевые слова: Первичная аменорея, гипофиз, импульсная секреция, балл полового развития, уроцитологический метод, внутренняя миграция.

АЛГАЧКЫ ДЕНЭЭЛДЕГИ АМЕНОРЕЯ МЕНЕН ООРУГАН КЕЛГИН КЫЗДАРДЫН ГОРМОНДОРУННУН ГИПОТАЛАМО-ГИПОФИЗАРДЫК ӨЗ АРА КАТНАШЫ ЖАНА ИМПУЛСТУК СЕКРЕЦИЯСЫ

Исакова Ж.К., Теппеева Т.Х., Джетигова С.А., Иманкулова Ч.Б.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргызская Республикасы

Корутунду: Алгачкы денгелдеги аменорея менен ооруган 58 оорулуу келгин кыздардын канындагы жыныстык стероиддуу гормондоруна жана пролактин, гормондорунун өз ара катнашына изилдөө жүргүзүлдү. Ар бир үчүнчү оорулуудан гипергонадотроптуу аменорея, ар төртүнчү кыздан нормогонадотроптуу аменорея, ал эми 15 оорулудан гипогонадотроптуу аменорея табылган. Гонадотропиндердин импулстук секрециясын аныктоо учун люлиберин аркылуу тест өткөрүлдү жана алгачкы денгелдеги аменорея менен ооругандардын аналык бездиринин функциясын бузулуу денгээли жана мүнөзү тууралуу тагырак маалымат алуу үчүн уроцитологиялык метод колдонулду.

Негизги сөздөр: алгачкы аменорея, гипофиз, импулстук секреция, жыныстык өсүүсүнүн баллы, уроцитологиялык метод, келгин кыздар, ички миграция.

HYPOTHALAMIC-PITUITARY RELATIONSHIP AND IMPULSE HORMONE SECRETION IN GIRLS-TINAIDGERS- INTERNAL MIGRANTS WITH PRIMARY AMENORRHEA

Isakova J.K., Teppeeva T.Kh., Djetigenova S.A., Imankulova Ch.B.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: Ratio of gonadotropic hormones, prolactin and sex steroid hormones in blood of 58 patients with primary amenorrhea have been studied. Hypergonadotropic amenorrhea has been revealed in one third of patients, normogonadotropic amenorrhea has been diagnosed in every fourth patient, and hypogonadotropic amenorrhea has been found in 15 patients. Test with luteinizing hormone releasing hormone, determination of impulse secretion of gonadotropins and using urological method will give more detailed information on level and nature of alteration of ovarian function.

Key words: Primary amenorrhea, pituitary, impulse secretion, score of sexual development, urocytological method, internal migrants.

В последние годы произошло заметное изменение структуры гинекологической заболеваемости девочек-подростков. Среди нарушений менструального цикла чаще встречаются аменореи, олиго- и дисменореи (2,3,8).

Анализ структуры первичной аменореи

свидетельствует о преобладании в ней первичных эстроген дефицитных состояний, обусловленных генетической патологией (более 40%) и пороком развития аплазии матки и влагалища более 15% (1,7). Частота первичной аменореи за последние 5 лет выросла от 7 до 15%, достигая в некоторых наблюдениях до 33% (3,8,9).

Разнообразие причин первичной аменореи долгое время ошибочно позволяло рассматривать эту патологию, как функциональное состояние и оправдывало выжидательную тактику. Последние научные изыскания не связывают ее с конституциональными особенностями подростка, а расценивают как серьезное проявление патологии репродуктивной системы, вплоть до тяжелого, нередко наследственно обусловленного заболевания (5,6)

Причиной позднего выявления первичной аменореи в большинстве случаев является врачебная пассивность и позднее обращение, обусловленное неграмотностью родителей и подростков в вопросе этапов полового созревания (4,9). Диагностика нарушений функции яичников в подростковом возрасте наталкивается на определенные трудности, связанные, в частности, с индивидуальными отличиями в пубертатном развитии.

Основной целью данной работы явилась диагностика гипоталамо-гипофизарно-овариальных нарушений у девочек-подростков с задержкой полового созревания.

Задачи исследования:

1. Изучение соотношения гонадотропных гормонов, пролактина и половых стероидных гормонов крови у больных с первичной аменореей.

2. Оценка информативности урочитологического метода, теста с люлиберином и определения импульсной секреции гонадотропинов у девушек с задержкой полового развития.

Материал и методы исследования

Проведено комплексное обследование 1000 студенток 1 курса КГМА. Всем студенткам проведено анкетирование. Особое внимание обращали на менструальную функцию. У 142-обследованных девушек выявили различные нарушения менструального цикла. Для получения более точной информации об уровнях поражения гипоталамо-гипофизарной системы обследовано 58 больных с различными формами первичной аменореи. Контрольную группу составили 20 девушек-подростков.

У 17 больных, то есть у трети больных, выявлена гипергонадотропная аменорея (содержание ФСГ варьировало от 22,4 МЕ/л до 77,6 МЕ/л, содержание ЛГ от 20,0 МЕ/л до 63,5 МЕ/л). Анамнестические данные указывают на высокую частоту перенесенных детских

заболеваний. Проведенное кариотипирование у 8 из них выявило различные хромосомные аномалии (45/XO, 45XO/46XX и другие). У 13 больных имелись различные степени недоразвития вторичных половых признаков. Средний балл полового развития составил- 1,6. При гинекологическом исследовании у 11 из 17 больных диагностирована гипоплазия гениталий и у 3- инфантилизм. Урочитологическое исследование выполненное у двух девочек - подростков, установило атрофический тип мазков. Данные гормональных исследований у больных с первичной аменореей представлены в таблице 1.

Среднее содержание ФСГ и ЛГ было достоверно ($p < 0,05$) выше у больных с первичной гипергонадотропной аменореей по сравнению с их уровнями в контрольной группе в фолликулярную фазу цикла. Содержание эстрадиола в этой группе было достоверно ($p < 0,05$) ниже, чем в контрольной группе. Уровень прогестерона соответствовал его значениям в фолликулярную фазу цикла у здоровых женщин. Содержание пролактина в крови существенно не отличалось от контрольных показателей.

Группу больных с первичной гипогонадотропной аменореей составили 15 больных. Оценка развития вторичных половых признаков у 10 больных выявила различную степень недоразвития. Балл полового развития составил 1,7. При гинекологическом исследовании у 10 из 15 больных обнаружена гипоплазия гениталий и у 3 – инфантилизм. При урочитологическом исследовании, проведенном одной больной, обнаружены атрофические типы мазков.

Среднее содержание гонадотропинов, пролактина и эстрадиола в крови больных с первичной гипогонадотропной аменореей было достоверно ($p < 0,05$) ниже по сравнению с их уровнями в крови здоровых женщин в фолликулярную фазу цикла. Содержание прогестерона было достоверно ($p < 0,05$) выше значений в контрольной группе (таблица 1).

Группу больных с первичной нормогонадотропной аменореей составили 23 больные. При гинекологическом исследовании у 7 больных зарегистрирована гипоплазия гениталий и у 7- инфантилизм. Кольпоцитологическое и урочитологическое исследования, проведенные у 13 больных, выявили различную степень эстрогенной недостаточности. При оценке

Таблица 1

Уровень ФСГ, ЛГ, пролактина, эстрадиола и прогестерона в крови здоровых женщин в фолликулярную фазу цикла и у больных с различными формами первичной аменореи ($M \pm m$)

Группа	ФСГ (МЕ/л)	ЛГ (МЕ/л)	Эстрадиол (пмоль/л)	Прогестерон (нмоль/л)	Пролактин (мМЕ/л)
Контрольная (n- 20)	5,1 $\pm$ 0,2	13,0 $\pm$ 0,9	355,3 $\pm$ 35,6	2,4 $\pm$ 0,1	376,7 $\pm$ 31,1
Гипергонадотропная аменорея (n- 17)	48,2 $\pm$ 3,6	35,1 $\pm$ 3,6	94,5 $\pm$ 28,0	2,5 $\pm$ 0,4	316,1 $\pm$ 42,7
Гипогонадотропная аменорея (n- 15)	0,7 $\pm$ 0,1	1,4 $\pm$ 0,2	124,0 $\pm$ 32,3	4,2 $\pm$ 0,9	205,6 $\pm$ 63,0
Нормогонадотропная аменорея (n- 23)	2,3 $\pm$ 0,5	8,8 $\pm$ 2,4	182,9 $\pm$ 25,7	2,9 $\pm$ 0,4	273,1 $\pm$ 36,5
Гиперпролактинемическая аменорея (n- 3)	4,3 $\pm$ 0,1	8,8 $\pm$ 7,8	129,9 $\pm$ 20,2	9,8 $\pm$ 7,7	2560,7 $\pm$ 109,3

Примечание: x – отличие от контрольной группы при $p < 0,05$.

Таблица 2

Среднее содержание ФСГ, ЛГ, эстрадиола, пролактина и прогестерона ($M \pm m$) в сыворотке крови двух здоровых женщин и трех больных с задержкой полового развития

	ФСГ (МЕ/л)	ЛГ (МЕ/л)	Пролактин (мМЕ/л)	Эстрадиол (пмоль/л)	Прогестерон (нмоль/л)	Достоверная ($p < 0,05$) Корреляция
Здоровые женщины						
7 день цикла	1,6 $\pm$ 0,1	3,7 $\pm$ 0,2	303,1 $\pm$ 52,3	232,1 $\pm$ 12,5	3,8 $\pm$ 0,4	$r_{ЛГ,Э} = +0,66$ $r_{ФСГ,Э} = +0,61$ $r_{ПРЛ,П} = +0,65$ $r_{ПРЛ,Э} = +0,62$
20 день цикла	2,3 $\pm$ 0,1	2,6 $\pm$ 0,4	265,0 $\pm$ 34,8	442,6 $\pm$ 40,1	26,6 $\pm$ 1,0	$r_{ЛГ,П} = +0,67$
Больные с задержкой полового развития						
И.С.М.	0,1 $\pm$ 0,3	1,6 $\pm$ 0,1	503,0 $\pm$ 47,7	209,7 $\pm$ 35,5	3,4 $\pm$ 0,2	$r_{ЛГ,ПРЛ} = +0,60$
Ц.Е.Б.	1,0 $\pm$ 0,3	1,8 $\pm$ 1,0	184,5 $\pm$ 27,8	498,1 $\pm$ 173,1	3,2 $\pm$ 0,3	$r_{ЛГ,Э} = +0,67$
П.Е.А.	2,8 $\pm$ 0,9	2,5 $\pm$ 0,4	161,7 $\pm$ 12,2	139,4 $\pm$ 26,8	3,7 $\pm$ 0,3	

вторичных половых признаков у 10 больных обнаружена различная степень их недоразвития. Общий балл полового развития составил 3,1.

В группе больных с первичной нормогонадотропной аменореей определялась достоверная ($p < 0,001$) положительная корреляция ($r = +0,44$) между содержанием ФСГ и ЛГ. Обнаружена также достоверная ($p < 0,001$) положительная корреляция ($r = +0,49$) между

содержанием эстрадиола и прогестерона. Среднее содержание ФСГ в крови больных с первичной нормогонадотропной аменореей (2,3 $\pm$ 0,2 МЕ/л) было достоверно ($p < 0,05$) ниже этого показателя в крови здоровых женщин в фолликулярную фазу цикла (5,1 $\pm$ 0,2 МЕ/л). Среднее содержание ЛГ в крови больных (8,8 $\pm$ 2,4 МЕ/л) не отличалось достоверно от этого показателя в крови здоровых женщин (13,0 $\pm$ 0,9 МЕ/л). Достоверной разницы

в уровнях пролактина в крови в сравниваемых группах не получено. Концентрация эстрадиола в крови больных ($182,9 \pm 25,9$ пмоль/л) была достоверна ($p < 0,05$) ниже этого показателя в крови здоровых женщин в фолликулярную фазу цикла ($355,3 \pm 35,6$ пмоль/л). Уровень прогестерона в крови больных с первичной гипогонадотропной аменореей ($2,9 \pm 0,4$ нмоль/л) незначительно ($p > 0,05$) превышал этот показатель в крови здоровых женщин ($2,4 \pm 0,1$ нмоль/л).

Группу больных с первичной гиперпролактинемической недостаточностью яичников составили 3 больные. Оценка вторичных половых признаков у всех обследованных больных выявила различную степень их недоразвития. Рентгенотомографическое исследование турецкого седла не выявило макроаденомы гипофиза.

Уровень пролактина варьировал от 1169,5 мМЕ/л до 3952,0 мМЕ/л. Среднее содержание ФСГ и эстрадиола в крови больных с первичной гиперпролактинемической аменореей ($4,3 \pm 0,1$ МЕ/л и $129,9 \pm 20,2$ пмоль/л) было достоверно ($p < 0,05$) ниже этих показателей в крови здоровых женщин в фолликулярную фазу цикла ($5,1 \pm 0,2$ МЕ/л и $355,3 \pm 35,6$ пмоль/л, соответственно).

Перспективным методом изучения гипоталамической регуляции функции яичников является определение спонтанных колебаний гонадотропинов в сыворотке крови. Нами проведено определение спонтанных колебаний в крови гонадотропинов, пролактина, эстрадиола и прогестерона у здоровых женщин в фолликулярную и лютеиновую фазы цикла (таблица 2). На 7 день менструального цикла за 4 часа наблюдений отмечено 3 подъема ЛГ. Максимальная амплитуда колебаний ЛГ в крови за время исследования составила 2,0 МЕ/л (от 2,9 МЕ/л до 4,9 МЕ/л). За этот же период отмечено 3 повышения уровня ФСГ в сыворотке крови с максимальной амплитудой 1,5 МЕ/л (колебания от 0,9 МЕ/л до 2,4 МЕ/л). Содержание пролактина на протяжении исследования не было однородным. Среднее содержание эстрадиола составило 232,1 пмоль/л и прогестерона 3,8 нмоль/л. Определялась достоверная ($p < 0,05$) положительная корреляция ($r = +0,61$) между содержанием ФСГ и эстрадиолом и между содержанием ЛГ и эстрадиолом ($r = +0,66$). На 7 день менструального цикла определялась также достоверная ($p < 0,05$) положительная корреляция

($r = +0,65$) между содержанием пролактина и прогестерона, а также между содержанием пролактина и эстрадиола ($r = +0,62$). Эти данные указывают на возможное участие пролактина в стероидогенезе в яичниках в физиологических условиях.

На 20 день менструального цикла за 4 часа у здоровой женщины отмечено 2 подъема ЛГ в крови с максимальной амплитудой 5,3 МЕ/л (от 0,5 МЕ/л до 5,8 МЕ/л). За этот же промежуток времени зарегистрированы 3 менее выраженные колебания ФСГ с максимальной амплитудой 2,0 МЕ/л (от 1,7 МЕ/л до 3,7 МЕ/л). Среднее содержание прогестерона в крови ($26,6 \pm 1,0$ нмоль/л) подтверждает наличие функционально активного желтого тела. Достоверная ($p < 0,05$) положительная корреляция ($r = +0,56$) между уровнями ЛГ прогестерона подтверждает представление о регулирующем влиянии ЛГ на секрецию прогестерона желтым телом яичников.

Импульсная секреция гонадотропинов и их соотношение с пролактином и половыми стероидными гормонами изучены в крови 3 девушек с задержкой полового развития, проявляющейся отсутствием месячных. У одной больной выявлена гипогонадотропная аменорея. Максимальная амплитуда колебаний гонадотропинов была крайне незначительной и для ЛГ она составила 1,2 МЕ/л, а для ФСГ - 0,4 МЕ/л. Обращаем внимание на относительно высокий уровень пролактина (до 813,5 мМЕ/л), превышавший пределы колебаний пролактина в крови здоровых женщин репродуктивного возраста ($376,7 \pm 31,1$ мМЕ/л). У второй больной за 4 часа наблюдений определялся один подъем ЛГ. Максимальная амплитуда колебаний ЛГ была значительной и составила 13,6 МЕ/л. За это же время отмечено 2 подъема ФСГ с максимальной амплитудой колебаний 3,6 МЕ/л. Содержание эстрадиола в крови ($498,1 \pm 173,1$ пмоль/л) в среднем соответствовало уровню эстрадиола в крови здоровых женщин репродуктивного возраста ($355,3 \pm 35,6$ пмоль/л). Между уровнями ЛГ и эстрадиолом определялась достоверная ($p < 0,05$) положительная корреляция ($r = +0,67$), что свидетельствует о функционировании у данной больной механизма положительной обратной связи между гипоталамусом и яичниками. У первой больной через 4 месяца наблюдений и у второй больной через 6 месяцев самостоятельно пришли месячные. У третьей больной с первичной аменореей за 4 часа исследований

имелось 3 подъема ЛГ с максимальной амплитудой колебаний его в крови 3,8 МЕ/л. За это же время выявлены 2 подъема ФСГ с максимальной амплитудой колебаний 10,9 МЕ/л. Обращало на себя внимание низкое содержание пролактина ($161,7 \pm 12,2$ мМЕ/л) и эстрадиола в сыворотке крови ($139,4 \pm 26,8$) (таблица 2). Достоверной корреляционной связи между изучаемыми гормонами не установлено. В течение 7 месяцев наблюдений менструальный цикл у больной не появился.

Таким образом, определение гонадотропинов в крови позволяет дифференцировать первичные и вторичные поражения функции яичников. С помощью изучения импульсной секреции гонадотропинов и теста с люлиберином можно составить представление о секреции эндогенного люлиберина гипоталамусом и о чувствительности к нему гонадотрофов гипофиза. Определение пролактина в сыворотке крови помогает выявить гиперпролактинемическую недостаточность яичников, относительно редко, по нашим данным, встречающуюся в младших возрастных группах.

Выводы:

1. Анализ гипоталамо – гипофизарно – овариальных взаимоотношений у

больных с первичной аменореей показал, что у $29,3 \pm 5,9\%$ она обусловлена первичным поражением яичников, у $25,9 \pm 5,7\%$ – гонадотропной недостаточностью, у $39,6 \pm 6,4\%$ содержание гонадотропинов не отличается от их базального уровня в крови здоровых девушек, и у $5,2 \pm 2,9\%$ больных диагностирована гиперпролактинемическая недостаточность яичников.

2. Информативным и наиболее приемлемым функциональным

диагностическим тестом при обследовании девочек-подростков является урцитологический метод определения характера менструального

цикла.

3. При отсутствии в 14-15 возрасте месячных и недоразвитии вторичных половых признаков уровень повреждения в гипоталамо-гипофизарно-овариальной системе может быть установлен путем определения гонадотропинов и пролактина в сыворотке крови, а также с помощью теста с люлиберином и определения импульсной секреции ЛГ гипофизом.

Литература:

1. Адамян Л.В., Богданова Е.А. *Оперативная гинекология детей и подростков*. Москва: Изд.-во ЭликсКом, 2004. -150-153с

2. Богданова Е.А. *Клиника, диагностика и патогенез аменореи у подростков*. Дис. д-ра мед. наук. Москва-1982. - 27 с

3. Богданова Е.А. *Проблемы репродуктивного здоровья девочек и девушек/Гезисы 1-й конференции Ассоциации гинекологов-ювенологов*. -1995.-С. 6-10.

4. Киселева И.А., Уварова Е.В. *Особенности ведения больных с дисгенезией гонад// Репродуктивное здоровье детей и подростков 2006*.- №1 - С. 16-26.

5. Пискорская В.М., Д.А. Бижанова, Т.Г. Дядик. *Принципы диагностики и лечения девочек - подростков с первичной аменореей и задержкой полового развития // Детская больница*. - Москва, 2005 - №2(24) - С.28-31.

6. *Первичная аменорея у девочек - подростков современное состояние проблемы / В.М. Пискорская, Д.А. Бижанова, Т.Г. Дядик//Детская больница -Москва, 2007 - №3(29) - С.44-47*

7. Пишеничникова Т.Я. *Бесплодие в браке*. Москва: Медицина - 1991. – 90-91, 127с.

8. Abu E.O., Morner A., Kusec J.T. et al. *The localization of androgen receptors in human bone// J. Clin. Endocrin.Metab.*- 1997.- P.3493-3497

9. Conte F.A., Grumbach et al. *A syndrome of female pseudohermaphroditism, hypergonadotropic hypogonadism and multicystic ovaries associated with missense mutations in the gene encoding aromatase// J. Clin.Endocrinol.Metab.* -2004.- Vol.78.-P. 1287-1292.

ПУТИ СНИЖЕНИЯ РОДОВОГО ТРАВМАТИЗМА У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ У РОЖЕНИЦ С ЦЕФАЛО-ПЕЛЬВИЧЕСКОЙ ДИСТОЦИЕЙ

Омуркулова Г.С.

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

Резюме: Представлены возможности предупреждения родового травматизма новорожденного при операции кесарево сечение у 140 рожениц с цефало-пельвической дистоцией (ЦПД) при традиционном и инновационном подходе - «рождение головы».

Ключевые слова: кесарево сечение, цефало-пельвическая дистоция, родовый травматизм новорожденного.

ТӨРӨТТӨГҮ ЦЕФАЛО-ПЕЛЬВИКАЛЫК ДИСТОЦИЯ УЧУРУНДА ЫМЫРКАЙЛАРДЫН ТӨРӨТТӨН АЛГАН ЖАРАКАТТАРЫНЫН САНЫН АЗАЙТУУНУН ЖАҢЫ ЫКМАЛАРЫ

Омуркулова Г.С.

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

Резюме: Салттуу жана инновациялык жол менен төрөт учурундагы цефало-пельвикалык дистоция менен жабыркаган 140 аялдын кесаревдик кесүүсүнүн анализинин жыйынтыктары көрсөтүлдү.

Негизги сөздөр: кесаревдик кесүү, цефало-пельвикалык дистоция, борбордук нерв системасынын перинаталдык гипоксикалык жабыркоосу.

THE WAYS OF DECREASE THE OBSTETRIC NEWBORNS TRAUMATISM DURING CESAREAN SECTION AT WOMEN WITH CEPHALIC -PELVIC DYSTOCIA

Omurkulova G.S.

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

Resume: Presented during cesarean section possibilities of prevention obstetric newborns traumatism during cesarean section at 140 women with cephalic -pelvic dystocia for traditional and innovation approach – “born of head”.

Keywords cesarean section, cephalic -pelvic dystocia, obstetric newborns traumatism.

Актуальность

Увеличение числа новорожденных с перинатальными гипоксическими поражениями центральной нервной системы свидетельствует о том, что существующие способы диагностики острой гипоксии (своевременность диагноза цефало-пельвическая дистоция (ЦПД) или дистресс плода) в родах и тактика ведения родов недостаточно эффективны и требуют их совершенствования [1,2,3].

В настоящее время ведение родов характеризуется не всегда обоснованной «агрессивностью», в частности, ранним вскрытием плодного пузыря, расширения к показанию применения утеротоников, увеличением частоты кесарева сечения [4,5].

Частота кесарева сечения на протяжении последних лет не снижается и в США составляет 26,1% к общему числу родов, причем в показаниях

к оперативному родоразрешению цефало-пельвическая дистоция - ЦПД или клинически узкий таз составляет 60% [6,7,8]. Осложнения оперативного родоразрешения остаются одной из причин смерти матерей [9,10].

В РФ частота клинически узкого таза является довольно распространенным осложнением в родах. Его частота составляет 9,8 % от общего числа родов. [11,12].

В нашей республике частота КС составляет от 7,1 до 8,4 % (за 2010-12гг) и в структуре причин перинатальной смертности родовые травмы остаются на тот же период 3,4 – 3,0%. Согласно экспертным оценкам остаются “ятрогенные” причины качества оказания неотложной акушерской помощи [13,14,15]. Учитывая увеличение числа новорожденных с перинатальными гипоксическими поражениями, нами проведен анализ исхода родов у 140 женщин

с ЦПД в зависимости от тактики ведения родов.

Цель: оптимизировать тактику ведения родов при развитии цефало-пельвической дистоции у женщин с целью снижения частоты родового травматизма и репродуктивных потерь.

Материал и методы исследования

На первом этапе исследования мы провели анализ течения и исхода родов для матери и новорожденного у 140 женщин, поступивших на роды в городской перинатальный центр с 2010-2013 гг.

Критерием включения является цефало-пельвическая дистоция у рожениц.

Женщины были разделены на 2 клинические группы: I группу (контроль) составили исходы родов у 60 женщин, родоразрешенные путем операции кесарева сечения по традиционному методу.

Основную II группу составили 80 рожениц с цефало-пельвической дистоцией с применением инновационных подходов при проведении кесарева сечения - рождение головы плода и бережная технология родоразрешения.

При исследовании пациенток использовались традиционные методы обследования с последующим занесением данных в специально разработанную карту. Возраст беременных колебался от 18 до 43 лет и составил в среднем 26,8 лет с преобладанием от 25 до 29 лет.

Проведение операции КС в контрольной группе было традиционным (извлечение за голову), в основной группе использовали инновации, «способствующие к самостоятельному рождению головы» при наличии ЦПД (2-3 ст.) по клиническому протоколу, утвержденного министерством здравоохранения. Данные представлены в таблице 1.

Результаты и их обсуждение

Несмотря на широкое внедрение современных методов оценки состояния плода, среди актуальных проблем в современном акушерстве вопросы гипоксии плода и новорожденных остаются наиболее значимыми.

Характеристика контрольных и основных клинических групп исследований были 29 лет (30,1%). При изучении репродуктивного анамнеза было установлено, что большинство женщин были повторнородящими - 51 женщин (36,4 %), первородящих было 89 (63,6%) .

Изучение исхода родов в обеих группах выявило, что показанием к оперативному родоразрешению была цефало-пельвическая дистоция (ЦПД) или клинически узкий таз в 57 % случаев в первой группе и 74% во второй группе рожениц. Из них в первой группе: задний вид теменного вставления 31 (57%), разгибательные предлежания 1 (2%), крупный плод 2 (4%) и дистресс плода+КУТ 1ст. составил 26 (43%). Во второй группе показаниями к операции были: задний вид теменного вставления 59 (74%), разгибательные предлежания 6 (8%), крупный плод 3 (4%) и дистресс плода+ЦПД 1ст. составил 21 (26%).

Анализ между сравниваемыми группами рожениц показал, что риск развития дистресс синдрома у плода в первой группе в 1,6 раза выше, чем во второй группе. Средний вес детей в первой группе равнялся $3573,3,6 \pm 73,5$ г, длина - $52,9 \pm 0,13$ см., а во второй группе - $3823,5 \pm 32,1$ г, длина - $54,1 \pm 0,07$ см.

При этом следует отметить, что у детей, рожденных традиционно, с большой частотой - у 27 (45%) встречались кефалогематомы, тогда как в группе, где применено родоразрешение - «самостоятельное рождение головы» кефалогематомы не наблюдалось. Также у 7 (12%) новорожденных отмечалась родовая опухоль, у 1 (1,6%) - перелом ключицы. В первой группе выписаны домой под наблюдение педиатра и невропатолога 49 (81,4%) детей, 7 (12%) нуждались в реабилитации и были переведены в отделение патологии новорожденных ГПЦ, а 4 (6%) - умерли. Тяжелых родовых травм новорожденных (переломы костей черепа, разрыв мозжечкового налета, массивные кровоизлияния в головной мозг и т.д.) в основной группе не было.

В удовлетворительном состоянии родились (70%) ребенок 1 группы (оценка по шкале Апгар 7-10 баллов), (93,0%) – во второй группе. 16 (26%) детей контрольной группы находились в состоянии асфиксии средней тяжести (оценка 4-6 балла), во второй - 5 (7,0%). В состоянии тяжелой асфиксии (оценка 0-3 балла) было 3 ребенка 1 группы. В основной группе таких детей не было.

Во второй группе родилось 80 живых доношенных детей. Переношенных детей в этой группе не было. В целом, отмечено существенное преобладание младенцев мужского пола в обеих сравниваемых группах.

Наиболее низкая оценка новорожденных

Таблица 1.

Показания к оперативному родоразрешению в сравниваемых группах

Показания к операции кесарева сечения	Традиционное кесарево сечение		С применением методики	
	абс	%	абс	%
ЦПД 2-3 ст. в т.ч.:	34	57	59	74
- Задний вид теменного вставления	31	52	44	55
- Лобное	1	2	2	2,5
- лицевое	-		4	5
- Высокое прямое стояние стреловидного шва			6	7,5
Крупный плод	2	3	3	4
Дистресс плода+ЦПД 1ст.	26	43	21	26
Всего	60	100	80	100

Таблица 2.

Показатели новорожденных

Показатели	Контрольная группа, М+m	Основная группа, М+m
Масса, г	3573,3±73,5	3823,5±32,1*
макс. значение	4656,0	5230,0
<3500,0	27 (45%)	28 (35%)
>3500,0	20 (33%)	21 (26%)
>4000,0	13 (22%)	31 (39%)
Рост тела, см	52,9±0,13	54,1±0,07 *
7-10 балл	42 (70%)	75 (93%)
4-6 балл	15 (26%)	5 (7%)
0-3 балл	3 (4%)	-

p < 0,05

Таблица 3.

Родовые травмы у новорожденных

Показания	I группа (контр)		II группа (основ)	
	абс	%	абс	%
Родовая опухоль	7	12	13	16
Кефалогематома	27	45	-	
Перелом ключицы	1	1,6		
Умер	4	6	-	
Нормальное состояние	14		67	84%
Переведен на 2 этап	7	12	-	

по шкале Апгар и на 1-й, и на 5-й минутах жизни отмечена среди детей, извлеченных при экстренном кесаревом сечении в первой группе. Соответственно - $5,8 \pm 0,11$ балла и $4,5 \pm 0,13$ балла. Промежуток времени между постановкой диагноза и началом операции в этих случаях составил $36,6 \pm 5,9$ минут.

При этом следует отметить, что у детей, рожденных традиционно, с большой частотой встречались кефалогематомы - 27 (45%), родовая опухоль у - 7 (12%), у 1 перелом ключицы - (1,6%), 7 детей (12%) - переведены на 2 этап выхаживания новорожденных. Из 60 новорожденных 4 (6%) - умерли, вследствие поздней диагностики дистресс-синдрома при цефало-пельвической дистоции. При инновационном подходе ведения родов только у 13 (16%) новорожденных отмечалась родовая опухоль.

Таким образом, при инновационном подходе проведения операции кесарево сечение у рожениц с ЦПД - «самостоятельное рождение головы» может быть существенной альтернативой предупреждения «ятрогенных» причин родового травматизма у новорожденных.

Литература:

1. Брынза Н.С. Взаимосвязь между частотой осложнений, характерных для агрессивного ведения родов, возникновением внутриутробной гипоксии плода и слабости родовой деятельности у пациенток с различной тактикой родовспоможения / Н.С. Брынза, В.В. Грибоедова, А.Г. Трушков. // Журнал акушерства и женских болезней. - 2009. - Вып. 1. - С.24-31.
2. Баев О.Р., Шмаков Р.Г., Приходько А.М. Современная техника операции кесарева сечения в доказательной медицине. // А и Г, 2013, №2 с.129-135.
3. Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Петрухин

В.А., и соавт. Место абдоминального и влагалищного оперативного родоразрешения в современном акушерстве. Реальность и перспективы. // А и Г, 2012, №1 с.4-8

4. Niino Y. The increasing cesarean rate globally and what we can do about it. // Bio Science Trends. 2011; 5(4):139-150.

5. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М. - Акушерство. Национальное руководство. / Изд. «ГЕОТАР Медиа». - М.: 2009. - с.753-755.

6. Williams Obstetrics, Edition, 2007. Chapter 20. Dystocia Due Abnormalities in Presentation, Position, Or Development of the Fetus. - p.493-528.

7. Lonkhuijzen Luc et al. Maternity waiting facilities for improving maternal and neonatal outcome in low-resource countries. // Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews, 2009.

8. Cantwell R, et al. Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer, 2006-08. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. BJOG 2011; 118:1-203.

9. Mathai M., Hofmeyr G.J. Abdominal surgical incisions for caesarean section. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007.

10. Hofmeyr G.J., Mathai M., Shah A.N., Novikova N. Techniques for caesarean section. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008.

11. Стрижаков А.Н., Баев О.Р. Хирургическая техника операции кесарева сечения. // М.: Миклош; 2007. 168 с.

12. Шмаков Р.Г., Баев О.Р., Филиппович Г.В., Тютюник В.Л. // Федеральные клинические рекомендации. «Кесарево сечение: показания, методы анестезии, хирургическая техника» // М.-2013, 29с.

13. Бутта З.А., Хан Я.П. Здоровье женщин и новорожденных детей в Кыргызстане и Чуйской области: оценка и обоснование вмешательств. - Бишкек, 2009, - 51с.

14. Еуходжаева 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.

15. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики в 2012 году, - Бишкек, 2013, - с.330.

ПОКАЗАТЕЛИ ГАЗОВ КРОВИ ПУПОВИНЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ГИПОКСИЮ В РОДАХ Омуркулова Г.С.

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

Резюме: Проведен анализ показателей газового состава пуповинной крови плода в родах.

Ключевые слова: роды, гипоксия, плод, новорожденный.

ГИПОКСИЯ МЕНЕН ЖАБЫРКАГАН ЫМЫРКАЙЛАРДЫН КИНДИК КАНЫНЫН КЫЧКЫЛТЕК МЕНЕН КОМУРТЕКТИН ДЕЦГЭЭЛИН ИЗИЛДӨӨ Омуркулова Г.С.

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

Резюме: Төрөттөгү ымыркайдын киндик канынын курамындагы газдын көрсөткүчүнө анализ жүргүзүлдү.

Негизги сөздөр: төрөт, гипоксия, түйүлдүк, ымыркай.

EVALUATION STUDY OF THE LEVELS OF GASES IN NEWBORN INFANTS WITH HYPOXIA Omurkulova G.S.

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

Resume: Analysis of gas composition of umbilical cord blood at delivery is made.

Keywords: delivery, hypoxia, fetus, newborn.

Актуальность

В настоящее время проблема гипоксического состояния плода остается актуальной, так как данная патология занимает ведущее место в структуре перинатальной смертности, обуславливая в 40-70% причину мертворождений и смерти детей в раннем неонатальном периоде [1]. Проблема внутриутробной гипоксии имеет не только медицинскую, но и социальную значимость. В детском возрасте 60-80% всех заболеваний нервной системы - последствия гипоксически-ишемических повреждений ЦНС разной степени тяжести, внутричерепные геморрагии, которые среди недоношенных детей встречаются у 40-70%, а среди доношенных у 9-27%, обусловлены гипоксией в перинатальном периоде [2,3]. Внутриутробная гипоксия, являясь одним из основных проявлений ФПН, ведет к нарушению развития или повреждению ЦНС в 60-80% [4], увеличивая частоту соматической и инфекционной заболеваемости, снижая адаптацию новорожденных в раннем неонатальном периоде, приводя к нарушению психомоторного и интеллектуального

развития детей [5]. Исследование факторов риска данного осложнения беременности показало, что их влияние на плаценту и плод не является специфическим и связано, главным образом, с развитием перинатальной гипоксии, сопровождающейся гемодинамическими и метаболическими нарушениями в фетоплацентарной системе [6,7]. Клинические исследования показывают, что циркуляторно обусловленная гипоксия при фетоплацентарной недостаточности, часто приводит к структурным повреждениям мозговой ткани плода, что во многом обуславливает тяжесть течения, характер проявлений и исход постгипоксического состояния новорожденного [8].

Высокий уровень гипоксии и увеличение числа новорожденных с перинатальными поражениями ЦНС свидетельствуют о том, что существующие способы диагностики и лечения гипоксии во время беременности недостаточно эффективны и требуют их совершенствования. В этой связи, ведение родов у данной категории рожениц предусматривает использование информативных методов оценки состояния

плода во время родов с целью улучшения перинатальных исходов.

Резкие сдвиги уровня газов крови нарушают метаболические процессы, что препятствует завершению нормальной васкуляризации и способствует развитию патологических процессов органов и тканей у ребенка [9].

Таким образом, высокий уровень перинатальной гипоксии и её последствий диктует необходимость совершенствования способов диагностики и разработки алгоритма прогнозирования данной патологии.

Цель исследования: определить напряжение кислорода (pO_2) и углекислого газа (pCO_2) в крови пуповины у новорожденных.

Материал и методы

Обследовано 117 доношенных новорожденных детей, которые родились в городском перинатальном центре г.Бишкек. Основную группу составили 52 новорожденных детей с оценкой по Апгар 5-6 баллов и 21- с оценкой 4-5 баллов (всего 73). Контрольную группу составили 44 новорожденных детей с оценкой по Апгар 7-8 баллов и выше (таб. 1).

Для исследования парциального напряжения кислорода (pO_2) и углекислого газа (pCO_2) использовали газовый анализатор «Astrub». У всех новорожденных детей исследовали уровень pCO_2 и pO_2 и степень колебания газов в артериальной крови.

В результате исследования не было выявлено существенной разницы уровней газов крови в исследуемых группах. Так, уровень pCO_2 у детей контрольной группы составил в среднем $35,9 \pm 4,7$, у детей с гипоксией $35,4 \pm 3,4$ мм. рт. ст. ($p > 0,05$) (таб. 2).

Уровень pO_2 составил соответственно $89,0 \pm 20,9$ в основной, и $88,8 \pm 20,7$ мм. рт. ст. в контрольной группе ($p > 0,05$). Колебания уровня pCO_2 у детей основной группы были в пределах от 1,67 до 45,9 (в среднем $18,6 \pm 8,9$) мм. рт. ст.

В контрольной группе колебания уровня pCO_2 были значительно ниже и составили от 0,29 до 24,37 (в среднем $11,6 \pm 5,9$) мм. рт. ст. ($p < 0,005$). Несмотря на то, что колебания уровня кислорода в обеих группах достигали значительных цифр (до 167,2 в контрольной и до 204,7 мм. рт. ст. в основной группе), достоверной разницы выявлено не было ($p > 0,05$).

При анализе кислотно-основного состояния крови из пуповины новорожденных в

обеих группах выявлено, что pH крови отличался, и составил $7,35 \pm 0,11$ и $7,19 \pm 0,07$ соответственно в сравниваемых группах, что свидетельствует о более частом развитии метаболического ацидоза у детей основной группы.

На втором этапе был исследован газовый состав крови у детей с разным проявлением тяжести гипоксии. В первую группу вошли 52 новорожденных детей с минимальными проявлениями и обратимым течением (оценкой по шкале Апгар 5-6 баллов), во вторую группу - 21 новорожденных, у которых заболевание достигло пороговой стадии (с оценкой по шкале Апгар 4-5 баллов (таб.3)).

У детей с тяжелыми проявлениями гипоксии уровень pCO_2 оказался достоверно выше и составил в среднем $38,1 \pm 4,8$ мм. рт. ст., в параллельной группе этот показатель не превышал $33,7 \pm 4,6$ мм. рт. ст. ($p < 0,05$).

Как и на первом этапе исследования достоверной разницы в уровнях pO_2 выявить не удалось, данный показатель был равен соответственно $84,7 \pm 18,1$ и $92,5 \pm 23,8$ мм. рт. ст. ($p > 0,05$). Колебания же уровней, как кислорода, так и углекислого газа, у детей с тяжелыми проявлениями гипоксии оказались достоверно выше. Колебания уровня pCO_2 у таких детей составили в среднем $20,3 \pm 10,4$ мм. рт. ст., в группе с легкой степенью гипоксии - $13,9 \pm 7,1$ мм. рт. ст. ($p < 0,05$). Колебания уровня pO_2 в среднем достигали соответственно 70,2 и 39,9 мм. рт. ст. ($p < 0,05$). При исследовании выявлено, что показатель кислотно-основного равновесия в крови пуповины у детей с тяжелой степенью гипоксии достоверно отличался и характерным является преобладание декомпенсированного метаболического ацидоза, который наблюдается с первых часов жизни.

Также проведен анализ показателей кислотно-основного состояния и газового состава пуповинной крови во взаимосвязи с предшествующими показателями сатурации крови плода в родах. Установлена прямая корреляционная взаимосвязь ($r = 0,69$) показателей сатурации крови плода и показателей кислотно-основного состояния и газового состава пуповинной крови новорожденных детей. Выявлено, что высоким значениям $FSpO_2$ соответствовали нормальные показатели газового состава и кислотно-основного состояния пуповинной крови ($p < 0,05$).

О наличии метаболического ацидоза

Таблица 1
Оценка по шкале Апгар новорожденных детей (M±m)

Новорожденные дети	Оценка по шкале Апгар, баллы	
	При рождении на 1 мин.	Через 5 мин
Контрольная группа (n=44)	7,8±0,19	8,3±0,2
Основная группа (n=73)	5,7±0,28*	6,6±0,17*

Таблица 2.
Газовый состав пуповинной крови новорожденных с гипоксией (M±m).

Параметры	Контрольная группа n=44	Основная группа n=73	P
pO ₂	89,0±20,9	88,8±20,7	>0,05
pCO ₂	35,9±4,7	35,4±3,4	>0,05
pH	7,35 ± 0,11	7,19± 0,07	

Таблица 3.
Газовый состав пуповинной крови у новорожденных с гипоксией различной степени тяжести (M±m).

	Легкая степень n=52	Средне-тяжелая степень n=21	P
pCO ₂	33,7±4,6	38,1±4,8	<0,05
pO ₂	92,5±23,8	84,7±18,1	>0,05
pH	7,22±0,04	7,13±0,06	

у новорожденных основной группы свидетельствуют изменения в крови пуповины такие, как низкие показатели FSpO₂ и pH, повышенные показатели напряжения углекислого газа, увеличение дефицита оснований и снижение количества буферных оснований.

Таким образом, полученные данные указывают о том, что при проведении лечебных мероприятий у новорожденных детям с тяжелой гипоксией необходимо тщательно контролировать колебания уровня парциального напряжения кислорода и углекислого газа.

Выводы

1. Метод определения кислотно-основного состояния и газового состава пуповинной крови у новорожденных детей с гипоксией более точно, чем шкала Апгар, позволяет произвести оценку тяжести новорожденного при рождении и свидетельствует о более частом развитии у них метаболического ацидоза.

2. Получены данные о том, что чем ниже оценка по шкале Апгар у новорожденных детей, тем выше уровень pCO₂ 38,1±4,8 мм.

рт. ст (p<0,05). Это указывает на то, что при таких ситуациях необходимо более комплексное проведения лечебных мероприятий.

3. Установлена прямая корреляционная взаимосвязь (r=0,69) показателей сатурации крови плода и показателей кислотно-основного состояния и газового состава пуповинной крови новорожденных.

Литература:

1. Айламазян Э.К. Антенатальная диагностика и коррекция нарушений развития плода. //Российский медицинский вестник. 1998, вып.3, № 2, С.75-77.
2. Антоненко Ф. Ф., Васечко Л. Н., Ширин А. С., Перишина Г. С. ЭКГ плода в диагностике хронической внутриутробной гипоксии // Тихоок. мед. журнал. 2002. - № 2. - С. 80- 81.
3. Корнилов А.В. Клинические и биохимические критерии оценки состояния новорожденных при внутрижелудочковых кровоизлияниях.// Дисс. канд.мед. наук. Иваново. - 2002 - 122с.
4. Серов В.Н. Диагностика и терапия плацентарной недостаточности; //Русский медицинский журнал; 2002. Т. 10, № 7, С.340-343.
5. Афанасьева Н.В., Стрижаков А.Н. Исходы беременности и родов при фето-плацентарной недостаточности различной степени тяжести. //

Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2004. Т.3., № 2, С.7-13.

6. Данилова О.С. Интранатальное состояние плода при хронической фето-плацентарной недостаточности: Автореф. дис. Канд. мед. наук. М., 2001. — 24 с.

7. Айламазян Э.К. Антенатальная диагностика и коррекция нарушений развития плода. //Российский мед. вестник. 1998, вып.3, № 2, С.75-77.

8. Савельева Г.М. Достижения и перспективы

перинатальной медицины. //Акушерство и гинекология. 2003, № 2, С.3-6.

9. Радзинский В.Е., Ордянц И.М. Плацентарная недостаточность при гестозе // Акуш. и гинекол. -1999.- №1.- С.11-16.

10. Савельева Г.М. Достижения и перспективы перинатальной медицины. //Акушерство и гинекология. 2003, № 2, С.3-6.



Журнал «Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева» индексируется
Российским индексом научного цитирования (РИНЦ). Все
статьи основных номеров доступны в полнотекстовом формате
на сайте

www.elibrary.ru,

где отмечается цитирование по каждой статье

АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ И ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Макенжан уулу А., Батырбекова Г.Т., Омурбекова М.М.

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

Резюме: В данном сообщении проведен критический анализ данных доказательной базы, посвященный вопросам возможности сохранения репродуктивного органа – матки, при массивных акушерских кровотечениях.

Ключевые слова: акушерское кровотечение, гистерэктомия, маточная артерия, внутренняя подвздошная артерия.

АКУШЕРЛИК КАН АГУУ ЖАНА ЖАТЫНДЫ САКТОО ОПЕРАЦИЯЛАР

Макенжан уулу А., Батырбекова Г.Т., Омурбекова М.М.

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

Корутунду: Бул иште далилдөө медицинадагы акушерлик катуу кан агууда тукум улоо (жатынды сактоо) мүмкүнчүлүгү иликтелет.

Негизги сөздөр: акушерлик кан агуу, гистерэктомия, жатын артериясы, ички жайык артерия.

OBSTETRIC SEVERE HEMORRHAGE AND SPARING OPERATION

Makenjan uulu A., Batyrbekova G.T., Omurbekova M.M.

Kyrgyz State Medical Academy by I.K.Akhunbaev,
department of obstetrics and gynecology №1
Bishkek, Kyrgyz Republic.

Resume: In this report, the critical analysis of evidence-base devoted to the possibility of conservation reproductive organ- the uterus at the severe obstetric hemorrhage.

Keywords: obstetric haemorrhage, hysterectomy, uterine artery, internal iliac artery.

Введение

Несмотря на существенный прогресс акушерско-гинекологической помощи за последнее столетие, ряд проблем остаются не решенными до сих пор. В нашей стране идет консолидированное и последовательное внедрение стратегических мер в рамках программы эффективной перинатальной помощи на 2008-2017 годы [1].

Однако, достижение реальной эффективной перинатальной помощи в клинической практике еще далеко, хотя отмечается относительное снижение показателей материнской смерти от 80,4 (за 1970г) и 81,4/1990 г до 51,1/2010 г. [2].

Анализ доказательной базы мировой литературы свидетельствует о том, что кровотечения в причинах смерти матерей составляет в среднем 20-25%, с колебаниями от 11% до 35% [3,4] а в отдельных сообщениях до 58% [5].

Одной из ведущих причин материнской

смертности являются акушерские кровотечения, составляя в чистом виде 20-25%, как конкурирующая причина 42%, а как фоновая – до 78% [6]. Частота акушерских кровотечений в структуре причин материнской смертности в Кыргызской Республике составляет от 43,3-46,7% (2005-06) до 35,5% (2009) и в среднем 30,2% за 2011-12гг. [7].

Но если учесть и частоту тяжелых преэклампсий (с проявлением нарушений свертывающей системы с активацией фибринолиза) – в совокупности кровотечения и преэклампсия достигает 61,5 до 71,7%, т. е. практически каждый 2 случай из 3 [8]. В настоящее время в медицинской практике имеется достаточно обзоров обобщений по отношению перевязки сосудов (маточных и/или внутренних подвздошных артерий), как мера спасения жизни при критических ситуациях для остановки неконтролируемых акушерских кровотечений. В клинической практике тяжелые

случаи резистентных МАК традиционно завершаются гистерэктомией. По данным Smith J, Mousa HA частота гистерэктомий находится от 1:331 до 1:6978 родов по причине: а) вращающихся плаценты; б) травматических повреждений матки; в) атонии матки [9]. Особо заслуживают внимание данные Knight M и соавт. “из 58% кровотечений, в структуре причин гистерэктомии в 63% случаев составляли оперативные родоразрешения - кесарево сечение, и лишь 23% случаев послеродовые кровотечения” и частота гистерэктомии в родах составила по данным UKOSS 0.41:1000 рождений [10,11,12,13].

Техника перевязки маточных артерий при маточных кровотечениях в случае неэффективности других способов остановки была подробно описана в работах многих отечественных авторов еще в начале прошлого века [14].

Цирюльников М. С. описал технику и результаты перевязки обеих круглых связок, маточной артерии и маточно-яичниковых анастомозов при массивном кровотечении в III триместре беременности [15]. Epstein R. также отмечал эффективность двусторонней перевязки подчревной артерии при акушерских кровотечениях [16].

AbdRabbo S.A. описывает технику ступенчатой деваскуляризации матки для купирования послеродового кровотечения [17]. Для остановки тяжелого послеродового кровотечения Salvat J. и соавт. рекомендуют перевязку маточной артерии и считают, что последовательная перевязка маточных и яичниковых артерий имеет 100 процентный успех, в то время как перевязка внутренних подвздошных артерий может обеспечить успех в 66% случаев. Они наблюдали более 50 беременностей у пациенток после перевязки маточных артерий [18].

При массивных акушерских кровотечениях по поводу предлежания плаценты некоторые авторы предлагают проводить перевязку маточных, яичниковых и внутренних подвздошных артерий [19].

Более подробно описана эффективность двусторонней перевязки подчревной артерии при акушерских кровотечениях и их влияние на будущую рождаемость [20].

Для остановки атонического послеродового кровотечения Sergeant F. и соавт. используют селективную эмболизацию или

хирургическую перевязку маточной или внутренней подвздошной артерии [21].

Более того, по данным последних лет, артериальная эмболизация стала надежной альтернативой послеродовой гистерэктомии. Некоторые авторы отмечают, что при массивных кровотечениях они с одинаковым успехом используют тампонаду, наложение швов на матку, ангиографическую артериальную эмболизацию, перевязку маточной артерии и гистерэктомию [22,23].

Во время кесарева сечения по поводу преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты до извлечения плода Федоров Б. А. и соавт. предлагают накладывать клеммы на маточные сосуды и круглые маточные связки. После извлечения плода и удаления последа пережимаются собственные связки яичников, а после ушивания разреза на матке производится окончательная перевязка трех пар магистральных сосудов. Применение изложенной методики позволило у 10 из 12 женщин ограничиться перевязкой магистральных сосудов и сохранить матку у 5 из 9 женщин [24]. Courbiere B. и соавт. с целью консервативного лечения приращения плаценты у 7 из 13 больных с успехом применили двустороннюю перевязку маточной артерии, оставляя приросший участок плаценты [25].

Sapmaz E. и соавт. применяют двустороннюю перевязку восходящей ветви маточной артерии при выполнении консервативной миомэктомии во время кесарева сечения и утверждают, что это позволяет уменьшить кровопотерю, как во время операции, так и в послеоперационном периоде [26]. Hudon L. и соавт. в своем обзоре описывают профилактическую перевязку маточной или внутренней подвздошной артерии как одну из основных методов предотвращения массивного кровотечения, обусловленного прорастанием плаценты [27]. При развитии массивного акушерского кровотечения в настоящее время рекомендуют применять все имеющиеся различные методы остановки кровотечения, так как нет рандомизированных контролируемых исследований, где бы описывались вероятность успеха одного метода, чем другой [28].

В Кыргызстане М.С. Мусуралиевым в 1987 году впервые произведена перевязка внутренней подвздошной артерии в условиях оказания экстренной ургентной помощи по линии санитарной авиации (3 случая) которые

были обобщены в дальнейших публикациях и получен патент [29,8]. В дальнейшем авторы в критических случаях начали применять органосберегающую малоинвазивную технологию по всей республике. Учитывая тот факт, что МАК часто развивался у молодых женщин, которые еще не реализовали свою репродуктивную функцию, то этот метод давал им шанс в дальнейшем родить ребенка.

При оказании urgentной помощи в условиях регионарных родовспомогательных учреждений Кыргызской Республики (в том числе и в регионах республики) за период 1987-2012 гг из 497 критических случаев остановки коагулопатических кровотечений в 261 случаях удалось сохранить матку путем проведения билатеральной перевязкой сосудов (перевязка маточных и/или внутренних подвздошных артерий) и применением антифибринолитической терапией (транексамовая кислота) [30,31,32,33,34]. Если рассматривать эти данные по причине кровотечений, то почти у 59,2% женщин при послеродовых кровотечениях и в 59,8% случаев при отслойке плаценты удалось сохранить матку. У женщин с фармакологически неконтролируемым акушерским кровотечением, эффективность компонентной инфузионной антифибринолитической терапии с использованием транексамовой кислоты и кровосберегающей технологии исдевакулизацией матки у женщин с коагулопатическими кровотечениями остается терапией выбора, а в некоторых случаях это одна процедура может эффективно контролировать кровотечение и сохранить матку. В остальных случаях доля женщин, у которых гистерэктомия неизбежна, билатеральная ПВПА еще может быть полезной, уменьшая общий объем кровопотери [35].

Таким образом, имеющиеся в литературе современные данные свидетельствуют о высокой эффективности перевязки маточной артерии и внутренней подвздошной артерии при акушерских кровотечениях различной этиологии. Применение в акушерской практике органосберегающей малоинвазивной технологии приводит к остановке кровотечения и, таким образом, позволяет избежать гистерэктомии и сохранить пациентке репродуктивную функцию. Дальнейшее наблюдение за женщинами, которые перенесли МАК и остались с маткой требуют от врачей пристального наблюдения за ними. Восстановление менструальной и

репродуктивной функции у таких пациентов имеет свои особенности и этот вопрос требует дальнейшего изучения.

Литература:

1. Ешиходжаева 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.
2. 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.
3. Макенжан уулу Алмаз, Омурбекова М.М, Мусуралиев М.С. Опыт оперативного гемостаза билатеральной перевязкой артерий при массивных коагулопатических акушерских кровотечениях// Научно-практик журнал «Модар ва кудак. Матъ и дитя. Mother and child », - 2012- №4 (14). – с. 13-18.
4. М.С.Мусуралиев, Макенжан уулу А., Кангельдиева А.А., Бошкоев Ж.Б. и др. Малоинвазивная органосберегающая технология при коагулопатических массивных акушерских кровотечениях (методические рекомендации), МЗКР.- Бишкек -2010-36с.
5. Knight M., Kurinczuk J.J., Spark P., Brocklehurst P. United Kingdom Obstetric Surveillance System Steering Committee. Cesarean delivery and peripartum hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2008; 111:97–105.
6. В. Н Серов и др. Инфузионно-трансфузионная терапия кровопотери в акушерской практике. // Акушерство и гинекология. 2005.-№6. С. 14–19.
7. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики в 2012 году. - Бишкек, 2013. - 330 с.
8. Мусуралиев М.С. Оценка эффективности оперативного гемостаза при массивных акушерских кровотечениях. // Центрально-азиатский медицинский журнал, Том 4, 2004, Приложение 8, С.245-249.
9. Smith J, Mousa HA. Peripartum hysterectomy for primary postpartum haemorrhage: incidence and maternal morbidity *J Obstet Gynaecol.* 2007 Jan; 27(1):44-7.
10. Bhattacharyya S. K., A. K. Majhi, S. L. Seal et al. Maternal mortality in India: a 20-year study from a large referral medical college hospital West Bengal // *J. Obstet. Gynaecol. Res.* 2008. - Vol. 34, № 4. - P. 499-503.
11. Wise A., V. Clark. Challenges of major obstetric haemorrhage/ *Best Practice & Research Clinical Obstet. and Gynaec.* 2010 Vol. 20, - P. 353–365.
12. Camuzcuoglu H., Toy H., Vural M., et al. Internal iliac artery ligation for severe postpartum hemorrhage and severe hemorrhage after postpartum hysterectomy/ *Obstet Gynaecol Res.* 2010 Jun; 36 Vol. 3- P.538-543.
13. Angstmann T., Gard G., Harrington T. et al. Surgical management of placenta accreta: a cohort series and suggested approach// *Am J. Obstet. Gynecol.* - 2010. - Vol. 202. - №1- P.38.
14. Губарев А. П. Клинический очерк. Оперативная гинекология и основы абдоминальной хирургии. 3 изд., М., 1928;

15. Цирюльников М. С. *Tsirulnikov M. S. Ligation of the uterine vessels during obstetrical hemorrhages. Immediate and long-term results (author's transl). // Gynecol. Obstet. Biol. Reprod (Paris). 1979. Vol. 8. № 8. P. 751–753.*
16. Epstein R., Haas D., Zollinger T. *A comparison of maternal outcomes in immediate hysterectomy versus conservative management for placenta accrete. // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2009. – 201:266.e1-5.*
17. AbdRabbo S. A. *Stepwise uterine devascularization: a novel technique for management of uncontrolled postpartum hemorrhage with preservation of the uterus // Am. J. Obstet. Gynecol. 1994. Vol. 171. № 3. P. 694–700.*
18. Salvat J., Schmidt M. H., Guilbert M., Martino A. *Vascular ligation for severe obstetrical hemorrhage: review of the literature // J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 2002. Vol. 31. № 7. P. 629–639.*
19. Berghella V. *Placenta praevia, placenta praevia accrete and vas praevia / In: Obstetric Evidence Based Guidelines/Edited by Vincenzo Berghella MD FACOG, Philadelphia, PA, USA. First published in the United Kingdom in 2007, 235pp /Ch. 24 –P. 187-194.*
20. Unal, Orhan; Kars, Bulent; Buyukbayrak, Esra Esim 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.*
21. Sergent F., Resch B., Verspyck E., Rachet B., Clavier E., Marpeau L. *Intractable postpartum haemorrhages: where is the place of vascular ligations, emergency peripartum hysterectomy or arterial embolization? // Gynecol. Obstet. Fertil. 2004. Vol. 32. № 4. P. 320–329.*
22. Mayer DC, Smith KA. *Chestnut's Obstetric Anaesthesia Principles and Practice. 4th Edn. Missouri: Elsevier Mosby; 2009. p. 825-30.*
23. Shah M, Wright JD. *Surgical intervention in the management of postpartum haemorrhage. Semin Perinatol 2009;33p.109-14.*
24. Федоров Б. А., Протопопова Н. В., Куперт А. Ф. *Хирургическая тактика при кесаревом сечении у женщин с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. // Актуальные вопросы реконструктивной и пластической хирургии: Тезисы докладов VI итоговой научной конференции. Ч. II. Иркутск, 1990. С. 354–355.*
25. Courbiere B., Bretelle F., Porcu G., Gamberre M., Blanc B. *Conservative treatment of placenta accrete // J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod (Paris). 2003. Vol. 32. № 6. P. 549–554.*
26. Sapmaz E., Celik H., Altungul A. *Bilateral ascending uterine artery ligation vs. tourniquet use for hemostasis in cesarean myomectomy: a comparison // J. Reprod. Med. 2003. Vol. 48. № 12. P. 950–954.*
27. Hudon L., Belfort M. A., Broome D. R. *Diagnosis and management of placenta percreta: a review // Obstet. Gynecol. Surv. 1998. Vol. 53. № 8. P. 509–517.*
28. Doumouchtsis SK, Papageoghiou AT, Arulkumaran S. *Systematic review of conservative management of postpartum haemorrhage: what to do when medical treatment fails. Obstet Gynecol Surv 2007; 62:540-570.*
29. Мусуралиев М.С., Макенжан уулу А. *Способ гемостаза при массивных послеродовых маточных кровотечениях.// Бюл. Интеллек. собственность, 2004, №12 – патент №727.*
30. 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.*
31. Мусуралиев М.С., Макенжан у. А. *Инновации лечения массивных кровотечений в акушерстве./ Вестник НАН КР, 2011, №1.- С.110-118.*
32. 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.*
33. Мусуралиев М.С. *Проблемы репродуктологии у жительниц в высокогорных регионах./ Ж. Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2012, №1- 34-39.*
34. Мусуралиев М.С., Макенжан уулу А., Омурбекова М.М. *Проблемы материнской смертности при кровотечении в акушерстве./ Вестник КГМА, 2012, №4. – с 126-130.*
35. Мусуралиев М.С., Макенжан уулу А., Омурбекова М.М. *Роль коагулопатии при массивных акушерских кровотечениях и анти-фибринолитическая терапия./ Вестник КГМА, 2013, №2. – с 72-79.*

ПРЕЭКЛАМПСИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ БУДУЩЕЙ ФЕРТИЛЬНОСТИ. (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Калиева Ч.Р.

Кыргызская государственная медицинская академия
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данном сообщении, обсуждается доказательная база причин и факторов приводящих к фатальным осложнениям при тяжелой преэклампсии и современные методы исследования при данной патологии.

Ключевые слова: преэклампсия, доплерометрия, скорость клубочковой фильтрации.

ПРЕЭКЛАМПСИЯ: ЗАМАНБАПТУУ ИЗИЛДӨӨНҮН ЫКМАЛАРЫ ЖАНА АЛАРДЫН КЕЛЕЧЕКТЕГИ ТУКУМДУУЛУКТУН БОЛЖОЛДООНУН КЛИНИКАЛЫК МААНИСИ

Калиева Ч.Р.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Резюме: Преэклампсиянын заманбаптуу диагностикасы боюнча маалымат.

Негизги сөздөр: Преэклампсия, гломерулярдык чыпкалоо ылдамдыгы, жатындын жана бөйрөктүн кан тамырларынын доплерометриясы.

PREECLAMPSIA: THE MODERN METHODS OF THE INVESTIGATIONS AND CLINICAL MEAN IN PROGNOSSES FEATURE FERTILIZATION

Kaliev C.R.

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

Resume: In this report presents discuss about causes and factors leading to fatal complications in severe preeclampsia and modern methods of investigation in this problem.

Keywords: preeclampsia, glomerular filtration rate and renal Doppler study of uterine vessels.

Введение. Преэклампсия - это специфическое осложнение течения беременности, проявляющееся, как правило, во второй ее половине и характеризующееся глубоким расстройством всех видов обмена, изменением деятельности сосудистой и нервной систем, нарушением функции плаценты, почек, печени и других жизненно важных органов в результате их функциональных и морфологических повреждений [1].

Актуальность изучения преэклампсии определяется и целым рядом практических факторов, прежде всего, высокой его частотой среди здоровых первобеременных. По данным зарубежных авторов преэклампсию выявляют в 6-12% случаев, а при наличии экстрагенитальной патологии - в 20-40%. Преэклампсия как причина перинатальной смертности занимает 1-2 места и

перинатальные потери при преэклампсии в 4 раза превышают таковые в группе здоровых женщин. Среди детей, родившихся живыми от матерей, страдавших преэклампсией, каждый четвертый ребенок отстает в физическом развитии [2].

Частота преэклампсии по данным литературы доказательной медицины составляет от 7 до 16%. Преэклампсия развивается у 6 - 12% здоровых беременных и у 20 - 40% беременных, имеющих экстрагенитальную патологию [3]. Несмотря на определенные успехи в лечении и в профилактике преэклампсии, в РФ она продолжает оставаться одной из основных причин смерти матерей. При этом отмечен существенный рост тяжелых и атипичных форм преэклампсии и их осложнений до 24% [4].

Преэклампсия развивается в среднем у 10% беременных, однако при наличии

предрасполагающих факторов ее частота повышается до 25-30%. Большое внимание в литературе посвящено сроку беременности, в котором клинически манифестирует преэклампсия. Во всем мире признается, что раннее начало преэклампсии (обычно с первого триместра беременности) — скорее всего ведет к тяжелому течению, при котором наиболее высок процент осложнений, в виде ОПН, ДВС и HELLP синдрома, РДС, ТЭЛА и острые нарушения мозгового кровотока с проявлениями инсульта ГМ и др. в разных сочетаниях проявлений СПОН, что является основной причиной перинатальной и материнской смертности [1,3,5]. Раннее начало имеет место в 13-40% среди всех случаев возникновения преэклампсии.

В Кыргызской Республике в 2012г в структуре материнской смертности преэклампсия занимает третье место - 20,5% [6]. Особенно неблагоприятные исходы беременности и родов для матери и плода наблюдаются при развитии преэклампсии в сроки 22-24 недели, поскольку у 61% таких пациенток заболевание осложняется HELLP-синдромом, эклампсией (в 19%), отёком лёгких (в 16%), резко возрастает перинатальная смертность, которая даже в развитых странах достигает 82% [7,8].

Занимая ведущие позиции среди причин материнской (29-35%) и перинатальной смертности (230-400‰), преэклампсия также лежит в основе развития отдаленных заболеваний матери и новорожденного [9].

У каждого четвертого ребенка встречаются проявления перенесенной хронической или острой внутриутробной гипоксии, а у женщин в 20-25% случаев развивается хроническая патология почек или гипертоническая болезнь [10].

По данным ВОЗ в структуре материнской смертности преэклампсия занимает одно из первых мест, являясь причиной наступления преждевременных родов, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, развития фетоплацентарной недостаточности, задержки внутриутробного развития плода, рождения детей с малой массой тела. Эклампсия определяется развитием судорог, как одного из проявлений гипертензивной энцефалопатии на фоне преэклампсии. Согласно исчерпывающему определению Schwartz et al. (2000), эклампсия — это форма гипертензивной энцефалопатии со спазмом и последующей гиперперфузией

церебральных сосудов, в сочетании с коагулопатией и отложением фибрина. Около 70-75% случаев эклампсии развивается до или во время родоразрешения, а 25-30% — вскоре после родов, обычно в течение 48 часов или позже. При возникновении эклампсии существенно повышается риск для матери и плода [11]. Для объяснения природы этой патологии предложено большое количество различных теорий, ни одна из них так и не стала общепризнанной [12]. Некоторые авторы считают, что тяжелую преэклампсию нужно рассматривать как пограничное с острой почечной недостаточностью состояние [13].

Особый интерес представляет преэклампсия, с преимущественным проявлением ФПН и, особенно ЗВРП, как наиболее клинически значимое по отношению прогноза для новорожденного при тяжелой преэклампсии. В связи с этим, заслуживают особого внимания исследования, посвященные уточнению роли генетических факторов и иммунологических изменений в развитии данного патологического состояния [14]. Невозможность выделить среди большого числа причинных факторов преэклампсии единственный (или основной), указывает на участие множественных механизмов в развитии заболевания. По современным представлениям, первичным триггером для развития преэклампсии является маточно-плацентарная гипоперфузия в результате нарушения миграции трофобласта [15]. Ведущим механизмом патогенеза преэклампсии является нарушение инвазии цитотрофобласта [16]. Также отмечается дезадаптация функции эндотелиальных клеток на фоне инфекционных и аутоиммунных процессов и врожденные, приобретенные тромбофилические состояния [17].

До настоящего времени критерии диагностики и оценки степени тяжести преэклампсии, по-прежнему, основаны на классической триаде: артериальной гипертензии, протеинурии и отёках. К дополнительным критериям относят выраженность фетоплацентарной недостаточности (нарушение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока и задержка внутриутробного развития плода), наличие неврологической симптоматики, тромбоцитопению, повышении уровня креатинина в плазме, степень проявления почечной и печёночной дисфункции [18].

В настоящее время большинство авторов в качестве пускового механизма развития преэклампсии рассматривают эндотелиоз, который в качестве основного звена патогенеза характерен и для почечной патологии [19].

Одной из причин нарушений функции почек при преэклампсии могут быть характерные для нее морфологические изменения, специфические в клубочковом аппарате и неспецифические в канальцевой системе. Такие как диффузное набухание эндотелиальных клеток клубочкового аппарата (гломерулярно-капиллярный эндотелиоз), и отложение в мезангиальном матриксе фибриноподобного материала и иммуноглобулинов классов М' и, реже G, приводящие к уменьшению просвета капиллярных петель клубочков [20].

В результате почечной вазоконстрикции и характерного для преэклампсии гломерулярного эндотелиоза снижается скорость клубочковой фильтрации (на 25% уже при преэклампсии), уменьшается клиренс креатинина и мочевой кислоты, возникает гипокальциурия и протеинурия. Уменьшение выведения натрия сопровождается пропорциональной задержкой жидкости и значительной прибавкой веса. В условиях повышенной проницаемости сосудов происходит экстравазация альбумина с увеличением онкотического давления в интерстиции и переходом жидкости из внутрисосудистого пространства во внесосудистое, поэтому появление генерализованных отеков сочетается со снижением объема плазмы и признаками гемоконцентрации [21].

Появление изменений гематологических показателей и признаков нарушения функции печени и почек отражает тяжесть состояния и существенно влияет на исход беременности, ухудшая прогноз как для матери, так и для плода [22,23]. В связи с этим эксперты Европейского общества гипертензии — Европейского общества кардиологов (2003) рекомендуют при осложнении беременности артериальной гипертензией проводить мониторинг ряда лабораторных показателей.

В связи с развитием гломерулярно - капиллярного эндотелиоза при преэклампсии уменьшаются и скорость клубочковой фильтрации, и почечный кровоток, что ведёт к уменьшению фильтрационной фракции. При

этом снижение диуреза обычно умеренное (на 25%) даже при выраженных морфологических изменениях. В связи с увеличением функционирования почек во время беременности, соответственно, и при преэклампсии, уровень креатинина может оставаться ниже верхней границы нормы, поэтому служит маркёром только тяжёлых форм преэклампсии отмечается повышенный уровень креатинина на фоне олигурии [24].

Развитие почечной недостаточности с соответствующими клинико-лабораторными показателями также характерно для крайне тяжелых форм преэклампсии, морфологической основой которой являются острый тубулярный или кортикальный некроз. При более лёгких формах уменьшается клиренс уратов, приводя к гиперурикемии, что по некоторым данным, является важным маркёром преэклампсии [25]. Оценка экскреторной функции почек при преэклампсии также важна как с клинической, так и с исследовательской точки зрения. Однако, такое рутинное исследование, как проба Реберга, не отвечает современным требованиям, предъявляемым к чувствительности методик в современных условиях [26]. Впервые в акушерской практике предложена оценка информативности клиренса креатинина по формуле Кокрофта—Голта (Cockcroft - Gault, FCG) и уравнения MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) с альбумином и без него при определении скорости клубочковой фильтрации. [27].

Однако в литературе, как правило, не приводятся статистическая значимость и обоснованность указанных критериев и балльных шкал оценки степени тяжести, что затрудняет оценку информативности отдельных показателей для прогнозирования и диагностики преэклампсии.

В литературе большое число публикаций посвящено изучению прогностической ценности определения мочевой кислоты в сыворотке крови беременных с преэклампсией, однако результаты этих исследований весьма противоречивы. По данным одних авторов, уровни мочевой кислоты и азота мочевины у пациенток с преэклампсией и гестационной гипертензией повышены, однако не могут быть прогностическими критериями оценки тяжести материнских и плодовых осложнений [28].

Помимо клинико-лабораторных крите-

риев для прогнозирования, диагностики и оценки тяжести преэклампсии предложены методы исследования кровообращения в органах. Большое диагностическое значение имеет изучение центральной и периферической гемодинамики. Эти показатели могут быть определены такими неинвазивными методами, как реография и сонография [29].

Одним из важнейших методов диагностики в акушерской практике является ультразвуковое исследование состояния плода, плаценты и фетоплацентарного кровообращения [30]. Для этой цели используется доплерометрия кровотока в сосудах пуповины и маточных артериях, цветное доплеровское картирование, ультразвуковое исследование функции миокарда плода, позволяющие на ранних сроках (20-24 недели) прогнозировать осложнённое течение беременности. Задержка развития плода более чем на 4 недели указывает на выраженную и длительную гипоперфузию плаценты и служит косвенным показателем кровоснабжения всех внутренних органов, включая головной мозг [31,32].

Генетическая предрасположенность к преэклампсии отмечалась многими исследователями. Наследственную теорию преэклампсии впервые опубликовал L. Catoesley в 1961 г, но однозначного ответа ни в одной работе получено не было [33].

К настоящему времени выявлены ассоциации различных генетических полиморфизмов с преэклампсией [34]. Среди генетических маркеров большое внимание уделяется изучению влияния генов ренин-ангиотензиновой системы на развитие преэклампсии [35].

Из выше изложенного становится ясно, что прогнозирование и оценка эффективности мероприятий, направленных на достижение благоприятного исхода для матери и для плода при преэклампсии продолжает оставаться в центре мировой и отечественной науки.

Таким образом, учитывая актуальность проблемы прогнозирования будущей фертильности у женщин перенесших тяжелую преэклампсию, необходимо использовать новые технологии и, возможно перспективным среди многочисленных методов является оценка функционального состояния почек, генетических маркеров.

Литература:

1. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М. - Акушерство. Национальное руководство. / Изд. «ГЕОТАР Медиа». - М.: 2009.
2. Сидорова И.С., Белявская О.С. // Акушерство и гинекология – 2008. - № 3. - Р - 40-43.
3. Williams Obstetrics, 22 Edition, 2007. Section-VII Obstetrical complications-Hypertensive disorders in pregnancy. – P.761-805.
4. Айламазян Э.К., Мозговая Е.В. Гестоз: теория и практика. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. С.271 .
5. Cantwell R, Clutton-Brock T, Cooper G, Dawson A, Drife J, Garrod D, et al. Saving Mothers 'Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer, 2006–08. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. BJOG 2011; 118:1–203.
6. МЗКР Республиканский медико-информационный центр «Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения КР в 2012 году. С-51, 53.
7. F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, John C. Hauth, Williams Obstetrics 22-е, 2005, Section VII. Obstetrical Complications, Chapter 34. Hypertensive Disorders in Pregnancy.
8. Matchaba P, Moodley J: Corticosteroids for HELLP syndrome in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev CD002076, 2004.
9. Буштырева И.О., Курочка М.П., Гайда О.В. и др. Значение причинно-следственных взаимоотношений в исходах для плода при гестозе // Вест. Российского университета дружбы народов. Сер. «Медицина» - М., 2010.-№5.-С. 113-120.
10. Вихляева Е.М. Доклинические проявления системных нарушений, клинические исходы и отдаленные последствия преэклампсии / Вихляева Е.М. // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 1. – С. 3-6.
11. Сухих Г Т, Мурашко ЛЕ, Милованов АГ- Преэклампсия.руководство. 2010 с-96-110.
12. А.П.Зильбер, Е.М.Шифман. “Этюды критической медицины, том 3. Акушерство глазами анестезиолога”. Петрозаводск: Издательство ПГУ, 1997. 397 с., илл., библ. С-94-154.
13. Радзинский В.Е., Галина Т.В. Проблемы гестоза и подходы к их решению // Казанский медицинский журнал. — 2007. Т. LXXXVIII, № 2.- С. 114–117.
14. Поздняков И.М. Инвазия трофобласта и ее роль в патогенезе гестоза / Поздняков И.М., Юкляева Н.В., Гуляева Л.Ф., Красильников С.Э. // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 6. – С. 3-9.
15. Ю.Беспалова О.Н. Генетические факторы риска невынашивания беременности. Автореф. д-ра мед. наук. СПб., 2009.- 40 с. (Павлов О.Г., Иванов В.П. Генетические аспекты гестозов (история и состояние проблемы) // Акуш. и гинек. — 2005. №3. — С. 8-10.
16. Roberts J.M. Preeclampsia: Recent insights / J.M.Roberts, H.S.Gammill // Hypertension. 2005. - Vol. 46. - P. 1243 - 1249.
17. Inherited thrombophilias in pregnancy. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); (ACOG practice bulletin; no. 113) 2010 Jul. 11 p.

18. Макацария А.Д., Бицадзе В.О., Баймурадова С.М. и др. Тромбофилия // Мат. IV всеросс. конф. «Клиническая гемостазиология и гемореология в сердечно-сосудистой хирургии». 2009. С. 299-305.
19. Parra M., Rodrigo R., Barja P. et al. Screening test for preeclampsia through assessment of uteroplacental blood flow and biochemical markers of oxidative stress and endothelial dysfunction // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2005. Vol. 193. — N 4. P. 1486–1491.
20. Levim R.J., Lam C., Qian C. et al. Soluble endoglin, a novel circulation antiangiogenic factor in preeclampsia // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2005. — Vol. 193., N 6. — P. 14.
21. Сидорова И.С. Гестоз / И.С.Сидорова. М.: МЕД., 2005. 416 с.
22. Duley L., Henderson-Smart D.J., Knight M. et al. Antiplatelet agents for preventing preeclampsia and its complications. (Cochrane Review) // *Cochrane library*.— Chichester: John Wiley and Sons, 2004. — Vol. 3.
23. A shortened postpartum magnesium sulfate prophylaxis regime in pre-eclamptic women at low risk of eclampsia. Darngawn L , Jose R , Regi A , Bansal R and Jeyaseelan L *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2012, 116(3), P. 237.
24. Randomized, placebo controlled, double blind trial evaluating early pregnancy phytonutrient supplementation in the prevention of preeclampsia. Parrish MR , Martin JN , Lamarca BB , Ellis B , Parrish SA , Owens MY and May WL *Journal of Perinatology*, 2013, 33(8), 593.
25. Liu Q., He J., Dong M.Y. et al. Clinical features and prognosis of early-onset preeclampsia. *Zhejiang Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban* 2005 Nov; 34(6):506-9.
26. Florio P., Reis F.M., Pezzani I. The addition of activin A and inhibin A measurement to uterine artery Doppler velocimetry to improve the early prediction of pre-eclampsia. *Ultrasound. Obstet. Gynecol.* 2003. - 21:165-9.
27. К.Г.Геддес, Р.Мактиер, Д.Трейнон, Д.Г. Фокс. Как оценить почечную функцию в клинической практике? // *РМЖ*. 2008. - Том 16, № 20. -С. 1354-1359.)
28. Estimation of glomerular filtration rate in preeclamptic patients// *American Journal Perinatology* 2007-24-269.
29. A prospective cohort study. Bramham K , Briley AL , Seed PT , Poston L , Shennan AH and Chappell LC *Reproductive Sciences*, 2011, 18(7), 623.
30. Материалы XIII Всероссийского научного форума «Мать и дитя». Изменения гемодинамических показателей при плацентарной недостаточности у беременных с артериальной гипертензией. Ляличкина М.В. с-96-97.
31. Павлова Т.В и др.. Морфологические особенности маточно-плацентарного крово-тока при гестозе / Павлова Т.В., Семькин А.Н., Петрухин В.А., Селиванова А.В. // *Российский вестник акушера и гинеколога*. – 2009. – Т. 9, № 5. – С. 15-19.
32. The utility of uterine artery doppler velocimetry in prediction of preeclampsia in a low-risk population. Myatt L , Clifton RG , Roberts JM , Spong CY , Hauth JC , Varner MW , Wapner RJ , Thorp JM , Mercer BM , Grobman WA , Ramin SM , Carpenter MW , Samuels P , Sciscione A , Harper M , Tolosa JE , Saade G , Sorokin Y and Anderson GD. *Obstetrics and Gynecology*, 2012, 120(4), 815.
33. Bernard N., Giguere Y. Genetics of preeclampsia; what are the challenges? *J. Obstet. Gynaecol. Can.*, Jul. 2003, 25 (7).- P. 578-585.
34. Loeffler CL, Macri CJ, Bathgate SL, Freese L, Larsen JW. Related Articles, Links Autosomal dominant polycystic kidney disease in pregnancy complicated by twin gestation and severe preeclampsia; a case report.// *J Report Med*, 2005 May; 50(5):370-2.
35. Kaur R, Jain V, Khuller M, Gupta I, Sherawat BS. Association of angiotensin-converting enzyme genetic polymorphism with pregnancy induced hypertension.// *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005 Oct; 84(10):929-33.

ИЗУЧЕНИЕ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРОЙ ОДОНТОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ

Ешиев А.М., Абдуллаева С.А., Ешиев Д.А.

Ошская Межобластная Объединенная клиническая больница

Ош, Кыргызская Республика

Резюме: Проведен анализ причин возникновения острой одонтогенной инфекции у больных, получивших лечение в челюстно-лицевой хирургии с 2010 по 2012 год. Частой причиной возникновения одонтогенных воспалительных заболеваний является поздняя диагностика на ранних стадиях развития болезни, мало используются радикальные методы лечения, отсутствует преемственность между различными учреждениями. Отмечается, что, несмотря на значительное увеличение врачей стоматологов, открытие стоматологических кабинетов, происходит увеличение количества гнойно-воспалительных заболеваний.

Ключевые слова: острой одонтогенной инфекции, причины, осложнения.

КУРЧ ОДОНТОГЕНДИК ИНФЕКЦИЯЛАРДЫН ПАЙДА БОЛУУ СЕБЕПТЕРИН ИЗИЛДӨӨ

Ешиев А.М., Абдуллаева С.А., Ешиев Д.А.

Ош областтар аралык бириккен клиникалык оорукана

Ош, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бейтаптарга курч одонтогендүү инфекциянын келип чыгуу себебине аныктоо жүргүзүлдү. Бет-жаак хирургия бөлүмүндө 2010-жылдан 2012-жылга чейин даарыланган бейтаптардын одонтогендүү оорунун келип чыгуу себеби төмөндөгүдөй: радикалдуу дарылоо усулу аз колдонгондуктан ар түрдүү стоматологиялык эмкана жана стоматологиялык кабинеттердин байланышы жоктугунан, белгиленгендей эле дарыгер стоматологтордун көбөйүүсүнө жана стоматологиялык кабинеттердин ачылуусуна карабастан орулардын кабылдашы көбөйүүдө.

Негизги сөздөр: курч одонтогендүү инфекциялар, себеби, кабылдоосу.

STUDY OF THE CAUSES OF ACUTE ODONTOGENIC INFECTION

Eshiev A.M., Abdullaeva S.A., Eshiev D.A.

Osh interstate united hospital

Osh, Kyrgyz Republic

Summary: the analysis of the causes of acute odontogenic infection in patients who have received treatment in oral and maxillofacial surgery from 2010 to 2012. A frequent cause of acute Odontogenic inflammatory diseases is late diagnosis at early stages of disease development, little used radical methods of treatment, there is no continuity between the various institutions. Notes that, despite the significant increase in doctors and dentists, dental offices, there is an increase in the number of Pyo-inflammatory diseases.

Key words: acute odontogenic infection, causes, complications.

Лечение гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области считается одним из важнейших направлений в современной хирургии. Несмотря на большие достижения хирургической науки, обусловленные, прежде всего, улучшением диагностики, широким применением антибиотиков и совершенствованием оперативной техники и анестезии, лечение гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей челюстно-лицевой области и полости рта остается чрезвычайно сложной и далеко не решенной проблемой [1,2,3].

Одонтогенные воспалительные

заболевания, несмотря на современные технологии применяемые в стоматологии, по-прежнему занимают главенствующие позиции среди госпитализированных больных. Наиболее неотложной среди актуальных проблем современной хирургической стоматологии является проблема острой одонтогенной инфекции. Такое положение определяется рядом объективных предпосылок [4].

В последние годы значительно возросло число больных с инфекционно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Изменялась не только частота, но и клиническая

картина течения воспалительного процесса. Чаще стали встречаться осложненные формы одонтогенного остеомиелита челюстей, флегмон, распространяющихся на несколько клеточных пространств лица и шеи, сепсис, медиастинит и абсцессы мозга. Широкое применение современных антибиотиков привело к появлению и широкому распространению большого числа антибиотико-резистентных штаммов, что усугубляет течение заболевания, тем самым затрудняя лечение больного[5,6].

Цель исследования изучение причин возникновения острой одонтогенной инфекции.

Материалы и методы исследования

Нами приведен анализ оказываемой хирургической помощи больным с гнойно-воспалительными заболеваниями, получившими стационарное лечение в челюстно-лицевой хирургии с 2010 по 2012 год. Воспалительные заболевания зубов, челюстей, тканей лица и шеи, органов полости рта в течение 3-х лет госпитализировано 1771 больной. Детально изучены причины, сроки обращения и исход лечения.

Результаты исследования и их обсуждения.

По нашим данным, число госпитализированных больных с острой одонтогенной инфекцией возросло от 49,4% до 51,7%, по годам 2010г-527 (49,4%), 2011г-606 (50,0%), 2012г-638 (51,7%). По структуре развития воспалительных процессов основной контингент составили больные с флегмонами челюстно-лицевой области, из них подчелюстной 50%, флегмоны крыловидно-нижнечелюстного пространства 30%, под жевательной и щечной 10%, флегмона дна полости рта 10% больных. Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти (81%); верхней челюсти-19%. Распределение количества больных, поступивших в отделение челюстно-лицевой хирургии с острой одонтогенной инфекцией по районам составили: Ноокатский- 330, Карасуйский-410, Араванский-189, Алайский-185, Чон-Алайский-58, Узгенский- 310, город Ош-289 больных.

По степени тяжести больные были распределены следующим образом: 2/3 больных имели среднюю степень тяжести заболевания, 1/3 составили больные с тяжелым течением инфекционного процесса. Всем больным при поступлении проводилось адекватное

хирургическое лечение. Основные усилия при лечении больных второй группы были направлены на поддержание функций кровообращения и дыхания, а также коррекцию изменений, вызванных инфекционно-токсическим повреждением. В комплексном лечении этих больных по показаниям использовали экстракорпоральные методы детоксикации, методы селективной регионарной инфузии лекарственных препаратов, современных методов иммунокоррекции и гипербарическую оксигенацию.

По результатам нашего анализа основными причинами увеличения числа госпитализированных больных с острой одонтогенной инфекцией и возрастания тяжести ее течения, вплоть до летального исхода, явились:

1. Значительное изменение микрофлоры, вызывающей воспалительные заболевания одонтогенного генеза.

2. Позднее обращение больных за медицинской помощью-до 3 суток-9%; до-5 суток- 41%; более 5 суток-50%.

3. Снижение чувствительности к большинству антибактериальных препаратов.

4. Сокращение бесплатной стоматологической помощи, привело к тому, что население не обращается за элементарной санацией полости рта, распространен осложненный кариес.

Все эти моменты интегрально служат причиной развития тяжелых воспалительных одонтогенных заболеваний. При своевременном начале лечения исход заболевания благоприятный, но при более позднем обращении гарантировано хороший прогноз не всегда возможен. По результатам работы нашей клиники за исследуемые 3 года летальный исход составил 0,3%.

Значительное увеличение количество больных, госпитализируемых в стационар по поводу гнойно-воспалительных заболеваний, по нашему мнению, связано с ухудшением социально-экономического, медико-санитарного состояния, социально-бытовых условий, неполноценного питания, нарушения экологической обстановки, снижения лечебно-профилактических мероприятий среди населения, особенно в отдаленных районах и сельской местности, и в том числе с переходом бесплатной стоматологической помощи на платную (хозрасчет).

Причиной возникновения частых одон-

тогенных воспалительных заболеваний является поздняя диагностика на ранних стадиях развития болезни, мало используются радикальные методы лечения, отсутствует преемственность между различными учреждениями (стоматологические кабинеты, поликлиники, стационары). В результате этого стало наблюдаться множество осложнений и тяжелых исходов одонтогенных воспалительных заболеваний. Одонтогенные воспаления - это вторичные заболевания. Таким образом, мероприятия, направленные на первичную профилактику, своевременное лечение кариеса позволят прогнозировать исход и избежать возникновения и развития осложнений.

Литература:

1. Бакиев Б.А. Особенности клинического течения флегмон челюстно-лицевой области и шеи. // *Здравоохранение Кыргызстана*. -2009. -№5. -С.-69-74.
2. Губин М.А., Лазутиков О.В., Лунев Б.В. Современные особенности лечения гнойных заболеваний лица и шеи // *Стоматология*. – 1998. - № 5. – С. 15-18.
3. Кузин М. И. Раны и раневая инфекция. /М. И. Кузмин, Б. М. Костюченко.-М.: Медицина,1990.-592с.
4. Соловьев М. М. Абсцессы, флегмоны головы и шеи. /М. М. Соловьев, О. П. Большаков.-М.: Медпрес,2003.-230с.
5. Супиев К.Т. Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. / К. Т. Супиев.-Алматы.-1994.-222с.
6. Тыналиев У.А. Современные меди-каментозные препараты, используемые для местного лечения гнойных ран / В кн: *Актуальные проблемы стоматологии на современном этапе*. -Бишкек., 2002.- С.193-199.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ОДОНТОГЕННЫМИ ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Ешиев А.М., Абдуллаева С.А., Алиев И.Ш.

Ошская Межобластная Объединенная клиническая больница

Ош, Кыргызская Республика

Резюме: В статье отражены результаты электромиографических исследований и проведения лечебно-реабилитационного комплекса больным с одонтогенными флегмонами, что позволяет добиться более быстрого восстановления функции жевания, артикуляции, сокращения сроков лечения и уменьшения послеоперационных осложнений в виде рубцовых деформаций и контрактур.

Ключевые слова: Одонтогенная флегмона, электромиография, электровибромассаж.

БЕТ ЖААК БӨЛҮГҮНДӨГҮ ОДОНТОГЕНДИК ФЛЕГМОНА МЕНЕН ООРУГАН БЕЙТАПТАРДЫК АЛЫБЫНА КЕЛТИРҮҮ

Ешиев А.М., Абдуллаева С.А., Алиев И.Ш.

Ош областтар аралык бириккен клиникалык оорукана

Ош, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул макалада одонтогендик флегмона менен ооруган бейтаптардын көрсөткүчүнүн жыйынтыгында электромиографиялык изилдөөлөрдүн жана дарылап-калыбына келтирүүдө, чайноо кызматын, артикуляцияны калыбына тезирээк келтирет жана дарылоо мөөнөтүн кыскартып, операциядан кийинки кабылдоону, тыртыкты, контрактура болушун азайтат.

Негизги сөздөр: Одонтогендик флегмона, электромиография, электрофиброукалоо.

REHABILITATION OF PATIENTS WITH PHLEGMONS OF MAXILLA-FACIAL AREA

Eshiev A.M., Abdullaeva S.A., Alievi.Sh.,

Osh interstate united hospital

Osh, Kyrgyz Republic

Summary: In article results of electromyography researches and carrying out a medical and rehabilitation complex by the patient with phlegmons that allows to achieve faster restoration of function of chewing, an articulation, reduction of terms of treatment and reduction of postoperative complications in the form of cicatricial deformations and contractures are reflected.

Key words: phlegmons, electromyography, electrovibromassage.

Голова и шея чаще других анатомических областей тела поражается таким гнойно-воспалительными процессами, как абсцесс, флегмона, при которых требуется проведение срочного оперативного вмешательства, комплексного лечения и их реабилитации [1].

Количество больных, госпитализируемых в челюстно-лицевые стационары по поводу флегмоны и абсцессов, колеблется от 30 до 70% от общего числа госпитализируемых. Причинами столь стремительного роста гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей челюстно-лицевой области, по сведениям литературы и нашим данным, является: несвоевременное и некачественное лечение осложненного кариеса;

отсутствие профилактических мероприятий; антибиотикорезистентность штаммов микроорганизмов; сенсibilизация населения к антибиотикам; рост хронической соматической патологии; неблагоприятная регионарно-экологическая ситуация; влияние вредных привычек. Все вместе это приводит к тому, что гнойное заболевание протекает на фоне ослабленного иммунитета. Это в свою очередь изменяет типичное течение гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей челюстно-лицевой области [3,4].

Одним из главных функциональных расстройств при одонтогенных воспалительных заболеваниях является нарушение жевательной функции. Неполноценность функции жеватель-

ного аппарата приводит к нарушению работы желудочно-кишечного тракта, углеводного, азотистого, водного обмена веществ, снижает работоспособность всего нейромышечного аппарата организма в целом, вызывая психоэмоциональный дискомфорт. Все это диктует необходимость проведения реабилитационных мероприятий на различных этапах заболевания с учетом индивидуальных особенностей каждого пациента [2,5,6].

Цель исследования: по результатам электромиографических исследований жевательных мышц определить эффективность предложенного лечебно-реабилитационного комплекса больных с одонтогенными флегмонами.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 728 человек с одонтогенными флегмонами, мужчин было 458 (62,9%), женщин- 270 37,1%. В большем проценте случаев встречались пациенты молодого возраста от 16 до 45 лет (610 человек 83,7%). Источниками одонтогенного воспалительного процесса на первом месте были заболевания зубов «мудрости» (38,3%), на втором-36 и 46 зубы(27,1%), на третьем-37 и 47 (18,9%) и 15,7% составили заболевания других групп зубов.

По локализации наиболее часто встречались флегмоны поднижнечелюстной области -362(49,7%), субмассетериального -56 (7,6%), крыловидно-нижнечелюстного -153 (21,0%) клетчаточных пространств, реже подбородочной-53 (7,3%), дна полости рта- 80 (10,9%), подвисочной и височной области-24 (3,2%). Основная часть больных поступила на стационарное лечение в поздние сроки: через 5 и более суток от начала заболевания- (89,8%). Все больные были разделены на 2 группы: сравнения () и основную (человек).

Пациентам 1 группы после антисептической и хирургической обработки (вскрытие гнойного очага) проводили ежедневные перевязки. По мере стихания воспалительного процесса рану вели под мазовыми повязками, при этом активно использовали мази, способствующие быстрейшему регенеративному вульнеро- и кератопластическому действию. При необходимости накладывали ранние вторичные швы. Механотерапия жевательных мышц проводилась больным самостоятельно. Физиотерапия.

Пациентам 2 группы проводилось дополнительно смазывание гелем контратубекс и электровибромассаж в течение 10 минут с помощью предложенного устройства разработанного в нашей клинике (Патент КР №134, Патент КР №160). А также облучение синим светом.

Нами также было изучено состояние мышц у 30 больных с одонтогенными флегмонами субмассетериального и крыловидно-нижнечелюстного пространства с помощью компьютерной программы «Software version 1.1» на базе диагностического электромиографического комплекса «Dantec». На этапе поступления в стационар и после лечения пациентов определялась биоэлектрическая активность жевательных мышц. Изучены показатели, характеризующие основные параметры потенциала двигательной единицы (ПДЕ): средняя амплитуда зарегистрированных ПДЕ, средняя длительность ПДЕ, число полифазных потенциалов. При этом исследовались жевательные мышцы, вовлеченные в патологический процесс и клинически не поврежденные мышцы противоположной стороны. Для сравнительной оценки параметров потенциала действия двигательной единицы использовали данные ПДЕ мышечной ткани в норме (Команцев В.Н., Заболотных В.А. 2001).

Результаты исследования и их обсуждения.

Результаты электромиографических исследований жевательной мускулатуры при одонтогенных флегмонах показали, что средняя амплитуда ПДЕ в мышце на здоровой стороне в пределах нормальных значений, в то время как на стороне воспаления отмечается значительное уменьшение показателей у больных до проведения лечения, что свидетельствует об увеличении плотности мышечных волокон и реагирования на импульсные раздражения с более высоким порогом раздражителя. После проведенной терапии наблюдается более значимое повышение амплитуды ПДЕ по отношению к показателям до лечения, а именно: m.masseter - $148,1 \pm 0,5$ МкВ против $81,6 \pm 0,5$ МкВ, m.pterygoideusmedialis - $183,5 \pm 0,5$ МкВ против $116,3 \pm 0,5$ МкВ, что свидетельствует о снижении плотности мышечных волокон, а, следовательно, уменьшении воспалительного процесса, хотя эти значения остаются

несколько сниженными по сравнению с нормой (соответственно на 62 и 27 МкВ).

Время прохождения импульсной волны в нервно-мышечном аппарате мышц на здоровой стороне было в пределах нормы. При одонтогенных флегмонах в жевательных мышцах наблюдалось увеличение времени прохождения импульсов, что свидетельствовало о поражении в периферических звеньях мотонейрона мышц. При этом длительность ПДЕ превышала нормальные значения: *m.masseter* на $12,0 \pm 0,01$ мс, *m.pterygoideusmedialis* на $9,1 \pm 0,01$ мс ($p < 0,005$). После проведенного лечения длительность ПДЕ жевательных мышц имеет более низкие показатели по сравнению с исходными ($11,2 \pm 0,01$ мс и $9,2 \pm 0,01$ мс при $p < 0,005$).

Анализируя число полифазных потенциалов жевательных мышц при одонтогенных флегмонах, можно сказать следующее: на здоровой стороне определяются нормальные показатели (13,8 и 12,2%), на стороне воспаления этот процент был значительно выше (27,1 и 21,2%), что, по-видимому, связано со снижением скорости проведения импульсов в мышечных волокнах по терминальному аксону и является признаком нарушения ПДЕ. После проведенного лечения отмечалось резкое уменьшение числа полифазных ПДЕ в 1,5 раза при флегмонах субмассетерального пространства, а показатели при флегмонах крыловидно-нижнечелюстного пространства только достигают уровня нормальных значений (14,2%).

Таким образом, при одонтогенных флегмонах отмечается изменение БЭА жевательных мышц, нарушение координационного равновесия. После лечения отмечается положительная динамика ЭМГ показателей: приближение длительности потенциалов двигательной единицы к нормальным значениям, уменьшение полифазных потенциалов в 1,5 раза. Но в результате наступает контрактура, и образуется фиброзный рубец после операции.

С целью профилактики контрактуры и восстановления функции жевательных мышц при одонтогенных флегмонах ЧЛО нами применено комплексное лечение и реабилитация больных в послеоперационном периоде. Нами проводилось дополнительно смазывание послеоперационного рубца гелем контрактубекс, применялся электровибромассаж в течение 10

минут с помощью устройства разработанного в нашей клинике (Патент КР №134, Патент КР №160). А также дополнительно облучение синим светом.

Клиническая оценка результатов лечения больных основной группы показала, использование синего света приводило к более быстрой нормализации температуры тела – в среднем на $2,45 \pm 0,3$ день, к быстрому уменьшению перифокальных воспалительных проявлений. Гиперемия окружающих рану тканей разрешалась в течение 2-3 суток, к 4-5 дню значительно уменьшалась припухлость мягких тканей, дискомфорт и напряжение в жевательных мышцах. Послеоперационные гнойные раны в III фазе раневого процесса уплощались во время рубцевания, рубцы были менее заметны, открывание рта ежедневно увеличивалось на 2-3 мм и достигло к концу лечения 4,0-4,2 см. К этому времени у больных восстанавливалось свободное разжевывание твердой пищи.

У больных сравниваемой группы температура тела нормализовалась в среднем на $3,85 \pm 0,4$ сутки, гиперемия окружающих рану тканей разрешалась в течение 4-5 суток. Напряжение в жевательных мышцах в 100% случаев оставалось выраженным воспалительной контрактурой нижней челюсти I и II степени ($p < 0,001$).

По данным мастикациографии определяли в динамике время жевания, количество жевательных движений и жевательную эффективность у больных обеих групп. Исследования показали, что время жевания у пациентов с одонтогенными флегмонами поднижнечелюстной области в группе сравнения после лечения сократилось до $17,2 \pm 0,3$ с (против $29,5 \pm 0,3$ с исходного уровня), флегмона крыловидно-нижнечелюстного пространства – $24,3 \pm 0,2$ с (против $44,8 \pm 0,2$ с исходного уровня), субмассетерального пространства – $28,5 \pm 0,2$ с (против $50,1 \pm 0,2$ с исходного уровня).

В основной группе больных время жевания достигает нормы при флегмонах поднижнечелюстной области ($14,1 \pm 0,2$ с) и уменьшилось в 2,5 раза при флегмонах крыловидно-нижнечелюстного ($19,6 \pm 0,2$ с) и субмассетерального пространств ($22,3 \pm 0,2$ с). Данные статистически достоверны при $p < 0,05$.

Меняется и количество жевательных движений: при флегмонах поднижнечелюстной области в группе сравнения приближается

к норме ($16,0 \pm 0,2$), а в основной достигает нормы ($12,2 \pm 0,2$), при флегмонах крыловидно-нижнечелюстного пространства количество жевательных движений составило: у больных группы сравнения $22,0 \pm 0,2$ (против $36,0 \pm 0,2$ исходного уровня), в основной эти значения приближаются к норме ($13,0 \pm 0,2$), и при флегмоне субмассетерального пространства эти цифры составляют соответственно $27,0 \pm 0,2$ (против $42,0 \pm 0,2$ исходного уровня) группы сравнения и $16,9 \pm 0,2$ - основной группы. Жевательная эффективность у больных после проведенного лечения в основной группе составила 92,5% а в группе сравнения - 79,8%.

Таким образом, проведенный лечебно-реабилитационный комплекс больным с одонтогенными флегмонами позволяет добиться более быстрого восстановления функции жевания, артикуляции, сокращения сроков лечения и уменьшения послеоперационных осложнений в виде рубцовых деформаций и контрактур.

Литература:

1. Бакиев Б.А. Особенности клинического течения флегмон челюстно-лицевой области и шеи. // *Здравоохранение Кыргызстана*. - 2009. - №5. - С. - 69-74.
2. Команцев В.Н. Методические основы клинической электронейромиографии. / В. Н. Команцев, В. А. Заболотных. - СПб., 2001. - 350 с.
3. Профилактика гнойно-септических осложнений в хирургии / В.В. Плечев, Е.Н. Мурысева, В.М. Тиммербулатов, Д.Н. Лазарева. М.: Триада X, 2003. - 320 с.
4. Соловьев М.М. Абсцессы, флегмоны головы и шеи. / М. М. Соловьев, О. П. Большаков. - М.: Мед.пресс, 2003. - 230 с.
5. Суторихин Д.А. Анализ степени контрактуры нижней челюсти при одонтогенных флегмонах в динамике // *Молодые ученые Западного Урала-здравоохранению* 2002. - Пермь, 2002. - С. 128.
6. Суторихин Д.А. Ультразвуковое исследование жевательных мышц у больных с одонтогенными флегмонами. / Д. А. Суторихин, Ф. И. Кислых // *Сборник статей Всероссийской научно-практической конференции по стоматологии*. - Башкортостан, Уфа, 2003. - С. 63-66.

ПРИМЕНЕНИЕ ИМПЛАНТАТОВ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ФИКСАЦИИ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ

Эркинбеков И.Б.

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

Резюме: в статье представлены данные о применении имплантатов для улучшения фиксации съемных протезов.

Ключевые слова: множественная потеря зубов, фиксация.

ИМПЛАНТАТТАРДЫ КАПТАМА ПРОТЕЗДЕРДИН КЫНАЛУУСУН БЕКЕМДӨӨҮЧҮН КОЛДОНУЛУШУ

Эркинбеков И.Б.

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

Корутунду: бул илимий эмгекте каптама протездерди имплантаттардын жардамы менен бекемдөө ыкмаларын колдонуусу учурлары чагылдырылган

Негизги сөздөр: имплантаттар, каптама тиш, бекемдөө.

USING OF IMPLANTS TO IMPROVE THE FIXATION OF REMOVABLE PROSTHESES

Erkinbekov I.B.

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

Summary: In a review article presents information about the use of implants to improve the fixation of removable prostheses.

Keywords: multiple edentulous, plate prostheses, fixation.

Введение. Восстановление функции [4,5].
разрушенного жевательного аппарата с помощью
полноценных зубных протезов, имеют большое
значение для жизнедеятельности человека.
Современное протезирование зубов требует
от врача не только специальных знаний, но и
знание анатомо-физиологических особенностей
полости рта, клиники и техники протезирования
зубов, а также влияние протезов и материалов на
ткани полости рта и организм в целом.

Частичная потеря зубов – наиболее
распространенная клиническая ситуация у
пациентов, обращающихся в клинику ортопе-
дической стоматологии.

Целостность зубных рядов нарушена у 70%
населения в возрасте 20-50 лет [3]. Количество
лиц, нуждающихся в съемном протезировании,
из года в год возрастает и имеет тенденцию к
омоложению. По данным ряда исследований
до 30-40% пациентов имеют неблагоприятные
условия для протезирования и до 20% пациентов
не могут пользоваться съемными протезами из-
за некачественного ортопедического лечения

При несвоевременном протезировании
пациентов с множественной потерей зубов
происходит срыв адаптационных возможностей
организма, что приводит к возникновению
патологических процессов во всех компонентах
зубочелюстной системы, препятствующих
адаптации к зубным протезам и нарушению
гармонии взаимодействия всех ее элементов
[6,7,8].

В настоящее время, изучению симптомов,
способов диагностики и лечения пациентов
с множественной потерей зубов посвящены
исследования многих ученых [1,2,4].

Известны различные способы фиксации
съемных протезов, применяемых при лечении
частичной потери зубов. Их можно условно
разделить на способы фиксации протезов при
помощи кламмеров и без кламмеров [7,9].

Общепринятое традиционное ортопе-
дическое лечение при множественной потере
зубов недостаточно решает задачи фиксации
съемных протезов.

В последние годы значительно возрос интерес к протезам, которые не имеют в своей конструкции кламмеров. К таким способам фиксации относятся: балочная фиксация протезов, с применением магнитных элементов, с помощью телескопических систем, замковые способы фиксации и наконец, для повышения эффективности протезов стало возможным благодаря внутрикостной имплантации [7,8,10,11].

Анализ литературы [3,10,12,13] показал, что несмотря на значительный прогресс, вопрос ортопедического лечения пациентов с множественной потерей зубов с применением внутрикостных имплантатов для улучшения фиксации съемных протезов недостаточно изучен и требует дальнейшего рассмотрения.

Цель исследования. Повышение эффективности протезирования пациентов с множественной потерей зубов с применением внутрикостных имплантатов для улучшения

фиксации съемных протезов.

Материалы и методы исследования. В соответствии с целями и задачами работы проведено обследование и ортопедическое лечение 58 пациентов с множественной потерей зубов, которые проводились согласно возрастной классификации позднего периода жизни человека, 24 мужчин 34 женщин в возрасте от 41 до 74 лет (ВОЗ-1983). Анализ дефектов зубных рядов нами проведен согласно рекомендации М.З. Миргазизова (2003г). Обследование проводили по общепринятой методике, все данные заносились в историю болезни и специально разработанную анкету. Из дополнительных методов применяли изучение диагностических моделей, ортопантомографию и прицельную рентгенографию челюстей. При выявлении у больного общесоматических заболеваний направляли их на консультацию, обследование и лечение к соответствующим специалистам.

Таблица 1. Распределение пациентов в зависимости от возраста и пола (в %).

Пациенты	Возраст (лет)								Всего	
	41-50 лет		51-60 лет		61-70 лет		71-74 лет			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Мужчины	8	33,3	10	41,6	3	12,5	3	11,2	24	100
Женщины	10	29,4	14	41,2	6	17,6	4	11,8	34	100
Всего	18	31,0	24	41,4	9	15,4	7	12,1	58	100

Таблица 2. Распространенность дефектов у обследованных по полу и возрасту (в%)

Пол	Аденция	41-50 л.		51-60 л.		61-70 л.		71-74 л.		Всего	
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Муж- чины	Частичная	6	75	5	50	1	33.3	1	33.3	13	47,9
	Полная	2	25	5	50	2	66.7	2	66	11	51,9
Женщины	Частичная	6	60	2	14.3	-	-	-	-	8	37,1
	Полная	4	40	12	85.7	6	100	4	100	26	81,4
Всего	Частичная	12	67	7	29	1	11	1	14	21	42,5
	Полная	6	33	17	71	8	89	6	86	37	66,6

Таблица 3. Количество больных пользующихся и не пользующихся протезами

пол	всего	Частичные съемные		Полные съемные		нет	
Мужчины	21	12	57.14	5	23.81	4	19.05
Женщины	37	21	56.76	11	29.73	5	13.56
всего	58	33	56.90	16	27.58	9	15.57

Результаты и обсуждения.

Анализ дефектов зубных рядов по М.З. Миргазизову показал, что из I класса наиболее часто выявились 2 и 4 подклассы и составили в среднем 14,3%. Из II класса чаще всего выявлялся 2 подкласс – 9,52%, по III классу чаще всего выявлялся 3 подкласс и по IV классу – 2 подкласс и составили 9,40%, 9,52% соответственно.

Интересным являлось то, что I, II, III классы дефектов в основном выявлялись на нижней челюсти и колебались в пределах от 4,8 до 9,5%. IV класс дефектов в основном выявлялся на верхней челюсти в среднем 4,7%.

Данные таблицы 2 показывают, что в возрастных группах 41- 74 лет среди мужчин показатель множественной потери зубов составило 47,9%, полное отсутствие зубов 66% у женщин множественная потеря зубов составила 37,1 %, а полное отсутствие зубов 81,4%.

В процессе исследования нас интересовал вопрос о количестве больных пользующиеся и не пользующиеся зубными протезами, а так же их качество (табл. 3).

Нами установлено, что число лиц пользующихся частичными съемными протезами составило 56.9%, полными съемными протезами 27.6% и 15,6% вообще не пользовались протезами. Из 49 больных пользующихся съемными протезами негодными оказались у 69.4% (33) и годные у 30.6% (16) пациентов. Такие конструкции протезов как бюгельные, мостовидные и другие у обследованных больных не было выявлено.

К неблагоприятным условиям для фиксации протеза мы отнесли клинические ситуации, при которых невозможно создать три или четырех точечную фиксацию протеза и кламерную линию, проходящую через базис протеза.

Основная часть нуждалась в подготовке к ортопедическому лечению: снимали зубные отложения, проводились инструктаж по гигиене полости рта и чистке протезов с индивидуальным подбором материалов и средств гигиены. Кроме того, пациентам с заболеваниями пародонта проводилось комплексное лечение, включающее терапевтические, ортопедические и хирургические манипуляции.

После проведенного обследования пациенты разделены на 2 основные группы в зависимости от способа фиксации протеза.

Первую группу образовали 32 пациента

протезированные частичными съемными протезами с кламерной фиксацией. Они были протезированы 14 съемными протезами на верхнюю челюсть и 18 на нижнюю челюсть.

Во вторую группу (26 человек) вошли пациенты, съемные протезы которых фиксировались при помощи имплантатов «Витаплант».

Данным способом 26 пациентов были протезированы съемными протезами на нижних челюстях.

Пациенты были обследованы через месяц и через 6-24 месяца после наложения протезов. Им было рекомендовано постоянное наблюдение каждые 6 месяцев. После протезирования пациенты с системными заболеваниями пародонта раз в квартал проходили совместный осмотр у хирурга-стоматолога, пародонтолога и ортопеда.

Приводим клинический пример.

Больная А., 54 года с диагнозом вторичная частичная адентия верхней и нижней челюстей.

На данном примере видно сохранившиеся зубы на нижней челюсти по классификации Миргазизова М.З. подходят ко второму классу, второму подклассу.

Предварительно для фиксации съемного пластинчатого протеза установили имплантаты “VitaPlant”, “VKVa” d-4.0, L-12 в области шестых коренных зубов на обеих сторонах нижней челюсти, сохранившиеся клыки во избежание раскачивающего действия рычажной силы, укоротили с учетом межальвеолярной высоты, депульпировали и покрыли колпачком, учли и толщину искусственных зубов.

В зуботехнической лаборатории по этапно проведена;

Искусственные зубы нижних клыков были очень аккуратно подогнаны, фрезой убрали слой пластмассы с учетом высоты и естественного вида.

На шестых искусственных зубах, которые покрывали имплантаты, фрезой были сделаны выемки под патрицу абатмента имплантатов.

Готовую конструкцию пластинчатого полного съемного протеза для успешности эксперимента дали поносить в течении недели. Через неделю убедились в отсутствии травмирующих точек, правильность смыкания зубных рядов.

В участках утолщения протеза, вокруг выемок для культы зуба и патрицы, а также



Рис 1 -2. Пациентка до протезирования.

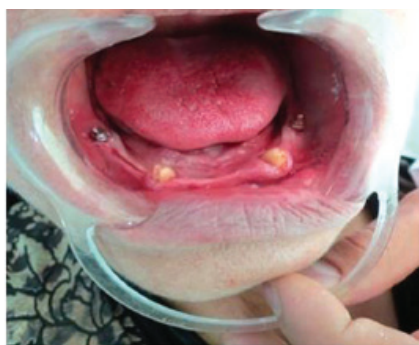


Рисунок 3. Имплантаты в области 36-46.



Рисунок 4. Колпачки на 33-43.



Рисунок 5. Протез с эластичной прослойкой.

отступив по 5 мм с каждой стороны в вестибуло - оральном направлении и соединив отверстия под зубы, фрезой сняли слой пластмассы образуя желобок для эластичной массы фирмы «Voco», «Ufi Gel». По краю протеза оставили полоску шириной 5-7 мм, с учетом сохранения целостности и прочности базиса.

Очень аккуратно фрезерован участок вокруг сосочка патрицы, не затрагивая верхнюю поверхность, граничащая с окклюзионной плоскостью. Участок контакта с колпачком на уровне клыков сохранили не затрагивая, сочли жесткость фиксации оправданным.

Была произведена перебазировка протеза эластической массой, с соблюдением правил

техники изготовления. Залили «гласинговый» слой.

Протез припасовали во рту на свое место. Проверили правильность смыкания зубных рядов. Факторы раздражения отсутствовали.

Отдаленные сроки наблюдения показали, что функциональная эффективность съемных протезов были хорошими, больная довольна протезированием.

Выводы:

1. Установлена эффективность применения внутрикостных имплантатов в качестве дополнительных фиксирующих элементов для съемных протезов.

2. Выявлены преимущества применения протезов с фиксацией на имплантатах, перед съёмными протезами изготовленных традиционным методом при множественной потере зубов с неблагоприятными условиями протезного ложа.

3. При применении патрицы компрессионная сила действует как уплотняющая границу разделения кости и имплантата, способствуя поддержания конструкционной целостности «кость-имплантат» и перераспределению давления без разрушения структуры кортикальной кости.

Литература:

1. Адаева И.А. Перекрывающие съёмные протезы с кнопочными и балочными фиксаторами: сб. науч. тр. 64 науч. Конф. - Курск, 2002. - С. 54-56.

2. Арутюнов С.Д. Компьютерное математическое моделирование конструкций зубных протезов: сб. науч. тр. - М., 2000. - С. 51-54.

3. Безруков Л.Ю. Матвеева А.Н., Кулаков А.А. Результаты и перспективы исследования проблем дентальной имплантологии в России // *Стоматология*, 2002 - №1. - С. 52-55.

4. Брагин Е.А. Восстановление элементов и функции зубочелюстной системы ортопедическими методами лечения [Текст]: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук: 14.01.14 / Е.А. Брагин. - Воронеж, 2003. - 33 с.

5. Бушан М.Г. Осложнения при зубном протезировании и их профилактика // М.Г. Бушан, Х.А.

Каламкаргов. - Кишинев, 1983. - С. 301.

6. Гаврилов Е.И. Вторичные деформации зубных рядов // Е.И.Гаврилов. М., 1984. - 91с.

7. Гинали Н.В. Патогенетические механизмы нарушений амортизирующей функции пародонта в биомеханических системах Зуб-Челюсть и их практическое значение [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.14 / Н.В. Гинали. - М., 2000. - 49 с.

8. Долгалева А.А. Конструирование искусственных зубных рядов в индивидуальном артикуляторе // А.А. Долгалева Е.А., Брагин Е.А. Актуальные вопросы клинической стоматологии: сб. науч. трудов. - Ставрополь, 2005. - С. 122-124.

9. Король М.Д. Разработка и обоснование конструкции частичного съёмного протеза в зависимости от условий фиксации // дисс. канд. мед. наук / М.Д. Король. Полтавский Мед. инст. - Полтава, 1991. - 21 с.

10. Нестеров А.М. Оптимизация ортопедического лечения больных с одиночно стоящими зубами на челюстях [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук 14.01.14 / А.М. Нестеров. - Самара, 2010. - 24 с.

11. Ряховский А.Н. Адаптационные и компенсаторные реакции при дефектах зубных рядов по данным жевательной пробы с возрастающей нагрузкой / А.Н.Ряховский // *Стоматология*. - 2001 - №2. - С. 36-40.

12. Korber K.H. Konstruktionen. Das Rationale teleskopsystem. Heidelberg: Huthig, 1988. - 340 p.

13. Worthington P. "Problems associaed with the atrophic mandible" // P. Worthington; J.E. Rubenstein (Profiled Author: Jeffrey E. Rubenstein) *Dental clinics of North America*. 1998;42(1):129-180.

ТЕЧЕНИЕ КАТЕХОЛАМИНОВОГО НЕКРОЗА МИОКАРДА НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ АТЕНОЛОЛА И КОЭНЗИМА Q₁₀ ПРИ КРАТКОВРЕМЕННОМ ПРЕБЫВАНИИ ЖИВОТНЫХ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ

Махмудова Ж.А., Алдашев А.А., Зурдинов А.З.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Межотраслевой учебно-научный центр биомедицинских исследований,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Установлено, что у неадаптированных к условиям высокогорья кроликов с моделированным некрозом миокарда комбинированное применение атенолола с коэнзимом Q₁₀ приводит к улучшению функциональных показателей миокарда и уменьшению содержания в сыворотке крови маркерных ферментов повреждений сердечной мышцы, что может способствовать уменьшению размера очага некроза.

Ключевые слова: высокогорье, акклиматизация, некроз миокарда, маркерные ферменты, адреналин.

ЖАНЫБАРЛАРДЫН БИЙИК ТООЛУУ ШАРТТА АЗ УБАКЫТ БОЛУУ УЧУРУНДА АТЕНОЛОЛДУ ЖАНА КОЭНЗИМ Q₁₀ КОЛДОНУУ ФОНУНДАГЫ ЖҮРӨК БУЛЧУЦУНУН КАТЕХОЛАМИНДҮҮ НЕКРОЗУНУН ЖҮРҮШҮ

Махмудова Ж.А., Алдашев А.А., Зурдинов А.З.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Биомедициналык изилдөөлөрдүн тармак аралык окуу-илимий борбору,
Бишкек шаары, Кыргыз Республика

Корутунду: Бийик тоолуу шартка көнбөгөн жүрөк булчунун некроз менен моделденген коёндорго коэнзим Q₁₀ менен атенололду колдонуу, алардын жүрөк булчунунун функциясын жакшыртып жана канынын сары суусундагы маркердик ферменттерди азайтып, бул болсо некроздордун көлөмүнүн азайышын шарттай тургандыгы аныкталды.

Негизги сөздөр: бийик тоо, акклиматизация, жүрөк булчунунун некрозу, маркердик ферменттер, адреналин.

CATHECHOLAMIBNE MYOCARDIAL NECROSIS STATE AT COMBINED USE OF ATENOLOL AND COENZYME Q₁₀ IN ANIMALS FOR HIGH ALTITUDE SHORT TERM CONDITIONS

MakhmudovaZh.A., Aldashev A.A., Zurdinov A.Z.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, IESC BMI,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: it was established that combined use of atenolol and coenzyme Q₁₀ in rabbits non-adapted to the high altitude leads to functional myocardial parameters improvement and decreased level of myocardial necrosis serum marker enzymes thereby promoting to decreasing of necrosis zone size.

Key words: high altitude, acclimatization, myocardial necrosis, marker enzymes, adrenaline.

Введение. От сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в Кыргызстане ежегодно умирают 18 тысяч человек, что составляет 48,8% смертности от всех болезней. За последние 20 лет ССЗ помолодели на 38%. Если раньше эти заболевания приходились на людей старше 60 лет, то сейчас им подвержены люди трудоспособного возраста от 30 до 59 лет. Особого внимания заслуживает тот факт, что Кыргызстан входит в пятерку стран среди СНГ, где ССЗ являются основной причиной смертности среди мужчин.

Так, по данным МЗ КР болезни системы кровообращения явились наиболее частой причиной летальных исходов и составили 50,1% общего числа умерших в 2011 году [2].

Из вышеизложенного следует, что изучение особенностей течения сердечно - сосудистых заболеваний, их фармакотерапии и фармакопрофилактики в условиях разных высот представляет значительный теоретический и практический интерес для здравоохранения Кыргызской Республики.

Как известно, природные факторы существенно влияют на трудовую деятельность и здоровье человека. Например, суровый климат высокогорья, осложняя трудовой процесс, может стать причиной возникновения некоторых заболеваний и обострения других. В процессе приспособления организма к условиям высокогорной гипоксии, в результате несоответствия между объемом выполняемой сердцем работы и степенью изменения коронарного кровотока, а также на фоне увеличения концентрации катехоламинов в крови, может развиваться некроз миокарда, требующей своевременной профилактики, диагностики и лечения [4].

Надо отметить, что механизмы действия и применения лекарственных препаратов, влияющих на функцию сердечно - сосудистой системы, достаточно хорошо изучены в условиях равнины, но исследования по изучению их действия в условиях высокогорья встречаются гораздо реже [5].

Как следует из литературных источников с позиций лечения и профилактики ишемических повреждений сердечной мышцы продолжают оставаться приоритетными лекарственные препараты из группы β -адреноблокаторов. К настоящему времени накоплена достаточная доказательная база по эффективности применения β -адреноблокаторов при инфаркте миокарда (ИМ). Так, по данным клинических наблюдений у 20000 больных, применение β -адреноблокаторов при ИМ способствовало снижению смертности на 20%, частоты внезапной смерти – на 35%, повторного ИМ – на 25% [1]. Одним из широко используемых в медицинской практике β -адреноблокаторов является атенолол.

Атенолол – кардиоселективный β_1 -адреноблокатор, ослабляет основные эффекты симпатико-адреналовой системы или полностью устраняет их. Этот препарат способен блокировать β_1 -адренорецепторы сердца, при этом снижается уровень катехоламинов, которые в свою очередь стимулируют образование метаболитов АТФ (в частности цАМФ). Он оказывает антиангинальное, антиишемическое, антиаритмическое действие. Это действие осуществляется за счет уменьшения несоответствия между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой. Снижение частоты сердечных сокращений, сократимости миокарда,

систолического артериального давления приводит к уменьшению потребности миокарда в кислороде.

Поскольку энергетический обмен миокарда в первую очередь реагирует на воздействие гипоксии, важно найти средства для активного воздействия на энергетику сердца, способные оказывать корригирующее действие на систему биохимической адаптации к гипоксии [5,1]. Одним из средств, который играет ключевую роль в биоэнергетических процессах, является коэнзим Q_{10} . Ко Q_{10} , убихинон - липидорастворимое соединение из класса бензохинонов. Он является обязательным компонентом дыхательной цепи как переносчик электронов в митохондриях, принимает участие в процессах окислительного фосфорилирования и синтеза АТФ. Кроме этого, Ко Q_{10} выполняет в клетках еще одну важную функцию – его восстановленная форма является единственным липофильным антиоксидантом, который синтезируется в клетках животных и человека, а также постоянно регенерируется из окисленной формы с помощью ферментных систем организма [6,3].

В связи с вышеизложенным, целью настоящего исследования явилось изучение течения экспериментального катехоламинового некроза миокарда на фоне сочетанного применения атенолола и коэнзима Q_{10} при кратковременном пребывании животных в условиях высокогорья.

Методы исследования. Эксперименты проводились на 45 кроликах породы «шиншилла» массой 2,5 - 3,0 кг на 3-и сутки пребывания в условиях высокогорья (п. Туя - Ашу, 3200 м над ур. м.). Катехоламиновый некроз провоцировался однократным внутривенным введением адреналина 0,015 мг/кг массы тела на 3-и сутки пребывания в условиях высокогорья. Животные были разделены на 5 групп: 1 группа – интактные кролики в условиях низкогогорья, 2 группа - интактные животные (контроль) в условиях высокогорья (3-и сутки), 3 группа – кролики с моделированным некрозом миокарда в условиях высокогорья (3-и сутки), 4 группа – животные с моделированным катехоламиновым некрозом сердечной мышцы, получавшие перорально атенолол в дозе 20 мг/кг и коэнзим Q_{10} в дозе 2 мг/кг массы тела 1 раз в сутки в течение 14 дней в условиях высокогорья, 5 группа – животные с моделированным катехоламиновым некрозом миокарда, получавшие плацебо в условиях

высокогорья в течение 14 дней.

Регистрация электрокардиограммы (ЭКГ) у животных осуществлялась на электрокардиографе - ЭК1Т во II отведении при скорости протяжки ленты 50 мм/сек. ЭКГ регистрировалась у здоровых животных на 3-и сутки пребывания в горах и на 3-и сутки пребывания в горах через 6 часов после моделирования повреждения сердечной мышцы. Также электрокардиограмма регистрировалась у животных с экспериментальным некрозом миокарда, получавших атенолол в сочетании коэнзимом Q_{10} и у животных, получавших плацебо в течение 14 дней, т.е. на 18-е сутки пребывания в условиях высокогорья.

У всех перечисленных групп экспериментальных животных до и после эксперимента определялся ряд кардиоспецифических маркеров: количественное определение креатинфосфокиназы - MB фракции в сыворотке крови «Диагностическими наборами для определения КФК-MB» на автоанализаторе «SYNCHRON-CX 4» фирмы «BECKMAN COULTER» через 6 часов после введения адреналина. Количественное определение концентрации аспартатаминотрансферазы (АсАТ) в сыворотке крови наборами реагентов «Аминотрансфераза AST 360» фирмы PLIVA-Lachema Diagnostika» на фотоэлектроколориметре. Количественное определение концентрации тропонина I наборами реагентов «Тропонин I -ИФА» ООО «ХЕМА» г. Москвы в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа.

После перорального введения атенолола в сочетании с CoQ_{10} животным в сыворотке крови нами определялись только аспартатаминотрансфераза и тропонин. Поскольку КФК-MB относится к «ранним» маркерам, и при повреждении миокарда диагностически значимо повышается в первые часы заболевания, определять ее после 2-х недельного лечения было бы нецелесообразно.

Статистическая обработка материала проводилась методом вариационной статистики с помощью компьютерных программных пакетов STATIST и MICROSOFT EXCEL. Разницу средних величин оценивали по t-критерию Стьюдента и вероятности Р.

Результаты и их обсуждение.

Функциональное исследование сердца у кроликов с моделированным катехоламиновым некрозом миокарда показало резкое увеличение

частоты сердечных сокращений (ЧСС) с 261 ± 13 до $452 \pm 9,61$ ударов в мин. ($p < 0,001$), продолжительность зубца Р уменьшалась с $0,027 \pm 0,002$ до $0,01 \pm 0,002$ мм/сек ($p < 0,001$), интервал Р-Q сократился с $0,08 \pm 0,027$ до $0,02 \pm 0,004$ мм/сек, S-T с $0,09 \pm 1,36$ до $0,03 \pm 0,002$ мм/сек и Q-T с $0,13 \pm 0,009$ до $0,06 \pm 0,003$ мм/сек., ($p < 0,001$). Отмечалось уменьшение зубца R с $0,68 \pm 0,06$ до $0,44 \pm 0,02$ см и зубца Т с $0,27 \pm 0,02$ до $0,20 \pm 0,02$ см ($p < 0,001$). Полученные результаты ЭКГ-исследования свидетельствовали о появлении ишемических очагов в миокарде. Кроме того, наблюдалось смещение интервала ST вверх и сокращение интервала Q-T, что указывало на развитие очагов некроза миокарда.

Анализ электрокардиограммы у контрольных кроликов на 3-и сутки акклиматизации в горах показал, что по сравнению с интактной группой животных в условиях низкогогорья интервал Р-Q сократился с $0,08 \pm 0,027$ до $0,02 \pm 0,002$ мм/сек. ($p < 0,001$). Отмечалось также уменьшение зубца R с $0,68 \pm 0,06$ до $0,57 \pm 0,05$ см ($p < 0,001$).

У группы животных на 3-и сутки пребывания в горах через 6 часов после моделирования повреждения сердечной мышцы, по сравнению с интактными животными в условиях высокогорья, резко сократилась продолжительность сердечного цикла (R-R) с $0,28 \pm 0,004$ до $0,13 \pm 0,002$ (мм/сек) ($p < 0,001$). Увеличилась частота сердечных сокращений с 292 ± 6 до 461 ± 9 ударов в мин., также наблюдалось уменьшение зубца R с $0,57 \pm 0,05$ до $0,51 \pm 0,08$ см и зубца Т с $0,28 \pm 0,02$ до $0,12 \pm 0,02$ см ($p < 0,001$), что характерно для острого периода инфаркта миокарда. У кроликов, которые получали атенолол в сочетании с коэнзимом Q_{10} в течение 14 дней в условиях высокогорья, по сравнению с группой животных с экспериментальным некрозом миокарда отмечалось урежение ЧСС до нормы (с $461 \pm 9,0$ до $222 \pm 9,0$ ударов в минуту, $p < 0,001$). Продолжительность зубца Р увеличилась с $0,018 \pm 0,001$ до $0,04 \pm 0,003$ мм/сек ($p < 0,001$). Удлинялась продолжительность сердечного цикла (с $0,13 \pm 0,002$ до $0,67 \pm 0,04$ мм/сек, $p < 0,001$), увеличились интервалы S-T (с $0,039 \pm 0,002$ до $0,08 \pm 0,004$) и Q-T (с $0,14 \pm 0,05$ до $0,17 \pm 0,008$ мм/сек, $p < 0,001$).

У животных с моделированным некрозом миокарда, получавших плацебо в течение 14 дней в условиях высокогорья, продолжительность сердечного цикла R-R сохранялась почти такой

же, как у кроликов с моделированным некрозом миокарда, т.е. сократилась с $0,13 \pm 0,002$ до $0,12 \pm 0,006$ (мм/сек). Отмечалось увеличение ЧСС с 461 ± 9 до 493 ± 26 ударов в минуту ($p < 0,001$). Регистрировалось уменьшение зубца R с $0,57 \pm 0,05$ до $0,41 \pm 0,042$ см и зубца T с $0,28 \pm 0,02$ до $0,15 \pm 0,01$ см ($p < 0,001$).

Аспаратаминотрансфераза (АсАТ). Как видно из рисунка 1, уровень АсАТ в условиях низкогогорья после введения адреналина увеличился с $0,07 \pm 1,25$ до $0,25 \pm 2,79$ ($p < 0,001$), что выходит за пределы физиологической нормы.

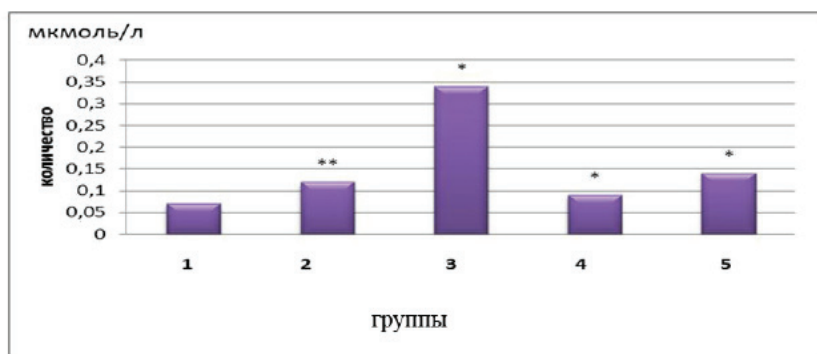
На 3-й день пребывания животных в условиях высокогорья уровень АсАТ повысился с $0,07 \pm 1,25$ до $0,12 \pm 0,009$ мкмоль/л ($p < 0,01$). После введения адреналина наблюдалось увеличение уровня АсАТ в сыворотке крови кроликов с $0,12 \pm 0,009$ до $0,34 \pm 2,5$ мкмоль/л ($p < 0,05$). У животных с моделированным некрозом миокарда и получивших атенолол совместно с коэнзимом Q_{10} в течение 14 дней отмечалось снижение уровня АсАТ с $0,34 \pm$

$2,5$ до $0,09 \pm 0,006$ мкмоль/л ($p < 0,001$). В то же время исследование подопытных животных, получавших плацебо, также показало снижение уровня аспаратаминотрансферазы до верхнего предела физиологической нормы ($0,34 \pm 2,5$ до $0,14 \pm 0,007$ мкмоль/л ($p < 0,001$)).

МВ - КФК (сердечная форма креатинфосфокиназы – КФК

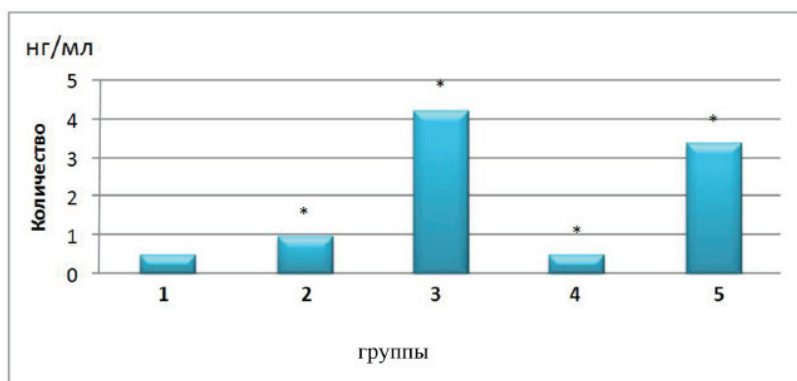
Результаты исследования, проведенные в условиях низкогогорья показали, что после введения адреналина уровень КФК - МВ в сыворотке крови у кроликов резко повысился с $195,1 \pm 50,5$ МЕ до $1157,5 \pm 124,6$ МЕ ($p < 0,001$), что свидетельствует о повреждении кардиомиоцитов. На 3-й день пребывания животных в условиях высокогорья было выявлено, что количество КФК-МВ по сравнению с интактной группой низкогогорья, увеличилось с $195,1 \pm 50,5$ до $243,6 \pm 68,8$ МЕ. После введения экзогенного адреналина количество его повысилось с $243,6 \pm 68,8$ до $1178 \pm 52,1$ МЕ ($p < 0,001$).

Тропонин I. Определение нами тропонина



Примечание: * $p < 0,001$; ** $p < 0,01$ при сравнении 2 гр. с 1 гр.; 3 гр. с 2 гр.; 4 гр. с 3 гр.; 5 гр. с 3 гр.

Рис.1. Количество АсАТ в сыворотке крови у контрольных и подопытных кроликов при моделировании катехоламинового некроза миокарда в условиях высокогорья после применения атенолола и CoQ_{10} .



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

Рис.2. Количество тропонина I в сыворотке крови у контрольных и подопытных кроликов при моделировании катехоламинового некроза миокарда в условиях высокогорья на 3-сутки

I в сыворотке крови кроликов через 20 часов после введения адреналина в низкогогорье показало (рис. 2), что количество тропонина I достоверно увеличилось в 9 раз ($0,47 \pm 0,13$ нг/мл до $3,88 \pm 0,96$ нг/мл, соответственно). На 3-й день пребывания кроликов в условиях высокогорья количество тропонина I в сыворотке крови увеличилось с $0,47 \pm 0,13$ нг/мл до $0,97 \pm 0,05$ нг/мл. Тогда после введения адреналина на высокогорье у животных наблюдалось увеличение тропонина I в 10 раз до $4,2 \pm 0,7$ нг/мл ($p < 0,001$).

Исследование тропонина I в сыворотке крови кроликов после комбинированного введения атенолола и коэнзима Q_{10} в условиях высокогорья показало, что его количество уменьшилось с $4,21 \pm 0,72$ нг/мл до $0,48 \pm 0,016$ нг/мл. После получения кроликами плацебо количество тропонина I в сыворотке крови сохранялось на достаточно высоком уровне $3,36 \pm 0,16$ нг/мл ($p < 0,001$).

Итак, на 3-й день пребывания животных в условиях высокогорья, вследствие возможного образования некротических участков в миокарде, как результат воздействия гипоксии и других факторов высокогорья, у животных содержания КФК-МВ фракции и тропонина I в сыворотке крови превышало физиологическую норму по сравнению с контрольной группой. После моделирования катехоламинового некроза миокарда уровни кардиоспецифических маркеров КФК - МВ фракции, АсАТ и тропонина I достоверно повышались в связи более массивным повреждением кардиомиоцитов под действием экзогенно вводимого адреналина и гипоксии.

После комбинированного лечения атенололом и коэнзимом Q_{10} у животных с модельной патологией миокарда отмечалось достоверное снижение уровней внутриклеточных ферментов в сыворотке крови.

Обращает на себя внимание тот факт, что у экспериментальных животных получавших плацебо в течение 14 дней, в условиях высокогорья наблюдалось снижение уровня АсАТ до верхнего предела физиологической нормы. Такое снижение аспартатаминотрансферазы у кроликов, не получавших медикаментозной

терапии, возможно, связано с низкой специфичностью АсАТ как для ранней, так и для поздней диагностики повреждения миокарда и недолгим сохранением этого фермента в сыворотке крови от (36-48 часов) [7,8].

Определение тропонина I в сыворотке крови у кроликов с моделированным некрозом миокарда, получавших плацебо, показало, что количество тропонина I оставалось на высоком уровне. Это свидетельствует о дальнейшем развитии некроза миокарда, что также подтверждается результатами функциональных исследований.

Вывод. Комбинированное применение атенолола с коэнзимом Q_{10} у неадаптированных кроликов с моделированным некрозом миокарда в условиях высокогорья приводит к улучшению функциональных показателей миокарда, уменьшает диспропорцию между потребностью и снабжением миокарда кислородом, способствует снижению сократимости миокарда, уменьшает частоту сердечных сокращений, проводимость и возбудимость в сердечной мышце, и следовательно, способствует уменьшению размера очага некроза.

Литература:

1. Гиляревский С.Р. // Кардиология.- 2006. - № 11. -С.79-81
2. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения КР в 2011 г., Бишкек, 2012. – 355с.
3. Каленикова Е.И., Городецкая Е.А., Коновалова Г.Г., Медведев О.С. и др., // Фармация.- 2009.-№ 2, -С.42-44
4. Миррахимов М.М., Мейманалиев Т.С. Высокогорная кардиология. – Фрунзе: Кыргызстан, 1984. – 314с.
5. Муратов Д.К., Дергунов А.В., Лавинская Н.Н. // Фундаментальные исследования, 2013. -№ 2. -С.126-128
6. Лакомкин В.Л., Коновалова Г.Г., Каленикова Е.И., Заббарова И.В. и др. // Биохимия. -2004 -Том.69.- №5.-С.639-646,
7. Чарная М.А., Дементьева И.И., Морозов Ю.А., Гладышева В.Г. Кардиоспецифичные биомаркеры в кардиологии и кардиохирургии. Часть 1. Общая характеристика биомаркеров. // Kardiolog serdečno-sosud hir: – 2010. - № 3. – С. 26.
8. Шевченко О.П., Слесарева Ю.С., Шевченко А.О. Сравнительный анализ уровня протеина плазмы А и других маркеров воспаления в крови у больных с острым коронарным синдромом. //Российский кардиологический журнал. – 2008. - № 6. – С. 14-19.

ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ДУШАНБЕ, РАЙОНА ХАМАДОНИ О ПУТЯХ ПЕРЕДАЧИ ГЕЛЬМИНТНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Ортикова М.М., Мирзоева З.А., Хисомова Х.К., Давлятова Д.Д.

Кафедра семейной медицины (зав.- проф.З.А. Мирзоева) ТИПМК
Душанбе, Таджикистан

Резюме: Целью исследования явилось изучение состояния уровня информированности населения с последующей разработкой необходимых рекомендаций по ликвидации этих заболеваний. Проведен социологический опрос по информированности населения о путях передачи глистной инвазии. Результаты опроса свидетельствуют о низкой информированности населения Республики Таджикистан о путях передачи гельминтных инфекций. Проблема распространенности глистных инвазий в семьях Таджикистана высокоактуальна и требует разработки мероприятий по первичной и вторичной профилактике.

Ключевые слова: информированность, анкетирование, гигиена, глистная инвазия, семейный врач, профилактика.

EVALUATION OF AWARENESS OF DUSHANBE, THE DISTRICT HAMADONI ABOUT THE TRANSMISSION OF HELMINTH INFECTIONS

Ortikova M.M, Mirzoeva Z.A, Hisomova H.K, Davlyatova D.D.

Dushanbe, Tajikistan

Summary: The aim of the study was to examine the state of public awareness and the subsequent development of necessary recommendations to eliminate these diseases. Conducted a survey on people's awareness about the transmission of helminth infestations. The survey results indicate a low awareness of the Republic of Tajikistan on the transmission of helminth infections. The problem is the prevalence of parasitic infestations in families Tajikistan highly relevant and requires the development of primary and secondary prevention.

Keywords: awareness, questioning, hygiene, worm infestation, a family physician, prevention.

Актуальность. В качестве одной из первоочередных задач медицинской науки определено решение медико-социальных проблем, в частности, проведение эпидемиологических и социально-гигиенических исследований, результаты которых имеют важнейшее значение для практического здравоохранения, прежде всего – для выявления причин болезней, их профилактики, ранней диагностики и лечения [8]. В этом аспекте становиться необходимым проведение исследований, направленных на совершенствование мер профилактики кишечных гельминтозов, до сих пор имеющих широкое распространение среди населения [7]. Глистные инвазии (гельминтозы) широко распространены во всем мире. По данным ВОЗ (2009г) ежегодно заражаются глистами более 3 миллиарда людей. В нашей стране наибольшее распространение имеют нематодозы – паразитарные заболевания, вызванные круглыми червями (нематодами), передающиеся фекально-оральным путем. Самыми известными представителями этой группы гельминтов являются аскариды, острицы, власоглавы. Распространенность каждого из этих паразитов достигает сотен миллионов

случаев в год.[8]

Гельминтозы относят к широко распространенным заболеваниям. Гельминтами поражены до 25 % людей, особенно тропическим климатом, жители которых являются носителями несколько видов глистов [1,3,4,5]. Распространенность выше среди детей школьного возраста и их членов семьи [2,5,6].

Материалы и методы исследования
Путем анкетирования 5050 членов семьи города Душанбе, района Хамадоны проведен социологический опрос по информированности населения о путях передачи глистной инвазии. Опрос проводился по следующей анкете: «Распространенность часто встречаемой глистной инвазии в Республике Таджикистан и пути совершенствования профилактической деятельности на уровне первичной медико санитарной помощи».

Результаты исследования и их обсуждение. По данным социологического опроса распределение членов семьи по роду занятий по Душанбе: не работающие составили 28,9%, студенты-11,9%, ученики - 42,5%, служащие-58,3%, рабочие-25,3%, продавцы мясных продуктов-3,3%, пищевики-7,0%.

Показатели опроса по району Хамадони: не работающие-29,0%, студентов-8,0%, учеников - 42,5%, служащих-22,5%, рабочих-63%, продавцы мясных продуктов-1,4%, пищевики-6,8%. Количество неработающих по городу Душанбе и по району Хамадони одинаково (29,0%), служащих по городу Душанбе в 2 раза больше, а рабочих в 2 раза больше по району Хамадони.

По возрастной структуре установлено, что по городу Душанбе наибольшее количество анкетированных соответствует возрасту 30-39 лет, что составило 248 человек (23,7%); по району Хамадони наибольшее число анкетированных соответствует возрасту 40-49 лет, 809 человек (20,2%).

Из общего числа анкетированных: опрошено по городу Душанбе мужчин 438 (41,9%), женщин - 607 человек (58,1%); по району Хамадони мужчин - 2710 (67,7 %), женщин 1295 (32,3%). Исследование больше подверглись по городу Душанбе женский по району Хамадони мужской пол.

Во время исследования, как видно по таблице 2, установлено, что по городу Душанбе 814 (77,9%) членов семьи занимаются общей стиркой, только 231 (22,1%) - стирку белья осуществляют отдельно. Показатели по району Хамадони: общая стирка 3814 (95,2%), стирка отдельная-191 (4,8%). Заражение яйцами аскарид происходит в тёплое время года с пищевыми продуктами и водой и во время общей стирки в которые попали инвазионные яйца аскарид. Дети болеют чаще, чем взрослые, но восприимчивость всеобщая [6].

Важным фактором служит употребление сырой воды, зараженной личинками или яйцами гельминтов; мытье в ней овощей, фруктов, посуды, употребление в пищу не обработанного фарша [1,2]. На распространение гельминтов, передающихся с мясом (тении, трихинеллы), рыбой (описторхис, широкий лентец, тениаринхоз), ракообразными, влияет степень обработки продуктов питания. Тиниаринхозом болеют чаще взрослые, особенно женщины, а также лица работающие на производстве связанном, с переработкой мяса и приготовления мясных продуктов [2,6]. Глистные инвазии широко распространены в семьях с плохими санитарными условиями [5].

На вопрос «Употребляете ли продукты на вкус во время покупки без предварительного мытья на базаре?» по городу Душанбе ответили

«да» 370 опрошенных лиц (35,4%), «нет»-675 (64,6%). По району Хамадони 995 опрошенных лиц пробуют на вкус продукты во время покупки без предварительного мытья (24,8%), не пробуют 3010 опрошенных лиц (75,2%). По городу Душанбе 35,4% опрошенных лиц отметили, что пробуют без предварительного мытья продукты на базаре, по району Хамадони-24,8%.

Как видно из таблицы 3, по городу Душанбе 395 опрошенных лиц (37,8%) пробуют сырой фарш на вкус, не пробуют на вкус - 650 (62,2%), по району Хамадони- 503 (12,6%), 3502 опрошенных лиц (87,4%), соответственно.

Таблица 4 показывает результаты опроса о глажке нижнего белья среди опрошенных. По городу Душанбе: 446 -(42,7%) ответили, что всегда носят глаженное нижнее белье, не занимаются глажкой нижнего белья в семье 340 лиц (32,5%), 259 лиц (24,8%) ответили, что нет условий для глажки нижнего белья. Показатели по району Хамадони: носят всегда глаженное нижнее бельё 925 лиц (23,1%), не занимаются глажкой нижнего белья в семье 1302 лиц (32,5%), 1778 опрошенных лиц (44,4%) отметили отсутствие условий для глажки нижнего белья. Энтеробиозом чаще болеют дети, заражение происходит при заглатывании яиц с немытых рук, грязной посуды, не глаженную постельное принадлежность, бельё [5,6].

Таким образом, 67,3% опрошенных лиц по городу Душанбе носят не глаженное нижнее бельё, по району Хамадони-76,9% опрошенных лиц. Это связано, по-видимому, из-за не знания населения путей передачи гельминтной инфекции. Заболеваемость почти 100%[6]

Как видно из таблицы 5, во время анкетирования изучался вопрос по соблюдению гигиенических мер по чистоте ногтей среди членов семьи. По городу Душанбе члены семьи ответили следующим образом: следят за чистотой ногтей, особенно у детей, 726 лиц (69,5%), не обращают внимания на чистоту ногтей среди других членов семьи 319 лиц (30,5%). Показатели по району Хамадони: 3065 лиц (76,5%) следят за чистотой ногтей, особенно у детей, не обращают внимание на чистоту ногтей 940 лиц (23,5%).

Глистные инвазии распространены повсеместно, однако особенно интенсивно он поражает людей, живущих в семьях плохими санитарными условиями, учитывая, что фекалий животных применяют в качестве удобрения, на приусадебных участках, глистные яйца во

Таблица 1

Общая возрастная структура опрошенных лиц

Распределение по возрасту	Адрес				Итого	
	Душанбе		Хамадони		Кол-во	%
	Кол-во	%	Кол-во	%		
от 0-3года	32	3.1	89	2.2	121	2.4
4-6 лет	65	6.2	129	3.2	194	3.8
7-14 лет	93	8.9	270	6.7	363	7.2
15-19 лет	59	5.6	276	6.9	335	6.6
20-29 лет	231	22.1	579	14.5	810	16.0
30-39 лет	248	23.7	702	17.5	950	18.8
40-49 лет	149	14.3	809	20.2	958	19.0
50-60 лет	119	11.4	652	16.3	771	15.3
Свыше 60 лет	49	4.7	499	12.5	548	10.9
Итого	1045	100.0	4005	100.0	5050	100.0

Таблица 2

Распределение опрошенных лиц по условиям стирки белья

Стирка белья	Адрес				Итого	
	Душанбе		Хамадони		Кол-во	%
	Кол-во	%	Кол-во	%		
Стирка общая	814	77.9	3814	95.2	4628	91.6
Стирка отдельная	231	22.1	191	4.8	422	8.4
Итого	1045	100.0	4005	100.0	5050	100.0

Таблица 3

Распределение опрошенных лиц по употреблению сырого фарша на вкус

Употребление сырого фарша на вкус	Адрес				Итого	
	Душанбе		Хамадони		Кол-во	%
	Кол-во	%	Кол-во	%		
«да» пробую на вкус	395	37.8	503	12.6	898	17.8
«нет»непробую на вкус	650	62.2	3502	87.4	4152	82.2
Итого	1045	100.0	4005	100.0	5050	100.0

время работ на участках попадают под ногти, и при не соблюдении правил гигиены из под ногтей попадают в кишечник. Если человек не получает лечение, взрослая особь может прожить в кишечнике 12-18 месяцев. При этом во внешнюю среду человек выделяет огромное количество яиц [3,5].

На вопрос «О наличие огорода или палисадника около дома» по городу Душанбе 602 опрошенных лиц (57,%) ответили «есть», 443 опрошенных лиц (42,4,0%) ответили «нет».

Показатели по району Хамадони 1565 (39,1%) ответили «есть», 2440 (60,9%) опрошенных лиц ответили «нет». Членам семей, у кого имеется огород или палисадник около дома, задавался вопрос «Используете ли рукавицы во время земляных работ?». По городу Душанбе 183 опрошенных лиц (30,4%) ответили «положительно», 419 опрошенных лиц (69,6%) ответили «отрицательно». Показатели по району Хамадони: 539 опрошенных лиц (34,4%) ответили «положительно», 1026 опрошенных лиц (65,6%)

Таблица 4

Распределение опрошенных лиц по глажке нижнего белья

Глажка нижнего белья			Адрес			Итого	
	Душанбе		Хамадони		Кол-во	%	
	Кол-во	%	Кол-во	%			
Ночью всегда глаженное нижнее бельё		446	42.7	925	23.1	1371	27.1
Не занимаемся глажкой нижнего белья		340	32.5	1302	32.5	1642	32.5
Когда нет света, я могу носить неглаженное бельё		259	24.8	1778	44.4	2037	40.3

Таблица 5

Распределение опрошенных лиц по чистоте ногтей среди членов семьи

Следите-ли за чистотой ногтей в семье			Адрес			Итого	
	Душанбе		Хамадони		Кол-во	%	
	Кол-во	%	Кол-во	%			
слежу за чистотой ногтей особенно у детей		726	69.5	3065	76.5	3791	75.1
не слежу за чистотой ногтей у других членов семьи		319	30.5	940	23.5	1259	24.9
Итого		1045	100.0	4005	100.0	5050	100.0

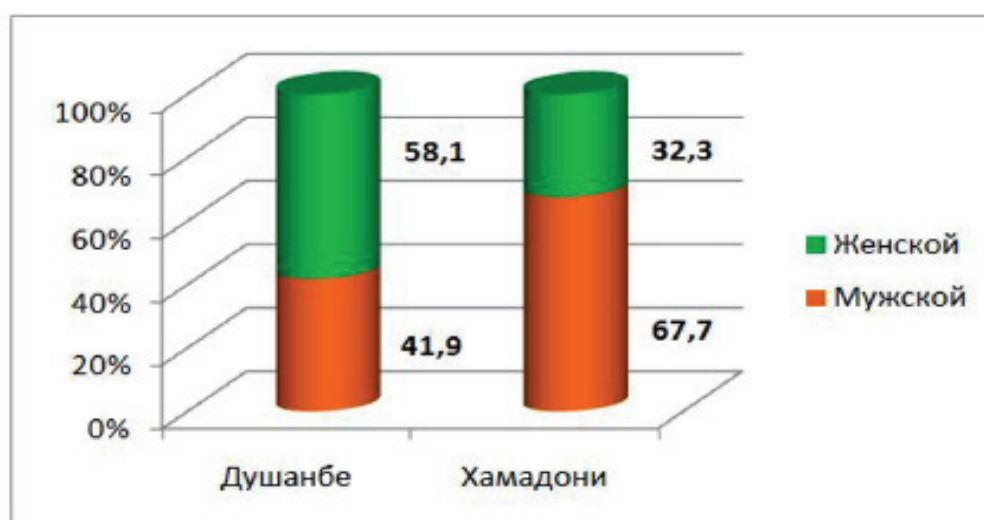


Рис.1. Распределение всех опрошенных лиц по полу

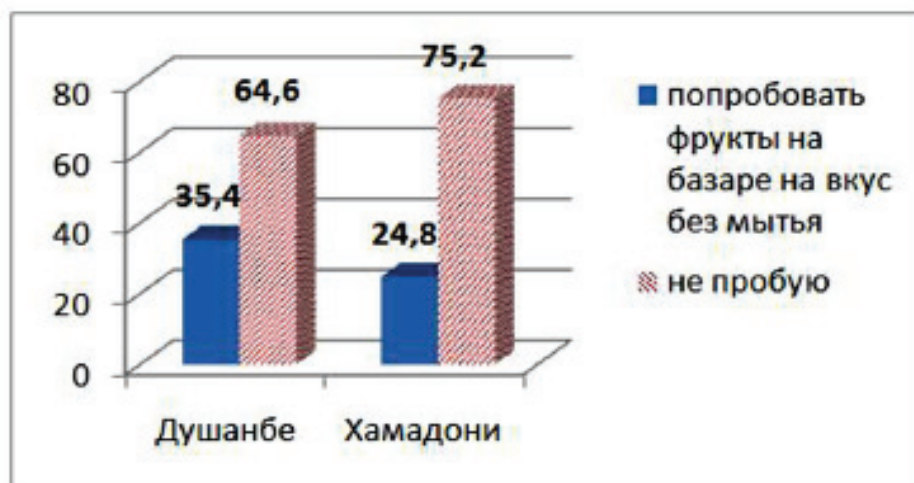


Рис.2 Распределение опрошенных по употреблению фруктов без предварительного мытья

ответили «отрицательно». Результаты показали, что при работе на огороде или палисаднике около дома в городе Душанбе и районе Хамадони большинство опрошенных лиц не используют рукавицы. Роль в распространении гельминтозов играют социально-экономические условия (уровень культуры, соблюдение гигиенических правил, особенности питания, работы в полевых условиях). Информированность членов семьи о переносчиках яиц гельминтов через насекомых [4]. По городу Душанбе 553 (52,9%) опрошенных лиц имеют информацию и 492 (47,1%) - не имеют никакой информации о переносчиках яиц гельминтов через насекомых. Показатели по району Хамадони: о переносчиках яиц гельминтов ответили «да» 1889 (47,2%) членов семьи, ответили «нет» 2116 (52,8%) членов семьи. Информированность о переносчиках яиц глистов через мух и тараканов в городе Душанбе и в районе Хамадони низкие.

В результате проведенного анкетирования о санитарно-гигиенических навыках выяснилось следующее. На вопрос «Когда Вы получаете зарплату и пересчитываете деньги выплёвываете ли на пальцы рук» по городу Душанбе 33,8% ответили «да», 27% ответили «нет». На вопрос «Моете ли руки после того, как пересчитываете деньги» ответили «да» - 13,7%, «Не обратил на это внимание» ответили 25,6%. Показатели по району Хамадони на вопрос моют ли руки после того, как пересчитывают деньги, ответили «да» - 6,4%, «не обратил на это внимание» ответили - 39,1%. Полученные результаты свидетельствуют о не соблюдении населением элементарных правил гигиены рук. Трихоцефалезом заражается человек при

попадание яиц непосредственно через не мытые руки, восприимчивость высокая [3,5].

Выводы. Здоровье населения зависит от влияния социально-гигиенических и экономических факторов. Проблема распространенности глистной инвазии среди семей в Таджикистане заслуживает бдительного внимания семейного врача. Результаты исследований показали, что информированность и осведомленность населения о путях передачи гельминтных инфекций среди жителей города и района на очень низком уровне. Все вышесказанное обосновывает необходимость усилить проведения первичной и вторичной профилактики, их четкое целенаправленное осуществление позволит снизить распространенность гельминтозов среди членов семьи. Таким образом, проведенные исследования позволили представить влияния социально-гигиенических и экономических факторов для распространенности глистной инвазии [1]. Существенным компонентом качества профилактики больных страдающим глистной инвазией является проведения махалинских советов, консультирование членов семьи, у кого в семье обнаружены глистные инвазии, успех профилактики зависит от потенциального влияния семейного врача на качество жизни населения. Советы семейного врача могут оказать значительное влияние на здоровье населения. Система профилактических мероприятий будет несовершенной без компетентности семейного врача, их ответственности, высокого профессионализма, а также государственных программ, направленных на предупреждение и снижение заболеваемости среди населения.

Литература:

1. Рахимова К.В. Глистные инвазии у детей, диагностика, лечение, диспансеризация /К.В.Рахимова. Алматы. 2006. С. 42-44.
2. Меркушева Е.В., Похис К.В.. Обучение пациентов в практике семейного врача./ Е.В Меркушева, К.В. Похис. Санкт-Петербург. 1998. С. 5.
3. Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. Инфекционные болезни/ Н.Д. Ющук., Ю.К.Венгеров. Москва. 2003. С. 495, 496.
4. Покровский В.И., Бритко С.Г., Данилкин Б.К. Инфекционные болезни и эпидемиология/ В.И. Покровский, С.Г Бритко., Б.К. Данилкин. Москва 2000. С. 213-218.
5. Учайкин В.Ф Атлас инфекционных заболеваний/ В.Ф.Учайкин. Москва 2009. С 213-218.
6. Белопольский Ю.А. Справочник по инфекционным болезням/ Ю.П.Белопольский. Москва 2009 С 439-463.
7. Мирзоев М.С. Актуальные проблемы Медицинской паразитологии/ М.С.Мирзоев.Ташкент, 1988 С.7-12.
8. Камардинов Х.К. Инфекционные паразитарные болезни /Х.К. Камардинов. Душанбе. 2009.С. 556- 560.

ВЛИЯНИЕ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ НА ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДВУХГЛАВОЙ МЫШЦЫ ПЛЕЧА И ОБЩЕГО СГИБАТЕЛЯ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ У БОЛЬНЫХ С ГЕМИПЛЕГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Марценюк Е. Б .

Национальный центр охраны материнства и детства,
Министерство Здравоохранения Кыргызской Республики
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Два курса лимфотропной терапии значительно увеличили силу бицепса плеча и общего сгибателя пальцев кисти за счет увеличения количества мышечных волокон с восстановленной нейромышечной передачей, дающей возможность работать с максимальной нагрузкой.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, мышечная сила, мышечные волокна, дети, нагрузка, утомление, нагрузка, электромиография.

ЛИМФОТРОПТУУ ТЕРАПИЯНЫН БАЛДАРДЫН ЦЕРЕБРАЛДЫК ШАЛ ООРУСУНУН ГЕМИПЛЕГИЯЛЫК ФОРМАСЫ МЕНЕН ООРУГАН ООРУЛАРДЫН ИЙИНДИН ЭКИ БӨЛҮКТҮҮ БУЛЧУНДАРЫНЫН ЖАНА МАНЖАЛАРДЫН ЖАЛПЫ БҮКТӨГҮЧҮНҮН ЭЛЕКТРОМИОГРАЯЛЫК КӨРСӨТКҮЧТӨРҮНҮН ТИЙГИЗГЕН ТААСИРИ

Марценюк Е. Б .

Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлиги.
Эне жана баланы коргоо улуттук борбору
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: лимфотроптуу терапиянын эки курсу ийиндин эки бөлүктүү булчунунун жана манжанын жалпы бүктөгүчтөрүнүн булчун кучун чонойтту. Ийин булчундарынын жана манжанын жалпы бүктөгүчтөрүнүн булчун кучу булчун ткандарынын көлөмүнүн көбөйүшүнөн улам, калыптанган нейро булчун берүү аркылуу максималдык жук менен иштөөгө мүмкүндүк берет.

Негизги сөздөр: Балдардын церебралдык шал оорусу, булчун күчү, булчун тарамыштары, балдар, чарчоо, жук, электромиография.

INFLUENCE OF LIMPHOTROPIC THERAPY ON ELECTROMIOGRAPHIC INDICATORS OF BICEPS MUSCLE OF ARM AND GENERAL FLEXOR MUSCLE OF FINGERS IN PATIENTS WITH HEMIPLEGIC FORM OF CEREBRAL SPASTIC INFANTILE PARALYSIS

Martseniuk E. B .

National Centre of maternity and Childhood welfare.
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. The two courses of limfotropny therapy increased the power biceps of shoulder and general flexor muscle of fingers improved by increasing the volume of muscle fibers and restoring the neuromuscular transmission enabling to work with maximal load.

Keywords: cerebral spastic infantile paralysis, muscle power, muscle fibers, children, tiredness. load, electromyography.

Детские церебральные параличи — интранатальном и раннем постнатальном собирательный термин, объединяющий периодах. Клинически эти заболевания проявляются не прогрессирующими двигательными повреждения мозга во внутриутробном, нарушениями и задержкой психомоторного

развития[1,2,3]. Детский паралич не является наследственным заболеванием. Независимо от причины, приведшей к поражению мозга (в период внутриутробной жизни или при рождении), у всех этих детей имеются выраженные нарушения кровоснабжения и водного гомеостаза в мозге. Спосособов лечения детского церебрального паралича множество, но ни один из них не оказывает заметного терапевтического эффекта[4,8].

В течение 2011 -2013 годов для лечения больных детским церебральным параличом мы применили лимфотропную терапию, которая восстанавливает водный гомеостаз и мозговое кровообращение в мозге, и заметно улучшает функциональное состояние нервной клетки [5].

Нами впервые для реабилитации больных с гемиплегической формой детского церебрального паралича была применена непрякая стимуляция лимфодренажного механизма центральной нервной системы.

Непрякая стимуляция лимфодренажного механизма центральной нервной системы восстанавливает циркуляцию и отток ликвора, оказывает положительное влияние на гемомикроциркуляцию, очищает эндозологическое пространство мозга и способствует восстановлению функции нейронов[6].

Цели исследования

Изучить влияние лимфотропной терапии на электромиографические показатели на двухглавую мышцу плеча и общего сгибателя пальцев кисти у детей с гемиплегической формой детского церебрального паралича.

Материал и методы исследования.

Электромиографические характеристики на фоне лимфотропной терапии были изучены у 24 детей. Возраст детей от 5 до 16 лет. Девочек 13, мальчиков 11. У 10 наблюдаемых детей был правосторонний гемипарез, у 14 – левосторонний гемипарез.

Лечение проводилось детям с сохранными высшими корковыми функциями, что позволяло им выполнять простые инструкции. Применение лимфотропной терапии не исключало применение холинолитиков, нейропротекторов, препаратов улучшающих системный и мозговой кровоток. Электромиографическое (ЭМГ) обследование больным детям проводилось до лечения и после проведенных двух курсов лимфотропной терапии.

Для проведения ЭМГ использовался

4-х канальный миограф компании «Медикор». Биоэлектрические потенциалы мышц регистрировались поверхностными электродами при максимальном тоническом напряжении двухглавой мышцы плеча и общего сгибателя пальцев кисти не парализованной и парализованной сторон.

ЭМГ показатели снимались при нагрузке и при утомлении. Нагрузка проводилась в течение 30 секунд максимального напряжения и удержания конечности в согнутом или разогнутом положении, после чего больной самостоятельно или с помощью исследователя максимально расслаблял конечность. Для исследования утомления мышц использовался повторный тест максимального напряжения мышц после пяти сгибаний и разгибаний конечностей.

По данным ЭМГ оценивались показатели средней частоты и средней амплитуды мышц при нагрузке и при утомлении. Показатель средней частоты оценивает суммарное количество мышечных волокон вовлекаемых в работу в 1 секунду. По показателю средней амплитуды оценивается суммарная сила мышечных волокон вовлеченных в сокращение, в микровольтах [7].

Результаты исследований и их обсуждение.

Результаты изучения средней частоты и средней амплитуды при напряжении и утомлении *musculus Biceps brachii* непарализованной стороны, показали, что непрякая стимуляция лимфодренажного механизма не изменяет электромиографические характеристики здоровой мышцы (таблица 1).

На парализованной стороне на фоне лимфотропной терапии количество мышечных волокон вовлеченных в выполнение конкретного вида работы, возросло на 11,1%, но амплитуда максимального сокращения мышечных волокон не изменилась. При изучении ЭМГ показателей на утомленной *musculus Biceps brachii* количество мышечных волокон вовлеченных в этот вид работы оставалось таким же, как при нагрузке. Но количество мышечных волокон, с сохранной способностью к максимальному сокращению в уставшей мышце превышало показатель при нагрузке на 20,2% (таблица 2).

Лимфотропная терапия в период нагрузки здоровой *musculus communis flexor carpi* не привела к статистически достоверному ($p>0,05$), увеличению в ней количества мышечных волокон

Таблица 1

Электромиографические показатели здоровой *musculus Biceps brachii* у больных с гемиплегической формой детского церебрального.

Вид исследования	При нагрузке		При утомлении	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Колебания в секунду	137,1 ± 4,27	143,83 ± 4,40	127,4 ± 6,10	115,33 ± 3,37
Средняя амплитуда	96,7 ± 7,77	93,5 ± 1,67	103,5 ± 6,60	99,67 ± 4,9

*- при - $P < 0,05$, достоверен по сравнению с показателями до лечения.

Таблица 2

Электромиографические показатели парализованной *musculus Biceps brachii* у больных с гемиплегической формой детского церебрального паралича.

Вид исследования	При нагрузке		При утомлении	
	до лечения	на фоне лечения	до лечения	на фоне лечения
Средняя частота в секунду	152,67 ± 6,13	169,4 ± 3,97*	146,0 ± 3,57	137,6 ± 3,80
Средняя амплитуда (мкВ)	100 ± 3,47	90,2 ± 1,97	79,67 ± 4,90	95,8 ± 4,10*

*- при - $P < 0,05$, достоверен по сравнению с показателями до лечения.

Таблица №3

Электромиографические показатели здоровой *musculus communis flexor carpi* у больных с гемиплегической формой детского церебрального паралича.

Вид исследования	При нагрузке		При утомлении	
	до лечения	на фоне лечения	до лечения	на фоне лечения
Средняя частота, в сек.	193,25 ± 6,0	189,38 ± 5,13	172,25 ± 5,4	179,75 ± 6,73
Средняя амплитуда мкВ	65,13 ± 4,5	68,13 ± 2,50	49,38 ± 3,3	77,88 ± 3,27*

*- при - $P < 0,05$, достоверен по сравнению с показателями до лечения.

Таблица 4

Электромиографические показатели *musculus communis flexor carpi* парализованной стороны у больных с гемиплегической формой детского церебрального паралича.

Вид исследования	При нагрузке	При утомлении	до лечения	на фоне лечения
	до лечения	на фоне лечения		
Средняя частота, в сек.	154,25 ± 1,93	222,29 ± 6,97*	152,38 ± 1,60	208,14 ± 5,17*
Средняя амплитуда, мкВ.	95,63 ± 10,47	107,71 ± 8,70	55,75 ± 3,80	91,33 ± 1,13*

*- при - $P < 0,05$, достоверен по сравнению с показателями до лечения.

и их способности к максимальному сокращению. При проверке миографических показателей утомленной *musculus communis flexor carpi*, на фоне проводимой лимфотропной терапии, количество мышечных волокон способных к максимальному сокращению возросло в два раза. Показатель средней амплитуды в утомленной мышце превышал одноименную величину до лечения на 57,1%. (таблица 3).

При изучении миографических показателей влияния лимфотропной терапии на восстановление нейромышечной передачи в парализованной *musculus communis flexor carpi* получены следующие результаты (таблица 4).

В период нагрузки количество мышечных волокон способных к максимальному сокращению возросло на 44,1%. При пробе с утомлением отмечено, что сила *musculus communis flexor carpi* улучшилась как за счет увеличения количества мышечных волокон, так и за счет их способности к максимальному сокращению. Показатель средней частоты возрос на 36,8 %, а показатель средней амплитуды увеличился на 63.9 %.

Таким образом, электромиографический анализ показал, что мышечная сила двуглавой мышцы плеча, общего сгибателя пальцев кисти

на фоне лимфотропной терапии улучшилась за счет увеличения количества мышечных волокон с восстановленной нейромышечной передачей, способных выполнять работу с максимальной нагрузкой.

Литература

1. Бадалян Л. О., Журба Л. Т., Тимонина О.В. *Детские церебральные параличи*. — Киев : Здоровье, 2008. — 327 с.
2. Брызгунов И. *Детский церебральный паралич // Здоровье детей*. — 2007. - № 1. — С. 8-9.
3. Иваницкая И.Н. *Детский церебральный паралич (обзор литературы) // Альманах «Исцеление»*. - М., 2003, -С.41-65.
4. Качесов В.А. *Основы интенсивной реабилитации. ДЦП*. С. Петербург: ЭЛБИ-СПб, С. 2005. — 112 с.
5. Песин Я. М., Габитов В. Х., Чубаков Т. Ч., Алишеров А. Ш. *Способ лечения туберкулеза центральной нервно-мышечной системы / Патент Кыргызской республики № 396.-1999.- 6 с.*
6. Песин Я. М., Бородин Ю. И., Оморов Н.К., Доронин Б. М. *Клиническая лимфология в неврологической практике / Актуальные вопросы неврологии: мат.межд. конф.- Новосибирск- Томск, 2011. — С. 14 – 23.*
7. Гехт Б.М., Касаткина Л.Ф., Самойлов М.И., Санадзе А.Г. *Электромиография в диагностике нервно-мышечных заболеваний*. - Таганрог, 1997. -369 с.
8. Jones H. R., Bolton C. F., Harper C. M. *Pediatric Clinical Electromyography*. - Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1996- p43-67.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТЯЖЕСТИ ТРУДА ДЕТЕЙ - ТАЧЕЧНИКОВ РАБОТАЮЩИХ НА ЦЕНТРАЛЬНОМ РЫНКЕ Г.ОШ

Джорбаева А.А., Султашев А.Ж., Турсунбекова А.С., Эгембердиева Г.Т.

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

Резюме: В работе представлены результаты оценки тяжести труда 37 детей и подростков, работающих тачечниками на центральном рынке г. Ош. Полученные результаты свидетельствуют о значительной тяжести труда детей и подростков характеризующей условия труда как по степени тяжести труда относятся к 3 классу «вредные», 3 степени. Работа в таких условиях приводит к развитию профессиональных заболеваний легкой и средней степеней тяжести и росту хронической, профессионально обусловленной патологии.

ОШ ШААРЫНЫН БОРБОРДУК БАЗАРЫНДА ЭМГЕКТЕНГЕН АРАБАКЕЧ БАЛДАРДЫН ЖУМУШУНУН ООРДУГУНУН КӨРСӨТМӨЛӨРҮНӨ ГИГИЕНАЛЫК БАА БЕРҮҮ

Джорбаева А.А., Султашев А.Ж., Турсунбекова А.С., Эгембердиева Г.Т.

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

Корутунду: Бул изилдөөдө, Ош шаарынын борбордук базарында эмгектенген арабакеч 37 - балдардын жана өспүрүмдөрдүн жумушунун оордугунуна баа берүүдөгү жыйынтык көрсөтүлгөн.

Изилдөөдөгү алынган жыйынтыктар, балдардын жана өспүрүмдөрдүн эмгеги бир кыйла оор экенин далилдейт, жана жумуш шарттары зыяндуу - класс 3, даража 3 катарында мүнөздөлөт. Ушундай шарттарда кесиптик оорулардын женил жана орточо даражадагыларына жана өнөкөт, кесиптик оорулардына алып келет.

THE HYGIENIC EVALUATION OF INDICATORS OF LABOUR INTENSITY REGARDING OF THE CHILDREN-WHEELBARROW WORKERS AT THE CENTRAL MARKET OF OSH

Djorbaeva A.A., Sultashev A.J., Tursunbekova A.S., Egemberdieva G.T.

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

Summary: The work presents the results of the hygienic evaluation of labour intensity of 37 children and teenagers working as wheelbarrow workers at the central market of Osh.

The obtained results indicate the significant intensity of labour of children and teenagers leads define the work conditions as the harmful ones - class 3, degree 3. The work in these conditions leads to constant functional changes, resulting in increase of occupational morbidity, appearance of the primary characters or slight occupational diseases during exposure.

Актуальность. Эксплуатация детского труда является огромной проблемой во всем мире. В Кыргызской Республике вовлечение детей в выполнение различных видов работы сконцентрировано в основном в сельском хозяйстве и сфере услуг. Чаще всего работа детей сопровождается влиянием большого числа вредных факторов производственной среды, таких как влияние климатических и микроклиматических, химических и биологических факторов. При этом многие виды работ могут оказывать негативное влияние на растущий организм и спо-

собны нанести значительный ущерб здоровью и развитию детей.

Данная работа является продолжением серии исследований по изучению наихудших форм детского труда в Кыргызской Республике. В ней представлены результаты оценки тяжести труда детей и подростков, занимающихся перевозкой грузов на тачках, работающих на центральном рынке.

Материалы и методы исследования. Изучение влияния трудового процесса на организм детей и подростков проведено в г. Ош.

Объектами изучения явились дети (8-14 лет) и подростки (15-16 лет), работающие на центральном рынке и занимающиеся извозом товаров на тачках, ручным способом. Средний возраст детей, составил 12 лет, подростков - 15 лет. Отбор детей и подростков производился методом случайной выборки. Всего были изучены показатели труда 37 детей и подростков, работающих тачечниками на центральном рынке г. Ош.

Для оценки степени тяжести труда детей и подростков использована методика, разработанная ГУ НИИ медицины труда Российской академии медицинских наук [1,2]. Оценка тяжести физического труда детей и подростков проводилась с учетом физической динамической нагрузки (ФДН), кг/м, массы поднимаемого и перемещаемого груза вручную, кг, стереотипных рабочих движений (количество за смену), статической нагрузки, приложении усилий (кгс - с), рабочей позы, количества наклонов корпуса, перемещений в пространстве, обусловленных технологическим процессом.

Измерение массы поднимаемого и перемещаемого груза производилось с использованием проверенных весов с диапазоном измерения от 0,5 кг до 300 кг, с погрешностью измерения ± 64 г. Перемещения в пространстве обусловленные технологическим процессом измерялись с использованием встроенных шагомеров. Измерение величины физической динамической нагрузки при перемещении груза проводилось с использованием динамометра тяги и сжатия.

Результаты и обсуждение. Результаты оценки тяжести трудового процесса детей и подростков, занимающихся извозом грузов на тачках, показали, что, среднее количество рейсов, по перевозке грузов совершаемое за рабочий день детьми составило 13. Подростки в среднем за день делают 17 рейсов. При этом необходимо отметить, что минимальное расстояние, на которое перемещается тачка с грузом за один рейс, составляет 300 м, а максимальное до 8- км.

Изучение продолжительности рабочего дня показало, что дети в среднем работают 12 часов в день при максимуме 14 часов, а подростки в среднем 13 часов при максимуме 15 часов. Такая продолжительность рабочего дня для детей является не допустимой. Можно предположить, что большое число рейсов, совершаемое в течение рабочего дня на значительное расстояние и значительная его продолжительность, во многом обуславливает тяжесть выполняемой

детьми работы.

Изучение показателей физической динамической нагрузки (ФДН), свидетельствует о том, что выполняемая детьми - тачечниками работа относится к категории ФДН 1.2 «общая нагрузка»: и характеризуется преимущественным перемещением груза на расстояние более 5 м.

При этом было выявлено, что средние значения ФДН для детей- тачечников составили 345596 кг-м, а для подростков - 444712 кг-м, что позволяет отнести условия труда к классу 3 вредные, 2 степени (более 70000 кг-м).

Изучение массы поднимаемого и перемещаемого груза показало, что дети в среднем при чередовании с другими видами работы поднимают и перемещают грузы массой 779 кг, а подростки - 1321 кг. Средняя суммарная масса грузов перемещаемых в течение каждого часа осуществляется преимущественно с рабочей поверхности и составляет для детей 896 кгс, для подростков 1260кг.

Отмечены лишь единичные случаи поднятия грузов с пола. Полученные данные по изучению массы поднимаемого и перемещаемого груза позволяют также отнести работу детей- тачечников к классу 3 вредные, 2 и 1 степени (масса груза при чередовании с другими видами работ более 35 кг, масса груза с рабочей поверхности от 870 до 1500 кг).

Подсчет числа стереотипных движений показал, что дети за рабочий день совершают в среднем 1246 стереотипных движения, а подростки - 2189, при преимущественно региональной нагрузке с участием мышц рук и плечевого пояса.

Изучение рабочей позы, выявило периодическое более 50% времени работы нахождение в неудобной и фиксированной рабочей позе, а также нахождение, стоя более 80% времени смены.

Количество наклонов корпуса более 30° составило у детей 1391, а у подростков 2234, что также позволяет отнести условия труда к классу 3 вредные, 2 степени.

При изучении дальности перемещения в пространстве, обусловленного технологическим процессом (перевозка груза) показало, что перемещения в основном осуществляются по горизонтали.

При этом дети в среднем проходят расстояние в 18, 383 км, а подростки 29,310 км. Перемещения в пространстве более 12 км соответ-

ствуют классу 3 вредные, 2 степени.

Таким образом, проведение хронометражных и инструментальных исследований тяжести труда детей и подростков показало, что дети и подростки производят перемещение грузов на значительные расстояния. Кроме того, отмечается значительная продолжительность времени рабочей смены детей и подростков и высокая ФДН. Работа детей сопряжена с подъемом груза большой массы, преимущественно с рабочей поверхностью (поверхность тачки). Отмечается также выполнение большого числа стереотипных движений при нахождении в вынужденной рабочей позе.

Для оценки тяжести труда детей и подростков, согласно используемой методике, нами проведена общая оценка показателей трудового процесса детей и подростков.

Усредненные показатели тяжести трудового процесса детей - тачечников выявили, что, из 9 показателей, характеризующих тяжесть труда детей, 4 относятся к классу 3.2. Учитывая пояснения раздела 8 (при наличии 2 и более показателей класса 3.1 или 3.2, общая оценка повышается на одну степень), окончательная оценка тяжести трудового процесса детей - тачечников - класс 3.3

Усредненные показатели тяжести трудового процесса подростков - тачечников свидетельствуют о том, что, из числа показателей, характеризующих тяжесть труда подростков, 4 относятся к классу 3.2. Учитывая пояснения раздела 8 (при наличии 2 и более показателей класса 3.1 или 3.2, общая оценка повышается на одну

степень), окончательная оценка тяжести трудового процесса детей - тачечников - класс 3.3.

Выводы:

1. Таким образом, условия труда детей и подростков по степени тяжести трудового процесса характеризуются как вредные - класс 3. степень 3.3 степень 3 класса (3.3) это условия труда, характеризующиеся такими уровнями вредных факторов, воздействие которых приводит к развитию профессиональных заболеваний легкой и средней степеней тяжести и росту профессионально обусловленной патологии.

2. На основании полученных данных труд детей и подростков - тачечников может быть отнесен к наихудшим формам детского труда.

3. Результаты оценки могут быть использованы как основание для внесения труда детей и подростков - тачечников, в перечень видов профессий и работ где запрещается использование лиц моложе 18 лет.

Литература:

1. Руководство Р М. 2.2.014—03. Гигиенические критерии оценки и классификация условий труда по показателям вредности и опасности факторов производственной среды, тяжести и напряженности трудового процесса. - Б.: Минздрав Кыргызской Республики, 2004. - 181 с.
2. Руководство Р.2.2.2006-05. Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды, и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда. - М.: Минздрав России, 2005.-133 с.

ТЕМПЕРАТУРА ВЫДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА – НОВЫЙ БИОМАРКЕР ВОСПАЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Кошукеева М., Винников Д.В., Бримкулов Н.Н.

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

Резюме: У 29 детей с бронхиальной астмой во время и после обострения с помощью прибора X-Halo изучена температура выдыхаемого воздуха (ТВВ). В качестве контроля обследованы 27 здоровых детей. ТВВ у пациентов астмой в период обострения была достоверно большей, чем у детей контрольной группы. После купирования обострения ТВВ достоверно снижалась, приближаясь к значениям контрольной группы.

Ключевые слова: температура выдыхаемого воздуха, биомаркер воспаления, бронхиальная астма у детей.

ЧЫГАРГАН ДЕМДИН ТЕМПЕРАТУРАСЫ – БАЛДАРДЫН БРОНХИАЛДЫК АСТМА ООРУСУНУН КӨЗӨМӨЛДӨӨДӨГӨ ЖАҢЫ БИОМАРКЕР

Кошукеева М., Винников Д.В., Бримкулов Н.Н.

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

Корутунду: Бронхиалдык астма менен ооруган 29 баланын оорунун күчөгөндө жана айыгуу убагында чыгарган демдин температурасы X-Halo аспабы менен текшерилген. Салыштырууга 27 ден соолугу чың бала текшерүүдөн өткөн. Салыштырган группага караганда, чыгарган демдин температурасы оору күчөгөн убакта көбүрөөк болду. Дарылангандан кийин чыгарылган демдин температурасы салыштырган группанын белгилерине жакындап, ойлогондой ылдыйлады.

Негизги сөздөр: чыгарган демдин температурасы, сезгенүүдөгү биомаркер, балдардын бронхиалдык астмасы.

EXHALED BREATH TEMPERATURE, A NEW INFLAMMATION BIOMARKER IN CHILDREN'S BRONCHIAL ASTHMA

Koshukeeva M., Vinnikov D.V., Brimkulov N.N.

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

Summary: Exhaled breath temperature (EBT) was studied in 29 children with bronchial asthma during exacerbation and after it by means of X-Halo device. 27 healthy children were examined as controls. EBT in bronchial asthma patients was significantly higher during exacerbation compared to controls, and dropped to the readings in controls after exacerbation was cured.

Key words: exhaled breath temperature, inflammation biomarker, bronchial asthma in children.

Введение

Температура является комплексным показателем теплового состояния организма человека. Понижение или повышение температуры тела на несколько градусов нарушает процессы жизнедеятельности и может приводить к охлаждению или перегреванию организма человека и даже к летальному исходу. В клинических условиях измерение температуры тела используют как диагностический и прогностический инструмент в рутинной повседневной практике [5]. Существуют суточные физиологические колебания

температуры тела: разница между утренней и вечерней температурой у человека достигает 0,5–1,0°C. Разница между температурой внутренних органов и кожи может составлять 5–10°C, что затрудняет определение средней температуры тела. Традиционно температуру измеряют в определенных участках тела: в прямой кишке, подмышечной впадине, полости рта или в ушной раковине. Различия температурных значений в разных областях обусловлены их удаленностью от участков с максимальной температурой. Температура на периферии косвенно отражает центральную температуру, и в то же время

различие температурных показателей на периферии может свидетельствовать о патологии, ассоциированной с передачей тепловой энергии от центра к периферии.

Измерение температуры выдыхаемого воздуха также может дать определенную информацию, так как связано как с температурой ядра тела, так и особенностями ее передачи. Температура альвеолярного газа (респираторная зона дыхательных путей, или “нижние” дыхательные пути) определяется объемным кровотоком в богатой сети альвеолярных кровеносных сосудов, передающих свою тепловую энергию, и отражает центральную температуру. Во время дыхания происходит не только газообмен, но и обмен тепловой энергией между внутренней средой организма и окружающей средой, и поэтому значение температуры выдыхаемого воздуха может играть определенную роль в клинической оценке состояния больного некоторыми заболеваниями [3, 5].

В последние годы были разработаны специальные приборы для измерения температуры выдыхаемого воздуха, которые позволили выявить ряд закономерностей [6]. Однако измерение ТВВ пока еще не нашло использования в обычной практике. Для широкого внедрения метода измерения ТВВ в клиническую практику необходима его стандартизация (определение точности и воспроизводимости измерения, диапазона нормальных значений и факторов, влияющих на результат) и установление клинической значимости [4]. В связи с этим, сегодня весьма актуальны исследования, направленные на уточнение диагностической значимости измерения ТВВ.

Целью нашей работы была оценка ТВВ у пациентов детского возраста с бронхиальной астмой во взаимосвязи с клинической картиной и лабораторно-функциональными показателями.

Материал и методы:

Обследованы 29 пациентов atopической бронхиальной астмой, в том числе 18 девочек и 11 мальчиков, средний возраст которых составил $10,6 \pm 3,06$ лет, поступивших с обострением болезни в отделение аллергологии. При поступлении больным проводились общеклиническое, лабораторное и функциональное исследования. Проводилась количественная оценка основных клинических

симптомов, измерение максимальной скорости выдоха (МСВ) с помощью пикфлоуметрии, температуры выдыхаемого воздуха. Пациентам назначалась противовоспалительная терапия, включавшая кортикостероиды, а также симптоматическая бронхолитическая терапия (ингаляции сальбутамола). Повторное обследование проводилось через 7-10 дней, после купирования обострения болезни.

Измерение температуры выдыхаемого воздуха.

Исследование ТВВ проводилось только после получения информированного согласия пациента и его родителей. С этой целью применяли специальный прибор для измерения температуры выдыхаемого воздуха X-Halo фирмы Delmedical Instruments (Сингапур). Этот прибор состоит из двух частей – термокамеры, выполняющей функции термоса и точного электротермометра с высокой теплопроводностью. Выдыхаемый ртом пациента воздух через стерилизуемый загубник, далее через клапан попадает в камеру и нагревает ее с каждым выдохом. Термометр в это время измеряет температуру воздуха, а также анализирует скорость нарастания температуры. Пациент выдыхает воздух в тепловую камеру устройства до тех пор, пока температура датчика не достигнет плато (не станет постоянной), что указывает на достижение температурного баланса в закрытой системе. По мере достижения плато температуры (PLET) прибор фиксирует данное значение, а также скорость ее нарастания в градусах Цельсия. Точность измерения составляет $\pm 0,03$ градуса. Прибор прост в работе, позволяет проводить повторные измерения, может применяться как в условиях стационара, так и амбулаторно (дома, на рабочем месте и т.д.). Дополнение прибора электронным процессором и устройством памяти позволило автоматически определять момент окончания измерения, а также проводить последующую обработку данных и анализ температурной кривой на компьютере [6]. Процедуру проводили всем пациентам в спокойном состоянии между 9 и 10 часами утра натощак и после полоскания полости рта водой. Анализировали данные фиксированной температуры «плато».

Для определения нормальных показателей ТВВ была обследована группа из 27 здоровых детей.

Результаты были обработаны с

использованием программы Excel. Рассчитывали средние величины и стандартные отклонения, а также достоверность различий.

Результаты и их обсуждение.

Измерение ТВВ у 27 здоровых детей выявило колебания от 32,05 до 34,75 градусов, в среднем составив $33,59 \pm 0,67^\circ\text{C}$. При этом, у всех обследованных детей контрольной группы температура тела была нормальной, колеблясь от 36,4 до $36,7^\circ\text{C}$ и в среднем составив $36,6 \pm 0,2^\circ\text{C}$ (табл. 1). Показатели максимальной скорости выдоха колебались в пределах нормальных величин, в среднем составив $97,1 \pm 3,5\%$ от должной величины.

Пациенты бронхиальной астмой поступили в стационар с жалобами на кашель, одышку, пробуждения ночью. Из-за приступов удушья они были вынуждены несколько раз в день использовать быстродействующие бронхолитики (сальбутамол). При аускультации у всех пациентов выслушивались сухие хрипы в значительном количестве. Количественная оценка отдельных симптомов подтвердила ухудшение состояния: общая оценка тяжести составила $2,1 \pm 0,47$ балла по 3-балльной шкале (табл. 2). Пикфлоуметрия обнаружила снижение максимальной скорости выдоха до $78,2 \pm 14,1\%$

от должной величины. При измерении ТВВ у них были выявлены колебания от 33,17 до $35,36^\circ\text{C}$, в среднем $34,29 \pm 0,98^\circ\text{C}$, что было достоверно выше данных контрольной группы. Температура тела при этом была повышенной до $37,2^\circ\text{C}$ только у одного пациента, а средние значения ($36,6 \pm 0,97^\circ\text{C}$) не отличались от группы здоровых лиц.

На 7-10 сутки после поступления состояние пациентов значительно улучшилось. У них уменьшились одышка ($с 1,5 \pm 0,78$ до $0,17 \pm 0,39$ баллов, $p < 0,001$), кашель ($с 1,4 \pm 1,12$ до $0,34 \pm 0,48$ баллов, $p < 0,001$), полностью исчезли приступы удушья и пробуждения ночью. Общая оценка тяжести снизилась до $0,65 \pm 0,48$ балла ($p < 0,001$). Наряду с этим было выявлено улучшение бронхиальной проходимости с увеличением МСВ до $88,3 \pm 11,9\%$ от должной величины. С улучшением состояния пациентов ТВВ снизилась до $33,86 \pm 0,56$, достоверно отличаясь от исходного уровня.

Таким образом, наши наблюдения подтверждают, что ТВВ у пациентов бронхиальной астмой в периоды обострения болезни возрастает, достоверно отличаясь от ТВВ здоровых лиц. После купирования обострения болезни ТВВ снижается. Такие изменения позволяют предположить, что

Таблица 1. Температура тела и выдыхаемого воздуха (ТВВ) у здоровых лиц и пациентов бронхиальной астмой во время и после обострения ($M \pm \sigma^\circ\text{C}$)

	Здоровые дети (n=27)	Пациенты бронхиальной астмой (n=29)	
		обострение	после лечения
ТВВ	$33,66 \pm 0,67$	$34,29 \pm 0,98^*$	$33,86 \pm 0,56^{**}$
Температура тела	$36,6 \pm 0,2$	$36,6 \pm 0,97$	$36,6 \pm 0,12$

Примечания: * - различие по сравнению со здоровыми детьми достоверно ($p < 0,01$)

** - различие по сравнению с исходным обследованием достоверно ($p < 0,01$)

Таблица 2. Количественная оценка клинических данных пациентов бронхиальной астмой во время и после обострения ($M \pm \sigma$).

Симптомы	Дети с бронхиальной астмой (n=29)	
	обострение	после лечения
Утренний кашель	$1,4 \pm 1,12$	$0,34 \pm 0,48^*$
Одышка	$1,5 \pm 0,78$	$0,17 \pm 0,39^*$
Число приступов в день	$1,03 \pm 0,88$	0*
Пробуждение ночью	$0,9 \pm 0,72$	0*
Хрипы аускультативно	$1,5 \pm 0,83$	$0,5 \pm 0,51^*$
Оценка тяжести	$2,1 \pm 0,47$	$0,65 \pm 0,48^*$
Количество ингаляций	$3,1 \pm 0,83$	$1,74 \pm 0,73^*$
МСВ, % от должной	$78,2 \pm 14,05$	$88,3 \pm 11,9^*$

Примечания: * - различие по сравнению с исходным обследованием достоверно ($p < 0,01$)

повышение ТВВ может быть обусловлено аллергическим воспалением в бронхиальном дереве. Эти результаты совпадают с данными других авторов [1, 7], которые также обнаружили повышение ТВВ у пациентов астмой, причем при достижении контроля астмы ТВВ, как и у наших пациентов, снижалась.

Повышение ТВВ у пациентов астмой в период обострения может быть связано с усилением теплообмена из-за активации кровотока в слизистой бронхиального дерева, обусловленного воспалением и сосудистым ремоделированием [3, 5]. В связи с этим предложено использовать ТВВ в качестве биомаркера воспаления в бронхиальном дереве. Важной задачей остается стандартизация методики. Действительно, ряд авторов отмечают низкую воспроизводимость и широкую вариабельность показателей ТВВ [2,4]. ТВВ колеблется в течение дня, изменяется после приема пищи, после вдыхания аэрозолей и загрязненного воздуха, при различных сопутствующих заболеваниях [5]. Поэтому требуются дальнейшая стандартизация методики оценки ТВВ и совершенствование измерительных устройств.

Тем не менее, наши результаты и данные литературы свидетельствуют о перспективности использования измерения ТВВ для неинвазивной оценки состояния органов дыхания при некоторых заболеваниях. Необходимы дальнейшие исследования в этом направлении на больших контингентах больных.

Литература:

1. García G, Bergna M, Uribe E, Yañez A, Soriano J B. Increased exhaled breath temperature in subjects with uncontrolled asthma. *Int J Tuberc Lung Dis* 2013; 17: 969–972.
2. Kralimarkova, T Z.; Popov T A. Exhaled breath temperature: broadening the horizons. *Int J Tuberc Lung Dis* 2014; 18: 250-251.
3. Paredi P, Kharitonov S A, Barnes P J. Faster rise of exhaled breath temperature in asthma: a novel marker of airway inflammation? *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 165: 181–184.
4. Paredi P, Barnes P J. A breath of hot air? *Int J Tuberc Lung Dis* 2013; 17: 855.
5. Popov T.A., Kralimarkova T.Z., Dimitrov V.D. Measurement of exhaled breath temperature in science and clinical practice. // *Breathe*. – 2012. – №3. – p.187-192.
6. Popov T.A., Dunev S., Kralimarkova T.Z., Kraeva S., DeBuske L. Evaluation of a simple, potentially individual device for exhaled breath temperature measurement. // *Respiratory Medicine*.-2007.-№101.-p. 2044-2050.
7. Piacentini G.L., Peroni D., Crestani E., Zardini E., Bodini A., Costella S., Boner A.L. Exhaled air temperature in asthma: methods and relationship with markers of disease. // *Clinical and Experimental Allergy*.-2007.-№37.-p. 415-419.

К ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА РАБОТЫ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ МЗ КР, СВЯЗАННЫХ С ВЫДАЧЕЙ РАЗРЕШИТЕЛЬНЫХ ДОКУМЕНТОВ

Калманбетова А.Т.

Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Проведен анализ и дана оценка качества работы подразделений МЗ КР, связанных с выдачей разрешительных документов на основании изучения мнения респондентов – соискателей разрешительных документов.

Ключевые слова: анализ, качество, контрольно-разрешительная система, разрешительные документы.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН САЛАМАТТЫК САКТОО МИНИСТЕРСТВОСУНУН УРУКСАТ БЕРҮҮЧҮ ДОКУМЕНТТЕРДИ БЕРҮҮ БОЮНЧА ИШ- ЧАРАЛАРЫНЫН САПАТЫНА БАА БЕРҮҮ

Калманбетова А.Т.

Кыргыз мамлекеттик кайра даярдоо жана адистикти оркундетту медициналык институту,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Уруксат берүүчү респондент-талаптан уучулардын ой-пикирлерин эскеалуу менен Кыргыз Республикасынын Саламаттык Сактоо министрствонун бөлүм дөрүнүн иш-чараларынын сапатына баа берилип, талдоо жүргүзүлгөн.

Негизгисөздөр: талдоо, сапат, контролдук-уруксат берүү системасы, уруксат берүү документтер.

THE RESULTS OF THE ANALYSIS AND EVALUATION OF THE ACTIVITIES OF CONTROL-LICENSING SYSTEMS IN HEALTH CARE OF THE KYRGYZ REPUBLIC

Kalmanbetova A.T.

Kyrgyz State medical institute of preparation and rise of qualifications,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The analysis and estimation of quality of work of divisions of the MOH related to the issuance of permits on the basis of studying the opinion of respondents seeking permits.

Keywords: analysis, quality control and licensing system permits.

Как известно, контрольно-разрешительная система (КРС) является одним из механизмов государственного регулирования деятельности субъектов предпринимательства [1, 2, 3]. Эффективность деловой среды зависит, в том числе и от доступности и прозрачности административных процедур, в том числе по выдаче разрешительных документов (РД). Современное состояние КРС заставляет взглянуть на нее как на основной рычаг регулирования рынка медицинских услуг [4, 5].

В связи с вышеуказанным, нами было проведено изучение ситуации в сфере предоставления РД путем проведения опроса их соискателей. Объект исследования: система выдачи РД в Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики (МЗ КР). Группу исследования составили соискатели РД в

количестве 200 человек. Оценка качества работы была проведена с помощью метода анкетирования по таким структурам как: отдел лицензирования (ОЛ) МЗ КР, Департамент лекарственного обеспечения и медицинской техники, (ДЛОиМТ), Департамент государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ДГСЭН). Для оценки качества работы была использована 4-х бальная шкала, где 4 – отлично, 1 – неудовлетворительно.

Результаты исследования. На рис. 1 представлены данные по распределению ответов респондентов.

Проведенный анализ показал, что наиболее высокую среднюю оценку по данному вопросу получил ДЛОиМТ – 2,80, ДГСЭН – 2,74, ОЛ – 2,59 баллов, соответственно. Долевое распределение средних оценок по всем

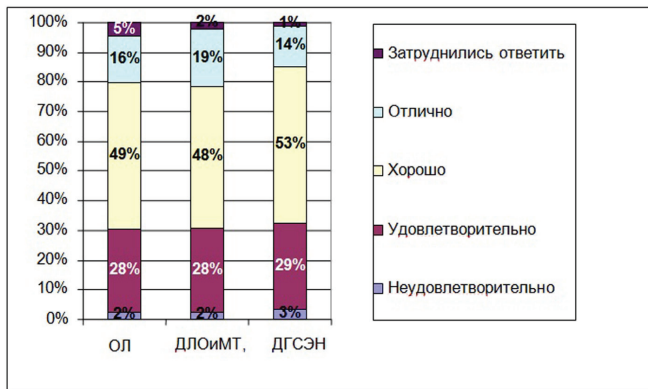


Рис. 1. Доля ответов респондентов по подразделениям МЗ КР.



Рис. 2. Долевое распределение средних оценок по подразделениям МЗ КР.

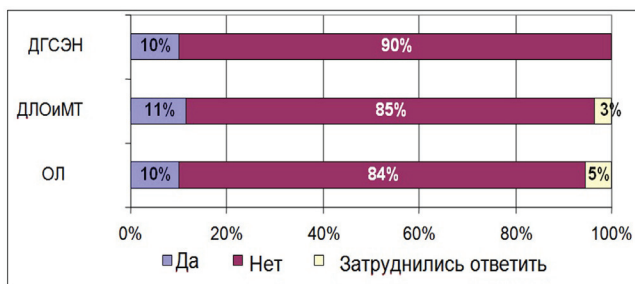


Рис. 3. Ответы на вопрос «Сталкивались ли Вы с такой проблемой как низкий профессиональный уровень сотрудников?»

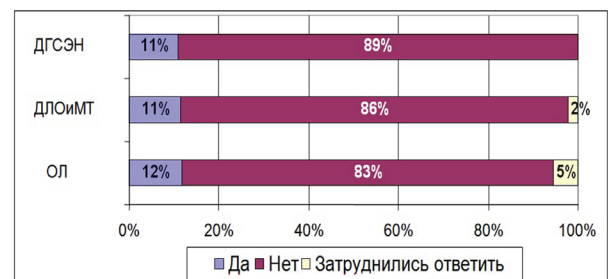


Рис. 4. Ответы на вопрос «Сталкивались ли Вы с проблемой доступа к информации?»

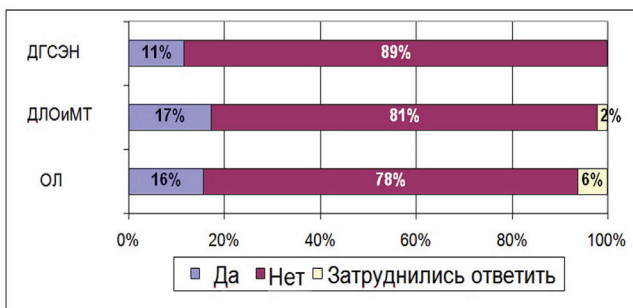


Рис. 5. Ответы на вопрос «Сталкивались ли Вы с такой проблемой как плохо организованный прием и регистрация документов?»

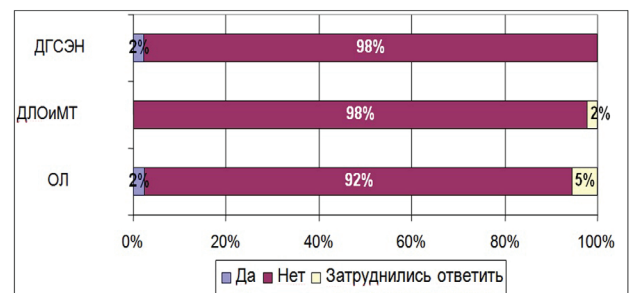


Рис. 6. Ответы на вопрос «Сталкивались ли Вы с такой проблемой как потеря документов?»

подразделениям нашло свое отражение на рис. 2.

Каждый десятый соискатель отметил, что сталкивался в процессе получения РД, с такой проблемой как низкий профессиональный уровень сотрудников (рис. 3). Остальные соискатели дали высокую оценку профессиональному уровню сотрудников подразделений, ответственных за выдачу РД. Возможно, именно этот факт является одним из факторов относительно высокой оценки качества обслуживания, которую соискатели дали подразделениям МЗ КР.

На этапе планирования исследования предполагалось, что одной из основных

проблем являются затруднения в получении информации. Исследования показали, что не более 12% соискателей испытывают затруднения в информационном обеспечении при получении РД (рис. 4).

Гораздо более существенной проблемой качества работы подразделений МЗ КР является такая проблема как плохо организованный прием и регистрация документов. Наиболее распространена данная проблема в ДЛОиМТ: 17% получателей документов указали на ее наличие в данном подразделении. Наименее распространена данная проблема в ДГСЭН,

Таблица. Результирующие данные по проблемам, возникающим в процессе получения РД

Проблемы, возникающие в процессе получения РД	ОЛ	ДЛОиМТ	ДГСЭН
Большое количество затребованных документов	27%	28%	18%
Большие затраты	20%	17%	16%
Большие сроки принятия решений	19%	19%	12%
Непрозрачность процессов принятия решений	17%	17%	16%
Необходимость получения нескольких разрешений на один вид деятельности	21%	14%	13%
Коррупционированность сотрудников	15%	16%	15%
Плохо организованный прием и регистрация документов	16%	17%	11%
Затруднения в доступе к информации	12%	11%	11%
Низкий профессиональный уровень сотрудников	10%	11%	10%
Необъективность решений	9%	8%	9%
Частые нарушения законных прав граждан или участников рынка	9%	7%	8%
Грубость сотрудников	6%	7%	8%
Частая потеря документов	2%	0%	2%

где только 11% получателей указали на ее присутствие (рис. 5).

Важно отметить, что «потеря документов» или «грубость сотрудников», отмечаются получателями гораздо реже. По результатам опроса, можно сделать вывод, что проблемы связанные с потерей документов имеют место в некоторых подразделениях МЗ КР, однако распространенность данной проблемы не велика. По 2% получателей ДГСЭН и ОЛ указали на потерю документов (рис. 6).

В нижеследующей таблице представлены результирующие данные по проблемам, возникающим в процессе получения РД.

Наиболее актуальными проблемами для населения при получении РД являются:

- Большое количество затребованных документов, в среднем так считает 25% опрошенных;
- Большие затраты – 18% респондентов;
- Большие сроки принятия решений (17%);
- Непрозрачность процессов принятия решений (17%).

Таким образом, следует признать тот факт, что удобство и прозрачность процедур выдачи зависит от информированности лиц, получающих их, а так же от знания своих прав, выполнения функциональных обязанностей государственных чиновников в полном объеме, знания нормативной правовой базы всех участников процесса.

Изучение результатов опроса позволили сделать выводы о достаточно высоком качестве предоставления услуг по выдаче РД подразделениями Минздрава КР. Данное мнение может быть определено следующими факторами:

- Высокий профессиональный уровень сотрудников подразделений МЗ.
- Наличие информационного и консультационного сопровождения при обращении в департаменты МЗ.
- Соблюдение сроков выдачи разрешительных документов.
- Соблюдение сотрудниками правовых процедур; объективность в принятии решений.

Литература:

1. Адыев А.А. Контрольно-надзорная функция современного Российского государства: политико-правовое исследование: дис. ...канд. юрид. наук: 12.00.01 / А.А. Адыев. - Казань, 2007. - 204 с.
2. Губин Е.П. Государственное регулирование и контроль в сфере предпринимательской деятельности / Е.П. Губин, П.Г. Лахно, Д.И. Дедов // Предпринимательское право Российской Федерации. - М.: Юрист, 2006. - С. 54 - 65.
3. Костылева К.И. Административно-правовое регулирование лицензионно-разрешительной деятельности: автореф. дис. ...канд. юрид. наук: 12.00.14 / К.И. Костылева. - М., 2005. - 24 с.
4. Мельничук Г.В. Лицензирование как форма государственного регулирования предпринимательской деятельности в России и США: автореф. дис. ...канд. юрид. наук: 12.00.02 / Г.В. Мельничук. - М., 2007. - 24 с.
5. Johnson D.A. Medical Licensing and Discipline in America / D.A. Johnson, H.J. Chaudhry. - Lanham, MD: Lexington Books, 2012. - 86 p.



Общественный Фонд имени Санжарбека Даниярова

По итогам конкурса молодых ученых лучшему докладу присуждается **премия имени академика С.Б.Даниярова с целью** повышения престижа занятий научной деятельностью в медицинском сообществе и прежде всего в глазах молодых специалистов.

Фонд полагает, что такая форма поощрения будет содействовать

- Интересу студентов и аспирантов медиков к научной работе
- Установлению высокой планки качества работ начинающих специалистов
- Расширению культурного кругозора молодых ученых и развитию творческого мышления.

Премия: Поездка в Москву, столицу Российской Федерации, с посещением культурных центров города: музеев, картинных галерей, театров, исторических мест и архитектурных достопримечательностей.

Победителю также будет вручен **Почетный Диплом Фонда Санжарбека Даниярова**

Процедура выбора кандидата:

Премия будет вручена победителю Конкурса молодых ученых, учрежденного руководством КГМА. Победитель Конкурса будет определен Жюри конкурса в соответствии с Положением о конкурсе, как запланировано Оргкомитетом и руководством КГМА, **без участия Фонда.**

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА И ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КОНТРОЛЬНО-РАЗРЕШИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Калманбетова А.Т., Абилов Б.А.

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

Резюме: В данной статье представлены результаты анализа мнений государственных служащих, а также мнений и оценок получателей в отношении качества и эффективности государственных услуг в области предоставления разрешительных документов, на основании которых предложены различные мероприятия по улучшению качества деятельности контрольно-разрешительной системы.

Ключевые слова: контрольно-разрешительная система, разрешительные документы, государственные услуги.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН САЛАМАТТЫК САКТОО ТАРМАГЫНДА КОНТРОЛДУК-УРУКСАТ БЕРҮҮЧҮ СИСТЕМАСЫНЫН ИШ-ЧАРАЛАРЫН ЫНТАЛДОО ЖАНА БАА БЕРҮҮ ЖЫЙЫНТЫГЫ

Калманбетова А.Т., Абилов Б.А.

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

Корутунду: Бул статьяда мамлекеттик кызматкерлердин пикирлерин талдап, алуучулардын ой-пикирлерин баалоосунун негизинде документтерге уруксат берүүчү мамлекеттик тейлоо ишинин сапатын жана натыйжалуулугун өркүндөтүүнүн максатында документтерге уруксат берүү жана контролдук-уруксат берүү системасына ар кандай иш-чаралар жана сунуштар айтылган.

Негизги сөздөр: контролдук-уруксат берүү системасы, уруксат берүү документтер, мамлекеттик тейлөө.

THE RESULTS OF THE ANALYSIS AND EVALUATION OF THE ACTIVITIES OF CONTROL-LICENSING SYSTEMS IN HEALTH CARE OF THE KYRGYZ REPUBLIC

Kalmanbetova A.T., Abilov B.A.

Kyrgyz State medical institute of preparation and rise of qualifications,
I.K.Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: this article presents The results of the analysis of the opinions of government officials, as well as the opinions and assessments of recipient in respect of the quality and efficiency of public services in the field of the provision permitting documents, on the basis of which offered a variety of activities to improve the quality of control and licensing system.

Key words: control-licensing system, permits, public services.

Изучение нормативной базы Кыргызской Республики, в том числе системы здравоохранения, позволяет говорить о том, что вопросы выдачи разрешительных документов (РД) для их соискателей, необходимых для осуществления предпринимательской деятельности, как части деятельности контрольно-разрешительной системы, по большей части являются отрегулированными и гармонизированными с международными документами. Как известно, вопросы

транспарентности и своевременности выдачи РД, зависят от степени информированности лиц, получающих их, а так же от знания своих прав и обязанностей государственных чиновников, знания нормативной базы всех участников процесса [1, 2, 3, 5].

Таким образом, выдача РД в системе здравоохранения проводится на основе действующей нормативной базы, регламентирующей деятельность производителей, экспортеров - импортеров, аптечных

учреждений, поставщиков медицинских услуг и других заинтересованных лиц [4].

В системе Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (МЗ КР), как исполнительного органа власти в области здравоохранения, можно выделить несколько направлений выдачи РД:

1) РД, выдаваемые МЗ КР:

- лицензии, выдаваемые отделом лицензирования – далее ОЛ;
- аккредитация физических и юридических лиц независимо от форм собственности, занимающихся медицинской деятельностью (статья 6 Закона КР «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике»),
- допуск медицинских и фармацевтических работников к практической деятельности (статья 81 Закона КР «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике»).

2) РД, выдаваемые департаментами МЗ КР (Департамент лекарственного обеспечения и медицинской техники – далее ДЛЮиМТ и Департамент государственного санитарно-эпидемиологического надзора – далее ДГСЭН).

Удельный вес выдаваемых разрешительных документов распределен следующим образом: лицензирование – 60,0%; сертификация – 20,0%; другие виды РД – 20,0%. Таким образом, основой системы разрешений МЗ КР является выдача лицензий на виды деятельности предусмотренные законодательством Кыргызской Республики, хотя законодательная база и предусматривает выдачу иных разрешительных документов. Постановлением правительства КР «Об утверждении Реестра разрешительных документов, выдаваемых органами исполнительной власти и их структурными подразделениями» от 25 февраля 2004 года №103 (в редакции постановлений правительства КР от 4 декабря 2004 года №887, 11 января 2006 года №8) определен перечень РД выдаваемых департаментами МЗ КР.

В законодательстве КР по вопросам получения РД можно выделить такие недостатки, как:

- имеющиеся противоречия в нормативной базе (разница по вопросам компетенции МЗ КР отраженная в его положении, положениях департаментов МЗ КР и законах Кыргызской

Республики);

- большой перечень видов деятельности, требующий за собой получение разрешительных документов;
- привилегированное состояние государственных организаций здравоохранения (например: для них не требуется получение лицензии на медицинскую деятельность).

В результате анализа мнений государственных служащих, а также соискателей в отношении эффективности государственных услуг в области предоставления РД в системе МЗ КР, были получены следующие результаты.

1. Получатели РД чаще характеризовали процесс их получения, как достаточно простой, нежели чем сложный и проблематичный. Более половины респондентов оценили данный процесс как средний по сложности (не простой и не сложный).

Наиболее усложнен процесс получения РД, по мнению респондентов, в ДЛЮиМТ, 22% из числа обратившихся в ДЛЮиМТ назвали этот процесс довольно сложным. Основными причинами такой оценки является большое количество затребованных документов (30%), затягивание времени и коррупция (по 15%).

Следующим по сложности является ОЛ, где 15% назвали лицензирование достаточно сложным процессом и 4% - очень проблематичным и сложным. Основная причина такой оценки заключается в затягивании времени получения РД (26%), требование чрезмерно большого количества документов (16%), и коррупция (9%). Наиболее простым является получение РД в ДГСЭН, где 31% опрошенных считают данный процесс довольно простым. Лишь 9% - высказали мнение о сложности процесса получения РД, из них 24% в качестве причин подобной оценки назвали большое количество затребованных документов, 14% - затягивание времени, а 11% - коррупцию.

2. Более половины государственных служащих (57% из числа ответивших на данный вопрос) положительно («хорошо» и «отлично») оценивают качество работы подразделений МЗ, ответственных за выдачу разрешительных документов. 8% оценили качество работы как «неудовлетворительное». Среди получателей (лицензиатов) процент положительных оценок несколько выше – 68%.

В разрезе по подразделениям МЗ КР оценки качества предоставляемых услуг,

выставленные получателями и чиновниками, значительно отличаются. По результатам опроса получателей наиболее высокие оценки качества предоставления услуг получил ДЛОиМТ, где доля ответов получателей выставивших хорошие оценки составила 49%, отличные - 20%, неудовлетворенны качеством услуг подразделения 2%.

Отдел лицензирования и ДГСЭН получили практически одинаковые оценки качества предоставления услуг: в среднем 15% отлично, 53% хорошо, 3% неудовлетворительно. Сотрудники подразделений, выдающих РД, считают, что наиболее высокое качество предоставления услуг в Отделе лицензирования (56% положительных оценок – «отлично» и «хорошо»), ДГСЭН получил 60%, а ДЛОиМТ только 40% положительных оценок.

3. Большинство получателей согласились с тем, что сотрудники отделов по выдаче разрешений четко и неуклонно выполняли все законы и нормативные акты. Только 10% респондентов, получавших РД в ОЛ, 8% в ДГСЭН и 4% в ДЛОиМТ не согласились с данным утверждением, что говорит об имеющих место отклонениях в исполнении законов и нормативных актов. С нарушениями законных прав граждан или участников рынка сталкивались 9% в ОЛ, 8% в ДГСЭН и 7% в ДЛОиМТ.

Большинство получателей (более 80%) отметили, что сотрудники лицензирующих органов не создавали препятствий в получении разрешительных документов. При этом на создания таких препятствий указали 16% предпринимателей, имеющих практику получения РД в ДЛОиМТ, 12% - в отделе лицензирования и 11% - в ДГСЭН. Около 9% опрошенных по всем подразделениям сталкивались с необъективностью решений.

Отдельно следует выделить отношение получателей к коррупционным процессам в подразделениях МЗ КР, выдающих разрешительные документы. Около 15% опрошенных указали коррупцию в качестве проблемы при получении разрешительных документов. Однако процент получателей, признавших, что были вынуждены осуществить неофициальные платежи для прохождения процедуры получения РД существенно выше. Так ответили 29% получателей разрешительных документов в ОЛ, по 23% получателей в ДЛОиМТ и ДГСЭН. Как показали результаты

исследования, причина такого расхождения заключается в отношении получателей к данной проблеме: получатели указывали, что сталкивались с такой проблемой как коррупция, если размеры неофициальных платежей были для них чрезмерно высокими, а незначительные, приемлемые выплаты часто не расцениваются получателями как коррупционные.

4. По мнению соискателей РД, процедуры выдачи последних достаточно удобны для всех предпринимателей. При этом 23% лицензиатов высказали свое несогласие по поводу удобства получения РД в отделе лицензирования, столько же в ДЛОиМТ. Одной из причин может быть отсутствие филиалов данных подразделений в некоторых регионах, что связано с дополнительными трудностями для получателей. Так 22% получателей, имевших практику получения лицензий в ОЛ, указали на неудобное расположение отдела. Наибольшие трудности в сборе необходимых документов испытывают получатели РД в ДЛОиМТ. Меньше всего проблем со сбором документов в ДГСЭН.

По мнению большинства государственных служащих (78%) процедура выдачи РД обеспечивает прозрачность, своевременность и удобство в отношении лиц, делающих запрос на их получение. Однако пятая часть опрошенных чиновников (20%) несогласилась с большинством по данному вопросу. Большинство госслужащих (69%) считают, что нормативные правовые акты, регулирующие процедуру выдачи РД понятны и прозрачны. При этом более четверти представителей данной категории респондентов в различной степени выразил свое несогласие с данным утверждением.

5. 80% госслужащих оценили сроки предоставления государственных услуг как нормальные. Более того, 14% считает срок недостаточным для предоставления РД. По результатам опроса предпринимателей большие сроки предоставления разрешений являются одной из наиболее часто упоминаемых проблем. Особенно актуальна данная проблема для ДЛОиМТ и отдела лицензирования: по 19% указали на то, что сталкивались с данной проблемой. Среди получателей РД в ДГСЭН на данную проблему указали только 13%. В целом предприниматели удовлетворены сроками предоставления услуги. Прием и регистрация документов, по мнению более чем 75% получателей не занимает много времени, а РД,

как было отмечено ранее, выдаются в срок.

6. Наиболее актуальными проблемами для населения при получении разрешительных документов являются: большое количество затребованных документов (25% опрошенных), большие затраты (18%), большие сроки принятия решений (17%) и непрозрачность процессов принятия решений (17%).

ВОЛполучатели чаще всего сталкивались с большим количеством затребованных документов (27% из числа получателей), необходимость получения нескольких разрешений на один вид деятельности (21%), большие затраты (20%), большие сроки принятия решений (19%). В ДЛЮиМТ получатели сталкивались с большим количеством затребованных документов (28%), большие сроки принятия решений (19%), большие затраты (17%), непрозрачность процессов принятия решения (17%) и коррумпированность чиновников (16%). В ДГСЭН – большое количество затребованных документов (18%), большие затраты (16%), непрозрачность процессов принятия решения (16%) и коррумпированность чиновников (15%).

7. Основными препятствиями при предоставлении РД, по оценкам госслужащих, являются недостаточная информированность получателей (20%), отсутствие необходимых документов у получателей (16%), несоблюдение

санитарно-гигиенических норм и требований заявителями (7%), сложность самой процедуры (5%). На отсутствие каких-либо проблем указали 20% чиновников, столько же затруднились ответить на данный вопрос.

Наличие искаженной информации о процессе получения РД вынуждает предпринимателей обращаться за помощью к посредникам. По мнению чиновников занятых в сфере предоставления РД, использование посредников, слабо информированных о существующих нормативных актах и наличии необходимых документов у получателя, негативно отражается на процессе получения РД.

8. Выявления проблем, снижающих качество услуг предоставляемых населению, а также оценка потенциала подразделений МЗ в области повышения качества данных услуг, является важнейшей задачей и требует дополнительных исследований.

В рамках данного исследования была проведена оценка удовлетворенности служащих следующими условиями работы:

- Обеспеченность оргтехникой – данная проблема наиболее актуальна для большинства опрошенных госслужащих (72% ответили, что не довольны и/или очень недовольны решением данного вопроса).

Таблица. Предложенные респондентами мероприятия по оптимизации деятельности КРС в республике

Госслужащие	Получатели
Сокращение многоступенчатости выдачи документов	-
-	Обеспечить своевременную выдачу РД
-	Продлить срок действия лицензии и других разрешительных документов
Сокращение перечня документов, необходимых для получения разрешительного документа	Сократить перечень требуемых документов
Создание режима «Одного окна»	Внедрить режим «Одного окна»
Повышение цен на выдачу РД	-
-	Снизить тарифы и поборы
Уменьшение срока выдачи РД	Ускорить процесс выдачи РД
Компьютеризация рабочего места	-
Обеспечение современной лабораторией	-

- Обеспеченность современной лабораторией (66% респондентов высказали недовольство).

- Комфортабельность служебных помещений (62% высказали недовольство).

- Обеспеченность ресурсами (например, реактивами), необходимыми для работы (58%).

- Предоставление условий для повышения квалификации (48%). Это условие в наибольшей степени удовлетворяет госслужащих.

9. Существующие проблемы во многом обусловлены низким уровнем правовой грамотности самих предпринимателей. Зачастую они не знают своих прав, не знакомы с документами, регулирующими их деятельность, и, поэтому не в состоянии аргументировано опротестовывать неправомерные действия государственных органов.

Госслужащие чаще всего сообщают о процедуре выдачи РД по запросу населения (52%) или посредством информационных листов в помещениях (45%). Уровень осведомленности получателей о процедуре выдачи РД напрямую зависит от качества предоставления информации госслужащими. В целом, большая часть респондентов (82%) удовлетворена качеством и полнотой предоставляемой информации.

В завершении данной статьи следует отметить, что в процессе опроса госслужащими и получателями РД были предложены

различные мероприятия по улучшению качества предоставления разрешительных документов.

В таблице представлены основные предложенные респондентами мероприятия направленные на улучшение качества деятельности разрешительной системы в здравоохранении.

Литература:

1. Акимцева Г.В. *Медицинская организация как субъект гражданского права: особенности лицензирования и аккредитации медицинской деятельности: дис. ...канд. юрид. наук: 12.00.03 / Г.В. Акимцева. - Волгоград, 2004. - 196 с.*

2. Губин Е.П. *Государственное регулирование и контроль в сфере предпринимательской деятельности / Е.П. Губин, П.Г. Лахно, Д.И. Дедов // Предпринимательское право Российской Федерации. - М.: Юрист, 2006. - С. 54 - 65.*

3. Костылева К.И. *Административно-правовое регулирование лицензионно-разрешительной деятельности: автореф. дис. ...канд. юрид. наук: 12.00.14 / К.И. Костылева. - М., 2005. - 24 с.*

4. *Совершенствование системы лицензирования негосударственного сектора здравоохранения в Кыргызской Республике: методическое руководство / [Э.Т. Бокчубаев, А.К. Махмадиев, А.Н. Токтомадова, Б.А. Абилов]. - Бишкек, 2008. - 152 с.*

5. Shaw K. *Shared Medical Regulation in a Time of Increasing Calls for Accountability and Transparency: Comparison of Recertification in the United States, Canada, and the United Kingdom / K. Shaw, C.K. Cassel, C. Black and W. Levinson // JAMA. - 2009. - №302 (18). - P. 2008 - 2014.*

ДРЕНИРОВАНИЕ И ИНСТИЛЛЯЦИЯ УРЕТРЫ ПРИ УРЕТРОПЛАСТИКЕ НА БОЛЬШОМ ПРОТЯЖЕНИИ

Кузубаев Р.Е.

Кыргызско-Российский Славянский Университет

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной статье представлен наш опыт применения изобретенного нами катетера для дренирования и инстилляции уретры при уретропластике на большом протяжении.

Ключевые слова: уретропластика, инстилляция, послеоперационный период

ЧОН УЗУНДУКТАГЫ УРЕТРОПЛАСТИКАДА ЗААРА КАНАЛЫНА ТУТУКЧО КОЮ ЖАНА ИНСТИЛЛЯЦИЯНЫ КОЛДОНУУ

Кузубаев Р.Е.

Кыргызстан-Россия Славян Университети

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутундусу: Бул статьяда чон узундуктагы уретропластикада биз ойлоп тапкан катетерди заара тутукчосун инстилляция жасоо үчүн колдонууга сунуштадык.

Негизги сөздөр: уретропластика, инстилляция, операциядан кийинки мезгил.

DRAINAGE AND INSTILLATION OF URETHRA IN URETHROPLASTY FOR A LONG DISTANCE

Kuzebaev R.

Kyrgyz- Russian Slavic University

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: Our experience of application the catheter that invented for drainage and instillation urethra at urethroplasty on a big extent provides in this article.

Key words: urethroplasty, instillation, postsurgical period

Введение: Пластические операции при гипоспадии издавна считаются технически трудными в исполнении, сложность уретропластики обусловлена постоянным контактом линии операционных швов с мочой, механическим растяжением созданной уретры во время акта мочеиспускания, мочевой инфильтрацией, а это в свою очередь может оказать пагубное влияние в послеоперационном периоде. Часто в результате контакта с мочой образуются свищи уретры, наблюдается расхождения швов, развитие грубых рубцов, а это в дальнейшем приводит к вторичному искривлению полового члена и стриктурам вновь создаваемого мочеиспускательного канала. Проведение повторных оперативных вмешательств особенно затруднительно ввиду ограниченности зоны проведения пластики, малых запасов пластического материала, кроме того функциональный прогноз в большинстве случаев выглядит сомнительным (1,2,6). Большая часть осложнений после пластики уретры

связана не с нарушением техники оперативного вмешательства, а с неудовлетворительным отведением мочи в послеоперационном периоде и угнетением репаративных процессов. С целью предотвращения попадания мочи на линию анастомоза после формирования неоуретры, были разработаны различные способы дренажа мочевого пузыря и уретры. Сегодня можно с уверенностью говорить о том, что ни катетер, ни надлобковый дренаж мочевого пузыря не обеспечивают полной эвакуации мочи и не предотвращают попадания ее в уретру, а следовательно и в операционную рану (3,4,8).

Известно множество способов дренирования неоуретры, однако нет ни одного, который полностью исключал бы возможность попадания мочи в просвет вновь сформированной уретры. Часто после уретропластики в 8-48% случаев наблюдается образование кожно уретральных свищей, стриктуры неоуретры причиной которых является попадание мочи в операционную рану и скопление тканевой

жидкости в просвете неоуретры (5,6,9).

Цель нашей работы - это разработка оптимального катетера для дренирования и инстилляций просвета уретры при уретропластике на большом протяжении.

Материалы и методы.

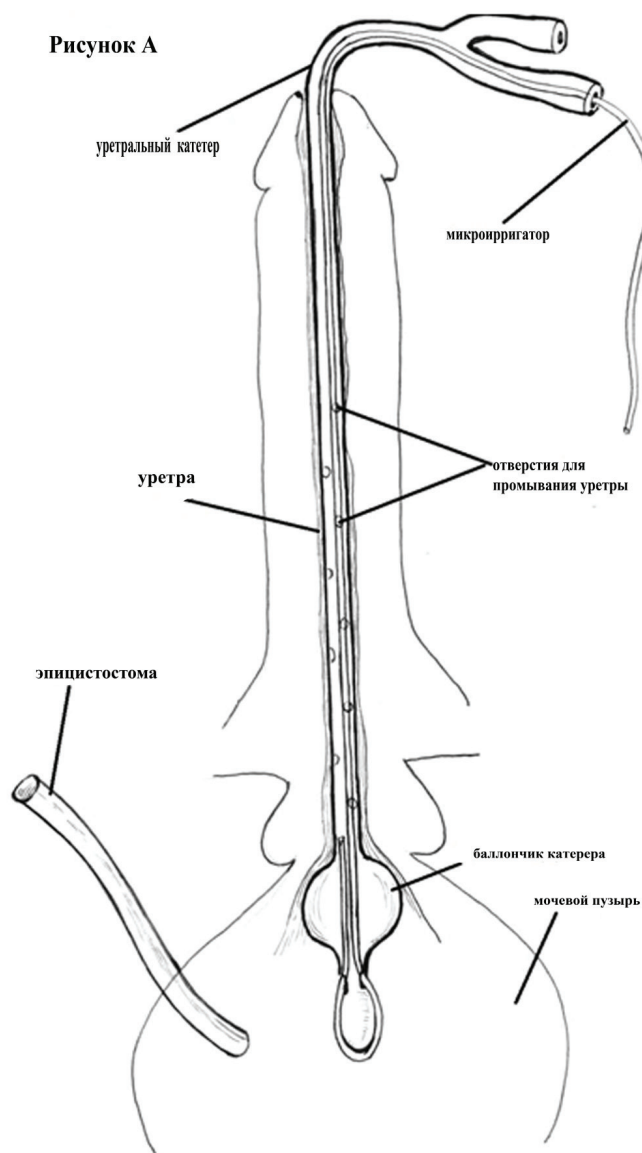
С 2010 по 2012 года в РНЦ урологии произведена уретропластика 10 пациентам с различными формами гипоспадии и 15 пациентам со стриктурой уретры, протяженностью более 4х см, в послеоперационном периоде был применен специально созданный нами катетер для дренирования и инстилляций уретры при уретропластике на большом протяжении и троакарная цистостомия.

Специально созданный катетер с баллончиком, имеющий множественные отверстия на протяжении уретры (12-15

см), внутрь катетера вводится один конец микроирригаторной трубки диаметром 0,4см, который закрывает отверстия уретры со стороны мочевого пузыря и не позволяет моче попадать в просвет неоуретры, другой конец остается снаружи, через него вводятся различные антисептические растворы для дренирования и инстилляций уретры (рис.А . строение уретрального катетера для инстилляций неоуретры).

После введения уретрального катетера в мочевой пузырь баллончик катетера раздувается, который не дает выпадению и на фоне катетера производят уретропластику. В мочевой пузырь устанавливают троакарную цистостомию через которую, выводят мочу в послеоперационном периоде.

В послеоперационный период наряду с



общепринятыми методами лечения проводили местное воздействие на неоуретру, используя метод предложенный нами.

Вновь сформированную уретру промывали через микроирригатор, вводились различные антисептические растворы для инстилляций уретры, антибиотики на физиологическом растворе, противорубцовые препараты (лидаза, лонгидаза). Использование данного катетера послеоперационном периоде исключает возможность попадания мочи в просвет неоуретры, систематически промывание неоуретры повышает эффективность пластической операции, снижает частоту послеоперационных осложнений в виде уретральных свищей, уретритов.

Результаты.

При использовании разработанного нами катетера, предотвращается попадание мочи в просвет неоуретры и тем самым предупреждаются такие осложнения, как послеоперационные свищи, уретриты, нагноение ран, рецидивные стриктуры или гипоспадии. У 10 больных, прооперированных по поводу гипоспадии, и 15 больных, перенесших операции по поводу стриктуры уретры, осложнений в раннем послеоперационном периоде не наблюдались. Катетер удаляли на 10- 14 сутки после операции в зависимости от степени заживления раны, послеоперационный период у всех пациентов протекал гладко, заживление раны происходило первичным натяжением, после восстановления адекватного акта мочеиспускания больные были выписаны домой в удовлетворительном состоянии. Через месяц, в позднем послеоперационном периоде, всем пациентам была проведена урофлоуметрия. У больных, прооперированных по поводу гипоспадии показатели урофлоуметрии были следующие: среднее Q_{max} 18-22 мл/сек. Всем пациентам через 3 месяца была произведена уретрография, где отмечалась удовлетворительная проходимость уретры. Тем пациентам, которым были проведена операция по поводу стриктуры уретры, так же была проведена урофлоуметрия, где среднее Q_{max} составило 15- 20 мл/сек. Только у двоих пациентов отмечалось Q_{max} 8 мл/сек. При проведении восходящей уретрографии, через 3 месяца у 13 пациентов проходимость уретры стала удовлетворительная, а у двух пациентов имелось умеренное сужение просвета, и им по показаниям было проведено разбуживание

уретры, в последующем буж № 22 свободно проходим.

Выводы

Применение катетера для дренирования и инстилляций уретры при уретропластике на большом протяжении практически полностью исключает попадание мочи в просвет вновь сформированной уретры в послеоперационном периоде.

С помощью созданного катетера, в послеоперационном периоде систематически промывают просвет неоуретры различными антисептическими растворами, антибиотиками, противорубцовыми препаратами и тем самым повышается эффективность пластической операции, снижается частота послеоперационных осложнений в виде уретритов, уретральных свищей.

Литература:

- 1). Колеватых В.П. / Оперативное лечение пороков развития мочеиспускательного канала у детей/. Куйбышевское книжное издательство – 1969г.
- 2). Савченко Н. Е., /Гипоспадия и гермафродитизм/. Издательство «Белорусь», Минск 1974г.
- 3). Бекназаров Ж. Б, Ибрагимов У.К, Хотамов Х. Н. /Дренирование и санация мочевого пузыря и уретры при одномоментной неоуретропластике у детей//. Детская хирургия -2006. № 3. С.33-36.
- 4). В. И. Русаков В.И., /Лечение гипоспадии/. Издательство Ростовского Университета – 1988г.
- 5). Коварский С. Л., Файзулин А. К., Меновицкова Л. Б., Корзникова И. Н., Врублевский С. Г., Колмаков О. Ю., Волков А.В., Шмыров О. С. /Деривация мочи в послеоперационном периоде у детей с гипоспадией//. Детская хирургия-2003. № 4. С. 23-24.
- 6). Файзулин А. К., Прокопьев В. М., Федорова Е. В., Демин Н. В. /Лечение уретральных свищей у детей с использованием аллогенных фибробластов//. Урология – 2008. № 2. С. 53-55.
- 7). Казымбеков К. Р., «Совершенствование методов профилактики послеоперационных рецидивов стриктур уретры». Автореф..к.м.н., Бишкек-2006, с 8-10).
- 8). Guido Barbagli, Salvatore Sansalone, Rados Djinovic, and Massimo Lazzeri, « surgical repair of late complications in patients having undergone primary hypospadias repair during childhood: a new perspective», hindawi publishing corporation. Advances in urology volume 2012, article id 705212, 5 pages.
- 9). Mary e. Adelsberger, daniel d. Smeak,; «repair of extensive perineal hypospadias in a boston terrier using Tubularized incised plate urethroplasty», can vet j 2009;50:937–942.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ У ДЕТЕЙ

Назаралиев М. С.

Национальный Центр охраны материнства и детства,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной статье изучена разработка комплексной диагностической программы для оценки состояния больных детей с гидроцефалией, сочетающейся с пороками развития, а также методы хирургического лечения. Проведен анализ результатов комплексного обследования и лечения детей грудного возраста с гидроцефалией.

Ключевые слова: гидроцефалия, магнитно-резонансная томография, нейросонография, центральная нервная система.

БАЛДАРДЫН ГИДРОЦЕФАЛИЯ ООРУУСУН ДИФФЕРЕНЦИАЛДЫК ДАРЫЛОО ЖОЛДОРУ

Назаралиев М. С.

Эне жана баланы коргоо борбору
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутундусу: Бул макалада балдардын гидроцефалия ооруусунун пайда болуу себептери, анын түрлөрү, дарылоонун операциялык жана дары – дармек жолдору жана алардын натыйжалары көрсөтүлдү.

Негизги сөздөр: гидроцефалия, нейросонография, магниттик резонанс томографиясы жана борбордук нерв системасы.

DIFFERENTIATED TREATMENT OF THE CHILDREN WITH PROGRESSIVE HYDROCEPHALUS

Nazaraliev M. S.

National centre of maternity and childhood welfare
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The elaboration of the complex diagnostic programme for the estimation of the condition of the sick children with hydrocephalus combined with developmental defect, and the methods of surgical treatment are studied in this article. It was carried out the analysis of the complex examination results and treatment of the infants with hydrocephalus.

Key words: hydrocephalus, magnetoresonant tomography, neurosonography, central nervous system.

Введение. Поражения центральной нервной системы у детей грудного возраста занимают второе место в структуре их смертности [1,2,4,5].

Диагностика гидроцефалии представляет определенные трудности, особенно на ранних стадиях заболевания. Клинические проявления прогрессирующей гидроцефалии во многом определяются возрастом больных, этиологией заболевания и неврологическим комплексом, обусловленным основным заболеванием или его последствиями, стадией гидроцефалии и другими факторами [2,3,6,7].

В комплекс лечения включают реанимационные мероприятия, консервативные и оперативные методы. Из нейрохирургических методов лечения используют повторные люмбальные пункции, пункции желудочков мозга, наружное дренирование, установка ликворошунтирующих систем [1,2,3,4,6].

В настоящее время основным требованием в диагностике является малая инвазивность, особенно в детской практике. Такие современные методы, как нейросонография (НСГ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) отвечают этому требованию, и позволяют объективно оценить наличие гидроцефалии и их анатомические особенности [1, 3, 5, 6].

Однако использование приведенных методов не обеспечивает желаемого результата, что свидетельствует необходимости дальнейшего совершенствования тактики лечения у детей грудного возраста с данной патологией.

Материал и методы исследования. Настоящая работа основана на комплексном обследовании 75 больных с гидроцефалией в возрасте от 3-го дня жизни до 3 лет, находившихся на лечении в отделении неонатологии и нейрохирургическом отделении Национального Центра Охраны Материнства и Детства в период

с 2010 по 2012 год.

Диагностика поражений мозга основывалась на анализе данных анамнеза, результатов изучения неврологического статуса, локальных изменений, а также методы лучевой диагностики (нейросонография, магнитно-резонансная томография).

Проведённые нами исследования показали, что развитие гидроцефалии происходило на фоне чаще всего связанных с пороками развития ЦНС – 32 случаев (42,66%).

Гидроцефалия, обусловленная травматического генеза, чаще всего родовой травмой отмечались у 28 больных, а инфекционным фактором у 15 пациентов, что видно из таблицы № 1.

Учитывая данные табл. 1 нам пришлось изучить более углубленные факторы, способствовавшие возникновению гидроцефалию у детей грудного возраста.

Из 32 больных связанных с пороками развития ЦНС у 10 случаев сочеталась со спинномозговой грыжей, подтверждённой МРТ исследованием, в 8- случаях причиной гидроцефалии была мальформация Арнольда – Киари. Лишь в 6- случаях гидроцефалия,

обусловленная кистой Денди – Уолкера, а в 2-х случаях гидроцефалия, обусловленная черепно-мозговой грыжей, а также в 6 случаях отмечались гестационный возраст, гипоплазия мозолистого тела, киста межжелудочковой перегородки и т. др.

Из группы больных гидроцефалия, обусловленная инфекционным фактором у 9 случаев в анамнезе после рождении установлено диагноз внутриутробная инфекция, в 4-х случаях гидроцефалия после перенесенного менингоэнцефалита и в 2-х случаях после перенесенного септического состояния (остеомиелит и кишечной инфекции), что видно из таблицы №2.

Из группы больных гидроцефалия, обусловленная травматического генеза, чаще всего отмечались родовой травмой у 26 пациентов, из них у 6 случаев выраженная гипоксия плода и в 2-х случаях после падения из рук - черепно-мозговой травмы.

После проведения адекватного полного обследования, основная цель которого определение формы гидроцефалии, ее выраженности, оценка причин развития болезни перед врачом встает решение вопроса о выборе

Таблица № 1 - Распределение детей грудного возраста с гидроцефалией по этиологическому фактору (n=75)

Причины окклюзии	Всего больных	
	абс. ч	%
1. Поствоспалительные	15	20,0
2. Посттравматические	28	37,33
3. Пороки развития головного мозга	32	42,66
Итого	75	100,0

Таблица № 2 - Факторы, способствовавшие возникновению гидроцефалию у детей грудного возраста (n=75)

	Причины окклюзии	Всего больных	
		абс. ч	%
1.	Внутриутробная инфекция	9	12
	Менингоэнцефалиты	4	5,33
	Септическое состояние	2	2,66
2.	Родовая черепно-мозговая травма	20	26,66
	Гипоксия плода	6	8
	Черепно-мозговая травма	2	2,66
3.	Спинномозговая грыжа	10	13,33
	Черепно-мозговая грыжа	2	2,66
	Синдром Арнольда-Киари	8	10,66
	Синдром Денди-Уолкера	6	8
	Недоношенность, гипоплазия мозолистого тела, киста межжелудоч-й перегородки и т. др.	6	8
Всего		75	100,0

метода лечения.

Методы хирургического и консервативного лечения не конкурировали между собой, а являлись звеньями единого взаимодополняющего комплекса патогенетического лечения. Учитывались основные принципы реабилитации: этапность, преемственность всех звеньев, длительность, индивидуальность восстановительного лечения.

Комплекс медикаментозного лечения строился соответственно фазе клинической компенсации и периоду течения. Принципы медикаментозного лечения предпринимались с первых часов поступления пациента в нейрохирургическое отделение и сопровождали больных в позднем и отдаленном периодах заболевания. Препарат выбора при этом заболевании – диакарб. Его отличием от других лекарственных веществ, увеличивающих выделение мочи (мочегонные препараты), и, соответственно, снижение содержания жидкости в организме является угнетение продукции ликвора. Доза диакарба 30-50 мг/кг веса ребенка. Максимальная допустимая доза препарата 100 мг/кг веса может быть назначена сроком не более, чем на 3 неделю.

Назначали препараты с комплексным метаболическим, вазоактивным, нейротрансммиттерным, нейротрофическим и нейромодуляторным действием (актовегин до 1000 мг в сутки внутривенно капельно в течение 10-15 дней, цераксон по 100 мг 2-3 раза в сутки, кортексин в дозе 0,5 мг/кг в течение 10 дней, картан 150 мг/кг массы тела в сутки). При выявлении внутриутробной инфекции проводилась противовирусная, иммунокорректирующая и антибактериальная терапия. После полученной консервативной терапии из 75 больных удалось стабилизировать явление гидроцефалии у 15 (24,39%) больных детей с гидроцефалией и хирургическое лечение не нуждалось.

При недостаточном эффекте от консервативной терапии пациенту показано хирургическое лечение. Больные с окклюзионной гидроцефалией в большинстве случаев нуждаются в хирургическом пособии. Хирургическое вмешательство должно осуществляться в условиях специализированного нейрохирургического отделения. Если у пациента выявлено образование, препятствующее оттоку ликвора (гематома, опухоль или киста головного мозга), операция должна быть

направлена на его удаления и восстановление проходимости ликворных путей. В тех случаях, когда ликворный блок возникает вследствие порока развития (стеноз водопровода мозга, недоразвитие межжелудочковых отверстий), спаечного процесса в результате перенесенных инфекций и травм головного мозга прибегают к ликворошунтирующим операциям.

Наиболее эффективными на сегодняшний день являются ликворошунтирующие операции (вентрикулоперитонеостомии) с имплантацией клапанных систем, что обеспечивает почти всегда нормализацию внутричерепного давления.

Оперативное лечение шунтирование - проводили 60 (75,60%) больным. Из них у 49 детей были в возрасте до 1 года, а у 11 — старше 1 года.

Из оперированных 60 больных у 10 пациентов дополнительно проведены иссечение спинномозговой грыжи, у 2-х иссечение черепно-мозговой грыжи и в 10 случаев до шунтирующей операции проведены пункция и дренирование желудочков мозга катетером ПВБК из-за вентрикулита.

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что для оценки состояния больного и правильного выбора лечения необходима как можно более ранняя диагностика с использованием МРТ. Только комплексная диагностика гидроцефального синдрома является адекватной. Она позволяет своевременно провести оперативное лечение больных с гидроцефалией дифференцированно, что повышает его эффективность.

Литература:

1. Бардеева К.А. *Современные принципы обследования и лечения детей со спинномозговой грыжей* / К.А. Бардеева, А.А. Мартыненко // *Актуальные вопросы педиатрии и детской хирургии: сборник научных трудов.* – Омск. 2009. – с. 9.
2. Воробьев, А. М. *Клинико-морфологическая оценка врожденной гидроцефалии у детей* / А. М. Воробьев // *Бюл. Восточно-Сибирского научного центра.* – 2005. – № 3. – С. 288–289.
3. Зиненко, Д.Ю. *Новый подход к диагностике и лечению постгеморрагической гидроцефалии у недоношенных детей* / Зиненко, Д.Ю., Владимиров М.Ю. // *Вопросы практической педиатрии.* – 2008. – Т. 3, № 3. – С. 5–10.
4. Иванов В.С. *Современная тактика обследования и лечения детей со спинномозговыми грыжами* / Иванов В.С., Данилов В.И., Фатыхова Э.Ф. и др. // *Материалы научно-практической конференции «Поволжская*

конференция по педиатрии и детской хирургии», Казань, 2005г.

5. Крюкова И.А. Скрининг-диагностика структурных внутричерепных изменений (основы, оптимальные технологии и перспективы) / А.С. Иова, Ю.А. Гармашов, Т.Н. Трофимова, А.Ю. Гармашов, А.Б. Овчаренко, И.Г. Коберидзе, И. А. Крюкова // Материалы науч.- практич. конференции «Актуальные проблемы современной неврологии, психиатрии и нейрохирургии». – СПб, 2003. – С. 238- 239.

6. Патрушев А.В. Пренатальная диагностика врожденных пороков развития плода. / А.В. Патрушев, М.А. Мурашко, С.А. Дворянский // Министерство здравоохранения и социального развития Республики Коми. Информационно-методическое письмо. - Сыктывкар, 2005. - 12 с.

7. Di Rocco C. Endoscopic Third Ventriculostomy in the Treatment of Hydrocephalus in Pediatric Patients / C.Di Rocco, G.Cinalli, L.Massami et al. // Adv. Techn. Stand. Neurosurg.- 2006.- Vol. 31.- P. 119-205.

ПРЕМИЯ ИМЕНИ АКАДЕМИКА

М.М. МАМАКЕЕВА

Премия имени М.М. Мамакеева учреждена с целью повысить престиж занятий научной деятельностью в медицинском сообществе и прежде всего в глазах молодых специалистов.

Гильдия полагает, что такая форма поощрения будет содействовать:

- интересу студентов и аспирантов медиков к научной работе
- установлению высокой планки качества работ начинающих специалистов.

Премия составляет денежное поощрение в размере 10.000 (десять тысяч) сом.

Победителю также будет вручен Почетный Диплом Гильдии

Определение Победителя - лауреата Премии имени академика М.М. Мамакеева

Процедура выбора кандидата: Премия будет вручена участнику Конкурса молодых ученых.

Лауреат премии имени академика М.М. Мамакеева будет определен Жюри Конкурса в соответствии с Положением о Конкурсе, как запланировано Оргкомитетом и руководством КГМА, без участия Гильдии.

АНТИОКСИДАНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ВЫСОКОЙ ОСЛОЖНЕННОЙ МИОПИИ

Чакиева А.Р., Усенко В.А., Базарбаева Ч.С.

Кыргызский Медицинский Институт переподготовки и повышения квалификации
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Больным с высокой миопией до 10,0^D 9 б-х, (18 гл.) и выше 10,0^D – 21 б-ой, (42 гл.) проведена комплексная антиоксидантная терапия (УФО крови, озонотерапия и милдронат.) До и после лечения определялись показатели ПОЛ в слезе: ГПЛ, НЛ, ДК, ОИ. После проведенного лечения выявлено достоверное понижение показателей ГПЛ и НЛ в обеих группах. Так, если до лечения у больных с миопией выше 10,0^D эти показатели составляли – 0,89±0,22 и 1,67±0,12, то после лечения 0,76±0,13 и 1,62±0,13. Достоверное понижение ОИ после лечения выявлено у больных с миопией до 10,0^D в обоих сроках наблюдения. Таким образом, проведение антиоксидантной терапии достоверно улучшает метаболические процессы у больных с миопией высокой степени. Длительность лечебного эффекта после лечения у больных констатирована в течение полугода.

Ключевые слова: антиоксидантная терапия, осложненная миопия, продукты перекисного окисления липидов (ПОЛ)

ТАТААЛДАШКАН ЖОГОРКУ ДЕНГЭЭЛДЕГИ МИОПИЯНЫ АНТИОКСИДАНТТЫК ЖОЛ МЕНЕН ДАРЫЛОО

Чакиева А.Р., Усенко В.А., Базарбаева Ч.С.

Кыргыз Мамлекеттик Медициналык кайра даярдоо жана адистикти жогорулатуу институту
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Ооруларга миопиясы 10,0^D ге чейин-9 оорулуу (18 көз) жана 10,0^D ден жогору 21 ооруларга (42 көз) озонотерапия жүргүзүлдү. Дарылоого чейин жана дарылоодон кийин көз жашында перекисдүү липиттердин ылдыйлашы далилденди. Эгер, дарылоого чейин 10,0^D ден жогору болгондордун көрсөткүчтөрү – 0,89±0,22 жана 1,67±0,12, болсо, дарылоодон кийин 0,76±0,13 жана 1,62±0,13. сандарын түздү. Демек, озонотерапиянын таасири көздүн метаболикалык процесстерин жогорулашын далилдейт.

Негизги сөздөр: антиоксиданттык терапия, жогорку денгээлдеги миопия, перекисдүү липиттердин азыктары

ANTIOXIDANT THERAPY FOR HIGH COMPLICATED MYOPIA

Chakieva A.R., Usenko V.A., Bazarbaeva C.S.

Kyrgyz State Medical Institute of post-graduating training and continuous education
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: Patients with high myopia up to 10,0^D - 9 patients, (18 eyes) and above 10,0^D - 21 patients, (42 eyes) conducted and antioxidant therapy. Before and after treatment were determined by indicators of lipid peroxidation in tears HPL, NL, DK, OR. There is a significant decrease in performance HPL and the NL in both groups after treatment. Thus, if the pre-treatment of patients with myopia above 10,0^D figures were - 0,89 ± 0,22 and 1,67 ± 0,12, after treatment 0,76 ± 0,13 and 1,62 ± 0,13. The significant decrease in OI after treatment was found among patients with myopia up to 10,0^D in both periods of observation. Thus, an antioxidant therapy significantly improves metabolic processes among patients with high complicated myopia. The duration of the therapeutic effect after treatment in patients ascertained for six months.

Keywords: antioxidant therapy, high complicated myopia, the products of lipid peroxidation (LPO)

Высокая осложненная миопия остается одной из распространенных причин слепоты и слабовидения. В соответствии, с чем представляет большую медико-социальную проблему во всем мире.

Общеизвестно, что нарушения гемодинамики в сосудистой системе приводят к метаболическим нарушениям, сопровождающимся накоплением недоокис-

ленных радикалов с развитием гипоксии и ишемии. (3)

Такая патология и имеет место при высокой близорукости, вызывая хориоретинальную дистрофию, отслойку сетчатки и другие тяжелые осложнения, инвалидизирующие глаз. (2) В соответствии с этим, имеет большое значение, применение комплексной антиоксидантной терапии больным с высокой осложненной

близорукостью.

Большое значение в оценке метаболического процесса в глазу имеет определение продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) в слезе. Определение этих показателей имеет высокую информативную ценность, и могут быть использованы в качестве как диагностических, так и прогностических критериев.

Цель: выявить эффективность комплексной антиоксидантной терапии у больных с высокой осложненной миопией в виде - УФО крови, озонотерапии и милдроната.

Материалы и методы:

Обследовано – 30 б-х (60гл.) с миопией высокой степени до 10,0^D – 9 б-х (18 гл.), выше 10,0^D – 21 б-ой (42 гл.); с осложнениями: макулодистрофией – 8 б-х (16 гл.), периферическими хориоретинальными дистрофиями – 7 б-х (14 гл.), деструкцией стекловидного тела – 4 б-х (8 гл.), катарактой – 2 б-х (4 гл.) с приобретенной миопией по возрастному составу: до 30 лет – 9 б-х (18 гл.), 30-40 лет – 7 б-х (14 гл.), старше 50 лет – 5 б-х (10 гл.).

Методика озонотерапии по А.В.

Таблица

Показатели продуктов ПОЛ до и после проведения антиоксидантной терапии больным с миопией высокой степени.

Показатели ПОЛ	До лечения		После лечения				КГ
	До 10,0 ^D 9 б-х (18гл.)	10,0 ^D и выше 21 б-х (42гл.)	1 мес	6 мес	1 мес	6 мес	
			До 10,0 ^D 9 б-х (18 гл.)		10,0 ^D и выше 21 б-х (42 гл.)		
ГПЛ ед.оп. пл./мл.	0,82 ± 0,07	0,89 ± 0,22	0,75 ±0,05 R 0,97 ΔΔΔ	0,74 ±0,04 R 0,83 ΔΔΔ	0,76 ±0,13 R 0,84 ΔΔΔ	0,75 ±0,15 R 0,87 ΔΔΔ	0,54 ±0,05 ΔΔΔ
НЛ ед.оп. пл./мл.	1,54 ± 0,07	0,67 ± 0,12	1,48 ± 0,1 R 0,72 Δ	1,48 ± 0,09 R 0,75 Δ	1,62 ± 0,13 R 0,96	1,62 ± 0,13 R 0,93	1,33 ± 0,05 Δ
ДК ед.оп. пл./мл.	0,16 ± 0,07	0,32 ± 0,2	0,13 ± 0,05 R 0,9 Δ	0,14 ± 0,06 R 0,95	0,25 ± 0,15 R 0,96 ΔΔ	0,27 ± 0,17 R 0,97 Δ	0,06 +/- 0,01 ΔΔ
ОИ	0,49 ± 0,055	0,52 ± 0,11	0,41 ± 0,04 R 0,87 Δ	0,45 ± 0,05 R 0,93 Δ	0,46 ± 0,08 R 0,92 ΔΔ	0,48 ± 0,09 R 0,97	0,34 ± 0,02 Δ

Змызговой, В.А. Максимова (2) – “Большая аутогемотерапия с озонотоксической смесью в сочетании с УФО аутокрови.”

У больного забирается в 20,0 гр. шприц в несколько этапов без выхода иглы из вены – 100 мл венозной крови, смешивается с озонотоксической смесью, чтобы концентрация озона составляла 6-8 мг/л. Предварительно проводилось ультрафиолетовое облучение крови. Свежеозонированный раствор вводится в/в капельно 1 раз в день № 10-12, после чего в/в струйно вводился милдронат 500 мг-5 мл.

До лечения и после определялись показатели продуктов ПОЛ в слезе: гидроперекись липидов (ГПЛ), нейтральные липиды (НЛ), диенкетон (ДК), окислительный индекс (ОИ).

Обсуждение результатов.

Как видно из таблицы, длительность действия комплексной антиоксидантной терапии у больных с близорукостью высокой степени составляет 6 месяцев.

По сравнению с контрольной группой у всех больных с миопией до 10,0^D и выше выявлено достоверное в 1,5-2 раза повышение всех показателей продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ)

Обращает на себя внимание, что у больных с близорукостью более 10,0^D отмечается в большей степени концентрация продуктов ПОЛ, что указывает на более выраженные метаболические нарушения в структурах глаза, определяющие осложнения.

После проведенной комплексной антиоксидантной терапии наиболее показательными для больных с миопией до и выше 10,0^D являются гидроперекись липидов (ГПЛ), нейтральные липиды (НЛ) и диенкетон (ДК), которые в обеих группах достоверно понижаются через 1 и 6 месяцев наблюдения.

Так, если у больных до 10,0^D и выше показатель ГПЛ до лечения соответственно равен $0,82 \pm 0,07$ и $0,89 \pm 0,22$, то после лечения – $0,75 \pm 0,05$ и $0,76 \pm 0,13$; показатель НЛ до лечения – $1,54 \pm 0,07$ и $1,67 \pm 0,12$, после лечения – $1,48 \pm 0,09$ и $1,62 \pm 0,13$.

Понижение показателей диенкетон (ДК) после антиоксидантной терапии выявлено достоверно только через месяц, а окислительного индекса (ОИ) достоверность эффекта лечения выявлена только у больных с миопией высокой степени до 10,0^D через 1 и 6 месяцев. Так если до лечения ОИ равен $0,49 \pm 0,055$, то после лечения – $0,42 \pm 0,04$ и $0,45 \pm 0,05$. ($P < 0,05$).

Выводы:

1. Таким образом, проведение комплексной антиоксидантной терапии достоверно улучшает метаболические процессы у больных с миопией высокой степени до и выше 10,0^D, о чем свидетельствует снижение показателей продуктов ПОЛ после лечения. Наиболее чувствительными показателями являются гидроперекись липидов (ГПЛ) и нейтральные липиды (НЛ)

2. Длительность лечебного эффекта проводимой комплексной антиоксидантной терапии больным с миопией до 10,0^D и выше констатируется в течении полугода.

Литература:

1. Аветисов Э.С. “Близорукость”. – М.: «Медицина», 1999.
2. Змызгова А.В., Максимова В.А. “Большая аутогемотерапия с озонотоксической смесью в сочетании с УФО аутокрови.”
3. Тарутта Е.П., Кушнаревич Н.Ю. “Участие биомеханического и гемодинамического факторов в генезе хориоретинальных дистрофий при миопии” - Вестник офтальмологии N 4, 1997.

КОМПЛЕКСНАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА У ДЕТЕЙ С ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ

Ырысов К.Б., Назаралиев М. С.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Национальный Центр охраны материнства и детства,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной статье изучена разработка комплексной диагностической программы для оценки состояния больных детей с гидроцефалией. Проведен анализ результатов комплексного обследования и динамического наблюдения детей грудного возраста с гидроцефалией.

Ключевые слова: гидроцефалия, нейросонография, магнитно-резонансная томография и рентгенография.

БАЛДАРДЫН ГИДРОЦЕФАЛИЯ ООРУУСУН ТОЛУК НУР УСУЛДАРЫ АРКЫЛУУ АНЫКТОО

Ырысов К.Б., Назаралиев М. С.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Эне жана баланы коргоо борбору,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутундусу: Бул макалада балдардын гидроцефалия ооруусунун негизги көрүнүштөрүн комплекстүү түрдө изилдөөсү жана алардын натыйжалары көрсөтүлдү.

Негизги сөздөр: гидроцефалия, нейросонография, рентгенография жана магниттик резонанс томографиясы.

COMPLEX RADIAL DIAGNOSIS IN CHILDREN WITH HYDROCEPHALUS

Yrysov K.B., Nazaraliev M. S.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
National centre of maternity and childhood welfare,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The elaboration of complex diagnostic programme for the estimation the condition of sick children with hydrocephalus is studied in this article. It was carried out the analysis of complex examination results and the dynamic observation of the infants with hydrocephalus.

Key words: hydrocephalus, neurosonography, magnetoresonant tomography, roentgenography.

Введение. Согласно современным представлениям, гидроцефалия - это не болезнь в нозологическом плане, а синдром или симптом нарушения ликвородинамики, вызванный самыми различными заболеваниями [2,4].

Диагностика и лечение гидроцефалии у детей является одной из актуальных и сложных проблем педиатрии и детской нейрохирургии. Она является одним из самых распространенных заболеваний у детей [2,3,5]. Согласно статистическим исследованиям, врожденная гидроцефалия составляет 1-4 случая на 1000 родившихся детей. Прогрессирующее течение приводит к тяжелым неврологическим и психическим дефектам, а в дальнейшем - к инвалидизации с утратой трудоспособности. По данным международного общества детских нейрохирургов, в течение первого года жизни без

хирургического лечения умирает 75% больных с гидроцефалией, а из оставшихся в живых детей 85% страдают грубыми психическими и физическими нарушениями [1,4,5].

В настоящее время основным требованием в диагностике является малая инвазивность, особенно в детской практике. Такие современные методы, как нейросонография (НСГ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) отвечают этому требованию и позволяют объективно оценить наличие гидроцефалии и их анатомические особенности [2,3,4,5]. Полученная информация позволяет выработать оптимальный алгоритм хирургического лечения на самых ранних сроках жизни ребенка.

Материал и методы исследования. Настоящая работа основана на комплексном обследовании 60 больного с гидроцефалией

в возрасте от 3-х месячного возраста до 5 лет и динамическом наблюдении за больными, находившимися на лечении в нейрохирургическом отделении Национального Центра охраны материнства и детства в период с 2010 по 2012 год.

Всем детям проводилось комплексное обследование: неврологический осмотр, нейросонография (НСГ) при открытом большом родничке, магнитно-резонансная томография (МРТ), при необходимости - рентгенография за наличие шунта.

Из 60 пациентов, находившихся на лечении, 58 было выполнено МР исследование головного мозга, что составило 96,66%. Нейросонография проведена всем детям, а также в динамике. В то же время в процессе работы нами были выявлены недостатки данной методики (табл. 1), которые необходимо учитывать при оценке результатов НСГ.

ССК – стадии субкомпенсации; СК – стадии компенсации; СДК – стадии декомпенсации

В оценке используемых лучевых методов (НСГ и МРТ) мы выделили группы больных, у которых применение метода диагностики позволило оценить, вернее, установить характер повреждения (позитив). В группу «негатив» вошли дети, у которых при НСГ картина была не достаточно ясной и для уточнения требовалось выполнение МРТ, а в группу «дефект» мы включили детей, у которых НСГ не внесли ясности в характер поражения. Информативность НСГ составила 85%.

МРТ диагностика была проведена у 58 детей с гидроцефалией. Принципиальным отличием изображения при МРТ является возможность проведения сканирования в саггитальной плоскости (плоскость проходит параллельно продольной оси тела, что позволяет детально оценить третий желудочек, водопровод мозга,

Таблица 1 - Результативность нейросонографии у детей с гидроцефалией (n=60)

Результативность	Характер течение гидроцефалии			Всего больных	
	ССК	СК	СДК	абс.ч.	%
Позитив	16	11	24	51	85,0
Негатив	-	2	4	6	10,0
Дефект	-	1	2	3	5,0
Всего	16	14	30	60	100,0

Таблица 2 - Результативность магнитно-резонансной томографии у детей с гидроцефалией (n=58)

Результативность	Характер течение гидроцефалии			Всего больных	
				абс.ч.	%
Позитив	14	13	27	54	93,10
Негатив	-	1	2	3	5,17
Дефект	-	-	1	1	1,72
Всего	14	14	30	58	100,0

Таблица 3 – Результативность рентгенографии за наличие шунта у детей с гидроцефалией (n=46)

Виды осложнений	Всего
Вторичное смещение проксимального конца катетера	12 (26,08%)
Вторичное смещение дистального конца катетера	26 (56,52%)
Миграция катетера	2 (4,34%)
Разрыв или дисконнекция катетера	6 (13,04%)
Итого	46 (100,0%)

четвертый желудочек, выходы из него и переход ликворной системы головного мозга в спинальную ликворную систему). Результаты МРТ даны в таблице 2.

У 3 больных причиной гидроцефалии были мальформации Арнольда–Киари, которые были выявлены методом МРТ. В группу «дефект» мы включили детей, у которых при рентгенографии черепа обнаружен вдавленный перелом черепа, а МРТ обследование не указало причины гидроцефалии.

Информативность МРТ составила 93,10% у детей с гидроцефалией, причем при ССК, СК и СДК она достигала 100% и лишь у 3 больных из 60 обследованных при СК и СДК требовалось повторное исследование для решения вопроса о выборе тактики лечения.

Одним из наиболее важных диагностических методов, характеризующих состояние катетера и их расположение в послеоперационном периоде, являлась рентгенография. Обнаружение смещения, миграции и разрыва катетера указывало на причины дисфункции шунтирующей системы и позволяло выбрать рациональную тактику лечения у детей с гидроцефалией. Рентгенография произведена у 10 детей на 3-4 сутки после ликворошунтирующей операции, а также при подозрении на осложнения в динамике и через 3-5 лет после операции (табл.3).

В первые сутки после операции (раннее) рентгенография за наличие шунта проведена из-за погрешности в технике операционного пособия, которое оправдалось у 6,52% пациентов. Рентгенография при подозрении на миграцию или разрыв катетера оправдана у 17,39% пациентов, а вторичное смещение дистального конца катетера через определенное время - у 56,52%. Таким образом, в результате проведенного исследования выявлены объективные диагностические критерии гидроцефалии и их ликворошунтирующих

осложнений при комплексном применении лучевых методов (НСГ, МРТ и рентгенографии). Каждый метод исследования в отдельности может дать ценную диагностическую информацию для выявления гидроцефалии и их послеоперационных осложнений. Для детей первого года жизни начальным ее этапом является НСГ, для более точной топической диагностики необходимо проведение МРТ, а в послеоперационном периоде для наблюдения за катетером - рентгенография за наличие шунта. Только комплексный подход позволяет повысить качество диагностики при гидроцефалии и их ликворошунтирующих осложнений, выбрать рациональную тактику лечения, включая нейрохирургическое, и оптимизировать прогноз.

Литература

1. Воробьев А.М. Клинико-морфологическая оценка врожденной гидроцефалии у детей / А.М. Воробьев // Бюл. Восточно-Сибирского научного центра. – 2005, – № 3, – С. 288–289.
2. Зиненко Д.Ю. Новый подход к диагностике и лечению постгеморрагической гидроцефалии у недоношенных детей / Д.Ю. Зиненко, М.Ю. Владимиров // Вопросы практической педиатрии. – 2008. – Т. 3, № 3. – С. 5 -10.
3. Скрининг-диагностика структурных внутричерепных изменений (основы, оптимальные технологии и перспективы) / [А.С. Иова, Ю.А. Гармашов, Т.Н. Трофимова и др.] // Материалы науч.-практич. конференции «Актуальные проблемы современной неврологии, психиатрии и нейрохирургии». – СПб, 2003. – С. 238- 239.
4. Патрушев А.В. Пренатальная диагностика врожденных пороков развития плода. / А.В. Патрушев, М.А. Мурашко, С.А. Дворянский // Министерство здравоохранения и социального развития Республики Коми. Информационно-методическое письмо. - Сыктывкар, 2005. - 12 с.
5. Хачатрян В.А. Итоги и перспективы изучения проблем гидроцефалии / В.А. Хачатрян // Нейрохирургия и неврология детского возраста. – 2005. - №3. –С. 3-21.

СПОРАДИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СПИНАЛЬНО-БУЛЬБАРНОЙ АМИОТРОФИИ КЕННЕДИ

Карбозова К.З., Луценко И. Л.

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

Резюме: Представлен спорадический случай амиотрофии Кеннеди, редкой X-сцепленной рецессивной формы спинальной амиотрофии, которая диагностируется на основании клинических и электромиографических данных. Важным было рассмотрение дифференциальной диагностики с заболеваниями, вызывающие нарушения в нижнем мотонейроне и в двигательных ядрах черепно-мозговых нервов (ЧМН), такими как боковой амиотрофический склероз (БАС), миастения, хроническая форма клещевого энцефалита.

Ключевые слова: спинальная амиотрофия Кеннеди, боковой амиотрофический склероз, полиглутаминовые болезни, андрогенный рецептор.

КЕННЕДИ АМИОТРОФИЯСЫНЫН АЙРЫМ КЛИНИКАЛЫК УЧУРУ

Карбозова К.З., Луценко И.Л.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академия,
Бишкек, Кыргызстан.

Корутунду: Айрым учурда кезиккен Кеннединин амиотрофиясы менен ооруган пациенттин клиникалык учуру көрсөтүлгөн. Кеннеди оорусу бул X-хромосома байланыш рецессивдүү тукум куума, жүлүндүн амиотрофиясынын формасы. Ал клиникалык, электромиографиялык жана ДНК-изилдөө менен аныктанылат. Дифференциалдуу диагноз төмөнкү мотонейрон жана сөөк-мээ нервдеринин кыймылдаткыч ядролорунун бузулушуна алып келген оорулар менен өткөрүлгөн. Алардын ичинде каптал амиотрофикалык склероз, миастения жана кене энцефалиттин өнөкөт формасы.

Негизги сөздөр: Кеннеди амиотрофиясы же оорусу, каптал амиотрофикалык склероз, полиглутаминдүү оорулар, андрогендүү рецептор.

SPORADIC CASE OF SPINAL-BULBAR AMYOTROPHY KENNEDY

Karbozova K.Z, Lutsenko I.L.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrgyzstan

Resume: In given article sporadic case of Kennedy amyotrophy, a rare X-linked recessive form of spinal amyotrophy submitted, which is diagnosed based on clinical and electromyographic data. It was important to consider differential diagnosis of diseases that cause disturbances in the lower motor neurons in the motor nuclei of cranial nerves such as amyotrophic lateral sclerosis, myasthenia gravis, and chronic form of tick-borne encephalitis.

Key words: spinal amyotrophy Kennedy, amyotrophic lateral sclerosis, polyglutamine disease, androgen receptor.

Спинальные мышечные атрофии (СМА) взрослых относятся к группе наследственных заболеваний с поражением второго мотонейрона пирамидного пути и прогрессирующим развитием атрофий мышц конечностей, бульбарным синдромом, что приводит к инвалидизации и на поздних сроках болезни затрудняет самообслуживание. СМА всегда трудно диагностировать, а особенно одну из форм Кеннеди, которая сопровождается не только неврологическими, но и гормональными нарушениями. Мы представляем собственное наблюдение случая спинально-бульбарной амиотрофии Кеннеди.

Больной К.О., 36 лет, поступил в неврологическое отделение №1 НГМЗКР 15.11.11

с жалобами на утомляемость в жевательной мускулатуре при длительном пережевывании пищи (в последнее время отказался от мяса и хлеба). Слабость в жевательной мускулатуре больше проявлялась при ужине, чем при завтраке. Периодическую нечеткость речи, связанную с затруднением вращения языка во рту. Слабость в ногах, больше заметную при подъеме по лестнице вверх, слабость в мышцах рук при подъеме тяжестей. Дрожь в подбородке и пальцах рук, подергивания в мышцах живота и конечностей. Стягивания в икроножных мышцах, больше по ночам. Бесплодие в течение года.

Анамнез заболевания. 6 лет назад заметил слабость в нижних конечностях во

время прогулки с родственниками, когда стал отставать от них. Позже четко заметил слабость в мышцах бедра при подъёме по лестнице, необходимо было держаться за перила. Больной самостоятельно прошел МРТ спинного мозга, где были выявлены протрузии межпозвоночных дисков L3-L4, L4-L5, а также задняя грыжа диска L5-S1 позвонков 5мм с небольшой компрессией дурального мешка. Больной получал в Москве амбулаторное лечение по поводу люмбалгии, однако, нарастание мышечной силы в ногах не отмечал. Около года назад заметил присоединение слабости в жевательной мускулатуре, а также стал отмечать, что в покое нижняя челюсть отвисает. Параллельно с этим появилась слабость в проксимальных группах мышц рук, при работе в цехе отметил, что не смог удержать оконную раму в руках, уронил. В течении 5 лет стали беспокоить болезненные стягивания в икроножных мышцах, больше по ночам, а также подёргивание в мышцах туловища, больше живота, и мышцах верхних и нижних конечностей (больше в проксимальных отделах). Больной старался не обращать внимания на стягивания и подёргивания в мышцах, однако, с его слов, вследствие их учащения, это доставляло дискомфорт.

Анамнез жизни: Родился в срок, в детстве рос и развивался соответственно возрасту. Инфекционных заболеваний, физических и психических травм не переносил. Последние 10 лет больной работает в России, в том числе в Бурятии и Сибири, был разнорабочим, в последние 6 лет занимается изготовлением пластиковых окон. 15 лет назад стал заниматься борьбой и фитнесом, всячески развивал мускулатуру туловища. 10 лет назад занятия фитнесом прекратил. В последний год поправился, больше абдоминально.

Семейный анамнез: Пациент женат, имеет одну здоровую трехлетнюю дочь. В последние полтора года с женой планировали ребенка, однако жена забеременеть не могла. Обследовалась у гинеколога, бесплодие со стороны жены исключается. У родного брата имеются судорожные стягивания в мышцах ног (икроножных) в течение нескольких последних лет. Других жалоб у брата больного не наблюдается, последний не обследовался, не лечился.

Объективно: больной гиперстенического телосложения, рост около 174 см, вес 80

кг. Отмечается небольшая двухсторонняя гинекомастия. Повышенного питания, ожирение по женскому типу, покатые плечи, скопления жировой ткани в области живота и бедер. Со стороны внутренних органов существенной патологии не отмечено.

Неврологический статус: Слабость круговой мышцы глаза, выявляемая при сопротивлении (около 3 баллов S=D), птоза нет, гипомимия, легкая слабость мимической (особенно m.orbicularis oris, m.orbicularis oculi) и жевательной мускулатуры с двух сторон. Тремор подбородка в покое. Пальпаторно при жевании и смыкании рта отмечается некоторая дряблость жевательной мускулатуры. Атрофия m. buccinatorsc двух сторон. Мягкое небо симметрично при фонации, глоточный и небный рефлексы сохранены, напряжение мягкого неба ослаблено. Голос приглушенный, но без носового оттенка. Язык при высовывании по средней линии, отмечается гипотрофия его, фибрилляции мышц языка, двигательное беспокойство. Феномен отстающих лопаток при заведении рук за спину (D=S). Гипотрофии проксимальных мышечных групп верхних конечностей. В руках снижение мышечной силы до 4 балла в проксимальных группах при выполнении движений. В ногах небольшое снижение силы четырёхглавой мышцы бедра (D=S). Фибрилляции в двуглавой и трёхглавой мышц плеча, и мышцах живота. Сухожильные рефлексы вызываются только с трёхглавой мышцы, с двух сторон, остальные не вызываются. Карпорадиальный с двух сторон отсутствует. Патологических рефлексов нет. При подъеме с пола наблюдаются элементы подъема миопата. При приседании более 15 раз - выраженный симптом подъема миопата. Чувствительность нарушена по типу носков и перчаток (гипостезия). Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчив. При вытягивании рук выявляется постуральный тремор пальцев. Тазовые функции, психическая сфера-сохранены.

Дополнительные методы обследования: Общий анализ крови и мочи – без патологии. В биохимическом анализе крови, высокая активность креатинфосфокиназы (КФК) 969,1 Ед/л. Исследование гормонального профиля. Гормоны щитовидной железы: Т3 общий 1,71 нг/мл; Т4 общий 97,05 нмоль/л; Т4 свободный-15,3 нмоль/л; Т3 свободный 1,55 нг/мл; А/т к ТПО 31,89 МЕ/ мл; ТТГ-0,9714 мМЕ/л. Спектр

половых гормонов: выявлено снижение уровня тестостерона до нмоль/л (при нижней границе нормы 10,0 нмоль/л). РСК с антигенами клещевого энцефалита - отр. РТГА с антигенами клещевого энцефалита-отр. ЭКГ – без патологии. УЗИ щитовидной железы: б/о. ЭНМГ: Данные за невритический тип поражения по лицевому нерву, больше по нижней ветви, больше слева (m. mentalis). Денервационные изменения в мышцах лица. Ритм частокола (поражение передних рогов). МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника: МР-картина остеохондроза пояснично- крестцового отдела позвоночника. Грыжи дисков L2-L3 -L4-L5-S1. Консультация уролога. Ds: Хронический простатит. Бесплодие. Консультация эндокринолога: Данных за аутоиммунный тиреоидит нет. Проведена прозергиновая проба для исключения миастенического синдрома, заключение: результат отрицательный. Консультация генетика: Бульбоспинальная амиотрофия, форма Кеннеди.

С учетом редкости описываемого заболевания достаточно естественным на первом этапе диагностического поиска явилось предположение о синдроме БАС при вертеброгенной миелопатии. Как показал проведенный нами анализ, клинические проявления обоих заболеваний весьма схожи. Чаще болеют мужчины в возрасте 40—50 лет. Заболевания проявляются исподволь, без видимой причины и имеют прогрессирующее течение[1-6]. Однако для синдрома БАС, обусловленного вертеброгенной миелопатией, не характерны признаки дизандрогении (гинекомастия, изменение уровня тестостерона, нарушение тестикулярной экзокринной функции), которые наблюдались у больного, тем самым опровергая синдром БАС. В связи с учётом анамнеза больного, в котором говорится о проживании в России (Сибири и Бурятии) не исключалась и хроническая форма клещевого энцефалита, так как больной часто посещал лесные местности, употреблял в пищу непастеризованные молочные продукты. За хроническую форму клещевого энцефалита говорят имеющиеся изменения в ядрах 5,7,12 пар ЧМН, миастенический-миопатический синдромы, но результаты серологических реакций к антигенам клещевого энцефалита отрицательны. Также проводилась дифференциация с миастенией, лицевой

формой, однако результат прозергиновой пробы отрицателен. Предполагался миастенический синдром при аутоиммунном тиреоидите, ввиду схожести клинических признаков. После проведенного исследования уровня гормонов щитовидной железы, которые были в пределах нормы; УЗИ щитовидной железы-без патологии и консультация эндокринолога не выявили признаков аутоиммунного поражения щитовидной железы. Таким образом, выявляемое клинически и электромиографически поражение спинальных мотонейронов и двигательных ядер ствола мозга, сочетание неврологических симптомов с характерной эндокринопатией (снижение уровня тестостерона, гинекомастия), поздняя манифестация клинической симптоматики, медленно прогрессирующее течение, повышение активности КФК, позволило уверенно диагностировать спинально-бульбарную амиотрофию Кеннеди.

Спинально-бульбарная амиотрофия Кеннеди (болезнь Кеннеди, амиотрофия Кеннеди) – одна из форм болезней мотонейрона, описанная W. Kennedy et al. сравнительно недавно, в 1968 г. [11]. Заболевание наследуется по X-сцепленному рецессивному типу и проявляется у мужчин в относительно позднем возрасте, обычно после 40 лет. Реже описываются как более ранние случаи (с дебютом симптомов на 2–3м десятилетии жизни), так и начало болезни после 70 лет [7,8]. Позднее начало отличает данную форму от других известных вариантов генетически обусловленных спинальных амиотрофий. Болезнь Кеннеди обусловлена прогрессирующей дегенерацией двигательных ядер XII, X, IX, V пар черепных нервов и двигательных нейронов спинного мозга. В пораженных нейронах выявляются внутриядерные белковые полиглутаминсодержащие включения, что позволяет отнести данное заболевание к группе полиглутаминовых болезней [3,11]. Спинально-бульбарная амиотрофия Кеннеди имеет ряд характерных клинико-диагностических признаков, формирующих весьма типичный “портрет” болезни [2,4,5,11,]: медленно прогрессирующая мышечная слабость, амиотрофии и фасцикуляции проксимальных отделов рук и ног; бульбарные симптомы денервационного характера (фибрилляции языка, дизартрия, дисфагия, слабость лицевой мускулатуры и др.); характерные эндокринные расстройства – в первую очередь, частичная

нечувствительность к андрогенам, гинекомастия и тестикулярная атрофия. Помимо указанных симптомов, достаточно часто при амиотрофии Кеннеди встречаются тремор рук интенционного типа, крампи при физической нагрузке, псевдогипертрофии икроножных мышц [2,4]. Есть данные о наличии при болезни Кеннеди также субклинических признаков сенсорной нейропатии [11]. В отдельных случаях может обнаруживаться умеренное повышение активности креатин - фосфокиназы (КФК) в крови.

Данный клинический случай интересен не только тем, что амиотрофия Кеннеди впервые была диагностирована в условиях Кыргызстана, но и тем, что при данной СМА на первый план заболевания выступили гормональные нарушения, приведшие к бесплодию, и тремор подбородка и конечностей, а также крампи (что является редким признаком при СМА). Симптомы рассматривались разрозненно и лечились симптоматически как разные заболевания до тех пор, пока неврологическая симптоматика не была объединена с соматической, что и подтвердило полиморфность симптомов при генетической

патологии. Практическим врачам, неврологам, необходимо помнить о СМА, которые протекают со вовлечением в патологический процесс не только пирамидной системы, но и других органов, что затрудняет диагностику.

Литература:

1. Боковой амиотрофический склероз: Руководство для врачей. / Под ред. Завалишина И.А. М., 2007//.
2. Иллариошкин С.Н. и др. ДНК диагностика и медико-генетическое консультирование в неврологии. М., 2002.,
3. Иллариошкин С.Н. Конформационные болезни мозга. М., 2003
4. Темин П.А., Никанорова М.Ю.// Наследственные болезни нервной системы / Под ред. Темина П.А., Никаноровой М.Ю. М., 1998. С. 290
5. Amato A.A. et al. // *Neurology*. 1993. V. 43. P. 791.
6. DeJager S. et al. // *J. Clin. Endocr. Metab.* 2002. V. 87. P. 3893
7. Doyu M. et al. // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. 1993. V. 56. P. 832.
8. Echaniz Laguna A. et al. // *Neurology*. 2005. V. 64. P. 1458.
9. Gottlieb B. et al. // *Nucl. Acids Res.* 1998. V. 26. P. 234
10. Igarashi S. et al. // *Neurology*. 1992. V. 42. P. 2300.
11. Kennedy W.R. et al. // *Neurology*. 1968. V. 18. P. 671.

ОЦЕНКА ДАННЫХ ЭЛАСТОМЕТРИИ ПЕЧЕНИ В СРАВНЕНИИ С КЛИНИЧЕСКОЙ СТАДИЕЙ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ПО ЧАЙЛД-ПЬЮ

Мукашева Ж.А., Леонтьева Н.С., Ибрагимов А.А., Джуманова Р.Г.

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

Резюме. Для оценки соответствия клинической картины и биохимических показателей крови данным фибросканирования печени нами был проведен ретроспективный анализ данных историй болезней 30 пациентов с хроническими вирусными гепатитами (ХВГ) В, С и сочетанием ХВГ В и D. Установлено, что данные клинико-лабораторного обследования у больных с ХВГ не всегда достаточно точно определяли тяжесть хронического диффузного поражения печени.

Ключевые слова: хронический вирусный гепатит, фиброз печени, цирроз печени, эластометрия печени, общий билирубин, протромбиновый индекс, альбумин сыворотки крови, асцит, печеночная энцефалопатия, варикозное расширение вен пищевода.

ЧАЙЛД-ПЬЮ БОЮНЧА БООРДУН ЦИРРОЗ ООРУСУНУН КЛИНИКАЛЫК СТАДИЯСЫНА ЖАРАША БООР ЭЛАСТОМЕТРИЯСЫНЫН ЖЫЙЫНТЫКТАРЫН БААЛОО

Мукашева Ж.А., Леонтьева Н.С., Ибрагимов А.А., Джуманова Р.Г.

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

Корутунду. Вирустук өнөкөт гепатит (ВӨГ) В, С жана ВӨГ Внын Д менен коштолгон түрү менен ооруган 30 бейтапты ретроспективдүү анализ жүргүзүү үчүн алынган, клиникалык көрүнүштөр жана кандын биохимиялык көрсөткүчтөрүн дал келишин салыштыруу үчүн, боордун фиброзунун деңгээлин фибросканирлоо жолу менен баа берилди. Клиника-лабораториялык изилдөөнүн натыйжасында ВӨГ менен ооруган бейтаптардан боордун өнөкөт диффуздук жабыркашынын оордугу ар дайым эле жетишээрлик туура көрсөтпөйт экендиги байкалды.

Негизги сөздөр: вирустук өнөкөт гепатит, боордун фиброзу, боордун циррозу, боордун эластометриясы, жалпы билирубин, протромбиндик индекс, кан суюктугундагы альбумин, ич көңдөйүнө суу толуу, боордун энцефалопатиясы, кызыл өңгөчтүн, көк кан тамырынын кеңилиши.

EVALUATION OF DATA OF THE LIVER ELASTOMETRY IN COMPARISON WITH THE CLINICAL STAGE OF LIVER CIRRHOSIS BY CHILD-PUGH CLASSIFICATION

Mukhasheva Zh.A., Leontieva N., Ibragimov A.A., Djumanova R.G.

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

Resume. To assess compliance with clinical and biochemical blood parameters to the liver Fibro scan we performed the retrospective analysis of medical records of 30 patients with chronic viral hepatitis (CVH) B, C, and a combination of B and D. Established that the data of clinical and laboratory studies in patients with CVH are not always quite accurately determine the severity of chronic diffuse liver disease.

Key words: chronic viral hepatitis, liver fibrosis, liver cirrhosis, liver elastometry, total bilirubin, prothrombin index, serum albumin, ascites, hepatic encephalopathy, esophageal varices.

Известно, что хронические вирусные гепатиты (ХВГ) В и С, цирроз печени (ЦП) в их исходе и гепатоцеллюлярная карцинома – звенья одного процесса. Переход одной стадии в другую – вопрос времени. Своевременная диагностика этих состояний – залог выработки оптимальной тактики

ведения больного, профилактики осложнений [1, 2].

С позиции достижений современной гепатологии в определении прогноза прогрессирования ХВГ важнейшее значение придается пункционной биопсии печени (ПБП) [3, 4], однако она имеет серьезные ограничения [4, 5]. В связи с чем эластометрия

печени (ЭМ) стала в последние годы предметом многочисленных исследований.

ЭМ – это косвенная инструментальная оценка выраженности фиброза посредством измерения эластичности органа [6]. В соответствии с четырех стадийной классификацией печеночного фиброза по METAVIR [7, 8] по данным ЭМ выделяют следующие стадии: F0 – 1,5-5,8 кПа,

F1 – 5,9-7,1 кПа, F2 – 7,2-9,5 кПа, F3 – 9,6-12,5 кПа и F4 – более 12,5 кПа.

Клиническими признаками печеночно-клеточной недостаточности при диффузном поражении печени являются стойкое повышение уровня билирубина сыворотки крови, нарушение синтеза белков печенью (снижение альбуминов, протромбина, факторов свертывания крови), а также имеют место проявления печеночной энцефалопатии (ПЭ) [9].

Цель исследования: изучение соответствия клинических проявлений и лабораторно-инструментальных параметров данным неинвазивной диагностики фиброза печени методом ультразвуковой эластометрии у больных хроническими вирусными гепатитами.

Материалы и методы

Нами был проведен ретроспективный анализ 30 историй болезни пациентов (13 мужчин, 17 женщин), средний возраст которых составил $55,3 \pm 11,0$ лет. Все больные находились на стационарном лечении в отделении гастроэнтерологии Национального Центра кардиологии и терапии им. академика Мирсаида Миррахимова в период с января по июнь 2012 года. Поражение печени у всех пациентов, включенных в исследование, было следствием ХВГ В, С и D.

Стадию фиброза по METAVIR определяли неинвазивным методом на аппарате FibroScan («EchoSens», Франция). У пациентов с ХВГ клинически класс тяжести ЦП диагностировали и оценивали согласно классификации Чайлд-Пью [9]. Общая характеристика пациентов отражена в табл. 1.

При анализе историй болезни у пациентов с ХВГ в клинической картине нами были выделены следующие проявления хронического диффузного поражения печени: асцит и ПЭ. У всех больных была взята кровь из локтевой вены для определения общего билирубина (ОБ), протромбинового индекса (ПТИ) и альбуминов сыворотки крови. Также всем пациентам были выполнены следующие инструментальные обследования:

- ультразвуковое исследование абдоминальной области для диагностики асцита;
- фиброгастроуденоскопия с целью выявления степени варикозного расширения вен пищевода (ВРВП);
- ЭМ печени с определением показателя в кПа.

Статистическая обработка полученных данных проведена при помощи программного обеспечения «STATISTICA 8» и пакета стандартных статистических программ. Достоверность различий определяли с помощью парного t-критерия Стьюдента. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Причиной поражения паренхимы печени среди обследованных нами больных был ХВГ В у пяти человек (16,67%), у шести (20%) – сочетание ХВГ В и D, у 19 (63,33%) – ХВГ С (табл. 2).

Учитывая небольшие межгрупповые различия по показателям ЭМ, а также по биохимическим результатам неинвазивной оценки фиброза печени, нами было решено разделить пациентов на три группы:

- в группу F_I вошли восемь пациентов с легким фиброзом (стадия F0-F1),
- в группу F_{II} – 8 человек с умеренным фиброзом (F2-F3),
- и в группу F_{III} – 15 больных с ЦП (F4).

Биохимические показатели сыворотки крови и стадия ЦП, у обследованных больных отражены в табл. 3.

Как видно из табл. 3, у больных в группе F_{III} уровень ОБ сыворотки крови был значительно выше по сравнению с пациентами групп F_I и F_{II} ($30,59 \pm 14,94$ мкмоль/л против $19,11 \pm 7,32$ и $17,19 \pm 6,85$ мкмоль/л соответственно, $p < 0,03$). Также по мере усиления диффузных изменений поражения печени от группы F_I к группе F_{II} и F_{III} наблюдалось постепенное снижение ПТИ ($72,86 \pm 13,08\%$, $76,25 \pm 14,81\%$ и $58,37 \pm 11,23\%$ соответственно, $p < 0,02$) и концентрации альбумина сыворотки крови ($38,71 \pm 3,5$ отн.%, $38,38 \pm 3,89$ отн.% и $28,62 \pm 8,79$ отн.% соответственно, $p < 0,01$). Результаты данных, представленных в табл. 3 также находят свое подтверждение в исследования последних лет [9, 10].

Все пациенты в группах были также распределены по стадиям ЦП в соответствии с классификацией Чайлд-Пью в зависимости от наличия у них следующих признаков: асцит, ПЭ, ВРВП, уровни ОБ, ПТИ и альбумина сыворотки крови (табл. 4).

Как видно из табл. 4 более тяжелые клинические проявления и более серьезные изменения показателей крови соответствовали наиболее выраженному фиброзу печени по

Таблица 1
Характеристика больных с ХВГ

Параметр	Число больных	
	абс.	%
Больные с ХВГ	30	
мужчины	13	43,33
женщины	17	56,67
Возраст, годы	55,3±11,0	
Стадия фиброза по METAVIR:		
F 0	4	13,33
F 1	3	10
F 2	3	10
F 3	5	16,67
F 4	15	50
Стадия ЦП по Чайлд-Пью:		
Компенсация	5	16,67
Субкомпенсация	12	40
Декомпенсация	13	43,33

Таблица 3
Биохимические показатели сыворотки крови и стадия ЦП по Чайлд-Пью у обследованных больных

Показатели	Группы больных			$P_{FI-II} <$	$P_{FI-III} <$	$P_{FII-III} <$
	Группа F _I , n=7	Группа F _{II} , n=8	Группа F _{III} , n=15			
ОБ, мг/дл	1,12±0,43	1,01±0,4	1,79±0,87	нд	нд	0,03
ПТИ, %	72,86±13,08	76,25±14,81	58,37±11,23	нд	0,02	0,0005
Альбумины, отн%	38,71±3,5	38,38±3,89	28,62±8,79	нд	0,01	0,008
Стадия ЦП по Чайлд-Пью, баллы	6,86±0,69	7,13±1,36	11,93±3,03	нд	0,0004	0,0005

Таблица 4
Распределение больных в группах F_I, F_{II} и F_{III} по стадии ЦП

Стадия ЦП	Число больных			$P_{FI-II} <$	$P_{FI-III} <$	$P_{FII-III} <$
	Группа F _I , n=7	Группа F _{II} , n=8	Группа F _{III} , n=15			
Компенсация	2 (28,57%)	3 (37,5%)	-	нд	нд	нд
Субкомпенсация	5 (71,43%)	4 (50%)	3 (20%)	нд	нд	нд
Декомпенсация	-	1 (12,5%)	12 (80%)	нд	нд	0,001

данным ЭМ. Интересно, что при клинической субкомпенсации заболеваний печени по классификации Чайлд-Пью у весомого числа пациентов показатели ЭМ соответствуют стадии F4.

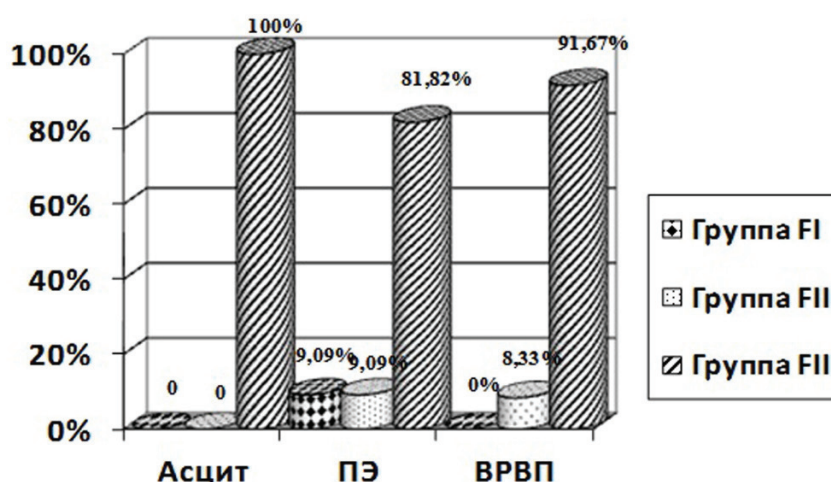
Существенное уменьшение портального и артериального печеночного кровотока, появление таких клинических проявлений как асцит, ПЭ и ВРВП усугубляют состояние пациентов и ухудшают прогноз при диффузном

поражении печени [11]. Частота встречаемости клинических критериев ЦП (асцит, ПЭ и ВРВП) представлены на диаграммах 1.

Из данных, представленных на диаграмме 1, важно отметить, что такое проявление тяжелого поражения паренхимы печени как асцит был зарегистрирован лишь у пациентов со стадией фиброза F4 при ЭМ печени.

Также из диаграммы 1 следует, что ПЭ встречается как у пациентов с легким и

Диаграмма 1. Частота встречаемости асцита, ПЭ и ВРВП в исследуемых группах.



* $p < 0,05$ по сравнению группы F_I и F_{II}
 ** $p < 0,05$ по сравнению группы F_{II} и F_{III}

умеренным фиброзом печени, так и у больных с ЦП, хотя частота возникновения ПЭ оказалась выше в группе F_{III} по сравнению с группами F_I и F_{II} (81,82% против 9,09% и 9,09% соответственно, $p < 0,001$). Необходимо помнить, что ПЭ определяет жизненный прогноз пациента. Так, около 42% пациентов живут в течение первого года появления этого осложнения. Трехлетняя выживаемость этих пациентов составляет всего 23% [12].

Следует отметить, что у пациентов группы F_{III} отмечалось значительно большее число случаев развития ВРВП в сравнении с группой F_{II} (91,67% против 8,33%, $p < 0,001$), тогда как в группе F_I пациентов с ВРВП не было. По данным работ последних лет установлено, что частота и степень варикозного расширения вен пропорциональны тяжести цирроза. Kotfila R., Trudeau W. [13] показали, что у половины больных без ВРВП через два года оно развивается, а у 1/3 пациентов с малыми венами через год вены достигают средней величины. Если варикозные вены обнаружены, оценивается степень риска развития кровотечения и рассматривается необходимость первичной его профилактики [11, 13].

Таким образом, суммируя полученные данные, нами были сделаны следующие выводы:

1. Клиническая стадия декомпенсации цирроза печени по Чайлд-Пью чаще всего соответствовали тяжести фиброзных изменений печеночной ткани по данным эластометрии.

2. Наиболее значимые изменения

результатов эластометрии (стадия фиброза F4) не всегда характеризовались выраженными клиническими проявлениями и лабораторными сдвигами, в связи с чем лишь классификация Чайлд-Пью без определения эластичности не может точно определять тяжесть поражения паренхимы печени.

3. Такие клинические проявления цирроза печени, как асцит, печеночная энцефалопатия и варикозное изменение вен пищевода всегда соответствуют тяжести диффузного поражения печени.

Литература:

1. Исаков В.А. Как определять выраженность фиброза печени и зачем?// *Клин. гастроэнтерол. гепатол. Русское издание* 2008; 1 (2): 72–75.
2. Пирогова И.Ю., Пышкин С.А., Ефремова Е.В. и др. Диагностические возможности методов неинвазивной оценки фиброза при диффузных заболеваниях печени// *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии* 2009; 4: 48–54.
3. Ивашкин В.Т. *Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей*// М., 2005, 546с.
4. Regev A., Berho M., Jeffers L.G. et al. Sampling error and intraobserver variation in liver biopsy in patients with chronic HCV infection// *Am. J. Gastroenterol.* 2002; 97 (10): 2614–2618.
5. Bedossa P., Dardgère D., Paradis V. Sampling variability of liver fibrosis in chronic hepatitis C// *Hepatology* 2003; 38: 1449–1457.
6. Coco B., Oliveri F., Colombatto P. et al. Monitoring liver elasticity a new tool to measure liver fibrosis during therapy// 40th Annual Meeting of the European Association for the Study of the Liver, April 13–17, 2004, Paris, France.
7. Castera L., Vergniol J., Foucher J. et al. Prospective comparison of transient elastography, Fibrotest, APRI and

liver biopsy for the assessment of fibrosis in chronic hepatitis C// *Gastroenterology* 2005; 128: 343-350.

8. Ивашкин В.Т., Воликовский Л.Я., Тесаева Е.В. и др. Первый российский опыт неинвазивной диагностики фиброза печени с помощью аппарата «Фиброскан»// *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии* 2006; 6: 65-69.

9. Радченко В.Г, Радченко О.Н. Печеночная энцефалопатия (Пособие для врачей-терапевтов, гастроэнтерологов, инфекционистов)// Санкт-Петербург, 2003, 24с.

10. Lisman T., Leebeek F.W., de Groot P.G. *Haemostatic abnormalities in patients with liver disease*// *J. Hepatol.* 2002; 37: 280-287.

11. Подымова С.Д. *Болезни печени (Руководство для врачей)* М., Медицина, 1984 г., 480с.

12. Haussinger D., Maier K.P. *Hepatische Enzephalopathie*// *Thieme Verlag* 1996; 88p.

13. Kotfila R., Trudeau W. *Extraesophageal Varices*// *Dig. Dis.* 1998; 16: 232-241.



Мусуралиев Макенжан Субанович, доктор медицинских наук, профессор (1995), член корреспондент Независимой АН (Москва, 1992).

Родился 3 –января 1954 года в селе Талды-Булак Таласского района Кыргызской Республики.

В 1971 году поступил Кыргызский государственный медицинский институт. В 1977 году после окончания института по специальности «лечебное дело» был оставлен в клинической ординатуре на кафедре по специальности «акушерство и гинекология», далее - закончил очную аспирантуру и защитил кандидатскую диссертацию (1984).

Работает на кафедре акушерства и гинекологии №1 - ассистентом (1982), доцентом (1985), далее заведующим кафедрой (1992) по настоящее время; работал деканом факультета последипломного образования (2004-07).

В 1994 г. защита докторской диссертации на тему: «Особенности гемодинамических реакций функциональной системы мать-плод у жительниц высокогорья при нормальной и осложненной беременности» и по результатам научных исследований опубликовал монографии «Беременность и горы. Проблемы адаптации в норме и патологии» Бишкек, 1995. – 176с. и глава монографии В кн.: « Human Biology of

Asian Highland Populations in the Global Context»/ Lebedeva I.M., Musuraliev M.S. Some features of the adaptation to hypoxia in females at high altitudes of Pamir and Tien-Shan.- -128-131p (Ed by A. Basu and R. Gupta) – Calcutta, 1989. 137 p.

За время заведования кафедрой акушерства и гинекологии № 1 КГМА им. И.К. Ахунбаева с 1992 года по настоящее время проведено более 50 учебных клинических курсов для врачей по международной программе совместно с МЗ КР. Кафедрой разработаны учебные курсы и изданы Учебное пособие для студентов: Акушерство. (1996, 332с), Гинекология, (1998. – 139с), Obstetrics and Gynecology (Abstract book: Bishkek , “Kut“, 2011, 122), учебные руководства для врачей на основе доказательной медицины «Избранные вопросы акушерства» (Ч.1 Изд. 2-е, перераб., доп.- Б.:2006- 326 с). (Ч.2. Изд. 2-е, перераб., доп.- Б.:2006. 352 с) и др.

Прошел стажировку по курсу клинического обучения по международному образованию в области акушерства и гинекологии: Minilaparotomy (курс клинического обучения corp. JHPIEGO, США; Филиппины, г.Манила, 11.04 – 22.04, 1994); стажировку по клиническому преподаванию Университета Дж. Хопкинса по программе JHPIEGO – “Strategies for Strengthening Instructional Design and Clinical

Training Skills” (Baltimore, USA, 11.08 – 22.08. 1997) далее «Advanced Training» (JHPIEGO, Ташкент, 1998) и сертифицирован как старший клинический региональный тренер по международному обучению; курсы повышения квалификации “Training of Trainers” (WHO Europe, UNICEF, 2002); “Schweitzer Regional Conference on The Role of Professional Associations in Licensing and Re-Validating Physicians” (Будапешт, Венгрия 6-8 декабрь, 2001);

Выступал с докладом в работе международной конференции First International Conference of Deans of Medical Faculties of Islamic Countries (Kish Island, I.R. IRAN, 2007), участвовал в работе семинара «Здравоохранение и образование Германии», Германское техническое Сообщество (GTZ, 12–24 сентябрь 2009);

На основе сотрудничества с Университетом Дж. Хопкинса (г. Балтимор) по программе международного образования корпорации JHPIEGO, фонда народонаселения ООН М.С. Мусуралиевым совместно с рабочей группой МЗ КР разработаны программы обучения студентов и врачей «Охрана репродуктивного здоровья и планирование семьи» на уровне до- и последиplomной подготовки (1997); внедрен в практику последиplomной подготовки в обучении акушеров-гинекологов, а также при подготовке врачей по семейной медицине в Кыргызской Республике. Разработаны соответствующие учебные руководства и изданы в печати, которые использовались при проведении клинических курсов как учебное пособие (Основы клинического обучения по репродуктивному здоровью: Учебное пособие для врачей ГСВ, Бишкек, 1999, -178с; Тукум улоо (репродуктивдик) денсоолугу боюнча клиникалык үйрөтмөнүн негиздери (Үй-бүлөлүк дарыгерлер тобунун медайымдары үчүн окуу куралы) Жалалабат, 2005.-234б) . Далее принципы международного образования использованы в разработке и создании руководства для врачей по клиническому обучению «Минилапаротомия и типичные оперативные вмешательства в акушерстве» (2004, 176с), «Клиническое преподавание. Руководство по методике клинического преподавания навыков » (2005 , 346с) и др., «Акушердик терминдик сөздүк» (2011, 188б);

Совместно международными организациями М. С. Мусуралиев проводил

клинические обучения преподавателей ВУЗов и врачей по программе JHPIEGO и ВОЗ, как старший клинический региональный тренер по международному обучению (в т.ч. в Республике Казахстан, Узбекистан и Таджикистан). В Кыргызской Республике им проведены более 50 курсов международного клинического обучения для врачей республики по курсам «Минилапаротомия и оперативные технологии в акушерстве и гинекологии», «Безопасное материнство» - «Бейкут энелик» в рамках совместного проекта МЗ КР и международных организаций (ВОЗ и др.); в т.ч. курсы клинического обучения “Мастер класс по оперативной технологии в акушерстве” по основам инновационной технологии орган сохраняющих операций при критических ситуациях в акушерстве.

На протяжении более 35 лет по настоящее время, М. С. Мусуралиев независимо от занимаемых должностей является сверхургентным врачом высшей квалификационной категории, специалистом, владеющим всеми методами и инновационными видами орган сохраняющих операций при экстренных ситуациях; постоянно оказывает консультативную и экстренную оперативную помощь беременным, роженицам, родильницам и гинекологическим больным Кыргызской Республики. Проф. М. С. Мусуралиев вместе с сотрудниками создал алгоритм инновации подхода хирургического управления массивных кровотечений (вместо гистерэктомии) альтернативы путем билатеральной перевязки внутренней подвздошной артерии (Патент KG(19)727(11)C1(13) №20030004.1 от 31.12.04 - Способ гемостаза при массивных послеродовых маточных кровотечениях) в условиях ургентной хирургии, что позволило при критических ситуациях завершить в 52,5% случаев операции удалась завершить без удаления матки (Малоинвазивная органосберегающая технология при коагулопатических массивных акушерских кровотечениях. Методические рекомендации МЗ КР. Бишкек, 2010, 36 с. Мусуралиев М.С., Кангельдиева А.А, Бошкеев Ж.Б., Макенжан уулу А. и др.).

Всего научных трудов – 215, в том числе монографии, руководства и учебные пособия для студентов и врачей по акушерству и гинекологии – 24, получено 9 патентов. Подготовил 4 докторов (Шаршенов А.К., 2001; Какеев Б.А.,

2007; Бейшембиева Г.Дж., 2011; Хушвахтова Э.Х., 2012) и 10 кандидатов наук.

Основное направление научной деятельности: проблемы акушерства и гинекологии в условиях высокогорья, охрана репродуктивного здоровья, органосохраняющие оперативные технологии. В настоящее время руководитель 3-х докторских диссертаций.

Женат, имеет троих детей и 6 внуков. Жена Молдобекова Уулкан Акматбековна врач терапевт высшей категории. Старший сын Алмаз кандидат медицинских наук, докторант КГМА им И.К. Ахунбаева. Марат – старший

преподаватель Академии Художеств, дочь – Мээрим обучается в аспирантуре. Внуки и внучки: Азим, Арууке, Акэмир - школьники, Айбике, Аскарбек, Акылай.

За многолетний добросовестный труд Макенжан Субанович Мусуралиев награжден грамотами Министерства Здравоохранения КР (1994, 1995), знаком «Отличник Здравоохранения КР» (1995 год) и Почетной грамотой Кыргызской Республики (№ПЖ-156 от 22.06.2011).

Уважаемый Макенжан Субанович, от всей души поздравляем Вас с юбилеем, желаем крепкого здоровья, счастья, долгих лет жизни,



Коллектив КГМА им И.К. Ахунбаева

70-ЛЕТНИЙ ЮБИЛЕЙ КАФЕДРЫ ГОСПИТАЛЬНОЙ ПЕДИАТРИИ (ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК)

Борякин Ю.В.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева
Кафедра госпитальной педиатрии с курсом неонатологии КГМА им. И.К.Ахунбаева
Бишкек, Кыргызская Республика

Не зная прошлого, невозможно понять подлинный смысл настоящего и цели будущего.

М.Горький

Спешите делать добро!

Доктор Гааз

Человеческая память не в состоянии зафиксировать лица всех людей, встреченных нами в течение жизни, однако образы тех, кто избавил нас от тяжелых недугов в далеком детстве, сохраняются и в трудную минуту греют добрым светом наши сердца.

В переломные годы Великой Отечественной войны, когда страна напрягала все силы для борьбы с фашистской агрессией, угрожавшей не только политическому строю, но и самому существованию многонационального советского народа, была создана кафедра детских болезней Киргизского медицинского института (ныне – кафедра госпитальной педиатрии с курсом неонатологии Кыргызской Государственной медицинской академии им. И.К.Ахунбаева).

В 1942 году эвакуированный в Киргизию ленинградский профессор Л.О.Финкельштейн создает подразделение, задачей которого стала подготовка специалистов детского здравоохранения. Низкий поклон ученым-педиатрам, в суровое время заботившихся о здоровье послевоенного поколения! Л.О.Финкельштейн, А.Т.Бальмагия, Б.Г.Мерсон – кто помнит сейчас эти имена? Не сохранилось даже фотографий этих людей... Однако именно они, представители ленинградской научной школы, стояли у истоков национальной педиатрической службы Кыргызской Республики.

Профессор Л.О.Финкельштейн заведовал кафедрой детских болезней с 1942 по 1945 год, доцент А.Т.Бальмагия – с 1945 по 1949 год, доцент Б.Г.Мерсон – с 1950 по 1951 год.

В 1952 году по приглашению медицинского института из Ленинграда прибывает видный

ученый-педиатр Борис Фабианович Шаган (1893-1982), широко известный не только в Советском Союзе, но и далеко за его пределами. Возглавив кафедру детских болезней, он выступает с рядом инициатив, направленных на совершенствование педиатрического образования и здравоохранения в республике.

Приоритетом педагогической деятельности Б.Ф.Шагана являлась подготовка квалифицированных практических и научных кадров. В 1956 году по его предложению в медицинском институте создается педиатрический факультет. При активном участии Бориса Фабиановича в 1961 году на базе республиканской детской больницы был организован Киргизский научно-исследовательский институт охраны материнства и детства (с 1974 года – Киргизский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии).

Круг научных интересов Б.Ф.Шагана отличался чрезвычайной широтой: под его руководством сотрудники кафедры успешно разрабатывали и решали проблемы физического развития детей в Кыргызстане, сердечно-сосудистых заболеваний, ревматизма, болезней крови, профилактики и лечения болезней новорожденных, туберкулеза и других инфекционных заболеваний. Работы Б.Ф.Шагана и его сотрудников Р.Ю.Ташматовой, К.П.Ни, И.Ф.Алексеевко, К.К.Кожоназарова, А.С.Исмаиловой, Р.К.Сабировой, Б.А.Асамбаевой, Т.Т.Топчубекова, Г.В.Авдеевой позволили уточнить состояние сердечно-сосудистой системы и белкового обмена у детей при ревматизме, пневмонии, туберкулезе, гепатите; раскрыть важные стороны патогенеза брюшного тифа,

диспепсии; разработать надежные критерии для объективного определения состояния здоровья детей. Все это способствовало в конечном итоге снижению заболеваемости и смертности детей в республике.

Благодаря усилиям Б.Ф.Шагана в Кыргызстане создается своя научная педиатрическая школа. Под его руководством защищено 5 докторских и 34 кандидатских диссертаций. Учениками Бориса Фабиановича являются такие известные в республике педиатры как А.А.Ильин (к.м.н., 1960), И.П.Манкина (к.м.н., 1960), Р.Ю.Ташматова (к.м.н., 1960), П.П.Афанасенко (к.м.н., 1964), К.П.Ни (к.м.н., 1965), Б.А.Асанбаева (к.м.н., 1965), Ш.И.Эркинбаев (к.м.н., 1965), Д.К.Кудаяров (к.м.н., 1966), Т.И.Львова (к.м.н., 1965), Т.И.Покровская (д.м.н., 1968), О.М.Миршакиров (к.м.н., 1968), И.Ф.Алексеев (к.м.н., 1968), Ю.И.Мануйленко (к.м.н., 1968), З.А.Дручевская (к.м.н., 1968), В.А.Валункова (к.м.н., 1968), Н.Б.Дядюченко (к.м.н., 1969), К.К.Кожоназаров (к.м.н., 1969), Н.Г.Брагина (к.м.н., 1969), А.С.Марков (к.м.н., 1969), М.Ж.Джунусов (к.м.н., 1970), С.Дж.Бокомбаева (к.м.н., 1970), Р.К.Сабилова (к.м.н., 1970), А.С.Исмаилова (к.м.н., 1970), Г.В.Авдеева (к.м.н., 1971), А.В.Лукашевич (к.м.н., 1971), В.С.Чихалова (к.м.н., 1970), М.С.Тульчинская (к.м.н., 1970) и другие.

Б.Ф.Шаган в течение многих лет являлся бессменным председателем Кыргызского общества детских врачей. За большие заслуги в области науки и детского здравоохранения ему присвоены звания заслуженного врача и заслуженного деятеля науки Кыргызской ССР. Он был награжден орденом «Знак Почета».

В соответствии с приоритетами республиканского здравоохранения, расширением детских лечебно-профилактических учреждений и увеличением потребностей в квалифицированных педиатрических кадрах в 1962 году в медицинском институте из кафедры детских болезней организуются две кафедры – кафедра педиатрии педиатрического факультета (заведующий профессор Б.Ф.Шаган) и кафедра педиатрии лечебного факультета, которую возглавляет одна из талантливейших учениц Бориса Фабиановича Т.И.Покровская.

В 1970 году на базе кафедры педиатрии педиатрического факультета было организовано четыре самостоятельных кафедры:

1. Кафедра госпитальной педиатрии (заведующий кафедрой д.м.н., заслуженный деятель науки Кыргызской ССР, профессор Б.Ф.Шаган);

2. Кафедра пропедевтической и факультетской педиатрии (заведующий кафедрой профессор Т.И.Покровская);

3. Кафедра детских инфекционных болезней (заведующий кафедрой профессор Н.М.Златковская);

4. Кафедра детской хирургии (заведующий кафедрой профессор В.С.Кононов).

Кафедрой педиатрии лечебного факультета стал заведовать доцент П.П.Афанасенко.

После ухода Б.Ф.Шагана на заслуженный отдых в 1972 году кафедра госпитальной педиатрии возглавила его ученица доцент Р.Ю.Ташматова. Дружелюбная Рабийга Юсуповна в лучших традициях своего предшественника создала на кафедре атмосферу добра и взаимопонимания. На базе подразделения организуется факультет усовершенствования врачей по педиатрии КГМИ (Алексеев И.Ф., Авдеева Г.В., Айманбетова К.Дж.). В этот период на кафедре проводятся научные исследования по проблемам ревматизма у детей и детской гастроэнтерологии, с 1981 года – по проблеме «Физиология и патология подростков».

В 1985 году во главе кафедры становится реформатор республиканского здравоохранения профессор Георгий Алексеевич Комаров. Под его руководством сотрудники кафедры (Л.М.Нарицына, Л.Я.Брагина, Ю.В.Борякин, В.Н.Сазаева) проводят многоплановое изучение неспецифических бронхолегочных и аллергических заболеваний у детей в Кыргызстане.

С 1987 года по настоящее время кафедрой заведует академик НАН КР, заслуженный деятель науки КР, лауреат Государственной премии, доктор медицинских наук, профессор Кудаяров Дуйше Кудаярович. Как один из организаторов не только медицинских научных исследований, но и педиатрической службы Кыргызстана, Д.К.Кудаяров 30 лет находился, из них 15 лет в должности заместителя директора по науке, 12 лет – директора НИИ акушерства и педиатрии (1977-1992). В связи с реорганизацией данного научного учреждения с 2004 г. и по настоящее время он продолжает работать Почетным директором Национального центра охраны материнства и детства.

Как широко известный ученый и специалист по педиатрии, признанный как один из ведущих ученых в странах СНГ в этой области, Д.К.Кудаяров добился научно-практических результатов в области детской гематологии, патологии и физиологии новорожденных детей. Основные научные труды академика Д.К.Кудаярова посвящены изучению возрастных аспектов формирования, диагностики, лечения и профилактики анемии у детей в различных климатогеографических зонах республики. В педиатрической практике предложены и апробированы новые методы лечения железодефицитных анемий с использованием обогащенного микроэлементами и витаминами биолакта, эритропоэтиновой плазмы в комплексе с препаратами железа.

Д.К.Кудаяров является создателем и руководителем большой научной школы детских гематологов в Кыргызстане, получившей широкое признание не только в Центрально-Азиатском регионе, но и за его пределами. На протяжении двух десятилетий он был бессменным председателем диссертационного совета по защите докторских и кандидатских диссертаций НЦОМид. Данный совет всегда лидировал как по активности проведения защит, так и по полноте и принципиальности при обсуждении диссертационных исследований и вынесению по ним окончательного вердикта.

Под руководством Дуйше Кудаяровича защищено 15 докторских и 38 кандидатских диссертаций. Его учениками являются такие известные в республике педиатры и организаторы здравоохранения как А.А.Муратов, Р.М.Кадырова, Т.Р.Омурбеков, К.А.Узакбаев, Т.С.Буйлашев, Г.И.Рыжикова, В.П.Алексеев, Б.Т.Тулбеков, С.Т.Табакалова и другие.

Д.К.Кудаяров является автором более 300 научных работ, 16 монографий, свыше 10 изобретений и патентов, 38 методических пособий и рекомендаций. Его монографии служат настольной книгой педиатров Кыргызстана на протяжении двух десятилетий. За разработку и внедрение детского продукта питания «Биолакт» в соавторстве с другими учеными он был заслуженно удостоен присуждения Государственной премии Кыргызской Республики в области науки и техники (1992).

Наряду с научно-педагогической деятельностью Д.К.Кудаяров ведет активную общественную работу. Он неоднократно

избирался членом райкома, депутатом райсовета. Дуйше Кудаярович является первым президентом конгресса педиатров тюркоязычных стран (1992). Свидетельством международного признания и высокой оценки его деятельности служит награждение серебряной медалью и Почетной грамотой Международного Биографического общества Кембриджского Университета (Великобритания) – «Выдающиеся кадры XX века» (1998).

Д.К.Кудаяров в 1989 году был избран членом-корреспондентом, а в 2000 году – действительным членом (академиком) НАН КР. Дуйше Кудаярович активно участвует в работе Академии наук, он неоднократно избирался членом бюро и председателем различных комиссий, энергично решал проблемы своей специальности «Педиатрия». В 2008 году он избран вице-президентом и председателем отделения химико-технологических, медико-биологических и сельскохозяйственных наук НАН КР.

Заслуги Д.К.Кудаярова по достоинству оценены правительством республики и народом. Он награжден медалью «За доблестный труд» (1970), Почетной грамотой Киргизской ССР (1972), значком «Отличник здравоохранения СССР», значком «Отличник профсоюзной работы СССР» (1975), медалью «Ветеран труда» (1986), орденом «Дружба народов» (1986), орденами «Манас» III степени (2003) и II степени (2010). В 2002 году ему присуждена Международная премия «Руханият».

Сотрудники кафедры решают широкий спектр научных проблем. Ряд сотрудников кафедры посвятили свои научные исследования гематологии детского возраста (Д.К.Кудаяров, Б.А.Асанбаева, И.Ф.Алексеев, А.С.Исмаилова, С.Г.Соколинская, К.А.Кудайбергенова, Ч.Д.Мамбетова, Ж.Ш.Мустапаева). Весомый вклад в развитие детской кардиоревматологии внесли работы Р.Ю.Ташматовой, Р.К.Сабириной, А.П.Поповой, Б.А.Мусуркуловой, А.А.Муратова, А.Ж.Болотбековой. В разные годы сотрудниками кафедры разрабатывались проблемы детской аллергологии (Л.М.Нарицына, В.Н.Сазаева, А.С.Молдогазиева, Н.Э.Жанузакова), гепатологии (Т.Т.Мамырбаева), часто болеющих детей (Р.Д.Алымкулов, Г.Б.Мамбеткулова), неонатологии (З.С.Садырбаева, Н.В.Вычигжанина).

В настоящее время на кафедре работает 11 сотрудников, из них 1 академик НАН КР, 1 доктор

медицинских наук, 8 кандидатов медицинских наук, 1 соискатель.

Научные исследования кафедры включают проблемы «Роль гормонального статуса в адаптации недоношенных детей с пренатальной гипотрофией», «Клинико-эпидемиологические аспекты нарушения ритма сердца у детей в условиях Кыргызстана», «Клинико-функциональная характеристика кардиальной патологии у детей на современном этапе».

Учебный процесс по педиатрии ведется на факультетах «Лечебное дело», «Педиатрия» и на факультете иностранных граждан. В соответствии с требованиями времени на кафедре применяются современные обучающие технологии, к которым изменено и адаптировано методическое обеспечение.

За последние 5 лет сотрудниками кафедры подготовлены и опубликованы 123 научных сообщения, 2 монографии, 4 методических

пособия для студентов, клинических ординаторов, врачей-интернов и практикующих врачей.

Традиционно на кафедре проводится лечебно-консультативная работа на базе Национального центра охраны материнства и детства, а также в лечебно-профилактических учреждениях республики. Сотрудники кафедры привлекаются Министерством здравоохранения к работе в экспертных комиссиях и международных проектах по педиатрическим аспектам здравоохранения Кыргызстана.

Кафедра госпитальной педиатрии является родоначальницей кафедр педиатрического профиля КГМА, где сохраняются все лучшие традиции высшей школы. Задачами кафедры является не только качественная подготовка специалистов, но и воспитание их в духе гуманизма и понимания, что здоровые дети – это будущее нации.

