

**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

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.
Кутгубаева К.Б.
Кутгубаев О.Т.

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

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
nauka555@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

ПРОБЛЕМЫ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Пятницкий Ю.С.

Экспериментальное изучение иммуномодулирующих свойств субстрата криоконсервированной кожи свиньи 7

Винокурова А.В., Куликова В.И.

Показатели системы крови у крыс семейства WISTAR с перевиваемой карциносаркомой walker 256 на разные сроки после перевивки 12

Луппа Г.С.

Законодательный подход к лечению редких заболеваний 14

ВОПРОСЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

Макенжан уулу Алмаз

Исходы критических случаев акушерских кровотечений в традиционной клинической практике 18

Саякова А. Т., Исакова Ж.К., Бейшенбиева Г.Дж.

Оценка физического развития девочек-подростков г. Бишкека 22

ВОПРОСЫ ГИГИЕНЫ И ПРОФИЛАКТИКИ

Антропова Л. К., Андронникова О. О., Астапенко К.А., Батлук Т.И., Куликов В. Ю.

Взаимосвязь социально-психологической адаптации и склонности к жертвенной позиции студентов с различным латеральным профилем 25

Раимкулов К.М., Куттубаев О.Т., Тойгомбаева В.С., Мамбет кызы Г., Ханбутаева Г.М.

Эпидемиологический анализ распространенности паразитарных заболеваний в Кыргызской Республике (1960-2011 гг.). 29

Сайдахметова Ч.Т., Джорбаева А.А., Сейдахметова А.Т., Султашев А.Д.

Влияние освещённости учебных аудиторий на функциональное состояние органа зрения студентов 34

Садыбакасова Г.К.

Распространенность инфицированности цитомегаловирусом среди больных в Ошской области 38

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Абдыкеримова М.С., Чыныева Д.К., Джолбунова З.К., Беделбаев М.К., Мамбетова Н.О. Острые респираторные вирусные инфекции у детей раннего возраста с гипоксически-ишемической энцефалопатией	42
Алымбаев Э.Ш., Кожоназарова Г.К., Малеванная В.А. Сравнительная оценка применения ингибиторов протонной помпы в комплексной терапии у детей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки	46
Атаканова А.Н., Неронова К.В., Керимкулова А.С., Миррахимов Э.М. Распространенность факторов риска здоровья среди студентов КГМА, КРСУ	50
Дуйшеналиев А.А. Морфометрические и гемодинамические показатели при постравматическом орхоэпидидимите	55
Джакыпбаев О. А., Маматысаева У.А. Изучение концентрации цитокинов у больных геморрагическим васкулитом в процессе комбинированного лечения	58
Жоомартова А., Леонтьева Н.С., Токтогазиев Б., Калиев Р.Р. Оценка систолической функции сердца у больных хронической почечной недостаточностью, находящихся на системном гемодиализе	61
Зинченко М.Л., Вычигжанина Н.В., Борякин Ю.В., Молдогазиева А.С., Болотбекова А.Ж. Особенности заболеваемости доношенных детей, родившихся с задержкой внутриутробного развития, в катамнезе	65
Исраилова А.С., Арыстамбекова М.А., Ормонбекова Н. Анализ случаев гипертензивных нарушений по КРД НЦОМ и Д	73
Калиев К. Р. Лечение острого коронарного синдрома у больных с почечной дисфункцией	77
Картанбаев Ж.Ж., Джумабеков С.А., Байгараев Э.А., Суеркулов Б.Т. Полисегментарное эндопротезирование крупных суставов при заболеваниях ревматоидном полиартрите и болезни Бехтерева	85

Кучумкулова Э. А., Юсупова Г.С., Калиев Р.Р. Эффективность комбинации амлодипина и лизиноприла у больных с гипертонической болезнью	89
--	----

Кушубакова Н., Жоомартова А., Леонтьева Н.С., Ибрагимова Т.М., Калиев Р.Р. Сравнительная характеристика систолической дисфункции левого желудочка у больных с ИМ с подъемом и без подъема сегмента ST	92
---	----

Оганова Н.Э. Корреляционные связи нейроэндокриноиммунных систем при диффузном токсическом зобе	97
---	----

Сарымсаков Т.Б. Ийин сөөгүнүн төмөнкү диафизардык сыныктарын хирургиялык жол менен дарылоо	101
---	-----

Смеликов Я.А., Касымбекова К.Т., Джолбунова З.К., Кадырова Р.М. Клинико-эпидемиологические особенности парвовирусной инфекции (В19) у детей	104
--	-----

Пустоветова М.Г., Павленко Д.В. Уровень эндотелиального фактора роста при хронической сердечной недостаточности	108
--	-----

Халилов К., Джангазиева А.А., Бектурдиев К.Б., Алтымышева Н.А., Багиева А., Диа Али Оценка современного состояния клинико -эпидемиологической ситуации по бруцеллезу (по материалам Республиканской клинической инфекционной больницы)	111
--	-----

Эралиева М.О., Куменова Д.А. Изменение регуляторных механизмов эритропоэза у больных апластической анемией под влиянием гипоксии	118
---	-----

Эджаз Ахмад Малик «Уплотненная» адъювантная химиотерапия – новая стратегия в лечении рака молочной железы	122
--	-----

ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ

Бакиев Б.А., Касенова Н.С., Чолпонбаев К.С., Дооталиева С.Ч., Именов Д.А. Инновационные подходы в комплексном лечении фурункулов и карбункулов челюстно-лицевой области	126
--	-----

Ешиев А.М., Эгемкулов А.Т. Лечение переломов мышечкового отростка нижней челюсти двухчелюстной иммобилизационно - реабилитационной назубной шиной	133
---	-----

**Шукпаров А.Б., Умаров А.М.,
Жартыбаев Р.Н., Бакиев Б.А.**

Хирургическая реабилитация костной ткани
дентоальвеолярной области челюсти с применением
биокомпозитных материалов 136

ВОПРОСЫ ФАРМАКОЛОГИИ И ФАРМАЦИИ

Арипов Ш.Т., Алиев С.У., Зайнутдинов Х.С.

Анализ ассортимента инсулинсодержащих лекарственных средств,
представленных на фармацевтическом рынке Узбекистана 141

**Байсеитова А.Ж., Мураталиева А.Д.,
Зурдинов А.З., Рогова Н.А.**

Эндемическое эфирномасличное растение–Перовския
норичниковолистная, произрастающее в Кыргызстане 146

Дооталиева Т.Ч., Чолпонбаев К.С., Дооталиева С.Ч.

Анализ льготного лекарственного обеспечения граждан
Кыргызской Республики при отдельных заболеваниях
на амбулаторном уровне по Программе государственных гарантий 150

Кузнецов И. Э.

Изучение эффективности новой мази на модели
неаллергического контактного дерматита 154

**Усупбекова А.Р., Таштанбекова Ч.Б.,
Чолпонбаев К.С., Дооталиева С.Ч.**

Фармакогностическое описание перовскийи полынной
(PEROVSKIA ABROTANOIDES KAREL) 158

ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ

Бабакулов К.К., Алиев М.Ж., Каниетов А.К.

Химиопрофилактика рецидива эхинококкоза 162

Касыев Н.Б., Баширов Р.М., Нурбекова А.

Заболеваемость гидатидозным эхинококкозом населения
Кыргызской Республики 165

**Курбонов Х.Х., Файзуллаев А.Х., Абдуллоев Д.Д.
Зухуров Х.Д., Шамиров Х.Г.**

Дооперационная диагностика желчнокаменной болезни
на этапах оказания медицинской помощи 169

Мадаминов Э.М.

Абдоминализация полости фиброзной капсулы
в лечении эхинококкоза печени 173

СОДЕРЖАНИЕ

Сыргаев Д. Т., Сыдыгалиев К. С., Шатманова Ш. К. Операция: илеоасцендостомия с управляемой илеостомой	175
---	-----

Токтосунов А.С. Лечение рецидивного холедохолитиаза у лиц пожилого и старческого возраста	180
--	-----

Усубакунов У.Э. Показатели системной воспалительной реакции в экстренной хирургии	183
--	-----

ВРАЧИ МИРА ПРОТИВ ЯДЕРНОЙ ВОЙНЫ

Бримкулов Н.Н., Байзаков А.Ж., Кулекова Ж.К. К миру, свободному от ядерного оружия. О работе XXI всемирного конгресса международного движения «врачи мира за предотвращение ядерной войны» (Астана, Казахстан, 25-29 августа 2014г)	186
--	-----

ЮБИЛЕЙ

Джайлобаев Асан Джайлобаевич	192
------------------------------	-----

АКЫЛ-ТИРЕК

Ежегодный конкурс «Акыл Тирек»	193
--------------------------------	-----

ПАМЯТЬ

Шаршенов Асанбек Карыпбекович	196
-------------------------------	-----

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИХ СВОЙСТВ СУБСТРАТА КРИОКОНСЕРВИРОВАННОЙ КОЖИ СВИНЬИ

Пятницкий Ю.С.

Национальный фармацевтический университет

Харьков, Украина

Резюме. Целью исследования стало изучение иммуотропных свойств субстрата криоконсервированной кожи свиньи (СККС) на мышах с нормальным иммунным статусом и в условиях экспериментальной патологии – контактного дерматита у морских свинок. Установлено, что профилактическое введение СККС животным с нормальным иммунным статусом стимулирует фагоцитарную функцию лимфоцитов, не влияет на антителогенез и угнетает развитие реакции ГЗТ. В условиях аллергического дерматита СККС снижает выраженность воспаления и нормализует уровень иммуноглобулинов. Полученные результаты свидетельствуют об иммуномодулирующих свойствах СККС и обосновывают целесообразность дальнейшего изучения препарата с целью создания высокоэффективного противоаллергического средства для патогенетической терапии аллергодерматитов.

Ключевые слова: пероральная иммунологическая толерантность, субстрат криоконсервированной кожи свиньи, противовоспалительные, иммуномоделирующие свойства.

EXPERIMENTAL RESEARCH OF THE IMMUNOMODULATORY PROPERTIES OF THE CRYOPRESERVED PIG SKIN SUBSTRATE

Pyatnitsky Y.S.

National University of Pharmacy

Kharkov, Ukraine

Resume. The objective of this research has been the study of immunotropic properties of the cryopreserved pig substrate (CPSS) in guinea pig in the experimental pathology, such as a contact dermatitis guinea pigs. The guinea pigs had a normal immune status. It has been defined, that prophylactic administration of CPSS to animals stimulates the phagocytic function of lymphocytes, has no effect on antibody response and inhibits the growth of DTH reaction. In terms of allergic dermatitis CPSS decreases the severity of inflammation and normalizes the level of immunoglobulins. These results indicate immunomodulatory properties of CPSS and make it appropriate for further study to create antiallergic agent for highly pathogenic therapy of allergic dermatitis.

Keywords: oral immune tolerance, cryopreserved pig skin substrate, antiinflammatory, immunomodulatory properties.

Введение. Неуклонный рост больных аллергией за последние десятилетия позволяет говорить о пандемии этого заболевания. Несмотря на достаточно широкий арсенал противоаллергических фармакологических средств проблема разработки рациональных и безопасных мер для терапии аллергических заболеваний остается нерешенной. В настоящее время, наиболее патогенетическим лечебным мероприятием аллергических состояний является аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ) и ее разновидностью является пероральная иммунотерапия (ПИТ) [1], суть которой состоит в том, что при контакте определенного или гомологичного по структуре АГ с иммунной системой, ассоциированной с желудком и кишечником (GALT) развивается совместная супрессия клеточного и гуморального иммунитета. С позиций ПИТ перспективным направлением является использование препаратов на основе структурных белков животного происхождения. Одним из таких препаратов является субстрат криоконсерви-

рованной кожи свиньи (СККС). Теоретически, пероральное поступление СККС как источника антигенов (клеточных элементов кожи свиньи (эластиновых, ретикулярных, коллагеновых волокон соединительной ткани дермы), будет способствовать формированию у больных аллергодерматитом состояния активной иммунологической ареактивности к антигенам кожи [2].

Целью данной работы стало изучение иммуотропных свойств СККС на мышах с нормальным иммунным статусом и в условиях экспериментальной патологии – контактного дерматита у морских свинок.

Материалы и методы. Исследования проведены с соблюдением правил «Европейской конвенции по защите позвоночных животных, которых используют для экспериментальных и научных целей» (Страсбург, 1986) [3]. Содержание животных во время проведения эксперимента соответствовало действующим нормам.

Влияние СККС на состояние неспецифического иммунитета оценивали по динамике

процесса фагоцитоза нейтрофилами частиц латекса после их совместной инкубации в течение 5, 30 и 60 мин при $t\ 37^{\circ}$. Определяли показатели: фагоцитарный индекс (FI) – на 100 клеток подсчитывали процент фагоцитирующих клеток; фагоцитарное число (FU) – среднее количество частиц латекса, поглощенного одним нейтрофилом [4].

Для изучения влияния СККС на гуморальный иммунитет мышам предварительно в течение 2-х недель и весь период иммунизации вводили внутрижелудочно изучаемое вещество в дозе 200 мг/кг. Животным контрольной группы вводили воду. Мышей иммунизировали однократным внутрибрюшинным введением 3% суспензии эритроцитов барана (ЭБ) в дозе 0,2 мл/20 г массы тела животного. Определение количества антителообразующих клеток (АОК) в селезенке методом локального гемолиза в геле [5] и титров гемагглютининов (ГА) и гемолизinov (ГЛ) в сыворотке крови мышей, по реакции агглютинации [6], проводили на 5-е сутки после иммунизации ЭБ.

Состояние клеточного иммунитета на фоне применения препарата определяли в тесте гиперчувствительности замедленного типа, по методу К.Р. Kitamura [7]. Исследуемое вещество, животным вводили по схеме, приведенной выше. Мышей иммунизировали однократным внутрибрюшинно введением суспензии ЭБ в дозе $2 \cdot 10^5$ клеток/мл в объеме 0,5 мл раствора Хэнкса на 20 г массы тела. Разрешающую дозу ЭБ вводили под апоневротическую пластинку одной из задних конечностей мышей на 5-е сутки (опыт). В контралатеральную лапу вводили физиологический раствор в том же объеме (контроль). Оценку местной реакции проводили через 24 часа, рассчитывая индекс реакции (ИР) по формуле:
$$ИР = (M_{\text{опыт}} - M_{\text{контроль}}) / M_{\text{контроль}} \times 100 \%,$$
 где $M_{\text{опыт}}$ – масса опытной лапы; $M_{\text{контроль}}$ – масса контрольной лапы.

Влияние СККС на образование иммуноглобулинов изучали на модели аллергического контактного дерматита (АКД) у морских свинок, вызванного 5% раствором 2,4-динитрохлорбензолом (ДНХБ) по методике Залкан П.М. и Ивлевой Е.А. [8]. Разрешающую дозу вводили на 21-й день. На 22-е и 26-е сутки от начала опыта у животных внутрисердечно собирали кровь для определения уровня иммуноглобулинов А, М, G и содержания циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) [9].

Полученные экспериментальные данные обрабатывали параметрическими (критерий Ньюмана-Кейлса) и непараметрическими (критерий Вилкоксона Манна-Уитни) методами вариационной статистики с помощью стандартного пакета статистических программ «Statistica, v.6,0». Различия между контрольными и опытными группами считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. На первом этапе изучали влияние СККС на фагоцитарную функцию нейтрофилов (ФАН), поскольку в формировании ПИТ значительную роль играют фагоциты, осуществляя презентацию антигена иммунокомпетентным клеткам и элиминацию антигенных фрагментов из организма. Установлено, что введение СККС в дозе 200 мг/кг в течение двух недель существенно повышало фагоцитарную функцию нейтрофилов. Под влиянием СККС достоверно повышались фагоцитарный индекс (FI) и фагоцитарное число (FU), т.е. увеличивалось как количество фагоцитирующих клеток, так и количество поглощенных ими частиц латекса (табл. 1). Причем, если в группе животных интактного контроля максимальная активность наблюдалась на 60-ю минуту инкубации, СККС стимулировал фагоцитоз уже на пятой минуте инкубации: FI был выше чем в группе интактного контроля в 2,6 раза (табл. 1). Таким образом, введение СККС способствовало повышению скорости фагоцитоза.

Профилактическое введение СККС мышам в дозе 200 мг/кг не вызывало активации или угнетения антителогенеза, поскольку количество АОК в селезенке и титры ГА и ГЛ в сыворотке крови предварительно иммунизированных мышей не менялись (табл. 2).

При оценке функциональности клеточного иммунитета установлено, что двухнедельное введение СККС мышам в дозе 200 мг/кг приводило к угнетению иммунной реакции, индуцированной введением тимусзависимым антигеном ЭБ: индекс реакции в этой группе был достоверно ниже значений иммунизированного контроля и не отличался от ИР, зафиксированного в группе интактных животных (табл. 3).

Целью следующего фрагмента работы стало изучение иммуотропных свойств СККС в условиях аллергического контактного дерматита (АКД) у морских свинок, индуцированного ДНХБ, который при нанесении на кожу провоцирует развитие аллергической реакции, адекват-

Таблица 1
Изучение биологической активности СККС в тесте фагоцитарной активности нейтрофилов

Группы животных	5 мин. инкубации			30 мин. инкубации			60 мин. инкубации		
	FI	FU	IFI	FI	FU	IFI	FI	FU	IFI
Интактный контроль	6 (5; 7)	3,5 (3,2; 4,1)	0,16 (0,14; 0,29)	30,0 (28,0; 35,0)	4,5 (4,3; 4,9)	1,33 (1,3; 1,5)	46,0 (38,0; 51,0)	6,04 (5,2; 6,6)	2,78 (2,57; 3,22)
СККС, 200 мг/кг	15,5* (9; 19)	3,8 (3,3; 4,1)	0,62* (0,33; 0,73)	42,0* (38,5; 47,5)	5,8* (4,7; 6,5)	2,5* (2,1; 2,9)	59,0 (44,0; 66,5)	6,8 (5,5; 7,6)	4,51 (2,43; 5,12)
Тималин, 3,6 мг/кг	6 (5; 12)	3,3 (2,8; 4,8)	0,29 (0,14; 0,40)	38,0* (31,0; 45,0)	5,7* (5,6; 6,7)	2,5* (1,8; 2,5)	52,5 (45,0; 61,0)	5,6* (4,4; 6,4)	3,05* (2,4; 3,8)

Примечания: * – отличия достоверны по отношению к интактному контролю,

$p < 0,05$;

$n = 6-10$ – количество животных в группах.

Таблица 2

Влияние СККС на гуморальный иммунитет мышей (*Me (Q25; Q75)*)

Группы животных	n	Количество АОК (на селезенку)	Титры ГА, <i>Log₂</i>	Титры ГЛ, <i>Log₂</i>
Иммунизированный контроль (ЕБ)	8	8340 (6480; 11360)	7 (6; 8,5)	11 (10; 11)
СККС, 200 мг/кг	8	6760 (3960; 8560)	9,5 (8; 10)	9 (8,5; 11)

Примечание. * – отличия достоверны по отношению к иммунизированному контролю, $p < 0,05$

Таблица 3

Влияние СККС на клеточный иммунитет мышей (=10)

Группы животных	n	Дозы, мг/ кг	Индекс реакции (<i>Me (Q25; Q75)</i>)
Интактный контроль	10	–	5,5 (4,5; 5,6)
Иммунизированный контроль (ЕБ)	10	–	11,7 (9,4; 12,3)*
СККС	10	200	6,5 (3,6; 8,5)**

Примечания. * – отличия достоверны по отношению к интактному контролю, $p < 0,05$;

** – отличия достоверны по отношению к иммунизированному контролю, $p < 0,05$.

Таблица 4

Влияние СККС на уровень иммуноглобулинов в крови морских свинок с аллергическим контактным дерматитом, вызванным ДНХБ (*Mean±St.err.*)

Группы животных	n	Срок наблюдения, дни	Уровень иммуноглобулинов, г/л			
			Ig A	Ig M	Ig G	ЦИК, ум. од.
Интактный контроль	10	22	0,13±0,04	0,80±0,10	1,24±0,03	9,83±1,97
		26				
Позитивный контроль	8	22	0,61±0,07*	1,14±0,15	2,31±0,16	24,14±2,95
		26	0,77±0,12*	0,79±0,19	2,22±0,16	32,01±3,15
СККС, 200 мг/кг	12	22	0,18±0,02#	0,42±0,06	1,46±0,03	11,20±0,70
		26	0,213±0,02#	0,58±0,11	1,70±0,10	10,60±0,8

Примечания. * – отличия достоверны по отношению к интактному контролю, $p < 0,05$;

– отличия достоверны по отношению к позитивному контролю (ДНХБ), $p < 0,05$;

ватной основным клиническим проявлениям аллергодерматита у человека [8].

Установлено, что нанесение завершающей аппликации ДНХБ на интактный участок кожи животных вызвало развитие аллергического воспаления. На месте нанесения аллергена наблюдали отек тканей, гиперемию с явлениями геморрагий и выраженной инфильтрацией, у некоторых животных образовывались геморрагические язвы с корками. В крови достоверно

повышались уровни иммуноглобулинов А, М, G и циркулирующих иммунных комплексов соответственно в 4,7; 1,4; 1,9 раза на 22-е сутки наблюдения, которые продолжали расти (табл. 4). Уровень Ig M на 26 сутки возвращался к исходному уровню интактных животных (табл. 4). Повышенное содержание ЦИК в группе животных с аллергодерматозом на 26-е сутки наблюдения подтверждает развитие иммунопатологических реакций как следствие сенсибилизации ДНХБ.

Образовавшиеся комплексы антиген-антитело активируют комплемент, усиливают хемотаксис нейтрофилов, высвобождают кинины, простагландины и другие медиаторы, которые индуцируют воспалительную реакцию [10]. По данным литературы признаком нарушения функциональной активности иммунной системы в условиях АКД, вызванного ДНХБ, является снижение уровня Ig A, основного иммуноглобулина, связывающего антигены, попадающие через кожные покровы [10]. В нашем опыте уровень Ig A и G, наоборот, повышается, что свидетельствует об усилении антителообразования с целью инактивации антигена и ускорения его элиминации. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о существенном нарушении иммунитета животных с аллергодерматитом.

Введение СККС на протяжении всего срока сенсибилизации и после разрешающей аппликации аллергена способствовало снижению как выраженности АКД (существенно снижалась гиперемия и отечность тканей) так и нормализации уровня сывороточных Ig A, M, G и ЦИК.

Известно, что развитие АКД протекает по механизму реакции ГЗТ, в основе которой лежит сенсибилизация Т-лимфоцитов хелперов первого типа (Th1) антигеном. После первого контакта с антигеном увеличивается количество сенсибилизированных CD4⁺ Т-лимфоцитов, часть из которых является Т-лимфоцитами памяти. Повторное попадание антигена в организм происходит активация Th1, которые выделяют цитокины клеточного иммунитета – INF- γ , IL-2, IL-12 [11].

На основании полученных данных можно предположить, что пероральное введение СККС животным в дозе 200 мг/кг как мышам с нормальным иммунным статусом так и морским свинкам с аллергодерматозом стимулирует образование специфических, по отношению к антигенным детерминантам, Т-клеток памяти, а также зрелых эффекторных Th1 и Th2 лимфоцитов [11]. После повторного контакта организма с антигеном зрелые Th1 (лимфоциты воспаления), активируют макрофаги к внутриклеточному перевариванию, и образуют хемоаттрактанты, стимулирующие попадание макрофагов, нейтрофилов и других клеток воспаления из кровотока в очаг воспаления, которые, в свою очередь, высвобождают неспецифические медиаторы воспаления. В результате указанных процессов происходит снижение выраженности воспаления в месте повторного введения антигена и обеспечи-

вается эффективная защита от антигенного воздействия. В пользу этого предположения также свидетельствуют данные о стимулирующем влиянии СККС на фагоцитарную функцию нейтрофилов и угнетающем влиянии на развитие реакции ГЗТ у нормальных животных.

Таким образом, в результате проведенных исследований установлено, что профилактическое введение СККС животным с нормальным иммунным статусом стимулирует фагоцитарную функцию лимфоцитов, не влияет на антителогенез и угнетает развитие реакции ГЗТ. В условиях аллергического дерматита СККС снижает выраженность воспаления и нормализует уровень иммуноглобулинов. Полученные результаты свидетельствуют об иммуномодулирующих свойствах СККС и обосновывают целесообразность дальнейшего изучения препарата с целью создания высокоэффективного противоаллергического средства для патогенетической терапии аллергодерматитов.

Литература:

1. І.В. Корицька Алергія та алерген-специфічна імунотерапія. Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. № 4 (63) 2013. – С 73-74.
2. Leonard SA, Martos G, Wang W, Nowak-Węgrzyn A, Berin MC. Oral immunotherapy induces local protective mechanisms in the gastrointestinal mucosa. // *J Allergy Clin Immunol.* – 2012. – V. 129, № 6. – P. 1579-1587
3. Надлежащая производственная практика лекарственных средств // Под.ред. Н.А.Ляпунова, В.А.Загория, В.П.Георгиевского, Е.П.Безуглой. – К.:МОРИОН, 1999. – С.508-545.
4. Гордиенко Г.И., Бородин Т.М., Дудина Т.А., Самсыгина Г.А. Способ исследования поглотительной и метаболической активности нейтрофилов периферической крови методами фагоцитоза и НСТ-теста // *Педиатрия.* – 2003. – № 5. – С 1-3.
5. Ierne K.N., Nordin A.A. Plaque formation by single antibody – producing cells // *Science.* – 1963. – V. 140. – P. 405-406.
6. Иммунологические методы /Под ред. Х.Фримеля. – М.: Медицина, 1987. – 472 с.
7. Kitamura K. A Foodpad weigh assay method to evaluate delayed-type hypersensitivity in the mouse // *J. Immunol. Methods.* – 1980. – V. 39. – P. 277-283.
8. Залкан П.М., Иевлева Е.А. Экспериментальная модель аллергического дерматита. В кн. Актуальные вопросы профессиональной дерматологии. – М., – 1965. – 106 с.
9. Меньшиков В.В. Лабораторные методы исследования в клинике: Справочник / Под. ред. Меньшикова В.В. – Медицина, 1987. – 368 с.
10. Кожа (строение, функция, общая патология и терапия) / Под ред. А.М. Чернуха Е.П., Фролова М.: Медицина, 1982. – 335 с.
11. А. Ройт. Основы иммунологии. Пер. с англ. – М: Мир. 1991. – С. 236-238.

ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ КРОВИ У КРЫС СЕМЕЙСТВА WISTAR С ПЕРЕВИВАЕМОЙ КАРЦИНОСАРКОМОЙ WALKER 256 НА РАЗНЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ПЕРЕВИВКИ

Винокурова А.В., Куликова В.И.

ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России,
НОУ ВПО Новосибирский гуманитарный институт
Новосибирск, Россия

Резюме. Исследованы показатели периферической крови, а также состояние костномозгового кроветворения крыс-самцов линии Вистар с перевиваемой карциносаркомой Walker-256. Суспензию клеток перевиваемой карциносаркомой Walker-256 вводили в мышцу бедра в дозе клеток. Для получения сыворотки крови крыс декапитировали под эфирным наркозом, спустя пять суток с момента перевивки опухоли, на 6-е, 9-е, 13-е, 20-е, 28-е сутки эксперимента. Для оценки показателей были произведены расчеты показателей периферической крови крыс. На всех сроках наблюдалось прогрессивное снижение количества эритроцитов и клеток костного мозга.

Ключевые слова: Карциносаркома Walker 256, гемопоэз, лейкопоэз, костномозговое кроветворение

FINDINGS OF BLOOD SYSTEM OF RATS WISTAR FAMILY WITH TRANSPLANTABLE CARCINOSARCOMA WALKER 256 FOR VARIOUS PERIODS AFTER INOCULATION

Vinokurova A.V., Kulikova V.I.

SBEI HPE Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health
NEI HPE Novosibirsk Humanitarian Institute
Novosibirsk, Russia

Resume. Findings of peripheral blood and condition of marrowy blood formation of rat- males of the line Vistar from transplantable carcinosarcoma Walker 256 were investigated. Suspension of cages of transplantable carcinosarkoma Walker-256 entered into a hip muscle in a dose 10^6 . For receiving serum of blood of rats it was made decapiting under a radio anesthesia for the 6th, 9th, 13th, 20th, 28th days of experiment from the moment of a tumor transplanting. For an assessment of indicators calculations of indicators of peripheral blood of rats were made. On all terms it was observed progressive decrease in quantity of erythrocytes and cells of marrow

Key words: Carcinosarcoma Walker 256, hemopoiesis, leicopoiesis, bone-marrow hemopoiesis

Как правило, развитие в организме злокачественной опухоли сопровождается не только местными изменениями, связанными с нарушением структуры и функции ткани того или иного органа, кровоизлиянием, болевыми ощущениями, но и общими изменениями в системе крови, заболеваниями суставов и кожи, лихорадкой и рядом других нарушений. Проблема взаимоотношений злокачественной опухоли и организма-хозяина всегда была в центре внимания научного сообщества (Конопляников А.Г., Конопляникова О.А., 1973.). Классические исследования в этом направлении были выполнены академиками А.Д. Тимофеевским и Д.И. Гольдбергом (1992). Существуют также наблюдения, свидетельствующие об угнетающем влиянии опухоли на костномозговое кроветворение (Локтюшина Т.А., 1982.).

В настоящее время во всем мире ведется большое количество исследований по изучению

патогенеза и методов воздействия на опухоль. Благодаря более глубокому пониманию механизмов воздействия опухоли на организм возможен поиск новых путей подавления опухолевого роста призванного стать в будущем направлением, основанным на патогенетических методах лечения больных злокачественными новообразованиями.

Задачи исследования

Определить нормальные показатели периферической крови у крыс семейства wistar до перевивания карциносаркомы Walker 256. Определить показатели периферической крови в исследуемых группах на разные сроки после перевивки. Провести корреляционный анализ между показателями периферической крови крыс Вистар на разных сроках после воздействия карциносаркомы на гемо- и лейкопоэз.

Цель настоящего исследования: изучить показатели системы крови у крыс семейства Wistar с перевиваемой карциносаркомой Walker 256 на разные сроки опухолевого роста.

Материалы и методы исследования

Исследования проведены на крысах-самцах линии Wistar (возраст 2,5 мес.), полученных из вивария ЦНИЛ НГМУ. Использовали перевиваемый штамм карциносаркомы Walker 256, поддерживаемый *in vivo* (лаборатория физиологической генетики Института цитологии и генетики СО РАН, Новосибирск) (Хегай И.И. и др., 2008; Jacobson M.D., 1996; Monte O. et al., 2005). Работу с животными проводили с соблюдением принципов гуманности, изложенных в директивах Европейского сообщества (86/609/ЕЕС) и Хельсинкской декларации всемирной медицинской ассоциации о гуманном обращении с животными (1996). Содержание и уход за животными, и выведение их из эксперимента осуществляли в соответствии с «Правилами проведения работ с использованием экспериментальных животных». Экспериментальные животные разделены на 2 группы. I Группа (40 крысы) – после перевития опухоли Walker 256, группа контроля (II группа) состояла из 10 лабораторных животных. Исследования проводили в зависимости от сроков с момента перевития опухоли: на 6-е, 9-е, 13-е, 20-е и 28 сутки.

Результаты исследования и обсуждение

В группе животных с перевиваемой опухолью количество эритроцитов в периферической крови постепенно уменьшалось в течение всего периода наблюдения и на 20-е сутки в 1,4 раза было достоверно ниже контрольного ($p \leq 0,05$). Со стороны общего содержания лейкоцитов в периферической крови в этой группе отмечалось повышение уже на 6-е сутки наблюдения и достигало максимума на 20-е сутки после перевивки опухоли. Суммарное количество клеток костного мозга у крыс с перевиваемой опухолью достоверно не отличалось от таковой величины в контрольной группе, но имело тенденцию к снижению. Следует отметить, что в этой экспериментальной группе к концу наблюдения (28-е сутки эксперимента), регистрировалась 100%-ая гибель животных.

Выводы

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют, что развитие опухоли у экспериментальных животных приводит к прогрессирующему снижению количества эритроцитов в периферической крови и клеток костного мозга. Полученные данные, по всей вероятности, является следствием токсического влияния продуктов метаболизма растущей опухоли на гемо- и лейкопоэз.

Литература:

1. Bergers G., Benjamin L.E. Tumorigenesis and the angiogenic switch // *Nat. Rev. Cancer*. 2003. 3. 401–410.
2. Beutler E. Red cell metabolism and storage // *Scientific basic of transfusion medicine*, Philadelphia, 1994
3. Finch C. A. Some quantitative aspects of erythropoiesis // *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1959,
4. Козинец Г.И., Погорелов В.М., Шмаров Д.А. Клетки крови. Современная технология их анализа, М, Триада фарм., 2002г.
5. Богатова Н.П., Мешалкин Ю.П., Изаак Т.И. и др. Микроциркуляторное русло экспериментальной лимфосаркомы и метастазирование опухолевых клеток при введении наночастиц // *Бюл. СОРАМН*. 2008. 5. 18–25.
6. Бышевский А.Ш., Терсенов О.А. Биохимия для врача. Екатеринбург: Уральский рабочий, 1994. — 384 с.
7. Васильев Ю.М. Соединительная ткань и опухолевый рост в эксперименте. -М.: Медгиз, 1961. — 140 с.
8. Васильев Ю.М., Гельфанд И.М. Взаимодействие нормальных и неопластических клеток со средой. — М.: Наука, 1981. — 220 с.
9. Каленкин С.М. Клинико-диагностическое значение показателей автоматизированного исследования ретикулоцитов // *Диссертация к.м.н.*, Москва, 2004г.
10. Гланц С. Медико-биологическая статистика. — М.: Практика, 1998. 459 с.

ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ РЕДКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Луппа Г.С.

ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России
Новосибирск, Россия

Резюме. Термин «орфанные болезни» (редкие болезни, англ. orphan disease) впервые появился в январе 1983 года в США при принятии закона «Orphan Drug Act», предназначенного для поощрения фармацевтических компаний к разработке препаратов для лечения болезней, которые имеют небольшой рынок. Согласно этому закону, компании, которые разрабатывают такие лекарства, могут продавать их без конкурса в течение семи лет и имеют налоговые льготы на клинические испытания. Не существует единого, широко принимаемого определения орфанных заболеваний. Не существует какого-то единого уровня распространенности заболевания в популяции, при котором его начинают считать редким.

Ключевые слова: лечение, редкие заболевания, законодательство.

LEGISLATIVE APPROACH TO TREATMENT OF RARE DISEASES

Luppa G.S.

SBEI HPE Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health
Novosibirsk, Russia

Resume. The term “orphan disease” (rare diseases, Eng. Orphan disease) first appeared in January 1983 in the United States in making the law «Orphan Drug Act», designed to encourage pharmaceutical companies to develop drugs for diseases that have a small market. According to this law, companies that develop these drugs can sell them without competition for seven years and have tax credits for clinical trials. There is no single, widely accepted definition of orphan diseases. There is no single level of disease prevalence in the population, in which it considered a rare start.

Keywords: treatment, rare diseases, legislation

Орфанное заболевание - это угрожающее жизни и здоровью хроническое заболевание, которое имеет настолько низкую встречаемость, что необходимо применение специальных усилий для предотвращения заболеваемости, ранней смертности и повышения качества жизни больных

В США Акт о редких заболеваниях (Rare Disease Act) 2002 года определяет орфанные болезни как «болезни или состояния, затрагивающие менее 200 000 людей в США». В Японии орфанные болезни определяются как болезни, затрагивающие менее 50 000 пациентов. В России этот критерий – частота встречаемости 10:100 000 населения. Евросоюз принял следующее определение орфанных болезней: «Орфанное заболевание — это угрожающее жизни и здоровью хроническое заболевание, которое имеет настолько низкую встречаемость, что необходимо применение специальных усилий для предотвращения заболеваемости, ранней смертности и повышения качества жизни больных».

В январе 2012 года вступает в силу

федеральный закон «об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», в котором есть статья о редких (орфанных) заболеваниях. Ранее при работе над законом был составлен перечень заболеваний и регистр пациентов, страдающих этими заболеваниями. Создается система оказания помощи больным с орфанными заболеваниями.

Минздравсоцразвития России подготовило перечень редких (орфанных) заболеваний:

1. Гемолитико – уремический синдром
2. Пароксизмальная ночная гемоглобинурия (Маркиафавы – Микели)
3. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура(синдром Эванса)
4. Классическая фенилкетонурия
5. Другие виды гиперфенилаланинемия
6. Тирозинемия
7. Нарушения обмена гистидина

8. Болезнь «кленового сиропа»
9. Изовалериановая ацидемия
10. Метилималоновая ацидемия
11. Пропионовая ацидемия
12. Гомоцистинурия
13. Глюкарикацидурия
14. Гиперлизинемия
15. Болезнь Помпе
16. Недостаточность галактокминазы
17. Галактоземия
18. Болезнь Фабри (-Андерсон)
19. Болезнь Нимана – Пика
20. Мукополисахаридоз тип I
21. Мукополисахаридоз тип II
22. Мукополисахаридоз тип VI
23. Нарушение обмена меди (Болезнь Вильсона)
24. Легочная (артериальная) гипертензия (идиопатическая) (первичная)

В своей работе я рассмотрю три из приведенного выше перечня, имеющих на территории НСО. Это мукополисахаридоз II типа, болезнь Помпе, болезнь Фабри (-Андерсон). Использованы были статьи и книги по генетике и описанию орфанных заболеваний. И перечень орфанных заболеваний РФ.

Мукополисахаридоз II типа (МПС II, синдром Хантера) — X-сцепленно рецессивно наследуемое заболевание, вызванное снижением активности лизосомного фермента идуро-нат-2-сульфатазы и приводящее к прогрессирующему накоплению в клетках больного гликозаминогликанов, дерматан и гепарансульфата. Существуют два варианта болезни А и В. При варианте А все симптомы выражены, болезнь протекает тяжело, с умственной отсталостью; смерть наступает до 15 лет. При варианте В течение болезни легкое, умственная отсталость выражена

незначительно или отсутствует, больные нередко доживают до 30 лет. Обычно пациенты погибают от сердечнососудистой декомпенсации. Заболевание впервые описано в 1917 г. канадским терапевтом Ч. Хантером, который проанализировал и описал клиническую картину заболевания у двух братьев 8 и 10 лет с грубыми чертами лица, умственной отсталостью и характерными данными рентгенограмм суставов конечностей. Частота встречаемости МПС II в мире составляет 1:170 000 новорожденных мальчиков.

Синдром Хантера — единственный МПС, который наследуется по X-сцепленному рецессивному типу. Болеют преимущественно лица мужского пола, мать больного в большинстве случаев является гетерозиготной носительницей патологического гена. 20 июня 2005 года американская фармацевтическая компания Shire Human Genetic Therapies Inc. (Кембридж) объявила о последних положительных результатах клинических исследований с использованием препарата Элапраз (Elaprase) для лечения пациентов с синдромом Хантера (Гунтера). Компания представила полные данные по исследованию на медицинском собрании осенью 2005 года. В ноябре 2005 года компания Shire подала заявку в Управление контроля продуктов и лекарств США (FDA) на регистрацию препарата, а 24 июля 2006 года FDA официально одобрила производство и распространение препарата заместительной терапии Elaprasen для лечения мукополисахаридоза II типа. В июле 2006 года препарат прошел лицензирование в США, а в 2007 году - в Европе. В России он зарегистрирован в марте 2008 года. В настоящее время это единственный препарат в мире, реально улучшающий состояние больных синдромом Хантера. Препарат представляет собой рекомбинантный человеческий фермент iduronate-2-sulfatase - это ферментозаместительная терапия, то есть тот самый «дворник», вычищающий организм. Механизм лечения синдрома Хантера Элапразом похож на механизм лечения диабета инсулином: ввел инсулин - полноценный человек, не ввел - человек умирает.

Синдром Помпе (описан нидерландским врачом J.-C. Pompe, 1901–1945; синоним – гликогеноз типа II) – возникает в результате мутации в гене лизосомной кислой α-D-глюкозидазы, которая обеспечивает деградацию

гликогена в лизосомах. Тип наследования заболевания - аутосомно-рецессивный. Ген картирован на хромосоме 17q23; характеризуется накоплением гликогена в сердце и мышцах. Различают раннюю инфантильную, позднюю инфантильную, ювенильную и взрослые формы с хроническим течением заболевания. Ранняя инфантильная форма возникает в первые месяцы жизни и характеризуется плаксивостью, снижением двигательной активности, генерализованной прогрессирующей мышечной слабостью, включая дыхательную мускулатуру. Наблюдается задержка психомоторного развития: ребенок не держит голову, не сидит, при пальпации может выявляться гипертрофия мышц. Выявляются трудности вскармливания за счет дисфагии, гипотрофия. Характерными признаками заболевания являются макроглоссия, выраженная кардиомегалия и гепатомегалия. Смерть больных наступает в возрасте до 1 года от сердечной или сердечно-легочной недостаточности. Поздняя инфантильная и ювенильная формы начинаются в младенчестве, в раннем и старшем детском возрасте - от 3 до 10 лет. Клинические проявления характеризуются прогрессирующей мышечной дистрофией и висцеромегалией (кардиомегалия, гепатомегалия, спленомегалия). Смерть наступает на втором десятилетии жизни от декомпенсированной сердечно-легочной недостаточности. Взрослая форма манифестирует на 2-3 десятилетии жизни и проявляется симптомами дистальной миопатии, сколиозом грудного отдела, лордозом, медленно прогрессирующей сердечной недостаточностью. Больные доживают до старости. Специфических методов лечения болезни Помпе нет. Лечение симптоматическое, при терапии сердечной недостаточности следует учитывать опасность применения сердечных гликозидов. Прогноз. Большинство детей погибают до окончания первого года жизни.

Заболевание Фабри обусловлена недостаточностью лизосомной гидролазы - α -галактозидазы А, наследуется по Х-сцепленному рецессивному типу, в связи с чем клиническая симптоматика проявляется у лиц мужского пола. Ген α -галактозидазы А локализован на длинном плече Х-хромосомы Xq22 q24. Энзимный недостаток приводит к системному отложению сфингогликолипидов и гликопротеида в пораженных тканях, в частности в эндотелии и гладкой мускулатуре сосудов,

сердце, почках (почечные клубочки и канальцы), глазах (эпителиальные клетки роговицы), ганглиях вегетативной сердитой системы.

Лекарства: GlaxoSmithKlin (GSK) и Amicus Therapeutics объявили об окончательном обоюдном решении развить и коммерциализировать препарат Amigal™ (migalastat HCl), который находится в настоящее время в Фазе III клинических испытаний для лечения болезни Fabry, редкого наследственного заболевания. Таким образом, Amigal™ относится к классу орфанных препаратов для лечения редких генетических заболеваний.

Большинство денег идет из регионального и федерального бюджета. Плюс в помощь была создана программа «7 нозологий.» Так же принимаются пожертвования в фонды помощи больным орфанными заболеваниями; один из таких в Челябинской области помощь детям с редкими заболеваниями оказывает благотворительный фонд «Родная». А так же создано Всероссийское общество орфанных заболеваний. Председателем правления организации стала Екатерина Захарова, руководитель лаборатории наследственных болезней обмена веществ медико-генетического научного центра РАН. «Мы приветствуем недавно принятый закон «Об основах охраны здоровья граждан», где впервые было дано определение редких заболеваний и намечены пути финансирования лекарственного обеспечения пациентов с редкими заболеваниями. Однако необходимо отметить, что сегодня в стране отсутствует единый системный подход к решению проблемы. И влияние на его формирование должно быть нашей основной целью», - заявила Захарова.

Несмотря на ограниченное число пациентов, для которых предназначены орфанные препараты, спасенные с их помощью жизни бесценны с общечеловеческой точки зрения. Закрепление в законе понятий «редкие заболевания» и «орфанные препараты» - первый шаг на пути к решению проблемы, и мы надеемся на скорое появление механизмов, которые обеспечат российским пациентам, страдающим от редких заболеваний, доступ к эффективным препаратам, которые могут подарить им полноценную жизнь.

Литература:

1. Т. А. Бокова Е. В. Лукина Н. В. Шестериков.
Орфанные заболевания в практике педиатра. - В кн.:
Лечащий врач – М.: 2013 – С. 24

2. Харламов Д.А. Сухоруков В.С. Мамедов И.С.
Перевезенцев О.А. Диагностика Болезнь Помпе. -
Кн.: Российский вестник перинатологии и педиатрии : -
М.: 2010: - 12с.

3. Белоусов Ю.Б. Орфанные болезни и орфанные
лекарства. – Кн.: Орфанные заболевания: - М.: 2007 –
С.20-50



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

ИСХОДЫ КРИТИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ТРАДИЦИОННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Макенжан уулу Алмаз

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В данном сообщении представлены результаты ретроспективного исследования 149 случаев акушерских кровотечений, при которых была произведена традиционная гистерэктомия, как основной хирургический метод остановки кровотечения. По исходу мы разделили на две подгруппы – выживших (98) и умерших (51) случаев. Сравнимые группы пациенток статистически не различались по возрасту, методам родоразрешения, акушерскому и соматическому анамнезу. В итоге летальный исход наблюдался в 34,2%. Следует отметить, что 72,6% летальных исходов произошли в регионарных лечебно - профилактических учреждениях. .

Ключевые слова: акушерские кровотечения, гистерэктомия.

КАТААЛ КАБЫЛДООДОГУ АКУШЕРЛИК КАН АГУУНУ ТОКТОТУУНУН КЛИНИКАЛЫК ПРАКТИКАДАГЫ НАТЫЙЖАЛАРЫ

Макенжан уулу Алмаз

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул иште катаал кабылдоодо 149 аялдын төрөттө кан агуусун гистерэктомия жолу менен токтотуунун натыйжалары берилген. Натыйжасы боюнча экиге бөлүнгөн – тирүү калгандар (98) жана өлгөндөр (51). Салыштырылган группалар жышы, торот жолу боюнча, акушерлик жана соматикалык баяны боюнча статистикалык айырмасы жок болгон. Бирок өлгөндөрдүн пайызы 34,2% түздү. Алардын ичинде 72,6% элет аймактарындагы ооруканаларда болгон.

Негизги сөздөр: акушерлик кан агууну, гистерэктомия.

OUTCOMES OF CRITICAL CASES OF OBSTETRIC HEMORRHAGE IN TRADITIONAL CLINICAL PRACTICE

Makenjan uulu Almaz

I.K.Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. In this report we present the results of a retrospective study of 149 cases of obstetric hemorrhage, with which it was traditional hysterectomy as primary surgical method to stop bleeding. By the end, we were divided into two subgroups - the survivors (98) and deaths (51) cases. Compared groups of patients were not statistically different in age, mode of delivery, obstetric and somatic anamnesis. In the end, death was observed in 34.2%. It should be noted that 72.6% of deaths occurred in the regional medical - preventive institutions.

Keywords: obstetric bleeding, hysterectomy.

Введение

Материнская смертность продолжает оставаться ведущей причиной летальности среди женщин репродуктивного возраста во многих странах мира. Почти полмиллиона женщин умирают ежегодно во всем мире от причин, связанных с беременностью и родами. В развивающихся странах, акушерские кровотечения остаются ведущей причиной материнской смертности, что составляет одну треть случаев материнской смертности в

Азии и Африке [1, 2]. В клинической практике кроме анализа случаев материнской смерти, изучение случаев оказавшихся на грани смерти, позволит более качественно судить об основных факторах, приводящих к материнской смерти. Анализ этих проблем также дает возможность совершенствования качества акушерской помощи и улучшения службы родовспоможения [3, 4, 5].

Материал и методы исследования

В данном сообщении представлены

результаты ретроспективного исследования 149 случаев акушерских кровотечений, в которых была произведена традиционная гистерэктомия как основной хирургический метод остановки кровотечения. По исходу критических случаев акушерских кровотечений была не только гистерэктомия, но и случаи материнской смерти, их мы разделили на две подгруппы – выживших 98 и умерших 51 случаев. Сравнимые группы пациенток статистически не различались по возрасту, методам родоразрешения, акушерскому и соматическому анамнезу. По возрасту все женщины были репродуктивного возраста (средний возраст $32,62 \pm 6,85$ лет). Из них раннего репродуктивного возраста составили 57,0%. По количеству родов первые и вторые роды в совокупности составили 40,9%. По сроку гестации кровотечение случилось в доношенном сроке 54,4%, в недоношенном сроке 45,6%.

Статистическую обработку данных проводили с использованием стандартного пакета программы «SPSS 16.0». Все расчеты производились после проверки переменных на подчинение закону нормального распределения и равенства дисперсий. Для проверки условия подчинения закону нормального распределения использовали критерий Колмогорова-Смирнова. Условия равенства дисперсий проверяли тестом Левина. Для проверки статистической гипотезы о равенстве средних и оценки различий между выборками использовался t критерий Стьюдента для непарных выборок. Для каждого исследованного параметра рассчитывали: M -среднее, s - стандартное отклонение. Во всех процедурах статистического анализа рассчитывался достигнутый уровень значимости (p). Для проверки подчинения закону нормального распределения, условия равенства дисперсий и сравнений критический уровень значимости принимался равным 0,05. Доверительные интервалы (ДИ), строились для доверительной вероятности $p = 95\%$.

Результаты исследования и их обсуждение

Как известно основными причинами акушерских кровотечений обычно являются нарушения тонуса матки, патология плаценты, травмы мягких тканей родовых. Так по нашим данным ведущее положение занимает патология плаценты 40,2%, из них 26,8% преждевременная отслойка плаценты, 13,4% предлежание

плаценты. Но если рассматривать причины по подгруппам, то в подгруппе умерших так же основном занимает патология плаценты 45,1% с преобладанием частоты преждевременной отслойки плаценты 39,2%. А в подгруппе выживших в совокупности составила 37,7% с почти одинаковым распределением преждевременной отслойки и предлежания плаценты (20,4% и 17,3%).

Нарушения сократительной способности матки встречались в 32,2% в общей группе, а в подгруппах же с небольшой разницей (34,7% и 27,5%).

Травматизм женщины в родах в общей группе (разрыв матки и острый выворот матки) составил 20,1%. Травматические повреждения матки преобладали в группе выживших (26,5%) против 7,8% подгруппе умерших. Надо отметить, что разрывы матки происходили не только во время родов, но и в процессе выполнения операции кесарево сечения –травматическое расширение разреза на матке, которое зачастую осложняется развитием гематом, повреждением сосудистых пучков матки.

Первичные коагулопатии (заболевания крови) были в 9,8% (5 случаев) в группе умерших и такое же количество было с гнойно-септическими осложнениями (табл. 1)

Несомненно, кроме перечисленных осложнений были и сопутствующие осложнения, отягчающие кровотечение. Так преэклампсия тяжелой степени чаще встречалась в подгруппе умерших- 43,1%, а в подгруппе выживших- 18,3%, антенатальная гибель плода 45,0% против 14,3% соответственно. Геморрагический шок развился у 81,6% выживших женщин и у 72,5% умерших.

В данной группе неотложная акушерская помощь оказывалась в 36,2% в городских родильных домах, в 63,8% в регионарных лечебно профилактических учреждениях.

Как известно оперативные роды сами по себе являются фактором риска возникновения кровотечения, тем более на фоне существующих осложнений беременности. Кроме того, возможно создаются условия для развития коагулопатического кровотечения, которые очень трудно корректировать. В наших наблюдениях по характеру родов в обеих подгруппах преобладали оперативные роды – Кесарево сечение более 61,7% над естественными родами 38,3%. В

Таблица 1-. Основные причины кровотечений

Причина кровотечения		Подгруппы				Всего	
		Выжившие		Умершие			
		п	%	п	%	п	%
Преждевременная отслойка плаценты		20	20,4	20	39,2	40	26,8
Предлежание плаценты		17	17,3	3	5,9	20	13,4
Атонические кровотечения		34	34,7	14	27,5	48	32,2
Разрыв или острый выворот матки		26	26,5	4	7,8	30	20,1
Гнойно-септические осложнения		1	1,0	5	9,8	6	4,0
Первичные коагулопатии		-	-	5	9,8	5	3,4
	Всего	98	65,8	51	34,2	149	100,0

наших наблюдениях во всех случаях была предпринята лапаротомия для хирургического гемостаза. Гистерэктомия была произведена после кесарева сечения и/или после родов в обеих подгруппах в совокупности в 80,5% случаях в момент первичной лапаротомии. А случаи релапаротомии были в два раза больше в подгруппе умерших 15 (29,4%) по сравнению с подгруппой выживших 14 (14,3%).

По исходным лабораторным данным подгруппы не отличались.

Так же подгруппы статистически не отличались по объему общей кровопотери, в среднем у выживших $2022,86 \pm 690,55$ мл. и умерших $2055,40 \pm 929,84$ мл. $t = -0,240$, $df = 146$, $p = 0,810$.

По уровню гемоглобина отмечено критическое снижение уровня гемоглобина ниже 49 г/л, в подгруппе умерших оно составило 52,9%, у выживших 33,7%. В послеоперационном периоде снижение среднего уровня гемоглобина в подгруппе выживших составил $56,85 \pm 17,13$ г/л ДИ95% [53,42-60,29], тогда как у умерших $48,57 \pm 15,90$ г/л ДИ95% [44,10-53,04], $p = 0,005$.

Уровень тромбоцитов снижался в подгруппе выживших $145,88 \pm 38,79$ ДИ95% [135,19-156,57]. А умерших $112,82 \pm 44,51$ ДИ95% [95,21-130,42]. Как видно в группе умерших тромбоцитопатические состояния развивались статистической значимостью $t = 3,429$, $df = 78$, $p = 0,001$. Кроме того ДВС синдромом осложнились 100% случаев против 75,5% группы выживших. Данные состояния обычно приводят к тяжелым неконтролируемым кровотечениям.

Заключение

Полученные нами результаты основных причин акушерских кровотечений в исследуемой группе не противоречат литературным данным доказательной медицины, утверждающим, что в реализации неконтролируемых кровотечений, наблюдается тенденция к снижению послеродовых кровотечений с нарушением тонуса матки и, напротив число кровотечений, связанных с патологией плацентации увеличивается. Так же наблюдается развитие тромбоцитопатических состояний и острого ДВС синдрома приводящее к тяжелым неконтролируемым кровотечениям при тяжелой преэклампсии, амниотической эмболии, HELLP-синдроме. Как правило, сопровождается шоком (и/или с развитием анафилактоидного синдрома беременности) и часто являются причиной материнской смертности [6, 7, 8, 9, 10].

В итоге летальный исход наблюдался в 34,2% при традиционной практике, и причиной гибели явилось в основном неконтролируемое кровотечение и связанные с ним осложнения. Следует отметить, что 72,6% летальных исходов произошли в регионарных лечебно-профилактических учреждениях.

Таким образом, традиционная акушерская тактика не дает возможности остановить коагулопатическое кровотечение и связано с потерей детородной функции, сопряжено с высоким хирургическим риском и, может привести к гибели женщины. Отсюда следует, что проблема снижения частоты смерти женщин в родах и совершенствование алгоритма хирургического гемостаза при массивных акушерских кровотечениях является наиболее важной.

Литература

1. Khan K.S., Wojdyla D., Say L, et al. *WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. Lancet* 2006; Vol.367(9516): P.1066-74.
2. WHO, UNICEF, UNFPA. *The World Bank World Health Organization (WHO) Press. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Geneva: WHO, 2010.*
3. Knight M: *Appendix 2A: Summary of UKOSS. Report on near-miss studies. In Maternal and Child Enquiries (CMACE). Saving Mothers' Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006–08. The Eighth Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. BJOG* 2011, Vol.118(1): P.191-195.
4. АнзСтрельцова В.Л., Маркина Л.Д. Критические состояния в акушерстве – новый взгляд / Матер. XIII Всероссийского научного форума «Мать и дитя» -«МЕДИ Экспо», 2012. - М., 2012 – С.176-177.
5. Серов В.Н., Маркин С.А.- Критические состояния в акушерстве - М., 2003, 704с.
6. Stein PD, Matta F, Yaekoub AY. *Incidence of amniotic fluid embolism: relation to cesarean section and to age. J. Womens Health (Larchmt).* 2009; Vol.18 (3): P.327-9.
7. *Antepartum Haemorrhage. Green-top guideline №60, 1st edition, November 2011. - 23 p.*
8. *Placenta praevia, placenta praevia accrete and vas praevia: diagnosis and management. Green-top guideline №27, January 2011- 26 p.*
9. Ciantar E., Walker J.J. *Pre-eclampsia, severe pre-eclampsia and hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets syndrome: what is new? Womens Health (Long Engl.)* 2011; Vol.7(5): P.555-569.

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ Г. БИШКЕК

Саякова А. Т., Исакова Ж.К., Бейшенбиева Г.Дж.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: С целью оценки физического развития девочек-подростков, жительниц г.Бишкека было проведено обследование 390 старшеклассниц возрастной группы 16,5±0,4 лет. Большинство обследованных имеют средние для данного возраста показатели ($M \pm 1\sigma$) индекса рост/возраст и масса тела/возраст. Дефицит массы тела имел место у 9,9% девочек, а недостаток роста выявлен у 12,4% из них.

Ключевые слова: девочки-подростки, физическое развитие.

БИШКЕК ШААРЫНДА ЖАШАГАН ӨСПҮРҮМ КЫЗДАРДЫН ФИЗИКАЛЫК ЖАКТАН ӨСҮҮСҮНӨ БАА БЕРҮҮ

Саякова А.Т., Исакова Ж.К., Бейшенбиева Г.Дж.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргызская Республикасы

Корутунду. Бишкек шаарында жашаган өспүрүм кыздардын физикалык жактан өсүүсүнө баа берүү максатында 16,5±0,4 курактагы жогорку класстын 390 окуучу кыздары текшерүүдөн өткөрүлдү. Текшерүүдөн өткөндөрдүн көпчүлүгү орточо ($M \pm 1d$) көрсөткүчтөгү бою/жашы жана дене салмагы/жашы индексти түздү. Дене салмагынын жетишсиздиги - 9,9% кыздарда, боюнун жетишсиздиги – 12,4% кыздарда байкалды.

Негизги сөздөр: өспүрүм кыздар, физикалык жактан өсүү.

EVALUATION OF ADOLESCENT GIRLS PHYSICAL DEVELOPMENT IN BISHKEK

Sayakova A.T., Isakova J. K., Beishenbieva G.Dzh.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. Aim of the study was to evaluate the physical development of adolescent girls – residents of Bishkek. Data from 390 high school students in the age of 15,5±0,4 were collected to examine. Majority of examined adolescent girls have average height/age and weight/age indicators for their age ($M \pm 1\sigma$). 9,9% of the girls have weight deficit, height deficit was identified in 12,4% of examined girls.

Keywords: adolescent girls, physical development.

Введение

Охрана здоровья девочек - подростков является одной из приоритетных задач современного здравоохранения [7]. Одними из основных показателей, отражающими состояние здоровья девочек и влияющими на становление их менструальной и репродуктивной, являются показатели физического развития подростков [3]. В современных социально-экономических условиях республики актуальным является изучение роста и развития подрастающего поколения девушек, установление современных тенденций в их физическом развитии. Особенно важным это является в связи с тем, что неблагоприятное социально-экономическое положение семьи подростка, при котором особенности, характер и качество его питания характеризуются хроническим недоеданием, несбалансированностью питания,

и недостаточным поступлением в организм витаминов и микроэлементов с пищей отражаются на его физическом развитии [1, 2, 5, 6].

В настоящее время считается доказанным цикличность роста и развития детского населения – смена акселерации роста и развития, начавшегося в 60 – е годы прошлого столетия, противоположным процессом - децелерацией с 90-х годов. Это выражается в прекращении увеличения длины тела и продольных размеров, а также массы тела подрастающих детей. Известно, что современные подростки по этим параметрам значительно отстают от ровесников в прошлом - имеется тенденция к снижению числа детей с нормальной массой тела и увеличению количества низкорослых подростков. Эти явления могут привести к расхождению биологического и хронологического возраста подростка,

снижению его функциональных способностей, возникновению социальных и психологических проблем. Кроме того, характерное для этого возраста гетерохронное развитие органов и систем с нарушением взаимосвязи между ними и дисбалансом выработки гормонов и ферментов существенно влияет на состояние здоровья девочек-подростков [4, 8].

Целью данного исследования явилась оценка физического развития девочек-подростков, жительниц г.Бишкека.

Материалы и методы

С целью оценки физического развития девушек-подростков, было проведено обследование 390 девочек – подростков, жительниц г. Бишкека, учащихся старших классов в возрасте $16,5 \pm 0,4$ лет. Оценка физического развития проводилась путем определения основных соматометрических параметров с использованием центильного метода и таблиц непараметрического типа. Состояние физического развития оценивалось путем оценки индексов соотношения массы тела и возраста и соотношения роста и возраста, которые определялись на основании полученных

данных о возрасте, массе тела и росте.

Результаты и их обсуждение

Проведенное нами исследование выявило, что средние показатели роста и массы тела девочек – подростков составили $160,2 \pm 4,1$ см. и $52,7 \pm 6,2$ кг. соответственно. Как видно из рисунка 1, подавляющее большинство из них – 74%, имели рост в пределах от 156 см. до 166 см., а 8% были ниже 150 см. Показатель массы тела выглядели следующим образом – вес 78% девочек подростков колебался в пределах 46 – 60 кг (рис. 2.). Менее 45 кг. весила почти каждая 10-я старшеклассница, а избыток вес свыше 70 кг. имело 2 % из числа обследованных.

Для более точного анализа состояния физического развития школьников были определены индексы рост/возраст и масса тела/возраст (таблица 1).

Анализ индекса рост/возраст показал, что 82% обследованных девочек-подростков имеют средние для данного возраста показатели ($M \pm 1\sigma$). Изучение полученных индексов масса тела/возраст выявил, что основное большинство девочек - подростков (свыше 89%) укладываются в средние показатели ($M \pm 1\sigma$). Дефицит массы

Таблица 1 - Распределение индекса рост/возраст и масса тела/возраст

Индекс	- 3σ	-2σ	-1σ	0	+ 1σ	+ 2σ	+ 3σ
Рост/возраст	1,8	10,6	26,7	39,6	15,7	5,6	0
Масса тела/возраст	1,1	8,8	37,7	47,0	4,5	0,9	0

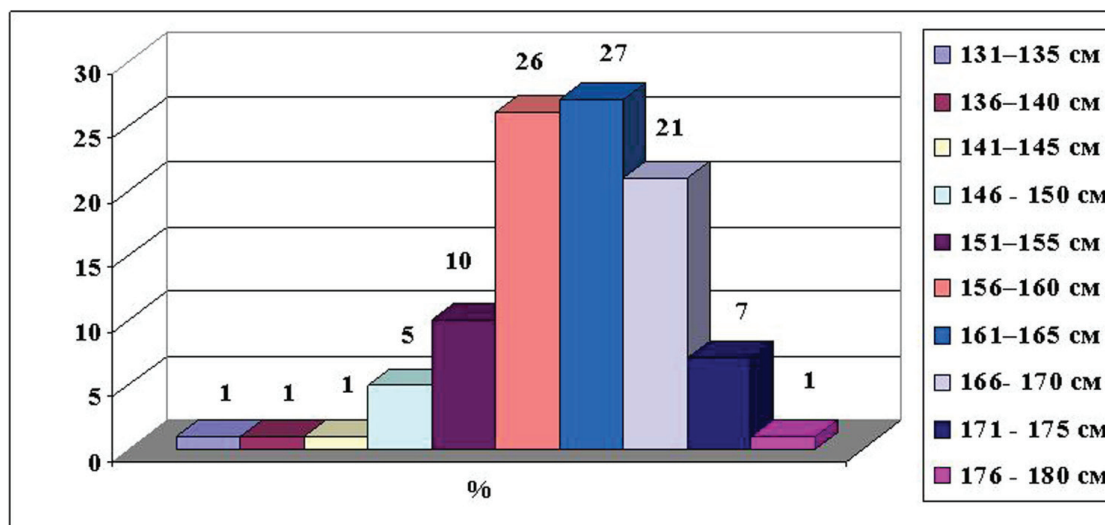


Рис. 1. Показатели роста девочек-подростков г. Бишкека (%)

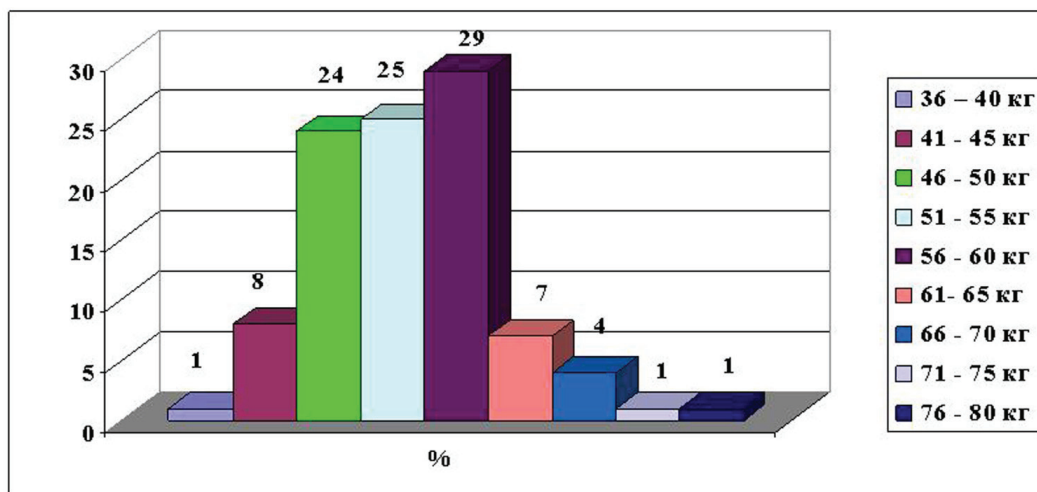


Рис. 2. Показатели массы тела девочек-подростков г. Бишкека (%)

тела имел место у 9,9% девочек, а избыток же массы тела выявлен лишь у 0,9% девушек.

Выводы

Таким образом, проведенный нами анализ данных обследования девушек-подростков возрастной группы 16,5±0,4 лет, показал, что средний показатель роста у них составил 160,2±4,1 см., а массы тела - 52,7±6,2 кг. Исследование выявило, что большинство обследованных старшеклассниц имеют средние для данного возраста показатели ($M \pm 1\sigma$) индекса рост/возраст и масса тела/возраст. Дефицит массы тела имел место у 9,9% девочек, а недостаток роста – выявлен у 12,4% из них.

Все вышеизложенное свидетельствует о необходимости уточнения причин выявленных изменений индексов физического развития девочек-подростков, особенно влияние на данные показатели неблагоприятного социально-экономического положения семьи, особенностей, характера и качества питания детей.

Литература:

1. Альбицкий В. Ю. Дети из многодетных семей: образ жизни, состояние здоровья, оптимизация медико-социальной помощи [Текст] / В. Ю. Альбицкий, Г. М. Волкова // Российский педиатрический журнал. - 1999. - № 4. - С. 16 - 18.
2. Баранов А. А. Оценка здоровья детей и подростков при профилактических медицинских осмотрах [Текст] / А. А. Баранов, В. Р. Кучма, Л. М. Сухарева. - М., 2004. - 278 с.

3. Васильева Г. В. Охрана репродуктивного здоровья учащихся [Текст] / Г. В. Васильева, Е. А. Кривонкина, О. В. Станкевич и др. // Петрозаводские педиатрические чтения – IV: вопросы нейрорепедиатрии: сб. науч. тр. – Петрозаводск, 2007. – С. 10 - 11.

4. Коваленко А. И. К оценке физического развития детей и подростков [Текст] / А. И. Коваленко, Н. В. Швецова, Л. И. Швецова и др. // Педиатрические чтения – III: Избранные вопросы диагностики и терапии в педиатрии: сб. науч. ст. – Петрозаводск, 2006. – С. 41 – 42.

5. Максимова Т. М. Здоровье детей в условиях социальной дифференциации общества [Текст] / Т. М. Максимова, О. Н. Гаенко, В. Б. Белов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2004. - № 1. - С. 9- 14.

6. Кострова Г. Н. Социальные аспекты питания детей в семье [Текст] / Г. Н. Кострова, В. И. Макарова, Л. Е. Дерягина // Экология человека. - 2006. - Приложение 3. - С. 89 - 92

7. Национальная стратегия охраны репродуктивного здоровья населения Кыргызской Республики до 2015 года [Текст]: [утвержден Указом Президента Кыргызской Республики от 15 июля 2006г.] офиц. текст. / Бишкек, 2006. – 66 с.

8. Национальное исследование по детской бедности и неравенствам. [Текст]: отчет. - Бишкек, 2008. – 84 с.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ И СКЛОННОСТИ К ЖЕРТВЕННОЙ ПОЗИЦИИ СТУДЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМ ЛАТЕРАЛЬНЫМ ПРОФИЛЕМ

Антропова Л. К., Андронникова О. О., Астапенко К.А.,
Батлук Т.И., Куликов В. Ю.

ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России
НОУ ВПО Новосибирский гуманитарный институт
Россия, Новосибирск

Резюме. Представлены результаты исследования социально-психологической адаптации, склонности к жертвенности и отношения к жизни у лиц с разным типом межполушарной специализации мозга. Выделены два варианта адаптации у лиц с правополушарной асимметрией: выраженная жертвенность и дезадаптация; адаптация без жертвенной жизненной позиции.

Ключевые слова: адаптации, дезадаптация, межполушарная асимметрия, жертвенность, отношение к жизни.

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL ADAPTATION OF THE INDIVIDUALS AND PENCHANT FOR THE SACRIFICIAL POSITION WITH THE LATERALIZATION OF BRAIN FUNCTION

Antropova L. K., Andronnikova O. O., Astapenko K.A.,
Batluk T.I., Kulikov V. Y.

SBEI HPE Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health
NEI HPE Novosibirsk Humanitarian Institute
Russia, Novosibirsk

Resume. Results of research concerning social and psychological adaptation, predilection to sacrifice and the relations to life in persons with different type of brain lateralization are presented. Two options of adaptation in persons with dextrocerebral asymmetry are revealed: the expressed sacrifice and desadaptation; adaptation without sacrificial attitudes.

Keywords: adaptations, desadaptation, hemispheric laterality, sacrifice, relation to life.

Влияние биологических особенностей человека на его психическое развитие опосредованно сложнейшей системой связей и отношений. Опираясь на идею о многоуровневой организации человека как личности, влияние психофизиологических свойств можно рассматривать как промежуточное звено, опосредующее функционирование как соматических, так и психических свойств. С этой точки зрения интересен тот вклад, который вносит специфика функциональной специализации полушарий в каждую психическую функцию. Доказано, что в зависимости от специфики межполушарного функционирования, человек по-разному воспринимает явления окружающей среды, а значит, по-разному будет выстраивать представления о мире и своем месте в нем.

Анализ существующих исследований в области взаимосвязи межполушарной специализации мозга с различными вариантами мировосприятия и специфики поведенческих

реакций позволил выделить несколько фундаментальных подходов к исследованию функциональной межполушарной асимметрии мозга (ФМА). Среди этих подходов особо выделяется проблема изучения функциональной специфичности полушарий как проблема вклада, который вносит каждое полушарие в психическую функцию. По сути, данный подход рассматривает вопросы восприятия мира и структурно-функциональной организации жизнедеятельности человека в контексте межполушарной асимметрии мозга.

Особой проблемой в современной психологии и психофизиологии является неоднородность существующих экспериментальных данных, рассматривающих специфические взаимосвязи ФМА с параметрами человеческой деятельности, такими как восприятие окружающего мира, структура поведенческих актов и т.д. [1].

Мало исследованным аспектом этой

важной и актуальной как для психофизиологии, так и медицины в целом является исследование взаимосвязи ФМА с жертвенной жизненной позицией личности, варианты проявления которой, несомненно, должны быть связаны с состоянием адаптивных резервов индивида и типом высшей нервной деятельности.

Жертвенная позиция рассматривается нами как определенный психологический конструкт, содержание которого формируется под воздействием социального окружения и влияет на все основные параметры жизнедеятельности человека: выбор способов деятельности, особенности мировосприятия, жизненные перспективы и цели. Специфическим наполнением данного конструкта становятся усвоенные в процессе жизни установки, ценности, ролевые состояния, структура которых может существенным образом изменяться в зависимости от выраженности функциональных состояний, в которых находится человек. В частности речь идет о состоянии адаптации и дезадаптации, причем последнее из них непосредственно предшествует развитию различных патологических процессов, имеющих психосоматическую основу.

Следовательно, жертвенная позиция — это комплекс динамических представлений о себе, своем месте в социуме, включающий когнитивную, эмоционально-адаптивную и поведенческую компоненты [2, 3]. Наше исследование было направлено на изучение специфики восприятия собственной жизни, своего будущего и прошлого, а также склонности к формированию жертвенной жизненной позиции личности в зависимости от латеральной специализации мозга, степени адаптированности.

Цель работы: выявить особенности взаимосвязи функциональной межполушарной асимметрии, степени адаптированности и склонности к жертвенной жизненной позиции.

Задачи работы

1. Оценить характер распределения индивидов по степени выраженности межполушарной асимметрии.
2. Проанализировать структуру взаимосвязи функциональной асимметрии с социально-психологической адаптацией, жизненной жертвенной позицией и отношением к жизни.
3. Изучить структуру взаимосвязей между социально-психологической адаптацией,

жизненной жертвенной позицией и отношением к жизни.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 186 человек, 109 женщин и 77 мужчин. Испытуемые — студенты НГМУ 17–20 лет. Исследование проводилось в 2011–2012 годах в г. Новосибирск в осенне-зимний период с информированного согласия респондентов в рамках свободной выборки. У всех испытуемых определялись: профиль сенсомоторной асимметрии (М. Аннет) и тип функциональной межполушарной асимметрии («Типология 2» Е. С. Жариков, А. Б. Золотов); степень социально-психологической адаптации (К. Роджерс и Р. Даймонд), склонность к жертвенному поведению (О. О. Андронникова), отношение к собственной жизни (методика «Незаконченные предложения» Дж. Нюттена). Анализировалась структура и характер показателей в группах с различными проявлениями функциональной межполушарной асимметрии. Оценивались возможные варианты взаимодействия психодинамических проявлений личности, различных типов межполушарной асимметрии. В статистической обработке использовался пакет прикладных программ «Statistica 7.0». Для выявления структуры взаимосвязи между исследуемыми показателями был проведен факторный анализ. Достоверными считались данные при $p < 0,05$.

Соответственно целям и задачам исследования были выделены 3 группы респондентов: левополушарные (ЛП), правополушарные (ПП) испытуемые и амбидекстры. Средний возраст по составу в этих группах от 28 до 35 лет. В названных группах женщин было 54–59 %, мужчин — от 41 до 46 %.

Результаты и обсуждение

На первом этапе исследования определяли распределение респондентов по сенсомоторному профилю и преобладанию психических процессов по ЛП, ПП типам и амбидекстрии. При обработке и анализе собранного материала было отмечено, что чаще всего у испытуемых встречается правый сенсомоторный профиль. Его доля в структуре межполушарных различий составила 69 %. Левый профиль и амбидекстрия встречались в 11 и 20 % случаев соответственно. Сравнение результатов распределения респондентов по доминированию психических функций показало, что в выборке преобладали лица с амбидекстрией (55 %). ПП и ЛП

асимметрии психических процессов встречалась у 26 % и 13 % респондентов соответственно. Как видно, амбидекстрия распространена больше, чем односторонность по ведущему полушарию.

На следующем этапе работы изучалась взаимосвязь между ФМА, степенью социальной адаптации и склонностью к жертвенной жизненной позиции. Результаты корреляционного анализа позволили выделить статистически значимые различия в особенностях внутренних взаимосвязей групп испытуемых с различной специализацией полушарий головного мозга. Дивергентность распределения результатов по основным исследуемым параметрам показала, что наиболее значимые отличия наблюдались между ЛП и ПП респондентами ($p < 0,05$).

Однако множественность взаимосвязей и их неоднозначность продиктовала необходимость применения факторного анализа, благодаря которому были выделены три основных (ведущих) фактора со специфическим факторным наполнением. Эти данные представлены в таблице.

Первый фактор, исходя из ведущего компонента (0,917), можно условно назвать «жертвенность». К данному фактору были отнесены показатели, отражающие ярко выраженную реализованную жертвенность, связанную с потребностью в выражении агрессии и сценарной жертвенной позицией.

Люди с таким типом личности используют жертвенность как способ управления другими и имеют соответствующий набор чувств, мыслей, поведенческих стратегий. Наряду с этим испытуемые, обладающие значимой жертвенностью, имеют высокий уровень дезадаптированности, выраженный эмоциональный дискомфорт и склонность к внешнему контролю. Характерной отли-

чительной особенностью для них являются склонность к эскапизму, т. е. потребность уйти от решения проблем и негативное отношение как к настоящему, так к прошлому и будущему.

Результаты исследования по методике «Типология 2» позволили отнести данную группу испытуемых к ПП типу ФМА (0,476).

Второй фактор — «адаптированные испытуемые», названный так по ведущему компоненту — адаптированность (0,805). Адаптированность при этом наблюдалась у лиц с ПП асимметрией мозга (0,627) и сочеталась с такими особенностями личности как принятие себя, эмоциональный комфорт, отсутствие склонности к лживости, принятие других, внутренний контроль. Кроме того, этим испытуемым свойственна тенденция к доминированию. В то же время они не склонны к реализации жертвенной позиции, более позитивно относятся к будущему и старости, однако не до конца принимают собственное настоящее.

Третий фактор — «высокий уровень ЛП специализации» (0,637) и дивергентности (0,633). Этот показатель был ведущим у лиц с ЛП асимметрией психических функций, высокой социальной адаптацией и эмоциональным комфортом.

Таким образом, анализ полученных результатов показал, что респонденты с ЛП асимметрией не имеют склонности к формированию жертвенности как жизненной позиции и имеют высокую степень адаптированности, которая несколько снижается с возрастом.

В группе с ПП доминированием были выделены 2 подгруппы: 1) испытуемые с выраженной жертвенной позицией и низким уровнем адаптированности; 2) испытуемые

Таблица
Взаимосвязи межполушарной асимметрии и склонности к жертвенности
(результаты факторного анализа)

Ведущие факторы	Факторный вес	Полушарная асимметрия
Жертвенность	0,917*	ПП асимметрия
Адаптированность	0,805*	ПП асимметрия
Левополушарная специализация	0,637*	ЛП асимметрия

Примечание: ПП — правополушарная,

ЛП — левополушарная асимметрия;

* — $p < 0,05$

с отсутствием жертвенности, как жизненной позиции, и высоким уровнем адаптированности, которая также снижается с возрастом. Отличительной особенностью 1-й подгруппы является полоролевая принадлежность: все респонденты 1-й подгруппы — женщины.

Следовательно, испытуемые с ЛП асимметрией не склонны к формированию жертвенной позиции и переживают психотравмирующие ситуации без внутреннего ощущения жертвы. Женщины с ПП специализацией уязвимы, с точки зрения формирования склонности к жертвенной позиции, что приводит к значительному снижению адаптации независимо от возраста.

Дальнейший сравнительный анализ результатов подгрупп с выявленной жертвенной позицией и без таковой показал статистически значимое различие практически всех исследуемых параметров: отношение к себе, жизни, прошлому, настоящему, будущему и степень адаптации.

Качественный анализ полученных данных позволяет предположить, что специфика переживания психотравмирующих ситуаций лицами с ПП специализацией мозга связана в первую очередь с особенностью морфофункциональной организации эмоциональных процессов. Так испытуемые с ПП асимметрией психических процессов могут испытывать дефицит функций левого полушария, что ведет к преобладанию эмоций негативного оттенка, депрессивному восприятию происходящих событий, чувству безнадежности

и несправедливости мира. Такое восприятие действительности формирует специфическую жизненную позицию (жертвенную) и нарушает адаптацию человека. В свою очередь, лица с ЛП асимметрией более позитивно воспринимают возникающую ситуацию, сохраняя надежду на позитивное развитие событий, что не приводит к формированию негативного сценария.

Полученные результаты позволяют говорить о необходимости дифференцированного подхода в работе с людьми ПП специализации мозга, чье восприятие мира и себя в нем, а также специфика переживания жизненных ситуаций приводит к формированию жертвенной позиции личности и социально-психологической дезадаптации. Кроме того, процесс социально-психологической дезадаптации с элементами жертвенности, может стимулировать аддиктивное поведение, что необходимо учитывать при реализации реабилитационных и лечебно-профилактических мероприятий у этой категории лиц.

Литература:

1. Доброхотова Т. А., Брагина Н. Н. Функциональная асимметрия и психопатология очаговых поражений мозга — М.: Медицина, 1997. — 359 с.
2. Андронникова О. О. Основные теоретические подходы к исследованию ролевой позиции жертвы // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. — 2012. — № 1. — С. 78–98.
3. Берн Э. Трансактный анализ в психотерапии: системная, индивидуальная и социальная психиатрия: пер. с англ. А. Калмыкова, В. Калининко. — М.: Академический Проект, 2001. — 320 с.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ (1960-2011 гг.)

Раимкулов К.М., Куттубаев О.Т., Тойгомбаева В.С.,
Мамбет кызы Г., Ханбутаева Г.М.

Кыргызская государственная медицинская академия им.И.К.Ахунбаева
Департамент профилактики заболевания и экспертизы
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Данные свидетельствуют о том, что уровень паразитности паразитарными заболеваниями в нашей республике остается высоким. Это связано с хозяйственной деятельностью населения, низким уровнем санитарно-гигиенических знаний и гигиенических навыков у значительной части населения. Уязвимым контингентом по паразитарным заболеваниям являются дети в возрасте до 14 лет. Остается острой проблемой нехватка кадров, имеющих опыт работы в области паразитологии по республике.

Ключевые слова: Энтеробиоз, аскаридоз, лямблиоз, профилактика, инвазия.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ ПАРАЗИТАРДЫК ООРУЛАРДЫН ТАРАЛУУСУНУН ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК АНАЛИЗИ (1960-2011)

Раимкулов К.М., Куттубаев О.Т., Тойгомбаева В.С.,
Мамбет кызы Г., Ханбутаева Г.М.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы
Оорулардын алдын алуу жана эксперттик департаменти
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Маалыматтар республикабыздагы паразитардык оорулардын жогорку деңгээлде экендигин аныктайт. Бул өлкөдөгү калктын басымдуу бөлүгүнүн санитардык гигиеналык билиминин төмөндүгүнө жана чарбачылык иштерине байланыштуу. Паразитардык ооруларга кабылгандардын көп бөлүгүн 14 жашка чейинки өспүрүмдөр түзөт. Республикабызда паразитология областындагы адистердин жетишсиздиги курч көйгөйлөрдүн бири болуп калат.

Негизги сөздөр: Энтеробиоз, аскаридоз, лямблиоз, алдын алуу чаралары, жугуу жолдору.

EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF DISTRIBUTION OF PARASITICAL DISEASES IN THE KYRGYZ REPUBLIC (1960 – 2011)

Raimkulov K.M., Kuttubaev O.T., Toigombaeva V.S.,
Mambet kyzy G., Hanbutaeva G.M.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
The Department of prevention and expertise of disease
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. All dates indicate that the parasitic diseases reach high level in our Republic. It is jointed with agriculture and the poor level of personal hygiene of population. The children are amenable for those diseases, mostly. The deficiency of staff in parasitological works, remain as big problem.

Key words: enterobiasis, ascariidosis, giardiasis, prevention, invasion

Актуальность

Гельминтозы – обширная группа паразитарных заболеваний, вызываемых гельминтами, в значительной степени определяющая состояние здоровья населения. Глистные инвазии достаточно широко распространены среди населения земного шара. По современным оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), четвертая

часть населения Земли (1,4 млрд. человек) инфицирована кишечными паразитами. Из 50 млн. человек, ежегодно умирающих в мире, более чем у 16 млн. причиной смерти являются инфекционные и паразитарные заболевания. По оценке Всемирного Банка, кишечные гельминтозы по причиняемому экономическому ущербу стоят на четвертом месте среди болезней и травм после диарей, туберкулеза и

ишемической болезни сердца.

Для медицинской науки и практического здравоохранения паразитозы человека являются серьезной проблемой. Этот класс болезней остаётся ведущим среди причин смертей человечества в настоящее время. По числу больных в мире, заражения кишечными гельминтозами занимают третье место. Паразитарные болезни являются причиной задержки психического и физического развития у детей, снижают трудоспособность взрослого населения. Каждый паразит наносит вред своему хозяину своим присутствием, как инородное тело и механическое повреждение тканей и сосудов, что зависит от его массы. Продукты жизнедеятельности паразитов обладают антигенными свойствами, вызывающими иммунологические реакции, аллергию или подавление иммунитета. [3]

Однако за многие тысячелетия паразиты сумели приспособиться к разнообразным условиям существования, в том числе и в человеческом организме настолько хорошо, что организм хозяина со временем привыкает к паразитам и сам опознать и уничтожить их не в состоянии. Более того, за последнее время все больше и больше регистрируются случаи сосуществования паразитов, различных таксонов, в организме одного хозяина. Такие паразиты приводят организм к дисбалансу, и ставят под угрозу жизнь человека.

Общеизвестно, что Кыргызстан был и остается неблагополучным регионом по распространенности паразитарных заболеваний. Ежегодно в среднем по данным официальной статистики регистрируется от 35 до 45 тысяч различных паразитарных болезней, однако, с учетом поправочного коэффициента истинное число их может составлять от 350 до 500 тысяч, что во много раз превышает уровень заболеваемости всеми кишечными инфекциями. Инвазированность населения по данным дозорного эпидемиологического надзора варьирует от 36% до 72,8%. Среди выявленных инвазированных 80% составляют дети до 14 лет [3].

Эхинококкоз в настоящее время занимает четвертое место по уровню заболеваемости с ежегодным темпом прироста около 3,5%. А по интенсивности роста заболеваемости эти гельминтозы занимают третье место в ряду всех инфекционных болезней, уступая первенство

лишь туберкулезу и сифилису [1].

Для снижения уровня инвазированности населения и улучшения качества жизни необходимо детальное изучение эпидемиологических особенностей регистрируемых среди населения паразитарных заболеваний и факторов, способствующих заражению [3].

Таким образом, существующая ситуация настоятельно требует изучения особенностей эпидемиологии паразитарных заболеваний в республике.

Цель работы

Изучение распространенности паразитарных заболеваний в республике, для оценки современной ситуации по паразитозам и разработки мероприятий по их профилактике.

Материалы исследования

Отчетные данные медицинских учреждений республики и Департамента профилактики заболевания и экспертизы Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики (ДПЗиЭ МЗ КР).

Метод исследования

Ретроспективный анализ статистических медицинских отчетов ДПЗиЭ МЗ КР.

Результат и их обсуждение

Гельминтозы в Кыргызской Республике составляют около 99% всех паразитарных заболеваний, регистрируемых в республике. Если сопоставить показатели заболеваемости отдельными гельминтозами и инфекционными болезнями, то отмечается, что даже регистрируемая заболеваемость гельминтозами была выше, чем массовые инфекции. Так, заболеваемость энтеробиозом в несколько раз превосходила уровень заболеваемости всеми острыми кишечными инфекциями. Заболеваемость аскаридозом была выше заболеваемости бактериальной дизентерией.

На территории страны встречается около 20 видов гельминтов и простейших. Для удобства анализа и сравнения мы разделили, анализируемые 51 год на три промежутка по 16 – 17 лет (1960-1976 гг, 1977-1994 гг, 1995-2011 гг.).

По частоте регистрации среди населения республики на первом месте стоит **энтеробиоз**. Всего за анализируемый период (1960-2011 гг.) было выявлено 1192666 инвазированных энтеробиозом.

За период 1960 по 1976 годы, удельный

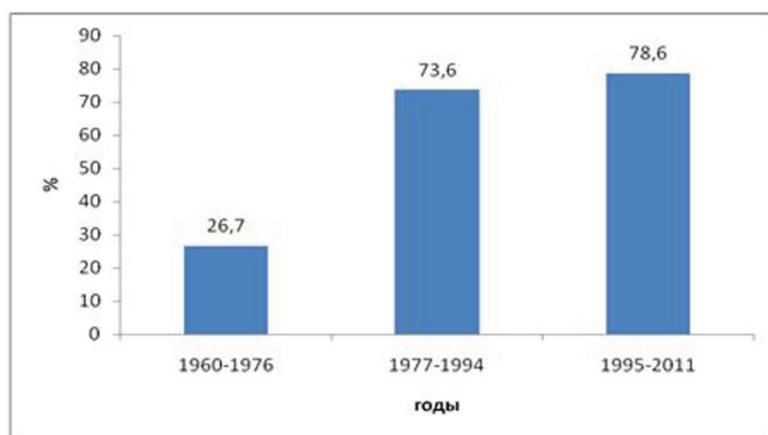


Рис.1 Удельный вес энтеробиоза в структуре паразитозов, регистрируемых в КР.

вес энтеробиоза составлял всего 26,25%.

В следующие 17 лет (1977 – 1994 гг.) удельный вес вырос в 2,8 раза, составив 73,5%, и за период 1995 по 2011 годы он вырос еще в 3 раза по сравнению с первоначальным показателем. Рис 1.

Увеличение удельного веса энтеробиоза в структуре регистрируемых гельминтозов связано со многими причинами:

- Жизненный цикл острицы мало зависит от условий окружающей среды;
- Легкая передача инвазии, контактно-бытовым путем;
- Высокая зараженность детей дошкольного и младшего школьного возраста, в связи с нарушением санитарно-гигиенического режима в детских коллективах;
- Применение простого метода соскоба или липкой ленты при диагностировании паразитарных заболеваний, которыми выявляют только яйца остриц.-

Распространенность энтеробиоза по областям характеризуется ее повсеместным ростом. В 2000-е годы, в Иссык-Кульской области, заболеваемость этой инвазией, по сравнению с 60-ми годами, выросла в 7,8 раза, в г. Бишкек – 4,7, в Ошской области – в 1,5, в Нарынской области – 1,4 раза. И только в Чуйской и Таласской областях, уровень заболеваемости сохранял относительно стабильную тенденцию.

Анализ интенсивности распространения энтеробиоза в последующие 17 лет (1995 – 2011 гг.) по территориям республики показал, что высокий уровень заболеваемости (более 700 на 1000 обследованных), имел место в Иссык-Кульской области. Средний многолетний интенсивный показатель составил 543, а минимальный и максимальный 267

и 742 соответственно. Средний уровень заболеваемости (от 400 до 600) имели четыре области: Чуйская, Нарынская, Таласская и Жалал-Абадская, а также Бишкек. Низкий уровень заболеваемости имели две области – Ошская и Баткенская. Однако необходимо отметить, что данные официальной статистики не отражают истинную картину инвазированности населения республики. Например, по данным первичного исследования детей Баткенской области больше 50% исследованных детей оказались инвазированными тем или иным паразитом, при этом наиболее часто выявлялся энтеробиоз, аскаридоз и лямблиоз. Энтеробиоз выявлен в 55,3%, аскаридоз - 51%, лямблиоз – 43%, а гименолепидоз – 8,9%. Случаи выявления микст инвазий от общего количества обследованных детей составил – 29%.

Сравнительные показатели уровня инвазированности по данным дозорного эпидемиологического надзора и официальной статистики по некоторым областям КР сильно колеблется. Например: по Джалалабатской области истинная картина инвазированности среди детей составляет 487 на 1000 обследованных лиц, а по статистическим данным этот показатель равен 44 на 1000 обследованных. По Ошской области, если по статистическим данным уровень инвазированности составляет 23 на 1000 обследованных лиц, а истинная картина инвазированность представлена 421 случаем на 1000 обследованных лиц рис 2.

В настоящее время известно, что энтеробиоз, как и другие гельминтозы оказывает выраженное патологическое воздействие на организм инвазированных и прежде всего на детский организм. Многочисленными исследованиями доказано, что острицы подавляют

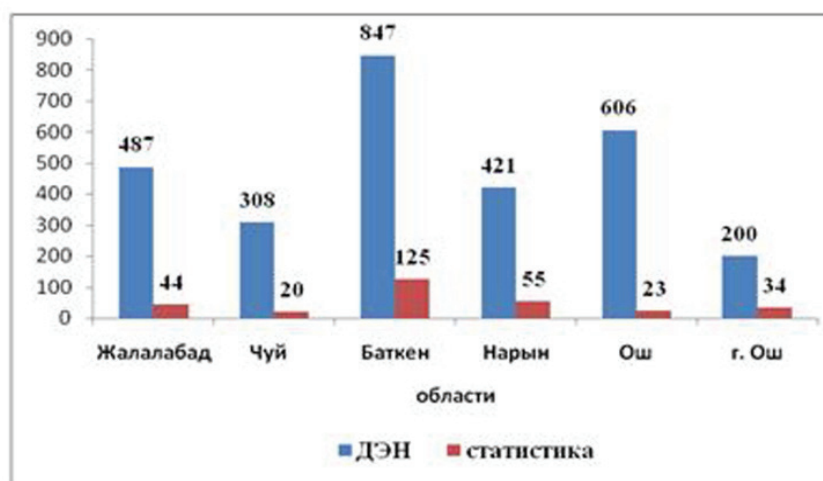


Рис.2. Результаты полевого изучения истинной распространенности паразитозов 2007 - 2009 гг. (на 1000 обследованных).

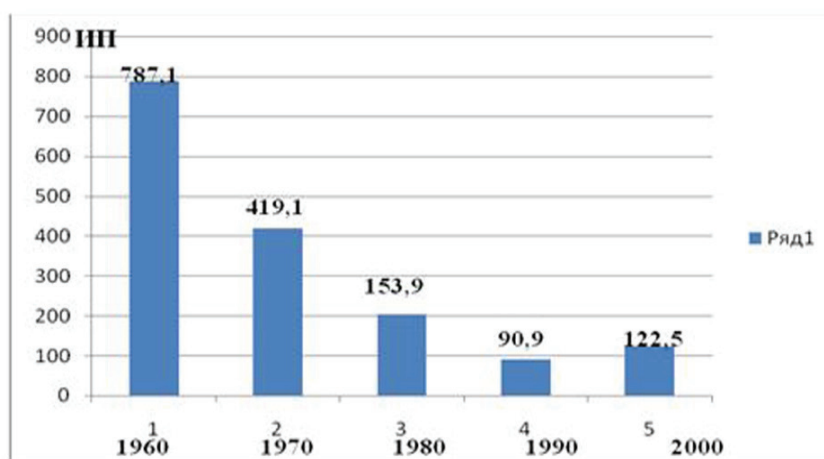


Рис. №3 Многолетняя динамика заболеваемости аскаридозом в КР за период 1960-2007гг

иммунный ответ хозяина, создавая, вторичные иммунодефицитные состояния и способствуют более частому развитию соматических и инфекционных заболеваний. Лысенко А.Я. с со авторами установил, что острицы подавляют развитие поствакцинального иммунитета против дифтерии, не оказывая влияния на развитие его при кори и столбняке[2]. Л.М. Чудная отмечает, что даже после трехкратной вакцинации АКДС-вакциной у 18% детей нет противодифтерийных антител, 14,5% приобретает их в очень низких титрах.

Второе место по распространению занимает **аскаридоз**. Всего за анализируемый период был зарегистрировано 510288 случаев. Средний многолетний интенсивный показатель заболеваемости аскаридозом по республике составил 342,5 на 100 тысяч населения, минимальный – 68,3, максимальный – 980,4

(1965г.).

В многолетней динамике заболеваемости за анализируемый период наблюдается выраженная тенденция к снижению со среднегодовым темпом снижения – 5,2%.

Удельный вес аскаридозом в структуре регистрируемых гельминтозов за первые 16 лет составлял 43,2%. За период 1977 по 1994 годы удельный вес снизился в 2,2 раза и был равен 17,5%, а в последующие годы составил всего 10,3%.

Снижение показателей заболеваемости аскаридозом отмечалось повсеместно. Однако, наибольшее снижение происходило в Ошской области, где в 80-е годы, по сравнению с 60-м, аскаридоз снизился в 6,6 раз, а за последние 17 лет еще 11,2 раз. Средний многолетний интенсивный показатель заболеваемости аскаридозом составил 978,2, минимальный –

79,7 (2000г.), максимальный – 2949,9 (1961г.). Значительное снижение заболеваемости аскаридозом отмечалось и в городе Бишкек. За анализируемый промежуток времени (1977 – 1994 гг.) снижение произошло в 5,8 раз и в последующие, 17 лет еще в 8,4 раза. При этом средний многолетний интенсивный показатель составил 162,0, минимальный 21,4 (1997г.), максимальный – 838,7 (1962).

По Чуйской области снижение уровня заболеваемости аскаридозом отмечалось в 3,4 раза за 1977 – 1994 гг. и в 7,5 раза за 1995 - 2011 годы. и средний многолетний интенсивный показатель составил 146,7, минимальный – 7,6 (1998 г.), максимальный – 980,5 (1960).

По Иссык-Кульской, Нарынской и Таласской областям снижение заболеваемости было относительно равномерным и составило в 1,3, 4,1 и 1,8 раза соответственно. При этом средние многолетние, минимальные и максимальные интенсивные показатели равнялись: по Иссык-Кульской области – $\pm 40,8 \pm 8,3$ (1962 г.), $\pm 131,1$ (1961 г.), Нарынской – $\pm 8,6 \pm 1,8$ (1971 г.) и $\pm 43,6$ (1960 г.) и Таласской – $\pm 53,6 \pm 7,7$ (1998 г.) и $\pm 110,4$ (1980 г.).

В Жалалабадской и Баткенской областях эти показатели соответственно были: $\pm 101,6 \pm 26,4$ (1998 г.), $\pm 360,4$ (1993 г.) и $\pm 195,6 \pm 139,3$ (2002 г.) и $\pm 229,5$ (2004 г.).

По интенсивности распространения высокий уровень заболеваемости (более 100) аскаридозом за последние 17 лет имела Ошская, Жалалабадская и Баткенская области. Регионов со средним уровнем заболеваемости (50-100) не было, а низкий уровень (до 50) отмечался во всех остальных регионах республики рис 3.

Таким образом, проблема гельминтозов в республике остается достаточно актуальной. В многолетней динамике заболеваемости энтеробиозом за анализируемый период наблюдается тенденция роста. Иная ситуация наблюдается в отношении заболеваемости аскаридозом. Так, за анализируемый период наблюдалось снижение заболеваемости до 2000 года, а в первом десятилетии XXI века отмечается рост инвазированности аскаридозом. Территорией риска по аскаридозу является южный регион республики (Ошская, Жалалабатская и Баткенская области). Это связано с особенностями хозяйственной деятельности населения, неудовлетворительными социально-бытовыми условиями жизни людей, а

благоприятными климатическими условиями для сохранения яиц паразитов, Широкое распространение паразитозов, тенденция роста уровня инвазированности требуют усиленного внимания к данной проблеме со стороны санитарных служб и совместных усилий специалистов – паразитологов и врачей общей практики. Своевременное выявление и можно проведение противогельминтной терапии позволит сократить новые заражения и число случаев тяжелого течения глистных инвазий и их осложнения.

Выводы

1. Паразитарные заболевания в республике остаются актуальной проблемой общественного здравоохранения.

2. Выявлена тенденция роста энтеробиоза и аскаридоза.

3. Территорией риска по паразитарным заболеваниям являются все области южного региона.

4. Данные инвазированности скрининговых обследований превышают таковые официальной статистики.

5. Группой риска по паразитарным заболеваниям являются дети до 14 лет.

Литература:

1. Караева Р.Р. «Оптимизация эпидемиологического надзора за эхинококкозом в Кыргызской Республике в современных условиях». // Автореф. дисс. канд. биол. наук. 03.00.19 – паразитология. Бишкек, 2004.-22с.
2. Лысенко А.Я. Фельдман Э.В., Рыбак Е.А. Влияние инвазированности детей нематодозами на поствакцинальный иммунитет. // Медицинская паразитология и паразитарные болезни.- 1991.- №5.- С.34-36
3. Тойгомбаева В.С. «Паразитарные болезни человека» Бишкек – 2010.- С.- 147
4. Эпидемиологический надзор за паразитарными болезнями // Сборник нормативно-методических документов по эпидемиологии.- Бишкек, 2004.

ВЛИЯНИЕ ОСВЕЩЁННОСТИ УЧЕБНЫХ АУДИТОРИЙ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНА ЗРЕНИЯ СТУДЕНТОВ

Сайдахметова Ч.Т., Джорбаева А.А.,
Сейдахметова А.Т., Султашев А.Д.

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

Резюме. В данной статье дается санитарно - гигиеническая оценка освещённости в учебных аудиториях КГМА и её влияние на функциональное состояние органа зрения у студентов.

Ключевые слова: Освещенность, острота зрения, рефракция.

ОКУУ АУДИТОРИЯЛАРЫНЫН ЖАРЫКТАНДЫРЫЛЫ- ШЫНЫН СТУДЕНТТЕРДИН КӨРҮҮ ОРГАНЫНЫН ФУНК- ЦИОНАЛДЫК АБАЛЫНА ТИЙГИЗГЕН ТААСИРИ

Сайдахметова Ч.Т., Джорбаева А.А.,
Сейдахметова А.Т., Султашев А.Д.

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

Корутунду. Бул макалада КММАнын окуу аудиторияларынын жарыктандырылышына жана анын студенттердин көрүү органдарынын функционалдык абалына тийгизген таасирине санитардык-гигиеналык баа берилет.

Негизги сөздөр: жарыктандыруу, көздүн курчтугу, рефракция.

INFLUENCE OF LIGHT EXPOSURE OF EDUCATIONAL AU- DIENCES ON A FUNCTIONAL CONDITION OF VISION ORGAN OF STUDENTS

Sajdahmetova C.T., Dzhorbaeva A. A.,
Sejdahmetova A.T., Sultashev A.D.,

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

Resume. In this article it is given sanitary - hygienic estimation of light exposure on educational audiences of KGMA and its influence on a functional condition of vision organ of students.

Keywords: Light exposure, visual acuity, arefraction.

Освещение является одним из естественных условий жизни, которое необходимо для здоровья и высокой производительности труда. Производительность в свою очередь основана на работе зрительного анализатора - наиболее тонкого, универсального органа чувств.

Видимый свет оказывает не только специфическое воздействие на зрительный анализатор, но и на функциональное состояние центральной нервной системы (ЦНС), а через неё на все органы и системы организма.

Организм реагирует не только на ту или иную степень освещенности, но и на цветовую гамму солнечного света. Оптимальные условия

для работы зрительного анализатора создают длинные волны, в диапазоне желтого и зеленого участков спектра. Многочисленные физиологические исследования выявили благоприятные влияния, на нервно-мышечную возбудимость и психическое состояние различных спектров света, так красно-желтая часть спектра действует возбуждающе, сине-фиолетовый участок спектра угнетающее действие на ЦНС.

Особое гигиеническое значение имеет влияние света на орган зрения. При низкой освещенности быстро наступает зрительное утомление, снижается работоспособность, во время трёхчасовой работы при освещенности 30-50 л.к.

устойчивость ясного видения снижается на 37%, при освещённости 200 лк она снижается только на 10-15%. Поэтому гигиеническое нормирование уровней освещённости устанавливается в соответствии с физиологическими особенностями зрительного анализатора.

По данным ВОЗ аномалии рефракции у юношей и девушек от 18 до 25 лет занимают 1/3 из всех заболеваний этого возраста. Использование новых учебных программ, применение новых информационных технологий (компьютерные презентации, увеличение количества принимаемых и различаемых сигналов за определённую единицу времени) требуют длительного напряжения внимания, что приводит к функциональным изменениям и отклонениям в состоянии здоровья студентов [2,3].

Цель исследования: санитарно - гигиеническая оценка освещённости в учебных аудиториях КГМА и её влияние на функциональное состояние органа зрения у студентов.

Материал и методы:

Для гигиенической оценки естественной освещённости помещений использовался комплексный показатель - КЕО (коэффициент естественной освещённости) в учебных аудиториях кафедры и лекционных залах морфологического и главного корпуса с помощью люксметра (Люксметр Ю-16). Оценка КЕО проводилась согласно санитарным нормам и правилам Сан Пин 22.1/2.11 004-03 «Гигиенические требования к естественному, искусственному и совмещенному освещению жилых и общественных зданий» [4].

Острота зрения исследовалась до занятий до и после занятий у 68 студентов, из них женского пола -58 человек, мужского -10 человек, средний возраст $20,4 \pm 0,8$ с использованием таблицы Д.А. Сивцева, с проверкой остроты зрения без коррекции и с коррекцией как до так и после проведенных занятий.

При сборе анамнестических сведений нами был сделан акцент на выяснение заболеваний глаз уточнение условий жизни и наличия патологической наследственности. Так же проводился сбор жалоб на общее утомление, либо неприятные ощущения в области глаз (усталость, боли в надбровных дугах, снижение зрения вдаль) до и после занятий.

Объектами исследования были студенты 3 курса факультета «Лечебное дело» и степень освещённости естественным светом учебных

аудиторий и лекционных залов, в которых проводились занятия и лекции для данной группы студентов. В общем, была обследована острота зрения 58 девушек и 10 юношей. Средний возраст обследованных студентов составил $20,4 \pm 0,8$.

Освещённость в учебных аудиториях определяли с помощью аппарата - люксметра (Люксметр Ю-16). Люксметр Ю-16, имеет шкалу со световым указателем и три предела измерений: 1; 10; 100 лк. Начало рабочей шкалы отмечено точкой. Общая для всех пределов шкала имеет 100 равномерных делений. Одно деление соответственно составляет 0,01; 0,1 и 1 лк. Поскольку чувствительность селенового фотоэлемента довольно высока к ультрафиолетовым и инфракрасным лучам, которые не воспринимаются сетчаткой глаза, в современных приборах используются специальные фильтры, задерживающие эти участки оптической области спектра и приближающие чувствительность фотоэлемента к чувствительности глаза[1].

Далее проводили расчет коэффициента естественной освещённости (КЕО) в процентах, по формуле:

$$E_1$$

КЕО = — имеет шкалу со световым указателем и три предела измерений: 1; 10* 100%,

где E_1 - освещённость внутри помещения, лк; E_2 - освещённость вне помещения, лк.

Оценка КЕО осуществлялась согласно санитарным правилам и нормам Сан. Пин 2.2.1/2.1.1.004 - 03 «Гигиенические требования к естественному и совмещенному освещению жилых и общественных зданий» [4].

Результаты и обсуждение

Мы провели исследование остроты зрения до занятий и после занятия 58 студенткам и 10 студентам. При этом 1 группа студентов занималась в учебной комнате - 39 студентов(3 группы), из них 43 девушки и 6 юношей, и 2 группа студентов(19 человек) исследована до и после лекции (лекционный зал №2 КГМА), из них 4 юношей и 15 девушек. Средний возраст $20,4 \pm 0,8$.

Измеряли коэффициент естественного освещения (К.Е.О). В помещении, где проводятся практические занятия, а также в двух лекционных залах освещённость внутри помещения (таб.1).

Таблица 1. - Освещенность учебных кабинетов

Освещенность (лк)								
	1 угол	2 угол	3 угол	4 угол	Середина помещения	сумма	К.Е.О.	К.Е.О норма
(Люксметр Ю-16). ест. осв.	0,5	0,5	0,2	0,2	0,5	0,99	1,27	3,5
совм.освещ	0,3	0,25	0,15	0,14	0,15	0,99	0,66	2,1
наружн.осв	150							

Таблица2 - Освещенность в лекционном зале №2

Освещенность в лекционном зале №2 (лк)							
1 угол	2 угол	3 угол	4 угол	центр	сумм а	КЕО	К.Е.О норма
0,2	0,2	0,1	0,1	0,3	0,9	0,6	3,5
0,1	0,1 _	0,07	0,07	0,3	0,64	0,42	2,1

Освещенность с наружной стороны =150лк. Мы измерили в 5 точках помещения: 1 угол - естественная освещенность = 0,5лк, при смешанном освещении освещенность = 0,3лк. 2 угол - естественная освещенность = 0,5лк, при смешанном освещении, освещенность = 0,25лк. 3 угол - естественная освещенность = 0,2лк, при смешанном освещении, освещенность = 0,15лк. 4 угол - естественная освещенность = 0,2лк, при смешанном освещении, освещенность = 0,14лк. В середине помещения: естественная освещенность = 0,5лк, при смешанном освещении = 0,15лк. (проверили К.Е.О.).

Как видно из проведенного исследования освещённости в учебной комнате естественное и совмещенное освещение в учебной аудитории и в лекционном зале было снижено.

Влияние освещенности на функциональное состояние органа зрения анализировали с исследованием остроты зрения студентов до занятия и после занятий, как в учебной аудитории так и в лекционном зале. Исследование остроты зрения проводили с помощью таблицы Д.А. Сивцева, при этом проверяли остроту зрения без коррекции и с коррекцией, как до, так и после проведенного занятия в 3х академических группах, при этом нами выявлено (таблица 4).

После занятий, вследствие напряжения аккомодации, отмечалась тенденция снижения

среднего значения остроты зрения без коррекции с $0,8 \pm 0,2$ до $0,6 \pm 0,2$, в правом глазу и увеличение коррекции миопии с $1,19 \pm 0,8D$ до $1,3 \pm 0,04D$. В левом глазу отмечалось снижение среднего значения остроты зрения с $0,74 \pm 0,2$ до $0,62 \pm 0,14$ и незначительное увеличение коррекции миопии с $1,1 \pm 0,7D$ до $1,25 \pm 0,06D$ но, различия не достоверны ($p > 0, 2$). При этом необходимо отметить, что с коррекцией острота зрения всех студентов повышалась до 100%, т.е. до нормы.

В лекционном зале была также проверена острота зрения до и после лекции 30 студентам (таблица 5).

Средний возраст студентов составил $19,9 \pm 0,78$, до лекции среднее значение остроты зрения правых глаз составила $0,83 \pm 0,14$ с отрицательной сферической коррекцией $0,9 \pm 0,5D$, составила 100%, после лекции среднее значение остроты зрения правых глаз составило $0,8 \pm 0,16$, с коррекцией $0,9 \pm 0,53D$ составило 100%. Среднее значение остроты зрения левых глазных яблок составило до лекции $0,9 \pm 0,5$, с коррекцией $0,9 \pm 0,36D$, составило 100% зрение, после лекции $0,8 \pm 0,14$ с коррекцией $0,93 \pm 0,25D$ составило 100%) зрение. Как видно отмечается незначительное снижение остроты зрения после лекции и практических занятий и некоторое увеличение степени коррекции зре-

Таблица 4 - Исследование остроты зрения с коррекцией и без коррекции до и после занятия

Студенты	До занятий				После занятий			
Возраст	Vis (OD) б/к	Коррекция	Vis (OS) б/к	Коррекция	Vis 1 (OD) б/к	Коррекция	Vis (OS) б/к	Коррекция
20,9±0, 3	0,8±0	1,19±0, 8D	0,7±0 Л	1,1±0, 7D	0,6±0 ,2	1,3±0,0 4D	0,62±0, 14	1,25±0,06D
	p>0, 2							

Таблица 5. - Острота зрения до и после занятий в лекционном зале

Студен- ты	До занятий				После занятий			
Возраст	Vis (OD) б/к	Коррек- ция	Vis (OS) б/к	Коррек- ция	Vis (OD) б/к	Коррек- ция	Vis (OS) б/к	Коррек- ция
19,9±0,	0,83±0.	0,9±0,	0,9±0,	0,9±0,3	0,8±0,	0,9±0,5	0,8±0,	0,93±0,2
78	14	5D	13	6D	16	3D	14	5D
	p>0.5							

ния, но различия не достоверны (p>0,5).

Выводы

Недостаточное или нерациональное освещение ведет к утомлению глаз, утомлению центральной нервной системы, снижению умственной и физической работоспособности, способствует развитию ряда заболеваний, в частности близорукости у студентов, вследствие напряжения аккомодационного аппарата глаза [2].

Проведенное исследование естественного и совмещенного освещения в учебных аудиториях и лекционных залах выявило снижение его в сравнении с нормой. Вследствие этого отмечалась тенденция снижения среднего значения остроты зрения и повышение степени коррекции аметропической рефракции после проведенного учебного процесса в этих аудиториях, у тех лиц, у которых отмечалось развитие миопизации глазных яблок, вследствие перенапряжения аккомодационного аппарата глаза.

Для дифференциации ложной и истинной миопии студенты были направлены для дальнейшей коррекции зрения к офтальмологам.

Литература:

1. Минх А.А. *Общая гигиена*. Москва. Медицина. 2007г.
2. Сайдахметова Ч.Т. *Опыт ведения больных с аметропической рефракцией*. Центрально-Азийтский мед. журн. Том X. 2004. Приложение 8. С.210-212.
3. Аветисов С.Э. *Современные аспекты коррекции рефракционных нарушений*. ГУ НИИ глазных болезней РАМН. Москва. Вестн.офтальмол.-2004.№1. 19-22.
4. Сан Пин 22.1/2.11 004-03 «Гигиенические требования к естественному, искусственному и совмещенному освещению жилых и общественных зданий».

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИНФИЦИРОВАННОСТИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСОМ СРЕДИ БОЛЬНЫХ В ОШСКОЙ ОБЛАСТИ

Садыбакасова Г.К.

Кыргызско-Российский Славянский Университет

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Работа посвящена изучению распространенности цитомегаловирусной инфекции в Ошской области. Отмечается выявление антител IgG в 67,4% случаях, а в 32,6% случаях IgG оказались отрицательными. Хроническая форма цитомегаловирусной инфекции выявлена среди детей в 27,2% случаях и у взрослых в 72,8% случаях. Наиболее частым маркером, выявляемым при обследовании среди больных, являются специфические иммуноглобулины класса IgM и IgG.

Ключевые слова: Цитомегаловирусная инфекция, дети и взрослые больные, ИФА, IgM, IgG.

ЦИТОМЕГАЛОВИРУС ЖУГУШТУУ ООРУСУНУН ООРУЛУУЛАРДЫН АРАСЫНДА ОШ ОБЛАСТЫНДА ТАРАЛЫШЫ

Садыбакасова Г.К.

Кыргыз-Орус Славян Университети

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Илимий иш цитомегаловирус оорусунун Ош областында таралышы боюнча изилдөөгө арналат. Антител IgG 67,4% орулуулардан табылган, а ал эми 32,6% орулууларда IgG канда жок экендиги аныкталат. Конумуш болгон формасы ЦМВ IgG 27,2% балдардын ичинен жана 72,8% улуу оорулуу адамдардан табылган. Көбүрөөк кездеше турган маркер болуп спецификалык иммуноглобулиндер IgM жана IgG болуп эсептелет.

Негизги сөздөр: цитомегаловирус инфекциясы, балдар жана улуу оорулулар, ИФА, IgM, IgG.

USING METHOD OF ENZYME IMMUNOASSAY IN THE DIAGNOSIS OF CYTOMEGALOVIRUS INFECTION IN PATIENTS FROM THE OSH REGION

Sadybakasova G.K.

Kyrgyz-Russian Slavic University

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. This work investigated the prevalence of cytomegalovirus infection in the Osh Region. There were positive findings among patients studied (6067), 4091 patients were IgG positive (67.4%), and 1976 were IgG negative (32.6%). Chronic cytomegalovirus infection was found in children (27.2%) and in adult patients (72.8%). Specific G class immunoglobulins were the most frequent marker that was detected in patients tested for cytomegalovirus infection.

Key words: cytomegalovirus infection, child and adult patients, EIA, IgM, IgG.

Цитомегаловирус (ЦМВ) – вызывает инфекцию человека, характеризующуюся поражением многих органов и тканей и протекающую разнообразно – от пожизненной латентной инфекции до тяжелой острой генерализованной формы с летальным исходом [1].

В настоящее время во многих странах мира наблюдается рост заболеваемости цитомегаловирусной инфекцией (ЦМВИ). Особую актуальность заболевание имеет в

детском возрасте в связи с высоким уровнем инфицированности, возможностью развития тяжелых клинических форм и прогностических неблагоприятных последствий в отделенном будущем, даже при субклинических вариантах течения. По данным ВОЗ ЦМВ по тератогенной значимости занимает 2 место после вируса краснухи [2].

Ухудшение качества окружающей среды приводящего к нарушениям в системе иммунитета усиливает актуальность ЦМВИ.

Наблюдается при острой ЦМВИ внутриутробное инфицирование у 30-40% новорожденных, из них умирают 20-30% отмечают. Из выживших детей примерно 90% инвалидизируются, а выздоравливают всего 10% детей [3].

Цитомегалия принадлежит к широко распространенным инфекциям. Серозпидемиологические исследования показали, что частота выявления антител к ЦМВ среди женщин в разных странах варьирует от 40 до 100%, а цитомегаловирус является наиболее частой причиной среди врожденных и перинатальных вирусных инфекций. ЦМВИ является эндемичной и не имеет сезонных различий.

Источником вируса может служить моча, носоглоточный секрет, секрет шейки матки и влагалища, сперма, молоко, слезы, слюна, кровь.

Источником инфекции является только человек, носитель ЦМВИ, больной клинически манифестной или латентной формой инфекции.

Клиническая диагностика ЦМВИ представляет большие трудности, и окончательный диагноз не может быть установлен без лабораторного подтверждения [4].

Цель исследований: Изучить распространенность цитомегаловирусной инфекции среди больных в Ошской области Кыргызской республики.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ результатов ИФА (IgG) на выявление антител к цитомегаловирусу среди больных Ошской областной объединенной больницы за 2008 – 2012 годы. Проведено лабораторное исследование 6067 больных, из них 1652 детей (27,2±0,5) до 16 лет и 4415 взрослые (72,8±0,5) больные.

Материалом для исследования служила периферическая кровь пациентов.

В настоящее время наиболее точным и чувствительным методом определения антител является твердофазный иммуноферментный анализ (ИФА), обеспечивающий выявление антител классов IgM, IgG.

Исследование проводили непрямым твердофазным иммуноферментным методом с использованием стандартных наборов реактивов фирмы «Вектор-Бест», г. Новосибирск, на базе лаборатории областной больницы.

Полученные результаты и их

обсуждение

Возрастную структуру обследованных детей и взрослых составили 687 (11,3±0,4) детей в возрасте от рождения до 1-го года, 892 (14,7±0,4)

– от 1-го года до 3 лет, 73 (1,2±0,1) – от 3 лет до 5 лет, от 5 до 15 лет не было обследованных, 848 (14,0±0,4) – от 16 до 20 лет, 2423 (40,0±0,6) – от 20 до 30 лет, 869 (14,3±0,4) – от 30 до 40 лет, 225 (3,7±0,2) – от 40 до 50 лет и 50 (0,8±0,3) – старше 50 лет (табл.1).

Так, у детей до 1-го года титры антител IgG были положительными у 378 (55,0±1,8), а у 309 (45,0±1,8) детей титры антител IgG оказались отрицательными.

У детей от 1-го года до 3 лет титры IgG обнаружили у 529 (59,3±1,6), а у 363 (40,7±1,6) детей титров антител к цитомегаловирусную инфекцию вовсе не было. От 3 до 5 лет титры IgG выявили у 43 (58,9±5,7), а у 30 (41,1±5,7) оказались отрицательными. От 5 лет до 16 лет не было обследованных.

От 16 до 20 лет титры антител IgG выявили у 624 (73,6±1,5) больных, а титры антител не были выявлены у 224 (26,4±1,5) больных (Рис.1).

От 20 до 30 лет у больных титры антител IgG были положительными у 1686 (69,6±0,9), а у 737 (30,4±0,9) IgG оказались отрицательными.

У больных от 30 до 40 лет титры антител IgG обнаружили у 629 (72,4±1,5), у 240 (27,6±1,5) титров антител на цитомегаловирусную инфекцию не было выявлено.

Так, от 40 до 50 лет титры антител IgG выявили у 167 (74,2±2,9), а у 58 (25,8±2,9) больных титров антител к ЦМВ вовсе не было (47,1%).

От 50 и старше титры антител IgG обнаружили у 35 (70,0±6,4), а у 15 (30,0±6,4) титров антител на цитомегаловирусную инфекцию вовсе не было. Старше 40 лет отмечается снижение выявления высокого и среднего титров антител.

Таким образом, по нашим данным результаты серологических исследований свидетельствуют, что у взрослых больных титры антител класса IgG были высокими, а у детей средние титры 1:200 были высокими.

В большинстве случаев обследовались в возрасте от 20 лет до 30 лет (40,0±0,6) больных. Отмечается выявление антител IgG в 67,4% случаях, а в 32,6% случаях IgG оказались отрицательными. Хроническая форма цитомегаловирусной инфекции выявлена

Таблица 1.

Лабораторная диагностика (IgG) у детей и больных Ошской области

Возраст	Всего исследовано	ЦМВ-IgG				
		отр	1:100	1:200	1:400	1:800
		абс	абс	абс	абс	абс
		%(p±m)	%(p±m)	%(p±m)	%(p±m)	%(p±m)
До 1го года.	687	309	14	325	19	20
	11,3±0,4	45,0±1,8	2,0±0,5	47,3±1,9	2,8±0,6	2,9±0,6
От 1го года до 3 лет.	892	363	5	471	25	28
	14,7±0,4	40,7±1,6	0,6±0,2	52,8±1,6	2,8±0,5	3,1±0,5
От 3 до 5 лет	73	30	-	27	16	-
	1,2±0,1	41,1±5,7	-	37,0±5,6	21,9±4,8	-
От 16 до 20 лет	848	224	15	188	311	110
	14,0±0,4	26,4±1,5	1,8±0,4	22,2±1,4	36,7±1,6	12,9±1,1
От 20 до 30 лет	2423	737	67	554	611	454
	40,0±0,6	30,4±0,9	2,8±0,3	22,9±0,8	25,2±0,8	18,7±0,7
От 30 до 40 лет	869	240	18	252	211	148
	14,3±0,4	27,6±1,5	2,1±0,4	29,0±1,5	24,3±1,5	17,0±1,2
От 40 до 50 лет	225	58	7	63	53	44
	3,7±0,2	25,8±2,9	3,2±1,1	28±2,9	23,5±2,8	19,5±2,6
От 50 лет и старше	50	15	-	7	6	22
	0,8±0,3	30,0±6,4	-	14,0±4,9	12,0±4,8	44,0±7,0
Всего	6067	1976	126	1887	1252	826
		32,6±0,6	2,1±0,1	31,1±0,6	20,6±0,5	13,6±0,4

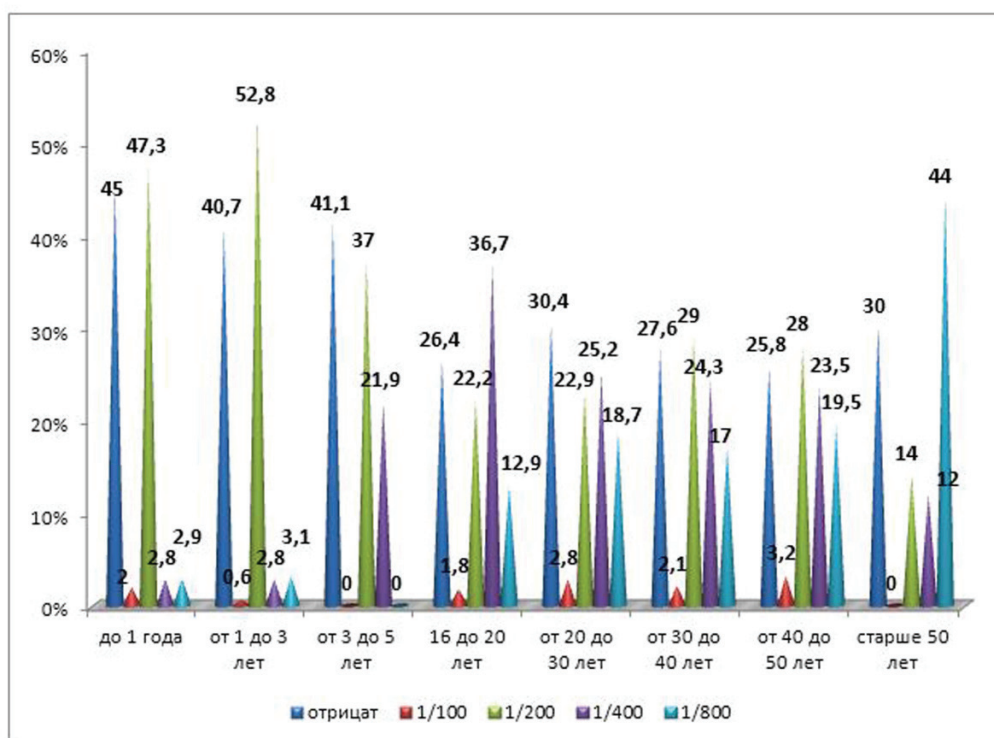


Рис.1. Лабораторная диагностика ЦМВИ на IgG у детей и больных Ошской области

среди детей в 27,2% случаях и у взрослых в 72,8% случаях. Наиболее частым маркером, выявляемым при обследовании среди больных, являются специфические иммуноглобулины класса IgM и IgG.

Литература:

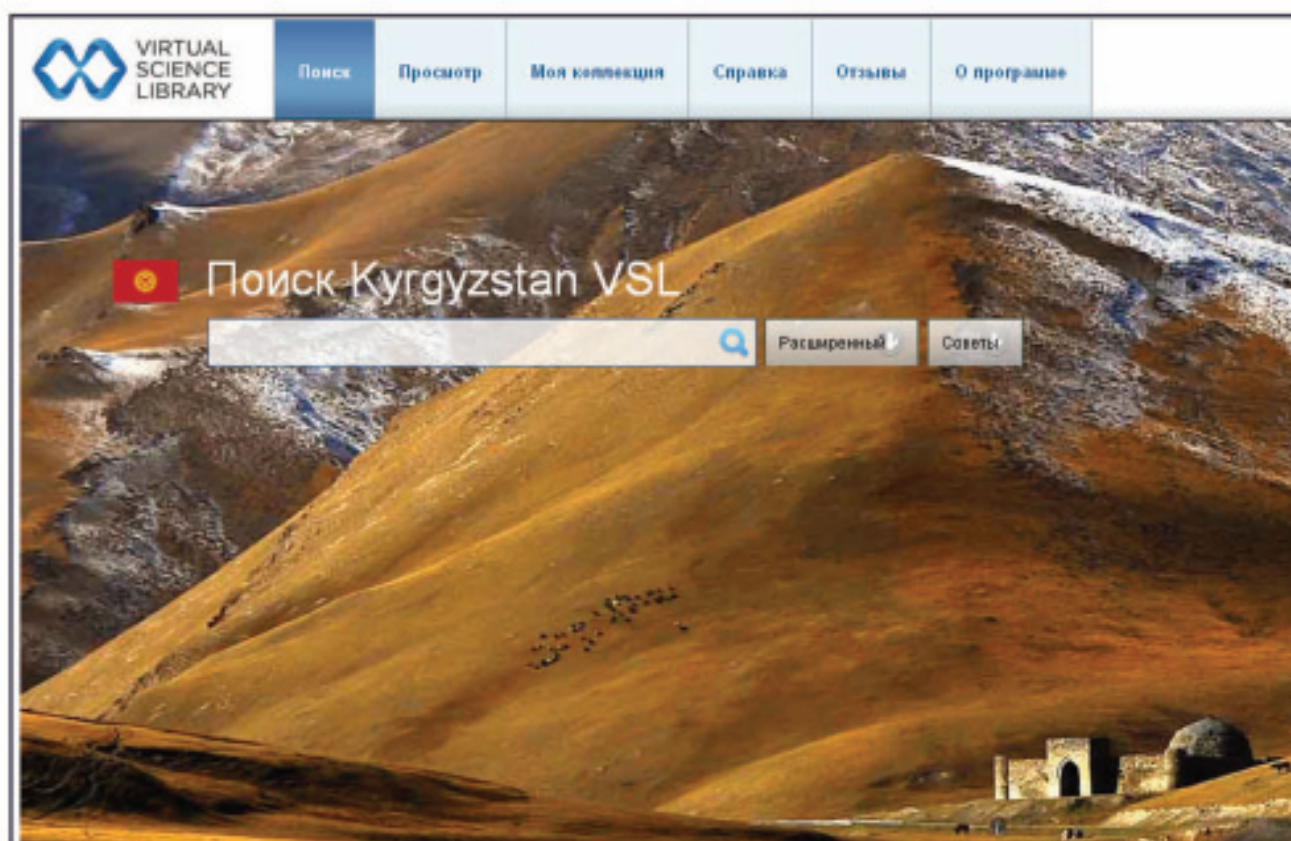
1. Актуальный путь передачи цитомегаловирусной инфекции / Н.В.Каражас и др. // Клиническая лабораторная диагностика. 2005. - № 9.

2. Кистенева Л. Б. Цитомегаловирусная инфекция как проблема перинатальной патологии: этиология, патогенез, диагностика / Л. Б. Кистенева // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2003. - №4. - С. 55-59.

3. К вопросу о внутриутробной цитомегаловирусной инфекции у детей / В. Г. Назаретян и др. // Вопросы современной педиатрии. 2006. - Т. 5, № 1. - С. 403-404.

4. Cytomegalovirus infection in pregnancy / L. Z. Wen et al. // Int J Gynecol Obstet. 2002. - V. 79. - №2. - P. 111-116.

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.

ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ГИПОКСИЧЕСКИ- ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Абдыкеримова М.С., Чыныева Д.К., Джолбунова З.К.,
Беделбаев М.К., Мамбетова Н.О.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Республиканская клиническая инфекционная больница

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. описаны клинические особенности течения острых респираторных вирусных инфекций у детей с гипоксически-ишемической энцефалопатией у 36 детей в возрасте от 1 месяца до 1 года.

Ключевые слова: дети раннего возраста, ОРВИ, гипоксически-ишемическая энцефалопатия (ГИЭ).

ГИПОКСИКАЛЫК ИШЕМИКАЛЫК ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ СИНДРОМУ МЕНЕН ООРУГАН ЫМЫРКАЙ БАЛДАРДЫГЫ КУРЧ КАРМАГАН РЕСПИРАТОРДУК ЖУГУШТУУ ООРУСУ

Абдыкеримова М.С., Чыныева Д.К., Джолбунова З.К.,
Беделбаев М.К., Мамбетова Н.О.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Республикалык жугуштуу оорулар бейтапканасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. ГИЭ синдрому менен ооруган 1 айдан 1 жашка чейинки 36 оорулуу ымыркай балдардыгы курч кармаган респиратордук жугуштуу оорусунун клиникалык өзгөчөлүктөрү аныкталган.

Негизги сөздөр: ымыркай балдар, курч кармаган респиратордук жугуштуу оорусу, гипоксикалык ишемикалык энцефалопатия синдрому (ГИЭ).

ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS IN INFANTS HYPOXIC-ISHEMIC ENCEPHALOPATHY

Abdikerimova M.C., Chynyeva D.K., Djolbunova Z.K.,
Bedelbaev M.K., Mambetova N.O.

I.K Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Republican clinical hospital of infectious diseases

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. Described the clinical features of acute respiratory viral infections in children with hypoxic ischemic encephalopathy in 36 children aged from 1 month to year

Keywords: Children. disease, syndrome hypoxic ischemic encephalopathy.

Актуальность

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) занимают ведущее место в инфекционной патологии детского возраста и составляют около 90 % среди ежегодно регистрируемых заболеваний. Особую актуальность проблема респираторных инфекций приобретает у детей первого года жизни с отягощенным преморбидным фоном, особенно гипоксически-

ишемической энцефалопатией (ГИЭ), недоношенностью, ВУИ и иммунодефицитным состоянием [2,3,4,7]. Причиной гипоксии мозга является патологическое течение беременности и родов, которое приводит к поражению нервной системы: различные формы нарушений мозгового кровообращения, кровоизлияния и ишемические поражения [1,5,8,].

У детей с ОРВИ, отягощенных ГИЭ

часто регистрируются следующие неотложные синдромы: нейротоксикоз, круп, синдром бронхиальной обструкции, острая дыхательная недостаточность при пневмонии, которые способствуют развитию отека головного мозга (ОГМ) и летального исхода у 60% больных первого года жизни. ОГМ у детей с перинатальной патологией ЦНС может развиваться в более ранние сроки ОРВИ, еще на догоспитальном этапе [2,3,6].

Целью настоящего исследования явилось изучение клинических особенностей течения ОРВИ у детей раннего возраста с гипоксически-ишемической энцефалопатией.

Материалы и методы исследования

Нами проведен анализ 36 историй болезни детей, получавших стационарное лечение в Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) в ноябре-декабре 2013 года и январе 2014 года, с диагнозом ОРВИ, имеющие сопутствующую гипоксически-ишемическую энцефалопатию. Для постановки диагноза были использованы эпидемиологические, общеклинические, функциональные (УЗИ головного мозга) методы исследования, а также статистическая обработка полученных результатов.

Результаты и их обсуждение

Возрастная структура детей, больных ОРВИ представлена следующим образом: от 0 – 3 месяцев - 8 (22,2%), от 4 – 6 месяцев 15 (41,7%), 7 – 9 месяцев 6 (16,7%) и 10-12 месяцев

7 (19,4%) больных (Рис.1) т.е., болеют чаще дети с первого полугодия жизни.

Среди заболевших 22 (61,1%) детей были жителями города Бишкек, из них 45,5% проживали в новостройках, где отмечается большая скученность. Иногородних детей из разных регионов республики было 38,9% больных.

При выяснении эпидемиологического анамнеза у 41,7% детей был выявлен контакт с больными ОРВИ в семье, у 36,1% больных детей ОРВИ мамы связывали заболевание с переохлаждением. Скорой медицинской помощью были доставлены 13,9% больных, из других стационаров поступило 27,8% детей, поликлиниками города (ЦСМ) были направлены 11,1% больных. Каждый второй больной ОРВИ (47,2%) поступал без направления по тяжести состояния и наличия неотложных синдромов.

В инфекционный стационар в первые 2-е суток болезни поступили 47,2% больных, на 3-е сутки болезни - 41,7% детей и позже 3-х суток – 11,1% больных, что свидетельствует о поздней обращаемости родителей за медицинской помощью из-за недооценки тяжести состояния больного ребенка родителями и врачами ЦСМ (рис.2). Сразу в отделение реанимации и интенсивной терапии (РИТ) поступило по тяжести состояния 5,6% детей, где находились $4,7 \pm 1,4$ дней.

При выяснении акушерского анамнеза у всех матерей больных ОРВИ детей отмечено

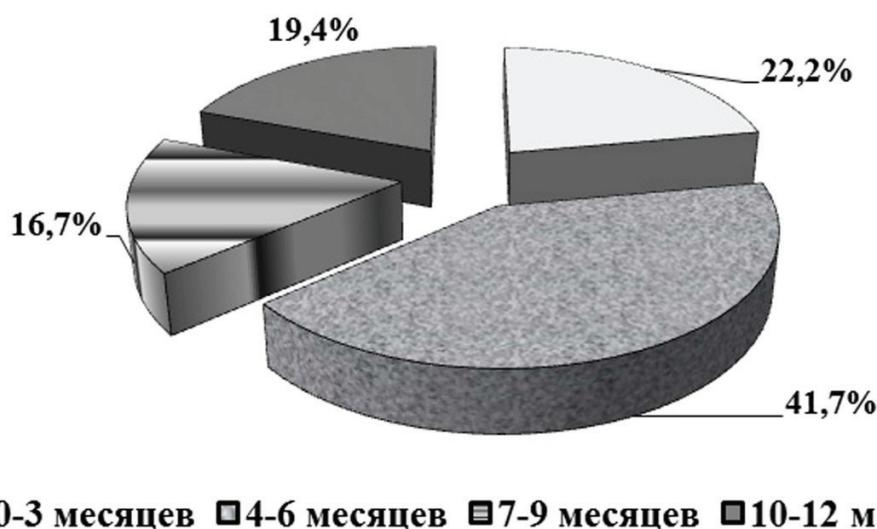


Рис. 1. Возрастная структура детей с ОРВИ на фоне ГИЭ

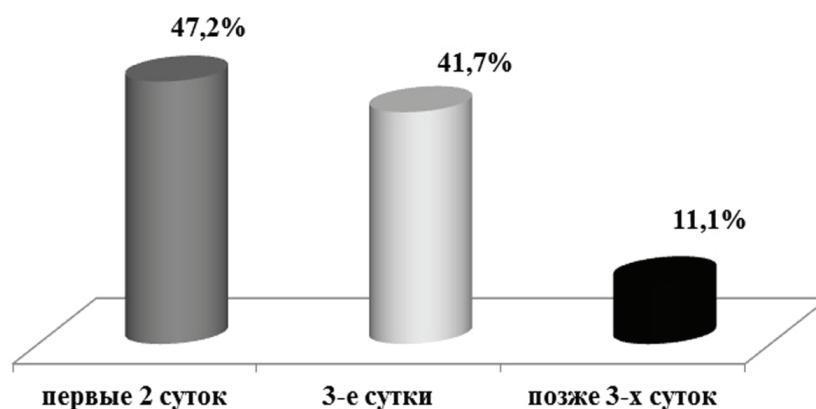


Рис. 2. Сроки поступления больных ОРВИ на фоне ГИЭ

патология беременности: гестозы I-II половины беременности в 50,0% случаях, анемия - 38,9%, угроза выкидыша - 13,9% и в 2,7% случаях нефропатия. Осложненное течение родов: кесарево сечение, преждевременные и затяжные роды, отслойка плаценты, роды со стимуляцией, асфиксия было выявлено в 15,4% случаях. Таким образом, осложненное течение беременности и родов у большинства детей, способствовало к формированию перинатальной патологии ЦНС.

Кроме ГИЭ, наблюдаемые нами дети часто (47,7%) болели ОРВИ и острыми кишечными инфекциями - 32,1%.

При формулировке диагноза врачами приемного отделения РКИБ фигурировал диагноз ОРВИ+синдром бронхиальной обструкции (СБО) у 41,7% детей, ОРВИ+судорожный синдром - 25,0%, ОРВИ тяжелая форма - 16,7%, ОРВИ+пневмония - 11,0% и ОРВИ+ОСЛТ (острый стенозирующий ларинготрахеит) у 5,6%.

При уточнении клинического диагноза больших изменений не было: у 41,7% - ОРВИ+пневмония, ОРВИ+СБО - 36,0%, ОРВИ+судорожный синдром - 16,7% и ОРВИ+ОСЛТ у 5,6% детей. Ведущим неотложным синдромом у большинства больных были: тяжелая дыхательная недостаточность - 83,3% и отек головного мозга (ОГМ) - 5,6%.

Основными жалобами при поступлении были: повышение температуры, насморк, кашель, беспокойство, судороги, одышка. Температура у больных ОРВИ детей колебалась от субфебрильной до фебрильных цифр: повышение температуры тела 37-38°C. было отмечено у 36,1% больных, более 38,1 - 39°C. у 11,1% детей, более 39°C. у 52,8% больных. Длительность лихорадочного периода 1-3

дня сохранялась у 47,2% детей, более 3 дней отмечена у 52,8% больных, что обусловлено поздним поступлением и развитием пневмонии. Инфекционный токсикоз проявлялся нарушением гемодинамики у 58,3% больных, беспокойством - у 72,5% детей, рвотой - 27,3% больных. Эти симптомы сохранялись в течение 1-3 дней.

У всех наблюдаемых больных был синдром катаральных явлений в течение $4,5 \pm 1,3$ дней, выявлены локальные изменения в легких (укорочение легочного звука, ослабление дыхания) у 41,7% детей, (коробочный звук и свистящие хрипы) у 16,7% больных.

ОРВИ у детей с ГИЭ проявлялся в тяжелой форме у 72,2% детей и в среднетяжелой форме болезни у 27,8% больных.

Анализ периферической крови показал, что лейкоцитарная формула у 8,3% больных соответствовала картине крови при ОРВИ: лейкопения ($3,3-5,6 \times 10^9$), с лимфоцитозом (65-74%). У 91,7% больных был выявлен лейкоцитоз ($10-14 \times 10^9$) с нейтрофилезом 65-78% и ускоренное СОЭ, что свидетельствует о присоединении вторичной бактериальной инфекции, анемия имела место у 25,0% больных.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки было сделано 18 (50,0%) больным, из них диагноз пневмонии был подтвержден в 88,9% случаях и только у 2 детей выявлены признаки бронхита. Ультразвуковое исследование головного мозга проведено у 24 (66,6%) больным, где были обнаружены признаки внутричерепной гипертензии, киста сосудистого сплетения, дилатация ликворных путей.

У всех больных проводили антибактериальное, дезинтоксикационное, симптоматическое лечение. Противосудорожную терапию получили 30,6% больных. Основным

показанием для назначения антибиотиков было развитие пневмонии, неотложных синдромов и лихорадка более 3-х дней. Спектр назначаемых антибиотиков был разнообразным: ампициллин, цефотаксим, цефтриаксон, цефепим, цебанекс, амикацин, меристат. Монотерапию получили 80,6%, комбинированную – 11,4% детей, последовательную смену – 8,0% больных. Исход болезни у 36,1% больных закончился выздоровлением, 63,9% – выписаны с улучшением. Длительность пребывания в стационаре у 33,3% детей составило 1-5 дней, у 66,7% больных 6-9 дней.

Таким образом, ОРВИ у 72,2% детей с отягощенным преморбидным фоном протекает в тяжелой форме, на тяжесть состояния и частоту развития неотложных синдромов и осложнений влияет ранний возраст ребенка и наличие перинатальной патологии ЦНС (ГИЭ). Наиболее частым осложнением ОРВИ была пневмония.

Литература:

1. Бриткова Т.А., Лекомцева О.И., Омелянюк И.В. и соавт.// Клинико-вирусологическая характеристика больных с острой респираторной вирусной инфекцией в эпидемический сезон. Ж. Инфектологии.- 2010.- Том.2.-№3.- С.59-60.
2. Кириллова Т.А., Петров П.В., Хабудаев В.А. и соавт.// Пневмококковая инфекция в структуре гнойных менингитов у детей. Ж. Инфектологии.- 2010. Том.2.- №3.- С.97.
3. Пагава К.И., Оболадзе Э.Д., Чикобава Е.А. и соавт.// Система энергетического обеспечения и антиоксидантной защиты у новорожденных при острой и хронической гипоксии. Ж. Педиатрия.- 2003.- №1.- С.34-35.
4. Петрушина А.Д., Мальченко Л.А., Крестина Л.Н. и соавт.// Неотложные состояния у детей.- Москва: Изд-во «Медицинская книга», 2002.-176с.:ISBN 5-86093-076-3
5. Рязина Л.А., Белоусова Т.В., Ишалина Н.Ю. // Характеристика состояния здоровья и динамики неврологического статуса детей, перенесших критические состояния при рождении, при различных подходах к их коррекции. Бюллетень сибирской медицины, 2008. Приложение №2.-С.331-336
6. Практическое руководство по детским болезням. Неотложная педиатрия. Под редакцией проф. Б.М.Блохина. – М.: Медпрактика. 2005. – 61с.
7. B. Jenson., R. S. Baltimor Pediatric infectious diseases: principles and practice. Philadelphia, 2009.-P. 771—778.
8. E.Graham Davies, David A. C. Elliman, et al. / Manual of Childhood Infections. - London, 2008. -P. 71-83.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Алымбаев Э.Ш., Кожоназарова Г.К., Малеванная В.А.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Проведена сравнительная оценка эффективности антигеликобактерного лечения детей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с применением антисекреторных препаратов из группы ингибиторов протонной помпы разных поколений. Впервые в условиях нашей клиники применено парентеральное введение пантопразола детям, что позволило сократить сроки заживления язвенного дефекта и активности воспалительного процесса.

Ключевые слова: дети, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, лечение

АШКАЗАНЫНДА ЖАНА ОН ЭКИ ЭЛИ ИЧЕГИСИНДЕ ЖАРА ООРУЛАРЫ БАР БАЛДАРДЫ КОМПЛЕКСТҮҮ ДАРЫЛОДО ПРОТОН ПОМПА ИНГИБИТОРЛОРУН КОЛДОНУУНУ САЛЫШТЫРЫП БААЛОО

Алымбаев Э.Ш., Кожоназарова Г.К., Малеванная В.А.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Ашказанында жана он эки эли ичегисинде жара оорусу бар балдарды ар башка муундагы протондук помпа ингибиторлорунун тобундагы антисекретордук препараттарды колдонуу менен геликобактерге каршы дарылоонун эффективдүүлүгүнө салыштырмалуу баалоо жүргүзүлгөн. Биздин клиниканын шарттарында алгачкы жолу балдарга пантопразолду перентералдуу берүү колдонулду, бул жаранын дефектинин айыгуу мөөнөтүн жана сезгенүү процессинин активдүүлүгүнүн мөөнөтүн кыскартууга мүмкүндүк берди.

Негизги сөздөр: балдар, ашказандын жана он эки эли ичегинин жара оорусу, дарылоо

COMPARATIVE EVALUATION OF PROTON PUMP INHIBITORS IN THE ADJUVANT THERAPY IN CHILDREN WITH GASTRODUODENAL ULCER

Alymbaev E.Sh., Kozhonazarova G.K., Malevannaya V.A.

I. K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Department of theoretical pediatry

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. A comparative assessment of the effectiveness of antihelikobakterna treatment of children with gastroduodenal ulcer using antisecretory drugs from the group of proton pump inhibitors from different generations. First in terms of our clinic applied parenteral administration of pantoprazole to children, reducing the healing time of the ulcer and inflammatory activity.

Key words: kids, gastro duodenal ulcer, treatment.

В настоящее время одним из самых частых патологических состояний в детском возрасте является язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК). Сложность и многообразие патогенетических механизмов, лежащих в основе язвенной болезни, а также сочетанность поражения обуславливают необходимость назначения одновременно к назначению нескольких препаратов, что не всегда повышает эффективность лечения, а подчас может приводить к появлению побочных действий.

Между тем именно в гастроэнтерологии, как ни в какой другой области медицины существует (и с каждым годом растет) такое многообразие медикаментозных средств, что врачу трудно в них ориентироваться.

С 1996 Европейской группой по изучению *H. pylori* (The European Helicobacterpylori Study Group, EHSG) принимается международное соглашение по стандартизации и повышению эффективности диагностики и лечения заболеваний, ассоциированных *H. pylori* под

названием Маастрихт.

Однако эти рекомендации касаются только терапевтической практики и педиатры, как правило, вынуждены адаптировать их для применения в детской гастроэнтерологии.

Излечение ЯБДПК может быть достигнуто лишь при одновременном лечебном воздействии как на общие патогенетические факторы язвообразования, так и на основные ульцерогенеза (ацидопептический и инфекционный). Этим требованиям на сегодняшний день отвечают препараты ингибиторов протонной помпы (ИПП). Разработано и применяется в практике пять поколений этой группы. В Кыргызстане доступны три поколения препаратов – омепразол, лансопразол и пантопразол. В данное время накоплены данные, позволяющие рекомендовать омепразол и лансопразол в детской гастроэнтерологии. Данные о возможности применения пантопразола для лечения кислотозависимых заболеваний у детей противоречивы и разрознены. Данных о парентеральном приеме пантопразола в детской практике нет.

Целью настоящего исследования явилось сравнительное изучение эффективности лечения детей с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной препаратами из группы ингибиторов протонного насоса разных поколений.

Материалы и методы исследования

Нами обследовано 46 детей больных ЯБДПК, ассоциированной с *H. Pylori*. Всего 25 мальчиков и 21 девочка в возрасте от 9 до 16 лет. Всем больным проведено эндоскопическое исследование с биопсией. При гистологическом исследовании биоптатов у всех больных был выявлен *H. Pylori*.

С целью изучения клинической эффективности этиотропной терапии *Hp*-ассоциированной язвенной болезни в зависимости от применяемого метода лечения. Первая группа из 26 детей в качестве патогенетической терапии получала пантопразол по 40 мг + 100,0 физиологического раствора в/в капельно № 4, затем пантопразол в таблетках по 20 мг 2 раза в день в течение 10 дней. Параллельно назначались амоксициллин по 50 мг/кг и метронидазол по 15-20 мг/кг в течение 7 дней.

Вторая группа (20 детей) получала омепразол по 20 мг 2 раза в день в течение 14 дней, кларитромицин 15 мг/кг и метронидазол 15-20 мг/кг 7 дней. Эндоскопическое исследование проводилось в начале и на 10 день лечения.

Результаты и обсуждение

Все 46 больных поступили в клинику в период активной стадии язвенной болезни: ритмичные, мойнигановские и приступообразные боли в животе; резкие пальпаторные боли в пилорoduodenальной области; положительный симптом Менделя; диспепсические проявления; эндоскопические признаки активного гастродуоденита и свежая язва. Всем больным диагноз впервые установлен в клинике.

Основными критериями эффективности проводимого лечения служили: снижение активности воспалительного процесса, сроки рубцевания язвенного дефекта, эндоскопически – отсутствие *Hp* в слизистой оболочке антрального отдела желудка, исчезновение или уменьшение болевого и диспепсического синдрома.

Как видно из таблицы 1, на фоне трехкомпонентной терапии ИПП с антибиотиками и антипротозойными препаратами наступило быстрое улучшение состояния больных, исчезновение абдоминальных болей и диспепсических проявлений на 3 и 7-е сутки.

Таблица 1. Сроки исчезновения симптомов язвенного процесса (день)

Активность заболевания	I	II	P
Абдоминальные боли	3,3±0,3	7,5±0,3	0,05
Диспепсические проявления	3,0±0,4	7,1±0,6	0,05
Пальпаторная болезненность	7,2±0,8	13,2±1,2	0,05

Таблица 2. Динамика эндоскопической картины в процессе лечения (%)

Динамика эндоскопии	Группа				Р
	I		II		
	абс	%	абс	%	
Активное воспаление					
до лечения	26	100,0	20	100,0	0,05
сохранялось					
на 10-й день	8	30,7	8	40,0	0,05
на 14-й день	2	7,6	2	10,0	0,05
Заживление язвы					
на 10-й день	26	100,0	17	85,0	0,05
на 14-й день			20	100,0	

Таблица 3. Эрадикация Нр в зависимости от метода лечения (%)

Комплекс терапии	До лечения		На 10-й день		На 14-й день	
	абс	%	абс	%	абс	%
пантопразол						
+амоксициллин	26	100,0	22	84,6	24	92,3
+метронидазол						
омепразол						
+кларитромицин	20	100,0	16	80,0	18	90,0
+метронидазол						

Улучшились общее психомоторное состояние и сон, прекратились ранее имевшие место ночные и ритмичные боли в животе.

У больных, получавших пантопразол, жалобы на абдоминальные боли и диспепсические проявления исчезли на 3-е сутки от начала лечения, а у больных, получавших омепразол на 7-е сутки ($P < 0,05$). Дольше держались пальпаторные боли на 7-е и 13-е сутки от начала лечения, соответственно первой и второй группы ($P < 0,05$).

Динамика эндоскопической картины язвенной болезни у наблюдаемых больных в процессе лечения представлена в таблице 2.

Как видно, у больных первой группы на 10-й день от начала лечение заживления язвенного дефекта произошло в 100,0 % случаев, а во второй группе в 85,0% случаев, в конце лечения на 14-й день произошло полное

рубцевание язвенного дефекта у всех больных. Признаки активного воспаления слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки сохранялись дольше, чем заживление язвы: на 10-й день у 30,7% больных первой группы и у 40,0% второй группы.

Большинство язв у детей были поверхностными, небольших размеров, в 78% случаев заживление произошло путем эпителизации без рубца и в 22% - формированием рубцовой деформации.

Подавление активности воспалительного процесса слизистой оболочки и заживление язвы не решает проблемы излечения язвенной болезни. Пока не достигнуто уничтожение Нр в слизистой оболочке опасность рецидива и обострения заболевания сохраняется. Эффективность эрадикационной терапии у больных язвенной болезнью при различных

методах лечения представлена в таблице 3.

Как видно, курс «тройной» антигелико-бактерной терапии язвенной болезни обусловил эрадикацию Нр у более 80% больных в течение 10 дней от начала лечения. Так, у больных первой группы, получавших пантопразол+амоксациллин+метронидазол на 10-й день лечения, исчезновение Нр наблюдалось у 84,6% детей, на 14-й день у 92,3%. У больных, получавших омепразол+кларитромицин+метронидазол – у 80,0% и 90,0% соответственно.

Таким образом, тройная терапия, примененная нами, включающая ИПП, антибиотики и антипротозойные препараты способствовало получить удовлетворительные результаты, заживление язвенного дефекта и эрадикации Нр у более 90% больных.

Все препараты, применяемые нами, оказались высокоэффективными. Но на фоне приема лекарственных средств у первой группы значительно быстрее купировались абдоминальный и диспепсический синдром и значительно сократились сроки заживления язвенного дефекта. При приеме данных препаратов не наблюдалось побочных эффектов. Это позволяет рекомендовать препараты из группы ИПП в качестве высокоэффективных препаратов для лечения язвенной болезни у детей.

Литература:

1. Баранов А. А. . Детская гастроэнтерология: проблемы и задачи на современном этапе [Текст] / А. А. Баранов // *Вопр. современной педиатрии*. — 2007. — Т. 6: №5. — С. 5-14.
2. Васильев Ю.В. Место ингибиторов протонной помпы в терапии кислотозависимых заболеваний [Текст] / Ю.В.Васильев // *Consilium Medicum* – 2010. - № 2. – С.17-21.
3. Запруднов А.М. Современные особенности подростковой гастроэнтерологии [Текст] / А.М.Запруднов, К.И.Григорьев // *Педиатрия* - 2011 – Т.90: № 2. – С. 6-12.
4. Осадчук А.М. Сравнительная оценка эффективности схем эрадикационной терапии *H.pylori* в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки [Текст] / М.А.Осадчук, Д.В.Балашов, М.А.Осадчук // *Росс.журнал-гастроэнт., гепатол., колопрокт.* – 2011. – Т.21: № 5. – С.33.
5. Хавкин А. И. Медикаментозная терапия язвенной болезни у детей / А. И. Хавкин // *Лечащий врач*. — 2006. — № 1. — С. 26-30.

6. Цветкова Л.Н. Язвенная болезнь у детей: особенности течения и выбора медикаментозной терапии на современном этапе [Текст] / Л.Н.Цветкова, В.А.Филин, Л.В. Нечаева и др. // *Рос.вестн. перинатологии и педиатрии* - 2008. - № 5. – С. 36–42.

7. Gisbert, J. P. *Helicobacter pylori* «rescue» regiment when proton pump inhibitor-based triple therapies fail : review article / J. P. Gisbert, J. M. Pajares // *Aliment. Pharmacol. Ther.* — 2002. — Vol. 16, № 6. — P. 1047-1057.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ КГМА, КРСУ

Атаканова А.Н., Неронова К.В.,
Керимкулова А.С., Миррахимов Э.М.

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

Резюме. Распространенность факторов риска здоровья среди студентов КГМА, КРСУ. В исследование включены 837 студентов КГМА. Средний возраст $21,3 \pm 1,5$ года. Студентами заполнялся опросник для выявления факторов риска здоровья. Исследование показало, что студенты медицинских кыргызских вузов, практикуют нездоровый образ жизни.

Ключевые слова: студенты, здоровье.

КММАНЫН ЖАНА КОСУ СТУДЕНТТЕРИНИН ДЕН СОЛУКТАРЫ ҮЧҮН КОРКУНУЧ АЛЫП КЕЛҮҮЧҮ ФАКТОРЛОРУНУН ТАРАЛЫШЫ

Атаканова А.Н., Неронова К.В.,
Керимкулова А.С., Миррахимов Э.М.

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

Корутунду. КММАнын жана КОСУ студенттеринин ден соолуктары учун коркунуч алып келүүчү факторлорунун таралышы каралды. Изилдөөгө 937 студент камтылган. Алардын орточо жашы $21,3 \pm 1,5$ жылдыгуздү. Ден-соолукка зыян алып келүүчү коркунуч факторлору аныктоо үчүн студенттер сурамжылоо барагын толтурушкан. Изилдөөнүн жыйынтыгы студенттердин саламат жашоо образын туура эмес пайдалангандыгын көрсөттү.

THE PREVALENCE OF HEALTH RISK FACTORS AMONG STUDENTS KSMA, KRSU

Atakanova A. N., Neronova K.V.,
Kerimkulova A.S., Mirrakhimov E.M.

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

Resume. The prevalence of health risk factors among students KSMA, KRSU. The sample included 837 university students from health sciences undergraduate. Mean age $21,3 \pm 1,5$ years. Students filled out a questionnaire to determine health risk factors. The study showed that medical students Kyrgyz universities, practicing unhealthy lifestyle.

Key words: students, health.

Введение

Хронические заболевания, включая болезни сердца, инсульт, рак и сахарный диабет являются на сегодняшний день ведущими причинами смертности во всем мире, в том числе в Кыргызстане. [1] Поведенческие факторы риска, включая курение табака, употребление алкоголя, отсутствие физической активности, сидячий образ жизни и ожирение являются основными детерминантами хронических заболеваний. [2] Например, около 80% случаев, заболевания сердечно-сосудистой системы и сахарного диабета II типа возникают в

результате низкой физической активности, курения табака и неправильного питания. [1] Считается, что поведенческие факторы риска (в том числе низкая физическая активность, сидячий образ жизни, курение, употребление алкоголя и ожирение) сосуществующие среди молодежи, при их комбинации дают больший вклад возникновения хронических заболеваний, чем их индивидуальные независимые эффекты на здоровье человека. [3,4]

Целью данного исследования была оценка распространенности факторов риска возникновения заболеваний среди студентов

КГМА и КРСУ.

Материалы и методы

Выборка включала 837 студентов Кыргызской Государственной Медицинской Академии им И.К. Ахунбаева и Кыргызско-Российского Славянского Университета, выбранных случайным образом. Средний возраст испытуемых составил $21,3 \pm 1,5$ года. Данные были собраны с помощью опросника в классной комнате после получения информированного согласия. Титульные листы анкет кратко объясняли суть исследования и рассказывали респондентам о том, как заполнить его. Она также предоставила информацию об исследователях. Также отмечалось, что анонимность и конфиденциальность будет сохранена и что участие студентов будет добровольным. Было указано, что данные будут использоваться только для исследовательских целей.

Для оценки здорового образа жизни нами был разработан опросник, состоящий из нескольких разделов. Респонденты оценили свое здоровье вопросом: «В целом, Вы можете сказать, что Ваше здоровье отличное, очень хорошее, хорошее, удовлетворительное или плохое?» Социально-экономический фон семьи оценивали вопросом: «Как Вы могли описать благосостояние Вашей семьи?» Варианты ответов: богаты, средний уровень, ниже среднего или довольно бедные. Для оценки употребления табака задавался вопрос: «Используете ли Вы в настоящее время один или несколько видов табачных изделий (сигареты, нюхательный, жевательный табак, сигары и т.д.)?» Варианты ответов были «да» или «нет». Студенты, употребляющие табак, также отвечали на вопрос: как часто? Варианты ответов были: однажды, еженедельно, почти ежедневно, ежедневно. [5] Также задавался вопрос: «Как часто Вы незаконно употребляли наркотики в течении последних 12 месяцев?» Варианты ответов были: 0 раз, 1-2 раза, 3-9 раз, 10 и более раз. Потребление алкоголя измеряли, задавая участникам вопрос: «Можете ли Вы себя назвать как 1) не пьющий; 2) изредка выпивающий (только по особым случаям); 3) редко выпивающий; 4) регулярно пьющий. Как часто Вы употребляете алкоголь? Варианты ответов: не употребляю, употребляю редко, время от времени и регулярно употребляю. Студентов употребляющих алкоголь спрашивали, «Сколько алкоголя в среднем они выпивают? На вопрос: «Как часто Вы употребляли одновременно 250мл

(для мужчин), 200мл (для женщин) и более алкогольных напитков? были варианты ответов: иногда, менее чем раз в месяц, ежемесячно, еженедельно, ежедневно или почти ежедневно.

Физическая активность (ФА) оценивалась с помощью Международного опросника по физической активности (International Physical Activity Questionnaire- IPAQ) краткой версии. Мы использовали инструкции, приведенные в руководстве IPAQ для надежности и достоверности. Физически неактивными считались лица, ответившие, что они совсем не занимаются умеренной ФА или интенсивной ФА и ходят менее 30 минут в день. Имеющими низкий уровень ФА считались лица, которые ответили, что они занимаются умеренной ФА или интенсивной ФА менее 1 дня в неделю или ходят от 30-60 минут в день. Имеющими средний уровень ФА считались те, кто ответил, что они занимаются умеренной ФА менее 5 дней в неделю или интенсивной ФА менее 3 дней в неделю или ходят от 60-90 минут в день. Имеющие высокий уровень ФА считались те, кто ответил, что они занимаются умеренной ФА 5 дней и более в неделю или интенсивной ФА 3 дня и более в неделю или ходят 90 или более минут в день. [6]

Оценка здорового питания включала в себя вопросы: «Как часто Вы завтракаете? Сколько блюд Вы едите каждый день? Как часто между основными приемами пищи Вы имеете перекус? Как часто Вы едите пищу которая включает в себя мясо(говядина, свинина, баранина, телятина, бекон, гамбургеры, сосиски и т.д.)? Сколько раз в день Вы едите фрукты? [7] Сколько раз в день Вы едите овощи? [7] Добавляете ли Вы соль в пищу? Трудно ли Вам избегать употребления продуктов, содержащих жир и холестерин? Заставляете ли Вы себя есть продукты с высоким содержанием клетчатки?

Пристрастия к азартным играм оценивалось следующим вопросом: «Пожалуйста, укажите, какие из следующих азартных игр Вы пробовали в Вашей жизни? Варианты ответов: играл в карты на деньги, ставки на лошадей, собак и других животных, спортивные ставки, играли в кости на деньги, ходили в казино (легально или нет), играли в лотерею, играли в бинго, играли в игровые автоматы, играли на фондовом и/или товарном рынке или другие игры на деньги. Для каждого типа респондент должен был отметить один ответ: 1= «ни разу», 2= «менее одного раза

в неделю», 3= «один раз в неделю и больше».

Опрос продолжительности сна включал один вопрос о количестве часов сна, в среднем в течении 24 часов. Категория 7-8 ч сна была использована в качестве нормы. Это время было выбрано за норму потому, что некоторые исследования показали, что те, кто спал 7-8 ч, как правило, имели самые низкие показатели смертности. [8]

Сексуальное поведение оценивалось следующими вопросами: «Сколько сексуальных партнеров у Вас было за последние 12 месяцев? Пользовались ли Вы презервативом со своим партнером в течении последних 3-х месяцев? Занимались ли Вы сексом после употребления алкоголя за последние 3 месяца? Были ли у Вас когда-нибудь инфекции передающиеся половым путем».

Также студентам были заданы вопросы: «Сколько раз в день Вы чистите зубы? Сколько раз в год Вы ходите на профилактические стоматологические осмотры?»

Мы оценили симптомы депрессии с помощью шкалы депрессии (CES-D). Шкала оценки выраженности депрессии CES-D, предложена Центром эпидемиологических

исследований США (Center for Epidemiological Studies Depression Scale), с градацией значений: 19- норма, 20-25- легкая депрессия, 26 и более- тяжелая депрессия. [9,10]

Статистический анализ: Данные были проанализированы с использованием IBM-SPSS для Windows, версии 20 (Чикаго, Иллинойс, США). Для разности поведения в отношении здоровья и других переменных в мужских и женских студентах был использован Т-тест или Манна-Уитни, U тест, для независимых выборок для сравнения средний показатель был использован для сравнения частоты. Линейный регрессионный анализ с рисками для здоровья, индекс поведения в качестве зависимых переменных.

Социально-демографические характеристики, социальным и медицинским переменные были взяты в качестве независимых переменных. $P < 0,05$ считали значимыми.

Результаты

Из 856 студентов 837 согласились участвовать, частота ответа 97,8%; 358 (42,8 %) мужчин и 479 (57,2 %) женщин в возрасте от 18 до 29 лет (средний возраст составил $21,3 \pm 1,5$ года (график №1)

52,8% (n=440) опрошенных студентов

Распределение студентов по полу

Общее количество студентов-837

Средний возраст студентов- $21,3 \pm 1,5$

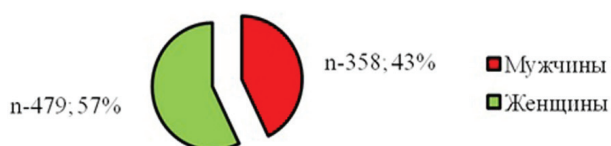


График № 1

Спят менее 6 часов в день

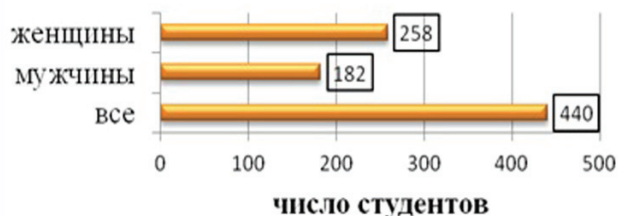


График № 2

Питание студентов



График №3

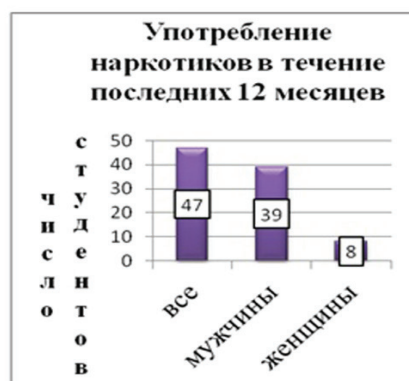


График № 4

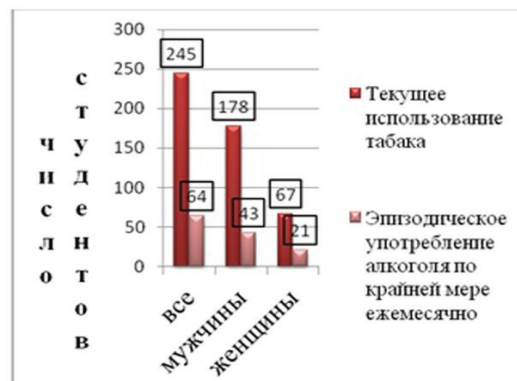


График № 5

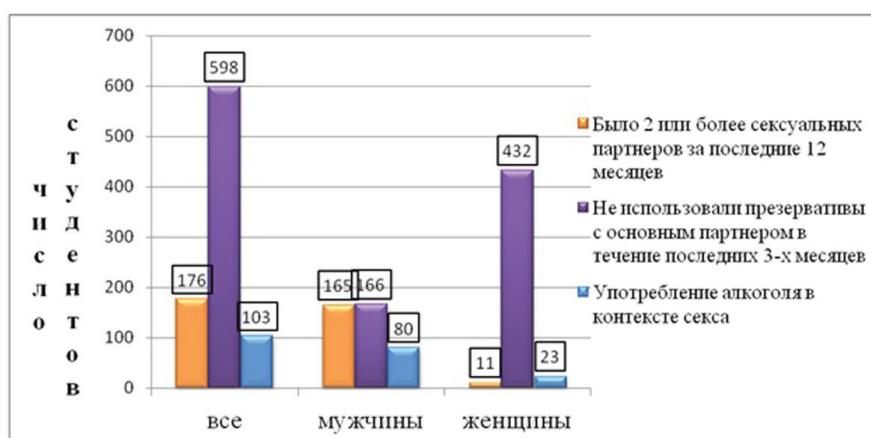


График № 6

отметили, что спят менее 6 часов в день, что также может явиться фактором риска для здоровья (график № 2)

86,4% (n-720) студентов употребляли меньше пяти порций фруктов и/или овощей в день, 75,9%(n-635) не избегают чрезмерного употребления жиров и холестерина, 83,2 %(n-696) опрошенных не стремятся употреблять продукты с высоким содержанием клетчатки и 50,5%(n-422)обычно пропускают завтрак (график № 3).

Распространенность факторов риска для здоровья у мужчин и женщин представлены. Половина 49,2% (n-412) респондентов отмечали себя как физически неактивными, 9,3% (n-74) имели избыточный вес, 2,5%(n-17) студентов страдали ожирением. В тоже время низкий вес имели 14,9% (n-119) исследуемых. Нормальный вес отмечался у 74,7% (n- 596) опрошенных студентов.

Меньшинство студентов-35,8% (n-300) чистили зубы менее чем два раза в день.

Что касается профилактического поведения, то 48,6 %(n-400) студентов проходили стоматологический осмотр реже, чем 1 раз в год.

С точки зрения употребления психоактивных веществ 5,6% (n-47) студентов отметили употребление наркотических средств в течении последних 12 месяцев, 29,3%(n-245) опрошенных использовали табачные изделия в прошлом месяце, 7,6%(n-64) респондентов употребляли алкоголь по крайней мере ежемесячно(график № 4,5)

23,9 % (n-200) студентов сообщили, что были вовлечены в азартные игры в течение последних 12 месяцев.

21 % (176) студентов отметило, что у них было два или более сексуальных партнеров за последние 12 месяцев ,72,2 %(598) никогда не пользовались презервативами с их постоянными партнерами в течении последних 3 месяцев. Алкоголь употреблялся в контексте секса 12,3% (103) опрошенными студентами (график № 6)

Выводы

В целом, факторов риска возникновения заболеваний было больше среди мужского пола. В частности с точки зрения частого употребления психоактивных веществ (табака, алкоголя, наркотиков), частых азартных игр, наличия двух или более сексуальных

партнеров. К тому же большинство мужчин не избегают чрезмерного употребления жиров и холестерина, не пытаются потреблять клетчатку, стоматологические осмотры проводятся реже одного раза в год. Но женщины были менее физически активны, пропускали чаще завтрак и имели избыточный вес чаще, чем мужчины. В отличие от некоторых других исследований среди студентов высших учебных заведений, это исследование не обнаружило связь между депрессией и неблагоприятным социально-экономическим статусом семьи. [11,12] Исследование показало, что студенты медицинских кыргызских вузов, практикуют нездоровый образ жизни. Эти данные указывают на необходимость сосредоточить внимание на студентах высших учебных заведений в качестве целевой группы для просветительской работы в целях улучшения пищевых привычек, физической активности, снижения рискованного сексуального поведения и употребления табака.

Литература:

1. World Health Organization (WHO). *Preventing chronic diseases: a vital statement*. Geneva, Switzerland: Department of Chronic Diseases and Health Promotion, World Health Organization; 2005.
2. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. *Actual causes of death in the United States, 2000*. JAMA 2004;291(10):1238–1245.
3. Meng L, Maskarinec G, Lee J, Kolonel LN. *Lifestyle factors and chronic diseases: application of a composite risk index*. Prev Med 1999;29(4):296–304.
4. Alamian A, Paradis G. *Individual and social determinants of multiple chronic disease behavioral risk factors among youth*. BMC Public health 2012;12:224.
5. World Health Organization (WHO). *Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic*. Geneva, Switzerland: WHO, 1998.
6. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. (2003). *International physical activity questionnaire: 12-Country reliability and validity*. Med Sci Sports Exerc 2003;35:1381-1395.
7. Hall JN, Moore S, Harper SB, Lynch JW. *Global variability in fruit and vegetable consumption*. Am J Prev Med 2009;36(5):402-409.e5.
8. Hublin C, Partinen M, Koskenvuo M, Kaprio J. *Sleep and mortality: a population-based 22 year follow-up study*. Sleep 2007;30:1245-53.
9. Andresen EM, Malmgren JA, Carter WB, Patrick DL. *Screening for depression in well older adults: evaluation of a short form of the CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)*. Am J Prev Med 1994;10(2):77-84.
10. Kilbourne A, Justice A, Rollman B, McGinnis K, Rabeneck L, Weissman S, et al. *Clinical importance of HIV and depressive symptoms among veterans with HIV infection*. J Gen Intern Med 2002;17(7):512-520.
11. Allgöwer A, Wardle J, Steptoe A. *Depressive symptoms, social support, and personal health behaviors in young men and women*. Health Psychol 2001;20(3):223-7.
12. Parikh R, Chakraborty N, Sonawalla S, Mehra G, Dracas S, Fava M. *Depression in college students in Bombay: A study of 2273 individuals*. European Neuropsychopharmacology 2002;12(Suppl 3):247.

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ ОРХОЭПИДИДИМИТЕ

Дуйшеналиев А.А.

Республиканский научный центр урологии при Национальном госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республики

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Дана оценка результатов ультразвукового исследования 68 больных с орхоэпидидимитом посттравматического происхождения.

Ключевые слова: Травма органов мошонки, орхоэпидидимит, ультразвуковые исследования.

ТРАВМА КЕСЕПЕТИНЕН ПАЙДА БОЛГОН ЭРКЕК ЖЫНЫС ОРГАНЫНЫН СЕЗГЕНЕШИНДЕ МОРФОМЕТРИЯ ЖАНА КАН АЙЛАНУУ КӨРСӨТКҮЧҮҮ

Дуйшеналиев А.А.

Улуттук госпиталга караштуу Республикалык илимий урология борбору

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. 68 бейтаптын травма кесепетинен пайда болгон эркек жыныс органынын сезгенешинин ультраүндүү изилдөөдөгү көрсөткүчтөргө аныктама берилди.

Негизги сөздөр: Калта органдардын травмасы, эркек жыныс органынын сезгенеши, ультраүндүү изилдөө.

MORPHOMETRIC AND HEMODYNAMIC PARAMETERS DURING POST-TRAUMATIC ORCHIEPIDIDYMITIS

Duyshenaliev A.A.

Republican Scientific Center of Urology at the National Hospital
of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. An assessment of ultrasound examinations of 68 patients with post-traumatic origin orchiepididymitis.

Keywords: Trauma of the scrotum, orchiepididymitis, ultrasound.

Введение

В последние годы отмечается прогрессирующий рост закрытого травматического повреждения органов мошонки и это связано с ухудшением криминального состояния, ростом числа транспортных происшествий, а также полученные травмы бытового характера [1,3].

От полученной тупой травмы нередко возникает гематома мошонки с различной распространенностью, отек мошонки, а также яичка и придатка с последующей клинической картиной проявления орхоэпидидимита [2].

Как показывает клиническая практика, несмотря на проведенные оперативное или консервативное лечение травматического повреждения органов мошонки в отдаленных периодах происходит гипо- или атрофия яичка с различной степенью выраженности нарушения фертильности. Это обстоятельство требует клиническую

и патогенетическую оценку течения воспалительного процесса в органах мошонки, которые в свою очередь становятся объектом выработки оптимального подхода обследования и лечения подобного страдания.

Цель исследования: анализ результатов ультразвукового доплерографического исследования больных с острым орхоэпидидимитом травматического происхождения.

Материал и методы исследований

Материал исследования составили 68 больных с острым орхоэпидидимитом травматического происхождения, которые проходили стационарное обследование в Республиканском научном центре урологии при Национальном госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

В методике исследования использованы общеклиническое обследование, УЗДГИ органов

мошонки. Исследование проводилось на УЗ.4/аппарате с конвекционным датчиком 7,5 МГц. При этом учитывались отдельно размеры яичек, состояние белочной оболочки и ее толщина, эхоструктура паренхимы яичек, наличие участков уменьшения или усиления эхоплотности, а также патологических образований.

Размеры придатка и их разделы (головка, тело и хвостовой части) и ее эхоструктура. Наряду с этим оценивалось наличие жидкостных образований и его образное количество (умеренное, среднее, избыточное) и гомогенность или наоборот. При диагностировании участка гематомы следует описать его размеры, локализацию и характер кровотока.

Оценивались цветные и спектральные характеристики артериального кровотока, в частности, среднее значение пиковой систолической скорости - $V_{\max \text{ sist}}$ и конечной диастолической скорости $V_{\max \text{ diast}}$. Суммарный кровоток оценивался с помощью энергетического доплера.

При сканировании органов мошонки в В-режиме в норме размеры яичка 40x35x30 мм, с четкими контурами, однородной эхоструктуры. Придаток визуализируется вдоль заднебоковых отделов яичка, эхогенность головки, тела хвоста неизменного придатка одинаковы. Максимальный размер головки придатка до 10 мм, толщина тела придатка 3-5 мм. При цветном доплеровском картировании сосудов мошонки артерия семенного канатика визуализировалась в 28% случаев, яичковая - в 60%, крупные паренхиматозные артерии, преимущественно в средостении яичка - в 100%. При измерении показателей артериального кровотока в указанных выше сосудах, были получены следующие данные: в артерии семенного канатика $V_{\max \text{ sist}}$ - 0,129 м/с; в яичковой артерии $u_{\max \text{ sist}}$ -0,216 м/с, $V_{\max \text{ diast}}$ -0,104 м/с; в паренхиматозных артериях $V_{\max \text{ sist}}$ -0,112 м/с, $V_{\max \text{ diast}}$ -0,053 м/с.

Результаты и их обсуждения

Эхографическая картина посттравматического эпидимита характеризуется увеличением размеров придатка, неоднородностью эхоструктуры, наличием гипо- и гиперэхогенных участков на фоне общего снижения эхогенности. У 5 больных при ультразвуковом исследовании выявились гипоэхогенные участки в придатке от 5 до 10 мм. В дальнейшем у них интраоперационно и гистологически была диагностирована гематома на фоне острого эпидидимита. Вовлечение в воспалительный процесс яичка также сопровожда-

лось увеличением размеров его, снижение эхогенности, появление гипоэхогенных участков, утолщение белочной оболочки яичка, появление реактивного гидроцеле.

В средней степени выраженности реактивного процесса на стороне поражения органа мошонки без гематомы характеризовалось следующими данными: средний показатель размеры яичка составил - 64,8±0,3мм, придатка (головки - 16,7±0,2мм, тело-15,3±1,3мм и хвостовой части - 12,8±0,9мм). При этом эхоморфологический воспалительный процесс в яичке и придатке также сопровождался увеличением размеров его, снижение эхогенности, появление гипоэхогенных участков, утолщение белочной оболочки яичка, появление реактивного гидроцеле. Следует заметить, что у 4 случаев были диагностированы разрыв яичка на основании ультразвуковых исследований и были основанием для выполнения экстренной оперативной лечения: всем больным произведено удаление гематом и ушивание разрыва яичка на стороне поражения.

В тяжелой выраженности травмы органов мошонки получены следующие данные: размеры яичка составило - 72,3±0,8мм, придатка (головки - 24,4±0,7мм, тело- 22,1±0,4мм и хвостовой части - 19,8±0,5мм).

У 8 больных при ультразвуковом исследовании выявились гипоэхогенные участки в придатке от 5 до 10 мм, а в 13 случаях интрапаренхиматозные гематомы яичка, что в дальнейшем у них интраоперационно был верифицированы. В 9 случаях регистрированы разрыв яичка и к сожалению в 3-х случаях закончились орханоуносящими операциями (орхидэктомия).

У больных орхоэпидидимитом при цветном доплеровском картировании артерия семенного канатика визуализировалась в 50% случаев, яичковая - в 90%, крупные паренхиматозные артерии - в 95%. Цветное доплерографическое картирование сосудов выявило гиперваскуляризацию яичка и оболочек его на стороне поражения, которая более выражена в участках с пониженной эхогенностью. Достоверно увеличивались показатели скорости артериального кровотока по сравнению со здоровой стороной: в артерии семенного канатика $V_{\max \text{ sist}}$ -0,138 м/с, $V_{\max \text{ diast}}$ - 0,068 м/с; в яичковой артерии $V_{\max \text{ sist}}$ -0,287 м/с, $V_{\max \text{ diast}}$ - 0,100 м/с; в паренхиматозных артериях $V_{\max \text{ sist}}$ -0,176 м/с, $V_{\max \text{ diast}}$ -Ч),02 м/с. На контралатеральной стороне отмечалось незначительное увеличение скорости артериально-

го кровотока по сравнению с нормой. У больных острым эпидидимитом без клинических признаков орхита всегда выявлялась выраженная гиперваскуляризация яичка. Исследование с помощью энергетического доплера выявило резкое усиление суммарного кровотока на пораженной стороне.

Доплеровское исследование было применено для контроля за проводимым лечением. У больных в ходе проводимой терапии в динамике отмечалось исчезновение гиперваскуляризации и снижение показателей артериального кровотока в артериях яичка на фоне уменьшения гипоксичности яичка и придатка и формирование в них гиперэхогенных участков.

Выводы

1. Травма органов мошонки имеет медико-социальное значение, если проблема затрагивает репродуктивное здоровья пострадавшего.

2. На этапе введения пациентов с травматическими повреждениями органов мошонки ультразвуковое доплерографическое исследования имеет важное значения, так как могут дать исчерпывающие результаты в оценке не только морфометрические, но и гемодинамические картины в пораженном органе, что следует широко применять в клинической практике.

Литература:

1. Забурев А.Р., Митькова М.Д., Корякин М.В., Митьков В.В. Ультразвуковая диагностика заболеваний наружных половых органов у мужчин / Пособие – М., 1999-87с.

2. Отдаленные последствия острых и посттравматических орхоэпидидимитов (аспекты репродукции)/ Крикорьянц Е.П., Макушкин Д.Г., Шемякин И.Ю. и др// Тез.науч.работ.- Омск, 1996,-С. 176-179.

3. Тарасов Н.И., Шмелев А.К., Нифадьев В.А. Пределы консерватизма при острых заболеваниях и травмах органов мошонки у взрослых и детей// ВКН.: Тезисы докладов конференции урологов и нефрологов Белоруссии.- Минск , 1989, С.93-94.

ИЗУЧЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ВАСКУЛИТОМ В ПРОЦЕССЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ

Джакыпбаев О. А., Маматысаева У.А.

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева

Кыргызский научный центр гематологии МЗ КР

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В настоящей работе проведено изучение концентрации цитокинов: интерлейкина-1 β (ИЛ-1 β), интерлейкина-2 (ИЛ-2), интерлейкина-6 (ИЛ-6), фактора некроза опухоли (α ФНО), подтверждающие об аутоиммунном происхождении геморрагического васкулита с нарушением активности натуральных киллеров и цитотоксических лимфоцитов. Полученные результаты лечения свидетельствуют об эффективности проведенной терапии.

Ключевые слова: геморрагический васкулит, интерлейкин-1 β , интерлейкин-2, интерлейкин-6, фактор некроза опухоли, гепарин, дексаметазон, лечебный плазмаферез.

ГЕМОРРАГИЯЛЫК ВАСКУЛИТ ООРУЛУУЛАРЫНЫН БИРИКТИРИЛГЕН ДАРЫЛООНУН НЕГИЗИНДЕГИ ЦИТОКИНДЕРИНИН ТОПТОМДОРУН ИЗИЛДӨӨ

Джакыпбаев О.А., Маматысаева У.А.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

КР ССМ Кыргыз гематология илимий борбору

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутундусу. Бул илимий иште цитокиндердин (интерлейкин-1 β (ИЛ-1 β), интерлейкин-2 (ИЛ-2), интерлейкин-6 (ИЛ-6), шишиктин некротизация факторун (α ШНФ)) топтомдорун текшерүү аркылуу геморрагиялык васкулит оорусунун аутоиммундук негиздеги пайда болору натуралдык киллерлердин жана цитотоксикалык лимфоциттердин начарлашы менен аныкталынды. Дарылоонун натыйжалуулугу алынган көрсөткүчтөр менен жыйынтыкталынды.

Негизги сөздөр: геморрагиялык васкулит, интерлейкин-1 β , интерлейкин-2, интерлейкин-6, шишиктин некротизация фактору, гепарин, дексаметазон, дарылоо плазмаферези.

STUDY OF THE CYTOKINES' CONCENTRATIONS AT PATIENTS WITH HEMORRHAGIC VASCULITIS DURING COMBINED TREATMENT

Dzhakypbaev O.A., Mamatysaeva U.A.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Kyrgyz scientific center of hematology of the Ministry of health of Kyrgyz Republic

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. In this work we studied cytokine concentrations of: Interleukin-1 β (IL-1 β), Interleukin-2 (IL-2), Interleukin-6 (IL-6), tumor necrosis factor (TNF), - confirming autoimmune origin of hemorrhagic vasculitis with violation activity of natural killer cells and cytotoxic lymphocytes. The obtained results show the effectiveness of the treatment of the therapy.

Key words: hemorrhagic vasculitis, Interleukin-1, Interleukin-2, Interleukin-6, tumor necrosis factor, heparin, dexamethasone, therapeutic plasmapheresis.

Широкая распространенность повреждения сосудистой стенки базируется венозных и артериальных тромбозов, на представлении о ведущей роли микротромбоваскулитов определяет изучения органоспецифических аутоантител, в частности, иммунных механизмов, лежащих в основе антител к фосфолипидам, антинуклеарных нарушений гемостаза при геморрагическом и антинейтрофильных цитоплазматических васкулите (ГВ) (1). Современная концепция антител, а также цитокинов (2). Фактор некроза

опухоли альфа (α ФНО) является одним из ключевых провоспалительных цитокинов в системе иммунопатологических реакций при системных васкулитах, в том числе и при ГВ в связи с мощным деструктивным эффектом и иммунорегуляторным воздействием (3, 4). Экспериментальные исследования свидетельствуют о важной роли α ФНО в деструкции эндотелиальных клеток, “преактивации” нейтрофилов и индукции апоптоза (5, 6). α ФНО запускает механизм взаимодействия “тканевой фактор (ТФ) / VIP”, что приводит к развитию гиперкоагуляции (7). Тромбин, в свою очередь, осуществляет дальнейшее развитие воспалительных процессов (8). Таким образом, формируется порочный круг, приводящий к развитию сосудистых осложнений, в виде образования микротромбоваскулитов, дистрофии стенок капилляров и выход эритроцитов per diapedesin.

Принимая во внимание вышеизложенные обстоятельства, нами в Кыргызском научном центре гематологии (КНЦГ) МЗ КР проведено изучение концентрации цитокинов у больных ГВ в процессе комбинированного лечения.

Материал и методы

Объектами исследования послужили 28 больных с основными клиническими формами ГВ (кожный, суставной, абдоминальный, почечный синдромы заболевания). Среди них было 16 (57,1%) женщин и 12 (42,9%) мужчин. По полу и возрасту больные были распределены следующим образом (табл. 1).

Комбинированное лечение в условиях отделения гематологии КНЦГ включало: соблюдение постельного, далее полупостельного

режима: гипоаллергенную диету, при поражении капилляров желудочно-кишечного тракта, режим полного голода с деконтаминацией/стерилизацией кишечника с использованием антибактериальных препаратов, не всасывающиеся в кишечнике; антикоагулянтов; антиагрегантов; активаторов фибринолиза и простациклина; сеансы лечебного плазмафереза; стероидных гормональных препаратов в средних дозах под прикрытием базисных препаратов (антикоагулянты, антиагреганты).

Результаты и обсуждение

У всех больных зарегистрировались кожные, суставные, абдоминальные и почечные синдромы ГВ в виде геморрагической папулезно-пурпурной сыпи, преимущественно на коже нижних конечностей, дистальной части туловища; деформации голеностопных, коленных суставов с артралгией; отмечались боли в эпигастриальной области, по ходу кишечника, тошнота, изредка рвота и жидкий стул, периодические боли в поясничной области, потемнение цвета мочи и общая слабость.

Среднее пребывание пациентов в стационаре составляло 10,4 суток. При выписке у 4-х больных (14,2%) сохранялись единичные геморрагические высыпания на коже нижних конечностей. У 5-х (17,8%) пациентов сохранялась протеинурия, хотя по сравнению с исходными данными она снизилась на 51,4%. Данным больным рекомендованы повторные курсы стационарной терапии, а всем больным длительные (2-3 месяца) курсы антиагрегантной терапии.

Далее проведено изучение цитокинов (интерлейкинов 1 β , 2, 6 и α -ФНО), играющие

Таблица 1
Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Возраст в годах					
	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	Всего (чел)
Мужчины	5	4	1	2	-	12
Женщины	6	3	4	2	1	16
Всего	11	7	5	4	1	28

Таблица 2

Концентрация различных цитокинов у больных ГВ в процессе комбинированного лечения

№	Наименование	ИЛ-1β, пг/мл	ИЛ-2, пг/мл	ИЛ-6, пг/мл	α-ФНО, пг/мл
1	Контроль (n=10)	0,8±0,002	0,4±0,081	2,2±0,104	1,4±0,094
2	До лечения (n=28)	2,3±0,006*	0,2±0,008*	10,8±0,016**	6,4±0,129**
3	После лечения (n=28)	1,8±0,608	0,3±0,005^	9,7±0,007	5,4±0,034

Примечание: * - $p < 0,05$; у больных, в сравнении с контролем;

** - $p < 0,001$; у больных в сравнении с контролем;

^ - $p < 0,05$ внутри группы больных в различные сроки лечения.

ключевые позиции при многих патологических состояниях, в том числе и при ГВ.

Изучение концентрации цитокинов показало о количественном повышении провоспалительных интерлейкинов в виде ИЛ-6 и α-ФНО по сравнению с данными здоровых доноров ($p < 0,001$). Концентрация другого провоспалительного интерлейкина ИЛ-1β не превышала нормальных значений, однако в 3 раза превышала данных здоровых доноров ($p < 0,05$). Уровень интерлейкина-2 (ИЛ-2) по сравнению с контролем была сниженной в 2 раза ($p < 0,05$), которая также доказывает об аутоиммунном происхождении ГВ, вследствие снижения активности натуральных киллеров и цитотоксических лимфоцитов.

В результате комбинированного лечения отмечено статистически достоверное повышение активности ИЛ-2 ($p < 0,05$). Одновременно достигнуто снижение активности провоспалительных интерлейкинов, но они не достигли статистически достоверных значений.

Таким образом, в результате комбинированного лечения у 85,8% больных с генерализованной формой ГВ достигнута клиническая ремиссия (при сохранении у 17,8% пациентов протеинурии при выписке) с повышением концентрации ИЛ-2, свидетельствующие о стабилизации инактивированных натуральных киллеров / цитотоксических лимфоцитов и уменьшением активности провоспалительных цитокинов: ИЛ-6, αФНО.

Литература:

1. Насонов Е.Л. Антифосфолипидный синдром. М.: Литтера. 2004. 434 С.
2. Chia S., Oadon M., Newton R. et al. Intra-arterial tumor necrosis factor- α impairs endothelium-dependent vasodilatation and stimulates local tissue plasminogen activator release in humans. *Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol.* 2003. Vol. 23. P. 659 – 665.
3. Воробьев А.И. Руководство по гематологии. М. Изд-во «Ньюдиамед». 2002. Том 1. С. 17 – 125.
4. Емануилов В.И. Фактор некроза опухоли альфа, интерлейкин-4, С-реактивный белок и гемостазиологические показатели у больных системной красной волчанкой и геморрагическим васкулитом. Дисс. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. Ярославль. 2007. 150 С.
5. Аметов А.С., Демидова Т.Ю., Смагина Л.В. Эндотелий как мишень терапевтического воздействия гипотензивной терапии у больных сахарным диабетом 2-го типа. *Кардиология.* 2004. №44. Пр. 11. С. 55 – 60.
6. Jensen T., Kierulf P., Sandset Per.M. Fibrinogen and fibrin induce synthesis of proinflammatory cytokines from isolated peripheral blood mononuclear cells. *J. of Thrombosis and haemostasis.* 2007. N 5. Vol. 97. P. 822 – 829.
7. Ernofsson M., Tenno T., Siegbahn A. Inhibition of tissue factor surface expression in human peripheral blood monocytes exposed to cytokines. *Br. J. Haematol.* 1996. Vol. 95. P. 249 – 257.
8. Raza K., Carruthers M.D., Stevens R. et al. Infliximab leads to a rapid but transient improvement in endothelial function in patients with primary systemic vasculitis. *Ann. Rheum. Dis.* 2006. Vol. 65. (7). P. 946 – 948.

ОЦЕНКА СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, НАХОДЯЩИХСЯ НА СИСТЕМНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

**Жоомартова А., Леонтьева Н.С.,
Токтогазиев Б., Калиев Р.Р.**

Национальный Центр Кардиологии и Терапии
имени академика Мирсаида Миррахимова

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

Резюме. Для оценки взаимосвязи между снижением систолической функции левого желудочка при клинической и терминальной стадии хронической почечной недостаточности было обследовано 84 пациента с хронической болезнью почек (ХБП). Выявлено, что у пациентов с V стадией ХБП размеры левого желудочка были значительно меньше, чем у больных с III-IV стадией ХБП, что сопровождалось также более выраженной систолической дисфункцией.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, гемодиализ, левый желудочек, фракция выброса.

ӨНӨКӨТ БӨЙРӨК КЕМТИГИ МЕНЕН ООРУП, ДАЙЫМА ГЕМОДИАЛИЗДЕ ТУРГАН ООРУЛУУЛАРДЫН ЖҮРӨГҮНҮН СИСТОЛИКАЛЫК ФУНКЦИЯСЫНА БАА БЕРҮҮ

**Жоомартова А., Леонтьева Н.С.,
Токтогазиев Б., Калиев Р.Р.**

Академик Мирсаид Миррахимов атындагы Улуттук Кардиология
жана Терапия Борбору

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

Корутунду. Өнөкөт бөйрөк кемтигинин клиникалык жана терминалдык стадиясындагы жүрөктүн сол карынчасынын систоликалык функциясынын начарлоо ортосундагы өз ара байланышка баа берүү үчүн бөйрөктүн өнөкөт оорусу менен ооруган 84 бейтап текшерүүдөн өткөрүлдү. Бөйрөктүн өнөкөт оорусунун V стадиясы менен ооруган бейтаптардын сол карынчасынын көлөмү III, IV-стадия менен ооругандардыкына караганда бир топ кичине экендиги аныкталды.

Негизги сөздөр: бөйрөктүн өнөкөт оорусу, гемодиализ, сол карынча, керектен чыгуу фракциясы.

EVALUATION OF SYSTOLIC FUNCTION OF THE HEART IN HEMODIALYSIS PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE

**Joomartova A., Leontieva N.S.,
Toktogaziev B., Kaliev R.R.**

National Center of Cardiology and Therapy Academician Mirsaid Mirrakhimov

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

Resume. To assess the relationship between the decline in left ventricular systolic function in clinical and end-stage renal failure were examined 84 patients with chronic kidney disease (CKD). Found that patients with stage V CKD left ventricular sizes were significantly less than in patients with stage III-IV CKD, which was also accompanied by more expressed systolic dysfunction.

Key words: chronic kidney disease, hemodialysis, left ventricular, ejection fraction.

Кардиоваскулярные заболевания у больных хронической болезнью почек (ХБП) представляют серьезную проблему, которая длительное время недооценивалась [1, 2, 3, 4]. Хроническая почечная недостаточность (ХПН) является важной медико-социальной проблемой в связи с тем, что наблюдается неуклонный рост числа больных этой патологией. На 1 млн населения в развитых странах приходится 200-250 больных с ХПН, из них 70-80 человек

ежегодно умирают. [5].

По данным Европейской ассоциации диализа и трансплантации и Почечного реестра США, сердечно-сосудистые нарушения являются наиболее частыми причинами смерти больных с выраженной и терминальной ХПН как до начала лечения с замещением функции почек (ЛЗФП), так и в ходе диализного лечения и после трансплантации почек и составляют 30–52% всех случаев общей летальности. Уровень кардиальной летальности у лиц с ХПН в 5–20 раз выше, чем в общей популяции [6].

G.M. London, F. Fabiani подчеркивают, что ХПН, связанная с проведением ЛЗФП факторы, приводя к хронической перегрузке объемом и уменьшению постнагрузки, может увеличивать, согласно принципу Франка-Старлинга, сократимость миокарда и параметры систолической функции (СФ) левого желудочка (ЛЖ) [7].

Для оценки СФ сердца наиболее часто используется эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ). Это обусловлено прежде всего неинвазивным характером исследования, отсутствием ионизирующей радиации, быстротой выполнения, доступностью и широким распространением. Поэтому в соответствии с современными рекомендациями Европейского общества кардиологов именно ЭхоКГ считается методом выбора в оценке СФ ЛЖ [8].

Целью исследования явилось изучить взаимосвязь функционального состояния почек и систолической функции левого желудочка у больных с хронической почечной недостаточностью.

Материалы и методы исследования

Нами обследовано 84 пациента с ХБП III-V стадии (55 мужчин, 29 женщин), средний возраст которых $46,8 \pm 12,1$ лет. Диагноз ХБП устанавливался согласно классификации NKF KDOQI (2002г.) [9]. Все больные находились на стационарном лечении в отделениях нефрологии и гемодиализа Национального Центра кардиологии и терапии имени академика М.М. Миррахимова и получали стандартную терапию основного заболевания и осложнений.

Причинами развития ХБП среди обследованных больных явились следующие первичные заболевания почек: различные типы хронического гломерулонефрита (ХГН), диабетическая нефропатия как проявление сахарного диабета (СД) 2 типа, поликистоз почек, хронический пиелонефрит (ХП) (табл.1).

Критериями исключения были: 1) возраст больных менее 20 и более 65 лет; 2) ХБП I-II стадии; 3) наличие системного заболевания соединительной ткани; 4) паранеопластические нефропатии; 5) отсутствие сердечно-сосудистых заболеваний до развития ХБП; 6) СД I типа.

В табл. 1 представлена характеристика обследуемых больных.

Таблица 1
Характеристика больных с ХБП III-V

Параметр	Число больных	
	абс.	%
Всего пациентов	84	
мужчины	55	65,5
женщины	29	34,5
Первичное заболевание:		
Гипертонический тип ХГН	37	44,1
Нефротический тип ХГН	6	7,1
Смешанный тип ХГН	23	27,4
Латентный тип ХГН	1	1,2
Диабетическая нефропатия	6	7,1
Поликистоз почек	7	8,3
ХП со сморщиванием	4	4,8
ХБП		
III стадии	26	30,9
IV стадии	13	15,5
V стадии	45	53,6

Таблица 2
Показатели креатинина сыворотки крови и СКФ у больных ХБП

Показатель	Группа I, n=39	Группа II, n=45	p<
Креатинин сыворотки крови (мкмоль/л)	232,83±93,05	775,76±148,93	0,0001
СКФ, мл/мин	36,26±13,37	9,42±1,92	0,0001

Таблица 3
Размеры левого предсердия и левого желудочка (в систолу и диастолу) у больных ХБП

	Группа I, n=39	Группа II, n=45	p<
ЛП, см	3,52±0,41	3,81±0,43	0,002
КСР, см	3,48±0,5	3,82±0,81	0,03
КДР, см	5,15±0,5	5,5±0,74	0,01

Всем пациентам измеряли артериальное давление методом Короткова. У больных была взята кровь из локтевой вены для определения креатинина сыворотки крови. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывалась по формуле Cockcroft-Gault [10]:

СКФ = [(140-возраст (годы)) x масса тела (кг) x 88]/[креатинин (мкмоль/л) x 72], для женщин полученный результат умножался на 0,85.

Также всем пациентам выполнялись электрокардиография и ЭхоКГ по стандартным методикам. По ЭхоКГ определяли: передне-задний размер левого предсердия (ЛП), конечно-систолический размер (КСР), конечно-диастолический размер (КДР) и фракцию выброса (ФВ) ЛЖ.

Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программы STATISTICA 8 и пакета стандартных статистических программ. Достоверность различий определяли с помощью парного t-критерия Стьюдента. В качестве достоверного использовали уровень значимости $p<0,05$.

Результаты и их обсуждения

В зависимости от стадии ХБП все больные были разделены на две группы:

- в группу I вошли 39 пациентов с ХБП III-IV,
- в группу II – 45 человек с ХБП V стадии, находящихся на программном гемодиализе.

Нами были проанализированы показатели уровня креатинина, а также фильтрационной функции почек (СКФ) у больных ХБП, которые отражены в табл. 2. В группе II по сравнению с группой I отмечалось резкое повышение уровня

креатинина сыворотки крови (775,76±148,93 мкмоль/л против 232,83±93,05 мкмоль/л соответственно, $p<0,0001$) и снижение СКФ (9,42±1,92 мкмоль/л против 36,26±13,37 мкмоль/л соответственно, $p<0,0001$).

Результатом исследования PRIME II является утверждение, что СКФ является независимым предиктором общей и сердечно-сосудистой смертности, даже более сильным, чем функциональный класс сердечной недостаточности и ФВ ЛЖ [11].

Размеры ЛП и показатели СФ ЛЖ у обследованных больных отражены в табл. 3.

Как видно из данных, приведенных в табл. 3, у больных ХБП, находящихся на амбулаторном гемодиализе, отмечался заметно больший размер ЛП по сравнению с пациентами с ХБП в додиализном периоде (3,81±0,43 см против 3,52±0,41 см соответственно, $p<0,002$). Известно, что к факторам, предрасполагающим к развитию осложнений по типу мерцательной аритмии, относят расширение ЛП [12, 13]. В исследованиях Tsang T. et al. (2002) указано, что увеличение ЛП нередко наблюдается при диастолической дисфункции ЛЖ [14], которая лежит в основе хронической сердечной недостаточности (ХСН) у большинства больных [15].

Известно, что наиболее характерным признаком ХСН является дилатация полости ЛЖ. Увеличение объема полости ЛЖ сопряжены с повышенным риском развития ХСН и смерти [16]. Следовательно, размеры полости ЛЖ можно рассматривать как мощный независимый предиктор развития ХСН. Как видно из данных, приведенных в табл. 3, у больных группы

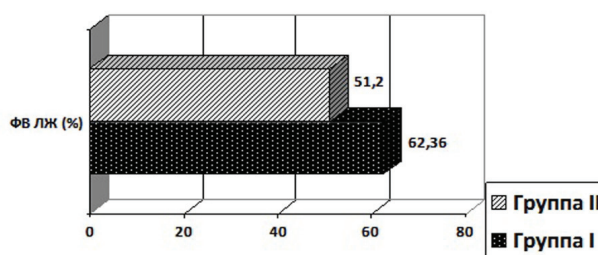


Диаграмма 1. Фракция выброса у обследованных больных

II отмечались достоверно большие размеры полости ЛЖ по сравнению с пациентами группы I как в период систолы ($3,82 \pm 0,81$ см, против $3,48 \pm 0,5$ см, $p < 0,03$), так и диастолы ($5,5 \pm 0,74$ см против $5,15 \pm 0,5$ см, $p < 0,01$), что подчеркивает тяжесть состояния больных с ХБП, находящихся на программном гемодиализе.

Анализируя сократительную способность миокарда (диаграмма 1) отмечено, что у больных, получающих системный гемодиализ, она была ощутимо хуже, чем у пациентов с ХБП в додиализном периоде ($51,2 \pm 7,57\%$ против $62,36 \pm 4,31\%$ соответственно, $p < 0,0001$).

Определение ФВ ЛЖ имеет важное клиническое значение, поскольку позволяет разделить больных с ХБП на две большие группы – больные с систолической дисфункцией ЛЖ (ФВ меньше 50%) и больные с сохраненной СФ ЛЖ. В исследовании B.F. Palmer, W.L. Henrich систолическая дисфункция ЛЖ является ведущим патогенетическим механизмом развития сердечной недостаточности у 53 % лиц с ХСН при ХПН [7].

Таким образом, на основании вышеизложенного сделаны следующие выводы:

1. У больных с ХБП, находящихся на программном гемодиализе в отличие от пациентов с ХБП в додиализном периоде отмечались увеличенные размеры левого предсердия, что ухудшает прогноз пациентов.

2. Среди пациентов, находящихся на системном гемодиализе отмечаются значительно большие размеры полости ЛЖ как в период систолы, так и диастолы, что подчеркивает тяжесть ХБП.

3. Уровень снижения СКФ при заболеваниях почек связана с более выраженным ухудшением систолической функции сердца – снижение ФВ.

Литература:

1. Barkis G., Ritz E. The message for world kidney day 2009: hypertension and kidney disease: a marriage that should be prevented// *Kidney Int.* 2009; 75: 449-452.
2. Campell R.C., Sui X. et al. Association of chronic kidney disease with outcomes in chronic heart failure: a

propensity-matched study// *Nephrol. Dial. Transplant.* 2009; 24 (1): 186-193.

3. Hobson A., Kalra P.A., Kalra P.R. Cardiology and nephrology: time for a more integrated approach to patient care?// *Eur. Heart J.* 2005; 26 (16): 1576-1584.

4. Kendrick J., Chonchol M. Nontraditional risk factors for cardiovascular disease in patients with chronic kidney disease// *Nat. Clin. Pract. Nephrol.* 2008; 4 (12): 672-681.

5. Шолов Е.М. Нефрология: учебное пособие для послевузовского образования. М., 2007; 688 с.

6. Багрий А.Э., Дядык А.И. и соавт. Сердечно-сосудистые нарушения при хронической почечной недостаточности и их прогностическая значимость// *Новости медицины и фармации* 2009; 297: 47-49.

7. Дядык А.И., Канелла Дж., Багрий А.Э. и др. Гипертрофия левого желудочка сердца у больных с хронической почечной недостаточностью// *Укр. кардиол. журн.* 2000; 3: 81-87.

8. Сидоренко Б.А., Алехин М.Н. Современные подходы к эхокардиографической оценке систолической функции сердца// *Кардиология* 2007; 7: 4-12.

9. KDOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification, 2002.

10. Cockcroft D.W., Gault M.N. Prediction of creatinine clearance from serum creatinine// *Nephron* 1976; 16: 31-41.

11. Hampton G. R. PRIME II (Second Prospective Randomized Study of Ibuprofen on Mortality and Efficacy): another disappointment in heart failure therapy// *Eur. Heart J.* 1997; 18 (10): 1519-1520.

12. Шутлов А.М., Серов В.А. и соавт. Хроническая болезнь почек и фибрилляция предсердий у больных с хронической сердечной недостаточностью// *Тер. арх.* 2009; 12: 23-26;

13. Genovesi S., Pogliani D., Faini A. et al. Prevalence of atrial fibrillation and associated factors in a population of long-term hemodialysis patients// *Am. J. Kidney Dis.* 2005; 46 (5): 897-902.

14. Tsang T.S., Gersh B. J. et al. Left ventricular diastolic dysfunction as a predictors of the first diagnosed nonvalvular atrial fibrillation in 840 elderly men and women// *J. Am. Coll. Cardiol.* 2002; 40 (9): 1636-1644.

15. Hayashi S.Y., Rohani M. et al. Left ventricular function in patients with chronic kidney disease evaluated by color tissue Doppler velocity imaging// *Nephrol. Dial. Transplant.* 2006; 21 (1): 125-132.

16. Фролова Э.Б., Яушев М.Ф. Современное представление о хронической сердечной недостаточности// *Вестник современной клинической медицины* 2013; 6 (2): 87-93.

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ, В КАТАМНЕЗЕ

Зинченко М.Л., Вычигжанина Н.В., Борякин Ю.В.,
Молдогазиева А.С., Болотбекова А.Ж.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Проведено исследование 395 2-х летних детей, жителей г. Бишкек, доношенных, с синдромом задержки внутриутробного развития (ЗВУР) при рождении – 257 детей с гипотрофическим вариантом I и II степени и 138 детей с гипопластическим вариантом I и II степени. Определено, что в исследуемых группах регистрируются повышенная инфекционная заболеваемость и нарушения обмена веществ, частота которых нарастает с увеличением степени выраженности вариантов ЗВУР. Наибольшая заболеваемость выявлена у детей с гипопластическим вариантом ЗВУР.

Ключевые слова: инфекционная заболеваемость, доношенные дети, задержка внутриутробного развития.

ТҮЙҮЛДҮКТҮН ӨСҮШҮНҮН НАЧАРЛООСУ МЕНЕН ЖАНА ӨЗ УБАГЫНДА ТӨРӨЛГӨН БАЛДАРДЫН ООРУКЧАНДЫГЫНЫН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ ЖҮРГҮЗҮЛГӨН БАЙКООЛОРДУН ЖЫЙЫНТЫГЫНДА

Зинченко М.Л., Вычигжанина Н.В., Борякин Ю.В.,
Молдогазиева А.С., Болотбекова А.Ж.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бишкек шаарында жашаган 2 жашка чейинки жана өз убагында төрөлгөн 397 бала изилденген, алардын ичинен 257 баланын салмагы I, II даражада аз болгон, ал эми 138 баланын салмагы менен катар бою да I, II даражада жетишсиз болгон. Изилденген группалардын ичинде жогорку инфекциялык оорукчандык жана зат алмашуунун бузулуулары катталган, ошондой эле бул өзгөрүүлөр түйүлдүктүн өсүшүнүн начарлашынын даражасы өскөн сайын көп кездешкен. Эң көп оорукчандык салмагы менен катар бою да жетишсиз болгон балдардын арасында байкалган.

Негизги сөздөр: инфекциялык оорукчандык, өз убагында төрөлгөн балдар, түйүлдүктүн өсүшүнүн начарлашы.

FEATURES OF CASE RATE OF FULL-TERM CHILDREN INFECTIOUS WHO WERE BORN WITH INTRAUTERINE GROWTH RETARDATION IN CATAMNESIS

Zinchenko M. L., Vychigzhanina N.V., Borjakin J.V.,
Moldogazieva A.S., Bolotbekova A.Z.

I.K.Ahunbaev Kyrghyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. Research of 395 2-year-old children, inhabitants of Bishkek, full-term, with signs of intrauterine growth retardation (IUGR) at a birth is carried out – 257 children with hypotrophic variant and 138 children with hypoplastic variant. It is defined, that in investigated groups there is the raised infectious case rate and the metabolism disorders are registered and its frequency accrues with increase in degree of expressiveness of IUGR variants. The greatest infectious case rate is revealed in children with hypoplastic variant of IUGR.

Keywords: infectious case rate, full-term children, intrauterine growth retardation.

Внутриутробное состояние плода оказывает существенное влияние на последующее развитие ребенка и становление всех жизненных функций организма. Задержка внутриутробного развития (ЗВУР) или недостаточность питания (НП) является

актуальной проблемой педиатрии, решение которой позволит качественно улучшить состояние здоровья детей всех возрастов [2,5,6,7].

Дети с НП в большинстве случаев требуют повышенного внимания педиатров,

невропатологов, психоневрологов и других специалистов не только в момент их рождения, но и спустя много лет [6,7]. Даже при гладком течении периода адаптации у новорожденного с признаками задержки развития, ребенок должен быть включен в группу диспансерного наблюдения, поскольку различные отклонения физического и психического развития регистрируются у подавляющего количества таких пациентов [6,7]. Последний факт стимулирует поиск современных профилактических диспансерных мероприятий.

Цель работы. Провести комплексную оценку состояния здоровья детей 2-х летнего возраста, родившихся с задержкой внутриутробного развития, для разработки рекомендаций по диспансерному наблюдению.

Задачи исследования

1. Изучить инфекционную заболеваемость детей с недостаточностью питания в 2-х летнем возрасте, родившихся с задержкой внутриутробного развития.

2. Разработать рекомендации по диспансеризации детей с высоким риском инфекционной заболеваемости на фоне ЗВУР.

Материалы и методы исследования

Оценка медико-биологических данных, результатов клинко-лабораторных исследований, показателей течения беременности, родов, состояния плодов проводилась в сравниваемых группах. Формирование групп исследования осуществлялось исходя из возраста, клинического варианта и степени тяжести ЗВУР и недостаточности питания.

В зависимости от возраста ЗВУР были выделены две группы 2-х летних детей. В первую группу было включено 257 детей с гипотрофическим вариантом ЗВУР при рождении. Из них 132 ребенка имели гипотрофический вариант ЗВУР I степени (1а подгруппа), 75 детей – гипотрофический вариант ЗВУР II степени (1б подгруппа).

Вторая группа была представлена детьми с гипопластическим вариантом ЗВУР при рождении в количестве 138 человек. Из них 92 ребенка имели гипопластический вариант ЗВУР I степени (2а подгруппа), 46 детей – гипопластический вариант ЗВУР II степени (2б подгруппа).

Контрольная группа была сформирована методом случайной выборки без проявлений ЗВУР и составила 50 детей.

ЗВУР диагностировалась у новорожден-

ных, масса тела которых по таблицам стандартных отклонений оказалась менее 10 перцентиля для данного гестационного возраста.

Определение клинического варианта ЗВУР проводилось по основным диагностическим критериям, предложенным Г.М.Дементьевой [3, 4], к которым относятся: снижение массы, длины тела, окружности головы на 1,5 - 2 и более стандартных отклонения оценочных таблиц в сравнении с должными для данного возраста; массо-ростовой индекс (МРИ) менее 60; диспропорциональное (диспластическое) телосложение; наличие признаков трофических нарушений кожи и слизистых оболочек; малые аномалии (дизгенетические признаки) развития; наличие врожденных пороков развития.

Степень тяжести гипотрофического варианта ЗВУР определялась по дефициту массы тела по отношению к длине тела: I степень (легкая) – дефицит массы 1,5-2 сигмы, МРИ 59-56; II степень (средней тяжести) – дефицит массы 2-3 сигмы, МРИ 55-50.

Степень тяжести гипопластического варианта определялась по дефициту длины тела и окружности головы по отношению к сроку гестации: I степень (легкая) – дефицит 1,5-2 сигмы; II степень (средней тяжести) – более 2, но менее 3 сигм.

Все обследованные дети родились доношенными в срок 38-41 недель беременности.

Антропометрический статус оценивался путем измерения массы, длины тела, окружности головы, окружности грудной клетки. Для оценки физического развития детей использовали таблицы стандартных отклонений. Оценку антропометрических показателей проводили отдельно для девочек и мальчиков.

Наблюдение за детьми осуществлялось в центрах семейной медицины №№ 2,3,8 и в консультативно-диагностическом отделении НЦОМид (г.Бишкек). Анализ заболеваемости выполнялся с использованием истории развития ребенка (формы № 112), справок, выписок из историй болезни в случае госпитализации наблюдаемых детей в стационары города.

Комплексная оценка состояния здоровья детей проводилась согласно методическим рекомендациям И.Н.Власовой [1, 8], по шести основным критериям, определяющим здоровье: 1) особенности онтогенеза, определяемые по данным генеалогического, биологического и социального анамнеза; 2) уровень физического

развития и степень его гармоничности; 3) уровень нервно-психического развития; 4) уровень резистентности организма; 5) уровень функционального состояния организма; 6) наличие или отсутствие хронических заболеваний или врожденных пороков развития.

Статистическая обработка результатов проводилась на персональном компьютере с помощью пакета программ статистической обработки при помощи углового преобразования F – Фишера. Критерий Фишера был использован с целью сопоставления выборок по частоте встречаемости интересующего эффекта, что позволило оценить достоверность различий между процентными долями выборок.

Результаты и обсуждение

Дети с ЗВУР в большинстве случаев требуют повышенного внимания педиатров, невропатологов, психоневрологов и других специалистов. Согласно критериям оценки состояния здоровья, новорожденный с признаками задержки развития, независимо от течения периода адаптации, должен быть включен в особую группу диспансерного наблюдения, так как на фоне несовершенного иммунитета у него регистрируется повышенная инфекционная заболеваемость на первом году жизни.

Прежде всего, в ходе настоящего исследования, отмечена высокая заболеваемость детей с ЗВУР в отличие от детей группы контроля, родившихся без признаков ЗВУР, с нормальными массо-ростовыми показателями (табл.1).

При проведении рентгенографии органов грудной клетки, в связи с подозрением на заболевания легких, была диагностирована гиперплазия вилочковой железы у 84 детей (63,6%) с гипотрофическим вариантом ЗВУР I степени, у 62 детей (82,7%) – II степени, а также у 4 детей (8,0%) контрольной группы. Анемия была выявлена у 64 детей (48,5%) – при I степени гипотрофии, у 46 детей (61,3%) – при II степени и у 1 ребенка (2,0%) из контрольной группы.

Отиты были зарегистрированы у 35 детей (26,5%) при I степени, у 38 детей (50,7%) при II степени и у 3 (6,0%) в контрольной группе. Синуситы отмечались только у детей со II степенью гипотрофии в 4-х случаях (5,3%). Фарингиты – у 5 детей (3,8%) при I степени, у 12 (16,0%) – при II и у 2 (4,0%) в контрольной группе. Тонзиллиты – у 8 детей (6,1%) при I степени, у 23 (30,7%) при II, а также у 3-х

(6,0%) в контрольной группе. Ларинготрахеиты – у 12 (9,1%) детей с I степенью гипотрофии, у 23 (30,7%) – со II и у 3 (6,0%) в контрольной группе. ОРВИ было зарегистрировано у 38 детей (28,8%) в Ia подгруппе, у 42 детей (56,0%) – в Ib и у 8 (16,0%) – в контроле. Пневмонией страдали 23 ребенка (17,4%) при гипотрофии I степени, 34 (45,3%) при II и 3 (6,0%) – в контрольной группе. Бронхиты были диагностированы у 44 детей (33,3%) в Ia подгруппе, у 48 (64,0%) – в Ib, и у 4 (8,0%) – в контроле. Риниты – у 105 детей 79,5% – в Ia подгруппе, у 124 (165,3%) – в Ib и у 15 (30,0%) – в контрольной группе.

Следует отметить, что кратность острых инфекционных заболеваний у детей с гипотрофическим вариантом ЗВУР I степени составила в среднем 5 раз в год, в отличие от детей с гипотрофией II степени – 6 раз в год.

В контрольной группе кратность таких заболеваний составила 0-3 раза в год (в среднем $1,6 \pm 0,14$), индекс частоты острых заболеваний достигал значения $ОД3+0,01$, что свидетельствует о хорошем уровне резистентности этих детей ($p < 0,05$).

Нами отмечено, что в большинстве случаев обследуемые дети страдали кариесом: в подгруппе Ia – 64 ребенка (48,5%), Ib – 67 (89,3%) и 8 (16,0%) – в контрольной группе. Афтозный стоматит наблюдался у 22 детей (16,7%) в Ia подгруппе, у 36 (48,0%) – в Ib и у 2 (4,0%) – в контрольной группе.

Гастроэнтероколиты перенесли 17 детей (12,9%) из Ia подгруппы; 19 (25,3%) – из Ib подгруппы и 3 (6,0%) – в контрольной группе. Дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП) была зарегистрирована у 76 детей (57,6%), родившихся с I степенью гипотрофии, у 52 (69,3%) – со II степенью и у 4 (8,0%) – в контрольной группе.

Нарушением осанки страдали 38 детей (28,8%) и 39 детей (52,0%) в обеих исследуемых подгруппах. Инфекция мочевыводящих путей была зарегистрирована у 31 ребенка (23,5%) в Ia подгруппе и у 34 детей (45,3%) в Ib подгруппе.

Таким образом, приведенные выше показатели свидетельствуют о том, что детей, родившихся с гипотрофическим вариантом ЗВУР, можно выделить в группу часто и длительно болеющих детей. Это объясняется тем, что недостаточность питания усугубляет степень выраженности и длительность транзиторного иммунодефицита, а возникающий при этом

Таблица 1

Заболеваемость 2-х летних детей, родившихся с гипотрофическим вариантом ЗВУР

Нозологические формы	Гипотрофия				Контроль		Достоверность различий	
	I ст.		II ст.		абс.	%	p (I-к)	p (II-к)
	абс.	%	абс.	%				
Гиперплазия вилочковой железы	84	63,6	62	82,7	4	8,0	p<0.01	p<0.01
Анемия	64	48,5	46	61,3	1	2,0	p<0.01	p<0.01
Нарушение зрения	4	3,0	5	6,7	0	0,0	p<0.05	p<0.01
Отиты	35	26,5	38	50,7	3	6,0	p<0.01	p<0.01
Пороки сердца	3	2,3	5	6,7	0	0,0	p<0.05	p<0.01
Синуситы	0	0,0	4	5,3	0	0,0	p>0.05	p<0.01
Фарингиты	5	3,8	12	16,0	2	4,0	p>0.05	p<0.01
Тонзиллиты	8	6,1	23	30,7	3	6,0	p>0.05	p<0.01
Ларинготрахеиты	12	9,1	23	30,7	3	6,0	p>0.05	p<0.01
ОРВИ	38	28,8	42	56,0	8	16,0	p<0.05	p<0.01
Пневмония	23	17,4	34	45,3	3	6,0	p<0.05	p<0.01
Бронхиты	44	33,3	48	64,0	4	8,0	p<0.01	p<0.01
Риниты	65	79,5	64	85,3	15	30,0	p<0.01	p<0.01
Бронхиальная астма	2	1,5	3	4,0	0	0,0	p>0.05	p<0.05
Кариес	64	48,5	67	89,3	8	16,0	p<0.01	p<0.01
Афтозный стоматит	22	16,7	36	48,0	2	4,0	p<0.01	p<0.01
Гастроэнтероколиты	17	12,9	19	25,3	3	6,0	p>0.05	p<0.01
ДЖВП	76	57,6	52	69,3	4	8,0	p<0.01	p<0.01
Атопические дерматиты	2	1,5	4	5,3	0	0,0	p>0.05	p<0.01
Крапивница	8	6,1	11	14,7	0	0,0	p<0.01	p<0.01
Нарушение осанки	38	28,8	39	52,0	0	0,0	p<0.01	p<0.01
Инфекции мочевыводящих путей	31	23,5	34	45,3	0	0,0	p<0.01	p<0.01

дисбаланс иммунологической реактивности приводит к инфекционной патологии в раннем возрасте.

Как явствует из результатов исследования, дети с недостаточностью питания чаще болеют инфекционными заболеваниями и болезнями обмена веществ по сравнению с детьми из контрольной группы. В структуре инфекционной заболеваемости во всех обследуемых группах преобладали острые респираторные заболевания, но среди детей с ЗВУР они встречались в 2-4 раза чаще, чем среди детей контрольной группы.

У детей с недостаточностью питания во всех группах диагностирована железодефицитная анемия, тогда как в контрольной группе она была

отмечена только у 1 ребенка.

При анализе заболеваемости детей, родившихся с гипопластическим вариантом ЗВУР, по сравнению с показателями детей из группы контроля, выявленные закономерности приобретают еще большую наглядность (табл.2).

При проведении исследований у 2-х летних детей, родившихся с признаками гипопластического варианта ЗВУР, определен ряд особенностей. Гиперплазия вилочковой железы наблюдалась у 73 детей (79,3%) при I степени этого варианта ЗВУР, у 43 детей (93,5%) – при II степени, а также у 4 детей (8,0%) контрольной группы. Анемия была выявлена у 71 ребенка (77,2%) – при I степени, у 38 детей

Таблица 2

Заболеваемость 2-х летних детей, родившихся с гипопластическим вариантом ЗВУР

Нозологические формы	Гипоплазия				Контроль		Достоверность различий		
	I ст.		II ст.		абс.	%	p (I-II)	p (I-к)	p (II-к)
	абс.	%	абс.	%					
Гиперплазия вилочковой железы	73	79,3	43	93,5	4	8,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Анемия	71	77,2	38	82,6	1	2,0	p>0.05	p<0.01	p<0.01
Нарушение зрения	2	2,2	3	6,5	0	0,0	p>0.05	p<0.05	p<0.01
Отиты	27	29,3	31	67,4	3	6,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Пороки сердца	2	2,2	3	6,5	0	0,0	p>0.05	p<0.05	p<0.01
Синуситы	1	1,1	3	6,5	0	0,0	p<0.05	p>0.05	p<0.01
Фарингиты	7	7,6	18	39,1	2	4,0	p<0.01	p>0.05	p<0.01
Тонзиллиты	14	15,2	26	56,5	3	6,0	p<0.01	p<0.05	p<0.01
Ларинготрахеиты	11	12,0	36	78,3	3	6,0	p<0.01	p>0.05	p<0.01
ОРВИ	36	39,1	37	80,4	8	16,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Пневмония	27	29,3	43	93,5	3	6,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Бронхиты	42	45,7	44	95,6	4	8,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Риниты	42	45,7	43	93,5	15	30,0	p>0.05	p<0.01	p<0.01
Кариес	52	56,5	38	82,6	8	16,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Афтозный стоматит	8	8,7	12	26,1	2	4,0	p<0.01	p>0.05	p<0.01
Гастроэнтероколиты	7	7,6	12	26,1	3	6,0	p<0.01	p>0.05	p<0.01
ДЖВП	73	79,3	39	84,8	4	8,0	p>0.05	p<0.01	p<0.01
Атопические дерматиты	3	3,3	5	10,9	0	0,0	p<0.05	p<0.05	p<0.01
Крапивница	7	7,6	12	26,1	0	0,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Нарушение осанки	28	30,4	34	73,9	0	0,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Инфекции мочевыводящих путей	38	41,3	27	58,7	0	0,0	p<0.05	p<0.01	p<0.01

(82,6%) – при II степени и у 1 ребенка (2,0%) из контрольной группы.

Отиты были зарегистрированы у 27 детей (29,3%) при I степени, у 31 детей (67,4%) при II степени и у 3 (6,0%) в контрольной группе. Синуситы отмечались больше у детей со II степенью – у 3-х (6,5%). Фарингиты – у 7 детей (7,6%) при I степени, у 18 детей (39,1%) – со II и у 2-х (4,0%) в контрольной группе. Тонзиллиты – у 14 детей (15,2%) при I степени, у 26 (56,5%) при II, а также у 3-х (6,0%) в контроле. Ларинготрахеиты – у 11 (12%) детей с I степенью, у 36 (78,3%) – со II у 3-х (6,0%) в контрольной группе. ОРВИ было зарегистрировано у 36 детей (39,1%) во 2а подгруппе, у 37 детей (80,4%) – во 2б и у 8 (16,0%) – в контроле. Пневмонией страдали 27 ребенка (29,3%) при I степени, 43

(93,5%) при II и 3 (6,0%) – в контрольной группе. Бронхиты были диагностированы у 42 детей (45,7%) во 2а подгруппе, у 54 (117,4%) – во 2б, и у 4 (8,0%) – в контроле. Риниты – у 105 детей (114,1%) – во 2а подгруппе, у 134 (291,3%) – во 2б и у 15 (30,0%) – в контрольной группе.

Кратность острых заболеваний у детей с гипопластическим вариантом ЗВУР I степени составила в среднем 6 раз в год, в отличие от детей со II степенью – 7 раз в год. Как указывалось выше, в контрольной группе кратность заболеваний составила 0-3 раза в год, индекс частоты острых заболеваний был ОД 3+0,01, что свидетельствует о хорошем уровне резистентности этих детей (p<0,05).

В большинстве случаев дети страдали кариесом: во 2а подгруппе – 52 ребенка

Таблица 3

Сравнительная оценка заболеваемости 2-х летних детей, родившихся с I степенью гипотрофического и гипопластического вариантов ЗВУР

Нозологические формы	Гипотрофия (Гт)	Гипоплазия (Гп)		Контроль		Достоверность различий			
	I ст.	I ст.			Абс.	%	р (Гт-Гп)	р (Гт-к)	р (Гп-к)
	Абс.	%	Абс.	%					
Гиперплазия вилочковой железы	84	63,6	73	79,3	4	8,0	p<0.05	p<0.01	p<0.01
Нарушение зрения	4	3,0	2	2,2	0	0,0	p>0.05	p<0.01	p<0.01
Отиты	35	26,5	27	29,3	3	6,0	p>0.05	p<0.01	p<0.01
Пороки сердца	3	2,3	2	2,2	0	0,0	p>0.05	p<0.01	p<0.01
Синуситы	0	0,0	1	1,1	0	0,0	p>0.05	p>0.05	p>0.05
Фарингиты	5	3,8	7	7,6	2	4,0	p<0.01	p>0.05	p<0.05
Тонзиллиты	8	6,1	14	15,2	3	6,0	p<0.01	p>0.05	p<0.01
Ларинготрахеиты	12	9,1	11	12,0	3	6,0	p<0.05	p<0.05	p<0.01
ОРВИ	38	28,8	36	39,1	8	16,0	p<0.05	p<0.05	p<0.01
Пневмония	23	17,4	27	29,3	3	6,0	p<0.05	p<0.01	p<0.01
Бронхиты	44	33,3	42	45,7	4	8,0	p<0.05	p<0.01	p<0.01
Риниты	65	79,5	42	45,7	15	30,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Бронхиальная астма	2	1,5	14	15,2	0	0,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Кариес	64	48,5	52	56,5	8	16,0	p<0.05	p<0.01	p<0.01
Афтозный стоматит	22	16,7	8	8,7	2	4,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Гастроэнтероколиты	17	12,9	7	7,6	3	6,0	p<0.01	p<0.01	p>0.05
ДЖВП	76	57,6	73	79,3	4	8,0	p<0.05	p<0.01	p<0.01
Атопические дерматиты	2	1,5	3	3,3	0	0,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Крапивница	8	6,1	7	7,6	0	0,0	p>0.05	p<0.01	p<0.01
Нарушение осанки	38	28,8	28	30,4	0	0,0	p<0.05	p<0.01	p<0.01
Инфекция мочевыводящих путей	31	23,5	38	41,3	0	0,0	p<0.05	p<0.01	p<0.01

(56,5%), во 2б – 38 (82,6%) и 8 (16,0%) – в контроле. Афтозный стоматит наблюдался у 8 детей (8,7%) во 2а подгруппе; у 12 (26,1%) – во 2б и у 2 (4,0%) – в контрольной группе.

Гастроэнтероколиты перенесли 7 детей (7,6%) во 2а подгруппе; 12 (26,1%) – во 2б подгруппе и 3 (6,0%) – в контроле.

ДЖВП была зарегистрирована у 73 детей (79,3%), родившихся с I степенью данного варианта ЗВУР, у 39 (84,8%) – со II степенью и у 4 (8,0%) – в контрольной группе.

В подгруппах детей, родившихся с гипопластическим вариантом ЗВУР, наблюдались атопические дерматиты у 3 детей

(3,3%) во 2а и у 5 детей (10,9%) – во 2б подгруппах соответственно. Крапивница выявлена у 7 детей (7,6%) с I степенью и у 12 (26,1%) – со II.

Нарушением осанки страдали 28 детей (30,4%) и 34 детей (73,9%) в обеих исследуемых подгруппах соответственно. Инфекция мочевыводящих путей была зарегистрирована у 38 детей (41,3%) во 2а подгруппе и у 27 детей (58,7%) – во 2б.

Как следует из приведенных данных, при гипопластическом варианте ЗВУР дети в 2-хлетнем анамнезе в большей степени подвержены инфекционной заболеваемости и склонны к дисметаболическим нарушениям

Таблица 4

Сравнительная оценка заболеваемости 2-х летних детей, родившихся со II степенью гипотрофического и гипопластического вариантов ЗВУР

Нозологические формы	Гипотрофия (Гт)		Гипоплазия (Гп)		Контроль		Достоверность различий		
	II ст.		II ст.		Абс.	%	p (Гт-Гп)	p (Гт-к)	p (Гп-к)
	Абс.	%	Абс.	%					
Гиперплазия вилочковой железы	62	82,7	43	93,5	4	8,0	p<0.05	p<0.01	p<0.01
Анемия	46	61,3	38	82,6	1	2,0	p<0.05	p<0.01	p<0.01
Нарушение зрения	5	6,7	3	6,5	0	0,0	p>0.05	p<0.01	p<0.01
Отиты	38	50,7	31	67,4	3	6,0	p>0.05	p<0.01	p<0.01
Пороки сердца	5	6,7	3	6,5	0	0,0	p>0.05	p<0.01	p<0.01
Синуситы	4	5,3	3	6,5	0	0,0	p>0.05	p<0.01	p<0.01
Фарингиты	12	16,0	18	39,1	2	4,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Тонзиллиты	23	30,7	26	56,5	3	6,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Ларинготрахеиты	23	30,7	36	78,3	3	6,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
ОРВИ	42	56,0	37	80,4	8	16,0	p<0.05	p<0.01	p<0.01
Пневмония	34	45,3	43	93,5	3	6,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Бронхиты	48	64,0	54	117,4	4	8,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Риниты	64	85,3	43	93,5	15	30,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Бронхиальная астма	3	4,0	5	10,9	0	0,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Кариес	67	89,3	38	82,6	8	16,0	p>0.05	p<0.01	p<0.01
Афтозный стоматит	36	48,0	12	26,1	2	4,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Гастроэнтероколиты	19	25,3	12	26,1	3	6,0	p>0.05	p<0.01	p>0.05
ДЖВП	52	69,3	39	84,8	4	8,0	p<0.05	p<0.01	p<0.01
Атопические дерматиты	4	5,3	5	10,9	0	0,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Крапивница	11	14,7	12	26,1	0	0,0	p<0.05	p<0.01	p<0.01
Нарушение осанки	39	52,0	34	73,9	0	0,0	p<0.05	p<0.01	p<0.01
Инфекция моче-выводящих путей	34	45,3	27	58,7	0	0,0	p<0.05	p<0.01	p<0.01

не только по сравнению с детьми из контрольной группы, но и с детьми, имеющими гипотрофический вариант ЗВУР при рождении. Для подтверждения выявленной закономерности проведен сравнительный анализ заболеваемости детей с различными степенями выраженности гипотрофического и гиперпластического вариантов ЗВУР (табл. 3, 4).

При сравнительном анализе заболеваемости у детей с гипотрофическим и гипопластическим вариантами I степени было выявлено, что гиперплазия вилочковой железы наблюдалась достоверно чаще при гипопластическом варианте (63,6% и 79,3%

соответственно). Аналогичная картина прослеживалась при воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей и легких, а также инфекции мочевыводящих путей и дискинезиях желчевыводящих путей. Отмечено также, что при гипопластическом варианте ЗВУР в анамнезе инфекционные заболевания протекали более длительно, с тенденцией к хронизации процесса. В то же время афтозный стоматит (16,7% и 8,7%) и гастроэнтероколиты (12,9% и 7,6% соответственно) чаще регистрировались у детей, родившихся с гипотрофическим вариантом ЗВУР.

При сравнительном анализе заболе-

ваемости у детей с гипотрофическим и гипопластическим вариантами II степени выраженности выявленные особенности получают еще большее подтверждение. Тимомегалия регистрируется достоверно чаще при гипопластическом варианте (82,7% и 93,5% соответственно). Та же, зачастую еще более выраженная тенденция, прослеживается при анемии (61,3% и 82,6% соответственно), отитах (50,7% и 67,4%), фарингитах (16,0% и 39,1%), тонзиллитах (30,7% и 60,5%), ларинготрахеитах (30,7% и 78,3%), ОРВИ (56,0% и 80,4%), пневмониях (45,3% и 93,5%) и других заболеваниях. Так же, как и при сравнительном анализе вариантов I степени, при гипопластическом варианте ЗВУР II степени в анамнезе инфекционные заболевания протекали более длительно, с тенденцией к хронизации процесса. В то же время афтозный стоматит (48,0% и 26,1%) чаще регистрировался у детей, родившихся с гипотрофическим вариантом ЗВУР.

Таким образом, дети с гипопластическим вариантом ЗВУР являются более уязвимыми к инфекционным и дисметаболическим воздействиям. Это объясняется тем, что хроническая недостаточность питания способствует выраженному и длительному иммунодефициту, влекущему за собой развитие тяжело и длительно протекающих инфекционных процессов в раннем возрасте.

Развитие детей с гипопластическим вариантом ЗВУР характеризовалось более высокой заболеваемостью острыми респираторными инфекциями, кариесом, афтозным стоматитом, ДЖВП, железодефицитной анемией и инфекцией мочевыводящих путей. Инфекция мочевыводящих путей (ИМВП) проявлялась в виде бактериурии, избыточного выделения солей, эпителия, лейкоцитурии. Во всех группах детей с недостаточностью питания проявления ИМВП возникали на фоне ОРВИ или сразу после нее.

Прогноз нарушений соматического здоровья, нервно-психического и физического развития дает возможность осуществления индивидуального прогноза на последующие периоды жизни ребенка, что позволяет своевременно проводить профилактику этих нарушений.

Выводы

1. Реактивность детей, родившихся с любым вариантом ЗВУР, к 2-хлетнему возрасту, не достигает таковой у детей без данного отягощения («поздно стартующие дети»), о чем свидетельствует выявленная в нашем исследовании повышенная инфекционная заболеваемость.

2. Дети с задержкой внутриутробного развития по результатам оценки заболеваемости входят в группу риска по инфекционной заболеваемости (IIА - IIБ - III группам здоровья).

3. Динамическое наблюдение детей с ЗВУР должно проводиться по индивидуальному плану лечебно-реабилитационных мероприятий.

Практические рекомендации

1. Дети, родившиеся с ЗВУР, должны составлять отдельную диспансерную группу наблюдения.

2. В плане диспансеризации данной группы целесообразно включать ежеквартальные профилактические осмотры с исследованием общих анализов крови и мочи 2 раза в год и консультациям специалистов по требованию.

3. В плане реабилитации особое внимание уделить мероприятиям по повышению реактивности и формирования резистентности организма.

Литература:

1. Власова И.Н. Методы комплексной оценки состояния здоровья детей раннего возраста / И.Н. Власова, Т.Ф. Лыскова, В.С. Процагина, М.Н. Седельникова//Н. Новгород, 1997.- 36 с.
2. Гольденберг О.П. Особенности состояния здоровья детей с задержкой внутриутробного развития на первом году жизни: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 114.00.09. / - Астрахань, 2001. - 22 с.
3. Дементьева Г.М. Оценка физического развития новорожденных: Метод, рекомендации / - М., 1984. - 44 с.
4. Дементьева, Г.М. Дифференцированная оценка детей с низкой массой при рождении / Г.М. Дементьева, Е.В. Короткая // Вопросы охраны материнства и детства. - 1981. - № 2. - С. 15-20.
5. Кельмансон И.А. Низковесный новорожденный и отсроченный риск кардиореспираторной патологии / И.А. Кельмансон. - СПб.: СпецЛит, 1999.- 156 с.
6. Медведев М.В. Задержка внутриутробного развития плода / М.В. Медведев, Е.В. Юдина - 2-е изд. - М.: РаВУЗДПВ, 1998. - 208 с.
7. Стрижаков А.Н. Задержка развития плода / А.Н. Стрижаков, Е.Т. Михайленко, А.Т. Бунин, М.В. Медведев. - К.: Здоровья, 1988. - 184 с.
8. Филиппов Е.С. Комплексная оценка состояния здоровья детей раннего возраста //Здоровье детей Сибири. - 2000. - № 1. - С. 31-43.

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПО КРД НЦОМ и Д

Исраилова А.С., Арыстамбекова М.А., Ормонбекова Н.

Национальный центр охраны материнства и детства

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Цель проведенного исследования - изучение причин и структуры преэклампсии тяжелой степени (ПЭТС). Ретроспективному анализу подвергнуты истории болезни 104 женщины, поступивших в отделение реанимации в 2011г. С диагнозом: Преэклампсия тяжелой степени. Для оценки эффективности протоколов использованы индикаторы.

Ключевые слова: преэклампсия тяжелой степени, причина, структура, роды.

ЭНЕ ЖАНА БАЛАНЫ КОРГОО УЛУТТУК БОРБОРУНУН КЛИНИКАЛЫК ТӨРӨТ УЙУНДӨГҮ КАН БАСЫМЫ ЖОГОРУЛАП КЕТКЕН УЧУРЛАРЫНЫН АНАЛИЗИ

Исраилова А.С., Арыстамбекова М.А., Ормонбекова Н.

Улуттук эне жана балдарды коргоо борбору

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Жүргүзүлгөн изилдөөнүн максаты – преэклампсиянын оор даражасынын түзүлүшү жана себеби. Ретроспективдүү анализге 2011 жылы жандандыруу бөлүмүнө кабыл алынган преэклампсиянын оор даражасы диагнозундагы 104 аялдын оору тарыхы тартылган. Протоколдун натыйжалуулугун баалоо үчүн индикаторлор колдонулду.

Негизги сөздөр: преэклампсиянын оор даражасы, себеп, түзүлүш, төрөт.

THE CASES ANALYSIS OF THE HYPERTENSIVE DISEASE DURING PREGNANCY ON THE BASE OF CLINICAL MATERNITY HOSPITAL OF NATIONAL CENTER OF PROTECTION OF MOTHERHOOD AND CHILDHOOD

Israilova A.S., Arystambekova M.A., Ormonbekova N.

National Centre of maternity and childhood welfare

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. The purpose of the research in the study of the causes and structures of severe preeclampsia. Retrospective analysis of medical records of 104 women admitted to the emergency department in 2011 was performed. From diagnosis: severe preeclampsia. To assess the effectiveness of the protocols used indicators.

Keywords: severe preeclampsia, reason, structure, delivery.

Актуальность

Проблема гестозов в соответствии с Международной классификацией болезней X пересмотра – гипертензивных нарушений у беременных – ГНБ остается весьма актуальной из-за нарастающей их частоты и тяжести клинических проявлений, значительной долей в структуре причин материнской и перинатальной смертности. В высокоразвитых странах мира материнская смертность от гипертензивных нарушений составляет в среднем 20 % [2].

В Российской Федерации ГНБ в структуре причин материнской смертности составляет 11.8 – 14.8 %.(4.5).

В Кыргызской Республике по данным официальной статистики ГНБ в структуре причин материнской смертности ежегодно занимает второе или третье место, чередуясь с септическими послеродовыми осложнениями.

Особой тяжестью клинических проявлений отличаются гипертензивные нарушения, развившиеся на фоне анемии. (6).

Частота осложнений беременности гипертензивными нарушениями в КР по данным научных исследований [7] составляет 18.2%. Соотношение сочетанных с экстрагенитальной патологией с «чистыми» гестозами составляет 2 : 1.

По данным независимых оценок экспертов ВОЗ КР по уровню МС находится на втором месте после Таджикистана, составляет 150 на 100000 живых рожденных.

В разработанной правительством «Национальной стратегии охраны репродуктивного здоровья населения Кыргызской Республики до 2015 года» приоритетность материнства и детства определена, как одно из важнейших направлений внутренней политики страны.[4.5]

Таблица №1
Распределение ПЭТС по территориальному признаку

Нарын	Иссык-Куль	Ош	Джалал-Абад	Талас	Баткен	Чуй-г.Бишкек	Россия	Казахстан
33	19	12	13	3	4	15	3	2
31.7%	18,2%	11.5%	12.5%	2.8%	3.8%	14.4%	2.8%	2.2%

Подходы к решению проблемы материнской смертности (прогноз, скрининг риска в родах, предупреждение и раннее обнаружение осложнений, безопасные роды, инициативы по просвещению и мобилизации населения) не дали ожидаемых результатов и снижения ее показателя, так как нет достоверной информации, о том какие женщины умирают и почему это происходит, а также, что можно сделать для предотвращения подобных смертей в будущем [3.1.]

Из числа гипертензивных нарушений самым распространенным видом является преэклампсия (гипертензия + протеинурия).

Преэклампсия развивается в среднем у 10% беременных, однако при наличии предрасполагающих факторов ее частота повышается до 25-30%. Идентифицированы в настоящее время факторы риска преэклампсии. Среди большого числа причинных факторов преэклампсии невозможно выделить единственный (или основной), что указывает на участие множественных механизмов в развитии патологического процесса[2].

Цель настоящего исследования

Изучение особенности репродуктивного здоровья, течения беременности и родов у беременных женщин с гипертензивными нарушениями. Оценить эффективность внедрения протоколов путем использования индикаторов оценки.

Материал и методы исследования

С целью изучения репродуктивного здоровья, заболеваемости и осложнений беременности и родов анализу подвергнуты 104 историй родов женщин, поступивших в отделение реанимации роддома Национального центра охраны материнства и детства с диагнозом: Преэклампсия тяжелой степени, и истории их новорожденных детей. Проведена выкопировка из историй болезни данных акушерско - гинекологического анамнеза, соматической

и гинекологической заболеваемости, данных лабораторных показателей, УЗИ и маточно-плацентарного кровотока. Для оценки эффективности протоколов при ПЭТС использованы стандартные индикаторы.

Из 104 женщин находились в возрасте до 18 лет – 2(1.9%), до 40 лет – 98 (94%), свыше 40 лет – 4 (4.1%). Домохозяйки 78 (76%), работающих- 26(24%). Распределение женщин по месту жительства представлены в таблице №1.

При поступлении в акушерский стационар 53 (54%) женщин явились самостоятельно, 17 (16.3%) доставлены каретой скорой помощи, 22 (17.3%), направлены с ГСВ и 12 (11.5%) переведены со второго уровня ЛПУ.

Сроки беременности при поступлении: до 27 нед -32.8%), до 33- 26 (25%), до 36 нед.-35 (34%), свыше 37 нед – 40 (38.2%).

Паритет родов: до 4 родов 32 (30.7%), многорожавшие –72(69.3%). На учете состояла – 45(43%), не состояли 59(57%). Осложнение беременности: заболевания почек в 6 (7%), кольпит – 8(9%).

Сопутствующая патология: заболевания ССС выявлены у 4 (3.9%), заболевание почек – у 7(6.7%), анемией в 76(75%), в том числе легкой степени 43 (54%), тяжелой – 33(46 %).

Преэклампсия тяжелой степени 103-(99%), эклампсия – 1 случай при поступлении. Все 103 беременные поступили в состоянии тяжелой преэклампсии. В 4 случаев диагноз преэклампсии сочетался с преждевременной отслойкой плаценты и продолжающимся кровотечением.

Эффективность оказания помощи оценивается от времени родоразрешения (2,6,24 часа). 20 (19%) беременных женщин родоразрешены в первые 2 часа, 25 (24%) до 6 часов пребывания в роддоме. Более 24 часа – 58 (61%).

Метод родоразрешения: у 68 (65

Эффективность оказания помощи в зависимости от времени оказания.

2 часа	6 часов	24 часа
19%	24%	61%

%) беременных женщин роды произошли через естественные родовые пути, у 36(35%) оперативным путем. Показанием к оперативному родоразрешению явилось в (11%) отслойка плаценты, в 1 случае в сочетании с геморрагическим шоком, 1 случай с миомой матки. В 5 случаях – (14%) случаев показанием явилось внутриутробная гипоксия плода.

Сопутствующая патология: заболевания ССС в (3.9%), заболевания почек в (3%), (75%) в сочетании с анемией, легкой степени – (44%), тяжелой степени – (46%).

При оценке состояния плода, синдром задержки развития плода диагностирован у 22-х женщин (21%), в том числе у 8 (7.7%)- 1 степени и у 13 (12.5%) - 2 степени; у 19 женщин (18%) верифицирован диагноз ФПН 1АБ. Для оценки оказания эффективности лечения использованы следующие индикаторы: введение основной и поддерживающей дозы магнeзии сульфат. При этом установлено, что 84 женщинам (80.7%) проведено введение магнeзии как основной так и поддерживающей доз. Что касается остальных 20 женщин (19.3%) не проводилось. При детальном рассмотрении историй выявлено: в 10 случаях не проведено введение ни основной дозы ни поддерживающей дозы магнeзии сульфат в приемном блоке. В 10 случаях не проведено введение магнeзии сульфат при переводе из отделения патологии в РИТ. Переход из легкой в тяжелую преэклампсии происходит на 2-3 сутки нахождения в отделении патологии. В одном случае родильнице, поступившей в роддом в раннем послеродовом периоде в состоянии тяжелой преэклампсии, не проводилось введение нагрузочной дозы магнeзии сульфат в приемном блоке.

Таким образом:

1. Следует отметить, что 65% женщин с ПЭТС родоразрешены через естественные родовые пути, что является показателем эффективности лечения. И тенденция к его увеличению является позитивным показателем качества оказания медицинской службы. Внедрение новых методов индукции родов позволит увеличить количество родов через естественные родовые пути.

2. О некачественном антенатальном уходе

на ГСВ беременных женщин свидетельствуют факты: из 104 женщин, лишь 22 (21.1%) госпитализированы по направлению. Следует отметить, что 20% беременных родоразрешены в первые 2 часа, что свидетельствует о степени тяжести преэклампсии при поступлении и зависит от уровня наблюдения на уровне ГСВ.

3. Только лишь 21.1% беременных госпитализированы по направлению ГСВ, что свидетельствует о некачественном антенатальном уходе на местах и позднем выявлении беременных с тяжелой патологией.

4. Соблюдение протокола по ПЭТС, начиная с приемного блока ведение основной и поддерживающей дозы магнeзии является резервом для снижения осложнений для данной патологии (ангиоцеребральных нарушений).

5. Процент родоразрешенных до 6 часов нахождения в РИТ составил 24%, это связано с присоединением преждевременной отслойки плаценты и в\у гипоксии плода. Это следует рассматривать как осложнение основного диагноза, либо неадекватной коррекцией АД. Как известно. по данным литературы, что резкое снижение АД приводит к отслойки плаценты, в\у гипоксии и кровоизлияниям головного мозга.

Предложения по улучшению службы охраны материнства и детства:

1. Необходимо продолжить работу с беременными и их родственниками по выявлению симптомов тревоги и своевременного обращения в стационар. 51% женщин пришли сами с выраженной степенью тяжести.

2. Перевод с других ЛПУ составил 11%. Следует ожидать увеличения беременных с такой степенью тяжести, и обеспечить готовность стационара к приему тяжелых женщин с учетом внедрения программы регионализации.

3. При рассмотрении сроков беременности, следует отметить следующее: 25% составили роды в сроке ранних родов и 34% преждевременных родов, необходимо обеспечить кадровый и медикаментозный резерв, для лечения этой группы недоношенных новорожденных (наличие сурфактанта и проведение СЕПАП терапии).

Ведение беременности на фоне заболевания почек и ССС является отягощающим

моментом при преэклампсии. Проведение преконцепционной подготовки женщин к беременности является резервом улучшения показателей родовспоможения.

Литература:

1. Кулаков В.И. (ред.). Акушерство и гинекология: клинические рекомендации. М 2005.

2. Баччи А. и соавтор. *Et al. New aspects in the pathophysiology of preeclampsia. J Am Soc Nephrol* 2004;15:2440—2448.

3. Гридчик А.Л. Материнская смертность в условиях реорганизации здравоохранения Московской области (состояние, тенденции, профилактика):

Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.2002;36.

4. Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 1998—2002 гг. М: Минздрав РФ 2002;316.

5. Омарова П.М. «Особенности течения беременности и родов и послеродового периода у женщин м ЖДА и ожирением //Мат. V Рос.Форума « Мать и дитя», 2003, с. 152 – 153.

6. Рыбалкина Л.Д, Назаралиева С.Б., Исраилова А.С., и др, « Заключительный отчет: Патогенетические основы профилактики осложнений гестационного процесса гипертензивными нарушениями у женщин в условиях экологического неблагополучия », Бишкек, 2006-с.65.



ДНИ НАУКИ

КГМА им. И.К. Ахунбаева-2015

15-17 апреля

Бишкек, Кыргызская Республика

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Калиев К. Р.

Национальный центр кардиологии и терапии имени академика Мирсаида Миррахимова
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Данный обзор посвящен анализу особенностей лечения острого коронарного синдрома при присоединении почечной дисфункции.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, хроническая болезнь почек.

КОРОНАРДЫН КУРЧ СИНДРОМУНА БӨЙРӨКТҮН ИШИНИН БУЗУЛУШУ КОШУЛГАНДА ДАРЫЛОО ӨЗГӨЛӨЛҮКТӨРҮ

Калиев К. Р.

Мирсаид Миррахимов атындагы улуттук кардиология жана терапия борбору
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул макалада коронардын курч синдромуна бөйрөктүн бузулушу кошулганда дарылоо өзгөчөлүктөрү каралат.

Негизги сөздөр: коронардык курч синдрому, бөйрөктүн өнөкөт илдети.

TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME COMBINED WITH RENAL DYSFUNCTION

Kaliev K. R.

National center of cardiology and therapy named after academic Mirsaid Mirrakhimov
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. This review focuses on the analysis of features of the treatment of acute coronary syndrome in patients with renal dysfunction.

Keywords: acute coronary syndrome, chronic kidney disease.

Введение

Хроническая болезнь почек (ХБП), определяемая как снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) $<60\text{мл/мин/1.73м}^2$, признана неблагоприятным предиктором сердечно-сосудистых заболеваний [1-5]. В ряде исследований продемонстрировали ухудшение прогноза при наличии почечной недостаточности (ПН) у пациентов острым коронарным синдромом (ОКС) как без подъема сегмента ST (ОКСБПСТ) [6-8], так и с элевацией сегмента ST (ОКСПСТ) [9,10]. В 2008г. Клаудио Ронко определил данный феномен как кардиоренальный синдром (КРС), когда острая или хроническая дисфункция одного органа может вызывать острую или хроническую дисфункцию в другом органе [11].

Определение хронической болезни почек, классификация

ХБП - снижение скорости клубочковой фильтрации $<60\text{мл/мин/1.73м}^2$ в течение трех или более месяцев. По данным последней рекомендации ХБП следует классифицировать по уровню СКФ (табл. 1) и степени альбуминурии (табл. 2), которые являются независимыми прогностическими показателями [12].

Дисфункция почек присутствует у 30-40% пациентов с ОКСБПСТ [13,14]. ХБП связана с неблагоприятным прогнозом [13-16] и является независимым предиктором ранней и поздней смертности, а также риска кровотечений у пациентов с ОКСБПСТ [14]. Риск смертности от сердечно-сосудистых причин увеличивается до 46% у пациентов со СКФ 60-90 мл/мин и до 131% у пациентов, СКФ которых составляет 30-60 мл/

Таблица 1
Классификация ХБП по уровню СКФ

Уровни СКФ	Функция почек	Уровень СКФ (мл/мин/1,73 м ²)
C1	Высокая и оптимальная	>90
C2	Незначительно сниженная	60-89
C3a	Умеренно сниженная	45-59
C3б	Существенно сниженная	30-44
C4	Резко сниженная	15-29
C5	Терминальная почечная недостаточность	<15

Примечание: СКФ – скорость клубочковой фильтрации

Таблица 2
Степени альбуминурии при ХБП

Категория	Скорость экскреции альбумина (мг/24часа)	Альбумин/креатинин		Обозначение
		мг/ммоль	мг/г	
A1	<30	<3	<30	Оптимальная или незначительно повышенная
A2	30-300	3-30	30-300	Высокая
A3	>300	>30	>300	Очень высокая

мин независимо от сочетания с традиционными сердечно-сосудистыми факторами риска, в том числе с сахарным диабетом и артериальной гипертензией [17,18]. Биомаркеры ХБП, такие как протеинурия, альбуминурия, расчетная СКФ [19-21], являются простыми и относительно дешевыми для выявления.

Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST и хроническая болезнь почек

В связи с недостатком пациентов с ОКСБП/ССТ и ХБП в известных клинических испытаниях, отсутствуют основные данные по изменению тактики лечения у данной группы больных в отличие от пациентов без почечной дисфункции. Тем не менее, учитывая высокий риск развития кровотечений, следует с осторожностью применять антикоагулянты.

Согласно данным из медицинских регистров, пациентов ХБП часто лечат большими дозами антитромбоцитарных препаратов, особенно ингибиторами рецепторов гликопротеинов (ГП) IIb/IIIa и антикоагулянтами, вследствие чего они более

склонны к кровотечениям. В то же время по данным ряда исследований аспирин может безопасно и эффективно применяться в общепринятой дозировке в процессе лечения острого коронарного синдрома (ОКС) у пациентов с почечной дисфункцией [22]. Как известно при ХБП должны контролироваться дозировки многих препаратов, которые главным образом или исключительно выделяются через почки. К данным препаратам относятся также эноксипарин, фондапаринукс, бивалирудин и ингибиторы ГП IIb/IIIa (табл.3).

При тяжелой сердечной недостаточности, когда фондапаринукс или эноксипарин противопоказаны, рекомендуется использовать нефракционированный гепарин (НФГ). Согласно регистру GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events) НФГ не снижает риск кровотечений. У пациентов, получающих НФГ, замечено постепенное увеличение угрозы кровопотерь вместе с прогрессированием почечной дисфункции. Подобная тенденция была замечена и при использовании низкомолекулярного гепарина (НМГ) [23].

Рекомендации по использованию анитромботических препаратов у пациентов с почечной дисфункцией согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов

Антитромбоцитарные препараты	
Ацетилсалициловая кислота	Недостаток рекомендаций
Клопидогрель	Недостаток рекомендаций у пациентов ХБП
Прасугрель	Недостаток информации по снижению дозы у пациентов СКФ 30-60 мл/мин/1,73м ²
	Противопоказан у пациентов СКФ <30 мл/мин/1,73м ²
Тикагрелор	Коррекция не требуется у пациентов ХБП
Ингибиторы ГП IIb/IIIa	
Абциксимаб	Недостаток информации по использованию или снижению дозы у пациентов ХБП
Тирофибан	У пациентов ХБП доза должна быть уменьшена; у пациентов СКФ <30 мл/мин/ 1,73м ² доза составляет 50% от стандартной
Эптифибадит	С осторожностью использовать у пациентов ХБП. Требуется снижение дозы на 25% у пациентов СКФ <60 мл/мин/1,73м ²
	Противопоказан у пациентов СКФ <30 мл/мин/1,73м ²
Антикоагулянтная терапия	
Нефракционированный гепарин	Снижение дозы зависит от уровня АЧТВ
Эноксипарин и другие низкомолекулярные гепарины	У пациентов СКФ 30-60 мл/мин/1,73 м ² доза снижается на 25%
	У пациентов СКФ <30мл/мин/1,73м ² противопоказан или требуется снижение на 50%
Фондапаринукс	Препарат выбора у пациентов СКФ 30-60мл/мин/1,73м ²
	Противопоказан у пациентов СКФ <30мл/мин/1,73м ²
Бивалирудин	У пациентов СКФ 30мл/мин/1,73м ² скорость инфузии следует уменьшить до 1,0 мг/кг/час

Положительные стороны использования НФГ у пациентов ХБП в сравнении с другими антикоагулянтами связаны с более упрощенным контролем антикоагулянтной активности, основанной на уровне активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), и его быстрой нейтрализации в случае кровотечения. Безопасность фондапаринукса в отличие от эноксипарина у пациентов ХБП, подтверждает значительный низкий риск кровотечений, продемонстрированных в исследовании OASIS-5. В работе PLATO (Study of Platelet Inhibition and Patient Outcomes) тикагрелол показал значительное снижение случаев ишемических событий и смертности без увеличения шанса больших кровотечений по сравнению с клопидогрелем [24,25]. Предполагалось, что клопидогрель,

который метаболизируется в печени, не требует регулирования дозы у пациентов с почечной недостаточностью (ПН). Однако, исследование Clopidogrel for the Reduction of Events During Observation (CREDO) продемонстрировало снижение эффективности клопидогреля у пациентов ХБП легкой и умеренной степени и что, этот результат не связан с увеличением кровотечений в данной группе [26].

Анализ данных от больших регистров и клинических испытаний относительно ОКСБПССТ показывает улучшение прогноза у пациентов от умеренной ХБП до терминальной стадии ПН после инвазивной терапии [27,28].

Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST и хроническая болезнь почек

Падение СКФ увеличивает риск

серьезных сердечно-сосудистых осложнений по сравнению с лицами без нарушений почечной функции [29]. Снижение СКФ <60 мл/мин/1,73 м² обнаружено приблизительно у 40% пациентов с ОКСПССТ. Вместе с прогрессированием почечной дисфункции увеличивается опасность серьезных осложнений, таких как кардиогенный шок, аритмии, атриовентрикулярные блокады и сердечная недостаточность. Плохой прогноз также связан с фактом, что ХБП обычна у лиц пожилого возраст, и они часто одновременно страдают диабетом, коронарной болезнью сердца и сердечной недостаточностью [27].

Клиническая картина острого инфаркта миокарда (ОИМ) может быть атипичной при ПН, как и при сахарном диабете. Дополнительной проблемой являются, используемые в общей практике маркеры некроза миокарда у пациентов ХБП, которые обладают низкой прогностической ценностью [30,31]. Лечение ОИМ у пациентов ХБП незначительно отличается от пациентов с нормальной почечной функцией. На современном этапе сохраняются вопросы касательно лечения пациентов ХБП на ранней фазе ОКСПССТ. Тактика реперфузионной терапии у больных ОКС в сочетании ХБП является более сложной, чем в общей популяции. Несколько исследований показали, что, несмотря на высокий риск осложнений у пациентов ОКС, реваскуляризация у больных ХБП улучшает долгосрочный прогноз, тем не менее, отсутствуют крупные клинические испытания, подтверждающие пользу реваскуляризации [27,32,33]. Применение коронарного шунтирования или коронарной ангиопластики у больных ОКС повышают долгосрочную выживаемость, но при этом увеличивается госпитальная летальность и риск осложнений [34]. Фибринолитическая терапия связана с увеличением частоты инсультов и больших кровотечений у пациентов почечной дисфункцией [35]. В исследовании GRACE более 12000 пациентов ОКСПССТ было показано повышение смертности пятикратно у больных умеренной почечной дисфункцией (СКФ 30-59 мл/мин/1.73 м²) и десятикратно у больных тяжелой почечной дисфункцией (СКФ <30 мл/мин/1.73 м²) [35-39]. Несмотря на высокий риск развития осложнений, больные ОКСПССТ с почечной дисфункцией редко получают реперфузионную терапию. Это связано с исключением данной группы больных из рандомизированных клинических испытаний

[40] и отсутствием руководств по лечению инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST у больных ХБП.

Терапия внутривенными антагонистами ГП IIb/IIIa у пациентов ХБП связана с высокой угрозой кровотечений, хотя значительно снижает риск внутрибольничной смертности. В данной группе больных рекомендуется использование НФГ под контролем АЧТВ. Также необходимо помнить, что ингибиторы АПФ и сартаны могут усугубить ПН [27-29,41].

Общие принципы длительного лечения

В длительной терапии при ОИМ используют антитромбоцитарную терапию, статины и бета-блокаторы [31,42]. Согласно исследованиям у пациентов ХБП аспирин широко не применяется, главным образом, из-за опасений кровотечения. В изучении Скотт Райта и соавт. [43] аспирин применялся только у 61% диализных пациентов и 74% пациентов со СКФ <30 мл/мин в сравнении с 89% пациентов без падения СКФ. Британское исследование SHARP (Study of Heart and Renal Protection) показало, что использование низких доз аспирина (100 мг) при тяжелой ХБП (преддиализная, диализная или функционирующая пересаженная почка) повышает риск малых кровотечений в три раза, а также оказывает влияние на частоту больших кровотечений [44]. Мета-анализ Antithrombotic Trialists' Collaboration (ATT) показал, что низкие дозы аспирина (75-160 мг) эффективны также как и высокие дозы (325 мг) для вторичной профилактики коронарной болезни сердца у пациентов с ХБП и терминальной стадией ПН [45]. Более того, в другом исследовании, включавшем 1000 пациентов с терминальной стадией ПН и 145000 пациентов без терминальной ПН, которые перенесли ОИМ, эффективность аспирина в отношении 30-дневной смертности была идентична показателям у пациентов с нормальной почечной функцией [46]. Другой ретроспективный анализ продемонстрировал снижение частоты ОКСПССТ у пациентов СКФ <60 мл/мин при использовании аспирина, когда отношение шансов (ОШ) составило 0.5, с 95% доверительным интервалом (ДИ) 0.2-1.0, $p=0.05$ [47].

Не установлена эффективность антиагрегантной терапии парентеральных ингибиторов ГП IIb/IIIa у пациентов ХБП. В исследовании ESPRIT (Enhanced Suppression of the Platelet IIb/IIIa Receptor with Integrin Therapy)

[48] выяснено, что лечение эптифибатином во время чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) у пациентов ХБП снижалась частота событий коронарной болезни сердца и необходимость реваскуляризации в сроки более чем 12 месяцев. Такие же показатели были у пациентов без ХБП. Кроме того, в данном исследовании не увеличивался риск кровотечений [48]. Однако, Розарио Фримен и соавт. [49] продемонстрировали удвоения риска больших кровотечений после использования ГП IIb/IIIa. Несмотря на неблагоприятные события, они заметили снижение внутригоспитальной смертности от ОКС у пациентов ХБП (с расчетной СКФ <60мл/мин) [49]. Также субанализ исследования TARGET (Do Tirofiban and ReoPro Give Similar Efficacy Outcome) [50] показал, что пациенты с низким клиренсом креатинина имеют больше ишемических событий и кровотечений. Кроме того, исследование PROTECT (Pro-BNP Outpatient Tailored Chronic Heart Failure Therapy) и CRUSADE (Can Rapid Risk Stratification of Unstable Angina Patients Suppress Adverse Outcomes With Early Implementation of the American College of Cardiology/American Heart Association Guidelines) National Quality Improvement Registry продемонстрировали рост угрозы кровотечений у пациентов, получавших высокие дозы ингибиторы ГП IIb/IIIa (ОШ: 1.36; 95% ДИ: 1.10-1.68), что дополнительно

увеличивался у пациентов с ПН (ОШ: 4.12; 95% ДИ: 2.65-5.75) [51, 52].

Использование ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) согласно рекомендациям показано всем пациентам с фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) $\leq 40\%$, сердечной недостаточностью, артериальной гипертензией или ХБП в течение 24 часов при отсутствии противопоказаний [53,54]. Ингибиторы АПФ следует использовать для предупреждения повторных ишемических событий [55]. Исследование Heart Outcomes Prevention Evaluation (HOPE) показало одинаковый результат снижения сердечно-сосудистых событий при лечении рамиприлом пациентов как с ХБП, так и с нормальной функцией почек [56]. Бета-блокаторы также показаны для всех пациентов с систолической дисфункцией левого желудочка $\leq 40\%$ [57,58].

Терапию статинами следует назначать вскоре после поступления в стационар [59]. Установлены целевые значения липопротеидов низкой плотности <1,8 ммоль/л [60]. Специальный анализ исследований по снижению липидов у пациентов легкой ХБП обнаружил, что эффекты статинов сопоставимы с теми эффектами, которые наблюдались у пациентов с нормальной функцией почек [61,62].

Дозирование некоторых лекарственных средств при ОКС показаны в таблице 4.

Таблица 4
Требования по дозировке препаратов с учетом СКФ [63-65]

Препарат	Стартовая доза (мг)	Целевая доза (мг)	Дозы (в процентах от обычной дозировки) в зависимости от уровней СКФ (мл/мин/1,73 м ²)		
			>50	10-50	<10 (в дни диализа)
Ингибиторы АПФ					
Эналаприл	2,5 мг 2 p/сут	10-20 мг 2 p/сут	100	50-75	50
Рамиприл	2,5 мг/сут	5 мг/сут	100	50-75	25-50
Каптоприл	6,25 мг 3 p/сут	50 мг 3 p/сут	100	75	50
Бета блокаторы					
Бисопролол	1,25 мг/сут	10 мг/сут	100	75	50
Карведилол	3,125 мг 2 p/сут	25-50 мг 2 p/сут	100	100	100
Статины					
Аторвастатин	10 мг/сут	10-80 мг/сут	100	100	50 (от стартовой дозы)
Симвастатин	10 мг/сут	20-40 мг/сут	100	100	

Заключение

ОКС без подъема сегмента ST и ОКССПST часто встречаются у пациентов ХБП. Хотя результаты многочисленных исследований и мета-анализов противоречивы, дозы препаратов должны быть протитрованы, чтобы избежать неблагоприятных эффектов. Стандартные процедуры также должны быть реализованы у пациентов ХБП, у которых польза перевешивает риск [33,66,67].

Литература:

1. M. J. Sarnak, A. S. Levey, A. C. Schoolwerth et al. *Kidney Disease as a Risk Factor for Development of Cardiovascular Disease: A Statement From the American Heart Association Councils on Kidney in Cardiovascular Disease, High Blood Pressure Research, Clinical Cardiology, and Epidemiology and Prevention. Circulation* 2003; 42 (5): 1050-1065.
2. *Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Lipid Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for Lipid Management in Chronic Kidney Disease. Kidney International Supplements* 2013; 3 (5): 259-305.
3. Г. Арутюнов, Т. Чернявская. Проблемы нефропротекции у пациентов с артериальной гипертензией. Значение показателя микроальбуминурии для врача общей практики. *Артериальная гипертензия* 2005; 3: 2-7.
4. О. Кузьмин. Хроническая болезнь почек и состояние сердечно-сосудистой системы. *Нефрология* 2007; 11 (1): 28-29.
5. Е. Макеева, А. Шутов, В. Серов и др. Хроническая болезнь почек влияет на прогноз и стоимость стационарного лечения больных с хронической сердечной недостаточностью. *Нефрология* 2010; 14 (2): 21-55.
6. S. Spilner, S. Inverso, M. Cohen et al. *Safety and efficacy of unfractionated heparin versus enoxaparin in patients who are obese and patients with severe renal impairment: analysis from the ESSENCE and TIMI 11B studies. American Heart Journal* 2003; 146 (1): 33-41.
7. J. Januzzi, C. Cannon, P. DiBattiste et al. *Effects of renal insufficiency on early invasive management in patients with acute coronary syndromes (The TACTICS-TIMI 18 Trial). The American Journal of Cardiology* 2002; 90 (11): 1246-1249.
8. C. Gibson, R. Dumaine, E. Gelfand et al. *Association of glomerular filtration rate on presentation with subsequent mortality in non-ST-segment elevation acute coronary syndrome; observations in 13307 patients in five TIMI trials. European Heart Journal* 2004; 25 (22): 1998-2005.
9. C. Gibson, D. Pinto, S. Murphy et al. *Association of creatinine clearance on presentation in acute myocardial infarction with subsequent mortality. Journal of the American College of Cardiology* 2003; 42 (9): 1535-1543.
10. F. Rodrigues, R. Bruetto, U. Torres et al. *Effects of kidney disease on acute coronary syndrome. Clinical Journal of the Society Nephrology* 2010; 5 (8): 1530-1536.
11. Ronco C. *Cardiorenal syndromes: definition and classification. Contributions to Nephrology* 2010; 164: 33-38.
12. *Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney International Supplements* 2013; 3 (5): 1-150.
13. D. Hasdai, S. Behar, L. Wallentin et al. *A prospective survey of the characteristics, treatments and outcomes of patients with acute coronary syndromes in Europe and the Mediterranean basin: the Euro Heart Survey of Acute Coronary Syndromes. European Heart Journal* 2002; 23 (15): 1190-1201.
14. I. Goldenberg, I. Subirana, V. Boyko et al. *Relation between renal function and outcomes in patients with non-ST segment elevation acute coronary syndrome: real-world data from the European Public Health Outcome Research and Indicators Collection Project. Archives of Internal Medicine* 2010; 170 (10): 888-895.
15. B. Franczyk-Skóra, A. Gluba, M. Banach et al. *Prevention of sudden cardiac death in patients with chronic kidney disease. BMC Nephrology* 2012; 13: 162.
16. Ю. Вялкина, С. Шалаев. Клиренс креатинина в долгосрочном прогнозировании риска сердечно-сосудистой смерти у больных острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST. *Клиническая нефрология* 2011; 2: 27-30.
17. W. Couser, M. Riella. *World Kidney Day 2011 – Protect your kidneys, save your heart. Archives of Medical Science* 2011; 7 (1): 1-4.
18. R. van Domburg, S. Hoeks, G. Welten, et al. *Renal insufficiency and mortality in patients with known or suspected coronary artery disease. Journal of the American Society of Nephrology* 2008; 19 (1): 158-163.
19. J. Malyszko, H. Bachorzewska-Gajewska, J. Malyszko, et al. *Markers of kidney function in the elderly in relation to the new CKD-EPI formula for estimation of glomerular filtration rate. Archives of Medical Science* 2011; 7 (4): 658-664.
20. Н. Мухин, Г. Арутюнов, В. Фомин. Альбуминурия – маркер поражения почек и риска сердечно-сосудистых осложнений. *Клиническая нефрология* 2009; 1: 5-10.
21. D. Nair, S. Mehta, D. Mikhailidis. *Assessing renal function – searching for the perfect marker continues! Archives of Medical Science* 2011; 7 (4): 565-567.
22. W. Coats, S. Baig, M. Alpert, K. Aggarwal. *Manage-*

ment of coronary artery disease in patients with chronic kidney disease. *Advances in Peritoneal Dialysis* 2009; 25: 125-128.

23. J. Collet, G. Montalescot, G. Agnelli et al. Non-ST segment elevation acute coronary syndrome in patients with renal dysfunction: benefit of low-molecular-weight heparin alone or with glycoprotein IIb/IIIa inhibitors on outcomes. *The Global Registry of Acute Coronary Events. European Heart Journal* 2005; 26 (21): 2285-2293.

24. S. James, A. Budaj, P. Aylward et al. Ticagrelor versus clopidogrel in acute coronary syndromes in relation to renal function: results from the Platelet Inhibition and Patient Outcomes (PLATO) trial. *Circulation* 2010; 122 (11): 1056-1067.

25. M. Kowalczyk, M. Banach, D. Mikhailidis et al. Ticagrelor: a new platelet aggregation inhibitor in patients with acute coronary syndromes. An improvement of other inhibitors? *Medical Science Monitor* 2009; 15 (12): MS24-30.

26. P. J. Best, S. R. Steinhubl, P. B. Berger et al. The efficacy and safety of short- and long-term dual antiplatelet therapy in patients with mild or moderate chronic kidney disease: results from the Clopidogrel for the Reduction of Events During Observation (CREDO) trial. *American Heart Journal* 2008; 155 (4): 687-693.

27. B. Franczyk-Skóra, A. Gluba, M. Banach et al. Acute coronary syndromes in patients with chronic kidney disease. *Current Vascular Pharmacology* 2013; 11 (5): 758-767.

28. C. Hamm, J. Bassand, S. Agewall et al. ESC Committee for Practice Guidelines. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: the Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal* 2011; 32 (23): 2999-3054.

29. Н. А. Мухин. Снижение скорости клубочковой фильтрации — общепопуляционный маркер неблагоприятного прогноза. *Терапевтический архив* 2007; 6: 5-10.

30. C. R. Swanepoel. Chronic kidney disease is a risk factor for cardiovascular disease. *SA Heart Journal* 2007; 4 (3): 38-43.

31. A. Mercando, H. Lai, W. Aronow et al. Reduction in atherosclerotic events: a retrospective study in an outpatient cardiology practice. *Archives of Medical Science* 2012; 8 (1): 57-62.

32. K. Szummer, P. Lundman, S. Jacobson et al. Relation between renal function, presentation, use of therapies and in-hospital complications in acute coronary syndrome: data from the SWEDEHEART register. *Journal of Internal Medicine* 2010. 268 (1); 40-49.

33. C. Fox, P. Muntner, A. Chen et al. Acute Coronary Treatment and Intervention Outcomes Network registry. Use

of evidence-based therapies in short-term outcomes of ST-segment elevation myocardial infarction and non-ST segment elevation myocardial infarction in patients with chronic kidney disease: a report from the National Cardiovascular Data Acute Coronary Treatment and Intervention Outcomes Network registry. *Circulation* 2010; 121 (3): 357-365.

34. J. Rhee, S. Wiviott, B. Scirica et al. Clinical Features, Use of Evidence-Based Therapies, and Cardiovascular Outcomes Among Patients With Chronic Kidney Disease Following Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndrome. *Clinical Cardiology* 2014; 37 (6): 350-356.

35. C. Medi, G. Montalescot, A. Budaj et al. Reperfusion in patients with renal dysfunction after presentation with ST-segment elevation or left bundle branch block: GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events). *JACC: Cardiovascular Intervention* 2009; 2 (1): 26-33.

36. C. Meisinger, A. Doring, H. Lowel. Chronic kidney disease and risk of incident myocardial infarction and all-cause and cardiovascular disease mortality in middle-aged men and women from the general population. *European Heart Journal* 2006; 27 (10): 1245-1250.

37. L. Szczech, P. Best, E. Crowley et al. Outcomes of patients with chronic renal insufficiency in the bypass angioplasty revascularization investigation. *Circulation* 2002; 105 (19): 2253-2258.

38. P. McCullough, S. Soman, S. Shah et al. Risks associated with renal dysfunction in patients in the coronary care unit. *Journal of the American College of Cardiology* 2000; 36 (3): 679-684.

39. J. Beattie, S. Soman, K. Sandberg et al. Determinants of mortality after myocardial infarction in patients with advanced renal dysfunction. *American Journal of Kidney Diseases* 2001; 37 (6): 1191-1200.

40. S. Coca, H. Krumholz, A. Garg et al. Underrepresentation of renal disease in randomized controlled trials of cardiovascular disease. *JAMA* 2006; 296 (11): 1377-1384.

41. А. Николаев, В. Ермоленко. Место блокаторов РАС в нефропротективной стратегии при хронической болезни почек. *Нефрология и диализ* 2012; 12 (1): 8-12.

42. H. Lai, W. Aronow, A. Mercando et al. Risk factor reduction in progression of angiographic coronary artery disease. *Archives of Medical Science* 2012; 8 (3): 444-448.

43. R. Wright, G. Reeder, C. Herzog et al. Acute myocardial infarction and renal dysfunction: a high-risk combination. *Annals of Internal Medicine* 2002; 137 (7): 563-570.

44. C. Baigent, M. Landray, C. Leaper et al. First United Kingdom Heart and Renal Protection (UK-HARP-I) study: biochemical efficacy and safety of simvastatin and safety of low-dose aspirin in chronic kidney disease. *American Journal of Kidney Diseases* 2005; 45 (3): 473-484.

45. Collaborative meta-analysis of randomized trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. *British Medical Journal* 2002; 324 (7329): 71-86.
46. A. Berger, S. Duval, H. Krumholz. Aspirin, beta-blocker, and angiotensin-converting enzyme inhibitor therapy in patients with end-stage renal disease and an acute myocardial infarction. *Journal of the American College of Cardiology* 2003; 42 (2): 201-208.
47. A. Sciahbasi, R. Arcieri, M. Quarto et al. Impact of chronic aspirin and statin therapy on presentation of patients with acute myocardial infarction and impaired renal function. *Preventive Cardiology* 2010; 13 (1): 18-22.
48. D. Reddan, J. O'Shea, I. Sarembok et al. Treatment effects of eptifibatide in planned coronary stent implantation in patients with chronic kidney disease (ESPRIT Trial). *American Journal of Cardiology* 2003; 91 (1): 17-21.
49. R. Freeman, R. Mehta, W. Al Badr et al. Influence of concurrent renal dysfunction on outcomes of patients with acute coronary syndromes and implications of the use of glycoprotein IIb/IIIa inhibitors. *Journal of the American College of Cardiology* 2003; 41 (5): 718-724.
50. P. Berger, P. Best, E. Topol et al. The relation of renal function to ischemic and bleeding outcomes with 2 different glycoprotein IIb/IIIa inhibitors: the do Tirofiban and ReoPro Give Similar Efficacy Outcome (TARGET) trial. *American Heart Journal* 2005; 149 (5): 869-875.
51. A. Kirtane, G. Piazza, S. Murphy et al. Correlates of bleeding events among moderate- to high-risk patients undergoing percutaneous coronary intervention and treated with eptifibatide: observations from the PROTECT-TIMI- 30 trial. *Journal of the American College of Cardiology* 2006; 47 (12): 2374-2379.
52. K. Alexander, A. Chen, M. Roe et al. Excess dosing of antiplatelet and antithrombin agents in the treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. *JAMA* 2005; 294 (24): 3108-3116.
53. S. Basra, P. Tsai, N. Lakkis. Antiplatelet and antithrombotic therapy in ACS patients with CKD: antiplatelet and antithrombotic drugs. *Journal of the American College of Cardiology* 2011; 58 (22): 2263-2269.
54. C. Torp-Pedersen, L. Kober. Effects of ACE inhibitor trandolapril on life expectancy of patients with reduced LVEF after acute myocardial infarction. TRACE Study Group. Trandolapril Cardiac Evaluation. *Lancet* 1999; 354 (9172): 9-12.
55. G. Dagenais, J. Pogue, K. Fox et al. Angiotensin-converting enzyme inhibitors in stable vascular disease without left ventricular systolic dysfunction or heart failure: a combined analysis of three trials. *Lancet* 2006; 368 (9535): 581-588.
56. J. Mann, H. Gerstein, J. Pogue et al. Renal insufficiency as a predictor of cardiovascular outcomes and the impact of ramipril: the HOPE randomized trial. *Annals of Internal Medicine* 2001; 134(8): 629-636.
57. ONTARGET Investigators, S. Yusuf, K. Teo, J. Pogue et al. Telmisartan, ramipril, or both in patients at high risk for vascular events. *The New England Journal of Medicine* 2008; 358 (15): 1547-1559.
58. J. Lopez-Sendon, K. Swedberg, J. McMurray et al. Expert consensus document on beta-adrenergic receptor blockers. *European Heart Journal* 2004; 25 (15): 1341-1362.
59. M. Stepien, M. Banach, D. Mikhailidis et al. Role and significance of statins in the treatment of hypertensive patients. *Current Medical Research and Opinion* 2009; 25 (8): 1995-2005.
60. C. Cannon, E. Braunwald, C. McCabe et al. Intensive versus moderate lipid lowering with statins after acute coronary syndromes. *The New England Journal of Medicine* 2004; 350 (15): 1495-1504.
61. N. Edwards, R. Steeds, C. Ferro et al. The treatment of coronary artery disease in patients with chronic kidney disease. *QJM* 2006; 99 (11): 723-736.
62. V. Athyros, A. Hatzitolios, A. Karagiannis et al.; IMPERATIVE Collaborative Group. Improving the implementation of current guidelines for the management of major coronary heart disease risk factors by multifactorial intervention. The IMPERATIVE renal analysis. *Archives of Medical Science* 2011; 7 (6): 984-992.
63. M. Munar, H. Singh. Drug dosing adjustments in patients with chronic kidney disease. *American Family Physician* 2007; 75 (10): 1487-1496.
64. R. Scarpioni, M. Ricardi, V. Albertazzi et al. Treatment of dyslipidemia in chronic kidney disease: Effectiveness and safety of statins. *World Journal of Nephrology* 2012; 1 (6): 184-194.
65. В. Мусеев, Н. Мухин, Ж. Кобалава и др. Сердечно-сосудистый риск и хроническая болезнь почек: стратегии кардионепропротекции. *Клиническая нефрология* 2014; 2: 4-29.
66. B. Franczyk-Skóra, A. Gluba, M. Banach et al. Treatment of non-ST-elevation myocardial infarction and ST-elevation myocardial infarction in patients with chronic kidney disease. *Archives of Medical Science* 2013; 9 (6): 1019-1027.
67. G. Marenzi, A. Cabiati, E. Assanelli. Chronic kidney disease in acute coronary syndromes. *World Journal of Nephrology* 2012; 1 (5): 134-145.

ПОЛИСЕГМЕНТАРНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КРУПНЫХ СУСТАВОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ РЕВМАТОИДНОМ ПОЛИАРТРИТЕ И БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА

**Картанбаев Ж.Ж., Джумабеков С.А.,
Байгараев Э.А., Суеркулов Б.Т.**

Бишкекский Научно-Исследовательский Центр Травматологии и Ортопедии
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В работе представлено полисегментарное эндопротезирование крупных суставов у 19 больных при заболеваниях ревматоидном полиартрите и болезни Бехтерева с 2010- по 2013гг. Возрастной диапазон составляет от 18 до 64 лет. Отдаленные результаты изучены по СОИ-3.

Ключевые слова: тотальное эндопротезирование, крупные суставы, ревматоидный полиартрит, болезнь Бехтерева.

РЕВМАТОИД ПОЛИАРТРИТ ЖАНА БЕХТЕРЕВА ООРУЛАРЫНДА ИРИ МУУНДАРЫН КӨП СЕГМЕТҮҮ ЭНДОПРОТЕЗДӨӨ

**Картанбаев Ж.Ж., Джумабеков С.А.,
Байгараев Э.А., Суеркулов Б.Т.**

Бишкек Травматология жана Ортопеддик Илимий – Изилдөө Борбору
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул иште 2010-2013 жылдардын аралыгында ревматоид полиартрит жана Бехтерева оорусу менен 19 бейтабынын ири муундарына көп сегментүү эндопротездөөсү берилген. Бейтаптардын курамын 18 жаштан 64 жашка чейинкилер түзөт. Алыскы жыйынтыктары СОИ-3 менен изилденди.

Негизги сөздөр: тотальдык эндопротездөө, ири муундар, ревматоид полиартрит, Бехтерева оорусу.

MULTISEGMENTAL ENDOPROSTHESIS OF LARGE REPLACEMENTS JOINTS AT DISEASES OF RHEUMATOID POLYARTHRITIS AND ILLNESS BEKHTEREV'S

**Kartanbaev J.J., Djumabekov S.A.,
Baigaraev E.A., Suerkulov B.T.**

Bishkek Research Center of Traumatology and Orthopedics
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. In worker is presented multisegmental endoprosthesis replacement of large joints at 19 patients at diseases of rheumatoid polyarthritis and illness Bekhterev's with 2010-on 2013. Age range makes from 18 to 64 years. The results remote are studied on SOI-3.

Key words: total endoprosthesis replacements, large joints, rheumatoid polyarthritis, illness Bekhterev's .

Актуальность.

Повреждения и заболевания опорно-двигательного аппарата занимают второе место среди причин временной нетрудоспособности и третье среди причин инвалидности и смертности населения [3]. По прогнозам специалистов ВОЗ, в связи с увеличением средней продолжительности жизни и постарением населения планеты, число их неуклонно будет расти [1].

Каждый одиннадцатый человек при заболевании тазобедренного сустава становится

инвалидом, в то время как при других заболеваниях опорно-двигательного аппарата инвалидизируется каждый сотый [4].

Инвалидность при ревматических заболеваниях с самого первого момента её установления становится пожизненной, продолжаясь десятки лет, поражая людей молодого и среднего возрастов. По данным различных авторов, средний возраст инвалидов, страдающих ревматоидным полиартритом (РП), составляет 52 года, болезнью Бехтерева (ББ) 44-

Табл. №1. Распределение больных при болезни РП и ББ по возрасту, полу и поражаемого сегмента.

Возраст больных	РП								ББ								Всего	
	Мужч.				Женщ.				Мужч.				Женщ.				Абс	%
	т/б		к/с		т/б		к/с		т/б		к/с		т/б		к/с			
	п	л	п	л	п	л	п	л	п	л	п	л	п	л	п	л		
До 19									1	1							1	5,26
20-29	1	1					1	1	6	6							8	42,11
30-39					1	1			3	3							4	21,05
40 и выше					2	2	4	4									6	31,57
Всего	1	1			3	3	5	5	10	10							19	100

47 лет.

При таких ревматических заболеваниях, как ревматоидный полиартрит и болезнь Бехтерева, поражение тазобедренных суставов у больных ведёт к резкому снижению двигательной активности, вплоть до полной утраты способности к самостоятельной ходьбе. При этом, наряду с изменениями в других суставах, отмечается резко выраженная контрактура тазобедренных суставов. Они передвигаются с помощью костылей, способны преодолевать очень малые расстояния, со временем развивается атрофия мышц нижних конечностей.

Лечение больных ревматоидным артритом представляет собой сложную задачу, обусловленную многими причинами: длительностью течения заболевания, хроническим прогрессирующим течением с

деформацией суставов, ранней инвалидизацией, возникновением психологических и социальных проблем [2].

Одним из современных и эффективных методов лечения больных с РА и ББ в развитой и терминальной стадии, позволяющих избавить пациентов от болей и обеспечить высокий уровень качества жизни, на сегодняшний день является тотальное эндопротезирование.

Материал и методы

С 2010г. по 2013г. Бишкекском Научно-Исследовательском Центре Травматологии и Ортопедии под руководством академика НАН КР Джумабекова С.А. было внедрено полисегментарное эндопротезирование крупных суставов у пациентов с заболеваниями ревматоидном полиартрите и болезни Бехтерева табл. №1. Из них у 19 больных в возрасте от 18 лет до 64 лет имела тяжелая форма повреждений



Рис. №1 Больной С. Рентгенограммы до и после операции.

тазобедренных и коленных суставов. Данным пациентам было произведено тотальное замещение тазобедренных и коленных суставов с использованием зарубежных эндопротезов фирмы Tipsan, Stryker, Bioimpianti.

Замещение суставов влечет за собой перестройку биомеханики оперированного сустава, создавая необходимость эндопротезирования контралатерального сустава. Сроки выполнения следующей операции определялись временем восстановления объема потерянной крови, тонуса мышц оперированной конечности, функции суставов, а также временем необходимым для остеоинтеграции имплантата.

Клинический пример: 1. Больная С., 26 лет, история болезни 2958/10702. Дата первого поступления 26.03.10 года, дата второй госпитализации 02.11.10 года, общее количество дней стационарного лечения-31.

Диагноз клинический:

Ревматоидный полиартрит. Вторичный двусторонний гонартроз 3-4 степени, сгибательно-разгибательная контрактура. Анамнез заболевания: со слов больной болеет в течение 5 лет. Получала многократное лечение по месту жительства без положительного эффекта. С 2006 года передвигается только на коляске, имеет инвалидность 2 группы.

2. Больной Т 1984 года рождения поступил в отделение патологии суставов 12.06.2010 г. с диагнозом: Болезнь Бехтерева ризомелическая форма. Анкилоз тазобедренных и коленных суставов.

Из анамнеза: болеет с 9 летнего возраста. Получал неоднократно комплекс консервативное лечение по месту жительства, без особого эффекта. Больному произведено поэтапное эндопротезирование тазобедренных и коленных суставов интервалом 2-3 мес. Рис.№2

Результаты и их обсуждения

Результаты оперативного лечения были изучены в сроки от 6 месяцев до 1 года. Для оценки результатов оперативного лечения мы применяли СОИ-3 (стандартизированная оценка исходов автор: Миронов С.П. 2008 г.), которая включает многочисленные критерии оценки состояния тазобедренных и коленных суставов не только анатомического, но и функционального плана. Средняя оценка среди всех больных с ревматоидным полиартритом и болезнью Бехтерева составила 20 баллов (при максимуме в 100 баллов), что говорит о тяжелых функциональных нарушениях нижней конечности при данных заболеваниях.

При анализе отдаленных результатов установлено, что у большинства пациентов

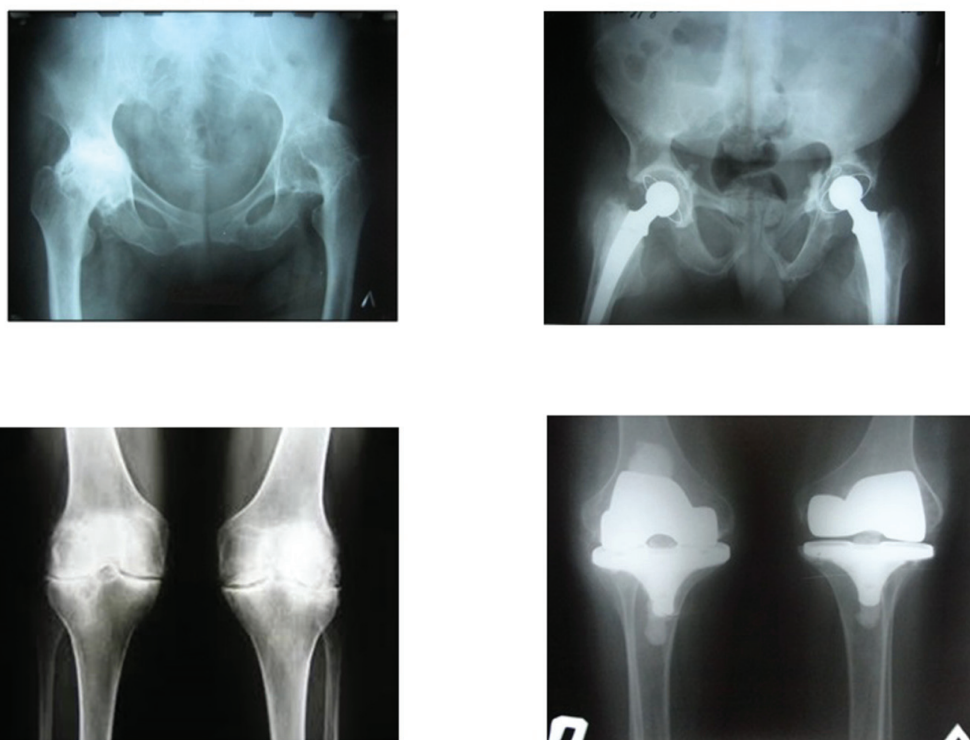


Рис.№2. Больной Т. Рентгенограммы до и после операции

оценочный балл состояния тазобедренных и коленных суставов по методике СОИ-3 составляет в среднем 70 баллов. Это обусловлено тем, что хорошие показатели восстановления функции тазобедренных и коленных суставов, нивелируется сопутствующими патологическими изменениями в позвоночном столбе и организме в целом. Применение полисегментарного эндопротезирования крупных суставов значительно улучшает результативность при заболеваниях ревматоидном полиартрите и болезни Бехтерева.

Выводы

Таким образом, полисегментарное эндопротезирование крупных суставов у больных ревматоидным полиартритом и болезнью Бехтерева является единственной возможностью восстановить утраченные функции сустава, когда проводимое консервативное лечение становится неэффективным: усиливаются боли в суставах, нарастают контрактуры, формируются анкилозы в порочном положении, резко сокращается двигательная активность.

Литература:

1. Загородний Н. В. Эндопротезирование при повреждениях и заболеваниях тазобедренного сустава // Автор. дисс. ... д-ра мед. наук (14.00.22) – М. – 1998 – 32 с.

2. Загородний Н. В. Ревматоидный артрит // Учебное пособие. — М. — РУДН — 1993. — 138 с.

3. Корнилов Н. В., Шапиро К. И. Актуальные проблемы развития травматолого-ортопедической службы России на современном этапе // Травмат. и ортопедия России — 1993 — № 1 — с. 19 — 24.

4. Шапиро К. И. Социально-гигиеническая характеристика больных с заболеваниями тазобедренного сустава // Поврежд. и заболевл. тазобедренного сустава — Л. — 1983 — с. 62 — 64.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНАЦИИ АМЛОДИПИНА И ЛИЗИНОПРИЛА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Кучумкулова Э. А., Юсупова Г.С., Калиев Р.Р.

Национальный центр кардиологии и терапии имени академика Мирсаида Миррахимова

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Цель исследования—изучение влияния амлодипина и лизиноприла (экватор, Gedeon Richter, Австрия) на показатели суточного мониторирования АД (СМАД) и параметры эхокардиографического исследования- у больных с гипертонической болезнью (ГБ).Обследованы 47 пациентов с ГБ II и III степени, находящихся на диспансерном учете в ЦСМ №7 г.Бишкека. На фоне трехмесячного курса применения экватора в дозе 5 мг в сутки по данным СМАД отмечалось достоверное снижение как систолического так и диастолического АД. При этом установлено достоверное уменьшение их прироста в утренние часы. Кроме того, прием экватора уменьшал гемодинамическую нагрузку на левое предсердие.

Ключевые слова: экватор, гипертоническая болезнь, суточное мониторирование артериального давления

КАНБАСЫМЫ ЖОГОРУ БЕЙТАПТАРДА АМЛОДИПИН ЖАНА ЛИЗИНОПРИЛДИ БИРГЕЛИКТЕ КОЛДОНУУДАГЫ ЭФФЕКТҮҮЛҮГҮ

Кучумкулова Э. А., Юсупова Г.С., Калиев Р.Р.

Мирсаид Миррахимов атындагы Улуттук кардиология жана терапия борбору

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Изилдөөнүн максаты-кан басымы жогору бейтаптарда (гипертония оорусуунун II жана III деңгээлдери) амлодипин жана лизиноприлдин (экватор, Gedeon Richter, Австрия) суткалык артериалдык басымдын мониторингун, эхокардиографиялык изилдөөнүн көрсөткүчтөрүнө тийгизген таасири. Бишкек шаарынын №7 УДТ-да, диспансердик каттоодогу, кан басымы жогору 47 бейтап изилденди. Экваторду күнүнө 5 мг өлчөмүндө колдонуу менен үч ай аралыгында дарылоонун натыйжасында суткалык артериалдык басымдын мониторингун көрсөткүчтөрүндө систолдук жана диастолдук артериалдык басым аныктөмөндөгөн. Ошондой эле экваторсол дүлөйчөнүн гемодинамикалык жүгүн азайткан.

Негизги сөздөр: экватор, кан басымы жогоруулугу(гипертония оорусуунун II жана III деңгээлдери), суткалык артериалдык басымдын мониторинг.

EFFECTIVENES OF THE COMBINATION OF AMLODIPINI AND LISINOPRILHY PERTENSION PATIENS

Kuchumkulova E. A., Yusupova G. S., Kaliev R. R.

National center of cardiology and therapy named after academic Mirsaid Mirrakhimov

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. The purpose of research is the study of amlodipine and lisinopril (equator, Gedeon Richter, Austria) on circadian blood pressure monitoring (ABPM), echocardiography in patients with essential hypertension (EH). The study included 47 patients with EH II and III degree are at a dispensary in FMC №7 in Bishkek. On the background of a three-month course at a dose of 10 mg of the equator in the day according to ABPM, a significant decrease in both systolic and diastolic blood pressure. Reception equator reduced hemodynamic load on the left atrium.

Key words: equator, essential hypertension, circadian blood pressure monitoring

Современная антигипертензивная терапия направлена на предупреждение поражений органов-мишеней и коррекцию их функции у пациентов, страдающих гипертонической болезнью (ГБ) [1, 5, 7]. Применение комбинированных препаратов, относящихся к разным классам и имеющих различные механизмы действия, повышают эффективность терапии до 60 - 70% , а также снижают риск развития побочных реакций. Известно, что некоторые

гипотензивные средства могут влиять на гемодинамические предикторы аритмий [2, 4]. Одной из рациональных комбинаций является сочетание антагонистов кальция с ингибиторами АПФ в лечении гипертонической болезни (ГБ)[6, 9].

Цель нашего исследования: изучить влияние экватора показатели суточного мониторирования АД и параметры эхокардиографии у больных с гипертонической болезнью

Материалы и методы

Обследованы 47 пациентов с гипертонической болезнью (ГБ), находящихся на диспансерном учете в ЦСМ №7 г.Бишкека. Средний возраст больных составил $46,7 \pm 12,1$ лет. В течении трех месяцев пациенты принимали экватор в дозе 5 мг в сутки. Исходное и контрольное обследования включали физикальный осмотр больного, суточное мониторирование АД (СМАД) с помощью приборов «Tonoport-IV» (фирмы Marquette Hellige, Германия). Исследование начинали в 10 часов с интервалами между измерениями АД 15 мин днем и 30 мин во время сна. При анализе СМАД оценивали средние характеристики амбулаторного АД: среднесуточные, среднедневные, средне-

утренние и средненочные показатели АД. Эхокардиографическое исследование (ЭХОКГ) проводили на аппарате Sequioa- 512 фирмы «Acuson» (США) в положении больного лежа на спине до и через три месяца после лечения. Определялись следующие показатели: конечно диастолический объем (КДО см^3) левого желудочка (ЛЖ), конечно систолический объем (КСО см^3), фракцию выброса (ФВ%) и относительную толщину стенок (ОТС) ЛЖ в (мм) переднезадний размер левого предсердия (ПЗР ЛП мм), степень укорочения переднезаднего размера ЛЖ в систолу ($\Delta S, \%$). Достоверность различий, сравниваемых показателей, определяли по t- критерию Стьюдента. Различия считались статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Исходно, систолическое АД по данным СМАД составило в среднем $158,3 \pm 3,5$ мм.рт.ст. (табл.1).

После курса лечения экватором систолическое АД (САД) достоверно ($p < 0,01$) уменьшилось и составило в среднем $139,6 \pm 2,9$ мм.рт.ст.

Исходно, диастолическое АД (ДАД) по результатам суточного измерения составило

Таблица 1

Данные СМАД у больных ГБ на фоне приема экватора

Показатель	САД мм.рт.ст.		ДАД мм.рт.ст.	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
День	$152,2 \pm 4,1$	$133,4 \pm 2,8^{**}$	$95,3 \pm 2,6$	$84,2 \pm 2,0^{**}$
Ночь	$140,5 \pm 3,2$	$120,3 \pm 1,9^{**}$	$90,6 \pm 1,4$	$76,3 \pm 3,0^{**}$
Сутки	$158,3 \pm 3,5$	$139,6 \pm 2,9^{**}$	$99,8 \pm 2,0$	$87,1 \pm 3,4^{**}$
Ср. утренние	$141,5 \pm 2,4$	$125,2 \pm 2,1^*$	$91,5 \pm 1,6$	$82,2 \pm 2,0^*$

Примечание: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$; Ср – среднее.

Таблица 2

Сравнительная характеристика ЭХОКГ- показателей на фоне приема экватора

Показатели	До лечения n-25	После лечения
КДО, см^3	$161,7 \pm 4,1$	$145,5 \pm 2,1^*$
КСО, см^3	$64,0 \pm 2,0$	$57,3 \pm 1,1^*$
ФВ %	$55,5 \pm 2,4$	$35,4 \pm 0,6^*$
$\Delta S, \%$	$31,6 \pm 0,8$	$35,4 \pm 0,6^*$
ПЗР ЛП, мм	$40,32 \pm 0,33$	$37,2 \pm 0,20^*$
ОТС ЛЖ, мм	$0,45 \pm 0,07$	$0,40 \pm 0,04^*$

Примечание: * $p < 0,05$; КДО - конечно диастолический объем; КСО - конечно систолический объем; ФВ – фракция выброса; ΔS - степень укорочения переднезаднего размера ЛЖ в систолу; ПЗР ЛП - переднезадний размер левого предсердия; ОТС ЛЖ - относительная толщина стенок левого желудочка.

99,8±2,0мм.рт.ст., а после терапии экватором оно заметно ($p<0,01$) снизилось до 87,1±3,4мм.рт.ст.

После курсового лечения экватором, уровень САД, в дневное время суток существенно ($p<0,01$) был ниже и составил в среднем 133,3±2,8мм.рт.ст. В это же время ДАД также значимо ($p<0,01$) снизилось до 84,2±2,0мм.рт.ст.

По результатам ночного мониторингирования отмечалось статистически ощутимое падение как уровня САД, так и ДАД (с 140,5±3,2мм.рт.ст до 120,3±1,5мм.рт.ст., с 90,6±1,4мм.рт.ст до 76,3±3,0мм.рт.ст., соответственно, $p<0,01$).

Следовательно, на фоне трехмесячной терапии экватором в дозе 5 мг в сутки отмечены существенные сдвиги САД и ДАД по данным суточного мониторингирования АД.

При анализе (Ср.утр.САД) выявлено, что терапия экватором достоверно ($p<0,01$) в утренние часы снижает показатели систолического АД с 141,5±2,4мм.рт.ст до 125,2±2,1мм.рт.ст. и диастолического АД до 82,2±2,0мм.рт.ст.

Таким образом, лечение экватором способствовало не только снижению абсолютных значений АД, но и заметному уменьшению прироста САД и ДАД в утренние часы (соответственно на 11,5 и 10,2%) по сравнению с исходными данными ($p<0,01$), что имеет важное значение в предотвращении риска развития таких сердечно-сосудистых осложнений, как инфаркт миокарда, мозговой инсульт, наблюдающихся при выраженном возрастании АД в утренние часы [3, 8, 10].

При анализе Эхо-КГ – параметров (табл. 2) через три месяца приема экватора КСО ЛЖ и КДО ЛЖ уменьшились с 64,0±2,0 мл до 57,3±1,1мл и 614,7±4,1мл до 145,5±2,1мл ($p<0,05$), соответственно. ФВ возросла с 55,6±2,4% до 60,3±1,5% ($p<0,05$). Об уменьшении гемодинамической нагрузки на левое предсердие свидетельствовало укорочение ПЗР ЛП от 40,32±0,33 мм до 37,2±0,20 мм ($p<0,05$). К концу периода лечения отметили уменьшение ОТС ЛЖ с 0,45±0,07 мм до 0,40±0,04 мм ($p<0,05$).

На фоне лечения экватором через три месяца была получена положительная динамика показателей ремоделирования ЛЖ: уменьшение КСО и КДО (на 8,9 и 9,1%, соответственно) и прирост ФВ (на 6,6%).

Таким образом, результаты наших исследований демонстрируют эффективность комбинации амлодипина и лизиноприла

(экватором) у больных гипертонической болезнью.

Выводы

1. На фоне трехмесячной терапии ГБ экватором в суточной дозе 5мг по данным суточного мониторингирования АД достоверно снизилось как систолическое так и диастолическое АД

2. Курсовая трехмесячная терапия экватором ГБ, сопровождалась заметно меньшим приростом САД и ДАД в утренние часы

3. Прием экватора при ГБ значимо уменьшал гемодинамическую нагрузку на левое предсердие

Литература:

1. Ишманова А.Р., Закирова А. Н., Карамова И.М. и др. Влияние терапии рамиприлом и амлодипином на вазодилатирующую функцию эндотелия, метоболический профиль и течение артериальной гипертензии у женщин с постменопаузальным метоболическим синдромом. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2010; 1 (9): 58-63.

2. Лерман О., Метелица В. Влияние длительной контролируемой антигипертензивной терапии на эхокардиографические признаки гипертрофии левых отделов сердца у больных с мягкой и умеренной артериальной гипертензией. Кардиология 1997; 1: 24-30.

3. Многофакторный генез ремоделирования левого желудочка при эссенциальной артериальной гипертензии. Кардиология 2013; 5: 38-48.

4. Леонова М.В. Современный взгляд на амлодипин и новые препараты S-амлодипина. Рацион. фармакотер. в кардиол. 2011; 7: 227-230.

5. Мамедов М., Концевая А. Обновления Европейских рекомендаций по артериальной гипертензии. Кардиология 2010; 10: 80-85.

6. Карпов Ю. А. Ингибиторы АПФ: от снижения АД до профилактики осложнений и улучшения прогноза. Сердце 2002; 4: 192-194.

7. Маколкин В.И., Подзолков В.И., Павлов В.И. Состояние микроциркуляции при гипертонической болезни. Кардиология 2002; 7: 36-40.

8. Brenner S.J., Ivanc T.B., Poliszczuk R. et al. Antihypertensive therapy and regression of coronary artery disease: insights from the Comparison of Amlodipine versus Enalapril to Limit Occurrences of Thrombosis (CAMELOT) and Norvasc for Regression of Manifest Atherosclerotic Lesions by Intravascular Sonographic Evaluation (NORMALISE) trials. Am Heart L 2006; 152: 1059-1063.

9. Pitt B., Byington R.P., Furberg C.D., et al. Effect of amlodipine on the progression of atherosclerosis and the occurrence of clinical events. PREVENT Investigators. Circulation 2000; 102: 1503-1510.

10. Verdecchia P., Angeli F., Borgioni C. et al. Ambulatory blood pressure and cardiovascular outcome in relation to perceived sleep deprivation. Hypertens 2007; 49: 777-483.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ИМ С ПОДЪЕМОМ И БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Кушубакова Н., Жоомартова А., Леонтьева Н.С.,
Ибрагимова Т.М., Калиев Р.Р.

Национальный центр кардиологии и терапии имени академика Мирсаида Миррахимова
Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Для оценки взаимосвязи между снижением систолической функции левого желудочка (ЛЖ) у больных с инфарктом миокарда (ИМ) с подъемом сегмента ST (ИМпST) и ИМ без подъема сегмента ST (ИМбпST) было обследовано 97 пациентов. Выявлено, что у пациентов с ИМпST величина фракции выброса ЛЖ была значительно ниже, чем у больных с ИМбпST, которая проявлялась более выраженной систолической дисфункцией ЛЖ.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, фракция выброса, систолическая функция левого желудочка, сердечная недостаточность, тропонин.

МИОКАРД ИНФАРКТЫ МЕНЕН ООРУГАН ООРУУЛУНУН СОЛ КАРЫНЧАСЫНЫН СИСТОЛИКАЛЫК ФУНКЦИЯСЫНЫН ТӨМӨНДӨШҮ ST СЕГМЕНТТИН КӨТӨРҮЛҮЛҮШҮН ЖАНА ST СЕГМЕНТТИН КӨТӨРҮЛБӨШҮН САЛЫШТЫРМАЛУ МҮНӨЗДӨМӨ

Кушубакова Н., Жоомартова А., Леонтьева Н.С.,
Ибрагимова Т.М., Калиев Р.Р.

Академик Мирсаид Миррахимов атындагы Улуттук кардиология
жана терапия борбору

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

Корутунду. Миокард инфаркты (МИ) менен ооруган ооруулунун сол карынчасынын (СК) систоликалык функциясынын төмөндөшү ST сегменттин көтөрүлүлүшүн жана ST сегменттин көтөрүлбөшүн баалоо үчүн 97 бейтаптар изилденген. ST сегмент төмөндөбөгөн МИ оорууларга караганда ST сегмент төмөндөшкөн МИ ооруулардын СК түртүп чыгаруу фракциясы төмөн болгон, ошонун негизинде сол карынчанын систоликалык дисфункциясы ачык байкалган.

Негизги сөздөр: миокард инфаркты, түртүп чыгаруу фракциясы, сол карынчасынын систоликалык функциясы, жүрөк кемтиги, тропонин.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF THE SYSTOLIC DYSFUNCTION OF LEFT VENTRICULAR IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION WITH ST-ELEVATION AND WITHOUT ST-ELEVATION

Kushubakova N., Joomartova A., Leontieva N.S.,
Ibragimova T.M., Kaliev R.R.

National Center of Cardiology and Therapy named after Academician Mirsaid Mirrakhimov
I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. To assess the relationship between the decline in systolic function of the left ventricle (LV) in patients with myocardial infarction (MI) with ST-elevation (STEMI) and myocardial infarction without ST-elevation (NSTEMI) 97 patients were examined. It was found that in patients with STEMI the ejection fraction of the LV was significantly lower than in patients with NSTEMI, which was also accompanied by a more expressed LV systolic dysfunction.

Key words: myocardial infarction, ejection fraction, systolic function of the left ventricular, heart failure, troponin.

Сегодня, с учётом роста смертности, инвалидизации и временной утраты трудоспособности, проблема ишемической болезни сердца (ИБС) переросла рамки здравоохранения и приобрела государственную значимость [1].

Ведущей нозологической формой в структуре ишемической болезни сердца на протяжении многих лет остаётся инфаркт миокарда [2]. Ежегодно в мире отмечается более 15 миллионов новых случаев инфаркта миокарда. Острый инфаркт миокарда (ОИМ) во многом определяет летальность, трудовые потери в большинстве экономически развитых стран мира [3].

До сих пор при оценке степени риска развития неблагоприятных клинических исходов ИМ используются показатели систолической функции (СФ) левого желудочка (ЛЖ); так, в нескольких исследованиях показано, что определение фракции выброса (ФВ) ЛЖ и других сходных параметров очень важно для выбора терапии и прогнозирования исходов [4, 5].

Для оценки СФ сердца наиболее часто используется эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ). Это обусловлено прежде всего неинвазивным характером исследования, отсутствием ионизирующей радиации, быстротой выполнения, доступностью и широким распространением. Поэтому в соответствии с современными рекомендациями Европейского общества кардиологов именно ЭхоКГ считается методом выбора в оценке СФ сердца [6].

Динамика эхокардиографических параметров в остром и подостром периодах ИМ достаточно хорошо изучена [7]. Установлено, что в эти две фазы происходят динамические изменения показателей, характеризующих геометрию и функцию ЛЖ. ФВ ЛЖ, по данным ряда исследователей, значительно снижается в остром периоде ИМ [8]. Затем у большинства больных происходит постепенное возрастание данного параметра сократительной функции ЛЖ [9, 10].

В основе лабораторной диагностики ИМ лежит исследование активности ферментов сыворотки крови [11]. Европейским обществом кардиологов (ESC) кардиоспецифичный тропонин признан идеальным маркером повреждения сердечной

мышцы [12]. В многочисленных исследованиях показано, что субъединицы тропонина Т и I имеют четкую зависимость между их концентрацией в сыворотке и некрозом кардиомиоцитов [13, 14].

Целью нашего исследования было изучение сократительной способности миокарда, а также половой и возрастной принадлежности среди больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST и без подъема сегмента ST.

Материалы и методы

В исследование включен 97 пациентов, находящихся на стационарном обследовании и лечении в Национальном Центре кардиологии и терапии им. академика М.М. Миррахимова с диагнозом острого ИМ, средний возраст $63,7 \pm 10,7$ года. Во всех случаях диагноз ИБС и перенесенного ИМ подтверждался документированными анамнестическими и клиническими данными, а также результатами электрокардиографии (ЭКГ) и ЭхоКГ согласно рекомендациям ESC от 2007 года [15]. Диагноз сердечной недостаточности (СН) ставился в соответствии с классификацией острой СН по Killip T., Kimball J., 1967 [16]. Среди ассоциированных заболеваний у 57 пациентов диагностирована гипертоническая болезнь (ГБ) I–III степени, 22 больных страдали сахарным диабетом (СД) 2 типа. Характеристика больных, включенных в исследование представлена в табл. 1.

Критерии включения: 1) первичный ИМ, перенесенный за два месяца до включения в исследование; 2) наличие информированного согласия больных на проведение данного исследования.

Критерии исключения: 1) повторный ИМ; 2) тяжелые желудочковые нарушения ритма; 3) мозговой инсульт, перенесенный менее шести месяцев назад; 4) тяжелые обструктивные заболевания легких с прогрессирующей дыхательной недостаточностью; 5) наличие органических поражений клапанов и врожденных заболеваний сердца; 6) наличие различных форм кардиомиопатий; 7) СД I типа.

Всем пациентам измеряли артериальное давление методом Короткова, а также в течение первых суток делали забор крови из локтевой вены для определения сахара, титра тропонина I. В отношении повреждения миокарда повышенным считался уровень тропонина I в крови более 1,0 нг/мл, выявляющий даже минимальную зону некроза [17].

Таблица 1
Характеристика исследованных больных

Параметр	Число больных	
	абс.	%
Всего пациентов	97	
мужчины	60	61,9
женщины	37	38,1
Сопутствующая патология:		
ГБ	57	58,8
СД	22	22,7
СН (Killip):		
I	21	21,7
II	43	44,3
III	26	26,8
IV	7	7,2
МА	9	9,3
ЖЭС	20	20,6
АV-блокада ¹	5	5,2

¹ МА – постоянная форма мерцательной аритмии; ЖЭС –желудочковая экстрасистолическая аритмия I-III степени по Lowp; AV-блокада – атриовентрикулярная блокада I-II степени

Таблица 2
Сократительная способность миокарда у больных ИМ

Показатели	Группы больных		p <
	Группа 1, n=61	Группа 2, n=36	
ФВ, %	43,9±9,54	48,08±9,77	0,04
ФВ < 50%	44 (72,13%)	18 (50%)	0,03

ЭКГ и ЭхоКГ проводились по общепринятой методике. По ЭКГ выявляли признаки острой/острой/подострой стадии ИМ с подъемом сегмента ST (ИМпST) или без подъема сегмента ST (ИМбпST). ЭХОКГ включало измерение передне-заднего размера левого предсердия (см), конечного систолического размера ЛЖ (см), толщины задней стенки ЛЖ в систолу (см) и определяли ФВ ЛЖ (%).

Статистическая обработка данных, полученных в результате исследования, проведена с использованием программного обеспечения «Statistica 8». Признаки были подвергнуты статистической обработке путем подсчета среднего арифметического (M), стандартного отклонения, стандартной ошибки среднего значения (m). Достоверность полученных различий между независимыми группами определяли при помощи парного

t-критерия Стьюдента. В качестве достоверного использовали уровень $p < 0,05$.

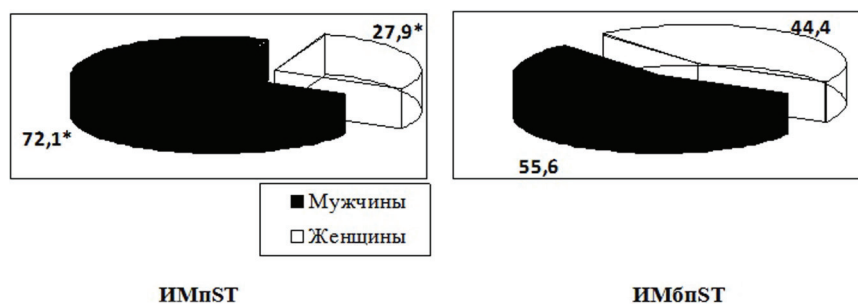
Результаты и обсуждение

В зависимости от формы ИМ все больные были разделены на две группы:

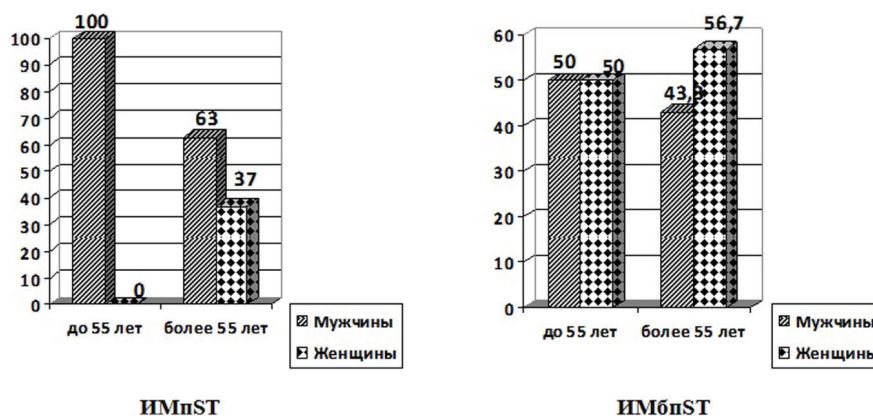
- группу 1 составил 61 пациент с ИМпST (средний возраст $61,6 \pm 10,5$ лет);
- в группу 2 вошли 36 пациентов с ИМбпST (средний возраст $67,3 \pm 10,1$ лет).

Как видно из данных, приведенных в диаграмме 1, среди больных 1-ой группы с ИМпST отмечалось значительно больше пациентов мужского пола по сравнению с пациентами 2-ой группы с ИМбпST (72,1% против 55,6% соответственно, * – $p < 0,008$).

Известно, что к факторам риска ИБС относятся полизавраст. ИМ у женщин развивается на 10–15 лет позже, чем у мужчин, что длительное время связывали с кардиопротективным



ИМпST ИМбпST
 Диаграмма 1. Распределение пациентов в группах по полу



ИМпST ИМбпST
 Диаграмма 2. Распределение пациентов обеих групп по возрасту

действием женских половых гормонов [18]. Диаграмма 2 отражает половую и возрастную принадлежность пациентов с острым ИМ по группам. С возрастом отмечается увеличение процента развития острого ИМ у женщин, как в 1-ой группе (0% в возрасте до 55 лет против 37% после 55 лет, $p < 0,007$), так и во 2-ой группе (50% в возрасте до 55 лет против 56,7% после 55 лет).

Снижение ФВ сопряжены с повышенным риском развития хронической СН и смерти [19]. Анализируя сократительную способность миокарда (табл. 2) нами отмечено, что у больных с ИМпST она была значительно хуже, чем у пациентов с ИМбпST ($43,9 \pm 9,54\%$ против $48,08 \pm 9,77\%$ соответственно), причем различия были значимыми. Что подтверждается и результатами других исследований. Так, по данным U. Marzoll и соавт., ФВ ЛЖ в течение первых 24 ч с момента развития острого ИМ составляла 45,7% и повышалась перед выпиской больных до 49,6% [8].

Тяжелая СН (ФВ $< 50\%$) отмечалась у 62 пациентов, при этом она достоверно чаще выявлялась среди пациентов 1-ой группы – 72,13% случаев против 50% у больных 2-ой группы (табл. 2).

Таким образом, суммируя полученные данные, сделаны следующие выводы:

1. Пациенты с ИМпST подвержены более выраженному снижению сократительной способности ЛЖ, чем пациенты с ИМбпST.
2. Частота тяжелой СН (ФВ $< 50\%$) достоверно выше у больных с ИМпST, чем у пациентов с ИМбпST.
3. Мужской пол остается значимым фактором риска развития ИБС, причем при развитии ИМ мужчины склонны к развитию более обширной зоны некроза миокарда по сравнению с женщинами.
4. С возрастом среди женщин отмечается рост заболеваемости острым ИМ, как с подъемом сегмента ST, так и без него.

Литература:

1. ACC/AHA Guidelines for the management of patients with unstable angina and non-ST segment elevation myocardial infarction: a report of the ACC/AHA Task Force on Practice Guidelines// J. Amm. Coll. Cardiol. 2001; 235: 870-1020.
2. Fu G., Jia L., et al. A comparison of intracoronary with intravenous glycoprotein IIb/IIIa inhibitors during percutaneous coronary intervention in 157 patients with acute coronary syndrome: a meta-analysis of randomized controlled trials// Journal of Interventional Cardiology 2012; 25 (3): 223-234.

3. Кокорин В.А., Люсов В.А., Шайдюк О.Ю. Прогностическая значимость повышения активности нейрогуморальных систем у больных инфарктом миокарда// Научные ведомости Белгородского государственного университета 2011; 14 (10): 37-43.
4. Antoni M.L., Sjoerd A. et al. Prognostic importance of strain and strain rate after acute myocardial infarction// Eur. Heart J. 2010; 31: 1640–1647.
5. Moller J.E., Egstrup K. et al. Prognostic Importance of Systolic and Diastolic Function After Acute Myocardial Infarction// Am. Heart J. 2003; 145 (1): 147-153.
6. Сидоренко Б.А., Алехин М.Н. Современные подходы к эхокардиографической оценке систолической функции сердца// Кардиология 2007; 7: 4-12.
7. Nijland F., Kamp O. et al. Early prediction of improvement in ejection fraction after acute myocardial infarction using low dose dobutamine echocardiography// Heart 2002; 88: 592-596.
8. Agricola E., Pisani M., Oppizzi M. New and old echocardiographic parameters for the assessment of left ventricular function in mitral regurgitation// Eur. J. Cardiol. Pract. 2005; 3: 15.
9. Иванов А.П., Эльгардт И.А. и соавт. Состояние коронарного резерва и диастолической функции левого желудочка по данным чреспищеводной электрокардиостимуляции у больных, перенесших инфаркт миокарда// Российский кардиологический журнал 2003; 5: 34-38.
10. Михеев Н.Н. Осложнения стресс-эхокардиографии при диагностике ишемической болезни сердца// Кардиология 2008; 1: 19-23.
11. Шалаев С.В. Острый коронарный синдром без подъёма сегмента ST на ЭКГ: стратегия диагностики и лечения, основанная на оценке степени риска// Консилиум медиком 2000; 2 (11): 8-14.
12. Alpert J.S., Thygesen K., et al. Myocardial infarction redefined – a consensus document of The Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee for the redefinition of myocardial infarction// J. Am. Coll. Cardiol. 2000; 36: 959-969.
13. Hochholzer W., Morrow D.A., Giugliano R.P. Novel biomarkers in cardiovascular disease: update 2010// Am. Heart J. 2010; 160: 583-594.
14. Wu A.H., Jialal I. How specific is cardiac troponin?// Am. J. Clin. Pathol. 2000; 114: 509-511.
15. Thygesen K., Alpert J.S., White H.D. Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task force for the redefinition of myocardial infarction. Universal definition of myocardial infarction// Eur. Heart J. 2007; 28: 2525-2538.
16. Amir K., Robert P.G. et al. Severity of heart failure, treatments, and outcomes after fibrinolysis in patients with ST-elevation myocardial infarction// Eur. Heart J. 2004; 25: 1702–1710.
17. Erika N., Ringdahl M. et al. False-positive troponin I in a young healthy woman with chest pain// J. Am. Board Fam. Pract. 2002; 15: 242 -245.
18. Гиляревский С.Р. Современные подходы к профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний у женщин в постменопаузе: роль заместительной гормональной терапии// Сердце 2006; 5 (7): 340–345.
19. Alain L. Habilitation à diriger des recherches// Université de Bourgogne 2012; 182 p.

КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ СВЯЗИ НЕЙРОЭНДОКРИНОИММУННЫХ СИСТЕМ ПРИ ДИФфуЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ

Оганова Н.Э.

Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и
повышения квалификации

Кафедра восточной медицины

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Целью работы явилось изучение нейроэндокриноиммунного взаимодействия при диффузном токсическом зобе. Использованы клинические признаки болезни, содержание гормонов щитовидной железы, иммунные статусы, уровень артериального давления, частота пульса, вегетативный индекс по Кердо. Обследовано 60 больных и при этом установлено, что нарушение нейроэндокриноиммунной системы зависело от функциональной активности щитовидной железы.

Ключевые слова: щитовидная железа, диффузно токсический зоб, нейроэндокриноиммунное взаимодействие.

ДИФфуЗИЯЛЫК УУЛУУ БОГОКТО НЕЙРОЭНДОКРИНОИММУНДУК СИСТЕМАЛАРДЫН КОРРЕЛЯЦИЯЛЫК БАЙЛАНЫШТАРЫ

Оганова Н.Э.

Кыргыз мамлекеттик медициналык кайра даярдоо жана квалификацияны
жогорулатуу институту

Чыгыш медицина кафедрасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Иштин максаты болуп диффузиялык уулуу боготко нейроэндокриноиммундук өз ара таасирлерин иликтөө эсептелет. Оорунун клиникалык белгилери, калкан бездеринин гормондорунун болушу, иммундук статустар, артериялык кан басымдын деңгээли, пульстун жыштыгы, Кердо боюнча вегетативдик индекс пайдаланылды. 60 бейтап изилдөөгө алынды жана муну менен нейроэндокриноиммундук системанын оорусу калкан безинин функционалдык активдүүлүгүнөн көз каранды экени белгиленген.

Негизги сөздөр: калкан бези, диффузиялык токсикалык богот, нейроэндокриноиммундук өз ара аракеттешүү.

CORRELATION RELATIONSHIPS IN NEUROENDOCRINE IMMUNE SYSTEMS AT BASEDOW'S DISEASE

Oganova N. E.

Kyrgyz State Medical Institute for Further Education and Professional Development

Oriental Medicine Department

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. The object of the work was to study the neuroendocrinoimmune interaction in autoimmune thyroiditis in dependence of thyroid gland function activity. Clinical characters of disease, maintenance of the thyroid gland hormones, immune status, arterial pressure level, pulse rate, vegetative index by Kerdo have been taken into consideration. Fifty patients have been studied, and it was found that the disturbances of the neuroendocrinoimmune system depended on thyroid gland functional activity.

Key words: thyroid gland, DTS, neuroendocrinoimmune interaction.

Некогда на границах нейробиологии, эндокринологии и генетики возникла нейроэндокринология. Ныне все более отчетливо формируются контуры нового междисциплинарного научного направления – нейроэндокриноиммунологии. Тесное переплетение механизмов развития нейроэндокринных и иммунных реакций дает основание говорить о единой системе нейроэндокриноиммунного взаимодействия (НЭИВ). А эти взаимодействия как раз и

имеют место при диффузном токсическом зобе. Следовательно, больные ДТЗ нуждаются в более широком комплексе методов лечения, создании схем терапии с учетом функционального состояния и коррекции всех регулирующих систем (ЦНС, нейроэндокринной, иммунной) [1,2,3].

Врожденные и приобретенные особенности НЭИВ в значительной мере определяют тип индивидуальной стратегии адаптации организма и разнообразие ее

проявлений в норме и патологии. В сфере управления НЭИВ находятся вегетативные, психоэмоциональные и поведенческие компоненты формирования общей реакции организма на действие стрессогенных и патогенных факторов. Индивидуальные особенности НЭИВ определяют исход стресса, предрасположенность к развитию той или иной нозологической формы, особенности течения основного и сопутствующего заболеваний и синдромов, в том числе болевого, невротического, депрессивного [5,7,10].

Роль нарушений НЭИВ отнюдь не ограничивается участием в патогенезе болевых синдромов. Они лежат в основе множества заболеваний, при которых болевой синдром не является ведущим клиническим проявлением: аутоиммунный тиреоидит, сахарный и несахарный диабет, ожирение, хроническая сердечная недостаточность, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера и др. Обобщение результатов многочисленных клинических и экспериментальных исследований позволяет заключить, что основу патогенеза многочисленных форм аутоиммунных, нейродистрофических и нейродегенеративных заболеваний различной степени генерализации составляют нарушения НЭИВ [8,4,11].

НЭИВ в значительной мере детерминируют индивидуальные особенности психофизиологического реагирования, склонность к развитию и особенности течения невротических реакций и психопатологических процессов. Эта область исследований в современной литературе обозначается как психонейроиммунология и рассматривается как один из важнейших аспектов психосоматики. Психотравмирующие ситуации в большинстве случаев вызывают снижение иммунокомпетентности организма, проявляющееся в угнетении пролиферативных ответов лимфоцитов на митогены, снижении активности естественных киллеров, торможении продукции ИФУ лейкоцитами периферической крови, повышении инфекционной заболеваемости и другими симптомами иммунодефицитного состояния. Тревожность, как психологическое проявление стресса и боли, сопровождается выраженными изменениями иммунитета. Обнаружены высокодостоверные корреляции между уровнем тревожности, снижением митогенного ответа лимфоцитов и

реакции гиперчувствительности замедленного типа [6, 9].

Диффузно токсический зоб обычно сопровождается различными органическими, нервно-психическими и иммунными нарушениями. Основа патогенеза этих нарушений – избыточное или недостаточное выделение тиреоидных гормонов, что пагубно сказывается на функции и структуре органов и тканей, в том числе и нервной системы. Признаки поражения нервной системы занимают видное место в клинических проявлениях ДТЗ. Иногда они выступают на первый план, существенно затрудняя диагностику болезни [1,5,11].

Патогенетической основой взаимной обусловленности данных состояний, очевидно, являются обнаруженные в последние годы механизмы нейроэндокриноиммунного взаимодействия. Возможно, через данные механизмы реализуется взаимосвязь между аутоиммунным заболеванием щитовидной железы, вегетативной нервной системой и иммунной системой [2, 10, 7].

Целью настоящего исследования было изучение нейроэндокриноиммунного взаимодействия при диффузном токсическом зобе.

Материал и методы исследования

Нами обследовано 60 больных с диффузным токсическим зобом в возрасте от 18 до 40 лет. Диагноз ставили на основании клинических данных, результатов гормонального и иммунологического анализа, исследования антител и УЗИ щитовидной железы. Содержание тиреотропного гормона (ТТГ), трийодтиронина (Т3), тироксина (Т4), антитела к ТГ и ТПО в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа (ИФА) на автоматическом анализаторе ES-300. Определяли относительное и абсолютное количества Т-лимфоцитов и их субпопуляции. Для оценки иммунного статуса использовали комплекс стандартных и унифицированных методов первого уровня. Для определения количества Т-лимфоцитов использовали метод спонтанного розеткообразования с эритроцитами барана и их субпопуляций теофилиночувствительных Т(Етфч РОК) и теофилинорезистентных Т(Етфр РОК), комплекс экспресс-микрометодов по тестам I и II уровней. Для оценки функционального состояния вегетативной нервной системы при ДТЗ использовали определение вегетативного

индекса (ВИ) по Кердо, который вычисляли по формуле:

$$ВИ = (1 - \frac{Д}{Р}) * 100$$

где Д - величина диастолического давления; Р- частота сердечных сокращений в 1 мин. При полном вегетативном равновесии (эйтония) в сердечно-сосудистой системе ВИ=0. Если коэффициент положительный, то преобладает симпатическое влияние, если цифровые значения коэффициента со знаком минус, то повышен парасимпатический тонус.

Результаты и их обсуждение

Нами были изучены нарушения нейроэндокриноиммунной системы при ДТЗ. Установлено, что у больных с ДТЗ имели место низкие концентрации тиреотропного гормона гипофиза и высокие концентрации трийодтиронина и тироксина. Поэтому весьма важным было определение активности тиреоидстимулирующего антигена (ТСА) - причинного фактора, ответственного за развитие и прогрессирование ДТЗ. Полученные результаты показали, что средний уровень активности ТСА составил $423,0\% \pm 2,8$ (табл. 1).

Более того, клинико-иммунологическое

обследование больных с ДТЗ выявило повышение содержания Т-хелперов и снижение содержания Т-супрессоров. При этом иммунорегуляторный индекс (Th/Ts) был значительно выше нормы. При определении иммуноглобулинов А, М, G классов наиболее важным было проследить за изменениями Ig G класса, так как они составляют основную часть (70-80%) в весовом отношении от всех иммуноглобулинов. Именно с этой фракцией связывают образование аутоантител, характерных для ДТЗ (табл. 2).

Как показали наши исследования отмечается достоверное ($P < 0,01$) увеличение этой фракции по сравнению с контрольной группой, что указывает на способность антител к специфическому ответу на внедрение антигена.

На основании полученных данных, нами проведен анализ корреляционных связей между нейроэндокринными и иммунологическими показателями при ДТЗ. В зависимости от тяжести ДТЗ установлены разной степени корреляционные связи между Т(Етфч РОК)-супрессорами и тиреоидными гормонами. В частности, при легкой степени между Т4 и Т(Етфч РОК) -супрессорами имело место обратная корреляционная зависимость ($r = -0,39$, $p < 0,05$), а при средней и тяжелой степени

Таблица 1. - Уровень тиреоидных гормонов и антител у больных ДТЗ

Группы обследованных больных	Показатели			
	ТЗ, нмоль/л	Т4, нмоль/л	ТТГ, мМЕ/л	ТСА %
Контрольная группа, n=20	$2,79 \pm 0,59$	$110,0 \pm 1,12$	$0,96 \pm 0,01$	$100,0 \pm 1,2$
Больные с ДТЗ, n=123	$7,89 \pm 0,23^*$	$306 \pm 2,75^*$	$0,06 \pm 0,08^*$	$423,0 \pm 2,8^*$
P*	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Примечание: P*- показатель достоверности различий здесь и во всех следующих таблицах.

Таблица 2. - Иммунологические показатели у больных ДТЗ

Группы обследованных больных	Т(Етфч РОК), %	Т(Етфр РОК), %	ИРИ (Th/Ts)	Ig A (г/л)	Ig M (г/л)	Ig G (г/л)
Контрольная группа n=20	$9,00 \pm 0,58$	$28,50 \pm 1,15$	$5,05 \pm 0,25$	$2,3 \pm 0,5$	$1,9 \pm 0,3$	$9,35 \pm 0,4$
Больные с ДТЗ n=123	$3,00 \pm 0,02$	$41,00 \pm 0,03$	$13,00 \pm 0,10$	$1,2 \pm 0,2$	$1,02 \pm 0,2$	$14,2 \pm 0,5$
P*	<0,001	<0,001	<0,001	>0,05	>0,05	<0,001

Таблица 3.- Корреляционные связи между показателями нейроэндокриноиммунных систем при ДТЗ

Показатель	Значение коэффициент корреляции (r)		
	легкая степень (n = 20)	средняя степень (n = 25)	тяжелая степень (n = 15)
T3-TCA	0,40*	0,60**	0,65*
T4 - Ts	-0,39*	-0,62**	-0,70**
Ts - TCA	-0,41*	-0,64**	-0,68*
TCA - СВД	0,35*	0,39*	0,71**
ТТГ- Ig G	0,49**	0,57**	0,64*
ТПО- ТТГ	0,42*	0,54**	0,57*
Ts – Ig G	-0,37*	-0,38*	-0,63*

Примечание. Статистическая значимость корреляции: * - $P < 0,05$, ** - $P < 0,01$.

отмечена обратная корреляционная зависимость ($r = - 0,62$; $r = - 0,70$, $p < 0,01$). Это указывает на то, что чем более выражен иммунодефицит Т лимфоцитов как в клиническом, так и в биохимическом плане, тем более выражена активность гормонов ЩЖ.

Отмечена прямая корреляционная зависимость между тяжестью тиреотоксикоза и уровнем активности ТСА при легкой степени ($r = + 0,40$ $p < 0,01$), тогда как при средней и тяжелой степенях наблюдалась обратная средняя корреляционная зависимость ($r = - 0,60$; $p < 0,01$, $r = - 0,65$, $p < 0,05$). Вместе с тем, не обнаружено связи между степенью увеличения щитовидной железы и активностью ТСА (табл. 3).

Установлена прямая корреляционная зависимость между СВД и уровнем активности ТСА при тяжелой степени ДТЗ ($r = + 0,70$, $p < 0,01$), то есть чем более выражен тиреотоксикоз в клиническом и в гормональном плане, тем выше была активность ТСА. Анализ взаимоотношений между показателями ТТГ и уровнем Ig G показал, что у больных ДТЗ лишь при тяжелой степени наблюдалась определенная корреляционная зависимость с $r = +0,64$, ($p < 0,05$).

Таким образом, установлено, что нарушения иммунной системы неизбежно влекут за собой изменения функций эндокринной и нервной систем, которые нельзя не учитывать при разработке методов лечения.

Выводы

1. Изменения уровня гормонов щитовидной железы вызывает нарушения энергетического баланса и состояния иммунной, вегетативной нервной системы.

2. Вегетативная нервная, иммунная системы и гормональный статус ЩЖ представляют

единую нейроэндокриноиммунную регуляцию организма.

Литература:

1. Проворотов В.М., Грекова Т.И. Тиреоидные гормоны и нетиреоидная патология // Российский медицинский журнал.- 2002.- №5.- С.30-33.
2. Василенко А.М. Нейроэндокриноиммунология боли и рефлексотерапия // Рефлексотерапия.-2004.- № 1(8).- С.7-17.
3. Акмаев И.Г. Современные представления о взаимодействиях регулирующих систем: нервной, эндокринной и иммунной // Успехи физиологических наук.- 1996.- Т.27, №1.- С. 3-15.
4. Петунин Н.А. Клиника, диагностика и лечение аутоиммунного тиреоидита // Проблемы эндокринологии.- 2002.- №6.- С.26-30.
5. Джарабекова А.Т. Поражение нервной системы у детей и подростков в йоддефицитном регионе: Автореф. дисс. ... д-ра мед.наук.- Ташкент.- 2003.- 28с.
6. Шварков С.Б. Синдром вегетативной дистонии у детей и подростков: Автореф. ... д-ра мед.наук.- М.- 1993.-25с.
7. Лузина-Чжу-Лили.К вопросу об использовании чжень-цзю при заболеваниях щитовидной железы// Рефлексотерапия.-2003.-№3/6.-С.58-60.
8. Вейн А.М., Алимов Е.Я. Заболевания вегетативной нервной системы.-М.-1991.- 622с.
9. Volpe R. Autoimmunity causing thyroid dysfunction.// Endocrinol. Metad. Clin.№.Amer.-1991.-Vol.20,№ 3.- P.565-587.
10. Watanabe M. // Thyroid.-1997.- Vol.7,№5.- P.43-47.
11. Chang C.C. // Eur. J. Endocrinol.-1998.- Vol.189,№1.-P.44-4

ИЙИН СӨӨГҮНҮН ТӨМӨНКҮ ДИАФИЗАРДЫК СЫНЫКТАРЫН ХИРУРГИЯЛЫК ЖОЛ МЕНЕН ДАРЫЛОО

Сарымсаков Т.Б.

Бишкек Травматология жана Ортопедия Илим Изилдөө Борбору

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Ийин сөөгүнүн диафизинин төмөнкү бөлүгү сынганда сөөк сыртынан пластина менен остеосинтез жасалган 113 бейтапты дарылоонун анализи жүргүзүлгөн. Алардын ичинен 43 бейтапка ийин сөөгүнүн диафизинин төмөнкү бөлүгү сынганда иштелип чыккан, билек нервинин травматизациясынан оолак операциялык кирүү жол ыкмасы колдонулган.

Негизги сөздөр: ийин сөөгүнүн диафизин, пластина менен остеосинтез, билек нервинин жабыркоосу

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Сарымсаков Т.Б.

Бишкекский Научный-Исследовательский Центр Травматологии и Ортопедии

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Проведен анализ лечения 113 больных с переломами нижней трети диафиза плечевой кости, которым проведен остеосинтез наkostной пластиной. Из них 43 больным применен разработанный способ доступа при переломах нижнего конца диафиза плечевой кости, исключающий травматизацию лучевого нерва.

Ключевые слова: диафиз плечевой кости, остеосинтез пластиной, повреждение лучевого нерва

OPERATIVE TREATMENT OF DIAPHYSEAL FRACTURES IN THE HUMERAL BONES

Sarymsakov T.B.

Bishkek research Center of Traumatology and Orthopedies

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. Analysis of treatment of 113 patients with fractures of the lower third of the shaft of the humerus, which held of plate osteosynthesis plate. Of these patients developed a way to access applied for fractures of the lower end of the shaft of the humerus, which eliminates the radial nerve trauma.

Key words: diaphysis of the humerus, osteosynthesis plate radial nerve damage.

Киришүү

Ийин сөөгүнүн диафизинин сыныктары колдун көп кездешүүчү жана оор жаракаттарына кирет, жана ар кайсы авторлордун айтуусунда бардык ийин сөөк сыныктарынын ичинде 19,8% түзөт. Медициналык адабий эмгектерде ийин сөөгүнүн диафизинин сыныктарын дарылоо боюнча суроолор кенен кезигет, ошого карабастан бул проблема ушул мезгилге чейин толук чечилбей келет (Панков И.О 2002; Батпенев Н.Д. с соавт. 2003; Лазарев А.Ф., Солод Э.И.).

Ийин сөөгүнүн диафизардык сыныктарын дарылоодо негизги ыкма болуп операциялык жол –сөөк сыртынан пластина аркылуу, винттер менен, металл зымдар менен остеосинтез эсептелет. Ийин сөөгүнүн диафизинин төмөнкү

бөлүгү сынганда анатомиялык жакындыгынан улам билек нервинин операциядан кийинки ятрогендик нейропатиясы көп кезигет.

Билек нервинин ийин деңгээлинде жабыркоосу майыптандыруучу жаракат болуп саналат, анткени колдун функциясынын бузулуусуна алып келет. Билек нервинин ятрогендик жаракатынын үлүшү перифериялык нерв системасынын бардык жаракаттарынын 7-10% түзөт, ал эми ийин сөөгүнүн диафизардык сыныктарын дарылоодо 10-20% кезигет (Золотова Ю.А. 2001г, Герасимов А.А., Дубовик Е.А., 2009, Nak D.J., 2009). Ийин деңгээлинде операция жасоо мезгилинде билек нерви менен контакттан алыс болуу керек, ал эми ансыз болбосо нервди этият мобилизациялап сактоо зарыл. Ийин сөөгүн остеосинтездөө убагында билек нерви менен

контактты минимизациялоо үчүн операциялык кирүү жолунун мааниси абдан зор (Anglen J.D. et all., 2008).

Биздин изилдөөнүн максаты- ийин сөөгүнүн диафизинин дисталдык бөлүгү сынганда билек нервинин травматизациясынан оолак операциялык кирүү жол ыкмасын иштеп чыгуу.

Материалдар жана ыкмалар

Биздин эмгек ийин сөөгүнүн диафизинин төмөнкү бөлүгү сынган 113 бейтапты дарылоонун анализине негизделген. Бул бейтаптардын курагы 25 жаштан 75 жашка чейин болуп, эркектер-67(59,2%), аялдар -46 (40,7%) түзгөн. Контролдук топ традициялык алдыңкы-латералдык жол менен операция болгон 70 бейтапты камтыган, ал эми 43 бейтапка биз иштеп чыккан ийин сөөгүнүн диафизинин төмөнкү бөлүгү сынганда операциялык кирүү жол ыкмасы колдонулган (Кыргыз республикасынын патенти №1350, 31.03.2011г.).

Өз эмгегибизде биз сыныктардын АО/ASIF универсалдык классификациясын пайдаландык.

Бардыгынан көп кезиккен сыныктар-В тибиндеги-шынаа сымал фрагменти бар сыныктар (спиралдык, «бүгүлгөн», бөлүнгөн) болду-58 бейтап (51,3%)(B1-21, B2-26, B3-11 бейтап), 26 учурда (23%) А тибиндеги – жөнөкөй сыныктар (спиралдык, кыйгач, чорт сыныктар)(A1-5, A2-12, A3-9 бейтап) болду, ал эми 29 бейтапта (25,7%) –С тибиндеги татаал сыныктар (C1-9, C2-14, C3-6 учур) (спиралдык, сегментардык, майдаланган) катталды.

Алардын ичинен контролдук топто А тибиндеги сыныктар менен 22 бейтап, В тибиндеги сыныктар менен 31 бейтап, С тибиндеги сыныктар менен -16 бейтап. Тандалган бейтаптарда операцияга чейин билек нервинин нейропатиясынын белгилери болгон эмес.

Диагностика үчүн ийин сөөгүн түз жана каптал проекцияларында рентгенологиялык изилдөө жүргүзүлгөн.

Негизги топтогу пациенттерге (43 бейтап) операция – ачык репозиция, сөөк сыртынан пластина менен остеосинтез биз иштеп чыккан операциялык кирүү жол ыкмасы менен жасалган.

Ыкма төмөнкүчө ишке ашырылат:

Бейтап операция столуна чалкасынын жаткырылат. Колу дого сымал тирөөчкө ийилген абалда көтөрүлүп бекитилет. Ийиндин

арткы бетинен узундугу 10-15 см тери кесилет. Андан ары кеспестен үч баштуу булчунду туюк ажыратуу жолу менен ийин сөөгүнүн диафизин ачылат. Ошол убакта билек нерви визуалдуу көрүнбөйт жана травматизацияга учурабайт. Сөөк сыныктарын бири-бирине жалгаштыргандан кийин пластина менен остеосинтез жүргүзүлөт. Жарат катмары менен тигилип асептикалык таңгыч менен жабылат.

Жыйынтыктар жана талкуулоо

Дарылоо жыйынтыктарын баалоо субъективдик маалыматтарга, объективдик клиникалык жана рентгенологиялык изилдөөлөргө негизделген.

Субъективдик маалыматтардан оруксунуу, колдун муундарынын кыймылы, билек нерви иннервациялаган зонада тери сезүүсүнүн жабыркашы, эмгекке жарамдуулугунун калыптанышы эсепке алынды.

Объективдик изилдөөдө колдун чеңгелинин кыймылынын бары же жок болушу, сезүүсүнүн бузулуусу, каруунун жана чеңгелдин булчуңдарынын атрофиясына көңүл бурулду.

Рентгенологиялык изилдөөдө сөөктүн бүтүшү, сынык бөлүктөрүнүн жылыш калдыктары, остеопороз, сөөк деструкциясынын очокторунун пайда болушуна баа берилди. Контролдук топто 70 бейтаптын ичинен

9 унда (12,8%) билек нервинин нейропатиясынын белгилери байкалган, алар тиешелүү дарылоодон соң 3-5 айдын ичинде ордуна келген. Операция убагында булл нерв этият мобилизацияланса дагы, анча-мынча травматизацияга дуушар болгон. Андан кийин узак убакытка чейин медикаменттик жана реабилитациялык дарылоо талап кылынган.

Изилдөөнүчү топто болсо бардык 43 бейтаптарда колдун функциясы толук калыбына келип, билек нерви ятрогендик нейропатияга кабылган эмес.

Корутунду

Ийин сөөгүнүн дисталдык бөлүгүн сырттан бекитме пластина аркылуу остеосинтез жасоодо биз сунуштаган арткы операциялык кирүү жол ыкмасы жакшы жыйынтыктарга жетишүүгө мүмкүнчүлүк берет, анткени операция учурунда билек нервин травматизациялоодон сактап, операциялык техниканы жөнөкөйлөтүп, дарылоонун эффективдүүлүгүн жогорулатат. Бул ыкманы клиникалык практикага кеңири

пайдалануу медициналык-социалдык эффектти жогорулатат.

Адабий булактар:

1. Абдуразаков У.А., Оразалиев К.М., Остапенко А.С. Верификация уровня повреждения лучевого нерва при переломах диафиза плечевой кости

// Травматология и ортопедия России. 2006. №2-с.9.

2. Батпенов Н.Д., Нагиев Е.Н., Ажикулов Р.Н. // Травматол. жанэ ортопед.-2003.-№2.-с.204-205. Астана.

3. Герасимов А.А., Дубовик Е.А., Ускорение восстановления периферических нервов в эксперименте. с.42-43. Курган 2009,

4. Джумабеков С.А., Анаркулов Б.С., Скелеттин узун сөөк сыныктарын заманбап дарылоо-Бишкек, 2014.-220 б.

5. Золотова Ю.А. Профилактика ятрогенных повреждений лучевого нерва при лечении переломов плеча. //Дисс.канд , Якутск, 2011.

6. Исмайылов Б.Т. Травматология боюнча клиникалык-анатомиялык терминдердин орусча-кыргызча сөздүгү-Бишкек, 2010.-82 б.

7. Панков И.О.// Вестн.травматол.ортопед. -2002.-№4.-с.23-25.Москва

8. Avoiding complications in treatment of humeral fractures/ Anglen J.D. et all.,

//J.ofBonejointSurgery.-2008/Vol.90a,N7.-P/1580-1589/

9. Hak D.J. Radial nerve palsy associated with humeral shaft fracture

// Orthopedics, -2009. vol.39: P. 111-114.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАРВОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (B19) У ДЕТЕЙ

Смеликов Я.А., Касымбекова К.Т.,
Джолбунова З.К., Кадырова Р.М.

Кыргызская государственная медицинская академия им И.К. Ахунбаева
Республиканская клиническая инфекционная больница
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В работе представлены клинико-эпидемиологические особенности парвовирусной инфекции у детей, подтвержденных лабораторно методом ИФА – диагностикой.

Ключевые слова: парвовирусная инфекция (B19), дети, клиника, эпидемиология, диагностика.

БАЛДАРДЫН ПАРВОВИРУС (B19) ЖУГУШТУУ ООРУСУНУН КЛИНИКАЛЫК ЖАНА ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК ӨЗГӨЧӨЛҮГҮ

Смеликов Я.А., Касымбекова К.Т.,
Джолбунова З.К., Кадырова Р.М.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Республикалык клиникалык жугуштуу оорулар бейтапканасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Аталган илимий иликтөө ишинде ИФА методдору менен парвовирус (B19) жугуштуу оорусу менен ооруган бир жаштан өйдө балдардын клиникалык жана эпидемиологиялык өзгөчөлүгү аныкталган.

Негизги сөздөр: парвовирус (B19) жугуштуу оорусу, балдар, клиника, эпидемиология, аныктоо.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PARVOVIRUS (B19) INFECTION AT CHILDREN

Smelikov Y.A., Kasymbekova K.T.,
Djolbunova Z.K., Kadyrova R.M.

I.K. Ahnbaev Kyrgyz State Medical Academy
Republic clinical infection hospital
Biskek, Kyrgyz Republic

Resume. This article presents clinical and epidemiological peculiarity of parvovirus B19 infection in children defined by immune-ferment analysis (IFA).

Keywords: parvovirus B19 infection, children, clinical, epidemiology, diagnostic.

Введение

Проблема кореподобных заболеваний у детей остается актуальной при проведении дифференциальной диагностики экзантем. В последние годы отмечается рост регистрации парвовирусной B19 инфекции в Европе и странах в связи с появлением возможности лабораторной диагностики этой инфекции [1,2,4]. Парвовирусная B19 инфекция (ПВИ) – это инфекционное заболевание, передающееся воздушно-капельным, перинатальным и парентеральным путями передачи, характеризуется полиморфизмом клинической картины, пятнисто-папулезной сыпью, возможны артропатии, гепатиты, миокардиты, хронические анемии, а также может протекать бессимптомно [3]. В литературе парвовирусная инфекция (B19) известна под названиями

«инфекционная эритема» «пятая болезнь» или «синдром пощечины» [1,3,4] и относится к группе экзантем, которые имеют сходные клинико-эпидемиологические признаки с корью и краснухой, поэтому ПВИ не распознается практикующими врачами [3,4].

В период элиминации кори, в настоящее время по рекомендации ВОЗ при подозрительных случаях кори и краснухи необходимо проводить лабораторную диагностику для подтверждения диагноза.

В период последней вспышки кори в 2011 году Кыргызской Республике проводили клинико-лабораторную диагностику у всех больных с подозрением на корь и оказалось, что не всегда клинический диагноз кори был подтвержден лабораторно. Поэтому появилась необходимость в проведении дополнительной лабораторной

диагностики других кореподобных заболеваний, в том числе с парвовирусной инфекции В19.

Целью нашей работы было выявить клинико-эпидемиологические особенности парвовирусной (В19) инфекции у детей.

Материалы и методы исследования

Нами обследовано 39 больных лечившихся с кореподобной сыпью в лечебных учреждениях страны (инфекционных стационарах, поликлиниках и др.) в период эпидемической вспышки кори 2011 года. Из них в Республиканскую клиническую инфекционную больницу (РКИБ) боксированное отделение поступили лишь 9 (23,0%) больных, большинство наблюдались и лечились в инфекционных стационарах районов республики (Ош, Талас, Нарын и другие). Диагноз парвовирусной инфекции был подтвержден в вирусологической лаборатории Республиканского Госсанэпиднадзора КР методом ИФА - диагностики с 5 дня от момента появления сыпи по рекомендации ВОЗ.

Для постановки диагноза также были использованы эпидемиологические и общеклинические методы исследования. Статистическая обработка проводилась по программе SPSS.

Результаты и обсуждение

Анализ возрастной структуры обследованных больных показал, что парвовирусной инфекцией (ПВИ) болели одинаково дети до 1 года (28,2%), от 1-6 лет (33,4%) и старше 14 лет - 30,7% (рис.1).

Среди заболевших парвовирусной инфекцией 24 (61,5%) были иногородние, из них 45,8% больных были жителями Чуйской

области, 29,2% - из Ошской области, 12,5% - из Нарынской области, 8,3% - из Джалал-Абадской области и лишь 1 (4,2%) больной был из Баткенской области. Жителями города Бишкека были 15 (38,5%) больных. Следует отметить, что 64,1% больных парвовирусной инфекцией доставлены в лечебные учреждения страны общественным транспортом, 28,2% детей - машиной скорой помощи и 7,7% - личным автотранспортом, что нарушило условия транспортировки контагиозной инфекции и вероятно, способствовало к распространению ПВИ среди здоровых детей и взрослых.

При выяснении эпидемиологического анамнеза у больных с ПВИ был выявлен контакт с больными, у которых была кореподобная сыпь у 18 (46,2%) больных и у 21 (53,8%) детей не выявлен. Вероятно, это связано с полиморфизмом поражения органов при ПВИ или бессимптомным течением заболевания.

Первично больные обращались в поликлиники 15 (38,5%), в ЦРБ по месту жительства 10 (25,6%), в стационары города Бишкек - 4 (10,2%) и скорой помощью доставлены 10 (25,6%) детей. При обращении в лечебные учреждения были выставлены следующие диагнозы: корь 28 (71,8%), краснуха 7 (17,9%) и сыпь неясного генеза у 4 (10,3%) больных.

Начало заболевания у всех больных ПВИ (В19) было острым с повышения температуры тела до 37,5–38,5°C. у 48,7% больных и выше 38,5°C. у 51,3% детей. Длительность лихорадки до появления сыпи в среднем составила $3,3 \pm 1,3$ дней.

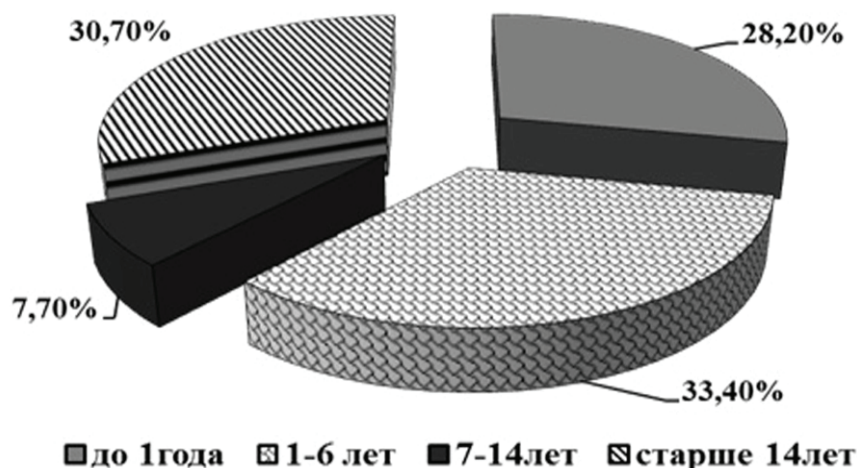


Рис.1 Возрастная структура детей, больных парвовирусной инфекцией В19

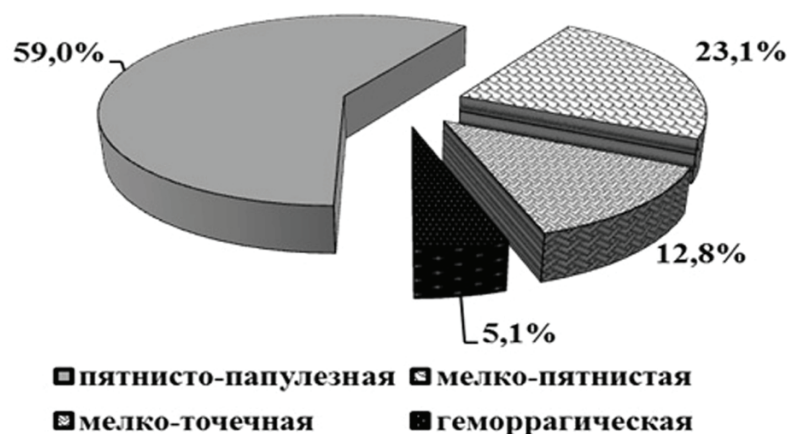


Рис.2 Характер сыпи у больных парвовирусной инфекцией (В19).

Анализ выраженности синдрома катаральных явлений характерных, для кореподобных заболеваний у больных с парвовирусной инфекцией проявлялся зернистостью задней стенки глотки у 61,6%, энантемыслизистой мягкого неба и конъюнктивита 12,8% детей, а кашель появлялся уже на фоне сыпи в более поздние сроки болезни.

На фоне умеренно выраженных катаральных симптомов появлялась сыпь на 2-3 день от начала заболевания у 46,2% больных и позже: на 4-5 день – у 30,8%, на 6-8 день – у 23,0% детей. Высыпания сопровождалось повышением температуры тела до 37,5–38,5°C у 64,1% больных и выше 38,5°C у 35,9% детей. Лихорадка на фоне высыпаний сохранялась в течение $2,3 \pm 0,7$ дней, всего больные с ПВИ температурили в течение $5,6 \pm 1,8$ дней. Следует подчеркнуть, что у 46,2% больных отмечалась этапность высыпания кожи (сверху вниз). Элементы высыпания имели пятнисто-папулезный характер у 59,0% больных, мелко-пятнистый – у 23,1% и мелко-точечный – у 12,8% и геморрагический характер у 5,1% детей (рис.2). Сыпь сохранялась в течение $3,0 \pm 1,0$ дней и исчезала не оставляя пигментации кожи.

На фоне высыпаний больных регистрировались такие клинические проявления, как рвота у 10,2% детей, в течение 1-3 дней. Учитывая, что у 57,1% больных ПВИ ведущим неотложным синдромом,отягощающим течение заболевания, был синдром бронхиальной обструкции (СБО) на фоне сопутствующей ОРВИ у детей раннего возраста рвота могла провоцироваться приступом кашля, реже как проявление интоксикации.

Заболевание протекало преимущественно в среднетяжелой форме у 84,6% больных ПВИ (В19), в тяжелой форме у 15,4% детей. Выявлена положительная корреляция ($r=+0,3$) между тяжестью заболевания и длительностью сыпи, т.е. чем дольше сохранялась сыпь, тем тяжелее протекало заболевание.

Осложненное течение заболевания выявлены у 14 (35,9%) больных, из них пневмония с дыхательной недостаточностью (ДН) в 42,9% случаях, гнойная ангина в 21,4% случаях.

В картине крови у 59,0% детей, больных ПВИ были типичные для вирусной инфекции изменения – лейкопения ($3,3 - 5,3 \times 10^9$) с лимфоцитозом (48 - 70%). У 41,0% больных в периферическом анализе крови был выявлен лейкоцитоз ($7,0-11,0 \times 10^9$) и сдвиг лейкоцитарной формулы влево, также повышение СОЭ, что свидетельствует о присоединении вторичной бактериальной инфекции и осложненном течении ПВИ у детей. Выявлена положительная корреляционная связь ($r=+0,3$) между длительностью интоксикации в период высыпаний и лейкоцитозом, т.е. чем больше выраженная интоксикация, тем больше был лейкоцитоз.

Терапия у всех больных детей включала антибиотики, инфузионную дезинтоксикацию и симптоматическое лечение. Антибактериальную терапию получили 30 (76,9%) больных по тяжести состояния, а также из-за частоты развития осложнений. Из них 90,0% больных детей получили моноантибактериальную терапию (АБТ), а последовательную АБТ лишь 10,0%. Спектр антибиотиков был

разнообразным: пенициллин, ампициллин, цефотаксим и цефтриаксон. Длительность АБТ в среднем составила $5,2 \pm 1,5$ дней. Длительность инфузионной терапии составил $1,2 \pm 0,2$ дней.

Большинство 22(56,4%) детей выписано из стационара с выздоровлением, с улучшением - 14(35,9%) детей, самоуход был у 3 (7,7%) больных. Длительность пребывания в стационаре в среднем составила $3,8 \pm 1,2$ дней.

Выводы

1. В период элиминации кори необходимо проводить лабораторную диагностику не только кори, но и кореподобных заболеваний, в частности парвовирусной инфекции.

2. Парвовирусной инфекцией (В19) болеют одинаково все возрастные группы: дети до 1 года (28,2%), от 1-6 лет (33,4%) и старше 14 лет-30,7%.

3. ПВИ чаще протекает в среднетяжелой форме у 84,6% больных, в тяжелой форме у 15,4% детей. Клинические проявления болезни не позволяют исключить корь и диктуют лабораторного подтверждения.

Литература:

1. Антипова А.Ю., Лаврентьева И.Н., Бичурина М.А. и соавт. // Распространение парвовирусной инфекции в северо-западном федеральном округе России. Ж. Инфектологии. -2011.-Том.3.-№4.- С. 44-48
2. Ермолович М.А. // Парвовирусная инфекция в структуре острых экзантемных заболеваний в Республике Беларусь. Ж. Проблемы эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний. -2011.-№11.- С. 15-17
3. Лушинова И.В. // Парвовирусная В19 инфекция. Ж. Педиатр. -2010.-Том.1.-№2.-С. 115-118
4. Nicolay N., Cotter S. // Clinical and epidemiological aspects of parvovirus B19 infections in Ireland, January 1996–June 2008.-Euro Surveill. 2009. -V. 14. -P. 1-5

УРОВЕНЬ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Пустоветова М.Г., Павленко Д.В.

ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России
Кафедра патологической физиологии и клинической патофизиологии
Центральная научно-исследовательская лаборатория
Россия, Новосибирск

Резюме. В данной статье представлены результаты исследования уровня эндотелиального фактора роста (далее VEGF) в сыворотке крови посредством иммуноферментного анализа (ИФА) при хронической сердечной недостаточности (ХСН) и ее функциональных классах (ФК) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Ключевые слова: эндотелиальный фактор роста, хроническая сердечная недостаточность, функциональный класс, ишемическая болезнь сердца

LEVEL OF VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR IN CHRONICAL CARDIAC INSUFFICIENCY

Pustovetova M.G., Pavlenko D.V.

SBEI HPE Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health
Department of Pathological Physiology and Clinical Pathophysiology
Central Research Laboratory NSMU
Russia, Novosibirsk

Resume. This article presents the results of a study level of endothelial growth factor in serum by enzyme immunoassay in patients with chronic cardiac insufficiency in patients with coronary heart disease.

Keywords: endothelial growth factor, chronic, functional class, coronary heart disease.

В течение последних лет заболеваемость ССС неуклонно возрастает и остается стабильно высокой среди взрослого населения. По расчетным данным, в нашей стране ежегодно более 1,5 млн. лиц в возрасте от 45 лет и старше страдают ССН, что выдвигает вопросы диагностики, лечения и профилактики этого заболевания в число наиболее остро стоящих проблем отечественного здравоохранения. По данным Фрамингемского исследования средняя 5-летняя смертность во всей популяции больных ХСН составляет 65% для мужчин и 47% для женщин. Примерно половина больных умирает в течение первых 4 лет с момента постановки диагноза, а в тяжелых случаях столько же пациентов умирает в течение первого года. Кроме того, ХСН является дорогим в лечении заболеванием; расходы на ее лечение составляют 1-2% всех расходов на здравоохранение. Проблема ранней диагностики ССН и факторов риска ее развития у больных по-прежнему остается актуальным вопросом клинической медицины.

Цель работы: Оценить взаимосвязь содержание эндотелиального ростового фактора в сыворотке крови с тяжестью и характером

течения хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы исследования

Верификация диагноза основывалась на тщательном анализе клинических данных, а также данных инструментальных исследований, включавших ЭКГ в покое в 12 общепринятых отведениях, рентгенографию грудной клетки, ЭхоКГ, общеклинические и биохимические исследования крови и мочи.

В исследование включено 94 больных ИБС (57 мужчин и 37 женщин) в возрасте от 45 до 65 лет (средний возраст $57,3 \pm 6,7$) с ХСН II-IV ФК. В группу контроля вошли 32 здоровых волонтеров. Средний возраст в контрольной группе составил $54,2 \pm 4,3$ лет. Все пациенты, включенные в исследование, по функциональному классу (ФК) ХСН были разделены на 3 группы. Разделение пациентов на ФК проводилось по классификации Нью-Йоркской ассоциации кардиологов (NYHA), с использованием теста с 6-минутной ходьбой. Таким образом, в 1-ю группу вошли 35 пациентов с ФК 2, во 2-ю группу – 31 пациент с ФК 3, в 3-ю группу – 28 пациентов с ФК 4. Больные ХСН получали базисную терапию.

В начале исследования в сыворотке крови с помощью иммуноферментного метода определяли содержание VEGF (Вектор-Бест, кат.№ А8784). На каждого больного заполнялась соответствующая клиническая карта, состояние больных оценивали исходно и проспективно в течение 12 месяцев с анализом частоты комбинированной конечной точки, включающей: летальность, повторные госпитализации по поводу обострений ХСН, эпизоды ухудшения течения сердечно-сосудистой патологии и ХСН. Клиническое течение заболевания оценивали как благоприятное у больных, если в течение исследуемого периода (12 месяцев) на фоне адекватно проводимой терапии состояние пациента отвечало следующим критериям: стабильное состояние гемодинамических показателей, отсутствие нарастания симптомов и признаков ХСН; отсутствие госпитализаций по поводу СН или не более 1 раза в год; отсутствие снижения ФВ ЛЖ; сохранение прежнего ФК ХСН по NYHA или его уменьшение; более высокое качество жизни по результатам Миннесотского опросника через 12 месяцев наблюдения. Критерии неблагоприятного течения ХСН: увеличение ФК ХСН по NYHA на 1 и более в течение периода проспективного наблюдения; госпитализация по поводу СН более 1 раза на протяжении 12 месяцев наблюдения; прогрессивное снижение фракции выброса ЛЖ в течение исследуемого периода; снижение качества жизни по результатам Миннесотского опросника через 12 месяцев наблюдения; летальность либо другие неблагоприятные

клинические события (повторные ИМ, мозговой инсульт, ТЭЛА и др.).

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ SPSS 11.5 for Windows. Сравнение средних величин осуществляли с применением критерия Стьюдента. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования

В результате нашего исследования установлено, что уровень VEGF в сыворотке крови пациентов ХСН возрастал по мере прогрессирования заболевания. (Рис 1.)

Выводы и обсуждение

Основные причины развития эндотелиальной дисфункции при ХСН многообразны и связаны главным образом с длительно существующей гемодинамической перегрузкой проводящих артерий (высоким напряжением сдвига), гиперактивацией РААС, САС и ряда других нейрогуморальных систем, что проявляется извращением дилатирующей реакции эндотелия на обычные стимулы, нарушением образования или блокадой действия систем брадикинина и NO. Эндотелиальный фактор роста и фактор роста фибробластов «запускают» процессы ремоделирования существующих сосудов и истинного ангиогенеза – формирование новых коллатералей. Одним из основных генетических факторов развития ХСН, является усиленная экспрессия гена VascularEndothelialGrowthFactor (эндотелиальный фактор роста сосудов) далее VEGF, расположенного на коротком плече 6

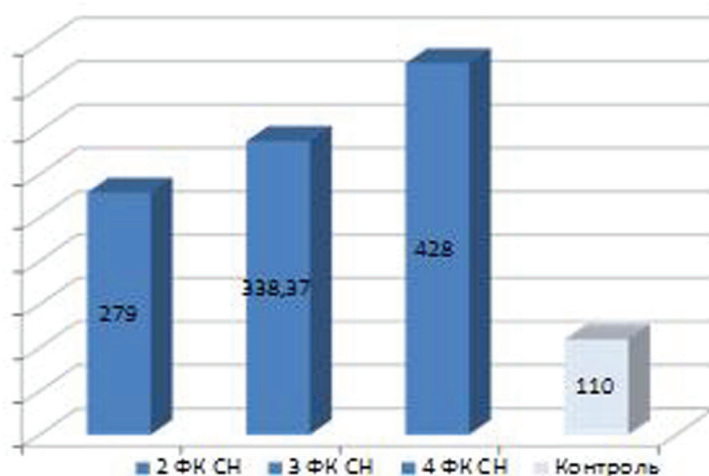


Рис 1. Уровень VEGF в сыворотке крови пациентов

хромосомы. VEGF - один из членов семейства структурно близких между собой белков: VEGF-A, VEGF-B, VEGF-C (также называемый VEGF-2), VEGF-D, и плацентарный фактор роста (PlGF). Медиатором сигналов от VEGF на сосудистый эндотелий являются 3 тирозинкиназные сигнальные рецепторы (VEGF рецептор (VEGFR)-1, -2, и-3). Повышают экспрессию VEGF гипергликемия, увеличение внутриклубочкового давления, цитокины (эпидермальный фактор роста, фактор роста опухоли-бета, тромбоцитарный фактор роста, инсулиноподобный фактор роста, ангиотензин II, интерлейкин-1, интерлейкин-6 и др.), недостаток NO, простагландины, механический стресс, конечные продукты усиленного гликозилирования, протеинкиназа C, супероксиддисмутаза, эндотелин, тромбоксан, хемокины. Воздействие VEGF на сосудистый гомеостаз зависит от его локальной концентрации. Недостаток VEGF -A приводит к эндотелиальной дисфункции за счет уменьшения образования оксида азота и простациклина. Очень высокий уровень VEGF стимулирует патологический рост сосудов и отек тканей.

В результате нашего исследования установлено, что уровень VEGF в сыворотке крови пациентов ХСН возрастал по мере прогрессирования заболевания. Так, чем исходно был выше функциональный класс у пациентов, тем выше был уровень VEGF. В группе с неблагоприятным течением исходный уровень VEGF был выше, чем в группе с благоприятным течением. Полученные результаты исследования свидетельствуют о том, что у больных ХСН имеют место нарушения механизмов ангиогенеза и вовлечения эндотелия сосудов в патологический процесс. В целом, определение уровня VEGF в сыворотке крови может быть рекомендовано для повышения надежности раннего прогнозирования тяжести и характера течения ХСН у больных ИБС.

Литература:

1. Беленков Ю.Н., Агеев Ф.Т., Мареев В.Ю. // Сердечная недостаточность. 2000. 4. 135–138.
2. Насонов Е.Л., Самсонов М.Ю. // Сердечная недостаточность. 2000. 4. 139–143.
3. Остроумова О.Д., Шорикова Е.Г., Мамаев В.И. // Кардиология. 2004. 2. 108–111.
4. Симоненко В.Б., Бойцов С.А., Глухов А.А. // Клиническая медицина. 2000. 76 (8). 12–16.
5. Тепляков А.Т., Болотская Л.Я., Дибиров М.М. и др. // Терапевтический архив. 2008. 11. 52–57.
6. Тепляков А.Т., Шилов С.Н., Березикова Е.Н. и др. // Сибирский медицинский журнал. 2009. 1. 40–48.
7. Фомин И.В. // Хроническая сердечная недостаточность / Агеев Ф.Т., Арутюнов Г.П., Беленков Ю.Н. и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 7–77.
8. Ярилин А.А. // Патологиз. и эксп. терапия. 1998. 2. 43–48.
9. Bing O.H. // J Mol Cell Cardiol. 1994. 26 (8). 943–948.
10. Das A., Xi L., Kukreja R.C. // J Biol Chem. 2005. 280 (13). 12944–12955.
11. Eltyeb A., Graham S. // Cardiology. 2007. 114 (3). 375–379.
12. Garg S., Narula J., Chandrashekar Y. // J of Molecular and Cellular Cardiology. 2005. 38. 73–79.
13. Ho K.K., Pinsky J.L., Kannel W.B. et al. // J Am Coll Cardiol. 1993. 22. 6A–13A.
14. Ricci C., Pastukh V., Schaffer S.W. // Exper and Clin Cardiology. 2005. 10 (3). 160–164.
15. Sabbah H.N., Sherov V.G., Riddle J.M. et al. // J Mol Cell Cardiol. 1992. 24. 1333–1347.
16. Stamatis A., John T.P., Michael G. et al. // Am Heart J. 2002. 144 (2). 359–364.
17. Tendera M. // Eur Heart J. 2005. 7 (Suppl. J.). 5–9.

ОЦЕНКА СОВРЕМЕННОГО СОСТОЯНИЯ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО БРУЦЕЛЛЕЗУ (ПО МАТЕРИАЛАМ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ)

Халилов К., Джангазиева А.А., Бектурдиев К.Б.,
Алтымышева Н.А., Багиева А., Дия Али

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева

Центр карантинных и особо опасных инфекций ДПЗ и ГСЭН

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В данной статье проведен анализ многолетней динамики заболеваемости, с оценкой эпидемиологической и клинико – лабораторной обстановки по бруцеллезу в последние годы. По анализу 304 историй болезни взрослых больных госпитализированных в Республиканская клиническая инфекционная больница (РКИБ), с различными формами бруцеллеза выявлен высокий процент хронизации, что дает основание для оценки эффективности существующих схем антибактериальной терапии.

Ключевые слова: бруцеллез, эпидемиология, клинические формы, антибактериальная терапия.

БРУЦЕЛЛЕЗДУН КЛИНИКАЛЫК – ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК АЗЫРКЫ МЕЗГИЛДЕГИ КЫРДААЛЫНА БАА БЕРҮҮ (РЕСПУБЛИКАЛЫК КЛИНИКАЛЫК ЖОЛУШТУ ОРУЛАР ОРУКАНАСЫНУН МАТЕРИАЛДАРЫ БОЮНЧА)

Халилов К., Джангазиева А.А., Бектурдиев К.Б.,
Алтымышева Н.А., Багиева А., Дия Али

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы¹

Карантиндик жана өтө кооптуу жугуштуу оорулардын борбору ОААЖМСЭКД²

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бруцеллез оорусунун акыркы жылдардагы эпидемиологиялык жана клиникалык лаборатордук өзгөчөлүктөрү берилген. Республикалык клиникалык жолуштуу орулар оруканасынун (РКЖООда) дарыланган 304 бруцеллездун ар – кайсы түрлөрүнүн ичинен өнөкөт түрү менен ооругандар көп кездешет. Ошондуктан антибиотик менен дарылоонун эффективдүүлүгүнө баа берилет

Негизги сөздөр: бруцеллез, эпидемиологиясы, клиникалык түрлөр, антибактериалык дарылоо.

ASSESSMENT OF CURRENT CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL SITUATION ON BRUCELLOSIS (BASED ON MATERIALS OF REPUBLICAN CLINICAL INFECTIOUS HOSPITAL)

Halilov K., Djangazieva A.A., Bekturdiev K.B.,
Altymysheva N.A., Bagieva A., Dia Ali

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Center for quarantine and extremely dangerous infections

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. This article analyzed the long-term dynamics of morbidity, with assessment of epidemiological, clinical and laboratory situation on brucellosis in recent years. The analysis of case histories of 304 adult patients hospitalized to Republican Clinical Infectious Hospital (RCIH), with various forms of brucellosis revealed a high percentage of chronicity that provides the basis for evaluating the effectiveness of existing schemes of antibiotic therapy.

Keywords: brucellosis, epidemiology, clinical forms, antibacterial therapy.

Актуальность

Для Кыргызской республики проблема бруцеллеза была и остается актуальной. Это постоянно определяется его распространением среди сельскохозяйственных животных и недостаточным контролем ветеринарной службы. Социально – экономическая депрессия в нашей стране в 90-х годах прошлого столетия способствовала развалу коллективных хозяйств и формированию ведущей роли частного животноводства, а так же к значительному ослаблению противобруцеллезных мероприятий. В результате этого в структуре заболевших бруцеллезом стал преобладать непрофессиональный контингент населения. Наклонность бруцеллеза к хроническому рецидивирующему течению, возможность неблагоприятных исходов, приводящих к длительной потере трудоспособности, а иногда и к инвалидности, отсутствие эффективных методов терапии, гарантирующих полное излечение больных, обуславливает необходимость дальнейшего изучения эпидемиологических и клинических особенностей этого заболевания с последующей коррекцией лечения.

Из-за низкой обращаемости населения в государственные лечебные учреждения, значительно сократилась официальная регистрация заболеваемости, что искажает истинную картину по бруцеллезу в последние годы. В целом по стране в учреждениях здравоохранения снизилось число диагностических лабораторных исследований на бруцеллез. Единственной лабораторией в г. Бишкек, где разрешено проведение бактериологического анализа с типированием выделенных культур и постановкой анализов на чувствительность возбудителей к антибиотикам является лаборатория центра карантинных и особо опасных инфекций ДПЗ и ГСЭН. Однако, при настоящей ситуации, когда большинство больных лечится и обследуется амбулаторно и в частном порядке, это препятствует эффективному проведению противоэпидемических мероприятий, осуществлению мониторинга за циркуляцией возбудителя на территории страны, а так же затрудняет постановку анализов на чувствительность к антибиотикам и поиску наиболее эффективных методов лечения.

Таким образом, актуальным представляется комплексное исследование эпидемиологических, клинико-лабораторных

особенностей современного бруцеллеза с выявлением существующих взаимосвязей между многочисленными проявлениями заболевания и лежащими в их основе патогенетическими изменениями иммунологического статуса у больных острым и хроническим бруцеллезом в зависимости от периода заболевания, степени тяжести и компенсации, а также от наличия сопутствующих заболеваний, которые бы позволили не только объективизировать критерии активности инфекционного процесса, но и оптимизировать лечение.

Цели исследования

Оценить динамику заболеваемости бруцеллезом в последние годы, с оценкой эпидемиологических и клинико – лабораторных аспектов в современных условиях.

Задачи исследования

1) Анализ многолетней динамики заболеваемости бруцеллезом, с оценкой эпидемиологической ситуации на современном этапе.

2) Изучить клинические и лабораторные показатели бруцеллеза за последние годы.

3) Провести оценку проводимой этиотропной терапии.

Объект исследования

В исследование включены больные бруцеллезом взрослой возрастной группы, госпитализированные в РКИБ в период с 2011 – по 2012 гг. (n= 318). В работе использованы статистические данные по бруцеллезу из официальной регистрации ЦКиООИ ДПЗ и ГСЭН за 2000- 2013 гг.

Методы исследования

всем госпитализированным пациентам диагноз был подтвержден серологическим исследованием реакции агглютинации Райта – Хеддельсона.

Краткие результаты исследования, ожидаемый эффект:

После приобретения суверенитета в Кыргызской Республике и перехода к новым рыночным отношениям произошли существенные изменения в социально-экономической и сельскохозяйственных областях нашей страны. По статистическим данным ЦКиООИ ДПЗ и ГСЭН динамика заболеваемости бруцеллезом за последние 13 лет имела тенденцию к повышению с 2006 – по 2011 гг. и снизилась в 2012 г.[4].

Снижение заболеваемости бруцеллезом за последние годы можно объяснить, во-

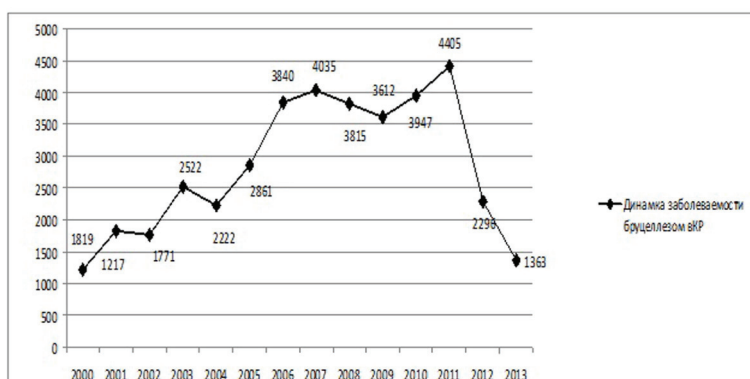


Рис. №1. Многолетняя динамика заболеваемости бруцеллезом в КР.

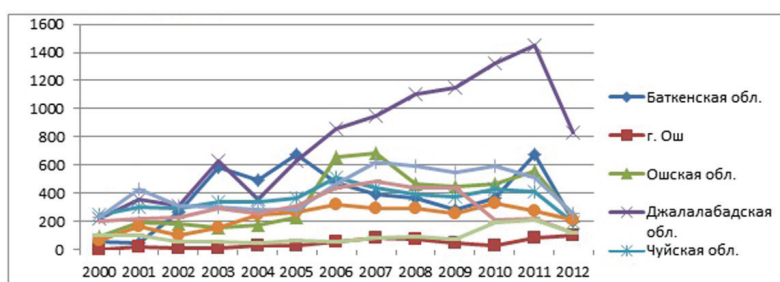


Рис. №2. Распределение бруцеллеза по областям в КР.

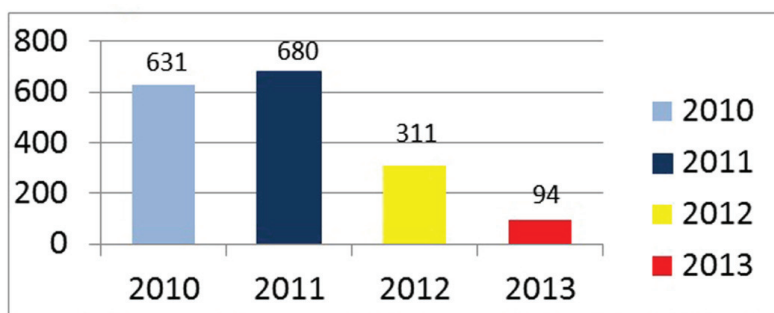


Рис. №3. Количество пациентов госпитализированных в РКИБ (n)

первых, введением поэтапной вакцинации начиная с 2008 года в Ак – Талинском районе Нарынской области, затем в 2009 г. по всей Нарынской и Иссык-Кульской областях, в 2010 г. в Таласской, Чуйской областях и в остальных регионах КР. Используется вакцина (REV1) конъюнктивальным методом. Вакцинации были подвержены мелкорогатые животные. И кроме этого, снижение заболеваемости объясняется низкой госпитализацией больных на третичном уровне. Зачастую пациенты с диагнозом бруцеллез стали лечиться в амбулаторных условиях или в частном порядке, вследствие этого снизилась официальная регистрация заболевания. Распределение бруцеллеза оказалось неравномерным по регионам республики и выглядит следующим образом: (рис. 2).

Из материалов, приведенных на данной диаграмме, следует, что наиболее неблагоприятной по бруцеллезу в КР является Джалалабадская область.[4].

Нами была проанализирована госпитализация больных в Республиканскую клиническую инфекционную больницу за последние 4 года. Как оказалось, количество госпитализированных больных резко сократилось, почти в 7 раз, в 2013 году.

Мы проанализировали 318 историй болезней с различными клиническими формами бруцеллеза за исследуемый период. Всего диагностировано острых форм бруцеллеза у 113 чел., подострых форм – у 25 больных, хронических форм – у 108 чел., первично хронические формы выставлены 19 больным, хронических форм бруцеллеза суперинфекция

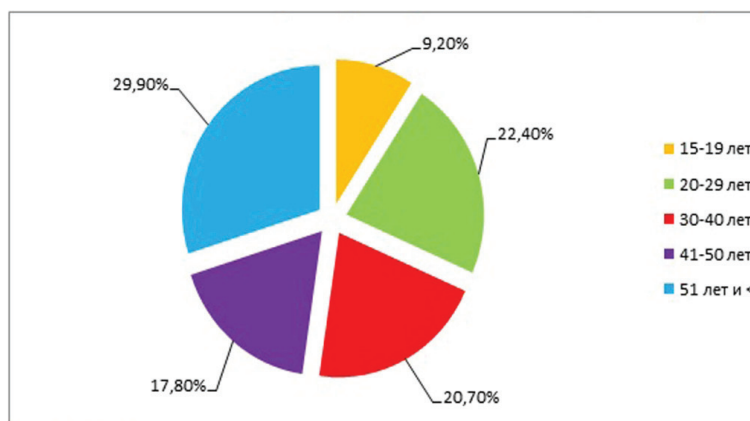


Рис.№4. Возрастная структура госпитализированных взрослых больных.

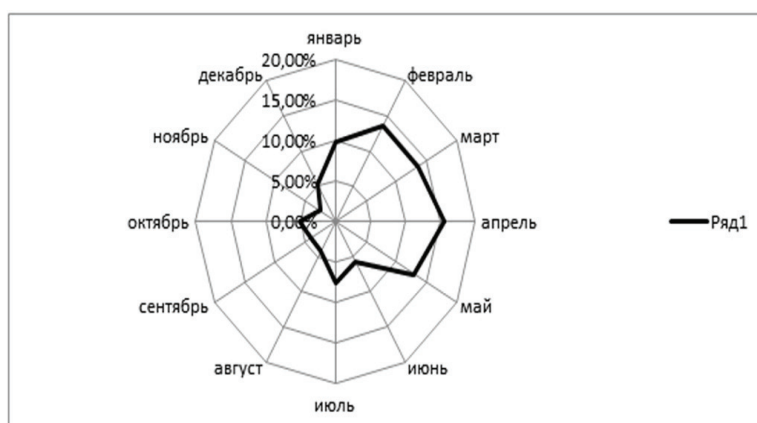


Рис.№ 5. Сезонность бруцеллеза среди госпитализированных больных.

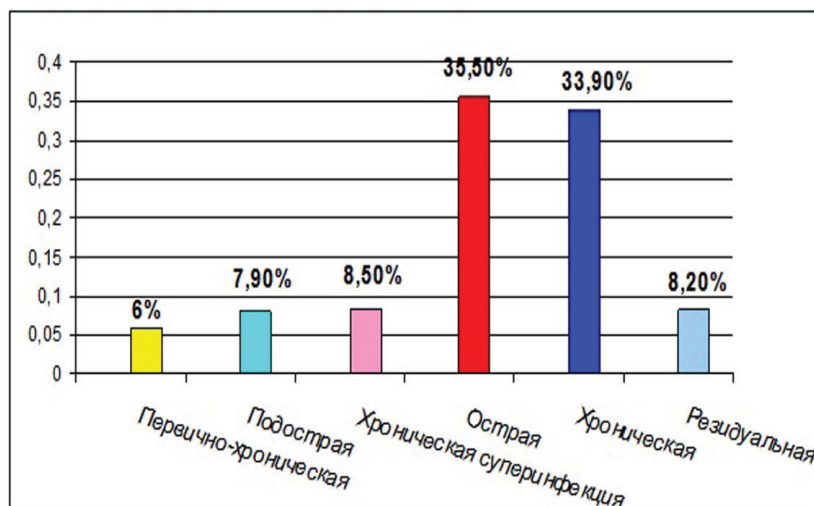


Рис.№6. Клинические диагнозы различных форм бруцеллеза, среди госпитализированных.

госпитализировано 27 человек и с резидуальной формой бруцеллеза обратилось 26 человек.

При рассмотрении некоторых эпидемиологических особенностей и клинического течения бруцеллеза на современном этапе выявлены следующие данные. Возрастная структура изучалась среди пациентов от 15 лет включительно и старше и распределилась следующим образом:(рис.4)

Такое распределение среди взрослого населения возможно связано с их занятостью и привлечением к контакту с сельскохозяйственными животными и наглядно показывает поражаемость трудоспособного возраста. Это наносит огромный социально – экономический ущерб и является еще одним актуальным аспектом данного заболевания. [1]. Среди заболевших оказалось 58,4% лиц

№	Симптомы и синдромы	Острый бруцеллез (n=113)	Подострый бруцеллез (n=25)	Хронический Бруцеллез (n=108)
		%	%	%
1	Лихорадка	75,9	48	39,2
2	Озноб	58,3	69,6	41,2
3	Лимфоаденопатия	64,8	73,9	39,2
4	Гепатомегалия	62,0	95,6	45,7
5	Пораж.серд-сос.системы	19,3	20	27,1
6	Пораж.органов дыхания	6,5	0	3,3
7	Пораж. нервной системы	4,6	12	9,3
8	Спленомегалия	4,6	24	13,1
9	Пораж. мочеполовой системы	0,9	8	0,9
10	Поражение суставов	74,1	64	80,4

Рис. №7. Основные клинические проявления бруцеллеза.

мужского пола и 41,6% женщин, это связано с тем, что мужчины больше привлечены к уходу за скотом, к работе во время окота, к разделке туш животных, к стрижке овец.[3]. Среди госпитализированных городских жителей – 56 человек (17,6%), сельских жителей – 259 (81,4%) и 3 граждане Казахстана.

При изучении сезонности бруцеллеза выявлено, что пик заболеваемости приходится в период с февраля по май месяцы и традиционно совпадает с периодом окота у животных.(рис.5)

Госпитализированным больным с бруцеллезом согласно классификации по Г.П.Рудневу были выставлены следующие клинические формы, частота которых распределилась следующим образом:(рис.6)

Таким образом, видно, что острые формы бруцеллеза незначительно превышают количество больных с хроническими формами 35,5% и 33,9% соответственно. Возможно, такой высокий процент больных с хроническими формами инфекционного процесса связан с неудовлетворительным лечением в острой фазе заболевания. Несмотря на проводимые ветеринарные и противоэпидемические мероприятия встречаются случаи суперинфицирования, в обследуемой группе – у 8,5% больных. Из – за поздней обращаемости и поздней диагностики 6% больным выставлен

первично – хронический бруцеллез. У 8,2% больных сохраняется клиника остаточных явлений. При изучении клинических проявлений нами были выделены основные синдромы и проведен сравнительный анализ выраженности данных синдромов при различных клинических формах бруцеллеза.(7)

Таким образом, клиника бруцеллеза сохраняет свои основные черты системной инфекции, в которую могут вовлекаться любые органы и системы организма. При остром бруцеллезе преобладали септико-метастатические формы из 113 больных с острым бруцеллезом у – 112 (99,1%), септическая форма лишь у 1 больного. Во всех формах наблюдались изменения в органах РЭС системы и высокий процент поражений опорно-двигательного аппарата, особенно настораживает тот факт, что при хронических формах бруцеллеза эта цифра достигает 80,4%. При хронической форме бруцеллеза основным вариантом явилась локомоторная форма (97 больных (89,8%) из 108), протекавшая с болями и воспалительными изменениями в крупных суставах, а так же миалгиями. В 11 (10,2%) случаях диагностирована комбинированная форма у 10 больных комбинация локомоторной + нервной форм бруцеллеза и в 1 случае локомоторной + урогенитальной формы.

Неврологическая симптоматика складывалась из жалоб на выраженные головные боли, головокружение, шум в ушах, светобоязнь, поражениями периферической нервной системы в виде плекситов, радикулитов, задержки при мочеиспускании. У одного пациента имело место течение серозного менингита, с характерными изменениям ликвора. Урогенитальная форма поставлена 1 пациентке с отягощенным акушерским анамнезом (дважды мертворождения и 1 раз случай замершей беременности). Диагноз хронического бруцеллеза, суперинфекция был выставлен на основании давности заболевания, появление вновь септического компонента в

клинике, а так же на основании нарастания титров реакции Райта – Хеддельсона с 1:200 – до 1:1600, только в 3 случаях данный диагноз выставлен при низких титрах 1:50 – 1:100.

После изучения клинических проявлений заболевания нами определялась степень тяжести острого бруцеллеза на основании выраженности интоксикации и объективных данных. Легкое течение заболевания было установлено у 11,6 %, среднетяжелое - у 86,1% и тяжелое - у 2,3% больных.

Степень компенсации хронического бруцеллеза оценивалась по степени выраженности очаговых проявлений и выраженности

Схемы терапии	Число больных, получивших терапию
Доксициклин+гентамицин	63
Гентамицин	1
Цефон+Цебанекс+Ципрокс+Гентамицин	1
Гентамицин+Доксициклин+Ципрофлоксацин+Левомецетин-сукцинат	1
Цефтриаксон+Гентамицин+Доксициклин	1
Доксициклин	5
Ципрокс+Гентамицин+Доксициклин	2
Ципрофлоксацин+Гентамицин	4
Гентамицин+Рифампицин+Бисептол	1
Левомецетин-сукцинат+Доксициклин	2
Ципрокс+Цебанекс+Гентамицин	1
Цефтриаксон+Гентамицин+Доксициклин+Ципрокс+Пропинем	1
Доксициклин+Ципрокс	2
Гентамицин+Доксициклин+Цефтриаксон	1
Ципрофлоксацин	2
Гентамицин+Меристат+Ципрофлоксацин	1
Рифампицин+Бисептол	1
Рифампицин+Левомецетин-сукцинат	1
Ципрофлоксацин+Доксициклин	1
Гентамицин+Доксициклин+Ципрофлоксацин	7
Левомецетин-сукцинат+Гентамицин+Доксициклин+Рифампицин	1
Ципрофлоксацин+Левомецетин-сукцинат	2
Гентамицин+Бисептол	3
Гентамицин+Ципрофлоксацин+Левомецетин	1
Ципрофлоксацин+Левомецетин-сукцинат	4
Метрид+Гентамицин+Ципрофлоксацин	1
БЕЗ АНТИБИОТИКОВ	2

нарушений в функции органов. Хронический бруцеллез в стадии компенсации выявлен у 6,9 %, субкомпенсации - у 81,6% и декомпенсации - у 11,5% больных.

При выполнении бактериологического исследования больным острым бруцеллезом из крови была выделена культура бруцелл лишь в 13,9% случаев. При исследовании крови больных острым бруцеллезом в реакции Хеддельсона положительные результаты ее были получены у всех пациентов.

В реакции агглютинации Райта у 74,3% пациентов с острым бруцеллезом выявляли диагностические титры - 1:200 - 1:1600. При хроническом бруцеллезе положительная реакция Райта была в 69% случаев, причем в диагностических титрах только в 29,8%.

Анализ проводимого лечения больным с острой формой бруцеллеза выявил значительные отступления врачами от клинического протокола.

Приводим перечень примененных схем и комбинаций лечения острой формы бруцеллеза (n=113):

Анализ антибактериальной терапии больных с острой формой бруцеллеза показал, что врачи не придерживаются рекомендаций клинического протокола, по причине неэффективности. Это обуславливает необходимость проведения бактериологического исследования на чувствительность к антибиотикам. Известно, что кроме социально – экономического ущерба, бруцеллез обуславливает высокий уровень инвалидизации больных.[2] Несвоевременность лечения, неправильной подбор антибиотиков, либо неадекватная дозировка препаратов могут существенно повлиять на исходы и прогноз заболевания.

Выводы

1. В КР сохраняется высокий уровень заболеваемости бруцеллезом, несмотря на тенденцию к снижению в 2012 г., с ростом заболевания среди городского населения (17,6%) с алиментарным путем инфицирования.

2. Проводимая вакцинация животных значительно снизила заболеваемость бруцеллезом среди людей.

3. Течение острого бруцеллеза характеризуется преобладанием септико-метастатических форм (99,1%). При хроническом бруцеллезе наблюдается полиоорганный и многосистемный характер поражений со склонностью к длительному, рецидивирующему течению, связанный с высоким уровнем суперинфекции (8,5%).

4. Проводимая терапия не соответствует клиническому протоколу, ввиду неэффективности, обуславливает высокий уровень хронизации бруцеллеза (33,9%) и требует дальнейшего совершенствования схем этиотропной терапии.

Литература:

1. Н.М-Г. Зулпукарова, М.М. Магомедов. Клиническая характеристика современного бруцеллеза в различных возрастных группах.//сб.мат. российской научно – практич. конф. «Актуальные проблемы инфекционной патологии». – 2009. г. Томск
2. Л.Е. Цирельсон, М.М. Желудков Бруцеллез в России: профессиональные заболевания и трудовой прогноз//журн. Эпидемиология и инфекционные болезни. -2011.-№5. – С.43-47.
3. К.Т. Омуралиев, Н.М. Мамасадыков, А.В. Аникин, Р.Т. Чиналиева Эпидемиологическая ситуация по заболеваемости бруцеллезом в г.Бишкек//журн. Медицина Кыргызстана. – 2013. - №1. – С.119-121.
4. Статистические отчеты ЦКиООИ ДПЗ и ГСЭН за 2000- 2013 гг.

ИЗМЕНЕНИЕ РЕГУЛЯТОРНЫХ МЕХАНИЗМОВ ЭРИТРОПОЭЗА У БОЛЬНЫХ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ ГИПОКСИИ

Эралиева М.О., Куменова Д.А.

Кыргызский научный центр гематологии
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Данная работа посвящена изучению регуляторов эритропоэза в условиях высокогорной гипоксии у больных апластической анемией. Представленные данные подтверждают, что гипоксическая гипоксия положительно влияет на ряд гематологических показателей, нормализуя эритропоэз (повышение гемоглобина, ЭПО и HIF-1 α).

Ключевые слова: HIF-1 α , гипоксическая гипоксия, эритропоэтин, гепсидин, апластическая анемия.

БИЙИК ТООЛУУ ГИПОКСИЯНЫН ТААСИРИ АСТЫНДА АПЛАСТИКАЛЫК КАН АЗДУУЛУК МЕНЕН ООРУГАН ООРУЛУУЛАРДЫН ЭРИТРОПОЭЗИНИН РЕГУЛЯЦИЯСЫНЫН ӨЗГӨРҮШҮ

Эралиева М.О., Куменова Д.А.

Кыргыз гематология илимий борбору
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул макалада апластическая кан аздуулук менен ооруган оорулуулардын эритропоэзинин регуляторлоруна бийик тоодогу гипоксиянын таасири изилденген. Бул изилдөөнүн жыйынтыгында бийик тоодогу гипоксиянын кандын көрсөткүчтөрүнө оң таасирин тийгизгендигин көрсөтөт.

Негизги сөздөр: HIF-1 α , гипоксическая гипоксия, эритропоэтин, гепсидин, апластическая кан аздуулук.

CHANGING REGULATORY MECHANISMS OF ERYTHROPOESIS IN PATIENTS WITH APLASTIC ANEMIA UNDER THE INFLUENCE OF HYPOXIA

Eralieva M.O., Kumenova D.A.

Kyrgyz Scientific Center of Hematology
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. This work is devoted to the study of the regulation of erythropoiesis in patients with aplastic anemia during his stay in the highland hospital, at an altitude of 3200 meters above sea level. The presented data suggest that hypoxic hypoxia positive effect on a number of hematological parameters, normalizing erythropoiesis (increase in hemoglobin, EPO and HIF-1 α).

Keywords: HIF-1 α , hypoxic hypoxia, erythropoietin, hepcidin, aplastic anemia.

Апластическая анемия относится к патологии, в основе которой лежит недостаточность костномозгового кроветворения, а гипоксическая гипоксия ведет к стимуляции кроветворной системы, поэтому представляет интерес к изучению состояния регуляторных механизмов, отвечающих за эритропоэз [1,2].

Характерной особенностью АА является неэффективный эритропоэз, поэтому вполне естественными являются значительные изменения в метаболизме железа. Известно, что метаболизм железа является одним из основных факторов эритропоэза и его регуляция важна

для всего процесса кроветворения. А фактором, стимулирующим эритропоэз, является гипоксия, которая, увеличивает образование эритропоэтина в почках - основного гормона эритропоэза. Эритропоэтин (ЕРО), в свою очередь, стимулирует пролиферацию и дифференцировку эритроидных клеток в кроветворных тканях [3].

В последние годы уделяется много внимания изучению белков межклеточного взаимодействия, которые являются адаптационными факторами в стрессовых ситуациях. Одним из главных факторов межклеточного взаимодействия является фактор

индуцируемый гипоксией — HIF-1 α [5,6,8]. Этот, фактор, обладающий транскрипционной активностью, впервые был идентифицирован Греггом Семензой и его сотрудниками из университета Джона Хопкинса в Балтиморе в 1992 году, как регулятор экспрессии эритропоэтина [8]. HIF-1 α считается ведущим транскрипционным регулятором генов млекопитающих, ответственных за реакцию на недостаток кислорода. Он активизируется в физиологически важных местах регуляции кислородных путей, обеспечивая быстрые и адекватные ответы на гипоксический стресс, включает гены, регулирующие процесс ангиогенеза, вазомоторный контроль, энергетический метаболизм, эритропоэза и апоптоз [6,7,8]. При гипоксии HIF-1 α стабилизируется, и ДНК эритропоэтина связывается с HIF-1 α , что ведет к экспрессии гена эритропоэтина (ЭПО) и, соответственно, к увеличению уровня ЭПО в циркуляции и усилению пролиферации эритроидных предшественников. Это, в свою очередь, ведет к быстрой мобилизации железа из ретикулоэндотелиальных клеток и использованию его для синтеза гемоглобина. В литературе нет данных об изменении HIF-1 α при воздействии одновременно анемической и гипоксической гипоксиях у больных с апластической анемией.

Материал и методы

Больные АА для горноклиматического лечения были подняты в высокогорный стационар (перевал Туя-Ашу, 3200 м над уровнем моря). Исследованию подверглись 24 пациента АА. Для определения эритропоэтина, фактора индуцируемого гипоксией (HIF-1 α), гепсидина и др. тестов, проводился забор крови: первый раз – исходный, в гематологическом стационаре г. Бишкек, второй забор на 20-й день пребывания

в высокогорном стационаре, 3-й забор на 40-й день пребывания в горах. Сыворотка в замороженном виде транспортировалась в лабораторию отделения химиотерапии лейкозов ГНЦ РАМН г. Москвы.

Эритропоэтин определялся методом ИФА, используя стандартизированные наборы («Протеиновый Контур», С.-Петербург).

HIF-1 α , гепсидин определялись иммуноферментным методом в «сэндвич» варианте, с использованием моноспецифических антисывороток и моноклональных антител против соответствующих антигенов фирмы IDG Int Inc. Конъюгаты моноклональных антител с пероксидазой хрена получались по методу Nascone [4]. Для сенсibilизации применялись моноспецифические антисыворотки, а для получения конъюгата использовали моноклональные антитела против соответствующих антигенов [9].

Для статистической обработки данных применялся парный критерий Стьюдента, а также использовались стандартные методы описательной статистики, дисперсионного и регрессионного анализов.

Результаты исследования

Как видно из табл. 1., концентрация гепсидина у больных I группы АА и контрольной группы оказались на одном уровне. Во II группе АА уровень гепсидина (ГП) в 1,5 раза повышен, чем в контрольной группе ($106,9 \pm 12,5$ пг/мл), что является, видимо, следствием неэффективного эритропоэза и/или воспаления, так как гепсидин является медиатором воспаления (табл. 1). HIF-1 α у больных АА обеих групп изначально повышен в 2,5 раза по сравнению с контрольной группой ($11,2 \pm 0,8$ пг/мл) ($p < 0,001$), что объясняется влиянием анемической гипоксии у больных АА.

На 3-5 день высокогорной адаптации

Таблица 1. Показатели регуляторов эритропоэза у больных АА в предгорных условиях (г. Бишкек, 760 м)

Обследуемые группы	Гепсидин пг/мл	ЭПО mU/мл	HIF-1 α пг/мл
Контроль	$108,4 \pm 3,5$	$12,3 \pm 1,2$	$4,2 \pm 0,5$
I группа АА	$106,1 \pm 12,2$	$43,6 \pm 8,1^*$	$11,2 \pm 0,8^*$
II группа АА	$440,3 \pm 48,7^*$	$486,8 \pm 58,2^*$	$20,4 \pm 2,4^*$

Примечание:

* - $p < 0,001$ у больных по сравнению с контролем

^ - $p < 0,05$ у больных по сравнению с контролем

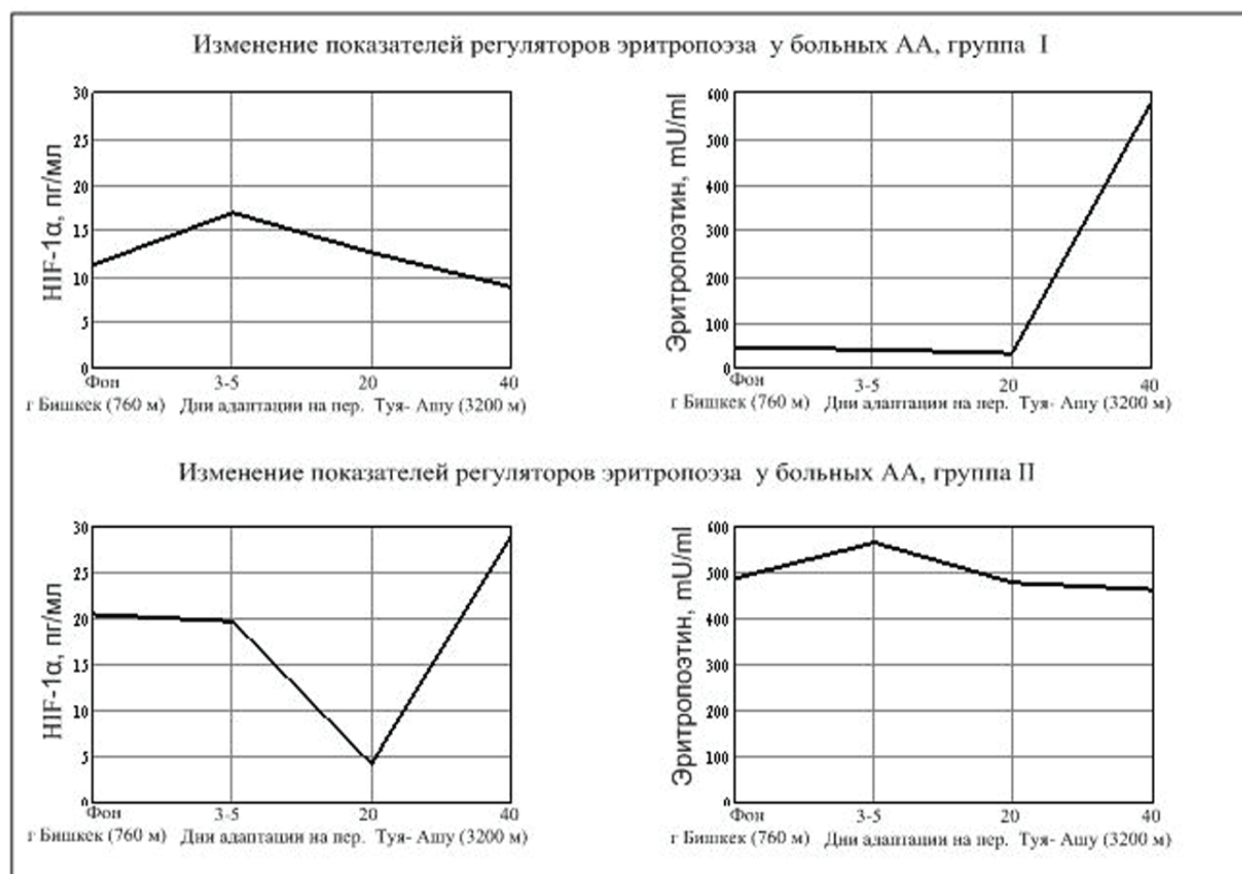


Рис. 1. Изменение показателей HIF-1α и ЭПО у больных апластической анемией до и в процессе ВГКЛ

концентрация HIF-1α увеличивалась в 1,5 раза ($16,9 \pm 0,9$ пг/мл). К 40-му дню пребывания больных в горах организм адаптируется к состоянию высокогорной гипоксии и уровень HIF-1α снизился, хотя и остался повышенным по сравнению с контрольной группой ($8,9 \pm 0,7$ пг/мл). Являясь основным регулятором эритропоэтина, HIF-1α повышает синтез эритропоэтина, а ЭПО, в свою очередь, увеличивает продукцию гемоглобина. Очередность этих процессов хорошо прослеживается у больных АА в данной группе: вначале к 20-му дню повышается HIF-1α, а к 40-му дню, когда он снижается, повышается ЭПО и увеличивается значение гемоглобина, причем рост гемоглобина подтверждается клиническим улучшением состояния больных.

Уровень ЭПО у больных АА на всем протяжении исследования остается высоким, что объясняется анемией, присущей этим больным. В то же время доказано, что у больных АА остается нормальной или даже повышенной способностью стромальных

клеток продуцировать гемопоэтические ростовые факторы (А.Р. Раимжанов, 2002), поэтому состояние высокогорной гипоксии и снижение HIF-1α приводит к увеличению ЭПО, который постепенно повышается и достигает максимального значения к 40-му дню ($582,4 \pm 73,1$ мU/l).

Как показали наши данные, в условиях низкогогорья у больных АА вне гематологической ремиссии выявлены очень высокие показатели ЭПО и HIF-1α. К 40-му дню пребывания в условиях высокогорной гипоксии уровень эритропоэтина снизился незначительно, что указывает на стимулирующем влиянии высокогорья на эритропоэз. Уровень HIF-1α также снижался, достигая нормальных цифр в 20-й день ($4,2$ пг/мл), однако к 40-му дню отмечался резкий прирост до 29 пг/мл ($p < 0,001$). Возможно, это объясняется тем, что для больных данной группы продолжалось влияние высокогорной и гемической гипоксии из-за нарастающей анемии.

Литература:

1. Андреева А.П., Замчий А.А. и др. Особенности обмена железа в условиях горного климата. II съезд гематол. и трансфузиол. с. 356.
2. Михайлова Е.А., Савченко В.Г., Арчуадзе Ш.З. Иммунологические аспекты патогенеза апластической анемии // Проблемы гематологии и переливания крови. – 2005. – № 1. – С. 16–25.
3. Раимжанов А.Р. Апластическая анемия и горный климат. – Бишкек, 2002. – 303 с.
4. Цветаева Н.В., Левина А.А. Иммуноферментный метод определения гомоцистеина // Патогенез. – 2005. – № 2. – С. 48–51.
5. Серебровская Т. В. Гипоксия-индуцированный фактор: роль в патофизиологии дыхания (обзор) / Т. В. Серебровская // Укр. пульмонолог. журн. – 2005. – № 3. – С. 77–81.
6. Gaman A., Gaman G., Bold A. Acquired aplastic anemia: correlation between etiology, pathophysiology, bone marrow histology and prognosis factors // Rom. J. Morphol. And Embryol. – 2009. – Vol. 50, N 4. – P. 669–674.
7. Ganz T. Heparin and its role in regulating systemic iron metabolism // Hematology. – 2006. – Vol. 11. – P. 29–35.
8. Peyssonnaud C., Zinkernagel A.S., Schuepbach R.A. et al. Regulation of iron homeostasis by the hypoxia-inducible transcription factors // J. Clin. Invest. – 2007. – Vol. 117, N 7. – P. 1926–1932.
9. E. Nemeth, T. E. Kemm, P. Pikkers et al. Time-course analysis of hepcidin, serum iron and plasma cytokine levels in human injected with LPS. Blood 2003; 206 (5): 1864–1866.

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 ученых.

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.

«УПЛОТНЕННАЯ» АДЬЮВАНТНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ – НОВАЯ СТРАТЕГИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Эджаз Ахмад Малик

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В данной исследовательской работе проведено сравнение 3-х методов адъювантной химиотерапии («уплотненной» химиотерапии в 2-х режимах, и стандартной) в лечении больных раком молочной железы.

Цель: оценить эффективность «уплотненной» адъювантной химиотерапии в лечении больных раком молочной железы

Ключевые слова: рак молочной железы, «уплотненная» химиотерапия, адъювантная химиотерапия.

«ТЫГЫЗДАЛГАН» АДЬЮВАНТТУУ ХИМИОТЕРАПИЯ – ЭМЧЕК БЕЗДЕРИНИН РАК ООРУСУН ДАРЫЛООНУН ЖАҢЫ СТРАТЕГИЯСЫ

Эджаз Ахмад Малик

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул изилдөө ишинде эмчек безинин рак оорусу менен ооруган оорулууларды дарылоодо колдонулган адъюванттык химиотерапиянын («тыгыздалган» химиотерапия 2 режимде, жанаистандарттуу) 3 методуна салыштыруу жүргүзүлдү.

Негизги сөздөр: эмчек безинин рагы, «тыгыздалган» химиотерапия, адъюванттуу химиотерапия.

«DOSE-DENSE» ADJUVANT CHEMOTHERAPY – IT IS A NEW STRATEGY IN THE TREATMENT OF BREAST CANCER

Ajaz Ahmed Malik

I.K Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. This research work compared three methods of adjuvant chemotherapy (“dose-dense” chemotherapy in 2 modes, and standard method) in the treatment of breast cancer patients .

Objective: To evaluate the effectiveness of a “dose-dense” adjuvant chemotherapy in the treatment of breast cancer patients

Keywords: breast cancer, “dose-dense” chemotherapy, adjuvant chemotherapy.

Рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место в структуре онкологической заболеваемости женского населения во всем мире. В мире ежегодно регистрируют более 1 млн. женщин с впервые выявленным РМЖ, и каждый год более 600 тыс. больных погибают от этого заболевания.

В последние годы подходы к лечению РМЖ претерпели значительные изменения. Эти изменения коснулись преимущественно ранней диагностики рака молочной железы и подходов к химиотерапии.

Современная стандартная химиотерапия лишь незначительно увеличивает безрецидивный интервал у больных РМЖ. У больных с местно-

распространенным заболеванием 5-летняя безрецидивная выживаемость составляет от 13% до 45%, а 10-летняя – от 10% до 30%. Метастатический РМЖ остается неизлечимым заболеванием. В течение 2 и 5 лет от момента диагностики живут в среднем 30% и 5% соответственно [1].

Наиболее распространенные направления исследований, направленные на улучшение результатов лечения больных РМЖ, - это испытания новых лекарственных средств и новых дозовых режимов химиотерапии. Однако ни одна из этих двух стратегий пока существенно не улучшила выживаемость этой группы больных [2].

Термин dose-dense chemotherapy (химиотерапия с сокращенными интервалами или «уплотненная» химиотерапия) подразумевает введение более высокой дозы цитостатиков с сокращенными интервалами между введениями. Предполагается, что при повышении частоты введения противоопухолевых препаратов и уменьшении интервала времени между введениями (в течение которого опухоль способна возобновить свой рост), будет увеличен цитотоксический эффект препарата.

Плотность дозы – термин, подразумевающий введение большей дозы цитостатика с укороченным интервалом между введениями. Такое частое введение препаратов приводит к тому, что у опухолевых клеток нет возможности возобновить свой рост, и количество погибших опухолевых клеток, таким образом, увеличивается. Главными препятствиями при таком режиме являются, прежде всего, гематологическая токсичность. К счастью, введение в клиническую практику колониестимулирующих факторов дает возможность избежать тяжелых побочных эффектов, связанных с цитопенией.

В 1964 г. Skipper и Schabel описали экспоненциальный характер роста опухолевых клеток и показали способность к формированию резистентных к лекарственным влияниям клонов клеток, используя в качестве модели линию мышины лейкемии L1210 [12]. В 1971 г. Skipper развил математическую модель и попытался объяснить роль химиотерапии в кинетике роста клеток РМЖ. По его модели доза вводимой химиотерапии необратимо повреждает всегда определенную фракцию опухолевых клеток [13].

Основываясь на клинических данных, свидетельствующих о том, что у больных ранним или местно-распространенным РМЖ, не смотря на проводимую химиотерапию, все равно возникает рецидив, Nortoni Simon [14] сделали вывод о том, что в промежутке между курсами химиотерапии опухолевые клетки способны к возобновлению своего роста. Они предположили, что для повышения эффективности химиотерапии необходимо разработать такие методы, которые не позволили бы опухолевым клеткам возобновить свой рост в промежутке между циклами химиотерапии и увеличили бы количество погибших клеток путем введения максимальных доз цитостатиков

[14, 15].

Химиотерапия с сокращенными интервалами между введениями – новая концепция химиотерапии, которая, возможно, изменит результаты лечения больных РМЖ к лучшему. Первые результаты клинических исследований, изучающих эту концепцию, доказали, что это направление химиотерапии является перспективным вариантом противоопухолевого лечения.

Материалы и методы

В нашей работе проведено исследование 245 больных раком молочной железы в возрасте от 25 до 65 лет (средний возраст 45 лет), находившихся на лечении в «Fortisinternationaloncologyhospital» (Delhi, India).

Больные распределены на группы по возрастам, стадиям заболевания, молекулярному типу опухоли, гистологическому строению.

В возрасте от 25 до 35 лет – 29 пациентов (11,8%), от 36 до 45 лет – 69 (28,2%), от 46 до 55 лет – 80 (32,6%), от 56 до 65 лет – 67 больных (27,4%).

Всем больным со II и III стадией заболевания проведено хирургическое лечение в объеме радикальной мастэктомии и органосохраняющей операции.

Из 245 больных 88 (35,9%) пациентам (1 группа) проведен «уплотненный» курс адъювантной химиотерапии: 4 цикла АС + 4 цикла Паклитаксел 175 мг/м² 1-15 дни; 62 (25,3%) больным (2 группа) – 4 цикла химиотерапии в режиме АС + паклитаксел 85 мг/м² еженедельно в течение 12 недель; 95 (38,8%) больным (3 группа) – 4 цикла химиотерапии в режиме АС + 4 цикла в режиме Паклитаксел 175 мг/м² 1-21 дни (стандартная химиотерапия).

Результаты

У пациенток, получивших химиотерапию в «уплотненном» режиме наблюдали значимое увеличение частоты безрецидивного периода по сравнению со стандартной схемой лечения.

Химиотерапия по «уплотненной» схеме сопровождалась невысокой частотой побочных эффектов (анемия и тромбоцитопения), частота нейтропении и инфекций была одинаковой. У больных, получивших химиотерапию в стандартном режиме, частота побочных эффектов была более выражена.

Таб. 1

4-х летний безрецидивный период в группе больных, получивших «уплотненную» адъювантную химиотерапию по схеме: 4 цикла АС + 4 цикла Паклитаксел 175 мг/м² 1-15 дни

Возраст	Стадия	Число пациентов	Органсохр. хирургия	мастэктомия	4 –лет. безрецидивный период
25-35	II	8	7	1	95%
25-35	III	3	1	2	100%
36-45	II	18	7	11	85%
36-45	III	9	1	8	90%
46-55	II	14	5	9	94%
46-55	III	15	1	14	95%
56-65	II	11	-	11	92%
56-65	III	10	-	10	80%
Итого		88	22	66	92%

Таб. 2

4-х летний безрецидивный период в группе больных, получивших «уплотненную» адъювантную химиотерапию по схеме: 4 цикла химиотерапии в режиме АС + паклитаксел 85 мг/м² еженедельно в течение 12 недель

Возраст	Стадия	Число пациентов	Орган сохр. хирургия	мастэктомия	4 –лет. безрецидивный период
25-35	II	4	4	-	96%
25-35	III	3	1	2	97%
36-45	II	10	4	6	91%
36-45	III	7	1	6	84%
46-55	II	10	5	5	92%
46-55	III	10	1	9	89%
56-65	II	07	2	5	94%
56-65	III	11	-	11	83%
Итого		62	18	44	91%

Таб. 3

4-х летний безрецидивный период в группе больных, получивших «уплотненную» адъювантную химиотерапию по стандартной схеме

возраст	стадия	число пациентов	Орган сохр. хирургия	мастэктомия	4 –лет. безрецидивный период
25-35	II	07	5	2	86%
25-35	III	05	1	4	81%
36-45	II	12	5	7	82%
36-45	III	11	3	8	74%
46-55	II	17	8	9	84%
46-55	III	14	1	13	77%
56-65	II	12	3	9	83%
56-65	III	17	-	17	72%
Итого		95	26	69	80%

Заключение

Наши результаты подтверждают эффективность и безопасность «уплотненной» химиотерапии, как способа послеоперационной адъювантной химиотерапии. «Уплотненная» химиотерапия характеризовалась одинаковой переносимостью по сравнению со стандартным лечением, но улучшала клинические результаты лечения больных РМЖ.

Литература:

1. Bonnadona G, Valagussa P, Moliterni P. Adjuvant cyclophosphamide, methotrexate, and fluorouracil in node-positive breast cancer: The results of 20-years of follow-up. *New Engl J Med* 1995;332: 901-906.
2. Hamilton A and Hortobagyi G. Chemotherapy: What progress in the last 5 years. *J ClinOncol* 2005; 23: 1760-1775.
3. Piccart-Gebhart M. Mathematics and Oncology: A Match for Life? *J ClinOncol* 2003; 21: 1425-1428.
4. Blume KG, Thomas ED. A review of autologous hematopoietic cell transplantation. *Biol Blood Marrow Transplant* 2000, 6: 1-12.
5. Gutierrez-Delgado F, Maloney DG, Press OW, et al. Autologous stem cell transplantation for non-Hodgkin lymphoma: comparison of radiation-based and chemotherapy-only preparative regimens. *Bone Marrow Transplant* 2001; 28: 455-61.
6. Gutierrez-Delgado F, Maloney DG, Holmberg LA, et al. Autologous stem cell transplantation for patients with Hodgkin's disease, a comparison of two high-dose chemotherapy regimens. *Bone Marrow Transplant* 2003, 32:279-85.
7. Gutierrez-Delgado F, Holmberg LA, Hooper H, et al. High-dose busulfan, melphalan and thiotepa as consolidation for non-inflammatory high-risk breast cancer. *Bone Marrow Transplant* 2000; 26:51-59.
8. Hrynyuk WM, Bush H. The important of dose intensity in chemotherapy of metastatic breast cancer. *J ClinOncol* 1984; 2: 1281-1288.
9. Budman DR, Berry DA, Cirincione CT. Dose and dose intensity as determinants of outcome in the adjuvant treatment of breast cancer: The Cancer and Leukemia Group B. *J Natl Cancer Inst* 1998; 90: 1205-1211.
10. Gutierrez-Delgado F, Titov D, Tjulandin SA and Garin AM. Drug dose delivery and treatment outcome relationship in standard bleomycin, etoposide and cisplatin (BEP) combination chemotherapy for nonseminomatous germ cell tumor patients. *Neoplasma*. 1999; 46:190-5.
11. Norton L. Conceptual and Practical implications of breast tissue geometry: Toward a more effective, less toxic therapy. *The Oncologist* 2005; 10: 370-381.
12. Skipper HE, Schabel FM, Wilcox X. Experimental evaluation of potential anticancer agents. XIII: On the criteria and kinetics associated with curability of experimental leukemia. *Cancer Chemother Rep* 1964; 35: 1-111.
13. Skipper HE. Kinetics of mammary tumor cell growth and implications for therapy. *Cancer* 1971; 28: 1479-1499.
14. Norton L, Simon R. The Norton-Simon hypothesis revisited. *Cancer Treat Rep* 1986; 70: 163-169.
15. Norton L, Simon R, Brereton J, et al. Predicting the course of Gompertzian growth. *Nature*; 1976: 542-555.
16. Goldie JH, Coldman AJ. A mathematical model for relating the drug sensitivity of tumors to their spontaneous mutation rate. *Cancer Treat Rep* 1979; 63: 1727-1733.
17. Bonadonna G, Zambetti M, Valagussa P. Sequential or alternating doxorubicin and CMF regimens in breast cancer with more than three positive nodes. Ten-year results. *JAMA* 1995; 273: 542-547.
18. Bonadonna G, Zambetti M, Moliterni A et al. Clinical relevance of different sequencing of doxorubicin and cyclophosphamide, methotrexate and fluorouracil in operable breast cancer. *J ClinOncol* 2004; 22: 1614-1620.
19. Citron ML, Berry DA, Cirincione C, et al. Randomized trial of dose-dense versus conventionally scheduled and sequential versus concurrent combination chemotherapy as postoperative adjuvant treatment of node-positive primary breast cancer: first report of intergroup trial C9741/Cancer and Leukemia Group B Trial 9741. *J ClinOncol* 2003; 21: 1431-1439.

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ФУРУНКУЛОВ И КАРБУНКУЛОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Бакиев Б.А., Касенова Н.С., Чолпонбаев К.С.,
Дооталиева С.Ч., Именов Д.А.

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

Резюме. Представлены разработанные инновационные способы комплексного лечения фурункулов и карбункулов челюстно-лицевой области с применением Пио бактериофага «Фагио» и мази «Гипофур».

Ключевые слова: фурункул, карбункул, челюстно-лицевая область, гнойная рана, бактериофаг, мазь «Гипофур».

БЕТ-ЖААК АЙМАГЫНЫН ФУРУНКУЛ ЖАНА КАРБУНКУЛ ООРУЛАРЫН КОМПЛЕКСТҮҮ ДАРЫЛООДОГУ ИННОВАЦИЯЛЫК ЖОЛДОРУ

Бакиев Б.А., Касенова Н.С., Чолпонбаев К.С.,
Дооталиева С.Ч., Именов Д.А.

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

Коротунду. Макалада бет-жаак аймагынын фурункул жана карбункул оорулдагын, Пио бактериофагы «Фагио» жана «Гипофур» мазын колдонуу менен комплекстүү дарылоонун ыкмалары берилген.

Негизги сөздөр: фурункул, карбункул, бет-жаак аймак, бактериофаг, «Гипофур» мазын.

INNOVATIVE APPROACHES IN TREATMENT OF BOILS (FURUNCLES) AND CARBUNCLES OF MAXILLOFACIAL REGION

Bakiev B.A., Nazgul S. Kasenova, Cholponbaev K.S.,
Dootalieva S.Ch., Imenov D.A.

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

Resume. The complex of developed innovative ways for treatment of boils (furuncles) and carbuncles maxillofacial using bacteriophage Pio «Fagio» and ointments «HYPOFUR» is given in this work.

Key words: carbuncles, furuncles, maxillofacial area, a purulent wound, bacteriophag, ointments «HYPOFUR».

Введение

Актуальной проблемой медицины является лечение ран и раневой инфекции, которое занимает ведущее место в хирургической практике. Воспалительные процессы челюстно-лицевой области (ЧЛО) и шеи составляют 57,5 - 62,4% хирургических больных челюстно-лицевого стационара [5,10,17]. Гнойная инфекция за последние годы обрела более агрессивный характер, появилась резистентная к существующим антибиотикам стафилококковая микрофлора, нередко являющаяся причиной гнойничковых заболеваний кожи [1,2,3,4,8,10,14,17].

Фурункулы и карбункулы лица являются наиболее распространенными гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей и встречаются в 30% случаев, в том

числе фурункулы у 64%, а карбункулы – у 15% больных [10,18]. По данным клиники ЧЛХ ММА (г. Москва) они увеличились с 4,5% в 1994г. до 17% в 1997г., т.е. в 3,7 раза [7,11]. Наряду с этим, выросла и частота септикопиемических осложнений, представляющих угрозу жизни больного, которые значительно превосходит таковую при флегмонах [14]. Многие вопросы этиологии, патогенеза, лечения и профилактики фурункула челюстно-лицевой области продолжают оставаться нерешенными, что объясняет интерес исследователей к этой проблеме [6,9,19,20,21].

Основным принципом в лечении гнойных ран (ГР) является комплексный подход, состоящий из ряда обязательных компонентов: хирургическое дренирование очага гнойной инфекции, антибактериальное,

детоксикационное, общеукрепляющее, иммуно-корректирующее и симптоматическое лечение. Соответственно, определены основные задачи лечения ГР: 1. быстрое очищение раны; 2. подавление жизнедеятельности раневой микрофлоры; 3. сокращение срока течения фазы регенерации; 4. коррекция нарушений в системе гомеостаза [12,13,15,16,27].

Общепринятое лечение гнойных ран под повязкой с различными лекарственными препаратами является наиболее распространенным методом в клинической практике. Несмотря на эффективность открытого метода, в большинстве случаев он имеет ряд существенных недостатков, главными из которых является трудность подбора адекватного средства и его малодоступность, продолжительность лечения, а длительное существование обширных ран с резорбцией продуктов патологического метаболизма в ГР, нередко приводят к эндотоксемии, гнойно-раневому истощению и прогрессированию ГВП [17,26].

Помимо традиционного антибактериального лечения альтернативным методом является фаговая терапия, которая была впервые разработана в начале прошлого века [22,23,24,25]. Механизм фаговой терапии обусловлен тем, что бактериофаги являются специфическими вирусами бактерий, которые лизируют микробы, вызывающие бактериальные инфекции. Помимо этого фаги обладают такими свойствами как: отсутствие резистентности, дисбактериозов, побочных явлений, снижают длительность и выраженность интоксикации. Следовательно, изучение эффективности воздействия бактериофагов при гнойно-воспалительных заболеваниях и, в частности фурункулов и карбункулов лица является актуальной проблемой современной хирургии.

Насегодня в медицинской практике имеется достаточно широкий арсенал ранозаживляющих лекарственных средств различных фармакологических групп, оказывающих выраженное стимулирующее воздействие на репаративные процессы, обезболивающее и антибактериальное действие. Традиционно для лечения раневых повреждений кожи используют мази, составляющие в настоящее время более 80% готовых дерматологических лекарственных форм. Однако, особое внимание следует уделить комбинированным лекарственным формам отечественного производства, которые

отличаются доступностью и более широким спектром фармакологической активности. Следовательно, разработка и внедрение новых подходов и методов комплексной терапии фурункулов и карбункулов лица с учетом фазы течения ГР с применением современных антибактериальных, антисептических и ранозаживляющих комбинированных средств является насущной задачей [13,15,26].

Цель исследования – разработка и внедрение инновационных подходов и методов комплексной терапии больных с фурункулами и карбункулами челюстно-лицевой области с учетом фазы течения ГР области с использованием бактериофагов и мази «Гипофур».

Поставленная цель решалась комплексным использованием разработанных инновационных способов лечения гнойных ран челюстно-лицевой области, а именно:

1. Разработан и внедрен в практику аппликационный способ лечения фурункулов и карбункулов челюстно-лицевой области с применением мази «Гипофур» (уд. на рац. предложение №05/14 от 17.01.2014г. Авт.: Касенова Н.С., Бакиев Б.А., Чолпонбаев К.С., Дооталиева С.Ч.).

ОсОО «Галенфарм» (г. Бишкек, КР) был разработан комбинированный лекарственный препарат мазь «Гипофур».

Состав: В 100 г мази содержится: активных веществ (нитрофурала – 0,02 г, масла облепихового – 20,0 г) и вспомогательных веществ (вазелина медицинского – 34,8 г, ланолина – 16,0 г, воска пчелиного – 6,5 г, воды очищенной – 22,5 г)

Описание: Мазь ярко-оранжевого цвета со слабым характерным запахом. Однородна.

Фармакодинамика: *Нитрофурал* – противомикробное средство, обладает отличным от других химиотерапевтических ЛС механизмом действия: микробные флавопротеины, восстанавливая 5-нитрогруппу, образуют высокореактивные аминопроизводные, способные вызывать конформационные изменения белков (в т.ч. рибосомальных) и др. макромолекул, приводя к гибели клеток. Активен в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий (*Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp., *Shigella dysenteriae* spp., *Shigella flexneri* spp., *Shigella boydii* spp., *Shigella sonnei* spp., *Escherichia coli*, *Clostridium perfringens*, *Salmonella* spp. и др.). Устойчивость

развивается медленно и не достигает высокой степени. Увеличивает активность РЭС, усиливает фагоцитоз. *Облепиховое масло* представляет собой концентрат каротиноидов, токоферолов, фосфолипидов, стероидов, филохинонов и жирных кислот. Одним из основных биологически активных компонентов является β -каротин, который способствует быстрой грануляции и эпителизации раневых, ожоговых поверхностей, ускоряет заживление язв слизистых оболочек, проявляет А-витаминную активность. Токоферолы обладают выраженным противосклеротическим, антигистаминным, противовоспалительным действием, предупреждают образование ядовитых продуктов окисления в тканях. Совместное использование нитрофураля и облепихового масла в одной лекарственной форме потенцирует их фармакологическое действие (антимикробное и репаративное).

Показания к применению: Для лечения язв, ран, ожогов 1, 2, 3а степени, трещин, пролежней, фурункулов и других гнойно-воспалительных заболеваний кожи.

Местное лечение проводилось по традиционной методике: на первом этапе производилось широкое вскрытие гнойного очага под местной инфильтрационной анестезией Sol. Novocaini – 2% или Sol. Lidocaini – 2%, после предварительной асептической обработки операционного поля, далее проводилась ревизия раны, обработка растворами антисептиков (растворами перекиси водорода и фурацилина)

(рис.1, 2). Затем в рану рыхло устанавливалась турунда с гипертоническим раствором. Турунда удалялась из раны через 2 часа, и рана дренировалась резиновым выпускником под мазью «Левомеколь», на поверхность раны асептическая повязка. Последующие 2 дня рану вели по описанной методике. На 3 сутки после начала очищения раны от гнойного содержимого и появления грануляций проводили замену мази «Левомеколь» на мазь «Гипофур» (рис 3). Аппликации мастью «Гипофур» проводились до полного заживления ГР (рис.4).

2. Разработан и внедрен метод местного лечения фурункулов и карбункулов ЧЛО с обработкой Пио бактериофагом «Фагио» под повязкой (уд. на рац. предложение №07/14 от 17.01.2014г. Авт.: Касенова Н.С., Бакиев Б.А.)

Пио бактериофаг «Фагио».

Торговое название Phagyo Фагио

Международное непатентованное название Пио бактериофаг жидкий

Фармакологические свойства: бактериофаги являются специфическими вирусами бактерий, которые лизируют микробы (*Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Proteus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*), вызывающие бактериальные инфекции. Пио бактериофаг жидкий «Фагио» был выбран из-за его широкого спектра действия, в его состав входит смесь стерильных фильтров фагализаторов бактерий *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Proteus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli* (рис. 1,2).



Рис.1 Б-й И. Н. Д-з: Карбункул верхней губы



Рис.2 тот же б-й Вскрытие гнойного очага



Рис.4 тот же б-й Заживление ГР



Рис.3 тот же б-й Аппликация мастью «Гипофур»

Показания к применению: лечение и профилактика бактериальных гнойно-воспалительных заболеваний, обусловленных вышеперечисленными возбудителями во всех возрастных и высокого риска группах.

Всем больным на первом этапе проводилось хирургическое вскрытие гнойного очага с дренированием (рис. 5), антисептическая обработка ГР с дополнением «Фагио» (рис. 6), установка в рану турунды с «Фагио» (рис. 7).

Асептическая обработка раны «Фагио»

проводилась до образования грануляционной ткани в гнойной ране (рис.8).

3. Разработан и внедрен аппликационный комбинированный способ лечения фурункулов и карбункулов ЧЛЮ с применением мази «Гипофур» и Пио бактериофага «Фагио» по фазам течения ГР (уд. на рац.предложение №08/14 от 17.01.2014г. Авт.: Касенова Н.С., Бакиев Б.А.).

Всем больным, поступившим в отделение челюстно-лицевой хирургии, оказывалась



Рис. 5 Б-я Н.к.Н.



Рис.6 Приготовление турунды

Д-з: Карбункул верхней губы и угла рта. Вскрытие ГР



Рис.7 та же б-я Установка турунды с «Фагио» в рану



Рис.8 та же б-я Заживление раны

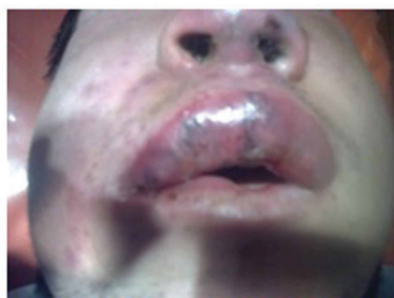


Рис.9 Б-й К.А. Д-з: Карбункул верхней губы и основания носа



Рис.10 тот же б-й Аппликация раны турундой с «Фагио»



Рис.11 тот же б-й Аппликация мазью «Гипофур»

экстренная хирургическая помощь. Под местной инфильтрационной анестезией 1-2% р-ром новокаина или 2% р-ром лидокаина проводили первичную хирургическую обработку гнойного очага - разрез осуществляли на всю длину инфильтрата с учетом направления естественных складок лица, ветвей лицевого нерва и т.д (рис.9). Далее производилось удаление гнойного содержимого и некротических масс, рана промывалась раствором антисептиков (фурацилин, перекись водорода 3%), рыхло укладывалась турунда с гипертоническим раствором, асептическая повязка, перевязки производили ежедневно. Комплексное лечение включало: антибактериальную, дезинтоксикационную, десенсибилизирующую, симптоматическую, общеукрепляющую и физиотерапию и проводилось в соответствии с клинической картиной заболевания, по фазам воспаления и лабораторными данными.

У больных третьей группы на первой фазе воспаления послеоперационные раны рыхло апплицировали повязками с раствором «Фагио» (рис.9,10), пио бактериофаг назначался рег oss. На 2-3 сутки после стихания острого процесса и очищения раны от гнойного субстрата (2 фаза) применяли мазь «Гипофур» (рис.11).

Материалы и методы исследования

Больные были распределены на три группы: 1 группа - сравниваемая составила 70 больных, получавших лечение по традиционной методике, 2 группа – основная больные, получавшие местное лечение мазью «Гипофур» 41 больной, третья группа – основная больные, получавшие комплексное лечение Пио бактериофагом «Фагио» и мазью «Гипофур» 29 больных (табл.1).

При сравнительном анализе традиционного метода лечения с мазью

«Левомеколь» и с применением Пио бактериофага «Фагио» и мази «Гипофур» показало, что у больных второй и третьей групп в отличие от первой группы общее состояние улучшалось на 2 сут., что выражалось в появлении аппетита, нормализации сна и температуры тела, показателей периферической крови, особенно это было выражено у больных третьей группы. Гиперемия кожи и отек значительно уменьшались и в среднем к $1,99 \pm 0,13$ суткам воспалительные изменения окружающих тканей почти полностью исчезали, что достоверно отмечалось в скорости очищения ран в сравнении с применением одного из этих препаратов, что указывает на их потенцированное действие. При микробиологическом исследовании единичные колонии микроорганизмов к 3- м сут. после начатого лечения отмечались у больных второй и третьей группы, когда у больных первой группы результат микробиологического исследования показывал обильный рост к этому сроку и только к 5- м суткам умеренный рост или наличие единичных колоний. Что же касается кислотности раневого отделяемого, то ее сдвиг в щелочную сторону был отмечен уже на 3, 5 сутки у больных второй и третьей группы, что указывало на более благоприятное течение раневого процесса.

Применение мази «Гипофур» во второй фазе течения раневого процесса показало, что регенерация тканей происходила уже на 2 сутки после применения мази «Гипофур», рана заполнялась грануляционной тканью, отек мягких тканей в области послеоперационной раны значительно уменьшался, края раны сближались, на 5-6 сутки рана заживала вторичным натяжением, в отличие от традиционной методики, где полное заживление происходило на 7-9 сутки.

При исследовании больных получавших

Таблица 1 Распределение групп больных по методам лечения

Группа больных	Нозологическая форма						Всего	
	Фурункул в стадии инфильтрации		Абсцедирующий фурункул		Карбункул			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Сравниваемая	12	54,5	53	53	5	27,8	70	50
Основная (I)	8	36,4	25	25	8	44,4	41	29,3
Основная (II)	2	9,1	22	22	5	27,8	29	20,7
Всего	22	100	100	100	18	100	140	100

Таблица 2. Сроки стационарного лечения больных с фурункулами и карбункулами ЧЛО сравнимой и основных групп

Нозологическая группа	Всего больных	Проведено к/д
Сравнимая	70	11,21±0,41 p<0,001
Основная (I)	41	9,27±0,28 p>0,05
Основная (II)	29	8,78± 0,34 p<0,001
Всего	140	9,89 ±0,53

Пио бактериофаг методом аппликации и пер ос на 2-е сут. после вскрытия очага отмечалось очищение гнойной раны, Регенерация тканей по данным клинической картины происходила уже на 3 сут. после применения мази «Гипофур», т.е. рана заполнялась грануляционной тканью, отек мягких тканей в области послеоперационной раны значительно спадал, края раны сближались, и на 5-6 сут. рана заживала вторичным натяжением. В сравнении с традиционной методикой с мазью «Левомеколь», грануляции тканей появлялась лишь на 3- 4 сут., полное заживление происходило на 7-9 сут.

Анализ длительности стационарного лечения больных с фурункулами и карбункулами ЧЛО показал, что лучшие показатели наблюдались у больных II основной группы, где количество койко-дней составило $8,78 \pm 0,34$ и в I основной $9,27 \pm 0,28$, тогда как в группе сравнения этот показатель составил $11,21 \pm 0,41$, $p < 0,001$, $p > 0,05$ и $p < 0,001$ соответственно (табл. 2).

Таким образом, комплексное лечение больных с фурункулами и карбункулами ЧЛО с применением Пио бактериофага и мази «Гипофур» является эффективным, которое выражается в ранней нормализации общего состояния больных и показателей периферической крови, СОЭ, температуры, быстром очищении раны от патогенной микрофлоры и ускорении репаративных процессов, что в конечном итоге улучшает качество лечения.

Выводы

1. В сравнимой группе, леченных по традиционной методике, наблюдалось удлинение сроков купирования общих и местных симптомов воспаления с полным заживление ГР на 7-9 сут. и образованием деформирующих рубцов;

2. В основных группах, уже на ранних сроках наблюдалось улучшение общего самочувствия, снижение гнойно-резорбтивной интоксикации. Определялось позитивное течение ГР, особенно это четко проявлялось в 3-4 основных группах, леченных по инновационным методикам. Где выявлено раннее начало регенерации тканей (3 сут.) и полное заживление раны с отсутствием деформирующих рубцов на 5-6 сут;

3. Таким образом, сочетанное применение Пио бактериофага и мази «Гипофур» по фазам течения ГР в комплексном лечении фурункулов и карбункулов ЧЛО доказало их высокую эффективность и целесообразность использования.

Литература:

1. Алифмов Н.А. Гнойничковые заболевания кожи. - Пермь.-1957.-37с.
2. Атлас Я.Е. Заболевания кожи у детей раннего возраста. - М: Медгиз.-1961.-121 с.
3. Бажанов Н.Н. , Биберман Я.М., Ефанов О.П. Принципы лечения больных воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи // Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи / Под ред. А.Г. Шаргородского. - М.,1985.- Гл.4. - С.66-98.
4. Бажанов Н.Н., Юнусходжаев Э., Белокриницкий Д.В., Кудряшова Н.М. Прогностическое значение исследования иммуноглобулинов у больных с флегмонами челюстно-лицевой области // Стоматология. — 1985. —Г.64. №6 — С.52-56.
5. Бажанов Н. Н. Профилактические аспекты в практике хирургической стоматологии / Н. Н. Бажанов // Стоматология. 1986. - № 3. - С. 82-83.

6. Волкова Е.Н., Бутов Ю.С., Морозов С.Г. К проблеме иммунопатогенеза гнойничковых заболеваний кожи // Вестник дерматологии и венерологии. – 2004. – № 1. – С.20–22.
7. Газимова В.Г., Власова И.А. Педиатрия. – 2001. №5. – С.51–56
8. Гринь В.К., Фисталь Э.Я., Сперанский И.И. и др. Интегральные гематологические показатели лейкоцитарной формулы как критерий оценки тяжести течения ожоговой болезни, ее осложнений и эффективности проводимого лечения. // Материалы науч.-практ. конференции «Сепсис: проблемы диагностики, терапии и профилактики», 29–30 марта 2006 г. – Харьков, 2006. – С. 77–78.
9. Даишкова Н.А., Логачев М.Ф. Клинические варианты и лабораторные характеристики ювенильных гиперандрогенных дерматопатий // Вестник дерматологии и венерологии. – 2006. – № 3. – С.18–21.
10. Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи (руководство для врачей) под ред. А.Г. Шаргородского. -М.: ГЭОТАР-МЕД, - 2002. - 528с.
11. Кудинова Е.С. Септико-метастатические осложнения при фурункулах и карбункулах лица. // Стоматология. - 1999. - №3. - с.22–25.
12. Кузин М.И., Костюченко Б.М. Раны и раневая инфекция. – М., Медицина. - 1990. - 592 с.
13. Мамакеев М.М., Сопуев А.А., Омурзаков М.Б. Применение антибиотиков в профилактике послеоперационных раневых осложнений // Современные методы исследования и лечения в медицинской науке и практике. – Бишкек, 1998. – С. 683–686.
14. Малимон Т.В. Фурункулы лица у детей и подростков. Методы профилактики и лечения: Автореф. дис....канд.мед.наук.- Пермь, 2006, 19 с.
15. Робустова Т.Г. Динамика частоты и тяжести одонтогенных заболеваний за 50 лет(1955–2004) // Стоматология. – 2007. – №3. – С. 63–66.
16. Сопуев А.А. Местная сорбционно-дегидратационная терапия гнойных ран. – Бишкек. – 1998. – 272 с.
17. Суписев Т.К. Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. – Алматы. – 1994. – 222 с.
18. Суписев Т.К. Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. М.: «Медпресс», 2001. - 160 с.
19. Шаргородский А.Г., Бажанов Н.Н., Биберман Я.М., Ефанов О.И. и др. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи. М.: Медицина, 1985. - С.46–94, 284–290
20. Шульга И.А. Фурункул носа. (автореф. дисс. д.м.н.).1996.-30 С.
21. Щербакова А.О. Комплексная терапия больных хроническим рецидивирующим фурункулезом с нарушением аффинности иммуноглобулинов.// Автореф.дис....к.м.н. 14.00.36.-аллергология и иммунология.-М.-2004.-с.44–48
22. Brook I., Frazier E.H. Aerobic and anaerobic microbiology of axillary hidradenitis suppurativa. J Med Microbiol 1999;48:1:103–105.
23. Demir Cay, et al. Phagocytosis and oxidative burst by neutrophils in patients with recurrent furunculosis // International Journal of Clinical Practice. – 2005. – Vol. 59, № 3. – P.370–373.
24. Luxton R. W., Thomson E. J. // J. Immunol. Meth. — 1990. — Vol. 131. - P. 277–282.
25. Raymond L. Barnlaill «Dermatopathology». – 2010.
26. Garder M.L.G., Steffens K.J. Absorption of orally administered enzymes. /Springer – Verlag, Berlin, Heideneberg, New York. 1996. – 96 p.
27. Wood G.R. Zisra T. Morgenstern E. Sequential effects of an oral enzyme combination with rutosid in different in vitro and in vivo models of inflammation // Jnt. J. Immunotherapy. – 1997. – Vol.13. - №3–4. - P.139–145.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ МЫШЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ДВУХЧЕЛЮСТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИОННО - РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ НАЗУБНОЙ ШИНОЙ

Ешиев А.М., Эгемкулов А.Т.

Ошская межобластная объединенная клиническая больница

Ош, Кыргызская Республика

Резюме. В статье отражены результаты лечения переломов мышелкового отростка нижней челюсти с применением двухчелюстной иммобилизационно - реабилитационной назубной шины, с добавлением к лечению препарата кальций D₃ Никомед и электровибромассажа.

Ключевые слова: двухчелюстная иммобилизационно - реабилитационная назубная шина, кальций D₃ Никомед, электровибромассаж.

АСТЫНКЫ ЖААКТЫН ИЛМЕГИНЕН СЫНГАНДА ЭКИ ЖААКТУУ ИММОБИЛИЗАЦИЯЛЫК- РЕАБИЛИТАЦИЯЛЫК ТИШ ШАКШАГЫН КОЛДОНУП ДАРЫЛОО

Ешиев А.М., Эгемкулов А.Т.

Ош областар аралык бириккен клиникалык оорукана

Ош, Кыргыз Республикасы

Кортунду. Бул макалада астынky жаак илмегинен сынганда эки жаактуу иммобилизациялык – реабилитациялык тиш шакшагы менен бирге кальций D₃ Никомед дары-дармегин ошондой эле электротермелтип укалоонун жардамында дарылоонун жыйынтыгы чагылдырылган.

Негизги сөздөр: эки жаактуу иммобилизациялык – реабилитациялык тиш шакшагы, кальций D₃ Никомед, электротермелтип укалоо.

TREATMENT OF CONDYLAR PROCESS OF MANDIBLE FRACTURES USING CLAMSHELL IMMOBILIZATION- REHABILITATION TOOTH TIRES

Eshiev A.M., Egemkulov T.A.

Osh United Interoblast Hospital

Osh, Kyrgyz Republic

Resume. This article presents the results of treatment of fractures of the condylar process of the mandible using immobilization Claw - Tooth rehabilitation tires with the addition of the drug calcium D3 Nycomed and electrovibromassage.

Keywords: Clamshell immobilization - rehabilitation of tooth bus, Calcium D3 Nycomed, electrovibromassage.

В последние десятилетия отечественными и зарубежными клиницистами разработано большое количество методов и средств проведения остеосинтеза нижней челюсти. Такой пристальный интерес исследователей к данной проблеме обусловлен всё возрастающей травматизацией населения [1, 3, 4].

Среди способов лечения переломов нижней челюсти выделяют консервативные (ортопедические), оперативные (хирургические) и комбинированные. При этом остеосинтез применяют лишь в 5-30% случаев [2,9], т.к. ортопедические методы обычно

позволяют добиться полного или неполного, но достаточно удовлетворительного сопоставления и закрепления отломков. Иногда же ортопедическими методами не достигают полного восстановления анатомической целостности нижней челюсти и ее сложной биомеханической функции, в связи с этим увеличивается период лечения и реабилитации, возникают неоправданные экономические потери. Поэтому в настоящее время большинство хирургов стоматологов выступают за соблюдение строгих, научно обоснованных и предельно индивидуализированных показаний при выборе

как консервативного, так и хирургического способа лечения переломов нижней челюсти.

К ортопедическим способам лечения, наиболее широко применяемым в клинической практике, относятся съемные назубные шины. Существует множество модификаций методов шинирования: используются шины из различного материала (нержавеющая сталь, латунь, дюраль, пластмасса и др.), предложены различные способы фиксации шин (лигатурная проволока, полиамидные нити), рекомендуется полное, частичное или комбинированное шинирование зубных рядов в зависимости от локализации перелома и степени смещения отломков [2, 5, 6, 7, 8]

Цель исследования: оценить результативность применения двухчелюстной иммобилизационно - реабилитационной назубной шины при комплексном лечении не смещенных переломов мыщелкового отростка нижней челюсти.

Материалы и методы исследования

В нашей клинике разработана модифицированная двухчелюстная иммобилизационно - реабилитационная назубная шина (Патент №1448 от 30.04.2012г), которая применена у 30 больных с переломом мыщелкового отростка нижней челюсти без смещения. Изготовление ортопедической шины осуществляется следующим образом: шина индивидуально изготавливается в зуботехнической лаборатории. Врач снимает слепки у больного, после чего по слепкам отливаются модели челюстей, которые закрепляются в окклюдатор. Далее на моделях изготавливают шину в виде двух гнутых проволок. Вертикальные муфты в виде двух полых игл, после подготовки соответствующих прорезей, фиксируются к шине с помощью припоя. Это дает возможность для движения челюсти по вертикали, но при этом в горизонтальной плоскости создается состояние покоя. Предварительно на шинах изгибаются зацепные петли и устанавливаются горизонтальные капроновые муфты. Далее шина фиксируется с помощью лигатур к отдельным зубам в полости рта, устанавливается внутренняя игла с распорочным изгибом по отношению к наружной части и прикус фиксируется функциональными муфтами, которые располагаются в полости рта в пределах 5-6 зубов. Для составления плана ортопедического лечения пациентов исследуемых групп нами было

проведено комплексное исследование челюстно-лицевой области с применением клинических, лабораторных, рентгенологических методов исследования.

Результаты исследования и их обсуждения

Нами был проведен отбор пациентов в исследуемые группы на основе полученных результатов рентгенологического исследования височно-нижнечелюстных суставов по характеру перелома (наличия смещения). Двухчелюстная иммобилизационно - реабилитационная назубная шина применялась при переломах мыщелкового отростка нижней челюсти без смещения. Наряду с иммобилизацией пациенты получили медикаментозное и физиотерапевтическое лечение. К лечению дополнительно добавлен препарат кальций Д₃ Никомед по 1 таблетке 2 раза в день в течение 25 дней. Физиотерапевтическое лечение дополнено электровибромассажем 2 раза в день по 10 минут в течение 2х недель.

В иммобилизационном периоде проводился динамический рентгенографический контроль. В дальнейшем, по показаниям, рентгенографический контроль за динамикой консолидации отломков у больных проводился в сроки до 3 месяцев. Рентгенологическое обследование больных проводили перед наложением шины и после него, спустя 14-15, 21-22 дня и 3 месяца после снятия модифицированной шины. Также с целью косвенной характеристики консолидации линии перелома нами использовано дозиметрическое исследование (порог болевой чувствительности) (рацпредложение № 48/09). При поступлении до иммобилизации получены следующие результаты: у больных с переломами нижней челюсти на 1-3 сутки после травмы величина силы давления при появлении локализованной боли составила в среднем $1,4 \pm 0,3$ кгс. Рентгеновское исследование оценивало точность репозиции отломков после проведения иммобилизации, характер положения линии перелома.

Через 2е недели резиновые кольца снимали, что позволяло осуществлять движение нижней челюсти только в одном направлении вверх-вниз, боковые движения за счет наличия распорок не возможны. При этом, за время наложения шины, в области сустава спадают отеки и воспаления, в начале реабилитации, при снятии резиновых колец, сустав начинает разрабатываться в «правильном» направлении,

что в дальнейшем не позволяет развиваться артрозу сустава. При анализе показателей ПБЧ наблюдается достаточно четкая закономерность, т.е. отмечаются существенные изменения уже на 14 сутки иммобилизации $6,1 \pm 0,62$ кгс.

Рентгенологические исследования: на 14-15 сутки после наложения шины концы фрагментов перелома притуплены, контуры коркового слоя неровные, линия незначительно сглажена. Просвет перелома сужен.

Далее выявляется такое же неуклонное повышение показателей: на 21 сутки после иммобилизации значение ПБЧ уже настолько высоки, что составляют $7,4 \pm 0,5$. Рентгеновские исследования на 21-22-е сутки - у больных на месте перелома образовалась облаковидная тень с зернистостью, отличающаяся полным слиянием поверхностей фрагментов перелома с характерной гомогенной циркулярной массой (полная консолидация перелома). Ранняя щадящая физиологическая нагрузка позволяет избежать развития контрактуры в височно-нижнечелюстных суставах что, в свою очередь, обуславливает более благоприятное течение процессов регенерации. Дополнительное использование препаратов кальция (Кальций Д3 Никомед) способствует более активному течению репаративной регенерации костной ткани. Воздействие электровибромассажа на область сустава и, соответственно, на кровеносную систему вызывает расширение функционирующих капилляров, раскрытие резервных капилляров, благодаря чему создается более активное орошение кровью не только массируемого участка, но рефлекторно и внутренних органов, в результате чего происходит усиленный газообмен между кровью и тканью. Все это благоприятным образом сказывается на заживлении переломов мышечного отростка нижней челюсти.

Динамическое исследование порога болевой чувствительности позволяет получить косвенную характеристику хода репаративного остеогенеза. Значения ПБЧ выше 5-6 кгс при повторных исследованиях свидетельствуют о наступившей первичной консолидации отломков. В то же время значения ПБЧ ниже 5 кгс после 14 дней указывают на замедленную консолидацию.

Таким образом, характеризуя метод дозиметрии непрямой нагрузки мы можем определить следующие достоинства: это

дополнительный объективный диагностический тест, позволяющий провести строгий качественный контроль за степенью консолидации, дает возможность учитывать и устранять отклонения в процессе иммобилизации (замедленная консолидация) и конкретизировать сроки дополнительной иммобилизации, необходимость в соответствующей коррекции лечения больного.

Через 3 месяца у всех больных на рентгенограммах нижней челюсти наблюдали полное сращение линии перелома, восстановление нормальной структуры кости и безболезненность в области сустава. Подвижность фрагментов перелома клинически не отмечается, отсутствует асимметрия лица, открывание рта свободное и безболезненное. Таким образом, качественная репозиция и жесткая фиксация отломков, комплексный подход к лечению, ранняя щадящая физиологическая нагрузка, обуславливает более благоприятное течение процессов репаративной регенерации костной ткани и безболезненность в области сустава. Что позволило улучшить результаты лечения и снизить уровень развития посттравматического остеомиелита.

Литература:

1. Безруков В.М., Лурье Т.М. Изучение травматизма челюстно-лицевой области по материалам диссертационных исследований // Труды VI съезда Стоматол. Асс. России. - М., 2000. - С. 294-298
2. Васильев Г.А., Швырков М.Б. Применение окклюзионного аппарата при лечении больных с переломами нижней челюсти // Организация помощи и лечение травм чел.-лиц. области. - М., 1968. - С. 24-25.
3. Вернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. - М.: Мед. лит., 1999. - 444с.
4. Ешиев А.М. Челюстно-лицевая хирургия (инновационные методы, технологии и материалы), Бишкек.-2010.-300с.
5. Иващенко Н.И. Разработка и внедрение методов лечения больных с переломами нижней челюсти: Автореф. дис. ... канд. мед. наук в форме научного докл. - М., 2000. - 30с.
6. Ищенко Н.А. Совершенствование методов хирургического лечения переломов мышечного отростка нижней челюсти: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Омск, 1996. - 16с.
7. Кручинский Г.В., Волковец А.Н. Первый опыт лечения переломов нижней челюсти проволочными шинами, расположенными на язычной поверхности зубов // Стоматология. - 1993. - № 3-6. - С. 43-44.
8. Малевич О.Е., Кулагин В.М., Житний Н.И. Сохранение функциональной активности жевательных мышц при двучелюстном закреплении переломов нижней челюсти // Стоматология. - 1987. - № 6. - С. 26-28.
9. Уразалин Ж.Б., Лурье Т.М., Ипполитов В.П. Комплексное лечение переломов челюстей: Методической рекомендации. - М., 1985. - 24с.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ ДЕНТОАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ ЧЕЛЮСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОКОМПОЗИТНЫХ МАТЕРИАЛОВ

Шукпаров А.Б., Умаров А.М., Жартыбаев Р.Н., Бакиев Б.А.

Национальный хирургический центр МЗ КР

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Кафедра интернатуры по стоматологии последипломного медицинского образования

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

Бишкек, Кыргызская Республика

Алматы, Республика Казахстан

Резюме. Представлен клинический опыт хирургической реконструкции костных дефектов дентоальвеолярной области челюсти с применением биокompозитных материалов.

Ключевые слова: костные дефекты, дентоальвеолярная область, биокompозитные материалы.

ЖААКТЫН ТИШ АЛЬВЕОЛА АЙМАГЫНА БИОКОМПОЗИТТИК МАТЕРИАЛДАРДЫ КОЛДОНУП СӨӨК ТКАНЫНА ХИРУРГИЯЛЫК ОНДОО ЖАСОО

Шукпаров А.Б., Умаров А.М., Жартыбаев Р.Н., Бакиев Б.А.

КР ССМнин улуттук борбору

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

С.Д. Асфендияров атындагы КазУМУнин дипломдон кийинки медициналык билим берүүнүн

стоматология кафедрасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Алматы, Казах Республикасы

Корутунду. Жаактын сөөгүнүн кемтигинде тиш альвеола аймагына биокompозиттик материалдарды колдонуп хирургиялык ондоо боюнча клиникалык тажрыйба келтирилген.

Негизги сөздөр: сөөк тканына, тиш альвеола аймагына, биокompозиттик материалдар.

APPLYING BIOCOMPOSITE MATERIALS FOR SURGICAL REHABILITATION OF DENTOALVEOLAR AREA OF JAW BONE

Shukparov A.B., Umarov A.M., Zhartykbaev R.N., Bakiev B.A.

National Surgical Center of the Ministry of Health

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Department of Dentistry Postgraduate Medical Education

S.D.Asfendiyarov Kazakh National Medical University

Bishkek, Kyrgyz Republic

Almaty, Kazakh Republic

Resume. It is presented clinical experience of surgical reconstruction of bone defects in the dentoalveolar area of jaw using biocomposite materials.

Key words: bone of defects, dentoalveolar area, biocomposit materials.

Введение

Актуальной проблемой современной восстановительной челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии является пластика послеоперационных дефектов костной ткани, образующихся при оперативных

вмешательствах в дентоальвеолярной области [1,3,11,23]. В клинической практике проблему восстановления дефектов костной ткани в последние годы пытаются решить путем разработки и внедрения новых методик реконструктивных операций с применением

биокомпозиционных материалов. На сегодняшний день сформировалось пять основных направлений пластики костных полостей: аутопластика, аллопластика, ксенопластика, имплантация и применение комбинированных трансплантатов [7,10,11,12,19]. Основными требованиями к трансплантационному материалу являются отсутствие антигенности, высокая остеогенная потенция, доступность в получении, адаптированная для клинического применения форма, экономическая целесообразность. Общеизвестно, что золотым стандартом в качестве трансплантата является аутокость, так как она содержит жизнеспособные остеобласты и костные стволовые клетки. Альтернативой аутокости является деминерализованный костный матрикс, обладающий доказанной остеоиндуктивностью [22,23]. На сегодня, широкое распространение получили также различные неорганические соединения, приближенные или являющиеся компонентами костных тканей - гидроксипатит кальция, трикальций фосфат, бетатрикальциевый фосфат, биоактивное стекло, керамика, соединения фосфора и кальция и т.д. [2,4,6,17].

Однако, несмотря на наличие широкого спектра трансплантационных материалов для костной пластики, на сегодняшний день ни один из них не вполне отвечает требованиям современной реконструктивной хирургии, что делает необходимым активный поиск новых материалов и совершенствование существующих технологических подходов.

Клинико-экспериментальными исследованиями было выявлено большое преимущество влияния богатой тромбоцитами плазмы крови (О.Т.П.К.) на репаративную регенерацию костной ткани [5,11,12,14,18]. Изучено позитивное влияние комбинированного применения (О.Т.П.К.) и разработанных приёмов стимуляции остеогенеза, таких как направленная тканевая регенерация (НТР), применение костных морфогенетических белков и т.д. [8,9,15,20]. Однако, в области применения (О.Т.П.К.) с различными костнопластическими материалами имеется ряд вопросов, требующих дальнейшего экспериментального и клинического изучения.

В последние годы большое распространение получили мембраны для направленной тканевой регенерации (НТР), которые улучшают репаративный остеогенез,

придавая регенерату необходимую форму и объем. Изоляция мембраной предупреждает врастание нежелательных видов клеток в зону введенного костнопластического материала и контаминацию микробной флорой [8]. Используемые в мировой научно-практической стоматологии арсенал мембран для НТР труднодоступен в приобретении и дороговизны, что значительно ограничивает его применение в повседневной хирургической практике. В связи с чем, определенный интерес представляет О.Т.П.К. (фракция крови, состоящая из тромбоцитов, лейкоцитов и белков фибриновой группы (F.R.P.), в том числе, получаемая при этом аутоплазменная мембрана. Немногочисленные исследования подтверждают положительные качества указанной мембраны [13,14], однако для пролонгирования его действия, аналогично коллагеновой мембране и противодействия врастания эпителия и контаминации ротовой инфекции, необходима комбинация с другими биокомпозиатами, что явилось предметом нашего сообщения.

Цель исследования – улучшение процессов репаративной регенерации послеоперационных костных дефектов дентоальвеолярной области челюсти челюсти путем использования биокомпозитных материалов.

Материал и методы

Нами проведено клиническое обследование и лечение 4 больных с одонтогенными кистами челюстей и 5 больных с ретенцией и дистопией нижних зубов мудрости различной локализации. Размеры послеоперационных костных дефектов дентоальвеолярной области были большого диаметра (20-30 мм). В качестве средства стимулирующего репаративный остеогенез в костных дефектах использовали биокомпозитный материал, состоящий из: крупных гранул гидроксипатита (ГАП-99г) размером 2,0 мм, О.Т.П.К. и биоадгезивное средство «Стимул-Осс»- коллагеновая губка, пропитанная гидроксипатитом, коллагеном и хлоргексидином с последовательной пломбировкой полости по типу «сендвича». В случаях после удаления ретенционных и дистопированных зубов биокомпозицию также дополняли аутокостью - блоками интактной компактной костной ткани ретромолярной области, забор которых производился во время

операции.

Для иллюстрации приводим 2 клинических примера.

Наблюдения 1. Больная К-ва А.А., 1993 г.р., обратилась на кафедру хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева 17.01.2014г. с жалобами на ноющие боли и припухлость верхней челюсти справа, деформацию лица и дискомфорт. Указанные симптомы появились 2 недели назад и при обращении к врачу-стоматологу, после обследования и безуспешного симптоматического лечения, была направлена на консультацию. В анамнезе: с 14 лет получала ортодонтическое лечение по поводу скученности зубов и деформации зубного ряда фронтального отдела верхней челюсти. По показаниям удален 1.4 зуб, однако лечение не было доведено до конца. Локально: асимметрия лица за счет вздутия верхней челюсти справа во фронтальном отделе, носогубная складка сглажена, кожные покровы в цвете не изменены, болезненность при пальпации, артикуляция в полном объеме. В преддверии полости рта верхней челюсти справа наблюдается вздутие кости на проекции 1.2-1.5 зубов, размером до 3,0-3,5 см, болезненная при пальпации, диагностирован симптом «флюктуации», 1.3 зуб в зубной дуге отсутствует. Перкуссия прилежащих зубов безболезненна, слизистая оболочка бледно-розового цвета. На одонтопантограмме: определяется «тень» деструкции костной ткани неправильной «каплевидной» формы

размером 25-30 мм в диаметре во фронтальном отделе верхней челюсти справа, вплоть до дна носовой полости. Корни 1.2 и 1.5 зубов смещены медиально и дистально, между ними проецируется интенсивная «тень» коронки фолликула 1.3 зуба. На основании клинорентгенологических данных поставлен диагноз: «Фолликулярная киста верхней челюсти от 1.3 зуба». Рекомендована операция - Цистэктомия верхней челюсти с удалением фолликула 1.3 зуба с остеопластикой костного дефекта биокомпозитным материалом с изоляцией аутомембраной под регионарной анестезией.

Под регионарной анестезией Sol. Ubistesini forte 4%-2,5 мл выполнен трапециевидный разрез слизистой от 1.2 до 1.5 зубов, слизисто-надкостничный лоскут отсепарован от «интимно» спаянной оболочки кисты, кость в пределах 1.2-1.4 зубов была полностью резорбирована, киста вместе с фолликулом вылучена. Гемостаз. Костный дефект неправильной формы размером 40x30 мм (имеются различия между рентгенологической картиной и интраоперационной раной), костное дно носовой полости смещено вверх без признаков сообщения, корни 1.2 и 1.5 зубов в полость не выступают.

Дефект кости плотно заполнен биокомпозицией: гидроксиапатитом, пропитанным предварительно заготовленным О.Т.П.К., сверху тромбоцитарная масса с губкой «Стимул-Осс» на хлоргексидине, затем аутоплазменная мембрана. Лоскут уложен и ушит внакладку, на



Рис.1. Б-я К. А. Д-з: Фолликулярная киста верхней челюсти.



Рис.2. Б-я К. А. та же б-я. Этап операции. Дефект костной ткани в/ч. В центре очага-фолликул 1.3 зуба.



Рис.3.Биокомпозиция: гидроксиапатит» Стимул-Осс», О.Т.П.К., аутомембрана.



Рис.4. Тот же б-й. Костный дефект заполнен биокомпозицией, аутомембрана

деэпителизированную поверхность слизистой десны.

Больная получала противовоспалительное и симптоматическое лечение. Послеоперационный период протекал гладко, швы удалены через 7 суток. Рекомендовано явиться на контрольный осмотр через месяц.

Клиническое наблюдение 2. Больной Б-ов М., 1989 г.р., обратился в клинику с жалобами на периодические ноющие боли в нижней челюсти справа и слева, неприятный запах в полости рта, периодическое затрудненное жевание. Был направлен врачом-стоматологом поликлиники. В анамнезе- второй день болеет ОРЗ и получает лечение. Внешний осмотр патологии не выявил, артикуляция в полном объеме. В ретромоларных областях нижней челюсти проецируются дистальные бугры и часть коронки 3.8 и 4.8 зубов, перкуссия безболезненная. Слизистая оболочка указанных областей и на проекции «капюшонов» без патологии.

На одонтопантограмме: определяются интенсивные «тени» полностью сформировавшихся 3.8 и 4.8 зубов с дистопией в область корня 3.7 и шейки 4.7 зубов, видимых структурных изменений прилегающей костной ткани не выявлено. На основании клинорентгенологических данных поставлен диагноз: «Полуретенция и дистопия 3.8 и 4.8 зубов».

Больному рекомендована операция

- атипичное удаление указанных зубов под местной анестезией с остеопластикой костного дефекта биокompозитным материалом, после улучшения общего состояния и обследования. 27.01.2014г. повторно осмотрен, состояние удовлетворительное, лабораторные анализы в пределах нормы, дано согласие на удаление 4.8 зуба. 28.01.2014г. операция- атипичное удаление 4.8 зуба с остеопластикой костного дефекта биокompозитным материалом. Под регионарной анестезией Sol. Ubistesini forte 4%-2,5 мл выполнен трапециевидный разрез слизистой ретромоларной области, слегка язычно, слизисто-надкостничный лоскут отсепарован, кость скелетирована и под охлаждением на проекции коронки и корня 4.8 зуба на глубину 4-5 мм выполнены пропилы прямоугольной формы - блок интактной аутокости вынут и помещен в охлажденный физ.раствор. Через сформированное костное «окно» 4.8 зуб без затруднений удален элеватором. Гемостаз. Костный дефект удлиненной неправильной формы размером 20х30 мм, плотно заполнен биокompозицией: гидроксиапатитом, пропитанным предварительно заготовленным О.Т.П.К., затем аутоотрансплантат, сверху тромбоцитарная масса с губкой «Стимул-Осс» на хлоргексидине, затем аутоплазменная мембрана. Лоскут уложен и ушит. Больной получал противовоспалительное и симптоматическое

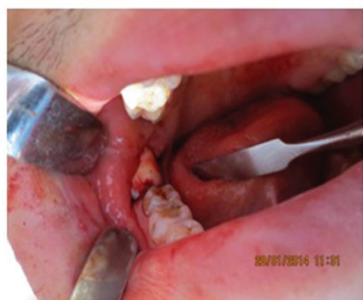


Рис.1. Б-й Б. М. Д-з: Полуретенция и дистопия 4.8 зуба.(Этап операции).



Рис.2. Тот же б-й. Виден костный дефект, фолликул удален

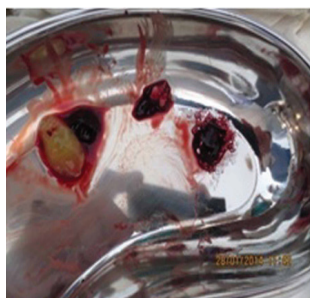


Рис.3. Биокompозиция: гидроксиапатит, аутокость, О.Т.П.К с аутомембраной



Рис.4. Костный дефект заполнен биокompозицией, аутокостью, аутомембраной

лечение.

Послеоперационный период протекал гладко, швы удалены через 7 суток. Рекомендовано явиться на контрольный осмотр через месяц.

Таким образом, в соответствии с позитивными характеристиками компонентов - трансплантатов в отдельности и особенно в комбинации - биокомпозит, можно ожидать оптимизации репаративного остеогенеза с реабилитацией дентоальвеолярной области и уменьшение осложнений.

Литература:

1. Амбулаторная хирургическая стоматология: Руководство для врачей / В.М. Безруков, Л.А. Григорьяни, Н.А. Рабухина и др. – М.: МИА, 2002.- 72 с.
2. Бадалян В.А. Хирургическое лечение периапикальных деструктивных изменений с использованием остеопластических материалов на основе гидроксиапатита: Дис. ... канд.мед.наук. – М., 2000, 160 с.
3. Бакиев Б.А. Хирургическое лечение одонтогенных кист челюстей: Дис. ... канд.мед.наук. – Фрунзе., 1986, 233 с.
4. Бойматов М.Б., Григорьян А.С., Рудько В.Ф. и др. Применение биоинертного композиционного материала на основе гидроксиапатита для устранения внутрикостных полостей // Стоматология. - 1992.-№2.- С.3-6.
5. Ботабаев Б.К. Клинический опыт применения обогащенной тромбоцитами и фибрином плазмы крови, как источника аутогенных факторов роста при направленной тканевой регенерации в имплантологической и пародонтологической практике / Проблемы стоматологии.- Алматы, 2006.- №1(31).- С.49-53.
6. Воробьев Ю.И., Воложин А.И., Богдашевская В.Б. и др. Клинико-рентгенологическая оценка эффективности ГА с коллагеном при лечении пародонтита и радикулярных кист // Стоматология.- 1995.-№2.- С.30-34.
7. Григорьян А.С., Войнов А.В., Воложин А.И. Динамика заживления экспериментально воспроизведенных костных дефектов, заполненных различными композициями на основе полиакриламидного геля // Стоматология. - 1999.- №6.- С.9-15.
8. Грудянов А.И., Чупахин П.В. Методика направленной регенерации тканей. Подсадочные материалы. – М.: МИА, 2007.- 64 с.
9. Грудянов А.И., Сыроева В.Ю., Терновой Ю.В. Стволовые клетки и возможности их применения в пародонтологии // Стоматология.- 2012.-№1.- С.71-75.
10. Дурново Е.А., Рунова Н.Б. Оценка эффективности применения деминерализованного костного трансплантата в хирургическом лечении больных с периапикальными воспалительно-деструктивными процессами челюстей. // Стоматология, 2007.- №1.- С.38-43.
11. Ешиев А.М. Инновационные методы, технологии и материалы в челюстно-лицевой хирургии: Автореф. дис....д-ра.мед.наук, Бишкек, 2011, 42 с.
12. Кузьминых И.А. Клинический опыт использования остеопластического материала Алломатрикс-имплант и фибрина, насыщенного тромбоцитами, при хирургическом лечении радикулярных кист челюстей // Стоматология, 2009.- №1.- С. 51-53.
13. Кулназаров А.С. Совершенствование хирургического лечения травматического остеомиелита нижней челюсти с пластикой костной полости аутоплазменной мембраной : Автореф. дис....канд.мед. наук, Бишкек, 2011, 21 с.
14. Мамытова А.Б., Цой А.Р., Шаяхметов Д.Б. Перспективы использования аутогенной плазмы крови, обогащенной тромбоцитами, полученной в амбулаторных условиях для регенерации послеоперационных дефектов костной ткани челюстей/ В сб. науч. ст. мед. фак-та КРСУ «Физиология, морфология и патология человека и животных в условиях Кыргызстана ». – 2008. – Вып.-8.-С. 352-357.
15. Николенко В.Н., Медведев Ю.А., Люндуп А.В. и др. Применение клеточных технологий в челюстно-лицевой хирургии. Часть 1. // Стоматология.- 2013.-№4.- С.82-84.
16. Цой А.Р., Мамытова А.Б., Шаяхметов Д.Б. Способ применения аутогенной плазмы крови, обогащенной тромбоцитами, при операциях на альвеолярных отростках челюстей, сопровождающихся образованием дефектов костной ткани // Медицина Кыргызстана.- 2008.- №1.- С.61-63.
17. Федоровская А.Н., Григорьян А.С., Кулаков А.А. и др. Сравнительный анализ процесса заживления костных дефектов челюсти под воздействием различных пластических материалов (экспериментально-морфологическое исследование) // Стоматология.- 2001.- №6.- С. 4-7.
18. Adda F. Способствование рубцеванию в пароимплантологии FRP (Fibrine Rich en Plaquettes). Тромбоциты с высоким содержанием фибрина // Стоматология сегодня. – 2003.- №6.- С. 28.
19. Becker W., Becker B. Periodontal regeneration uptadet // JADA. -1993.- Vol.-124.-P.37-43.
20. Bulgin D., Hodzie E., Komlienovic-Blitva D. Advanced and prospective techlogies for potential use in craniofacial tissues regeneration by stem cells and factors // j. Craniofac. Surg.-2011.- T,22.- №1.- P.342-348.
21. Caplanis N., Lee M., Zimmerman G. et al. Effect of allogenic freeze-dried demineralized lone matrix on guided tissue regenerationin dogs // J. Periodontol. 2000.-Vol.69.- №8.- P. 851-856.
22. Cordioli G., Majzoub Z., Riachi F. Postloading behavior of regenerated tissues in GBR – treated implant sites // Int. J. Periodontics. Restorative Dent.- 1999.- Vol.19 (1).- P. 44-45.
23. Schwartz Z., Somtrs A., Melloning J.T. et al. Ability of commttrial demineralized freeze –dried bont allograft tj induct new bone formation is dependent on donor age but not gender // J. Periodontal.- 1999.- Vol.69.- P. 470-478.

АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ИНСУЛИНСОДЕРЖАЩИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРЕДСТАВЛЕННЫХ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ УЗБЕКИСТАНА

Арипов Ш.Т., Алиев С.У., Зайнутдинов Х.С.

Ташкентский фармацевтический институт

Ташкент, Республика Узбекистан

Резюме. Представлены результаты анализа ассортимента инсулинсодержащих лекарственных средств, представленных на фармацевтическом рынке Узбекистана. Результаты данного анализа будут использованы в дальнейших маркетинговых исследованиях рынка инсулинсодержащих лекарственных средств, с целью выявления направлений отечественного производства и создание системы рационального их использования.

Ключевые слова: сахарный диабет 1-типа, ассортимент, инсулин, фармацевтический рынок.

THE ANALYSIS OF INSULIN CONTAINED DRUGG ASSORTMENT ON THE PHARMACEUTICAL MARKET OF UZBEKISTAN

Aripov Sh.T., Aliev S.U., Zaynutdinov H. S.

Tashkent pharmaceutical institute

Tashkent, Uzbekistan

Resume. The results of the analysis of the insulin-assortimet medicinal products on the pharmaceutical market of Uzbekistan. The results of this analysis will be used in future marketing research market insulin-containing medicines, with a view to identifying areas of domestic production and the creation of a system of rational use.

Key words: diabetes mellitus of 1 type, range, insulin, pharmaceutical market.

Неумолимая статистика свидетельствует: каждый пятый житель Земли либо болен диабетом, либо заболеет им в течение ближайших 10 лет [1].

Сахарный диабет (сахарная болезнь) – это заболевание на всю жизнь. Больному приходится постоянно проявлять упорство и самодисциплину, а это может психологически надломить любого. При наличии и уходе за больными сахарным диабетом необходимы также настойчивость, человечность, осторожный оптимизм; иначе не удастся помочь больным преодолеть все препятствия на их жизненном пути [2].

Сахарный диабет (СД) – группа обменных заболеваний, характеризующаяся гипергликемией вследствие нарушения секреции и/или эффективности действия инсулина. Хроническая гипергликемия, развивающаяся при СД сопровождается развитием осложнений со стороны многих органов и систем, в первую очередь, со стороны сердца, кровеносных сосудов, глаз, почек и нервов. СД в общей сложности страдают 5–6 % населения. В экономически развитых странах мира каждые 10–15 лет возрастает число больных СД в 2 раза. Ожидаемая продолжительность жизни при СД снижается

на 10–15 %. Широко варьируют причины развития СД. В подавляющем большинстве случаев СД развивается либо вследствие абсолютного дефицита инсулина (сахарный диабет 1 типа, СД 1 типа), либо вследствие снижения чувствительности периферических тканей к инсулину в сочетании с секреторной дисфункцией β -клеток поджелудочной железы (сахарный диабет 2 типа, СД 2 типа) [3].

В настоящее время СД является одной из глобальных проблем человечества. В 2010 г. во всем мире насчитывалось около 300 млн. человек, страдающих СД, по прогнозам Международной диабетической федерации (IDF) менее чем через 20 лет это число возрастет до 439 млн. человек. СД одно из наиболее распространенных заболеваний; оно занимает основное место не только в структуре эндокринных болезней, но и среди заболеваний неинфекционной природы (третье место после сердечно-сосудистой и онкопатологии). Расходы на организацию помощи больным диабетом оцениваются больше чем в 2–3 % от общих расходов в отрасли здравоохранения в каждой стране [4].

По литературным данным, оптимизация процесса лечения сахарного диабета зависит от качественного лекарственного обеспечения.

Важнейшим элементом организации лекарственного обеспечения является ассортиментная политика, которая формируется, начиная с регистрации лекарственных средств и продолжается в процессе создания различных перечней.

Анализ ассортимента изучаемых фармакологических групп и определение перспектив его использования на рынке является одним из основных аспектов при проведении маркетинговых исследований фармацевтического рынка. При этом, характеристика ассортимента лекарственных средств исследуемой группы предусматривает изучение общих и индивидуальных свойств входящих в неё наименований [5].

С этой целью, нами проведен анализ ассортимента инсулинсодержащих лекарственных средств (ИСЛС), используемых в качестве лекарственных препаратов первого выбора сахарного диабета 1-типа. В процессе проведения контент-анализа в качестве объекта исследований использован «Государственный Реестр лекарственных средств и изделий медицинского назначения», «Справочник Видаль», «Список основных лекарственных средств» (СОЛС) и др.

В изучаемую фармакотерапевтическую группу включены все лекарственные средства (ЛС), относящиеся к коду A10A (инсулины и их аналоги) согласно классификации, принятой в Государственном Реестре.

Ассортимент ИСЛС в Государственном реестре №13 за 2009 год представлен 56 ассортиментными позициями с учётом

торговых наименований, международных непатентованных названий, доз, лекарственных форм и производителей. В 2010 и 2011 годах ассортимент ИСЛС снизился до 52 ассортиментных позиций. Наблюдалась тенденция к уменьшению количества зарегистрированных торговых названий ЛС из числа ИСЛС в 2012 году по сравнению с 2011 годом, и составило 49 ассортиментных позиций. В 2013 году ассортимент ИСЛС составил 56 лекарственных препаратов, прирост – 14,2% по сравнению с 2012 годом. На рис. 1 представлены динамика изменения широты ассортимента лекарственных средств, используемых при СД за 2009 – 2013 гг.

Как показали результаты проведенного анализа, отечественные ИСЛС отсутствуют на нашем фармацевтическом рынке, т.е. местные фармацевтические производители не выпускают ИСЛС. Анализ ассортимента ИСЛС, зарегистрированного в Государственном Реестре № 13-17 по их происхождению за исследуемый период показал, что общее количество ЛС данной группы на долю препаратов зарубежных производителей составил 100% с 2009 по 2011 гг. Также выявлено, что около 4 % от общего объема ИСЛС в 2012-2013 годах зарегистрировали производители стран СНГ (табл. 1).

Как известно, инсулины классифицируются в зависимости от срока действия, на следующие категории (табл. 2)

1. Инсулины ультракороткого действия (Аналоги человеческого инсулина). По МНН к этой группе относятся Инсулин аспарт, Инсулин лизпро и Инсулин глулизин. Инсулины

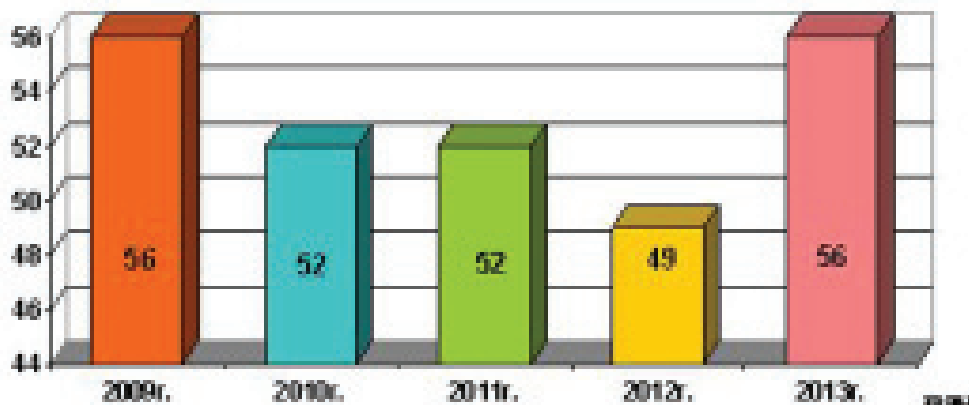


Рис.1 Динамика изменения широты ассортимента инсулинсодержащих препаратов

Таблица 1

Результаты анализа ассортимента инсулинсодержащих препаратов по странам производителям за период 2009 – 2013 гг.

Годы	Общее количество	Зарубежные производители		Производители СНГ		Отечественные производители	
		количество	%	количество	%	количество	%
2009	56	56	100	-	-	-	-
2010	52	52	100	-	-	-	-
2011	52	52	100	0	0	-	-
2012	49	47	96	2	4	-	-
2013	56	54	96,4	2	3,6	-	-

Таблица 2

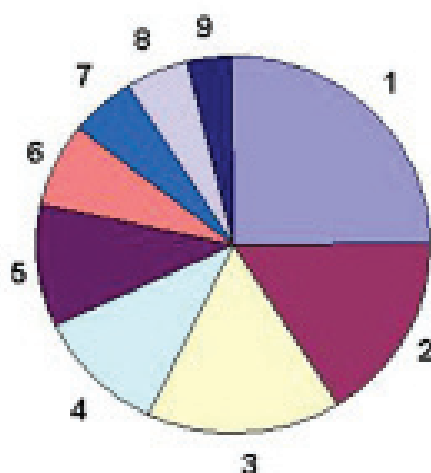
Классификация инсулинов, зарегистрированных в Республике Узбекистан

Типы инсулинов (Поколение ИСЛС)	МНН	Торговое название, зарегистрированное в Узбекистане
Инсулины ультракороткого действия (аналоги человеческого инсулина)	Инсулин аспарт Инсулин лизпро Инсулин глулизин	Новорапид Пенфилл Хумалог Апидра
Инсулины короткого действия	Инсулин растворимый, человеческий генно-инженерный	Хумулин регуляр, Инсуман рапид, Актрапид, Актрапид пенфилл, Восулин Р, Генсулин Р, Гансулин Р, Жуслин Р Моноинсулин ЧР
Инсулины средней продолжительности действия	Изофан, Инсулин человеческий, генно-инженерный	Жуслин Н, Восулин Н, Гансулин Н, Генсулин Н, Инсулатард, Инсулатард пенфилл, Инсуман базал, Протамин-инсулин ЧС Хумулин НПХ
Инсулины длительного действия (аналоги человеческого инсулина)	Инсулин детемир Инсулин гларгин	Левемир пенфилл, Лантус
Смеси инсулинов	Двухфазный инсулин аспарт Двухфазный инсулин лизпро	Ново микс 30 пенфилл, Микстард 30 пенфилл
	Инсулин двухфазный человеческий, генно-инженерный	Хумулин М3, Восулин 30/70, Гансулин 30 Р, Генсулин М10, М20, М30, М40, М50, Жуслин 30/70, Микстард 30, Инсуман комб 25

Таблица 3

Типы (поколение) инсулинов, зарегистрированных в Республике Узбекистан

№	Типы инсулинов (Поколение ИСЛС)	Число наименований	%
1	Инсулины ультракороткого действия	3	5,3
2	Инсулины короткого действия	14	25
3	Инсулины средней продолжительности действия	14	25
4	Инсулины длительного действия	3	5,3
5	Смеси инсулинов	22	39,4
ВСЕГО:		56	100



Обозначения:

- 1 – Польша (Bioton SA) 25%
- 2 – Дания (Novo Nordisk A/S) 16%
- 3 – Германия (Sanofi-Aventis Deutschland GmbH) 16%
- 4 – Индия (Wockhardt Limited) 10,7%
- 5 – Китай (Tonghua Dongbao Pharmaceutical Co. Ltd) 10,7%
- 6 – Франция (Lilly France SAS) 7,2%
- 7 – США (Eli Lilly and Company) 5,4%
- 8 – Объединенные Арабские Эмираты (Juphar Gulf Pharmaceutical Industries) 5,4%
- 9 – Беларусь (Белмедпрепараты, РУП) 3,6%

Рис. 2. Показатель регистрации ассортимента инсулинсодержащих лекарственных средств по странам – производителям и фирмам – производителям

ультракороткого действия начинают действовать через 15 минут, пик наступает через 2 часа, из организма выводится через 4 часа. Они более физиологичные и их можно вводить непосредственно перед приёмом пищи за 5 – 10 минут или сразу после еды.

2. Инсулины короткого действия (Инсулин растворимый, человеческий генно-инженерный). Короткий инсулин начинает действовать при

подкожном введении через 30 минут (поэтому вводят за 30 – 40 минут до еды), пик действия наступает через 2 часа, выводится из организма через 6 часов.

3. Инсулины средней продолжительности действия (Инсулин человеческий, генно-инженерный). Начинают действовать при подкожном введении через 1-2 часа, пик действия наступает через 6 – 8 часов, длительность

действия составляет 10 – 12 часов.

4. Инсулины длительного действия (Аналоги человеческого инсулина). Начинают действовать через 4–8 часов, пик действия наступает спустя 8–18 часов, после введения продолжительность действия составляет 20-30 часов.

5. Смеси инсулинов (Инсулин двухфазный). Инсулины комбинированного действия – бифазные препараты, которые представляют собой готовую смесь пролонгированного и короткого инсулинов. Они обозначаются дробью, например, 25/75 (где 25% - это короткий инсулин, а 70% – это пролонгированный инсулин). Обычно введение инсулина в виде смеси осуществляется 2 раза в день (утром и вечером). Вводят микст – инсулины за 30 мин до еды, это продиктовано тем, что в состав этих препаратов входит инсулин короткого действия.

В результате проведенного анализа данных по регистрации ИСЛС Республики Узбекистан, выяснилось, что доля торговых наименований препаратов 1 и 4 поколения составляет 5,3 % (по 3 наименований), для препаратов 2 и 3 поколения 25 % (14 наименований) и для препаратов 5 поколения 39,4% (22 наименований). Такая картина свидетельствует о повышенном интересе производителей регистрировать их и поставлять на рынок Узбекистана ИСЛС 5 поколения, причем общую долю импорта препаратов 5 поколения приходится на производителей зарубежных стран (табл. 3).

Анализ ассортимента по странам – производителям и фирмам – производителям показал что, среди них по количеству зарегистрированных в Республике Узбекистан лидирует Польша (Bioton SA) – 14 ассортиментных позиций, что составляет 25% от общего количества ассортимента. После Польши наибольшее число зарегистрированных

ЛС, приходится на Данию (Novo Nordisk A/S) и Германию (Sanofi-Aventis Deutschland GmbH) – 9 ассортиментных позиций (16%). Далее следуют Индия (Wockhardt Limited) и Китай (Tonghua Dongbao Pharmaceutical Co. Ltd) – 6 позиций (10,7%), Франция (Lilly France SAS) – 4 позиций (7,2%), США (Eli Lilly and Company) и Объединенные Арабские Эмираты (Julphar Gulf Pharmaceutical Industries) по 3 позициями (5,4%), и Республика Беларусь (Белмедпрепараты, РУП) – 2 позиций (3,6%) (рис.2).

Выводы

Таким образом, нами изучен ассортимент ИСЛС, представленный на фармацевтическом рынке Республики Узбекистан. На основе их изучения количественных и качественных показателей ассортимента выявлен растущий интерес зарубежных производителей к нашей стране. Результаты данного анализа будут использованы в дальнейших маркетинговых исследованиях рынка инсулинсодержащих лекарственных средств, с целью выявления направлений отечественного производства и создание системы рационального их использования.

Литература:

1. Фадеев П.А. Сахарный диабет // М.: ООО «Издательства Оникс»: «Издательство «Мир и Образование», – 2009 – С. 9 (Как победить болезнь).
2. Уоткинс П.Дж. Сахарный диабет // 2-е изд.- Пер.с англ. М.: Издательство БИНОМ, – 2006. – С. 9-14.
3. Дедов И.И., Мельниченко В.Ф., Фадеев В.Ф. // Эндокринология. – М.: Издательская группа «ГЭОТАР – Медиа», – 2007. – С. 263-265.
4. Арипов Ш.Т., Зайнутдинов Х.С. Заболеваемость и распространенность сахарного диабета 2-типа среди населения Республики Узбекистан // Фармацевтический вестник Узбекистана. – Ташкент, – 2013. – №1. – С. 8-14.
5. Ильясова К.А., Саипова Д.Т. Характеристика ассортимента антигистаминных препаратов на фармацевтическом рынке Узбекистана // Фармацевтический журнал. – Ташкент, – 2008. – №3. – С. 5-12.

ЭНДЕМИЧЕСКОЕ ЭФИРНОМАСЛИЧНОЕ РАСТЕНИЕ – ПЕРОВСКИЙ НОРИЧНИКОВОЛИСТНАЯ, ПРОИЗРАСТАЮЩЕЕ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Байсеитова А.Ж., Мураталиева А.Д.,
Зурдинов А.З., Рогова Н.А.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева
Инновационный центр фитотехнологии НАН КР
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Изучены ботанико-морфологические характеристики видов Перовския. Приведены данные наблюдений за цветением, ростом и развитием *Perovskia scrophulariifolia* в условиях культуры Ботанического сада им. Э.Гареева НАН КР г. Бишкек.

Ключевые слова: род, вид, семейство, эфирномасличное лекарственное сырье, культивирование.

КЫРГЫЗСТАНДА ӨСҮҮЧҮ СЕЙРЕК КЕЗДЕШКЕН ЭФИР МАЙЛУУ ӨСҮМДҮК ПЕРОВСКИЙ

Байсеитова А.Ж., Мураталиева А.Д.,
Зурдинов А.З., Рогова Н.А.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
КР УИА инновациялык фитотехнология борбору
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Перовския түрүнүн ботанико-морфологиялык мүнөздөмөсү аныкталды. Бишкек шаарындагы Кыргыз республикасынын улуттук илимдер академиясынын Э.Гареев атындагы ботаникалык багынын шартында *Perovskia shrophulariifolia* өсүмдүгүнүн гүлдөө, өсүү, өнүгүүсү боюнча байкоо жүргүзүүлөрдүн жыйынтыгы келтирилди.

Негизги сөздөр: Түр, тукум, түркүм, эфир майлуу өсүмдүктөрү, маданиятуу өстүрүү.

ENDEMIC ESSENTIAL OILS PEROVSKIA SCROPHULARIIFOLIA GROWS IN KYRGYZSTAN

Baiseitova A.J., Muratalieva A.D.,
Zurdinov A.Z., Rogova N.A.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Innovation center of fitotechnology NAS KR
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. The phytologic and morphological characteristics of *Perovskia* type were studied. There are represented data of the plant supervision, growth and development of *Perovskia scrophulariifolia* under the condition of culture of the Botanical garden named after E.Gareev of National Academy of Sciences of the Kyrgyz Republic, Bishkek city.

Keywords: sort, kind, family, essential-oil crude drugs, cultivation.

Введение

На современном этапе развития медицины интерес к лекарственным растениям с каждым днем возрастает, так как синтетические лекарственные средства в последнее время стали причиной аллергических и хронических заболеваний. Потребность в лекарственно-растительном сырье и охрана их природных ресурсов требуют пополнения номенклатуры лекарственных средств новыми видами растительного сырья. В этом отношении изучение растений семейства Яснотковых, произрастающих в Кыргызстане представляет

большой интерес. Представители семейства Яснотковые принимают значительное участие в формировании растительного покрова Кыргызстана, а также являются перспективными эфирномасличными, лекарственными, медоносными, декоративными растениями [8,9]. Также растения этого семейства отличаются содержанием разнообразных эфирных масел, которые применяют в медицине и парфюмерной промышленности [1,7,10]. Одним из таких растений является представитель семейства Яснотковых, Перовския.

Целью нашего исследования явилось

изучение ботанико-морфологической характеристики видов Перовския, произрастающих в Кыргызстане.

Перовския (*Perovskia*) относится к семейству губоцветных (*Lamiaceae*). Латинское название дано растению в честь русского генерала графа В.А. Перовского, который «открыл» Перовскию во время одной из своих экспедиций в Среднюю Азию. Перовския естественно произрастает на сухих каменистых пустошах Туркестана, Афганистана и в Гималаях. Перовския – полукустарник, вырастающий до 150 см в высоту распространяющийся почти настолько же в ширину. Каждый год Перовския выпускает свежие зеленые стебли из одревеневшего основания. Стебли и мелкие длинные изрезанные листочки Перовский серебристого, почти серого цвета. Зацветает Перовския примерно в середине лета и остается в цвету до конца сентября [2]. Все части Перовский обладают сильным запахом, немного напоминающий шалфей. Это растение представляет интерес как декоративное с одной стороны, и как эфирномасличное с другой. Представители рода Перовския содержат большое количество эфирных масел, камфару, пинен. Род Перовския включает 8 видов (см. таблицу №1) [3].

Из них 3 вида Перовския, которые произрастают в Кыргызстане. Нами были изучены их ботанические характеристики и

ареалы их произрастания.

Перовския полынная (*Perovskia abrotanoides* Kar.), полукустарник до 1 м высоты, с простыми стеблями, приблизительно с половины переходящими в сильно разветвленную метелку. Стебли деревянистые, продольно-бороздчатые, утончающиеся кверху, опушенные многоклеточными простыми и ветвистыми короткими волосками и редкими золотистыми округлыми железками, в нижней части безлистные. Листья черешковые, 2 – 4 см длиной и 1 – 2 см шириной, супротивные, дважды перисторассеченные, в очертании продолговатойцевидные, с продолговато-линейными тупыми долями, покрытые редкими короткими кустистыми волосками и многочисленными золотистыми железками. Соцветие до 40 см длиной, рыхлое, облиственное, нижние ветви значительно длиннее верхних [3]. Цветки многочисленные, на коротких 5 мм длиной, опушенных цветоножках, по отцветании поникающие, по 2 - 4 в расставленных ложных мутовках. Прицветники 1-1,5 мм длиной, очень мелкие, узкие, опушенные, короче чашечки. Чашечка 5 – 6 мм длиной, трубчатолококольчатая, фиолетовая, густо покрытая многоклеточными простыми длинными, белыми и фиолетовыми волосками и железками, в верхней части почти голая, коротко двугубая, верхняя губа 1 мм длиной, 2 мм шириной, неясно трехзубчатая, нижняя – двузубчатая. Венчик

Таблица 1- Виды рода Перовския

Семейство	Род	Виды
Губоцветные <i>Labiatae</i>	Перовския <i>Perovskia</i>	Перовския полынная
Губоцветные <i>Labiatae</i>	Перовския <i>Perovskia</i>	Перовския узколистная
Губоцветные <i>Labiatae</i>	Перовския <i>Perovskia</i>	Перовския лебедолистная
Губоцветные <i>Labiatae</i>	Перовския <i>Perovskia</i>	Перовския Бочанцева
Губоцветные <i>Labiatae</i>	Перовския <i>Perovskia</i>	Перовския Кудряшева
Губоцветные <i>Labiatae</i>	Перовския <i>Perovskia</i>	Перовския Линчевского
Губоцветные <i>Labiatae</i>	Перовския <i>Perovskia</i>	Перовския норичниковолистная
Губоцветные <i>Labiatae</i>	Перовския <i>Perovskia</i>	Перовския прутьевидная

9 – 12 мм длиной, фиолетовый, двугубый, снаружи редко опушенный, с выступающей трубкой; верхняя губа 2,5 – 3 мм длиной и 5 – 6,5 мм шириной, 4 - лопастная, средние лопасти меньше боковых; нижняя губа 3 – 4 мм длиной, 2 мм шириной, узкая цельная, тупая. Орешки бурые, гладкие. Произрастает по галечниковым сухим руслам, по каменистым местам, на сухих щебнистых шлейфах гор.

Перовския узколистная (*Perovskia angustifolia* Kudr.), полукустарник высотой выше 1 м, с простыми или разветвленными олиственными стеблями, в основании почти округлыми, деревянистыми, продольно-бороздчатыми покрытыми короткими многоклеточными простыми и ветвистыми волосками и золотистыми, обильно сидящими железками. Листья 2,5 – 5,5 см длиной, 0,8 – 3 см шириной, расположены супротивно, обычно по два, иногда бывает четыре, но тогда пара мелких в два раза меньше обычных; расстояние между узлами 2,5 – 3 см; пластинки широколанцетные или продолговато-ланцетные, по краю пильчатые, голые, зеленые с обеих сторон с многочисленными сидячими железками, у основания клиновидные, вытянутые в черешок, 6 – 8 мм длиной; под соцветием мелкие, 1,5 - 2,5 см длиной, 2,5 – 6 мм шириной. Прицветники до 1 мм длиной, мелкие, узкие, по краю густо белореснитчатые. Соцветие до 30 см длиной, рыхлое; главная ось метелки нередко мало отличается от боковых ветвей [3]. Цветки на опушенных цветоножках, 3 – 4 мм длиной, отклоненные, при отцветании поникающие. Чашечка 6 мм длиной, фиолетовая, двугубая, трубчато-колокольчатая, опушенная беловато-фиолетовыми, длинными, оттопыренными простыми и железистыми волосками, к зеву расширенная и более слабо опушенная; трубка 5 мм длиной, 2 мм шириной; верхняя губа 2 – 2,5 мм длиной, 2 мм шириной, неяснотрехзубчатая, нижняя – 2 – 3 мм длиной, 2 – 3 мм шириной, двузубчатая, с более хорошо выраженными зубцами. Венчик фиолетовый, 1 – 12 см длиной, почти голый, двугубый, с редкими железками, с выступающей трубкой 7 – 8 мм длиной, 15 – 2 мм шириной, верхняя губа 3 – 3,5 мм длиной, 5 – 6 мм шириной, четырехлопастная, с неравными лопастями, средние – меньше боковых; нижняя губа 4 – 4,5 мм длиной, 2 мм шириной, узкая, продолговатояйцевидная, цельная. Орешки коричневые, голые. Произрастает на щебнисто-

каменистых местах, по сухим руслам рек, на предгорьях.

Перовския норичниковолистная (*Perovskia scrophulariifolia* Bge.). Среди обширной группы эфиромасличных растений, произрастающих в Кыргызстане, Перовския норичниковолистная является одним из интересных и перспективных видов. Это полукустарник до 1 м высоты. Корневая система разветвленная, направлена вертикально вниз и уходит вглубь до 1,5 м, что обеспечивает растение влагой в засушливый период. Стебли до 1 метра высоты, прямые, у основания деревянистые, со слабо-морщинистыми, яйцевидными листьями. Соцветие безлистное, длиной до 40 см. Многочисленные цветки с фиолетовыми чашечками и венчиками расположены в расставленных ложных мутовках. Семянки – бурые, гладкие орешки [3]. Перовския норичниковолистная распространена в Кыргызстане на Алайском и Туркестанском хребтах. Растет отдельными экземплярами или группами на каменисто-щебнистых склонах гор, по сухим галечниковым руслам рек. В надземной части растения содержится 0,20–0,48 % эфирного масла, флавоноиды, кумарины, лактоны, следы алкалоидов [2]. Масло темно-желтого цвета с острым запахом. В народной медицине отвар из надземной части растения употребляют для лечения чесотки [4]. Высушенные цветки заваривают как чай и пьют при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, болях в желудке [6]. В Ботанический сад им.Э.Гареева НАН КР Перовския норичниковолистная завезена молодыми экземплярами с Алайского хребта в 1976 году. Сажены хорошо прижились и ежегодно проходят полный цикл развития. Распускание почек и отрастание побегов отмечается в первой декаде апреля. Цветение растянуто по времени и длится с начала июня до конца сентября. Цветки распускаются в ясную погоду ранним утром (с 6 до 9 часов), в пасмурную – в первой половине дня, иногда в течение всего дня. Продолжительность цветения одного цветка 48 часов, затем венчик завядает и засыхает. Венчик слабо прикреплен к чашечке и под воздействием ветра или других причин опадает вместе с тычинками и пестиком [5]. Чашечка после опадания венчика открыта, затем в верхней части она сплющивается и таким образом закрывается. Рост побегов продолжается до окончания цветения – до третьей декады июня. Средняя высота их достигает 70 см,



количество листьев в это время – 8 пар, длина одревесневшей части побегов – 28 см, длина соцветий – 25 – 40 см. Массовое созревание семян - в июле. На одном соцветии образуется от 50 до 150 семян. Раскрытие цветков начинается с нижних мутовок главного цветоносного побега, затем цветение продвигается вверх и распространяется на побеги других порядков от основания к верхушке. Длительность цветения соцветия в среднем 23 дня. Вегетация заканчивается во второй половине октября. Размножается Перовския норичниковолистная семенами и корневыми отпрысками.

Таким образом, перовския норичниковолистная, перовския узколистная, перовския полынная являются эфирномасличными лекарственными растениями, которые можно успешно культивировать в условиях климата Кыргызстана. Среди них можно выделить перовскую норичниковолистную, которая представляет интерес как перспективное эфирномасличное лекарственное растение. Поэтому дальнейшее исследование вида перовския норичниковолистная, будет более целенаправленно, с целью изучения биологически активных веществ и возможность использования в медицинской практике.

Литература:

1. Яковлев Г.П. Фармакогнозия. Лекарственное сырье растительного и животного происхождения. Санкт-Петербург. Изд. «СпецЛит» 2010. 863с.
2. Каррыев М.О. Фармакохимия некоторых эфирномасличных растений флоры Туркмении Ашхабад. Изд. «Ылым». 1973. 149с.
3. Флора Киргизской ССР, Т. IX Фрунзе, Изд. АН Кирг. ССР. 1960. 210с.
4. Ходжиматов К.Х., Сагатов С.С. Некоторые дикорастущие эфирномасличные растения, применяемые в народной медицине. // Новые данные по биологии дубильных и лекарственных растений. Ташкент, Изд. «Фан». Уз. ССР. 1970. 143–145с.
5. Рогова Н.А. Перовския норичниковолистная в условиях культуры. // Исследования живой природы Кыргызстана. 2010. №1
6. Кенжебаева Н.В., Ганыбаева М.А. Лекарственные растения Кыргызстана в народной медицине. Биолого-почвенный Институт НАН КР
7. Муравьев Д.А. Фармакогнозия. Изд. «Медицина», М., 2002, 251-256с.
8. Рогова Н.А., Яковлева Н.В. Лекарственные растения Кыргызстана и их устойчивое использование. Бишкек, 2002. 134с.
9. Горяев М.И. Эфирные масла флоры СССР. Алма-Ата: Изд. АН Каз. ССР, 1952. 380с.
10. Муравьева Д.А., Самылина И.А., Яковлев Г.П. Фармакогнозия. Изд. «Медицина», М., 2007.

АНАЛИЗ ЛЬГОТНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ГРАЖДАН КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ПРИ ОТДЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ ПО ПРОГРАММЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ

Дооталиева Т.Ч., Чолпонбаев К.С., Дооталиева С.Ч.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Проведен анализ состояния льготного лекарственного обеспечения отдельных заболеваний на амбулаторном уровне Кыргызской Республики за период 2006-2013гг. Внедрение Программы государственных гарантий за семь лет привело к увеличению выписывания рецептов в 1,8 раз, объем суммы возмещения со стороны Фонда обязательного медицинского страхования вырос в 2,3 раза. Остаются проблемы доступности наркотических, психотропных лекарственных средств в отдаленных населенных пунктах.

Ключевые слова: программа государственных гарантий, льготное лекарственное обеспечение, льготные категории граждан.

МАМЛЕКЕТТИК КЕПИЛДИК ПРОГРАММАСЫ БОЮНЧА АМБУЛАТОРДУК ШАРТТА ДАРЫЛАНУУЧУ ЖАРААНДАРДЫН АЙРЫМ ООРУЛАРЫН ЖЕНИЛДЕТИЛГЕН ДАРЫ – ДАРМЕК МЕНЕН КАМСЫЗДАНДЫРУУНУН ТАЛДООСУ

Дооталиева Т.Ч., Чолпонбаев К.С., Дооталиева С.Ч.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Макалада Кыргыз Республикасынын 2006-2013 ж.ж. арасында амбулатордук шартта дарылануучу жараандардын айрым ооруларын жеңилдетилген дары - дармек менен камсыздандыруусунун талдоосу жүргүзүлгөн. Мамлекеттик кепилдик программасынын иштөөсү жети жылдын ичинде рецепттердин жазылуусунун 1,8 эсе көбөйүүсүнө, толуктоо суммасы 2,3 эсе чоңойушуна алып келди. Алыскы элет жерлерде мамлекеттик кепилдик программасы жана наркотикалык, психотроптук дарылардын колжетерлигинин көйгөйлүү маселеси калып турат.

Негизги сөздөр: Мамлекеттик кепилдик программасы, жеңилдетилген дары – дармектер менен камсыздандыруу, жеңилдетилген дары – дармектерге укугу бар жараандардын тобу.

ANALYSIS OF PREFERENTIAL MEDICINES PROVISION AT OUT-PATIENT LEVEL ACCORDING TO THE PROGRAM OF THE STATE GUARANTEES IN SEPARATE DISEASES IN KYRGYZ REPUBLIC CITIZENS

Dootaliyeva T. Ch., Cholponbayev K.S., Dootaliyeva S. Ch.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. The analysis of the states of medicinal providing of separate diseases is conducted at ambulatory level in the Kyrgyz Republic during 2006-2013years. The program of State guarantees working for seven years led to the following writing of recipes increased in 1,8 times, the volume of compensation sum from Fund of obligatory medical insurance grew in 2,3 times. There are problems of narcotic, psychotropic drugs accessibility in remote settlements.

Keywords: the program of State guarantees, privileged drug providing, privileged categories of citizens.

Вопросы совершенствования лекарственного обеспечения актуальны во всем мире и являются одной из главных составляющих оказания медицинской помощи. Основной целью лекарственной политики любой страны является обеспечение доступности основных лекарственных средств (ЛС) для населения [1].

Лекарственное обеспечение в Кыргызской Республике регулируется законами «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике», «О лекарственных средствах» и другими нормативно-правовыми актами. Действующие нормативные акты устанавливают основные принципы льготного лекарственного обеспечения населения:

- государство устанавливает порядок социальной защиты и льготного обеспечения отдельных категорий граждан Кыргызской Республики ЛС;

- граждане имеют право на получение лекарственной помощи в рамках гарантированного объема медицинской помощи или бесплатно в порядке, определяемым Правительством Кыргызской Республики.

Для реализации положений нормативных актов Фондом обязательного медицинского страхования (ФОМС) реализуются программы, направленные на льготное лекарственное обеспечение на амбулаторном уровне льготных категорий граждан через аптечную сеть. Это лекарственное обеспечение застрахованных граждан по Дополнительной программе ОМС (ДП ОМС), реализуемая с 2001 года, и лекарственное обеспечение льготной категории больных по Программе государственных гарантий (ПГГ), реализуемая с 2006 года. Целью льготных программ является обеспечение населения экономической и физической доступности ЛС для смещения акцента лечения мониторируемых заболеваний со стационарного уровня на амбулаторный уровень [2].

Следует отметить, что на сегодня не дана научно обоснованная оценка эффективности вышеуказанных программ. В связи с этим целью настоящей работы является анализ состояния льготного лекарственного обеспечения граждан на амбулаторном уровне при отдельных заболеваниях и выявление проблем, мешающих их эффективному функционированию.

Реализация льготных программ осуществляется на основании ниже приведенных нормативных документов:

- Постановление Правительства КР № 388 от 28 июня 2013 г. «Программа государственных гарантий по обеспечению граждан КР медико-санитарной помощью»;

- Постановление Правительства КР № 28 от 12 января 2012 г. «Положение о льготном лекарственном обеспечении населения на амбулаторном уровне по Программе государственных гарантий и Дополнительной программе обязательного медицинского страхования».

В соответствии с выше указанными документами пациенты при таких заболеваниях, как сахарный диабет инсулинозависимый, сахарный диабет инсулиннезависимый, несахарный диабет, гемофилия и туберкулез бесплатно обеспечиваются ЛС и изделиями медицинского назначения (ИМН) министерством здравоохранения Кыргызской Республики в централизованном порядке. ЛС и ИМН приобретаются за счет бюджетных средств и средств ФОМС, распределяются больным по месту учета в эндокринологических диспансерах и центрах семейной медицины (ЦСМ). Больные туберкулезом обеспечиваются лекарствами через тубдиспансеры. Наименование и примерные нормы отпуска ЛС и ИМН по вышеуказанным заболеваниям представлены в таблице 1.

Пациенты с онкологическими заболеваниями в терминальной стадии, параноидной шизофренией, аффективными расстройствами различного генеза, эпилепсией, бронхиальной астмой обеспечиваются лекарственными препаратами на льготных условиях через аптечную сеть по рецептам, выписанными врачами группы семейных врачей (ГСВ), специалистами ЦСМ. Льготы устанавливаются в размере 90 - 100% от базисной цены на лекарственный препарат [3].

Основной принцип работы льготной программы – это оплата части стоимости ЛС, приобретаемых пациентом по рецептам ПГГ, со стороны государства и оплата самим пациентом оставшейся части стоимости препарата. Сумма, подлежащая оплате (возмещению) со стороны государства, приводится в «Справочнике лекарственных средств, возмещаемых по Дополнительной программе ОМС и Программе государственных гарантий на амбулаторном уровне». Пациент, приобретая лекарство в аптеке, оплачивает разницу между розничной стоимостью и ценой возмещения, указанной в Справочнике.

Таблица 1. Нормы отпуска ЛС при отдельных заболеваниях

Наименования заболевания	Наименования ЛС и ИМН	Количество (на 1 больного в год)	Ответственный за закупку
Сахарный диабет инсулинозависимый	Инсулины, шприцы	По потребности	МЗ КР
Сахарный диабет инсулинонезависимый	Глибенкламид, 5 мг №120	5 упаковок (600 таблеток)	МЗ КР
Несахарный диабет	Десмопрессин 5 мл	20 флаконов	МЗ КР
Гемофилия	Криопреципитат 15 мг	20 флаконов	МЗ КР
Туберкулез	По программе DOTS	По потребности	МЗ КР
Дети до 16 лет и старше, больные гемофилией, ранее получавшие лечение факторами крови	Концентраты факторов VIII, IX	6500 МЕ	ФОМС

Таблица 2. Объем реализации ЛС по программам льготного лекарственного обеспечения в Кыргызской Республике

Годы	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Сумма возмещения ТУ ФОМС, млн. сом	11,1	22,02	22,02	23,0	23,0	25,85
Сумма оплаты пациентом, млн. сом	0,74	1,468	2,58	3,22	1,86	2,068

Финансирование льготного лекарственного обеспечения по ПГГ осуществляется из средств республиканского бюджета и местного бюджета г. Бишкек через Фонд ОМС и его территориальные управления. Лекарства на льготных условиях отпускаются аптечными организациями пациентам по рецептам формы №109-ПГГ при наличии договора с ТУ ФОМС. В исключительных случаях, при отсутствии в сельской местности аптечных учреждений, имеющих право на реализацию наркотических, психотропных и сильнодействующих препаратов, ЦСМ или центры общеврачебной практики, по согласованию с ФОМС, могут бесплатно обеспечивать ЛС и ИМН [2].

Введение лекарственного обеспечения на амбулаторном уровне по ПГГ при отдельных хронических заболеваниях позволило улучшить доступность к ЛС больных социально-значимыми заболеваниями и внесло вклад в смягчение бедности для названных категорий населения. По данным ФОМС реализация программ льготного лекарственного обеспечения привела к сокращению госпитализаций больных с бронхиальной астмой. Такая тенденция связана с тем, что от 40 до 60% выписываемых рецептов, возмещаемых по ПГГ, приходится

на препараты для лечения бронхиальной астмы. Увеличивается количество рецептов, выписываемых для онкобольных: от 12% в 2010 году до 19% в 2013 г. Ежегодно увеличивается количество выписанных и отпущенных рецептов по ПГГ, так с 2007 г по 2012 г, количество выписанных рецептов в год увеличилось от 35,3 тысяч до 71,4 тысяч рецептов. Увеличение выписывания рецептов связано с возрастанием доли охваченных больных лекарственным обеспечением по ПГГ. За время действия данной льготной программы средний уровень возмещения со стороны пациента составляет 9,35%, ежегодно уровень возмещения колеблется от 6% до 14%. Основными причинами данной тенденции явилось то, что базовая цена на ЛС была установлена в 2006 году, не была проведена своевременная корректировка цен с учетом изменений цен на рынке. В апреле 2012 года были пересмотрены базисные цены ЛС, возмещаемых по ДП ОМС и ПГГ, введен в действие новый Справочник ЛС, состоящий из 77 генерических наименований ЛС и 3-х наименований ИМН [4]. Это отразилось в изменении уровня возмещения за 2012 год. Однако, данные ФОМС за 2012 г. и 10 месяцев 2013 г. показывают увеличение уровня возмещения (рис. 1).



Рисунок 1. Динамика количества выписанных рецептов, среднего уровня возмещения Фондом ОМС и оплаты пациентом

Основной причиной такой динамики является повышение цен на препараты, связанное с нестабильностью валюты - средний курс сома к доллару изменился от 47,4 до 49,25 сомов, а также появление на рынке генерических препаратов с торговыми наименованиями.

Следует отметить периодическое увеличение бюджета ПГГ с пересмотром показателя подушевого норматива. По данным ФОМС по программам льготного лекарственного обеспечения с 2007 года по 2012 год бюджет увеличился от 11,1 млн. сом до 25,85 млн. сом и вырос в 2,3 раза, сумма оплаты пациентом повысилась до 2012 года в 2,7 раза (таблица №2).

Одним из условий эффективной реализации льготного лекарственного обеспечения является наличие соответствующего количества аптечных организаций вовлеченных в данную программу. В настоящее время по данным Фонда ОМС для реализации льготных программ в республике заключили договора 211 фармацевтических компаний и частных аптек с более чем 800 единицами розничных аптек и аптечных пунктов. Однако в течение последних 3-х лет отмечается уменьшение числа фармацевтических фирм, заключивших договоры на реализацию программ лекарственного обеспечения по ДП ОМС и ПГГ с 254 до 211 [4]. Сохраняется проблема доступности лекарств в отдаленных населенных пунктах, где отсутствуют аптеки и фармацевты. Кроме этого, главной проблемой остается доступность в регионах наркотических и психотропных лекарств. Многие аптеки отказываются работать с учетной группой ЛС из-за дополнительного получения разрешения или необоснованных многочисленных проверок со стороны правоохранительных органов. В результате особенно остро стоит проблема, обеспечения наркотическими ЛС онкологических больных в регионах. Остается проблема недостаточной информированности пациента

при выборе ЛС из группы генериков, которая приводит к увеличению сумм возмещения со стороны больного [5, 6].

Выводы

Льготное лекарственное обеспечение граждан на амбулаторном уровне по Программе государственных гарантий при отдельных заболеваниях через аптечную сеть является эффективным инструментом в улучшении качества медицинских услуг, предоставляемых ЦСМ/ГСВ, способствует обеспечению физической и экономической доступности лекарственных средств и реальному смещению акцентов в лечении больных на первичный уровень. Внедрение Программы государственных гарантий за семь лет привело к увеличению выписывания рецептов в 1,8 раз, объем суммы возмещения вырос в 2,3 раза, средний уровень оплаты пациента остается на уровне 9,3%. Остаются проблемы доступности наркотических, психотропных лекарственных средств в отдаленных населенных пунктах.

Литература:

1. Юркин Г.Г. Германия - страна с развитой системой медицинского страхования. // Врач. - 2000. - № 11. - С. 34-35.
2. Постановление Правительства КР № 28 от 12 января 2012 года «Положение о льготном лекарственном обеспечении населения на амбулаторном уровне по Программе государственных гарантий и Дополнительной программе обязательного медицинского страхования».
3. Постановление Правительства Кыргызской Республики от 28 июня 2013 года N 388 «Программа государственных гарантий по обеспечению граждан КР медико-санитарной помощью».
4. Отчеты ФОМС при Правительстве КР за 2007 – 2013гг. - [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.foms.kg/>
5. Центр анализа политики здравоохранения. Документ №77. «Оценка реализации и эффективности Государственной лекарственной политики Кыргызской Республики» на 2007 – 2010 гг. – Бишкек. - 2012.
6. Центр анализа политики здравоохранения. Документ №79. Финансовый разрыв в реализации Программы государственных гарантий в организациях здравоохранения, работающих в системе Единого плательщика. – Бишкек. - 2012. - С. 4-5.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОЙ МАЗИ НА МОДЕЛИ НЕАЛЛЕРГИЧЕСКОГО КОНТАКТНОГО ДЕРМАТИТА

Кузнецов И. Э.

Национальный фармацевтический университет
Харьков, Украина

Резюме. Изучена противовоспалительная активность новой комбинированной мази «Пролиддоксид» в сравнении с аналогом по фармакологическому действию – мазью «Вундэхил». Установлено, что новая комбинированная мазь способствовала достоверному снижению воспаления и интенсивности поражения кожи. Противовоспалительная активность мази «Пролиддоксид» превысила активность мази «Вундэхил» в 1,5 раза. Более выраженное противовоспалительное действие новой мази обусловлено антиоксидантной и мембраностабилизирующей активностью действующих веществ фенольного гидрофобного препарата прополиса, их высокой биодоступностью за счет полиэтиленоксидной основы. Полученные результаты обосновывают целесообразность дальнейшего изучения с целью применения новой мази для местного лечения неаллергических воспалительных заболеваний кожи.

Ключевые слова: фармакологическое исследование, мазь, противовоспалительная активность, неаллергический контактный дерматит.

STUDY OF NEW OINTMENT ACTION ON THE MODEL OF AN ALLERGIC CONTACT DERMATITIS

Kuznetsov I.E.

National university of pharmacy
Kharkov, Ukraine

Resume. Antiinflammatory activity of the new combined ointment was studied with the equivalent on the by pharmacological action ointment «Wundahyl». It is established that the new combined ointment promoted the significant decrease of inflammation and intensity of defeat a skin. An anti-inflammatory action of ointment «Prolidoxid» was higher than the preparation of comparison ointments «Wundahyl» in 1.5 times. More expressed anti-inflammatory action of new ointment is caused by interaction of antioxidative and membranostabilizative activity of hydrophobic drug phenolic propolis operating, their high bioavailability due to the polyethylene oxide basis. Received results prove further study in order to apply the new combined ointment for local treatment of non allergic inflammatory diseases of a skin.

Key words: pharmacological study, ointment, action, non allergic contact dermatitis.

Введение

Перспективным направлением поиска и разработки новых лекарственных средств для фармакотерапии раневого процесса являются продукты апитерапии, особый интерес из которых представляет прополис [1, 2, 3]. Учитывая богатый опыт народной и научной медицины по применению прополиса и его экстрактов для лечения ран, сотрудниками кафедры аптечной технологии лекарств НФаУ на его основе была разработана ранозаживляющая мазь «Пролиддоксид». В качестве основного действующего вещества мазь содержит фенольный гидрофобный препарат прополиса (ФГПП), полученный профессором НФаУ А.И.Тихоновым [4]. В состав ФГПП входят фенолокарбоновые кислоты, гидроксикумарин, флавоны, флавонолы (81,33% от всей массы фракции занимают флавоны апигенин, лютеолин и флавонолы кверцетин, кемпферол). Дополнительно в состав мази введен лидокаин,

местноанестезирующее действие которого усиливает обезболивающий эффект ФГПП [5, 6]. В качестве основы мази «Пролиддоксид» использована смесь полиэтиленоксидов: ПЭО-400 и ПЭО-1500 (в соотношении 4:1), с выраженной осмотической активностью (340%). Данная основа соответствует требованиям, предъявляемым к лекарственным препаратам для местного лечения ран и поверхностных ожогов кожи в I фазе раневого процесса. Выбор основы также обусловлен физико-химическими и дегидратирующими свойствами и растворимостью в ней действующих компонентов [6, 7, 8].

Эффективность мази «Пролиддоксид» была изучена на различных моделях раневого процесса в Центральной научно-исследовательской лаборатории НФаУ под руководством проф. Л.В. Яковлевой [9, 10, 11]. Установленный спектр активности мази «Пролиддоксид» (противовоспалительная, антимикробная,

репаративная, местноанестезирующая), позволил предвидеть положительное влияние препарата на субхроническое воспаление в условиях неаллергического контактного дерматита (НКД).

Целью работы явилось изучение эффективности новой мази «Пролидоксид» на модели НКД.

Материалы и методы исследования

Для воспроизведения патологии животным на тщательно выстриженный участок кожи размером 3х3 см² каждое утро в течение 10 дней наносили по пять капель живичного скипидара и втирали стеклянной палочкой. На 10 день у животных визуально оценивали интенсивность развития НКД по выраженности воспалительной реакции кожи в баллах (0 баллов - отсутствие видимой реакции, 1 балл - слабая эритема, 2 балла - умеренно выраженная эритема, шелушение, точечные кровоизлияния, 3 балла - четкая эритема с уплотнением и шелушением, 4 балла - резкая эритема с явлениями геморрагии, выраженной инфильтрацией и серозно-геморрагическими корками с язвами) [12].

Изучение противовоспалительного действия препарата проводили на 18 белых крысах самцах массой 200-230 г, разделенных на 3 группы: первая - контрольная патология (КП) (n=6), вторая - опытная группа, получавшая новую мазь с 10-го по 15-й дни эксперимента наружно (n=6), третья - опытная группа, получавшая препарат сравнения с 10-го по 15-й дни эксперимента наружно (n=6). Мази наносили стерильным шпателем на поврежденную поверхность кожи животных размером 3х3 см² 1 раз в день в условнотерапевтической дозе 20 мг/см². Как препарат сравнения использовали аналог по лекарственной форме, фармакологическому действию, показаниям к применению и частично по составу мазь «Вундэхил» (производство ООО «Научно-производственная фармацевтическая компания «Эйм», г. Харьков) [13]. Мазь «Вундэхил» содержит: спиртовые настойки софоры японской, корневищ лапчатки, травы тысячелистника, прополиса, пчелиный воск, ее основу составляет жир свиной и ланолин безводный.

Интенсивность воспалительного процесса оценивали по гематологическим показателям: скорости оседания эритроцитов (СОЭ) и количеству лейкоцитов, которые

определяли дважды: на 10 день (последний день нанесения живичного скипидара) и на 15 день эксперимента (последний день местного лечения дерматита). Противовоспалительную активность (ПА, %) препаратов рассчитывали на 15 день эксперимента по формуле:

$$ПА = 100\% - I_{оп} / I_{кп} \times 100,$$

где $I_{оп}$ и $I_{кп}$ – интенсивность поражения кожи в опытной группе и в группе КП.

Для оценки полученных результатов показатели в опытных группах сравнивали с показателями в группе КП. При применении методов статистики был принят уровень значимости $p < 0,05$. Полученные результаты обрабатывали статистически, используя стандартный пакет статистических программ Statistica 4.3. Для получения статистических выводов применяли критерии Ньюмана-Кейлса и Манна-Уитни.

С животными обращались согласно «Общим этическим принципам экспериментов на животных, согласующихся с положениями «Европейской конвенции по защите позвоночных животных, которых используют для экспериментальных и научных целей» (Страсбург, 1986 с изменениями, внесенными в 1998 г.).

Полученные результаты

Дерматит у крыс на 10-й день характеризовался резко выраженной реакцией кожи: отеком тканей, гиперемией, появлением корок, изъязвлений. Параллельно наблюдалось ухудшение общего самочувствия животных: нарушение активности, явления пилоэрекции.

Результаты исследования приведены в таблице 1.

Степень поражения кожи варьировала от 3,17 до 3,5 баллов. Достоверный относительно исходных данных рост показателей СОЭ и уровня лейкоцитов свидетельствовал о системном воспалении.

На 15 день у животных группы КП степень поражения кожи уменьшилась в 1,5 раза относительно предыдущего срока (2,33 балла), но уровень лейкоцитов и СОЭ достоверно превышали исходные данные, что указывало на продолжение воспалительного процесса у животных.

Лечение мазями «Пролидоксид» и «Вундэхил» в течение 5 дней значительно

Таблица 1

Динамика клинических и гематологических показателей экспериментальных животных на модели неаллергического контактного дерматита, $\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$

Показатели	Сроки исследований	Контрольная патология	Мазь «Пролиддоксид»	Мазь «Вундэхил»
Лейкоциты, $10^9/\text{л}$	Исход	9,29±0,25	9,70±0,40	9,54±0,20
	10-й день	14,58±0,52*	14,42±0,23*	14,75±0,41*
	15-й день	13,25±0,40*	9,46±0,22 **/****/****	11,71±0,51 **/****
СОЭ, мм/час	Исход	2,92±0,38	3,50±0,43	3,67±0,42
	10-й день	10,67±1,58*	10,67±2,09*	8,33±1,06*
	15-й день	7,50±0,76*	4,00±0,36 **/****/****	6,83±0,48*
Степень поражения кожи, баллы	10-й день	3,50±0,22	3,33±0,21	3,17±0,10
	15-й день	2,33±0,21***	0,83±0,31 **/****/****	1,33±0,33 **, ***
ПА, %	15-й день	—	64,4%	42,9%

Примечания:

1. ПА – противовоспалительная активность, %;
2. * – отличия достоверны относительно исхода, $p < 0,05$;
3. ** – отличия достоверны относительно группы КП, $p < 0,05$;
4. *** – отличия достоверны относительно предыдущего срока исследования, $p < 0,05$;
5. **** – отличия достоверны относительно препарата сравнения – мази «Вундэхил», $p < 0,05$.

уменьшило воспалительный процесс кожи, о чем свидетельствовало достоверное относительно группы КП уменьшение степени поражения кожи и количества лейкоцитов. После лечения у животных также было отмечено исчезновение геморрагий и гиперемии кожи.

Обсуждение

По эффективности лечения мазь «Пролиддоксид» превысила эффективность мази «Вундэхил», о чем свидетельствовало достоверное снижение степени поражения кожи, уровня СОЭ и лейкоцитов по отношению к препарату сравнения. Противовоспалительная активность мази «Пролиддоксид» в 1,5 раза превысила активность мази «Вундэхил». Более выраженная противовоспалительная активность изученной мази вполне вероятно реализуется за счет антиоксидантного и мембраностабилизирующего влияния ФГПП, биологически-активными веществами которого

являются флавоны: апигенин, лютеолин и флавонолы: кверцетин, кемпферол (рис. 1).

Флавоноиды ФГПП содержат реакционноспособные фенольные и карбонильные группировки, благодаря которым они вступают в химические реакции с эндогенными метаболитами и ферментами организма, а также принимают участие в различных метаболических процессах. Это и обуславливает их высокую биологическую активность [14, 15, 16].

Дегидратирующие свойства основы мази «Пролиддоксид» также усиливают противовоспалительное действие препарата, в отличие от гидрофобной жировой основы препарата сравнения. ПЭО-400, кроме функции растворителя, выполняет также функцию проводника лекарственных веществ через биологические мембраны, улучшая биодоступность препарата, что было доказано в условиях эксперимента [8].

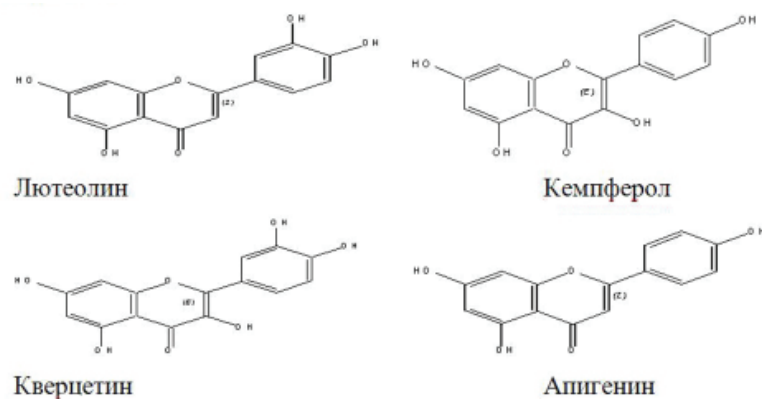


Рис. 1. Биологически-активные вещества ФГПП.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о выраженном лечебном действии мази «Пролиддоксид» на модели НКД и позволяют прогнозировать использование препарата для лечения дерматологических заболеваний кожи, а именно неаллергических дерматитов.

Выводы

1. На модели НКД по противовоспалительной активности и по влиянию на показатели, характеризующие выраженность воспалительного процесса (количество лейкоцитов и уровень СОЭ), мазь «Пролиддоксид» превысила активность препарата сравнения.

2. Более выраженная противовоспалительная активность новой мази реализуется за счет антиоксидантных и мембраностабилизирующих свойств фенольных соединений ФГПП, а также за счет ПЭО основы мази в отличие от гидрофобной жировой основы мази «Вундехил».

3. Установленное противовоспалительное действие новой комбинированной мази «Пролиддоксид» на модели НКД позволит расширить показания к применению препарата в клинике как для местного лечения гнойных ран, так и для лечения неаллергических воспалительных заболеваний кожи.

Литература:

1. Гладышева В.А. Лечение прополисом. – Ростов-на-Дону: Феникс. – 2005. – 32 с.
2. Khalil M. L. Biological activity of bee propolis in health and disease // *Asian Pac. J. Cancer Prev.* – 2006. – Vol. 7, №1. – P. 22–31.
3. Лавренова Г.В. Прополис, целительные рецепты. – СПб.: Нева. – 2004. – 96 с.
4. Тихонов А.И., Ярных Т.Г., Будникова Т.Н. Высвобождение суммы фенольных соединений прополиса из лекарственных препаратов // *Фармац. журнал.* – 1991. – №3. – С. 55–58.
5. Хохленкова Н.В., Ярных Т.Г., Чушенко В.Н. Исследование мази с фенольным гидрофобным препаратом прополиса // *Фармаком.* – 2003. – № 3. – С. 75–78.
6. Tikhonov O.I., Jarnych T.G., Khokhlenkova N.V. Research of ointment with phenolic hydrophobic Propolis preparation // *Intern. Scient. Conf. "Pharmacy in contemporary society"*. – Kaunas, 2003. – P. 93–97.
7. Патент України на винахід №60849. Мазь «Пролиддоксид» для місцевого лікування ран та опіків / О.І. Тихонов, В.П. Черних, Т.Г. Ярних и др.; заявник та патентовласник НФаУ. – опубл. 15.11. 2005 р., бюл. №11. – 6 с.
8. Хохленкова Н.В., Либина В.В., Резниченко А.А. Фармакокинетическое исследование мази «Пролиддоксид» // *Фармаком.* – 2004. – №1. – С. 1–5.
9. Яковлева Л.В., Ларьяновская Ю.Б., Ткачева О.В. и др. Морфологическая оценка заживления асептических кожных язв под влиянием мази «Пролиддоксид» // *Экспер. и клин. фармакология.* – 2005. – Т. 68, № 3. – С. 60–63.
10. Ткачова О.В. Дослідження репаративної і місцевоанестезуючої дії мазі «Пролиддоксид» // *Україн. біофарм. журнал.* – 2012. – № 1-2 (18-19). – С. 37–41.
11. Ткачова О.В., Яковлева Л.В. Оцінка ефективності мазі «Пролиддоксид» при механічному ушкодженні шкіри у щурів // *Клін. фармація.* – 2012. – № 3. – С. 41–45.
12. Яковлева Л.В., Ткачова О.В., Гладух Є.В. Вивчення лікувальної дії мазі альтанової на моделі контактного скипидарного дерматиту у щурів / *Сборник научных трудов сотрудников КМАПО им. П.Л. Шупика. Вып. 12, книга 1.* Киев, 2003. С. 1000-1005.
13. Гладченко С.В., Бутенко И.И., Дранова И.Н. Мазь «Вундехил» – новое эффективное ранозаживляющее и противовоспалительное средство // *Провизор.* – 1997. – №17. – С. 52–53.
14. Барабой В.А. Биоантиоксиданты. – К.: Книга Плюс, 2006. – 462 с.
15. Зенков Н.К., Кандалицева Н.В., Ланкин В.З. и др. Фенольные биоантиоксиданты. – Новосибирск: СО РАМН, 2003. – 328 с.
16. Тюкавкина Н.А., Лаптева К.И., Моденова Л.Д. и др. Фенольные соединения и их биологические функции. – М.: Наука, 1998. – С. 72–78.

ФАРМАКОГНОСТИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ ПЕРОВСКИИ ПОЛЫННОЙ (PEROVSKIA ABROTANOIDES KAREL)

Усупбекова А.Р., Таштанбекова Ч.Б.,
Чолпонбаев К.С., Дооталиева С.Ч.

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

Резюме. Проведено фармакогностическое описание Перовский полынной и определены микроскопические характеристики листьев и цветков.

Ключевые слова: Перовский полынная, эфирное масло, микроскопическая характеристика.

ШЫБАКТАЙ КОЁН ТОМУКТУН (PEROVSKIA ABROTANOIDES KAREL) ФАРМАКОГНОСТИКАЛЫК БАЯНДАМАСЫ

Усупбекова А.Р., Таштанбекова Ч.Б.,
Чолпонбаев К.С., Дооталиева С.Ч.

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

Корутунду. Шыбактай коён томуктун фармакогностикалык баяндамасы өткөрүлдү жана анын жалбырагына, гүлүнө микроскопиялык мүнөздөмө белгиленди.

Негизги сөздөр: Шыбактай коён томук, эфир майы, микроскопиялык мүнөздөмө.

PHARMACOGNOSTIC DESCRIPTION OF PEROVSKIA ABROTANOIDES KAREL

Usupbekova A.R., Tashtanbekova Ch.B.,
Cholponbaev K.S., Dootalieva S.Ch.,

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

Resume. It is carried out the pharmacognostic description Perovskia abrotanoides Karel and it is determined microscopic characteristics.

Key words: Perovskia abrotanoides, essential oil, microscopic characteristic.

Растительный мир Кыргызстана насчитывает около 600 видов полезных растений дикорастущей флоры, из них более 200 применяется в народной медицине, 62 вида включены в Государственную фармакопею. Из растений отечественной флоры выпускается свыше 60-ти наименований лекарственных средств [1]. Среди представителей флоры Кыргызстана представляют интерес растения семейства Яснотковых (Lamiaceae Lindl.), род Перовския (Perovskia). Такое название дано растению в честь русского генерала, графа В.А. Перовского, который открыл Перовскую во время одной из своих экспедиций в Среднюю Азию.

Ареал распространения – Средняя Азия (Тянь-Шань), Иран, Пакистан. Растет отдельными экземплярами или группами на осыпях,

щебнистых склонах гор, по руслам рек, которые сухие летом, но влажные весной. Насчитывается восемь видов разновидностей растения Перовский: Перовския полынная (Perovskia abrotanoides Karel), Перовския узколистная (Perovskia angustifolia Kudr.), Перовския лебедалистная (Perovskia atriplicifolia Benth.), Перовския Бочанцева (Perovskia botschantzevii), Перовския Кудряшева (Perovskia kudrjashevii), Перовския Линчевского (Perovskia linczevskii Kudr.), Перовския норичниковолистная (Perovskia scrophulariifolia Bunge), Перовския прутьевидная (Perovskia virgata Kudr). Все виды Перовский – полукустарники прямые, ветвистые, сильно ароматичные, с супротивными цельными или перисто-рассеченными листьями, опушенными многоклеточными простыми и ветвистыми волосками и многочисленными

округлыми золотистыми сидячими железками. Издали можно спутать с лавандой. Стебель высотой до 1 м. Цветки мелкие, темно-голубого цвета, собраны в красивые крупные соцветия и представляют интерес как декоративные растения. Представители рода Перовския содержат большое количество эфирного масла, в состав которого входят пинены, сесквитерпены, камфора. В малых количествах содержатся кумарины, флавоноиды и сапонины [2; 3].

На территории нашей страны можно найти 3 вида Перовския, произрастающих в Иссык-Кульской, Нарынской, Чуйской и Ошской областях, юго-восточном склоне Чаткальского хребта: Перовския полынная (*Perovskia abrotanoides* Karel), Перовския узколистная (*Perovskia angustifolia* Kudr.), Перовския норичниковолистная (*Perovskia scrophulariifolia* Bunge). Наибольшей интерес представляет Перовския полынная (*Perovskia abrotinoides* Karel.), которая издавна применяется в народной медицине в качестве противовоспалительного и антимикробного средства. Имеются данные, что настой и настойка оказывают ранозаживляющее действие, отвар применяется наружно при чесотке. Настой, отвар, эфирный экстракт, 1% и 3-5% мази на основе эфирного масла проявляют антибактериальную активность. Мазь также обладает противопаразитарной активностью. Листья, цветки проявляют антимикробную активность в отношении молочнокислых бактерий [4,5].

Исследования надземной части Перовския полынной учеными Национальной академии наук Кыргызской Республики показали содержание большого количества эфирных масел в надземной части растения, основным компонентом которого является камфора (до 26%), поэтому растение может использоваться в фармацевтической промышленности. Цельное эфирное масло Перовския полынной обладает антимикробным действием на золотистый стафилококк, кишечную палочку, возбудителя дизентерии и дрожжевые грибы. Перовския полынная широко распространена в диком виде. Одним из крупнейших ареалов Перовския полынной является северо-западная, западная и южная части озера Иссык-Куль. Растение легко культивируется, что делает доступным промышленную заготовку сырья [6]. Однако это растение до сих пор не изучено как

лекарственное сырьё для медицины и фармации. В связи с этим изучение Перовския полынной как лекарственного растительного сырья и внедрение в медицинскую практику является актуальным.

Целью настоящей работы является фармакогностическое описание надземной части Перовския полынной (*Perovskia abrotinoides* Karel).

Материал и методы исследования

Были проведены макроскопический и микроскопический анализы Перовския полынной в соответствии с фармакопейными методами [7; 8].

Объектом исследования явилась надземная часть (стебель, цветки, листья) Перовския полынной (*Perovskia abrotanoides* Karel), собранной на южном берегу озера Иссык-Куль.

Результаты исследования

Проведен макроскопический анализ высушенной надземной части растения: стебля, цветков и листьев. Собранное нами растение Перовския полынная (*Perovskia abrotanoides* Kar.) или Шыбактай коён томук, семейства Яснотковые (*Lamiaceae* Lindl.) – представляет собой полукустарник до 1 м высотой, с простыми, деревянистыми, продольно-бороздчатыми, утончающимися кверху стеблями, опушенными многоклеточными, простыми и ветвистыми волосками и редкими золотистыми железками. Сбор сырья был проведен в августе во время цветения. Собранное нами сырьё произрастало на каменистых местах и сухих щебнистых склонах южного берега озера Иссык-Куль. Вкус отвара лекарственного растения горьковато – пряный. Запах сильный своеобразный. Листья черешковые, 2-4 см длиной и 1-2 см шириной, супротивные, дважды перисто-рассеченные, в очертании продолговато-яйцевидные, с продолговато-линейными тупыми долями, опушенные короткими кустистыми волосками и с многочисленными золотистыми железками (рис. 1).

Соцветие – метелка, до 40 см длиной, рыхлое, олиственное. Цветки многочисленные, на коротких 5 мм длиной опушенных цветоножках, в расставленных ложных мутовках по 2-4(6). Прицветники очень маленькие, узкие, опушенные, короче чашечки. Чашечка 5-6 мм



Рисунок 1. Общий вид Перовский полынной, собранной на южном берегу озера Иссык-Куль, август 2013 г.



Рис. 2. Цветки Перовский полынной

длиной, трубчато-колокольчатая, фиолетовая, густо опушенная простыми, длинными, белыми и фиолетовыми волосками, железистая, но в верхней части почти голая, двугубая, верхняя губа неясно трехзубчатая, нижняя двузубчатая. Венчик 9-12 мм длиной, фиолетовый, двугубый, снаружи редко опушенный, с выступающей трубкой, верхняя губа четырехлопастная, средние лопасти меньше боковых, нижняя губа уже верхней, цельная, тупая (рис. 2).

Нами проведен микроскопический анализ листьев и цветков способом горячего

размягчения. Под микроскопом на поперечном срезе листа Перовский полынной (увеличение 5x20) видны: 1 – устьичная щель, 2 – мезофилл, 3 – эфирномасличная железка. При сравнении микроскопии цветков и листьев, установлено, что эфирномасличных железок больше в листьях (рис. 3).

Вывод

Проведен макроскопический и микроскопический анализ надземной части Перовский полынной.

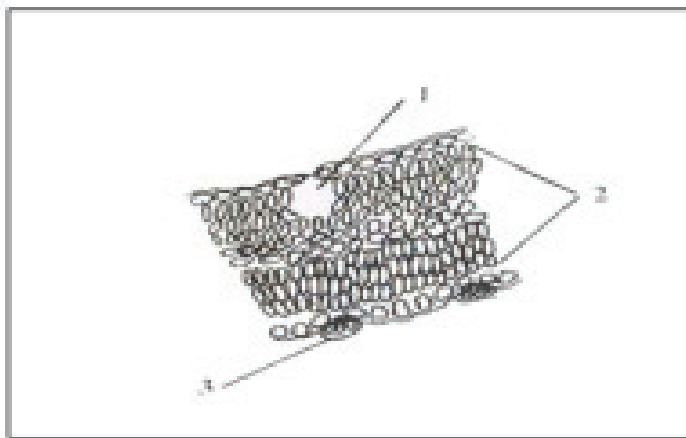


Рис. 3. Микроскопия поперечного среза листа Перовския полынной

Литература:

1. Рогова Н.А., Яковлева Н.В., Шалпыков К.Т. Растения отечественной флоры. // Бишкек. – 2012. – С. 11-14.
2. Карриев И.О. Фармакохимия некоторых эфиромасличных растений флоры Туркмении. // Ашхабад. – 1973. – С. 78-84.
3. Плантариум (определитель растений). – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // www.plan-tarium.ru/
4. Beikmohammadi M. The evolution of medicinal properties of *Perovskia abrotanoides* Karel. // Middle-East journal of scientific research 11(2). - 2012. – P. 189-193. - [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // www.idosi.org/mejsr/
5. Mahboubi V., Kazempour N. The antimicrobial activity of essential oil from *Perovskia abrotanoides* Karel and its main components. // Indian J Pharm Sci. 71 (3). - 2009. - P. 343-7. - [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
6. Рогова Н.А. Перовския полынная (*Perovskia abrotanoides* Kar.) в Прииссыккулье. // Сборник материалов международной конференции «Биосферные территории Центральной Азии как природное население (проблемы сохранения, восстановления, биоразнообразия)». – Бишкек. – 2009. – С. 131-132.
7. Государственная Фармакопея СССР: вып. 1. Общие методы анализа // МЗ СССР. – 11-е изд., доп. – М.: Медицина, 1987. – С. 277-278.
8. Ковалев В.Н., Попова Н.В., Кисличенко В.С. и др. Практикум по фармакогнозии: Учеб. Пособие для студентов вузов. // Харьков. – 2004. – С. 27-34; 432-438.

ХИМИОПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВА ЭХИНОКОККОЗА

Бабакулов К.К., Алиев М.Ж., Каниетов А.К.

Городская клиническая больница № 1

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Представлены результаты химиопрофилактики рецидива эхинококкоза у 114 больных. Назначался альбендазол по схеме, 3 курса лечения. Рецидив выявлен у двух (1,7%).

Ключевые слова: печень, эхинококкоз, оперативное лечение, рецидив, химиопрофилактика, альбендазол.

КАЙРА КАЙТАЛАМА ЭХИНОКОКК ООРУСУНУН ХИМИЯЛЫК ЖОЛУ МЕНЕН АЛДЫН АЛУУСУ

Бабакулов К.К., Алиев М.Ж., Каниетов А.К.

№ 1 шаардык клиникалык ооруканасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. 114 бейтаптын эхинококктун кайра кайталама оорусунун химиялык жолу менен алдын алуусунун жыйынтыгы көрсөтүлдү. Альбендазол даарысы 3 курс схемасы менен берилди. Кайра кайталама эхинококк оорусу 2 бейтапта аныкталды (1,7%).

Негизги сөздөр: боор, эхинококкоз, хирургиялык жолу менен даарылоо, кайра кайталама, химиялык алдын алуусу, альбендазол.

CHEMOPROPHYLAXIS OF ECHINOCOCCOSIS RECURRENCE

Babakulov K.K., Aliev M.J., Kanietov A.K.

Municipal clinical hospital # 1

Bishkek city, Kyrgyz Republic

Resume. The results of chemoprophylaxis of the echinococcosis recurrence in 114 patients are presented. Three courses of albendazole according to the scheme had been prescribed. Recurrence was in two patients (1,7%).

Key words: liver, echinococcosis, surgical treatment. recurrence. chemoprophylaxis, albendazole.

Эхинококкоз – распространенное паразитарное заболевание во многих странах мира. В последние годы отмечается рост заболеваемости в Центрально-Азиатском регионе и в нашей Кыргызской Республике [1,3,4]. Лечение эхинококкоза, в основном, хирургическое, но многие исследователи рекомендуют для снижения рецидива болезни оперативное лечение сочетать с химиотерапией [4,5,6,7]. Но насколько она эффективна остается до конца нерешенным вопросом.

Цель работы: Оценить эффективность использования химиотерапии в профилактике рецидива эхинококкоза.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находилось 114 больных эхинококкозом печени, которые были оперированы в городской клинической больнице № 1 города Бишкек. Это была группа больных, у которых был риск возникновения рецидива болезни. Среди них мужчин было 42, женщин - 72. Им были выполнены органосохраняющие операции, но имелся риск возникновения рецидива, который включал следующие

факторы: перфорация кисты в брюшную полость – 8 чел., множественные кисты – у 36 пациентов, множественные кисты и оставленные мелкие, которые в момент операции невозможно было удалить, - у 9, многократные операции по поводу рецидива (более 2-х раз) – у 29, обсеменение брюшной полости в момент операции – у 9 и эхинококкэктомия без удаления фиброзной капсулы – у 23.

Перечисленные факторы мы считали показанием для выполнения химиотерапии с целью профилактики.

Результаты и их обсуждение

Все 114 больных получали альбендазол по следующей схеме: 800 мг на 8-10-е сутки после операции на протяжении 28 дней (1 курс), затем 14 дней перерыв и вновь по 800 мг в течение 28 дней (2 курс), затем перерыв 14 дней и вновь альбендазол по 800 мг в сутки (3 курс). После каждого курса лечения контрольное обследование, которое включало УЗИ, клинические данные и биохимические показатели функционального состояния печени и почек. Для улучшения всасывания препарат

Таблица – Показатели функционального состояния печени и почек после каждого курса профилактики альбендазолом (n-114)

	Норма $M_1 \pm m_1$	До лечения $M_2 \pm m_2$	После 1 курса $M_3 \pm m_3$	После 2 курса $M_4 \pm m_4$	После 3 курса $M_5 \pm m_5$
Билирубин, мкмоль/л	11,2±1,91	15,94±0,36	17,4±0,36	16,8±0,57	17,0±0,42
Р	$M_1 - M_2 < 0,05$ $M_2 - M_3 < 0,05$ $M_3 - M_4 > 0,05$ $M_1 - M_5 < 0,01$				
Тимоловая проба, ед.	3,8±1,10	3,7±0,19	4,4±0,21	3,85±0,20	3,9±0,57
Р	$M_1 - M_2 > 0,05$ $M_2 - M_3 > 0,05$ $M_3 - M_4 > 0,05$ $M_1 - M_5 > 0,05$				
АЛТ, мккат/л	0,08±0,01	0,14±0,007	0,16±0,005	0,17±0,05	0,13±0,04
Р	$M_1 - M_2 < 0,05$ $M_2 - M_3 > 0,05$ $M_3 - M_4 > 0,05$ $M_1 - M_5 < 0,01$				
АСТ, мккат/л	0,07±0,01	0,12±0,01	0,14±0,009	0,14±0,03	0,11±0,01
Р	$M_1 - M_2 < 0,01$ $M_2 - M_3 > 0,05$ $M_3 - M_4 > 0,05$ $M_1 - M_5 < 0,01$				
Общий белок, г/л	70,0±0,41	64,4±1,15	60,5±1,15	66,23±1,0	67,83±1,6
Р	$M_1 - M_2 < 0,01$ $M_2 - M_3 < 0,05$ $M_3 - M_4 < 0,05$ $M_1 - M_5 > 0,05$				
Остаточный азот, моль/л	17,6±1,33	16,6±0,5	17,5±0,57	16,09±0,87	18,25±0,78
Р	$M_1 - M_2 > 0,05$ $M_2 - M_3 > 0,05$ $M_3 - M_4 > 0,05$ $M_1 - M_5 > 0,05$				
Мочевина, ммоль/л	5,3±0,08	4,76±0,5	5,4±0,17	5,11±0,25	5,32±0,21
Р	$M_1 - M_2 > 0,05$ $M_2 - M_3 > 0,05$ $M_3 - M_4 > 0,05$ $M_1 - M_5 > 0,05$				
Креатинин, мкмоль/л	68,7±1,14	80,2±1,01	80,8±0,75	78,7±1,32	79,9±1,25
Р	$M_1 - M_2 < 0,05$ $M_2 - M_3 > 0,05$ $M_3 - M_4 > 0,05$ $M_1 - M_5 < 0,05$				

альбендазол давали обязательно с растительным маслом (оливковым, подсолнечным, либо хлопковым).

Результаты функционального исследования печени и почек даны в таблице.

При наблюдении за больными (лишь у одного отмечалась тошнота) переносимость препарата была удовлетворительная, ни у одного из них непереносимости не отмечено. Отклонений со стороны функциональных показателей печени не наблюдалось. Следовательно, альбендазол не оказывает токсическое влияние на печень. Общее состояние больных было удовлетворительным.

При УЗИ у 4-х из 9 больных, у которых оставались мелкие неудаленные кисты, к этим срокам исследования кисты не определялись (выполненная КТ подтвердила отсутствие кист,

у 3 они уменьшились, а у 2 оставались прежних размеров).

У 2-х из 114 больных выявлен рецидив, что составило 1,7%. У одной из них через 1 год и 2 мес. выявлен рецидив, у нее был эхинококкоз диафрагмы, осложненный прорывом в плевральную полость, а у второй выявлен рецидив через 2 года, она ранее была дважды оперирована по поводу множественного эхинококкоза печени. У остальных больных рецидива не выявлено.

Таким образом, наши исследования показали, что снижение частоты рецидива эхинококкоза можно добиться с соблюдением мер профилактики в момент операции и использованием химиопрофилактики в послеоперационном периоде.

Литература:

1. Кенжаев, М.Г. Диагностика эхинококкоза и профилактика его рецидива [Текст] / М.Г. Кенжаев, Б.А. Акматов. – Бишкек: ОсОО «Медфарминфо». – 2001. – 157 с.
2. Назыров, Ф.Г. Спорные вопросы и причины повторных операций при эхинококкозе [Текст] / Ф.Г. Назыров, А.В. Девятов, У.М. Махмудов // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2007. – Том 12, № 1. – С. 29-35.
3. Насиров, М.Я. Пути улучшения результатов лечения эхинококкоза печени [Текст] / М.Я. Насиров, Д.М. Панахов, Г.Х. Ахмедов // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2002. – № 1. – С. 23-26.
4. Омурбеков, Т.О. Эхинококковые болезни у детей [Текст] / Т.О. Омурбеков. – Бишкек: Бийиктик, 2002. – 185 с.
5. Ордабеков, С.О. Химиотерапия и химиопрофилактика эхинококкоза [Текст] / С.О. Ордабеков, Е.С. Ордабеков, Л.О. Укибаева // *Актуальные проблемы клинической хирургии: Сб. тр. практич. конф.* – Актобе, 2007. – С. 279-288.
6. Aktan, A. Preoperative albendazole treatment for liver hydatid disease decreases the viability of the cyst [Text] / A. Aktan, R. Yalin // *European Journal of Gastroenterology Hepathology*. – 1996. – Vol. 8, # 9. – P. 877-879.
7. Keshneiri, M. Albendazole versus placebo in treatment of echinococcosis [Text] / M. Keshneiri, H. Bocharvahbat // *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.* – 2001. – Vol. 95. – P. 190-194.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ГИДАТИДОЗНЫМ ЭХИНОКОККОЗОМ НАСЕЛЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Касыев Н.Б., Баширов Р.М., Нурбекова А.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Городская клиническая больница №1

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье дана динамика роста заболеваемости эхинококкозом в республике за последние 12 лет, ее неуклонный рост.

Ключевые слова: Гидатитозный эхинококкоз, диагностика.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН КАЛКЫНЫН ГИДАТИДОЗДУК ЭХИНОКОККОЗ ООРУСУНУН КӨРСӨТКҮЧҮ

Касыев Н.Б., Баширов Р.М., Нурбекова А.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Шаардык клиникалык ооруканасы №1

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Статъяда Республика боюнча акыркы 12 жыл ичиндеги эхинококкоз оорусуна чалдыккандардын көбөйүшү жана анын бат өсүшүнүн динамикасы көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: Гидатитоздук эхинококкоз, диагностика.

HIATUS ECHINOCOCCUS DISEASE IN PEOPLE OF KYRGYZ REPUBLIC

Kasiev N. B., Bashirov R.M., Nurbekova A.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Municipal clinical hospital №1

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. Dynamics of echinococcus disease increase in Kyrgyz Republic during last 12 year are done. It was noted it s constant growth.

Keywords: Hiatus Echinococcus, diagnostics.

Эхинококкоз является широко распространенным тяжелым паразитарным заболеванием человека и животных, часто приводящим к инвалидности и смерти больного, приносящим серьезную медицинскую и социально-экономическую проблему (1,4,5).

Большинство авторов во многих странах мира отмечают повсеместное обнаружение этого заболевания, частота которого имеет устойчивую тенденцию к росту (2,7,8,9).

В последнее время с резким ухудшением санитарно- профилактических мероприятий в стране по прежнему Кыргызская Республика остается неблагополучным регионом и относится к числу одно из высокоэндемичных

стран по цестодному зоонозу – эхинококкозу (1,6).

За последние 10 - 15 лет заболеваемость возросло более чем 3 -4 раза по сравнению с предыдущим 20-30 летним периодом. Если в предыдущие годы большинство случаев заболеваний регистрировался среди сельских жителей, то последние годы эпидемиологическая ситуация остается напряжённым для городского населения.

Эхинококковая болезнь чаще встречается у лиц трудоспособного возраста и нередко в детском. Увеличение количество больных детей по отношению с взрослыми, свидетельствует о степени напряженности инвазии ине достаточной

Табл. №1
Динамика заболеваемости эхинококкозом за 2002 – 2013гг. в разрезе регионов
Кыргызской Республики

№	Регионы	годы											
		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1	Иссык-Куль, обл.	38	42	42	28	23	22	12	14	12	15	16	18
2	Дж. -Абадская обл.	56	60	43	39	37	29	58	52	72	90	81	74
3	Нарынская обл.	31	38	20	14	7	4	9	7	5	6	8	10
4	Баткенская обл.	20	23	20	14	18	17	26	22	16	24	14	24
5	Ошская обл.	173	142	132	120	115	113	111	121	118	109	92	76
6	Таласская обл.	24	13	16	5	30	5	12	14	18	8	20	8
7	Чуйская обл.	51	71	85	38	51	84	43	31	25	45	28	36
8	г. Ош	-	32	38	19	26	20	20	21	26	83	151	218
9	г. Бишкек	67	66	71	330	347	401	475	468	442	546	520	586
10	Кыргызская Республика	460	487	461	611	658	695	812	813	724	926	930	1050
11	Интен.показатель на 100.000 населения в республике	9,4	9,8	9,2	12	12	13	13,3	15,5	15,1	16,9	17,0	19,2

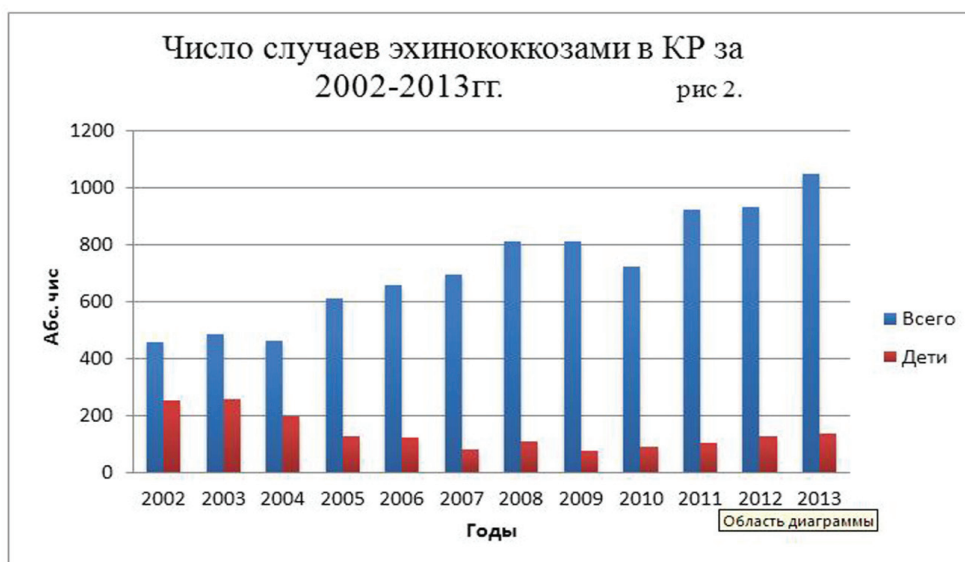


Рис.1

работы санитарной службы органов здравоохранении.

Несмотря на то, что биология развития эхинококкоза в организме человека изучено достаточно полно, диагностика с внедрением таких совершенных методов диагностики, такие как УЗИ, ИОУЗИ, КТ для раннего выявления этой патологии, дифференциальной диагностики между очаговыми поражениями печени, рецидивом болезни и остаточной полости, а также оперативное лечение до настоящего времени остается актуальной проблемой.

По данным литературы, несмотря на множество разработанных способов хирургического лечения эхинококкоза, частота рецидивов колеблется в пределах 35-38%. У 30-40% больных отмечаются осложнения в дооперационном периоде, что затрудняет выбора тактика лечения, что является неблагоприятным исходом после оперативных вмешательств.

Целью данного исследования изучения динамика заболеваемости эхинококкозом населения Кыргызской Республики с учетом отдельных регионов.

Материалы и методы исследования

Для решения поставленной цели использованы данные отчетов Госсанэпиднадзора Кыргызской Республики за последние 12 лет. При этом учитывали число случаев заболевания и вычисление интенсивного показателя на 100 000 населения.

На рис 1. показана территориальное распределения больных эхинококкозом по областям республики. По данным Департамента

Государственного Эпидемиологического надзора при Минздрава Кыргызской Республики, за последнее 12 лет по официальной статистике отмечен рост заболеваемости эхинококкозом (удельный вес эхинококкоза составила более 0,3% с ежегодным темпом прироста 3,5%).

Показатель заболеваемости по республике за 2002-2013гг. варьирует в пределах от 9,2 до 19,2% на 100 000 населения.

Высокие показатели заболеваемости отмечается в городах Бишкек (интенсивный показатель – 60,8 на 100000 населения) и Оше (70,6 на 100 000 населения) обусловленной первичным выявлением и регистрацией больных приезжающих из сельской местности, а также многие пациенты предпочитают оперироваться в хирургических центрах города, так как в районных больницах мало достаточно квалифицированных хирургов.

Если за 2002 год по республике выявлено 460 случаев эхинококкоза, то за 2013 год зарегистрировано всего 1050 случаев. Рост заболеваемости эхинококкозом на 4,8 с 930 случаев (17,0) в 2012г. до 1050 случаев (19,5) в 2013г.

Территориями риска по эхинококкозу являются районы Нарынской, Ошской, Джалал-Абадской, Таласской, Иссык-Кульской областях отмечается уменьшение количество выявляемых больных эхинококкозом, что, возможно, связано с миграцией населения в г. Бишкек и Ош. Ведь зачастую многие больные предпочитают оперироваться в столичных лечебных учреждениях.

Отмечается рост заболеваемость эхинококкозом среди детей, что составляет 10,1% по отношению к взрослому населению 89,9%, кроме того в последнее время регистрируются тяжелые формы и случаи поражение эхинококкозом головного и спинного мозга, все это указывает на резкое ухудшение эпидемиологическое ситуации в республике. Зачастую имеет место бесконтрольной убой скота без пред убойного ветеринарного освидетельствования (точный учет мест, откуда прибыл, эпидемиологический очаг). Отсутствие специально оборудованных мест для утилизации и уничтожения зараженных органов животных, местных отходов приводит к тому, что эти отходы становятся пищей для бродячих собак и кошек. С каждым годом ухудшается работа по снижению заболеваемости эхинококкозом, не проводятся ветеринарный надзор служебно-полезных и служебных собак с обязательной дегельминтизацией которые играют роль в распространении инвазии во внешней среде.

Таким образом, на основании результатов анализа можно отметить, что в последние годы имеется неуклонный рост заболеваемости эхинококкозом в Кыргызской Республике, увеличивается число больных с осложненными формами заболевания, что требует принятия неотложных мер на высоком государственном уровне (законодательном, организационном, образовательном, ветеринарно-санитарном, экологическом).

Литература:

1. Акматов Б.А. Эхинококкоз. – Бишкек, 1994. –С. 6-131.
2. Абдрахманова Г.А. Особенности эпидемиологии эхинококкоза и некоторые вопросы борьбы и профилактики эхинококкоза на юге Казахстана. Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. – Алматы. –2000. –26 с.
3. Волох Ю.А. Эхинококкоз и альвеококкоз человека. – Фрунзе: Кыргызстан, 1965. – 351с.
4. Джоробеков А.Д. Резекция печени при очаговых заболеваниях // Хирургия в условиях равноправных традиций. – Бишкек, 2000. – С. 87-90.
5. Кенжаев М.Г. Акматов Б.А. Диагностика эхинококкоза и профилактика его рецидива. – Бишкек, 2001. -155с.
6. Мусаев А.И. Способы ликвидации полостей фиброзной капсулы при эхинококкозе печени. –Бишкек, 1999. -156с.
7. Ордабеков С.О., Амиреев С.А., Абдрахманова Г.А. Эхинококкоз (клиника, диагностика, лечение, эпидемиология, профилактика). – Алматы: Ол-Жас, 2003. – 128с.
8. Чернышов В.Н. // Хирургия эхинококкоза печени. – Самара. -2005. –С . 96-100.
9. Morris D. Echinococcus of the liver://Gut. -2004. – Vol. 35, № 11. – P. 1517-1518.

ДООПЕРАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ НА ЭТАПАХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Курбонов Х.Х., Файзуллаев А.Х., Абдуллоев Д.Д.,
Зухуров Х.Д., Шамиров Х.Г.

Кафедра эндохирургии Таджикского государственного медицинского университета
имени Абуали ибн Сино
Душанбе, Таджикистан

Резюме. Приведены результаты анализа эффективности применения современных методов дополнительной диагностики при желчнокаменной болезни на этапах оказания медицинской помощи больным. Отмечено, что на каждом этапе оказания медицинской помощи больным с ЖКБ нужны дополнительные методы исследования в соответствии со степенью оснащенности и кадрового потенциала, разработки и совершенствования алгоритма для диагностики. Представлен разработанный стандартный алгоритм для дооперационной диагностики ЖКБ, в котором учитываются возможности использования лабораторных и инструментальных методов исследования на разных этапах оказания медицинской помощи больным.

Ключевые слова: желчный пузырь, желчевыводящие пути, болезни, ЖКБ, дооперационная диагностика, лабораторные и инструментальные методы исследования, этапы оказания медицинской помощи, стандартный алгоритм.

PREOPERATIONAL DIAGNOSTICS OF CHOLELITHIASIS ON THE DIFFERENT STAGES OF MEDICAL ASSISTANCE

Kurbonov H. H., Faizullaev A.H., Abdulloev D.D.,
Zuhurov H.D., Shamirov H.G.

Endoscopic surgery department of Tajik State Medical University
named after AbuAli ibn Sino
Dushanbe, Tajikistan

Resume. The results of analysis of the efficacy of the usage of the modern methods of treatment in cholelithiasis in different stages of medical assistance to these patients were given. On the every stage of medical assistance to patients with cholelithiasis additional methods of investigation in dependence of equipment and human capacity are needed. The algorithm for the diagnosis cholelithiasis is the must. Developed algorithm for the preoperational diagnostics of the cholelithiasis is presented. In this algorithm we take into account the possibilities of the laboratory and instrumental methods usage.

Keywords: gallbladder, bile ducts, diseases, cholelithiasis, preoperative diagnostics, laboratory and instrumental methods of investigation, stages of medical assistance, the standard algorithm.

Введение

Несмотря на достигнутые значительные успехи в диагностике и разных вариантов хирургического лечения желчнокаменной болезни (ЖКБ) в настоящее время некоторые вопросы его поэтапной диагностики не нашли своего полного решения. Хотя известно, что улучшение диагностики способствует значительному снижению частоты грозных осложнений, которые растут ввиду повсеместного распространения холецистэктомии как традиционно, так и из области малоинвазивной хирургии (1, 3, 8, 9).

Рост частоты вышеуказанных осложнений связывается также и с дефектами дооперационной диагностики (2,4,5). Отмечается, что дооперационная оценка состояния внутри и внепеченочных желчных протоков является одной из реально существующих проблем при

заболеваниях гепатобилиарной зоны (1,6,7,8). Информативность дооперационной транскutánной УЗИ в диагностике холедохолитиаза невысока и варьирует от 11,8 до 89,5% (3,9). Поэтому рекомендуется использовать ЭРПХГ, холангиографию или холедохоскопию избирательно (1,2). Подавляющее большинство хирургов вообще игнорируют вопросы дооперационной диагностики опираясь только на результаты транскutánной УЗИ, отдельные авторы указывают на необходимость дооперационной оценки состояния желчных путей, что сводит к минимуму вероятность возникновения этих осложнений (4, 8).

Таким образом, несмотря на широкое внедрение холецистэктомии в клиническую практику, не разработана четкая система дооперационного обследования внутрипеченочных и внепеченочных

желчных путей, нет алгоритма эффективного применения различных диагностических методов исследования.

Цель исследования

Улучшение результатов дооперационной диагностики ЖКБ путем оценки и оптимизации применения разных методов диагностики на этапах оказания медицинской помощи.

Материал и методы исследования

Материалом для данного научного сообщения явились результаты обследования и хирургического лечения 128 больных с ЖКБ, которые находились на стационарном лечении в клинике Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Душанбе. Возраст пациентов колебался от 25 до 73 лет и составлял в среднем $47 \pm 1,3$ года, т.е. в основном граждане трудоспособного возраста. Мужчины составляли 18 (14,0%), а женщины – 110 (86,0%) случаев. Городских жителей было 42 (32,8%), а сельских – 86 (67,2%).

Среди обследованных нами больных с диагнозом острый калькулёзный холецистит были госпитализированы 23 (17,9%) человек, а остальные 105 (82,1%) больные обследовались и оперировались в плановом порядке. Из числа экстренных случаев 19 (14,8%) больных были доставлены службой скорой помощи с приступами болевого синдрома.

Для диагностики ЖКБ и ее осложнений проведены клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования, включая УЗИ, ЭРПХГ, МРТ, СКТи видеолaparоскопию, что имели не маловажную роль при определении тактики хирургического вмешательства. Следует отметить, что специальные методы исследования использовались избирательно строго по показаниям. Использовался также ретроспективный метод для анализа части клинического материала с целью уточнения обоснований диагноза и выбора тактики лечения.

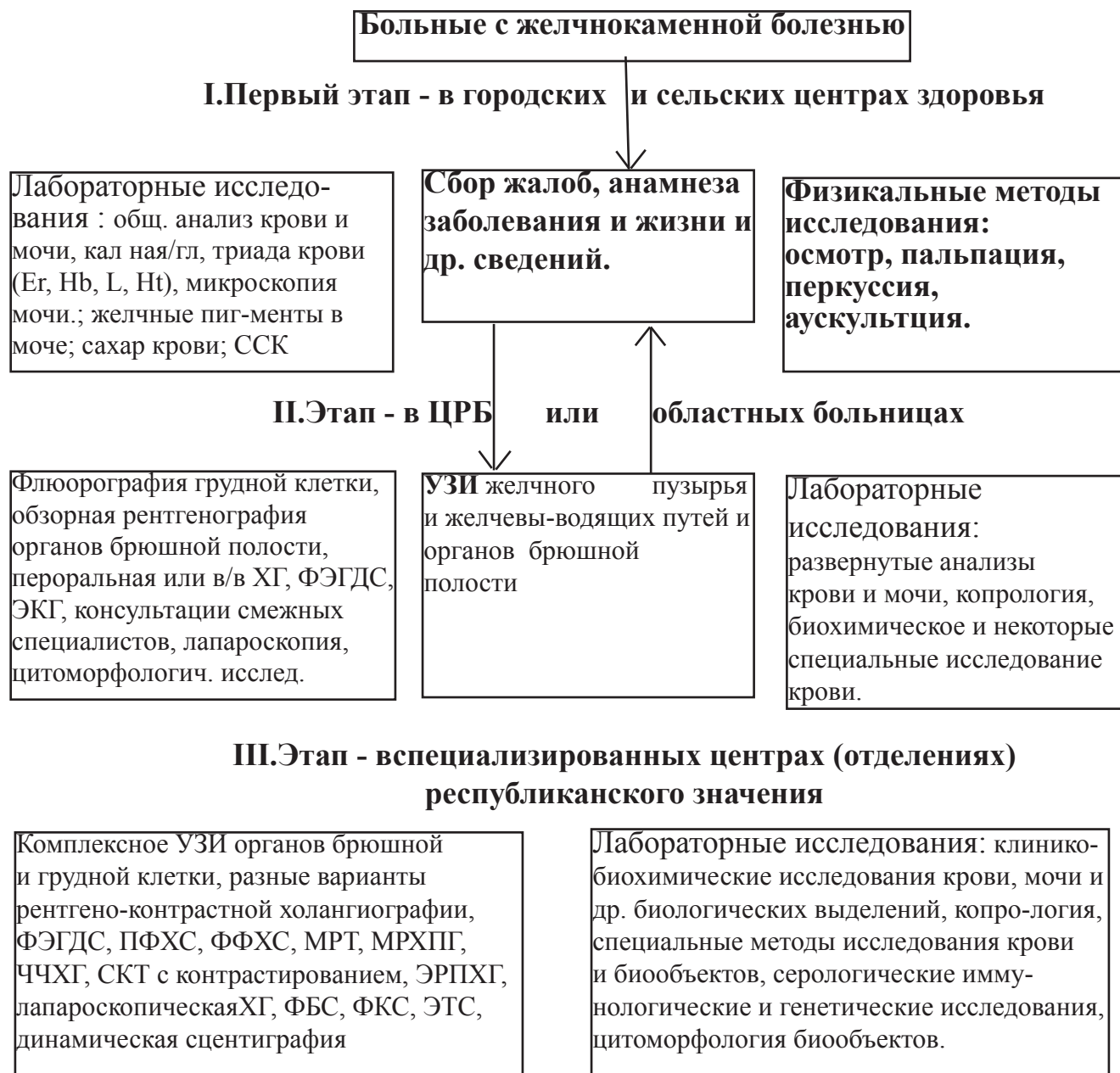
Полученные результаты и их обсуждения.

Полученные нами результаты показали, что из 128 больных первично в сельские и городские центры здоровья обратились соответственно 79 и 35 пациентов, где всем им наряду с общеклиническими методами обследования проводились общие анализы крови, мочи и кала (у 92 больных) или триада показателей крови с микроскопией мочи (у

22 пациентов), анализ крови на сахар (в 107 случаях) и анализ мочи на наличие желчных пигментов (в 43 случаях). В 64,8 % (83 больных) для диагностики было использовано УЗИ исследование брюшной полости, включая органов гепатопанкреатобилиарной зоны. В 24,3% (31 больных) УЗИ не проводилось из-за отсутствия аппарата или специалиста в момент обращения больных к указанным учреждениям отдаленных сельских или горных местностях республики. В 14 случаях (10,9%) больные обратились непосредственно в специализированные отделения городских клиник и схема их обследования отличалась от других пациентов.

В случаях вызова службы скорой медицинской помощи (19 больных) на первом этапе оказания помощи объем обследования больных был аналогичным или несколько ограниченным в зависимости от мощностей базовых станций.

Вторым этапом проведения диагностики ЖКБ были стационары или поликлинические структуры Централных районных (в 38 случаях) или областных больниц (в 49 случаях), а третьим заключительным этапом диагностики были специализированные или общие хирургические отделения клиник республиканского уровня (в 51 случаях). В 42 (32,76%) случаях второй этап был заключительным, и больные оперировались специалистами хирургических отделений указанных стационаров. Естественно, что на третий этап диагностики добрались в основном 86 (69,4%) больные со сложными или осложненными формами ЖКБ. Соответственно на этом этапе набор и характер видов исследования в комплексе как лабораторных, так и инструментальных методов обследования больных с ЖКБ был более широким. Именно на этом этапе для уточнения и детализации диагноза и осложнений ЖКБ в основном были установлены показания на проведение ЭРПХГ (38 больных – 29,6%), МРТ (47 больных – 36,7%), СКТ (13 больных – 10,1%) и диагностической видеолaparоскопии (19 больных – 14,8%). Во всех 19 случаях диагностическая видеолaparоскопия заканчивалась оперативной и была произведена соответствующая холецистэктомия. В результате на дооперационном этапе комплексного обследования у 16 (12,5%) больных были выявлены осложнения ЖКБ, а именно холедохолитиаз с явлениями холангита (в 7



**Алгоритм дооперационной диагностики ЖКБ
на этапах оказания медицинской помощи**

случаях), стриктуры разной степени дистальных отделов общего желчного протока (в 3 случаях), деформация папиллы (в 1 случае), лимфаденит околопроточного узла (2 случая) с невыраженной механической желтухой и эмпиема желчного пузыря с явлениями местного перитонита (3 случая). Определения указанных осложнений позволяло еще до операции более тщательно выбирать тактику и объем хирургической операции для конкретного пациента.

На основании изучения научной литературы и анализа результатов собственного исследования предлагаем следующий алгоритм для дооперационной диагностики ЖКБ с учетом

этапов оказания медицинской помощи больным (рис.1).

Заключение

Проведенные нами исследования показывают, что компоненты комплексной диагностики на этапах оказания медицинской помощи отличаются, что соответственно отражаются на степень точности диагностики ЖКБ, которая на первом этапе характеризуется определенными трудностями. Диагностика ЖКБ, особенно его осложненных форм течения на первом этапе оказания медицинской помощи требует усиления технических и кадрового потенциалов медико-санитарных структур, а на

втором и третьем этапе имеется необходимость в оптимизации рационального использования высокотехнологических лабораторных и инструментальных методов диагностики. Следовательно, внедрение разработанного алгоритма дооперационной диагностики позволяет повышать эффективность диагностики ЖКБ и его осложнений на ранних этапах оказания медицинской помощи.

Литература:

1. Э.И.Гальперин. Сравнительная оценка различных методов лечения больных, страдающих калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом / Ж. «Хирургия» 2005. №10, С40-45.
2. С.И. Емельянов, А. М. Петров. Роль МРТ при лечении ЖКБ, ее осложнениях и в диагностическом сопровождении больных после оперативного лечения холелитиаза / Эндоскопическая хирургия 2011 №6, С 21-23.
3. Д.С.Иброгимов, К.И.Ниязбеков. Холецистэктомия из мини доступа в лечении желчекаменной болезни / Ж. «Хирургия Кыргызстана» 2007, №2, С 102-104.
4. Р. Б. Мумладзе, Ю. Ш. Розиков, И. А. Кясов и др. Эндоскопические и лучевые способы диагностики и лечения больных с патологией внепеченочных желчных протоков / Анналы хирургии №5, 2010. С 43-46.
5. Н.Л.Матвеев, М.Г.Магамедов. Малоинвазивные лечение холедохолитиаза. Дооперационный лечебно-диагностический этап / Эндоскоп.хирургия 2003, №5, С 31-41.
6. М.В.Хрусталёва, Д.Г.Шатверян. Результаты лечения калькулёзного холецистита, осложненного холедохолитиазом / Клиническая эндоскопия, 2009. Т.3. С 34-43.
7. А.П.Уханов, Г.Л.Царян, А.И.Игнатъев. Использование лапароскопической холецистэктомии при лечении желчнокаменной болезни и острого холецистита у больных сахарным диабетом / Ж. «Эндоскоп.хирургия» - 2012 - №6, С 7-11.
8. Y. C. Wang, H. R. Yang, P. K. Chung et al Urgent laparoscopic cholecystectomy in the management of acute cholecystitis timing does not influence conversion rate //Surg. Endosc.- 2006- vol.20, №5.P. 806-808.
9. Attasaranya S., Fogel E.L., Lehman G.A. Cholelithiasis, ascending cholangitis and gallstone pancreatitis // Med cline North Am - 2008; 92; 4; 925-960.

АБДОМИНИЗАЦИЯ ПОЛОСТИ ФИБРОЗНОЙ КАПСУЛЫ В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Мадаминов Э.М.

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

Резюме. Приведен анализ лечения эхинококкоза печени у 12 больных, у которых произведена абдоминализация полости фиброзной капсулы.

Ключевые слова: печень, эхинококкоз, абдоминализация, оперативное лечение, осложнения.

БООР ЭХИНОКОККОЗ ООРУСУНУН ДАРЫЛООДОГУ ФИБРОЗ БАШТЫКЧАСЫН АБДОМИНИЗАЦИЯЛОО

Мадаминов Э.М.

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

Корутунду. Боордун эхинококкозу менен оруган 12 бейтаптын фиброз баштыкчасын абдоминазациялонун анализи көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: боор, эхинококкоз, абдоминазациялоо, хирургиялык дарылоо, кабылдоо.

ABDOMINISATION OF FIBROUS CAPSULE CAVITY IN HEPATIC ECHINOCOCCOSIS TREATMENT

Madaminov E.M.

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

Resume. The analysis of the hepatic echinococcosis treatment was performed in 12 patients after abdominisation of the fibrous capsule cavity.

Key words: liver, echinococcosis, abdominisation, surgical treatment, complications.

Одним из основных этапов оперативного лечения эхинококкоза печени является ликвидация полости фиброзной капсулы после обеззараживания и удаления хитиновой оболочки. Этому вопросу посвящено много работ, но ни один из методов не предотвращает возникновение остаточной полости, в которой может возникать нагноение [2,5]. Основными методами ликвидации полости фиброзной капсулы, которые используются и в настоящее время, являются:

1. Капитонаж, когда наложением швов сближаются стенки полости до полной ликвидации. Метод технически прост, но его не используют при плотных ригидных стенках, при частичном или полном обызвествлении стенок кист, при локализации вблизи крупных сосудов и желчных протоков. Недостатком метода является то, что швы, сближающие стенки, прорезываются или в ближайшее время швы рассасываются и формируется остаточная полость [6].

2. Инвагинация - это вворачивание свободной части капсулы и печеночной ткани в полость кисты. Метод тоже прост,

но при нем возникает перегиб сосудов и желчных путей печени, а возникающие нарушения гемодинамики печеночной ткани в итоге способствуют развитию портальной гипертензии с последующей спленомегалией, асцитом [6].

3. Перицистэктомия, частичная или тотальная - это удаление кист вместе с фиброзной капсулой. При этом способе не нарушается гемодинамика печени, но операция травматичная, требует высокой квалификации хирурга [6,7].

4. Открытая эхинококкэктомия, при которой лишь вскрывается полость кисты, удаляется содержимое и дренируется. Метод вынужденный, применяется при нагноившемся эхинококкозе, но при его применении полость длительное время не облитерируется, нередко формируются желчные или гнойные свищи. В настоящее время используется чрезвычайно редко.

Каждый из перечисленных методов имеет множество модификаций, но при любом из них имеет место формирование остаточной полости, идут поиски все новых и новых

методов.

Мы обратили внимание на метод, который предложил Вишневский А.В. при эхинококкозе легких [4], когда при краевой локализации или при не очень глубоком расположении кисты ее свободно расположенная часть фиброзной капсулы иссекается, при наличии бронхиальных свищей они ушиваются, а затем тарелкообразная полость остается открытой. Метод также успешно использовался Ахунбаевым И.К. и Ахунбаевой Н.И. [3] в лечении эхинококкоза легких. Что же касается эхинококкоза печени, то метод применен на недостаточном клиническом материале, чтобы судить об его эффективности [1]. Эту методику авторы назвали абдоминализацией полости фиброзной капсулы.

Учитывая эти обстоятельства, мы использовали метод абдоминализации в оперативном лечении больных эхинококкозом печени.

Цель работы - улучшение результатов оперативного лечения эхинококкоза печени за счет совершенствования метода ликвидации полости фиброзной капсулы.

Материал и методы исследования

В группу исследования входят результаты обследования и лечения 12 больных с эхинококкозом печени. Мужчин было 8, женщин - 4, пациенты были в возрасте от 15 до 47 лет (у 9 больных киста локализовалась в правой доле печени, у одной больной - в обеих долях печени и сочетание эхинококкоза в печени и легком - у 1). Всем больным произведена абдоминализация полости фиброзной капсулы. В процессе обследования больных, помимо общеклинического исследования, выполняли УЗИ печени, определяли показатели функционального состояния печени.

Результаты и их обсуждение

Оперировано 12 больных с эхинококкозом печени, из них у 3 был нагноившийся, а у остальных - неосложненный. При локализации кист в правой доле использовался доступ в правом подреберье по Кохеру или по Федорову, а при локализации в левой доле - верхне-срединная лапаротомия. После лапаротомии и ревизии печени выявленную кисту обкладывали салфетками, смоченными озонированным раствором с концентрацией озона 8-10 мкг/мл, кисту пунктировали, удаляли содержимое и обеззараживание выполняли также озони-

рованным раствором с экспозицией 5 минут. Затем полость осушали и тщательно осматривали для выявления желчных свищей. При обнаружении свища его ушивали хромированным кетгутом или стерикатом. Затем часть фиброзной капсулы, выступающей над поверхностью кисты, иссекали до печеночной ткани и на края фиброзной капсулы накладывали обвивной гемостатический шов. К дну оставшейся полости касательно подводили дренаж. Брюшную полость ушивали.

После операции больные получали противовоспалительную (антибиотикотерапию) и инфузионную терапию. После операции через день-два выполняли УЗИ для контроля стояния дренажа. У 11 больных отделяемое через дренаж было незначительное, и дренажи удаляли на 3-4 сутки, а у одного на 3 сутки отделяемое было с примесью желчи. При контрольном УЗИ жидкости в брюшной полости не обнаружено. Дренаж в брюшной полости задержали до 8 суток. Начиная с 5 суток, количество отделяемого стало уменьшаться и на 8 сутки дренаж удален. Состояние было удовлетворительным. Все больные выписаны после контрольного УЗИ, при котором патологии не выявлено.

Таким образом, наши малочисленные исследования показали, что в лечении больных эхинококкозом печени можно использовать метод абдоминализации, но необходимо дальнейшее накопление клинического материала с детальной оценкой полученных результатов.

Литература:

1. Айтназаров, М.С. Хирургическое лечение осложненного эхинококкоза печени [Текст] / М.С. Айтназаров // Вестник хирургии Казахстана. - 2008. - № 2. - С. 64 - 66.
2. Ахунбаев, И.К. Эхинококкоз легкого и его хирургическое лечение [Текст] / И.К. Ахунбаев, Н.А. Ахунбаева. - Фрунзе: Кыргызполиграфкомбинат, 1977. - 182 с.
3. Аскерханов, Р.П. Хирургия эхинококкоза [Текст] / Р.П. Аскерханов. - Махачкала, 1976. - 156 с.
4. Вишневский, А.А. К хирургическому лечению эхинококка легкого [Текст] / А.А. Вишневский // Вестник хирургии. - 1956. - № 11. - С. 74-79.
5. Дурманов, К.А. Комплексное лечение нагноившейся эхинококковой кисты печени [Текст] / К.А. Дурманов, С.О. Ордабеков // Актуальные проблемы клинической и экспериментальной хирургии: Материалы II съезда хирургов Кыргызстана. - Бишкек, 1995. - С. 181-182.
6. Мусаев, А.И. Способы ликвидации полости фиброзной капсулы при эхинококкозе печени [Текст] / А.И. Мусаев. - Бишкек: Учкун, 1999. - 156 с.
7. Horsch, R. Resection of the treatment of hepatic echinococcosis by hydatocystectomy [Text] / R. Horsch // Nippon Ika Hokoni, 1999. - Vol 58, # 5. - P. 398 - 404.

ОПЕРАЦИЯ: ИЛЕОАСЦЕНДОСТОМИЯ С УПРАВЛЯЕМОЙ ИЛЕОСТОМОЙ

Сыргаев Д. Т., Сыдыгалиев К. С., Шатманова Ш. К.

Национальный хирургический центр МЗ КР

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Разработана и внедрена операция резекции подвздошного отдела тонкой кишки с наложением поперечной инвагинационной илеоасцендостомии с управляемой илеостомой у больных с ОХЗТК.

Ключевые слова: подвздошный отдел тонкой кишки, межкишечные анастомозы, илеоасцендостомия, управляемая илеостома, хирургический эндотоксикоз.

ОПЕРАЦИЯ: ИЛЕАСТОМА ЖЕТЕКТЕГЕН ИЛЕОАСЦЕНДОСТОМИЯ

Сыргаев Д. Т., Сыдыгалиев К. С., Шатманова Ш. К.

КР ССМ Улуттук хирургия борбору

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Ичке ичегинин кескин кармаган хирургиялык ооруларына ичке ичегинин төмөнкү бөлүгүн кесип салуу, андан кийин туурасынан инвагинациялык салынган илеоасцендостомия жана башкарылуучу илеостома операция ыкмасы ойлоп табылган жана клиникалык практикага киргизилген.

Негизги сөздөр: ичке ичегинин төмөнкү бөлүгү, ичеги аралык салынган анастомоздор, илеоасцендостомия, башкарылуучу илеостома, хирургиялык уулануу.

OPERATION: ILEASCENDOSTOMY WITH MANAGED ILEOSTOMY

Syrgaev D.T., Sydygaliev K.S., Shatmanova Sh.K.

National surgical centre of MHKR

I.K.Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. Operation on resection of iliac part of small intestine with imposing transverse invagination with controlled ileostomy in patients suffering from acute surgical illness of small intestine has been develop and applied.

Key words: iliac part of small intestine, interintestinal anastomosis, ileoascendostomy, controlled ileostomy, surgical endotoxiosis.

Введение

Нередко экстренные оперативные вмешательства по поводу острых хирургических заболеваний органов брюшной полости завершаются формированием кишечной стомы, что приводит к необходимости выполнения операций по ее ликвидации и восстановлению непрерывности кишечника. Эти вмешательства сопровождаются летальностью до 7,8 % [3], развитием осложнений в 19-34 % наблюдений [4, 8, 9]. Частота послеоперационных осложнений зависит от решения ряда вопросов, касающихся выбора способов формирования энтеростомы, сроков и способов выполнения

восстановительных оперативных вмешательств, вида анастомоза. Исходя из анатомо-функциональных особенностей илеоцекального угла, наиболее физиологичным способом формирования тонкотолстокишечного соустья следует считать поперечный инвагинационный анастомоз конец в бок, предложенный Я.Д. Витебским [7]. Метод достаточно надежен и нашел широкое применение в реконструктивной хирургии кишечника. При хирургическом лечении больных с острыми хирургическими заболеваниями и травмой органов живота, сопровождающихся перитонитом и паралитической непроходимостью большинство

хирургов применяют интубацию ободочной кишки [1, 2]. Данная методика патогенетически обоснована и направлена на декомпрессию и эвакуацию токсичного содержимого из просвета кишки [2]. Дело в том, что при паралитической непроходимости, обусловленной перитонитом, наблюдаются изменения микрофлоры в сторону преобладания высоковирулентных анаэробов. За счет поступления микрофлоры и их токсинов в портальный и системный кровоток создаются условия для системной эндотоксемии с развитием инфекционно-токсического шока и полиорганной недостаточности [5, 6]. В связи с этим дренирование тонкой кишки, обеспечивая постоянный отток кишечного содержимого, уменьшает портальную и системную бактериемию. Кроме того, данное вмешательство, снимая интестинальную гипертензию, восстанавливает адекватный внутристеночный кровоток, снижает проницаемость кишечной стенки для микрофлоры и их токсинов. Таким образом, интубация ободочной кишки является необходимым средством устранения паралитической непроходимости и детоксикации организма. Поэтому интерес к данной теме по-прежнему сохраняет свою значимость.

Перед нами поставлена цель, улучшить результаты хирургического лечения больных с острыми хирургическими заболеваниями подвздошного отдела тонкого кишечника (ОХЗТК) путем разработки новых и усовершенствования существующих способов наложения межкишечных анастомозов.

Материалы и методы

Клинико-лабораторные исследования выполнены у 81 больного ОХЗТК, поступивших в НХЦ МЗ КР за период 1992-2005 годов. Контрольную группу составили 39 больных ОХЗТК, а в основной обследуемой клинической группе – 42 пациента (Табл.1).

В основном в обеих группах наблюдались множественные межкишечные абсцессы (10 (25,6%) и 7 (16,7%) больных), острая спаечная обтурационная кишечная непроходимость (9 (23,1%) в контрольной группе против 16 (38,1%) в основной группе). Далее острая спаечная странгуляционная кишечная непроходимость, соответственно, у 3 (7,7%) и 5 (11,9%) больных; разрывы тонкого кишечника, соответственно, у 3 (7,7%) и 4 (9,5%) человек. У 4 (9,5%) больных в основной группе причиной ХЭ оказалась несостоятельность ранее наложенных кишечных

анастомозов. Ущемленные грыжи с некрозом петель тонкой кишки явились причиной ХЭ в контрольной группе у 3 (7,7%) и у 1 больного в основной группе. Болезнь Крона и острый тромбоз мезентериальных сосудов наблюдались по 2 больным в контрольной группе. Такая редкая патология, как перфорация тонкого кишечника при брюшном тифе, констатирована по одному случаю в обеих группах (Табл. 2).

Результаты исследования

Показаниями к резекции подвздошной кишки с наложением илеоасцендоанастомоза с управляемой илеостомией являются:

- специфические заболевания тонкой кишки с деструкцией подвздошного отдела (брюшной тиф, туберкулез)
- опухоли подвздошного отдела тонкой кишки
- болезнь Крона с некрозом подвздошного отдела тонкой кишки
- Острая спаечная обтурационная и странгуляционная тонкокишечная непроходимость с некрозом подвздошного отдела тонкой кишки
- Множественные межпетлевые тонкокишечные абсцессы с выраженной инфильтрацией и десерозацией стенок подвздошного отдела тонкой кишки
- При острых гнойных хирургических заболеваниях органов гениталий с вовлечением в патологический процесс и некрозом подвздошного отдела тонкой кишки
- Множественные проникающие, сквозные ранения и обширные разрывы подвздошного отдела тонкой кишки с явлениями перитонита.

Для этого нами разработана операция - резекция подвздошной кишки с наложением илеоасцендостомии с управляемой илеостомой при ОХЗТК.

Сущность предлагаемого способа поясняется графическим материалом, который изображен на Рис.1

Резекция подвздошной кишки с наложением илеоасцендостомии с управляемой илеостомой включает следующие существенные

Таблица 1
Распределение больных с ОХЗТК по возрасту и полу

п/п	Возраст	Пол	Клиническая группа				
			Контрольная группа		Основная группа		
		М	Ж	М	Ж	М	Ж
1.	До 20 лет	10	2	4	1	6	1
2.	21-30	9	14	4	7	5	4
3.	31-40	6	5	2	4	4	1
4.	41-50	7	9	1	4	6	5
5.	51-60	5	3	4	2	1	1
6.	61-70	2	5	1	3	1	2
7.	71 и старше	3	1	1	1	2	2
8.	Итого:	42	39	17	22	25	17

Таблица 2
Характеристика острых хирургических заболеваний тонкого кишечника

п/п	Основные заболевания тонкого кишечника	Контрольная группа		Основная группа	
		Абс.	%	Абс.	%
	Множественные межкишечные абсцессы	10	25,6	7	16,6
	Острая спаечная обтурационная тонкокишечная непроходимость	9	23,1	16	38,1
	Инвагинация тонкого кишечника	3	7,7	1	2,4
	Болезнь Крона	2	5,1	-	-
	Сансер тонкого кишечника	2	5,1	1	2,4
	Острая спаечная странгуляционная тонкокишечная непроходимость	3	7,7	5	11,9
	Множественные тонкокишечные свищи	1	2,6	2	4,8
	Тромбоз мезентериальных сосудов	2	5,1	-	-
	Обширные разрывы подвздошного отдела тонкой кишки	3	7,7	4	9,5
	Ущемленные грыжи с ущемлением и некрозом подвздошного отдела тонкой кишки	3	7,7	1	2,4
	Брюшной тиф с перфорацией стенки тонкого кишечника	1	2,6	1	2,4
	Несостоятельность ранее наложенных кишечных анастомозов тонкой кишки	-	-	4	9,5
ИТОГО:		39	100	42	100

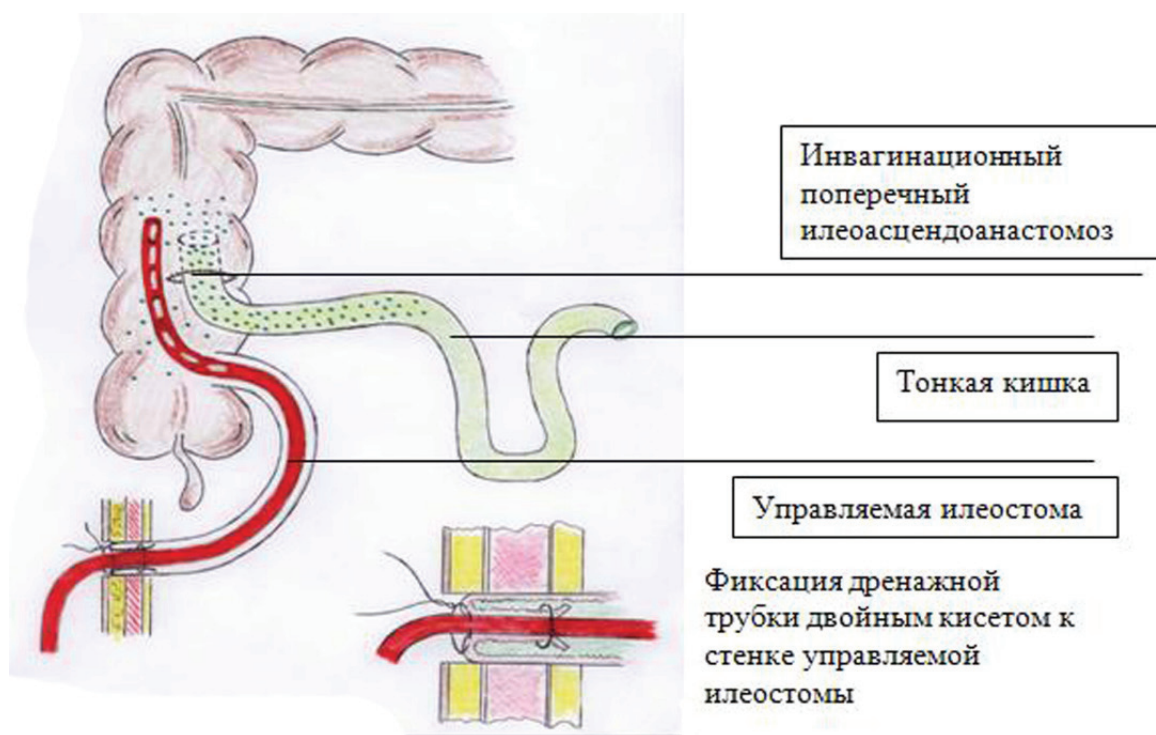


Рис.1 Илеоасцендостомия с управляемой илеостомой с двойным кистетным швом.

моменты: резецируется некротически измененная часть подвздошной кишки, оставляя 8-10 см терминального отдела от илеоцекального угла. Затем накладывается поперечный инвагинационный анастомоз между приводящим отделом тонкой кишки с восходящим отделом ободочной кишки. После чего через Баугиниеву заслонку проводится силиконовая дренажная трубка диаметром 8-10 мм со множественными боковыми отверстиями. Дренажная декомпрессионная трубка должна находиться в области печеночного изгиба ободочной кишки. Во избежание повторных оперативных вмешательств (закрытие илеостомы) в концевой части управляемой илеостомы накладывается двойной кистетный погружной шов и последний фиксируется к контрапертурному разрезу в правой подвздошной области с охватом париетального листка брюшины и апоневроза наружной косой мышцы живота.

Дренажная трубка удаляется на 5-6 суток в послеоперационном периоде. Благодаря двойному кистетному шву и восстановлению функции Баугиниевой заслонки, управляемая илеостома закрывается самостоятельно.

Данный способ операции имеет следующие особенности:

1. Поперечный инвагинационный илеоа-

сцендоанастомоз начинает функционировать с первых часов после завершения операции.

2. Исключена обратная регургитация через илеоасцендоанастомоз содержимого ободочной в тонкую кишку.

3. Дренажная трубка через Баугиниеву заслонку обеспечивает полноценную декомпрессию ободочной кишки.

4. Управляемая илеостома закрывается самостоятельно после удаления дренажной трубки на 3-5 суток, без каких-либо оперативных вмешательств.

По данному способу прооперировано 81 больных. Из этого числа больных, только в 3 случаях управляемой илеостомы, пришлось закрыть повторным оперативным вмешательством.

В одном случае выявлена врожденная недостаточность Баугиниевой заслонки.

Во втором - нагноение раны в области илеостомы с образованием губовидного свища.

В третьем - кистетный шов не был наложен во время наложения илеостомы.

Выводы

1. У больных с острыми хирургическими заболеваниями тонкого кишечника проявляются различные степени тяжести хирургического эндотоксикоза.

2. Неполноценная оценка клинико-про-

гностических критериев степени тяжести проявлений хирургического эндотоксикоза в контрольной группе больных привела к повторному оперативному вмешательству в 21 случаях. Из них в 14 случаях операция завершилась резекцией подвздошного отдела тонкой кишки с наложением илеоасцендостомии с управляемой илеостомой.

3. Адекватная оценка клинико-прогностических критериев степени тяжести проявлений хирургического эндотоксикоза в основной группе больных позволила избежать повторные оперативные вмешательства и сократить количество послеоперационных осложнений до 9, а летальность до 4 человек.

4. Оптимальным вариантом выбора тактико-технических решений при острых хирургических заболеваниях тонкого кишечника является – операция резекция тонкой кишки с наложением илеоасцендостомии с управляемой илеостомой.

Литература:

1. Бондарев В.И., Тараненко Л.Д. и др. Анализ летальности при остром разлитом перитоните. // *Клиническая хирургия* – 1990. - №1. – С. 21-23.

2. Ерюхин И.А. Хирургия гнойного перитонита. 50 лекций по хирургии. *Media Medica* 2003 – С. 320-326.

3. Белоконев В.И., Измайлов Е.П. Хирургия – 2000 - №12 – С. 8-11.

4. Воробей А.В. Российский журнал гастроэнтерологии и гепатологии – 1998 - №3 – С.68-75.

5. Петров В.П., Кузнецов И.В., Домникова А.А. Интубация тонкой кишки при лечении больных с перитонитом и кишечной непроходимостью // *Хирургия*. – 1999. - № 5. – С. 41-44.

6. Савельев В.С., Болдин Б.В., Гельфанд Б.Р. и др. Влияние зондовой декомпрессии кишечника на портальную и системную бактериемию у больных перитонитом // *Хирургия*. – 1993. - № 10. – С. 25-29.

7. Витебский Я.Д. Очерки хирургии илеоцекального отдела кишечника. М: Медицина 1973; 111.

8. Feinberg S.M. *Am J Surg* 1987; 1: 102-109.

9. Khoury G.A., LeOwis M.C., McLeargos L. et al. *Amm Roy Coll Surg Engl* 1986; 69: 1: 5-7.

ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВНОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Токтосунов А.С.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева

Городская клиническая больница № 1

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Представлены результаты оперативного лечения рецидивного холедохолитиаза у 37 больных пожилого и старческого возраста. Наружное дренирование выполнено у 12 больных и внутреннее с наложением билиодигестивных анастомозов – у 25. Осложнения отмечены у 5 больных. Летальных исходов не было.

Ключевые слова: печень, рецидивный холедохолитиаз, оперативное лечение, пожилой и старческий возраст, осложнения.

УЛГАЙГАН ЖАНА КАРЫГАН КУРАКТАГЫЛАРДЫН КАЙРАКАЙТАЛАМА ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ ООРУСУН ДАРЫЛОО

Токтосунов А.С.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттин медициналык академиясы

№1 Шаардык клиникалык ооруканасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Улгайган жана карыган 37 бейтаптын кайракайталама холедохолитиаз оорусун оперативтик жол менен дарылоо көрсөтүлгөн. 12 бейтапка сырткы дренаждоо колдонулган жана 25 бейтапка билиодигестивдүү анастомоз жолу менен коюлган м5 бейтапка кабылдоосу байкалган. Каза болгондор болгон жок.

Негизги сөздөр: боор, кайракайталама холедохолитиаз, оперативдик жол менен дарылоо. Улгайган жана карыган курактагылар, кабылдоосу.

TREATMENT OF RELAPSING CHOLEDOCHOLITHIASIS IN MIDDLE AND SENILE AGE PEOPLE

Toktosunov A.S.

I.K.Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Municipal clinical hospital # 1

Bishkek city, Kyrgyz Republic

Resume. The results of surgical treatment of 37 middle and senile age people with relapsing choledocholithiasis are presented. External drainage was fulfilled in 12 patients, and internal drainage with application of biliodigestive anastomosis was fulfilled in 25 patients. Complications were in 5 patients. There were no lethal outcomes.

Key words: liver, relapsing choledocholithiasis, surgical treatment, middle and senile ages, complications.

Одной из актуальных проблем билиарной хирургии является оперативное лечение рецидивного холедохолитиаза [1,3]. Ряд исследователей выделяют резидуальный холедохолитиаз, это так называемые забытые или оставленные конкременты, и рецидивный, когда в отдаленные сроки вновь образуются конкременты в желчных путях [2,4].

В оценке резидуальных и рецидивных камней многие исследователи придают значение срокам появления конкрементов, но это деление чисто условное. Лишь в момент операции можно условно выявить признаки, характерные

для рецидивного и резидуального камней [1]. Особую значимость представляет лечение больных пожилого и старческого возраста, так как это наиболее тяжелая группа больных с наличием многих сопутствующих заболеваний.

Цель работы: представить результаты оперативного лечения рецидивного холедохолитиаза у больных пожилого и старческого возраста.

Материал и методики исследования

На оперативное лечение по поводу ЖКБ поступило 207 больных пожилого (от 60 до 75 лет) и старческого (от 75 до 90 лет) возраста. Из

них с рецидивным холедохолитиазом поступило 37 (17,8%). Женщин было 24, мужчин – 13. У всех из них выявлены сопутствующие заболевания (гипертоническая болезнь, коронарная болезнь сердца, хронические бронхолегочные заболевания). При анализе сроков, прошедших после операции, было установлено, что большинство больных поступили до 1 года после операции (22 чел.), от 1 года до 3 лет – 8 человек, от 3 до 5 лет – 2 и более 5 лет – 5 больных.

В обследовании больных, помимо общеклинических методов (анализ крови и мочи, ЭКГ, флюорог

После обследования больных с использованием УЗИ у 23 обнаружили конкременты в холедохе, а у остальных отмечено расширение желчных протоков, что указывало на наличие нарушения проходимости желчных протоков. Нужно отметить, что большинство поступивших были в тяжелом состоянии из-за наличия желтухи и тяжести сопутствующих заболеваний. Явления холангита (ознобы, высокая температура тела, лейкоцитоз) имели место у 6 больных.

Предоперационная подготовка была строго индивидуальной, но во всех случаях стремились оперировать больных после подготовки. Больные с явлениями холангита были оперированы в первые сутки поступления, им проводилась дезинтоксикационная и противовоспалительная терапия. У всех же остальных больных предоперационную подготовку проводили не более 3-4 дней, которая так же включала дезинтоксикационную терапию и лечение сопутствующих заболеваний.

Все 37 больных оперированы под эндотрахеальным наркозом, доступом по Федорову. Из них у 12 больных использован минидоступ. После рассечения множества спаек выделен холедох и вскрыт. Удалены конкременты и проходимость желчных протоков проверена путем зондирования, трансиллюминацией, а у 9 – интраоперационной холангиографией. У 6 больных операция закончилась наружным дренированием холедоха, а у 31 наложен билиодигестивный анастомоз. Показанием для наложения анастомоза служило наличие множества мелких конкрементов в холедохе

и сочетание конкрементов с рубцовым сужением общего желчного протока. При наложении анастомозов предпочтение отдавали холедоходуоденоанастомозу по Юрашу-Виноградову, а у остальных (6 человек) был наложен холедохоеюноанастомоз на выключенной петле по Ру. Операцию заканчивали обязательным дренированием области анастомоза микроирригатором, через который в послеоперационном периоде орошали анастомоз озонированным физиологическим раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл. Этот микродренаж обеспечивал декомпрессию области анастомоза и создавал возможность санировать его область. Брюшная полость дренирована.

В послеоперационном периоде состояние больных было тяжелым, которое обусловлено интоксикацией и тяжестью сопутствующих заболеваний.

После операции больные получали инфузионную терапию с учетом состояния сердечно-сосудистой и дыхательных систем под контролем функционального состояния печени, также получали массивную антибактериальную терапию. На 4-5 сутки у 2 больных по дренажу, стоявшему в брюшной полости, стало выделяться дуоденальное содержимое с примесью желчи, что указывало на несостоятельность анастомоза. Но повторная операция не выполнялась, так как дренаж обеспечивал адекватный отток. На 10-12-е сутки выделения из брюшной полости прекратились. При контрольном УЗИ выпота в брюшной полости не обнаружено. Еще у 2-х больных в послеоперационном периоде возникло нагноение раны. В результате проведенного лечения осложнения были излечены.

При осмотре удаленных конкрементов для вновь образованных камней более характерна была меньшая плотность. Они имели вид «замазки», легко крошащиеся.

Таким образом, наши немногочисленные исследования показали, что у лиц пожилого и старческого возраста нередко имеют место рецидивные камни и операцию у них можно выполнить из минидоступа, но с предварительной оценкой состояния желчных путей. При рецидивных камнях у лиц пожилого

и старческого возраста более целесообразно выполнять билиодигестивные анастомозы.

Литература:

1. Дадвани, С.А. Желчнокаменная болезнь [Текст] / С.А. Дадвани, П.С. Ветшев, А.М. Шулутко. – М.: Видар, 2005. – 139 с.
2. Шаповальянц, С.Г. Новые подходы к оценке состояния внепеченочных желчных протоков у больных с хроническим калькулезным холециститом [Текст] / С.Г. Шаповальянц, А.Г. Мыльников, А.Г. Паньков // Материалы 7-го съезда Научного общества гастроэнтерологов России 20-23 марта 2007 г. – М., 2007. – С. 250-251.
3. Особенности диагностики и лечения ущемленных камней большого сосочка двенадцатиперстной кишки [Текст] / [А.М. Хаджибаев, Ф.Б. Алиджанов, Н.У. Арипова и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2008. – Том 13, № 1. – С. 83-88.
4. Neuhaus, H. New techniques for direct biliary visualization we need them and what can be achieved? [Text] / H. Neuhaus // Gastrointest. Endoscopy. – 2011. – Vol. 74, # 2. – P. 317-320.

ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

Усубакунов У.Э.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Городская клиническая больница № 1

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Дан анализ 102 экстренно оперированных больных и прослежена динамика показателей воспалительной реакции. Установлена зависимость частоты осложнений от количества симптомов воспалительной реакции.

Ключевые слова: острые хирургические заболевания, оперативное лечение, частота осложнений.

КАЙГУУЛ ХИРУРГИЯСЫНДАГЫ СИСТЕМАЛЫК СЕЗГЕНҮҮ РЕАКЦИЯСЫНЫН КӨРСӨТКҮЧТӨРҮ

Усубакунов У.Э.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы

№ 1 шаардык клиникалык ооруканасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Чукул түрдө операция болгон 102 бейтаптын анализдери берилди жана сезгенүү реакциясынын динамикасы көзөмөлгө алынды. Сезгенүү реакциясынын симптомдорунун өтүшүп кетүүлөрдүн санына көз карандылыгы далилденди.

Негизги сөздөр: курч оорулар, хирургиялык дарылоо, өтүшүп кетүүлөрдүн саны.

INDEXES OF SYSTEMIC INFLAMMATORY REACTION IN URGENT SURGERY

Usubakunov U.E.

I.K.Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Municipal clinical hospital #1

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. Analysis of 102 urgently operated patients are done/ The dynamics of inflammatory reaction indexes were observed. The dependence between the complication frequency and the quantity of inflammatory reaction symptoms was determined.

Key words: urgent surgical disease, surgical treatment, complication frequency.

Понятие синдрома системной воспалительной реакции стало использоваться в медицине лишь в последние 10-15 лет для обозначения общих изменений в организме, возникающих под влиянием различных повреждающих факторов (операция, травма, ожоги, злокачественные опухоли, гематологические заболевания и др.). При тяжелой агрессии, независимо от этиологии воспаления, развивается системный ответ, сопровождающийся нарушением функции жизненно важных органов, систем, полиорганной недостаточностью [1,6]. Общая реакция определяется разными терминами, что приводит к возникновению ошибок в определении состояния больных, выборе методов лечения и оценке эффективности. С целью устранения разногласий в терминологии согласительная конференция Американского колледжа торакальных врачей и общества по лечению больных, находящихся

в критическом состоянии, приняла решение унифицировать терминологию. По предложению конференции реакцию организма на воспаление, обусловленную инфекцией, тяжелой травмой и другими факторами рекомендовано называть «синдром системного ответа на воспаление» [3].

Клинико-лабораторные признаки этого синдрома включают гипер- или гипотермию, тахипное или гипоканию, тахикардию, лейкоцитоз или лейкопению. Как утверждает ряд исследователей [2,3], появление или сохранение после операции одного-двух из перечисленных признаков имеет прогностическое значение в исходе операции. Однако, учета только клинических проявлений для выявления синдрома системного воспаления недостаточно, здесь необходимо использовать результаты микробиологического исследования, маркеров эндотоксикоза, выявления нарушений гуморального и клеточного иммунитета, цитокинов

[4,5].

Цель работы: Определить частоту и степень проявления синдрома системной воспалительной реакции у экстренно оперированных больных.

Материал и методики исследования

Аналізу подвергнуты истории болезни 102 оперированных больных, находившихся на стационарном лечении в хирургических отделениях ГКБ № 1 г. Бишкек в течение 2013 года. Из 102 больных мужчин было 38, женщин – 64, больные были в возрасте от 17 до 67 лет. Все больные оперированы в экстренном порядке по поводу острых хирургических заболеваний. Мы взяли в разработку тех больных, у которых заболевания были осложнены ограниченным или разлитым перитонитом. Патология и их удельный вес даны в таблице.

Из числа анализируемых больных с ограниченным перитонитом было 94 и с разлитым – 8. Все оперированы под эндотрахеальным обезболиванием.

В процессе обработки историй болезни мы учитывали лишь стандартные клинко-лабораторные показатели воспалительной реакции: частоту пульса, дыхания, лейкоцитоз и гипертермию.

Наибольшую группу составили больные с флегмонозным холециститом, осложненном местным перитонитом (47,1%), в равном числе наблюдений были больные с острой кишечной непроходимостью и гангренозным холециститом (по 12 чел. – 11,8%), 14 больных были с гангренозно-перфоративным аппендицитом и меньше больных (9 чел.) были с острым флегмонозным холециститом, нагноившемся эхинококкозом печени (7 чел.). Определение признаков симптомов воспалительной реакции

осуществляли через сутки, двое, трое, четверо после операции.

Результаты и их обсуждение

Все больные получали традиционное лечение, направленное на ликвидацию воспалительного процесса (антибиотики), интоксикации (инфузионная терапия) и коррекцию нарушений, обусловленных сопутствующими заболеваниями.

Через сутки после операции мы определяли частоту воспалительной реакции и отметили, что все четыре признака были у 42 больных, три признака – у 18, два – у 16, а у остальных – по одному признаку (в основном, повышение температуры). На вторые сутки после операции все четыре признака отмечены у 24 больных, три признака – у 8, два – у 10, а у 7 – один признак. У остальных признаков воспаления не выявлено.

На третьи сутки после операции все четыре признака сохранялись лишь у 6 больных, три – у 7, два признака – еще у 7 и один признак – у 8 больных.

Проанализировав частоту воспалительной реакции, мы проследили за частотой осложнений в послеоперационном периоде и при этом установили, что при наличии 4 признаков, особенно если они сохранялись до 3 суток, осложнения возникли у 5, при 3 признаках – у 3, при двух – у 3 больных и при наличии одного признака – у 1. Всего осложнения выявлены у 15, что составило 14,7%.

Эти факторы не специфичны, однако их выявление у хирургического больного в течение продолжительного времени имеет и прогностическое значение. По своей сути признаки системного воспаления – это показатели для врача о необходимости пересмотра лечения данного больного и о

Таблица – Перечень заболеваний, взятых в разработку

Заболевания	Абс. число	%
Острая кишечная непроходимость	12	11,8
Острый флегмонозный холецистит	48	47,1
Острый гангренозный холецистит	12	11,8
Острый гангренозно-перфоративный аппендицит	14	13,7
Острый флегмонозный аппендицит	9	8,8
Нагноившийся эхинококкоз печени	7	6,8

необходимости нарастания воспалительной реакции или длительности ее сохранения. Особую практическую важность приобретает раннее выявление признаков системного воспаления, что позволяет проводить более эффективную превентивную и упреждающую терапию синдрома воспалительной реакции, что будет благоприятно сказываться на прогнозе и исходе болезни.

Таким образом, результаты первого этапа нашего исследования показали целесообразность в послеоперационном периоде определения признаков воспалительной реакции. Безусловно, одних клинических показателей недостаточно для окончательного ответа о необходимости их выявления. Здесь необходим еще комплекс экспресс исследований. Результаты их использования будут даны нами в следующих сообщениях, а в настоящее время идет накопление материала.

Литература:

1. Ерюхин, И.А. Экстремальное состояние организма. Элементы теории и практические проблемы на клинической модели тяжелой сочетанной травмы [Текст] / И.А. Ерюхин, С.А. Шляпников. – СПб: Эскулап, 1997. – 212 с.
2. Семенова, А.С. Показатели системной воспалительной реакции в ранней диагностике и прогнозировании инфекционных осложнений панкреонекроза [Текст] / А.С. Семенова, В.В. Моррисон, В.Н. Долиций // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2007. - № 3. – С. 14-15.
3. Гусев, Е.Ю. Системное воспаление как типовой патологический процесс [Текст] / Е.Ю. Гусев, Л.Н. Юрченко // Вестник медицинской академической науки. – 2004. - № 4. – С. 17-20.
4. Шано, В.П. Варианты течения критических состояний с учетом патогенеза SIRS-синдрома системного воспалительного ответа [Текст] / В.П. Шано, Ф.И. Гольмамедов, А.Н. Нестеренко // Анестезиология и реаниматология. – 1997. - № 6. – С. 48-53.
5. Bone, R.C. Toward a theory regarding the pathogenesis of the systemic inflammatory response syndrome: what we do and do not know about cytokine regulation [Text] / R.C. Bone // Critical Care Medicine. – 1996. – Vol. 24, # 1. – P. 163-172.
6. Vincent, J.L. Use of the SOFA score to assess the incidence of organ dysfunction/failure in intensive care units: results of a multianter, prospective study [Text] / J.L. Vincent, Mendonta de A. // I bid. – 1998. – Vol. 26. – P. 1793-1800.

К МИРУ, СВОБОДНОМУ ОТ ЯДЕРНОГО ОРУЖИЯ. О РАБОТЕ XXI ВСЕМИРНОГО КОНГРЕССА МЕЖДУНАРОДНОГО ДВИЖЕНИЯ «ВРАЧИ МИРА ЗА ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ ЯДЕРНОЙ ВОЙНЫ» (АСТАНА, КАЗАХСТАН, 25-29 АВГУСТА 2014Г)

Бримкулов Н.Н., Байзаков А.Ж., Кулекова Ж.К.

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К.Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье представлена информация о 21-м Всемирном конгрессе международного движения «Врачи мира за предотвращение ядерной войны», который состоялся в столице Казахстана Астане 25-29 августа 2014 года под девизом «От запрета ядерных испытаний к миру, свободному от ядерного оружия. Разоружение, мир и всеобщее здоровье в 21-м веке».

Ключевые слова: Международное движение «Врачи мира за предотвращение ядерной войны», 21-й конгресс ВМПЯВ, Астанинская декларация ВМПЯВ.

ЯДЕРДИК КУРАЛДАН ЭРКИН ДҮЙНӨГӨ. “ДҮЙНӨДӨГҮ ВРАЧТАР ЯДЕРДИК СОГУШТУ АЛДЫҢ АЛУУ ҮЧҮН” ЭЛ АРАЛЫК КЫЙМЫЛДЫН XXI ДҮЙНӨЛҮК КОНГРЕССИНИН ИШИ ЖӨНҮНДӨ (АСТАНА, КАЗАХСТАН, 2014-ЖЫЛДЫН 25-29-АВГУСТУ)

Бримкулов Н.Н., Байзаков А.Ж., Кулекова Ж.К.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Кортунду. Макалада 2014-жылдын 25-29-августунда “Ядердик тажрыйбаларды тыюудан ядердик куралдан эркин дүйнөгө, 21-кылымдагы тынчтык жана жалпы ден соолук” урааны менен Казахстандын борбору Астанада өткөн “Дүйнөдөгү врачтар ядердик согушту алдын алуу үчүн” аттуу эл аралык кыймылдын XXI дүйнөлүк конгресси жөнүндө маалымат берилген.

Негизги сөздөр: “Дүйнөдөгү врачтар ядердик согушту алдын алуу үчүн” эл аралык кыймылы, ДВЯСАУ 21-конгресси, ДВЯСАУ Астаналык декларациясы.

TO A NUCLEAR WEAPON FREE WORLD. ABOUT THE XXI WORLD CONGRESS OF “INTERNATIONAL PHYSICIANS FOR THE PREVENTION OF NUCLEAR WAR” (ASTANA, KAZAKHSTAN, 25-29 AUGUST 2014)

Brimkulov N.N., Baizakov A.J., Kulekova J.K.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. The article provides information about the 21st World Congress of International Physicians for the Prevention of Nuclear War (IPPNW) held in Astana in August 25-30, 2014 under the slogan “From a Nuclear Test Ban to a Nuclear Weapon Free World: Disarmament, Peace and Global Health in the 21st Century”.

Keywords: International movement “International Physicians for the Prevention of Nuclear War”, 21st IPPNW World Congress, Astana IPPNW declaration.

«От запрета ядерных испытаний к миру, свободному от ядерного оружия. Разоружение, мир и всеобщее здоровье в 21-м веке» - под таким девизом с 25 по 29 августа 2014 года в столице Казахстана, городе Астане прошел XXI Всемирный конгресс международного движения «Врачи мира за предотвращение ядерной войны» (ВМПЯВ). Более 500 делегатов, представляющих национальные филиалы ВМПЯВ, а также активисты международных и национальных неправительственных организаций, работающих в области ядерного разоружения, эксперты, научные и общественные деятели из 50 стран собрались в Астане, чтобы открыто заявить об опасности, которую таит в себе ядерный арсенал. В работе конгресса приняла участие и делегация Кыргызского комитета «Врачи за предотвращение ядерной войны», включавшая студентов Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К.Ахунбаева.

В начале, до конгресса, 6-24 августа состоялся «Велотур ВМПЯВ 2014» — велопробег зарубежных и казахстанских студентов-медиков и молодых врачей по маршруту Семей-Астана. Затем, 26-27 августа прошел Студенческий конгресс ВМПЯВ, в работе которого приняли сотни студентов из многих стран. В рамках студенческого конгресса прошло 4 пленарных заседания и ряд семинаров, посвященных последствиям применения ядерного оружия, профилактике и снижению риска природных и техногенных катастроф, повышению активности молодежи в борьбе за мир и другим проблемам. На семинаре «Здоровье матери и ребенка. Последствия ядерной радиации» были обсуждены вопросы влияния радиоактивного излучения на беременную женщину. 27 августа прошло пленарное заседание на тему «Мировые катастрофы. Управление риском бедствий и стремление к предотвращению», на котором L.Ragazzoni (Италия) сообщил об инновационных технологиях обучения и профессиональной подготовки специалистов по оказанию медицинской помощи в условиях стихийных бедствий или техногенных катастроф, включая дистанционное обучение, компьютерные тренажеры, применение обучающих моделей. В своем докладе «Стремление к предотвращению. Подход общественного здравоохранения к вооруженному насилию» M.Schober (Австрия) затронул такие проблемы как измерение и мониторинг вооруженного насилия; изменение

политики в отношении огнестрельного оружия; уход за ранеными и их реабилитация.

Для студентов состоялись несколько семинаров, в том числе посвященный истории и активности международного движения IPPNW – International Physicians for the Prevention of Nuclear War (Врачи мира за предотвращение ядерной войны - ВМПЯВ). Подробнее о деятельности ВМПЯВ можно узнать на сайтах <http://ippnw.org/> и <http://www.ippnwrus.ru/>. Один из семинаров посвящался Международной кампании за отмену ядерного оружия (The International Campaign to Abolish Nuclear Weapons - ICAN). Эта кампания была основана движением ВМПЯВ в 2007 году и сегодня объединяет 360 организаций-партнеров в 93 странах, которые поставили цель добиться заключения Договора о запрете ядерного оружия. Деятельность этой кампании подробно представлена на веб-сайте - <http://www.icanw.org/>.

За два дня студенческого конгресса студенты не только узнали очень многое о проблемах антиядерного движения врачей, но и познакомились друг с другом, обменялись мнениями об особенностях медицинского образования в каждой стране, участии студентов в движении ВМПЯВ, прослушали лекции о развитии лидерских и организаторских качеств.

Вечером 26 августа состоялся карнавальный вечер, где делегации студентов разных государств рассказали о народах и культуре своих стран, выступали с песнями и танцами, демонстрировали национальную одежду, а также кулинарные блюда. Студенты КГМА (Жибек Кулекова и Алмаз Байзаков), рассказали о нашей стране, показали видеофильм о Кыргызстане, угостили участников национальными напитками - максымом и чалапом, а также боорсоками и чак-чаком. Они узнали не только о традициях на разных континентах, но и о медицинском обучении за рубежом, о движении ВМПЯВ в различных странах, о студенческом движении, подружались со студентами из Японии, Индии, США, Казахстана и других стран.

Основной конгресс ВМПЯВ состоялся 27-29 августа во Дворце Независимости Астаны, который стал просторной площадкой для обмена мнениями, опытом и поисков совместного решения ключевых вопросов современности, одним из которых является ядерная безопасность. Приветствия участникам конгресса прислали

президент России Владимир Путин и президент Казахстана Нурсултан Назарбаев.

В своем видеообращении академик Евгений Чазов, стоявший у истоков движения ВМПЯВ отметил:

«...Стал ли безопаснее мир, в котором мы живем? Нет. Растут горы оружия, то и дело вспыхивают войны. Создаются новые системы еще более грозных вооружений. На многострадальные земли Европы, Азии завозится новое ракетно-ядерное оружие заокеанского производства; оно нацеливается на жизненно важные центры. Призрак «первого ядерного удара» навис не только над европейским континентом, приблизив неукладающуюся в нормальном человеческом сознании перспективу всеобщей ядерной катастрофы.

И все же прошедшие годы вселили в нас надежду. Люди все больше осознают ядерную опасность, все активнее выступают за ее предотвращение. Тридцать четыре года назад трое американских и трое советских врачей внесли предложение создать международное движение врачей, выступающих за предотвращение ядерной войны. Сегодня в рядах этого движения десятки тысяч врачей. Это люди самых различных национальностей, религий, политических взглядов, реально представляющие ту угрозу жизни ан Земле, которая связана с существованием ядерного оружия. Еще большее число врачей, медицинских работников, студентов медицинских учебных заведений и медсестер поддерживают идеи движения и его благородную деятельность...

Мы будем считать свою задачу выполненной, если к миллионам голосов, выступающих за запрещение ядерного оружия, присоединятся новые голоса. Время не ждет. Слишком много накоплено в мире взрывчатого материала, слишком сложна политическая обстановка. Ядерному оружию нет места на Земле, и чем раньше оно будет ликвидировано, тем надежнее удастся сберечь людей от опасности, которой подвергается человечество. Каждый из нас должен помнить слова, начертанные на могиле жертв атомной бомбардировки в Хиросиме: «Спите спокойно, ошибка не повторится».

Программа конгресса включала самый широкий круг вопросов. В течение трех дней состоялись 6 пленарных заседаний на темы:

1. Влияние ядерного оружия на человечество.
2. Вооруженное насилие как кризис для общественного здоровья
3. Биомедицинские и экологические последствия ядерных испытаний на Семипалатинском ядерном полигоне
4. Влияние ядерной цепной реакции на здоровье, окружающую среду и безопасность всего человечества
5. Политическая деятельность, направленная на уничтожение ядерного оружия – ICAN и Договор о запрещении испытаний
6. Энергия и средства, которые вдохновляют международное движение IPPNW к созиданию и стремлению вперед.

Наряду с этим прошло 18 мастер-классов по важнейшим проблемам ядерной безопасности, влияния радиоактивных излучений на здоровье, деятельности работников здравоохранения в пользу мира и разоружения, перспектив движения ВМПЯВ и многим другим.

Особое внимание на конгрессе было уделено последствиям ядерных испытаний на Семипалатинском ядерном полигоне и современной антиядерной политике Казахстана. Об этом на открытии и в докладе подробно остановился президент конгресса и общественного объединения «Казахские врачи за предотвращение ядерной войны» Абай Байгенжин.

Как известно, 65 лет назад, 29 августа 1949 года Советский Союз провел первые испытания атомной бомбы. В течение сорока лет (с 1949 по 1989гг) в Казахстане военно-промышленный комплекс бывшего СССР проводил взрывы атомного оружия на Семипалатинском ядерном полигоне. За этот период было проведено 456 ядерных и термоядерных взрыва. Жители города Семей (нынешнее название населенного пункта) не были предупреждены об испытаниях и не имели никакого представления о том, какими будут их страшные последствия. По последним данным, от этих испытаний в Казахстане пострадало более 1,5 миллиона человек, в том числе от преждевременной смерти, болезней, ужасных врожденных дефектов и пожизненных

физических ограничений.

25 лет назад, 28 февраля 1989 года, когда признаки глобальной трагедии стали понятны гражданскому обществу, зародилось международное антиядерное движение «Невада-Семипалатинск», сыгравшее исключительно важную роль в прекращении ядерных испытаний не только на Семипалатинском, но и на пяти других полигонах в разных точках земного шара. Указом президента Нурсултана Назарбаева 29 августа 1991 года Семипалатинский полигон был закрыт.

В своем послании конгрессу президент Казахстана отметил: «Мы закрыли Семипалатинский полигон, отказались от четвертого в мире по мощности ядерного арсенала, закрыли реактор на быстрых нейтронах в Актау. По инициативе нашей страны каждый год 29 августа отмечается как Международный день действий против ядерных испытаний».

О том, что Казахстан и сегодня остается в авангарде антиядерного движения, говорили на конгрессе активисты ВМПЯВ из разных стран: сопresident IPPNW Ira Helfand (США), вице-президент IPPNW Lars Pohlmeier (Германия), академик С.И. Колесников (Россия) и многие другие.

Сегодня политика Казахстана, направленная на избавление человечества от ядерного оружия и укрепление режима нераспространения оружия массового уничтожения, заслужила признание международного сообщества и закрепила глобальное лидерство страны в сфере ядерного разоружения, нераспространения и ядерной безопасности. Среди важнейших инициатив Казахстана последних лет следует отметить следующие:

1. Подписание в 2006 году в Семипалатинске Договора о создании зоны, свободной от ядерного оружия в Центральной Азии (Договор ЦАЗСЯО, который подписан и Кыргызстаном). В этом году, 6 мая 2014 года, в Нью-Йорке страны «ядерной пятерки» (Великобритания, Китай, Россия, США и Франция) подписали Протокол к Договору ЦАЗСЯО, предоставивший негативные гарантии безопасности и обязательства не применять ядерное оружие и не угрожать его применением странам-участникам договора.

2. Мероприятия (конференции, семинары, выставки), призывающие к скорейшему вступлению в силу Договора о всеобъемлющем запрещении испытаний ядерного оружия

(ДВЗЯИ). На сегодня к договору присоединились 183, а ратифицировали – 162 государства. Для вступления ДВЗЯИ в силу требуется ратификация его восемью странами, обладающими ядерным потенциалом. Казахстан поставил себе важнейшим приоритетом добиться вступления ДВЗЯИ в силу.

3. Инициатива по организации проекта АТОМ – международной кампании, основная цель которой: обеспечить общественность информацией об угрозах и последствиях испытаний ядерного оружия, вовлечь гражданское общество и общественные организации в борьбу за прекращение испытаний, за скорейшее вступление ДВЗЯИ в силу и, в конечном счете, освобождение Земного шара от ядерного оружия.

На конгрессе с приветствием выступил Почетный посол Проекта АТОМ, известный художник Карипбек Куюков, сам пострадавший от последствий ядерных испытаний. Он призвал участников подписать Петицию на сайте Проекта АТОМ, которую на сегодняшний день уже подписали более 100 000 человек из более чем 100 стран мира. Для того, чтобы объединиться в память о пострадавших от ядерных испытаний, Проект АТОМ предложил ежегодно 29 августа проводить глобальную минуту молчания в 11:05 по местному времени. В это время стрелки часов образуют букву V, что означает с латинского «victory» – победу здравого смысла над страхом и знаменует глобальные усилия в борьбе для мира свободного от ядерного оружия. Мы тоже призываем всех читателей присоединиться к Петиции Проекта АТОМ на сайте <http://www.theatomproject.org/ru/>, где можно также ознакомиться с обширными информационными ресурсами о влиянии радиации на человека, экологию, в целом окружающую внешнюю среду; со многими, ранее секретными, материалами по истории ядерных испытаний на разных полигонах Земного шара.

Участников конгресса привлекли уникальные научные данные, полученные учеными Казахстана. В докладах 3-го пленарного заседания были представлены результаты исследований в медицинском университете г. Семей последствий ядерных испытаний (проф. Т.К. Рахыпбеков и соавт.), озвучены оценки генетического риска для облученных популяций и их потомков (проф. Р.И. Берсимбаев), заболеваемость и смертность от онкопатологии населения, проживающего

вблизи Семипалатинского полигона (проф. А.Х.Досаханов, проф. Н.Ж. Чайжунусова), материалы исследований НИИ радиационной медицины и экологии Казахстана (проф. К.Н. Апсаликов, Т.Ж. Мулдагалиев).

Новые данные о биологических эффектах слабодозированного радиационного облучения, о медицинских последствиях спустя 3 года после аварии на АЭС в Фукусиме были представлены японскими учеными (S.Tokonami, M.Tomonaga). Среди других вопросов, обсужденных на мастер-классах, были перспективы мира, безопасности и развития в Южной Азии, в Средиземноморье и на Среднем Востоке; патофизиология войны в

21-м веке; недопонимание ядерной опасности и другие.

Особое внимание было уделено перспективам движения ВМПЯВ, дальнейшим действиям, направленным на запрещение ядерного вооружения, с последующим законодательным запретом его использования. О важности определения дальнейшей политической и дипломатической деятельности по запрещению ядерного оружия высказался руководитель департамента ядерного разоружения, нераспространения и безопасности федерального министерства европейских, интеграционных и иностранных дел Австрии



Делегации Кыргызстана и России на открытии XXI-го конгресса ВМПЯВ в Астане 27 августа 2014 года. Слева направо: проф. – члены Российского комитета ВПЯВ, член-корр. РАМН, проф. Л.И.Колесникова, академик РАН С.И.Колесников, со-председатель движения ВМПЯВ от России В.А.Гаркавенко, вице-президент Кыргызского комитета ВПЯВ, проф. Н.Н.Бримкулов, исполнительный директор Российского комитета ВПЯВ Е.Тихомирова, студенты КГМА Жибек Кулекова и Алмаз Байзаков.



Студенты – участники XXI-го конгресса IPPNW в Астане

R.Sturm. Он отметил, что Казахстан стал моделью по ядерному разоружению и одной из немногих стран, которая преодолела такое наследие и подписала договор о нераспространении ядерного оружия, что является хорошим примером для других держав.

21-й конгресс ВМПЯВ стал одним из знаковых событий года, предоставившим доступ к последним исследованиям последствий ядерных взрывов для окружающей среды, здоровья, экономики, которые оказались намного значительней, чем понималось ранее. Еще раз

доказано, что даже небольшая доля ядерного арсенала может привести к гуманитарным катастрофам огромного масштаба.

По итогам конгресса была принята и опубликована Астанинская декларация Международного движения «Врачи мира за предотвращение ядерной войны» <http://peaceandhealthblog.com/2014/09/02/astana-declaration/>.

Дополнительную информацию вы можете найти на Интернет-странице 21-го Всемирного конгресса ВМПЯВ - <http://ippnw2014.org/>.



Асан Джайлобаевич Джайлобаев
(к 80-летию со дня рождения)

10 августа 2014 года медицинская общественность и врачи Кыргызстана отметили славный юбилей - 80 летие со дня рождения Заслуженного врача Кыргызской Республики, известного организатора здравоохранения, главного специалиста ЛОО Управления делами Президента и Правительства Кыргызской Республики, доцента Джайлобаева Асан Джайлобаевича.

Жизнь Асана Джайлобаевича - яркий пример самоотверженного служения науке, необыкновенной многогранности интересов и глубины знаний. Если оглянуться на тот путь, который прошел Асан Джайлобаевич, то кажется невероятным, как можно столько успеть и столько сделать за этот короткий срок. Тем более что стартовая площадка, с которой начинал еще совсем молодой, но увлеченный юноша из кыргызской глубинки, не являлась «гарантированным пропуском» к вершинам карьеры.

А. Джайлобаев родился в многодетной семье колхозников в селе Булан Соготу (Комсомол) Иссык-Кульского района. Закончив школу, он поступает на лечебный факультет Киргизского государственного медицинского

института (КГМИ), где не только успешно учится, но и активно участвует в общественно-политической деятельности. В 1957 году он окончил КГМИ и был направлен в Ошскую областную больницу участковым врачом-терапевтом. Однако уже в 1958 году его отзывают для работы освобожденным секретарем комитета комсомола КГМИ (по 1961 гг.).

В 1958 году он поступил в клиническую ординатуру при кафедре пропедевтической терапии КГМИ. А. Джайлобаев был первым клиническим ординатором, а затем аспирантом, защитившим кандидатскую диссертацию под руководством профессора М.М.Миррахимова. Асан Джайлобаевич считает, что именно М.М. Миррахимов оказал решающее воздействие на его мировоззрение и формирование как клинициста и ученого. Требования Миррахимова М.М. к сотрудникам были предельно жесткими, без снисхождения, без учета каких-либо «уважительных причин». Но если ученик проходил этот суровый экзамен на работоспособность, интеллект и преданность медицине и науке, то получал полный «кредит» доверия и поддержки своего учителя. И по сей день Асан Джайлобаевич с бесконечной

благодарностью вспоминает своего учителя и бережно несет память о нем как человека, и как ученого. Благодаря своему учителю и руководителю, в 1962 году он впервые посетил г.Москву, где присутствовал на Всесоюзной конференции по климатологии и слушал выступление всемирно известного клинициста, лауреата премии «Золотой фонендоскоп» Мясникова А.Л.

Научной работой Асан Джайлобаев начал заниматься в годы учебы в клинической ординатуре и аспирантуре. Под руководством академика М.М.Миррахимова он впервые изучил показатели внешнего дыхания и гемодинамики здоровых лиц и больных пороками сердца - постоянных жителей различных высот Тянь-Шаня, которые были обобщены в виде кандидатской диссертации в 1967г.

С 1963 по 1969 гг. работал ассистентом, и в течение трех лет заместителем декана лечебного факультета, а с 1969 по 1986 гг. - ведущим доцентом кафедры внутренних болезней КГМИ. В этот период под руководством академика М.М. Миррахимова Асан Джайлобаев внес огромный вклад в организацию и развитие отечественной нефрологической службы. Именно при его непосредственном участии как куратора (1968-1986 гг.) отделения нефрологии РКБ, позже переведенного на базу НЦКиТ, совместно с заведующей отделением Шлыковой Г.И., велась активная работа по усовершенствованию диагностики и лечения больных с различными заболеваниями почек. Во время работы над тяжелыми, и часто безнадежными нефрологическими пациентами А.Д. Джайлобаев стремился выяснить причины и механизмы развития болезни, установить, какие изменения и в каких именно органах происходят в результате нефритического процесса. В соответствии с таким пониманием почечной патологии он предлагал методы диагностики и лечения больных. Он участвовал в создании отделения искусственной почки НЦКиТ, где в 1972 году на аппарате АИП-140 впервые в Кыргызстане были проведены острые гемодиализы. Джайлобаев А.Д. уделял большое внимание проблеме лечения ХПН и в 1975 году в нефрологическом отделении внедрил хронический амбулаторный диализ.

Асан Джайлобаевич автор более 72 научных публикаций в отечественных и зарубежных журналах.

Особо следует отметить большую организаторскую работу А. Джайлобаева. Около 20 лет он работал начальником Лечебно-оздоровительного объединения Управления Делами Президента Кыргызской Республики. С честью неся груз персональной ответственности за жизнь и здоровье первых лиц страны, Асан Джайлобаевич смог на базе ЛОО Управления делами Президента КР выстроить одну из наиболее эффективных и жизнеспособных моделей организации здравоохранения. Неслучайно работать в таких учреждениях считали за честь все клиницисты республики. Успешно работая в качестве «личного врача» руководства КР, А.Д. Джайлобаев и сейчас продолжает координировать работу ЛОО. По его инициативе в 1992 году впервые в республике на базе ЛОО было открыто отделение платных медицинских услуг для граждан Кыргызской Республики, а в 1993 году разработаны Положение и Прейскурант цен, утвержденные Постановлением Правительства КР, для иностранных граждан, которые были расширены в 2000 году и применяются до сих пор.

В своей работе А. Джайлобаев умело сочетает принципиальность и требовательность руководителя с практической деятельностью чуткого, внимательного и эрудированного врача. Являясь великолепным клиницистом, истинным представителем терапевтической школы, Асан Джайлобаевич олицетворяет собой пример бескорыстного служения и безотказной помощи больному. Его отличает удивительная доступность для пациентов. Всей своей жизнью А.Д. Джайлобаев подтверждает верность слов Гиппократ: «Пусть врач будет по своему нраву человеком прекрасным и добрым. Он должен быть справедливым при всех обстоятельствах.» Он справедливо пользуется большим уважением и признательностью пациентов и сотрудников. Является врачом-терапевтом высшей категории, награжден значком «Отличник Здравоохранения СССР». В 1985 году ему присвоено почетное звание «Заслуженный врач Киргизской ССР». Является Почетным гражданином Иссык-Кульского района.

Особое место в деятельности А. Джайлобаева занимает педагогическая деятельность. Он опытный педагог с 50-летним стажем. Длительное время работая на кафедре внутренних болезней, помимо лекционного курса и разборов больных на обходах, с большим

энтузиазмом и любовью проводил с врачами специальные занятия с углубленным разбором больных, с постановкой вопросов диагностики и лечения, вследствие чего эти занятия приобретали широкое теоретическое значение. Сегодня сотни и тысячи врачей – учеников Асана Джайлобаевича работают во всех уголках Кыргызстана, а также в ближнем и дальнем зарубежье.

Признанием его клинических, организаторских и научных заслуг является награждение его Правительственными наградами: юбилейной медалью «За доблестный труд» к 100-летию рождения В.И.Ленина, медалью «Ветеран труда», Почетной грамотой Верховного Совета Киргизской ССР, медалью «Данк», «Медалью имени С.П.Боткина», медалью имени М.М.Миррахимова, почетными Грамотами ЦК ВЛКСМ, Почетными Грамотами Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

И сейчас свой 80-летний юбилей Асан Джайлобаев встречает на «капитанском мостике» отечественного здравоохранения. Он продолжает работать в должности главного специалиста по организационно-методической работе ЛОО Управления Делами Президента и Правительства Кыргызской Республики.

Свой 80-летний юбилей Асан Джайлобаев встречает вместе со своей семьей – женой Коноваловой Таисией Сергеевной, дочерью – Кларой - доцентом кафедры терапии № 2 КРСУ, зятем Темирбеком Бобушевым - профессором АУЦА, внучками и маленькой правнучкой.

Мы сердечно поздравляем нашего юбиляра – Асана Джайлобаевича Джайлобаева со знаменательной датой – 80 летием со дня рождения. Желаем ему на долгие годы доброго здоровья, неиссякаемых творческих сил, новых больших успехов в клинической и организационной деятельности.

*Профессорско-преподавательский состав
Кыргызской государственной медицинской
академии имени И.К.Ахунбаева*

ВТОРОЙ ЕЖЕГОДНЫЙ КОНКУРС «АКЫЛ ТИРЕК»

В 2014 году прошел второй Ежегодный конкурс «Акыл Тирек» («Идейный прорыв») в рамках проекта «Идейная Карта Кыргызстана», который проводился среди наших граждан, способных предложить новые подходы и эффективные пути решения актуально-значимых проблем страны. Данный конкурс направлен на выявление, привлечение и продвижение неординарно мыслящих людей в обществе, чьи исследовательские работы указывают новые пути решения социально-экономических вопросов страны, а также могут быть использованы и реализованы в государстве на благо самого общества.

В этом году Фонд определил авторов лучших исследовательских работ по четырем направлениям: экономика, государственное управление, социальные проекты (образование, культура, доступность и качество медицины, защита материнства и детства, и т.д.) и научно-технические разработки (их применение на практике). На конкурс было подано более 120 исследовательских работ по всем направлениям.

КГМА им. И.К. Ахунбаева на конкурсе была представлена исследовательская работа ассистента кафедры акушерства и гинекологии №1 Макенжан уулу А. на тему «Оптимизация

оказания неотложной акушерской помощи и органосберегающая технология при коагулопатических массивных акушерских кровотечениях», которая была удостоена премии «Акыл Тирек» 2014г. Макенжан уулу А. очный докторант кафедры акушерства и гинекологии №1 КГМА им. И.К. Ахунбаева. С 2011г. по 2014г. он завершил исследовательскую работу, целью которой была совершенствование неотложной акушерской помощи путем внедрения алгоритма хирургического гемостаза и разработки органосберегающей технологии при массивных акушерских кровотечениях. В работе автор обосновал инновационный подход с применением билатеральной перевязки внутренних подвздошных артерий при коагулопатических кровотечениях в условиях оказания неотложной акушерской помощи, который является эффективным методом хирургического гемостаза, а также дает возможность сохранить репродуктивную функцию женщин. Кроме того, данная методика позволит внести весомый вклад в комплекс мероприятий направленных на снижение материнской заболеваемости и смертности в Кыргызстане.





Шаршенов Асанбек Карыпбекович (1954-2012)

24 октября 2014 года исполнилось 60 лет со дня рождения заведующего кафедрой акушерства и гинекологии № 2 Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К.Ахунбаева, доктора медицинских наук, профессора, известного акушер-гинеколога Шаршенова Асанбека Карыпбековича.

Прошло 2 года, как не стало Шаршенова Асанбека Карыпбековича, профессора и талантливого хирурга, который дарил радость материнства, репродуктивное благополучие и спас сотни жизней женщин и младенцев. Исключительная порядочность, скромность, доступность в общении, высокий авторитет в коллективе, любовь и уважение студентов, коллег, пациентов и друзей были отличительными качествами его характера.

Работая заведующим кафедрой акушерства и гинекологии № 2 в течение 22 лет, он принимал активное участие, как в учебно-методической, так и в общественно-политической жизни КГМА. Сотни и тысячи студентов получили у него первые знания и навыки в области акушерства и гинекологии, он щедро передавал свой богатый опыт и сегодня, во всех регионах Кыргызстана и в дальнем зарубежье работают его ученики.

Хирург от бога, он провел тысячи акушерских и гинекологических операций, спасая жизни и даря счастье. Им были подготовлены рекомендации для медико-генетического консультирования, для родовспомогательных учреждений и органов санитарного просвещения.

Светлая память о выдающемся клиницисте, талантливом ученом и педагоге, замечательном семьянине и человеке Асанбеке Карыпбековиче Шаршенове навсегда останется в наших сердцах!

Коллектив КГМА

