

**Научный медицинский журнал**

Журнал зарегистрирован в Министерстве юстиции КР, регистрационное свидетельство №002564

Включен в список журналов ВАК КР, рекомендованных для публикации материалов докторских и кандидатских диссертаций в области медицины. Индексируется Российским индексом научного цитирования (РИНЦ) с 2012г.

Главный редактор – **Зурдинов Аширали Зурдинович**, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАН КР, заслуженный деятель науки

Зам. главного редактора – **Бримкулов Нурлан Нургазиевич**, д.м.н., профессор, Лауреат Госпремии КР в области науки и новых технологий, зав. каф. госпитальной терапии. e-mail: brimkulov@list.ru

Ученый секретарь – **Исакова Жылдыз Казыбаевна**, к.м.н., доцент каф. акушерства и гинекологии, Лауреат Премии Правительства КР в области науки и новых технологий. e-mail: nauka555@mail.ru

**Редакционная коллегия:**

**Алдашев А.А.** – академик, вице - президент НАН КР, д.м.н., профессор, зав. каф. фундаментальных дисциплин

**Джумабеков С.А.** – академик НАН КР, д.м.н., профессор каф.травматологии, ортопедии и ЭХ

**Кудаяров Д.К.**– академик НАН КР, д.м.н., профессор, зав. каф. госпитальной педиатрии

**Мамакеев М. М.**– академик НАН КР, д.м.н., профессор

**Мамытов М.М.** – академик НАН КР, д.м.н. профессор, зав. каф. нейрохирургии

**Мурзалиев А.М.** – академик НАН КР, д.м.н., профессор, зав. каф. неврологии

**Нанаева М.Т.** – почетный академик НАН КР, д.м.н., профессор

**Раимжанов А.Р.**– академик НАН КР, д.м.н., профессор, зав. курсом гематологии

**Редакционный Совет:**

**Адамбеков Д.А.** – д.м.н., проф., чл.корр. НАН КР, зав. каф. микробиологии

**Акынбеков К.У.** – д.м.н., проф., зав. каф. общественного здравоохранения

**Алымкулов Р.Д.** – д.м.н., проф. кафедры клин. реабилитологии и физиотерапии

**Аскеров А.А.** – к.м.н., и.оо. проф., зав. каф. акушерства и гинекологии №2

**Бейшенбиева Г.Д.** - д.м.н., и. о. проф., зав. каф. «Сестринское дело»

**Давлеталиева Н.Э.** - к.м.н., доц., начальник управления учебно-организационной и методической работы

**Кадырова Р.М.**– д.м.н., проф., зав. каф. детских инфекционных заболеваний

**Калиев Р.Р.** - д.м.н., проф., зав. каф. терапии общей практики с курсом семейной медицины

**Карасаева А.Х.** – д.м.н., проф., дир. центра повышения квалификации и непрерывного образования

**Карашева Н.Т.** – к.п.н., зав.каф.физики, математики и информ.технологий

**Катаев В.А.** - д.фармак. наук, проректор по научной и инновационной работе Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования, Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России (Россия)

**Куттубаева К.Б.** - д.м.н., проф.,зав. каф. терапевтической стоматологии

**Куттубаев О.Т.**- д.м.н., проф.каф.фундамен.дисциплин

**Кожокматова Г. С.** - д.м.н., проф.каф. травматологии, ортопедии и ЭХ

**Кононец И.Е.**- д.м.н., проф., зав. каф. фундаментальной и клинической физиологии

**Мергенбаева Т.К.** - к.м.н., доц. каф.госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии

**Мингазова Э.Н.** – д.м.н., профессор кафедры, Казанский государственный медицинский университет (Россия)

**Молдобаева М.С.** - д.м.н., проф., зав. каф. пропедевтики внутренних болезней

**Мураталиева А.Ж.** - к.ф.н., доц., зав.каф. фармакогнозии

**Мусуралиев М.С.** - д.м.н., проф., зав. каф. акушерства и гинекологии №1

**Даваасурэн Одонтуяа Сахалт** - д.м.н., проф. кафедры общей практики Монгольского государственного университета, Президент Монгольской ассоциации паллиативной медицины, (Монголия)

**Оморов Р.А.** – д.м.н., проф.,чл. корр. НАН КР, зав. каф. факультетской хирургии

**Сатылганов И.Ж.** - д.м.н., проф., проректор по доклиническому обучению и воспитательной работе и гос. языку, зав.кафедрой патанатомии

**Сопуев А.А.** - д.м.н., проф., зав.каф. госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии

**Тилекеева У.М.** - д.м.н., проф., и.о. зав. каф. базисной и клинической фармакологии

**Усупбаев А.Ч.** - д.м.н., проф., зав. каф. урологии и андрологии до и последипломого образования

**Чонбашева Ч.К.** - д.м.н., проф. каф. госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии

**Шекера О.Г.** - д.м.н., проф., Президент Международной ассоциации «Здоровье общества», директор инст. сем. медицины Нац.мед.академии последип.образов. П.Л. Шупика (Украина)

**Учредитель**

© Кыргызская государственная медицинская академия

Адрес редакции журнала:

г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92 КГМА.

Телефон: (312) 54 94 60, Тираж 200 экз.

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

**Илимий медициналык журнал**

Журнал КР Юстиция министрлигинде каттоодон өткөн, каттоо күбөлүгү №002564.

Медицина тармагында докторлук жана кандидаттык диссертациялардын материалдарын жарыялоо үчүн КР Жогорку аттестациялык комиссиясы сунуштаган журналдардын тизмесине кирет. 2012-жылдан бери Россиялык илимий цитата берүү индекси менен индекстелет.

Башкы редактор – **Зурдинов Ашир Али Зурдинович**, м.и.д., профессор, КР УИАнын мүчө-корреспонденти, илимге эмгек сиңирген ишмер

Башкы редактордун орун басары – **Бримкулов Нурлан Нургазиевич**, м.и.д., профессор, КР илим жана жаңы технологиялар боюнча мамлекеттик сыйлыгынын лауреаты, госпиталдык терапия кафедрасынын башчысы. e-mail: brimkulov@list.ru

Окумуштуу катчы – **Исакова Жылдыз Казыбаевна**, м.и.к., акушерчилик жана гинекология кафедрасынын доценти, КР Өкмөтүнүн илим жана жаңы технологиялар боюнча мамлекеттик сыйлыгынын лауреаты. e-mail: nauka555@mail.ru

**Редакциялык жамаат:**

**Алдашев А.А.** – академик, КР УИАнын вице - президенти, м.и.д., профессор, фундаменталдык дисциплиналар кафедрасынын башчысы

**Джумабеков С.А.** – КР УИАнын академиги, м.и.д., травматология, ортопедия жана ЭХ кафедрасынын профессору

**Кудаяров Д.К.** – КР УИАнын академиги, м.и.д., профессор, госпиталдык педиатрия кафедрасынын башчысы

**Мамакеев М. М.** – КР УИАнын академиги, м.и.д.,

профессор

**Мамытов М.М.** – КР УИАнын академиги, м.и.д., профессор, нейрохирургия кафедрасынын башчысы

**Мурзалиев А.М.** – КР УИАнын академиги, м.и.д., профессор, неврология кафедрасынын башчысы

**Нанаева М.Т.** – КР УИАнын ардактуу академиги, м.и.д., профессор

**Раимжанов А.Р.** – КР УИАнын академиги, м.и.д., профессор, гематология курсунун башчысы

**Редакциялык Кеңеш:**

**Адамбеков Д.А.** – КР УИАнын мүчө-корреспонденти, м.и.д., профессор, микробиология кафедрасынын башчысы

**Акынбеков К.У.** – м.и.д., профессор, коомдун саламаттыгын сактоо кафедрасынын башчысы

**Алымкулов Р.Д.** – д.м.и.д., профессор, клин. реабилитология жана физиотерапия кафедрасынын башчысы

**Аскеров А.А.** – м.и.д., профессор м.а., №2 акушерчилик жана гинекология кафедрасынын башчысы

**Бейшенбиева Г.Д.** - м.и.д., профессор м.а., «Мээрмандык иш» кафедрасынын башчысы

**Давлеталиева Н.Э.** - м.и.д., доцент, окуу-уюштуруу жана усулдук иштер башкармалыгынын жетекчиси

**КадYROVA P.M.** – м.и.д., профессор, балдардын инфекциялык оорулары кафедрасынын башчысы

**Калиев Р.Р.** - м.и.д., профессор, жалпы практикадагы терапия үй-бүлөлүк медицина курсу менен кафедрасынын башчысы

**Карасаева А.Х.** – м.и.д., профессор, квалификацияны жогорулатуу жана үзгүлтүксүз билим берүү борборунун директору

**Карашева Н.Т.** – п.и.к., физика, математика жана информ. технология кафедрасынын башчысы

**Катаев В.А.** - фармак. и.д., Россиянын Саламаттык сактоо министрлигине караштуу Башкыр мамлекеттик медициналык университетинин илим жана инновациялык иштер боюнча проректору (Россия)

**Куттубаева К.Б.** - м.и.д., профессор, терапевтикалык стоматология кафедрасынын башчысы

**Куттубаев О.Т.** - м.и.д., фундаменталдык дисциплиналар кафедрасынын профессору

**Кожоматова Г. С.** - д.м.и.д., травматология, ортопедия жана ЭХ кафедрасынын профессору

**Кононец И.Е.** - м.и.д., профессор, фундаменталдык жана клиникалык физиология кафедрасынын башчысы

**Мергенбаева Т.К.** - м.и.к., госпиталдык терапия профпатология, гематология курсу менен кафедрасынын доценти

**Мингазова Э.Н.** – д.м.и.д., профессор, Казан мамлекеттик медициналык университети (Россия)

**Молдобаева М.С.** - м.и.д., профессор, ички оорулардын пропедевтикасы кафедрасынын башчысы

**Мураталиева А.Ж.** - ф.и.к., доц., фармакогнозия кафедрасынын башчысы

**Мусуралиев М.С.** - м.и.д., профессор, №1 акушерчилик жана гинекология кафедрасынын башчысы

**Даваасүрэн Одонтуга Сахалт** - м.и.д., Монгол улуттук медициналык университетинин жалпы тажрыйба кафедрасынын профессору, Монгол паллиативдик медицина ассоциациясынын президенти, (Монголия)

**Оморов Р.А.** – м.и.д., профессор, КР УИАнын мүчө-корр., факультеттик хирургия кафедрасынын башчысы

**Сатылганов И.Ж.** - м.и.д., профессор, клиникага чейинки окутуу, тарбия иштери жана мамлекеттик тил боюнча проректор, патанатомия кафедрасынын башчысы

**Согуев А.А.** - м.и.д., профессор, госпиталдык хирургия оперативдүү хирургия курсу менен кафедрасынын башчысы

**Тилекеева У.М.** - м.и.д., профессор, базистик жана клиникалык фармакология кафедрасынын башчысы

**Усупбаев А.Ч.** - м.и.д., профессор, урологияны жана андрологияны дипломго чейинки жана кийинки окутуу кафедрасынын башчысы

**Чонбашева Ч.К.** - м.и.д., госпиталдык терапия, профпатология гематология курсу менен кафедрасы

**Шекера О.Г.** - м.и.д., профессор, Эл аралык «Коомдун саламаттыгы» ассоциациясынын президенти, П.Л.Шупик атындагы Улуттук медициналык академиясынын үй-бүлөлүк медицина институтунун директору (Украина)

**Негиздөөчү**

© Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Журналдын редакциясынын дарегі:  
Бишкек ш., Ахунбаев көч., 92, КММА.

Телефону: (312) 54 94 60. Тираж 200 нуска.

Материалдардын мазмуну жана тактыгы үчүн авторлор жооп беришет. Редакция жарнамалык материалдардын мазмуну үчүн жооптуу эмес

**Научный медицинский журнал**

The journal is registered at the Ministry of justice, registered certificate - №002564, it is included in the list of journals of the Higher attestation commission KR, recommended for publication the materials of doctors and candidate dissertations in the field of medicine. It is indexed by Russian science Citation Index (RSCI) since 2012.

Editor in chief – **Zuridinov Ashyraly Zurdinovich**, dr.med.sci, professor, corresponding number of NAS KR, Honoured Scientist

Deputy Editor in Chief – **Brimkulov Nurlan Nurgasievich**, dr.med.sci, professor. Laureate of state prize in the field of science and new technologies, the head of hospital therapy department. e-mail: brimkulov@list.ru

Learned Secretary – **Isakova Zhyldyz Kazybaevna**, cand.med sci. State Prize Laureate in the field of science and new technologies. e-mail: nauka555@mail.ru

**Editorial Board:**

**Aldashev A. A.** – academician, vice –president of NAS KR, dr.med.sci, professor, the head of fundamental disciplines.

**Djumabekov S. A.** - academician of NAS. KR, dr.med. sci, prof. the department of traumatology, orthopedy and E.S.

**Kudayarov D. K.** – academician NAS KR, dr. med. sci. the head of neurosurgery department.

**Mamakeev M. M.** - academician NAS KR, dr. med.sci. professor

**Mamytov M. M.** - academician NAS KR, dr. med. sci. professor, the head of neurosurgery department

**Murzaliyev A. M.** – academician NAS KR., dr. med. sci. professor, the head of neurology department

**Nanaeva M. T.** – Honorary academician of NAS KR, dr.med. sci. professor

**Raimzhanov A. R.** - academician of NAS KR, dr.med.sci professor, the head of hematology course

**Editorial Council:**

**Adambekov D.A.** - dr.med.sci.prof, corresponding member NAS KR, the head of microbiology department

**Akynbekov K.U.** - dr.med.sci.prof, the head of public health department

**Alymkulov R.D.** - dr.med. sci, prof, the head of clinical rehabilitation and physiotherapy.

**Askerov A.A.** - dr.med. sci, deputy prof, the head of obstetrics and gynecology department №2

**Beishembieva G.D.** - dr.med. sci, deputy prof, the head of nursing department

**Davletalieva N.E.** - cand. med. sci. associate prof. the head of administration of educational – organizational and methodical work

**Kadyrova R.M.** – dr.med. sci, prof, the head of children infectious diseases

**Kaliev R.R.** - dr.med. sci. prof.the head of therapy of general practice department with family medicine course.

**Karasaeva A.K.** -dr.med. sci, prof. director of the centre of advanced training and continuous education.

**Karashaeva N.T.** - cand.ped.sci,the head of the department of physics, mathematics and information technologies.

**Kataev V.A.** – dr. pharm. sci, vice –rector of scientific and innovating work of State Budget educational institution of Higher professional education, Bashkir state Medical University of Russia Public Health. (Russia)

**Kuttubaeva K.B.** - dr.med. sci . prof. the head of therapeutic stomatology department

**Kuttubaev O.T.** - dr.med. sci, prof, the department of fundamental disciplines

**Kozhokmatova G.S.** – dr.med. sci, prof the department of traumatology, orthopedy and E.S.

**Satylganov I.Z.** – dr. med sci. prof. vice –rector in preclinical and training and educational work and state language, the head of pathological anatomy

**Sopuev A.A.** – dr.med.sci.prof. the head of hospital surgery department with operative surgery course

**Tilekeeva U.M.** – dr.med.sci. the head of fundamental and clinical

pharmacology

**Usupbaev A.C.** – dr.med.sci. prof the head of the department of urology and andrology of pre and post diploma training

**Chonbasheva Ch.K.** - dr.med. sci.prof. of hospital therapy with hematology course

**Kononets I.E.** – dr.med.sci. prof. the head of fundamental and clinical physiology

**Mergenbaeva T.K.** – cand.med.sci.associate prof. of the department of hospital therapy, prof. pathology with hematology course

**Mingazova E.N.** – dr.med. sci. prof. Kazan State Medical University (Russia)

**Moldobaeva M.S.** – dr. med.sci, the head internal diseases propedeutics

**Muralieva A.Zh.** – cand. pharm sci. associate prof, the head of pharmacognosy department

**Musuraliev M.S.**– dr.med. sci. prof, the head of obstetrics and gynecology №1

**Davaasuren Odontuyaa Sahalt** – dr. med. sci., prof. the Department of General Practice of the Mongolian State University , President of the Mongolian Association for Palliative Medicine (Mongolia)

**Omorov R.A.** – dr.med.sci.prof. corresponding member NAS KR. the head of faculty surgery

**Satylganov I.Z.** – dr. med. sci. prof. vice –rector in preclinical and training, educational work and state language

**Sopuev A.A.** - dr. med. sci. prof, the head of hospital surgery department with operative surgery course

**Tilekeeva U.M.** - dr. med. sci. prof, the head of fundamental and clinical pharmacology

**Usupbaev A.Ch.** - dr. med. sci. prof, the head of the department of urology and andrology of pre and post diploma training.

**Chonbasheva Ch.K.** – dr. med. sci. prof of the department of hospital therapy with hematology course.

**Shekera O.G.** – dr.med.sci, prof. President of international association «Society Health», the head of family Medicine Institute. National med academy of post diploma education named after P.L. Shupik (Ukraine)

**Founder**

© Kyrgyz State Medical Academy

Editorial postal address

Bishkek, Akhunbaev str.92 KSMA

Phone: (312) 54 94 60. Circulation 200 copies.

The authors are responsible for the content and authenticity of materials. The editorial board is not responsible for the content of advertising materials.

## ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

<b>Абдылаева Г.М., Кадыров А.С.</b> Профессиональная заболеваемость туберкулезом работников медицинских учреждений Кыргызской Республики .....	10
<b>Акымбаев Е.М., Бейшенбиева Г.Дж.</b> Оценка знаний студентов о гуманности и особенности его воспитания в высшем медицинском образовательном учреждении.....	13
<b>Апсаматов З.М., Мамытов М.М., Тухватшин Р.Р., Топчубаева Т.М.</b> Эпидемиологическая характеристика нейроонкологических заболеваний в Кыргызской Республике.....	16
<b>Атаканова А., Ибраимова Н., Асанбаева Э. М.</b> Факторы суицидального риска у студентов КГМА.....	19
<b>Мергенов А.Э.</b> Токсокароз - что надо знать врачам общей практики.....	23
<b>Стамбеков Н., Атаканова А., Асанбаева Э. М.</b> Влияние додипломного образования по психиатрии на представление студентов о больном с психическим расстройством, психотропном препарате и враче-психиатре .....	27
<b>Ткаченко В.И.</b> Медико-социальная эффективность внедрения нового протокола по ведению сахарного диабета 2 типа в Украине.....	31

## ВОПРОСЫ АКУШЕРСТВА

<b>Абдылдаев Т.А., Найзабекова С.Ш.</b> Радиомодификация фторафуром в комбинированном лечении больных при раке шейки матки.....	36
<b>Теппеева Т.Х.</b> Анализ течения климактерического синдрома у женщин с гиперпластическими процессами эндометрия.....	39
<b>Юсупова Г. С., Саткыналиева З.Т.</b> Эффективность комбинации амлодипина и лизиноприла в лечении гипертонии у женщин в постменопаузальном периоде.....	43

## ВОПРОСЫ ПЕДИАТРИИ

<b>Вычигжанина Н. В., Щерба М.Т., Шамсутдинова С.Р.</b> Изучение факторов риска развития асфиксии у доношенных новорожденных детей.....	45
<b>Каримова Н.И.</b> Изучение факторов риска развития острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста в амбулаторных условиях .....	48

## ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

<b>Алибаева Н.Т., Керимкулова А.С., Лунегова О.С., Бекташева Э.Э., Миррахимов Э.М.</b> Ассоциация лептинемии с инсулинорезистентностью в кыргызской этнической группе.....	51
<b>Долгалев Д.В., Ибрагимов А.А., Айыпова Д.А., Калиев Р.Р.</b> Функциональное состояние почек при хронической обструктивной болезни лёгких в условиях низкогорья.....	57
<b>Мамасаидов Ж.А.</b> Взаимосвязь артериальной ригидности с выраженностью сердечно – сосудистого ремоделинга у больных эссенциальной гипертензией.....	60
<b>Мырзаахматова А.К.</b> Распространенность синдрома обструктивного АПНОЭ/ГИПОПНОЭ сна в Кыргызстане.....	65
<b>Нурматова Н.М., Вычигжанина Н.В., Борякин Ю.В., Молдогазиева А.С., Мусуркулова Б.А.</b> Динамика показателей физического развития детей-дошкольников г.Бишкек, родившихся доношенными с недостаточностью питания, в катамнезе.....	70
<b>Салаева М.С., Худайберганаева Н.Х.</b> Взаимосвязь социальных факторов с параметрами качества жизни у больных хронической обструктивной болезнью легких.....	74
<b>Турдушева Д. К.</b> Подбор методов искусственной вентиляции легких у больных в интенсивной терапии.....	80
<b>Ушаков.В.Ф., Абдурасулов К.Д., Конрат О.Н., Савш П.А., Гоборов Н.Д. Фомин В.А., Петрова И.Л.</b> Опыт применения усовершенствованного метода (с оптимальным противовоспалительным и антигипоксическим эффектом), лечения тяжелой пневмонии на фоне высоковирулентного гриппа (АН1N1) на севере.....	83
<b>Чакиева А.Р.</b> Роль комплексной озонотерапии при лечении высокой осложненной миопии.....	88



## СОДЕРЖАНИЕ

---

<b>Шекера О. Г., Мельник Д. В.</b> Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки у взрослых и детей: факторы риска (обзор литературы).....	90
<b>ВОПРОСЫ МИКРОБИОЛОГИИ</b>	
<b>Пономарёва Т.С., Дерябин П.Н., Тугамбаев Т.И., Мельникова Н.Н., Адамбеков Д.А.</b> Иммуномодуляция, как способ повышения иммуногенности живой чумной вакцины.....	95
<b>ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ</b>	
<b>Абдышев Т.К.</b> Опыт лечения альвеолита остеопластическими препаратами и изоляции лунки удаленного зуба.....	98
<b>ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ</b>	
<b>Аятов А.С., Джумабеков С.А., Анаркулов Б.С., Байгараев Э. А.</b> Наш опыт лечения привычного вывиха плеча.....	101
<b>Молдалиев Р.Т., Байгараев Э.А., Джумабеков С.А.</b> Хирургическое лечение вальгусной деформации I пальца стопы.....	103
<b>Рыскулбек уулу М., Джумабеков С.А., Байгараев Э.А.</b> Опыт применения метода NASS при врожденной деформации грудной клетки I и II степени у детей и подростков.....	106
<b>Сабыралиев М.К.</b> Титановый кейдж-гибрид при лечении дегенеративных поражений поясничного отдела позвоночника.....	108
<b>Сабыралиев М.К.</b> Сочетанная металло-аутокостная пластика при оперативном лечении поясничного остеохондроза.....	112
<b>ХРОНИКА</b>	
<b>Бримкулов Н.Н.</b> Прошлое, настоящее и будущее семейной медицины в Кыргызстане (по материалам 1-го съезда врачей общей практики и семейных врачей Кыргызстана, Бишкек, 29-30 октября 2015 года).....	115
Национальный Офис программы Эразмус+ в Кыргызстане объявляет о запуске новой программы ЕС в области высшего образования – Эразмус Плюс.....	119
Правила оформления статей при направлении в редакцию журнала «Вестник КГМА имени И.К.Ахунбаева».....	120

**САЛАМАТТЫКТЫ САКТООНУ УЮШТУРУУ МАСЕЛЕЛЕРИ**

**Абдылаева Г.М., Кадыров А.С.** Кесиптик кургак учук оорусу кыргыз республикасынын медицина кызматкерлеринин арасында ..... 10

**Акимбаев Е.М., Бейшенбиева Г.Дж.** Жогорку медициналык окуу жайларда окуган студенттердин гумандуулук жөнүндөгү билимине жана ага тарбиялоонун өзгөчөлүгүнө баа берүү..... 13

**Апсаматов З.М., Мамытов М.М., Тухватшин Р.Р., Топчубаева Т.М.** Кыргыз Республикасында нейроонкологиялык ооруларынын эпидемиологиялык мүнөздөмөсү..... 16

**Атаканова А., Ибраимова Н., Асанбаева Э. М.** КММАнын студенттеринде өзүн өзү өлтүрүү коркунучтарынын факторлору..... 19

**Мергенов А.Э.** Токсокароз жөнүндө үй-бүлөөлүк врачтар эмнени билүү зарыл..... 23

**Стамбеков Н., Атаканова А., Асанбаева Э. М.** Психиатрия боюнча дипломго чейинки билимдин студенттердин психикалык жактан оорулуу, психиатр-врач, психотроптук дары-дармек жөнүндө түшүнүгүнө таасири ..... 27

**Ткаченко В.И.** Украинада 2 -түр кант диабетин жүргүзүү боюнча жаңы протоколду киргизүү медициналык социалдык эффективдүүлүгү..... 31

**АКУШЕРДИК МАСЕЛЕЛЕР**

**Абдылдаев Т.А., Найзабекова С.Ш.** Радиомодификация катарында фторафур менен биргелешкен жатын моюнчасынын залал шишик оорусун даарылоо..... 36

**Тепеева Т.Х.** Аялдардын эндометрий гиперплазиясы жүрүштөрүндөгү климакс синдромунун өтүүсүнүн анализи..... 39

**Юсупова Г. С., Саткыналиева З.Т.** Айызы бүткөн кан басымы жогору айымдарды амлодипин жана лизиноприл менен бирге дарылоодогу таасири ..... 43

**ПЕДИАТРИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ**

**Вычигжанина Н. В., Щерба М.Т., Шамсутдинова С.Р.** Өз убагында төрөлгөн балдарды асфиксияга алып келүүчү көркунучтуу факторлорду изилдөө..... 45

**Каримова Н.И.** Амбулатордук шарттарда жаш балдардын курч обструктивдүү бронхитинин өрчүүсүнүн коркунуч факторлорун изилдөө..... 48

**КЛИНИКАЛЫК МЕДИЦИНА МАСЕЛЕЛЕРИ**

**Алибаева Н.Т., Керимкулова А.С., Лунегова О.С., Бекташева Э.Э., Миррахимов Э.М.** Кыргыз этникалык топтогу инсулин туруктуулук менен лептинемиянын ассоциациясы..... 51

**Долгалев Д.В., Ибрагимов А.А., Айыпова Д.А., Калиев Р.Р.** Жапыз тоолуу шарттарда өпкөлөрдүн өнөкөт кептелме дарттарында бөйрөктөрдүн функционалдык абалы ..... 57

**Мамасандов Ж.А.** Эссенциалдык гипертония менен оорулуулардын кан-тамыр каттуулугун жана жүрөк-кантамыр ремоделингин оордугу менен өз ара байланышы..... 60

**Мырзаахматова А.К.** Кыргызстанда уйкуга тоскоол болгон демсиздик/толук эмес дем алуу синдромунун жайылышы..... 65

**Нурматова Н.М., Вычигжанина Н.В., Борякин Ю.В., Молдогазиева А.С., Мусуркулова Б.А.** Бишкек шаарындагы өз убагында төрөлгөн жана тамактануусу жетишсиз 3-6 жашар балдардын өсүү көрсөткүчтөрүнүн динамикасы..... 70

**Салаева М.С., Худайберганова Н.Х.** Өпкөнүн өнөкөт обструктивдүү оорусу менен бейтаптардын жашоо сапатынын параметрлери менен социалдык факторлорунун өз ара байланышы..... 74

**Турдушева Д. К.** Күчөтүлгөн терапияда оорулуулардын өпкөсүн жасалма желдетүү ыкмаларын тандоо..... 80

**Ушаков.В.Ф., Абдурасулов К.Д., Конрат О.Н., Савш П.А., Гоборов Н.Д. Фомин В.А., Петрова И.Л.** Түндүктө жогорку вируленттүү сасык тумоодо (АН1N1) оор пневмонияны дарылоодо мыктыланган ыкманы (оптималдуу сезгенүүгө каршы жана гипоксияга каршы натыйжасы менен)колдонуу тажрыйбасы..... 83

**Чакиева А.Р.** Татаалдашкан жогорку деңгээлдеги миопияны озонотерапия жол менен дарылоонун мааниси..... 88

**Шекера О. Г., Мельник Д. В.** Чондордун жана балдардын он эки эли ичеги жара оорусу: коркунуч факторлору..... 90

**МИКРОБИОЛОГИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ**

**Пономарёва Т.С., Дерябин П.Н., Тугамбаев Т.И., Мельникова Н.Н., Адамбеков Д.А.** Иммуномодуляция, жандуу чума вакцинасынын иммуногендигин жогорулатуу жолдору..... 95

**СТОМАТОЛОГИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ**

**Абдышев Т.К.** Альвеолитти дарылоодо остеопластикалык каражатты колдонуу жана жулунган тиштин уясын жабуу тажрыйбасы..... 98

**ХИРУРГИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ**

**Аятов А.С., Джумабеков С.А., Анаркулов Б.С., Байгараев Э. А.** Биздин тажрыйбада ийиндин өнөкөт чыгып кетүүсүн дарылоо..... 101

**Молдалиев Р.Т., Байгараев Э.А., Джумабеков С.А.** Биринчи таман сөөгүнүн валгустук кыйшаюусун хирургиялык дарылоо..... 103

**Рыскулбек уулу М., Джумабеков С.А., Байгараев Э.А.** Балдардын жана өспүрүмдөрдүн I жана II даражадагы көкүрөк клеткасынын тубаса деформацияланышында (ККТД) NASS ыкмасын колдонуу тажрыйбасы..... 106

**Сабыралиев М.К.** Титандан кейдж-гибрид менен дегенеративтүү бузулган бел омурткаларын дарылоо..... 108

**Сабыралиев М.К.** Темир жана сөөк кошулган бел остеохондрозунун операция жолу менен дарыланган пластикасы..... 112

**ХРОНИКА**

**Бримкулов Н.Н.** Кыргызстандагы үй-бүлөлүк медицинанын кечээкиси, бүгүнкүсү жана келечеги (Кыргызстандагы жалпы практикадагы дарыгерлердин жана үй-бүлөлүк дарыгерлердин I-съездинин материалдары боюнча, Бишкек, 29-30 октябрь 2015-жыл)..... 115

## CONTENT

---

### PUBLIC HEALTH

<b>Abdyldaeva G.M., Kadyrov A.S.</b> Professional incidence of TB in health workers of the Kyrgyz Republic.....	10
<b>Akimbaev E.M., Beishenbieva G.Dj.</b> Assessment of student's knowledge about humanity and features of its education in the institute of higher medical education.....	13
<b>Apsamatov.Z.M., Topchubaeva T.M.</b> Epidemiological characteristics of neuro-oncological diseases in the Kyrgyz Republic.....	16
<b>Atakanova A., Ibraimova N., Asanbaeva E.M.</b> Suicide risk factors among the students of Kyrgyz State Medical Academy .....	19
<b>Mergenov A.</b> Toxocarosis-what is necessary to know for the general practitioners.....	23
<b>Stambekov N., Atakanova A., Asanbaeva E.M.</b> Influence of undergraduate education in psychiatry on perception of students of patient with mental disorder, psychiatrist and psychotropic drug.....	27
<b>Tkachenko V.</b> Medical and social efficiency of the new protocol implementation in management of type 2 diabetes in Ukraine.....	31

### OBSTETRICS

<b>Abdyldaev.T A., Naizabekova S.Sh.</b> Ftorafur radio modification in the combined treatment of patients with cervical cancer.....	36
<b>Teppeeva T.H.</b> Analysis of climacteric syndrome course in women with hyperplastic processes of endometrium.....	39
<b>Yusupova G.S., Satkynalieva Z.T.</b> Effectiveness of the combination of amlodipini and lisinopriili in treatment of postmenopausal women with essential hypertension.....	43

### PEDIATRY

<b>Vychigzhanina N.V., Sheherba M.T., Shamsutdinova S.R.</b> The study of risk factors of asphyxia in full term newborns .....	45
<b>Karimova N.I.</b> Study of risk factors of acute obstructive bronchitis in infants at outpatient department.....	48

### CLINICAL MEDICINE

<b>Alibaeva N.T., Kerimkulova Lunegova O.S., Bektasheva E.E., Mirrakhimov E.M.</b> Association of serum leptin with insulin resistance in Kyrgyz ethnic group.....	51
<b>Dolgaliev D.V., Ibragimov A.A., Aiyпова D.A., Kaliev R.R.</b> Renal function in chronic obstructive pulmonary disease in low altitude.....	57
<b>Mamasaidov J.A.</b> Relationship of arterial stiffness with marked cardio-vascular remodeling in patients with essential hypertension.....	60
<b>Myrzaakhmatova A.K.</b> Prevalence of obstructive sleep APNEA/HYPOPNEA syndrome in Kyrgyzstan.....	65
<b>Nurmatova N.M., Vychigzhanina N.V., Mustapaeva Z.S., Moldogazieva A.S., Musurculova B.A.</b> Dynamics of physical development indicators of preschool age children of Bishkek born as full-term with nutrient deficiency in catamnesis.....	70
<b>Salaeva M.S., Khudaybergenova N.H.</b> The relationship of social factors with the parameters of the quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease.....	74
<b>Turdusheva D.K.</b> Selection methods of artificial ventilation of patients in intensive care.....	80
<b>Ushakov V.Ph, Abdurasulov K.D, Konrat O .N, Savsh P.A, Joborov N.D, Fomin V.A, Petrova I.F.</b> The experience of using advanced method (with optimal anti-inflammatory and antihypoxic effect) of treatment of serious pneumonia on the background of highly virulent grippe (AHINI) in the North. ....	83
<b>Chakieva A.R.</b> The role of integrated ozone therapy in the treatment of high complicated myopia.....	88
<b>Shekera O.G., Melnyk D.V.</b> Duodenal ulcer disease in adults and children: risk factors (review) .....	90

### MICROBIOLOGY



## CONTENT

---

<b>Ponomaryova T.S., Deryabin P.N., Tugambaev T.I., Melnicova N.N., Adambekov D.A.</b> Immunomodulation, as the method of immunogenicity increase of alive plague vaccine.....	95
<b>STOMATOLOGY</b>	
<b>Abdyshev T. K.</b> Treatment of alveolitis with osteoplastic drugs and isolation of alveolar socket of extracted tooth.....	98
<b>SURGERY</b>	
<b>Ayatov A.S., Djumabekov S.A.</b> Our experience in the treatment of recurrent shoulder dislocation.....	101
<b>Moldaliev R.T., Baigaraev E.A.Djumabekov S.A.</b> Surgical treatment of hallux valgusitoe.....	103
<b>Ryskylbek uulu M., Djumabekov S.A.Baigaraev E.A.</b> Experience of applying NASS method in children and adolescents.....	106
<b>Sabyraliev M.K.</b> Titanium cage hybrid in the treatment of degenerative lumbar spine.....	108
<b>Sabyraliev M.K.</b> Combined metal-autoplasty in surgical treatment of lumbar degenerative disc disease.....	112
<b>CHRONICLE</b>	
<b>Brimkulov N.N.</b> The past, present and future of family medicine in Kyrgyzstan (on the materials of the 1st Congress of general practitioners and family doctors of Kyrgyzstan, Bishkek, 29-30 October, 2015) .....	115

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ РАБОТНИКОВ  
МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**Абдылаева Г.М., Кадыров А.С.**  
Национальный центр фтизиатрии МЗ КР  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** Туберкулез широко распространен среди работников медицинских учреждений (РМУ) на территории Кыргызской Республики. Значительное число случаев туберкулеза среди РМУ распознается в основном при ежегодном медицинском осмотре. Заболеваемость туберкулезом среди РМУ в Кыргызской Республике в 2014 г. составила 107,85 на 100 тыс. населения. Ситуация по заболеваемости туберкулезом среди РМУ, особенно среди медицинских сотрудников повышенного риска, не является стабильной и требует усиления работы по его раннему выявлению и профилактике.

**Ключевые слова:** эпидемиология, заболеваемость, туберкулез, медицинские работники, профилактика.

**КЕСИПТИК КУРГАК УЧУК ООРУСУ КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН МЕДИЦИНА  
КЫЗМАТКЕРЛЕРИНИН АРАСЫНДА**

**Абдылаева Г.М., Кадыров А.С.**  
КР ССМ Улуттук фтизиатрия борбору  
Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Кортунду.** Кыргыз Республикасында кургак учук оорусу медицина кызматкерлеринин арасында көп кездешет. Көбүнчө кургак учук оорусу медицина кызматкерлеринин арасында жыл сайын өтүүчү медициналык кароодо табылат. Кургак учук оорусу медицина кызматкерлеринин арасында 2014 - жылда 107,85 көрсөткүч 100 миң жалпы элге карата аныкталды. Байкообузда кургак учук оорусунун медицина кызматкерлеринин арасында көп кездешкендиктен, бул оору туруксуз болбой жатат. Ошондуктан бул ооруга алдын ала табыш үчүн медициналык кызматкерлердин кесиптик ишмердигин күчөтүү зарыл жана дайым байкоодо болушу керек.

**Негизги сөздөр:** кургак учук оорусу, ооруулар, медициналык кызматкер.

**PROFESSIONAL INCIDENCE OF TB HEALTH WORKERS KYRGYZ REPUBLIC**

**Abdylaeva G.M., Kadyrov A.S.**  
National center of phthisiology MOH KR  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** Tuberculosis is widespread among health workers in the Kyrgyz Republic. A significant number of tuberculosis cases among health workers detected mainly at an annual medical examination. The incidence of tuberculosis among health workers in the Kyrgyz Republic in 2014 amounted to 107.85 per 100 thousand populations. The situation on the incidence of tuberculosis among health workers, especially among health care workers at risk, is not stable and requires strengthening the work on its early detection and prevention.

**Key words:** epidemiology, disease, tuberculosis, health workers, prevention.

**Введение.**

Исследования последних лет показали, что медицинские работники специализированных противотуберкулезных учреждений, патологоанатомического бюро и судебно-медицинской экспертизы, центра психического здоровья подвергаются высокому риску заражения и развития туберкулеза органов дыхания. Медицинские работники по роду своей профессиональной деятельности - не только один из наиболее уязвимых контингентов в плане развития туберкулеза, но они также представляют и эпидемиологическую опасность для своих пациентов и коллег в случае заболевания [1,5]. Возрастающей угрозой нозокомиального распространения микобактерий туберкулеза в различных лечебно-профилактических и научно-практических центрах Кыргызской Республики по данным статистики пока нет.

**Цель исследования:** определить динамику заболеваемости туберкулезом у медицинских работников в КР за период с 2010 по 2014 гг. и проанализировать среди них случаи профессионального заболевания туберкулезом.

**Материал и методы.**

Для изучения эпидемической ситуации по туберкулезу среди работников медицинских учреждений были использованы государственные отчетные формы (№ 8 «О заболеваниях активным туберкулезом», № 089/у-туб

«Экстренное извещение о больном туберкулезом», ТБ 01 КР «Медицинская карта лечения больного туберкулезом», № 003 / у «История болезни больного», 11 У «Журнал ЛУ – ТБ пациента) за исследуемый период. Полученные данные обработаны с помощью программного средства MICROSOFT EXCEL с использованием графиков и диаграмм, которые позволяют наглядно показать тенденции изменения данных и помогают анализировать задачи прогноза. Это наилучшим образом описывает простой линейный набор данных и хорошо подходит для величины, которая возрастает или убывает с постоянной скоростью. [2].

**Результаты и обсуждение.**

Нами проанализирована динамика заболеваемости и некоторая профессиональная характеристика впервые выявленных за 5-ти летний период больных туберкулезом различной локализации, занятых в сфере здравоохранения. В Кыргызской Республике в 2010 г. заболеваемость туберкулезом РМУ была 84,84 на 100 тыс. населения. В последующие три года показатель заболеваемости несколько понизился, особенно в 2012 г. который составил 45,7 на 100 тыс. населения, что по сравнению с 2010 г. в 1,86 раз оказался меньше. Это связано с недовыявлением туберкулеза, в том числе и профессионального среди работников медицинских учреждений. В связи



Рисунок 1



Рисунок 2

активизацией выявления туберкулеза среди PMU показатель заболеваемости в 2014 г. значительно повысился и составил 107,85 на 100 тыс. населения (Рис.1).

Число же PMU, заболевших ТБ в общей лечебной сети (ОЛС) и противотуберкулезных учреждениях (ПТУ) в 2014 г. было следующим: сотрудники ОЛС заболели ТБ в 44 случаях, а работники ПТУ – в 6 (Рис 2).

За последние 6 лет (2009 – 2014 гг.) по Кыргызской Республике установлено 230 случаев профессионального туберкулеза у медицинских работников. По профессиональному туберкулезу первые места занимают медицинские сестры и санитарки – 135 (58,7 %) и 36 (15,7 %) случаев соответственно, на втором месте - врачи (30 случаев, или 13,04 %), на третьем – лаборанты (11 случаев, или 4,78 %). По результатам исследований в Кыргызской Республике в последние годы заболеваемость туберкулезом у работников общей лечебной сети оказалась выше в 8 – 9 раз чем у персонала противотуберкулезных учреждений. Данные по заболеваемости профессиональным туберкулезом среди медработников выглядели следующим образом: в общей лечебной сети – 206 (89,57 %), в противотуберкулезных учреждениях – 21 (9,13 %), в бюро судебной медицинской экспертизы и патологоанатомическом отделении больниц – 2 (0,87 %) и 1 (0,43 %) соответственно.

Среди случаев профессиональной заболеваемости

туберкулезом работников медицинских учреждений Кыргызской Республики туберкулез органов дыхания стоит на первом месте, что составляет 167 (72,61 %) случаев. Остальные 63 (27,39 %) случаев составил внелегочный туберкулез.

По выявляемости туберкулеза органов дыхания из года в год нарастает число случаев: от 25 в 2009 г., 28 - в 2013 г. и 33 – в 2014 г., в том числе среди медсестер и санитарок от 5 до 15, 20 случаев в год.

При изучении 230 амбулаторных карт пациентов наблюдаемых в противотуберкулезных учреждениях выяснилось, что профессиональное заболевание выявлялось на проф. осмотре в 29 % случаев, в основном достаточно часто, по обращаемости с клиническими проявлениями – в 71 % случаев. Данные показатели свидетельствуют о недостаточно качественно проведенных медицинских осмотрах. Из изученных амбулаторных карт работников медицинских учреждений - 21 работали в противотуберкулезных учреждениях в непосредственном контакте с больными туберкулезом, а также с бактериовыделителями или инфекционными материалами.

В большинстве случаев санитарно-гигиенические условия труда не соответствовали действующим санитарным нормам и правилам. Обследуемые пациенты не соблюдали режим труда и отдыха, а именно сокращали

время, регламентированное технологическим перерывом, в некоторых случаях последний отсутствовал. Многие медицинские сотрудники, в основном медсестры, работали по 12 часов (1,5 ставки). В некоторых организациях здравоохранения в противотуберкулезных отделениях наблюдалась перегрузка: количество больных, находящихся на лечении, было в 1,5 раза больше проектной мощности. Отмечалось отсутствие принудительной вентиляции в помещениях. Выявлено несоответствие строительных норм и правил площадей помещений.

Выявлена скученность проживания в съёмных квартирах, комнатах новостроек медицинских сестер молодого возраста, имевших невысокий доход и неустроенность в личной жизни.

Необходимо отметить, что туберкулез органов дыхания (167 случаев) за последние 6 лет выявлялся в большинстве у сотрудников при небольшом стаже работы: заболели от 1 до 5 лет – 62 чел. (37,13 %); от 5 до 10 лет – 45 чел. (26,95 %); от 10 до 15 лет – 23 чел. (13,77 %); от 15 до 20 лет и выше – 37 чел. (22,15 %), что свидетельствует об интенсивности контакта с возбудителем и неблагоприятных условиях труда.

Во многих случаях (87%) профессиональное заболевание устанавливалось в течение 1 года с момента установления клинического диагноза. В остальных 13 % случаев не назначались экспертные мероприятия по установлению профессионального заболевания (пациент вылечен, отказ от проф. патологии, не знание определенных нормативных документов в отдаленных районах, наличие семейного контакта). Из 167 пациентов с туберкулезом органов дыхания у 156 (93,41%) диагноз при первичном выявлении – инфильтративный туберкулез верхней доли правого / левого легкого в фазе распада, среди них БК(+) у 55 (35,26 %) и БК(-) - у 101 (64,74 %) пациентов, диссеминированный туберкулез легких – у 1 (0,6 %) больного, туберкулома – у 3 (1,79 %) человек и у 7 человек (4,19 %) – очаговый туберкулез легких в фазе инфильтрации, БК(-). По нашим данным, множественная лекарственная устойчивость отмечалась у 6 человек, работавших в соответствующем отделении, что составило 3,5 %.

Данные литературы свидетельствуют, что по заболеваемости туберкулезом медицинские работники патологоанатомических отделений и бюро судебной медицинской экспертизы являются группой повышенного риска [3,4]. У медработников данной службы относительный риск заболеваемости туберкулезом был в 14 – 60 раз выше, чем у работников общей лечебной сети, и в 3 раза выше, чем у персонала противотуберкулезных учреждений [3]. Низкий уровень профессионального туберкулеза вышеперечисленной категории медицинских

работников Кыргызской Республики за исследуемые годы может свидетельствовать о недостаточной диагностике либо об игнорировании связи данного заболевания с профессией, что требует дальнейшего уточнения. Кроме того, на низкий уровень выявляемости туберкулеза у медработников влияет стигматизация. Боязнь обнаружения туберкулеза при проф. осмотре приводит некоторую категорию лиц среди медработников к ряду ухищрений, чтобы туберкулез у них не был выявлен. В последствии, в большинстве случаев, это приводит к заболеваемости туберкулезом. Анонимно верифицируя диагноз туберкулеза органов дыхания эти медработники скрытно проводят себе противотуберкулезное лечение.

### Выводы:

1. Заболеваемость туберкулезом среди РМУ в Кыргызской Республике в 2014 г. составила 107,85 на 100 тыс. населения, при этом высокий профессиональный риск отмечается у медработников ОЛС - 89,5 % и ПТУ – 9,13 %.

2. Факторами риска развития профессионального туберкулеза являются нарушения санитарно-гигиенических условий труда, увеличение продолжительности контакта с бактериовыделителями, а порой и неблагоприятные социально-экономические условия.

3. Работники патологоанатомических отделений и бюро судебно-медицинской экспертизы должны стать группой пристального внимания в плане выявления у них профессионального туберкулеза.

4. Во избежание рецидивов туберкулеза, необходимо рационально трудоустроить медработников, перенесших туберкулез, с отсутствием контакта с МБТ.

### Литература:

1. Валиев Р.Ш., Идиятуллина Г.А. Диагностика и лечение туберкулеза у работников здравоохранения // *Нозокомиальная туберкулезная инфекция: Сб. 1-й Рос. науч.-практ. конф. с междунар. участием.* – М., 2001. – С. 21-22.

2. Общие сведения о прогнозировании и отображении трендов на диаграммах [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://office.microsoft.com/ru-ru/excel-help/HP010342158.aspx>

3. Покровский В.И. и др. Характеристика угроз территориального и внутрибольничного распространения туберкулеза в Российской Федерации и меры по их профилактике. // *Эпидемиология и инфекционные болезни.*-2007.-№6.-С.11-18.

4. Сацук А.В. и др. Заболеваемость туберкулезом работников здравоохранения Москвы (1995-2008 гг.) // *Эпидемиология и инфекционные болезни.*-2010.-№4.-С.15-20.

5. Эхте К.А. Влияние социальных факторов на заболеваемость туберкулезом медицинских работников на современном этапе. // *Автореф. дисс. канд. мед. наук.* - 2000. – 23 с.].



**ОЦЕНКА ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ О ГУМАННОСТИ И ОСОБЕННОСТИ ЕГО ВОСПИТАНИЯ В ВЫСШЕМ МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ**

**Акимбаев Е.М., Бейшенбиева Г.Дж.**

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

**Резюме.** С целью оценки уровня знаний студентов о гуманности и степени участия в процессе воспитания гуманности медицинского ВУЗа, был проведен анкетный опрос 389 студентов КГМА им. И.К. Ахунбаева. Выявлен недостаточный уровень знаний студентов о гуманности, этике и нравственности, а также недостаточное участие преподавателей ВУЗа в процессе воспитания чувства гуманности у будущих врачей.

**Ключевые слова:** гуманное воспитание, студенты, медицинский ВУЗ.

**ЖОГОРКУ МЕДИЦИНАЛЫК ОКУУ ЖАЙЛАРДА ОКУГАН СТУДЕНТТЕРДИН ГУМАНДУУЛУК ЖӨНҮНДӨГҮ БИЛИМИНЕ ЖАНА АГА ТАРБИЯЛООНУН ӨЗГӨЧӨЛҮГҮНӨ БАА БЕРҮҮ**

**Акимбаев Е.М., Бейшенбиева Г.Дж.**

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

**Корутунду.** Студенттердин гумандуулук жөнүндөгү билим деңгээлине жана медициналык ЖОЖдордун гумандуулукка тарбиялоо процессинин даражасына баа берүү максатында И.К.Ахунбаев атындагы КММАнын 389 студенти анкеталык сурамжылоодон өткөрүлдү. Анда студенттердин гумандуулук, этика жана адептүүлүк тууралуу билим деңгээлдери жетишсиз экендиги, ошондой эле ЖОЖдун окутуучулары келечектеги дарыгерлерди гумандуулукка тарбиялоо процессине анча маани бербестиги аныкталды.

**Негизги сөздөр:** гумандуулук тарбиясы, студенттер, медициналык ЖОЖ.

**ASSESSMENT OF STUDENT'S KNOWLEDGE ABOUT HUMANITY AND FEATURES OF ITS EDUCATION IN THE INSTITUTE OF HIGHER MEDICAL EDUCATION**

**Akimbaev E.M., Beishenbieva G.Dj.**

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

**Resume.** A survey of 389 students was conducted in order to assess student's knowledge about humanity and involvement of the institute of higher medical education in the process of upbringing humanity. Insufficient level of student's knowledge about humanity, ethics and moral and insufficient involvement of teachers in the process of education for humanity to the future doctors was identified.

**Key words:** humanity, student's, institute of higher medical education.

**Введение.**

Известно, что гуманность отношений имеет большое значение во всех сферах деятельности человека. В профессии врача гуманность занимает фундаментальное положение. Врач должен быть не только профессионалом своего дела, но и гуманной личностью, так как врачебное дело не только знания, умения и навыки лечения пациента, а в первую очередь – служение, бескорыстная забота о человеке. Выбирая эту профессию, будущий медицинский работник добровольно решает на большую самоотверженность в труде, выбирает стиль и смысл жизни. И все это важно усвоить студентам - медикам, как людям, которые хотят связать свои жизни с медициной<sup>2</sup>. Профессиональное становление врача-гуманиста возможно в том случае, если в медицинском ВУЗе реализуется воспитательная система, создающая условия для развития не только профессиональной компетентности будущего медицинского работника, но и духовно-нравственного развития личности<sup>3</sup>.

В условиях сложных экономических и социально-политических преобразований в нашей республике, при недостаточной социальной обеспеченности большинства населения, разрушения нравственности, распространения индивидуализма и цинизма наблюдается дегуманизация общества. И становится очевидным, что процесс дегуманизации общества не способствует плодотворному

педагогическому процессу, что в первую очередь плохо сказывается на подготовке специалистов, будущих врачей. К сожалению, в последние годы наблюдается снижение доверия к медицине - жалобы населения на медицинских работников приобрели статус социального явления. Рядом исследований, проведенных в ЛПУ разного уровня, установлено, что среди жалоб больных и их родственников на службы здравоохранения преобладают те, в которых указываются деонтологические дефекты врача – небрежность, равнодушие, невнимательность к пациенту и т.п. Некоторые выпускники медицинских ВУЗов не отвечают высоким требованиям гуманистической подготовки, не обладают необходимыми нравственными качествами и не проявляют гуманного отношения к своим пациентам. Среди них зачастую встречаются такие негативные проявления, как неуважение к своим коллегам или неуважение к больному, безразличие и формализм.

В связи с вышеизложенным, проблема воспитания у студентов -медиков гуманного отношения к больному, как к человеку нуждающемуся в особенно внимательном, шадящем отношении приобретает все большую значимость и это является одной из важнейших задач высшего медицинского образования.

**Материалы и методы.**

Кодекс профессиональной этики медицинского работника Кыргызской Республики одобренной коллегией

МЗКР от 16.01.04 №2-4, где указывается основные положение врачей. Безусловно данный документ занимает центральное место в работе медиков. Основываясь на нем, и других многочисленных документах целью данного исследования являлась оценка знаний студентов медицинского образовательного учреждения о понятии «гуманность», а также качества реализации ВУЗом воспитательной системы духовно-нравственного развития личности будущих врачей. Для исследования был выбран структурированный метод интервьюирования. С помощью анализа проблемы, мы выбрали вопросы простого и фундаментального характера. Было проведен анкетный опрос 389 студентов разных факультетов и курсов КГМА им. И.К. Ахунбаева. Анкета включала вопросы о понятиях гуманности, нравственности и др., а также об особенностях участия в процессе воспитания преподавателей ВУЗа.

**Результаты и их обсуждение.**

Проведенное нами исследование показало, что средний возраст опрошенных студентов составил 22±3,2 года. Большинство респондентов являлись студентами пятого и шестого курсов (65%), причем более 52% из них обучались на лечебном факультете, выпускники которого, как известно, и представляют широкий круг специальностей, работающих в дальнейшем непосредственно с пациентами.

Анализ полученных данных показал, что подавляющее большинство студентов, 95%, полагают, что врач должен быть гуманной личностью и считают важным воспитание гуманности у человека. 63% из них отметили, что деонтология должна занимать центральное положение в работе врача.

С целью оценки знаний студентов, была изучена их осведомленность о таких понятиях, как «этика», «гуманность» и «нравственность». При этом мы исходили из существующих определений данных слов. Этика - это философская дисциплина, предметом исследования которой является мораль и нравственность или система моральных и нравственных норм определенной социальной группы. Нравственность - слово, которое нередко используется как синоним морали и этики. Гуманность - любовь, внимание к человеку, уважение к человеческой личности, доброе отношение ко всему живому, человечность и человеколюбие.

Исследование показало, что правильно или близко по смыслу определило слово «этика» и «гуманность» большинство студентов -79% и 72% соответственно, остальные 21% и 28% затруднились с ответом или ответили абсолютно неправильно (табл. 1).

Самым сложным для респондентов оказался определение слова «нравственность» - правильно ответили только 17% опрошенных, 21% написали определение,

близкое по смыслу, а остальные 62% студентов не знают или затрудняются ответить.

Как известно, воспитание это долгий, многокомпонентный и целенаправленный процесс, требующий большого количества времени и внимания. По мнению студентов, прививать гуманное воспитание человеку должна семья (37%), 29% опрошенных студентов считают, что человек может вырабатывать в себе гуманность самовоспитанием. Ведущую роль ВУЗа в процессе формирования гуманности у студентов-медиков в его становлении как профессионала и специалиста отметило 24% респондентов (рис. 1).

65% опрошенных студентов отметили, что преподаватели КГМА воспитывают у них гуманность, причем в равной степени как на доклиническом (49%), так и на клиническом (51%) уровне обучения будущих врачей (рис.2). На вопрос, каким образом они осуществляют этот процесс, 55% затруднилось ответить. Но, 19% респондентов ответили, что на собственных примерах, 18% указали, что ассистентами кафедр проводятся специальные лекции и беседы, а 8% - на другие методы (примеры из жизни, случаи в жизни других людей и т.д.).

Среди проблем воспитания гуманности, более половины студентов (60%) указали на недостаточный внутренний мотив, а 24 % в качестве главной мотивации назвали желание помогать людям. Они считают, что внешнее стимулирование не может быть достаточным и эффективным. При этом 11% опрошенных считают, что профессионализм важнее гуманных качеств специалиста - медика.

Известно, что врачи должны обладать определенным набором качеств нравственного, гуманного и профессионального характера и поэтому для них процесс воспитания и самовоспитания должен продолжаться непрерывно. Целью проведенного анкетирования было и получение сведений о том, какими качествами, по мнению студентов, должны обладать будущие врачи (рис.3).

**Выводы.**

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что подавляющее большинство студентов считают гуманное воспитание необходимым в жизни врача, но при этом имеют недостаточный уровень знаний или нечеткое представления о гуманности, этике и нравственности. Только 63% опрошенных студентов считают, что деонтология должна занимать центральное положение в работе врача. Важно заметить, что почти каждый третий студент считает, что преподаватели ВУЗа уделяют недостаточное внимание воспитанию в них чувства гуманности, а каждый четвертый респондент указали на относительно большую роль в этом процессе кафедр терапевтического профиля.

**Таблица 1.**

**Оценки знаний студентов о понятиях «этика», «гуманность» и «нравственность» (%)**

Понятие	Знают	Ответ, близкий по смыслу	Затрудняются ответить	Не знают
«Этика»	20%	59%	6%	15%
«Гуманность»	30%	42%	16%	12%
«Нравственность».	17%	21%	31%	31%

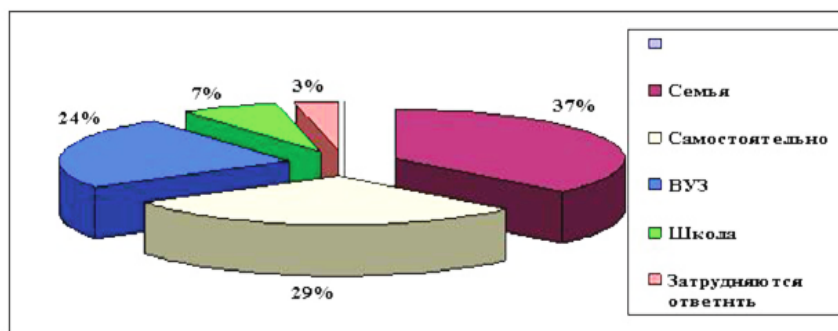


Рис. 1. Мнение студентов о том, где воспитывается гуманность человека

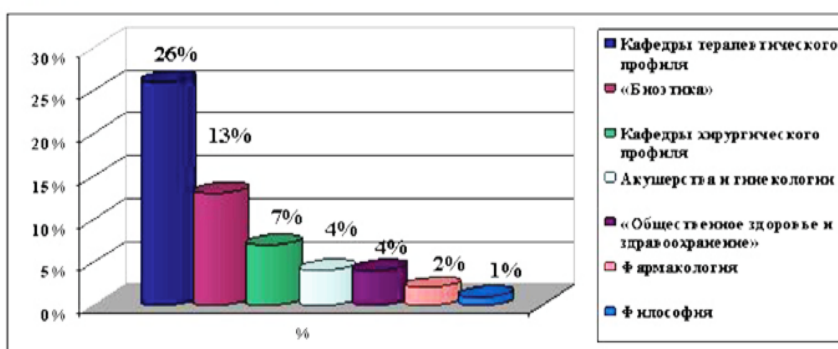


Рис. 2. Мнение студентов, о степени участия кафедр и дисциплин в воспитании гуманности

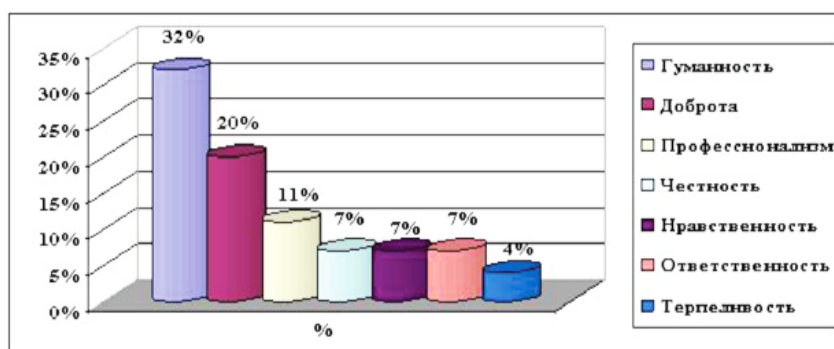


Рис. 3. Мнение студентов о качествах, которыми должны обладать будущие врачи (%)

Таким образом, проведенное нами исследование подтвердило важность решения актуальной педагогической проблемы - воспитания у будущих врачей гуманного отношения к человеку, формирования личности будущего врача, а также важность дальнейшей разработки теоретико-методологических основ и педагогических условий эффективного решения этой проблемы.

### Литература:

1. Бабенко, П.А. Формирование толерантности как профессиональной компетентности в процессе подготовки будущих врачей [Текст] / П.А. Бабенко // 2009. – 155 с.
2. Гвильдис, Е.В. Развитие духовности студентов-медиков в условиях специально организованного учебного диалога [Текст] / Е.В. Гвильдис // 2007. – 148 с.
3. Миллер, Л.С. Развитие гуманистического мировоззрения студентов в процессе поликультурного

образования [Текст] / Л.С. Миллер // 2008. – 167 с.

4. Абсалямова, А.Г. Развитие межнациональных отношений студенческой молодежи в системе высшего педагогического образования [Текст] / А.Г. Абсалямова // 2007. – 483 с.

5. Недоводеева, Т.А. Воспитание милосердия у студентов медицинского училища [Текст] / Т.А. Недоводеева // 2006. – 253 с.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕЙРООНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

**Апсаматов З.М., Мамытов М.М., Тухватшин Р.Р., Топчубаева Т.М.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** Представлены эпидемиологические данные нейроонкологических заболеваний по обращаемости в НГМЗКР, путем анализа архивного материала 895 больных за период с 2012 по 2014 года. По результатам гистологического метода исследования послеоперационного биоматериала установили вид неопластического процесса и его локализация в отделах НС. Дополнительно патологический процесс подкреплен данными МРТ исследования нейроонкологических больных.

**Ключевые слова:** первичные и вторичные опухоли нервной системы, эпидемиология, локализация.

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА НЕЙРООНКОЛОГИЯЛЫК ООРУЛАРЫНЫН ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК МҮНӨЗДӨМӨСҮ**

**Апсаматов З.М., Мамытов М.М., Тухватшин Р.Р., Топчубаева Т.М.**

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** 2012-2014 жылга чейинки учурдагы 895 оорулууларынын архивдик материалдарын анализдөө жолу менен, КР ССМ Улуттук ооруканасына кайрылуулар боюнча нейроонкологиялык ооруларынын эпидемиологиялык маалыматтары көрсөтүлгөн. Операциядан кийинки биоматериалдын гистологиялык ыкмада изилдөөлөрүнүн жыйынтыгы боюнча неопластик процессинин түрү жана НС бөлүмүндө анны локализациялоо аныкталган. Кошумча патологиялык процесс нейроонкологиялык оорулуулардын изилдөөлөрүнүн МРТ маалыматтары менен бекитилген.

**Негизги сөздөр:** нерв системасынын алгачкы жана экинчи шишиги, эпидемиология, локализациялоо.

**EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF NEURO-ONCOLOGICAL DISEASES IN THE KYRGYZ REPUBLIC**

**Apsamatov Z.M., Topchubaeva T.M.**

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** The epidemiological data on the disease neurooncological treatment in the National Hospital of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic. By analyzing archival material 895 patients in the period from 2012 to 2014. According to the results of histological postoperative biomaterial research method to establish the form of a neoplastic process and its localization in the nervous system. In addition, the pathological process is supported by the data MRI studies of neuro-oncological patients.

**Key words:** primary and secondary tumors of the nervous system, epidemiology, localization.

**Введение.**

Нейроонкологические больные представляют большую проблему во всем мире из-за их высокой смертности и инвалидизации населения. Как свидетельствуют результаты эпидемиологических исследований, проводимых в экономически развитых странах, повсеместно наблюдается рост заболеваемости опухолями мозга. Так, например, в США в 1990 г. заболеваемость первичными опухолями головного мозга на 100 тыс. населения составляла 8,2 (20 500 новых случаев первичных опухолей головного мозга), в 1995 г. – 10,9 (28 500), в 2000 г. – 12,8 (35 000), в 2003 г. – 14,0 (40 600) [1].

Известно, что этиология развития неопластических процессов достаточно много факториальна. Одной из причин увеличения заболеваемости ПОГМ в Латвии и Украине на 51,2% называют последствия Чернобыльской катастрофы, повлекшей за собой повышение радиационного фона [2]. В местностях с повышенным до 60-40 мкР/час радиационным фоном на территории Ставропольского края (Железноводск, Лермонтов, Невинномысск, Пятигорск, Ипатовский район), согласно данным популяционного исследования, отмечалось повышение заболеваемости опухолями головного мозга [3].

Современное состояние экологии на территории Кыргызстана становится первостепенной проблемой пристального внимания. В настоящее время на территории

республики в 49 хвостохранилищах и шламонакопителях заскладировано около 75 млн. куб. м. отходов. Общее количество отходов горнодобывающей промышленности сконцентрировано в 130 объектах, составляя 620 млн. куб. м., что может вносить определенный вклад в причины опухолевых процессов.

**Цель** данной работы заключается в определении распространенности первичных и вторичных опухолей головного мозга в Кыргызской Республике по обращаемости в НГМЗКР.

**Материал и методы.**

В настоящее время основная доля нейроонкологических больных Кыргызской Республики вынуждены получать активную нейрохирургическую терапию в условиях НГМЗКР в г. Бишкек или за рубежом. Анализ архивных данных, дает достаточно широкую эпидемиологическую информированность.

Проанализированы архивные данные 895 нейроонкологических больных за период с 2012 по 2014 года, в которых составило 468 (52%) женщин 427 (48%) мужчин в возрасте от 5 до 87 лет, средний возраст которых составляет 47 лет.

В связи с внедрением современных информативных методов нейровизуализации к обследованиям больных, КТ и МРТ исследования позволили более четко локализовать патологический процесс в отделах НС. Заключительный диагноз был выставлен, после патогистологического



исследования операционного материала. Опухоли головного и спинного мозга разделены согласно классификации ВОЗ 1997 года.

### Собственные результаты и обсуждения.

Данный анализ показал, что первичные опухоли выявлены у 868 (94,9%) больных, а вторичные (метастатические) опухоли у 45 (5,1%) больных. (Рис. №1)

Больше чем половину вторичных опухолей составляют 24 (53%) женщин и 21 (47%) мужчин, средний возраст которых 56 лет. Распределение больных по областям выявило: 31% больных по Чуйской области, 18% по Джалалабадской, 15% по Бишкеку, 6% по Таласской, 6% Иссык-Кульской, 6% Ошской, 3% по Нарынской, 3% Баткенской, 8% больных из Республики Казахстана и 2% из Узбекистана. (Рис. №2)

По локализации патологического процесса распределили следующим образом: 49% больных с

опухолью в полушарии головного мозга, 22% в спинном мозге, 22% позвоночном стволе, 20% в мозжечке, 2% в ММУ, 2% в гипофизе и 2% краниоорбитальной области. (Рис. №3)

850 (95%) больных составили с первичными опухолями, соотношение их у лиц мужского и женского пола составило 445 (52%) на 408 (48%).

На Чуйскую область приходилась самая большая доля - 30% больных, Ошскую 15% , Джалалабадскую 14,7%, Иссык-Кульскую 10%, Бишкек 8%, Нарынскую 6%, Таласскую 5%, Баткенскую 4,9%, Республику Казахстан 6,4%, Россию 0,9% и Таджикистан 0,3%. (Рис. №4)

Опухоли из нейроэпителиальной ткани выявили у 245 (29%) из 850 больных с первичными опухолями, из которых астроцитомы составили 24,5%, глиобластомы 43%, медуллобластомы 3%, олигодендроглиомы 16%, эпендимомы 10%, папилломы хориоидного сплетения 2%,

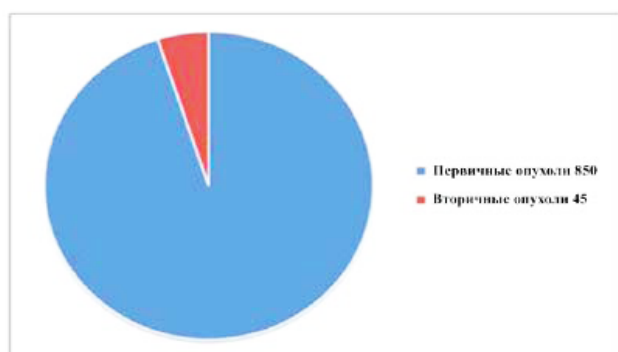


Рис. №1 Показатели количества больных с первичными и вторичными опухолями нервной системы.

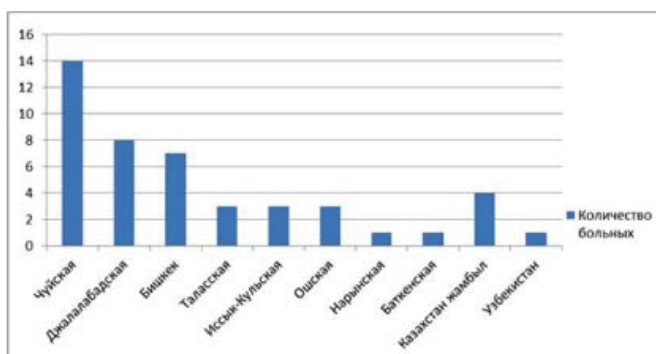


Рис. №2 Показатели обращаемости больных с заболеваниями первичной опухолью нервной системы.

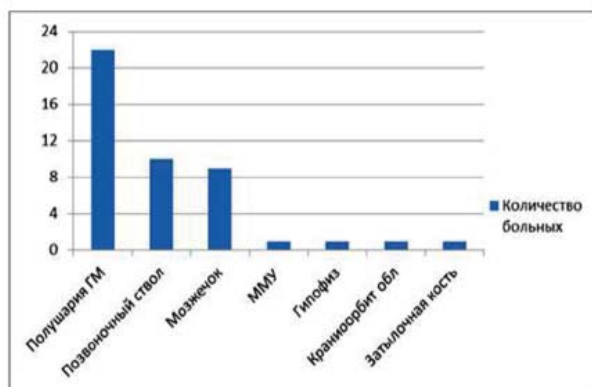


Рис. №3 Распределение вторичных опухолей нервной системы по их локализации.

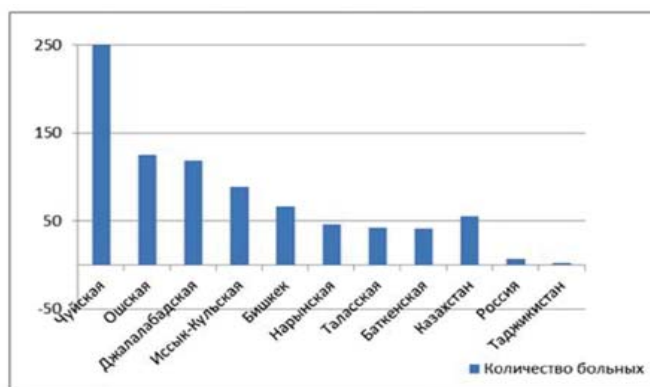


Рис. №4 Показатели распределения заболеваемости первичными опухолями нервной системы по областям КР.

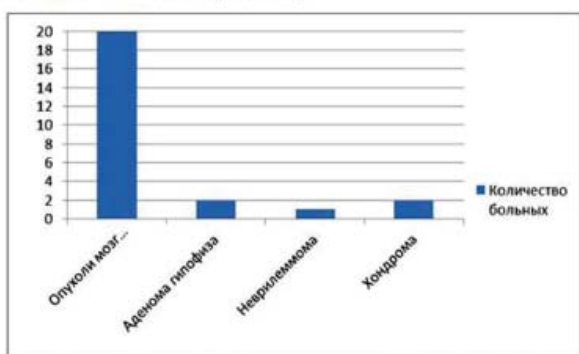


Рис. №5 Нозологическое распределение нейроэпителиальных опухолей у больных с первичными опухолями.

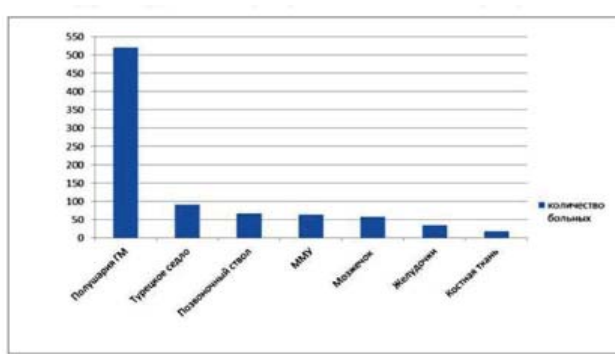


Рис. №6 Распределение больных с первичными опухолями.

шишковидной железы 1%. (Рис. №5)

Опухоли из мозговых оболочек выявили у 38% больных, опухоли области турецкого седла у 8%, опухоли черепных и спинальных нервов составили 5%, опухоли кроветворной ткани и лимфомы 1%, опухоли зародышевых клеток 0,5%. (Рис. №6)

Первичные опухоли больше всего расположены в полушарии головного мозга – у 521 (61%) больных, хиазмально-селлярной области 90 (11%), спинном мозге и позвоночном стволе 66 (7,7%), ММУ63 (7,3%), мозжечке 57 (6), желудочках 35 (4%) и костной ткани 18 (2%).

### **Выводы.**

Заболеваемость неопластическими процессами во всех странах, включая Кыргызстан, растет, и распределение их вида не однородна по территории, имеются различия между возрастом и полом. Что требует изучения детальной экологической обстановки в областях, с наиболее высоким уровнем онкологической заболеваемости.

### **Литература:**

1. Алексеев А.Г. Данилов В.И. Социально-гигиенические характеристики заболеваемости первичными опухолями ЦНС в Республике Татарстан. // *Материалы IV съезда нейрохирургов России. Москва. 2006. С. 141-142.*

2. Бурнин С.М. Пашнин С.Л., Романюго Д.А. Характеристика заболеваемости опухолями головного мозга в Челябинской области. // *Материалы I научно-практической конференции нейрохирургов и неврологов Северо-Запада России. Калининград; Светлогорск, 2005. С. 56.*

3. Вайниенкер Ю.И., Камалова Г.М., Мелькишев В.Ф. К вопросу об эпидемиологии аденом гипофиза. // *Материалы II съезда нейрохирургов России. Н. Новгород, 1998. — С. 137.*

4. Игисинов Н.С. Кудайбергенова И.О., Игисинов С.И., Игисинов Г.С. Злокачественные новообразования репродуктивной системы женского населения Кыргызстана эпидемиологические аспекты // *Наука и новые технологии – 2002 – №2 – С 11-16.*



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](http://www.elibrary.ru),**

где отмечается цитирование по каждой статье

## ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У СТУДЕНТОВ КГМА

Атаканова А., Ибраимова Н., Асанбаева Э. М.

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

**Резюме.** Исследованы факторы суицидального риска у 1434 студентов шести курсов лечебного факультета Кыргызской государственной медицинской академии с помощью опросника суицидального риска (ОРС) в модификации Т. Н. Разуваевой. Проведение сравнительного анализа позволило выявить достоверно более высокий уровень суицидального риска у студентов 2 курса по сравнению с другими. Определены основные факторы, способствующие суицидальному риску студентов.

**Ключевые слова:** суицидальный риск, студенты лечебного факультета КГМА, пессимизм, тревожность, антисуицидальный фактор.

## КММАНЫН СТУДЕНТТЕРИНДЕ ӨЗҮН ӨЗҮ ӨЛТҮРҮҮ КОРКУНУЧТАРЫНЫН ФАКТОРЛОРУ

Атаканова А., Ибраимова Н., Асанбаева Э. М.

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

**Корутунду.** Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын дарылоо бөлүмүнүн баардык алты курсунан 1434 студентинин өзүн өзү өлтүрүү коркунуч факторлору Т. Н. Разуваеванын модификациясындагы сурамжылоо барактарынын жардамы менен изилденди. Жүргүзүлгөн салыштырма анализдин жыйынтыктары өзүн өзү өлтүрүү коркунучтарынын денгээли 2 курстун студенттеринде жогору экенин ишенимдүүлүк менен аныктады. Изилдөө өзүн өзү өлтүрүүгө түрткү берген өтө эле маанилүү факторлорду аныктады.

**Негизги сөздөр:** өзүн өзү өлтүрүү коркунучу, дарылоо факультетинин студенти, КММА, пессимизм, чочулоо сезими, өзүн өзү өлтүрүүгө каршылык фактору.

## SUICIDE RISK FACTORS AMONG THE STUDENTS OF KYRGYZ STATE MEDICAL ACADEMY

Atakanova A., Ibraimova N., Asanbaeva E. M.

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

**Resume.** An article presents the results of a study of suicide risk factors among the 1434 students of the General Medicine Department of the Kyrgyz State Medical Academy. A questionnaire of suicide risk in T. N. Razuvayeva's modification was applied. A comparative analysis revealed the higher level of suicide risk among second year university students. The study identified the major factors provoking the suicide risk among students.

**Keywords:** suicide risk, students of KSMA, pessimism, anxiety, anti-suicidal factor.

### Введение.

Суициды остаются одной из главных проблем человечества. Ежегодно в результате самоубийств погибают примерно 873 000 человек во всем мире. Следует отметить, что среди причин смерти молодых людей (в возрасте 15–29 лет) в мировом масштабе самоубийства занимают второе место [1]. Исследования, проведенные в Кыргызстане, также показали, что наибольшее количество суицидов приходится на возраст от 15 до 34 лет [2]. Главными факторами суицидального риска среди студентов являются сложность адаптации к процессу обучения в ВУЗе, смена образа жизни, повышение умственных, эмоциональных, физических нагрузок [3]. «Суицидальный риск - степень вероятности возникновения суицидальных побуждений, формирования суицидального поведения и осуществления суицидальных действий. Степень выраженности суицидального риска (вероятность осуществления суицидальных действий) можно определить путем сопоставления суицидогенных и антисуицидальных факторов личности, а также степенью влияния личностно-ситуационных (характер и значимость суицидогенного конфликта) и средовых (социально-демографических) факторов» [4].

**Цель исследования:** Выявление основных факторов, способствующих суицидальному риску, у

студентов лечебного факультета КГМА и разработка мер их профилактики.

### Материалы и методы исследования.

Для выявления суицидального риска у студентов лечебного факультета Кыргызской государственной медицинской академии, нами использовался опросник суицидального риска (ОРС) в модификации Т.Н. Разуваевой, содержащий 29 вопросов и 9 шкал: «Демонстративность» - (Д), «Аффективность» - (А), «Уникальность» - (У), «Несостоятельность» - (Н), «Социальный пессимизм» - (СП), «Слом культурных барьеров» - (СКБ), «Максимализм» - (М), «Временная перспектива» - (ВП) и «Антисуицидальный фактор» - (АФ).

Было проведено исследование 1434 студентов лечебного факультета: 1 курса - 328 человек, 2 курса - 212 человек, 3 курса - 246 человек, 4 курса - 311 человек, 5 курса - 147 человек, 6 курса - 190 человек.

Данные были проанализированы с использованием статистической программы IBM-SPSS для Windows, версии 20. Использовался критерий достоверности по Фишеру (F).

### Результаты исследования.

В ходе проведенных исследований во всех шести группах студентов были выявлены изменения

**Таблица 1.**  
**Наличие суицидального риска у студентов лечебного факультета КГМА (по шкалам опросника суицидального риска Т. Н. Разуваевой (в %))**

Курс	ОРС									
	Д	А	У	Н	СП	СКБ	М	ВП	АФ	Отсутствие АФ
1	18	57	14	28	47	11	56	12	88	12
2	9	69	13	26	83	9	43	7	80	20
3	23	56	15	23	88	13	52	15	91	9
4	20	66	22	26	88	13	51	18	90	10
5	32	76	27	22	94	7	48	21	93	7,5
6	19	53	12	15	76	11	48	12	84	16

по 5 диагностическим шкалам, которые можно расценить как основные факторы суицидального риска: «Аффективность», «Социальный пессимизм», «Максимализм», низкая «Временная перспектива», отсутствие «Антисуицидального фактора». Данные по диагностическим шкалам представлены в таблице № 1.

Фактор «Аффективность», как видно из таблицы № 1 и рисунка № 1, имеет высокие показатели во всех шести группах. Наличие высоких показателей по этому фактору указывает на то, что большинство студентов имеют высокий уровень эмоциональной напряженности. При этом эмоции управляют их поведением, студенты не могут их интеллектуально контролировать. Эмоции отнимают у них много сил и энергии, а также могут способствовать ухудшению их взаимоотношений с окружающими: с другими студентами, преподавателями.

Следует отметить, что фактор «Аффективность» во всех группах сочетается с повышенными показателями по фактору «Максимализм». Это сочетание указывает на длительную эмоциональную фиксированность студентов на своих неудачах.

По фактору «Аффективность» у студентов 2 курса эмоциональная напряженность достоверно выше, чем у студентов 1 курса (57% и 69% -  $p < 0,005$ ). Это можно объяснить тем, что студенты 1 курса еще недостаточно осознали сложности обучения в медицинском ВУЗе и к ним достаточно лояльно относятся преподаватели, а студенты 2 курса уже понимают, что профессия врача требует серьезной додипломной подготовки и к тому же, у них еще не завершился этап адаптации к ВУЗу. Они испытывают постоянный дефицит времени и должны усвоить большой объем информации в сжатые сроки [5].

У студентов 3 курса по сравнению со 2-м показатели эмоциональной напряженности достоверно снижаются (56% и 69% -  $p < 0,005$ ), так как большинство из них к этому времени уже адаптируется к ВУЗу. На 4 и 5 курсах по отношению к предыдущим курсам идет нарастание эмоциональной напряженности (56% и 66% -  $p < 0,020$ ; 66% и 76% -  $p < 0,050$ ), что, вероятно, связано с увеличением количества сложных клинических дисциплин, направленной профессиональной подготовкой, трудоустройством, социально-бытовыми проблемами.

Достоверное снижение показателей по фактору «Аффективность» отмечается к 6 курсу по сравнению с 5-м (53% и 76%  $p < 0,001$ ). Обращает на себя внимание,

что снижение этого показателя сочетается со снижением показателей и по таким факторам как «Максимализм», «Несостоятельность», «Социальный пессимизм». На наш взгляд, такие результаты демонстрируют то, что большинство студентов – шестикурсников стали эмоционально более спокойными, немного увереннее в себе и менее враждебны по отношению к окружающему миру. Необходимо отметить, что в то же время отмечается снижение показателей по фактору «Временная перспектива», что обычно указывает на присутствие страха неудач и поражений в будущем. Возможно, шестикурсники испытывают тревогу, боятся неуспешной сдачи государственных экзаменов, беспокоятся за свое будущее. При этом в этой группе у 16% респондентов отсутствует «Антисуицидальный фактор».

Как видно из рисунка № 2 по фактору «Несостоятельность», около 1/4 части студентов всех курсов ощущают свою несостоятельность, то есть являются неуверенными людьми, возможно, чувствуют себя никому ненужными. Этот фактор является одним из серьезных факторов суицидального риска.

Следующим риск - фактором у студентов – медиков является фактор «Социальный пессимизм».

Этот фактор способствует отрицательной оценке человеком окружающего мира, восприятию его как враждебного, «ненормального». Его присутствие у наших студентов может также указывать на возможность плохих или сложных отношений у них с окружающими. Как видно из таблицы № 1 и рисунка № 3, показатели по этому фактору у студентов 1 курса достоверно ниже, чем у студентов второго ( $p < 0,001$ ) и других курсов.

Первокурсники, только что пришедшие со школьной скамьи, очень доверчивы, мир видят еще в «розовых красках». Резкий подъем показателей по фактору «Социальный пессимизма» у второкурсников (47% и 83%  $p < 0,001$ ), похоже, обусловлен нарастающими трудностями в учебе, неудовлетворенностью учебным процессом, сложными межличностными отношениями с однокурсниками и преподавателями. Такой резкий рост социального пессимизма является значительным фактором суицидального риска.

Далее уровень социального пессимизма у студентов медицинской академии от курса к курсу неуклонно повышается, а к 5 курсу он становится наиболее высоким, чем на других курсах (с 4 курсом -  $p < 0,050$ , с 6 курсом





Рисунок № 1. Фактор «Аффективность» у студентов лечебного факультета КГМА (%).



Рисунок № 2. Фактор «Несостоятельность» у студентов лечебного факультета КГМА (%).



Рисунок № 3. Фактор «Социальный пессимизм» у студентов лечебного факультета КГМА (%).



Рисунок № 4. Фактор «Временная перспектива» у студентов лечебного факультета КГМА (%).



Рисунок № 5. Отсутствие «Антисуицидального фактора» у студентов лечебного факультета КГМА (%).

- $p < 0,001$ ). Во-первых, это связано с тем, что процесс учебы с каждым годом становится все интенсивнее и сложнее. Во-вторых, студенты начинают посещать клиники, часто видят боль и страдания больных, иногда и сталкиваются с их смертью. К 6 курсу у наших студентов социальный пессимизм, недоверие к миру, начинают достоверно снижаться ( $p < 0,001$ ). Вероятнее всего, это связано с тем, что у шестикурсников уже отношения с группой и преподавателями налажены. Также они все чаще бывают в клиниках, чаще видят реальные результаты успешного лечения пациентов. Также они и сами начинают приобретать некоторые профессиональные навыки, у них уменьшается ощущение своей несостоятельности, они начинают лучше разбираться в клинике заболеваний, в состоянии пациентов. Это подтверждается также и тем, что у шестикурсников начинают снижаться показатели и по фактору «Несостоятельность».

Фактор «Временной перспективы» низкий во всех группах. Он способствует ориентации человека на будущее и вселяет им надежды. Низкие показатели этого фактора говорят о наличии у большинства студентов каких-то сложных текущих проблем, страхе неудач и поражений в будущем. Как показано в таблице № 1 и на рисунке № 4, самые низкие показатели по фактору «Временной перспективы» на 2 курсе (7%), затем - на 1 и 6 курсах (по 12%).

С 3 курса эти показатели начинают медленно повышаться и на 5 курсе они достоверно выше, чем на 6 курсе (21% и 12%  $p < 0,050$ ). На 1 курсе у студентов идет интенсивная адаптация к учебе, к одногруппникам, преподавателям, у большинства – к жизни в городе. Окончание вуза, получение диплома – это далекая перспектива для них, о которой они в настоящее время практически не думают. На 2 же курсе трудности в

учебе нарастают, усиливаются требования, появляется много новых сложных дисциплин, в связи с чем у них усугубляются страхи за будущее, появляется страх - «а смогу ли справиться с учебой?», «не буду ли исключен за слабую успеваемость?» На 6 курсе у студентов вновь появляются страхи, но они несколько иного плана, чем у второкурсников:

«а смогу ли я успешно сдать государственные экзамены?», «а что со мной будет дальше?»

Показатели следующего, «Антисуицидального фактора», как видно из таблицы №1, достаточно высокие во всех группах. Этот фактор является сдерживающим от суицида. Он проявляется как глубокое понимание чувства ответственности перед близкими людьми, а также представление о греховности самоубийства, антиэстетичности его.

Ко 2 курсу отмечается достоверное снижение по этому фактору (88% и 80%  $p < 0,020$ ). Отсутствие же «Антисуицидального фактора» является прогностически неблагоприятным фактором и в сочетании с другими факторами он указывает на высокий риск возможного суицида. Необходимо отметить, что наибольшие показатели отсутствия этого фактора, как показано в рисунке № 5, отмечаются у студентов 2 курса (20%). Имеются достоверные различия с 1 курсом ( $p < 0,01$ ), с 3 курсом ( $p < 0,001$ ), с 4 курсом ( $p < 0,002$ ), с 5 курсом ( $p < 0,001$ ). С учетом присутствия также таких риск факторов в этой группе как, высокий уровень эмоциональной напряженности с фиксацией на неудачах, высокий уровень недоверия к окружающему миру, неуверенность в себе и крайне низкие перспективы будущего можно сказать, что каждый пятый студент 2 курса имеет риски к совершению суицида.

На втором месте - студенты 6 курса, каждый шестой из которых имеет такой же риск. Но ведущим риск фактором у них является неуверенность в будущем, крайне низкие перспективы.

У студентов 5 курса наиболее высокие показатели по «Антисуицидальному фактору» - 92,5%. Несмотря на высокий уровень по факторам «Социальный пессимизм» (94%), «Аффективность» (76%), в этой группе самый низкий процент по фактору «Слом культуральных

барьеров» - СКБ (7%). По этой причине студенты 5 курса суицидальное поведение не будут рассматривать как привлекательное и оправдывать его. У пятикурсников также достоверно выше показатели, чем в других группах, и по фактору «Временная перспектива» (21%).

В этой группе показатели отсутствия «Антисуицидального фактора» также самые низкие (7,5%), которые достоверно ниже, чем на 2 ( $p < 0,001$ ) и 6 ( $p < 0,020$ ) курсах. Все это показывает, что студенты 5 курса среди всех курсов лечебного факультета имеют наименьшие риски по суициду.

### Выводы.

1. Таким образом, в ходе проведенных нами исследований был выявлен наиболее высокий суицидальный риск у студентов 2 курса, наименьший – у студентов 5 курса.

2. Наиболее выраженными факторами, которые могут способствовать суицидальным намерениям студентов лечебного факультета, являются:

- высокий уровень аффективности с чрезмерной эмоциональной фиксацией на неудачах;
- неуверенность с ощущением своей несостоятельности, ненужности;
- социальный пессимизм с чувством неразрешимости текущих сложностей, с восприятием мира как враждебного;
- низкий уровень временной перспективы со страхом неудач и поражений в будущем.

### Литература:

1. ВОЗ: Превенция самоубийств. Руководство для лиц, оказывающих первичную медицинскую помощь. – Женева, 2005.—23С.
2. Отчет по проекту Европейского бюро ВОЗ «Суицидологическая ситуация в Кыргызской Республике. Превенция суицидов».- 2008. — 42 С.
3. Зотов М.В. Суицидальное поведение: механизмы развития, диагностика, коррекция.- СПб.: Речь, 200. — 144 с.
4. Чуприков А.П., Пилягина Г.Я., Войцех В. Ф. Глоссарий суицидологических терминов. – Киев, 1999—35 с.
5. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь близким.- М.-Эксмо,2009-208 с.

## ТОКСОКАРОЗ - ЧТО НАДО ЗНАТЬ ВРАЧАМ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Мергенов А.Э.

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

**Резюме.** В статье приведены результаты изучения клинических особенностей у инвазированных токсокарозом больных. Определены ведущие симптомокомплексы у взрослых и детей для проведения серологических исследований для постановки диагноза.

**Ключевые слова:** токсокароз, симптомокомплексы, инвазированность, диагностика.

## ТОКСОКАРОЗ ЖӨНҮНДӨ ҮЙ-БҮЛӨӨЛҮК ВРАЧТАР ЭМНЕНИ БИЛҮҮ ЗАРЫЛ

Мергенов А.Э.

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

**Корутунду.** Макалада токсокароз менен жабырланган оорулулардын клиникасынын өзгөчөлүктөрүн изилдөөнүн жыйынтыгы берилген. Адамдарда, балдарда оорунун негизги белгилеринин жыйнагы аныкталган жана ооруну далилдеш үчүн серологиялык изилдөө жүргүзүлгөн.

**Негизги сөздөр:** токсокароз, оорунун белгилеринин жыйнагы, жабырлануу, диагноздоо.

## TOXOCAROSIS - THAT IT IS NECESSARY TO KNOW THE GENERAL PRACTITIONERS

Mergenov A.

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

**Resume.** The results of the study of the clinical features in infested toxocarosis patients. Determined the leading symptom in adults and children for serological tests for the diagnosis.

**Keywords:** toxocarosis, a symptom complexes, infestation, diagnostics.

### Введение.

Заболевание токсокарозом людей в последние годы все больше привлекает к себе внимание врачей разных специальностей из-за полиморфизма клинических проявлений, неблагоприятного воздействия на иммунную систему, вызывая вторичный иммунодефицит, возможного участия в формировании инвалидности и причины смертности [6, 8, 9, 10, 11, 12, 13].

Считается, что токсокароз наблюдается преимущественно у детей, а среди взрослых выявляется в группе риска, включающая лиц, контактирующих с собаками в силу их профессии [1, 3].

Многочисленными исследованиями установлена зависимость клинических проявлений токсокароза от интенсивности инвазии, иммунного статуса хозяина, характера распределения личинок гельминта в его органах и тканях, их метаболической активности. Клинические формы определяются от места локализации личинок, различают системный (висцеральный), и местный (глазной) токсокароз. Висцеральный токсокароз наиболее часто характеризуется высокой эозинофилией вплоть до лейкомоидной реакции эозинофильного типа, рецидивирующей лихорадкой, легочным синдромом, гепатомегалией, кожными высыпаниями различного характера, абдоминальным синдромом, гиперглобулинемией [4, 7, 14, 15]. Глазной токсокароз развивается при попадании мигрирующих личинок токсокар в глаз, частой локализацией являются сетчатка, сосудистая оболочка и хрусталик, где возникают воспалительный процесс и специфические гранулемы, поражение глаз обычно носит односторонний процесс.

Изучение медицинских вопросов токсокароза в СССР было начато в 1970–1980-е годы [5], а в Кыргызской Республике этой проблемой занялись

лишь с конца 2000 годов. На сегодняшний день имеется только одно исследование, посвященное клинико-лабораторным особенностям токсокароза, в которой установлено наличие трех клинико-патогенетических вариантов течения инвазии [2]. Отсутствие научных исследований по изучению клинико-иммунологических аспектов токсокароза обосновывает необходимость более интенсивного развития данного направления.

**Цель исследования** определение клинико-иммунологических аспектов токсокароза для разработки показаний на проведение серологических исследований.

### Материалы и методы.

Изучены клинические проявления у 101 больного токсокарозом, обратившихся в РКИБ. Методы исследования: клинический, серологический, иммунологический.

### Результаты исследования.

Токсокароз встречался во всех возрастных группах от одного года до 65 лет, однако удельный вес различных возрастных групп был неодинаков. Данные распределения токсокароза по возрастам приведены в таблице №1.

Как видно из данных таблицы 1 наиболее инвазированными оказались лица от 7 до 25 лет (45,4%). Причем удельный вес возрастной группы 15–25 лет был несколько выше (22,7±4,1%) по сравнению с группой 7–14 лет (21,7±4,1%) хотя различия недостоверны ( $t=0,1$ ). Далее следуют лица 26–35 лет (16,8±3,7%) и дети 1–6 лет (11,8±3,2%). В остальных возрастных категориях удельный вес варьировал от 7,9±2,7 (56–65 лет) и до 9,9±2,9 (36–45 лет). Таким образом, зараженность токсокарами наблюдалась во всех возрастных группах с достоверной разницей между возрастными группами 56–65 лет от 7–14 лет

Таблица 1.  
Распределение больных токсокарозом по возрастам.

№	Возраст	n	% ± m	Достоверность различий
1	1-6лет	12	11,8 ± 3,2	$t_{1t_2}=-1,9; t_{1t_3}=-2,0; t_{1t_4}=-1,0; t_{1t_5}=0,4; t_{1t_6}=0,6; t_{1t_7}=0,6;$
2	7-14лет	22	21,7 ± 4,1	$t_{2t_1}=1,9; t_{2t_3}=-0,1; t_{2t_4}=0,8; t_{2t_5}=2,3; t_{2t_6}=2,6; t_{2t_7}=2,8;$
3	15-25лет	23	22,7 ± 4,1	$t_{3t_1}=2,0; t_{3t_2}=0,1; t_{3t_4}=1,0; t_{3t_5}=2,5; t_{3t_6}=2,8; t_{3t_7}=3,0;$
4	26-35лет	17	16,8 ± 3,7	$t_{4t_1}=1,0; t_{4t_2}=-0,8; t_{4t_3}=1,0; t_{4t_5}=1,4; t_{4t_6}=1,6; t_{4t_7}=1,9;$
5	36-45лет	10	9,9 ± 2,9	$t_{5t_1}=-0,4; t_{5t_2}=-2,3; t_{5t_3}=-2,5; t_{5t_4}=-1,1; t_{5t_6}=0,2; t_{5t_7}=0,5;$
6	46-55лет	9	8,9 ± 2,8	$t_{6t_1}=-0,6; t_{6t_2}=-2,6; t_{6t_3}=-2,8; t_{6t_4}=-1,7; t_{6t_5}=-0,2; t_{6t_7}=0,2;$
7	56-65лет	8	7,9 ± 2,7	$t_{7t_1}=0,9; t_{7t_2}=2,8; t_{7t_3}=-3,0; t_{7t_4}=-1,5; t_{7t_5}=-0,5; t_{7t_6}=-0,2;$
8	Всего	101		

Таблица 2.  
Клинические синдромы при токсокарозе у наблюдаемых пациентов (n=101)

№	Клинические синдромы	n	% ± m	Достоверность различий
1	Астеновегетативный	67	66,3 ± 4,7	$t_{1t_2}=-0,1; t_{1t_3}=13,4; t_{1t_4}=11,2; t_{1t_5}=13,4; t_{1t_6}=14,1;$
2	Абдоминальный	68	67,3 ± 4,6	$t_{2t_1}=0,1; t_{2t_3}=13,9; t_{2t_4}=11,6; t_{2t_5}=13,9; t_{2t_6}=14,9$
3	Кожный	34	33,9 ± 4,7	$t_{3t_1}=13,4; t_{3t_2}=13,9; t_{3t_4}=14,6; t_{3t_5}=1; t_{3t_6}=10,9$
4	Глазной	7	6,9 ± 2,5	$t_{4t_1}=-11,2; t_{4t_2}=-11,6; t_{4t_3}=14,6; t_{4t_5}=1,7; t_{4t_6}=1,7;$
5	Бронхопульмональный	34	33,9 ± 4,7	$t_{5t_1}=-13,4; t_{5t_2}=-13,9; t_{5t_3}=1; t_{5t_6}=1,7;$
6	Лихорадочный	28	27,7 ± 4,5	$t_{6t_1}=-3,3; t_{6t_2}=-2,3; t_{6t_3}=-4,6; t_{6t_4}=0,6; t_{6t_5}=-6,7;$

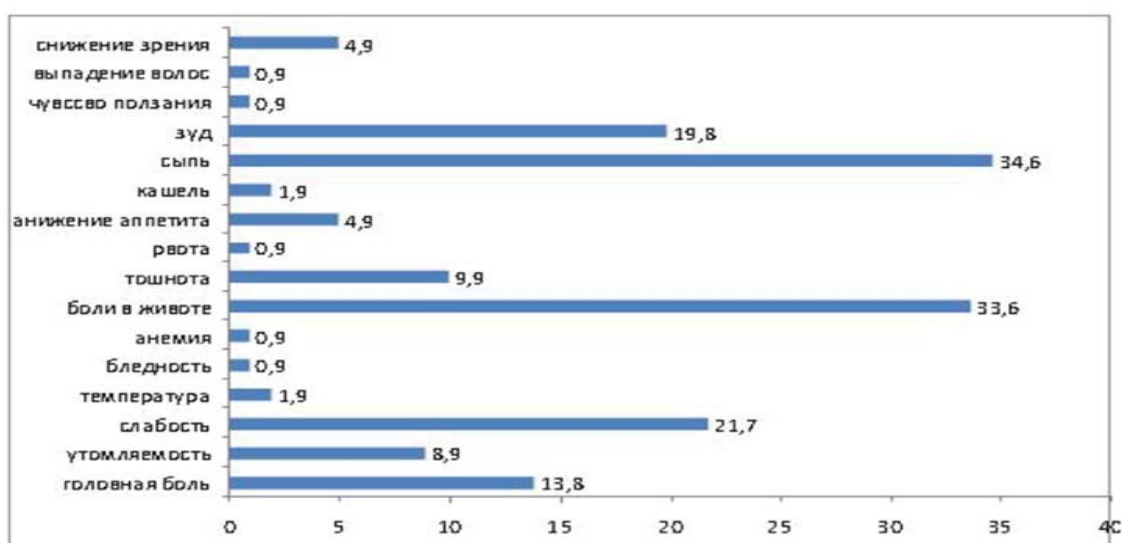


Рисунок 1. Клинические проявления токсокароза у наблюдаемых пациентов (n=101)



( $t=-2,8$ ) и 15-25 лет ( $t=-3,0$ ), также между 46-55 лет от 7-14 лет ( $t=-2,3$ ) и 15-25 лет ( $t=-2,5$ ), между 1–6 лет и 15-25 лет ( $t=-2,0$ ).

Из 101 наблюдаемых пациентов с токсокарозом существенных различий в зависимости от пола не обнаружено, мужчины составили 53,4% и женщины – 46,5 ( $t=1,4$ ).

У обратившихся пациентов жалобы носили самый разнообразный характер, которые были сгруппированы в синдромы (таблица 2).

По данным таблицы 2. видно, что у пациентов инвазированных *T.canis* ведущими были абдоминальный (67,3±4,6%) и астеновегетативный (66,3±4,7%) синдромы, у детей до 14 лет еще кожный (77,2±4,1%) и бронхопульмональный 33,9±4,7%. Несколько реже лихорадочный (27,7±4,5%) синдром, а глазной выявлен в 5,0±2,2% случаев. Нами проведен детальный анализ клинических симптомов токсокароза у наблюдаемых пациентов (рис. 1).

Результаты детального анализа показали, что большинство пациентов жаловались на боли в животе (67,3±4,6) спастического характера. Тошноту отмечали в 9,9±2,9% случаев, рвоту – в 0,9±0,9% и снижение аппетита – в 4,9±2,1%. Статистически достоверными были различия между болями в животе и тошнотой ( $t=4,3$ ), болями в животе и рвотой ( $t=7,6$ ), болями в животе и снижением аппетита ( $t=5,7$ ). Частыми симптомами были слабость (66,3±4,7%) и утомляемость (8,9±2,8%), которые коррелировали между собой ( $t=2,6$ ).

Важно отметить, что у детей до 14 лет постоянным клиническим симптомом заболевания были полиморфные высыпания на коже и кашель (33,9±4,7). Чаще встречались эритематозная и уртикарная сыпь, зуд кожи встречался в 19,8±3,9% случаев, в одном случае отмечено чувство «ползания мурашек» и выпадение волос. Наряду с этим, бронхопульмональный синдром проявлялся различными симптомами: от легких катаральных явлений до выраженного бронхо-обструктивного синдрома. Основными жалобами были сухой кашель, иногда отмечались приступы кашля по ночам и выраженная одышка. Аускультативно в легких выслушивали жесткое дыхание, у некоторых больных были сухие хрипы.

Лихорадочный синдром наблюдался в 27,7±4,5% случаев, длительность лихорадочного периода колебалась от 2 недель до 1 года. Практически у всех лихорадка имела волнообразный характер с периодами апиреksии. Лихорадочный синдром как показатель интоксикации сочетался с головной болью в 13,8±3,4% ( $t=3,3$ ) и симптомами астеновегетативного синдрома (слабостью ( $t=4,6$ ) и утомляемостью ( $t=2,3$ )).

Глазной синдром в виде снижения зрения выявлен в 6,9±2,5% случаев, но из-за отсутствия офтальмологических изменений глазная форма нами не выставлялась.

Более чем в половине случаев выявлялся синдром гепатомегалии и лимфаденопатии (57,4±4,9%).

Таким образом, токсокароз характеризуется полиморфной клинической картиной, проявления болезни

зависели от локализации паразитов, интенсивности инвазии. Ведущими синдромами оказались астеновегетативный и абдоминальный, у детей до 14 лет еще и кожный и бронхопульмональный.

Основным методом диагностики токсокароза являются иммунологические тесты (ИФА со специфическим антигеном). Установлена корреляция между клиническими проявлениями, тяжестью процесса и титрами антител. При титре специфических антител 1:400 и выше кожные проявления и рецидивирующие катары, бронхиты в анамнезе наблюдались в 6 и 5 раз чаще, чем при низких (26% и 4,3%; 40% и 8% соответственно,  $p<0,01$ ).

Известно, что традиционно, одним из ведущих и наиболее постоянных лабораторных проявлений токсокароза является стойкая и длительная эозинофилия крови. Выделяют 3 степени эозинофилии, многие гематологи считают, умеренной при наличии 10–15 % эозинофилов в периферической крови; выраженной, если их количество превышает 15 %, а состояния, при которых количество эозинофилов больше 15–20 % предложено называть «большими эозинофилиями крови». По нашим данным обнаружено, что при низких титрах противотоксокарных антител уровень эозинофилов не превышал 10% (54,5±4,9%). При высоких титрах - эозинофилия выше 10% отмечалась в 4 случаях (3,9±1,9%). Но нередко у наблюдаемых больных реакция со стороны эозинофилов отсутствовала (41,6±4,9%), несмотря на высокие титры антител к токсокарам.

Изучение клинических проявлений у пациентов токсокарозом свидетельствует о полиморфизме симптомов, что делает серологический метод исследования ведущим в диагностике данного гельминтоза, особенно у лиц с наличием астеновегетативного, абдоминального, кожного и бронхопульмонального синдромов. Наличие данных синдромов должно вызывать настороженность врачей в отношении токсокароза, для своевременного выявления и лечения, как в условиях поликлиники, так и стационара.

### Выводы:

1. Зараженность токсокарами наблюдалась во всех возрастных группах, но наиболее инвазированными оказались лица от 7 до 25 лет (45,4%).

2. Клиническая картина токсокароза характеризовалась полиморфностью проявления, ведущими синдромами оказались астеновегетативный и абдоминальный, у детей до 14 лет еще и кожный и бронхопульмональный.

3. Полиморфизм симптомов, делает серологический метод исследования ведущим в диагностике токсокароза, особенно у лиц с наличием астеновегетативного, абдоминального, кожного и бронхопульмонального синдромов.

### Литература:

1. Адаменко Г.П. Токсокароз – актуальная проблема здравоохранения [Текст] / Г.П. Адаменко, Ю.Т. Никулин// Медицинские новости. – Витебск, - 2004. - №2. – С. 31- 36

2. Ахмедов М.Т. Клинико-лабораторная характеристика

токсокароза в Кыргызской Республике [Текст]: автореф. дис. канд. мед. наук: - Бишкек, 2014. – 23 с

3. Захарчук А. И. Токсокароз у младенцев. (Клинико-лабораторное и серологическое обследование) [Текст] / А. И. Захарчук // Молодой ученый. — 2014. — №2. — С. 329-337.

4. Константинова Т.Н. Циркулирующие иммунные комплексы, общие IgE и специфические IgE-антитела у больных токсокарозом [Текст] / Константинова Т.Н. // Мед. паразитол. 1998. №2. С. 3234.

5. Лысенко А.Я. Общие и особенные черты ларвальных гельминтозов человека. [Текст] /А.Я. Лысенко //Мед. паразитол. – М., 1998. - № 2. - С.27-31

6. Миропольская Н.Ю. Научное обоснование профилактики бронхообструктивных состояний у детей, инвазированных токсокарами [Текст]: автореф. дисс. канд. мед. наук: / Н.Ю. Миропольская - Хабаровск, 2008. – 25 с.

7. Озерецковская Н.Н. Органная патология в острой стадии тканевых гельминтозов: роль эозинофилии крови и тканей, иммуноглобулинемии E, G4 и факторов, индуцирующих иммунный ответ / Н.Н. Озерецковская // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 2000. – № 3. – С. 3-8.

8. Пиховская И.Г. Клинический случай токсокарозного хориоретинита [Текст] / И.Г. Пиховская, С.В. Тонконогий и др. // Новые технологии диагностики и лечения заболеваний органа зрения в Дальневосточном регионе : сб. науч. работ межрегион. науч.-практ. конф., посвящ. 85-летию со дня рождения акад. С. Н. Фёдорова. - Хабаровск, 2013. - Ст. 23. - С. 90-94.

9. Савельева Н.Н. Распространенность хронического генерализованного пародонтита у лиц с токсокарозом [Текст] / Н.В. Савельева // Медицина сьогодні і завтра (Дар). – 2014. - №2-3. – С.164 – 170.

10. Холодняк Г.Е. Клинико – эпидемиологические особенности, диагностика и новые подходы к терапии токсокароза у детей [Текст]: автореф. дисс. канд. мед. наук./ Г.Е. Холодняк. – Москва, 2009. – 25 с.

11. Besirlil C.G. Retinal vasculitis in *Toxocara canis* neuroretinitis. [Текст] / C.G. Besirlil, S.G. Elnel// *J Ophthalmic Inflamm Infect.*- 2013. Jan №3(1):1-3.

12. Chia-Kwung F. Seroepidemiology of *Toxocara canis* infection among mountain aboriginal schoolchildren living in contaminated districts in eastern Taiwan. [Текст] / F. Chia-Kwung // *Trop. Med. Int. Health – Taiwan*, - 2004. – 9(12).

13. Chung-Jung F. Seroepidemiology of *Toxocara Canis* infection among primary schoolchildren in the capital area of the Republic of the Marshall Islands [Текст] / F. Chung-Jung, T.W.Chuang et al // *BMC infectious diseases* - 2014.- 14-261

14. Kayes S.G. Human toxocariasis and the visceral larva migrans syndrome: correlative immunopathology. Immunopathogenic aspects of disease induced by helminth parasites. [Текст] /S.G. Kayes, D.O. Freedman // *Chemical immunology*. - 1997. - Vol. 32 - P.99-124.

15. Van Leathem J.L. *Toxocara canis* infection presenting as eosinophilic ascites and gastroenteritis [Текст] /J.L. Van Leathem, F. Jacobs et al // - 1994. - Jun; 39(6):1370-2.



### ВЛИЯНИЕ ДОДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО ПСИХИАТРИИ НА ПРЕДСТАВЛЕНИЕ СТУДЕНТОВ О БОЛЬНОМ С ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ, ПСИХОТРОПНОМ ПРЕПАРАТЕ И ВРАЧЕ-ПСИХИАТРЕ

Стамбеков Н., Атаканова А., Асанбаева Э.М.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** Изучено влияние додипломного образования по психиатрии на представление студентов 2-го и 5-го курсов Кыргызской государственной медицинской академии о больном с психическим расстройством, психотропном препарате и враче-психиатре. В качестве инструмента исследования использовался оригинальный опросник, разработанный сотрудниками кафедры психиатрии Кыргызской государственной медицинской академии. Были выявлены двойные «портреты» больного с психическим расстройством, психотропного препарата и врача – психиатра. Показано, что додипломное образование по психиатрии лишь немного меняет в положительную сторону представление студентов 5 курса о системе психиатрической помощи. Полученные результаты указывают на необходимость дальнейшего изменения и совершенствования учебных программ по психиатрии на разных уровнях обучения.

**Ключевые слова:** стигматизация, больной с психическим расстройством, врач-психиатр, психотропный препарат, студенты КГМА, додипломное образование по психиатрии.

### ПСИХИАТРИЯ БОЮНЧА ДИПЛОМГО ЧЕЙИНКИ БИЛИМДИН СТУДЕНТТЕРДИН ПСИХИКАЛЫК ЖАКТАН ООРУЛУУ, ПСИХИАТР-ВРАЧ, ПСИХОТРОПТУК ДАРЫ-ДАРМЕК ЖӨНҮНДӨ ТҮШҮНҮГҮНӨ ТААСИРИ

Стамбеков Н., Атаканова А., Асанбаева Э. М.

И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Резюме.** Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын 2 чи жана 5 чи курсунун студенттеринин психикалык жактан оорулуу, психотроптук дары-дармек жана психиатр-дарыгер жөнүндөгү түшүнүгүнө дипломго чейинки билимдин таасири изилденген. Изилдөөнүн куралы катары Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын психиатрия кафедрасынын кызматкерлери иштеп чыккан өзгөчөлөнгөн сурамжылоо барагы пайдаланылган. Психикалык бузулуусу бар оорулуунун, психотроптук дары-дармектин, психиатр-дарыгердин эки ача көрүнүштөрү аныкталды. Дипломго чейинки билимдин 5 курстун студенттеринде психиатриялык жардам тутуму боюнча түшүнүгүнө оң таасири азыраак экени көрсөтүлгөн. Изилдөөнүн жыйынтыктары психиатрия боюнча окутуу программаларынын мындан ары дагы өзгөртүүгө жана жакшыртууга муктаждыгын көрсөттү.

**Негизги сөздөр:** стигматизация, психикалык жактан бузулууга дуушар болгон оорулуу, психиатр-дарыгер, КММАнын студенти, психиатрия боюнча дипломго чейинки билим.

### INFLUENCE OF UNDERGRADUATE EDUCATION IN PSYCHIATRY ON PERCEPTION OF STUDENTS OF A PATIENT WITH MENTAL DISORDER, PSYCHIATRIST AND PSYCHOTROPIC DRUG

Stambekov N., Atakanova A., Asanbaeva E. M.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** The article presents the results of a study on perceptions of the second and fifth year medical students of a patient experiencing mental disorder, psychiatrist, and psychotropic drug. An original questionnaire developed by the staff of the Department of Psychiatry of the KSMA was used as a research instrument. The study revealed the double „portraits“ of the patient with a mental disorder, psychotropic drug and the psychiatrist. The findings show that the undergraduate education in psychiatry only slightly changes the positive perception of the fifth year students of mental health services. The results indicate the need of further change and improvement of an academic curriculum on psychiatry at the different levels of education.

**Keywords:** stigmatization, patient with mental disorder, psychiatrist, psychotropic drug, student of KSMA, undergraduate education in psychiatry.

#### Введение.

«Стигматизация – негативное выделение обществом индивидуума (или социальной группы) по какому-либо признаку, с последующим стереотипным набором социальных реакций на данного индивидуума (или представителей данной социальной группы)» [1]. В нашем обществе стигматизации подвергаются не только больные с психическими расстройствами и методы лечения, применяемые в психиатрии, но и врачи - психиатры [2,3]. Негативным последствием этого является отрицательное отношение общества, дискриминация, снижение социального статуса и снижение качества жизни пациентов [9]. По этим причинам даже при «мягких» психических расстройствах люди боятся обращаться к

специалистам служб психического здоровья, скрывают свои симптомы. Именно из-за стигматизации больные с тяжелыми психическими расстройствами поздно обращаются за помощью к психиатрам и это часто ведет к их ранней инвалидизации [4,10].

#### Материалы и методы.

В качестве инструмента исследования использовался оригинальный опросник, разработанный сотрудниками кафедры психиатрии Кыргызской государственной медицинской академии, направленный на изучение образов больного с психическим расстройством, психотропного препарата, врача - психиатра. В исследовании принимали участие следующие группы: 1) студенты II курса КГМА (45 человек), «не изучавшие

психиатрию»; 2) студенты V курса КГМА (41 человек), «изучавшие психиатрию»\*.

Данные были проанализированы с использованием статистической программы IBM-SPSS для Windows, версии 20. Использовался критерий достоверности Фишера (F).

### Результаты исследования.

В результате сравнительного анализа анкет студентов 2-го и 5-го курсов было определено, что додипломное образование по психиатрии несколько меняет представление студентов о больном с психическим расстройством. После изучения психиатрии студенты уверены, что: пациент «не прикидывается больным» (33,3% и 58,5% -  $p < 0,020$ )\*, он «отличается от здоровых людей» (24,4% и 58,5% -  $p < 0,002$ ), его нельзя изолировать от общества (57,8% и 82,9% -  $p < 0,010$ ) и пациент может иметь здоровых детей (48,9% и 75,6% -  $p < 0,010$ ); а в случае своей болезни, студенты «обратились бы за помощью к психиатру» (55,6% и 85,4% -  $p < 0,002$ ).

\* *Примечание - далее по тексту 1-ый показатель – это процент ответов студентов 2 курса; 2-й показатель – процент ответов студентов 5 курса.*

Данный «портрет» соответствует образу больного, имеющего «мягкие» формы психических расстройств. Вероятно, это связано с тем, что студенты 5 курса в процессе обучения психиатрии научились выявлять больных с пограничными психическими расстройствами. Это можно рассматривать как положительное влияние изменившихся додипломных программ, ориентированных преимущественно на подготовку семейного врача. Результатом дестигматизационной работы со студентами 5 курса мы считаем, например то, что в своих ответах они не исключают развитие у себя психических расстройств и в этом случае они «обратились бы за помощью к психиатрам».

Второй «портрет», который во многом схож у студентов 2 и 5 курсов - это негативный образ больного с тяжелым психическим расстройством. Они отметили, что такой больной «странный», «непредсказуем» и «опасен», «мстителен и злобен». Студенты уверены, что он «может совершать преступления», также подчеркнули, что «не стали бы брать его на работу». Лишь в двух позициях прослеживается гуманное отношение к этим людям, которое формируется у студентов с первых дней учебы в медицинском ВУЗе. Они согласны с тем, что «психически больного стоит лечить» и многие студенты «не отказались бы от психически больного родственника».

Исходя из выше изложенного, можно отметить, что по отношению к больным с тяжелыми психическими расстройствами у студентов 5 курса сохраняется стигматизация, несмотря на полученное ими образование по психиатрии. Такая позиция студентов подтверждается другими литературными источниками, в которых отмечается, что «взгляды студентов медицинских учебных заведений на больных с психическими расстройствами и вообще на психиатрию в целом меняются незначительно, несмотря на то, что они изучили психиатрию и успешно сдали экзамены» [5,6,7].

Выявленный «портрет» больного с психическим

расстройством у студентов 2-го и 5-го курсов представлен на рисунке №1.

Далее были выявлены позиции студентов 2 и 5 курсов по образу психотропного препарата. Сравнительный анализ показал следующее соотношение ответов студентов этих 2-х групп: «без психотропного препарата нельзя обойтись» (31,1% и 75,6% -  $p < 0,001$ ); он - «не то же самое, что наркотик» (15,6 и 53,7 -  $p < 0,001$ ); он «не предназначен для экспериментов» (31,1% и 63,4% -  $p < 0,005$ ); «психотропные препараты повышают качество жизни больного» (35,6 и 61,0 -  $p < 0,020$ ); «при необходимости стали бы принимать психотропный препарат, назначенный врачом» (31,1 и 61,0 -  $p < 0,005$ ).

Такие результаты вселяют надежду, что студенты при необходимости будут использовать психотропные препараты в своей врачебной практике.

В то же время, часть студентов 2 и 5 курсов испытывают некоторые сомнения относительно побочных эффектов и возможных осложнений при приеме психотропного препарата. Они сомневаются: «не вредны ли для человека психотропные препараты» (37,8% и 29,3%), «не способны ли они из здорового человека сделать больного» (44,4% и 36,6%). Такие ответы свидетельствуют о том, что, даже после изучения психиатрии сохраняется стигматизация по отношению к психотропным препаратам (особенно по отношению к анксиолитикам-бензодиазепинам и антипсихотикам).

Сравнительное представление о психотропном препарате у студентов 2-го и 5-го курсов представлено на рисунке №2.

Исследование предполагало также изучение образа врача-психиатра. Из анкет выяснилось, что студенты 2 и 5 курсов по некоторым характеристикам имеют общие взгляды о враче-психиатре. Они считают, что «психиатры – нужные люди» (91,1% и 87,8 %), «им можно доверять» (73,3% и 82,9%), они «психически здоровы» (73,3% и 78,0%), «не похожи на своих больных» (60,0% и 58,5%); «имеют особый характер» (68,9% и 65,9%). Также они уверены, что врачи-психиатры «дают лекарства пациентам не для того, чтобы привязать их к себе» (57,8% и 75,6%) и, что они «не ломают психику человека» (51,1% и 63,4%).

Представленную выше характеристику врача - психиатра мы расценили как представление студентов о «хороших» специалистах психического здоровья, которых при необходимости можно было бы посетить без страха и риска.

В то же время, студентами обеих групп приводятся и другие характеристики врача-психиатра. Они не уверены: «безопасный ли он человек», «не экспериментирует ли над людьми», «не будет ли обходить законы», «будет ли в первую очередь защищать общество, законы, а затем - больного», «может ли искренне сопереживать больному», «не поставит ли при знакомстве им диагноз психического расстройства». Около половины студентов обоих курсов отметили, что «врач-психиатр не может быть им другом или сексуальным партнером» (55,6% и 51,2%). Несмотря на полученное додипломное образование по психиатрии, 1/4 часть студентов-старшекурсников, уверена, что врач - психиатр «обладает гипнозом» (26,8%) и, «если он сделает

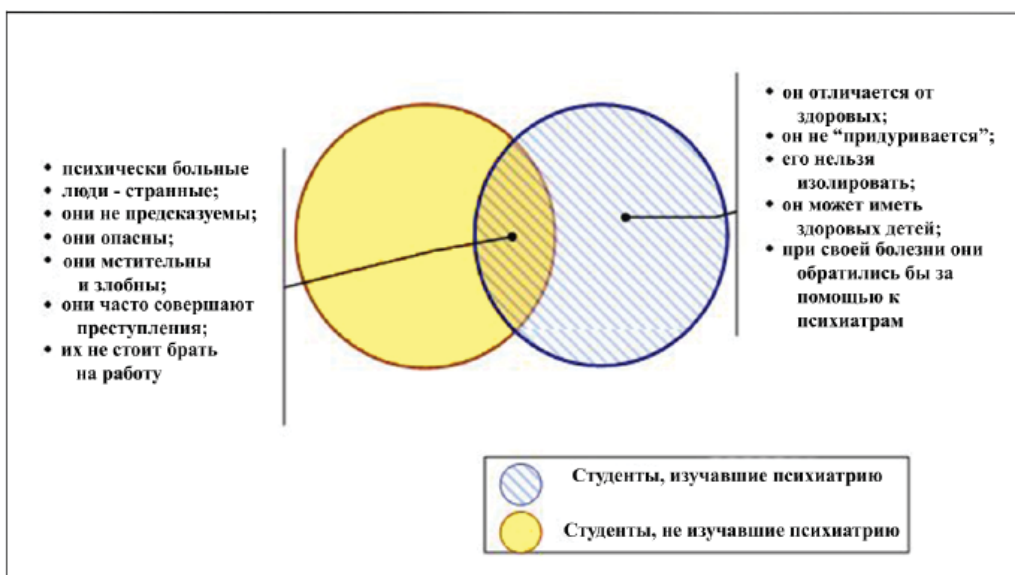


Рисунок 1. Образ больного с психическим расстройством у студентов 2 и 5 курсов

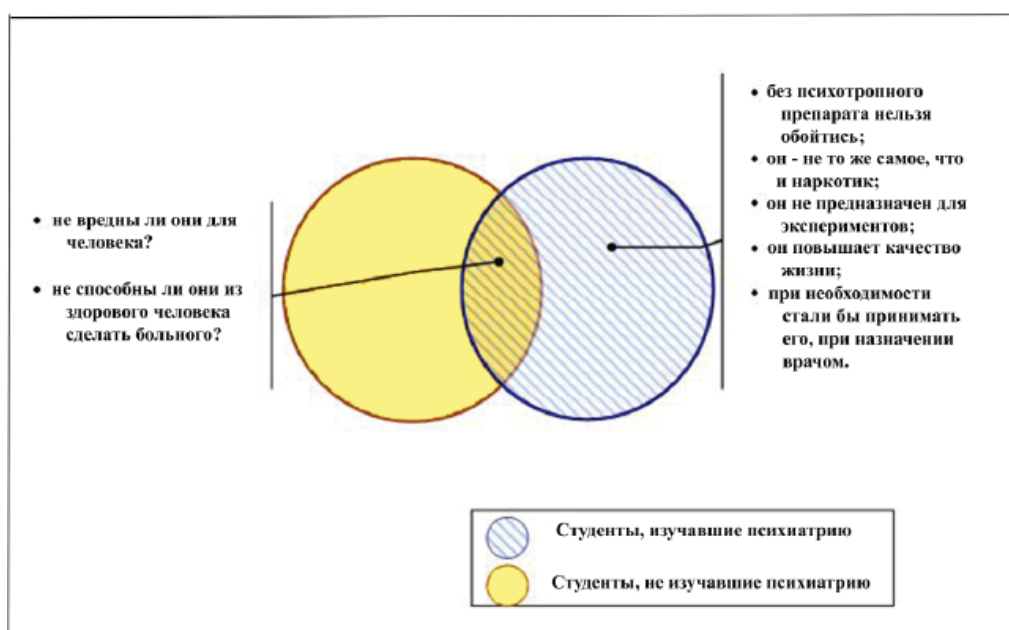


Рисунок 2. Образ психотропного препарата у студентов 2 и 5 курсов

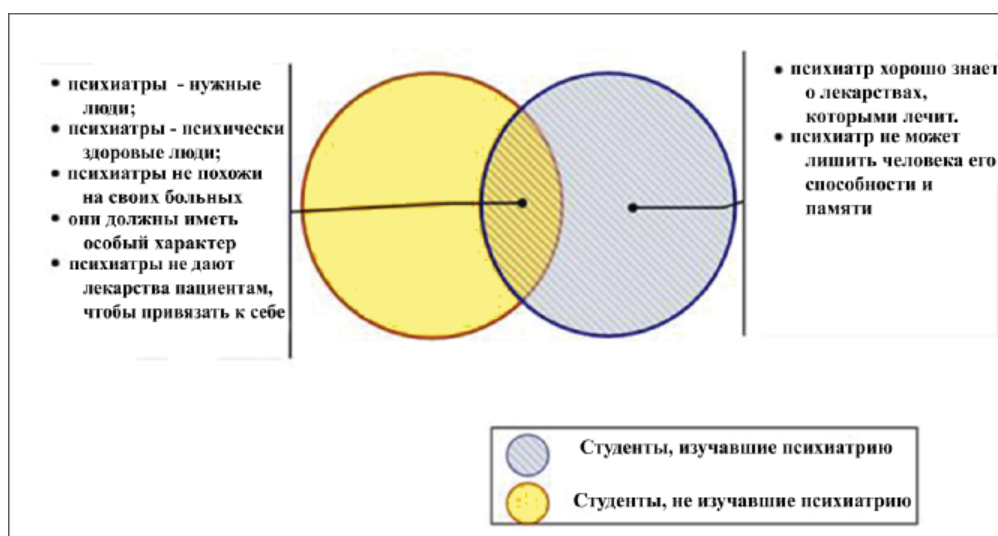


Рисунок 3. Образ врача-психиатра у студентов 2 и 5 курсов

что-то дурное, то это будет трудно доказать» (34,1%), он «здоровых людей принимает за больных» (27,0%).

Такие ответы свидетельствуют о том, что врачу-психиатру доверяют не все студенты, что он не может быть им близким человеком. Сомнения в безопасности врача - психиатра, недоверие к нему обусловлены, скорее всего, глубоким неосознаваемым страхом перед ним. Этот негативный образ сформирован телевидением, другими средствами массовой информации, что подтверждается также результатами других исследований [8,9].

Как положительный аспект можно отметить, что отношение студентов 5 курса к врачу-психиатру изменилось в положительную сторону по двум позициям. Они согласились с тем, что 1) психиатр хорошо знает о лекарствах, которыми лечит (37,8% и 78,0% -  $p < 0,001$ ); 2) психиатр не может лишить человека его способностей и памяти (46,7% и 73,2% -  $p < 0,050$ ).

Эти небольшие изменения в представлениях, вероятнее всего, обусловлены тем, что в курсе психиатрии студенты изучают основы психофармакологии, видят результаты лечения пациентов. Но, к сожалению, многие другие положительные стороны врача-психиатра для них остаются «за кадром».

Представление о враче-психиатре у студентов формируется не только под воздействием СМИ, но и под влиянием мнения специалистов других областей медицины, с которыми студенты старших курсов встречаются на других клинических дисциплинах, имеющих нередко негативные представления о специалистах службы психического здоровья.

«Портрет» врача – психиатра представлен на рисунке №3.

Таким образом, при проведении исследования нами были выявлены двойные «портреты» больного с психическим расстройством, психотропного препарата и врача – психиатра. С одной стороны, это образы с положительными характеристиками, выделенными в основном студентами 5 курса, что показывает правильность проводимых реформ в системе образования по психиатрии.

С другой стороны, негативный образ больного, имеющего симптомы тяжелого психического расстройства, сомнения по поводу психотропных препаратов, а также негативный, до конца непонятный образ врача-психиатра говорит о большом влиянии на это восприятие фактора

общественного мнения, СМИ и культуры, в которой проживают наши студенты. К сожалению, влияние этих факторов намного сильнее, чем влияние медицинского образования. Для изменения этих негативных позиций, необходимо вовлечение в дестигматизационные мероприятия не только специалистов, но также врачей других специальностей, работников образования, СМИ, НПО, государственных структур различного уровня и т.д. Эту работу предстоит проводить еще не одно десятилетие и, несомненно, необходимы дальнейшие изменения и совершенствования образовательных программ по психиатрии на до- и последипломном уровнях обучения.

### Литература:

1. Кабанов М.М. Охрана психического здоровья и проблемы стигматизации и комплайенса // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – № 2. – С. 58-62.
2. Серебрянская Л.Я. Социальные представления о психических больных и психиатрии в контексте проблемы стигматизации // Журнал неврологии и психиатрии. – 2005. – 3. – С. 47-54.
3. Менделевич В.Д. Общественное мнение о психиатрии. Правовые и этические аспекты в социологическом ракурсе // Независимый психиатрический журнал. – 1997. – №1. – С. 46-50.
4. Littlewood R. Cultural variation in the stigmatization of mental illness // Lancet. – 1998. – 352. – P.1056 – 1057.
5. Buchanan A. & Bhugra, D. Attitude of the medical profession to psychiatry // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1992. – 85. – P. 1 - 5.
6. Rajagopal S., Sinch Rehill K., Godfrey E. Psychiatry as a career choice compared with other specialties: a survey of medical students // Psychiatry Bulletin. – 2004. – 28: 12 – P. 444-446.
7. Sinclair S. Making Doctors. – Oxford: Berg, 1997.
8. Peter Byrne. Psychiatric stigma: past, passing and to come // Journal of the Royal Society of Medicine. – 1997. – 90. – P. 618 - 620.
9. Peter Byrne P. Stigma of mental illness and ways of diminishing // Advances in Psychiatry Treatment. – 2000. - Vol. 6. - P. 65 - 72.
10. Attitudes toward psychiatry: a survey of medical students at the University of Nairobi, Kenya / D. M. Ndeti [et al.] // Acad. Psychiatry. - 2008. - Vol. 32, is. 2. - P. 154-159.
11. Москвитина У.С. Представления о психических расстройствах и психиатрии пациентов психиатрического стационара / В.А.Руженков, У.С.Москвитина, Ю.Н.Туркова // Психическое здоровье населения дальнего востока: материалы регион. науч.-практ. конф.– Владивосток, 2010. – 0,1 п.л.



## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ НОВОГО ПРОТОКОЛА ПО ВЕДЕНИЮ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА В УКРАИНЕ

**Ткаченко В.И.**

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика  
Киев, Украина

**Резюме.** Оценка качества медицинской помощи в условиях внедрения новых руководств является актуальной и необходимой.

Цель: определить медико-социальную эффективность внедрения новых медико-технологических документов по оказанию помощи при сахарном диабете 2 типа (СД).

Материалы и методы. Обследовано 173 пациента с СД 2 типа (в возрасте  $55,13 \pm 0,61$  лет, 112 женщин и 61 мужчин), которые в зависимости от специальности врача были разделены на 2 группы: 1-я – наблюдаются у врача первичного звена, 2-я группа – у эндокринолога. Для оценки медико-социальной эффективности проводилось анкетирование пациентов и исследование уровня HbA1c, уровень глюкозы натощак, показателей липидограммы. Медицинская и социальная эффективность помощи оценивалась с использованием соответствующих коэффициентов. Статистический анализ - с помощью программ Excel 2007, SPSS.

Результаты. Определена невысокая удовлетворенность лечением и плохое качество жизни пациентов в целом, при этом СД оказывал дополнительное значительное негативное влияние. Качество жизни и удовлетворенность лечением, а также степень контроля СД не зависели от специальности врача, а зависели от вида терапии. У пациентов на инсулинотерапии наблюдались достоверно более высокий уровень HbA1c и холестерина ЛПНП, но качество жизни было оценено выше, хотя влияние диабета на качество жизни было более значимым, чем у пациентов на таблетках. Кроме того, наблюдалась корреляционная связь между средним взвешенным влиянием СД на качество жизни и длительностью СД ( $r = -0,32$ ,  $p < 0,001$ ), а также удовлетворенностью лечением и качеством жизни ( $r = 0,20$ ,  $p < 0,05$ ).

Вывод. Достоверных различий между группами пациентов, которые наблюдались у врача первичной помощи и врача-эндокринолога не было выявлено, что говорит о достаточном уровне качества медицинской помощи, оказываемой врачами первичного звена. При этом интегральный коэффициент эффективности был более высоким у врачей первичной помощи, что может быть обусловлено наблюдением ими пациентов с более легким течением диабета.

**Ключевые слова:** сахарный диабет 2 типа, клинические руководства, эффективность, первичная медицинская помощь

## MEDICAL AND SOCIAL EFFICIENCY OF THE NEW PROTOCOL IMPLEMENTATION IN MANAGEMENT OF TYPE 2 DIABETES IN UKRAINE

**Tkachenko V.**

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education  
Kiev, Ukraine

**Resume.** Assessment of quality of care during implementation of new guidelines is relevant and necessary.

Objective: to determine the medical and social effectiveness of new guideline implementation in type 2 diabetes management.

Materials and methods. The study involved 173 patients with type 2 diabetes (ages  $55,13 \pm 0,61$  years, 112 women and 61 men) who, depending on the specialty of the doctor were divided into 2 groups: 1st – managed by primary care physicians, 2nd - by endocrinologist. The survey and study of HbA1c level, fasting glucose, lipid profile were conducted to assess the medical and social effectiveness. Effectiveness was assessed using coefficients. Statistical analysis was performed using Excel 2007, SPSS, Statistica 6.0.

Results. The low treatment satisfaction and poor quality of life were determined in patients in general, and diabetes provided additional significant adverse impact. Quality of life, treatment satisfaction, and the degree of diabetes control were independent of doctor specialty, but depended on the type of therapy. Patients on insulin therapy had significantly higher levels of HbA1c and cholesterol LDL; the quality of life was assessed higher, although the impact of diabetes on quality of life were more significant than in patients on the tablets. In addition, there was a correlation between the weighted average impact of diabetes on quality of life and the duration of diabetes ( $r = -0,32$ ,  $p < 0,001$ ), as well as treatment satisfaction and quality of life ( $r = 0,20$ ,  $p < 0,05$ ).

Conclusion. No significant differences between the groups of patients who were managed by primary care physicians and by endocrinologist were found, indicating that primary care physicians provide sufficient level of quality of diabetes care. Integral efficiency coefficient was higher in primary care physicians, that may be caused by management of patients with more mild diabetes.

Key words: type 2 diabetes, clinical guidelines, efficiency, primary care.

### **Введение.**

В Украине происходит активная реорганизация системы здравоохранения и первичной медицинской помощи (ПМП) на принципах семейной медицины. В таких условиях возникает необходимость привлечения врачей ПМП к ведению такого распространенного заболевания как сахарный диабет 2 типа (СД), что является достаточно эффективным в других странах. Международный опыт показывает, что семейные врачи во многих странах самостоятельно назначают и корректируют терапию антидиабетическими препаратами как пероральными (ПАДП), так и инсулинами, что предусмотрено международными и национальными клиническими рекомендациями [1-6].

Ранее в Украине оказание помощи при СД 2 типа осуществлялось в основном врачами-эндокринологами, хотя врачи ПМП принимали участие в осуществлении мероприятий по диспансеризации [7]. С целью обеспечения качества и эффективности медицинской помощи при СД 2 типа на первичном уровне согласно международным рекомендациям с нашим участием были разработаны адаптированные клинические рекомендации и унифицированный клинический протокол оказания медицинской помощи при СД 2 типа, утвержденные приказом Министерства Здравоохранения (МЗ) Украины от 21.12.2012 № 1118, которые впервые в Украине произвели распределение объемов медицинской помощи для первичного и вторичного уровней медицинской



помощи [8].

Внедрение данного приказа и медико-технологических документов должно сопровождаться анализом и оценкой качества медицинской помощи с учетом всех ее аспектов согласно современным международным представлениям, например концепции А. Донабедиана (1980), которая описывает оценку качества медицинской помощи по трем ее компонентам: качество структуры, процесса и результата. Результатом может выступать достижение пациентом рекомендованных целевых уровней показателей и удовлетворенность лечением [9]. Интегрированная оценка качества медицинской помощи, как правило, представляет собой анализ несколько составляющих, например, качество результата может быть оценено по медицинской, социальной и экономической эффективности медицинской помощи [10-11].

Таким образом, оценка качества и эффективности медицинской помощи, как результатов внедрения новых клинических руководств, является актуальным и важным элементом на пути формирования качественной диабетологической помощи, особенно на первичном этапе.

**Цель нашего исследования** - определить медико-социальную эффективность внедрения новых медико-технологических документов по оказанию помощи при сахарном диабете 2 типа.

#### **Материалы и методы.**

Через год после утверждения приказа МЗ Украины от 21.12.2012 № 1118 [8] нами было обследовано 173 пациентов с СД 2 типа (в возрасте  $55,13 \pm 0,61$  лет, 112 женщин и 61 мужчин), которые в зависимости от того, у какого врача они наблюдаются были разделены на 2 группы: 1-я – у врача ПМП ( $n=45$ , возраст  $54,95 \pm 1,2$  лет, из них 23 - лечились ПАДП, 22 получали инсулинотерапию), 2-я группа – у врача эндокринолога ( $n=128$ , возраст  $55,23 \pm 0,71$  лет, из них 48 - лечились ПАДП, 80 получали инсулинотерапию).

С целью изучения социальной эффективности больным проводили анкетирование в отношении удовлетворенности лечением и оценке качества жизни при сахарном диабете с помощью опросников Diabetes Treatment Satisfaction Treatment Questionnaire (DTSQ), The Audit Diabetes-Dependent Quality of Life - ADDQoL19 (Bradley et al, 1999, Bradley & Spleight 2002), права на применение которых нам предоставлены лицензией от авторов [12-15]. Для изучения медицинской эффективности пациентам проводили исследование основных лабораторных показателей контроля диабета: уровень гликозилированного гемоглобина - HbA1c, уровень глюкозы натощак, показатели липидограммы. Медицинская и социальная эффективность медицинской помощи оценивалась с использованием коэффициентов: медицинской эффективности  $K_m$  - отношение количества достигнутых медицинских результатов к общему числу оцениваемых случаев; социальной эффективности  $K_c$  - отношение случаев удовлетворения лечением от общего количества случаев, оцененное пациентами. Интегральный коэффициент эффективности ( $K_i$ ) рассчитывался по формуле:  $K_i = K_m \times K_c$  [10-11]. Статистический анализ проводился с помощью программ Excel 2007, SPSS, Statistica 6.0.

#### **Результаты и обсуждение.**

Данные нашего исследования показали, что среди 173 пациентов с СД только 45 (26,01%) наблюдаются у врача ПМП и считают его основным в лечении диабета, а остальные 128 (73,99%) – у эндокринолога. Кроме того, 85 из 173 пациентов (49,13%) указали, что их врач ПМП принимает участие в проведении ежегодного мониторинга и направляет на обследование, а 31 (17,9%) указали, что врач ПМП самостоятельно назначает им антидиабетическую терапию, в том числе и инсулинотерапию, при этом достоверно большая часть этих пациентов была из сельской местности, где ограничен доступ к узким специалистам (20 против 11,  $p < 0,01$ ). Таким образом, врачи ПМП стали активно подключаться к ведению пациентов с СД.

Качество жизни пациентов согласно опроснику ADDQoL19 было оценено пациентами в среднем в  $QoL = -0,33 \pm 0,07$  балла ( $n=173$ ), что указывает оценку между «ни хорошо, ни плохо» и «плохо» (табл 1). Общее влияние СД на качество жизни было оценено пациентами в среднем в  $IDQoL = -2,04 \pm 0,08$  балла, что говорит о том, что без СД качество жизни было бы «гораздо лучше». Среднее взвешенное влияние диабета на качество жизни (AWI), рассчитанное по результатам заполнения опросника ADDQoL19, составило  $-3,24 \pm 0,16$  балла, что показало «значительное негативное влияние» диабета на качество жизни пациентов в целом. При этом достоверной разницы показателей качества жизни среди пациентов врачей ПМП и эндокринологов не выявлено.

Как видно из таблицы 1 удовлетворенность лечением СД пациентами согласно опроснику DTSQ была оценена в среднем в  $25,77 \pm 0,60$  балла ( $n=173$ ) из максимальных 36 баллов, что свидетельствует о недостаточной удовлетворенности лечением. Частота гипергликемий, как компонент влияющий на удовлетворенность лечением по данному опроснику, составляла  $4,05 \pm 0,15$  балла, что говорит о частых случаях повышенного сахара и подтверждено нами объективно выявленным превышением рекомендованных показателей уровня гликозилированного гемоглобина и глюкозы. Частоту гипогликемии пациенты оценили в  $1,09 \pm 0,13$  балла, что соответствует эпизодическим случаям и говорит о удовлетворительном контроле диабета в обеих группах. Достоверной разницы удовлетворенности лечением в зависимости от того, у какого врача пациент наблюдается не выявлено. Показатели липидограммы также показали недостаточный уровень контроля: гиперхолестеринемия и дислипидемия наблюдалась в обеих группах. Из вышесказанного следует заключить, что уровень гликемического и липидного контроля был недостаточным как у пациентов, наблюдаемых как эндокринологом, так и врачом ПМП, данные показатели у пациентов превышали целевые уровни, рекомендуемые приказом МЗ Украины № 1118 и международными рекомендациями [4-8], что подтверждает тот факт, что успех лечения СД наполовину зависит от больного.

Результаты проведенного анкетирования и клинико-лабораторного обследования пациентов показали, что СД оказывал существенное негативное влияние на качество жизни пациентов, что может быть обусловлено недостаточным контролем диабета, при этом

Таблица 1.  
Медико-социальные показатели контроля диабета

Показатель	Пациенты врача ПМП (n=45)	Пациенты эндокринолога (n=128)	Все пациенты (n=173)
Возраст, лет	54,96 ± 1,20	55,19 ± 0,71	55,13 ± 0,61
AWI, баллы	-3,03 ± 0,26	-2,99 ± 0,20	-3,24 ± 0,16
QoL, баллы	-0,26 ± 0,13	-0,35 ± 0,08	-0,33 ± 0,07
IDQoL, баллы	-2,13 ± 0,11	-2,01 ± 0,10	-2,04 ± 0,08
DTSQ, баллы	26,81 ± 1,34	25,49 ± 0,67	25,77 ± 0,60
Частота гипергликемий, баллы	3,89 ± 0,31	4,12 ± 0,17	4,05 ± 0,15
Частота гипогликемий, баллы	1,27 ± 0,31	1,02 ± 0,15	1,09 ± 0,13
HbA1c, %	8,74 ± 0,36	9,10 ± 0,21	9,00 ± 0,18
Глюкоза, ммоль/л	8,41 ± 0,48	8,73 ± 0,25	8,65 ± 0,22
Холестерин, ммоль/л	5,25 ± 0,21	5,73 ± 0,16	5,60 ± 0,13
Триглицериды, ммоль/л	1,70 ± 0,32	1,76 ± 0,17	1,74 ± 0,15
ЛПВП, ммоль/л	2,30 ± 0,23	2,14 ± 0,17	2,19 ± 0,14
ЛПНП, ммоль/л	2,29 ± 0,28	2,91 ± 0,23	2,71 ± 0,18
ЛПОНП, ммоль/л	0,59 ± 0,07	0,65 ± 0,08	0,63 ± 0,06
Индекс атерогенности	3,30 ± 0,21	3,30 ± 0,14	3,30 ± 0,12

Таблица 2.  
Медико-социальные показатели пациентов с диабетом в зависимости от вида терапии

Показатель	Пациенты врача ПМП (n=45)		Пациенты эндокринолога (n=128)		Все пациенты (n=173)	
	Инсулино- терапия (n=22)	ПАДП (n=23)	Инсулино- терапия (n=80)	ПАДП (n=48)	Инсулино- терапия (n=102)	ПАДП (n= 71)
Возраст, лет	52,86 ± 1,22	56,96 ± 1,98	54,80 ± 0,90	55,83 ± 1,16	54,38 ± 0,76	56,20 ± 1,01
AWI, баллы	-3,27 ± 0,36	-2,71 ± 0,36	-3,37 ± 0,24	-2,67 ± 0,34	-3,21 ± 0,22	-2,62 ± 0,23
QoL, баллы	-0,18 ± 0,18	-0,36 ± 0,18	-0,23 ± 0,11	-0,55 ± 0,13	-0,22 ± 0,09	-0,50 ± 0,11*
IDQoL, баллы	-2,27 ± 0,13	-1,93 ± 0,23	-2,04 ± 0,12	-1,95 ± 0,16	-2,09 ± 0,10	-1,95 ± 0,13
DTSQ, баллы	26,81 ± 0,82	26,80 ± 1,44	25,75 ± 0,80	25,08 ± 1,18	25,97 ± 0,70	25,77 ± 0,60
Частота гипергликемий, баллы	3,94 ± 0,36	3,78 ± 0,64	4,06 ± 0,22	4,00 ± 0,41	4,20 ± 0,18	3,83 ± 0,27
Частота гипогликемий, баллы	1,12 ± 0,35	1,56 ± 0,60	1,17 ± 0,21	0,71 ± 0,27	1,25 ± 0,17	0,71 ± 0,21
HbA1c, %	9,36 ± 0,36	8,24 ± 0,58	9,46 ± 0,28	8,56 ± 0,31*	9,44 ± 0,23	8,45 ± 0,28*
Глюкоза, ммоль/л	8,02 ± 0,61	8,79 ± 0,75	9,01 ± 0,32	8,25 ± 0,37	8,80 ± 0,29	8,43 ± 0,35
Холестерин, ммоль/л	5,45 ± 0,30	5,10 ± 0,29	5,97 ± 0,22	5,36 ± 0,22	5,86 ± 0,19	5,26 ± 0,18*
Триглицериды, ммоль/л	2,33 ± 0,54	1,38 ± 0,39	1,85 ± 0,24	1,61 ± 0,25	1,94 ± 0,22	1,51 ± 0,21
ЛПВП, ммоль/л	1,22 ± 0,14	2,76 ± 0,26**	1,88 ± 0,19	2,48 ± 0,30	1,75 ± 0,16	2,60 ± 0,20**
ЛПНП, ммоль/л	3,54 ± 0,37	1,76 ± 0,30**	3,37 ± 0,34	2,31 ± 0,26*	3,41 ± 0,28	2,08 ± 0,20**
ЛПОНП, ммоль/л	0,74 ± 0,10	0,53 ± 0,08	0,66 ± 0,11	0,64 ± 0,11	0,67 ± 0,09	0,59 ± 0,07
Индекс атерогенности	3,55 ± 0,55	3,19 ± 0,26	3,51 ± 0,19	3,04 ± 0,20	3,52 ± 0,17	3,10 ± 0,16

Примечания: \* -  $p < 0,05$  \*\* -  $p < 0,01$  - разница между показателями по сравнению с подгруппой на инсулинотерапии статистически достоверная по критерию Стьюдента

удовлетворенность лечением пациентами была оценена недостаточно высоким баллом. Достоверных различий между группами пациентов, которые наблюдались у врача ПМП и врача-эндокринолога не было выявлено, что говорит о достаточном уровне качества медицинской помощи, оказываемой врачами ПМП.

При анализе исследуемых показателей у пациентов в зависимости от вида лечения СД было установлено, что качество жизни (QoL) в целом у пациентов на ПАДП оценено как достоверно более низкое, чем у пациентов на инсулинотерапии, что говорит о наличии у них других факторов, влияющих на качество жизни, кроме диабета (табл. 2). Среднее влияние диабета (IDQoL) и среднее взвешенное влияние диабета на качество жизни (AWI) были более значимыми у пациентов, находящихся на инсулинотерапии. Показатель компенсации диабета HbA1c был выше рекомендованного у всех пациентов, но достоверно ниже - в группе пациентов на ПАДП. При сопоставлении показателей медицинского и психосоциального состояний пациентов, выявлено, что у пациентов на инсулинотерапии наблюдались достоверно более высокий уровень HbA1c и холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), но качество жизни (QoL) было оценено выше, хотя влияние диабета на качество жизни (AWI) было более значимым, чем у пациентов на ПАДП. Удовлетворенность лечением СД в обеих группах была оценена одинаково как «незначительная удовлетворенность», но достоверной разницы обнаружено не было. Корреляционный анализ показал наличие корреляции между средним взвешенным влиянием диабета на качество жизни AWI и длительностью диабета ( $r=-0,32$ ,  $p < 0,001$ ), а удовлетворенность лечением имела корреляционную связь с качеством жизни ( $r=-0,20$ ,  $p < 0,05$ ).

Рекомендуемый уровень HbA1c (индивидуализированный  $< 7,5\%$ ) имели 31,58% больных наблюдаемых врачом ПМП и 24,24% больных – эндокринологом, удовлетворены лечением были 69,2% пациентов, наблюдаемых у врача ПМП и 66,3% – у врача-эндокринолога.

Результаты социологического опроса и обследования пациентов позволили рассчитать коэффициенты медицинской и социальной эффективности (Км и Кс соответственно) и определить интегральную величину эффективности (Ки). Сопоставление полученных коэффициентов медицинской эффективности (0,32 для врачей ПМП и 0,24 для эндокринологов) свидетельствует, что за медицинскими результатами работа врачей ПМП в 1,33 раза эффективнее работы эндокринологов, что может быть обусловлено наблюдением врачами ПМП пациентов с более легким течением СД – 51% пациентов получали ПАДП. Социальная эффективность составила соответственно Кс=0,69 у врачей ПМП, что в 1,05 раза выше у эндокринологов (0,66). Еще более показательным является интегральный коэффициент эффективности, который для врачей ПМП составил 0,22, а для эндокринологов - 0,16, что свидетельствует о более эффективной в 1,4 раз работе врача ПМП в медико-социальном плане.

### Вывод.

Анализ медико-социальных показателей эффективности медицинской помощи пациентам с сахарным диабетом 2 типа в условиях внедрения нового протокола показал, что достоверных различий между группами пациентов, которые наблюдались у врача первичной помощи и врача-эндокринолога не было выявлено, что говорит о достаточном уровне качества медицинской помощи, оказываемой врачами на первичном звене. При этом интегральный коэффициент эффективности был более высоким у врачей первичной помощи, что может быть обусловлено наблюдением ими пациентов с более легким течением диабета.

Использование опросников ADDQoL19 и DTSQs в Украине в целом продемонстрировало невысокую удовлетворенность лечением и плохое качество жизни пациентов, при этом диабет оказывал дополнительное значительное негативное влияние. Качество жизни и удовлетворенность лечением, а также степень контроля диабета зависели от вида терапии. У пациентов на инсулинотерапии наблюдались достоверно более высокий уровень HbA1c и холестерина липопротеидов низкой плотности, но качество жизни (QoL) было оценено выше, хотя влияние диабета на качество жизни (AWI) было более значимым, чем у пациентов на пероральных сахароснижающих препаратах. Кроме того, наблюдалась корреляционную связь между средним взвешенным влиянием диабета на качество жизни AWI и длительностью диабета ( $r=-0,32$ ,  $p < 0,001$ ), а также удовлетворенностью лечением и качеством жизни ( $r=-0,20$ ,  $p < 0,05$ ).

### Литература:

1. *Quality of Care of Patients with Type 2 Diabetes in Eight European Countries. Findings from the Guideline Adherence to Enhance Care (GUIDANCE) study / Margaret A. Stone, Guillaume Charpetier, Kris Doggen, Oliver Kuss, Ulf Lindblad, Christiane Kellner, John Nolan, Agnieszka Pazderska, Guy Rutten, Marina Trento, Medsci Psychol, Kamlesh Khunti // Diabetes Care. - Publish Ahead of Print, published online. - April 29, 2013. - P. 1-11. - Mode of access: <http://www.care.diabetesjournals.org>*
2. *Quality of Care for Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in the Netherlands and the United States: A Comparison of Two Quality Improvement Programs / Gerlof D. Valk, Carry M. Renders, Didi M. W. Kriegsman, Katherine M. Newton, Jos W. R. Twisk, Jacques Th. M. van Eijk, Gerrit van der Wal, and Edward H. Wagner // HSR: Health Services Research. - 2004. - Vol. 39, № 4, Part I. - P. 709-726.*
3. *Unger Jeff. Diabetes Management in the Primary Care Setting / Unger Jeff. - [2nd Edition.]. - Copyright B©2013, Lippincott Williams & Wilkins, 2013. - 473 p.*
4. *Всемирное руководство по сахарному диабету 2 типа (IDF Clinical Guidelines Task Force/ Global Guideline for Type 2 diabetes. Bruxelles: International Diabetes Federation, 2005) // Міжнародний ендокринологічний журнал. - 2006. - №2(4). - С.23-26.*
5. *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) Guidelines For Diabetes Mellitus. Type 2 diabetes: newer agents for blood glucose control in type 2 diabetes. Clinical Guidelines 66 and 87, 2009, reviewed 2011. - 280 p. - Mode of access: www.*

nice.org.uk

6. *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Guideline 116: Management of Diabetes: A National Clinical Guideline, 2010. - 170 p. - Mode of access: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/116/>*

7. *Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Ендокринологія».* [Текст]: приказ Министерства Здравоохранения Украины от 22.05.2009 № 356. - Режим доступа: - [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20090522\\_356.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20090522_356.html).

8. *Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу* [Текст]: приказ Министерства Здравоохранения Украины от 21.12.2012 № 1118. - Режим доступа: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20121221\\_1118.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20121221_1118.html)

9. *Hanae Ibn El Haj. Quality of care between Donabedian model and ISO9001V2008* [Текст] / Hanae Ibn El Haj, Mohamed Lamrini, Noureddine Rais // *International Journal for Quality Research.* – 2013. - № 7 (1). – P. 17-30.

10. *Глушанко В.С., Артеменко Н.А.. Методика оценки эффективности деятельности врачей общей практики и врачей терапевтов участковых (инструкция по применению)* // УО

«Витебский государственный медицинский университет». – Витебск, 2010. – 17 с.

11. *Пособие по социальной медицине и организации здравоохранения / под ред. Вороненко Ю.В. – К.: Здоровье. – 2002. - С 181-182.*

12. *Шишкова Ю.А. Качество жизни при сахарном диабете: определение понятия, современные подходы к оценке, инструменты для исследования / Шишкова Ю.А., Суркова Е.В., Мотовилин О.Г., Майоров А.Ю. // Сахарный диабет. – 2011. - №3. – С. 70-75*

13. *The development of an individualized questionnaire measure of perceived impact of diabetes on quality of life: the ADDQoL / Bradley C., Todd C., Gorton T., Symonds E., Martin A., Plowright R. // Qual Life Res. – 1999. – № 8. – P. 79–91.*

14. *Bradley C. Importance of Differentiating Health Status from Quality of Life // The Lancet. – 2001. – № 357. – P. 7–8.*

15. *Diabetes Treatment Satisfaction Treatment Questionnaire change version evaluated in insulin glargine trials shows greater responsiveness to improvements than the original / C. Bradley, R. Plowright, J. Stewart, J. Valentine, E. Witthaus // Health and quality of life outcomes. – 2007. - №5. – P.57 -62.*



**РАДИОМОДИФИКАЦИЯ ФТОРАФУРОМ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ**

**Абдылдаев Т.А., Найзабекова С.Ш.**

Национальный центр онкологии МЗ КР

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** На протяжении последних лет ведется изучение эффективности химиолучевой терапии больных при раке шейки матки, путем применения радиомодифицирующих свойств некоторых цитостатиков, их способности усиливать радиационное поражение и уменьшать радиорезистентность злокачественной опухоли. В отделении химиотерапии Национального центра онкологии проведено исследование с использованием цитотоксического препарата в радиомодифицирующих дозах во время лучевой терапии больных при раке шейки матки. Сочетанная лучевая терапия у 52 больных местнораспространенном раке шейки матки в комбинации со фторафуром в качестве радиомодификатора показала достаточно высокую эффективность данного метода. Объективный эффект составил 78,9% (при 36,6% полных ремиссий).

**Ключевые слова:** радиомодификатор, фторафур, лучевая терапия, рак шейки матки.

**РАДИОМОДИФИКАЦИЯ КАТАРЫНДА ФТОРАФУР МЕНЕН БИРГЕЛЕШКЕН ЖАТЫН МОЮНЧАСЫНЫН ЗАЛАЛ ШИШИК ООРУСУН ДААРЫЛОО**

**Абдылдаев Т.А., Найзабекова С.Ш.**

Улуттук онкология борбору, КР ССМ

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Акыркы жылдардын ичинде химия жана нур терапиясынын натыйжалуулугу жатын моюнчасынын залал шишигин дарылоо жолдору изилденүүдө, кээ бир цитостатиктердин радиомодификациялык мүмкүнчүлүгүн пайдаланып алардын радиациялык талкалоосун күчөткөнү, залал шишиктин радиорезистенттүүлүгүн азайтуусу түрүндө. Улуттук онкология борборунун химиотерапия бөлүмүндө жүргүзүлгөн изилдөөдө жатын моюнчасынын залал шишигин даарылоодо цитотоксикалык даарыларды радиомодификациялык өлчөмдө нур терапиясы менен пайдаланган. Нур терапиясы 52 жатын моюнчасында залал шишиги бар ооруларга радиомодификация катарында бириктирилип берилген, өзүнүн эффективдүүлүгүн жогорку деңгееде көрсөтө алды. Эффективдүүлүгү 78,9% болду (36,6% толук ремиссияда).

**Негизги сөздөр:** радиомодификатор, фторафур, нур терапиясы, жатын моюнчасынын залал шишиги.

**RADIOMODIFICATION FTORAFUR IN THE COMBINED TREATMENT OF PATIENTS WITH CERVICAL CANCER**

**Abdyldaev T.A., Naizabekova S.Sh.**

National Center of Oncology, MoH of KR

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** Over the past years the research of the effectiveness of chemoradiotherapy patients with cervical cancer has taken place, by using the radiomodifying properties of some cytotoxic drugs, their ability to enhance radiation damage and reduce the radioresistance of cancer. The research on usage of cytotoxic drugs in radiomodifying doses during radiotherapy of patients with cervical cancer was conducted in the Department of chemotherapy of National Center of Oncology. Combined radiotherapy among 52 patients with locally advanced cervical cancer in combination with “Ftorafur” as radiomodifier showed sufficiently high efficiency of this method. Objective effect amounted to 78.9% (with 36.6% complete remission).

**Key words:** radiomodifiers, ftorafur, radiation therapy, cervical cancer.

В последнее время появляется много публикаций о целесообразности применения химиолучевой терапии у больных при раке шейки матки. Это объясняется тем, что при одновременном применении химиотерапии и лучевой терапии усиливается цитотоксическое действие на опухоль [1,3]. Более того, при данном сочетании достигается аддитивность общего и местного эффектов, то есть влияние медикаментозного и лучевого компонентов, направленных как на первичный очаг, так и на метастазы [2,4].

Общеизвестно, что на радиочувствительность опухоли влияет много факторов. Среди которых могут быть клеточные клоны, имеющие первичную высокую радиочувствительность или наоборот, значительную радиочувствительность по сравнению с опухолью в целом [4]. Кроме того, практически в каждой опухоли есть зоны наиболее резистентных гипоксических клеток, которые теряют чувствительность к действию ионизирующего излучения. Чувствительность опухоли к облучению

также зависит от степени ее кислородного насыщения. При снижении парциального давления кислорода в злокачественных клетках ускоряются процессы репарации ДНК, что уменьшает деструктивное влияние облучения [2,6].

Согласно данным исследования за последние два десятилетия, радиочувствительность ткани и клеточной популяции может быть изменена рядом факторов, которые регулируют распределение клеток по фазам митотического цикла, даже если чувствительность самих клеток не меняется при этом [6,3]. Эти факторы относятся к группе средств, способных усиливать радиационное поражение и уменьшать формирование радиорезистентности злокачественных опухолей – это радиомодификаторы. Методики радиомодификации основываются на особенностях оксигенации и реоксигенации, кинетики пролиферативных процессов и разнице в темпах восстановления опухоли и окружающих ее нормальных тканей, способности их к репопуляции [3, 6].



Многочисленные публикации на эту тему подтверждают возможность существенного (на 20–30%) улучшения отдаленных результатов лучевой и комплексной терапии злокачественных опухолей разной локализации [1, 2, 3, 6].

Было изучено значительное количество химиотерапевтических цитостатических препаратов с разными видами радиосенсибилизирующего действия, среди которых блеомицин, полиплатинен, метотрексат, паклитаксел, гидроксикарбамид, 5 – фторурацил и другие [4,7,8]. Оптимальный радиомодификатор на сегодняшний день еще не найден, что обуславливает поиск средств, которые могут селективно повысить радиочувствительность опухолевых клеток.

Среди фармакологических цитостатических агентов с выраженным радиомодифицирующим действием широко известны препараты фторпиримидинового ряда (флюоропиримидины). Основанием для использования 5 – FU как препарата этой группы является свойство значительного поглощения урацила опухолевыми клетками по сравнению с нормальными за счет непрямого угнетения тимидинсинтетазы (ТС).

5-FU проникает в клетки через систему транспорта урацила с дальнейшей активацией путем реакции фосфорилирования с помощью дигидропиримидиндегидрогеназы (ДПД), образуя неактивные и активные метаболиты. Противоопухолевый эффект оказывает один из активных метаболитов 5 – FU – нуклеотид 5 – фтордезоксифторидинмонофосфат (FdUMP), который соединяется с ферментом ТС, тормозя его. Поскольку противоопухолевая активность 5-FU реализуется с помощью его метаболитов, этот препарат относят к группе непрямых ингибиторов ТС. Противоопухолевое действие препарата 5-FU на клетки проявляется в наиболее резистентной S-фазе их жизненного цикла и приводит к переходу большинства злокачественных клеток в следующую, радиочувствительную фазу цикла – митоз [5,9,10 ].

Фторафур – препарат фторпиримидинового ряда, синтезированный для перорального использования, который позволяет создавать и поддерживать такую

концентрацию 5-FU в плазме крови, как и при внутривенных пролонгированных инфузиях, что предотвращает развитие гематологических осложнений, связанных с длительными внутривенными введениями. Уникальной особенностью этого препарата является активация его метаболитов непосредственно в опухолевой ткани, которая имеет для этого фермент – тимидинфосфорилазу (ТФ). На заключительном этапе трансформации фторафура ТФ превращает промежуточный метаболит 5-дезоксифторуридин (5DFUR) с цитостатическим действием в 5–FU, который с помощью ДПД угнетает тимидинсинтетазу [7, 8, 10].

Таким образом, фторафур становится активным агентом только после ферментного каскада превращений *in vivo* и имеет селективное противоопухолевое действие за счет выборочной активации фермента ТФ в опухолевых клетках, что позволяет поддерживать постоянный уровень 5 – FU в тканях опухоли [4,5,9].

**Целью исследования** являлось клиническое изучение эффективности химиолучевого лечения больных местнораспространенном раке шейки матки с применением фторафура в качестве радиомодификатора.

**Материалы и методы исследования.**

Проанализированы результаты химиолучевого лечения 52 больных при раке шейки матки Пб–Шб стадии. Возраст больных составлял от 29 до 74, медиана- 52,2 года. Гистологическая структура опухоли представлена в основном плоскоклеточным неороговевающим вариантом – 47 больных (90,4%), плоскоклеточный ороговевающий у 3 больных (5,8%) и умереннодифференцированная аденокарцинома у 2 (3,8%). Общая характеристика больных представлена в таблице 1.

Больным проводился радикальный курс сочетано-лучевой терапии по СПЛИТ курсу на аппарате «Terabalt» (АГАТ-С) двумя открытыми полями S<sub>16x17 см<sup>2</sup></sub> Н-20 см, ЕОД – 2Гр до СОД -40 Гр., затем двумя фигурными полями до СОД – 50 Гр. Внутриполостная гамма терапия проводилась на аппарате «АГАТ-В» ЕОД – 10Гр №3 + 7Гр №1. В качестве радиомодификатора использовался фторафур в дозе 400 мг перорально каждые 12 часов, суммарно 800

**Таблица №1**  
**Общая характеристика больных**

Число больных	52 (100%)
Возраст (медиана)	29-74(52,2)
Общее состояние по ВОЗ	
0	32 (61,5%)
1	15(28,8%)
2	5 (9,7%)
Гистологическая форма опухоли	
Плоскоклеточныйнеороговевающий	47 (90,4%)
Плоскоклеточный ороговевающий	3 (5,8%)
Умереннодифференцированная	
Аденокарцинома	2 (3,8%)
Стадия заболевания	
Пб	19 (36,5%)
Ша	1 (1,9%)
Шб	32 (61,6%)

Эффективность комбинированной терапии у больных при раке шейки матки

Метод лечения	Число больных	Степень регрессии опухоли (абсолютное и % число больных)			
		Полная регрессия опухоли	Частичная регрессия опухоли > 50%	Стабилизация процесса	Отсутствие эффекта
СЛТ + фторафур, (n=52)	52 (100%)	19 (36,6%)	22 (42,3%)	10 (19,2%)	1 (1,9%)

мг/сутки.

Клиническая стадия заболевания была установлена в соответствии с критериями Международной классификации (TNM), согласно которой число больных со Пб стадией составило 19 (36,5%), с Пш стадией – 1 больная (1,9%) и Пбб стадией – 32 больных (61,6%). Эффективность комбинированного лечения оценивалась согласно стандартных критериев ВОЗ с использованием клинического и ультразвукового методов: полная регрессия опухоли (100%), частичная регрессия опухоли (>50%), стабилизация процесса (уменьшение <50% или увеличение опухоли <25%), прогрессирование болезни (рост опухоли > 25%). Токсичность химиотерапии также была оценена по стандартным критериям ВОЗ.

**Результаты исследования и обсуждение.**

По данным анализа результатов проведенного лечения полная регрессия опухоли была достигнута у 19 больных (36,6%), частичная регрессия у 22 (42,3%), стабилизация эффекта у 10 (19,2%) и отсутствие эффекта отмечено у 1 больной (1,9%). Объективный эффект (частота полных и частичных регрессий) наблюдался у 41 больной, что составило 78,9%.

Рецидив заболевания возник у 7 пациенток (13,5%), в основном у больных с Пбб стадией заболевания.

Токсичность была оценена во всей группе больных, основным видом токсичности были гастроинтестинальные проявления в виде тошноты и рвоты 1-2 степени у 41(78,8%), 3-4 степени у 11 (21,2%). Гематологическая токсичность в виде умеренной анемии 1-2 степени у 35(67,3%), лейкопения у 9 (17,3%) больных. Следует отметить, что у части больных анемия наблюдалась еще до начала лечения. Случаев фебрильной нейтропении не наблюдалось. Осложнения лучевой терапии в виде постлучевого ректита и цистита наблюдались в 24 случаях (46,1%). Все побочные действия носили обратимый характер, ни одна больная не умерла от токсических проявлений химиолучевой терапии. Использование фторафура с радиомодифицирующей целью не вызвало каких либо выраженных проявлений токсичности, что привело бы к нарушениям в процессе лучевой терапии.

**Заключение.**

Таким образом, эффективное комбинированное лечение больных местнораспространенном раке шейки

матки Пб-Пбб стадии возможно при использовании радиомодифицирующих свойств цитостатиков, которые способствуют усилению деструктивного процесса в опухоли. Анализ стандартной методики сочетанной лучевой терапии в комбинации с фторафуром в качестве радиомодификатора позволил достичь полной регрессии опухоли в 36,6% случаях. Общая эффективность (частота полных + частичных регрессий) предложенной терапии была высокой и составила 78,9%. Проявления токсичности не повлияли на общее состояние пациенток и не превышали I – II степени токсичности по шкале EORTG.

**Литература:**

1. Бойко А.В., Дарьялова С.Л., Демидова Л.В. и др. Радиомодификация при лучевой терапии со злокачественными опухолями//Метод. рекомендации. –М., 1996. – 11с.
2. Голдобенко Г.В., Канаев С.В. Факторы прогноза и возможность индивидуализации лучевого лечения онкологических больных // Вопр. Онкологии – 2000. – Т. 46 №3. – С. 361-365.
3. Дарьялова С.А., Бойко С.Л., Черниченко А.В. Современные возможности лучевой терапии злокачественных опухолей // Рос.онколог.журн.-2000. - №1.- С.48-55.
4. Ермакова И.А. Роль химиотерапии на различных этапах лечения рака шейки матки // Практ. Онкология. – 2002. – 1.3 №3. – С. 211-219.
5. Киселева Е.С., Голдобенко Г.В., Канаев С.В. Лучевая терапия злокачественных опухолей// Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1996. –С.464.
6. Мардынский Ю.С. Современные проблемы повышения эффективности лучевой терапии // V ежегодная Российская онкологическая конференция: Материалы, г.Москва, 27-2 ноября 2001г.-М., 2001.-С.24-28.
- 7.Манзюк Л.В., Переводчикова Н.И., Горбунова В.А., Артамонова Е.В.и др. Фторафур первый пероральный фторпиримидин в терапии метастатического колоректального рака // Современ.онкология.-2007.-Т.3.№4.-С.1-5.
8. Vanderwilt C.L., Marineli A., PinedoH.M. et al. The effect of different routes of administration of 5-fluorouracil on thymidilate synthase inhibition in the rat//Europ.J.Cancer.- 1999.-83.-P.754-760.
9. Lutgens L., Schutte B., Jong J. et al. DNA content as prognostic factor in cervix carcinoma stage IB-III treated with radiotherapy// Gynecol.Oncol.-1994.-Vol.54, №3. – P.275-281.
10. Malievf M., Bogatyrew M., Nechushkina J. Laser DNA – flow cytofluorometry in the differential diagnosis and prognosis of the cervix uteri cancer//Klin.Lab.Diagn.-2005.-№8.-P.40-43.

АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН  
С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ

Тепеева Т.Х.

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

**Резюме.** У большинства женщин с гиперпластическими процессами эндометрия 64(76,2%) климактерический синдром имеет тяжёлое и средне-тяжёлое течение, протекает на неблагоприятном соматическом фоне ассоциированном с высокой частотой болезней сердечно-сосудистой системы таких как, гипертоническая болезнь 27,4%, ИБС-14,3%, заболеваний щитовидной железы – 27,4% и гепато-билиарной системы – 17,9%. У 53,5% женщин зарегистрированы выраженные метаболические нарушения.

**Ключевые слова:** гиперплазия эндометрия, патологический климакс, репродуктивный анамнез, соматический анамнез, менопаузальный индекс.

АЯЛДАРДЫН ЭНДОМЕТРИЙ ГИПЕРПЛАЗИЯСЫ ЖУРУШТӨРҮНДӨГҮ КЛИМАКС  
СИНДРОМУНУН ӨТҮҮСҮНҮН АНАЛИЗИ

Тепеева Т.Х.

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

**Корутунду.** Аялдардын көпчүлүгүндө эндометрий гиперплазиясы 64(76,2%) абалында климакс синдрому оор жана орто – оордукта жүрүп, жүрөк – кан тамыр системасынын гипертония оорусу – 27,4%, ЖИО – 14,3%, калкан безинин – 27,4%, гепато – билиардык системасынын - 17,9% ооруларынын өтө көбү менен чакырлыган жагымсыз соматикалык шартында өтөт. Аялдардын 53,5% да метаболиялык даана бузулуштары белгиленген.

**Негизги сөздөр:** эндометрий гиперплазиясы, патологиялык климакс, репродуктивдик анамнез, соматикалык анамнез, айыз мезгилинин тынуу индекси.

ANALYSIS OF CLIMACTERIC SYNDROME COURSE IN WOMEN WITH HYPERPLASTIC  
PROCESSES OF ENDOMETRIUM

Тепеева Т.Н.

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

**Resume.** In majority of women with hyperplastic processes endometrium has severe and medium- severe course, passes by high frequency of diseases of cardiovascular system hypertensive diseases – 27,4%, IHD – 14,3%, thyroid glands -27,4% and hepato –biliary system -17,9%. Marked metabolic disturbances are observed in 53,5% of women.

**Key words:** hyperplasia of endometrium, pathological climax, reproductive anamnesis, somatic anamnesis, menopausal index.

**Актуальность.**

Как известно, патологические пролиферативные изменения слизистой оболочки тела матки, называемые гиперплазиями эндометрия, относятся к одному из самых распространенных гинекологических заболеваний [2, 9, 7, 11]. У женщин в пре - и постменопаузе отмечается развитие гиперпластических процессов эндометрия, частота различных форм которых составляет 23% всех гинекологических заболеваний [3, 4, 8].

В течение многих лет гиперпластические процессы эндометрия привлекают пристальное внимание специалистов в связи с риском их раковой трансформации, которая достигает 23-75 % в пери - и постменопаузе [2]. В соответствии с данными исследований [3] в 70% случаев гиперпластические (фоновые и предраковые) процессы эндометрия предшествуют раку тела матки. В 10-50 % случаев в течение одного - трёх лет атипичная гиперплазия эндометрия переходит в инвазивный рак [5, 6].

К сожалению, несмотря на то, что в последние годы отмечается повышенный интерес к ГПЭ, вопросам их морфогенеза и патогенеза, имеет место заметное отставание в диагностике, лечении и профилактике этого заболевания. Ряд медико-организационных вопросов, касающихся обследования женщин групп высокого риска по развитию ГПЭ, объемов диагностических исследований при профилактических осмотрах, выбора эффективных

скрининговых методов диагностики и профилактики не решен до настоящего времени [1, 10].

**Цель.** Изучить особенности репродуктивно-соматического анамнеза и течение климактерического синдрома у женщин с гиперпластическими процессами эндометрия

**Материалы и методы исследования.**

Согласно поставленной цели исследования были применены статистические методы исследования, позволяющие установить структуру климактерического синдрома среди женщин пери- и постменопаузального периода. Метод состоял в изучении результатов информации, полученной при заполнении таблицы расчета модифицированного менопаузального индекса предложенный в 1959 г. Киррегшап и др., и известный в нашей стране в модификации Е.В. Уваровой; выборке данных медицинской документации. Проанализирована структура климактерического синдрома различной степени выраженности и клинических форм среди женщин с гиперпластическими процессами эндометрия. Каждый из отдельных симптомов оценивался в зависимости от степени выраженности в баллах от 0 до 3. Выделенные симптомокомплексы оценивались по группам. Значение нейро-вегетативного симптомокомплекса до 10 баллов соответствует отсутствию клинических проявлений, 10-20 баллов — слабая степень, 21-30 — средняя, свыше 30 — тяжелая форма синдрома.

Обменно-эндокринные и психоэмоциональные нарушения оценивались: в пределах 1-7 баллов — слабая степень, 8-14 — средняя, свыше 14 — тяжелая, основанные на анализе данных медицинской документации. При обследовании женщин также использовались общеклинические методы исследования (профессия; семейное положение; данные анамнеза (соматический, гинекологический, репродуктивный, семейный); общий осмотр; измерение роста, веса; гинекологический осмотр; состояние менструального цикла на момент обследования. Степень выраженности ожирения рассчитывалась по индексу массы тела по Кетле по формуле:  $ИМТ = \text{вес тела (г)} / \text{длина тела}^2 \text{ (см)}$ .

Из всех 497 пациенток с патологическим климаксом по данным УЗИ гиперплазия эндометрия выявлена у 84 (16,9%). Для верификации вида гиперплазии эндометрия у 84 пациенток применялось диагностическое выскабливание полости матки с последующим гистологическим исследованием. Средний возраст обследованной группы женщин составил  $46 \pm 4,1$  лет.

**Результаты исследования.**

*Оценка репродуктивного анамнеза.* Оценка репродуктивной функции показала, что только 8(9,5%) из них не имели беременностей, 4(4,8%) из них — не жили половой жизнью. У 72(85,7%) пациенток данной клинической группы в анамнезе были роды, причём 16 (22,2%) имели по одному ребёнку, 54(75%) — два и более. У 2(2,8%) — в анамнезе было рождение мертвых детей. Только 8(10%), из 80, живущих половой жизнью женщин, не делали аборт. У 10(13,9%) из 72 женщин, делавших аборт имели по одному аборту, 62(86%) — по два и более. Предпочитаемый метод контрацепции у данной категории пациенток — внутриматочная спираль — 53(66,3), 8(10%) — использовали барьерный метод контрацепции, 4(5%) — гормональную контрацепцию, остальные 6(7,5%) пациенток вообще не использовали никакой контрацепции. У одной женщины (1,3%) была проведена хирургическая стерилизация. (Рис.1)

Оценка состояния органов репродуктивной системы у женщин, страдающих различными типами гиперпластических процессов эндометрия, показала, что данная категория женщин имела различную сопутствующую гинекологическую патологию. У 38(45,2%) женщин были явления хронического миоэндометрита, 27(32,1%) пациенток отмечали наличие хронических воспалительных процессов придатков матки, 12(14,3%) ранее наблюдались по поводу патологии шейки матки. У 8(9,5%) диагностирована киста яичника. Гиперплазия в сочетании с лейомиомой матки была выявлена в 48(57,1%) случаях, без лейомиомы у 36(42,9%) женщин. Для верификации диагноза было проведено гистологическое исследование соскоба из полости матки. У 59(70,2%) женщин верифицирована железисто-кистозная гиперплазия, у 20(2,4%) женщин — железистая, у 5 (6,0%) — атипическая. Важно отметить, что у всех женщин гиперплазия эндометрия сопровождалась дисфункциональными маточными кровотечениями. У 68(81,0%) пациенток данной группы гистологическое исследование продемонстрировало воспалительную

трансформацию эндометрия.

*Анализ соматического анамнеза*

В структуре экстрагенитальных заболеваний преобладает во всех трёх клинических группах различной формы гиперплазии эндометрия гипертоническая болезнь - 23(27,4%), ИБС - у 12(14,3%), заболевания щитовидной железы — у 23(27,4%), заболевания печени — у 8(9,5%), желчевыводящих путей — 7(8,3%), легких у 2 (2,4%). Настораживает высокая распространённость патологии щитовидной железы у данной категории женщин, каждая четвертая пациентка с гиперплазией эндометрия имела указанную патологию. У 39(46,4%) женщин индекс массы тела превышал 26. Шесть (7,1%) пациенток наблюдались в эндокринологическом диспансере по поводу сахарного диабета, то есть у 45(53,6%) женщин имелись метаболические нарушения. У 73(86,9%) женщин при обследовании выявлена фиброзно-кистозная болезнь молочной железы. (Рис 2.)

*Особенности течения климактерического синдрома.*

У 13(15,5%) пациенток данной группы наступление климакса манифестировало развитием артериальной гипертензии с частыми приступами головных болей, головокружением, слабостью. 10(1,2%) пациенток отмечали наличие повышенного АД до наступления климактерической перестройки, но появление гипертонических кризов связывали с наступлением климакса. 12(14,3%) пациенток отмечали появление загрудинных болей, чувство тяжести за грудиной. Детальное обследование этих женщин подтвердило наличие ишемической болезни сердца (ИБС). У 4(4,8%) женщин имелась клиническая симптоматика гипоталамических кризов: появлением приступообразных сердцебиений, с похолоданием конечностей, болями и чувством замирания в области сердца (чувство стеснения), резчайшей слабостью, адинамией, потливостью, головокружениями, повышением АД. Указанные проявления сопровождалось ознобоподобным тремором, нередко, учащенным стулом, выделением большого количества светлой мочи. Кризы чаще всего возникали в вечернее время и ночью. У 26(31,0%) женщин с ГЭ отмечалось появление тревожно-депрессивных состояний, резкие перепады настроения, страх перед будущим, чувство ненужности, 80(95,2%) женщин предъявляли жалобы на появление приливов, резкой слабости, приступов сердцебиения. На бессонницу и трудности при засыпании жаловались 72(85,7%) женщины. Чувство страха перед очередным наступлением кровотечения из половых путей испытывали 34(40,5%) женщины данной клинической группы, поскольку имели негативный опыт неоднократного хирургического кюретажа. В 12 случаях, женщины категорически настаивали на экстирпации матки, что составило 14,3%. Все женщины с ГЭ отмечали наличие костно-суставного синдрома различной степени выраженности — от сильно выраженных болей в суставах и невозможности засыпания — до периодически возникающих ноющих болей в области тазобедренных суставов и поясничной области. В связи с симптомами климакса 19(22,6%) женщин жаловались на невозможность работать, а 9(10,7%) были вынуждены бросить работу из-за невозможности по причине частых



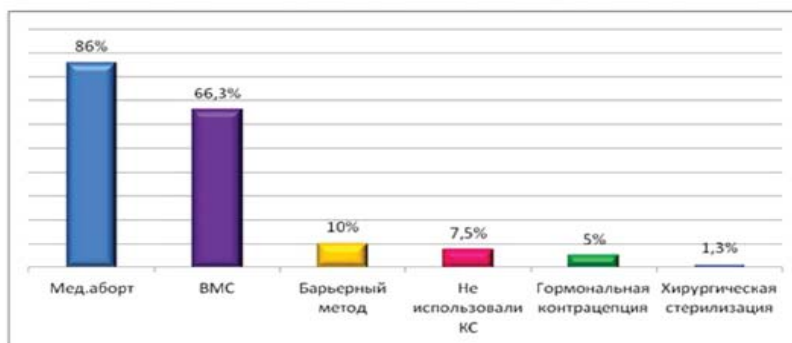


Рис.1. Используемые методы контрацепции у женщин с гиперплазией эндометрия на фоне ПК

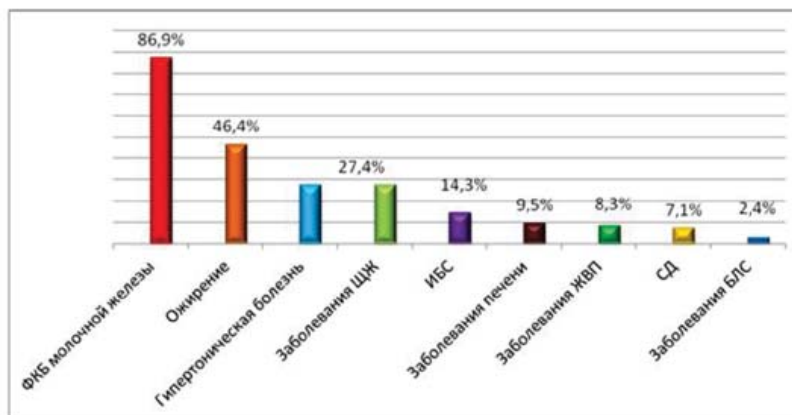


Рис.2. Экстрагенитальная патология у женщин с ГПЭ на фоне ПК

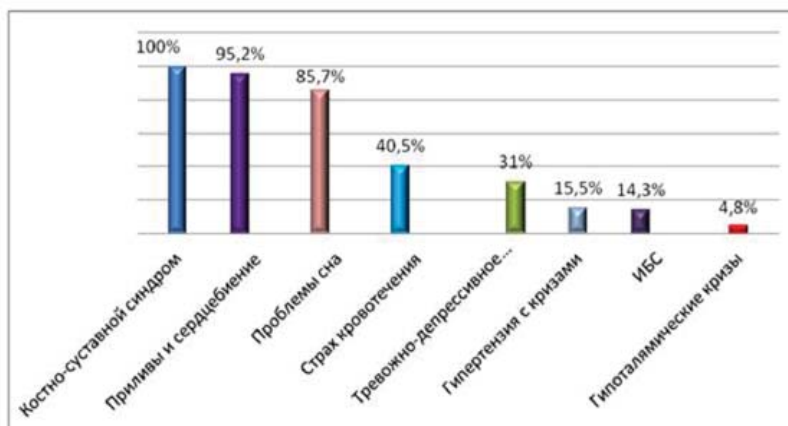


Рис.3. Клинические проявления климактерического синдрома у женщин с ГПЭ

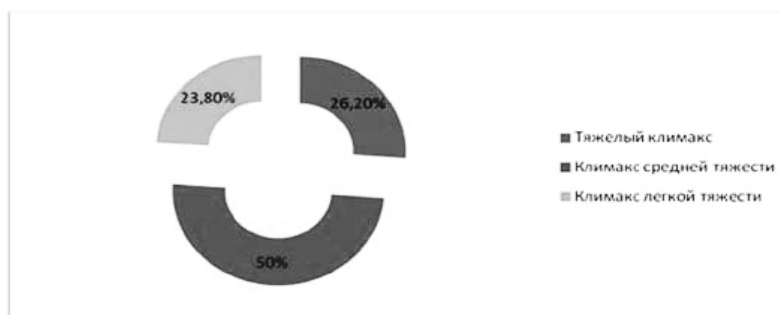


Рис. 4. Классификация ПК по МПИ у женщин с гиперпластическими процессами эндометрия



приливов, резкой слабости, приступов сердцебиения и непредсказуемых маточных кровотечений. Важно отметить, что патологический климакс у женщин с ГЭ в 39(46,4%) случаях протекал на фоне ожирения, в 6(7,1%) - сахарного диабета, то есть у 45(53,6%) женщин имелись метаболические нарушения. В данной клинической группе 5(5,9%) женщин развелись с мужем по причине постоянных сор на почве плохого самочувствия, раздражительности, слабости и невозможности поддерживать прежние семейные отношения. (Рис.3)

Согласно расчётам менопаузального индекса, где каждый из отдельных симптомов оценивался в зависимости от степени выраженности баллами от 0 до 3, 22(26,2%) женщины, соотношены к тяжелой форме течения КС, 42(50,0%) – к средней и 20(23,8%) – к лёгкой. (Рис.4)

### **Заключение.**

Таким образом, представленный анализ течения климактерического синдрома у женщин на фоне гиперплазии эндометрия показал, что у большинства женщин 64(76,2%) он имеет тяжёлое и средне-тяжёлое течение, протекает на неблагоприятном соматическом фоне - высокая частота болезней сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь 27,4%, ИБС-14,3%), щитовидной железы – 27,4% и гепато-билиарной системы – 17,9%. У 53,5% женщин зарегистрированы выраженные метаболические нарушения – 7,1% сахарный диабет, и ожирение – в 46,4% случаях. Гиперплазия эндометрия у женщин с патологическим климаксом сочетается в 42,9% случаях с лейомиомой матки. У 57,1% женщин маточные кровотечения имели рецидивирующий характер (40,5% хирургический гемостаз. 16,7% - гормональный гемостаз. Климактерический синдром у 15,5% женщин манифестировал резким повышением АД. У 31% женщины преобладали неврологические расстройства, все пациентки данной клинической группы имели костно-суставной синдром. Ни одна женщина не получала лечения климактерического синдрома. 39(46,4%) пациенток

периодически получали гормональную терапию разными гормоносодержащими препаратами.

### **Литература:**

1. Ахметова Е.С., Белокриницкая Т.Е., Чарторижская Н.Н., Роль-инфекций и хронического воспаления в патогенезе гиперпластических процессов эндометрия // Проблемы репродукции. Спец. Выпуск.-2009. - С.167-168.
2. Бохман Я.В. Полинеоплазии органов репродуктивной системы / Я.В. Бохман, Е.П. Рыбкин. - СПб.: ООО «Нева-Люкс», 2001. - 240 с.
3. Гаспарян С.А., Подина Н.В., Гондаренко О.А. Современные методы лечения гиперпластических процессов эндометрия // Проблемы репродукции.- Спец. выпуск.-2009.-173с.
4. Ладневоцкий Ю.Д., Шнайдерман М.С. Диагностическая значимость разных методов/ исследования при внутреннем эндометриозе матки // Акуш. и гинекол. 2000. N 3. С. 48-53.
5. Панкратов В.В. Комбинированное лечение больных предраком эндометрия / В.В. Панкратов, К.Р. Бахтияров, Н.А. Клиндухов // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2004. - Т. 3. - №4. – С. 23-26.
6. Полякова В.А. Онкогинекология / В.А. Полякова. - М.: Изд-во «Мед. Книга», 2001.- 192 с.
7. Романовский О.Ю. Гиперпластические процессы эндометрия в репродуктивном периоде / О.Ю. Романовский // Гинеколог. - 2004. - Т.6. -№6. – С. 47-53.
8. Хачатрян Л.Т. Структурно-функциональные особенности эндометрия в постменопаузе // автореф. . канд. мед. наук.-М.-2008.-24 с.
9. Ченик О.Ф. Морфогенез гиперпластических процессов эндометрия / О.Ф. Ченик // Практическая онкология. - 2004. - Т.5. - №1. - 9-15.
10. Furness S., Roberts H., Marjoribanks J., Lethaby A. Hormone therapy in postmenopausal women and risk of endometrial hyperplasia. Editorial Group: Cochrain Menstrual Disorders and Subfertility Group. Published Online: 15 AUG 2012, Assessed as up-to-date: 27 JAN 2012, DOI: 10.1002/14651858.CD000402.pub4.
11. Marsden DE. Optimal management of endometrial hyperplasia / D.E. Marsden, N.F. Hacker // Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. - 2001. - Jun; 15 (3). -P. 393-405.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНАЦИИ АМЛОДИПИНА И ЛИЗИНОПРИЛА В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИИ У ЖЕНЩИН В ПОСМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**

**Юсупова Г. С., Саткыналиева З.Т.**

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 комбинации амлодипина 5 мг и лизиноприла 10 мг на показатели артериального давления (АД), углеводного и липидного обменов у женщин в постменопаузальном периоде (ПМП). Обследованы 34 женщины в постменопаузальном периоде с гипертонической болезнью I и II степени, находящиеся на диспансерном учете в ЦСМ № 7 г. Бишкека. На фоне месячного курса применения комбинации амлодипина и лизиноприла отмечалось достоверное снижение как систолического, так и диастолического АД, по данным измерения АД методом Короткова. Суточная доза амлодипина 5 мг и лизиноприла 10 мг метаболически нейтральна, не влияет на углеводный и липидный обмен у женщин с АГ в постменопаузальном периоде.

**Ключевые слова:** лизиноприл, амлодипин, гипертоническая болезнь, постменопаузальный период.

**АЙЫЗЫ БҮТКӨН КАН БАСЫМЫ ЖОГОРУ АЙЫМДАРДЫ АМЛОДИПИН ЖАНА ЛИЗИНОПРИЛ МЕНЕН БИРГЕ ДАРЫЛООДОГУ ТААСИРИ**

**Юсупова Г. С., Саткыналиева З.Т.**

Академик Мирсаид Миррахимов атындагы Улуттук кардиология жана терапия борбору  
И.К. Ахунбаев атындагы кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы  
Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Изилдөөнүн максаты – амлодипин жана лизиноприлди бириктиргенде айызы бүткөн айымдардын кан басымынын, углевод жана липид алмашуусунун көрсөткүчтөрүнө тийгизген таасири. Бишкек шаарынын №7 ҮДТ-да диспансердик каттоодогу, кан басымы жогору айызы бүткөн 34 айым изилденди. 5 мг амлодипин жана 10 мг лизиноприлди күнүнө бирге колдонуу менен бир айлык дарылоонун натыйжасында кан басымы ылдыйлаган (Коротков ыкмасы боюнча аныкталган). Ошондой эле 5 мг амлодипиндин жана 10 мг лизиноприлди бириктирүүдө углевод жана липид алмашуусуна таасир тийгизбөөсү аныкталган.

**Негизги сөздөр:** амлодипин, лизиноприл, кан басымы жогоруулугу (гипертония оорусунун I жана II деңгээлдери).

**EFFECTIVENES OF THE COMBINATION OF AMLODIPINI AND LISINOPRILI IN TREATMENT OF POSTMENOPAUSAL WOMEN WITH ESSENTIAL HYPERTENSION**

**Yusupova G.S., Satkynaliev Z.T.**

National center of cardiology and therapy named after Academic Mirsaid Mirrakhimov  
I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** The purpose of research is the study of effect combination of amlodipini and lisinoprili on the rate of blood pressure and carbohydrate and lipid metabolizms in postmenopausal women with essential hypertension (EH). The study included 34 postmenopausal women with essential hypertension who are at a dispensary in FMC №7 in Bishkek. On the background of a month course at a dose of 5 mg of the amlodipini and 10 mg of the lizinoprili in the day systolic pressure and diastolic pressure were decreased according to the Riva Rocci Korotkoff method for blood pressure measurement. Daily dose of 5 mg amlodipini and 10 mg lizinoprili does not affect carbohydrate and lipid metabolizms in postmenopausal women with essential hypertension.

**Key words:** amlodipine, lizinopril, essential hypertension, postmenopausal period

По данным эпидемиологических исследований половину общей популяции пациентов составляют женщины в постменопаузальном периоде [1]. Установлено, что повышенный уровень артериального давления (АД) является важным и независимым фактором риска развития коронарной болезни сердца и инсульта у женщин среднего возраста. Крупномасштабное Фремингемское исследование подтвердило, что постменопаузальная гипертония часто сочетается с нарушениями углеводного и липидного обмена, что, в свою очередь, приводит к росту числа сердечно-сосудистых осложнений [2].

При лечении постменопаузальной гипертонии нередко возникает необходимость в назначении гипотензивных средств. Лекарство, рекомендуемое для лечения гипертонии после менопаузы, не должно усугублять остеопороз, отрицательно влиять на липидный спектр крови, углеводный, пуриновый обмен и должно

хорошо сочетаться с возможной заместительной терапией [3].

**Цель нашего исследования:** оценить гипотензивный эффект, а также влияние на липидный и углеводный обмен комбинации амлодипина и лизиноприла у женщин с артериальной гипертензией (АГ) в постменопаузальном периоде (ПМП)

**Материалы и методы.**

Обследованы 34 женщины в среднем возрасте  $50 \pm 1,5$  года с гипертонической болезнью (ГБ) I-II степени и в постменопаузальном периоде (ПМП). Пациенты находились на диспансерном учете в центре семейной медицины №7. В течение месячного периода пациентки принимали сочетание амлодипина 5 мг и лизиноприла 10 мг в сутки. Исходное и контрольное обследование включало физикальный осмотр больной, измерение АД методом Короткова, анализ уровней сахара, холестерина – липопротеида низкой плотности (ЛПНП) и холестерина -

Таблица 1.  
Показатели АД у больных АГ в постменопаузальном периоде на фоне приема фиксированной комбинации амлодипина и лизиноприла

Показатель	До лечения	Через 14 дней	После лечения
САД, мм рт.ст.	162,6 ± 2,3	142,6 ± 1,6*	130,8 ± 1,4**
ДАД, мм рт.ст.	95,5 ± 1,9	81,1 ± 1,3*	76,6 ± 1,3**

Примечание: Разницы \* на 14 день ( $p < 0,05$ ) и \*\* в конце лечения ( $p < 0,05$ )

Таблица 2.  
Влияние фиксированной комбинации амлодипина и лизиноприла на показатели липидного и углеводного обменов у больных с АГ в постменопаузальном периоде

№	Показатели	Обследуемая группа	
		исходно	Через месяц
1.	ХС ЛП НП, ммоль/л	3,86 ± 0,87	3,91 ± 0,91
2.	ХС ЛП ВП, ммоль/л	0,89 ± 0,11	0,87 ± 0,1
3.	ТГ, ммоль/л	2,21 ± 0,71	2,33 ± 0,65
4.	Глюкоза крови, ммоль/л	4,48 ± 1,12	4,61 ± 0,9

липопротеида высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ) в сыворотке крови.

Систолическое и диастолическое АД измеряли у женщин в положении сидя. При этом измерение выполняли на обеих руках, и если разница между ними составляла более 5 мм рт.ст. для диастолического и 10 мм рт.ст. для систолического АД, то в дальнейшем АД измеряли на руке с наибольшим показателем. Регистрацию АД выполняли по I и V фазам Короткова. АД измеряли дважды, после чего высчитывали его среднее значение.

Кровь для анализа липидных показателей брали натощак из локтевой вены. Уровни холестерина – липопротеида низкой плотности (ХС ЛПНП), холестерина – липопротеида высокой плотности (ХС ЛПВП), ТГ, сахара в сыворотке крови определяли ферментативным методом на автоанализаторе «Technicon NA-XT». Достоверность различий, сравниваемых показателей, определяли по t-критерию Стьюдента. Различия считались статистически достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.**

Исходно, систолическое АД, измеренное традиционным методом, составило в среднем 162,6±2,3 мм рт.ст. (табл. 1). Уже через две недели комбинированного лечения амлодипином и лизиноприлом САД достоверно ( $p < 0,05$ ) уменьшилось и составило 142,6±1,6 мм рт.ст. Одновременно отмечался существенный спад ДАД с исходного значения 95,5±1,9 мм рт.ст. до 81,1±1,3 мм рт.ст. ( $p < 0,05$ )

После окончания курса сочетанной терапии амлодипином 5 мг и лизиноприлом 10 мг уровень САД достоверно ( $p < 0,05$ ) снизился до 130,8±1,4 мм рт.ст., а ДАД также заметно уменьшилось до 76,6±1,3 мм рт.ст. ( $p < 0,05$ )

Таким образом, комбинированная гипотензивная четырехнедельная терапия амлодипином и лизиноприлом в дозах 5 мг и 10 мг в сутки соответственно оказывает положительное влияние на параметры АД у женщин с ГБ в ПМП.

В процессе четырехнедельной сочетанной терапии лизиноприлом и амлодипином мы оценили динамику параметров липидного и углеводного обменов (табл.2). Так, исходный уровень холестерина – липопротеида низкой плотности (ХС ЛПНП) составил 3,86±0,87 ммоль/л, а после лечения - 3,91±0,91 ммоль/л ( $p > 0,05$ ). Содержание холестерина - липопротеида высокой плотности (ХС ЛПВП) до лечения равнялось 0,89±0,11 ммоль/л, и после терапии - 0,87±0,1 ммоль/л, триглицеридов - 2,21±0,71 ммоль/л, в конце вмешательства - 2,33±0,65 ммоль/л. Концентрация глюкозы в сыворотке крови находилось на уровне 4,48±1,12 ммоль/л, а в итоге терапии - 4,61±0,9 ммоль/л

Следовательно, результаты нашего исследования подтверждают, что фиксированная комбинация лизиноприла и амлодипина метаболически нейтральна, т.е. не влияет на углеводный и липидные обмены.

**Выводы**

1. На фоне месячной терапии ГБ у женщин в постменопаузальном периоде фиксированной комбинацией амлодипина 5 мг и лизиноприла 10 мг достоверно снижалось как систолическое, так и диастолическое АД
2. Курсовая месячная терапия сочетанием амлодипина и лизиноприла не влияет на углеводный и липидные обмены у женщин с ГБ в постменопаузальном периоде

**Литература:**

1. Cacciabado J. M., Sealey J. E. Hormone replacement therapy and hypertension: relationship to the renin-angiotensin system. *Hypertension in postmenopausal women.* 1994; 53–64.
2. Kanuel W. B., Cobb S. LVH and mortality results from the Fratminam Study. *Circulation.* 1987; 26–33.
3. Грацианский Н. А. Заместительная терапия эстрогенами в менопаузе: реальный период первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у женщин или только интересная тема для обсуждения// *Клиническая фармакология и терапия.* 1994; 30-39.

**ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ АСФИКСИИ У ДОНОШЕННЫХ  
НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ**

**Вычигжанина Н. В., Щерба М.Т., Шамсутдинова С.Р.**

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

**Резюме.** Под наблюдением находились 36 доношенных новорожденных детей родившихся в асфиксии и получавших лечение в отделении реанимации новорожденных детей клинического родильного дома Национального центра охраны материнства и детства. Доказано, что некоторые факторы риска со стороны матери приводят к развитию асфиксии у доношенных новорожденных детей.

**Ключевые слова:** факторы риска, доношенные новорожденные дети, асфиксия, гипоксия, церебральная ишемия.

**ӨЗ УБАГЫНДА ТӨРӨЛГӨН БАЛДАРДЫ АСФИКСИЯГА АЛЫП КЕЛҮҮЧҮ  
КӨРКУНУЧТУУ ФАКТОРЛОРДУ ИЗИЛДӨӨ**

**Вычигжанина Н. В., Щерба М.Т., Шамсутдинова С.Р.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Корутунду.** Байкоодо Эне жана баланы коргоо улуттук борборунун клиникалык төрөт үйүндөгү кайра жандакдыруу бөлүмүндө асфиксия менен дарынланган 36 ымыркай болгон. Анда эне тараптан кээ бир коркунучтуу факторлор жаны төрөлгөн балдарды асфиксияга алып келе тургандыгы далилденген.

**Негизги сөздөр:** коркунучтуу факторлор, жаңы төрөлгөн балдар, асфиксия, гипоксия.

**THE STUDY OF RISK FACTORS FOR ASPHYXIA IN FULL TERM NEWBORNS**

**Vychigzhanina N.V., Shcherba M.T., Shamsutdinova S.R.**

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

**Resume.** 36 infants were born in asphyxia and receive treatment in the newborns resuscitation unit of maternity hospital of the national centre of welfare of motherhood and childhood were under supervision. It is proved that some of the risk factors of the mother lead to the development of asphyxia in full term newborns.

**Key words:** risk factors, newborn, asphyxia, hypoxia, cerebral ischemia.

В течении внутриутробного развития происходит сложный процесс развития будущего ребенка, в связи с чем проблемы женского здоровья в различные сроки гестации, а также состояние развивающегося плода и новорожденного занимают одно из ведущих мест в современном здравоохранении [1, 2]. Наиболее частой причиной заболеваемости и смертности детей являются разнообразные гипоксические и ишемические поражения перинатального периода [3.5.6]. Этому способствуют формирование акушерской патологии (невынашивание, гестозы, анемия и др.), обострение хронических и/или манифестации латентных заболеваний (патология сердечно-сосудистой, мочевыводящей систем, сахарный диабет, нарушение функции надпочечников, щитовидной железы и др.). Риск перинатальной патологии возрастает при формировании осложнений беременности и родов [9,12].

Снижение перинатальной заболеваемости и смертности остается важной медико-социальной проблемой, зависит от достижений современной перинатологии, позволяющих значительно снизить частоту патологических состояний плода и потерь новорожденных. Современные представления о влиянии отдельных факторов риска на материнское здоровье, качественная оценка уровня здоровья детей создали предпосылки для обоснования научно-методических подходов к прогнозированию возможности развития асфиксии [1, 2].

**Целью** настоящего исследования было изучение

факторов риска развития асфиксии у доношенных новорожденных детей.

**Материалы и методы.**

Нами обследованы 36 доношенных новорожденных детей, поступивших в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных родильного дома Национального центра охраны материнства и детства г. Бишкек в 2014 г. Контрольная группа состояла из 30 доношенных детей, родившихся без признаков асфиксии и имевших оценку по шкале Апгар 7-9 баллов.

При анализе анамнеза матерей обращало на себя внимание, что у большинства женщин имелись факторы, приводящих к развитию хронической внутриутробной гипоксии. Состояние при рождении у 55,9% детей было расценено как крайне тяжелое, а у 44,1% - как тяжелое. Тяжесть состояния определялась степенью асфиксии, гемодинамических нарушений и неврологической симптоматики. Все 55,9% детей были оценены по шкале Апгар на 1-ой минуте на 0-3 балла. Сразу после родов были проведены реанимационные мероприятия, согласно протоколу Минздрава. Все дети были переведены на реанимационное отделение в первый час жизни. Диагноз был поставлен на основании совокупности клинических симптомов, оценки по шкале Апгар на 1, 5 и 10 минутах. Основной патологией был синдром угнетения.

**Результаты исследования и их обсуждение.**

На основании проведенного анализа было выявлено, что вероятность возникновения асфиксии у доношенных



новорожденных детей увеличивалась в наибольшей степени при наличии сопутствующей экстрагенитальной патологии, отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза, осложнений течения беременности и исхода. Значительное влияние оказывала организация и качество медицинской помощи: нерегулярное наблюдение врачами в женской консультации (ЖК), поздний срок взятия на учет в ЖК, низкое качество медицинской помощи в ЖК, а затем в родильном доме, неквалифицированное ведение родов.

На основании проведенного исследования установлено, что только 11,7% беременных были практически здоровы, 41% имели различные экстрагенитальные заболевания, акушерский анамнез был отягощен медицинскими абортными у 84,5%, невынашиванием – у 14% женщин. При анализе всех случаев родов, закончившихся перинатальной смертностью, с учетом их приоритета, самый низкий показатель оказался при вторых родах (16,8%), при первых несколько выше (27,2%), при третьих родах данный показатель значительно возрастал (38 %). Течение настоящей беременности у 35 % осложнилось гестозами, у 53% сопровождалось развитием плацентарной недостаточности, у 48% женщин имела место железодефицитная анемия различной степени выраженности (табл.1).

Анализируя значимость каждого из факторов мы пришли к выводу, что даже при наличии хотя бы одного из

них, женщина должна быть отнесена к категории высокого риска по развитию асфиксии у ее ребенка. Важность определения данных факторов и прогнозирования развития асфиксии, обусловлена высоким процентом осложнений течения неонатального периода у данного контингента новорожденных детей.

При изучении причин развития асфиксии у доношенных новорожденных детей была выявлена тесная корреляционная зависимость от перенесенных вирусных ( $r = 0,94$ ), гинекологических заболеваний ( $r = 0,92$ ), осложнений беременности ( $r = 0,96$ ), патологии родового акта ( $r = 0,97$ ).

Таким образом, из нашего исследования могут быть сделаны следующие выводы:

1. Наиболее значимыми факторами риска являлись акушерский анамнез (число родов, аборт, паритет, неблагоприятный исход предыдущей беременности), состояние репродуктивного здоровья в прошлом.

2. Распределение женщин по разным категориям в зависимости от наличия факторов риска позволит определить соответствующие лечебные и профилактические действия. Применение разработанного алгоритма позволит определить группы риска по возникновению асфиксии у доношенных новорожденных детей.

**Таблица 1.**  
**Факторы риска возникновения перинатальной патологии**

Факторы риска	Частота фактора (%) по группам		P
	Основная	Контроль	
1. Социально-бытовые	26,5	12,2	<0,01
2. Перинатальные			
Наличие осложнений настоящей беременности:			
- гестоз (преэклампсия, эклампсия)	35,0	15,5	<0,001
- многоводие	11,2	1,0	<0,001
- состояние угрожающего выкидыша	43,1	15,2	<0,001
- отягощенный акушерский анамнез	67,2	5,1	<0,001
- предшествующее бесплодие	24,2	6,4	<0,001
- наличие гинекологической патологии у матери до наступления настоящей беременности	31,7	7,2	<0,001
- сопутствующая экстрагенитальная патология	14,3	3,0	<0,01
3. Характер настоящих родов:			
- самостоятельные	62,2	7,1	<0,001
- слабость родовой деятельности	22,4	7,8	<0,001
- кесарево сечение	11,2	2,0	<0,001
4. Медицинское обеспечение женщины во время беременности в женской консультации			
- проводилось	13,3	43,1	<0,001
- не проводилось	31,4	6,9	<0,001



Таблица 2.  
Показатели перинатальной патологии в зависимости от некоторых социальных параметров

Демографические показатели	Асфиксия
Возраст матери при рождении ребенка:	
< 20 лет	45,0 %
20-29 лет	24,3 %
Старше 30-ти лет	32,6 %
Паритет родов:	
1	27,2 %
2	16,8%
3	38%
4 и более	42%
Продолжительность межродового интервала:	
< 2 лет	27,4 %
2-3 года	14,6%
4 года и более	43,1 %
Пол ребенка:	
Мужской	28,6 %
Женский	19,3 %

**Литература:**

1. Аржанова О. Н., Капустин Р. В., Комаров Е. К. и др. Патогенетические механизмы развития акушерских осложнений при гестационном сахарном диабете // Журнал акушерства и женских болезней. 2011. № 5. С. 3–10.
2. Володин Н. Н. Перинатальная медицина: проблемы, пути и условия их решения // Педиатрия. 2004. № 5. С. 18–23.
3. Гурьев Д. Л., Охалкин М. Б., Карпов Н. Ю., Блинов Д. В. Течение и исходы беременности, осложненной преэклампсией, в зависимости от типа центральной материнской гемодинамики // Акушерство и гинекология. 2011. № 7–2. С. 14–19.
4. Иванов Д. О., Шабалов Н. П., Петренко Ю. В. Гипогликемия новорожденных // Акушерство и гинекология. 2014. № 5. С. 19–26.
5. Краснопольский В. И., Логутова Л. С., Петрухин В. А. Место абдоминального и влагалищного оперативного родоразрешения в современном акушерстве. Реальность и перспективы // Акушерство и гинекология. 2012. № 1. С. 4–8.
6. Кулаков В.И., Серов В.Н.Руководство по безопасному материнству. –М.: «Триада-Х», 2000, –530 с.
7. Кулаков В. И., Барашнев Ю. И. Новорожденные высокого риска М.: ГЭОТАР-Медиа. 2006. 528 с.
8. Медведев М. И., Дегтярева М. Г., Горбунов А. В. и др. Последствия перинатальных гипоксически-ишемических поражений головного мозга у доношенных новорожденных: диагностика и принципы восстановительного лечения // Педиатрия. 2011. Т. 90, № 1. С. 66–70.
9. Савельева Г. М., Шалина Р. И., Сичинава Л. Г. и др. Акушерство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 656 с.
10. Фролова О.Г., Пугачева Т.Н., Макаров Е.Е. Перинатальный центр в системе оказания акушерской и неонатальной смертности //Материалы 4 Российского Форума «Мать и Дитя». М., 2002, с.123–125.
11. Шабалова Н.П., Цвелева Ю.В. Основы перинатологии // МЕДпресс-информ, Москва, 2002.
12. Jain L., Dudell G. Respiratory transition in infants delivered by cesarean section // Seminars in perinatology. 2006. Vol. 30, № 5. P. 296–304.

**ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

**Каримова Н.И.**

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ташкент, Узбекистан

**Резюме.** В семейной поликлинике № 54 Юнус - Абадского района г. Ташкента было изучено клиническое течение острого обструктивного бронхита у 41 ребенка (25 мальчиков и 16 девочек) в возрасте до 3 лет и выделены факторы, способствующие как возникновению, так и усугублению тяжести течения этого заболевания у детей раннего возраста в амбулаторных условиях. Проведенное исследование позволило отнести наличие ante- и перинатальной патологии, дефицитных состояний, нарушение физического развития и биоценоза в условиях пассивного курения к факторам риска развития и тяжести течения острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста. Поэтому лечение детей с острым обструктивным бронхитом должно быть комплексным и направленным на устранение выявленных факторов риска и сопутствующих патологических состояний со стороны других органов и систем детского организма, с проведением дальнейших адаптационных мероприятий.

**Ключевые слова:** дети, обструктивный бронхит, факторы риска.

**STUDY OF FACTORS OF RISK FOR ACUTE OBSTRUCTIVE BRONCHITIS IN INFANTS AT OUTPATIENT BASIS**

**Karimova N.I.**

Tashkent Pediatric Medical Institute

Tashkent, Uzbekistan

**Resume.** We are studied the clinical course of 41 children (25 boys and 16 girls) under the age of 3 years with acute obstructive bronchitis in the family clinic number 54, Yunus-Abad district of Tashkent, and studied the highlighted factors contributing to the emergence of both, and exacerbate the severity of the disease in young children on an outpatient basis. This study has allowed to carry presence ante- and perinatal pathology, deficiency states, impaired physical development and ecological community in terms of passive smoking to the risk factors and the severity of acute obstructive bronchitis in infants. Therefore, treatment of children with acute obstructive bronchitis should be comprehensive and aimed at addressing the identified risk factors and associated pathological conditions of other organs and systems of the child's body, to carry out further adaptation measures.

**Key words:** children, obstructive bronchitis, risk factors

**Введение.**

Бронхообструктивный синдром у детей является одной из проблем современной педиатрии [1,3,7]. Это обусловлено его распространенностью в общей структуре бронхолегочных заболеваний, часто с тяжелым течением и осложнениями [3,7,9,10]. У детей раннего возраста от 5 до 50 % случаев острых респираторных вирусных инфекций осложняются бронхообструктивным синдромом, основной причиной формирования которого является острый обструктивный бронхит [2]. Практически у каждого второго ребенка с ОРВИ в клинической картине имеет место та или иная степень выраженности бронхиальной обструкции [5].

**Целью** настоящего исследования явилось изучение клинического течения острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста в амбулаторных условиях и выделение факторов способствующих как возникновению, так и усугублению тяжести течения этого заболевания у данного контингента детей.

**Материалы и методы исследования.**

Учитывая актуальность данной проблемы, нами проведено комплексное клинико-функциональное исследование 41 ребенка с острым обструктивным

бронхитом (25 мальчиков и 16 девочек) в возрасте до 3 лет. Всем детям проводилось комплексное клиническое обследование с учетом жалоб, анамнестических данных, результатов физикальных методов обследования, общеклинических лабораторных и микробиологических методов исследования по стандартным методикам. Полученные результаты были обработаны при помощи традиционных статистических методов с использованием программы Excel [4,8].

**Результаты и обсуждение.**

По нашим данным, среди всех обратившихся за помощью в семейную поликлинику, к врачам общей практики детей раннего возраста частота случаев острого обструктивного бронхита возросла с 7,2 % в 2009 г. , до 19,5 % в 2014 г. Также усилилась и тяжесть течения этого заболевания, поэтому увеличилась длительность лечения (5,4 суток в 2009 г. до 9,6 суток в 2014 г.) и частота госпитализаций в стационар. Эта тенденция отражает общее увеличение частоты заболеваний среди детей этого возраста [2,3]. Среди обследованных пациентов были дети первого года жизни (табл. 1), которые болели острым обструктивным бронхитом достоверно чаще (52,6 %), чем второго (25,5 %) и третьего года (19,9 %), причем чаще болели мальчики (61,5

**Таблица 1.**

Дети	Возраст			Всего (абс. / %)
	До 1 года (n)	1-2 года (n)	3 года (n)	
Мальчики	12	8	5	25 / 61,5
Девочки	9	5	2	16 / 38,4
<b>Всего (абс./%)</b>	<b>21 / 51,2</b>	<b>13 / 31,7</b>	<b>7 / 17,1</b>	<b>41 / 100</b>

%), чем девочки (38,4 %).

Нами было выявлено, что почти у половины детей (54,72 %) был хотя бы один курящий член семьи. Так как табачный дым способствует деструкции эпителия бронхов, снижает фагоцитарную активность альвеолярных макрофагов, нарушает мукоцилиарный клиренс [5], пассивное курение было определено нами как один из важных факторов риска возникновения обструктивного бронхита.

Следует отметить, что среди всех детей, находившихся на амбулаторном лечении в 2009 году, отмечалась сезонность данного заболевания. Наиболее часто с острым обструктивным бронхитом поступали дети зимой (декабрь, январь – по 12,58 %), в конце весны (май – 9,9 %) и летом (июнь – 15,9 % и август – 11,9 %). И если зимний период подъема заболеваемости обструктивным бронхитом можно сопоставить с подъемом заболеваемости соответствующими вирусными инфекциями, то в весенне-летний период возможна роль полинозной аллергии как фактора риска развития бронхообструктивного синдрома. Нельзя полностью исключить реактивный механизм в патогенезе острого обструктивного бронхита, что подтверждается наличием пищевой аллергии у 53,64 % детей, отягощенного наследственного аллергологического анамнеза у 36,42% детей. Более частая заболеваемость и тяжелое течение острого обструктивного бронхита отмечались у детей с перенесенной ante- и перинатальной патологией (в 79,47 % случаев), находящихся на искусственном вскармливании, так как раннее искусственное вскармливание достоверно чаще имело место у данного контингента больных, чем естественное (63,58 % против 36,42 %).

У всех детей была проведена оценка физического развития. Для этого были измерены рост и вес каждого ребенка, подсчитаны массо - ростовые индексы, и полученные данные были внесены с графики показателей физического роста и развития детей. При интерпретации полученных данных было выявлено, что у 36,42 % детей отмечалось стандартное отклонение выше +2СО, которое говорит о предрасположенности к избыточному весу, и у 13,9 % детей отмечалось стандартное отклонение ниже -2СО, которое говорит о предрасположенности к низкому весу и белково-энергетической недостаточности легкой степени тяжести.

Из всех преморбидных факторов риска развития бронхообструктивного синдрома, были выделены дефицитные состояния. Так, железодефицитная анемия I степени регистрировалась у 46,36 % детей, а II степени – лишь в 2 случаях (6,62 %). Рахит был выявлен у 43 % детей. Сочетание железо- и витамин – Д -дефицитных состояний отмечалось 23,2 % обследованных. При этом в результате дефицита железа и нарушения фосфорно-кальциевого обмена у детей отмечались мышечная гипотония, деформация грудной клетки и позвоночника, что, как известно, неблагоприятно влияет на функцию внешнего дыхания и способствует более тяжелому течению заболевания [10]. Из клинических факторов обращали внимание на физикальные данные, характер кашля, лабораторные показатели. Физикальные симптомы обструктивного бронхита отмечались у всех детей.

Частый и продуктивный кашель имел место у 1/3 детей (36,42 %), а редкий, чаще по утрам – у остальных 2/3 (63,58 %) обследованных, что связано с недостаточным мукоцилиарным клиренсом в этом возрастном периоде. В периферической крови определялись признаки острого воспалительного процесса в виде увеличенной СОЭ (83,44 %), лимфоцитоза (63,58 %), лейкоцитоза (36,42 % случаев).

Особенности клинической картины обструктивного бронхита нельзя рассматривать без сопутствующих функциональных изменений со стороны сердечно-сосудистой системы, представленных нарушениями сердечного ритма: синусовой тахикардией (у 39,7 % обследованных), синусовой брадикардией (у 26,5 %) и аритмией (в 33,11 % случаев). Следует отметить, что регулярный синусовый ритм не регистрировался ни у одного ребенка.

Косвенным отражением местного иммунитета является состояние биоценоза вследствие контаминации микробной флорой макроорганизма. Известно, что организм ребенка и его нормальная микрофлора составляют единую экологическую систему, поэтому наличие нормальной микрофлоры способствует формированию и поддержанию иммунитета. Чтобы изучить нарушения этого динамического равновесия у детей с острым обструктивным бронхитом, мы изучили особенности микробиоценоза их зева и кишечника. По данным нашего исследования, учитывались микроорганизмы с превышением диагностических титров (табл. 2), у всех детей с обструктивным бронхитом из верхних дыхательных путей выделялась индигенная микрофлора: чаще определялся *Streptococcus mitis* (47 % случаев) и *Streptococcus piogenes* (40,39 %) . Группа факультативных микроорганизмов была представлена *Staphylococcus aureus*, а патогенных и условно-патогенных – *Candida albicans*. Почти в половине случаев (47 %) наблюдалась ассоциация двух и более возбудителей из индигенной группы. Гораздо реже отмечалось сочетание возбудителей из разных групп микроорганизмов (например в индигенной и факультативной – 23,2 % (*Streptococcus mitis*, *Streptococcus pneumoniae* *Staphylococcus aureus*); *Haemophilus influenzae* и индигенной и патогенной – 13,2 % (*Streptococcus mitis*, *Streptococcus piogenes* и *Candida albicans*, *Pseudomonas aeruginosa*)).

Дисбиоз кишечника на момент поступления в стационар отмечался у половины детей (56,95%) и характеризовался изменением состава микрофлоры толстой кишки. При этом снижалось содержание индигенной микрофлоры (бифидобактерии и лактобактерии) и увеличивалось количество представителей факультативной (стафилококка) и условно-патогенной флоры (грибов рода *Candida*). Так среди всех детей с дисбиозом у 70,2 % имелся дефицит лактобактерий, у половины (52,98%) - кишечной палочки, у трети (35,1%) – бифидобактерии; еще у трети (29,1%) увеличивалось содержание грибов *Candida*, а у 17,9% - стафилококков. Во всех случаях наблюдались количественные изменения двух и более штаммов микроорганизмов. Следует отметить, что выявление условно-патогенной флоры со стороны как верхних дыхательных путей, так и биоценоза кишечника отмечалось у детей с тяжелым течением

Таблица 2.  
Ведущие микроорганизмы и частота их выделения из зева у детей с обструктивным бронхитом

Группа	Частота (%)
Индигенные	
Streptococcus mitis	47
Streptococcus piogenes	40,39
Streptococcus pneumonia	9,9
Факультативные	
Staphylococcus aureus	13,2
Staphylococcus epidermalis	9,9
Haemophilus influenzae	6,6
Патогенные	
Candida albicans	9,9
Pseudomas aeroginoza	3,3
Citrobacter	3,3

Таблица 3.  
Результаты корреляционного анализа выявленных факторов с тяжестью и длительностью течения острого обструктивного бронхита у детей

Факторы	Тяжесть (r)	Длительность (r)
Пассивное курение	0,65	0,72
Анте- и перинатальная патология	0,68	0,70
Нарушение физического развития	0,46	0,42
Анемия	0,45	0,40
Рахит	0,42	0,38
Нарушения иммунного гемостаза	0,49	0,44
Дисбиоз зева	0,65	0,68
Дисбиоз кишечника	0,68	0,70

бронхообструктивного синдрома.

Результаты проведенного нами корреляционного анализа между выявленными факторами риска, тяжестью и длительностью течения острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста представлены в табл.3.

Выявленные факторы риска учитывались при лечении детей с острым обструктивным бронхитом в амбулаторных условиях, и требовали проведения у них дальнейших адаптационных мероприятий.

**Выводы:**

1. За последние пять лет отмечается рост частоты встречаемости и увеличения степени тяжести острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста

2. Проведенный корреляционный анализ позволил отнести наличие анте- и преинатальной патологии, дефицитных состояний, нарушение физического развития и биоценоза в условиях пассивного курения к факторам риска развития и тяжести течения острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста

3. Лечение детей с острым обструктивным бронхитом должно быть комплексным и направленным на устранение выявленных факторов риска и сопутствующих патологических состояний со стороны других органов и систем детского организма, с проведением дальнейших адаптационных мероприятий.

**Литература:**

1. Волосовец О.П., Прохоро М.П., Сребний "Диагностика, лечение и профилактика бронхообструктивного синдрома у детей: Метод.реком. – К.,2005.- 23 с.
2. Зайцева О.В. "Бронхообструктивный синдром у детей: Пособие для врачей". – М.2005.- 48 с.
3. Зайцева О.В. "Бронхообструктивный синдром у детей"//Педиатрия. – 2005.- №4.- с.94-104.
4. Лапач С.Н. "Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel.- К.:Морион,2000.-319с.
5. Сорока Ю.А."Бронхообструктивный синдром в педиатрической практике"//Здоровье ребенка.- 2006.- №2.- С.77-81с.
6. Ткаченко Ю.П., Усачева Е.В. "Повторяющийся обструктивный бронхит у детей раннего возраста"//Врачебная практика.- 2000.- №1. – с.49-52
7. Токарчук Н.И."Лечение бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста с гипофункцией вилочковой железы"//Современная педиатрия.-2006. – т.2.,№11. – с.25-27
8. Юнкеров В.И., Григорьев С.Г. "Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований".- СПб.:Б.2002. – 268 с.
9. Kovacevic S., Nicolic S. "Risk factors associated with wheezing illness in young children"//Abs. 10 Congress ERS. – 2000. – P.486



АССОЦИАЦИЯ ЛЕПТИНЕМИИ С ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ В КЫРГЫЗСКОЙ  
ЭТНИЧЕСКОЙ ГРУППЕ

Алибаева Н.Т.<sup>1</sup>, Керимкулова А.С.<sup>2,3</sup>, Лунегова О.С.<sup>2</sup>,  
Бекташева Э.Э.<sup>3</sup>, Миррахимов Э.М.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина

<sup>2</sup>Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

<sup>3</sup>Национальный центр кардиологии и терапии им. академика М. Миррахимова  
отделение коронарной болезни сердца и атеросклероза

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.**

Цель: изучить возможную взаимосвязь между уровнем лептина и инсулинорезистентностью (ИР) в группе этнических кыргызов. Материал и методы: в исследование включались этнические кыргызы старше 30 лет, постоянно проживающие на территории Кыргызской Республики. Всем пациентам проведено общеклиническое обследование, включавшее сбор жалоб, анамнеза, объективный осмотр с измерением артериального давления, антропометрических параметров (рост, вес, окружность талии (ОТ), бедер (ОБ)). Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывался по формуле:  $ИМТ = \text{вес (кг)} / \text{рост (м)}^2$ . АО устанавливалось при  $ОТ \geq 102$  см у мужчин и  $ОТ \geq 88$  см у женщин. Ожирение диагностировалось при  $ИМТ \geq 30$  кг/м<sup>2</sup>. Лабораторные исследования включали анализ сахара (натощак) плазмы крови, инсулина и лептина сыворотки крови. Индекс ИР НОМА высчитывался по формуле:  $НОМА = \text{инсулин сыворотки крови (}\mu\text{IU/ml)} \times \text{сахар плазмы (ммоль/л)} / 22,5$ . За ИР принимались состояния при индексе  $НОМА \geq 2,77$ .

Результаты: в исследовании включено 322 этнических кыргыза (145 мужчин, 177 женщин) в возрасте 30-70 лет ( $51,7 \pm 9,6$ ). Все участники исследования были стратифицированы на 4 группы по квартилям лептина (у мужчин: <2,2; 2,2-4,2; 4,3-6,34; >6,34 нг/мл; у женщин: <8,05; 8,05-13,4; 13,5-19,09; >19,09 нг/мл). У пациентов с верхних квартилей лептина по сравнению с нижними, отмечались большие значения ИМТ, ОТ и сахара крови. Также различалась частота пациентов с ИР у мужчин: в 3-м и 4-м квартилях было больше лиц с ИР, чем в 1-м и во 2-м квартилях ( $p < 0,0001$ ). Аналогичные данные получены и среди женщин ( $p < 0,001$ ). Корреляционный анализ лептина с показателями углеводного обмена у пациентов обоих полов выявил значимую корреляцию лептина с сахаром крови ( $p < 0,01$ ), индексом НОМА ( $p < 0,0001$ ), ИР ( $p < 0,0001$ ).

Заключение: уровень лептина сыворотки крови в группе этнических кыргызов ассоциируется с ИР.

**Ключевые слова:** инсулинорезистентность, лептин, индекс НОМА.

КЫРГЫЗ ЭТНИКАЛЫК ТОПТОГУ ИНСУЛИН ТУРУКТУУЛУК МЕНЕН  
ЛЕПТИНЕМИЯНЫН АССОЦИАЦИЯСЫ

Алибаева Н.Т.<sup>1</sup>, Керимкулова А.С.<sup>2,3</sup>, Лунегова О.С.<sup>3</sup>,  
Бекташева Э.Э.<sup>2</sup>, Миррахимов Э.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Орусиялык Славян университети

<sup>2</sup>И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

<sup>3</sup>Академик М.Миррахимов атындагы Улуттук кардиология жана терапия борбору  
жүрөктүн коронардык оорусу жана атеросклероз бөлүмү

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.**

Изилдөө максаты: кыргыз этникалык топтогу лептиндин деңгээли менен жана инсулин туруктуулуктун (ИТ) арасындагы мүмкүн болуучу байланышын изилдөө.

Материалдар жана ыкмалар: изилдөөгө 30 жаштан жогору Кыргыз Республикасында жашаган этникалык кыргыздар киргизилген. Пациенттерге жалпы клиникалык изилдөө жүргүзүлгөн, алардын ичинде: даттануулар, чыныгы оору баяны, объективдүү кароо, кан басымын өлчөө менен, антропометрикалык текшерүү (бою, салмак, бел курчоосу, сан өлчөмү). Салмактын индекси, төмөнкү формула боюнча эсептелген:  $ИМТ = \text{салмак (кг)} / \text{бою (м)}^2$ . Бел курчоосу  $\geq 102$  см болсо эркектерде, жана бел курчоосу  $\geq 88$  см аялдарда – абдоминалдуу семирүү деп аныкталган. Салмактын индекси  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup> семирүү диагностикаланган. Лаборатордук изилдөөлөрдөн төмөнкүлөр аныкталган: кант (ачкарын) кандын плазмасынан, инсулин жана лептин. ИТ НОМА индекси формула менен аныкталган:  $НОМА = \text{кандагы инсулин} \times \text{кант плазмадагы (ммоль/л)} / 22,5$ . НОМА индекси  $\geq 2,77$  болгондо ИТ деп табылган.

Жыйынтыгы: изилдөөгө 30-70 жаштагы ( $51,7 \pm 9,6$ ) 322 (145 эркектер, 177 аялдар) этникалык кыргыздар киргизилген. Баардык катышуучулар лептиндин квартилине жараша 4 топко бөлүнгөн (эркектерде: <2,2; 2,2-4,2; 4,3-6,34; >6,34 нг/мл; аялдарда: <8,05; 8,05-13,4; 13,5-19,09; > 19,9 нг/мл). Лептиндин жогорку квартилидеринде төмөнкү квартилдер менен салыштырмалуу, салмактын индексинин, бел курчамынын жана кандагы кант көрсөткүчтөрү жогору болгон. Ошондой эле ИТ менен бейтаптар эркектерде: 3чү жана 4чү квартилинде ИТ көп болгон, 1-чи жана 2-чи квартилдерге салыштырмалуу ( $p < 0,0001$ ). Дал ушундай көрсөткүч аялдардын арасында аныкталган ( $p < 0,0001$ ). Лептиндин углеводдук алмашуу менен корреляциондук анализи эки жыныстык топто тең лептиндин корреляциондук маанилүүлүгү кандагы кант менен ( $p < 0,01$ ), НОМА индекси ( $p < 0,0001$ ), ИТ ( $p < 0,0001$ ).

Корутунду: кыргыз этникалык топто лептиндин деңгээли инсулинтуруктуулук менен ассоциациясы аныкталынган.

**Негизги сөздөр:** инсулинтуруктуулук, лептин, НОМА индекси.

ASSOCIATION OF SERUM LEPTIN WITH INSULIN RESISTANCE  
IN KYRGYZ ETHNIC GROUP

Alibaeva N.T.<sup>1</sup>, Kerimkulova A.S.<sup>2,3</sup>, Lunegova O.S.<sup>2</sup>,  
Bektasheva E.E.<sup>3</sup>, Mirrakhimov E.M.<sup>3</sup>



<sup>1</sup> Kyrgyz-Russian Slavic University named by B.N. Eltsyn

<sup>2</sup> I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

<sup>3</sup> National Centre of Cardiology and Internal Medicine named by academician M. Mirrakhimov  
Bishkek, Kyrgyz Republic

## Resume.

**Aim:** evaluation of relationship between serum leptin and insulin resistance (IR) in the group of ethnic Kyrgyzes.

**Material and methods:** ethnic Kyrgyzes, native inhabitants of Kyrgyz Republic, older than 30 years were included in this study. All patients undergone survey included complaints and anamnesis; general investigation with measurements of blood pressure, anthropometric parameters (height, weight, waist (WC) and hip circumference (HC)). Body mass index (BMI) was calculated as:  $BMI = \text{weight (kg)} / \text{height (m)}^2$ . Abdominal obesity was established at  $WC \geq 102\text{cm}$  in male and  $WC \geq 88\text{cm}$  in female.  $BMI \geq 30\text{kg/m}^2$  was assessed as obesity. Laboratory investigations included analysis of plasma glucose (fasting), serum insulin and leptin. IR index HOMA was calculated by formula:  $HOMA = \text{serum insulin } (\mu\text{IU/ml}) \times \text{plasma glucose (mmol/l)} / 22,5$ . Values of index  $HOMA \geq 2,77$  were assessed as IR. Results: 322 ethnic Kyrgyzes (145 males, 177 females) at age 30-70 years ( $51,7 \pm 9,6$ ), were included in this study. All patients were stratified by 4 groups accordingly leptin quartiles (male:  $<2,2$ ;  $2,2-4,2$ ;  $4,3-6,34$ ;  $>6,34\text{ng/ml}$ ; female:  $<8,05$ ;  $8,05-13,4$ ;  $13,5-19,09$ ;  $>19,09\text{ng/ml}$ ). Patients from upper quartiles had higher levels of BMI, WC and serum glucose, compare with lower quartiles. The IR frequency was higher in patients from 3<sup>rd</sup> and 4<sup>th</sup> quartiles, than 1<sup>st</sup> and 2<sup>nd</sup> quartiles ( $p < 0,0001$  – both sexes). In male and female patients serum leptin significantly correlated with glucose ( $p < 0,01$ ), index HOMA ( $p < 0,0001$ ) and IR ( $p < 0,0001$ ).

**Conclusion:** serum leptin associated with IR in group of ethnic Kyrgyzes.

**Key words:** insulin resistance, leptin, HOMA index.

## Введение.

В связи с ростом сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) во всем мире особую значимость приобретает изучение таких кардиометаболических факторов риска [1], как общее и абдоминальное ожирение (АО), атерогенная дислипидемия, нарушенная толерантность к глюкозе и артериальная гипертензия (АГ), составляющих в совокупности метаболический синдром (МС) [2]. Немаловажная роль в возникновении указанных нарушений отводится инсулинорезистентности (ИР) [3,4]. Возможным объяснением взаимосвязи ИР с кардиометаболическими факторами риска служит секреция жировой тканью некоторых цитокинов, принимающих активное участие в становлении факторов риска ССЗ [5]. Одним из подобных цитокинов является лептин - 167-аминокислотный полипептид, секретируемый адипоцитами [6]. Одновременно с ингибирующим влиянием на аппетит (его уровень увеличивается после еды и снижается при голодании) лептин обладает сложными и многообразными функциями [6]. Так, лептин стимулирует симпатическую нервную систему, регулирует метаболизм инсулина и глюкозы [7-9]. В проведенных исследованиях обнаружена взаимосвязь повышенного уровня лептина с АО [10]. Принимая во внимание, что ожирение и АО тесно связаны с ИР, представляет интерес изучение ассоциации лептина с ИР.

**Целью** настоящей работы было изучение возможной взаимосвязи между уровнем лептина и ИР в группе этнических кыргызов.

## Материал и методы.

В исследование включено 322 этнических кыргыза, постоянно проживающие на территории Кыргызской Республики и откликнувшиеся на объявление о предстоящем исследовании. Обследование пациентов проводилось с апреля по июль 2008г. В исследование не включались: лица, перенесшие длительное голодание, с тяжелыми хроническими заболеваниями печени, почек, дисфункцией щитовидной железы, беременные, больные сахарным диабетом (СД), получающие инсулин. Все пациенты дали письменное информированное согласие на участие в исследовании. Протокол исследования был одобрен этическим комитетом Национального Центра кардиологии и терапии им. академика М. Миррахимова.

Пациентам проведено общеклиническое обследование, включавшее сбор жалоб, анамнеза, объективный осмотр с измерением антропометрических параметров (рост, вес, окружность талии (ОТ), бедер (ОБ)) и артериального давления. Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывался по формуле:  $ИМТ = \text{вес (кг)} / \text{рост (м)}^2$ . АО устанавливалось при  $ОТ \geq 102\text{см}$  у мужчин и  $ОТ \geq 88\text{см}$  у женщин [2]. Ожирение устанавливалось при  $ИМТ \geq 30\text{кг/м}^2$ . Лабораторные исследования включали анализ сахара (натощак) плазмы крови, инсулина и лептина сыворотки крови. Индекс НОМА высчитывался по формуле:  $НОМА = \text{инсулин сыворотки крови } (\mu\text{IU/ml}) \times \text{сахар плазмы (ммоль/л)} / 22,5$ . За ИР принимались состояния при индексе  $НОМА \geq 2,77$ . Забор крови осуществлялся утром натощак после 12-ч голода. В результате центрифугирования из образцов крови отделялась сыворотка, которая замораживалась до  $-20^\circ\text{C}$  и транспортировалась в Dir adjoint du département Hommes, Natures, Musée de l'Homme (Париж, Франция), где были проведены все биохимические анализы. Концентрация лептина исследовалась с использованием твердофазного иммуноферментного анализа.

Статистический анализ проводился с помощью программы SPSS 17.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL). Для сравнения переменных с нормальным распределением использовался t критерий Стьюдента, данные представлены как среднее  $\pm$  стандартное отклонение. Переменные с непараметрическим распределением сравнивались при помощи критерия Манна-Уитни, данные представлены как медиана (25й - 75й квартили). При сравнении количественных данных в группах использовался дисперсионный анализ ANOVA и Краскела-Уоллиса. Сравнение групп по бинарному признаку проводилось по критерию  $\chi^2$ . С целью изучения связи между переменными применялась ранговая корреляция по Спирмену. Критерием статистической значимости считались значения  $p < 0,05$ .

## Результаты.

В исследование включено 322 этнических кыргыза (145 мужчин, 177 женщин) в возрасте от 30 до 70 лет (средний возраст составил  $51,7 \pm 9,6$ ). Клиническая характеристика обследованных пациентов представлена в таблице 1.

Для оценки возможной взаимосвязи уровня лептина с параметрами углеводного обмена все участники исследования были стратифицированы на 4 группы в

Таблица 1.  
Общая характеристика обследованных пациентов

	Все пациенты (n=322)
Возраст, лет	51,7 ± 9,6
Пол (мужской), n (%)	145 (45)
Ожирение, n (%)	94 (29,2)
ИМТ, кг/м <sup>2</sup>	27,4 ± 4,8
АО, n (%)	136 (42,2)
ОТ, см	91,2 ± 11,5
ОБ, см	101,4 ± 10,3
ОТ/ОБ	0,9 ± 0,08
АГ, n (%)	135 (41,9)
САД, мм.рт.ст.	135 ± 22
ДАД, мм.рт.ст.	85 ± 12
СД, n (%)	22 (6,8)
Сахар*, ммоль/л	5,48 (5,1; 5,9)
Лептин*, нг/мл	7,8 (4,0; 14,7)

Примечания: \* - данные представлены как медиана (25%-75%); САД – систолическое артериальное давление, ДАД – диастолическое артериальное давление.

Таблица 2.  
Характеристика пациентов в зависимости от уровня лептина\* у мужчин

	1 квартиль n=39	2 квартиль n=35	3 квартиль n=35	4 квартиль n=36	р
возраст, лет	52,5 ± 10,8	56,6 ± 9,6	55 ± 9,6	50,3 ± 8,5 <sup>§</sup>	0,02
ИМТ, кг/м <sup>2</sup>	22,9 ± 2,3	25,5 ± 2,5 <sup>#</sup>	27,7 ± 2,2 <sup>^§</sup>	29,8 ± 4,1 <sup>^§φ</sup>	0,000
ОТ, см	83,7 ± 8,1	92,7 ± 7,2 <sup>^</sup>	98,9 ± 6,6 <sup>^§</sup>	102,1 ± 11,6 <sup>^§</sup>	0,000
АГ, n (%)	12 (30,8)	15 (42,9)	17 (48,6)	23 (63,9) <sup>†</sup>	0,04
СД, n (%)	0 (0)	4 (11,4)	6 (17,1)	4 (11,1)	0,09
Сахар*, ммоль/л	5,3 (4,9-5,7)	5,5 (5,2-6,1)	5,6 (5,3-6,5)	5,7 (5,2-6,5)	0,046
ИР, n (%)	3 (9,1)	7 (18,4)	14 (36,8)	21 (56,8)	<0,0001

Примечания: \* - квартили лептина: <2,2; 2,2-4,2; 4,3-6,34; >6,34;  
<sup>‡</sup> - данные представлены как Медиана (25%-75%); <sup>†</sup> - p<0,05 по сравнению с 1 квартилем;  
<sup>#</sup> - p<0,01 по сравнению с 1 квартилем; <sup>^</sup> - p<0,001 по сравнению с 1 квартилем;  
<sup>§</sup> - p<0,05 по сравнению со 2 квартилем; <sup>ω</sup> - p<0,01 по сравнению со 2 квартилем;  
<sup>§</sup> - p<0,001 по сравнению со 2 квартилем; <sup>φ</sup> - p<0,05 по сравнению с 3 квартилем.

Таблица 3.

Характеристика пациентов в зависимости от уровня лептина\* у женщин

	1 квартиль n=44	2 квартиль n=44	3 квартиль n=45	4 квартиль n=44	р
возраст, лет	49,1 ± 11,1	49,8 ± 8,9	51,6 ± 8,9	50,6 ± 7,2	0,5
ИМТ, кг/м <sup>2</sup>	23,6 ± 3,8	26,8 ± 2,8 <sup>#</sup>	29,5 ± 3,6 <sup>^s</sup>	33,3 ± 5,2 <sup>^§п</sup>	0,000
ОТ, см	78,7 ± 9,5	87,4 ± 8,0 <sup>^</sup>	92,1 ± 8,7 <sup>^</sup>	97,5 ± 9,9 <sup>^§</sup>	0,000
АГ, n (%)	11 (25)	13 (29,5)	23 (51,1)	21 (47,7)	0,02
СД, n (%)	3 (6,8)	3 (6,8)	1 (2,2)	1 (2,3)	0,5
Сахар <sup>‡</sup> , ммоль/л	5,2 (4,9-5,5)	5,5 (5,1-5,8)	5,5 (5,2-6,3)	5,6 (5,3-6,0)	0,001
ИР, n (%)	2 (4,5)	9 (19,1)	14 (30,4)	23 (50)	<0,0001

Примечания: \* - квартили лептина: <8,05; 8,05-13,4; 13,5-19,09; >19,09;

<sup>‡</sup> - данные представлены как Медиана (25%-75%); <sup>†</sup> - p<0,05 по сравнению с 1 квартилем;

<sup>#</sup> - p<0,01 по сравнению с 1 квартилем; <sup>^</sup> - p<0,001 по сравнению с 1 квартилем;

<sup>s</sup> - p<0,05 по сравнению со 2 квартилем; <sup>§</sup> - p<0,001 по сравнению со 2 квартилем;

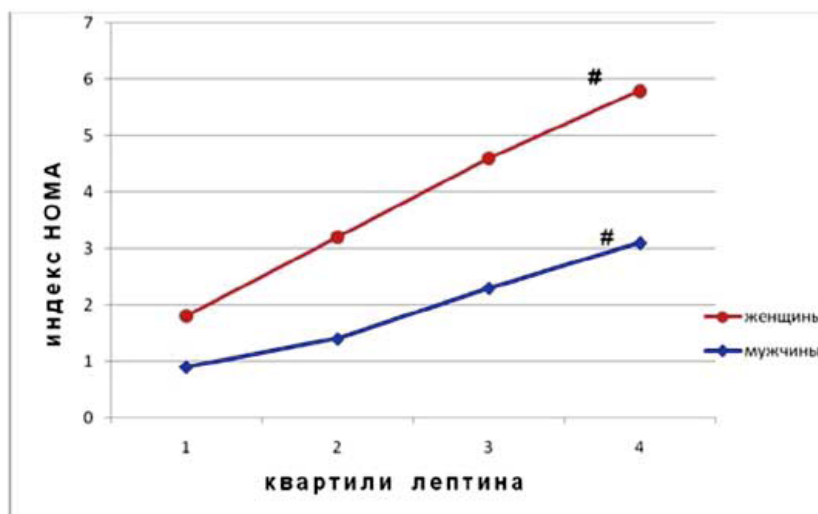
<sup>п</sup> - p<0,001 по сравнению с 3 квартилем.

Таблица 4.

Корреляционный анализ уровня лептина с параметрами углеводного обмена

	n=322	
	R	p
Инсулин	0,49	<0,00001
Индекс НОМА	0,46	<0,00001
Сахар крови	0,16	0,004

Примечания: R – коэффициент Спирмена



Примечание: <sup>#</sup> - p<0,0001.

Рисунок 1. Показатели индекса НОМА в зависимости от квартиля лептина

зависимости от квартиля лептина (у мужчин: <2,2; 2,2-4,2; 4,3-6,34; >6,34 нг/мл (Табл.2); у женщин: <8,05; 8,05-13,4; 13,5-19,09; >19,09 нг/мл (Табл.3)).

Наряду с возрастом, показателями ожирения и АО, также оценивались уровень сахара крови, индекс НОМА, частота ИР и СД 2 типа, которые были проанализированы в 4-х группах пациентов, предварительно стратифицированных по квартилям лептина (Табл. 2 и 3). Проведенный сравнительный анализ по группам обнаружил значимую разницу в возрасте у мужчин: в 4 квартиле участники исследования были моложе ( $p=0,02$ ). В то же время выявлено, в верхних квартилях лептина по сравнению с нижними, преобладали большие значения ИМТ, ОТ и сахара крови. Встречаемость АГ также увеличивалась с повышением уровня лептина (Табл. 2). Описанная динамика прослеживается и у женщин, хотя по возрасту пациентки сравниваемых групп были сопоставимы (Табл.3). У пациентов обоих полов не выявлено значимой разницы в группах по встречаемости СД 2 типа, что вероятно, обусловлено малым количеством больных диабетом (Табл. 2 и 3).

Проанализировав показатели углеводного обмена в группах, мы обнаружили значимое повышение индекса НОМА по мере роста квартиля лептина как у мужчин ( $p<0,001$ ), так и у женщин ( $p<0,001$ ) (Рис. 1). Также различалась частота пациентов с ИР среди мужчин: в 3-м и 4-м квартилях было больше лиц с ИР, чем в 1-м и во 2-м ( $p<0,0001$ ) (Табл. 2). Аналогичные данные получены и среди женщин ( $p<0,001$ ) (Табл. 3).

Далее был проведен корреляционный анализ уровня лептина с показателями углеводного обмена, который выявил значимую корреляцию лептина с сахаром крови ( $p<0,01$ ), индексом НОМА ( $p<0,0001$ ), ИР ( $p<0,0001$ ) (Табл. 4).

### Обсуждение.

В настоящем исследовании нами была изучена возможная взаимосвязь лептина с параметрами углеводного обмена у этнических кыргызов. Как и ожидалось, лептинемия значимо коррелировала с ИМТ и ОТ. Известно, что уровень лептина тесно связан с общей массой жировой ткани в организме [6]. Ассоциация лептина с ожирением и АО подробно изучена и подтверждена в клинических исследованиях [5,6]. Поэтому основное внимание в нашей работе было сфокусировано на параметрах углеводного обмена.

Нами выявлена взаимосвязь лептина с гликемией натощак, инсулинемией и индексом НОМА. Полученные данные свидетельствуют об ассоциации гиперлептинемии с ИР. Как известно, ИР является важным патофизиологическим процессом, наблюдаемым при МС [3]. Рецепторы лептина присутствуют во многих тканях, в том числе и в-клетках поджелудочной железы [11]. При наличии резистентности к лептину последний не может подавлять стимулированную глюкозой секрецию инсулина, что в итоге приводит к гиперинсулинемии и ИР [12]. В настоящей работе выявлена значимая корреляция уровня лептина с индексом ИР НОМА. Полученные нами результаты согласуются и с другими исследованиями, показавшими ассоциацию лептина с ИР [13].

В то же время данные о возможной ассоциации лептина с ИР противоречивы и неоднородны [13-15]. В

исследовании Galletti F. и соавт. [14] содержание в крови лептина однозначно трактуется как достоверный предиктор гипергликемии. Franks P.W. и соавт. также показали корреляцию лептина с гиперинсулинемией и гипергликемией [15]. В то же время в исследовании Lin J.D. [16] не выявлено достоверной ассоциации лептина с МС. Hodge A.M. и соавт., проведя факторный анализ, также не обнаружили ассоциации лептина с компонентами МС [17].

МС и его компоненты в настоящее время подвергаются интенсивным исследованиям. При этом особый интерес заслуживает собственно жировая ткань, которая в настоящее время воспринимается нами как активный эндокринный орган, выделяющий в кровоток различные цитокины и гормоны [6], в том числе и лептин. В исследованиях показано участие лептина в качестве одного из важных звеньев в патогенезе гипертензии и заболеваний сердца, вызванных ожирением и МС [18]. Представляя собой циркулирующий маркер жировой ткани, вероятно лептин служит биомаркером еще не изученной на данный момент активности адипоцитов и содержит важную информацию относительно риска ССЗ [19].

**Выводы:** настоящее исследование по нашим данным является первым, в котором изучена ассоциация лептина с ИР в группе этнических кыргызов. Нами выявлена положительная корреляция лептина с ИР. В то же время для последующего изучения особенностей физиологических и патологических функций лептина, очевидно, необходимы крупномасштабные проспективные исследования.

### Литература:

1. Sattar N, Gaw A, Scherbakova O, et al. Metabolic syndrome with and without C-reactive protein as a predictor of coronary heart disease and diabetes in the West of Scotland Coronary Prevention Study. *Circulation* 2003; 108: 414–19.
2. Grundy SM, Hansen B, Smith SC, et al. Clinical management of metabolic syndrome: report of the American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute/American Diabetes Association conference on scientific issues related to management. *Circulation* 2004; 109: 551–6.
3. Ukkola O, Boucharde C. Clustering of metabolic abnormalities in obese individuals: The role of genetic factors. *Ann Med* 2001; 33: 79–90.
4. Reaven GM. Banting lecture 1988. Role of insulin resistance in human disease. *Diabetes* 1988; 37: 1595–1607.
5. Bergman RN, Kim SP, Hsu IR, et al. Abdominal obesity: role in the pathophysiology of metabolic disease and cardiovascular risk. *Am J Med* 2007; 120: S3–S8; discussion S29–S32.
6. Correia ML, Haynes WG. Leptin, obesity and cardiovascular disease. *Curr Opin Nephrol Hypertens* 2004; 13: 215–23.
7. Altman J. Weight in the balance. *Neuroendocrinology* 2002; 76: 131–6.
8. Trayhurn P, Bing C, Wood IS. Adipose tissue and adipokines – energy regulation from the human perspective. *J Nutrition* 2006; 136: 1935S–9S.
9. Lindstrom J, Tuomilehto J. The diabetes risk score: a practical tool to predict type 2 diabetes risk. *Diabetes Care* 2003; 26: 725–31.
10. Mantzoros CS. The role of leptin in human obesity and disease: A review of current evidence. *Ann Intern Med* 1999; 130: 671–80.
11. Emilsson V, Liu YL, Cawthorne MA, et al. Expression of the functional leptin receptor mRNA in pancreatic islets and direct



*inhibitory action of leptin on insulin secretion. Diabetes 1997;46:313-6.*

12. Van Gaal LF, Wauters MA, Mertens IL, et al. Clinical endocrinology of human leptin. *Int J Obes Relat Metab Disord 1999;23(Suppl 1):29-36.*

13. Huang KC, Lin RC, Kormas N, et al. Plasma leptin is associated with insulin resistance independent of age, body mass index, fat mass, lipids, and pubertal development in nondiabetic adolescents. *Int J Obes Relat Metab Disord 2004;28:470-5.*

14. Galletti F, Barbato A, Versiero M, et al. Circulating leptin levels predict the development of metabolic syndrome in middle-aged men: An 8-year follow-up study. *J Hypertens 2007;25:1671-7.*

15. Franks PW, Brage S, Luan J, et al. Leptin predicts a worsening of the features of the metabolic syndrome independently of

obesity. *Obes Res 2005;13:1476-84.*

16. Lin JD, Chiou WK, Chang HY, et al. Serum uric acid and leptin levels in metabolic syndrome: A quandary over the role of uric acid. *Metabolism 2007;56:751-6.*

17. Hodge AM, Boyko EJ, de Courten M, et al. Leptin and other components of the Metabolic Syndrome in Mauritius—a factor analysis. *Int J Obes Relat Metab Disord 2001;25:126-131.*

18. Patel SB, Reams GP, Spear RM, et al. Leptin: linking obesity, the metabolic syndrome, and cardiovascular disease. *Curr Hypertens Rep 2008;10:131-7.*

19. Wallace AM, McMahon AD, Packard CJ, et al. Plasma leptin and the risk of cardiovascular disease in the west of Scotland coronary prevention study (WOSCOPS). *Circulation 2001;104:3052-6.*

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.**



### ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ В УСЛОВИЯХ НИЗКОГОРЬЯ

Долгалев Д.В., Ибрагимов А.А., Айыпова Д.А., Калиев Р.Р.

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

#### Резюме.

Цель исследования: анализ функционального состояния почек при хронической обструктивной болезни легких в условиях низкогорья. Материал и методы: обследовано 82 пациента с хронической обструктивной болезнью легких различной степени тяжести, а также 10 здоровых лиц. Средний возраст составил 60,53+15,48 лет. Всем пациентам помимо общеклинического обследования, проводилась оценка функции внешнего дыхания и показателей ренальной функции, которые включали в себя расчет скорости клубочковой фильтрации (рСКФ), определение протеинурии, лейкоцитурии, гематурии, общего белка и креатинина сыворотки крови. Результаты: у пациентов с ХОБЛ наблюдается существенное изменение показателей функции почек, которые коррелируют со степенью бронхиальной обструкции.

**Ключевые слова:** микроальбуминурия, хроническая обструктивная болезнь легких, болезни почек.

### ЖАПЫЗ ТООЛУУ ШАРТТАРДА ӨПКӨЛӨРДҮН ӨНӨКӨТ КЕПТЕЛМЕ ДАРТТАРЫНДА БӨЙРӨКТӨРДҮН ФУНКЦИОНАЛДЫК АБАЛЫ

Долгалев Д.В., Ибрагимов А.А., Айыпова Д.А., Калиев Р.Р.

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

#### Корутунду.

Изилдөөнүн максаты: жапыз тоолуу шарттарда өпкөлөрдүн өнөкөт кептелме дарттарында бөйрөктөрдүн функционалдык абалын талдоо.

Материалдар жана ыкмалар: ар кандай оордуктагы өпкөлөрдүн өнөкөт кептелме дарттары менен 82 бейтап, ошодой эле 10 дени сак тарап изилденди. Орточо жашы 60,53+15,48 жашты түздү. Бардык бейтаптарда жалпы клиникалык изилдөөдөн башка, түйдөкчө чыпкалоонун ылдамдыгын эсептөөнү, протеинурияны, лейкоцитурияны, гематурияны, жалпы белокту жана кандын сары суусунун креатинин аныктоону камтыган сырткы дем кызматын жана реналдык кызматтын көрсөткүчтөрүн баалоо жүргүзүлдү.

Натыйжалар: ӨӨКД менен бейтаптарда бронхиалдык кептелме даражасы менен корреляцияланган бөйрөк кызматтарынын орчундуу өзгөрүшү байкалды.

**Негизги сөздөр:** микроальбуминурия, өпкөлөрдүн өнөкөт кептелме дарттары, бөйрөк дарттары.

### RENAL FUNCTION WHEN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE UNDER LOW MOUNTAINS CONDITIONS

Dolgaliev D.V., Ibragimov A.A., Aiyпова D.A., Kaliev R.R.

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

#### Resume.

Purpose of the research: analysis of renal function when chronic obstructive pulmonary disease under low mountains conditions.

Material and methods: 82 patients with chronic obstructive pulmonary disease of different of varying severity, as well as 10 healthy persons were examined. The mean age was 60.53+15.48 years old. In addition to general clinical examination the respiratory function and indicators of renal function, which included the calculation of glomerular filtration rate, proteinuria, leukocyturia, hematuria, total protein and serum creatinine were assessed to all patients.

Results: Significant change in renal function that correlate with the degree of bronchial obstruction is observed with patients, who have chronic obstructive pulmonary disease.

**Key words:** microalbuminuria, chronic obstructive pulmonary disease, kidney diseases.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одной из ведущих причин заболеваемости и смертности и представляет собой значимую социально-экономическую проблему общества. В частности, по данным ряда авторов распространенность ХОБЛ в мире среди лиц старше 40 лет составляет 10,1% [1, 2]. Следует отметить, что проведенные в последние годы эпидемиологические исследования, продемонстрировали рост распространенности ХОБЛ на 45 %. Регистрируется неуклонный рост числа больных ХОБЛ как среди мужчин, так и женщин (на 25% и 69% соответственно) [3, 4]. При этом смертность от ХОБЛ достигает 4% и занимает 4-е место среди всех причин смертности в общей популяции [6]. Эксперты считают, что к 2020 г. ХОБЛ по ущербу, наносимому болезнями в глобальном масштабе, выйдет

как минимум на пятое место [5].

В настоящее время ХОБЛ рассматривается как заболевание дыхательных путей с системными, в т.ч. почечными, проявлениями [7-10]. Сочетание ХОБЛ и нарушений функции почек являются клиническими проблемами, свидетельствующими о неблагоприятном прогнозе в будущем [12,15]. Среди механизмов прогрессирования хронической болезни почек (ХБП) при ХОБЛ, важное место занимают гипоксемия, системное воспаление, эндотелиальная дисфункция, гиперактивация симпатической нервной системы, активация системы ренин-ангиотензин-альдостерон, оксидативный стресс, а также длительная эндогенная интоксикация [13,14, 16-19]. В настоящее время недостаточно изучена проблема коморбидности ХОБЛ и ХБП, которые, несомненно,

взаимоотягощают друг друга и ухудшают прогноз заболевания [11].

**Целью** нашего исследования явилось изучение функциональных особенностей деятельности почек при ХОБЛ в условиях низкогогорья.

**Материалы и методы исследования.**

Обследованы 82 пациента (в т.ч. 38 мужчин и 44 женщин), страдающих ХОБЛ различной степенью тяжести. Средний возраст больных составил 60,53±15,48 лет. Наличие ХОБЛ с оценкой степени тяжести устанавливали в соответствии с критериями Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD, 2011).

У всех больных анализировали показатели функции внешнего дыхания (ФВД): объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ 1%), индекс Тиффно, объем форсированного выдоха за 1 секунду/ жизненную емкость легких (ОФВ 1/ ЖЕЛ %), моментную объемную скорость выдоха при 25, 50, 75 %, л/сек (МОС25 л/сек, МОС50 л/сек, МОС75 л/сек). Для оценки степени тяжести оценивали клинические симптомы характерные для каждой из них, такие как кашель, одышку в покое и после физической активности, наличие мокроты. В зависимости от степени тяжести ХОБЛ все больные были разделены на три группы. В первую группу вошли 27 больных с легкой степенью тяжести ХОБЛ. Вторую группу составили 32 пациента со средней степенью тяжести ХОБЛ и третью группу - 23 пациента с тяжелым течением ХОБЛ. Все больные были сопоставимы по полу и возрасту. В контрольную группу (КГ) вошли 10 здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Показатели ренальной функции включали в себя расчет скорости клубочковой фильтрации (рСКФ), определение протеинурии, лейкоцитурии, гематурии, общего белка и креатинина сыворотки крови.

Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программы STATISTICA 6.0. Данные представлены в виде средней величины ± стандартное отклонение. Нормальность распределения определялась по критериям Шапиро-Уилка и Лилефорса. Достоверность различий между группами определяли с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни, а также параметрического t-критерия Стьюдента. При

множественных сравнениях использовались критерии Крускала-Уолиса и дисперсионный анализ с вычислением коэффициента F и последующим post-hoc анализом. Различия считались достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования.**

Показатели функции внешнего дыхания среди больных анализируемых групп представлены в табл.1.

Как и следовало ожидать, показатели бронхиальной проходимости оказались у больных ХОБЛ существенно ниже в сравнении с группой здоровых лиц ( $p < 0,01$ ) (табл. 1). При этом отмечалось закономерное ухудшение вентиляционных показателей по мере прогрессирования заболевания ( $p < 0,01$ ).

При изучении взаимосвязи почечной функции с выраженностью бронхообструктивного синдрома нами были получены следующие данные. Оказалось, что больные ХОБЛ по сравнению с группой контроля имели достоверно более низкие показатели фильтрационной функции, что выражалось повышением креатинина сыворотки крови, а также снижением скорости клубочковой фильтрации (рСКФ). При этом отмечалось прогрессивное ухудшение почечной функции по мере нарастания тяжести бронхообструктивного синдрома. В частности, рСКФ при легком, средне-тяжелом и тяжелом течении ХОБЛ составила соответственно 98,0±11,3 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>, 68,8±7,4 мл/мин/1,73м<sup>2</sup> и 64,5±5,5 мл/мин/1,73м<sup>2</sup> ( $p < 0,01$ ). Аналогичная динамика отмечалась в отношении концентрации креатинина крови ( $p < 0,01$ ) (табл. 2).

Также, нами было выявлено нарастание повреждения почечного фильтра, в виде прогрессивного увеличения степени протеинурии при прогрессировании ХОБЛ (0,39±0,09 г/л, 0,74±0,28 г/л и 2,02±0,60 г/л при 1-ой, 2-ой и 3-ей стадии ХОБЛ соответственно,  $p < 0,01$  между группами и  $p < 0,001$  по сравнению с группой контроля) при параллельном снижении общего белка сыворотки крови ( $p < 0,01$ ) (табл. 2). Анализ клеточного состава мочевого осадка показал увеличение числа лейкоцитов и эритроцитов у больных с ХОБЛ ( $p < 0,01$ ), причем наибольшее количество клеток в мочевом осадке регистрировалось у пациентов с тяжелым течением заболевания (табл. 2).

**Таблица 1.**

**Параметры ФВД в зависимости от тяжести хронической обструктивной болезни легких.**

Параметры	Обследуемые группы			
	КГ (n=10)	1-я гр (n=27)	2-я гр (n=32)	3-я гр (n=23)
ОФВ1, %	108,4 ± 13,79	86,29 ± 10,74*	71,95 ± 18,35*	40,65 ± 12,90*
ОФВ1/ЖЕЛ,(%)	103,7 ± 4,87	94,95 ± 13,97*	78,64 ± 12,53*	61,69 ± 15,23*
МОС25, (л/сек)	79,80 ± 17,45	60,85 ± 24,36*	41,22 ± 17,95*	16,75 ± 9,15*
МОС50, (л/сек)	104,1 ± 20,40	59,47 ± 20,73*	34,51 ± 15,88*	15,10 ± 11,56*
МОС75, (л/сек)	98,00 ± 8,64,	58,93 ± 23,27*	36,31 ± 12,39*	16,9 ± 7,16*

Примечание: \*  $p < 0,01$  по сравнению с группой контроля; различия между группами больных ХОБЛ достоверны ( $p < 0,01$ ).

Таблица 2.  
Показатели функционального состояния почек при ХОБЛ

Параметры	Обследуемые группы			
	КГ(n=10)	1-я гр.(n=27)	2-я гр.(n=32)	3-я гр.(n=23)
СКФ, мл/мин/1,73м2	102,2 ± 8,06	97,96 ± 11,25*	68,84 ± 7,44*°	64,47 ± 5,45*°
Протенурия, г/л	0,27 ± 0,07	0,39 ± 0,09*	0,74 ± 0,28*°	2,02 ± 0,60*°
Лейкоцитурия, в п/з	8,80 ± 2,52	11,74 ± 3,81*	16,68 ± 2,94*°	15,65 ± 4,95*°
Эритроцитурия, в п/з	0,10 ± 0,31	1,22 ± 1,21*	1,34 ± 1,53*	1,96 ± 1,66*°
Общий белок сыворотки крови, в г/л	79,30 ± 5,57	69,62 ± 7,51 *	67,68 ± 6,94*	63,52 ± 8,16*°
Креатинин сыворотки крови, мкмоль/л	92,2 ± 19,35	95,59 ± 21,13*	155,8 ± 27,73*°	184,3 ± 34,84*°

Примечание: \* -  $p < 0,01$  в сравнении с группой контроля; ° -  $p < 0,05$  в сравнении с больными ХОБЛ 1-ой группы; ° -  $p < 0,05$  в сравнении с больными ХОБЛ 2-ой группы.

**Заключение.**

Таким образом, можно согласиться с многочисленными исследованиями и публикациями, посвященными проблеме ХОБЛ системными проявлениями, что у пациентов с ХОБЛ отчетливо прослеживаются функциональные изменения со стороны почек. Тем самым можно сказать, что имеются четкие градации и тенденции повреждения почек у больных ХОБЛ в условиях низкого риска.

**Вывод.**

У пациентов с ХОБЛ наблюдается существенное изменение показателей функции почек, которые коррелируют со степенью бронхиальной обструкции.

**Литература:**

1. Авдеев С.Н. Хроническая обструктивная болезнь легких как системное заболевание // Пульмонология 2007; Т.2: 104-116.
2. Чучалин А.Г., Овчаренко С.И. Хроническая обструктивная болезнь лёгких // Практическое руководство для врачей // М. 2004; 61.
3. Краснова Ю.Н., Дзизинский А.А. Национальный клинический протокол 2008; 57-63.
4. Чучалин А.Г. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания Часть II. Хроническая обструктивная болезнь легких и некардиальные поражения // Российский медицинский журнал 2013; 246.
5. Шойхет Я.Н., Клестер Е.Б. Патология мочеполовой системы у больных с хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с ишемической болезнью сердца // Клиническая медицина 2008; Т.10: 23-28.
6. Бугаенко В.В., Слободской В.А., Товстуха В.В. Коморбидные состояния: ишемическая болезнь сердца и хроническое обструктивное заболевание легких // Украинский кардиологический портал 2011; Т.10.
7. Wouters E.F. et al. Systemic effects // Chest 2002; 121: 127-130.
8. Andreassen S. et al. Neurohumoral activation as a link to systemic manifestation of chronic lung disease // Chest 2005; 128:

1624-3691.

9. Чучалин А.Г. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания // Пульмонология 2008; Т.2: 5-14.
10. Баранова И. А. Проблемы диагностики, оценки тяжести и лечения ХОБЛ // Медицинский Совет 2008; 11-12: 18-23.
11. Т. А. Бродская, В. А. Невзорова, Б. И. Гельцер и др. Дисфункция эндотелия и болезни органов дыхания // Терапевтический архив 2007; 3: 76-84.
12. Григорьева Н. Ю., Шарабрин Е. Г., Кузнецов А. Н. Хроническая обструктивная болезнь легких: определение, механизмы развития и естественное течение // Медицинский альманах. 2008; 5: 35-38.
13. Дзгоева Ф. У., Кутырина И. М., Мусселиус С. Г. и др. Дисфункция эндотелия при тяжелых формах острой почечной недостаточности. Новые подходы к патогенетической терапии // Терапевтический архив. 2005; 6: 35-39.
14. Кароли Н. А., Ребров А. П. Эндотелиальная дисфункция и ее клиническое значение у больных хронической обструктивной болезнью легких // Клиническая медицина. 2005; 9: 10-16.
15. Томилина Н. А., Бикбов Б. Т. Эпидемиология хронической почечной недостаточности и новые подходы к классификации и оценке тяжести хронических прогрессирующих заболеваний почек // Терапевтический архив. 2005; 6: 87-92.
16. Orth S. R. Smoking a renal risk factor // Nephron. 2000; 86: 12-26.
17. Halimi J. M., Effect of current smoking and smoking discontinuation on renal function and proteinuria in the general population // Kidney Int. 2000; 58: 1285-92.
18. Chuahirun T., Khanna A., Kimball K. et al. Cigarette smoking and increased urine albumin excretion are interrelated predictors of nephropathy progression in tupe 2 diabetes // Kidney Disease 2003; 41: 13-21.
19. Hemlin M., Ljungman S., Carlson J. et al. The effects of hypoxia and hypercapnia on renal and heart function, haemodynamics and plasma hormone levels in stable COPD patients // Clin Respiratory 2007; 1 (2): 80-90.

### ВЗАИМОСВЯЗЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТОГО РЕМОДЕЛИНГА У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Мамасаидов Ж.А.

Кыргызско – Российский Славянский университет имени Б.Н. Ельцина  
Бишкек, Кыргызская Республика

#### Резюме.

Цель работы: изучение взаимосвязи показателей артериальной жесткости, в первую очередь индекса аугментации, с выраженностью сердечно–сосудистого ремоделирования.

Материал и методы: обследовано 155 больных ЭГ в возрасте 30-70 лет. Проведено общеклиническое обследование, определение ряда биохимических показателей: уровня сахара и креатинина крови и липидного спектра (уровни ЛПНП, ЛПВП и триглицеридов), дуплексное сканирование сонных артерий, ЭхоКГ, определение жесткости артерий методом контурного анализа пульсовой волны. Результаты: обнаружена взаимосвязи между АС поражением сонных артерий и артериальной жесткостью у больных ЭГ, в частности с показателями AIx 75 и AIx, которые являются интегральными показателями влияния артериальной ригидности на центральное АД. В то же время взаимосвязи AIx и других показателей артериальной жесткости с наличием ГЛЖ нами выявлено не было.

**Ключевые слова:** эссенциальная гипертензия, атеросклероз, жесткость сосудов, гипертрофия левого желудочка.

### ЭССЕНЦИАЛДЫК ГИПЕРТОНИЯ МЕНЕН ООРУЛУУЛАРДЫН КАН-ТАМЫР КАТТУУЛУГУН ЖАНА ЖҮРӨК-КАНТАМЫР РЕМОДЕЛИНГИН ООРДУГУ МЕНЕН ӨЗ АРА БАЙЛАНЫШЫ

Мамасаидов Ж.А.

Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз Орусия Славян университети  
Бишкек, Кыргыз Республикасы

#### Коротунду.

Максат: жүрөк кан-тамырын ремоделинги оордугу менен кан-тамыр каттуулугунун көрсөткүчтөрүн, айрыкча көбөйтүү индексин, өз ара байланышын, үйрөнүү.

Материал жана изилдөө усулдары: 30 – 70 жаштагы 155 эссенциалдык гипертония менен оорулуулар текшерилди. Аларга жалпы клиникалык текшерүү, бир нече биохимиялык көрсөткүчтөр (тамырдагы кандын кантын, креатининин, ЛПНПнын, ЛПВПнын, триглицериддин деңгээлдери), уйку кан-тамырын дуплекстик сканерлөөсү, ЭхоКГ жана кан-тамырлардын каттуулугун аныктоосу, өткөрүлдү.

Жыйынтыктар (натыйжалар): эссенциалдык гипертония менен ооругандардын уйку кан-тамырларын начарлануусу жана кан-тамыр каттуулугу, айрыкча AIx 75 жана AIx көрсөткүчтөрү арасындагы өз ара байланышуусу аныкталды. Ошол учурда AIx жана башка кан-тамыр каттуулугун көрсөткүчтөрү менен сол жак карынчанын гипертрофиясын өз ара байланышуусу аныкталган жок.

**Негизги сөздөр:** эссенциалдык гипертония, атеросклероз, кан-тамырларын каттуулугу, сол жак карынча гипертрофиясы.

### RELATIONSHIP ARTERIAL STIFFNESS WITH AN EXPRESSION OF CARDIO - VASCULAR REMODELING IN PATIENTS WITH ESSENTIAL HYPERTENSION

Mamasaidov J.A.

Kyrgyz - Russian Slavic University named after B.N. Yeltsin  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** To investigate the relationship of arterial stiffness, primarily augmentation index, with the severity of cardiovascular remodeling. Material and methods: The study involved 155 patients with EH aged 30-70 years. A physical examination, determination of biochemical parameters: glucose and creatinine and blood lipid (LDL, HDL and triglycerides), duplex scanning of carotid arteries, echocardiography, determination of arterial stiffness by pulse wave contour analysis.

Results: A relationship between the atherosclerosis carotid artery and arterial stiffness in patients with EH, particularly with the indicators AIx 75 and AIx, which are integral indicators of the impact of arterial stiffness in the central BP. At the same time the relationship AIx and other indicators of arterial stiffness with the presence of LVH by us has not been revealed.

**Key words:** essential hypertension, atherosclerosis, vascular stiffness, left ventricular hypertrophy.

Последнее десятилетие в кардиологии ознаменовано проведением целого ряда исследований по оценке клинического и прогностического значения показателей центральной гемодинамики и характеристик упруго-эластических свойств артерий. Так, согласно результатам недавно проведенных исследований, центральное артериальное давление (ЦАД) является наиболее чувствительным индикатором повреждения органов-мишеней и риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) не только у пациентов с атеросклерозом (АС) [1], но и у здоровых лиц [2].

Выявлена связь между величиной центрального систолического артериального давления (цСАД) в аорте и

степенью гипертрофии сосудистой стенки, выраженностью АС в сонной артерии [3,4]. При этом цСАД отражает нагрузку на левый желудочек (ЛЖ) и тесно коррелирует с индексом массы миокарда ЛЖ, независимо от возраста и уровня среднего артериального давления (АД) [5], а САД в сонных артериях - с толщиной стенки ЛЖ [6].

Поскольку величина САД в аорте в основном определяет постнагрузку и величину массы миокарда ЛЖ [5], являющиеся независимыми предикторами сердечно-сосудистой смертности, то корреляция между уровнем САД на плечевой артерии и смертностью имеет более опосредованный характер по сравнению с уровнем цСАД в аорте [4,7,8]. Уровень ЦАД может быть независимым



прогностическим фактором не только развития структурных изменений сердечно-сосудистой системы [5], но и неблагоприятных клинических исходов [9-13].

Более пристальное внимание к величине ЦАД и индексу аугментации обусловило рассмотрение их в качестве самостоятельных прогностических факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений [14-16]. Так, по данным K.L. Wang и соавторов (2009), у пациентов (с нормальным АД и нелеченых с повышенным АД) только показатель  $\rho$ САД являлся последовательным и независимым прогностическим фактором сердечно-сосудистой смертности после внесения поправок на различные кардиоваскулярные факторы риска, включая массу миокарда ЛЖ и толщину комплекса интима - медиа (КИМ) сонных артерий.

При этом следует отметить, что исследования, посвященные изучению взаимосвязи ряда других параметров артериальной жесткости (индекс усиления, индекс жесткости, индекс отражения) с развитием субклинического поражения органов-мишеней, в частности АС и гипертрофии левого желудочка, многочисленны, а их результаты довольно противоречивы [17-23].

В связи с чем целью настоящего исследования явилось изучение взаимосвязи показателей артериальной жесткости, в первую очередь индекса аугментации, с выраженностью сердечно-сосудистого ремоделирования.

### Материал и методы исследования.

Обследовано 155 больных ЭГ в возрасте 30-70 лет (средний возраст –  $56,1 \pm 8,2$  лет), в том числе 78 мужчин и 77 женщин. На момент включения в исследование пациенты не получали регулярной антигипертензивной терапии. Из исследования исключались пациенты со вторичными формами АГ, больные, имеющие высокий функциональный класс сердечной недостаточности (ФК III-IV NYHA), печеночную или почечную недостаточность, онкологические заболевания.

Всем больным были проведены следующие обследования: измерение роста, веса и объема талии, измерение АД и ЧСС, а также определение уровня сахара и липидного спектра (уровни ЛПНП, ЛПВП и триглицеридов).

Состояние сонных артерий исследовали на аппарате Sequoia-512, фирмы «Acuson» (США). По степени стеноза различали малый стеноз при стенозировании 0-29%, умеренный – 30-59%, выраженный – 60-79%, критический – 80-99% и окклюзия – 100% (ECST, 1991) [24].

Эхокардиографическое исследование проводилось на аппарате Sequoia-512, фирмы «Acuson» (США) в стандартном положении исследуемого на спине. Для оценки эхоструктур сердца применялось М- и В-сканирование. По стандартной методике определяли конечно-диастолический (КДР) и конечно-систолический (КСР) размеры полости левого желудочка, конечно-систолический (КСО) и конечно-диастолический (КДО) объемы ЛЖ, толщину задней стенки (ЗСЛЖ) и межжелудочковой перегородки (МЖП), фракцию выброса левого желудочка (ФВ). Масса миокарда левого желудочка

(ММ) рассчитывалась по формуле, предложенной Devereux и Reichek (1977). Индекс массы миокарда левого желудочка (ИММ) определялся отношением ММ к площади поверхности тела. Наличие гипертрофии левого желудочка признавалось в случае, если ЗСЛЖ и/или МЖП составляла 12 мм и более, а величина ИММ равнялась или превышала  $115 \text{ г/м}^2$  у мужчин и  $95 \text{ г/м}^2$  у женщин.

Для оценки структурно-функционального состояния стенки крупных сосудов и параметров центральной гемодинамики использован метод фотоплетизмографии – аппарат «Ангиоскан-01» («Ангиоскан», Россия). При автоматическом контурном анализе пульсовой волны оценивались следующие показатели: индекс жесткости (SI), индекс отражения (RI), индекс аугментации (Aix), индекс аугментации, нормализованный к ЧСС=75 уд/мин (Aix 75) и центральное систолическое АД (Spa).

Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программы STATISTICA 6.0. Нормальность распределения определялась по критериям Шапиро-Уилка и Лилефорса. Достоверность различий между группами определяли с помощью непараметрических критериев Манна-Уитни и Колмогорова-Смирнова, а также параметрического t-критерия Стьюдента. При множественных сравнениях использовались критерии Крускала-Уолиса и дисперсионный анализ с вычислением коэффициента F и последующим post-hoc анализом. Изучение взаимосвязи между показателями проводилось с помощью корреляционного анализа с вычислением коэффициента корреляции Спирмена (r). Различия считались достоверными при  $p < 0,05$ .

### Результаты исследования.

Клиническая характеристика больных, включенных в исследование, представлена в табл. 1.

При анализе параметров артериальной жесткости и центральной гемодинамики у больных ЭГ с наличием или отсутствием АС сонных артерий нами были получены следующие результаты (табл. 2).

Оказалось, что индекс усиления, нормализованный к ЧСС 75 уд/мин (Aix75), у больных с АС сонных артерий, составив  $16,6 \pm 10,7\%$ , оказался существенно выше, чем у больных ЭГ без коронарного атеросклероза ( $9,2 \pm 11,7\%$ ,  $p < 0,005$ ). Аналогично, показатель Aix в группе больных с АС достигал уровня  $20,9 \pm 13,3\%$  и был существенно выше, чем у больных без АС сонных артерий ( $11,1 \pm 13,7\%$ ,  $p < 0,01$ ). По уровню центрального систолического АД (Spa), индексу жесткости (SI) и индексу усиления (RI) группы больных ЭГ с/без каротидного атеросклероза значимо не различались ( $p > 0,05$ ) (табл. 2).

Для изучения взаимосвязи параметров центральной гемодинамики и артериальной жесткости со степенью стеноза сонных артерий все пациенты распределены на 4 группы: без стеноза, малый стеноз (0-29%), умеренный стеноз (30-49%) и выраженный стеноз (50-69%). Стеноза более 70% среди обследованных нами пациентов не выявлялось.

Нами была обнаружена взаимосвязь между выраженностью АС сонных артерий и индексами

Таблица 1.

Клиническая характеристика больных, включенных в исследование

Параметр	Значение параметра
Женщины/мужчины	77 (49,7%) / 78(50,3%)
Возраст, лет	56 ± 8
ИМТ, кг/м <sup>2</sup>	30,5 ± 5,0
ОТ, см	99,2 ± 10,8
САД, мм рт. ст.	161,4 ± 23,3
ДАД, мм рт.ст.	97,9 ± 12,6
Общий холестерин, ммоль/л	4,98 ± 1,11
Триглицериды, ммоль/л	1,72 ± 0,84
ЛПВП, ммоль/л	1,16 ± 0,33
ЛПНП, ммоль/л	3,01 ± 0,89
Креатинин, ммоль/л	92,4 ± 27,5
Сахар, ммоль/л	5,46 ± 1,2
Курение, n (%)	38 (24,5%)
КБС, n (%)	66 (42%)
СД, n (%)	11 (7,1%)
Каротидный атеросклероз, n (%)	120 (77,4%)

Примечание: ИМТ – индекс массы тела; ОТ - объем талии; САД - систолическое артериальное давление; ДАД – диастолическое артериальное давление; ЛПВП – липопротеиды высокой плотности; ЛПНП – липопротеиды низкой плотности; КБС – коронарная болезнь сердца; СД – сахарный диабет.

Таблица 2.

Показатели артериальной жесткости и центральной гемодинамики у больных эссенциальной гипертензией с/без атеросклероза сонных артерий

Показатели	1-я гр. (АС-) n = 35	2-я гр. (АС+) n = 120	p
AIx 75, %	9,2 ± 11,7	16,6 ± 10,7	<0,005
AIx, %	11,1 ± 13,7	20,9 ± 13,3	<0,01
Sра, мм рт.ст.	137 ± 19	145 ± 22	нд
SI, м/с	7,5 ± 1,3	7,5 ± 1,2	нд
RI, %	38,8 ± 15,6	42,3 ± 19,4	нд

Примечание: p – достоверность различий между группами; нд – различия между группами недостоверны; АС – атеросклероз.

Таблица 3.

Показатели артериальной жесткости и центральной гемодинамики у больных эссенциальной гипертензии с наличием и отсутствием гипертрофии левого желудочка

Показатели	ГЛЖ + n = 66	ГЛЖ - n = 89	p
AIx 75, %	14,5 ± 12,1	15,2 ± 10,7	нд
AIx, %	19,0 ± 15,1	18,4 ± 13,1	нд
SI, м/с	7,5 ± 1,0	7,4 ± 1,3	нд
RI, %	42,1 ± 19,0	41 ± 18,3	нд

Примечание: p – достоверность различий между группами; нд – различия между группами недостоверны; ГЛЖ – гипертрофия левого желудочка.

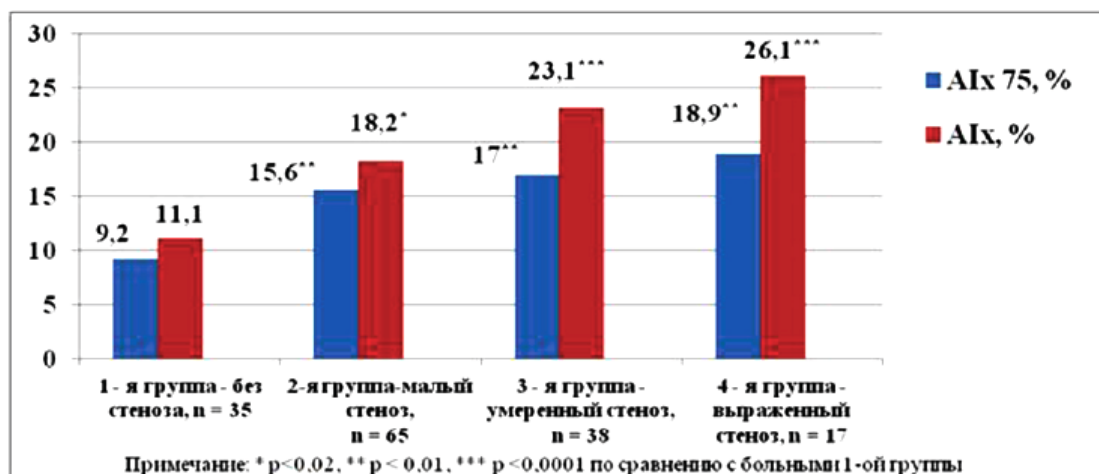


Рис 1. Взаимосвязь показателей артериальной жесткости и центральной гемодинамики со степенью стеноза сонных артерий у больных эссенциальной гипертензией

аугментации (AIx75, AIx), причем в большей степени для общего индекса усиления (AIx). Так, у больных без АС сонных артерий данный показатель составил 11,1±13,7%, в группе больных ЭГ с малым стенозом – 18,2±13,7%, умеренным стенозом – 23,1±11,3%, выраженным стенозом – 26,1±14,0% (p<0,02-0,001), т.е. наблюдался почти линейный рост индекса усиления по мере возрастания степени стеноза. Сходная тенденция, хотя и менее выраженная, отмечалась в отношении показателя AIx75 (рис.1).

При анализе данных показателей артериальной жесткости и центральной гемодинамики у больных ЭГ с наличием или отсутствием ГЛЖ не было выявлено различий по индексу аугментации, индексу жесткости и индексу отражения (табл. 3).

В то же время нами была выявлена достоверная корреляционная взаимосвязь между индексом отражения и ФВ – с одной стороны и объемными показателями ЛЖ – с другой стороны. В частности, коэффициент корреляции между RI и ФВ ЛЖ составил -0,17 (<0,05), а между RI и КСО 0,18 (<0,05).

**Заключение.**

Таким образом, результаты нашего исследования свидетельствуют о наличии тесной взаимосвязи между АС поражением сонных артерий и артериальной жесткостью у больных ЭГ, в частности с показателями AIx 75 и AIx, которые являются интегральными показателями влияния артериальной ригидности на центральное АД. В то же время взаимосвязи AIx и других показателей артериальной жесткости с наличием ГЛЖ нами выявлено не было.

**Литература:**

1. Tsuchikura S., Shoji T., Kimoto E. et al. Brachial-ankle pulse wave velocity as an index of central arterial stiffness. *J. Atheroscler. Thromb.* 2010; 17(6): 1865-1871.
2. Mitchell G.F., Hwang S.J., Vasan R.S. et al. Arterial stiffness and cardiovascular events: the Framingham Heart Study. *Circulation.* 2010; 121(4): 505-511.

3. Boutouyrie P., Bussy C., Hayoz D. et al. Local pulse pressure and regression of arterial wall hypertrophy during long-term antihypertensive treatment. *Circulation.* 2000; 101(22): 2601-2606.
4. Roman M.J., Devereux R.B., Kizer J.R. et al. Central pressure more strongly relates to vascular disease and outcome than does brachial pressure: the Strong Heart Study. *Hypertension.* 2007; 50(1): 197-203.
5. Roman M.J., Okin P.M., Kizer J.R. et al. Relations of central and brachial blood pressure to left ventricular hypertrophy and geometry: the Strong Heart Study. *J. Hypertens.* 2010; 28(2): 384-388.
6. Roman M.J., Ganau A., Saba P.S. et al. Impact of arterial stiffening on left ventricular structure. *Hypertension.* 2000; 36(4): 489-494.
7. O'Rourke M.F., Safar M.E., Dzau V. (Eds.). *Arterial Vasodilation: Mechanisms and Therapy.* 1993. Edward Arnold, London.
8. Теренс М. Артериальное давление и артериальная ригидность в 21-м веке. В кн.: А.И. Мартынов (ред.) *Новые возможности оценки артериальной ригидности — раннего маркера развития сердечно-сосудистых заболеваний (материалы симпозиума).* Русский врач, Москва, 2007. 48 с.
9. London G.M., Blacher J., Pannier B. et al. Arterial wave reflections and survival in end-stage renal failure. *Hypertension.* 2001; 38(3): 434-438.
10. Kingwell B.A., Waddell T.K., Medley T.L. et al. Large artery stiffness predicts ischemic threshold in patients with coronary artery disease. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2002; 40(4): 773-779.
11. Safar M.E., Blacher J., Pannier B. et al. Central pulse pressure and mortality in end-stage renal disease. *Hypertension.* 2002; 39(3): 735-738.
12. Danchin N., Benetos A., Lopez-Sublet M. et al.; ESCAPP Investigators. Aortic pulse pressure is related to the presence and extent of coronary artery disease in men undergoing diagnostic coronary angiography: a multicenter study. *Am. J. Hypertens.* 2004; 17(2): 129-133.
13. Jankowski P., Kawecka-Jaszcz K., Bryniarski L. et al. Fractional diastolic and systolic pressure in the ascending aorta are related to the extent of coronary artery disease. *Am. J. Hypertens.*

2004; 17(8): 641–646.

14. Mitchell G.F., Parise H., Vita J.A. et al. Local shear stress and brachial artery flow-mediated dilation: the Framingham Heart Study. *Hypertension*. 2004; 44(2): 134–139.

15. Jankowski P., Kawecka-Jaszcz K., Bryniarski L. et al. Fractional diastolic and systolic pressure in the ascending aorta are related to the extent of coronary artery disease. *Am. J. Hypertens*. 2004; 17(8): 641–646.

16. Wang K.L., Cheng H.M., Chuang S.Y. et al. Central or peripheral systolic or pulse pressure: which best relates to target organs and future mortality? *J. Hypertens.*, 2009; 27(3): 461–467.

17. Vlachopoulos C, Aznaouridis K, Stefanadis C. Prediction of cardiovascular events and all-cause mortality with arterial stiffness: a systematic review and meta-analysis. *J Am Coll Cardiol*. 2010 Mar 30;55(13):1318-27.

18. Mitchell GF, Hwang SJ, Vasan RS et al. Arterial stiffness and cardiovascular events: the Framingham Heart Study. *Circulation*. 2010 Feb 2;121(4):505-11.

19. Janner JH, Godtfredsen NS, Ladelund S et al. High aortic augmentation index predicts mortality and cardiovascular events in men from a general population, but not in women. *Eur J Prev Cardiol*. 2013 Dec;20(6):1005-12.

20. Matsui Y, Ishikawa J, Shibasaki S et al. Association between home arterial stiffness index and target organ damage in hypertension: comparison with pulse wave velocity and augmentation index. *Atherosclerosis*. 2011; 219(2): 637-642.

21. Davies J.E., Lacy P., Tillin T. et al. Express pressure integral predicts cardiovascular events independent of other risk factors in the conduit artery functional evaluation substudy of Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial. *Hypertension*. 2014; 64(1): 60-68.

22. Rabkin S.W., Chan S.H. Correlation of pulse wave velocity with left ventricular mass in patients with hypertension once blood pressure has been normalized. *Heart Int*. 2012; 7(1): 5-10.

23. Gomes-Marcos M.A., Recio-Rodriguez J.I., Patino-Alonso M.C. et al. Relationship between electrocardiographic left ventricular hypertrophy criteria and vascular structure and function parameters in hypertensive patients. *J. Hum. Hypertens*. 2014; 28(3): 186-192.

24. MRC European Carotid Surgery Trial: interim results for symptomatic patients with severe (70-99%) or with mild (0-29%) carotid stenosis. *European Carotid Surgery Trialists' Collaborative Group. Lancet*. 1991 May 25;337(8752):1235-43.



### РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ/ГИПОПНОЭ СНА В КЫРГЫЗСТАНЕ

**Мырзаахматова А.К.**

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

**Резюме.** Синдром обструктивного апноэ-гипопноэ сна (СОАГС) в Кыргызстане остается одной из главных медицинских и социальных проблем, так как до сих пор не уделялось должного внимания больным, страдающим этим тяжелым респираторным заболеванием. В настоящей работе представлены результаты по изучению распространенности синдрома обструктивного апноэ/гипопноэ сна в Кыргызстане, а также проведена оценка возможности применения мониторинговой компьютерной пульсоксиметрии, как метод скрининговой диагностики апноэ сна в условиях практического здравоохранения. По результатам специальных вопросников и скрининговой компьютерной пульсоксиметрии распространенность СОАГС в Кыргызстане оказалась высока и составила 10,8%, а мониторинговая компьютерная пульсоксиметрия показала высокую эффективность как метод диагностики нарушений дыхания во время сна, так как у всех выявленных с симптомами заболевания уроженцев Кыргызстана, в последующем, используя современные портативные полиграфические диагностические системы диагноз СОАГС был верифицирован. Следовательно, использование специальных вопросников и применение мониторинговой компьютерной пульсоксиметрии позволяют провести эффективное обследование для выявления нарушений дыхания во сне.

**Ключевые слова:** синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна, распространенность, нарушения дыхания во время сна, мониторинговая компьютерная пульсоксиметрия.

### КЫРГЫЗСТАНДА УЙКУГА ТОСКООЛ БОЛГОН ДЕМСИЗДИК/ТОЛУК ЭМЕС ДЕМ АЛУУ СИНДРОМУНУН ЖАЙЫЛЫШЫ

**Мырзаахматова А.К.**

Академик М.Миррахимов атындагы Улуттук кардиология жана терапия борбору  
Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Кыргызстанда уйкуга тоскоол болгон демсиздик/толук эмес дем алуу синдрому медициналык жана социалдык маселелеринин эң негизгиси болуп калды, анткени буга чейин бул оор респиратордук оору менен ооруган оорулууларга ылайыктуу көңүл бурулбай келген. Берилген иште Кыргызстанда уйкуга тоскоол болгон демсиздик/толук эмес дем алуу синдрому жайылышын изилдөө боюнча жыйынтыктары көрсөтүлгөн, ошондой эле практикалык саламаттыкты сактоо шарттарында демсиздик уйкунун скринингдик дарт аныктоо ыкмасындай мониторингдик компьютердик пульсоксиметрияны колдонуу мүмкүнчүлүгү бааланган. Атайын суроолор тизмегинин жыйынтыгы боюнча Кыргызстанда уйкуга тоскоол болгон демсиздик/толук эмес дем алуу синдрому таралышы чоң болгон жана 10,8%ды түзгөн, ал эми мониторингдик компьютердик пульсоксиметрия уйку маалындагы дем алуунун бузулуусунун дарт аныктоо ыкмасы катары жогорку эффективдүүлүгүн көрсөттү, анткени оорунун симптому менен бардык табылган Кыргызстандын тургундары, кийин, заманбап портативдик полиграфиялык диагностикалык системаны колдонуу менен демсиздик/толук эмес дем алуу синдромуна диагнозу текшерилген. Демек, уйку мезгилинде дем алуунун бузулуусун табуу үчүн атайын суроолор тизмегин пайдалануу жана мониторингдик компьютердик пульсоксиметрияны колдонуу эффективдүү өткөрүүгө мүмкүндүк берет.

**Негизги сөздөр:** уйкуга тоскоол болгон демсиздик/толук эмес дем алуу синдрому, таралгандык, уйку мезгилинде дем алуунун бузулуусу, мониторингдик компьютердик пульсоксиметрия.

### PREVALENCE OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA/HYPOPNEA SYNDROME OF THE KYRGYZSTAN

**Myrzaakhmatova A.K.**

National Center of Cardiology and Internal Medicine named after M. Mirrahimov  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** Obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome (OSA) in Kyrgyzstan remains one of the main health and social problems, as hitherto neglected patients suffering from this serious respiratory illness. This paper presents the results on the prevalence of obstructive sleep apnea / hypopnea in Kyrgyzstan, as well as assess the possibility of using computer monitoring of pulseoximetry as a screening method for the diagnosis of sleep apnea in a practical health care. As a result of the special questionnaires and computer pulseoximetry screening prevalence of OSA in Kyrgyzstan was high and amounted to 10.8%, and pulseoximetry monitoring computer showed high efficiency as a method of diagnosis of breathing during sleep, since all identified with symptoms of natives of Kyrgyzstan, in the future using modern printing portable diagnostic systems OSA diagnosis was verified. Consequently, the use of special questionnaires and the use of pulseoximetry monitoring allow to conduct an effective examination to detect sleep-disordered breathing (SDB).

**Key words:** obstructive sleep apnea / hypopnea syndrome, prevalence, sleep-disordered breathing, computer pulseoximetry monitoring.

#### **Актуальность.**

СОАГС представляет собой важную и социально весомую проблему современной медицины и относится к числу наиболее распространенных патологических состояний. СОАГС может встречаться в любом возрасте – с детских лет до старости. По данным Висконсинского когортного исследования сна (Wisconsin Cohort Sleep Study, 2003), распространенность СОАГС в общей популяции

составляет 10-12%, а в средней возрастной группе (от 30 – до 60 лет) он поражает до 24 % населения. По имеющимся в литературе многочисленным данным вероятность возникновения СОАГС возрастает пропорционально возрасту и массе тела обследуемых.

В последние годы рядом исследователей было показано, что обструктивные нарушения дыхания во время сна встречаются у пожилых в среднем в 3 раза чаще по

сравнению с более молодыми. Кроме того, обструктивные нарушения дыхания во время сна у мужчин среднего возраста наблюдаются приблизительно в 2–3 раза чаще, чем у женщин.

Синдром обструктивного апноэ-гиппноэ сна в Кыргызстане остается одной из главных медицинских и социальных проблем, так как до сих пор не уделялось должного внимания больным, страдающим этим тяжелым респираторным заболеванием. Обструктивное апноэ сна вообще не диагностируется, следовательно, не ведется статистика и нет данных о его распространенности. К сожалению, эта патология все еще недостаточно знакома широкому кругу отечественных практических врачей. Показательно, что до настоящего времени в диагнозах лечебных учреждений, направляющих больных для стационарного лечения, обструктивные нарушения дыхания во время сна практически никогда не упоминаются, несмотря на то, что наличие СОАГС во многих случаях может быть с высокой вероятностью предположено еще на догоспитальном этапе.

Одним из основных факторов риска развития СОАГС является национальность. Так, в одном из исследований показано, что афро-американцы и жители Азии оказались в группе повышенного риска по данным весоростового показателя (ВРП). Афро-американцы с СОАГС моложе своих белых соотечественников. S. Ancoli-Israel и соавт. показали, что у афро-американцев мужской пол, пожилой возраст и повышенный ВРП были независимыми факторами риска дыхательных нарушений (ИАГ более 30 в час) [1]. Были исследованы результаты энцефалометрических измерений у жителей Азии и Европы с СОАГС. Тяжесть СОАГС была одинаковой в обеих группах, хотя жители Азии не были особенно полными. Азиаты имеют более узкий угол основания черепа – особенность, которая может увеличивать риск развития у них СОАГС. Последние исследования показали, что у жителей Азии меньше щитоподбородочное расстояние, более крутая тироментальная плоскость, чем у европейцев со схожими параметрами ВРП и окружностью шеи. Эти анатомические особенности создают предпосылки увеличенного риска развития СОАГС у азиатов.

**Цель исследования:** изучить распространенность СОАГС в Кыргызстане, оценить возможность применения мониторинговой компьютерной пульсоксиметрии как метод скрининговой диагностики апноэ сна в условиях практического здравоохранения.

### **Материал и методы.**

Протокол исследования предполагал сплошное скрининговое исследование с заполнением специальных респираторных вопросников – Эпфортской шкалы оценки сонливости (Epworth Sleepiness Scale, ESS), предложенная в 1991 году д-р M.W. Johns [2] и специализированного вопросника для первичного выявления СОАГС, J.R.Stradling в 1991 г. [3], которые благодаря своей простоте и сравнительно высокой достоверности получаемых результатов получили широкое распространение в качестве одного из основных способов неинструментального выявления СОАГС.

В целях изучения распространённости СОАГС использована кластерная выборка. Исследование

выполнено в шести городах Кыргызстана (Бишкек, Ош, Джалалабад, Баткен, Талас, Нарын), в каждом из которых случайным образом были выбраны жилые районы с целевым объёмом кластера не менее 250 человек.

Согласно шкале Эпфорта было предложено оценить возможность задремать или даже уснуть в различных ситуациях и оценить вероятность этого в баллах (0 – никогда; 1 – небольшая вероятность; 2 – умеренная вероятность; 3 – высокая вероятность).

Уже при уровне сонливости более 5 баллов индекс дыхательных расстройств часто оказывается выше нормы. Сонливость более 9 баллов расценивается как значительная и на практике обычно соответствует выраженному СОАС.

Второй вопросник включал 8 вопросов и для постановки диагноза достаточно положительного ответа на первый вопрос или не менее 3-х положительных ответов со 2 по 8 вопрос (таблица 3). Однако даже при таком подходе некоторые пациенты могут неадекватно оценивать свою сонливость. На основании нашего опыта работы мы стали отмечать, что часто получаются ложноположительные и ложноотрицательные результаты.

В связи с чем на 2 этапе исследования обследуемым, набравшим 9 и более баллов по шкале Эпфорта и более 3-х положительных ответов по вопроснику J.R.Stradling была проведена ночная мониторинговая компьютерная пульсоксиметрия (МКП), которая имея достаточный уровень чувствительности и специфичности [4,5] является эффективным скрининговым методом выявления нарушений дыхания во время сна, характерных для СОАГС.

Для исследования использовался компьютерный пульсоксиметр PulsOx 7500 (SPOmedical, Израиль). В данном типе пульсоксиметров применяется рефракционная технология, которая минимизирует количество двигательных артефактов и обеспечивает получение данных сатурации вне зависимости от патологических изменений ногтевой пластинки. Дискретность регистрации сигнала составляла 1 раз в 2 сек. Таким образом, за 8 часов исследования в память прибора записывалось 14400 измерений, что позволяло с высокой точностью анализировать тренд сатурации во время сна. Прибор в автоматическом режиме анализирует кривую сатурации, определяет количество значимых эпизодов десатурации 3% и более и подсчитывает их количество в час – индекс десатураций. Наличие значимого кратковременного снижения насыщения артериальной крови кислородом характерно для эпизодов апноэ сна.

На третьем этапе для подтверждения и верификации диагноза СОАС проводилось полиграфическое исследование согласно рекомендациям Medical Section of the American Lung Association, Am.Rev. Resp.Dis. 1989; 139: 559-568 и ASDA 1997, section 5.0 (Symptom-Based Approach), основанных на наличии клинических симптомов. Исследование проведено в соответствии со стандартом американской академии медицины сна (AASM) [6], при помощи диагностической системы SOMNOcheck 2 R&K (Weinmann, Германия) с беспроводной передачей данных на центральную компьютерную станцию и программным обеспечением SomnoLab того же производителя. SomnoCheck 2 имеет 9

каналов и может регистрировать и записывать сигналы в течение запрограммированного времени.

- Электроэнцефалограмма (ЭЭГ)
- Электроокулограмма (движения глаз) (ЭОГ)
- Электромиограмма (тонус подбородочных мышц)

(ЭМГ)

- Движения нижних конечностей
- Электрокардиограмма (ЭКГ)
- Храп
- Носоротовой поток воздуха
- Дыхательные движения грудной клетки и брюшной стенки

- Положение тела.

• Степень насыщения крови кислородом – сатурация (SpO2)

Для определения соответствия понятиям: «апноэ», «гипопноэ», а также для классификации эпизодов остановки дыхания (центрального, обструктивного либо смешанного генеза) использовались критерии, рекомендованные Американской ассоциацией медицины сна [6, 7]. Оценивалось количество эпизодов апноэ – гипопноэ в час (апноэ-прекращения дыхания в течение 10 и более секунд, гипопноэ - уменьшение ороназального потока и/или торакоабдоминальных движений не менее чем на 50%, сопровождающихся снижением насыщения крови кислородом), при сохраненных движениях дыхательной мускулатуры. По современным представлениям, диагноз обструктивного апноэ/гипопноэ устанавливается при значениях ИАГ более 5. При этом, чем выше значение это индекса, тем тяжелее заболевание:

ИАГ менее 5/час - норма, ИАГ от 5 до 15/час - легкая степень, ИАГ 15-30/час - средняя степень, ИАГ более 30/час - тяжелая степень синдрома обструктивного апноэ/гипопноэ во сне (AmericanAcademyofSleepMedicineTaskForce, 1999). Также анализировались эпизоды десатурации и их общее количество за период исследования, показатели сатурации (minSpO2, ср.SpO2, max SpO2), длительность снижения уровня сатурации (SpO2 менее 90%, SpO2 менее 88%), общая длительность храпа, средняя ЧСС, время исследования.

Полисомнография проводилась 25 уроженцам Кыргызстана, которые были отобраны случайным методом по результатам скрининговой компьютерной пульсоксиметрии для верификации диагноза СОАГС и оценки эффективности скрининговых диагностических систем.

### Результаты и обсуждение.

Анкетирование с заполнением специальных вопросников проведено 837 кыргызстанцам, проживающим в городах Бишкек, Ош, Нарын, Талас, Джалалабат, Баткен, в возрасте от 30 до 70 лет, причем не учитывались пол и антропометрические данные.

В таблице 2 показаны результаты Эпвортской шкалы сонливости, где высокий процент сонливости отметили жители г. Ош-69,9%, г. Баткен – 66%, г. Жалалабат – 62% и 41% - г. Талас. При чем 7,1% населения Баткена оценили крайне-тяжелую степень сонливости

По результатам специализированного вопросника для первичного выявления СОАГС наибольшее количество, отмечающих увеличение массы тела также

**Таблица 1.**  
**Шкала сонливости Эпворта ((EpworthSleepinessScale, ESS)**

Ситуация	БАЛЛЫ
1. Чтение сидя в кресле	
2. Просмотр телепередач сидя в кресле	
3. Пассивное сидение в общественных местах (сидя в театре, на собрании и т.д.)	
4. Как пассажир в машине в течении не менее чем часовой поездки по ровной дороге	
5. Если прилечь отдохнуть после обеда, в отсутствии других дел (не сиеста)	
6. Сидя и разговаривая с кем-нибудь	
7. Сидя в кресле после завтрака в тихой комнате, без приема спиртного	
8. За рулем автомобиля, остановившегося на несколько минут в дорожной пробке	

**Таблица 2.**  
**Оценка сонливости по шкале Эпворта**

Значения	Бишкек (n=180) %	Ош (n=123) %	Нарын (n=101) %	Талас (n=250) %	Джал-т (n=100) %	Баткен (n=83) %
Норма (0-5)	84	30	82	58,4	38	33,7
Начальн.(6-8)	7,2	32	8,8	19,6	39	18
Умер. (9-12)	6,6	29	6,6	14,8	18	21,7
Выраж.(13-18)	1,8	8,9	2,4	7,2	5	19,2
Крайняя (19 и >)	0	0	0	0	0	7,1

Таблица 3.

Результаты специализированного вопросника

	Бишкек (n=180) %	Ош (n=123) %	Нарын (n=101) %	Талас (n=250) %	Джал-т (n=100) %	Баткен (n=83) %
Увеличение массы тела	28,3	52	36,6	47,6	55	42,1
Избыточная дневная сонливость и засыпание в опред-х ситуациях	25	42,9	29,7	53,2	51	38,5
Громкий ночной храп, на который жалуются близкие	35	79,3	41,5	39,2	57	31,3
Остановки дыхания во сне, на которые жалуются близкие	11,6	28	6,9	16,8	9	19,2
Явления ночной полиурии, частые ночные просыпания, ночная изжога	33,8	57	25,7	30,4	52	21,7
Утренние головные боли или ощущение не освежающего сна	23,8	63,6	55,4	25,6	57	33,7
Изменения АД или нарушения в сердечной деятельности	28	39,6	61,3	26	48	30,1
Изменения потенции или др. сексуальные расстройства	2,7	21,4	10,8	5,2	22	10,8

Табл.4

Распределение обследуемых по индексу десатураций

Индекс десатураций	Кыргызстанцы, n=176 абс,(%)
< 5	85(48,4)
От > 5 до < 15	43(24,4)
От >15 до < 30	35(20)
> 30	13(7,3)

отметили жители г. Ош, Талас, Джалалабат и Баткен, наличие храпа и избыточной дневной сонливости оказалось в большей степени у жителей г. Ош, Нарын, Талас и Джалалабат (таблица 3). Утренние головные боли чаще отмечают Ошане и Нарынчане, что у последних отразилось на повышении АД, вероятно связанное с уровнем высоты местности.

Таким образом, по результатам специальных вопросников у 176 из 837 кыргызстанцев выявлены симптомы СОАГС.

На втором этапе исследования 176 жителям Кыргызстана, отобранным по результатам двух вопросников проведена компьютерная пульсоксиметрия, таблица 4.

Анализ таблицы 3 показывает, что более 24% пациентов имели индекс десатураций > 5, что указывало на вероятность наличия у них апноэ сна обструктивного или центрального генеза. При этом у 27,3% пациентов индекс десатураций был > 15, что соответствовало среднетяжелой и тяжелой форме апноэ сна. Таким образом, почти треть обследованных имеют высокую вероятность наличия клинически значимых среднетяжелых форм апноэ сна различного генеза, что подтверждается работами зарубежных авторов [8-12].

Итак, анализ результатов скринингового исследования выявил высокую частоту встречаемости симптомов СОАС у 10,8% (91/837) обследованных кыргызстанцев (рис.1). В последующем, используя современные портативные полиграфические диагностические системы диагноз СОАС был верифицирован у всех больных с симптомами заболевания.

В таблице 4 представлены основные результаты кардиопульмональной полиграфии 25 кыргызстанцев (Бишкек – 5, Ош- 4, Нарын – 4, Талас – 4, Джалалабат – 4, Баткен – 4), отобранных случайным методом по результатам компьютерной пульсоксиметрии с индексом десатураций > 15. Среди исследуемых: 18 мужчин и 7 женщин. Средний возраст составил 48,3±12,1 (от 31 до 68лет). Среднее значение ИМТ – 35,1±7,7.

Согласно данным, представленным в таблице 5, у обследованных кыргызстанцев за период исследования (7,8 ± 0,6ч) средний десатурационный индекс составил 45 ± 24,3, индекс апноэ/гипопноэ 26,6 ± 12,1 эпизодов в час, что соответствует среднетяжелой форме СОАГС. Показатель минимальной сатурации - 62,4 ± 10,0 с общим количеством десатураций за ночь 353,7 ± 190,3. При этом важно отметить также наличие тахикардии (ЧССмах – 100,6±7,4 и ЧССмин- 52,8±3,9), что свидетель-





Таблица 5.  
Основные результаты кардиопульмональной полиграфии

Параметры	Показатели полиграфии
Время обследования	7,8 ± 0,6
Десатурационный индекс	45 ± 24,3
ИАГ (эпизодов/час)	26,6 ± 12,1
Общее число десатураций	353,7 ± 190,3
SpO2 мин (%)	62,4 ± 10,0
SpO2 сред (%)	85,8 ± 12,4
SpO2 max (%)	96,2 ± 2,3
SpO2<90%(ч/ночь)	2,5 ± 2,3
ЧСС max	100,6 ± 7,4
ЧСС мин	52,8 ± 3,9

ствует о высоком риске сердечно-сосудистых осложнений.

**Выводы:**

1. По результатам специальных вопросников и скрининговой компьютерной пульсоксиметрии распространенность СОАС в Кыргызстане оказалась высока и составила 10,8% (91/837).

2. Проведенная мониторинговая компьютерная пульсоксиметрия выявила наличие СОАС различной степени выраженности с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений у 91 уроженца Кыргызстана, у которых в последующем диагноз был верифицирован кардиопульмональной полиграфией, что свидетельствует об эффективности компьютерной пульсоксиметрии для выявления нарушений дыхания во время сна.

3. Так как в лечебных учреждениях Кыргызстана недоступны дорогостоящие и трудоемкие методы диагностики, такие как полисомнография и кардиореспираторный мониторинг, использование специальных вопросников и применение мониторинговой компьютерной пульсоксиметрии позволяют провести эффективное обследование для выявления нарушений дыхания во сне в учреждениях практического здравоохранения при минимальных затратах человеческих и финансовых ресурсов.

**Литература:**

1. Adlakha A., Shepard J. W., Adlakha Jr. Cardiac arrhythmias during normal sleep and in obstructive sleep apnea syndrome. *Sleep Med. Rev.* 1998; Vol. 2: 45–60.

2. Johns M.W. A new method for measuring daytime sleepi-

ness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep.* 1991; 14 (6): 540–5.

3. Stradling, J.R., Crosby J.H. Predictors and prevalence of obstructive sleep apnoea and snoring in 1001 middle aged men. *Thorax.* 1991; Vol. 46: 85-90.

4. Gyulay S., Olson L.G., Hensley M.J., et al. A comparison of clinical assessment and home oximetry in the diagnosis of obstructive sleep apnea. *AmRevRespirDis.* 1993; 147: 50-53.

5. Epstein L.J., Dorrac G.R. Cost-effectiveness analysis of nocturnal oximetry as a method of screening for sleep apnea-hypopnea syndrome. *Chest.* 1998; Vol.113: 97-103.

6. Kushida C.A., Littner M.R. Practice parameters for the indications for polysomnography and related procedures: an update for 2005. *SLEEP.*2005; 28: 4: 499–518.

7. International classification of sleep disorders: Diagnostic and Coding Manual. Diagnostic Classification Steering Committee, Rochester, Minnesota: American Sleep Disorders Association 1990.

8. Logan A.G., Perlikowski S.M., Mente A. et al. High prevalence of unrecognized sleep apnoea in drug-resistant hypertension. *J. Hypertens.* 2001; 19: 2271–2277.

9. Bitter T., Langer C., Vogt J., Lange M., Horstkotte D., Oldenburg O. Sleep-disordered breathing in patients with atrial fibrillation and normal systolic left ventricular function. *DtschArztebl Int.* 2009; 106(10):164-70.

10. Marin J.M., Carrizo S.J., Vicente E., Agusti A.G. Long-term cardiovascular outcomes in men with obstructive sleep apnoea-hypopnoea with or without treatment with continuous positive airway pressure: an observational study. *Lancet.* 2005; 365: 1046-53.

11. Schulz R.; A. Blau A.; Borgel J. Sleep apnoea in heart failure. *Eur. Respir. J.* 2007; 29: 1201–1205.

12. Schulz R., Grebe M., Eisele H.J., Mayer K., Weissmann N., Seeger W. Obstructive sleep apnea-related cardiovascular disease. *Med Klin (Munich).* 2000; 101(4): 321-7.

### ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ-ДОШКОЛЬНИКОВ Г.БИШКЕК, РОДИВШИХСЯ ДОНОШЕННЫМИ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПИТАНИЯ, В КАТАМНЕЗЕ

Нурматова Н.М., Вычигжанина Н.В., Борякин Ю.В.,  
Молдогазиева А.С., Мусуркулова Б.А.

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

**Резюме.** Проведено исследование 268 3-6-летних детей, жителей г. Бишкек, доношенных, с синдромом задержки внутриутробного развития при рождении – 140 детей с гипотрофическим вариантом I и II степени и 128 детей с гипопластическим вариантом I и II степени. Определено, что в исследуемых группах имеется значительное число случаев нарушения пищевого статуса, которое достигает при гипотрофическом варианте 28,6% при I степени и 25,8% при II степени, а при гипопластическом варианте – 53,3% и 37,0% соответственно. Отмечено, что среди 2-хлетних детей с признаками ЗВУР при рождении, независимо от клинического варианта и степени тяжести, преобладают дети с дисгармоничным и резко дисгармоничным физическим развитием. Наиболее часто регистрируется микросоматический соматотип физического развития.

**Ключевые слова:** физическое развитие, доношенные дети, задержка внутриутробного развития, недостаточность питания.

### БИШКЕК ШААРЫНДАГЫ ӨЗ УБАГЫНДА ТӨРӨЛГӨН ЖАНА ТАМАКТАНУУСУ ЖЕТИШСИЗ 3-6 ЖАШАР БАЛДАРДЫН ӨСҮҮ КӨРСӨТКҮЧТӨРҮНҮН ДИНАМИКАСЫ

Нурматова Н.М., Вычигжанина Н.В., Борякин Ю.В.,  
Молдогазиева А.С., Мусуркулова Б.А.

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

**Корутунду.** Бишкек шаарында жашаган 3-6 жашка чейинки 268 бала изилденген, алардын ичинен 140 баланын салмагы аз болгон, ал эми 128 баланын салмагы менен катар бою да жетишсиз болгон. Салмагы аз балдардын ичинен 28,6% I даражада, 25,8% II даражада жана салмагы менен бою да жетишсиз балдардын ичинен 53,3% I даражада, 37,8% II даражада тамактануулары бузулган деп аныкталган. Түйүлдүктүн өсүшүнүн начарлаш белгилери менен төрөлгөн 3-6 жашка чейинки балдардын ичинен клиникалык түрүнө жана оордугуна карабастан дисгармониялык жана өтө оор дисгармониялык өсүү менен балдар көп кездешет.

**Негизги сөздөр:** балдардын өсүүсү, балдар, өз убагында төрөлгөн балдар, түйүлдүктүн өсүшүнүн начарлашы, тамактануу жетишсиздиги.

### DYNAMICS OF PHYSICAL DEVELOPMENT INDICATORS OF PRESCHOOL AGE CHILDREN OF BISHKEK WHICH WAS BORN AS FULL-TERM WITH NUTRIENT DEFICIENCY IN CATAMNESIS

Nurmatova N.M., Vychigzhanina N.V., Borjakin J.V.,  
Moldogazieva A.S., Musurculova B.A.

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

**Resume.** Research of 268 3-6-year-old children, inhabitants of Bishkek, full-term, with signs of intrauterine growth retardation at a birth is carried out – 140 children with hypotrophic variant and 128 children with hypoplastic variant. It is defined, that in investigated groups there is a considerable number of cases of nutrient status disorder which reaches at hypotrophic variant of 28,6% at I degree and 25,8% at II degree, and at hypoplastic variant – 53,3% and 37,0% accordingly. It is noticed, that among 2-year-old children with signs of IUGR at a birth, irrespective of a clinical variant and severity level, children with disharmonious and sharply disharmonious physical development prevail. Microsomatic somatotype of physical development is most often registered.

**Key words:** physical development, full-term children, intrauterine growth retardation, nutrient deficiency.

В современных условиях большой удельный вес в структуре причин высокой детской заболеваемости и инвалидности имеет наличие в анамнезе доношенных детей недостаточности питания (НП) или с задержки внутриутробного развития плода (ЗВУР) [2, 5, 7, 8].

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 [7, 8]. 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 проявляются у значительного количества

таких пациентов [7, 8]. Последний факт стимулирует поиск современных профилактических диспансерных мероприятий.

#### Цель работы.

Изучить факторы риска и особенности состояния здоровья детей дошкольного возраста с различными вариантами недостаточности питания для разработки рекомендаций по диспансерному наблюдению.

#### Материалы и методы исследования.

Оценка медико-биологических данных, результатов клиничко-лабораторных исследований, показателей течения беременности, родов, состояния плодов проводилась в сравниваемых группах. Формирование групп исследования проводили исходя из

возраста, клинического варианта и степени тяжести ЗВУР и недостаточности питания.

В зависимости от варианта ЗВУР были выделены две группы детей дошкольного возраста (3-6 лет). В первую группу было включено 140 детей с гипотрофическим вариантом ЗВУР. Из них 105 детей имели гипотрофический вариант ЗВУР I степени (1а подгруппа), 35 детей – гипотрофический вариант ЗВУР II степени (1б подгруппа). Контрольную группу составили 50 здоровых детей, родившихся доношенными без синдрома ЗВУР. Вторую группу составили дети с гипопластическим вариантом ЗВУР – 128 детей. Из них 86 детей имели гипопластический вариант ЗВУР I степени (2а подгруппа), 42 ребенка – гипопластический вариант ЗВУР II степени (2б подгруппа). Контрольная группа была сформирована методом случайной выборки без проявлений ЗВУР и составила 50 детей.

ЗВУР диагностировалась у новорожденных, 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; массоростовой 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 детской поликлинике № 2,3,8 и консультативно-диагностического отделения НЦОМид г. Бишкека. 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 Власовой И.Н. [1, 9] по шести основным крите-

риям, 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 нами с целью сопоставления выборок по частоте встречаемости интересующего эффекта, что позволило оценить достоверность различий между процентными долями выборок.

### Результаты и обсуждение.

При оценке антропометрических данных детей первой группы наблюдений нами отмечено, что тяжелое нарушение пищевого статуса отмечалось у 1 ребенка (1,0%), родившегося с I степенью гипотрофического варианта ЗВУР, и у 1-го ребенка (2,9%) – при наличии при рождении II степени гипотрофического варианта ЗВУР. Умеренное нарушение пищевого статуса зарегистрировано у 27,6% детей с I степенью гипотрофического варианта ЗВУР и у 22,9% детей со II степенью гипотрофического варианта ЗВУР при рождении (табл. 1).

Таким образом, каждый четвертый ребенок, родившийся с гипотрофией I и II степени, до возраста 3-6 лет возраста остается в группе риска по нарушению питания.

Следует отметить, что, в сопоставлении с данными аналогичных исследований, можно отметить снижение частоты умеренных нарушений пищевого статуса: у 2-хлетних детей с признаками ЗВУР в катамнезе умеренное нарушение пищевого статуса регистрировалось у 32,6% детей с I степенью гипотрофического варианта ЗВУР и у 53,3% детей со II степенью гипотрофического варианта ЗВУР при рождении [6], однако полной компенсации состояния питания не происходит.

У детей с признаками гипопластического варианта ЗВУР при рождении нами отмечено, что тяжелое нарушение пищевого статуса отмечалось у 2 детей (2,3%), родившихся с признаками гипопластического варианта ЗВУР I степени и у 3 детей (7,1%), родившихся с признаками гипопластического варианта ЗВУР II степени, что служит свидетельством отсутствия у этих пациентов возможностей для восстановления показателей физического развития, соответствующих данному возрасту. Умеренное нарушение пищевого статуса зафиксировано у 47,7% детей, родившихся с признаками гипопластического варианта ЗВУР I степени, и у 19,0% детей, родившихся с признаками гипопластического варианта ЗВУР II степени (табл. 2).

Кроме того, в данных подгруппах детей наблюдались случаи избыточной массы тела и ожирения, что, видимо, было связано с патологическим эндокринным дисбалансом, обусловленным нарушениями нейроэндокринной регуляции на фоне латентных очагов

Таблица 1.

Динамика физического развития 3-6-ти летних детей, родившихся с гипотрофическим вариантом ЗВУР

Диагностика веса	Гипотрофия				Контроль		Достоверность различий		
	I ст.		II ст.		абс.	%	p (I-II)	p (I-к)	p (II-к)
	абс.	%	абс.	%					
Нормальный темп набора веса	38	36,2	5	14,3	0	0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Пониженный (-2--1СО)	33	31,4	18	51,4	2	4,0	p<0.05	p<0.01	p<0.01
Умеренное нарушение пищевого статуса (-2--3СО)	29	27,6	8	22,9	1	2,0	p>0.05	p<0.01	p<0.01
Тяжелое нарушение пищевого статуса (менее -3СО)	1	1,0	1	2,9	0	0,0	p>0.05	p>0.05	p>0.05
Избыточный вес (+2-+3СО)	3	2,9	2	5,7	0	0,0	p>0.05	p<0.05	p<0.05
Ожирение (более +СО)	1	1,0	1	2,9	0	0,0	p>0.05	p>0.05	p>0.05

Таблица 2

Динамика физического развития 3-6-ти летних детей, родившихся с гипопластическим вариантом ЗВУР

Диагностика веса	Гипопластич.				Контроль		Достоверность различий		
	I ст.		II ст.		абс.	%	p (I-II)	p (I-к)	p (II-к)
	абс.	%	абс.	%					
Нормальный темп набора веса	6	7,0	4	9,5	0	0	p>0.05	p<0.01	p<0.01
Пониженный (-2--1СО)	34	39,5	22	52,4	2	4,0	p>0.05	p<0.01	p<0.01
Умеренное нарушение пищевого статуса (-2--3СО)	41	47,7	8	19,0	1	2,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Тяжелое нарушение пищевого статуса (менее -3СО)	2	2,3	3	7,1	0	0,0	p>0.05	p<0.05	p<0.01
Избыточный вес (+2-+3СО)	2	2,3	3	7,1	0	0,0	p>0.05	p<0.05	p<0.01
Ожирение (более +СО)	1	1,2	2	4,8	0	0,0	p>0.05	p<0.05	p<0.05

инфекции, однако данное положение требует более глубокого клинико-лабораторного подтверждения.

У детей с признаками гипопластического варианта ЗВУР при рождении нами отмечено, что тяжелое нарушение пищевого статуса отмечалось у 26 детей (28,3%), родившихся с признаками гипопластического варианта ЗВУР I степени и у 9 детей (19,6%), родившихся с признаками гипопластического варианта ЗВУР II степени, что служит свидетельством отсутствия у этих пациентов возможностей для восстановления показателей физического развития, соответствующих данному возрасту. Умеренное нарушение пищевого статуса зафиксировано у 33,7% детей, родившихся с признаками гипопластического

варианта ЗВУР I степени, и у 17,4% детей, родившихся с признаками гипопластического варианта ЗВУР II степени.

В динамике, при сопоставлении с данными аналогичных исследований 2-хлетних детей с признаками ЗВУР в катamnезе, следует отметить, что при гипопластическом варианте ЗВУР умеренное нарушение пищевого статуса регистрируется с течением времени с той же частотой 32,6% у 2-хлетних детей с I степенью гипопластического варианта ЗВУР и у 33,7% 3-6-летних детей, а число детей, родившихся с признаками гипопластического варианта ЗВУР II степени, снижается с 53,3% до 17,4%. Последнее соотношение, скорее всего, отражает не столько позитивную динамику, сколько



возможный неблагоприятный исход при инфекционных заболеваниях у этих детей, и требует дополнительного изучения смертности детей с признаками ЗВУР при рождении.

На основании полученных данных проводилось дальнейшее исследование антропометрических показателей развития детей.

При определении соматотипов у детей исследуемых групп было отмечено, что дети с ЗВУР достоверно чаще относятся к микросоматическому и достоверно реже к мезосоматическому типам физического развития по сравнению с контрольной группой, где преобладают дети с мезосоматическим типом развития ( $p < 0,01$ ).

Таким образом, изучение физического развития в группах исследуемых детей выявило, во-первых нарушение гармоничности развития: увеличение среди детей с ЗВУР независимо от клинического варианта и степени тяжести числа детей с дисгармоничным и резко дисгармоничным физическим развитием; во-вторых преобладание детей с микросоматическим соматотипом развития, что требует наблюдения в особой диспансерной группе.

### **Выводы.**

1. 3-6-летние дети, родившиеся доношенными с признаками гипотрофического варианта ЗВУР, в значительном числе случаев имеют нарушения пищевого статуса, частота которых при наличии при рождении признаков I степени данного отягощения достигает 28,6%, II степени – 25,8%.

2. 3-6-летние дети, родившиеся доношенными с признаками гипопластического варианта ЗВУР, в значительном числе случаев имеют нарушения пищевого статуса, частота которых при наличии при рождении признаков I степени данного отягощения достигает 53,3%, II степени – 37,0%.

3. Среди 3-6-летних детей с признаками ЗВУР при рождении, независимо от клинического варианта и

степени тяжести, преобладают дети с дисгармоничным и резко дисгармоничным физическим развитием.

4. Среди 3-6-летних детей с признаками ЗВУР при рождении наиболее часто регистрируется микросоматический соматотип физического развития.

### **Литература:**

1. Власова И.Н. Методы комплексной оценки состояния здоровья детей раннего возраста / И.П. 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. - 21 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 кардио-респираторной патологии / И.А. Кельмансон. - СПб.: СпецЛит, 1999. - 156 с.

6. Кудаяров Д.К., Кудайбергенова К.А., Наричына Л.М. – Динамика показателей физического развития двухлетних детей г. Бишкек, родившихся доношенными с недостаточностью питания. – Вестник КГМА им. И.К.Ахунбаева, № 4 (II), 2013, с. 82-85.

7. Медведев М.В. Задержка внутриутробного развития плода / М.В. Медведев, Е.В. Юдина - 2-е изд. - М.: РаВУЗДПВ, 1998. - 208 с.

8. Стрижаков А.Н. Задержка развития плода / А.Н. Стрижаков, Е.Т. Михайленко, А.Т. Бунин, М.В. Медведев. - К.: Здоровья, 1988. - 184 с.

9. Филиппов Е.С. Комплексная оценка состояния здоровья детей раннего возраста //Здоровье детей Сибири. - 2000. - № 1. - С. 31-43.

### ВЗАИМОСВЯЗЬ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ С ПАРАМЕТРАМИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Салаева М.С., Худайбергана Н.Х.

Ташкентская Медицинская Академия

Ташкент, Узбекистан

**Резюме.** В исследование скрининг-анкетирование было проведено 140 больных ХОБЛ в возрасте от 19 до 79 лет. у больных ХОБЛ определяются множеством факторов и снижаются в зависимости от возраста, пола, стажа болезни, ряда социальных факторов: место жительства, род профессиональной деятельности, количество членов семьи, уровень жилищных условий и медицинского обслуживания.

**Ключевые слова:** качество жизни, хроническая обструктивная болезнь легких, курение.

### THE RELATIONSHIP OF SOCIAL FACTORS WITH THE PARAMETERS OF THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Salaeva M.S., Khudayberganova N.H.

Tashkent Medical Academy

Tashkent, Uzbekistan

**Resume.** The study screening survey was conducted in 140 patients with COPD aged 19 to 79 years. COPD patients are determined by many factors, and reduced depending on age, sex, length of illness, number of social factors: place of residence, kind of professional activity, the number of family members, the level of housing and health care.

**Key words:** quality of life, chronic obstructive pulmonary disease, smoking.

#### Введение.

Клинические и социально-медицинские исследования изучение параметров качество жизни (КЖ) стали одним из приоритетных направлений современной медицины [1,2,6].

Хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) являясь одной из ведущих причин заболеваемости и смертности во всем мире, которая ложится существенным и постоянно увеличивающимся экономическим и социальным бременем, как на отдельных лиц, так и на все человеческое сообщество, представляет собой важную медицинскую и социальную проблему [3,10]. Медицинское значение хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), чрезвычайно высоко, в первую очередь, из-за своей распространенности, в структуре заболеваемости, они входят в число лидирующих причин по числу дней нетрудоспособности, инвалидности и смертности [9,13]. Инвалидизация, потеря дней трудоспособности, снижение качества жизни наносят существенный экономический ущерб обществу [4].

Таким образом, ХОБЛ представляет собой не только медицинскую, но и социально-экономическую, и общегуманитарную проблему. Учитывая социальное бремя болезни и ее высокую распространенность, изучение КЖ при данной патологии представляется весьма актуальным [11]. Самая низкая оценка КЖ больных ХОБЛ является важным прогностическим фактором для госпитализации и смертности от различных причин. Разработка таких вопросников, как Сиэтлский, может способствовать выявлению больных, которым очень помогут превентивные меры [13].

Эпидемиологические исследования демонстрирует определенную связь развития ХОБЛ с социально-экономическим состоянием человека, его образованностью, интеллектом, что в значительной мере позволяет личности осознать известные факторы риска и иметь материальную и психологическую готовность избегать их патогенного действия [10]. Установлено, что относительно существенные взаимосвязи между КЖ и

возрастом, психоневрологическим и социоэкономическим статусами и дееспособностью [12].

Оценка специфического КЖ, как и общего, показала определенные поло-вые различия. У мужчин, больных ХОБЛ, субъективная реакция на болезнь была более выраженной по сравнению с женщинами (шкала «симптомы»), мужчины выше оценивали и степень ограничения физической активности («активность»), в целом общее негативное влияние ХОБЛ на состояние здоровья у мужчин также определялось более высоким («суммарная оценка») [11]. Исследование влияния табакокурения на КЖ, проведенное с использованием экспериментально-психологических, антропометрических методик, опросника по КЖ (SF-36) и физиологических тестов показало, что у курящих чаще отмечалось и более низкое качество жизни, особенно ролевого эмоционального функционирования и жизнеспособности [8]. Была установлено, что длительность курение оказывало негативное влияние на уровень КЖ больных ХОБЛ [7]. Результаты оценки психосоциального статуса, показывающие опросника SF-36, что параметры шкал «роль эмоциональных проблем» и «психическое здоровье» у бывших курильщиков выше у продолжающих длительно и интенсивно курить (индекс курения более 30) [11].

Таким образом, результаты настоящего исследования свидетельствуют, что курящие больные по сравнению с некурящими менее склонны к реакциям невротического и депрессивного характера, лучше адаптированы к своему заболеванию и в значительно меньшей мере ощущают обусловленное болезнью снижение КЖ [4,5]. Сведения литературы оценка влияния социальных факторов в формирование параметров качество жизни у больных ХОБЛ до настоящего времени остаются немногочисленными и мало изучены.

Учитывая вышеизложенное мы поставили перед собой цель изучить роль социальных факторов в формирование параметров качество жизни у больных ХОБЛ.

**Задачей** нашего исследования были изучение

в зависимости с возрастом, от пола, от стажа болезни, фактора курения и его длительности, от наличия сопутствующих заболеваний, проживающих в городе и селе, от социального статуса, количества членов семьи, от жилищных условий, от качества медицинского обслуживания.

### Материалы и методы.

В исследование скрининг-анкетирование было проведено на базе пульмонологического отделения НИИ фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз. Анкетировано 140 больных ХОБЛ в возрасте от 19 до 79 лет, из которых мужчин было 94 больных (67,1±4,8%) и женщин – 46 больных (32,9±6,9%). Средний возраст больных ХОБЛ составил 53,6±0,74 лет. Длительность заболевания больных ХОБЛ на момент включения в исследования составила 12,9±0,64 лет. Длительность заболевания до 5 лет отмечена у 21,4% больных, от 5 до 14 лет 42,8%; от 15 до 24 лет – 22,8%; свыше 24 лет – 13,5%. 52,8% больных ХОБЛ являли лицами активно курящими. Средний стаж курения у больных ХОБЛ составлял 28,2±0,98 лет. 22,1% больных ХОБЛ имели стаж курения более 30 лет, до 20 лет курили 9,2% и 13,5% больных ХОБЛ курили в прошлом. Наличие сопутствующих заболеваний отмечено, у 56,4% больных ХОБЛ. В структуре сопутствующих заболеваний патология желудочно – кишечного тракта выявлена у 22,1% больных ХОБЛ, сердечно – сосудистые заболевания – у 35,7%, из которых ИБС зарегистрирована у 20%, гипертоническая болезнь у 15%. Эндокринные заболевания отмечено у 8,5% больных ХОБЛ. Среди больных ХОБЛ жители села составляли 45,7% (64 из 140 больных), жители города – 54,3% (76 из 140 больных). Включенных в исследование от социального статуса, рабочие составляли 39,2%, служащие – 45,5%, колхозники – 14,2%, домохозяйки – 2,1%. Количества членов семьи до 43,6% больных ХОБЛ проживают в семьях с числом членом семьи более 5 человек, до 28,6% больных ХОБЛ имели 4-5 человек в семье; до 15,0% ХОБЛ – 2-3 человек и 2,8% больных – одиноки. Несмотря на высокую обеспеченность респондентов отдельным жильем, только 25,7% больные ХОБЛ оценивают свои жилищные условия как хорошие, а 32,8% считает, что они плохие, 41,4% – как удовлетворительные. Анализ медицинского обслуживания больных ХОБЛ 10,7% охвачены диспансерным учетом у пульмонолога. На диспансерном учете у терапевта состоит 77,8%, самолечением занимались 33,5%, до 16,4% больных ХОБЛ нигде наблюдались.

Изучение параметров качества жизни у всех больных ХОБЛ проводилось при помощи «Сизтлского опросника качества жизни больных ХОБЛ» и оценивалось по балльной системе. Сизтлский опросник включающему 29 вопросов, оценивающих у больного физическое состояние, эмоциональное состояние, состояние профессиональной адаптации и удовлетворенности лечением.

### Результаты и обсуждение.

Изучение параметров КЖ у больных ХОБЛ показало снижение показателей, определяющих физическую активность на 50% от должных. Было отмечено зависимость снижения переносимости физических нагрузок с возрастом больных ХОБЛ (рис. 1.).

В старшей возраст-ной группе (старше 74 лет) физическое состояние больного было на 23,1% ниже по сравнению с больными ХОБЛ в возраст 40-44 лет (2,6±0,25). Оценка эмоционального состояния больного, определяемого диском-фортом в общении с людьми, чувством страха перед физической нагрузкой, была более низкой у больных ХОБЛ в возрастной группе 40-44 года и составлял 2,9±0,31 балл (41,4% от должных). В старшей возрастной группе (старше 74 лет) оценка эмоционального состояния была наиболее высокой 4,5±0,47 балл (64,3% от должных). Оценка параметра КЖ, определяющих профессиональную пригодность больных ХОБЛ, была наиболее низкой в возрастной группе 45-54 лет (3,3±0,14 балла) и составляла 47,1% от должных.

Результатами исследования было отмечено, что с возрастом у больных оценка проводимого лечения врачом и удовлетворенность проводимые лечение снижалась и была наиболее низкой (2,3±0,21 балла) в старшей возрастной группе и составляла 46,0% от должного.

Более выраженное снижение физическое состояние у больных ХОБЛ старшего возраста по сравнению с молодыми пациентами можно объяснить; меньшей способностью адаптироваться к болезни в пожилом возрасте, накоплением лиц с сопутствующей патологией.

Оценка параметров КЖ в зависимости от пола (рис. 2.) показала, что у женщин, страдающих ХОБЛ, отмечены более низкие параметры КЖ, определяющих физическое (2,2±0,07) и эмоциональное (3,1±0,11) состояния.

Достоверных различий в параметрах качества жизни, определяющих удовлетворенность лечением и состояние профессиональной пригодности, среди мужчин и женщин установлено не было, но женщин отмечалось их достоверное снижение до 50% от должных величин.

Результаты исследование показали зависимость снижения всех пара-метров КЖ в зависимости от стажа болезни (рис. 3) отмечено, что у больных ХОБЛ, имеющих стаж болезни до 5 лет, показатели физического состояния составляли – 44,2% (2,3±0,12), эмоционального состояния – 47,1% (3,3±0,21), профессиональной пригодности – 50,0% (3,5±0,15) и удовлетворенность лечением – 46,0% (2,3±0,09). У больных страдающих ХОБЛ более 24 лет, параметров КЖ были резко снижены: физическое состояние до 1,9±0,17 (36,5% от должного), эмоциональное до 2,6±0,19 (37,1% от должного), профессиональной пригодности до 2,9±0,28 (41,4% от должного) и удовлетворенность терапией до 2,2±0,12 (44,0% от должного). Не установлено зависимости снижения параметра удовлетворенность лечением пациентов от стажа болезни.

Оценка фактора курения и его длительности (рис. 4), установила, что у курильщиков более 30 лет показатели эмоциональное состояние существенно ниже, чем у бывших курильщиков ( $p < 0,05$ ). Параметры физического состояния у лиц бывших курильщиков снизились по сравнению с больными курильщиками до 20 лет в 1,2 раза. Не установлено зависимости снижения параметра профессиональной пригодности и удовлетворенность лечением пациентов от стажа курения. Результаты исследования не отмечено достоверного снижения параметров КЖ у больных ХОБЛ



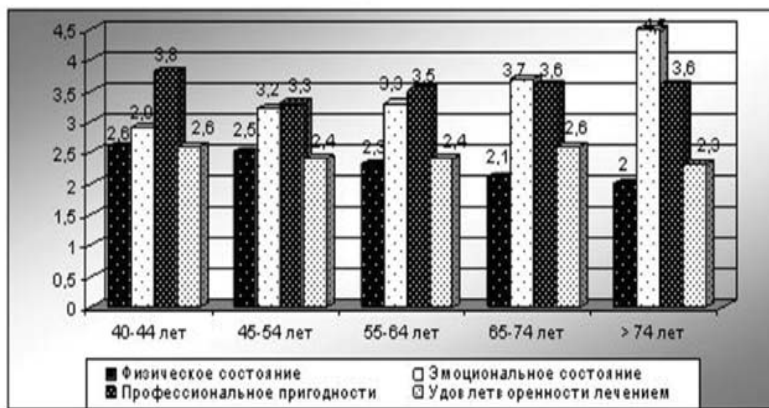


Рис.1. Показатели КЖ у больных ХОБЛ в зависимости от возраста (в баллах)

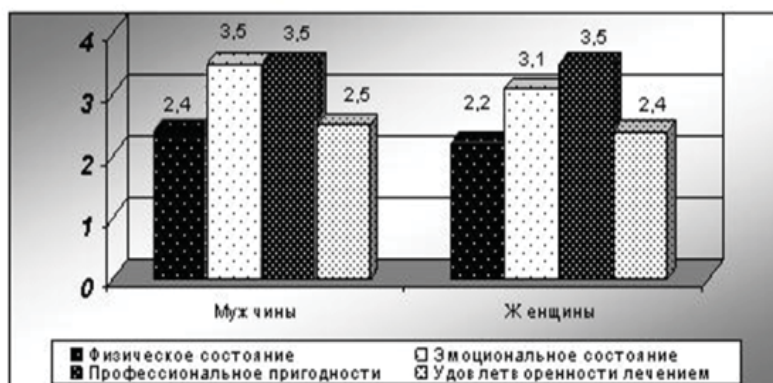


Рис. 2. Показатели КЖ у больных ХОБЛ в зависимости от пола (в баллах)

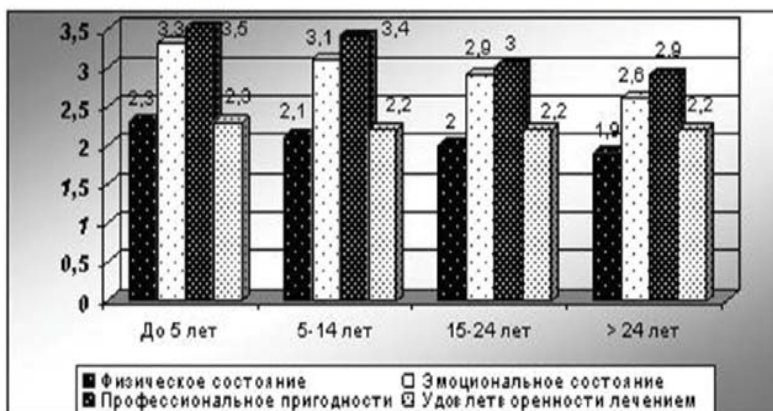


Рис. 3. Показатели КЖ у больных ХОБЛ в зависимости от стажа болезни (в баллах)

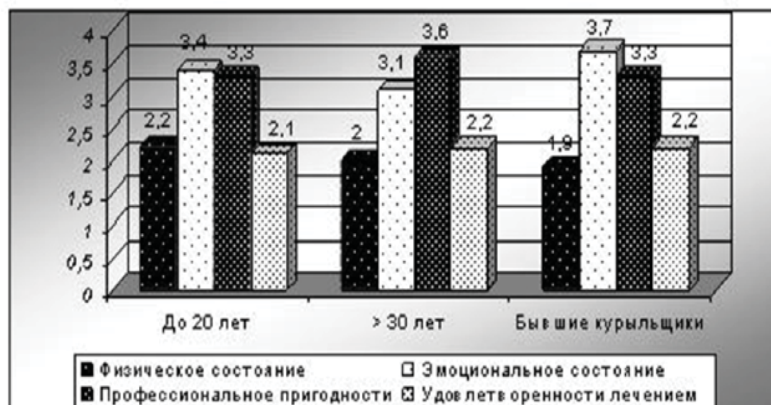


Рис. 4. Показатели КЖ у больных ХОБЛ в зависимости от стажа курения (в баллах)



Таблица 1.  
Показатели КЖ у больных ХОБЛ в зависимости от наличия сопутствующих заболеваний (в баллах)

Параметры	Максимально возможно	ХОБЛ n=140		P
		С сопутствующие заболевания	Без сопутствующие заболевания	
Физическое состояние	5,2	2,0 ± 0,07	2,1 ± 0,07	> 0,5
Эмоциональное состояние	7,0	3,1 ± 0,12	2,9 ± 0,13	> 0,5
Профессиональное пригодности	7,0	3,1 ± 0,11	3,3 ± 0,13	> 0,2
Удовлетворенности лечением	5,0	2,2 ± 0,07	2,2 ± 0,07	–

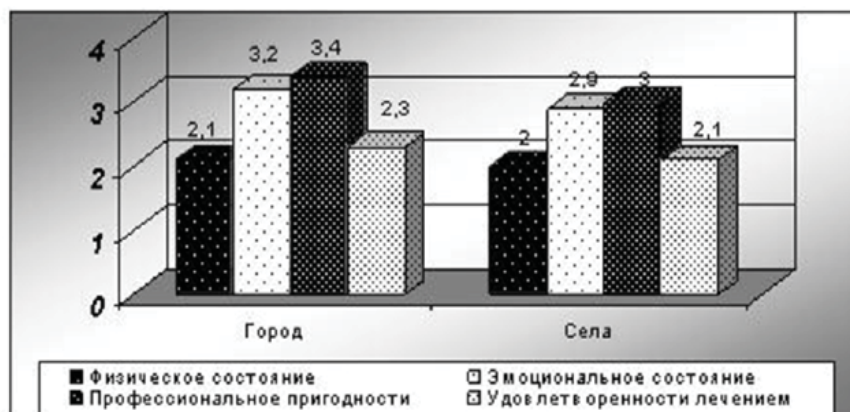


Рис. 5. Показатели КЖ у больных ХОБЛ в зависимости от места жительства (в баллах)



Рис. 6. Показатели КЖ у больных ХОБЛ в зависимости от социального статуса (в баллах)

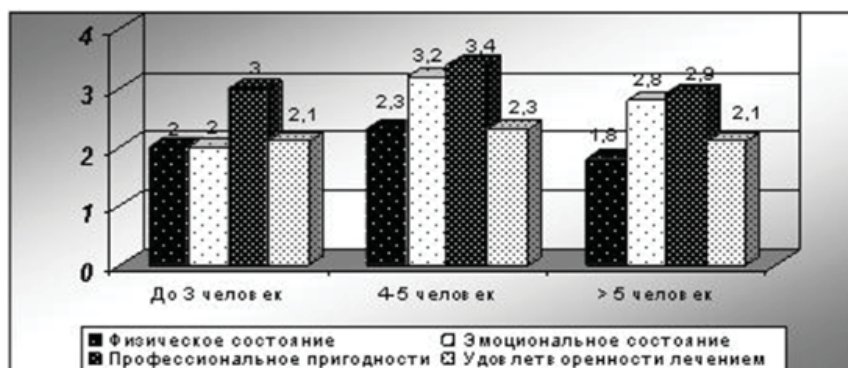


Рис. 7. Показатели КЖ у больных ХОБЛ в зависимости от членом семьи (в баллах)

в зависимости от наличия сопутствующих заболеваний (таб. 1).

При оценке параметров КЖ больных ХОБЛ, проживающих в городе и селе имеют достоверно низкие параметры эмоционального состояния ( $2,9 \pm 0,10$ ), профессиональной пригодности ( $3,0 \pm 0,09$ ) и удовлетворенность лечением ( $2,1 \pm 0,08$ ) по сравнению с жители города (рис. 5).

Оценка параметров КЖ у больных ХОБЛ в зависимости от социального статуса (рис. 6) показало, что служащие имеют достоверно большие оценки физического, эмоционального состояния, профессионального пригодности и удовлетворенности лечением по сравнению с колхозниками, у которых параметры физического состояния снижены до  $1,8 \pm 0,10$  балла (34,6% от должного), эмоционального до  $2,6 \pm 0,23$  (37,1% от должного), профессионального пригодности до  $2,9 \pm 0,19$  (41,4% от должного) и удовлетворенности лечением до  $2,0 \pm 0,06$  (40,0% от должного).

Служащие в отличие от рабочих имеют также достоверно большие оценки в параметрах физического состояния и удовлетворенности лечением. Рабочие в отличие от колхозников имеют достоверно выше параметры физического ( $2,0 \pm 0,07$ ) и эмоционального ( $3,1 \pm 0,14$ ) состояний.

Результаты исследования по оценке зависимости количества членов семьи на формирования параметров КЖ было отмечено (рис.7), что наибольший уровень всех параметры КЖ отмечен у больных ХОБЛ, которые проживают в семьях 4-5 человек и наиболее низкие — в семьях 5 и более человек. В данной группе больных показали физического состояния снижены до 34,6% от должного, эмоционального — до 40,0%, профессиональной пригодности — до 41,4% и удовлетворенности лечением — до 42,0% от должного.

Анализ параметров КЖ больных ХОБЛ в зависимости от жилищных условий (таб. 2) показал, что наиболее низкий уровень всех параметров КЖ отмечался у больных ХОБЛ, проживающих в тяжелых жилищных условиях. Параметров физического состояния снижено до 34,6% от должного и на 30,8% от уровня больных ХОБЛ, проживающих в хороших жилищных условия; эмоциональное состояние снижено до 38,6% от должного и — на 28,9% от уровня хороших жилищных условий; удовлетворенность лечением снижена до 38,0% и — на 26,9% от уровня хороших жилищных условий.

Оценивая параметры КЖ в зависимости от качества медицинского обслуживания (таб. 3), было отмечено, что уровень параметров КЖ был достоверно выше среди больных, которые наблюдались у пульмонолога.

**Таблица 2.**  
**Показатели КЖ у больных ХОБЛ в зависимости от жилищных условий (в баллах)**

Параметры	МВ	хорошие n=36	удовлет- ворительное n=58	тяжелые n=46	P		
					1-2	1-3	2-3
Физическое состояние	5,2	$2,6 \pm 0,10$	$1,9 \pm 0,06$	$1,8 \pm 0,08$	< 0,001	< 0,001	> 0,5
Эмоциональное состояние	7,0	$3,8 \pm 0,20$	$2,9 \pm 0,10$	$2,7 \pm 0,16$	< 0,001	< 0,001	> 0,5
Профессиональное пригодности	7,0	$3,9 \pm 0,17$	$3,2 \pm 0,12$	$2,8 \pm 0,13$	< 0,001	< 0,001	< 0,02
Удовлетворенности лечением	5,0	$2,6 \pm 0,10$	$2,2 \pm 0,09$	$1,9 \pm 0,08$	< 0,01	< 0,001	< 0,05

*МВ – максимальное возможно балла*

**Таблица 3.**  
**Показатели КЖ у больных ХОБЛ в зависимости от медицинского обслуживания (в баллах)**

Параметры	МВ	у терапевта n=100	у пульмо- нолога n=15	ни где не лечились n=23	P		
					1-2	1-3	2-3
Физическое состояние	5,2	$2,0 \pm 0,06$	$2,3 \pm 0,19$	$1,9 \pm 0,11$	> 0,1	> 0,5	< 0,05
Эмоциональное состояние	7,0	$3,1 \pm 0,11$	$3,2 \pm 0,22$	$2,7 \pm 0,19$	> 0,5	< 0,05	< 0,05
Профессиональное пригодности	7,0	$3,2 \pm 0,09$	$3,5 \pm 0,20$	$3,0 \pm 0,15$	> 0,2	> 0,5	< 0,05
Удовлетворенности лечением	5,0	$2,2 \pm 0,06$	$2,5 \pm 0,19$	$2,0 \pm 0,08$	> 0,1	< 0,05	< 0,02

*МВ – максимальное возможно балла*

При наблюдений больных ХОБЛ у терапевта отмечены достоверно больший уровень показатели эмоционального состояния и удовлетворенности лечением.

### **Заключение.**

Таким образом, результаты исследования показали, что параметры КЖ у больных ХОБЛ определяются множеством факторов и снижаются в зависимости от возраста, пола, стажа болезни, ряда социальных факторов: место жительства, род профессиональной деятельности, количество членов семьи, уровень жилищных условий и медицинского обслуживания. Более выраженное снижение физическое состояние у больных ХОБЛ старшего возраста по сравнению с молодыми пациентами, а эмоциональное состояние достоверно снижено у больных молодыми пациентами по сравнению с старшего возраста. Физическое и эмоциональное состояние достоверно снижено у больных женщин, чем мужчин. У больных страдающих ХОБЛ более 24 лет, параметров КЖ были резко снижены: физическое состояние, эмоциональное, профессиональной пригодности и удовлетворенность терапией. Оценка фактора курения и его длительности, установила, что у курильщиков более 30 лет показатели эмоциональное состояние существенно ниже, чем у бывших курильщиков. При оценке параметров КЖ больных ХОБЛ, проживающих в городе и селе имеют достоверно низкие параметры эмоционального состояния, профессиональной пригодности и удовлетворенность лечением по сравнению с жители города. В зависимости от социального статуса показало, что служащие имеют достоверно больше оценки всех параметров КЖ по сравнению с колхозниками. В зависимости количества членов семьи на формирования параметров КЖ было отмечено, что наибольший уровень всех параметры КЖ отмечен у больных ХОБЛ, которые проживают в семьях 4-5 человек и наиболее низкие — в семьях 5 и более человек. Наиболее низкий уровень всех параметров КЖ отмечался у больных ХОБЛ, проживающих в тяжелых жилищных условиях. Уровень параметров КЖ был достоверно выше среди больных, которые наблюдались у пульмонолога.

### **Литература:**

1. Вострикова Е.А., Багрова Л.О., Осипов А.Г. и др. Чувствительность и специфичность спирометрических показателей при скрининговом исследовании респираторной функции. //Пульмонология.- 2004.-№6.-с. 45-50
2. Гурьева М.Э., Визель А.А., Хозиева Л.В. Оценка качества жизни больных с заболеваниями органов дыхания. // Проблемы туберкулеза. 2002.- №5.-с 55-61
3. Гурьева М.Э., Визель А.А., Хузиева Л.В., Самерханова А.Э. Качество жизни больных хроническими обструктивными болезнями легких. //Медицинская помощь. 2002.- №4.-с. 13-15
4. Инсарская Т.И. Медико-социальная характеристика больных хроническими обструктивными болезнями легких и система мониторинга управляемых факторов риска. // Автореферат дисс. ... канд. мед. наук – Ч., 1999.
5. Мазур Е.С. Психологические особенности курящих и некурящих больных хроническим обструктивным бронхитом. // Пульмонология.- 1999.- №2.-с. 13-15
6. Новик А.А., Матвеев С.А., Ионова Т.И. и др. Оценка качества жизни больного в медицине. // Клиническая медицина. 2000. т.78.- №2.-с. 10-14
7. Сенкевич Н.Ю., Белевский А.С. Качество жизни — предмет научных исследований в пульмонологии. (По материалам Международного конгресса ИНТЕРАСТМА'98 и 8-го Национального конгресса по болезням органов дыхания). // Терапевтический архив.-2000.-№3.-с. 36-41
8. Суховская О.А., Илькович М.М., Игнатъев В.А. Методы исследования качества жизни в пульмонологии. Возможности и ограничения (обзор литературы). // Болезни органов дыхания. 2005. т.1. - №1.-с. 50-54
9. Убайдуллаев А.М. Нафас органи касалликлари. // Бахрамов С.М. тахрири остида. –Тошкент. -2004.-с. 84-109
10. Черняк Б.А., Трофименко И.Н., Белевский А.С. Качество жизни у больных ХОБЛ. Чучалин А.Г. (ред.). Качество жизни у больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких. //Издательство «АТМОСФЕРА» Москва. 2004.-с. 219-253
11. Шмелев Е.И. Хроническая обструктивная болезнь легких. //Москва.-2003.-с. 5-108
12. McSweeny A.J. Chronic Obstructive Pulmonary Disease. – New York. 1988. – P.59-85
13. Fan V.S., Curtis J.P., Tu S.P., et al. Using quality of life to predict hospitalization and mortality in patients with obstructive lung diseases. //Chest.- 2002.- Aug. 122. (2). P. 429-36

## ПОДБОР МЕТОДОВ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Турдушева Д. К.

Кафедра анестезиологии-реанимации и интенсивной терапии КГМИПипК  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** Всестороннее клиническое изучение режимов респираторной поддержки и дыхательной активизации больного актуально в настоящее время. Уход за больным, подключенным к аппарату ИВЛ крайне сложный, на любом этапе проведения ИВЛ возможны технические сбои и ошибки, присоединение вторичных осложнений.

**Ключевые слова:** искусственная вентиляция легких, вспомогательную вентиляцию гипервентиляция, гипокания.

## КҮЧӨТҮЛГӨН ТЕРАПИЯДА ООРУЛУУЛАРДЫН ӨПКӨСҮН ЖАСАЛМА ЖЕЛДЕТҮҮ БЫКМАЛАРЫН ТАНДОО

Турдушева Д.К.

Кыргыз мамлекеттик медициналык кайра даярдоо жана адистикти жогорулатуу институтунун  
күчөтүлгөн терапиясы жана нестендируүү-жандандыруу кафедрасы  
Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Учурда оорулунун дем чыпка тирөөчүнүн режимин жана дем алууну күчөтүү бардык жактан клиникалык изилдөө актуалдуу. ӨЖЖ аппаратына туташылган оорулуну багуу өтө кыйын, кандай кырдаал болбосун ӨЖЖ жүргүзүүдө техникалык жактан бузулуусу жана ката кетүүсү, экинчи оорунун кошулушу мүмкүн.

**Негизги сөздөр:** өпкөнү жасалма желдетүү, жардамчы желдетүү, гипержелдетүү, гипокания.

## SELECTION METHODS OF MECHANICALLY VENTILATED PATIENTS IN THE INTENSIVE CARE

Turdusheva D.K.

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** Comprehensive clinical study modes of respiratory support and respiratory activation of the patient's relevant now. Patient care, connected to a ventilator is extremely difficult, at any stage of mechanical ventilation to technical glitches and errors, joining secondary complications.

**Key words:** mechanical ventilation, assisted ventilation, hyperventilation, hypocapnia.

### Актуальность.

Проблема всестороннего клинического изучения режимов респираторной поддержки и дыхательной активизации больного актуальна в настоящее время. В последние годы, после появления в нашей стране большого количества разнообразных моделей аппаратов для проведения искусственной вентиляции легких (ИВЛ), вспомогательную вентиляцию стали широко использовать. Посттравматические и послеоперационные хирургические больные, вследствие различных этиологических и патогенетических причин имеют диспноэ с тенденцией к тахипноэ или брадипноэ, которые в условиях вспомогательной вентиляции легких (ВВЛ) нередко переходят в гипер- или гиповентиляцию. Нежелательные последствия гипервентиляции и гипокании, на сегодняшний день, четко установлены: спазм сосудов головного мозга, смещение кривой диссоциации гемоглобина влево (что приводит к тканевой гипоксии), адаптация центральных и периферических хеморецепторов к гипокании с усилением афферентной стимуляции при превышении содержания  $CO_2$  выше адаптированного уровня. Последствия гиперкапнии не менее опасны: вазодилатация сосудов головного мозга с увеличением интракраниального объема крови и, как следствие, увеличение внутричерепного давления.

### Материал и методы.

Материалом настоящей работы являются результаты исследований проведенных с 2012 по 2014г. в отделении общей реанимации и интенсивной терапии

НГ МЗ КР. Под наблюдением находились 38 пациентов (мужчины - 21, женщины - 17, возраст 43,7+14,3, от 18 до 65 лет).

Неврологический статус определялся по шкале Глазго-Питсбург совместно с неврологами.

Смена режимов вентиляции легких производилась по следующему протоколу:

1. В условиях CMV отменяли наркотические и седативные средства не менее чем за 8 часов до оценки функции дыхания.

2. Если по шкале Глазго-Питсбург больной имел 16 и более баллов, то его переводили с режима CMV на SIMV с PSV (инспираторное давление устанавливали на уровне давления плато при CMV). Затем постепенно уменьшали частоту аппаратных дыхательных циклов SIMV. Фиксировали количество спонтанных дыхательных попыток. Начинали пробную дыхательную активизацию - перевод больных на PSV если: Количество спонтанных дыхательных попыток было более 8 в минуту.  $SpO_2$  оставалось более 90%; АДср в пределах  $\pm 15$  мм рт ст от АДср при CMV. Не отмечалось периодических патологических ритмов дыхания. Не отмечалось отрицательной неврологической динамики.

3. Попытку дыхательной активизации считали безуспешной если имело место сочетание двух и более признаков из нижеперечисленных:  $SpO_2$  снижалось ниже 90%; АДср изменялось более чем на 15 мм рт ст от АД при SIMV; Оценка по шкале Глазго-Питсбург снижалась на 2 и



Таблица 1.

Распределение больных по характеру заболевания и типу оперативного вмешательства.

Характер заболевания	Количество пациентов	Летальный исход
ЗЧМТ, травматическая гигрома, геморрагический ушиб правой гемисферы, ушиб в области базальных ядер, массивное субарахноидальное кровоизлияние	8	0
ОНМК по ишемическому типу	7	0
ОНМК по геморрагическому типу	5	0
Тяжелая сочетанная травма	5	1
ОЧМТ, диффузное аксональное повреждение, перелом пирамиды височной кости, перелом основания черепа, САК.	4	0
Внутричерепная гематома, ушиб головного мозга	3	0
Перитонит	3	1
Разрыв аневризмы средней мозговой артерии, массивное САК	2	0
Внутричерепная гематома, САК	1	0
Всего	38	2

Таблица 2.

Оценка прогностической значимости параметров респираторной поддержки для дыхательной активизации хирургических больных

ГИПОТЕЗА: «Больной не может обходиться без SIMV, если...»	ИП	ЛП	ИО	ЛО	чувствительность (Ч)	специфичность (С)	положит. предсказательность (ПП)	отрицат. предсказательность (ОП)
МОД общий > 8,7 л	42	14	22	36	54%	61%	75%	38%
МОД спонт < 5,7 л	44	16	20	34	56%	56%	73%	37%
ДО спонт < 398 мл	55	15	21	23	71%	58%	79%	48%
МОДспонт/МОДобщий < 64 %	12	6	30	26	67%	83%	90%	54%

более балла; Частота дыхания выходила за пределы 10-35 в минуту.

В этом случае попытка заканчивалась возвратом к комбинированной респираторной поддержке - SIMV с PSV либо в сочетании с седацией, либо без нее. При этом новые параметры SIMV отличались от прежних показателей и подбирались с расчетом поддержания SpO<sub>2</sub> в безопасных границах: 95-100%.

**Результаты исследований и их обсуждение.**

У каждого из 38 пациентов была предпринята попытка дыхательной активизации по вышеизложенному протоколу (перевод больного сначала на режим SIMV, затем на PSV и СРАР). После перевода больных на вспомогательный режим вентиляции пациенты попадали в одну из подгрупп - А, В1 или В2. Таким образом, в группе А - 36 наблюдений, в группе В - 78 наблюдений. Всего было проведено 114 теста, все они включены в статистический анализ.

С целью исключения индивидуальных факторов, определяющих МОД был проведен анализ соотношения МОДспонт/МОДобщий. В группе А этот показатель

(77+1,3%) был значительно выше, чем в группе В (58+1,5%) см таблицу 2.

Полученные данные позволяют утверждать, что коэффициент МОДспонт/МОДобщий можно использовать для оценки прогноза дыхательной активизации (с минимальной вероятностью ошибки) хирургических пациентов без повреждения легких.

Проблема всестороннего клинического изучения режимов респираторной поддержки и дыхательной активизации хирургического больного крайне актуальна в настоящее время. Хирургические больные, вследствие различных этиологических и патогенетических причин имеют диспноэ с тенденцией к тахипноэ или брадипноэ, которые в условиях ВВЛ нередко переходят в гипер- или гиповентиляцию.

**Выводы:**

1. Перевод хирургических пациентов с механической вентиляции легких на вспомогательные режимы вентиляции с последующим отключением от респиратора сопровождается сочетанными изменениями неврологического статуса и параметров системной

гемодинамики.

2. Среди исследованных параметров дыхания, неврологического статуса, регионального мозгового и системного кровообращения, наибольшую прогностическую значимость имеют: соотношение МОДспонт/МОДобщий при сочетанном применении SIMV и PSV (не менее 70%); АДср через 5 минут от начала PSV не более 95 мм рт ст.; неврологический статус, оцененный по шкале Глазго-Питсбург, через 5 минут от начала PSV не менее 20 баллов.

3. Дыхательную активизацию хирургических больных можно начинать только в том случае, если пациенты отвечают следующим требованиям: в режиме SIMV с PSV неврологический статус, оцененный по шкале Глазго-Питсбург не менее 20 баллов; в режиме SIMV с PSV пациент способен поддерживать нормальный газовый состав артериальной крови при котором доля МОДспонт составляет более 70% от МОДобщий.

### **Литература:**

1. Асланукова А.Н., Молчанов И.В., и соавт. Патофизиологические основы гипервентиляции и ее оценка в процессе перевода больных с продленной ИВЛ на самостоятельное дыхание // *Анестезиология и реаниматология*. - 2000. - №2. - С.44 - 49.
2. Кассиль В.Л., Лескин Г.С., Выжигина М.А. *Респираторная поддержка*. - М.: Медицина, 1997. - 319 с.
3. Николаенко Э.М. *Управление функцией легких в ранний период после протезирования клапанов сердца*: Дисс. докт. мед. наук. - М., 1989. - 504 с.
4. Плам Ф., Познер Д. *Диагностика ступора и комы*: Пер. с англ. - М.: Медицина, 1986. - 543 с.
5. Потапов А.А., Амчелавский В.Г., и соавт. *Основные принципы интенсивной терапии тяжелой черепно-мозговой травмы* // *Российский журнал анестезиологии и интенсивной терапии*. - 2002. - № 1. - С. 71 - 76.

### ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОГО МЕТОДА (С ОПТИМАЛЬНЫМ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ И АНТИГИПОКСИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ), ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ПНЕВМОНИИ НА ФОНЕ ВЫСОКОВИРУЛЕНТНОГО ГРИППА (АН1N1) НА СЕВЕРЕ

Ушаков В.Ф., Абдурасулов К.Д., Конрат О.Н., Савш П.А.,  
Гоборов Н.Д., Фомин В.А., Петрова И.Л.

БУ ХМАО-ЮГРЫ Ханты-Мансийская государственная медицинская академия  
Ханты-Мансийск, Россия

**Резюме.** У больных вирусно-бактериальной пневмонией основной (n=20) и контрольной (n=20) групп зарегистрировано тяжелое течение заболевания, сопровождающееся с 1-го, 2-го дня формированием острого респираторного дистресс-синдрома, распространенной пневмонии, выраженного интоксикационного синдрома, токсического нефрита, гепатита, энцефалопатии, септического шока и других осложнений. Наиболее выраженный терапевтический эффект зарегистрирован у лиц получавших оптимальную программу лечения (включающую ингаляцию сурфактанта, дарназы, высокочастотную искусственную вентиляцию легких, высокие дозы глюкокортикостероидов).

**Ключевые слова:** Вирусно-бактериальная пневмония, острый респираторный дистресс синдром, сурфактант, высокочастотная искусственная вентиляция легких.

### THE EXPERIENCE OF USING THE ADVANCED METHOD (WITH OPTIMAL ANTI-INFLAMMATORY AND ANTIHYPOXIC EFFECT) OF TREATMENT OF SERIOUS PNEUMONIA ON THE BACKGROUND OF HIGHLY VIRULENT GRIPPE (AH1N1) IN THE NORTH

Ushakov V.Ph, Abdurasulov K.D, Konrat O .N, Savsh P.A,  
Goborov N.D, Fomin V.A, Petrova I.F.

Hanty–Mansiisk State Medical Academy, Russia, Khanty –Mansiisk, Mir str.-40 Index 628012.

**Summary.** In patients with virus – bacterial pneumonia of the main (n=20) and control (n=20) groups it is registered serious disease accompanied by the formation of acute respiratory distress-syndrome from the first and second day, pneumonia, marked toxic syndrome, toxic nephritis, hepatitis, encephalopathy, septic shock and other complications. The most marked n is registered in patients taking the optimal treatment (including darnase surfactant inhalation, highly frequent artificial lung ventilation, high doses of glucocorticoids)

**Key words:** virus- bacterial pneumonia, acute respiratory distress syndrome, surfactant, highly frequent artificial lung ventilation.

В последние годы отмечается значительный прогресс диагностики и лечения пневмоний, однако летальность растет (1). Особенно высок относительный уровень смертности при вирусно-бактериальных пневмониях (35-45 %) при вирусно-бактериальных пневмониях в период эпидемии гриппа АН1N1 (2009-2011г.), вследствие таких осложнений как острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС), полиорганной недостаточности на фоне пневмоний тяжелого течения (2,3,6). При этом, несмотря на то, что смертность при ОРДС остается высокой, методы интенсивной помощи при данном осложнении у больных пневмонией тяжелого течения остается на стадии разработки. В то же время установлено, что сочетанное применение ингаляций сурфактанта ВЛ в комплексе с маневром «открытия» легких, способствуют снижению смертности при данной патологии 4-5 раз (4,5). Вместе с тем до сих пор не разработаны оптимальная методика ингаляций сурфактанта ВЛ, щадящий режим ИВЛ (режим лучшего ПДКВ), методика «открытия» легких, противовоспалительная терапия. Следует отметить, что в РФ в 2015 г. были зарегистрированы 17 случаев заболеваемости гриппом АН1N1 осложненного пневмонией с летальным исходом. То есть пандемический вирус АН1N1 может, вследствие

мутации может «вернуться» в любые регионы страны. В создавшихся условиях клинические подразделения должны predispose о клинических особенностях, эффективных методов лечения, алгоритмах диагностике нового пандемического гриппа АН1N1 и его осложнений.

**Цель работы:** изучить опыт применения усовершенствованного метода (с оптимальным противовоспалительным и антигипоксическим эффектом) лечения тяжелой пневмонии на фоне высоковирулентного гриппа (АН1N1) на Севере.

#### Материалы и методы.

Исследования проводились с 2011 по 2014гг. больные поступали в стационар, затем в ОРИТ в ноябре – феврале, в основном в осеннее – зимнее время. Поступали больные в ОРИТ Сургутской ОКБ (г.Сургут), в ОКБ г.Ханты-Мансийска. Под наблюдением были больные основной группы (n=20) и контрольной группы (n=20) в возрасте 18-58 лет с вирусно-бактериальной пневмонией тяжелого течения (тотальная с одной стороны и сегментарная с другой отмечались соответственно у 5 и 6 больных); субтотальная с одной стороны и сегментарная с другой у 6 и 6 больных; двухсторонняя долевая у 9 и 9 больных. У 12 больных основной группы и 15 больных отмечался ОРДС с 1-го дня заболевания, соответственно у 8 и 5 со

2-го дня. Пневмонии (пневмококковые, соответственно у 5 и 4 больных и обусловленные стафилококком у 14 и 16 больных с ОРДС и полиорганной недостаточностью) установлены на 1-3 день госпитализации (своевременной). У всех больных диагностирован вирус АН1N1 (при идентификации антигена) РНК назофарингеальных смывов или в аспирате методом ПЦР. Всем больным в дальнейшем проводилось углубленное клиническое, биохимическое иммунологическое, инструментальное обследование (включающее мультиспиральную компьютерную томографию). Диагноз СОПЛ/ОРДС ставили на основании основных диагностических критериев сформулированных и утвержденных на Специальной Американско-Европейской согласительной конференции по ARDS в 1994г.:

- быстрое прогрессирование ДН
- тяжелая гипоксемия, рефрактерная к O<sub>2</sub>-терапии;
- СОПЛ- PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub><300 мм.рт.ст.,
- ОРДС PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub><200 мм.рт.ст.,
- двусторонние изменения на рентгенограмме органов грудной клетки,
- отсутствие левожелудочковой недостаточности.

Причины развития СОПЛ/ОРДС были разделены на две группы:

I. Оказывающие прямое воздействие на легкие:

1. легочная инфекция: пневмония стафилококковая (S.aureus).

пневмония грипп АН1N1.

II. Не оказывающие прямого действия на легкие:

1. септический шок
2. сепсис
3. синдром диссеминированного сосудистого свертывания
4. анемия
5. сопор
6. кома
7. миокардит
8. аритмии и др.

В отличие от контрольной группы, пациентов основной группы получали ингаляции сурфактанта ВЛ, причем при ИВЛ проводили тщательную санацию трахеобронхиального дерева и введение миореалоксантов. Уделяли большое внимание тщательной посегментарной санации бронхов (использовали раствор диоксидина – 0,5%/ 5-25 мл. физ- раствора или при бронхомукостазе применяли пульмозин ( 2,5 мг/2,5 мл) для ингаляций через небулайзер 1 раз в сутки. Проводили эндобронхиальное введение раствор сурфактанта ВЛ с помощью

фибробронхоскопа в среднем по 150 мг (2 флакона) в каждый бронх левый и правый по сегментарно с интервалом в 12 часов. Суточная доза сурфактанта составляла 12 мг/кг. эмульсию сурфактанта готовили строго в соответствии с рекомендациями производителя. Искусственная вентиляция легких проводилась аппаратом DRAGER «SAVINA-300» (Германия).

У больных основной группы эндобронхиальное введение сурфактанта ВЛ и маневры «открытия» легких проводили в условиях контролируемой ИВЛ с управляемым объемом и нисходящей формой пикового инспираторного потока. Скорость пикового инспираторного потока составляла от 50-55 мл./мин.; ДО от 6 до 8 мл/кг, FiO<sub>2</sub>=0,6-0,8-1,0; РЕЕР 10-14-16 см.рт.ст., P<sub>1</sub>usp =25-40 см. H<sub>2</sub>O.

При выполнении маневра открытия легких после оптимизации параметров ИВЛ в течение 30-60 сек. увеличивали через 10 вдохов ДО 10-15 мл/кг массы тела. Затем в течение 30-60 сек увеличивали на 2-3 см. H<sub>2</sub>O установочного ПДКВ до величины превышающей ранее подобранный оптимальный уровень ПДКВ на 10-20-25 см.вод.ст. При пиковом давлении в дыхательных путях (Р тр.пик) 40-50 вод.ст. ПДКВ уст=25-35-40 см.вод.ст. отмечали рост оксигенации крови, снижение фракции внутрилегочного венозного давления.. Далее в течение 30-80 сек. (10-15-20 аппаратных дыхательных циклов), выдерживали данные параметры ИВЛ (пока продолжается рост сатурации) после чего снижали ДО до исходных значений (6-8мл./кг), поддерживая при этом побранное оптимальное отношение вдох/выдох за счет регуляции (уменьшения) скорости пикового инспираторного потока. Состояние больных основной и контрольных групп характеризовалось параметрами: APACHE 13-14 баллов, SOFA 14-15 баллов, маневр «открытия легких» выполняли 4-6 раз в сутки. при нормализации PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> маневр «открытия » легких прекращали. Наиболее тяжелым больным осуществляли эндобронхиальное введение сурфактанта ВЛ 2-3 флакона.

В отличие от контрольной группы пациента основной группы в первые три дня пребывания в ОРИТ получали в/в раствор гидрокортизона (300-500 мг.). Лица контрольной группы получали в/в 160-190 мг в сут. При этом лицам 4-м больным основной группы с выраженной гипоксемией гиперкапнией проводили вч ИВЛ (140-160 в 1 мин.) Лицам контрольной группы проводили общепринятую ИВЛ в условиях лучшего РЕЕР но без маневра открытия легких.

**Таблица № 1.**  
**Сроки введения сурфактанта ВЛ начала развития СОПЛ/ОРДС**

Кол-во больных	Сроки начала сурфактант терапии (час)
7	3-4
5	8-12
4	24
2	48
2	72



**Таблица № 2.**

**Показатели газообмена у больных вирусно-бактериальной пневмонией контрольной группы (n=20) в процессе лечения ОРВИ (критерий Фридмана; Me: 0,05; 0,95)**

Показатели	Показатели газообмена контрольной группы (n=20)						
	Исходные №1	Через 24ч №2	Через 6 суток №3	Через 12 суток №4	Через 16 суток №5	Критерий Фридмана	Уровень значимости
SpO2 (%)	60 (54,9; 80)	87,5 (79,5;99)	91,5 (88,9; 97)	97 (90; 99)	97 (90;99)	57,9	< 0,005
							Между 1-2-р <0,05 1-3-р<0,05 <0,001
PCO2, мм.рт.ст.	67,5 (39,9;75,0)	64,0 (34,9;70)	53,5 (34,9;74,0)	44 (33,9;58,1)	40 (34,9;58,1)	28,0	Между 1-3-р <0,05 1-4-р<0,05 3-4р<0,05 <0,001
Pa O2, мм.рт.ст	48,5 (32,9;61)	51,0 (35;65)	68,5 (57,8; 75,1)	70,0 (57,8;79,5)	80,0 (70,9; 90,2)	60,3	Между 1-3-р <0,05 1-4-р<0,05 4и5 р<0,05 <0,001
PaO2/FiO2 мм.рт.ст	148 (131,8;160)	170 (129,9; 192,1)	231 (189,5; 260)	265 (199,5; 340,7)	----	47,3	Между 1-2-р <0,05 1-3-р<0,05 2и3 р<0,05 2и4 <0,001

**Таблица № 3.**

**Показатели газообмена у больных вирусно-бактериальной пневмонией основной группы (n=20) в процессе лечения ОРВИ (критерий Фридмана; Me: 0,05; 0,95)**

Показатели	Показатели газообмена контрольной группы (n=20)						
	Исходные №1	Через 24ч №2	Через 6 суток №3	Через 12 суток №4	Через 16 суток №5	Критерий Фридмана	Уровень значимости
SpO2 (%)	62 (52,2; 80)	93,0 (89;97)	97,0 (90; 98)	98 (89; 99)	97 (95;99)	48,6	И сравнение интервалов < 0,05
							Между 1и2; 1и3; <0,001
PCO2, мм.рт.ст.	65, (48-70)	48 (34,9;60,1)	40 (33,9;48,2)	36 (33,9;43,2)	36 (34,9;48,1)	52,6	Между 1и3; 1и4; 2и4; <0,001
Pa O2, мм.рт.ст	48,5 (34 62)	66,5 (35;54 74,1)	83,0 (61,9; 88,1)	81,0 (70,9;90,2)	82,0 (71,9; 90,2)	55,12	Между 1и2; 2и3; <0,001
PaO2/FiO2 мм.рт.ст	146,5 (84,6;155,2)	250 (224,7; 260,2)	317 (260,0; 340,6)	320 (244,7; 390,0)	----	50,3	Между 2и1; 3и2; 2и3 <0,001

### Результаты и обсуждения.

Структурное повреждение альвеолы и нарушение синтеза сурфактанта альвеолоцитов развивается в течение нескольких часов на фоне действия повреждающего фактора. Критерии назначения сурфактант – терапии следующие:

— некупируемые с помощью ИВЛ расстройства газообмена,

— Необходимость применения ПДКВЮ10 см.вод. ст.,

— фракция O<sub>2</sub> в дыхательной смеси выше 50%.

Критерии отмены назначения - стойкое улучшение газообмена в легких и достижение PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> >300

В результате проведенных исследований установлено, что в исходном состоянии показатели газообмена: SpO<sub>2</sub> (%), PCO<sub>2</sub>, мм.рт.ст., PaO<sub>2</sub>, мм.рт.ст. PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> мм.рт.ст как у лиц основной группы (составили 62,0; 65,0; 48,5; 146,5), так и у больных контрольной группы (составили 60,0; 67,5; 48,5; 148,0), были значительно ниже уровня нормы, существенно не отличались между собой и соответствовали II стадии острой дыхательной недостаточности.

На фоне лечения, включающую инфузионную, усовершенствованную респираторную терапию, антибактериальную, противовирусную терапию состояние больных основной группы оставалось крайне тяжелым, прогрессировали признаки тяжелой гипоксемии, интоксикации, ОРДС.

К концу 1-х суток, после стабилизации гемодинамики, КН, систоло-диастолической функции сердца, снижения дозы вазопрессоров, после введения сурфактанта (эндобронхиального).

VL на 150<sup>-175</sup> шт в каждый бронх индекс повысился (p<0,001) до 250,0, а показатели SpO<sub>2</sub>, PCO<sub>2</sub>, PaO<sub>2</sub> максимально приблизились к норме (табл.2). В течение 1-2 дней неотложной терапии удалось снизить концентрацию подавляемого кислорода (FiO<sub>2</sub>) до 45-55 %, показатели положительного давления в конце выдоха (PEEP) до 7-9 см.вод.ст.

Прекращение последующего эндотрахеального введения ( в течение 3-4 дней) сурфактанта VL и усовершенствованного метода интенсивной терапии через 6 суток отмечалась нормализация показателей SpO<sub>2</sub> (%), PCO<sub>2</sub>, мм.рт.ст., PaO<sub>2</sub>, мм.рт.ст. PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> мм.рт. ст., и это увеличение показателей в дальнейшем стойко удерживалось (табл.2). В пределах нормы и через 12 суток параметры газообмена составляли: 98, 36, 81, 320 или уровне значимости p<0,001, а через 16 суток: 97,36,82 , -. Эти быстрые положительные эффекты стабильно сохраняющиеся до конца пребывания пациентов в ОРИТ можно объяснить увеличением объема функционирующей паренхимы легких при возврате в газообмен нестабильных альвеол, улучшением биомеханики дыхания, вентиляционно-перфузионных отношений, уменьшением гипоксемической легочной гипертензии. При этом у лиц основной группы в течение первых суток усовершенствованной терапии удавалось снизить концентрацию подаваемого кислорода (FiO<sub>2</sub> до 35-50% и положительного давления в конце выдоха (PEEP) до 7-9 мм.вод.ст. Составляли соответственно: 97, 40, 83, 317.

Иная картина наблюдалась у лиц контрольной группы (табл. 2) у которых к концу первых суток значительно увеличивалось только SpO<sub>2</sub> (%) b PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> до 87,5 и 170. Но следует заметить, что только через 12 суток показатели SpO<sub>2</sub> (%) и PCO<sub>2</sub> мм.рт. ст достигли нормального уровня (составляли 97 и 44), тогда как параметры PaO<sub>2</sub> мм.рт.ст и PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> мм.рт. ст значительно увеличивались ( соответственно до 70,0 и 265) но не до общепринятой нормы. При этом только через 16 суток пребывания в ОРИТ у лиц контрольной группы показатели газообразования нормализовались (табл.3).

### Обсуждение.

В исследование была поставлена цель усовершенствования технологии сочетанного применения препарат Сурфатанта VL маневра «открытия» легких при лечении тяжелой вирусно-бактериальной пневмонии на фоне гриппа АН1N1, осложненной ОРДС. Для улучшения доступа лучшего распределения сурфактанта VL в респираторных отделах легких у лиц (4) с бронхомукостазом до и после проведения маневронной посегментарной БФС применяли ингаляции Пульмазима (2,5 мг/2,5 мл.) через небулайзер. Известно, что Пульмозим действует на густой вязкий секрет улучшает функцию легких, уменьшает частоту инфекции дыхательных путей. Больным с выраженной гипоксемией, низкими меньше 100 индексами оксигенации назначали в первые дни (четырем больным основной группы) в интервале между процедурами маневра «открытия» легких Vч ИВЛ. Также способствовала лучшему проникновению сурфактанта в альвеолы. При этом для достижения величины транспульмонального давления достаточного для открытия легких поддерживали Р пик на уровне 35-50 ст.вод.ст. Для улучшения показателей газообмена и стабилизации осуществляли вышеперечисленные мероприятия и проводили 5-6 маневров открытия легких в течение суток. Для более быстрого купирования воспаления снижения цитокинов, содержания внесосудистой жидкости в легких применяли более высокие дозы ГКС впервые 3 дня лечения, мощные антибиотики. Уже к концу первых вторых суток комплексной терапии удавалось значительно приблизить показатели газообмена к норме, снизить концентрацию подаваемого кислорода (FiO<sub>2</sub>) до 35-50% и положительного давления в конце выдоха (PEEP) до 7-8 см.вод.ст. Более быстрые положительные эффекты пациентов основной группы (в отличие от основной группы) можно объяснить более быстрой регрессии инфильтративных изменений легких, значительным увеличением объема функционирующей паренхимы легких, при вовлечении в газообмен нестабильных альвеол, улучшение механики дыхания, вентиляционно-перфузионных отношений, уменьшение гипоксической вазоконстрикции, систолического давления в легочной артерии. При этом длительность нахождения на ИВЛ составляла в среднем 15 дней (контрольной группе 23 дня), полная регрессия инфильтративных явлений в легких отмечалась через 16, а в контрольной группе через 38 дней.

**Выводы:** применение ингаляции сурфактанта VL на фоне маневра открытия легких, высоких доз ГКС, Пульмозима, Vч ИВЛ (по показаниям) у больных с тяжелой вирусно-бактериальной пневмонией с ОРДС,

позволяет относительно быстро улучшить показатели газообмена, биохимические свойства легких уменьшить сроки регрессии инфильтративных изменений в легких, сроки респираторной поддержки, сократить смертность у больных с вирусно-бактериальной пневмонией с ОРДС.

### **Литература:**

1. Синопальников А.И. Бактериальные пневмонии. «Пульмонология» – руководство. «ГЭОТАР-Медия» 2009, с. – 218-228.

2. Колобухина Л.В. Вирусные инфекции дыхательных путей. 2009. с.-191-217.

3. Алексеев А.М., Яковлев А.А. и соавт. Сурфактант-терапия пневмонии и ОРДС, ассоциированных вирусом АН1N1. Забайкальский медицинский вестник. - 20011.-

№1.-с -23-27.

4. Авдеев С.Н Острая гипоксическая дыхательная недостаточность, включая, острый респираторный дистресс-синдром. Респираторная медицина» т. 2 «ГЭОТАР-Медия» 2007-с.- 668-680.

5. Власенко А.В., Остапенко Д.А., Морозов В.В., Розенберг О.А. Примечание Сурфактанта-БЛУ у взрослых с острым респираторным дистресс-синдромом различного генеза. Общая реаниматология, 2005, 1, №6. с.-21-29.

6. Галяхвостова Н.О. Особенности современного течения гриппа А (H1N1 swI). М. Клиническая медицина. №6 2012. с.-18-24.

РОЛЬ КОМПЛЕКСНОЙ ОЗОНОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВЫСОКОЙ  
ОСЛОЖНЕННОЙ МИОПИИ

Чакиева А.Р.

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

**Резюме.** Больным с высокой миопией до 10,0<sup>D</sup> 9 больных, (18 глаз) и выше 10,0<sup>D</sup> – 21 больной, (42 глаза) проведена комплексная антиоксидантная терапия (УФО крови, озонотерапия и милдронат.) До и после лечения определялись показатели продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) в слезе: гидроперекись липидов (ГПЛ), нейтральные липиды (НЛ) диенкетоны (ДК) и окислительный индекс (ОИ). После проведенного лечения выявлено достоверное понижение показателей ГПЛ и НЛ в обеих группах. Так, если до лечения у больных с миопией выше 10,0<sup>D</sup> показатели ГПЛ и НЛ составляли – 0,89±0,22 и 1,67±0,12, то после лечения 0,76±0,13 и 1,62±0,13 соответственно. Достоверное понижение ОИ после лечения выявлено у больных с миопией до 10,0<sup>D</sup> в обоих сроках наблюдения, а именно 1 и 6 месяцев. Таким образом, проведение антиоксидантной терапии достоверно улучшает метаболические процессы у больных с миопией высокой степени. Длительность лечебного эффекта после лечения у больных констатирована в течение полугода.

**Ключевые слова:** антиоксидантная терапия, осложненная миопия, продукты перекисного окисления липидов (ПОЛ)

ТАТААЛДАШКАН ЖОГОРКУ ДЕНГЭЭЛДЕГИ МИОПИЯНЫ ОЗОНОТЕРАПИЯ  
ЖОЛ МЕНЕН ДАРЫЛООНУН МААНИСИ

Чакиева А.Р.

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

**Корутунду.** Ооруларга миопиясы 10,0 диоптрийге чейин - 9 оорулуу (18 көз) жана 10,0 диоптрийден жогору 21 ооруга (42 көз) озонотерапия жүргүзүлдү. Дарылоого чейин жана дарылоодон кийин көз жашында перекистүү липиддер (ГПЛ,НЛ,ДК,ОИ) аныкталган. Озонотерапиядан кийин перекистүү липиддердин ылдыйлашы далилденди. Эгер, дарылоого чейин, 10,0 диоптрийден жогору болгондордун ГПЛ жана НЛ көрсөткүчтөрү – 0,89±0,22 жана 1,67±0,12 болсо, дарылоодон кийин 0,76±0,13 жана 1,62±0,13 сандарын түздү. Демек, озонотерапиянын таасири көздүн метаболикалык процесстерин жогорулашын далилдейт.

**Негизги сөздөр:** антиоксиданттык терапия, жогорку денгээлдеги миопия, перекистүү липиддердин азыктары

THE ROLE OF INTEGRATED OZONE THERAPY IN THE TREATMENT  
OF HIGH COMPLICATED MYOPIA

Chakieva A.R.

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

**Resume.** Patients with high myopia up to 10,0<sup>D</sup> - 9 patients, (18 eyes) and above 10,0<sup>D</sup> - 21 patients, (42 eyes) conducted and antioxidant therapy. Before and after treatment were determined by indicators of lipid peroxidation in tears: hydro peroxide lipids (HPL), neutral lipids (NL) diene ketones (DK) and oxidative index (OI). There is a significant decrease in performance HPL and the NL in both groups after treatment. Thus, if the pre-treatment of patients with myopia above 10,0<sup>D</sup> figures of HPL and NL were - 0,89 ± 0,22 and 1,67 ± 0,12, after treatment 0,76 ± 0,13 and 1,62 ± 0,13. The significant decrease in OI after treatment was found among patients with myopia up to 10,0<sup>D</sup> in both periods of observation. Thus, an antioxidant therapy significantly improves metabolic processes among patients with high complicated myopia. The duration of the therapeutic effect after treatment in patients ascertained for six months.

**Key words:** antioxidant therapy, high complicated myopia, the products of lipid peroxidation (LPO).

Высокая осложненная миопия остается одной из распространенных причин слепоты и слабовидения. В соответствии, с чем представляет большую медико-социальную проблему во всем мире.

Общеизвестно, что нарушения гемодинамики в сосудистой системе приводят к метаболическим нарушениям, сопровождающимися накоплением недоокисленных радикалов с развитием гипоксии и ишемии. (3)

Такая патология и имеет место при высокой близорукости, вызывая хориоретинальную дистрофию, отслойку сетчатки и другие тяжелые осложнения. (2) В соответствии с этим, имеет большое значение, применение комплексной антиоксидантной терапии больным с высокой осложненной близорукостью.

Большое значение в оценке метаболического процесса в глазу имеет определение продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) в слезе. Определение этих показателей имеет высокую информативную ценность, и может быть использовано в качестве как диагностических,

так и прогностических критериев.

**Цель:** выявить эффективность комплексной антиоксидантной терапии у больных с высокой осложненной миопией в виде - УФО крови, озонотерапии и милдроната.

**Материалы и методы.**

Обследовано – 30 больных (60 глаз) с миопией высокой степени до 10,0<sup>D</sup> – 9 больных (18 глаз), выше 10,0<sup>D</sup> – 21 больной (42 глаза); с осложнениями: макулодистрофией – 8 больных (16 глаз), периферическими хориоретинальными дистрофиями – 7 больных (14 глаз), деструкцией стекловидного тела – 4 больных (8 глаз), катарактой – 2 больных (4 глаза) с приобретенной миопией по возрастному составу: до 30 лет – 9 больных (18 глаз), 30 - 40 лет – 7 больных (14 глаз), старше 50 лет – 5 больных (10 глаз).

Методика озонотерапии по А.В. Змызговой, В.А. Максимова (2) – “Большая аутогемотерапия с озонкислородной смесью в сочетании с УФО аутокрови.”

У больного забирается в 20,0 гр. шприц в



несколько этапов без извлечения иглы из вены – 100 мл венозной крови, смешивается с озонкислородной смесью, чтобы концентрация озона составляла 6-8 мг/л. Предварительно проводилось ультрафиолетовое облучение крови. Свежеозонированный раствор вводится в/в капельно 1 раз в день № 10-12, после чего внутривенно струйно вводился милдронат<sup>2</sup> 500 мг-5 мл 1 раз в день № 10. (<sup>2</sup> -это синтетический лекарственный препарат, характеризующийся способностью улучшать метаболизм и энергообеспечение клеток, используется как антигипоксическое средство.)

До лечения и после определялись показатели продуктов ПОЛ в слезе: гидроперекись липидов (ГПЛ), нейтральные липиды (НЛ), диенкетоны (ДК), окислительный индекс (ОИ).

### Обсуждение результатов.

Длительность действия комплексной антиоксидантной терапии у больных с близорукостью высокой степени составляет 6 месяцев.

По сравнению с контрольной группой у всех больных с миопией до 10,0<sup>D</sup> и выше выявлено достоверное в 1,5-2 раза повышение всех показателей продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ)

Обращает на себя внимание, что у больных с близорукостью более 10,0<sup>D</sup> отмечается в большей степени концентрация продуктов ПОЛ, что указывает на более выраженные метаболические нарушения в структурах глаза, определяющие осложнения.

После проведенной комплексной антиоксидантной терапии наиболее показательными для больных с миопией до и выше 10,0<sup>D</sup> являются гидроперекись липидов (ГПЛ), нейтральные липиды (НЛ) и диенкетоны (ДК), которые в обеих группах достоверно понижаются через 1 и 6 месяцев наблюдения. Так, если у больных до 10,0<sup>D</sup> и выше

показатель ГПЛ до лечения соответственно равен 0,82±0,07 и 0,89±0,22, то после лечения – 0,75±0,05 и 0,76±0,13; показатель НЛ до лечения – 1,54±0,07 и 1,67±0,12, после лечения – 1,48±0,09 и 1,62±0,13.

Понижение показателей диенкетонов (ДК) после антиоксидантной терапии выявлено достоверно только через месяц, а окислительного индекса (ОИ) достоверность эффекта лечения выявлена только у больных с миопией высокой степени до 10,0<sup>D</sup> через 1 и 6 месяцев. Так если до лечения ОИ равен 0,49±0,055; то после лечения – 0,42±0,04 и 0,45±0,05 (P < 0,05).

### Выводы:

1. Проведение комплексной антиоксидантной терапии достоверно улучшает метаболические процессы у больных с миопией высокой степени до и выше 10,0<sup>D</sup>, о чем свидетельствует снижение показателей продуктов ПОЛ после лечения. Наиболее чувствительными показателями являются гидроперекись липидов (ГПЛ) и нейтральные липиды (НЛ)

2. Длительность лечебного эффекта проводимой комплексной антиоксидантной терапии больным с миопией до 10,0<sup>D</sup> и выше констатировано в течении полугода

### Литература:

1. Аветисов Э.С. "Близорукость". – М.: «Медицина», 1999, 286 с.
2. Змызгова А.В., Максимова В.А. "Большая аутогемотерапия с озонкислородной смесью в сочетании с УФО аутокрови." – Клинические аспекты озонотерапии. М., 2003. 288 с.
3. Тарутта Е.П., Кушнаревич Н.Ю. "Участие биомеханического и гемодинамического факторов в генезе хориоретинальных дистрофий при миопии" - Вестник офтальмологии 1997. - № 4. - С.21 -23.

**Таблица 1.**

**Показатели продуктов ПОЛ до и после проведения антиоксидантной терапии больным с миопией высокой степени в ед.оп.пл./мл.**

Показатели ПОЛ	До лечения		После лечения				КГ
	До 10,0 <sup>D</sup> 9 б-х (18гл.)	10,0 <sup>D</sup> и выше 21 б-х (42гл.)	1 мес	6 мес	1 мес	6 мес	
			До 10,0 <sup>D</sup> 9 б-х (18 гл.)		10,0 <sup>D</sup> и выше 21 б-х (42 гл.)		
ГПЛ ед.оп. пл./мл.	0,82 ± 0,07 <sup>3</sup>	0,89 ± 0,22	0,75 ± 0,05 R <sup>4</sup> 0,97 ΔΔΔ <sup>5</sup>	0,74 ± 0,04 R 0,83 ΔΔΔ	0,76 ± 0,13 R 0,84 ΔΔΔ	0,75 ± 0,15 R 0,87 ΔΔΔ	0,54 ± 0,05 ΔΔΔ
НЛ ед.оп. пл./мл.	1,54 ± 0,07	0,67 ± 0,12	1,48 ± 0,1 R 0,72 Δ	1,48 ± 0,09 R 0,75 Δ	1,62 ± 0,13 R 0,96	1,62 ± 0,13 R 0,93	1,33 ± 0,05 Δ
ДК ед.оп. пл./мл.	0,16 ± 0,07	0,32 ± 0,2	0,13 ± 0,05 R 0,9 Δ	0,14 ± 0,06 R 0,95	0,25 ± 0,15 R 0,96 ΔΔ <sup>6</sup>	0,27 ± 0,17 R 0,97 Δ	0,06 +/- 0,01 ΔΔ
ОИ	0,49 ± 0,055	0,52 ± 0,11	0,41 ± 0,04 R 0,87 Δ	0,45 ± 0,05 R 0,93 Δ	0,46 ± 0,08 R 0,92 ΔΔ	0,48 ± 0,09 R 0,97	0,34 ± 0,02 Δ <sup>7</sup>

<sup>3</sup>Стандартное отклонение – σ

<sup>4</sup>Коэффициент корреляции – R

<sup>5</sup>ΔΔΔ - P < 0,001 высокий уровень достоверности

<sup>6</sup>ΔΔ - P < 0,01 средний уровень достоверности

<sup>7</sup>Δ - P < 0,05 низкий уровень достоверности

### ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ: ФАКТОРЫ РИСКА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Шекера О. Г., Мельник Д. В.

Институт семейной медицины Национальной медицинской академии  
последипломного образования имени П. Л. Шупика  
Киев, Украина

**Резюме.** В статье представлен анализ известных факторов риска возникновения язвенной болезни. Для населения Украины заболевания желудочно-кишечного тракта являются весомой социальной проблемой, решение которой требует дальнейшего изучения развития системы ранней диагностики, лечения и профилактики этой патологии, в первую очередь на первичном уровне оказания медицинской помощи, а именно в работе врача общей практики - семейного врача. На основании анализа данных, которые свидетельствуют, что язвенная болезнь является полиэтиологическим заболеванием, а для ее возникновения необходимо воздействие не изолированного причинного фактора, а суммы факторов в их взаимодействии. При этом наследственную отягощенность следует рассматривать как предрасполагающий фон, на котором реализуется действие других, обычно нескольких этиологических факторов.

**Ключевые слова:** язвенная болезнь, факторы риска, врач общей практики – семейный врач, дети.

### DUODENAL ULCER DISEASE IN ADULTS AND CHILDREN: RISK FACTORS (REVIEW)

Shekera O. G., Melnyk D. V.

The Institute of Family Medicine of the P. L. Shupyk  
National Medical Academy for Postgraduate Education  
Kiev, Ukraine

**Resume.** The article presents an analysis of the known risk factors for a peptic ulcer developing. The gastro-intestinal tract diseases is a significant social problem for the population of Ukraine, the solution of which requires further study of the development of early diagnosis, treatment and prevention of these diseases, especially at the primary health care level and a General Practitioners-Family Medicine Doctor. Based on the analysis of data that suggest that a peptic ulcer is a polyetiological disease, and for its developing is not necessary to isolate the cause of the impact factor, and the sum of the factors in their interaction are present. The family history should be seen as a predisposing background against which the actions are implemented by others, usually several etiological factors.

Key words: peptic ulcer disease, risk factors, a General Practitioners-Family Medicine Doctor, children.

**Key words:** peptic ulcer disease, risk factors, a general practitioner - a family doctor, children.

#### Актуальность.

Современное развитие медицины требует постоянного совершенствования диагностики, лечения и профилактики неинфекционных заболеваний. Для населения Украины заболевания желудочно-кишечного тракта являются весомой социальной проблемой, решение которой требует дальнейшего изучения развития системы ранней диагностики, лечения и профилактики этой патологии, в первую очередь на первичном уровне оказания медицинской помощи, а именно в работе врача общей практики - семейного врача.

#### Цель работы.

Изучить и проанализировать известные факторы риска возникновения язвенной болезни, особенности ее распространения среди населения разных стран.

#### Материалы и методы.

Для проведения исследования нами использовался комплекс методов, а именно: аналитический, библиосемантический, контент-анализ (исследовано 36 литературных источников, нормативно-правовая база и данные Центра медицинской статистики МЗ Украины за 2006-2015 гг.).

#### Результаты исследования и их обсуждение.

В настоящее время принято считать, что язвенная болезнь является полиэтиологическим заболеванием. Все известные этиологические факторы можно разделить на две основные группы: предрасполагающие, способствующие развитию заболевания и реализующие возникновение, или рецидивы язвенной болезни.

Язвенная болезнь широко распространена во всех странах мира. Соотношение язв желудка и двенадцатиперстной кишки во многом зависит от возраста пациентов и региона проживания. У лиц молодого возраста

преобладают дуоденальные язвы - 16:1 (в возрасте старше 60 лет - 2:1). Соотношение язв желудка и дуоденальных язв в среднем по странам Европы и США равняется 1:4, в Индии - 1:19. В Японии, напротив, преобладает желудочная локализация язв (2:1), а у лиц, проживающих в высокогорных районах Анд, этот показатель даже выше (20:1).

По данным ЦМС МЗ Украины, в течение последних 10 лет значительно вырос удельный вес людей с патологией желудочно-кишечного тракта. Сегодня хроническая патология органов гастродуоденальной зоны у детей является актуальной проблемой здравоохранения, приводит к ухудшению жизни ребенка, инвалидности и значительным экономическим потерям.

В структуре патологии органов пищеварения на долю язвенной болезни приходится 1,7-16 %. Распространение язвенной болезни среди детского населения Украины составляет 0,4-4,3 %, пик заболеваемости у девушек приходится на 9-11 лет, у мальчиков на 12-14 лет. Наследственная склонность при язвенной болезни имеет место в 45-75 %. При обострении язвенной болезни обычно оказывается рецидивирующая язва (острая эрозия), чаще всего ассоциированного с *Helicobacter Pylori* (НР) - (НР + язвенная болезнь желудка - 68-70 % случаев, НР + язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки - 88 - 98% случаев).

В большинстве случаев у детей встречается язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки - 82-87 %, на язвенную болезнь желудка приходится 11-13 %, сопряженная форма - язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - 4-6% случаев.

Установлено, что лица с отягощенной наследственностью при прочих равных условиях

значительно чаще подвержены язвенной болезни, особенно в детском, подростковом и молодом возрасте.

На основании эпидемических исследований выделяют ряд факторов, которые способствуют более частому заболеванию язвенной болезнью.

Во-первых, общепризнано, что мужчины болеют чаще женщин. Однако соотношение мужчин и женщин, страдающих язвенной болезнью, колеблется в зависимости от возраста пациентов. Так, мужчины в молодом возрасте болеют язвенной болезнью в 3-5 раз чаще женщин, а в возрасте старше 50 лет (после наступления у женщин менопаузы) эта разница нивелируется.

Во-вторых, язвенная болезнь среди сельского населения регистрируется реже, чем у городского. Высокий уровень заболеваемости в городах объясняется особенностями питания, загрязнением внешней среды, социальной и производственной жизни. К факторам риска относятся также вредные привычки и особенности питания (курение, употребление крепких алкогольных напитков, нарушение ритма приема пищи и др.).

Как известно, среди этиологических факторов, приводящих к развитию язвенной болезни, важнейшее место занимает *наследственная предрасположенность*, что представляет особое значение в работе врача общей практики – семейного врача. Частота наследственной отягощенности, по данным литературы, у больных язвенной болезнью составляет от 5,5 до 50 %. Расхождения в оценке роли наследственности в возникновении язвенной болезни связаны с различным подходом к проведению исследования. Только при целенаправленном сборе анамнеза семейным врачом с максимальным охватом родственников, при широком использовании при их обследовании наряду с рентгенологическим эндоскопическим методом можно получить истинное представление о влиянии наследственных факторов на развитие болезни. Так, при специальном генетическом обследовании было отмечено, что распространенность язвенной болезни у родственников пробандов оказалась в 5-10 раз выше, чем у родственников здоровых людей. Не менее важным доказательством значения наследственной отягощенности может служить конкордантность возникновения и идентичность локализации язвенной болезни у монозиготных близнецов.

В настоящее время выделен ряд конкретных генетических факторов, обуславливающих наследственное предрасположение к язвенной болезни.

К доказательствам влияния *генетического фактора* относят показатели максимальной секреции соляной кислоты, содержание пепсиногена-I в сыворотке крови, повышение высвобождения гастрина в ответ на еду. В число факторов, предположительно имеющих наследственную основу, включают содержание пепсиногена-II в сыворотке крови; некоторые отклонения в процессах секреции соляной кислоты (увеличение выброса ее после еды, повышение чувствительности обкладочных клеток к гастрину, нарушение механизма обратной связи между выработкой соляной кислоты и освобождением гастрина); расстройства моторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки (быстрое опорожнение желудка, дуоденогастральный рефлюкс); снижение активности фермента а-антитрипсина; содержание адреналина в плазме и ацетилхолинэстеразы в сыворотке крови и эритроцитах; нарушение выработки

иммуноглобулина А; характер слюновыделения в ответ на лимонную кислоту; морфологические изменения слизистой оболочки (гастрит, дуоденит).

Следует также учитывать, что наследуются определенный тип высшей нервной деятельности, особенности личности, антропологические особенности, предрасполагающие к развитию заболевания. Так, среди больных язвенной болезнью отмечается преобладание лиц с инертностью тормозного и возбудительного процессов, а также слабым типом высшей нервной деятельности. При изучении психоэмоционального статуса с помощью личностного теста у них выявляется значительное повышение показателей по шкалам тревожности, эгоцентризма, претензий, демонстративности. Было замечено среди страдающих этим заболеванием преобладание людей астенического телосложения, однако в настоящее время типу телосложения не придается большого значения в этиологии язвенной болезни.

Наследственная отягощенность является важнейшим этиологическим фактором язвенной болезни. Однако она создает только предрасположенность к заболеванию, которая реализуется лишь в сочетании с другими неблагоприятными воздействиями (нервно-психические перегрузки, алиментарные погрешности, вредные привычки, прием лекарственных препаратов и т. д.).

*Алиментарный фактор.* В настоящее время имеется тенденция к пересмотру влияния нарушений режима и характера питания на развитие язвенной болезни. По мнению зарубежных исследователей, нет прямых доказательств влияния пищи на возникновение гастродуоденальных язв.

В тоже время повседневный опыт учит, что у многих больных начало и рецидивы язвенной болезни возникают после погрешностей в еде или нарушения ритма приема пищи. Такие симптомы, как изжога, кислая отрыжка и рвота, нередко возникают после приема раздражающей и сокогонной пищи. Убедительные клинические и экспериментальные данные, доказывающие роль алиментарного фактора, были получены при изучении особенностей питания населения Индии в регионах с высокой и низкой заболеваемостью язвенной болезнью.

Вредное воздействие продуктов питания на слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта может быть различным. Некоторые компоненты пищи стимулируют желудочную секрецию, обладая низкими буферными свойствами. Длительное употребление грубой пищи способствует развитию хронического гастрита и гастродуоденита, которые рассматриваются как предязвенные состояния. В свою очередь буферные и антацидные свойства некоторых продуктов (мясо, молоко и др.) оказывают явное антикоррозивное действие, блокируя активный желудочный сок.

Не менее важную роль способствующим развитию язвенной болезни, являются вредные привычки, прежде всего к ним относятся курение и злоупотребление алкоголем.

Среди курящих мужчин, или детей, которые находятся среди курящих, язвенная болезнь встречается в 2 раза чаще, чем среди некурящих. Никотин вызывает сужение сосудов желудка, несколько усиливает его секрецию, способствует повышению концентрации пепсиногена-I, приводит к ускорению эвакуации пищи из

желудка, снижает давление в пилорическом сфинктере и способствует дуоденогастральному рефлюксу. Кроме того, никотин угнетает секрецию бикарбонатов поджелудочной железы, нарушает слизеобразование и снижает синтез простагландинов в слизистой оболочке.

Алкоголь в этиологии язвенной болезни играет многоплановую роль. Во-первых, он стимулирует кислотообразующую деятельность желудка, в результате чего усиливаются агрессивные свойства желудочного сока. Во-вторых, нарушает барьерную функцию слизистой оболочки. В-третьих, при длительном употреблении крепких спиртных напитков развиваются хронический гастрит и дуоденит, снижается резистентность слизистой оболочки. Клинический опыт свидетельствует, что язвенная болезнь и ее рецидивы нередко провоцируются алкогольными эксцессами в сочетании с грубыми погрешностями в еде.

К вредным привычкам можно отнести и чрезмерное употребление кофе. Механизм неблагоприятного действия кофе связывается со стимулирующим влиянием кофеина на кислотообразующую функцию желудка.

**Нервно-психические факторы** на возникновение язвенной болезни оцениваются неоднозначно. Однако большинство ученых отводят им существенную роль в этиологии заболевания и главную роль играет функциональное нарушение вегетативной нервной системы с преобладанием тонуса блуждающего нерва. Гиперваготония вызывает спазм мускулатуры и кровеносных сосудов, в результате чего возникает ишемия, понижение сопротивляемости тканей и последующее переваривание участка слизистой оболочки желудочным соком.

Признание решающей роли нервно-психических факторов в этиологии язвенной болезни нашло отражение в кортико-висцеральной теории. Согласно кортико-висцеральной теории, пусковым механизмом язвенной болезни являются сдвиги в высшей нервной деятельности, возникающие вследствие отрицательных эмоций, умственного перенапряжения и т. д. Необходимо отметить, что кортико-висцеральная теория развития язвенной болезни не учитывала сложных биохимических механизмов, гормонального звена регуляции, отличалась схематизмом и не всегда опиралась на факты. Поэтому она в своем первоначальном виде имеет мало сторонников. В то же время некоторые положения этой теории нашли дальнейшее развитие в современных экспериментальных и клинических исследованиях.

Многие ученые придают стрессовым ситуациям важное значение, рассматривая язвенную болезнь как частный случай дезадаптации, как срыв компенсаторно-приспособительных механизмов при чрезмерной силе воздействия неблагоприятных факторов.

В настоящее время развитие некоторых заболеваний, в частности язвенной болезни, рассматривается с позиций нарушения биологического ритма различных физиологических процессов организма человека. Наглядным примером нарушения биологического ритма у больных язвенной болезнью служит ночная желудочная гиперсекреция, которая часто предшествует развитию гастроудоденальных язв.

Таким образом, нервно-психические перегрузки, нарушения психофизиологических функций могут быть реализующими факторами возникновения язвенной

болезни.

**Лекарственные воздействия.** В клинике и в эксперименте доказано, что ряд лекарственных препаратов (нестероидные противовоспалительные средства, кортикостероиды, резерпин и др.) могут вызывать изъязвления слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки.

Ульцерогенное действие указанных лекарственных препаратов реализуется различными путями. Нестероидные противовоспалительные препараты, в первую очередь ацетилсалициловая кислота, снижают выработку слизи, изменяют ее качественный состав, подавляют синтез эндогенных простагландинов и нарушают защитные свойства слизистой оболочки; не исключается прямое их воздействие на слизистую оболочку желудка с образованием острых язв и эрозий. Другие лекарственные средства (резерпин, кортикостероидные препараты) преимущественно усиливают агрессивные свойства желудочного сока, непосредственно стимулируя выработку соляной кислоты обкладочными клетками или воздействуя через нейроэндокринный аппарат.

**Фактор наличия *Helicobacter pylori*.** В 1984 г. австралийские исследователи В. Marshall и J. Warren открыли новую бактерию, названную ими *Campylobacter pylori*, которая была выделена из слизистой оболочки желудка больных, страдающих хроническим гастритом. В дальнейшем *Campylobacter pylori* была переименована в *Helicobacter pylori* (НР). НР преимущественно обнаруживается в антральном отделе желудка под слоем слизи на поверхности эпителиоцитов. В двенадцатиперстной кишке НР находят только в участках желудочной метаплазии. Было показано, что НР повреждает слизистую оболочку желудка и является этиологическим фактором развития активного антрального гастрита (типа В). При этой форме гастрита НР обнаруживается почти в 100 % случаев, в то время как на неизменной слизистой оболочке антрального отдела желудка - только в 8-10 %.

Роль НР в этиологии язвенной болезни остается спорной. В пользу того, что НР имеет непосредственное отношение к язвенной болезни, выдвигаются следующие доводы: частое обнаружение НР при язвенной болезни (до 75 % при язвах желудка и 95 % при дуоденальных язвах); заживление язв после лечения антибиотиками и субцитратом висмута, которые уничтожают НР; связь рецидива гастродуоденальных язв с сохранением НР.

Против такого допущения свидетельствует то, что в условиях эксперимента можно воспроизвести хеликобактерный гастрит, но не язву. Язвенная болезнь не имеет эпидемиологических характеристик инфекции. Спонтанного заживления язвы не происходит с исчезновением НР. С возрастом частота хеликобактерного гастрита нарастает, а дуоденальных язв снижается. Неясно также, почему язва локализуется чаще в двенадцатиперстной кишке, а не в желудке, где обсеменение НР всегда более выражено. Таким образом, всю проблему этиологии язвенной болезни нельзя свести только к инфекции НР. По-видимому, вызванный НР активный антральный гастрит способствует развитию язвенной болезни у лиц, генетически предрасположенных к данному заболеванию.

Заболевания, **способствующие развитию язвенной болезни.** Наряду с приведенными этиологическими факторами имеются данные, что язвенная



болезнь возникает значительно чаще при ряде заболеваний внутренних органов. К таким заболеваниям прежде всего относятся хронические болезни легких, сердечно-сосудистой системы, печени, поджелудочной железы, сопровождающиеся функциональной недостаточностью этих органов и систем.

Роль **этиологических факторов** разная в зависимости от возраста, пола больного и локализации язвы. Так, в молодом возрасте наибольшее значение имеет наследственность. В среднем возрасте среди причин заболевания начинают преобладать нервно-психические перенапряжения, вредные привычки, грубые погрешности в питании. В пожилом возрасте в генезе язвенной болезни значительный удельный вес приобретают «ультрагенные» препараты, различные сопутствующие заболевания. **Группа крови.** Риск развития язвенной болезни у лиц с I группой крови в 2,5 раза выше, чем у остальных.

**Особенности возникновения язвенной болезни у детей.** Анализ факторов риска возникновения язвенной болезни у детей обнаружил первостепенное значение наследственно-конституционных факторов. В последние годы значительную роль играют так называемые средовые факторы. Для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки по сравнению с язвенной болезнью желудка, более характерны наследственность, сопутствующая эндокринная патология и проявления аллергии. Несомненную роль играет Н. Р., при язвенной болезни выделяют в 91-100% случаев.

Суть патогенеза язвенной болезни заключается в несоответствии между агрессивными факторами и защитными механизмами слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. К агрессивным факторам относятся соляная кислота, пепсин, желчь, нарушение двигательной активности, нестероидные противовоспалительные средства, кортикостероиды, в защитных - простагландины, бикарбонаты, слизь, фосфолипиды, микроциркуляция в слизистой оболочке, регенерация покровного эпителия. У большинства больных язвенной болезнью наблюдается нарушение практически всех механизмов регуляции кислотообразования, что в сочетании с увеличением количества обкладочных клеток в конце концов приводит к повышению продукции соляной кислоты, пепсина и агрессивности желудочного содержимого. В патогенезе язвенной болезни исключительное значение придается Н. Р. как одному из главных факторов, способствующих развитию воспаления и нарушения защитного барьера гастродуоденальной участки слизистой оболочки.

Выяснено, что Н. Р. содержит много уреазы. Уреаза расщепляет мочевины пищевых продуктов и окружающей Н. Р. аммиаком и углекислым газом, обеспечивает защиту от повреждения соляной кислотой. Н. Р. производит токсичные продукты, которые повреждают окружающие ткани и разрушают покровный слой защитной слизи.

Таким образом, персистенция Н. Р. и связанное с ней снижение защитных свойств слизистого слоя гастродуоденальной зоны способствует повышению агрессивности желудочного содержимого.

Течение язвенной болезни у детей имеет некоторые особенности, а именно: увеличение распространенности заболевания вдвое; увеличение количества больных с дуоденальной локализацией язв, а также процента пациентов дошкольного возраста с язвенной болезнью.

Уменьшилось значение наследственных и увеличилось неблагоприятное влияние экологических факторов. Патоморфоз язвенной болезни характеризуется увеличением количества больных с малосимптомным ходом обострений заболевания и нивелированием сезонности их возникновения.

**Осложнения язвенной болезни у детей.** За последние годы возросло количество кровотечений у детей, больных язвенной болезнью. Характерный возрастной диапазон: язвенные кровотечения наблюдаются преимущественно у школьников 10-14 лет, чаще всего у мальчиков. **Одним** из ранних проявлений является рвота кровью. Перед рвотой появляются слабость, тошнота, головокружение. Обычно наблюдается рвота «кофейной гущей». Желудочно-кишечные кровотечения, главным образом, развиваются у детей с неблагоприятным течением язвенной болезни, при несоблюдении лечебно-профилактических мероприятий, реже - после физических и нервно-психических нагрузок. Кровотечение может быть дебютом язвенной болезни, возникая на фоне кажущегося полного здоровья.

**Вторым** угрожающим осложнением является деформация и стеноз привратника. Деформация и стеноз - частые осложнения при локализации язвы в пилорическом отделе желудка и головке двенадцатиперстной кишки.

### Выводы.

1. Таким образом, язвенная болезнь является полиэтиологическим заболеванием. Для ее возникновения необходимо воздействие не изолированного причинного фактора, а суммы факторов в их взаимодействии. При этом наследственную отягощенность следует рассматривать как предрасполагающий фон, на котором реализуется действие других, обычно нескольких этиологических факторов.

2. Анализ факторов риска возникновения язвенной болезни у детей обнаружил первостепенное значение наследственно-конституционных факторов. В последние годы значительную роль играют так называемые средовые факторы. Для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки по сравнению с язвенной болезнью желудка, более характерны наследственность, сопутствующая проводительная эндокринная патология и проявления аллергии. Несомненную роль играет Н. Р.

### Перспективами дальнейших исследований.

Профилактика неинфекционных заболеваний и формирование осознанного и ответственного отношения населения к собственному здоровью определено приоритетом выполнения программы ВОЗ «Здоровье 2020». Исследования их факторов риска еще долго будет иметь научный интерес, и большое значение для своевременной ранней диагностики заболевания в практике семейного врача.

### Литература:

1. Арзиев В. М. Зависимость эффективности противоязвенного лечения от уровня инфицированности слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori* / В. М. Арзиев // Гиг. медицина. – 2012. – Т. 79, №2. – С. 57-58.

2. Артемьев Е. Н. Особенности клинического течения семейной язвенной болезни / Е. Н. Артемьев, М. О. Вильдт // Клиническая медицина. – 2006. – №1. – С. 10-13.

3. Ахметова Р. А. Хронические заболевания органов пищеварения у детей в сельской местности и в городе с развитой

химической и биотехнологической промышленностью: автореф. дис. на соискание уч. степени докт. мед. наук. – М., 2004. – 41 с.

4. Безус Е. В. Иммуногенетические параметры и коррекция иммунных нарушений при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук / Е. В. Безус. – Оренбург, 2008. – 19 с.

5. Гнатейко О. З. Роль генетичних факторів у розвитку схильності до гастродуоденальної патології у дітей / О. З. Гнатейко, О. Л. Личковська, І. Ю. Кулачковська, О. І. Терпиляк // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2011. – Т.73, №6. – С. 10-15.

6. Дорофейчук Р. Г. Возрастные аспекты язвенной болезни у детей (Гастроэнтерологический практикум) / Р. Г. Дорофейчук. – М.: Владос, 2012. – 112с.

7. Корсунский А. А. Инфекция *Helicobacter pylori* у детей / А. А. Корсунский // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2008. – №4. – С. 70-78.

8. Корсунский А. А. Инфекция *Helicobacter pylori* у детей / А. А. Корсунский // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2008. – №4. – С. 70-78.

9. Корсунский А. А. Особенности хронических болезней желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированных с *Helicobacter pylori* у детей / А. А. Корсунский // Сборник научных трудов Российского общества гастроэнтерологов. – М., 2008. – Т. 2. – С. 126-134.

10. Красильников Д. М. Ранние послеоперационные осложнения у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки / Д. М. Красильников, И. И. Хайруллин, А. З. Фаррахов. – Казань, 2005. – 152 с.

11. Маев И. В. Препараты висмута в лечении больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки / И. В. Маев, А. А. Самсонов, Н. Н. Голубев // Клиническая медицина. – 2008. – №9. – С. 57-63.

12. Миронов В. Н. Психосоматические аспекты язвенной болезни / В. Н. Миронов, А. Ф. Локинова // Современная медицина. – 2012. – №3. – С. 35-40.

13. Скоробагатова Е. Д. Значение факторов профилактики заболеваний органов пищеварения / Е. Д. Скоробагатова, И. И. Дмитриев, В. В. Пастухов // Региональная политика в области здорового питания и применения микронутриентов в формировании здоровья населения: науч.-практ. конф., 2010: матер. – Екатеринбург, 2010. – С. 15-16.

14. Смоленов И. В. Распространенность и структура *Helicobacter pylori*-ассоциированных заболеваний у детей Волгоградской области / И. В. Смоленов, Я. Г. Алексеева, Е. М. Гоцук // Мед. практика. – 2010. – №2. – С. 56-58.

15. Снісар А. В. Значення *Helicobacter pylori* у розвитку негативних інвалідизуючих наслідків лікування ускладнень виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки / А. В. Снісар, І. Л. Верхолаз // Харківська хірургічна школа. – 2009. – №3. – С. 17-19.

16. Чабан О. С. Психосоматичні розлади: нові аспекти розуміння, діагностики та лікування / О. С. Чабан, О. О. Хаустова // Новини медицини. – 2010. – №4. – С. 26-30.

17. Шадрин О. Г. Язвенная болезнь в практике детского гастроэнтеролога / О. Г. Шадрин, С. И. Герасимюк // Суч. гастроэнтерол. – 2009. – №4. – С. 76-82.

18. Anderson H. Association of *cagA* and *vacA* genotypes of

*Helicobacter pylori* with gastric diseases in Estonia / H. Anderson, K. Loivukene, T. Sillakivi // J. Clin. Microbiol. – 2009. – Vol. 40(1). – P. 298-300.

19. Bely M. U. Physical basis of the microwave (bioresonant) correction of the physiological state of the human body / M.U. Bely // Application of Millimeter Wave Radiation of Low intensity in Biology and Medicine. – 2010. – P. 58-84.

20. Bengtsson C. Evaluation of Two Triple-Therapy Regimens with Metronidazole or Clarithromycin for the Eradication of *Helicobacter pylori* infection in Vietnamese Children: a Randomized, Double-Blind Clinical Trial / C. Bengtsson, M. Sörberg, M. Granström // Helicobacter. – 2008. – Vol. 13, №6. – P. 550-556.

21. Bode G. Recurrent abdominal pain in children: evidence from a population-based study that social and familial factors play a major role but not *Helicobacter pylori* infection / G. Bode, H. Brenner, G. Adler, D. Rothenbacher // J. Psychosom. Res. – 2009. – Vol. 54, №5. – P. 417-421

22. Bontems P. Gastro-duodenal ulcers and erosions in children / P. Bontems, N. Kalach // Arch Pediatr. – 2009. – Vol. 16(6). – P. 861-862.

23. Bott L. Perforated gastric ulcer in the child: a rare complication, a case report / L. Bott, D. Vara // Arch. Pediatr. – 2008. – Vol. 1, suppl.2. – №5. – P. 54-56.

24. Edlund C. Effect on human normal microflora of oral antibiotics for treatment of gastrointestinal tract infection / C. Edlund, C. Nord // J. Antimicrob. Chemoter. – 2007. – Vol 46. – P. 41.

25. El-Omar E. M. The importance of interleukin-1 in *Helicobacter pylori* associated disease // Gut. – 2011. – Vol. 48. – P. 743-747.

26. García-Iglesias P. Meta-analysis: predictors of rebleeding after endoscopic treatment for bleeding peptic ulcer / P. García-Iglesias, A. Villoria, D. Suarez [et al.] // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2011. – Vol. 34(8). – P. 888-900.

27. Lin H. J. Prognostic factors in gastrointestinal bleeding due to peptic ulcer; construction of a predictive model / H. J. Lin // J. Clin. Gastroenterol. – 2009. – Vol. 43(6). – P. 597.

28. Manula V. N. Physiological and clinical perforated duodenal ulcer in a child / V. N. Manula // Scand. in Gastroenterol. – 2010. – Suppl. 200. – P. 17-19.

29. Minuchin S. Family and Family Therapy / S. Minuchin. – Cambridge, 2009. – 233p.

30. Murnick D. E. *Helicobacter pylori* infection: Aspects of pathogenesis and therapy / D. E. Murnick, G. N.J. Tytgar. – Amsterdam, 2007. – 163p

31. Pazylova S. A. Factors in forming ulcers in children / S.A. Pazylova // Lik. Sprava. – 2009. – №3-4. – P. 74-76.

32. Pigura N. S. Perforated gastric ulcer in the child: a rare complication, a case report / N.S. Pigura // Arch Pediatr. – 2011. – Vol. 1, №4. – P. 31-33.

33. Roma E. Is peptic ulcer a common cause of upper gastrointestinal symptoms? / E. Roma, Y. Kafritsa // Eur. J. Pediatr. – 2009. – Vol. 160, №8. – P. 497-500.

34. Sullivan P. Peptic ulcer disease in children / P. Sullivan // Paediatrics and Child Health. – 2010. – Vol. 20, №10. – P. 462-464.

35. [http://diabet-giperton.ru/gkt\\_yazvennaya\\_bolezn/05\\_factory\\_razvitija\\_yazvennoj\\_bolezni.html](http://diabet-giperton.ru/gkt_yazvennaya_bolezn/05_factory_razvitija_yazvennoj_bolezni.html)

36. <http://www.klinikantm.ru/articles/yazvennaya-bolezn--zheludka-i-dvenadcatiperstnoj-kishki>

**ИММУНОМОДУЛЯЦИЯ, КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ ИММУНОГЕННОСТИ  
ЖИВОЙ ЧУМНОЙ ВАКЦИНЫ**

**Пономарёва Т.С., Дерябин П.Н., Тугамбаев Т.И.,  
Мельникова Н.Н., Адамбеков Д.А.**

Казахский научный центр карантинных и зоонозных инфекций имени М.Айкимбаева  
Алматы, Республика Казахстан

**Резюме.** В модельных опытах по заражению 179 морских свинок вирулентным штаммом *Y. pestis* показано, что предварительная иммунизация животных живой чумной вакциной EV в сочетании с иммуномодуляторами (полиоксидоний или беталейкин) существенно повышает ее иммуногенную (увеличивается титр специфических антител) и протективную активность (увеличивается количество выживших морских свинок) в сравнении с иммунизацией только живой чумной вакциной EV. Введение беталейкина без вакцины не защищает морских свинок от чумной инфекции

**Ключевые слова:** чума, живая чумная вакцина EV, иммуномодуляция, морская свинка.

**ИММУНОМОДУЛЯЦИЯ, КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ ИММУНОГЕННОСТИ ЖИВОЙ  
ЧУМНОЙ ВАКЦИНЫ**

**Ponomaryova T.S., Deryabin P.N., Tugambayev T.I.,  
Melnikova N.N., Adambekov D.A.**

Aikimbaev Kazakh Scientific Center for Quarantine and Zoonotic Infections  
Almaty, Republic of Kazakhstan

**Resume.** In model experiments on the infection of 179 guinea pigs a virulent strain of *Y. pestis* was shown that pre-immunization with a live animal plague vaccine EV in combination with immunomodulators (polyoxidonium or Betaleukin) substantially increases its immunogenic (increased titers of specific antibodies) and a protective activity (increased number of surviving sea pigs), compared to immunization with the living, plague vaccine EV. Introduction Betaleukin no vaccine does not protect guinea pigs against plague infection

**Key words:** swine, live plague vaccine EV, immunomodulation, guinea pig.

Специфическая иммунопрофилактика является наиболее эффективным методом борьбы с инфекционными болезнями. Благодаря вакцинации человечеству удалось победить натуральную оспу, снизить до спорадической заболеваемость полиомиелитом, дифтерией, корью. Однако не все используемые сегодня вакцины обладают достаточной иммуногенностью. К таким вакцинам в частности относится вакцина против чумы.

Учитывая, что чума остается крайне актуальной особо опасной карантинной инфекцией, в первую очередь из-за очень обширных территорий ее природных очагов, которые занимают около 7% суши земного шара, в том числе около 40% территории Казахстана [1]. Существенное увеличение роли чумы, как инфекции, представляющей серьезную опасность для человечества, связано с тем, что ее возбудитель может быть использован биотеррористами [2]. Поэтому повышение эффективности вакцинации против чумы остается актуальной задачей.

Используемая в Казахстане и других странах СНГ для специфической иммунопрофилактики чумы живая вакцина на основе штамма *Yersinia pestis* EV снижают как заболеваемость (в среднем в 10 раз), так и летальность. Применение этой вакцины требует ежегодной ревакцинации. При этом будучи достаточно активной при первичной вакцинации, она мало пригодна для повторных ревакцинаций, так как на фоне первично сформированного иммунитета не происходит вторичное приживление живой вакцинной культуры; при этом сохранившегося поствакцинального уровня иммунитета недостаточно для защиты от вирулентных чумных клеток [3].

Иммуногенные свойства вакцин могут быть усилены применением препаратов, обладающих иммуномодулирующими свойствами [4].

Наибольший интерес в этом плане представляют два препарата: азоксимера бромид и рекомбинантный интерлейкина-1 $\beta$ . Разработанный в Институте иммунологии (Москва, РФ) на основе азоксимера бромида синтетический иммуномодулятор полиоксидоний успешно зарекомендовал себя при разработке и применении ряда вакцин [5,6]. Интерлейкин -1  $\beta$  является ключевым, инициирующим иммунный ответ цитокином, а наличие в вакцине компонентов, определяющих синтез и секрецию этого цитокина, определяет ее эффективность [4]. На ряде моделей вакцинации показано иммуномодулирующее действие препаратов рекомбинантного интерлейкина-1 $\beta$ , в частности беталейкина [7-9].

**Целью** настоящей работы было изучение иммуномодуляции на протективную активность живой чумной вакцины в модельных опытах заражения морских свинок.

**Материалы и методы.**

В работе использована живая чумная вакцина производства Казахского научного центра карантинных и зоонозных инфекций имени М.Айкимбаева (Алматы, Казахстан), созданная на основе штамма *Y. pestis* EV.

В качестве иммуномодуляторов были испытаны Полиоксидоний (НПО «ПетроваксФарм», Россия) и Беталейкин (ООО «Цитокины», Россия).

Для заражения морских свинок использовали вирулентный штамм чумного микроба (*Y. pestis*, 231), полученный из республиканского депозитария особо опасных микроорганизмов в Казахском научном центре карантинных и зоонозных инфекций.

Оценку влияние иммуномодуляторов на иммуногенную (протективную) активность вакцины изучали в опытах на морских свинках. Морские свинки для этого эксперимента были выбраны потому, что эта модель заражения лабораторных животных является стандартной



Таблица 1.  
Результаты модельных опытов на морских свинках

Группа животных	Количество животных (в числителе - погибшие после заражения/ в знаменателе - общее количество, в скобках – относительное количество погибших животных и его средняя квадратическая ошибка в %)	Средний Lg титра и его средняя квадратическая ошибка /обратный среднегеометрический титр и его средняя квадратическая ошибка
Опытная № 1	6/64 (9,4 ± 3,6)	3,1559 ± 0,0299 / 1430 ± 1,1
Опытная № 2	4/23 (17,4 ± 7,9)	3,1431 ± 0,0361 / 1400 ± 1,0
Контрольная № 3	52/82 (63,4 ± 5,3)	2,8915 ± 0,1175 /800 ± 1,3
Контрольная № 4	10/10 (100)	Не исследовали

при выполнении экспериментов с *Y. pestis*, в частности при оценке протективной активности чумных вакцин, и используется с 30-ых годов прошлого столетия [10].

Животные опытной группы № 1 (64 морские свинки) были иммунизированы в краевую вену уха живой чумной вакциной EV (10<sup>6</sup> м.к.) с одновременным внутривенным введением полиоксидония (0,2 мг/кг в 0.5 мл 0.85 % растворе натрия хлорида); животные опытной группы № 2 (23 морские свинки) были иммунизированы живой чумной вакциной EV (10<sup>6</sup> м.к.) с одновременным в/в введением беталейкина (0,5 мкг). Животным контрольной группы №3 (82 морские свинки) вводили внутривенно только живую чумную вакцину EV (10<sup>6</sup> микробных клеток). Животным контрольной группы № 4 (10 морских свинок) вводили внутривенно только беталейкин (0,5 мкг). На 21 сутки после иммунизации (или введения беталейкина) все животные были заражены вирулентным штаммом *Y. pestis* 231 в дозе 200 DCI.

Иммуногенную активность оценивали по титру антител к капсульному антигену F1 *Y. pestis* на 14-ый день после иммунизации в реакции пассивной геммагглютинации с использованием антигенного эритроцитарного диагностикума производства КНЦКЗИ имени М.Айкимбаева. Кровь для исследования брали из сердца, сыворотку отделяли стандартным методом.

Протективную активность вакцины и влияние на нее иммуномодуляции оценивали по количеству животных, погибших на 14-ый день после заражения. Оставшихся в живых животных умерщвляли путем тотального обескровливания, предварительно усыпив их эфиром. Из селезенки павших и умерщвленных животных делали высев на агар Хотингера.

В работе применяли статистические методы частных сравнений серий. Результат считали значимым при P≤0,05.

Протоколы проведения опытов (№№ 3-8) были рассмотрены и одобрены на заседании биоэтической комиссии КНЦКЗИ имени М.Айкимбаева.

#### Результаты и обсуждение.

Полученные на модели иммунизации вакциной EV морских свинок результаты второй серии опытов приведены в таблице 1.

Титр антител определяли у 5 морских свинок из группы №1, у 3 – из группы №2 и у 8 – из группы №3. Со дня забора крови (14 день после иммунизации) и до

момента заражения животных на 21 день гибели этих животных не отмечено. Титр антител в сыворотке крови животных опытных групп был практически одинаковым и существенно (P<0,05) выше (1: 1430 и 1:1400), чем в контрольной группе (№3) (1:800). В контрольной группе № 4 все животные пали в течение 5 дней после заражения. У всех животных этой группы из селезенки выделена культура *Y. pestis* 231. В контрольной группе (№ 3) после заражения пало 52 животных. Выжившие животные были забиты на 14 сутки после заражения, из селезенки всех павших и 10 из 30 (33,3±8.6 %) выживших животных этой группы выделена культура *Y. pestis* 231. В опытной группе № 1 в течение 14 дней после заражения пало 6 животных, а в опытной группе № 2 – 4 животных, что достоверно (P<0,01) меньше, чем в контрольной группе № 3. Оставшиеся в живых морские свинки были забиты на 14 сутки после заражения. Культура *Y. pestis* 231 в этих группах не была выделена ни у павших, ни у выживших животных. Следовательно, применение иммуномодуляторов предотвратило не только гибель зараженных морских свинок, но и обсеменение их селезенки вирулентным штаммом *Y. pestis*. Достоверного различия количества павших животных в группах 1 и 2 не выявлено (P>>0,05).

Таким образом, применение иммуномодуляторов (полиоксидония и беталейкина) в опытах на морских свинках повышало как иммуногенную, так и протективную активность живой чумной вакцины.

#### Выводы.

1. Сочетанное применение живой чумной вакцины EV с иммуномодуляторами (полиоксидоний и беталейкин) существенно повышает ее иммуногенные (протективные) свойства в модельных опытах по заражению морских свинок.

2. Введение только беталейкина не оказывает защитного эффекта при заражении морских свинок вирулентным штаммом *Y. pestis*.

#### Литература:

1. Атлас распространения особо опасных инфекций в Республике Казахстан. Алматы, 2012, 232 с. Составление и редакция: Л.А. Бурделов;

2. Inglesby T.V., Dennis D. T., Henderson D.A., Bartlett J.G., Ascher M.S., Eitzen E., Fine A.D., Friedlander A.M., Hauer J., Koerner J.F., MPH, Layton M., McDade J., Osterholm M.T., O’Toole



- T., Parker G., Perl T.M., Russell P.K., Schoch-Spana M., Tonat K. *Plague as a biological weapon: medical and public health management. Working Group on Civilian Biodefense//JAMA.*- 2000.-v.283.-p.2281–2290;
3. Feodorova VA, and Motin VL (2012). *Plague vaccines: current developments and future perspectives. Emerg Microbes Infect.* 2012 November; 1(11): e36. Published online 2012 November 7. doi: 10.1038/emi.2012.34.;
4. Петров Р.В., Хаитов Р.М. Иммуногены и вакцины нового поколения.-М.-2011.-608 с.;
5. Некрасов А.В., Пучкова Н.Г. Стратегия совершенствования и методы оценки гриппозных вакцин. Гриппол® плюс – современная защита от гриппа//Русский медицинский журнал.-2008.-т.16.-№23.-с.1-4.;
6. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В. Полиоксидоний: новые аспекты применения. Новые лекарства.-2003.-№3.-с 21;
7. Авдеева Ж.И., Акользина С.Е., Алпатов Н.А. и др. Влияние цитокинов на иммуногенные свойства вакцины против клещевого энцефалита//Цитокины и воспаление.-2009.-т.8.-№2.-с.16 – 21;
8. Симбирцев А.С., Петров А.В., Пигарева Н.В., Николаев А.Т. Новые возможности применения рекомбинантных цитокинов в качестве адъювантов при вакцинации//Биопрепараты.-2011.-№1(41).-с. 16 – 20;
9. Omarova M, Karalnik BV, Denisova TG, Kalymbetov A (2011). *Influence of immunomodulation on the first stage of antigen specific response to herpes vaccine in experiment. MHSJ.* 8: 21-26. [http://academicpublishingplatforms.com/downloads/pdfs/mhsj/volume8/201110232245\\_05\\_MHSJ\\_Vol8\\_Omarova\\_Karalnik\\_et\\_al\\_Influence\\_of\\_immunomodulation\\_pp.21-26.pdf](http://academicpublishingplatforms.com/downloads/pdfs/mhsj/volume8/201110232245_05_MHSJ_Vol8_Omarova_Karalnik_et_al_Influence_of_immunomodulation_pp.21-26.pdf)
10. Girard G., Robic J. *La vaccination de l'homme contre la peste au moyen de bacilles vivantes (virus vaccin E.V.). Son application a Madagascar // Bull. Off. Int. Hyg. Publ.* 1936. - Vol. 28, № 6. - P. 1078 - 1087.

### ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АЛЬВЕОЛИТА ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ И ИЗОЛЯЦИИ ЛУНКИ УДАЛЕННОГО ЗУБА

Абдышев Т.К.

Городская стоматологическая поликлиника №4

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** В статье представлен опыт лечения 80-ти больных с альвеолитом. Препарат «Коллапановая гранула» показал себя как наиболее эффективным. Закрытия лунки выкроенным лоскутом из переходной складки, а также облучение синим светом, обеспечивали надежную консолидацию кровяного сгустка, препятствовали попаданию в лунку микроорганизмов и остатков пищи. Проведенные исследования показали, что у 98,5 % больных основной группы уже к концу первых суток после начала лечения, был полностью купирован болевой синдром, гиперемия и отек слизистой оболочки в области лунки «причинного» зуба значительно уменьшались.

**Ключевые слова:** альвеолит, коллапановая гранула, синий свет.

### АЛЬВЕОЛИТТИ ДАРЫЛООДО ОСТЕОПЛАСТИКАЛЫК КАРАЖАТТЫ КОЛДОНУУ ЖАНА ЖУЛУНГАН ТИШТИН УЯСЫН ЖАБУУ ТАЖРЫЙБАСЫ

Абдышев Т.К.

№4 шаардык стоматология эмканасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Бул макалада альвеолит менен ооруган 80 бейтапты дарылоонун тажрыйбасы баяндалган. Өзүн эң эффективдүү болуп көрсөткөн дары-дармек Коллапандык гранула. Тиш уясын бугуш өттүүнүн бычуу лоскуту менен жабуу жана көк түс светин колдонуу, кандын уюусун жакшыртып, тиш уясына микроорганизм жана тамак-аштын калдыктарынын кирбөөсүнө тоскоол болгон. Жүргүзүлгөн изилдөөдө көрсөткөндөй, негизги топтогу 98,5% бейтаптын абалы дарылоо башталгандан кийинки күндө эле оору басаңдап, себептүү тиштин айланасындагы былжыр челдин шишиги бир топко азайган.

**Негизги сөздөр:** альвеолит, коллапан грануласы, көк түс.

### TREATMENT OF ALVEOLITIS WITH OSTEOPLASTIC DRUGS AND WITH ISOLATION OF EXTRACTION SITES

Abdyshev T.K.

City Dental Clinic №4

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** The article describes the experience of treating 80 patients with alveolitis. The most effective drug has proved to Collapan in granules, closing the hole a cut flap folds of transition, as well as exposure of blue light which together provides reliable consolidation blood clot prevented from entering the well of micro-organisms and food debris. Studies have shown that 98.5% of patients of the main group by the end of the first day after the start of treatment was completely doctored pain, redness and swelling of the mucous membrane in the hole "causal" tooth is greatly reduced.

**Key words:** alveolitis, granule CollapAn, blue light.

Альвеолит наравне с кровотоком является одним из наиболее распространенных и часто встречающихся осложнений после операции удаления зуба. По данным ряда исследователей, частота возникновения альвеолита составляет от 13,4 до 42,8 % от всех постэкстракционных осложнений [2,4]. Большинство исследователей выделяют в этиологии развития альвеолита инфекционный и травматический факторы [1,5]. Развитию альвеолита способствует также высокая фибринолитическая активность тканей лунки, слюны, иммунологические сдвиги, сопутствующие заболевания [2, 4,5].

Анализ литературы показал, что существующие способы лечения альвеолита однотипны и направлены на ликвидацию явлений воспаления в лунке. Купирование воспалительного процесса основано на применении противовоспалительных, антибактериальных и десенсибилизирующих средств. Существующие методики не лишены ряда недостатков: отсутствует полноценная изоляция операционной раны, что нередко провоцирует явления остеомиелита челюсти, и как результат, приводят к значительной убыли и дефициту костной ткани [3]. Крайне редко в тактике врача-стоматолога-хирурга применяются меры, направленные на профилактику нагноение альвеолярного отростка челюсти [6]. Нами

поставлены задачи: лечение альвеолита, изоляция лунки удаленного зуба и профилактика атрофии альвеолярного отростка.

**Цель исследования:** оценить эффективность метода лечения альвеолита с применением коллапановой гранулы, светодиодного аппарата, излучающего синий свет и изоляции лунки удаленного зуба с пластикой местными тканями.

**Материалы и методы исследования.**

В течение года в городской стоматологической поликлинике №4 города Бишкек с постэкстракционным альвеолитом зарегистрировано 532 больных.

В исследовании участвовало 80 больных с альвеолитом в возрасте от 20-х до 55ти лет, из них 50 женщин и 30 мужчин. Основной причиной воспалительной реакции являлось наличие периодонтитного «причинного» зуба, низкий уровень гигиены, а также технические сложности при удалении зуба мудрости (третьего моляра). На верхней челюсти альвеолит наблюдался у 26 больных (32,5 %), на нижней - у 54-х человек (67,5%).

В зависимости от выбранного способа лечения все больные были разделены на 2 группы: основную из 45-х больных (56,25 %) и контрольную, которую составили 35 пациентов (43,75 %). Как видно из таблицы

Таблица 1.

Распределение исследуемых пациентов по группам

Группа исследования	Всего обследовано больных (80 чел.)			
	Мужчины (20-55 лет)		Женщины (20-55 лет)	
	Абс.	%	Абс.	%
Основная	17	57	28	56
Контрольная	13	43	22	44
<b>Итого:</b>	30	100	50	100



Рис. 1. Распределение исследуемых пациентов по группам.

1, среди обследованных пациентов в основной группе мужчины составили 17 человек (57%) и женщины 28 человек (56%). В контрольной группе количество мужчин составило 13 человек (43%) и женщин 22 человека (44%). Полученные данные обрабатывали с использованием методов вариационной статистики с помощью t-критерия Стьюдента, пакета программ медицинской статистики Microsoft Excel. Статистически значимыми считали различия при  $p < 0,05$ .

Полученные данные приведены в виде диаграммы на рисунке №1.

Лечение больных в основной группе проводилось по следующей методике: под местной проводниковой и инфильтрационной анестезией полностью удаляли из лунки остатки тромба, проводили кюретаж стенок лунки, костный дефект обильно промывали раствором декасана, заполняли коллапановой гранулой содержащей антибактериальный компонент линкомицина, лунку закрывали выкроенным лоскутом из переходной складки. Также полоскание раствором декасана и облучение синим светом 2 раза в день, в течение 10 дней.

В контрольной группе после обезболивания и удаления остатков тромба проводили медикаментозную обработку лунки и вводили в нее йодоформную смесь на марлевой турунде (у 35 % больных контрольной группы). Полоскание полости рта раствором фурацилина 1:5000. лечение антибиотикотерапией и КУФ полости рта.

Эффективность лечения в ближайшие и отдаленные сроки наблюдения оценивали по объективным (осмотр и пальпация) и субъективным (жалобы) данным,

количеству посещений, данным рентгенологического исследования.

**Результаты исследования и их обсуждения.**

Использование коллапановой гранулы, закрытия лунки местными тканями и облучение синим светом, в основной группе показало его главные преимущества - препарат быстро обеспечивает надежную консолидацию кровяного сгустка, а также антибактериальное действие, пластика местными тканями препятствует попаданию в лунку микроорганизмов и остатков пищи.

Полученные данные о высокой частоте альвеолитов, развившихся после удаления зубов по поводу хронического и обострения хронического периодонтита, объясняются наличием длительно существующих хронических очагов одонтогенной инфекции в периодонте и челюстных костях. Высокая (до 22,9% случаев) частота встречаемости альвеолита после хирургических манипуляций по поводу затрудненного прорезывания зуба мудрости, связана по-видимому с большим объемом операционной травмы и длительностью самого вмешательства, а также с активностью микрофлоры ретромолярной области и патологических костных карманов. Определенный интерес в этой связи представляют данные о формах альвеолитов, зарегистрированных в картах амбулаторных больных за исследуемый период времени.

Согласно Таблице №2, проведенные исследования показали, что у 98,5 % больных основной группы уже к концу первых суток после начала лечения, был полностью купирован болевой синдром, гиперемия и отек слизистой оболочки в области лунки «причинного»

Таблица 2.

Результаты обследованных пациентов основной группы

Сроки заживления лунки	Основная группа (45 чел.)	
	Абс.	%
На 1-е сутки	44	98,5
На 2-е сутки	1	1,5
<b>Итого:</b>	45	100

зуба значительно уменьшались. У 1,5% больных болевой синдром купировался на 2 сутки. Анализ динамики клинических проявлений показал, что лечение альвеолита с использованием синего света приводит к быстрому уменьшению перифокальных воспалительных проявлений. Гиперемия окружающих рану тканей разрешалась в течение 1-2 суток, а инфильтрация в области краев ран сохранялась до 3-4 дней.

В контрольной группе исчезновение указанных симптомов у 95,3 % больных наблюдалось, в среднем, на  $2,3 \pm 1,05$  суток позже, чем в основной группе, причем у 4,7 % больных потребовалось еще на  $2,9 \pm 1,3$  суток больше времени для купирования данных клинических признаков, а смена турунд проводилась не менее 3-4 раз в течение 6-8 дней. Число посещений на одного больного в основной группе составило, в среднем,  $2,1 \pm 0,14$ , а в контрольной группе -  $5,8 \pm 0,78$  ( $P > 0,005$ ).

В основной группе, где использование коллапановой гранулы и облучения синим светом, обезболивающий эффект был выражен наиболее сильно, так как препарат содержит остеорегенирующий и антимикробный компоненты, это является профилактикой нагноения кровяного сгустка, а также препарат способствует регенерации образующейся костной ткани. В основной группе значительно быстрее снижалась интенсивность луночковых болей, с применением синего света, это во многом объясняется тем, что синий свет на месте оперативного вмешательства способствует снятию отеков, а также оказывает бактерицидное и анальгезирующее действие.

Сроки заживления слизистой оболочки в области лунки удаленных зубов в двух клинических группах составляли в основной группе и в контрольной группе соответственно,  $8,2 \pm 1,08$  сутки и  $12,1 \pm 2,01$  суток ( $P > 0,05$ ).

Длительность амбулаторного лечения составила в основной группе -  $8,2 \pm 1,9$  суток, в контрольной группе -  $12,2 \pm 2,4$  суток ( $P > 0,05$ ).

При проведении рентгенологического исследования выявлено, в основной группе через 4-5 недель у пациентов с применением светолечения определялась размытость контуров костного дефекта, завуалированность интенсивной тенью костной мозоли, в области ее дна прослеживаются единичные костные трабекулы - произошло восстановление лунки удаленного зуба соответственно на  $28,3 \pm 1,8$  сутки.

В контрольной группе, где светолечение не применялось, костный дефект визуализировался более отчетливо. Интенсивность тени костной мозоли оценивалась чаще как умеренная, реже интенсивная

и слабая, отмечался остеопороз стенок. Только на 30-40 сутки образовалась новая костная мозоль ( $P > 0,005$ ). Таким образом, используемые для комплексного лечения коллапановая гранула и синий свет с длиной волны 450нм активно стимулируют репаративный остеогенез лунки удаленного зуба, о чем свидетельствует полное восстановление костной ткани лунки удаленного зуба через 1 месяц в основной группе.

**Литература:**

1. Андрищев А.Р. Осложнения, связанные с нижними третьими молярами (патогенез, клиника, лечение): автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Санкт-Петербург, 2005. - 25 с.
2. Беланов Г.Н. Комплексное лечение больных альвеолитами с использованием биогенных материалов с антимикробным эффектом: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Самара, 2009. - 24 с.
3. Емельянов А.С. Репаративные способности тканей при использовании костнопластических материалов в эксперименте [Текст] / А.С. Емельянов // Нижегородский медицинский журнал. - 2008. - № 2. - Вып. 2. - С. 239-240.
4. Ефимов Ю.В. Способ профилактики и лечения альвеолитов // Актуальные вопросы стоматологии: сборник научных трудов. - Волгоград, 2010. - С. 141-144.
5. Иорданишвили А.К. Профилактика и лечение осложнений, возникших после операции удаления зуба // Стоматология. - 2001. - № 1. - С. 16-18.
6. Карандашов В.И., Палеев Н.Р., Петухов Е.Б., Джулини Г. Лечение синим светом.-М.: Издательский дом «Техника-молодёжи», 2009.-48с.



### НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПРИВЫЧНОГО ВЫВИХА ПЛЕЧА

Аятов А.С., Джумабеков С.А., Анаркулов Б.С., Байгараев Э. А.

Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** Под нашим наблюдением в БНИЦТО с 2012 по 2014 год находились 35 больных с привычным вывихом плеча. Возрастной диапазон больных составляет от 17 до 62 лет. Всем больным произведено оперативное лечение разработанными способами. Разработанный способ предупреждает рецидив вывиха плеча, а также помогает раннему восстановлению функции оперированного сустава. Ближайшие и отдалённые результаты изучены по шкале UCLA.

**Ключевые слова:** привычный вывих плеча, разработанный способ лечения.

### БИЗДИН ТАЖРЫЙБАДА ИЙИНДИН ӨНӨКӨТ ЧЫГЫП КЕТҮҮСҮН ДАРЫЛОО

Аятов А.С., Джумабеков С.А., Анаркулов Б.С., Байгараев Э. А.

Бишкек шаарынын травматологиялык жана ортопедиялык илим-изилдөө борбору

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Резюме.** 2012 жана 2014-жылдардын аралыгында БТОИИБда биздин көзөмөлүбүздө ийиндин өнөкөт чыгып кетүүсү бар 35 бейтап болду. Жаш курактары 17 ден 62 жашка чейин түздү. Баардык бейтаптарга биз иштеп чыккан ыкма менен операция жасалды. Ушул эле ыкма ийиндин кайра чыгып кетүүсүн алдын алат, жана ошондой эле, муунду эрте калыбына келтирет. Жакынкы жана алыскы натыйжалары UCLA шкаласы менен бааланды.

**Негизги сөздөр:** ийиндин өнөкөт чыгуусу, иштелип чыккан ыкма менен дарылоо.

### OUR EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF RECURRENT SHOULDER DISLOCATION

Ayatov A.S., Djumabekov S.A., Anarkulov B.S., Baigaraev E.A.

Bishkek Research Center of Traumatology and Orthopedics

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** We observed in BSRCTO from 2012 to 2014 there were 35 patients with recurrent dislocation of the shoulder. The range of patients is 17 to 62 years. All patients underwent surgical treatment of established methods, developed a method prevents recurrence of shoulder dislocation, as well as allowing early recovery of function of the operated joint. Short- and long-term results were studied on a scale of UCLA.

**Key words:** recurrent shoulder dislocation, developed method of treatment

#### Актуальность.

Привычный вывих плеча является наиболее частым осложнением первичного травматического вывиха и составляет по данным различных авторов 52-60 % в структуре повреждений плечевого сустава [1, 5, 11]. Кроме того, развитию привычного вывиха у некоторых лиц способствуют диспластические изменения в плечевых суставах, проявляющиеся, как правило гипермобильностью. Лечение больных с привычным вывихом плеча, как отмечают многие авторы [2, 9, 10], до настоящего времени остается сложной и актуальной проблемой восстановительной хирургии в связи с отсутствием общепринятой высокодифференцированной и эффективной методики лечения. Патологические изменения при привычном вывихе плеча затрагивают все ткани сустава и проявляются в виде частичных застарелых повреждений сухожилий и мышц ротаторной манжеты, их атрофии, отрывов мест прикрепления сухожилий, наличием импрессионных повреждений костных структур сустава, растяжения капсулы плечевого сустава, дегенеративных изменений хрящевой губы. К тому же, последующие вывихи с течением времени усугубляют картину заболевания, способствуют развитию инволютивных трансформаций в суставе. При этом утрачивается работа тончайших механизмов стабилизации плечевого сустава. Социально значимым является то, что данным заболеванием страдают в основном лица молодого и трудоспособного возраста. [4, 6, 7] сообщают, что консервативное лечение привычного вывиха плеча

в 31,2 % случаев заканчивается рецидивом вывиха, а у молодых, физически активных пациентов этот процент повышается до 70-100 %. Вопросу оперативного лечения больных с привычными вывихами плеча посвящено много работ как отечественных, так и зарубежных авторов [3; 8, 12]. Основной темой публикаций являлась разработка, внедрение и оценка собственной, универсальной методики хирургической коррекции нестабильности. К настоящему времени число предложенных методов оперативного лечения привычного вывиха плеча и их модификаций достигает более трех сотен, но тем не менее результаты лечения иногда остаются неудовлетворительными. Это во многом связано с отсутствием четких критериев и градаций в плане показаний и методик в оперативном лечении.

#### Материалы и методы.

В период с 2012 по 2014 год в Бишкекском научно-исследовательском центре травматологии и ортопедии лечились 35 больных с привычными вывихами плеча. Возраст больных варьировал от 17 до 62 лет из них 31 мужчин и 4 женщины (табл. №1).

#### Методика оперативного лечения.

Под эндотрахеальным наркозом, производят передний стандартный доступ. Далее осуществляют послойный разрез длиной 10 см. В капсулу сустава проникают тупо расслаивая и разводя пучки дельтовидной мышцы. Осмотром выявляют перерастяжение, истончение или разрыв капсулы в соответствующем отделе и производят его укрепление. Выделяют и рассекают капсулу

Таблица 1.

Распределение больных по полу и возрасту

Категория больных\ возраст	Всего		до 19лет	20-29	30-39	40-49	50 и старше
	Абс.ч	%					
Мужчины	31	88.6	2	14	8	3	4
Женщины	4	11.4	1	1	2	0	0
Всего	35	100	3	15	10	3	4

плечевого сустава. Затем, производят пластику капсулы, путем наложения матрачных швов на рассеченные стенки капсулы для сокращения в размере рассеченных поверхностей, и после этого концы капсулы сшивают восьмиобразным швом для укрепления переднего отдела плечевого сустава, а также для предотвращения рецидивов вывиха плеча.

**Результаты и их обсуждения.**

Применение предложенной нами методики артропластика по Джумабекому значительно улучшает результаты при лечении привычного вывиха плеча. Все пациенты находились под наблюдением на протяжении первого года после оперативного вмешательства с подробным обследованием в стандартные сроки через 3,6 и 12 месяцев после операции. Функциональное состояние оперированного плечевого сустава оценивали в баллах с использованием оценочной шкалы UCLA.

Хорошие результаты получены у 29 больных.

Удовлетворительные результаты 6 больных.

Неудовлетворительных результатов и рецидивов вывихов не наблюдалось.

**Выводы:** таким образом, разработанный способ предупреждает рецидив вывиха плеча и дегенеративно-дистрофические изменения капсулы плечевого сустава за счет укрепления переднего отдела ее капсулы. Наложение восьмиобразного шва способствует дополнительному укреплению ушитой капсулы, а также позволяет достигать устойчивого лечебного эффекта в короткие сроки.

**Литература:**

1. Белоенко Е. Д., Скакун П. Г. Роль артроскопии в диагностике и лечении привычного вывиха плеча // *Актуальные вопросы травматологии и ортопедии: материалы науч.-практ. конф. травматологов-ортопедов Респ. Беларусь. Минск, 2000. Т. 1. С. 389-395.*

2. Голоденко А. И., Коломиец А. А., Брюханов А. В. *Лигаментно-капсуло-тенodes в оперативном лечении привычного*

*вывиха плеча // Гений ортопедии. 2004. № 1. С. 126-128.*

3. Коломиец А. А., Голоденко А. И., Вигель В. Д. *Направленный лигаментно-капсуло-тенodes в оперативном лечении привычного вывиха плеча // Гений ортопедии. 2009. № 2. С. 113-117.*

4. *Современный взгляд на лечение больных с травматическим вывихом плеча / В. А. Неверов и др. // Вести хирургии им. И. И. Грекова. 2007. Т. 166, № 2. С. 5154.*

5. Сысенко Ю. М., Новичков С. И., Горбунов Э. В. *Методика лечения больных с привычным вывихом плеча // Новые технологии в лечении и реабилитации больных с патологией суставов: материалы Всерос. науч.-практ. конф. Алгоритм диагностики при повреждении области плечевого сустава / А. Т. Ерофеев и др. // Актуальные вопросы травматологии и ортопедии: сб. посвящен 40-летию кафедры травматологии и ортопедии и ВПХ ОмГМА. Омск, 2006.*

6. *Разработка и применение оригинальной шкалы для оценки состояния плечевого сустава у пациентов с хроническими заболеваниями плечелопаточной области / М. Х. Аль Рывави и др. // Вестн. новых мед. технологий. 2007. Т. XIV, №2. С. 99-100.*

7. *Anterior traumatic shoulder dislocation associated with displaced greater tuberosity fracture: the necessity of operative treatment / P. Dimakopoulos et al. // J. Orthop. Trauma. 2007. Vol. 21, No 2. P. 104-112.*

8. *Bajracharya A. R., Anjum M. P. Treatment of recurrent anterior dislocations of shoulder by Lateijet-Bristow operation: an experience // J. Nepal. Med. Assoc. 2007. Vol. 46, No 168. P. 189-193.*

9. *Barnes C. J., Getelman M. H., Snyder S. J. Results of arthroscopic revision anterior shoulder reconstruction // Am. J. Sports Med. 2009. Vol. 37, No 4. P. 715719.*

10. *Funk L., Smith M. Best evidence topic report. How to immobilise after shoulder dislocation? // Emerg. Med. J. 2005. Vol. 22, No 11. P. 814-815.*

11. *Marinelli M., de Palma L. The external rotation method for reduction of acute anterior shoulder dislocations // J. Orthop. Traumatol. 2009. Vol. 10, No 1. P. 17-20.*

12. *Recurrent shoulder instability among athletes: changes in quality of life, sports activity, and muscle function following open repair / R. Meller et al. // Knee Surg. Sports Traumatol. Arthrosc. 2007. Vol. 15, No 3. P. 295-304.*

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАЛЬГУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ I ПАЛЬЦА СТОПЫ

Молдалиев Р.Т., Байгараев Э.А., Джумабеков С.А.

Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** В работе представлена тактика оперативного лечения при вальгусной деформации I пальца стопы с применением разработанного способа. Разработанный способ устраняет вальгусной деформации большого пальца стопы, улучшает анатомо-функциональные результаты лечения и восстанавливает трудоспособность. Результаты лечения прослежены от 2 месяцев до 1 года у 46 больных. Возрастной диапазон составляет от 44 до 71 лет. У 32 больных результат расценен как хороший, у 14 удовлетворительный, неудовлетворительный результат и рецидив заболеваний не отмечалось.

**Ключевые слова:** вальгусная деформация I пальца стопы, хирургическое лечение.

БИРИНЧИ ТАМАН СӨӨГҮНҮН ВАЛГУСТУК КЫЙШАЮСУН  
ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛОО

Молдалиев Р.Т., Байгараев Э.А., Джумабеков С.А.

Бишкек шаарынын травматологиялык жана ортопедиялык илим-изилдөө борбору

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Бул иште көрсөтүлгөндөй биринчи таман сөөгүнүн валгустук бузулуусун хирургиялык дарылоодо ойлоп табылган ыкманы колдонуу. Биринчи таман сөөгүнүн валгустук бузулуусун ойлоп табылган ыкма менен түздөп, анатомиялык-аткаруучулук жыйынтыкты жакшыртат жана ишке жарандуулугун калыптайт. Жаш аралыгы 44төн 71 жашка чейин түзөт. 46 бейтапты дарылоонун жыйынтыгы көрсөтүлгөндөй 2 айдан 1 жылга чейин. 32 бейтаптын жыйынтыгы жакшы деп бааланды, ал эми 14ү канааттандырарлык, кайра ооругандар жана канааттандырарлык эмес жыйынтыктар болгон жок.

**Негизги сөздөр:** биринчи таман сөөгүнүн валгустук кыйшаюсу, хирургиялык дарылоо.

SURGICAL TREATMENT OF HALLUX VALGUSITOE

Moldaliev R. T., Baigaraev E. A., Djumabekov S. A.

Bishkek Scientific Research Center of Traumatology and Orthopedics

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** Paper presents a surgical treatment method of first toe valgus deformity. The developed method eliminates valgus deformity of the big toe, improves anatomical and functional results of treatment and also restores ability to work. Results of treatment were evaluated in 48 patients during the period from two months to one year. The age range is from 44 to 71 years old. Treatment results of 32 patients were regarded as good. 14 patients achieved satisfying treatment results. Unsatisfactory results and disease relapse were not observed.

**Key words:** first toe valgus deformity, surgical treatment.

**Актуальность темы.**

Поперечная расположенность переднего отдела стопы вальгусной деформацией первого пальца является одним из наиболее распространённых ортопедических заболеваний. По данным разных авторов эта патология встречается среди населения от 12 до 64% [5,9].

Данное заболевание возникает у лиц наиболее трудоспособного возраста и характеризуется прогрессирующим течением.

Расположенность переднего отдела стопы с вальгусной деформацией первого пальца сопровождается болевым синдромом, нарушает опорную функцию конечности, затрудняет пользование стандартной обувью, а в тяжёлых случаях приводит к снижению трудоспособности и нарушению социальной адаптации [3,8].

К настоящему времени предложено свыше 400 хирургической коррекции статических деформаций переднего отдела стопы [4]. Существующее множество способов свидетельствует о том, что зачастую хирурги и ортопеды не удовлетворены, имеющимися на сегодняшний день методами оперативного лечения этой патологии. Количество неудовлетворительных результатов лечения остаётся достаточно высоким и колеблется от 3,8 до 48,9 % [2].

В клинической практике при выборе и проведении оперативного вмешательства недостаточно

внимания уделяется изменениям в области первого плюсне-сесамовидного сустава, который принимает на себя основную тяжесть тела при передвижении, что определяет наиболее значительную нагрузку этого сустава на протяжении всей жизни человека [7]. Нерешённым остаётся вопрос фиксации остеотомированных фрагментов первой плюсневой кости, что подтверждается многообразием используемых фиксаторов [1,6].

Вышеизложенное характеризует сложность проблемы и подтверждает актуальность избранного нами исследования.

**Цель исследования:** улучшение результатов хирургического лечения вальгусной деформации I пальца стопы.

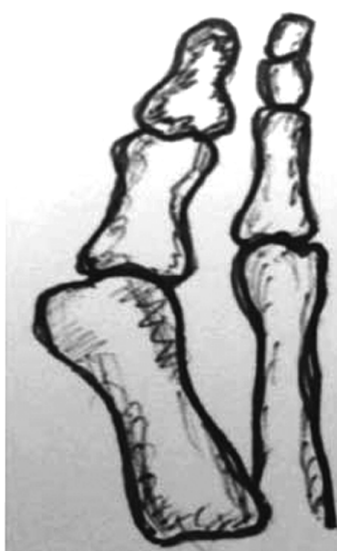
**Материалы и методы исследования.**

В период с 2011-2014гг. в БНИЦТО лечились 46 больных с вальгусной деформацией I пальца стопы. Возраст больных варьировал от 44 до 71 лет. Из них мужчины 12, женщин 34. таблица №1.

**Методика оперативного лечения.** После общего клинического обследования и предоперационной подготовки больного, под спинномозговой анестезией проводят дугообразный кожный разрез по внутренне боковой поверхности стопы с размером 5см от уровня основания основной фаланги на 1-1,5 см выше уровня планируемой остеотомии головки плюсневой кости (рис. №1). Далее выкраивается округлый лоскут из капсулы сустава, удаляется экзостоз дистальной головки первой

**Таблица №1**

Категория больных/возраст	Всего		До 49 лет	50-59	60-69	70 и выше
	Абс.ч.	%				
Мужчины	12	26.10	2	5	4	1
Женщины	34	73.90	4	19	7	4
Всего	46	100.0	6	24	11	5



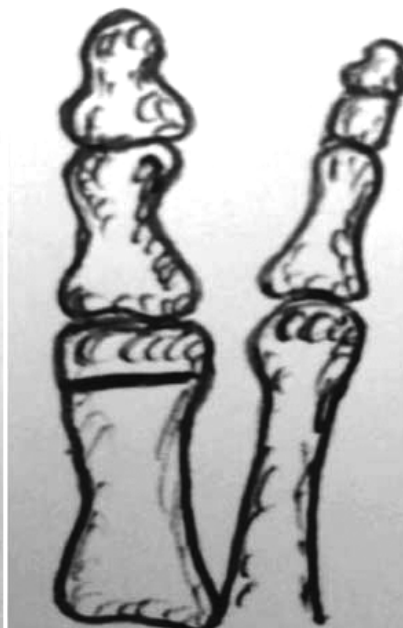
**Рис. №1.** Вальгусная деформация I го пальца к наружи.



**Рис. №2.** Удаление экзостоза головки первой плюсневой кости.



**Рис. №3.** Клиновидная резекция головки первой плюсневой кости.



**Рис. №4.** Остеотомия первой плюсневой кости сохранив наружную кортикальную пластинку.



плюсневой кости (рис.№2). С помощью маятниковой пилы проводится костный клин (рис.№3), затем производится остеотомия сохранив наружную кортикальную пластинку (рис.№4). Округлый лоскут капсулы сустава ушиваются лавсановыми швами (подано заявка на патент КР №3019 от 02.02.2015 года). Послойные швы на рану асептическая повязка, а также производится дополнительная межпальцевая фиксация. На 1-е сутки после операции активизируем больного, не нагружая на переднюю отделы стопы. На 10-12 сутки снимаются швы.

### **Результаты и их обсуждения.**

Результаты хирургического лечения были изучены в сроки от 2 месяцев до 1 года.

У 32 больных получен хороший результат лечения, отсутствии боли и наличии движений первого плюснефалангового сустава.

Удовлетворительный результат – 14 больных, непостоянные болевые ощущения, незначительное ограничение движения первого плюснефалангового сустава.

Неудовлетворительный результат и рецидив заболеваний при наличии постоянных болей и отсутствие активных движений первого плюснефалангового сустава, не отмечалась.

**Выводы:** таким образом, разработанная способ устраняет вальгусной деформации большого пальца стопы, улучшает анатомо-функциональные результаты лечения и восстанавливает трудоспособности, а также правильного распределения нагрузки на опорную поверхность переднего отдела стопы.

### **Литература:**

1. Бурков, Д. В. Фиксация канюлированными винтами при реконструктивных операциях на стопе / Д. В. Бурков, О. А. Гальцов, А. В. Карлов // Травматология и ортопедия России. 2008. — № 2 (48). — С. 103-104.
2. Ежов, М.; Ю. Ошибки при лечении hallux, valgus / М. Ю. Ежов // Травматология и ортопедия России. — 2008. — № 2 (48). — С. 108-109.
3. Истомина, И. С. Оперативное лечение поперечного плоскостопия, halluxvalgus / И. С. Истомина, В. И. Кузьмин, А. Н. Левин // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Пирогова. — 2000. — № 1 С. 55-60.
4. Карданов, А. А. Оперативное лечение деформаций первого луча стопы: история и современные аспекты / А. А. Карданов, Л. Г. Макинян, М. П. Лукин. М.: Медпрактика-М, 2008. - 104 с. : ил.
5. Савинцев, А. М. Реконструктивно-пластическая хирургия поперечного плоскостопия / А. М.: Савинцев. СПб.: Фолиант, 2006. - 199 с.
6. Шевцов, В. И.: Результаты дифференцированного использования методик, чрескостного остеосинтеза при лечении Halluxvalgus различной степени тяжести / В. И. Шевцов, Л.; А. Попова, А. Ни Гохаева // Травматология и ортопедия России. 2007. — № 4V—С. 15-20i
7. Carpenter, B. Adding stability to the crescentic basilar first metatarsal osteotomy / B. Carpenter, A. Motley // J. Am. Podiatr. Med. Assoc. 2004. - Vol. 94, №5.-P. 502-504.
8. Robinson, A. H. Modern concepts in the treatment of hallux valgus / A. H. Robinson, J. P. Limbers // J. Bone Joint. Surg. Br. 2005. - Vol. 87, № 8. - P. 1038-1045.
9. Salamao, O. Hallux valgus: etiology and treatment // O. Salamao // Revista Brasileira de Ortopedia 2005. - Vol. 40, № 4: - P: 147-152.

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА NASS ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ I И II СТЕПЕНИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

**Рыскулбек уулу М., Джумабеков С.А., Байгараев Э.А.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева  
Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** В работе представлено алгоритм диагностики и тактика оперативного лечения ВДГК I и II степени у детей и подростков с применением метода NASS. Операции выполнялись под контролем торакоскопа. Диапазон больных составляет от 7 до 16 лет. У всех больных изучены ближайшие и отдаленные результаты лечения. Хорошие результаты получены у 9 больных, 4 удовлетворительный, неудовлетворительных результатов и рецидивов заболеваний не наблюдалось.

**Ключевые слова:** воронкообразная грудная клетка, NASS, торакоскоп.

**БАЛДАРДЫН ЖАНА ӨСПҮРҮМДӨРДҮН I ЖАНА II ДАРАЖАДАГЫ КӨКҮРӨК КЛЕТКАСЫНЫН ТУБАСА ДЕФОРМАЦИЯЛАНЫШЫНДА (ККТД)**

**NASS ЫКМАСЫН КОЛДОНУУ ТАЖРЫЙБАСЫ**

**Рыскулбек уулу М., Джумабеков С.А., Байгараев Э.А.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы  
Бишкек шаарынын травматологиялык жана ортопедиялык илим-изилдөө борбору  
Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Илимий иште NASS ыкмасын колдонуу менен балдардын жана өспүрүмдөрдүн ККТД I и II степени операциялап дарылоо тактикасын жана дарт аныктоо алгоритми берилген. Операция торакоскоптун алдында аткарылган. Бейтаптардын жаш курак диапозону 7тен 16 жашка чейинки аралыкта байкалган. Дарылоодо бардык бейтаптардын жакынкы жана алыскы жыйынтыктары изилденген. 9 бейтаптан жакшы жыйынтык, 4 бейтаптан канааттанаарлык жыйынтык алынган, оорунун канааттанаарлык эмес жыйынтыгы жана рецидив байкалган эмес.

**Негизги сөздөр:** воронка сымал көкүрөк клеткасы, NASS, торакоскоп.

**EXPERIENCE OF APPLYING THE METHOD NASS IN CONGENITAL CHEST WALL DEFORMITY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS**

**Ryskulbek uulu M., Djumabekov S.A., Baigaraev E.A.**

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy  
Bishkek Scientific Research Center of Traumatology and Orthopedics  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** This paper presents algorithm of diagnosis and tactics of surgical treatment funnel-shaped deformation thorax I and II degree in children and adolescents using the method NASS. The operation is performed under the supervision of torakoskopa. Patients range from 7 to 16 years. All patients were studied early and late results of treatment. Good results were obtained in 9 patients, 4 satisfactory, unsatisfactory results and disease recurrence not observed.

**Key words:** funnel-shaped deformations thorax, NASS, torakaskop.

**Актуальность.**

Воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК) встречается примерно у 1 из 1000 детей и нередко является частным проявлением синдромальной патологии соединительной ткани [3, 8]. Традиционно показанием к хирургической коррекции деформации у детей являются функциональные нарушения дыхательной и сердечно-сосудистой систем, выраженность которых напрямую связана со степенью деформации [2, 6]. Однако, в последнее время большинство хирургов считают оправданными косметические и психологические показания к торакопластике [5].

Необходимость хирургической коррекции деформации очевидна. Оперативное вмешательство в классическом варианте состоит из 2 основных этапов - мобилизация грудино-реберного комплекса и его фиксация в положении коррекции [2, 7, 1, 9, ]. В отношении второго этапа в последнее десятилетие преобладающее большинство хирургов для- фиксации грудины и ребер используют различные металлические конструкции. А в необходимости применения мобилизации грудино-реберного комплекса мнения ученых разделились в связи с

предложенной D.Nuss в 1998 году оригинальной методики - минимально инвазивной техники коррекции ВДГК I и II степени (МШРЕ) [10], суть которой состоит в применении для исправления деформации передней стенки грудной клетки только металлической пластины, проводимой за грудину без предварительной стерно- и хондротомии.

**Материалы и методы.**

Под нашим наблюдением в отделении детской ортопедии и патологии позвоночника БНИЦТиО находились 13 больных с ВДГК I и II степени возраст больных от 7 до 16 лет, из них 8 девочек и 5 мальчиков.

Диагностический алгоритм включал:

-Анамнез

-Клинический осмотр: определение степени деформации.

-Функциональный методы диагностики (ЖЕЛ. ФВД.ЭХОКГ)

-Рентген исследования в 2х проекциях

-КТ при необходимости

Методика оперативного лечения.

Всем больным проводилось оперативное лечение с применением метода NASS. Операция выполнялась

под интубационной анестезией, после соответствующей обработки операционного поля производится кожные разрезы по боковым поверхностям грудной клетки в области пятого межреберья с размером 3-4см. В области седьмого межреберья проводится кожный разрез для ведения торакаскопа. Под контролем торакаскопа проводятся изогнутая пластина от одного разреза к другому. Далее пластина переворачиваются вокруг своей оси на 180°, концы пластины фиксируют к ребрам лавсановыми нитями. Послойные швы на рану, асептическая повязка. Далее области седьмого межреберья устанавливается дренаж по Бюлау. На 2-е сутки активизируем больного и назначаем дыхательную гимнастику. После контрольной УЗИ и рентгенографии приотсутствие жидкости плевральной полости дренаж Бюлау удаляется.

### **Результаты и их обсуждения.**

Все больные были повторно осмотрены через 3,6,12 месяцев после операции.

Всем больным сделано ЖЕЛ.ФВД.ЭХОКГ.ЭКГ. рентгенографии и КТ при необходимости.

Хорошие результаты получены у 9 больных, удовлетворительные 4.

Неудовлетворительные результаты и рецидивов заболеваний не наблюдалось.

**Выводы:** Наши исследования посвященные применению операции по методу NASS в торакопластике демонстрируют в послеоперационном периоде хорошие и удовлетворительные результаты. Таким образом своевременная диагностика и проведенное оперативное лечение с применением методика NASS при ВДГК I и II степени улучшает анатомо- функциональные результаты, устраняет косметический дефект, но и еще избавляет от массивных послеоперационных кожных рубцов. и восстанавливает трудоспособность. Что в свою очередь обеспечивает одномоментную коррекцию

деформации грудной клетки, без дополнительной хондро- и стернотомии. Данный вид торакопластики хорошо переносится больными и характеризуется коротким сроком госпитального периода и реабилитации.

### **Литература:**

1. Губа А.Д. Способ торакопластики воронкообразной деформации грудной клетки // *Детская хирургия*. 2005, № 5. — С. 16-18;
2. П.Гафаров Х.З., Плаксейчук Ю.А., Плаксейчук А.Ю. *Лечение врожденных деформаций грудной клетки*. — Казань: ФЭН, 1996. — 142 с.
3. Рудаков С.С. *Изолированные и синдромальные дефекты развития грудной клетки и их лечение* :Дисс. .докт. мед. наук. М., 1988. -309 с.
4. Фокин А.А. *Килевидная деформация грудной клетки у детей* :Дисс. . канд. мед. наук. Л., 1987. — 204 с.
5. Herrmann K.A., Zech C.J., Strauss.T. et al. *Cine MRI of the thorax in patients with pectusexcavatum* // *Radiologe*. 2006. - Vol. 46. N.4. - P. 309317.
6. Kowalewski J., Brocki M., Dryjanski T. et al. *Pectusexcavatum: increase of right ventricular systolic, diastolic, and stroke volumes after surgical repair* // *J. Thorac. Cardiovasc.Surg*. 1999. - V.18, N.1. - P. 87-92.
7. Kane A., Diao M., Diop I.B. et al. *Les modifications electrocardiographi-ques au cours des deformations thoraciques. A propos de 20 cas chez des sujets de race noire* // *Ann. de Cardiologie et Angiologie*. 1997. — V.46, N.10. -P.650-656.
8. Mitsuoka A., Hitomi S., Ito M. et al. *Sternal turnover with rectus muscle pedicle and its non-turnover modification as corrective procedures for funnel chest* // *RinshoKyobuGeka*. 1998. - V.6, N.1. -P.43-47.
9. Petersen C. *Funnel chest. New aspects since introduction of a minimally invasive surgical technique* // *Orthopade*. 2003. - Vol.32, N.10. - P.916-9.
10. Robicsek F. *Surgical treatment of pectusexcavatum* // *Chest. Surg. Clin. N. Am*. 2000. - V. 10, N.2. - P.277-296.

## ТИТАНОВЫЙ КЕЙДЖ-ГИБРИД ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Сабыралиев М.К.

Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** В Бишкекском научно-исследовательском центре травматологии и ортопедии за период с 2009 по 2012 гг. проведено хирургическое лечение 42 больных с сочетанием титанового кейдж-гибрида с аутокостной пластикой с дегенеративно-дистрофическими поражениями поясничного отдела позвоночника. Из всех пролеченных пациентов женщины составили 20 больных (46,5%), а 22 - мужчины (53,5%). Отдаленные результаты отслежены у 33 пациентов. У 28 (84,8%) больных отмечен полный регресс болевой симптоматики, у 4 (12,1 %) пациентов после операции умеренные боли после длительной ходьбы, а у 1 (3%) боли при перемене положения и ходьбе. Способ переднего спондилодеза титановым кейджем при дегенеративных заболеваниях позвоночника позволяет достигнуть положительного результата с минимальной травматизацией.

**Ключевые слова:** Титановый кейдж, хирургическое лечение, поясничный отдел позвоночника.

## ТИТАНДАН КЕЙДЖ- ГИБРИД МЕНЕН ДЕГЕНЕРАТИВТҮҮ БУЗУЛГАН БЕЛ ОМУРТКАЛАРЫН ДАРЫЛОО

Сабыралиев М.К.

Бишкек шаарынын травматологиялык жана ортопедиялык илим-изилдөө борбору  
Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Бишкек шаарынын травматологиялык жана ортопедия илим-изилдөө борборунда 2009 жылдан 2012 жылга чейинки бел омурткасы оруулары менен 42 бейтапка хирургиялык дарылоо жүргүзүлгөн титан кейдж-гибридке соок кошулуп. Дарылангандардын ичинен аялдар 20 орулуу (46, 5%), жана эркектер 22 (53,5%). Алыстатылган натыйжалар 33 оруларда байкоо жүргүзүсүндөгөн. 28(84,8%) бейтапта оруунун сезилиши толугу менен артка кетүүсү байкалган, 4 (12,1%) бейтапта операциядан кийин узака басып жүргөндөн кийин оруганы орточо байкалган, а эми 1 (3%) орулууда авалын көтөрүп жана басканда бел орусу байкалган. Омуртка тутумунун оруларын дарылоо, оуркалар денесинин ортосуна титан кейдж-гибрид кадалган спондилодез ыкмасы минималдуу травмасыз жакшы натыйжаны берет.

**Негизги сөздөр:** титан кейджи, хирургиялык дарылоо, омуртка тутумунун бел бөлүгү.

## TITANIUM CAGE HYBRID IN THE TREATMENT OF DEGENERATIVE LUMBAR SPINE

Sabyraliev M.K.

Bishkek Research Center of Traumatology and Orthopedics  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** In Bishkek Research Center of Traumatology and Orthopaedics in the period from 2009 to 2012. underwent surgical treatment in 42 patients and degenerative-dystrophic lesions of the lumbar spine in combination titanium cage hybrid with autokostnoy plasticity. Of all treated patients, women accounted for 20 patients (46.5%), and 22 - male (53.5 %). Long-term results in 33 patients monitored. In 28 (84.8 %) patients reported complete regression of pain symptoms, in 4 (12.1 %) patients after the operation moderate pain after a long walk, and in 1 (3 %), pain when changing position and walking. Method anterior fusion of titanium cages in degenerative diseases of the spine can achieve a positive result with minimum damage.

**Key words:** titanium cage, surgical treatment, lumbar spine.

### Актуальность.

Межтеловой спондилодез предусматривает стабилизацию передней опорной колонны. При дегенеративной патологии позвоночника, наиболее распространёнными методами его достижения являются задний и передний доступы. [5]. Однако в техническом отношении межтеловой спондилодез задним доступом достаточно сложное и травматическое вмешательство для нервных корешков. Кроме того, значительная часть межпозвонкового диска полностью не резецировалось, препятствуя возникновению костного сращения [6,7,8].

Хирурги-вертебрологи не могут преодолеть психологический барьер перед вентральными вмешательствами, необоснованно считая их небезопасными. Сторонники же вентральных операций, наоборот считают декомпрессию и межтеловой спондилодез из позвоночного канала более травматичными для корешков, так как они сопряжены с формированием эпидурального фиброза и рецидивами грыж дисков у 7—27% оперированных [2,3,4,9]. В литературе появляется все больше публикаций, свидетельствующих об

осложнениях и реоперациях (до 21 %) после дорсальных вмешательств [1,3,4].

Использование кейджей, заполненных аутокостью или остеоиндуктивным материалом, позволяет восстановить высоту межтелового промежутка и обеспечивает интеграцию костной ткани с имплантом с последующим формированием на уровне сегмента спондилодеза.

Применение кейджей имеет ряд преимуществ, связанных с их большей биомеханической прочностью, высокой плотностью, элиминацией осложнений, связанных с применением аутоотрансплантата; кейдж имеет определенные, заранее заданные размеры, поверхность его обработана так, чтобы создать максимальную площадь соприкосновения костной ткани с имплантом. Установка кейджа настолько повышает сегментарную стабильность, что даже при двухуровневом поражении возможно их использование без дополнительной фиксации пластиной [10].

### Материалы и методы.

За период с 2007 по 2014 гг в БНИЦТО, проведено



хирургическое лечение 42 больным с дегенеративно-дистрофическими поражениями поясничного отдела позвоночника в сочетании титанового кейдж-гибрида с аутокостной пластикой. Из всех пролеченных пациентов женщины составили 20 больных (46,5%), а 22 - мужчины (53,5%).

Все пациенты обратились с жалобами на стойкие поясничные боли, а 30 больных отмечали иррадиацию в нижние конечности из них 67% в обе конечности, 33% в одну нижнюю конечность. По длительности болевого синдрома 20 больных страдали 3-4 месяца, остальные 22 от 6 месяцев до 1 года. Все больные до поступления в клинику получали неоднократные курсы консервативного и санаторно-курортного лечения с временным улучшением. Анталгическая установка поясничного отдела выявлена у 8 больных (19%), в неврологическом статусе у 96% больных имелись положительный в различной интенсивности симптом Ласега. У значительной части больных боли усиливались при перемене положения, длительном сидении и вертикальном положении.

Всем больным проводилось рентген исследование стандартное в 2-х проекциях и функциональное в положении максимального сгибания и разгибания. Снижение высоты межпозвонкового диска отмечалось у 33 (78,6%) исследованных, краевые костные остеофиты у 16 (38,1%). Сегментарная нестабильность, выявленная при функциональных снимках отмечена у 36 (85,7%) пациентов, антелистез у 12 больных (28,6%), ретролистез 16 (38,1%) больных.

Также больным проводилось МРТ и КТ исследование на которых протрузия дисков выявлено у 10 (23,8%), сочетание грыжи и протрузии у 8 (19,0%). Жировая дегенерация смежных позвонков у 38 (90,1%), «вакуум» - феномен у 12 больных (28,6%).

На разработанный в нашей клинике кейдж-гибрид, который сочетает сам титановый межтеловой кейдж с имеющимися в торцевой части лопасти-«ушки» выполняющие функцию наkostной пластины, получен патент Кыргызской Республики за № 1372 от 30.07.2011 году.

#### *Показание к установке кейдж-гибрида:*

- боль в пояснице дискогенного генеза с дегенерацией диска, подтвержденная анамнезом и дополнительными методами исследований;
- одно- или двухуровневые дегенеративные поражения диска от L2 до S1;
- сочетание дегенеративных поражений со спондилолистезом или ретролистезом 1 степени;
- пациенты должны иметь зрелый скелет;
- операции должен предшествовать шестимесячный курс консервативного лечения.

#### *Характеристики кейдж-гибрида:*

- Закругленный кончик для облегчения установки;
- Выпуклая форма для наилучшего соответствия замыкательным пластинам сочленяемых позвонков;
- Автостатические зубцы для предотвращения отклонения кейджа;
- Широкое центральное отверстие для костного материала;
- Оптимальная фиксация в переднем,

переднебоковом и боковом положении для предотвращения миграции;

- Лопасти-«ушки» с отверстиями для винтов выполняющие функцию наkostной пластины и обеспечивающие дополнительную стабильность;

- Кейдж-гибрид предназначен для сегментов позвоночника с L1 по S1.

- Большая площадь соприкосновения замыкательных пластин и костного аутоматериала, импактированного в кейдж (повышается частота и качество спондилодеза)

#### *Хирургическая техника*

Доступ к телам позвонков по переднебоковой поверхности брюшной стенки избирательно строго над оперируемыми позвонками. После послойного обнажения заднебоковой поверхности сочленяемых позвонков «Н»-образно рассекают фиброзное кольцо без нарушения целостности передней продольной связки. Фиброзное кольцо мобилизуют в разные стороны при помощи прошивания двумя лавсановыми лигатурами, тем самым ограничивая зону операционного действия, от нервно-сосудистых образований. Затем удаляют остатки межпозвонкового диска, пульпозного ядра и гиалиновых пластинок тел сочленяемых позвонков, после чего производится забор аутоотрансплантата из крыла подвздошной кости электродрелью со специальной корончатой фрезой из этого-же кожного разреза и укладывают его в специальное отверстие в кейдже. Установку кейджа с аутоотрансплантатом между сочленяемыми позвонками, производят при помощи вкручивающийся в кейдж насадки. В торцевой части кейджа имеются лопасти-«ушки» несущие функцию ограничителя предотвращающего миграцию кейджа в сторону позвоночного канала и в них же имеются отверстия для проведения спонгиозных винтов, которые ввинчиваются через ушки в сочленяемые позвонки с целью более жесткой фиксации кейджа к телам сочленяемых позвонков. «Н» - образно рассеченные концы фиброзного кольца связываются лавсановым узлом. Далее дренирование и послойное сшивание послеоперационной раны.

Из всех прооперированных 42 больных отдаленные результаты отслежены у 33 пациентов. У 28 (84,8%) больных отмечен полный регресс болевой симптоматики, у 4 (12,1%) пациента после операции отмечали умеренные боли после длительной ходьбы, а у 1 (3%) больного, боли беспокоили при перемене положения и ходьбе. В неврологическом статусе у 30 (90,9%) больных симптомы натяжения отрицательные, нарушений чувствительности в нижних конечностях не определялось. Объем движений при сгибании и разгибании в полном объеме у 29 (87,9%), умеренные боли при полном объеме движений отмечали 2 (6%) пациента и у 2 (6%) отмечалось ограничение и болезненность при сгибании и разгибании в поясничном отделе позвоночника. Рентгенологически полный костный блок сформировался у 28 больных, формирующийся костный блок мы отметили у 5 пациентов.

Пример. **Больная М. 52 лет**, поступила в отделение патологии позвоночника БНИЦ ТО с диагнозом: Грыжа диска L4-L5 позвонков с левосторонним корешковым

синдромом, нестабильность пояснично-двигательного сегмента.

Оперативное вмешательство, проводили вышеописанным способом под эпидуральной анестезией в положении больного на правом боку. Осуществили внебрюшинный левосторонний доступ к очагу поражения, с удален пораженный диск и гиалиновые пластины тел сочленяемых позвонков, после чего произвели забор ауто трансплантатов из крыла подвздошной кости и последний уложен в специальное отверстие в кейдже и установлен при помощи насадки, между сочленяемыми позвонками и фиксирован к позвонкам спонгиозными винтами через лопасти - «ушки» с отверстиями, установка дренажа и послойное восстановление послеоперационной раны, асептическая повязка.

Контрольный осмотр осуществлен через 6 месяцев, объем движений позвоночника в полном объеме, болевого и корешкового синдрома не отмечалось. Рентгенологически спондилодез состоятельный с признаками формирующегося костного блока.

Вентральный спондилодез титановым кейджем при дегенеративных заболеваниях позвоночника позволил достигнуть положительного результата у 84,8% больных с минимальной травматизацией, так как нет необходимости забора в большом количестве ауто трансплантатов из крыла

подвздошной кости, а также полностью исключается возможность возникновения лизиса установленных ауто трансплантатов, рецидивов нестабильности после спондилодеза и позволяет проводить раннюю активизацию оперированных больных.

### Литература:

1. Доценко В.В., Шевелев И.Н., Загородний Н.В. и др. Спондилолистез: передние малотравматичные операции // Хирургия позвоночника. 2004. № 1. С. 47–54.

2. Колотов Е.Б., Булгаков В.Н., Евсюков А.В. Роль врожденного стеноза межпозвонкового отверстия в хирургическом лечении грыж межпозвонковых дисков // Хирургия позвоночника. 2009. № 1. С. 36–40

3. Миронов С.П., Ветрилэ С.Т., Ветрилэ М.С. и др. Оперативное лечение спондилолистеза позвонка L5 с применением транспедикулярных фиксаторов // Хирургия позвоночника. 2004. № 1. С. 39–46

4. Продан А.И. Ортопедические аспекты хирургического лечения стеноза позвоночного канала // Ортопед., травматол. и протезир. 2005. № 1. С. 93–97.

5. Ветрилэ С.Т., Кулешов А.А. Хирургическое лечение спондилолистеза с использованием транспедикулярных систем фиксации и других металлических конструкций. // Материалы Конгресса травматологов-ортопедов России с международным



Рис 1. «а» до операции



«б» после операции



Рис 2. Хороший функциональный результат через 6 мес.

участием «Новые имплантаты и технологии в травматологии и ортопедии». – Ярославль. - 2-5 июня 1999. - С.88-89.

6. Митбрейт И.М.. Спондилолистез. — М.: Медгиз. — 1978.— 271 с.

7. Мовшович И.А.. Оперативная ортопедия. – М.: Медицина. – 1994. – 446.

8. Никольский М.А. Недостатки задних и преимущества передних оперативных доступов к телам поясничного отдела позвоночника. // В кн.: Патология позвоночника. – Новосибирск. - 1970. – С. 150-15411.

9. Boden S.D., Martin C., Rudolph R., et al. Increase of motion between lumbar vertebrae after excision of the capsule and cartilage of the facets. A cadaver study // J. Bone Joint Surg. Am. 1994. Vol. 76. P. 1847–1853.

10. Roberto Assietti, M.D., Federica Beretta, M.D., and Cesare Arienta, M.D. Two-level anterior cervical discectomy and cage-assisted fusion without plates. *Neurosurg Focus* 12 (1):Article 3, 2002.

**СОЧЕТАННАЯ МЕТАЛЛО-АУТОКОСТНАЯ ПЛАСТИКА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА**

**Сабыралиев М.К.**

Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** Дегенеративные поражения позвоночника в структуре неврологической заболеваемости достигает 52%, из них 81% локализируются в пояснично-крестцовом отделе. Исследуемую группу составили 41 пациент, оперированных в период с 2005 по 2014 годы. Среди них 21 мужчин и 20 женщин, в возрасте от 18 до 75 лет, средний возраст составил 38 лет.

**Ключевые слова:** остеохондроз, оперативное лечение, передний корпородез.

**ТЕМИР ЖАНА СӨӨК КОШУЛГАН БЕЛ ОСТЕОХОНДРОЗУНУН ОПЕРАЦИЯ ЖОЛУ МЕНЕН ДАРЫЛАНГАН ПЛАСТИКАСЫ**

**Сабыралиев М. К.**

Бишкек шаарынын травматологиялык жана ортопедиялык илим-изилдөө борбору  
Бишкек, кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Дегенерацияланып бузулган арка омурткалары неврология дарттарынын ичинен 52 % жетет, анын ичинен 81% бел омуркасына тиешелүү. 2005 жылдан 2015 жылга чейинки операция болгондордун ичинен изилдөө топко 41 бейтап киргизилген. Анын арасынан 21 эркек жана 20 аял. Жашы 18-ден 75 жаш курагындагылар, орто жашы 38 түздү.

**Негизги сөздөр:** остеохондроз, оперативдүү дарылоо, алдынкы корпородез.

**COMBINED METAL-AUTOPLASTY IN SURGICAL TREATMENT OF LUMBAR DEGENERATIVE DISC DISEASE**

**Sabyraliev M.K.**

Bishkek Research Center of Traumatology and Orthopedics  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** Degenerative diseases of the spine in the structure of the neurological disease is 52%, of which 81% are located in the lumbosacral region. The study group included 41 patients who were operated in the period from 2005 to 2014. Among them, 21 men and 20 women, aged 18 to 75 years old, the average age was 38 years.

**Key words:** low back pain, surgery, front corporodesis.

**Введение.**

Доля дегенеративных поражений позвоночника в структуре неврологической заболеваемости достигает 52%, из них 81% локализируются в пояснично-крестцовом отделе. [1,5].

В лечении поясничного остеохондроза (хронической боли в спине) на современном этапе отмечен значительный рост оперативной активности, объясняемый обычно появлением точных методов диагностики и разработкой новых оперативных технологий. Однако в результате увеличилось и число пациентов с неудовлетворительным исходом оперативного лечения в виде сохранения болевого синдрома, несмотря на отсутствие предполагаемого морфологического субстрата боли. Рецидивы боли в спине после хирургического лечения отмечаются у 5–38 % пациентов [8,18].

После задних декомпрессивных вмешательств нестабильность в оперированных позвоночно-двигательных сегментах может выявляться у трети больных [5,6,7]. По данным Mullin et al. [13], частота ятрогенной постламинэктомической нестабильности достигает 53 %, поэтому большое распространение получила дорсальная декомпрессия корешка в сочетании с транспедикулярной фиксацией и задним межтеловым спондилодезом. Вместе с тем общие осложнения даже после этих операций достигают почти 20 % [2, 10, 11, 16]. Могут наблюдаться такие нежелательные последствия, как неврологический дефицит, связанный с тракцией невралных структур во время декомпрессии и с эпидуральным фиброзом, прогрессирующие дистрофические процессы в

вышележащих позвоночно-двигательных сегментах, несостоятельность фиксирующих конструкций [2,3, 9, 12, 15, 14, 16]. С целью уменьшения указанных последствий мы разработали и применяем вентральные декомпрессивно-стабилизирующие операции: переднюю дискэктомию и межтеловой спондилодез аутокостью с дополнительной винтовой фиксацией

**Материалы и методы.**

Исследуемую группу составили 41 пациент, оперированных в период с 2005 по 2014 годы в отделении патологии позвоночника Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии ортопедии. Среди них 21 мужчин и 20 женщин, в возрасте от 18 до 75 лет, средний возраст составил 38 лет. До поступления к нам в клинику пациенты получали консервативную терапию в поликлинике по месту жительства 23 (56%), у частных врачей и костоправов 12 (29,3%) пациентов и 6 больных занимались самолечением. Показаниями к хирургическому вмешательству явились - грыжи межпозвонковых дисков с сопутствующими элементами нестабильности позвоночно-двигательного сегмента, анте- и ретролистезы. Длительность болевого синдрома до обращения к нам в клинику составлял в среднем 5,5 дней. Диагностическими критериями являлись данные МРТ, КТ пояснично-крестцового отдела позвоночника, обзорные и функциональные рентгенограммы, клинико-неврологические данные.

*Способ осуществляется следующим образом.* После предоперационной обработки операционного поля под общей или эпидуральной анестезией, производится



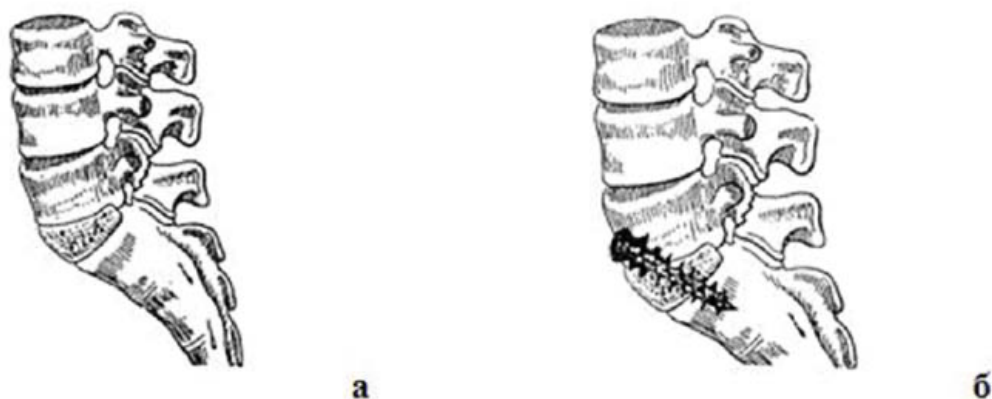


Рис 1. а- установка аутокости в межпозвонковое пространство; б- дополнительная фиксация спонгиозным винтом.



Рис 2: Больная А. 45 лет контрольный осмотр через 6 месяцев

левосторонний внебрюшинный доступ к телам позвонков строго избирательно над очагом дегенеративного поражения. Послойно не рассекая, а раздвигая между мышечными волокнами, обнажаются и скелетируются поверхности тел позвонков и межпозвонковых дисков. «Н»-образно рассекается фиброзное кольцо и края легируются и разводятся в стороны ограничивая тем самым зону оперативного действия от сосудистого пучка. Затем удаляются остатки пульпозного ядра, грыжи диска и гиалиновые пластинки. Из крыла подвздошной кости с этого разреза проводится забор аутогрансплантата из крыла подвздошной кости, который впоследствии устанавливается в межпозвонковое пространство (рис.1-а). Через вышележащий позвонок сквозь установленный аутогрансплантат дополнительно фиксируется спонгиозными винтами к телу нижележащего позвонка, это если пораженный диск L5-S1 (рис.1-б). При стабилизации вышележащих позвонков аутокость укладывают в сформированные заранее в телах позвонков пазы и затем аутогрансплантат, фиксируется спонгиозными винтами к телам позвонков. Далее устанавливают дренаж, накладывают послойные швы на рану и асептическая повязка.

Винтовая фиксация при переднем корпоротомии с аутогрансплантатом позволяет надежно фиксировать аутокость и сочленяемые позвонки и тем самым исключает послеоперационную нестабильность и миграцию

аутогрансплантата из установленного ложа.

*Пример.*

Больная А. 45 лет, поступила в отделение патологии позвоночника БНИЦ ТО с диагнозом: Спондилолистез L5 II степени. Грыжа диска L5-S1 позвонков с правосторонним корешковым синдромом.

Операцию проводили вышеописанным способом под эпидуральной анестезией в положении больного на правом боку. Осуществили внебрюшинный левосторонний доступ к очагу поражения «Н»-образно рассекают фиброзное кольцо без нарушения целостности передней продольной связки. Фиброзное кольцо мобилизовали в разные стороны, удаляли остатки межпозвонкового диска, пульпозного ядра и гиалиновых пластинок тел сочленяемых позвонков, после чего был произведен забор аутогрансплантатов из крыла подвздошной кости и укладку их между сочленяемыми позвонками. Через вышележащий L5 позвонок сквозь установленный аутогрансплантат дополнительно фиксирован спонгиозными винтами к телу нижележащего S1 позвонка, далее установлен дренаж и послойно восстановлены края послеоперационной раны, асептическая повязка.

Контрольный осмотр осуществлен через 6 месяцев, движения позвоночника в полном объеме, болевого и корешкового синдрома не отмечалось, рентгенологически определяется формирующийся костный блок, признаков миграции или нестабильности винтового фиксатора и

аутокости не определяется

**Выводы:** Сочетание при переднем корпородезе аутоотрансплантата и дополнительной фиксации спонгиозными винтами соединяющий сочленяемые позвонки, позволяет избирательно повысить эффективность спондилодеза, патогенетически воздействуя на очаг дегенеративного поражения, достигая при этом более тесного соприкосновения аутокости с позвонками, а также полностью исключается возможность возникновения послеоперационной нестабильности и миграции установленных аутоотрансплантатов.

### Литература:

1. Берснев В.П., Давыдов Е.А., Кондаков Е.Н. Хирургия позвоночника, спинного мозга и периферических нервов. Спб., 1998.
2. Радченко В.А. Алгоритмы выбора оптимального оперативного вмешательства при различных клинических вариантах поясничного остеохондроза // *Вертебрология – проблемы, поиски, решения: Тез. докл. науч.-практ. конф. М., 1998. С. 151–152.*
3. Руцкий А.В., Шанько Г.Г. Нейроортопедические и ортопедоневрологические синдромы у детей и подростков. Минск, 1998.
4. Шустин В.А., Парфенов В.Е., Топтыгин С.В. и др. Диагностика и хирургическое лечение неврологических осложнений поясничного остеохондроза. СПб. 2006.
5. Abumi K, Panjabi MM, Kramer KM, et al. Biomechanical evaluation of lumbar spinal stability after graded facetectomies. *Spine*. 1990;15:1142–1147.
6. Boden SD, Martin C, Rudolph R, et al. Increase of motion between lumbar vertebrae after excision of the capsule and cartilage of the facets. A cadaver study. *J Bone Joint Surg Am*. 1994;76:1847–1853.
7. Cornefford M, Byrod G, Brisby H, et al. A longterm (4- to 12-year) follow-up study of surgical treatment of lumbar spinal stenosis. *Eur Spine J*. 2000;9: 563–570.
8. Carragee EJ, Han MY, Suen PW, et al. Clinical outcomes after lumbar discectomy for sciatica: the effects of fragment type and anular competence. *J Bone Joint Surg Am*. 2003; 85: 102–108.
9. Davis RA. A long-term outcome analysis of 984 surgically treated herniated lumbar discs. *J Neurosurg*. 1994;80:415–421
10. Franklin GM, Haug J, Heyer NJ, et al. Outcome of lumbar fusion in Washington State worker's compensation. *Spine*. 1994;19:1897–1904.
11. Katz JN, Lipson SJ, Lew RA, et al. Lumbar laminectomy alone or with instrumented or noninstrumented arthrodesis in degenerative lumbar spinal stenosis. Patient selection, costs, and surgical outcomes. *Spine*. 1997;22:1123–1131.
12. Kleinstueck FS, Diederich CJ, Nau WH, et al. Acute biomechanical and histological effects of intradiscal electrothermal therapy on human lumbar discs. *Spine*. 2001;26:2198–2207.
13. Mullin BB, Rea GL, Irsik R, et al. The effect of postlaminectomy spinal instability on the outcome of lumbar spinal stenosis patients. *J Spinal Disord*. 1996;9:107–116.
14. Postacchini F, Cinotti G, Perugia D, et al. The surgical treatment of central lumbar stenosis. Multiple laminotomy compared with total laminectomy. *J Bone Joint Surg Br*. 1993;75:386–392
15. Pintar FA, Cusick JF, Yoganandan N, et al. The biomechanics of lumbar facetectomy under compression-flexion. *Spine*. 1992;17:804–810.
16. Vaccaro AR, Ball ST. Indications for instrumentation in degenerative lumbar spinal disorders. *Orthopedics*. 2000;23:260–271.
17. Yanase M, Sakou T, Taketomi E, et al. Transpedicular fixation of the lumbar and lumbosacral spine with screws. Application of the Diapason system. *Paraplegia*. 1995;33:216–218.
18. Saruhashi Y, Omura K, Miyamoto K, et al. A migrated lumbar disc herniation simulating a dumbbell tumor. *J Spinal Disord*. 1999; 12: 307–309.

**ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ В КЫРГЫЗСТАНЕ  
(по материалам 1-го съезда врачей общей практики и семейных врачей Кыргызстана,  
Бишкек, 29-30 октября 2015 года)**

**Бримкулов Н.Н.**

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

**Резюме.** Представлен обзор материалов 1-го съезда врачей общей практики и семейных врачей Кыргызстана, в работе которого приняли участие лидеры семейной медицины из 15 стран, в том числе представители Всемирной организации семейных врачей –WONCA: президент Michael Kidd (Австралия), будущий президент Amanda Howe (Великобритания) и президент отделения WONCA-Europa Jacobus Metsemakers (Нидерланды). На съезде были обсуждены особенности организации семейной медицины, подготовки кадров и проведение научных исследований в области семейной медицины в странах СНГ, а также будущие направления сотрудничества между WONCA и Ассоциациями семейных врачей стран СНГ. Съезд стал первым в СНГ мероприятием, на котором актуальные проблемы семейной медицины были обсуждены с участием мировых лидеров и ведущих экспертов стран Центральной Азии и СНГ и намечены направления будущего сотрудничества.

**Ключевые слова:** 1-й съезд врачей общей практики и семейных врачей Кыргызстана, WONCA, семейная медицина в странах СНГ.

**КЫРГЫЗСТАНДАГЫ ҮЙ-БҮЛӨЛҮК МЕДИЦИНАНЫН КЕЧЭЭКИСИ,  
БҮГҮНКҮСҮ ЖАНА КЕЛЕЧЕГИ**

**(Кыргызстандагы жалпы практикадагы дарыгерлердин жана үй-бүлөлүк дарыгерлердин  
1-съездинин материалдары боюнча, Бишкек, 29-30 октябрь 2015-жыл)**

**Бримкулов Н.Н.**

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академия, Бишкек, Кыргызстан

**Корутунду.** Кыргызстандагы жалпы практикадагы дарыгерлердин жана үй-бүлөлүк дарыгерлердин 1-съездинин материалдарына обзор берилди. Съезде 15 өлкөнүн үй-бүлөлүк медицинасынын лидерлери катышышты, анын ичинде биринчи жолу – Бүткүл дүйнөлүк үй-бүлөлүк дарыгерлердин уюмунун – WONCA, өкүлдөрү: президент Michael Kidd (Австралия), келечектеги президенти Amanda Howe (Улуу Британия) жана WONCA-Europa бөлүмүнүн президенти Jacobus Metsemakers (Нидерланд). Съезде үй-бүлөлүк медицинаны уюштуруунун өзгөчөлүктөрү, кадрларды даярдоо жана КМШ өлкөлөрүндөгү үй-бүлөлүк медицина тармагында илимий изилдөөлөрдү жүргүзүү, ошондой эле келечекте WONCA менен КМШ өлкөлөрүнүн үй-бүлөлүк дарыгерлеринин ассоциациясынын ортосундагы кызматташууну чыңдоо сыяктуу маселелер талкууга алынды. Съезд КМШдагы биринчи өтүп жаткандыгын белгилеп коюш керек, анда үй-бүлөлүк медицинанын актуалдуу маселелери дүйнөлүк лидерлер жана Борбор Азиянын алдыңкы эксперттеринин катышуусунда талкууланды, келечектеги кызматташуулардын багыттары белгиленди.

**Негизги сөздөр:** Кыргызстандагы жалпы практикадагы дарыгерлердин жана үй-бүлөлүк дарыгерлердин 1-съезди, WONCA, КМШ өлкөлөрүндөгү үй-бүлөлүк медицина.

**THE PAST, PRESENT AND FUTURE OF FAMILY MEDICINE IN KYRGYZSTAN  
(on the materials of the 1st Congress of general practitioners and family doctors of Kyrgyzstan,  
Bishkek, 29-30 October, 2015)  
Brimkulov N.N.**

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

**Resume.** This paper presents review of the materials of the 1st Congress of general practitioners and family doctors of Kyrgyzstan that involved leaders of family medicine from 15 countries, including – for the first time in the history of family medicine of our country – representatives of the World organization of family doctors – WONCA: President Michael Kidd (Australia), President Elect Amanda Howe (Great Britain) and President of WONCA Europe Jacobus Metsemakers (Netherlands). The Congress raised discussion of the peculiarities of organization of family medicine, training of medical professionals and scientific research in the field of family medicine in the CIS countries and also future cooperation between WONCA and Associations of family doctors of CIS countries. The Congress became the first event held in the CIS ever that discussed challenges and opportunities of family medicine with involvement of the world leaders and leading experts of the Central Asia and CIS experts while shaping possible directions for future cooperation.

**Key words:** 1st Congress of general practitioners and family doctors of Kyrgyzstan, WONCA, family medicine in CIS countries.

В г.Бишкеке 29-30 октября 2015 года состоялся 1-й съезд семейных врачей и врачей общей практики Кыргызстана, в работе которого приняли участие более 800 участников – семейных врачей из всех регионов Кыргызстана, видных организаторов здравоохранения и ученых. В числе их были зарубежные специалисты и эксперты в области семейной медицины из стран Центральной Азии (Казахстана, Узбекистана, Таджикистана) и СНГ (Белоруссии, Латвии, Литвы, России, Украины), а также дальнего зарубежья (Монголии, США, Швейцарии, Финляндии). Особое значение съезду придало участие в его работе делегации Всемирной организации семейных врачей – WONCA: президента Michael Kidd (Австралия), будущего президента Amanda Howe (Великобритания) и президента WONCA-Europa Jacobus

Metsemakers (Нидерланды). В рамках съезда прошли симпозиумы по оказанию паллиативной помощи врачом общей практики, по особенностям организации общей врачебной практики в условиях высокогорья, программе профилактики и прекращения курения на уровне ПМСП, мастер-классы швейцарских ученых, лекции и школы, которые провели в том числе докладчики – члены Ассоциации семейных врачей Америки. Восторженные отзывы врачей получил представленный Ассоциацией семейных врачей Казахстана (АСВК) и кафедрой семейной медицины Казахского НМУ имени Асфендиярова (президент АСВК и зав. каф. - проф. Нугманова Д.С.) учебный модуль на тему «Ведение больного со стабильной стенокардией. Рекомендации Европейского общества кардиологов ESC 2013-2015».





Был заслушан и обсужден широкий круг вопросов, среди которых можно выделить три главных направления: организация семейной медицины, подготовка семейного врача, научные исследования по данному направлению.

В докладе министра здравоохранения Кыргызской Республики Батыралиева Т.А. с соавторами было отмечено, что за период суверенитета республики реализованы направленные на сохранение и укрепление здоровья населения национальные программы (НП) «Манас» (1996-2006гг.), «Манас таалими» (2006-2010 гг.) и выполняется НП «Ден соолук» на 2012-2016 годы, в рамках которых в Кыргызстане был внедрен институт семейной медицины, подготовлены первоначальные кадровые ресурсы, создана инфраструктура. Благодаря помощи донорских организаций более 3000 специалистов были переобучены в семейных врачей, созданы группы семейных врачей (ГСВ), затем центры семейной медицины (ЦСМ), и на сегодня в стране функционируют 709 ГСВ, 65 ЦСМ, 28 Центров общеврачебной практики (ЦОВП) и 1020 ФАПов, в которых трудятся 4917 врачей, в том числе - семейных - 1432 и 6191 специалистов среднего звена. В 1997 году была создана Ассоциация групп семейных врачей и семейных медсестер (АГСВиСМ), имеющая 7 отделений во всех регионах Кыргызстана. В последние 5 лет больше внимания стало уделяться подготовке современных кадров семейной медицины. Разработан государственный образовательный стандарт (ГОС) по специальности «Врач общей практики», который с 2012 года внедряется в Кыргызской государственной медицинской академии.

Вместе с тем, наряду с успехами, необходимо констатировать сохранение и усугубление в Кыргызстане проблем, требующих принятия незамедлительных политических решений. В целом, недостаточное внимание к первичному звену здравоохранения привело к отставанию в темпах обновления инфраструктуры и оснащения организаций здравоохранения (ОЗ) ПМСП, существенной диспропорции в финансовом, кадровом, материально-техническом обеспечении ОЗ ПМСП регионов и смещению акцента с профилактической и амбулаторной помощи на стационарную. Недооценка решающей роли семейных врачей в

укреплении ПМСП привела к углубляющемуся дефициту кадров семейных врачей, особенно в сельских регионах, усугубляемому низкой заработной платой, отсутствием социальной поддержки и льгот семейных врачей. Подготовка медицинских кадров в соответствии с разработанным ГОС по специальности «Врач общей практики» в ведущем ВУЗе – КГМА имени И.К.Ахунбаева требует расширения материально-технической базы, организации собственной университетской клиники. Возникшие проблемы в области общей врачебной практики и семейной медицины не подверглись научному анализу и оценке, так как в номенклатуре научных направлений отсутствует научная специальность «Семейная медицина/общая врачебная практика». Все указанное приводит к неудовлетворенности населения качеством медицинской помощи, ограничению принципов социального равенства с одной стороны и не желанию молодых медиков быть семейным врачом и работать на уровне первичного звена с другой.

Для решения указанных проблем, Министерством здравоохранения разрабатывается Стратегия совершенствования модели ПМСП на 2015-2025 гг., которая включает подготовительную фазу (2015-2018 гг.), фазу расширения масштаба модели (2018-2021 гг.) и этап функционирования полной модели (2021-2025 гг.). Стратегия направлена на организацию сильной и престижной ПМСП, активно вовлеченной в профилактику, укрепление здоровья и проактивное лечение наиболее распространенных заболеваний; имеющей широкие возможности для пациента, включая лабораторную и инструментальную диагностику, потребность в консультации узких специалистов; хорошо скоординированной с другими уровнями и элементами системы здравоохранения, в том числе и за счет информационных технологий. В результате реализации Стратегии будет создана ПМСП, обеспечивающая эффективные, качественные, пациент-ориентированные услуги и улучшение здоровья населения страны в целом. Особое значение придается повышению роли врача общей практики/семейного врача как в системе ПМСП, так и в рамках всего здравоохранения, обеспечивая это улучшением его условий труда и оснащения, существенным повышением заработной платы, реализацией социальных льгот и другими стимулами.

Организационные вопросы были рассмотрены также и на рабочем совещании «Семейная медицина в Кыргызстане», в работе которого принял участие проф. Michael Kidd. Исполнительный директор Ассоциации групп семейных врачей и семейных медсестер (АГСВиСМ КР) Мукеева С.Т. доложила о деятельности Правления АГСВиСМ за 2010-2015 годы. О состоянии семейной медицины в Ошской области сообщили Сулайманов Ш.А. и Кожобекова Ш.М. (Ош), в Алайском районе – Алимкулов А. и Суранова А. (с.Гульча), в Иссык-Кульском районе – Байгелдиева К.Б. (с.Тамчи). Отмечено, что после периода активного внедрения института семейной медицины (1995-2005 гг.), начался откат назад. Руководитель Группы семейных врачей с.Васильевка (Аламундунский район) Дуйшеналиев Б.Д. в концентрированной форме выразил мнение всех докладчиков: «ПМСП сегодня - самое слабое звено нашего здравоохранения, требующее радикального пересмотра отношения как со стороны Минздрава, так и всего общества. Если ничего не изменится, через 5 лет будут повально закрываться ФАПы, ГСВ и оголяться сельское здравоохранение, потому что 70% семейных врачей пенсионного и 20% - предпенсионного возраста, потому что у них низкая зарплата, потому что никак не увеличиваются расходы бюджета здравоохранения на развитие ПМСП, потому что молодые специалисты не едут в село, потому что здесь никто их не ждет и не предоставляет им никаких условий и еще много разных «потому что», которые просто убивают последнюю веру у людей...». Участники предложили ряд конкретных мер и рекомендаций, которые были включены в резолюцию съезда.

Новые возможности развития семейной медицины в



странах Центральной Азии и СНГ в сотрудничестве с WONCA обусловили большой интерес делегатов съезда к докладу президента WONCA, проф. Michael Kidd (Австралия). Всемирная организация семейных врачей WONCA (аббревиатура WONCA состоит из 5 заглавных букв следующих слов: World Organization of National Colleges, Academies, Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) сегодня объединяет более 600 тысяч семейных врачей из 150 стран мира, являясь проводником наивысших стандартов медицинского обслуживания, образования и научных исследований в области семейной медицины. Докладчик осветил основные направления многогранной деятельности WONCA, подчеркнув особое внимание подготовке будущих семейных врачей. В частности, разработаны глобальные стандарты последипломного образования по семейной медицине, функционируют молодежные программы, издаются десятки журналов и др. (подробнее см. <http://www.globalfamilydoctor.com/>). Вместе с тем, докладчик отметил, что участие в работе съезда лидеров семейной медицины из стран Центральной Азии (Казахстана, Кыргызстана, Узбекистана и Таджикистана), а также СНГ (Белоруссии, Литвы, России, Украины) дает уникальную возможность обмена мнениями и объединения усилий, развития всестороннего международного сотрудничества, обмена студентами, молодыми врачами, и, в целом, внедрения международных стандартов семейной медицины в постсоветских странах.

В докладе «Семейная медицина – отправляясь в путь...» будущий президент WONCA, проф. Amanda Hove (Великобритания) представила современные представления об «общей врачебной практике/семейной медицине», как ведущей специальности, от которой зависит эффективность не только первичного звена, но и всей системы здравоохранения. Однако, для сильной и эффективной семейной медицины необходимо понимание на уровне правительства, выделение соответствующего финансирования, создание современной инфраструктуры (здания, техническое оснащение, лаборатории, основные медикаменты) и всемерная поддержка врача общей практики/семейного врача, которая должна включать не только достойную зарплату и социальные гарантии, но и понимание министерств здравоохранения, врачей других, особенно узких, специальностей, поддержку гражданского общества и СМИ. Отсутствие внимания со стороны правительства, несоответствующие механизмы финансирования, слабая инфраструктура, сопротивление других секторов и специалистов, общественное недопонимание и негативное отношение СМИ и другие факторы могут дискредитировать семейную медицину, приводя к ее неэффективности. Вместе с тем, сильная семейная медицина может быть обеспечена только достаточным количеством мотивированных специалистов, прошедших необходимую последипломную подготовку в соответствии со стандартами WONCA. При этом, учебная программа и методы оценки должны соответствовать дефиниции семейной медицины по WONCA; обучение должно проводиться в условиях первичного звена и при участии семейных врачей; в медицинских ВУЗах должны быть кафедры семейной медицины. Немаловажное значение приобретают и профессиональные организации (ассоциации) семейных врачей.

Большой интерес участников вызвал симпозиум «Как мотивировать студентов стать семейными врачами?», на котором прозвучали доклады Заугольниковой Т.В. (Москва, Россия) о подготовке врачей общей практики (семейных врачей) в условиях реформирования российского образования; Зурдинова А.З. и соавт. (Бишкек, Кыргызстан) о разработке и внедрении государственного стандарта нового поколения по подготовке врача общей практики в Кыргызстане; Дадабаева Р.К. (Ташкент, Узбекистан) осветила 10 летний опыт подготовки врачей общей практики в Узбекистане, а Хисомова Х.К., Мирзоева З.А. (Душанбе, Таджикистан) доложили о совершенствовании

системы последипломного образования специалистов семейной медицины в Республике Таджикистан. О подготовке семейных врачей в Швейцарии рассказал Louis Louton (Женева, Швейцария). Резюмируя, следует отметить, что все докладчики осветили огромный объем работы начиная с середины 90-х годов XX века по разработке и внедрению новых учебных программ по подготовке и переподготовке семейных врачей, с упором на развитие компетенций, увеличением времени практической подготовки, внедрением новых технологий обучения и контроля и т.д. В целом, можно констатировать, что в настоящее время подготовке семейных врачей в странах Центральной Азии и России уделяется все больше внимания, в то же время, в каждой стране имеются свои особенности и отличия, достижения и проблемы, и, поэтому были бы полезны регулярные встречи и обсуждения для обмена опытом, для дальнейшего совершенствования подготовки кадров семейной медицины.

Вопросы сотрудничества были подняты и на совместном заседании лидеров Всемирной организации семейных врачей - WONCA и Ассоциаций семейной медицины стран СНГ. В презентации президента WONCA M.Kidd вновь была подчеркнута ведущая роль и неисчерпаемый потенциал семейной медицины в улучшении систем здравоохранения. Президент отделения WONCA-Euroпа проф. Jacobus Metsemakers (Нидерланды) осветил возможности развития семейной медицины на основе международного сотрудничества. Он подробно остановился на партнерском сотрудничестве WONCA и WONCA-Euroпа (<http://www.woncaeurope.org>), которое включает много направлений по интересам. В частности, важное значение придается деятельности Европейской сети научно-исследовательских инициатив по общеврачебной практике (European General Practice Research Network – EGPRN), направленной на стимулирование научных исследований в общеврачебной практике и первичном здравоохранении; инициацию и координацию мультинациональных исследовательских проектов; обмен опытом научных исследований и др. (<http://www.egprn.org/>). Особое внимание уделяется привлечению молодых врачей в рамках движения Васко де Гамма, включающему программу Гипократа для резидентов, программу обмена по семейной медицине 3600, форумы Васко де Гамма, преконференции для обучающихся и молодых врачей (<http://vdgm.woncaeurope.org>).

Как сообщили акад. Денисов И.Н. и Заугольников Т.В. (Москва, Россия) с 1992 года в Российской Федерации был начат поэтапный переход к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача), разработаны нормативные документы и создана инфраструктура. Здесь следует заметить, что опыт России был в последующем использован во многих странах СНГ. Сегодня ПМСП по принципу ВОП развивается в регионах России неравномерно и зависит от политической воли и решений на местах. Продолжают разрабатываться различные новые организационно-финансовые модели ОВП, так в Москве в 2013 году запущен проект «Доктор рядом». Кузнецова О.В. (Санкт-Петербург, Россия) дополнила исторический аспект развития и организации общей врачебной практики в России, начиная с земской медицины 60-70 годов XIX века через поликлиническую систему по участковому принципу в 20-30 годы XX века до реформирования ПМСП по типу общей врачебной практики с 90 годов XX века по настоящее время. С интересом были заслушаны презентации о развитии семейной медицины в Казахстане (Нугманова Д.С., Алматы), Украине (Шекера О.Г., Киев), Белоруссии (Богущ Л.С., Минск), Литве (А.Юргутис, Клайпеда). Как отметили докладчики, в странах СНГ, начиная с 90-х годов прошлого века, начались активные процессы реформирования систем здравоохранения с внедрением институтов общей врачебной практики и семейной медицины. При этом модели семейной медицины в каждой из стран имели свои особенности, учитывающие политические и социально-экономические условия, имеющуюся инфраструктуру

и кадровые ресурсы.

Тема Круглого стола «Научные исследования в семейной медицине» стала еще одной проблемой, вызвавшей бурные дискуссии. Как известно, в соответствии с определением, принятым Всемирной организацией семейных врачей (WONCA, 2002, 2005, 2011гг) – «Общая врачебная практика / семейная медицина - это академическая и научная дисциплина, имеющая собственный предмет изучения, преподавания, исследований в рамках доказательной медицины, клинической деятельности; кроме того, это клиническая специальность, ориентированная на оказание первичной медицинской помощи». Подтверждением этому стало сообщение L.Louton (Женева, Швейцария) об успешном участии семейных врачей в научных исследованиях и значении этого в поддержании высокого имиджа специальности. Аналогичные данные представлены Кузнецовой О.Ю. (Санкт-Петербург) по России. Тем не менее, удивительным является отсутствие научной специальности «Общая врачебная практика/ Семейная медицина» в перечне ВАК России и других стран СНГ. Как сообщил проф. Шекера О.Г. (Киев), только в Украине научная специальность «Семейная медицина» официально признана, по ней идет успешная подготовка высококвалифицированных кадров, функционируют спецсоветы по защите диссертаций. При обсуждении участники круглого стола отметили, что многие проблемы развития института семейной медицины в странах СНГ в значительной степени обусловлены отсутствием в наших странах научной специальности «Семейная медицина/Общая врачебная практика». Отсутствие научной специальности «Общая врачебная практика / семейная медицина» не позволяет изучать многие нерешенные вопросы в этой области, препятствует

притоку молодых специалистов из-за отсутствия перспективы профессионального и научного роста, в целом снижает имидж и клинической специальности в наших странах.

В рамках съезда прошли и другие мероприятия: выставка лекарственных средств, посещение зарубежными гостями Центров семейной медицины, пресс-конференции для СМИ и др. Восторженные отзывы врачей и преподавателей медицинских ВУЗов получил представленный Ассоциацией семейных врачей Казахстана (АСВК) и кафедрой семейной медицины Казахского НМУ имени Асфендиярова (президент АСВК и зав. каф. - проф. Нугманова Д.С.) учебный модуль на тему «Ведение больного со стабильной стенокардией. Рекомендации Европейского общества кардиологов ESC 2013-2015».

Как отметили делегаты, а также зарубежные участники, 1-й съезд врачей общей практики и семейных врачей Кыргызстана стал знаковым событием благодаря участию в нем международных лидеров семейной медицины, представляющих WONCA, страны ближнего и дальнего зарубежья. Знакомство с опытом стран СНГ, где развитие семейной медицины имеет недавнюю историю, и стран дальнего зарубежья с уже богатыми традициями представило взаимный интерес и вызвало бурные обсуждения. Выступающие констатировали, что дальнейшее развитие института семейной медицины, развитие и интеграция научных исследований, успешная подготовка квалифицированных кадров по специальности «Семейная медицина/Общая врачебная практика», требуют объединения усилий и эффективного международного сотрудничества. Нет сомнений, что проведение съезда даст выраженное ускорение процессу развития семейной медицины в нашей стране.

На заключительном пленарном заседании была принята резолюция съезда, в постановляющей части которой были сформулированы следующие решения:

1. Одобрить и принять для использования в Кыргызстане Дефиницию врача общей практики/семейного врача, разработанную WONCA (2002, 2005, 2011). Всемерно поддерживать сотрудничество АГСВиСМ Кыргызской Республики с WONCA и Ассоциациями ВОП/СВ стран СНГ.
2. Рекомендовать Министерству здравоохранения Кыргызской Республики:
  - 2.1. Создать Управление, ответственное за развитие первичной медико-санитарной помощи, в том числе за приоритетное развитие семейной медицины/общей врачебной практики в стране.
  - 2.2. Возложить ответственность за развитие ПМСП и семейной медицины/общей врачебной практики в регионах на координаторов здравоохранения областей.
  - 2.3. Ходатайствовать перед Правительством о существенном повышении зарплаты в 2016 году семейным врачам и врачам общей практики, а также организации для них жилищной ипотеки, обеспечении социальных льгот и гарантий (на первом этапе – в сельской местности, в последующем – по всей стране).
  - 2.4. Совместно с Министерством образования и науки принять меры к подготовке квалифицированных кадров по специальности «Врач общей практики/семейный врач» во всех медицинских образовательных учреждениях страны.
  - 2.5. Совместно с ВАК Кыргызской Республики рассмотреть вопрос о введении научной специальности «Семейная медицина/Общая врачебная практика».
3. Рекомендовать Ассоциации групп семейных врачей и семейных медсестер:
  - 3.1. Разработать проект Национальной программы развития семейной медицины/общей врачебной практики на 2016-2020г под девизом «Горжусь быть семейным врачом!».
  - 3.2. Активизировать деятельность региональных отделений АГСВиСМ, привлечь коллективных членов.
  - 3.3. Ежегодно проводить мероприятия, посвященные Всемирному дню семейного врача (19 мая).
  - 3.4. Рассмотреть вопрос о вступлении во Всемирную организацию семейных врачей (WONCA) и всемерном укреплении сотрудничества с ней.
4. Провести следующий 2-й съезд семейных врачей и врачей общей практики Кыргызстана в г.Ош в 2017 году.

Литература:

1. Материалы 1-го съезда врачей общей практики и семейных врачей Кыргызстана. (29-30 октября 2015 года, г.Бишкек)// Вестник КГМА имени И.К.Ахунбаева 2015, №3 (2), 120с.
2. Kidd M. From the President: Family Medicine reforms in Central Asia. WONCANews 2015, vol.41, No.10, p.2-5. Доступно на сайте: <http://www.globalfamilydoctor.com/News/FromthePresidentFamilyMedicinereformsinCentralAsia.aspx>

Примечание: все презентации, представленные на съезде, а также программа, материалы (тезисы) и обсужденные документы размещены на сайте Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К.Ахунбаева [www.kgma.kg](http://www.kgma.kg)

## **ВНИМАНИЕ:**

### **Национальный Офис программы Эразмус+ в Кыргызстане объявляет о запуске новой программы ЕС в области высшего образования – Эразмус Плюс.**

Эразмус+ является Программой Европейского Союза (ЕС) в области образования, подготовки кадров, молодежи и спорта на период 2014-2020гг. Эта программа опирается на достижения более чем 25-летнего опыта европейских программ в области образования, профессиональной подготовки и молодежи, охватывающих данные направления как внутри Европы, так и в сфере международного сотрудничества. Новый конкурс был объявлен в октябре 2015 года.

Программа включает следующие компоненты, в которых могут принять участие сотрудники КГМА, представители Кыргызстан как страны-партнера:

**КД-1 Международная мобильность:** Проект по мобильности для студентов и преподавателей высших учебных заведений, включающий один или более из следующих видов деятельности: период обучения за рубежом в партнерском высшем учебном заведении (вузе) и стажировка в зарубежном предприятии или любой другой соответствующей организации.

**КД-2 Международная мобильность:** Повышение потенциала в высшем образовании. В рамках действия возможно финансирование совместных проектов, основанных на многостороннем партнерстве и направленных на разработку и модернизацию учебных планов и программ, современных методов обучения, обновление учебно-материальной базы, совершенствование управления и руководства университетами, укрепление связи между вузами и производством. В Действии также предусматривается финансирование проектов, ориентированных на усиление воздействия на систему высшего образования на национальном уровне через вовлечение, наряду с вузами, национальных органов управления.

**Программа совместных магистерских дипломов Erasmus Mundus** – образовательные программы продолжительностью от одного до двух лет, осуществляемые международными консорциумами вузов. В рамках программы наиболее успешным соискателям из числа студентов выдаются стипендии. Студенты должны проходить обучение в вузах минимум из двух разных стран. Также имеются гранты для приглашенных ученых и лекторов.

**Программа Жан Моне** направлена на исследования, связанные с Европейским Союзом. Общей целью программы является продвижение преподавания и исследования европейского интеграционного процесса в рамках различных дисциплин. Конкретные цели: стимулирование преподавания и исследований, связанных с Европейским Союзом (ЕС), обучение студентов и молодых специалистов по дисциплинам, связанным с ЕС, усиление диалога между академической средой и политиками.

Более подробную информацию вы можете найти на веб-сайтах: [www.erasmusplus.kg](http://www.erasmusplus.kg) и [http://eacea.ec.europa.eu/erasmus-plus\\_en](http://eacea.ec.europa.eu/erasmus-plus_en).

#### **КРАЙНИЙ СРОК ПОДАЧИ ЗАЯВОК**

##### **Действие 1**

Мобильность в области образования и обучения - **2 февраля 2016**

Эразмус Мундус совместные магистерские степени - **18 февраля 2016**

##### **Действие 2**

Стратегическое партнерство в области образования, профессиональной подготовки и молодежи — **26 апреля 2016**

Повышение потенциала в области высшего образования - **10 февраля 2016**

Действие Жан Моне - **25 февраля 2016**

С предложениями и вопросами обращайтесь в Отдел международных связей КГМА им. И.К. Ахунбаева по адресу: ул. Ахунбаева, 92, главный корпус, каб.77 и 75. Тел.: 00 996 312 56-59-75, 00 996 312 54-58-59. Электронная почта: [akhunbaevksma@yandex.com](mailto:akhunbaevksma@yandex.com)

## Правила оформления статей при направлении в редакцию журнала «Вестник КГМА имени И.К.Ахунбаева»

Журнал является рецензируемым изданием.

Журнал публикует оригинальные исследования, обзорные и общетеоретические статьи по актуальным проблемам медицины и биологии.

При направлении статьи в журнал редакционная коллегия просит авторов соблюдать следующие правила:

1. В связи с тем, что статьи и сведения в статьях, публикуемых в научно-практическом журнале «Вестник КГМА им. И.К.Ахунбаева», будут помещаться в ведущих российских библиографических и реферативных изданиях, в электронных информационных системах, включая распространение произведений посредством размещения их электронных копий в базе данных Научная Электронная Библиотека (НЭБ), представленной в виде научного информационного ресурса сети Интернет [www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru), авторы статей предоставляют на безвозмездной основе редакции журнала права на использование электронных версий произведений и должны соблюдать международные правила построения публикаций и резюме к ним.

2. Редакция принимает на рассмотрение рукописи в напечатанном виде (2 экземпляра) в сопровождении электронных носителей. Рукопись должна иметь визу заведующего кафедрой или руководителя подразделения (на первой странице, в верхнем левом углу) и направление от учреждения (с печатью), где работают авторы. Рукопись должна быть подписана всеми авторами в конце текста (ФИО автора - подпись). Следует указать полностью фамилию, имя, отчество, ученую степень, ученое звание, должность, рабочий адрес с почтовым индексом, служебный телефон, адрес электронной почты каждого автора.

3. Статья печатается на компьютере через 1,5 интервала, шрифтом Times New Roman, кеглем 14 на листе формата А4. Поля: верхнее и нижнее - 2,5 см, левое - 3,5 см, правое - 1,5 см. К статье прилагается иллюстративный материал в виде фотографий, рисунков, рентгенограмм, графиков, таблиц в минимально необходимом количестве. Рисунки (графики, диаграммы), представленные в электронном виде, должны быть в файлах с расширением TIFF, BMP, JPEG, PPT. Представляемая в редакцию распечатка статьи, включая иллюстративный материал, должна быть полностью идентичной электронному варианту. Все страницы должны быть пронумерованы.

4. Объем статей: не более 15 страниц - для оригинальной, 20 - для обзора литературы, 8 - для клинического наблюдения.

5. В начале первой страницы статьи пишутся: 1) название статьи, 2) инициалы и фамилии авторов, 3) полное наименование кафедры или лаборатории (в скобках указать ученое звание, инициалы и фамилию руководителя) и учреждения. Если авторы статьи из разных учреждений, то следует указать (надстрочными цифрами), в каком учреждении работает каждый из авторов. Структура оригинальной статьи: введение, пациенты (материалы) и методы, результаты исследования и их обсуждение, выводы (заключение), литература. Отдельно прилагаются резюме с ключевыми словами (см. п. 7).

6. В тексте сокращения и аббревиатуры должны быть расшифрованы при первом упоминании. Не допускается использование сокращений в названии работы, а также употребление необщепринятых сокращений. Номера библиографических ссылок даются в тексте в квадратных скобках в соответствии с приставленным списком литературы. Единицы измерения даются в системе СИ. При статистической обработке данных необходимо указывать использованные методы и приводить наименование показателей. Повторение одних и тех же данных в тексте, таблицах и рисунках не допускается.

7. К статье прилагается список литературы (не более 25 источников в оригинальной статье, 60 источников - в обзоре литературы) в порядке цитирования автором (не по алфавиту!), напечатанный на отдельном листе через 1,5 интервала. Для книг, диссертаций, сборников, материалов съездов и конференций указываются фамилии и инициалы авторов, название работы (если указываются конкретные страницы), полное название книги, место, издательство и год издания, количество страниц в книге или конкретные страницы. Примеры: Бураковский В.И., Лишук В.А., Ксрицман В.П. и др. Пятнадцатилетний опыт разработки и использования мониторно-компьютерной технологии интенсивного лечения. - В кн.: Информатика в здравоохранении. - М.: Медицина, 1990. - С. 3-6. Сидорова И.С., Макаров И.О. Эклампсия и современные аспекты ее лечения. - В кн.: Материалы 6-го Российского форума «Мать и дитя»: тезисы докладов. - М., 2004. - С. 121. Для журнальных статей - фамилии и инициалы авторов (если авторов пять и более, то указывают первых трех авторов и ставят «и др.» или «et al.» соответственно для русского или английского языка), полное название статьи, сокращенное название журнала (использовать сокращения, принятые в Index), год, том, номер выпуска, номера страниц (первая и последняя). Например: Насонов Е.Л., Самсонов Ю.М., Беленков Ю.Н. и др. Иммунопатология застойной сердечной недостаточности: роль цитокинов// Кардиология. -1999. - №3. - С.66-73.

8. К статье должны быть приложены резюме (объемом до 0,5 страницы) на русском, кыргызском и английском языках с кратким указанием цели исследования, использованных материалов и методов, основных полученных результатов и выводов, а также список ключевых слов на трех языках (не более 7). Над текстом резюме указываются название статьи, инициалы и фамилии авторов, учреждение, откуда направлена статья.

9. Статья должна быть тщательно проверена автором. Все названия, химические формулы, дозировки, цифровые данные в таблицах и на рисунках, размерности лабораторных и клинических показателей должны быть выверены.

10. Если статья перерабатывалась автором в процессе подготовки ее к изданию, датой поступления считается день поступления окончательного текста. Не допускается направление статей, ранее опубликованных или направленных в другие журналы или сборники. Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, не рассматриваются редколлегией и не возвращаются.

11. В связи с тем, что журнал издается на средства авторов и подписчиков стоимость публикации одной страницы формата А4 составляет 200 (двести) сом.

12. Правила оформления статей могут совершенствоваться в соответствии с требованиями ВАК КР - следите за изменениями на сайте: [www.kgma.kg](http://www.kgma.kg), а также в последнем за год вышедшем номере журнала.

Статьи в печатном виде в 2-х экземплярах и на электронных носителях направлять по адресу: 720020, ул. Ахунбаева, 92, отдел научно-инновационной и клинической работы, каб.45 и по e-mail: [nauka555@mail.ru](mailto:nauka555@mail.ru)

По вопросу размещения рекламы в журнале и возникающим вопросам обращаться в редколлегию журнала: Бримкулов Нурлан Нургазиевич (зам. главного редактора), e-mail: [brimkulov@list.ru](mailto:brimkulov@list.ru), Исакова Жылдыз Казыбаевна (ответственный секретарь редколлегии), e-mail: [nauka555@mail.ru](mailto:nauka555@mail.ru), Осмоналиева Динара Болотбековна (компьютерное сопровождение) [otdelnauki2015@mail.ru](mailto:otdelnauki2015@mail.ru)

Телефон редакции: 996-312-549460, 996-312-544610