

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

Главный редактор

Зурдинов А.З.

Зам. главного редактора

Бримкулов Н.Н.

Ответственный секретарь

Исакова Ж.К.

Редакционная коллегия

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

Редакционный совет

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

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

Шаршенов А.К.

Учредитель

© Кыргызская государственная медицинская академия

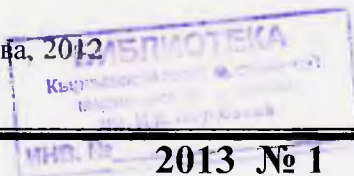
Адрес редакции журнала:
г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92
КГМА.
Телефон: (312) 54 94 60
e-mail: vestnik_kgma@mail.ru

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

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

Журнал включен в список изданий, рекомендованных Президиумом ВАК КР для публикации материалов докторских и кандидатских диссертации в области медицины.

Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2012



СОДЕРЖАНИЕ	2
РЕДАКЦИОННАЯ КОЛОНКА	
Н.Н. Бримкулов	4
ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ	
Валентина Абдылдаевна Исабаева	6
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНЫ	
Бримкулов Н.Н. Публикационная активность ученых-медиков Кыргызстана по данным Российского индекса научного цитирования (РИНЦ)	9
ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	
Ырысов К. Б., Каримов С.К. Прогностические критерии при гипертензивных внутримозговых кровоизлияниях	16
Джолбунова З.К. Особенности течения орви негриппозной этиологии у детей с неотложными синдромами	19
Искаков М.Б. Удовлетворенность пациентов организаций здравоохранения третичного уровня качеством медицинской помощи	23
Искаков М.Б. Оценка качества платных медицинских услуг со стороны пациентов организаций здравоохранения третичного уровня	27
Сайдылдаева А.Б. Определение эмоционально-личностных особенностей студентов 1-3 курсов	31
Шарипова И. М., Арзыкулова Г. С., Тургумбеков А. З. Применение транексамовой кислоты с целью остановки рецидивирующих носовых кровотечений	34
Ырысов К. Б., Турганбаев Б.Ж., Козубаев У.У. Влияние возрастного фактора на исход острых субдуральных гематом	37
Муркамилов И.Т., Иманов Б.Ж., Калиев Р. Сердечно – сосудистый континуум при хроническом гломерулонефрите у мужчин	41

СОДЕРЖАНИЕ

Береговой А., Джангазиева А.А. Современные клинико-эпидемиологические особенности клещевого энцефалита (по материалам РКИБ)	48
Умаралиева Ж.С., Исмаилова А.К., Шаршенов А.К. Влияние различных методов лечения на систему иммуноглобулинов у женщин с цервикозпитиальной неоплазией	53
Шаршембиев Ж.А., Сапакунова К.Ш. Лимфоидные образования в слизистой оболочке подголосовой области гортани у людей зрелого возраста	56
Ырысов К.Б., Мамашарипов К.М., Дыйканалиев У.К. Хирургическое лечение абсцессов головного мозга	61
Шамшиев А.А., Рисалиев Д.Д. Установление приоритетов службы здравоохранения методом индикатора «груза болезней»	64
Доскожаева С.Т. Воспалительный синдром восстановления иммунной системы (ВСВИС)	67
Рыскельдиева В.Т. Диагностическая ценность микроскопического метода исследования при прогнозировании послеродового эндометрита у женщин	71
Рыскельдиева В.Т. Причины и патогномичные клинические признаки несостоятельности шва на матке после кесарева сечения	74
Эргешов С.М., Сушко Н.Ю., Эргешова А.С. Закрытие диастемы зубов методом эстетической реставрации	77
Турганбаев Б.Ж. Оптимизация диагностики и лечения ушибов головного мозга тяжелой степени	83
СТУДЕНЧЕСКИЕ РАБОТЫ	
Калиев К.Р., Юсупова Г.С., Саткыналиева З.Т. Влияние биспролола на дисперсию зубца р у пациентов с гипертонической болезнью	87
ПАМЯТЬ	
Козловский Николай Ильич (1946 – 2012)	90
Шаршенов Асанбек Карыпбекович (1954 - 2012)	92



Уважаемые коллеги, дорогие читатели нашего журнала,

У вас в руках первый номер журнала «Вестник КГМА имени И.К.Ахунбаева» за 2013 год.

Позади остался 2012 год, который был очень насыщенным как для страны, так и для системы здравоохранения и медицинского образования. Для Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К.Ахунбаева 2012 год стал особенным потому, что с 2012-2013 учебного года началось внедрение долгожданного, нового государственного образовательного стандарта (ГОС),

направленного на подготовку врача общей практики. Новый ГОС основан на компетентностном подходе и включает основные требования к условиям реализации учебных программ, которые приближены к международным стандартам. Хотелось бы отметить, что профессорско-преподавательский состав и весь коллектив академии приложили и прилагают очень много усилий как для разработки стандартов, так и для разработки новых учебных планов, программ и учебно-методических материалов.

В 2012 году коллектив академии отметил 85-летние юбилеи особых лиц, которые стали символом КГМА и в течение многих и многих лет передавали и передают студентам свои знания и опыт. Так, 27 ноября 2012 года исполнилось 85 лет со дня рождения Валентины Абдылдаевны Исабаевой - доктора медицинских наук, профессора, член-корреспондента АН Киргизской ССР, Заслуженного деятеля науки, возглавлявшей КГМИ с 1964 по 1971 годы. Статья об этой замечательной представительнице женщин Кыргызстана представлена в этом номере.

К 85-летним юбилярам принадлежат также выдающийся хирург, академик НАН КР, Заслуженный деятель науки и Заслуженный врач республики, Герой Кыргызстана, профессор Мамбет Мамакеевич Мамакеев и одна из основателей фармакологической науки Кыргызстана, почетный академик Национальной Академии наук КР, профессор Мария Токтогуловна Нанаева. Их юбилеи вместе с нами отмечала вся научная, педагогическая и медицинская общественность республики.

Расширились наши международные связи; выполнен большой объем научных исследований и лечебной работы. В апреле были проведены Дни науки КГМА 2012 года, посвященные памяти академика С.Б.Даниярова, где обсуждались главные научные достижения сотрудников КГМА, включая результаты исследований аспирантов и студентов. Важно отметить, что в прошедшем году сотрудники КГМА имени И.К.Ахунбаева получили доступ ко многим мировым информационным ресурсам, предоставляемым Виртуальной научной библиотекой КР (ВНБ), а также Электронной библиотекой РФ (ЭБРФ). Это позволило значительно повысить эффективность информационного поиска. В рамках договора с ЭБРФ заключено также соглашение об индексировании статей «Вестника КГМА имени И.К.Ахунбаева» в Российском индексе научного цитирования (РИНЦ), что резко увеличит доступность научных публикаций сотрудников КГМА для российских и других зарубежных читателей.

Кроме этого, индексирование в РИНЦ позволит оценивать публикационную активность нашего коллектива, а также каждого сотрудника. В нашей публикации на 9 - 15 стр. представлены некоторые возможности РИНЦ для оценки публикационной активности ученых-медиков Кыргызстана.

С горечью нужно признать, что в прошедшем году коллектив КГМА понес и невосполнимые потери. Скончались в 2012 году заведующий кафедрой детской хирургии, известный поэт и прозаик, профессор К.А.Адамалиев; заведующий кафедрой физического воспитания, мастер спорта Н.И.Козловский; трагически погиб заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №1, профессор А.К.Шаршенов. Светлая память о них навсегда останется в наших сердцах.

В наступившем 2013 году перед коллективом КГМА стоят большие задачи в развитии как учебно-методической, так и научной, лечебной, воспитательной деятельности. Будет продолжена разработка учебных планов и учебно-методических материалов в соответствии с новым ГОС. Мы планируем начать публикацию в ближайших номерах журнала статей, освещающих первый опыт внедрения нового образовательного стандарта.

В апреле состоятся Дни науки КГМА 2013 года, на которых будут обсуждены результаты научных исследований молодых ученых и студентов, а также представлены пленарные доклады известных ученых республики. По результатам конкурса молодых ученых лучшие доклады будут отмечены дипломами и ценными призами. Самый лучший доклад будет удостоен специальной премии имени академика Даниярова, учрежденной Общественным Фондом Санжарбека Даниярова.

В номере опубликован ряд оригинальных исследований сотрудников кафедр нейрохирургии, инфекционных болезней, а также другие работы, которые будут полезны как преподавателям медицинских ВУЗов, так и практическим врачам.

Редколлегия журнала призывает медицинскую общественность к активному сотрудничеству. Теперь наш журнал включен не только в список изданий, рекомендованных Президиумом НАК КР для публикации материалов докторских и кандидатских диссертаций в области медицины, но и будет цитироваться в Российском индексе научного цитирования – РИНЦ. Опубликованные в «Вестнике» статьи станут доступными для широкой аудитории читателей СНГ.

Мы ждем ваших статей, вопросов и предложений.

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

Бримкулов Н.Н.

ВАЛЕНТИНА АБДЫЛДАЕВНА ИСАБАЕВА



27 ноября 2012 года исполнилось 85 лет со дня рождения Валентины Абдылдаевны Исабаевой - доктора медицинских наук, профессора, член-корреспондента АН Киргизской ССР, Заслуженного деятеля науки. Одна из замечательных представительниц женщин Кыргызстана, уникальная по своей жизненной позиции, настоящий интеллигент, педагог и общественный деятель. Валентина Абдылдаевна Исабаева родилась 27 ноября 1927 г. в с. Торткуль Тонского района Иссык-Кульской области в семье батрака. В 1946 году она закончила среднюю школу №5 в г.Фрунзе с Золотой медалью. 6 июня 1945 г. еще школьницей Валентина Абдылдаевна получила первую свою награду - Медаль «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941-1945 г.г.». Очень рано она познала радость общественной работы - была в школе секретарем первичной комсомольской организации. Мечтала стать историком. Но влияние академика Ахунбаева Исы Коноевича и желание отца Абдылды

Исабаева взяли верх над ее мечтой. Семья Ахунбаева и Исабаева сдружилась на протяжении 40 лет. Это сказалось на формировании характера Валентины Абдылдаевны и ее твердых жизненных позиций, что и определило всю дальнейшую судьбу этого человека в будущем.

И так Валентина Абдылдаевна поступает на лечебный факультет КГМИ в 1946 году в те трудные и сложные послевоенные годы. Увлеченно, с интересом и глубоко она осваивает фундаментальные теоретические и практические предметы в мединституте. В 1951 году получает диплом врача с отличием. Учебу в институте она совмещает активной общественной работе в комитете комсомола вузовского коллектива.

В сентябре 1951 г. Валентина Абдылдаевна направляется в 1-й Московского Ордена Ленина медицинский институт в аспирантуру на кафедру нормальной физиологии. Упорство, желание познать новое сказались и здесь в московском, научном коллективе. Она досрочно заканчивает аспирантуру с блестящей защитой кандидатской диссертацией на тему «Влияние пониженного атмосферного давления на высшую нервную деятельность» и уже 24 декабря 1954 года зачисляется ассистентом кафедры нормальной физиологии КГМИ. В январе 1955 г. в связи с открытием Академии наук Кыргызской ССР Валентина Абдылдаевна Исабаева направляется в Институт Краевой медицины при Академии наук республики руководителем сектора курортологии, а затем и заведующей лабораторией этого крупного медицинского центра. И вновь сказались настойчивость, упорство познать новое в использовании важнейших и богатейших природных, климатических факторов горного Кыргызстана

и жемчужницей «Иссык-Куля». Вскоре появляются крупные научные публикации в области курортологии. Валентина Абдылдаевна стала заметной фигурой в научном мире. И это было замечено.

В 1957г. открывается еще одно научно-медицинское учреждение- Республиканский Научно-исследовательский институт курортологии и физиотерапии МЗ республики- куда Валентина Абдылдаевна Исабаева направляется зам. директора по научной работе. Благодаря научной эрудиции, организаторским способностям и выраженной ответственностью за порученное в 1961 году Исабаева В.А. избирается членом-корреспондентом АН Киргизской ССР.

27 февраля 1962 г. Валентина Абдылдаевна Исабаева назначается Ректором КГМИ. Улучшение учебной, учебно-воспитательной и научной деятельности этого крупного вузовского коллектива по подготовке высококвалифицированных медицинских кадров выпало на долю Валентины Абдылдаевны. Строительство новых корпусов студенческих общежитий, улучшение клинической базы КГМИ, поднятие на новый качественный уровень научных исследований быстро сказалось в КГМИ. Вокруг ректора сплотился очень сильный профессорско-преподавательский состав: проректор по учебной работе профессор С.Б. Данияров; по научной части профессор Миррахимов М.М.; проректор по хозяйству Свотин П.Н; секретари комсомольской организации института доцент Джайлобаев А.Д. и затем доцент Мамбеталиев Б.С; секретари партбюро (Сердюк М.С.; Бадалов В.А. а затем секретарь парткома Сницеренко И.П. и крупные и ведущие профессора, доценты: Айдаралиев А.А., Акылбеков К.М., Альджамбаев Ш.Ю., Ахунбаева Б.И., Бакин Е.И., Дуранцина А.И., Калюжный И.Т., Лейтес А.Л., Мамакеев М.М., Мурзалиев А.М., Нанаева М.Т., Покровская Т.И., Тилис А.Ю., Шаган Б.Ф., Фридман М.Е. и другие).

В 1964 году в КГМИ открылся факультет усовершенствования врачей, сдан главный корпус КГМИ; только за 5 лет к 1970г. в КГМИ было подготовлено 19 докторов и 53 кандидатов медицинских наук и выпущено более 4000 врачей. Постановление Президиума Верховного Совета Киргизской ССР КГМИ награждена Почетной Грамотой республики.

Исабаева Валентина Абдылдаевна умело сочетает большую общественную, административную работу с повседневными научными исследованиями и введением педагогического процесса. Она избирается членом Пленума а затем членом бюро райкомпартии, кандидатом в члены ЦК КП Киргизии. Избиралась депутатом Фрунзенского Областного Совета народных депутатов в 1957-1959 годах; депутатом Верховного Совета Киргизской ССР 5-6 созывов. Многократно выступала на многочисленных международных, всесоюзных и республиканских конференциях, съездах и симпозиумах в Австралии, ГДР, США, Чехословакии, Франции, в Москве и в Ленинграде, в Алмате и Ташкенте.

В 1971г. Валентина Абдылдаевна Исабаева была назначена директором Института физиологии и экспериментальной патологии высокогорья АН Киргизской ССР. 15 лет напряженного и неустанного труда по посту директора дали свои результаты. Поднялся уровень научных исследований и этого коллектива. Исабаева В.А. защищает в 1976 году докторскую диссертацию, в 1977 году получает звание профессора и заслуженного деятеля науки Киргизской ССР. Она автор более 200 научных трудов в т.ч. 13 монографий, подготовила 4-х докторов и 13 кандидатов медицинских наук. Сказался опыт работы в лабораториях академиков Парина и Агоджаняна; совместная

работа с будущими космонавтами Ю.А. Гагариным и Б.Е. Егоровым по заданию Института АМН СССР. Государство высоко оценила заслуги В.А.Исабаевой наградив ее орденом Трудового знамени, тремя медалями «За доблестный труд», неоднократно Почетной Грамотой Верховного Совета Киргизской ССР, почетным званием «Отличник здравоохранения СССР», бронзовой медалью ВДНХ СССР, Почетными дипломами СЭВ.

С 1986 года и до последних дней своей жизни Валентина Абдылдаевна Исабаева продолжала работать зав.лабораторией того же института передавая богатейший опыт крупного ученого, педагога и общественного деятеля.

23 декабря 2001 года Валентина Абдылдаевна Исабаева скончалась на 75 году жизни после продолжительной болезни.

В течение последних 2-3 лет изменился статус института, где трудилась Валентина Абдылдаевна Исабаева – он стал Институтом горной физиологии НАН КР. Коллективом руководит более 10 лет молодой, перспективный директор, доктор медицинских наук, профессор Шаназаров Алмаз Сагынбаевич.

Об этом еще раз было сказано на научно-практической конференции, которая состоялась в КГМА 27 ноября 2012г. Выступали ректор, член-корр. НАН КР, профессор А.З. Зурдинов, профессор Ахунбаева Н.И., доцент Асамбаев А.А. и др.

Талантливый ученый и настоящий интеллигент, верная дочь кыргызского народа и сегодня является примером подражания для многих поколений медицинских и научных работников нашей страны.

Зав.кафедрой фтизиатрии КГМА им.И.К.Ахунбаева,
заслуженный врач КР, доцент

А.Асамбаев



Валентина Абдылдаевна среди ученых и общественных деятелей Киргизской ССР.

**ПУБЛИКАЦИОННАЯ АКТИВНОСТЬ УЧЕНЫХ-МЕДИКОВ
КЫРГЫЗСТАНА ПО ДАННЫМ РОССИЙСКОГО ИНДЕКСА
НАУЧНОГО ЦИТИРОВАНИЯ (РИНЦ)**

Бримкулов Н.Н.

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

Резюме: Проведен анализ публикационной активности отдельных научно-образовательных, в том числе медицинских, учреждений Кыргызстана по данным Российского индекса научного цитирования (РИНЦ), основанного на базе данных Научной электронной библиотеки (ресурс www.elibrary.ru). Выявлены низкие показатели публикационной активности и анализируются ее причины. Обсуждаются предложения и рекомендации по повышению публикационного потока и цитируемости научных работ кыргызских ученых-медиков.

Ключевые слова: публикационная активность, цитируемость, библиометрические показатели, наукометрический анализ, Российский индекс научного цитирования (РИНЦ), ученые-медики Кыргызстана.

**РОССИЯЛЫК ИЛИМИЙ ИНДЕКСТИН МААЛЫМАТТАРЫ
БОЮНЧА КЫРГЫЗСТАНДЫН МЕДИК-ОКУМУШТУУЛАРЫНЫН
ИЛИМИЙ МАКАЛАЛАРДЫ ЖАРЫЯЛООДОГУ АКТИВДҮҮЛҮГҮ**

Бримкулов Н.Н.

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

Корутунду: Илимий электрондук китепкананын маалымат базасына (www.elibrary.ru ресурсу). негизделген Россиялык илимий индекстин маалыматтары боюнча Кыргызстандын айрым илимий жана билим берүү, анын ичинде медицина мекемелеринин илимий макалаларды жарыялоодогу активдүүлүгүнө жүргүзүлгөн анализи берилди.

Кыргызстандык медик-окумуштуулардын илимий иштерди жарыялоо жана цитаталарды пайдалануу активдүүлүгүн жогорулатуу боюнча сунуштар талкууга алынууда.

Негизги создор: илимий иштерди жарыялоо активдүүлүгү, цитаталарды пайдалануу, Кыргызстандын медик-окумуштуулары.

**PUBLICATION ACTIVITY OF MEDICAL SCIENTISTS OF
KYRGYZSTAN AS OF THE RUSSIAN INDEX OF SCIENTIFIC
CITATION (RISC)**

Brimkulov N.N.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K.Akhunbaev,
Bishkek, Kyrgyzstan

Summary: The analysis of publication activity of selected Kyrgyzstan scientific (including medical) institutions was performed with data extracted from Russian index of scientific citation (RISC), based on Scientific electronic library (www.elibrary.ru). Low publication activity was found, and the underlying reasons were analyzed. Certain proposals along with recommendations to increase publication flow and citation of Kyrgyzstan medical scientists' publications are discussed.

Key words: Publication activity, citation, bibliometric measures, Russian index of scientific citation (RISC), medical scientists of Kyrgyzstan.

В учреждениях Кыргызстана работают несколько сотен ученых-медиков. Так, только в Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К.Ахунбаева (КГМА) в научно-исследовательской деятельности участвует 7 академиков и 4 члена-корреспондента НАН КР, 53 доктора и 213 кандидатов медицинских, биологических и других наук (на 1 января 2012 года). По отчету за 2011 год по результатам научных исследований сотрудников КГМА опубликовано 447 статей, 70 методических

рекомендаций для врачей и студентов, 11 учебников и учебных пособий, 5 монографий.

Проведенный нами анализ [1] публикационной активности научных учреждений Кыргызстана, в том числе медицинских, на основе данных крупнейшей международной информационной базы ElsevierScopus обнаружил, что вклад ученых нашей страны в мировой объем научной информации очень невелик и составляет всего лишь 0,002-0,004%. По данным рейтинга

SCImagoJournal&CountryRank, в котором представлены материалы по количеству и цитированию публикаций в разрезе разных стран и отдельных научных направлений, ученые-медики Кыргызстана занимают в данном рейтинге 157 место (из 224 стран), опубликовав за 1996-2010 годы всего 92 научные работы [12].

К сожалению, анализ выявил, что у большинства ученых-медиков Кыргызстана вообще нет ни одной публикации, проиндексированной в информационной базе Scopus. Так, например, из более чем 260 кандидатов и докторов наук, работающих в КГМА, в анализируемой информационно-аналитической базе мы обнаружили научные работы не более 30 сотрудников. Вызывает также сожаление, что у ряда ученых-медиков Кыргызстана при наличии некоторого количества статей они совсем не цитируются, а индекс Хирша равен нулю. Эти данные подтверждают очень низкую на уровне международных информационных ресурсов публикационную активность ученых-медиков нашей страны, что отражает в определенной степени ситуацию с неблагоприятным состоянием не только медицинской, но вообще всей науки в Кыргызстане [2].

В то же время, существенным ограничением этой базы является то, что в ней очень слабо представлены русскоязычные публикации. По некоторым оценкам, система Scopus сегодня обрабатывает не более 12 процентов от всего совокупного русскоязычного публикационного потока, причем преимущественно из России [5, 9]. А ведь общеизвестно, что кыргызские ученые основную массу научных работ публикуют на русском языке. Здесь нужно еще раз подчеркнуть, что даже те русскоязычные публикации, которые проиндексированы в этой базе, практически остаются неизвестными зарубежным исследователям из-за языкового барьера и, поэтому, почти не цитируются.

Для восполнения указанного пробела целесообразно провести поиск трудов ученых Кыргызстана в русскоязычном публикационном потоке. В последнее время это стало возможным благодаря разработке Российского индекса научного цитирования (РИНЦ), основанного на базе данных Научной электронной библиотеки,

доступной на сайте www.elibrary.ru.

Проект РИНЦ разрабатывается с 2005 года в рамках целевой научно-технической программы исследований Российской Федерации по приоритетным направлениям развития науки и техники. Основной целью проекта является создание многоцелевой поисковой системы по публикациям российских ученых, включающей разработку механизмов и инструментария для наукометрического анализа российской науки [3, 9]. По данным на 10.09.2012 года система аккумулировала информацию из 32228 наименований журналов, в том числе российских – 7236. Общее число статей достигло 15807744, а число пристатейных ссылок – 104697968 [7].

Целью настоящего исследования была оценка публикационной активности отдельных научных и образовательных медицинских учреждений Кыргызстана по данным РИНЦ.

Материал и методы.

Был проведен анализ базы данных РИНЦ на сайте <http://www.elibrary.ru> по состоянию на сентябрь 2012 года.

База данных РИНЦ имеет широкий спектр сервисов как для индивидуальных лиц, так и для научно-исследовательских организаций, при этом рассчитывается статистическая информация, позволяющую проанализировать публикационную активность ученого или организации по различным наукометрическим критериям [3, 5, 10].

Нами проведен поиск организаций Кыргызстана, внесенных в реестр РИНЦ, содержащем информацию более чем о 6270 научно-образовательных организациях. Поиск проведен по ключевым терминам «Кыргызская Республика», «Кыргызстан», «Киргизия» в названиях организаций авторов. По каждой организации проведен анализ наиболее общих показателей публикационной активности: количество публикаций, их цитирование и индекс Хирша. Как известно, индекс Хирша (ИХ), предложенный Jorge Hirsch в 2005 году, отражает суммарное число ссылок на работы данной организации или отдельного автора за определенный период времени в определенной области науки [11].

Результаты и их обсуждение.

Публикационная активность научно-образовательных учреждений Кыргызстана по данным реестра организаций базы РИНЦ

№	Название организации	Статей	Цитирование	ИХ
1	Кыргызско-Российский славянский университет	1946	88	4
2	Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева	77	7	2
3	Ошский государственный университет	57	7	1
4	Научная станция РАН в г. Бишкеке	52	99	6
5	Кыргызская государственная юридическая академия	19	3	1
6	Кыргызский государственный технический университет им. И. Раззакова	15	0	0
7	Национальная библиотека Кыргызской Республики	10	0	0
8	Кыргызско-турецкий университет «Манас»	9	0	0
9	Кыргызский аграрный университет им. К.И. Скрябина	8	2	1
10	Бишкекский гуманитарный университет им. К. Карасаева	3	0	0
11	Нарынский государственный университет	3	1	1
12	Институт экономики НАН Кыргызской Республики	1	0	0
13	Кыргызский национальный университет им. Жусупа Баласагына	1	0	0
14	Ысыккульский государственный университет им. К. Тыныстанова	1	0	0

Первичный поиск обнаружил в реестре РИНЦ 24 организации из Кыргызстана. Однако анализ выяснил, что две организации обнаруживаются в реестре неоднократно под разными названиями. Так, Национальный университет зафиксирован в базе РИНЦ дважды под названиями «Кыргызский национальный университет им. Жусупа Баласагына» и

«Киргизский государственный университет», а медицинская академия – трижды под названиями «Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева», «Кыргызская государственная медицинская академия» и «Киргизский государственный медицинский институт». Кроме того, в числе «кыргызских» зафиксирована Научная станция Российской АН,

однако мы оставили ее в списке для сравнения, так как она имеет наиболее цитируемые публикации и наибольший индекс Хирша. Из списка исключено 7 организаций, статей которых в базе РИНЦ не зафиксировано. После уточнения в списке осталось 14 организаций (табл. 1).

Общее количество публикаций учреждений Кыргызстана, вошедших в реестр РИНЦ, составило 2202, причем подавляющее большинство (1946 или 88,4%) было опубликовано сотрудниками Кыргызско-Российского Славянского Университета имени Б.Н.Ельцина (КРСУ). На втором месте в общем списке с большим отставанием стоит КГМА (77 статей или 3,5%). Поиск в базе РИНЦ публикаций КГМА за последний (2011) год выявил всего 32 публикации, которые однако, ни разу не цитировались. Интересно, что третье место занимает Ошский государственный университет (ОшГУ - 57 публикаций), опережая многие столичные ВУЗы. Четвертое место в данном рейтинге заняла научная станция РАН опубликовавшая по данным РИНЦ 52 статьи, которые, впрочем, цитировались 99 раз, вследствие чего это учреждение имеет самый высокий для Кыргызстана индекс Хирша – 6. Остальные учреждения списка имеют менее 20 статей. Таким образом, по количеству публикаций, проиндексированных в базе РИНЦ, на первом месте стоит КРСУ, тогда как за всеми остальными организациями, вошедшими в список (13), в базе РИНЦ зафиксировано всего 256 статей или 11,6% от общего числа!

Анализ цитируемости выявляет, к сожалению, достаточно низкую востребованность работ кыргызстанских авторов. Цитируемость статей в среднем составила для КРСУ – 0,045, КГМА – 0,09, ОшГУ – 0,12, а индекс Хирша 4, 2 и 1 соответственно. У 7 учреждений статьи вообще ни разу не цитировались и индекс Хирша составлял 0.

Из медицинских образовательных учреждений в базе РИНЦ зафиксирована только КГМА имени И.К.Ахунбаева, имеющая в целом невысокие показатели публикационной активности, которые тем не менее являются наивысшими среди всех других организаций Кыргызстана, за исключением КРСУ.

Учитывая наличие медицинских факультетов в КРСУ и ОшГУ, мы выделили отдельные подборки статей этих ВУЗов по ключевому термину «Медицина и здравоохранение». При этом среди публикаций КРСУ обнаружено 154 статьи, которые цитировались всего 7 раз, чему соответствовал индекс Хирша 2. В ОшГУ статей по медицине и здравоохранению было 7, цитировались они 1 раз, индекс Хирша составил 1. К сожалению, публикационная активность других образовательных и научно-исследовательских учреждений системы Министерства здравоохранения Кыргызской Республики в базе РИНЦ вообще не отражена. Вызывает также удивление, что в базе РИНЦ никак не представлен ни один из академических институтов НАН КР.

Представляет интерес сравнение анализируемых данных с показателями организаций других стран СНГ (табл. 2). Публикационная активность ведущих ВУЗов России на несколько порядков превышает таковую кыргызстанских учреждений. Так, например, флагман высшего образования России – МГУ – в базе РИНЦ зафиксировал 45610 статей, которые цитировались 64931 раз и этому соответствовал индекс Хирша 62. Ведущие медицинские ВУЗы России имели меньшие, но все же высокие показатели. Сотрудники Первого Московского медицинского университета имени И.М.Сеченова имели в базе РИНЦ 10976 статей, 8631 цитирование и индекс Хирша 26. Близкие к этим показатели имел и Российский национальный медицинский университет имени Н.И.Пирогова – статей 8123, цитирований 7892, индекс Хирша – 31.

На этом фоне достаточно низкими являются показатели публикационной активности медицинских ВУЗов Центральной Азии. Количество их публикаций по данным базы РИНЦ колеблется от 47 (Казахская медицинская академия, Астана) до 440 (Ташкентская медицинская академия, Ташкент), преобладает единичное цитирование, а индекс Хирша является минимальным (1-2). Следовательно, публикационная активность медицинских ВУЗов Центральной Азии сходна с таковой КГМА имени И.К.Ахунбаева и характеризуется

Публикационная активность некоторых научно-образовательных учреждений России и стран Центральной Азии по данным реестра организаций базы РИНЦ

№	Название организации	Город	Статей	Цит	ИХ
1	Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова	Москва	45610	64931	62
2	Российский университет дружбы народов	Москва	15645	8934	27
3	Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова	Москва	10976	8631	26
4	Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова	Москва	8123	7892	31
5	Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова	Алматы	<u>107</u>	<u>4</u>	1
6	Казахская государственная медицинская академия	Астана	47	8	2
7	Ташкентская медицинская академия	Ташкент	440	80	2
8	Ташкентский педиатрический медицинский институт	Ташкент	140	11	1
9	Таджикский государственный медицинский университет им. Абу Али Ибн Сины	Душанбе	215	10	2
10	Туркменский государственный медицинский институт	Ашхабад	50	22	2

небольшим количеством публикаций, низким уровнем цитирования и минимальными показателями индекса Хирша.

Таким образом, анализ данных крупнейшей информационной базы русскоязычных ресурсов РИНЦ обнаруживает достаточно низкую публикационную активность научных и образовательных учреждений Кыргызстана, за исключением КРСУ. Но даже сотрудники КРСУ, опубликовавшие 1946 статей, имеют всего лишь 88 цитирований и соответствующий им индекс Хирша 4, что говорит о малой востребованности этих работ и, соответственно, невысоком интересе к ним научного сообщества.

С чем же связана такая низкая публикационная активность учреждений Кыргызской Республики по данным базы РИНЦ? Естественно, что она в первую очередь связана с низкой результативностью ученых Кыргызстана, которая обусловлена как недостаточным финансированием, так и

устаревшими принципами регулирования науки, несовершенством законодательной базы и другими системными факторами [4, 8].

Но здесь нужно подчеркнуть и дополнительные факторы, которые снижают показатели публикационной активности кыргызских ученых.

Из 32233 журналов, которые цитируются на сегодня в РИНЦ, единственным кыргызстанским журналом оказался «Вестник КРСУ им. Б.Н.Ельцина». В РИНЦе зафиксированы 61 выпуск этого журнала, включающие 2424 статьи. Ни один другой журнал из Кыргызстана в базе РИНЦ не учитывается. Другим словами, все статьи, опубликованные в журналах Кыргызстана (за исключением «Вестника КРСУ»), самая крупная русскоязычная информационная база РИНЦ «не видит», не цитирует и не анализирует. Говоря о цитировании, следует указать, что, к сожалению, из 2424 статей, опубликованных «Вестником КРСУ», цитировались только 19.

Другим фактором может быть низкое техническое качество оформления статей и, в частности, некорректное указание названий учреждения, города, страны. Если по отчетам сотрудники КГМА в 2011 году опубликовали более 500 работ, в базе РИНЦ мы обнаружили только 32 публикации. Причем анализ этого списка выявил 4 работы «неизвестных» сотрудников, попавших случайно из-за ошибок в написании учреждения. Это может быть связано как с элементарной небрежностью авторов, так и погрешностями редактирования и работой редакций. Поэтому, необходимо особое внимание обращать на техническое оформление статей, а все работы должны быть снабжены информативной аннотацией с использованием стандартов перевода на английский язык фамилий авторов и названий научного или образовательного учреждения.

Правда, как отмечают И.Х.Галеев и Н.Х.Галеева [3], достоверность информации, формируемой РИНЦ, еще не всегда достаточна. В настоящее время, возможности РИНЦ не достигли идеальных, и в ее работе встречается ряд технических ошибок, обусловленных как несовершенством программного обеспечения, так и недостаточным взаимодействием с поставщиками информации. Однако, проводится постоянный поиск причин возникновения ошибок и разрабатываются методы их минимизации.

Что же нужно сделать, чтобы повысить показатели публикационной активности ученых Кыргызстана по базе РИНЦ?

Конечно, в первую очередь, необходимо менять организацию регулирования науки, совершенствовать принципы финансирования, в целом, повышать имидж ученых и т.д. [4-6, 8-10]. Наряду с этим, следует остановиться на следующих вопросах, существенно влияющих на показатели публикационной активности.

Во-первых, всем ученым Кыргызстана нужно активно использовать анализируемую базу в своей работе, что уже значительно повысит эффективность научной деятельности. Необходимо зарегистрироваться в базе РИНЦ и проверить свои публикации. Руководителям научных и образовательных организаций

целесообразно заключить с РИНЦ лицензионные договоры, тем более что пока регистрация, использование системы и большая часть материалов предоставляются бесплатно. Вопрос цены и доступности таких систем имеет немаловажное значение. К сожалению, стоимость регистрации и использования зарубежных систем составляет до 10-30 тысяч долларов в год, что для кыргызстанских научных организаций в настоящее время просто невозможно.

Во-вторых, нужно предпринять меры к включению в базу РИНЦ всех научных изданий Кыргызстана. Естественно, это потребует значительной по объему организационной, технической деятельности и определенного времени, но эффект данного шага трудно переоценить. Учитывая достаточно высокие требования РИНЦ, уже само это значительно повысит культуру работы редакций, а также технический уровень подготовки статей авторами. Но, самое главное, появится дополнительный инструмент для объективной оценки результативности научно-образовательных организаций, научных коллективов и отдельных исследователей, а совокупные данные по цитированию журналов, так называемые импакт-факторы, позволят определять рейтинги периодических изданий. Параллельно требуется создание интернет-сайтов всех журналов.

Обсуждение этих вопросов ставит также проблему создания Кыргызского национального индекса цитирования (КНИЦ). Анализ информационно-аналитической базы Scopus, РИНЦ и других подтверждает, что изучение публикационной активности по основным наукометрическим показателям является мощным инструментом оценки научного уровня как отдельного ученого, так и определенных учреждений [5-6, 9-10]. На сегодня именно оценка и анализ публикационной активности стали одним из важнейших критериев оценки результативности и эффективности научно-образовательных учреждений. На основании индексов цитируемости и других наукометрических показателей не только ставятся оценки, но и проводятся отбор проектов на финансирование, поиск кандидатов на престижные премии, включая Нобелевскую и др.

В целом, в развитых странах научные публикации, журналы, базы данных, информационные системы и сервисы являются компонентами общей информационной инфраструктуры науки и образования, без которых невозможно развитие и прогресс последних. Можно сказать, что создание национального индекса цитирования отражает уровень развития научной культуры нации, ее информационно-технологические возможности и интеллектуальный потенциал.

Стоит также заметить, что в Кыргызстане публикуется большое количество научных работ на кыргызском языке, имеющих важное локальное значение, которые вряд ли будут цитироваться в международных базах. Только создание системы КНИЦ позволит начать объективно оценивать местные публикации, рассчитывать импакт-факторы журналов Кыргызстана, а в последующем и анализировать научную деятельность учреждений. Это может стать существенным импульсом к повышению качества научных публикаций, а также, в последующем, к росту потенциала как отдельных ученых, так и научных учреждений Кыргызстана. Конечно, создание КНИЦ ни в коем случае не означает игнорирования международных баз данных. В идеале необходимо активное использование и тех и других, что позволит приблизиться к передовым рубежам современной науки. Задача ученых-медиков Кыргызстана – добиться увеличения публикационной активности и уровня отражения своих исследований как в национальных, так и международных базах цитирования.

Литература:

1. Бримкулов Н.Н. Место медицинских организаций Кыргызстана в мировом научно-исследовательском рейтинге. Вестник КГМА 2012, №1, с. 25-33.
2. Бримкулов Н.Н. Публикационная активность ученых-медиков Кыргызстана по данным международной информационной базы Scopus. Вестник КГМА 2012, №3, с. 19-23.
3. Галеев И.Х., Галеева Н.Х. Опыт анализа публикационной и издательской активности с использованием РИНЦ. Образовательные технологии и общество 2012, том 15, №1, с.594-608
4. Кубаев Б.Х. Наука и образование – контуры новой парадигмы. // «Теоретические и практические аспекты развития современной науки»: Материалы междунар. конф. – Бишкек: 2012. - с. 15-18.
5. Куракова Н.Г., Цветкова Л.А., Арефьев П.Г. Публикационная активность как инструмент мониторинга исследовательских стратегий в медицине. Медицинское образование и профессиональное развитие 2011, №2, с.18-26.
6. Меркулов И.А. Конкурентоспособность Российской медицинской науки: состояние, проблемы, перспективы. Клиническая практика 2012, №3, с.4-13
7. Общая информация о проекте «Российский индекс научного цитирования». // www.elibrary.ru.
8. Осмоналиев К.О. Роль современной науки в развитии общества. // «Теоретические и практические аспекты развития современной науки»: Материалы междунар. конф. – Бишкек: 2012. - с. 29-33.
9. Стародубов В.И., Куракова Н.Г., Цветкова Л.А. Новые критерии результативности академической и вузовской медицинской науки в России. Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения» 2011 (18), №2. 31.05.2011 г. <http://vestnik.mednet.ru>.
10. Трушелёв С.А., Оганов Р.Г. Методические подходы к анализу результатов научно-исследовательской деятельности. Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2010;6 (5), с.623-630
11. Hirsch G. An index to quantify an individual's scientific research output. Proc Nat AcadSci of USA 2005; 102 (46):16569-16572.
12. SCImago Journal & Country Rank. // <http://www.scimagojr.com>.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПРИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ВНУТРИМОЗГОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЯХ

Ырысов К. Б., Каримов С.К.

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

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: На основе ретроспективного анализа 249 случаев гипертензивных внутримозговых кровоизлияний изучена достоверность ICH шкалы при прогнозировании исхода заболевания с помощью шкалы исходов Глазго. Сравнительный анализ полученных данных показал, что увеличение бальной оценки по ICH шкалы прямо коррелировало с ухудшением исхода заболевания. Также проведен сравнительный анализ результатов хирургических и консервативных методов лечения в данной популяции больных. Полученные данные показали, что больных 0 баллов по оценке ICH шкалы следует лечить консервативным методом, больным с ICH 1 и 2 баллами необходимо решить вопрос об экстренном оперативном удалении инсульт-гематомы в раннем периоде заболевания.

Ключевые слова: внутримозговое кровоизлияние, хирургия, консервативное лечение, прогноз.

БАШ МЭЭНИН ГИПЕРТЕНЗИВДИК КАН КУЮЛУУСУНУН БОЛЖОЛДУУ БЕЛГИЛЕРИ

Ырысов К. Б., Каримов С.К.

И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Гипертензивдик мээ кан куюлуусу менен жабыркаган 249 бейтапты дарылоонун негизинде жана Глазго акыбет шкаласынын жардамы менен божомолду аныктоодогу ICH шкаласынын баалуулугу изилденген. Салыштыруу аркылуу ICH шкаласындагы баллдын жогорулашы оорунун күчөөсү менен түз корреляцияда экендиги аныкталган. Ошондой эле дарылоонун хирургиялык жана консервативдик жолдорунун жыйынтыктары салыштырылып көрсөтүлгөн. ICH шкаласынын негизинде 0 баллдагы бейтаптарга консервативдик жол менен, ал эми ICH шкаласы боюнча 1 же 2 баллдагы бейтаптарга оперативдик инсульт-гематомасын алып салуу аркылуу дарылануу зарылдыгы далилденген.

Негизги сөздөр: мээге кан куюлуу, хирургия, консервативдик дарылоо, божомол.

PROGNOSTIC CRITERIA IN HYPERTENSIVE INTRACEREBRAL HEMORRHAGE

Yrysov K., Karimov S.

Kyrgyz state medical academy named after I. K. Akhunbaev,

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: On the basis of retrospective analysis of 249 cases with hypertensive intracerebral hemorrhage, trustworthiness of ICH Score in the prognosis of disease outcome was tested using Glasgow Outcome Scale. Comparative analysis of data showed that increasing marks by ICH Score correlated with worsening of disease outcome. Also comparative analysis of results of the surgery and conservative treatment methods is conducted. The data showed that patients with 0 point marked by ICH Score should be treated using conservative method, for patients with ICH 1 and 2 points urgent surgery for extracting intracerebral hemorrhage in the early period of the disease is necessary.

Key words: intracerebral hemorrhage, surgery, conservative treatment, prognosis.

Введение. Гипертензивные внутримозговые кровоизлияния (ГВМК) составляют от 4 до 14% всех инсультов и сопровождаются высокой летальностью [1-10]. После перенесенного ГВМК у 32- 50% больных отмечается летальный исход в течение первого месяца. Только 20 % больных после шести месяцев от начала заболевания излечиваются и возвращаются к прежнему образу жизни [4,5]. Имеются несколько клинических и рентгенологических неблагоприятных факторов ГВМК. К ним относятся: возраст больного, уровень сознания, артериальная

гипертензия, объем и локализация гематомы, объем перифокального отека, смешение срединных структур по данным первичной компьютерной томографии (КТ) и прорыв крови в желудочковую систему головного мозга [6,7]. Однако исследования по определению прогностически значимых факторов исходов при ГВМК встречаются в литературе редко [8]. Несмотря на достигнутые успехи в лечении ишемического инсульта и субарахноидального кровоизлияния, выбор терапии при ГВМК остается спорным. Изучение результатов хирургического и консервативного методов

лечения ГВМК не показало четких преимуществ того или иного метода [3, 6-10]. Не решенным остается вопрос своевременного определения показаний к оперативному удалению инсульт-гематомы.

Целью данного исследования явилось изучение доступных прогностических факторов для определения тактики лечения и показаний к нейрохирургическому вмешательству у больных с ГВМК.

Материалы и методы. Исследование основано на ретроспективном анализе исхода заболевания у больных с ГВМК, находившихся на лечении за период с 2000 по 2007гг. с помощью шкалы исходов Глазго (ШИГ).

По данным анализа историй болезней, только в 249 случаях имела место возможность полной оценки ICH (International Scale Cerebral hemorrhages) шкалы. В изучаемой группе больных мужчин было 150, женщин - 99. Возраст больных колебался от 15 до 84 лет (средний возраст - 59,6 лет). Больные возрастом старше 80 лет - 9 (3,6%). По данным неврологического осмотра при поступлении больных, произведена оценка угнетения уровня сознания по шкале ком Глазго (ШКГ): 3-4 баллов - у 98 (39,3%) больных, 5-12 баллов - у 111 (44,6%) и только у 40 (16,1%) больных - 3-4 балла. Для вычисления объема гематомы использована специальная программа - VOI measurement на компьютерном томографе по данным первичного КТ исследования головного мозга. Область локализации инсульт-гематомы, а также наличие прорыва крови в желудочки мозга также определены по данным первичного КТ исследования головного мозга.

Результаты. Средний объем инсульт-гематомы в популяции больных составлял 31,8 см. У 84 (33,8%) больных объем гематомы оказался больше 30 см. В 89 (35,7%) случаях имел место прорыв крови в желудочки мозга. В 17 (6,9%) случаях гематома локализовалась субтенториально. 63 (25,3%) больным произведены оперативные вмешательства: в 50 случаях удаление инсульт-гематомы традиционным трансцеребральным методом и в 7 случаях дренирование желудочковой системы головного мозга. Общая летальность составляла 17,8%.

В группе больных с ICH 0 - 4 баллов (80,0%) больным произведено оперативное удаление инсульт-гематомы разной локализации и 1 (20,0%) больному установлен длительный наружный дренаж по Арндту через передний рог правого бокового желудочка, в связи с имеющейся окклюзионной гидроцефалией. Во всех случаях объем инсульт-гематомы, по данным КТ исследования, оказался менее 30,0 см. При этом следует отметить, что отбор больных для проведения оперативного вмешательства не основывался на определенных стандартах, а определялся по индивидуальным показаниям, с учетом объективных и субъективных показателей. Сравнительный анализ результатов показал, что исход заболевания при консервативном лечении у больных с ICH 0 баллов значительно благоприятнее, чем после хирургического вмешательства.

В группе больных с ICH 1 балл, 16 (88,8%) больным произведено оперативное удаление инсульт-гематомы и 2 (11,2%) больным наружное дренирование по Арндту. А в группе больных с ICH 2 балл 16 (100%) больным произведено оперативное удаление инсульт-гематомы разной локализации. В результате сравнительного анализа результатов выяснено, что после оперативного удаления инсульт-гематомы благоприятный исход превалировал в отношении исхода у больных, пролеченных консервативно. В группе больных с ICH 3 балла, 14 (82,3%) больным произведено оперативное удаление инсульт-гематомы разной локализации и 3 (17,7%) больным установлен длительный наружный дренаж по Арндту. В группе больных с ICH 3 балл, исход заболевания оказался неблагоприятным и при консервативном лечении, и после удаления инсульт-гематомы.

Больные в группе с ICH 4 балл, пролечены только консервативным методом, в связи с чем, провести сравнительный анализ результатов лечения консервативных и оперативных методов не удалось.

В популяции больных с ГВМК встретился только 1 больной с ICH 5 баллов, которому проведено наружное дренирование боковых желудочков через передние рога по Арндту. В данном случае исход оказался летальным.

В исследуемой популяции больных с ICH 6 баллов не отмечалось. В случаях с ICH 5 и 6 баллов провести оценку результатов лечения не представлялось возможным, из-за недостаточного количества больных в исследуемых группах.

Выводы: ICH шкала действительно является простой, доступной для практикующего врача и достоверной при прогнозе исхода заболевания и лечения ГВМК.

Больных с оценкой ICH шкалы в 0 баллов следует лечить консервативным методом. Исключением является случаи окклюзионной гидроцефалии, при которых необходимо дренирование желудочковой системы головного мозга.

У больных с ICH в 1 и 2 балла необходимо решить вопрос об экстренном оперативном удалении инсульт-гематомы в раннем периоде заболевания, не допуская ухудшения общего и неврологического статуса больного.

Больным с ICH 3 балла, следует рассмотреть эффективность применения новых малоинвазивных оперативных методов удаления инсульт-гематом (КТ или УЗД навигационное дренирование гематомы с локальным фибринолизом, нейроэндоскопическое удаление гематомы и т.д.).

Литература:

1. Крылов В.В. Опыт хирургического лечения инсультов в крупном промышленном городе. - Москва, 2000. - 30с.

2. Лебедев В.В., Быковников Л.Д. Принципы неотложной хирургии // Вопросы

нейрохирургии, 2000. - №4. - С. 3-7.

3. Мамытов М.М. Некоторые показатели нейрохирургической деятельности в Кыргызской Республике за 1999 год // В сб. Хирургия рубежа XX-XXI века.- Бишкек, 2002. - С. 729-739.

4. Мамытов М.М., Мендибаев К.Т., Оморов Т.М. Нейрохирургические проблемы мозговых инсультов. – Бишкек, 2002. – С.97.

5. Мамытов М.М. Лечение артериальных аневризм головного мозга прямыми доступами // Журнал Здравоохранение Кыргызстана, 2004. - №1. – С. 13 -18.

6. Мамытов М.М. Значение церебральной ангиографии в диагностике и выборе метода лечения больных с патологией сосудов головного мозга // В сб. Хирургия рубежа XX -XXI века. - Бишкек, 2000. – С. 99-101.

7. Мамытов М.М., Мендибаев К.Т. Хирургическое лечение артерио-венозных мальформаций головного мозга // Материалы V съезда нейрохирургов России.- М., 2006. - С.271-272.

8. Парфенов В.А. XIV Европейская конференция по инсульту // Неврологический журнал, 2005. - №6. - С. 53-59.

9. Mamytov M.M. Modern problems of the neurosurgery // in book: Selected works (to the 50 anniversary of the NAS KR). – Bishkek, 2004. - P. 239-244.

10. Michael Deck MD., Keneshbek Yrysov MD. Magnetic Resonance Angiography in Neurosurgery // Журнал Наука и новые технологии. - Бишкек, 2001. - №3. - С.50-51.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОРВИ НЕГРИППОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С НЕОТЛОЖНЫМИ СИНДРОМАМИ

Джолбунова З.К.

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

Резюме: Обследовано 43 ребенка с тяжелыми ОРВИ (ТОРИ), находившихся на лечении в отделении реанимации РКИБ. Методом ПЦР-диагностики выявлена этиологическая структура ОРВИ и определены особенности их течения.

Ключевые слова: ОРВИ, этиология, ПЦР-диагностика, отек мозга, дети.

ООР ЖАНА КУРЧ МУНОЗДО ОТУУЧУ РЕСПИРАТОРДУК ВИРУСТУК ЖУГУШТУУ САСЫК ТУМОО ЭМЕС ООУЛАРДЫН ОЗГОЧОЛУКТОРУ

Джолбунова З.К.

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

Корутунду: Бул илимий иликтоодо РКИБ реанимация болумундо дарыланyp жаткан 43 баланын курч муноздо отуучу, респиратордук вирустук жугуштуу сасык тумоо эмес оорулардын себептери жана озгочолуктору ПЧР- полимераздык чубама (тизмектуу) реакциясы аркылуу аныкталган.

Ачкыч создору: респиратордук вирустук жугуштуу оорулар, балдар, мээнин шишиги, ПЧР - полимераздык чубама (тизмектуу) реакциясы.

PECULIARITY OF CURRENT ARVI OF NON INFLUENTIAL AETIOLOGY IN CHILDREN WITH URGENT SYNDROMES

Djолbunova Z.K.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K.Akhunbaev,
Biskek, Kyrgyz Republic

Abstract: 43 children with severe form of ARVI, were treated in emergency department of RCIH. PCR-DIAGNOSTICS method reveals etiology structure ORVI and features of their course are defined.

Keywords: ARVI, etiology, PCR-DIAGNOSTICS, edema of brain, children.

Введение:

При острых респираторных вирусных инфекциях (ОРВИ) у детей развиваются неотложные состояния, требующие госпитализации в реанимационные отделения. Удельный вес, ОРВИ в настоящее время достигает 90% от всех инфекционных заболеваний у детей [1,3,4,5]. В этиологической структуре ОРВИ с 2005 года в Швеции и Нидерландах, России выделены новые вирусы - метапневмовирус (HMPV) и бокавирус человека (HBoV), которые составляют 26% от всех ОРВИ. Наибольшая активность HMPV и HBoV зарегистрирована в периоды с марта по июнь и с сентября по декабрь [2].

В Кыргызстане этиологическая расшифровка ОРВИ в последние годы остается низкой, что связано с социально-экономическим кризисом, недостатком и дороговизной диагностических тест-систем. Этиологическая расшифровка ОРВИ позволит изучить

механизмы развития ОРВИ и их осложнений, а также разработать оптимальные схемы лечения и снизить риск развития неотложных синдромов у детей.

Материалы и методы исследования.

Обследовано 43 больных детей в возрасте от 1 года до 5 лет, поступивших в отделение реанимации Республиканской клинической инфекционной больницы (РКИБ), отделение реанимации с марта по июнь 2011 года с диагнозом острая респираторная инфекция (ОРВИ), обследованных на 1-5 день болезни в вирусологической лаборатории Республиканского Госсанэпиднадзора КР для определения случая тяжелой острой респираторной инфекции (ТОРИ).

Для диагностики ОРВИ были использованы эпидемиологические, общеклинические, биохимические, рентгенологические методы исследования и ПЦР-диагностика, с помощью которого была

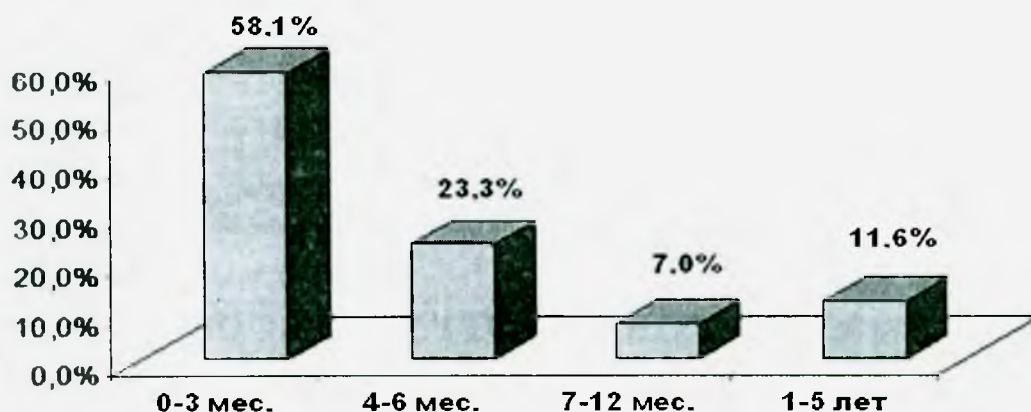


Рис. 1

Возрастная структура больных ОРВИ, госпитализированных в отделение реанимации РКИБ

получена расшифровка ОРВИ у 31 (72%) детей, из них у 51,6% больных выявлен риновирус, у 22,6% - парагрипп, у 6,45% - метапневмовирус, 6,45% - аденовирус, 6,45% - бокавирус и у 6,45% детей – РС-вирус. Статистическая обработка проводилась по программе SPSS-11.

Результаты и обсуждение.

Возрастная структура обследованных больных была представлена следующим образом: дети в возрасте 1-3 мес.- 25 (58,1%), 4-6 мес.- 10 (23,3%), 7-12 мес.- 3 (7,0%) и 1-5 лет – 5 (11,6%) больных, что свидетельствует о преобладании детей первых трех месяцев жизни (Рис.1). Среди заболевших детей- 53,5% были жителями города Бишкек и 46,5% иногородние.

При выяснении эпидемиологического анамнеза контакт с больными ОРВИ был выявлен у 23,3 % больных и у 27,9% детей, мамы заболевание связывали с переохлаждением. Скорой медицинской помощью были доставлены 8 (18,6%) больных, поликлиниками города (ЦСМ) были направлены 14 (32,6%) больных из других стационаров поступило 8 (18,6%) детей и без направления врачей поступили 13 (30,2%) детей, что указывает на тяжесть состояния детей до поступления в стационар. Выявлена положительная корреляционная связь ($r = +0,5$) между возрастом детей и сроком поступления их в стационар, т.е. позже поступали дети старшего возраста.

Сразу в отделение реанимации и интенсивной терапии (РИТ) поступило по тяжести состояния 65,1% больных, 34,9%

больных были переведены в отделение РИТ из других отделений на 1-3 день лечения. Длительность пребывания в отделении РИТ в среднем составило $4,8 \pm 1,6$ дней.

До поступления в РКИБ родители кратковременно ($1,7 \pm 0,5$ дней) 16 (37,2%) детям назначали: бисептол, амоксициллин, эритромицин.

При выяснении акушерского анамнеза у 21 (48,8%) детей была отмечена патология родов и беременности: угроза выкидыша, асфиксия, роды через кесарево сечение, преждевременные и затяжные роды, отслойка плаценты, анемия, токсикоз и тяжелая нефропатия у матерей.

Неблагоприятный преморбидный фон был в анамнезе жизни был выявлен у 35 (81,4%) наблюдаемых нами детей: гипоксически-ишемическая энцефалопатия (ГИЭ) и синдром внутрочерепной гипертензии - 68,6 %, анемия – 45,7%, ВУИ – 9,3%, киста головного мозга – 5,7%, нарушение питания – 14,3%. Из перенесенных заболеваний у 58,1% детей регистрировались ОРВИ и острые кишечные инфекции (ОКИ) у 20,9% больных.

При формулировке диагноза врачами приемного отделения РКИБ чаще фигурировал диагноз ОРВИ+синдром бронхиальной обструкции (СБО) у 39,5% детей, ОРВИ+пневмония - 20,9%, ОРВИ + фебрильные судороги выставлена у 11,7% больных, ОРВИ+ОСЛТ (острый стенозирующий ларинготрахеит) выставлена у 2,3% детей и ОРВИ+ОКИ у 25,6% больных.

Уже при поступлении в инфекционный стационар 30 (69,8%) детей имели тяжелые осложнения, из них пневмония с дыхательной недостаточностью была выявлена у каждого второго ребенка, отек головного мозга (ОГМ) - 10,0%, ДВС синдром - 20,0% и тяжелое обезвоживание у 20,0% детей. Следует отметить, что 11,6% больных детей получали лечение в других стационарах, где на 3,4±1,1 день пребывания выявлена суперинфекция ОРВИ, которая способствовало развитию микст-инфекции и влияла на тяжесть болезни.

В клиническом диагнозе у 32,6 % больных выставлен диагноз ОРВИ+СБО, ОРВИ+пневмония – 20,9%, ОРВИ+ОКИ+пневмония – 30,2%, ОРВИ+ОКИ – 4,7%, ОРВИ+ фебрильные судороги – 9,3% и ОРВИ+ОСЛТ у 2,3 % детей.

Ведущим неотложным синдромом у большинства больных были: тяжелая дыхательная недостаточность (ДН) – 88,4%, ОГМ – 27,7%, и ДВС синдром – 9,3% (Рис.2).

Основными жалобами при поступлении были повышение температуры тела, кашель, насморк, затрудненное дыхание и судороги. У многих (88,4%) больных повышение температуры тела было до 38,3±0,8°С. Повышение температуры выше 39°С отмечено у 11,6% детей. Лихорадка сохранялась в течение 4-12 дней, что было обусловлено развитием осложнений, неотложных синдромов, а также наложением внутрибольничной инфекции

(ОКИ, пневмония). Нарушение гемодинамики (“мраморность” кожи, акроцианоз, холодные конечности) было выявлено у 72,1% больных, беспокойство - у 74,4% детей, рвота – у 20,9% больных, которые сохранялись 1-4 дня.

У всех наблюдаемых больных был кашель и насморк в течение 4,2±1,2 дней. Одновременно на фоне катаральных явлений выявлены локальные изменения в легких (укорочение легочного звука и ослабление дыхания) - у 88,4% больных, что свидетельствует о развитии пневмонии, которую из-за тяжести состояния и подключения аппарата ИВЛ не всегда могли подтвердить рентгенологически .

Из неврологических симптомов было выявлено нарушение сознания у 53,5% детей на 3,4±1,1 день от начала заболевания, и сохранялась в течение 5,7±1,3 дней. Судороги тонико-клонического характера отмечались у 27,9% больных в течение 1,5±0,5 дней. Выявлена отрицательная корреляционная связь между возрастом и длительностью судорог ($r = -0,3$), т.е., чем меньше возраст ребенка, тем дольше сохранялись судороги.

Анализ данных периферической крови позволил выявить анемию у 25,6% больных, что негативно влияла на течение ОРВИ у детей. Несмотря на развитие пневмонии, неотложных синдромов, а также ОКИ лейкоцитарная формула у большинства (56,5%) больных соответствовала картине крови при ОРВИ: лейкопения (3,5-5,0 $\times 10^9$), с лимфоцитозом (64-73%). У 43,5% детей

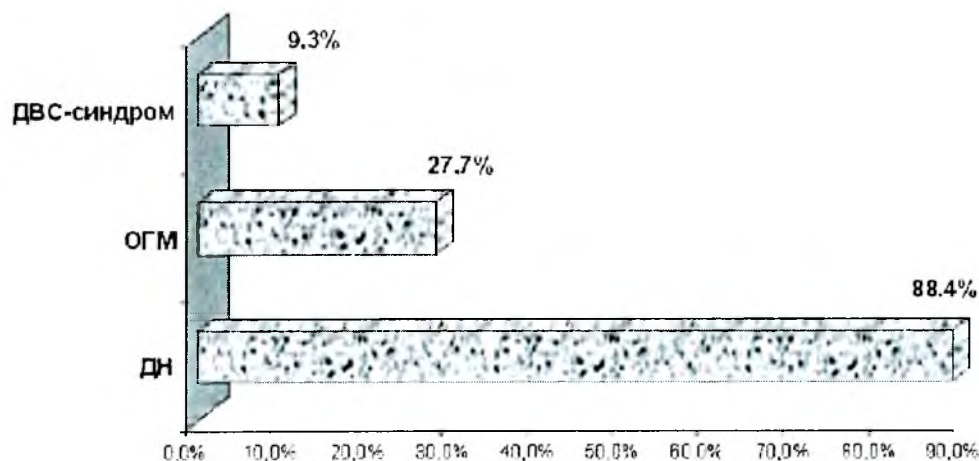


Рис. 2
Неотложные синдромы у больных ОРВИ

был выявлен лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево, также повышение СОЭ, что свидетельствует о присоединении вторичной бактериальной инфекции и осложненном течении ОРВИ у детей.

у всех больных детей проводили антибактериальное, дезинтоксикационное и дегидратационное, противосудорожное, симптоматическое лечение.

Основным показанием для назначения антибактериальной терапии являлась пневмония, неотложные синдромы, лихорадка более 3-х дней. Спектр антибиотиков был разнообразным: пенициллин, цефатоксим, цефтриаксон, эфипим, меркацин, меранем. На ИВЛ находились 16,3% детей в течение $2,7 \pm 0,9$ дней.

Исход болезни у 7,0% больных закончился выздоровлением, 81,4% - выписаны с улучшением, 2,2% детей мамы забрали самовольно домой из отделения и 4,7% больных были переведены в другой стационар. Летальный исход был у 4,7% детей. Длительность пребывания в стационаре в среднем составила $10,0 \pm 3,3$ дней.

Таким образом, ОРВИ у детей полиэтиологичны, часто протекают в ассоциации с вторичной бактериальной инфекцией. На

тяжесть состояния и частоту развития неотложных синдромов, неврологических осложнений влияет ранний возраст ребенка, отягощенный преморбидный фон, особенно гипоксически-ишемическая энцефалопатия. Использование современных методов лабораторной диагностики (ПЦР) позволяет уточнить этиологический фактор и прогнозировать течение, исход болезни для снижения неблагоприятного исхода.

Литература:

1. Вельтищев Ю.Е., Шаробаро В.Е., Степина Г.Г. Неотложные состояния у детей. / М. Медицина. 2004 г. с. 250-251
2. Козулина И.С. Новые инфекционные агенты - Метапневмовирус и Бокавирус человека / дисс. к.м.н., 2010 г. 113 с.
3. Учайкин В.Ф., Молочный В.П. Инфекционные токсикозы у детей. / М.: Изд-во РАМН. 2002. 248 с.
4. Учайкин В.Ф., Молочный В.П. Неотложные состояния в педиатрии: практическое руководство / М.: ГЭОТАР – Медиа, 2005. – с.
5. <http://www.medmir.com/content/view/2556/1> – (04.07.09).

**УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ОРГАНИЗАЦИЙ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТРЕТИЧНОГО УРОВНЯ КАЧЕСТВОМ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Искаков М.Б.

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

Резюме: В работе путем анкетирования определена степень удовлетворенности пациентов организаций здравоохранения третичного уровня (НХЦ, НЦКТ им. академика М.М.Миррахимова и НИИХСиТО), дана оценка качества работы врачей.

Ключевые слова: степень удовлетворенности, качество лечения, состояние здоровья.

**САЛАМАТТЫКТЫ САКТООНУН УЧУНЧУ ДЕНГЭЭЛДЕГИ
МЕКЕМЕЛЕРИНДЕГИ БЕЙТАПТАРДЫН МЕДИЦИНАЛЫК
ЖАРДАМ КӨРСӨТҮҮНҮН САПАТЫНА КАНААТТАНУУСУ**

Искаков М.Б.

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

Корутунду: Бул иште бейтаптарга сурамжылоо жүргүзүү жолу аркылуу саламаттыкты сактоонун үчүнчү денгээлиндеги (УХБ, М.Миррахимов атындагы УКТБ) мекемелериндеги медициналык тейлөөгө канааттануу деңгээли аныкталды жана дарыгерлердин ишинин сапатына баа берилди.

Негизги сөздөр: канааттануу деңгээли, дарылоонун сапаты, ден соолуктун абалы.

**SATISFACTION OF PATIENTS OF TERTIARY LEVEL HEALTHCARE
ORGANIZATIONS WITH QUALITY OF MEDICAL SERVICES**

Iskakov M.B.

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

Summary: By survey it was determined the degree of patient satisfaction of tertiary level healthcare organizations (National Surgical Centre, Academic M.M. Mirрахimov National Center of Cardiology and Therapy and Scientific-Research Institute of Surgery and Organ Transplantation), was assessed the quality of doctors.

Keywords: the degree of satisfaction, the quality of treatment, health status.

Целью данного медико-социального исследования явилось изучение и оценка степени удовлетворенности пациентов организаций здравоохранения третичного уровня (ОЗ ТУ) качеством предоставляемой медицинской помощи. Исследование проводилось среди больных терапевтического и хирургического профилей, находившихся на лечении и/или диагностическом обследовании в базовых клинических подразделениях таких ОЗ ТУ как: НХЦ, НЦКТ им. академика М.М.Миррахимова и НИИХСиТО. Для определения степени удовлетворенности нами было проведено анкетирование населения из числа пациентов, получивших медицинскую помощь в указанных ОЗ. Опрос проводился в течение 2009 - 2011 годов. Общее количество обработанных анкет

составило 600 единиц.

Проведенное исследование показало, что 72,4% опрошенных пациентов условия пребывания и лечения в ОЗ ТУ оценили как хорошие. Качеством лечебно-диагностической работы в отделении оказались вполне удовлетворены 87,6% больных.

На рис. 1 представлены данные ответов на вопрос “Удовлетворены ли Вы работой врачей?”.

Как видно из рисунка из числа опрошенных 84,0% пациентов были полностью удовлетворены качеством работы врачебного персонала, ответы отражающие не удовлетворенность или вызвавшие затруднения при ответе составили 6,0 и 10,0%, соответственно.

При изучении маршрутов госпитализации были получены следующие данные: были



■ Удовлетворены ■ Не удовлетворены ■ Затрудняюсь ответить

Рис. 1. Оценка качества работы врачей со стороны пациентов.



■ ГСВ ■ самонаправление ■ пол-ка ОЗТУ ■ СМП

Рис. 2. Источники направления на госпитализацию.

Таблица 1
Оценка состояния здоровья у пациентов в процессе лечения

№ пп	Варианты ответа	Абс.	%
1.	Значительно улучшилось	150	25,0
2.	Улучшилось	403	67,2
3.	Не изменилось	9	1,6
4.	Затрудняюсь ответить	38	6,2
	Всего:	600	100,0

направлены на госпитализацию врачом ГСВ 50,0% больных, 30,0% пациентов были направлены из поликлиники ОЗ ТУ (в составе которых они сохранились и функционируют), 8,0% обратились самостоятельно (самонаправление), по линии скорой медицинской помощи (СМП) поступило 12,0% больных. Большая

доля направленных на госпитализацию в ОЗ ТУ пациентов из медицинских учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, говорит в пользу функционирующей системы сооплаты, когда имеющий направление пациент платит за госпитализацию гораздо в меньшем объеме, чем остальные лица.

На рисунке 2 отражены данные по основным источникам направления на госпитализацию в ОЗ ТУ.

Внижеследующей таблице 1 представлены данные по оценке состояния своего здоровья у пациентов в процессе лечения.

Так, 67,2% пациентов считают, что состояние их здоровья в процессе лечения улучшилось; 25,0% опрошенных считают, что состояние их здоровья значительно улучшилось в процессе лечения.

Дополнительно в анкету была включена графа по предложениям со стороны пациентов по улучшению работы ОЗ ТУ. Пациентами были высказаны следующие пожелания и предложения:

- расширить штат работников регистратуры в поликлинике;
- проводить медицинские процедуры без выходных или с одним выходным днем;
- постоянство штата медицинского персонала;
- повысить оснащенность медицинской техникой и медикаментами;
- исключить плату за госпитализацию с малоимущих слоев населения;

по возможности расположить все кабинеты на одном этаже.

На вопрос о предпочтении выбора госпитализации в данную ОЗ 40,5% пациентов ответили, что необходимость лечения было обусловлено тяжестью состояния пациента; 21,6% – рекомендовал лечащий врач; 18,9% – слышали хорошие отзывы от ранее лечившихся; 8,1% – ответили что у них не было выбора; 10,8% – не дали ответа.

На рис. 3 представлена оценка пациентами работы ОЗТУ по 5-балльной шкале.

Таким образом, можно говорить о том факте, что социальная эффективность работы ОЗ ТУ прямо связана с условиями осуществления лечебно-диагностического процесса, среди которых можно выделить:

- возможность вести активный образ жизни;
- отсутствие сложностей госпитальных условий;
- сохранение привычного для пациента режима и питания, приближенными к домашним условиям;
- более быстрое возвращение пациентов к трудовой деятельности;
- потенциальная возможность лечения без

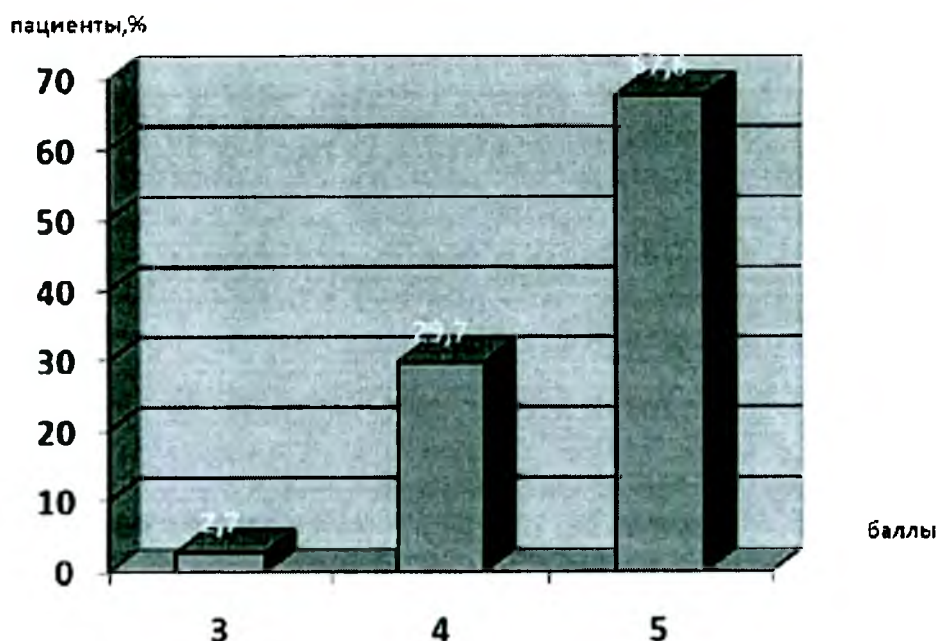
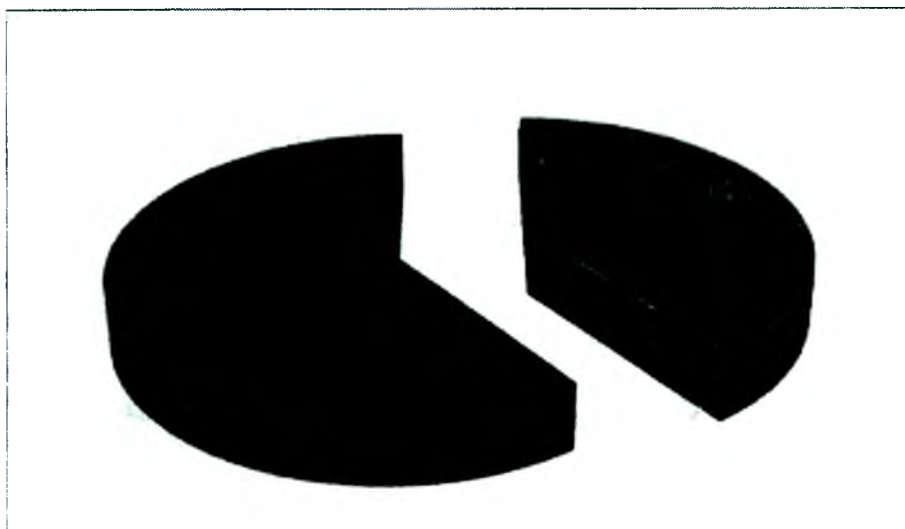


Рис. 3.
Оценка работы ОЗ ТУ.



**Рис. 4. Соотношение случаев обращения в ОЗ ТУ.
Примечание: 1 – случаи повторного обращения;
2 – случаи первичного обращения.**

прекращения работы.

Качество лечения определяется своевременностью назначения и выполнения диагностических исследований и процедур. Так, 87% опрошенных пациентов отметили своевременность назначения и выполнения исследований, предписанных врачом. Время, назначенное для выполнения процедур и диагностических исследований, по ответам 93% пациентов соблюдалось всегда; 89% пациентов отметили вежливое отношение к больным. Поведение медицинского персонала имеет прямое влияние на качество лечения, что связано с выполнением ими своих профессиональных обязанностей. Понятно, что, не являясь профессионалом в области медицины, больной судит о квалификации врача по разным аспектам деонтологического характера.

Опосредованным образом качество находит свое отражение и в количестве случаев повторного обращения в ОЗ.

На рисунке 4 отражены данные по соотношению случаев обращения (первичное, повторное) в ОЗ ТУ.

В заключение данной статьи следует отметить что анкетирование пациентов позволяет проводить администрации ОЗ, в том числе третичного уровня на основе определения индекса удовлетворенности (который позволяет представить данный показатель в конкретном математическом выражении) дополнительную скрининговую оценку, а также мониторинг качества медицинской помощи и оперативно принимать адекватные меры и управленческие решения по устранению имеющихся недостатков.

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ СО
СТОРОНЫ ПАЦИЕНТОВ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ТРЕТИЧНОГО УРОВНЯ**

Искаков М.Б.

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

Резюме: В данной работе путем анкетирования пациентов проведен анализ качества платных медицинских услуг в организациях здравоохранения третичного уровня (ОЗ ТУ). Были определены показатели степени удовлетворенности медицинской помощью, в зависимости от уровня ее предоставления (амбулаторный и стационарный). На основании полученных результатов был вычислен индекс удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью.

Ключевые слова: платные услуги, улучшение здоровья, врачебная квалификация, удовлетворенность.

**АКЫ ТӨЛӨНҮҮЧҮ МЕДИЦИНАЛЫК ТЕЙЛӨӨЛӨРГӨ
САЛАМАТТЫКТЫ САКТООНУН ҮЧҮНЧҮ ДЕНГЭЭЛДЕГИ
МЕКЕМЕЛЕРИНИН БЕЙТАПТАРЫ ТАРАБЫНАН БЕРИЛГЕН
БААСЫ**

Искаков М.Б.

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

Корутунду: Бул иште бейтаптарга сурамжылоо жүргүзүү жолу аркылуу саламаттыкты сактоонун үчүнчү деңгээлиндеги мекемелериндеги медициналык тейлөөнүн сапатына анализ жүргүзүлдү. Медициналык жардам берүүнүн (амбулатордук жана стационардык) канааттандыралык даражасынын көрсөткүчтөрү аныкталды. Алынган жыйынтыктардын негизинде көрсөтүлгөн медициналык жардамдарга бейтаптардын канааттануу индекси эсептелип чыкты.

Негизги сөздөр: Акы төлөөнүүчү тейлөөлөр, ден соолукту жакшыртуу, дарыгердик квалификация, канааттануу.

**ASSESSMENT OF QUALITY OF PAID MEDICAL SERVICES BY
PATIENTS OF TERTIARY LEVEL HEALTH ORGANIZATIONS**

Iskakov M.B.

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

Summary: In this paper by questioning patients it was analyzed the quality of paid medical services in health organizations of tertiary level (HO TL). Determined the degree of satisfaction with medical care, depending on the level of its provision (outpatient and inpatient). Based on these results it was calculated the index of patient satisfaction with provided medical care.

Keywords: paid services, improving health, medical qualifications, satisfaction.

Когда говорят о достижении целей здравоохранения, имеют в виду повышение уровня здоровья населения и удовлетворение его потребности в квалифицированной медицинской помощи. Поскольку медицинская помощь в государственных медицинских учреждениях многих не удовлетворяет, а улучшить ее качество предъявлением лишь одних жалоб пока не удастся, пациенты пытаются решить свои проблемы использованием платных медицинских услуг. Данное положение послужило основой для проведения анализа качества платных медицинских услуг в ОЗ ТУ.

На рисунке 1 представлены данные по

случаям обращения за платными услугами на момент проведения исследования.

Долевое соотношение случаев обращения за платными услугами говорит прежде всего о том что данные медицинские услуги пользуются определенной популярностью среди пациентов.

На рисунке 2 представлены данные по оценке качества платных палат по 5-балльной системе.

На рисунке 3 представлены данные по оценке уровня качества платных медицинских услуг в ОЗ ТУ.

О работе диагностического отделения от большинства респондентов были получены

Амбулаторный этап



Рис. 1. Случаи обращения за платными услугами.

■ 1
■ 2

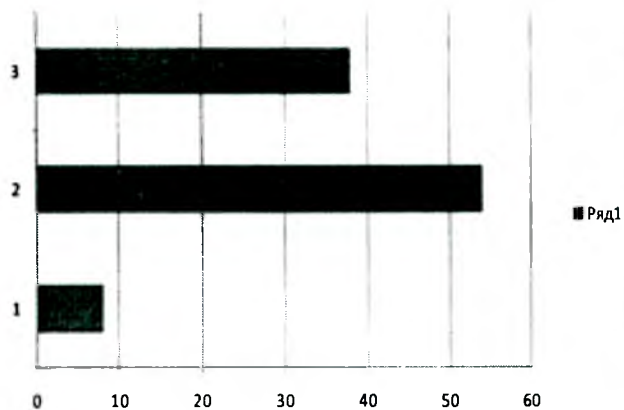


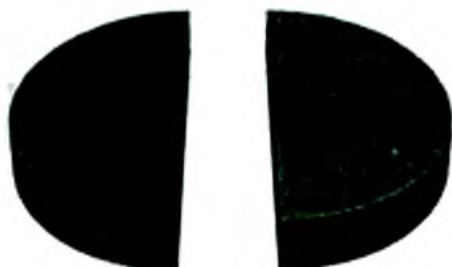
Рис. 5. Оценка пациентами удовлетворенности медицинской помощью на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи (% пациентов, оценивших удовлетворенность медицинской помощью как высокую (8-10 баллов), среднюю (4-7 баллов), низкую (1-3 балла)).



■ Да
■ Нет

Стационарный этап

Рис. 2. Оценка качества платных палат по 5-балльной системе.



■ 46
■ 56

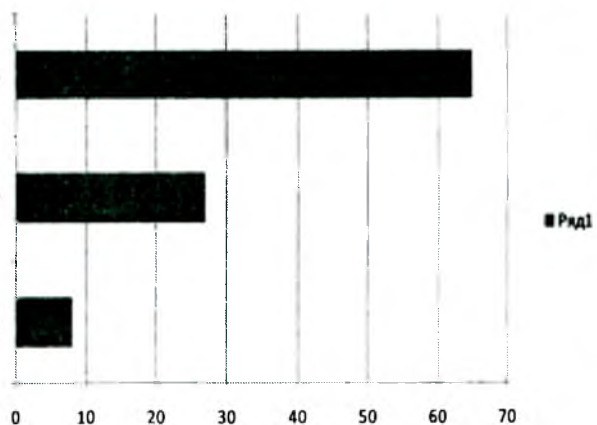


Рис. 6. Оценка пациентами удовлетворенности медицинской помощью на стационарном этапе оказания медицинской помощи.

Рис. 3. Оценка качества платных диагностических услуг в ОЗ ТУ.



■ 4 балла
■ 5 баллов

Рис. 4. Отношение к качеству платных медицинских услуг в ОЗ ТУ.

положительные отзывы, профессиональные качества медицинского персонала устраивают 77,0% опрошенных. Качество медицинских услуг было оценено пациентами высоко, и средний балл по работе отделения составил 4,5.

Стоимость медицинских услуг, предоставляемых в ОЗ ТУ, в основном соответствует материальному положению пациентов. По мнению 87,0% пациентов, платные отделения должны обязательно существовать. Если вновь понадобится медицинская услуга, то все опрошенные ответили, что обратятся за помощью именно в данное отделение. Только 66,0% пациентов, ответивших на этот вопрос, могут позволить себе оплатить услугу за цену, установленную прейскурантом ОЗ ТУ; 87,0% опрошенных высказали положительное отношение к платным медицинским услугам. В 7,0% случаев врачи в условиях стационара рекомендовали больным платные диагностические исследования, однако около 13,0% больных посчитали стоимость данных услуг как не соответствующую их материальному положению. Отношение пациентов к коммерческой деятельности ОЗ ТУ у 67% опрошенных оказалось положительным. Тем не менее, 12,0% респондентов затруднились дать ответ по маркетинговой деятельности.

На рисунке 4 отражено долевое отношение к качеству платных медицинских услуг в ОЗ ТУ.

Интегральным показателем качества стационарной помощи с точки зрения респондентов является показатель удовлетворенности лечением и уходом в целом, что отражается, прежде всего, в динамике улучшения состояния здоровья. В результате лечения 89% пациентов отметили значительное улучшение своего здоровья. Среди критериев оценки качества медицинских услуг наиболее значимыми пациенты выделили уровень врачебной квалификации, полноту выполнения лечебно-диагностических мероприятий, оптимальные условия лечения и ухода, соблюдение деонтологических принципов медицинским персоналом. Проведенный социологический опрос пациентов показал, что происходящие неблагоприятные процессы в экономике страны, сохраняющийся дефицит финансирования

здравоохранения не способствуют повышению качества медицинской помощи.

Далее нами были определены показатели степени удовлетворенности медицинской помощью в ОЗ ТУ, в зависимости от уровня ее предоставления (амбулаторный и стационарный). На рисунке 5 представлены данные по оценке пациентами удовлетворенности медицинской помощью на амбулаторном этапе ее предоставления.

Полученные данные позволяют говорить о том, что из исследованных критериев удовлетворенности медицинской помощью, пациенты отмечают самую высокую удовлетворенность по критерию обеспеченности лекарственными препаратами (8,0 баллов на амбулаторном этапе, 7,4 балла на этапе предоставления скорой помощи). Наибольший процент пациентов отмечает высокую степень удовлетворенности медицинской помощью на амбулаторном этапе ее оказания: 54% пациентов отметили высокую (8-10 баллов) удовлетворенность медицинской помощью на амбулаторном этапе, 38% отметили средней степени удовлетворенность и только 8% - низкий ее уровень. На рисунке 6 представлены данные по оценке пациентами удовлетворенности медицинской помощью на стационарном этапе.

Из данного рисунка видно, что высокую степень удовлетворенности оказанием медицинской помощи на стационарном этапе в целом отмечает 65% из числа опрошенных, 27% отметили средней степени удовлетворенность и 8% - низкий ее уровень.

На основании полученных результатов был вычислен *индекс удовлетворенности* пациентов ОЗ ТУ оказанной медицинской помощью на каждом из вышеперечисленных этапов. Наиболее высокий индекс удовлетворенности медицинской помощью выявлен на стационарном этапе (8,5 баллов), на амбулаторном этапе индекс удовлетворенности составил 7,5 баллов.

Предложения пациентов по улучшению качества предоставляемой медицинской помощи сводятся главным образом к проведению организационных мероприятий. Так, 26,0% респондентов считают, что необходимо увеличить количество «узких» специалистов

в поликлиниках для ликвидации очередей к ним, изменить режим работы врачей, изменить способ направления к консультантам. 2,2% предлагают уменьшить «бумажную работу» у врачей, увеличить время приема на одного больного. 10,3% указали на целесообразность повысить уровень образования и квалификации врачей. 21,1% ставят на первое место улучшение материально-технической базы ОЗ ТУ, увеличение объемов финансирования здравоохранения, строительство новых больниц. 10,0% респондентов считают актуальной задачей улучшение обеспечения льготными лекарствами и решение других проблем, связанных с лекарственным обеспечением, и столько же (12,2%) – улучшение помощи инвалидам, пожилым гражданам, повышение доступности медицинской помощи на дому. 5,7% респондентов в качестве необходимой меры предложили увеличить оплату труда медицинских работников. 12,7% обращают

внимание на деонтологические проблемы – предложили искоренить грубость и более внимательно относиться к пациентам.

В заключение данной статьи следует отметить, что в стоимость медицинской услуги необходимо включать оценку качества медицинской помощи, состоящую из уровня квалификации медицинского персонала, конечного результата, полного объема лечебно-диагностических услуг, удовлетворительных условий ухода. В размер стоимости медицинской услуги должны быть включены расходы на внедрение и использование новых методов диагностики и лечения. За счет повторных диагностических исследований и консультаций специалистов узкого профиля, обусловленных недостаточным клинико-диагностическим исследованием на догоспитальном этапе и (или) его отсутствием, механизм финансирования стационара в современных условиях остается достаточно затратным.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ СТУДЕНТОВ 1-3 КУРСОВ

Сайдылдаева А.Б.

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К.Ахунбаева,

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Целью исследования явилось определение уровня реактивной тревожности (РТ) и уровня беспокойства-тревоги у студентов с 1 по 3 курсы обучения. Исследовано 100 здоровых студентов в возрасте 18-20 лет. Статистическая обработка проведена по методу Стьюдента. Оказалось, что к 3 году обучения идет снижение лиц с высоким уровнем тревоги и увеличиваются лица со средним уровнем тревоги.

Ключевые слова: реактивная тревожность, беспокойство-тревога.

1-3 КУРСТУН СТУДЕНТТЕРИНИН ЭМОЦИОНАЛДЫК-ИНСАНДЫК ӨЗГӨЧӨЛУКТӨРҮН ИЗИЛДӨӨ.

Сайдылдаева А.Б.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Изилдөөнүн максаты 1-3 курстун студенттеринин реактивдуу тынчсыздануу, тынчсыздануу жана чочулоо көрсөткүчтөрүн изилдөө болуп саналат. 18-20 жаштагы 100 дени сак студенттер изилденди. Статистикалык аныктоо Стьюденттин методу менен жүргүзүлдү. Изилдөөдө 3 окуу жылында жогорку тынчсыздануу төмөндөдү, ортонку тынчсыздануунун көрсөткүчтөрү жогорулады.

Негизги сөздөр: реактивдуу тынчсыздануу, тынчсыздануу жана чочулоо.

DEFINITION OF EMOTION-PERSONALITY PATTERN OF THE STUDENTS 1-3 COURSES

Saidyldaeva A.B.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K.Akhunbaev,

Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The aim of this study was to determine the level of reaction trouble (RT), anxious and trouble in students of the 1-3 course. 100 healthy students at the age of the 18-20 years were examined. The statistic working out in carried out using Sydent metod. It was found that the number of students with high sed level of anxiety was decrea and the number of students with average level of anxiety was increased.

Key words: reaction, anxiety, trouble anxiety

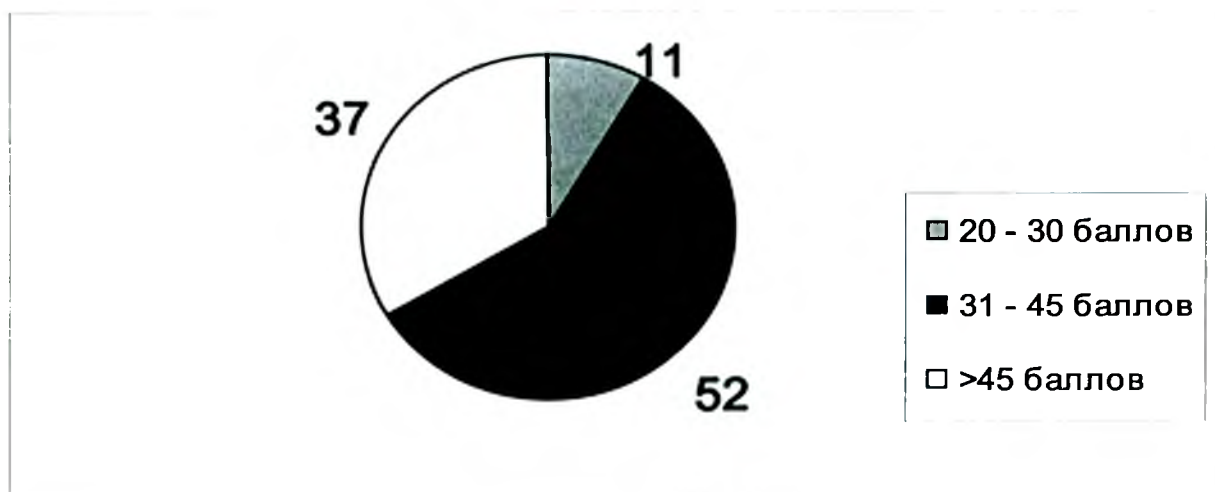


Рис. 1.

Реактивная тревожность студентов первого курса (%).

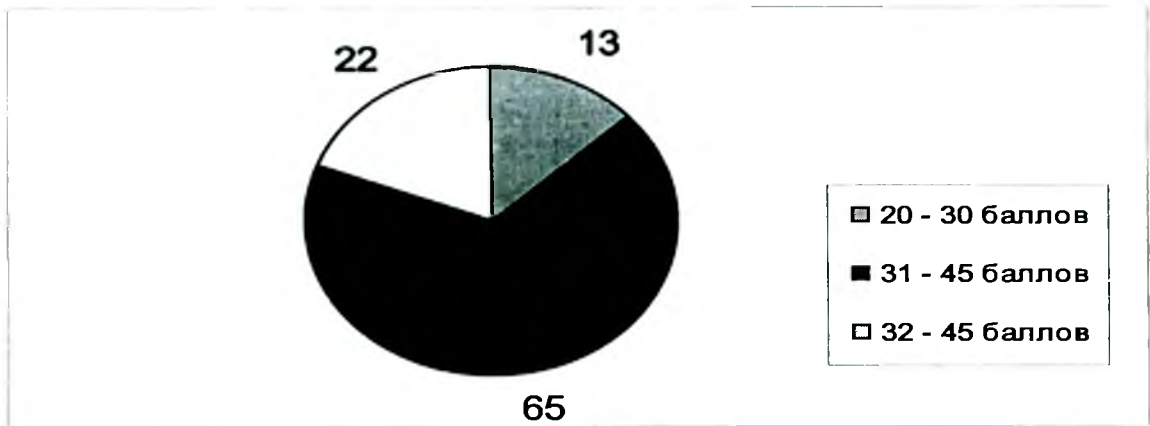


Рис. 2. Реактивная тревожность студентов второго курса (%).

Введение: В изучении проблемы эмоционально-личностных особенностей студентов значительное место занимает исследование психофизиологических характеристик деятельности мозга [1,2]. Динамика психофизиологических показателей является одним из неотъемлемых проявлений интегративной деятельности головного мозга человека в процессе онтогенеза. Целью исследования явилось проведение сравнительного анализа в структуре психических процессов у студентов с 1 по 3 курсы обучения.

Материалы и методы исследования.

Исследовано 100 здоровых студентов в возрасте 18-20 лет. Уровень беспокойства и тревоги (БТ) определяли при помощи модифицированного варианта шкалы Тейлора [3].

Результаты исследования и их обсуждение.

Мы проследили динамику реактивной тревожности у студентов медакадемии с первого по третий годы обучения, физически здоровых, без каких-либо психических отклонений.

Было проведено исследование РТ по годам обучения. Оказалось, что среди 100 первокурсников 52% имеют средний уровень РТ от 31 до 45 баллов, 37% – высокий уровень тревожности (более 45 баллов), и только 11% показало низкий уровень РТ (менее 30 баллов), (рис.1).

Студенты второго года обучения показывают уменьшение испытуемых с высоким уровнем РТ до 22 % ($p < 0,001$), увеличение доли лиц со средним уровнем РТ до 65% ($P < 0,01$), в то время как количество студентов с низким уровнем РТ несколько растет до 13 % ($p > 0,1$),

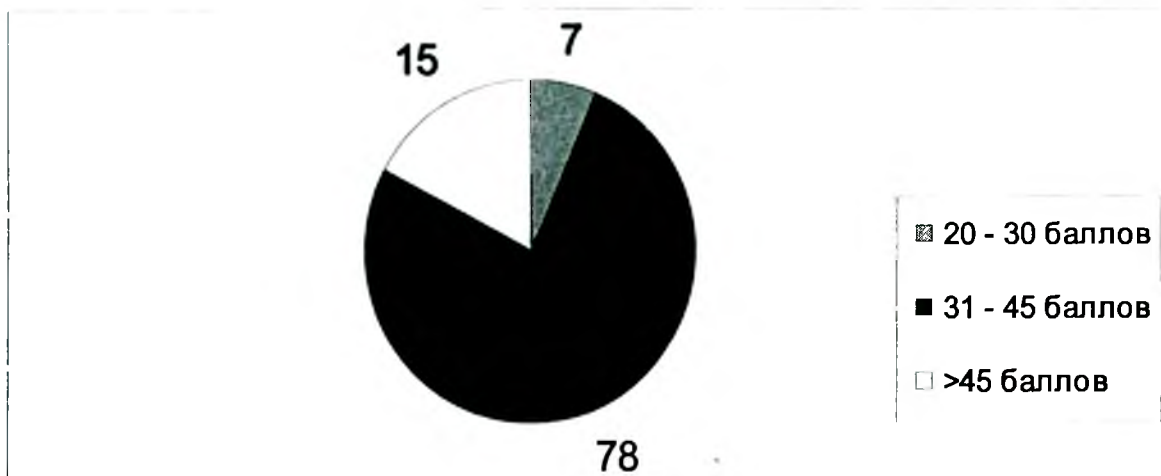


Рис. 3. Реактивная тревожность студентов третьего года обучения (%).

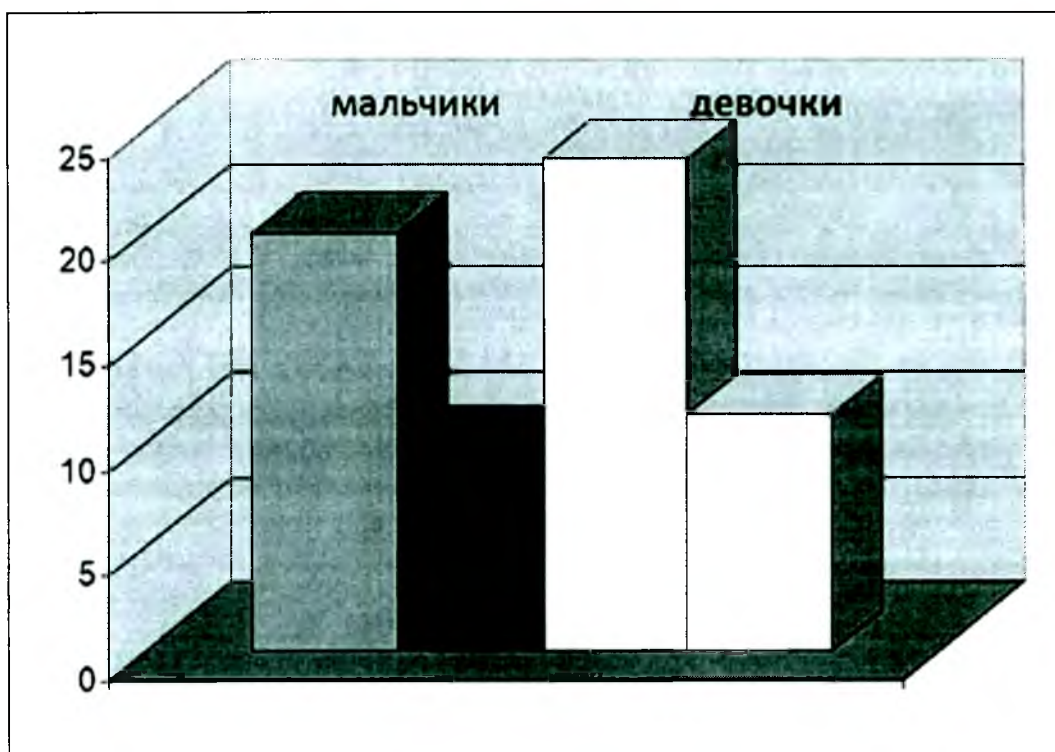


Рис. 4. Показатели реактивной тревожности студентов I, III курсов, разделенных по половому признаку.

(рис.2).

На третьем курсе исследование показателей РТ выявляет снижение доли лиц с высоким уровнем тревоги до 15%, увеличение лиц со средним уровнем тревоги - до 78% с почти неизменным процентом испытуемых с низким уровнем РТ, которых вероятно можно отнести к группе «непрошибаемых», переходящих из курса на курс с неизменным уровнем хладнокровия (рис. 3).

Таким образом, наблюдается четкая динамика снижения уровня РТ у студентов медакадемии по мере адаптации к учебному процессу. Значительный процент испытуемых с высокими значениями РТ на первом году обучения свидетельствует о напряжении адаптивных функций в процессе адаптации к новым условиям.

При разделении студентов по половому признаку, оказалось, что на I курсе девочки более тревожны, чем мальчики, а половые различия тревожности нивелируются к третьему курсу, девочки недостоверно ($p > 0,05$) остаются все же более тревожными, нежели мальчики как видно

на (рис.4).

Выводы:

1. На первом курсе обучения увеличивается показатель высокого уровня тревожности 2 и 3 году обучения показатель высокого уровня тревожности снижается, так как идет адаптация к учебному процессу.
2. Девочки на 1 курсе более тревожны, чем мальчики.

Литература

1. Пейсахов Н.М. Психологические и психофизиологические особенности студентов. – Казань, 1977. – 295с.
2. Хомская Е.Д. Нейропсихология. – М.: Универ., 1987. – 288 с.
3. Орлов Ю.М., Шкуркин В.И., Орлов Л.П. Построение теста-вопросника для измерения потребности в достижениях. - В кн.: Вопросы экспериментальной психологии и ее истории. - М., 1974. - С.67-105.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНЕКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ С ЦЕЛЬЮ ОСТАНОВКИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Шарипова И. М., Арзыкулова Г. С., Тургумбеков А. З.

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

Резюме: В статье приводятся данные, полученные в результате применения транексамовой кислоты в комплексном лечении 18 больных с рецидивирующими носовыми кровотечениями.

Ключевые слова: транексамовая кислота, рецидивирующие носовые кровотечения, ДВС-синдром.

ТРАНЕКСАМ КЫЧКЫЛЫНЫН КАЙТАЛАНУУЧУ МУРУН КАНОО УЧУРЛАРЫНДА КОЛДОНУЛУШУ

Шарипова И. М., Арзыкулова Г. С., Тургумбеков А. З.

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

Корутунду: Бул макалада кайталануучу мурун каноо учурларында 18 ооруну транексам кычкылы жардамы менен дарыланганы жонундо маалымат бар.

Ачкыч сөздөр: транексам кычкылы, кайталануучу мурун каноосу, ДВС-синдрому.

THE TREATMENT OF PATIENTS WITH RELAPSE NASAL BLEEDING USING TRANEXAMIC ACID.

Sharipova I. M., Arzykulova G. S., Turgumbekov A.Z.

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

Abstract: This paper reports the result of treatment of 18 patients with relapse nasal bleeding with tranexamic acid.

Key words: tranexamic acid, relapse nasal bleeding, DIC-syndrome.

Актуальность проблемы.

Носовое кровотечение (НК) является симптомом местного повреждения сосудов полости носа или общего заболевания. По данным литературы НК наблюдается у 11,1% больных с ЛОР патологией. Из них у 80% кровотечения обусловлены общими заболеваниями, а у 20% - местными. [2] Из общих причин к НК приводят гипертоническая болезнь, заболевания крови, печени, почек. К причинам местного характера относятся травмы, атрофический ринит, новообразования полости носа и околоносовых пазух. [1,2,5,6]

В практике оториноларинголога НК является распространенной патологией и нередко представляет собой реальную угрозу для жизни больного. Несмотря на достаточно большое количество литературы как отечественной, так и зарубежной, в лечении рецидивирующих НК остается много нерешенных вопросов. Это стимулирует поиск более совершенных способов их остановки.

Полость носа кровоснабжается из бассейна как наружной, так и внутренней сонных артерий. Как известно, в передних отделах перегородки носа имеется так называемая зона Киссельбаха, где анастомозируют четыре сосуда: a.nasalis septi, a.palatina major, a.ethmoidalis anterior, a.labialis superior. Слизистая оболочка в этом отделе тонка, тесно связана с хрящом перегородки носа, а у сосудов этой зоны недоразвита мышечная оболочка, что в свою очередь препятствует быстрому гемостазу. В 90-95% случаев источником кровотечения служит зона Киссельбаха, а в 5-10% из средних или задних отделов полости носа связанные с нарушением целостности стенки крылонебной артерии. [1,2]

Нередко в результате позднего обращения больных, несвоевременно оказанной помощи, а также у больных с патологией сосудов НК рецидивируют, что в дальнейшем приводит к развитию постгеморрагической анемии, ДВС синдрому, а иногда - и к летальному исходу.

Для остановки НК применяется комплекс медикаментозной и хирургической терапии. Медикаментозная терапия включает в себя: препараты, обладающие гемостатическим эффектом (этамзилат, аминокaproновая кислота), препараты крови и кровезаменители (свежезамороженная плазма, эритроцитарная масса, криопреципитат и др.), препараты кальция и железа, витамины (аскорутин и викасол).

Помимо медикаментозной терапии основными способами остановки НК является механическое воздействие на источник кровотечения и тампонада полости носа. Наименее травматичными считаются бестампонные (коагулирующие) способы остановки НК, к которым относятся химическое воздействие на кровоточащий участок слизистой оболочки, электрокоагуляция, лазерная коагуляция, аргоновая плазменная коагуляция. [5,6] Из указанных методов наиболее доступным для практического оториноларинголога является электрокоагуляция. Однако для ее эффективного использования требуется "сухое поле", кроме того при профузных, особенно рецидивирующих НК затрудняет поиск сосуда, который необходимо коагулировать. Однако следует отметить, что коагулирование сосуда не всегда осуществимо. В случаях, когда кровоточащий сосуд необозрим, его удается остановить только тампонадой полости носа.

Тампонада носа (передняя и задняя) – вынужденная мера при отсутствии возможности остановить НК посредством местного воздействия на источник кровотечения, а также при высоком риске рецидива. В клинической практике тампонада носа марлевым, пневматическим или эластическим тампоном на протяжении достаточно многих лет является основным методом остановки НК. Недостатком марлевой тампонады является болезненность при введении и удалении турунды, активация местного фибринолиза, прилипание к слизистой оболочке носа с последующей ее травматизацией при извлечении турунды, пропитывание турунды ранаевым отделяемым, что создает оптимальные

условия для развития микроорганизмов. Эластические и пневматические тампоны просты при использовании, однако они не повторяют сложный рельеф полости носа, не проникают в узкие пространства, часто служащие источником геморрагии. [5,6]

Транексамовая кислота является антифибринолитическим средством, специфически ингибирующим превращение пламиногена в плазмин, тем самым предотвращая фибринолиз образовавшегося тромба. Это антиплазминовый препарат, подавляющий активность плазмينا, стабилизирующий коагуляционные факторы и фибрин, снижающий проницаемость сосудов. Вследствие этих воздействий наблюдается выраженный гемостатический эффект и предотвращение деградации фибриногена. [3,4]

В клинической практике транексамовая кислота используется для предупреждения и остановки массивных кровотечений вакушерской и гинекологической практике, а также при обширных полостных операциях в хирургии. [3,4] Транексамовая кислота в ЛОР практике начала применяться относительно недавно и именно поэтому целью нашего исследования послужило изучение клинической эффективности транексамовой кислоты в комплексной терапии больных с рецидивирующими НК. В доступной нам литературе мы не нашли указаний по использованию препарата у больных с носовыми кровотечениями.

Материалы и методы исследования.

За период с мая месяца по декабрь 2011 года в ЛОР отделение НГМЗКР за экстренной помощью обратилось более 200 больных с НК, 18 больных было с рецидивирующими НК, среди них 12 мужчин и 6 женщин. Возраст больных варьировал от 23 до 72 лет. Возрастные соотношения больных приведены в таблице 1.

Из данной таблицы следует, что рецидивирующие НК встречаются одинаково во всех возрастных категориях, как в молодом, трудоспособном возрасте, так и у лиц преклонного возраста.

20-30 лет		31-40 лет		41-50 лет		51-60 лет		61-70 лет		71-80 лет	
абс	отн	абс	отн	абс	отн	абс	отн	абс	отн	абс	отн
6	33,3%	1	5,5%	3	16,7%	3	16,7%	3	16,7%	2	11,1%

В анамнезе, у 13 (72,3%) больных причиной кровотечения послужила гипертоническая болезнь, у 3 (16,7%) больных - травмы носа, у 1 (5,5%) больного после оперативного вмешательства в полости носа, у 1 (5,5%) больного причиной рецидивирующего НК явились субатрофический ринит и искривление перегородки носа.

Всем больным проведено исследование крови, мочи, уровня глюкозы крови, коагулограммы, почечных и печеночных тестов, электрокардиографии, рентгенографии органов грудной клетки, ультразвукового исследования органов брюшной полости и осуществлялась консультация различных специалистов.

Результаты и обсуждения.

В обследуемую группу вошли больные с рецидивирующими НК, у которых проводившиеся ранее медикаментозная терапия и манипуляции не привели к остановке кровотечений.

В комплексное лечение больных была добавлена транексамовая кислота в дозировке 1,0 грамм в сутки внутривенно капельно на изотоническом растворе натрия хлорида.

Результаты эффективности лечения транексамовой кислотой оценивались по следующим критериям: остановка НК, уровень кровопотери и рецидив кровотечения при удалении тампонов, частота оперативных вмешательств в виде перевязки наружных сонных артерий, количество койко-дней проведенных в стационаре.

В обследуемой группе у 12 (66,7%) больных кровотечение остановлено путем передней тампонады, у 5 (27,8%) больных применена передняя и задняя тампонада и 1 (5,5%) пациенту произведена перевязка наружных сонных артерий.

В результате применения транексамовой кислоты остановка НК отмечена у всех 18 (100%) больных. При удалении тампонов уровень кровопотери был небольшим у 16 (88,9%) больных, а у 2 (11,1%) больных сведен почти к минимуму. 1 (5,5%) больному произведена операция перевязка наружных сонных артерий. В среднем койко-дни, проведенные больными с НК в стационаре, составили 10 суток. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии.

Выводы.

1. Транексамовая кислота является эффективным средством для лечения больных с рецидивирующими носовыми кровотечениями.

2. Применение транексамовой кислоты снижает риск рецидива НК и частоту оперативных вмешательств в виде перевязки наружных сонных артерий.

3. По данным обследования рецидивирующие носовые кровотечения встречаются одинаково во всех возрастных категориях.

Список литературы.

1. Пальчун В. Т., Крюков А. И. Оториноларингология. Москва «Медицина» 2001. стр.204-212
2. Солдатов И. Б. Руководство по оториноларингологии. Москва «Медицина» 1997. стр.230-232
3. Машковский М. Д. Лекарственные средства. Москва «Новая Волна» 2005. стр.493
4. Харкевич Д. А. Фармакология Москва «Геотар - Медиа» 2010. стр.434
5. Крюков А. И., Карельская Н. А. Вестн оторинолар 2006;1 стр.28-30
6. Волков А. Г., Бойко Н. В. Вестн оторинолар 2010;4 стр.9-12

ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТНОГО ФАКТОРА НА ИСХОД ОСТРЫХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ.

Ырысов К. Б., Турганбаев Б.Ж., Козубаев У.У.

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

Резюме: Изучена роль прогностических факторов, влияющих на исход острых травматических субдуральных гематом. Анализированы корреляции между клиническими симптомами, размерами острых субдуральных гематом, наличием смещения срединных структур головного мозга и вклинения мозга, возрастом больных, временем поступления в стационар и временем операции, а также данными КТ/МРТ головного мозга больных с острыми субдуральными гематомами.

Ключевые слова: субдуральная гематома, хирургическое лечение, прогноз, исход.

КУРЧ СУБДУРАЛДЫК ГЕМАТОМДУН НАТЫЙЖАСЫНА ЖАШ КУРАК ФАКТОРУНУН ТААСИРИ

Ырысов К. Б., Турганбаев Б.Ж., Козубаев У.У.

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

Корутунду: Откол субдуралдык гематомдун натыйжасына таасир этүүчү болжолдуу факторлордун ролу изилдөөгө алынды. Откол субдуралдык гематомдун көлөмүнүн, клиникалык симптомдорунун ортосундагы өз ара байланыштары, оорулуунун жаш курагына жараша баш мээнин ортолук түзүлүшүнүн жана мээнин ажыроосу, маал маалы менен стационарга кайрылуусу жана операция болуусу, ошондой эле курч субдуралдык гематом менен ооругандардын баш мээсинин КТ/МРТ маалыматы боюнча анализден өткөрүлдү.

Негизги сөздөр: субдуралдык гематома, хирургиялык дарылоо, болжол, натыйжа.

INFLUENCE OF AGE FACTOR ON AN OUTCOME OF ACUTE SUBDURAL HEMATOMAS.

Yrysov K., Turganbaev B., Kozubaev U.

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

Resume: The role of prognostic factors influencing outcome of acute subdural hematomas has been studied. Correlation between clinical symptoms, the location and volume of the hematoma, presence of midline shift and brain herniation, patients age, the time intervals from hospital admission to the decompression surgery, also CT and MRI findings in patients with acute subdural hematomas were analyzed.

Key words: subdural hematoma, surgical management prognosis, outcome.

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) смертность при черепно-мозговой травме (ЧМТ) у лиц наиболее трудоспособного возраста (до 45 лет) занимает первое место в общей структуре смертности. Современная нейротравма характеризуется возрастанием частоты травматических внутричерепных повреждений, среди которых особое место занимают гематомы. Диагностика и лечение черепно-мозговых травм, являясь актуальной проблемой нейрохирургии, за последние годы приобрела еще большее значение.

Результаты хирургического лечения при травматических СГ нельзя признать удовлетворительными. Летальность при ЧМТ с

наличием субдуральных травматических гематом составляет от 37 до 85%. Прогнозирование исходов травматического сдавления головного мозга острыми внутричерепными гематомами имеет большое значение для предупреждения и своевременной коррекции развивающихся осложнений. В последнее время с этой целью стали широко применяться различные варианты многофакторного анализа. Использование подобных моделей, как отмечает ряд исследователей, позволяет не только определить факторы, достоверно влияющие на прогноз, но и оценить их отдельный вклад в его развитие. Однако до сих пор остается малоизученным значение прогностических факторов для исходов травматического сдавления головного

Таблица 1
Распределение больных по возрасту и полу

Пол	Возраст (в годах)				
	Всего	До 19 лет	20-39лет	40-59лет	60 и ст.
Мужчины	49	8	21	16	4
Женщины	4	-	-	3	1
Всего	53	8	21	19	5

мозга острыми внутрочерепными гематомами. Все это определило необходимость проведения настоящего исследования.

Целью данного исследования явилось определение прогностических факторов, влияющих на исходы у больных с острыми субдуральными гематомами.

Материал и методы. В основу данной работы легли результаты обследования 53 больных с СГ. Дан анализ больных с изолированной черепно-мозговой травмой за период с 2001 по 2009гг. поступивших в отделение нейротравматологии и оперированных. Главным критерием диагностики СГ и показаниями к операции являлись соответствующие нейрорадиологические доказательства и клинические характеристики, определяемые нейрохирургами при неврологическом исследовании.

Распределение больных по полу и возрасту представлено в таблице 1. Наиболее часто острые СГ отмечались у лиц молодого и среднего возраста, чаще у мужчин (49 из 53 наблюдений). Значительно реже травматические СГ бывали в молодом и пожилом возрасте (13). Мужчин было 49 (92,5%) и 4 (7,5%) женщины. Возраст больных колебался от 15 до 75 лет, а средний возраст составил 28,7 лет.

Острые СГ более часто встречались при транспортном (21) и уличном (17) травматизме. По линии скорой помощи доставлено 27 больных (50,9%). У 9 из них травма получена в состоянии алкогольного опьянения. Это чаще всего была бытовая травма.

Все больные были подвергнуты клиничко-неврологическому исследованию при поступлении, по показаниям КТ, МРТ и они оперированы в течение 72 часов с момента получения травмы.

Неврологическое исследование включало

в себя оценку общего состояния больных по шкале ком Глазго (ШКГ), состояния и размера зрачков, наличия или отсутствия стволовых рефлексов. Удаление гематомы путем декомпрессионной краниотомии было произведено с формированием большого костного дефекта (лоскута) ($d > 10\text{см}$). Диагностика и лечение всех больных с острыми СГ проводилось согласно руководству Management of severe head injury.

Ретроспективно анализированы следующие факторы риска: возраст, пол, дооперационное значение общего состояния по ШКГ, локализация и объем гематомы, степень смещения срединных структур головного мозга, наличие или отсутствие вклинения мозга, наличие интра- и послеоперационного отека головного мозга, интервал времени с момента травмы до оперативного вмешательства. Прогноз служил в качестве вариационной зависимости (летальность=1, выздоровление=2).

Анатомическое расположение и объем субдуральной травматической гематомы верифицированы посредством КТ/МРТ головного мозга и интраоперационных данных. Изучены вариации соотношения и локализации гематомы к вовлечению одной (лобная, теменная, затылочной) доли, двух и более долей, задней черепной ямки. Нейрорадиологические данные, полученные на КТ головного мозга, позволили определить смещение срединных структур головного мозга, максимальную ширину, высоту и длину кровяного сгустка.

Объем гематомы вычислялся с помощью компьютерного анализа (Gold Standard) посредством формулы (0,5 высота x ширина x длина). Смещение срединных структур головного мозга подразделялись на три категории согласно классификации Lobato с соавт. (<5мм, 5-15мм, >15мм).

Показанием к оперативному лечению

Распределение летальных случаев в зависимости от вида оперативных вмешательств и возраста

Вид операции	Возраст (в годах)			Всего	
	15-39 лет	40-59 лет	60 лет и ст.	абс.	%
РТЧ	7	10	3	20	100
КПТЧ	0	0	0	0	0
Итого:	35,0%	50,0%	15,0%	20	100

являлось наличие острой СГ, вызывающей нарастающую компрессию головного мозга. Единственным противопоказанием к проведению оперативного вмешательства считали только наличие агонального состояния пострадавших. Из 53 наблюдаемых пациентов прооперированы все. Больные с травматическими СГ поступали в стационар в тяжелом и крайне тяжелом состоянии (43 чел. - 81,1%), и с нарушением витальных функций (10 чел. - 18,9%).

Результаты. При анализе общемозговых, очаговых и стволовых симптомов, характеризующих тяжесть повреждения головного мозга, выявлены три основных варианта клинического течения травматических СГ: Вариант без «светлого промежутка» - (31 больной - 58,4%); вариант со стертым «светлым промежутком» - (12 больных - 22,6%); вариант со «светлым промежутком» - (11 больных - 20,7%);

Наложение диагностического фрезевого отверстия применялось у 28 (52,8%) больных с острыми СГ. Основным показанием к применению поисковых фрезевых отверстий явилось тяжелое состояние больного, необходимость срочного оперативного вмешательства. Метод был использован у 26 больных с субдуральными гематомами и у 2 больных с двусторонними. У 22 пациентов (41,5%) фрезевые отверстия накладывались без предварительного применения других дополнительных методов. При обнаружении гематомы производилась операция - удаление кровоизлияния различными методами.

КТ исследование было выполнено у 5 (9,4%) больных, при этом отмечена определенная зависимость формирования субдуральных гематом от места приложения травмирующей силы. Это свидетельствует о том, что субдуральная гематома формировалась как на месте приложения травмирующей силы у 44

(83,0%), так и на противоположной стороне у 9 (17,0%).

МРТ исследование головного мозга было проведено у 13 (24,5%) больных. МРТ головного мозга является наиболее надежным полипроекционным методом неинвазивного распознавания субдуральных кровоизлияний независимо от их расположения, объема и характера содержимого.

Необходимость максимального ускорения оперативного вмешательства, при тяжелом состоянии пострадавших в остром посттравматическом периоде, часто вынуждала прибегать к резекционным трепанациям и удалению гематом через расширенное фрезевое отверстие. Для удаления СГ травматического происхождения, нами применялись все три нейрохирургических доступа: Костно-пластическая трепанация черепа (КПТЧ), резекционная трепанация черепа (РТЧ) и удаление гематом через расширенные фрезевые отверстия. В таблице 2 приведено распределение летальных случаев в зависимости от вида оперативных вмешательств и возраста.

Из 53 больных 20 умерли после госпитализации в стационар, общая летальность составила 37,7%. Анализ соотношения между локализацией гематомы и летальностью показал, что она отмечена более высокой у больных с гематомами ЗЧЯ (7 случаев - 35,0%), хотя это было статистически недостоверно.

Относительно объема гематомы, летальность была значительно выше у больных с большими гематомами (>50мм, $P < 0,05$). Степень смещения срединных структур по КТ головного мозга строго соотносилась к летальности. В сравнении с больными со смещением срединных структур менее 5 мм (≤ 5), у лиц со смещением более 15 мм отмечена значительно высокая летальность (11,7% против 36,0%,

$P < 0,05$). Наличие синдрома вклинения мозга коррелировало с летальностью, у больных с вклинением она отмечена в 39,1% случаев, т.е. больше чем в сравнении без вклинения (12,1%). Длительность вклинения мозга строго коррелировала с летальным исходом: чем дольше период вклинения, тем больше риск летального исхода.

Продолжительность интервала времени между получением травмы и операцией значительно влияла на окончательный результат. У больных, оперированных менее чем за 6 часов с момента травмы, отмечена относительно низкая летальность (14,3%), чем у других больных ($P < 0,001$). Однако продолжительность самой операции не влияла на внутригоспитальную летальность.

Отек головного мозга строго коррелировал с внутригоспитальным летальным исходом. Из 41 больных с отеком мозга в интра- и послеоперационном периодах 14 (70,0%) больных умерли; в особенности у больных с интраоперационным отеком мозга отмечена значительно высокая летальность.

Заключение: Отмечается несомненная возрастная зависимость, характера нейрохирургического вмешательства с одной стороны и с другой стороны послеоперационного исхода. Степень нарушения сознания определяет вероятность благоприятного и неблагоприятного исхода черепно-мозговой травмы при острых СГ. Процент летального исхода растет по мере роста степени нарушения сознания (оглушение-сопор-кома), и наоборот, процент благоприятного исхода (улучшения) снижается по мере роста степени нарушения сознания. Эти данные могут послужить нейрохирургу для применения превентивных мер по стабилизации общего состояния больных с целью предотвращения неблагоприятных исходов.

Литература:

1. Карабаев И.Ш., Камалов К.У., Поддубный А.Б. Анализ типичных ошибок в диагностике, тактике и хирургического лечения тяжелой черепно-мозговой травмы // III съезд нейрохирургов России.- Санкт-Петербург, 2002. - С. 27-28.
2. Корниенко В.Н., Васин Н.Я., Кузменко В.А. Компьютерная томография в диагностике черепно-мозговой травмы. - М.: Медицина, 2007. - С. 119-120.
3. Крылов В.В., Талыпов А.Э., Пурас Ю.В. Выбор трепанации в хирургии тяжелой черепно-мозговой травмы // Вопросы нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко. - 2007. - №1. - С.3-11.
4. Лихтерман Л.Б., Корниенко В.Н., Потапов А.А. Черепно-мозговая травма: прогноз, течение и исходы. - М.: Книга ЛТР, 2003. - 309с.
5. Потапов А.Н., Лихтерман Л.Б., Вос П.Е. Стандарты и рекомендации в современной нейротравматологии // Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. Том 3. - М.: Антидор, 2002. - С. 29-41.
6. Akioka N., Fukuda O., Takaba M. Clinical investigation of acute spontaneous subdural hematoma cases. // J Stroke Cerebrovasc Dis., 2007. - Vol. 16. - P. 109-113.
7. Bullock M.R., Chesnut R., Ghajar J. Surgical management of acute subdural hematomas. // Neurosurgery, 2006. - Vol. 58, # 3. - P. 16-24.
8. Croce M.A., Schurr M.D., Dent D.L. Management of small acute subdural hematomas // J. Term. Med. Assoc., 2005. - Vol. 87, # 3. - P. 104-105.
9. Faleiro R.M., Faleiro L.C., Caetano E. Decompressive craniotomy: prognostic factors and complications in 89 patients // Arq Neuropsiquiatr., 2008. - Vol. 66. - P. 369-373.
10. Kelly D., Dobrstein C., Becker D. General principles of head injury management // In "Neurotrauma", eds. Narayan R. Ketal., McGraw-Hill, 2006. - P.71-101.

СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТЫЙ КОНТИНУУМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ У МУЖЧИН

Муркамилов И.Т., Иманов Б.Ж., Калиев Р.

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

Резюме: Цель – изучение особенностей ренальной дисфункции у мужчин с хроническим гломерулонефритом в аспекте сердечно-сосудистого и почечного континуума. Материал и методы: Обследовано 73 мужчин с установленным диагнозом хронический гломерулонефрит (ХГН) в возрасте от 22 до 60 лет, в среднем 35,9±11,1 лет. Из них у 34 пациентов была выявлена сердечно - сосудистая патология (ССП) [коронарная болезнь сердца (КБС), нарушения ритма, гипертрофия миокарда левого желудочка (ГЛЖ), хроническая сердечная недостаточность (ХСН)] и у 39 больных ее не отмечалось. Клиническое обследование включало сбор анамнеза, биохимические и общеклинические методы исследования. Учитывали возраст больных, наличие сопутствующих заболеваний. Производили расчет индекса массы тела. Определяли суммарный уровень холестерина, холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ) и содержание липопротеидов низкой плотности (ЛПНП). Исследовали концентрацию фибриногена, общего белка и креатинина в сыворотке крови. Пациентам проводилось измерение артериального давления, электро – и эхокардиографические исследование. Результаты: ХГН у мужчин сопряжено с более ранним развитием СПП (средний возраст 35,4±10,8 лет). Наличие СПП у мужчин на додиализной стадии ХГН ассоциировалось с более высоким содержанием кальция в сыворотке крови (1,8±0,6 ммоль/л против 1,4±0,5 ммоль/л, p=0,032), присоединением анемии с более низким содержанием гемоглобина, гематокрита, эритроцитов и содержанием гемоглобина в эритроците и более высокими показателями креатининемии [131 (91-193) против 88 (76-118) p=0,016] и снижением показателей скорости клубочковой фильтрации (СКФ) [67 (43-115) против 108 (85-138) p=0,021] по сравнению с мужчинами не имеющими СПП. Выводы: Основными факторами, способствующими развитию СПП у пациентов на додиализной стадии ХГН являлись присоединение анемии, гиперкальциемии и падение СКФ с ростом креатинина в сыворотке крови.

Ключевые слова: хронический гломерулонефрит, сердечно-сосудистая патология, анемия, скорость клубочковой фильтрации.

CARDIOVASCULAR CONTINUUM INVESTIGATED AT THE MALE WITH CHRONIC GLOMERULONEPHRITIS

Murkamilov I.T., Imanov B.J., Kaliev R.

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

Resume: To address the renal dysfunction characteristics at male with chronic glomerulonephritis in the terms of Cardiovascular and renal continuum. Materials and methods: There are 73 male with proven case of chronic glomerulonephritis in age from 22 to 60 years old, average rate 35,9±11,1 years were examination in the framework of that study. Wherefrom at 34 patients, the CDV, CHD, rhythm disturbance, LVH, chronic heart failure were handed and at 39 patients were not handed. Clinical examination was including itself anamnesis, biochemical and routine methods of study. The age of patients, assumed cholesterol rate, cholesterol HDL, LDL, triglycerides, concentration of fibrinogen, TP, creatinine in serum, the presence of concomitant diseases were estimated too. Patients were examining with BP, ECG, US-Heart also. Results: Chronic glomerulonephritis in male has a conjugated bond with earlier development of CVD (average age 35,4±10,8 years). Presence of CVD in male on underdialysis stage of chronic glomerulonephritis was associated with calcium higher level, accomplishing of anemia with lowerHb concentration and higher level of creatinine concentration in serum (131(91-193) vs. 88 (76-118) p=0,021), difference with male with chronic glomerulonephritis without CVD. **Conclusion:** Main factors, contribute development of CVD at the patients on underdialysis stage of chronic glomerulonephritis are: conjugating of anemia, hypocalcaemia and decrease of GFR that was accompanied with increase of creatinine in serum.

Key words: chronic glomerulonephritis, cardiovascular disease (CVD), anemia, glomerular filtration rate (GFR)

Введение
Среди различных структур обеспечивающих гомеостаз, особую роль играет сердечно-сосудистая система, обеспечивающая транспорт крови во все органы и ткани человеческого организма [1,2]. Изучение физиологии органов кровообращения всегда приковывало пристальное внимание международного научного сообщества,

большую лепту в развитие понимания кардиогемодинамики, внесли выдающиеся отечественные ученые, академик Миррахимов М.М и академик Данияров С.Б (1978, 1979) которыми еще в середине 80-х годов прошлого столетия, была сформулирована концепция о работы сердечно-сосудистой системы при различных гипоксических состояниях. В настоящее время на страницах как отечественной,

так и зарубежной литературы, гипоксическая вазодилатация, особенно при ее персистенции, часто упоминается как ремоделинг сосудов. Одним из важных механизмов, обеспечивающих деятельность системы кровообращения является адекватное функционирование гломерулярного аппарата почек. Динамическая целостность работы сердечно-сосудистой системы неразрывно коррелирована с активностью калликреин-кининовой, ренин, ангиотензин - альдостероновой, электролитной систем, тесно связанных с процессами происходящими в почках, что обуславливают «содружество» кардиологии и нефрологии.

Общеизвестно, что сердечно-сосудистая патология (ССП), такие как коронарная болезнь сердца (КБС), гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ), хроническая сердечная недостаточность (ХСН), нарушения возбудимости и проводимости сердца являются наиболее часто встречаемыми состояниями у больных с хроническим гломерулонефритом (ХГН) [3]. В течение последних 15 лет понятие «континуум» прочно вошло в научно-медицинскую литературу. Применительно к клинической медицине континуум подразумевает, прежде всего, непрерывную цепь развития заболевания – от факторов риска до гибели пациента. Так, в 1991 году Dzau V. и Braunwald E. была предложена теория единого сердечно - сосудистого континуума, которую в настоящее время можно считать общепризнанной [4,5]. Исследованиями последних лет сформулирована и представлена концепция почечного континуума в рамках СПП [6,7-10]. С недавнего времени в литературе стали публиковать ряд особенностей СПП у лиц с ХГН [11,12,18,28]. Следует подчеркнуть, что влияние массы миокарда на прогноз у мужчин с артериальной гипертензией прослеживается уже при величине более 125 г/м^2 [13].

Целью настоящей работы явилось изучение особенностей ренальной дисфункции у мужчин с хроническим гломерулонефритом в аспекте сердечно-сосудистого и почечного континуума.

Материалы и методы исследования

Нами обследовано 73 мужчин в возрасте от 22 до 60 лет, в среднем $35,9 \pm 11,1$ лет с додиализной стадией ХГН. Критериями

исключения из исследования были: пациенты с терминальной стадией ХБП, системные заболевания соединительной ткани и заболевания крови.

Из 73 обследованных пациентов (мужчин) у 34 выявлена СПП (у 10 - КБС, у 18 - ГЛЖ, у 6 - обнаруживались признаки ХСН и у 19 на ЭКГ обнаруживались нарушения возбудимости и проводимости). В соответствии с наличием или отсутствием СПП все пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа - ХГН без СПП (n=39) и 2 группа - ХГН + СПП (n=34). Всем больным было проведено клиническое обследование с верификацией диагноза. Лабораторные исследования дополнительно включали определение уровня гемоглобина крови, количества эритроцитов с оценкой объемных показателей [среднего содержания гемоглобина в эритроцитах (МСН), диаметра и объема эритроцитов (MCV) и концентрации гемоглобина в эритроцитах (МСНС)], числа ретикулоцитов, гематокрита, концентрации общего белка, железа, фибриногена, показателей липидограммы, СКФ и креатинина сыворотки крови.

Диагноз КБС и ХСН выставлялись на основании общепринятых критериев. Для выявления структурных изменений в миокарде проводилось трансторакальное эхокардиографическое исследование на ультразвуковой системе «Sequoia 512» корпорации «Siemens-Acuson» (Германия, США) по общепринятой методике, с определением диаметра выходного отдела аорты, конечного систолического размера (КСР) и конечного диастолического размера (КДР) левого желудочка (ЛЖ), и толщины его стенок, переднезаднего размера левого предсердия (ЛП). Для обнаружения гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) рассчитывалась индексированная масса миокарда ЛЖ, в соответствии с рекомендациями ВНОК [14] верхнее значение нормы для женщин составило 110 г/м^2 , а для мужчин - 125 г/м^2 . Нарушения ритма и проводимости выявлялись при проведении электрокардиографического (ЭКГ) исследования в 12 стандартных отведениях.

Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере в среде электронных таблиц Excel и с помощью пакета прикладных

Клиническая характеристика обследованных групп

Показатели	1- группа ХГН без ССП (n=39)	2- группа ХГН + ССП (n=34)	p
Возраст, годы	36,4±11,6	35,4±10,8	0,69
Длительность заболевания*, годы	5 (2-21)	8(4-21)	0,22
ИМТ, кг/м ²	26±4,4	25±5,5	0,58
Гипертонический тип	43,5%	64,7%	0,072
Нефротический тип	25,6%	8,8%	0,062
Смешанный тип	17,9%	11,7%	0,46
Латентн тип	12,8%	14,7%	0,81
Вес, кг	75,4±14,5	73±17,6	0,53
ЧСС, уд.в мин	76±9	78±11	0,55
САД, мм рт.ст	137±21	147±26	0,068
ДАД, мм рт.ст	91±12	96±19	0,13
протеинурия**, г/сутки	1,536 (0,2-6,410)	0,922(0,1-2,315)	0,11
Креатинин сыворотки крови**, мкмоль/л	88 (76-118)	131 (91-193)	0,016
СКФ**, мл/мин	108 (85-138)	67(43-115)	0,021

Примечание; *- наличие ХГН; ИМТ - (индекс массы тела); ЧСС – частота сердечных сокращений; САД - (систолическое артериальное давление); **- данные представлены как медиана (25%-75%); ДАД - (диастолическое артериальное давление); СКФ – скорость клубочковой фильтрации.

программ «Statistica 6.0». Значимость различий между группами оценивалась с помощью t-критерия Стьюдента (для переменных с нормальным распределением) и теста Манна Уитни (для переменных с непараметрическим распределением). Данные представлены, как среднее ± стандартное отклонение для переменных с нормальным распределением, медиана (25% - 75%) для переменных с непараметрическим распределением. Уровнем статистической значимости считалось значение $p < 0,05$.

Результаты исследования и обсуждение

Для оценки и характера сердечно - сосудистого и почечного континуума у мужчин, все пациенты были разделены на две группы: 1 группа – ХГН (n=39), 2 группа – ХГН, ассоциированный с ССП (n=34). При этом сравнимые группы статистически были сопоставимы по возрасту, длительности заболевания, уровню артериального давления (АД), частоте сердечных сокращений, индексу массы тела и показателям протеинурии (табл. 1).

Как видно из табл. 1, средний возраст пациентов во второй группе, т.е. у лиц ХГН, ассоциированным с ССП составил 35,4±10,8 лет. Известно, что в общей популяции людей

фактором риска ССП является возраст для мужчин старше 45 лет. Также мужской пол относится к традиционному некорректируемому фактору риска развития ССП. В последние годы было доказано, что риск смертности от ССП у пациентов в возрасте 25 лет на стадии азотемии у лиц ХГН в несколько сот раз превосходит таковой в популяции [15]. Кроме того, 25-34-х летние пациенты с ХГН подвержены такому же повышенному риску ССП, как и 85 летний относительно здоровый человек [15]. При дальнейшем изучении обследованных больных, в частности пациентам ХГН, осложненным с ССП были свойственны более низкие показатели почечных функций, в виде падение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) [67 (43-115) против 108 (85-138) $p = 0,021$], креатинина сыворотки крови [131 (91-193) против 88 (76-118) $p = 0,016$] по сравнению с первой группой. Общеизвестно, что ХГН сам по себе может способствовать возникновению, либо ускоренному развитию кардиоваскулярной патологии благодаря тому, что в стадии снижения функции почек присутствуют практически все основные факторы риска развития ССП в целом. В настоящее время многочисленные эпидемиологические исследования доказали

Таблица 2
Биохимические показатели у обследованных групп

Параметры	1- группа ХГН без ССП (n=39)	2- группа ХГН + ССП (n=34)	p
Общий ХС, ммоль/л	6,8±0,4	5,1±1,6	0,026
ХС ЛПВП, ммоль/л	1,0±0,5	0,9±0,3	0,65
ХС ЛПНП, ммоль/л	4,6±2,9	3,1±1,2	0,036
ТГ, ммоль/л	2,0±1,0	1,8±0,9	0,49
Калий, ммоль/л	4,6±0,4	4,5±0,6	0,45
Кальций, ммоль/л	1,4±0,5	1,8±0,6	0,032
Натрий, ммоль/л	142,8±6,2	140,6±4,3	0,15
Фибриноген*, мг/л	4107 (2886-6216)	3108 (2664-4664)	0,072
ПТИ, %	80,1±13,6	90,4±8,9	0,004
Общий белок, г/л	53±16,2	59,1±12,4	0,139

Примечание: ХС ЛПВП – холестерин липопротеидов высокой плотности; ХС ЛПНП – холестерин липопротеидов низкой плотности; ТГ- триглицериды.

достоверную взаимосвязь между низким уровнем СКФ и повышенной кардиоваскулярной заболеваемостью [16,7,11]. У большинства пациентов с ХГН и ССП имеется различная степень нарушения функции почек, т. е. падения СКФ <60 мл/мин/1,73 м².

При исследовании показателей липопротеидов и электролитов сыворотки крови у обследуемых мужчин (табл. 3) отмечено, что концентрация холестерина и ЛПНП были статистически больше в 1-группе, т.е. у лиц с ХГН без ССП, хотя пациенты по ИМТ и весу были сопоставимы. По нашему мнению, полученные данные, можно объяснить присутствием нефротической протеинурии в 1-группе. Следует отметить, что показатели кальция сыворотки крови статистически различались у обследованных мужчин. Роль плазменного кальция как одного

из ведущего фактора в формировании ССП у больных с ХГН общеизвестно. Повышенный уровень внутриклеточного кальция в результате гиперсекреции паратгормона угнетает синтез простагландинов, способствует пролиферации гладкомышечных клеток сосудистой стенки, что, в свою очередь, приводит к увеличению тонуса и ригидности сосудов, которая создает определенную нагрузку на сердце [17]. Кроме того, кальций участвует в процессе агрегации и дезагрегации форменных элементов крови, в том числе в тромбоцитах. По-видимому, повышение протромбинового индекса у мужчин с ХГН и ССП также связаны с концентрацией кальция сыворотки крови.

При дальнейшем изучении у обследованных мужчин с ХГН в аспекте сердечно - сосудистого и почечного континуума,

Таблица 3
Показатели красной крови у пациентов в зависимости от ССП

Показатели	1- группа ХГН без ССП (n=39)	2- группа ХГН+ ССП (n=34)	p
Эритроциты, $\times 10^{12}/л$	4,7±0,2	4,3±0,4	0,000
Гемоглобин, г/дл	151±9	135±22	0,000
Гематокрит, %	41,9±3,1	38,1±3,6	0,000
Объем эритроцитов, мкм ³	88,4±2,6	86,5±1,6	0,002
Диаметр эритроцитов, мкм ³	6,2±0,5	6,0±0,7	0,11
МСНС, %	35,0±1,9	34,6±2,4	0,46
МСН, %	31,6±0,9	29,8±2,1	0,002
Железа сыворотки крови, мкмоль/л	19,1±6,3	20,9±8,3	0,39

Примечание: МСН – среднее содержание гемоглобина; МСНС – средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах.

Показатели ультразвукового исследования сердца у обследованных групп

Показатели	1- группа ХГН без ССП (n=39)	2- группа ХГН + ССП (n=34)	p
ЛП, см	3,2±0,3	3,3±0,3	0,75
КДР ЛЖ, см	5,1±0,3	5,2±0,5	0,17
КСРЛЖ, см	3,2±0,2	3,4±0,5	0,021
ФВ ЛЖ, %	65±4,6	62,1±7,5	0,049
ТМЖП, см	0,9±0,0	0,95±0,1	0,035
ТЗСЛЖ, см	0,9±0,0	0,93±0,1	0,14
ММЛЖ, г	278,7±48,7	312,9±85,8	0,050
ИММЛЖ, г/м ²	125,1±33,9	136,2±52,1	0,31
Диаметр выходного отдела аорты, см	3,3±0,2	3,3±0,3	0,75

Примечание: ЛП – левое предсердие; КДР – конечный диастолический размер; КСР – конечный систолический размер; ФВ ЛЖ – фракция выброса левого желудочка; ТМЖП – толщина межжелудочковой перегородки; ТЗСЛЖ – толщина задней стенки левого желудочка; ММЛЖ – масса миокарда левого желудочка; ИММЛЖ – индексированная масса миокарда левого желудочка.

со стороны красной крови наблюдалось заметные сдвиги. Так, у пациентов с ХГН и ССП отмечено статистически значимое различие между содержанием гемоглобина, эритроцитов и гематокрита в сторону их уменьшения, что согласуется с литературными данными [19]. Доказано, что анемия ассоциируется с прогрессированием ХГН, при этом снижение гематокрита ниже 40% у мужчин повышает риск развития терминальной стадии ХГН [20] и сопряжено с развитием ССП [21]. Крупное исследование SOLVD – показало, что при уменьшении показателя гематокрита на 1% риск смерти увеличивает в 1,027 раза и достоверно снижает частоту сердечно-сосудистых событий [22]. В другом исследовании ELITE II [23], анемия оказалась одним из основных маркеров высокого риска смерти, не зависящим от возраста и пола.

Одним из надежных и более чувствительных методов исследований для выявления сердечно-сосудистого континуума как у мужчин, так и женщин является эхокардиографическое обследование. Согласно критериям деления пациентов, в группе ХГН и ССП отмечалось статистически достоверное увеличение толщины межжелудочковой перегородки (0,95±0,1 против 0,9±0,0 p=0,035) и конечного систолического размера левого желудочка (ЛЖ) (3,4±0,5 против 3,2±0,2 p=0,021). При этом у этих же пациентов наблюдались меньшие показатели фракции выброса ЛЖ

(62,1±7,5 против 65±4,6 p=0,049). В одном из исследований было показано, что эффективность сокращений левого желудочка может быть снижена при увеличении его массы [24]. Полученные данные на наш взгляд, возможно, связаны с присутствием почечного фактора сердечно-сосудистого риска у мужчин во 2-группе. При дальнейшем изучении параметров ЭхоКГ у обследуемых мужчин, наблюдалось увеличение массы миокарда ЛЖ у лиц ХГН ассоциированной ССП, хотя данные показатели статистически между группами не различались (табл.4). По данным Фремингемского исследования, гипертрофия ЛЖ, выявленная при ЭКГ, увеличивает риск ХСН в 15 раз у мужчин [25]. Еще один «короткий» путь развития сердечно-сосудистого континуума связан с повышенным риском развития разнообразных нарушений ритма сердца, а также внезапной смерти у больных с гипертоническим поражением сердца. Ее вероятность возрастает у мужчин с гипертрофией ЛЖ [26], что также показано в другом исследовании, где увеличение массы ЛЖ на 50 г/м у мужчин связано с увеличением риска сердечно-сосудистых событий приблизительно на 50 % [27].

Таким образом, ХГН у мужчин сам по себе может способствовать развитию ССП, при присоединении которой наблюдается заметное ухудшение почечной функции, что можно рассматривать как раннее развитие сердечно-

сосудистого и почечного континуума у лиц ХГН мужского пола.

Литература

1. Данияров С.Б., Зарифьян А.Г. Работа сердца. Фрунзе. 1978;
2. Миррахимов М.М. Сердечно-сосудистая система в условиях высокогорья. Л., 1968.
3. O'Riordan E., Foley R.N. Effects of anemia on cardiovascular status // *Nephrol Dial Transplant*. 2000; 15 [suppl 3] : 19-22.
4. Dzau V.J., Antman E.M., Black H.R. et al. The cardiovascular disease continuum validated: clinical evidence of improved patient outcomes: part I: Pathophysiology and clinical trial evidence (risk factors through stable coronary artery disease) // *Circulation*. 2006; 114: 2850-2870.
5. Dzau V.J., Antman E.M., Black H.R. et al. The cardiovascular disease continuum validated: clinical evidence of improved patient outcomes: part II: Clinical trial evidence (acute coronary syndromes through renal disease) and future directions // *Circulation*. 2006; 114: 2871-2891.
6. Kannel W.B. Prevalence and natural history of electrocardiographic left ventricular hypertrophy // *Am. J. Med*. 1983; 75: 4-11.
7. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю. Сердечно-сосудистый континуум // *Сердечная недостаточность*. 2002; 3: 7-11.
8. Dries D.L., Exner D.V., Domanski M.J. et al. The prognostic implications of renal insufficiency in asymptomatic and symptomatic patients with left ventricular systolic dysfunction // *J. Am. Coll. Cardiol*. 2000; 35: 681-689.
9. Magri P., Rao M.A., Cangianiello S. et al. Early impairment of renal hemodynamic reserve in patients with asymptomatic heart failure is restored by angiotensin II antagonism // *Circulation*. 1998; 98: 2849-2854.
10. Volpe M., Magri P., Rao M.A. et al. Intrarenal determinants of sodium retention in mild heart failure: effects of angiotensin-converting enzyme inhibition // *Hypertension*. 1997; 30: 168-176.
11. Locatelli F., Marcelli D., Conte F. et al. Cardiovascular disease in chronic renal failure: the challenge continues. Registro Lombardo Dialisi e Trapianto // *Nephrol Dial Transplant*. 2000; 15 Suppl 5: 69-80.
12. Гендлин Г.Е., Шилов В.Ю., Томилина Н.А. и др. Гипертрофия миокарда левого желудочка и ее прогностическое значение у больных с хронической болезнью почек. *Клиническая нефрология*. 2009; 1: 22-28.
13. Casale P.N., Devereux R.B., Milner M. et al. Value of echocardiographic measurement of left ventricular mass in predicting cardiovascular morbid events in hypertensive men // *Ann. Intern. Med*. 1986; 105: 173-178.
14. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. ВНОК. Национальные клинические рекомендации. Москва. 2010.
15. Levey A.S. Controlling the epidemic of cardiovascular disease in chronic renal disease: Where do we start? // *Am. J. Kidney Dis*. 1998; 32:(5),(suppl.3): S5-13.
16. Мухин Н.А. Снижение скорости клубочковой фильтрации общепопуляционный маркер неблагоприятного прогноза // *Терапевтический архив*. 2007; 6: 5-10.
17. Amann K., Wolf F., Nicholas C. et al. Aortic changes in experimental renal failure: Hyperplasia or hypertrophy of smooth muscle cells? // *Hypertension*. 1997.
18. Ромашова Е.П., Давыдкин И.Л. Особенности ремоделирования левого желудочка у больных хронической почечной недостаточностью, получающих лечение амбулаторным гемодиализом // *Терапевтический архив*. 2009; 1: 21-24.
19. Ma J.Z., Ebben J., Xia H., et al. Hematocrit level and associated mortality in hemodialysis patients. *J. Am. Soc Nephrol*. 1999; 10: 610-619.
20. Kunitoshi Iseki., Yoshiharu Ikemiya., Chiho Iseki. et al. Haematocrit and the risk of developing end-stage renal disease // *Nephrol Dial Transplant*. 2003; 18: 899-905.
21. Levin A., Thompson C. R., Ethier J. et al. Left ventricular mass index in early renal disease: impact of decline in hemoglobin // *Am. J. Kidney Dis*. 1999; 34: 125-134.
22. Pyamali, A., Becker, T., Simmons, W. P. et al. Increasing hematocrit reduces early post transplant cardiovascular risk in diabetic transplant recipients // *Transplantation*, 2003; 76: (5): 816-820.
23. Anker S.D., Sharma R., The syndrome of

cardiac cachexia // *Int. J. Cardiol.* 2002; 85: 51-66

24. Chen C.H., Ting C.T., Lin S.J. et al. Which arterial and cardiac parameters best predict left ventricular mass? // *Circulation.* 1998; Vol. 98: P. 422-428.

25. McMurray J.V., Stewart S. The burden of heart failure. *Eur Heart J Suppl* 2003; 5: I3-I13.

26. Levy D., Anderson K.M., Savage D.D. et al. Prognostic implications of echocardiographically determined left ventricular mass in the Framingham

Heart Study // *N. Engl. J. Med.* 1990; Vol. 322: P. 1561.

27. Kannel W.B. Prevalence and natural history of electrocardiographic left ventricular hypertrophy // *Am. J. Med.* 1983; 75: 4-11.

28. Авдеева М.В., Щеглова Л.В. Функциональные возможности центров здоровья в выявлении лиц с почечной патологией и риском развития сердечно-сосудистых заболеваний // *Клиническая нефрология.* 2011; №3: С.57-60.

**СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА
(ПО МАТЕРИАЛАМ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ
ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ).**

Береговой А., Джангазиева А.А.

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

Резюме: Рассматривается современная клинико-эпидемиологическая ситуация по клещевому энцефалиту в нашей стране и перспективы диагностики заболеваний передающихся укусами клещей.

Ключевые слова: клещевой энцефалит, клинические формы, эпидемиология, лабораторная диагностика.

**КЕНЕ ЭНЦЕФАЛИТИНИН КЛИНИКА – ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК
УЧУРДАГЫ ОЗГОЧӨЛҮКТӨРҮ
(РЕСПУБЛИКАЛЫК ЖУГУШТУ ОРУУЛАР КЛИНИКАСЫ
МАТЕРИАЛДАРЫ БОЮНЧА)**

Береговой А., Джангазиева А.А.

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

Көрүгүндү: Өлкөбүздө учурдагы кене энцефалитинин клиникалык жана эпидемиологиялык абалы жана кененин чагуусу аркылуу жуккан оорулардын диагнозун тактоонун перспективасы каралат

Негизги сөздөр: кене энцефалити, клиникалык түрлөрү, эпидемиологиясы, лаборатордук изилдөө.

**MODERN CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF
TICK-BORNE ENCEPHALITIS
(ACCORDING TO THE MATERIALS OF THE REPUBLIC CLINICAL
HOSPITAL OF INFECTIOUS DISEASES)**

Beregovoi, A.A. Djangazieva

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

Resume: The authors consider the present clinical and epidemiological situation of tick-borne encephalitis in our country and prospects for diagnosis of diseases transmitted by bites of ticks.

Key words: tick borne encephalitis, clinical forms, epidemiology, laboratory diagnostics.

Клещевой энцефалит является одним из наиболее серьезных инфекционных заболеваний из группы вирусных нейроинфекций, угрожающий здоровью населения в эндемичных природных очагах. Наша республика относится к числу территорий с устойчивыми природными очагами клещевого энцефалита (КЭ). По данным Департамента Госсанэпиднадзора КР заболеваемость КЭ за последние годы имеют тенденцию к увеличению (рис.1)

Согласно данным исследований за 1999-2002 годы, проведенных в Кыргызстане сотрудниками РЦКООИ, наибольшая эпизоотическая активность природных очагов установлена по высоким показателям

инфицированности клещей вирусами КЭ в Аламүдүнском, Жеты-Огузском и Ак-Суйском районах [3]. Причем, на территории этих районов выявлены реликтовые природные очаги КЭ, представляющие наибольшую опасность для человека. Они связаны с классическим переносчиком и резервуаром вируса – клещами *Ixodes Persulcatus* [1] которые наиболее агрессивны по отношению к человеку. Спонтанно зараженные иксодовые клещи длительно сохраняют вирусы в организме и передают вирусы КЭ через укус при кровососании. В последние годы отмечается заметное повышение количество лиц обращающихся с укусами клещей в КР (рис.2)

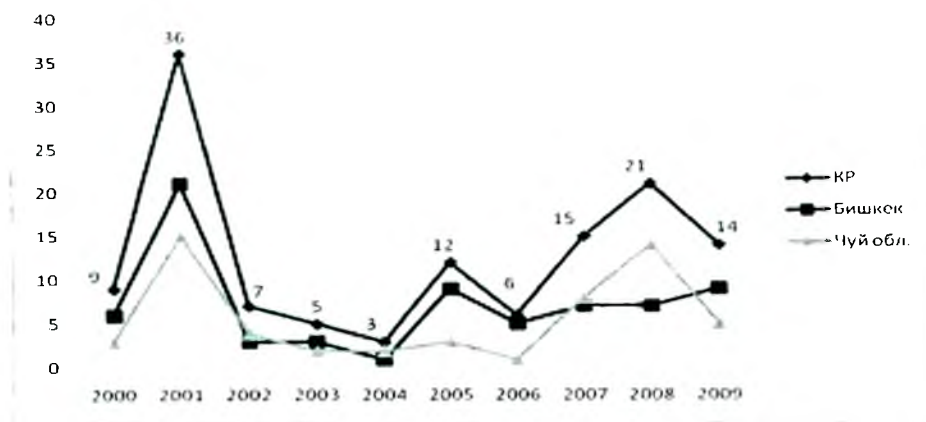


Рис. 1
Многолетняя динамика заболеваемости КЭ



Рис. 2

По отчетным данным, среди госпитализированных в РКИБ за 2010 год зарегистрировано 24 случая КЭ, из них детей - 8, взрослых – 16, тогда как в 2011 году зарегистрировано 27 случаев КЭ, среди которых детей – 6, взрослых – 21 человек.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинических и эпидемиологических особенностей КЭ на современном этапе.

Материалы и методы

Проведено клинико – лабораторное обследование 51 больного, госпитализированных в РКИБ с диагнозом КЭ в 2010 - 2011 гг. Верификация диагноза осуществлялась на основании лабораторных методов диагностики: общеклинические методы, серологические реакции со специфическим антигеном (РСК и РТГА) методом парных сывороток. В диагностике большое значение имели данные

эпидемиологического анамнеза. Так, среди госпитализированных в 100% случаев имелся факт укуса клещей и ни в одном случае алиментарного употребления сырого молока. Немаловажную роль играла сезонность, развитие симптоматики в весенне – летний период.

Результаты и обсуждение

Клинические проявления при КЭ возникали после инкубационного периода, который колебался от 1 до 30 дней, в среднем составлял $7,9 \pm 1,5$ дня. Во всех случаях КЭ развивался в весенне – летнее время года, при этом в 74% - в мае – июне. Эпидемиологические данные показали, что развитие заболевания связано с укусом клещей во время отдыха на природе и пребывания в походах. Основными очагами КЭ оказались следующие: (рис.3)

По литературным данным сезонность связана с подъёмом активности клещей в мае,

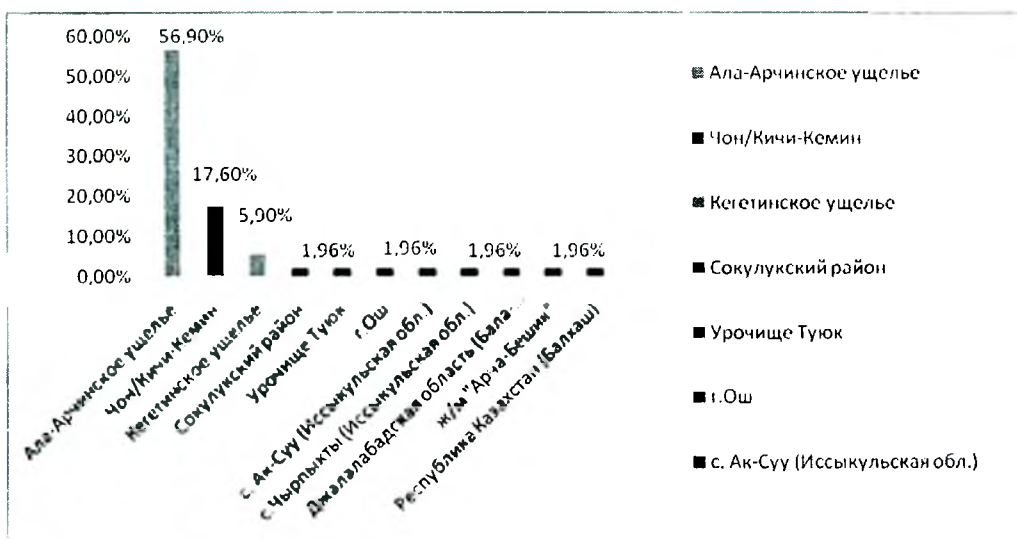


Рис. 3

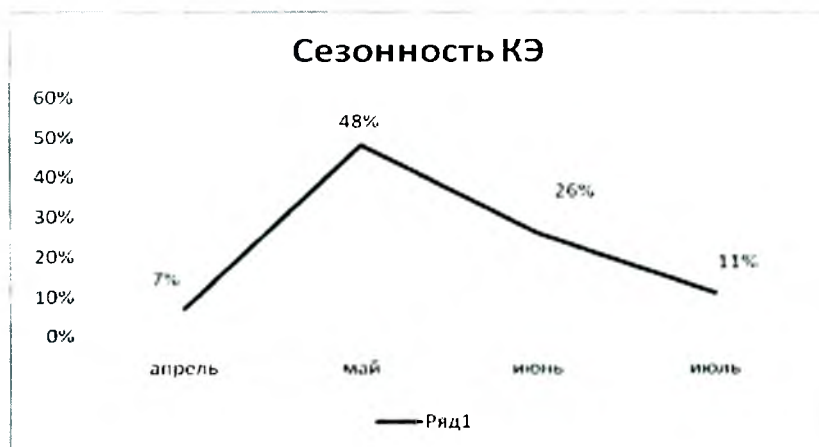


Рис. 4

максимальная – в июне и значительное снижение – в июле месяце. Агрессивность клещей изменяется по годам, достигая максимума в годы с сухим и теплым летом [2]. Такой сезонный характер заболеваемости отмечен и в нашей республике (рис.4)

Среди госпитализированных в РКИБ, в возрастной структуре значительная часть приходится на людей активного трудоспособного возраста, имеющих больше контакта с природными очагами КЭ (рис.5)

Заболеваемость КЭ по возрастным группам:

Среди госпитализированных лихорадочная форма диагностирована у 43 больных, что составило 84,3%, менингеальная – у 5 (9,8%), менингоэнцефалитическая – у 3 (5,9%) (рис.6)

Распределение клинических форм КЭ, среди госпитализированных в РКИБ (рис.6).

Продолжительность инкубационного периода при лихорадочных формах в среднем составила 6,7 дней, при менингеальной форме – в среднем 17 дней, а при менингоэнцефалитической форме в среднем – 11,7 дней.

Клинически лихорадочная форма КЭ у 43 наших больных проявлялась: внезапным или острым началом болезни с повышением температуры тела до субфебрильных цифр у 32 больных, до фебрильных цифр у 19 больных. Продолжительность лихорадки до 3-х дней у 39 больных, 4-7 дней – у 9, 8-11 дней у 3 больных. Отмечались головная боль, головокружение у 39,2% больных и очень сильная головная боль в сочетании фотофобией, миалгией, общей мышечной слабостью у 19,6% больных, диспепсические явления у 39%, нарушение сна у 7,8% больных. Катаральные симптомы у 29,4%, неврологические нарушения в виде парестезий, орбитальных болей, заторможенности и судорог

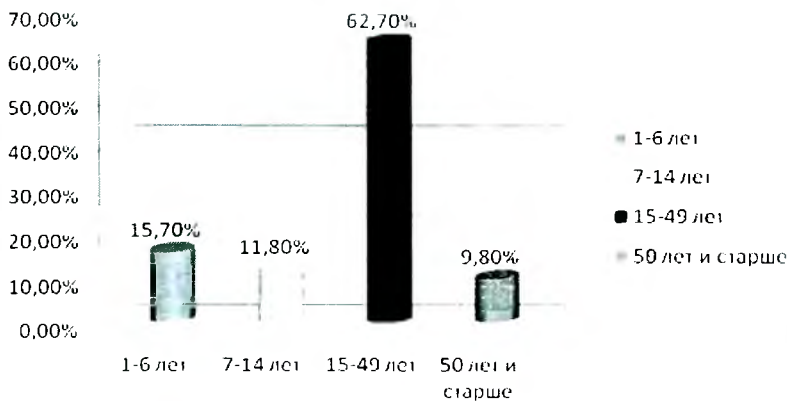


Рис. 5

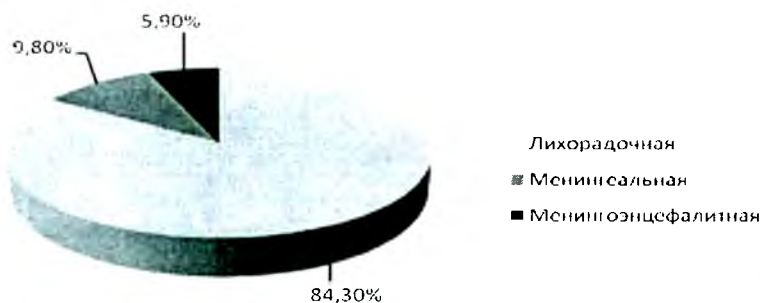


Рис. 6

отмечались у 5,9% больных, которые были кратковременными. Менингеальные знаки у этих больных были отрицательными. У двух больных с лихорадочной формой КЭ отмечено повторное поступление в стационар со второй лихорадочной волной. Первая лихорадочная волна у них продолжалась от 4 - до 8 дней (в среднем 6,2 дня), а межлихорадочная апирекия составила от 8 – до 15 (в среднем - 11 дней) дней, вторая лихорадочная волна также продолжалась от 4 - до 8 дней (в среднем 6.2 дня). При повторной лихорадочной волне в отделении отмечались головная боль, повышение температуры тела до 37,5-38°С, и кратковременная, быстро проходящая ригидность затылочных мышц, сомнительный симптом Брудзинского на фоне адекватной терапии. Менингеальная форма отмечалась у 5 больных, которая характеризовалась острым началом болезни с повышением температуры тела до фебрильных цифр, продолжительностью лихорадки до 10-12 дней с общетоксическими

симптомами, жалобами на сильную разлитую головную боль, головокружение, повторной рвотой, общей резкой слабостью, отсутствием аппетита, гиперемией лица, зева, снижением чувствительности в нижних конечностях, горизонтальным нистагмом, тремором рук, шаткостью походки из-за резкой слабости мышц нижних конечностях, гиперестезией, парестезией, плохим сном, кошмарными сновидениями (у 1 больного) и положительными менингеальными знаками. Сознание у них было сохранено, но они были заторможены, вялы. Менингеальные симптомы сохранялись 10-12 дней. Изменения ликвора носили серьезный характер: цитоз от 20 до 165, представлен до 85-90% лимфоцитами, белка от 0,079 до 0,158 г/л, р.Панди от + до +++, сахар от 3,0 до 3,2 ммоль/л, хлориды – от 117 до 120 ммоль/л.

Менингоэнцефалитическая форма зарегистрирована у 3 больных. Начало заболевания было острое с выраженными

общетоксическими симптомами, высокой температурой до фебрильных цифр, продолжительностью лихорадки 10,4 дней. На фоне высокой температуры тела беспокоили сильная разлитая головная боль, многократная рвота, боль в глазах, бред, психомоторное возбуждение, клонико-тонические судороги, очаговые симптомы с последующим медленным выздоровлением.

Для лабораторного подтверждения диагноза проводились серологические исследования (РСК, РТГА). Нарастание титра антител в парных сыворотках было у 77,8% больных, тогда как у 22,2% результаты парных сывороток в обоих случаях оказались отрицательными, что не исключает наличие других инфекционных заболеваний передающихся через укус клеща: клещевые риккетсиозы, клещевые боррелиозы, эрлихиоз.

Противоэнцефалитный донорский ИГ получили все госпитализированные больные, согласно тяжести заболевания. Лечебный эффект наступал на вторые сутки после введения ИГ, отмечались снижение температуры тела до нормы, исчезновение симптомов интоксикации, головных болей, положительная неврологическая динамика.

Среднее пребывание пациентов в стационаре с лихорадочной формой составило 7,1 дней, с менингеальной формой 12,3 дней.

Выводы:

В последние годы имеется тенденция к росту заболеваемости КЭ в КР. В клинической картине преобладают лихорадочные формы (84,3%).

Подъем заболевания КЭ приходится на май – июнь месяцы (74%), с преобладанием в возрастной группе 15 – 49 (62,7%) лет.

Серонегативные формы позволяют предположить наличие других заболеваний, передающихся укусом клеща, что требует расширения серологического профиля для

диагностики таких заболеваний как: клещевой риккетсиоз, клещевой боррелиоз, эрлихиоз.

Литература

1. Колонин Г.В. “Мировое распространение иксодовых клещей”. М.: Наука, 1981.

2. Смородинцев А.А., Дубов А.В. “Клещевой энцефалит и его вакцинопрофилактика”. Л.: Медицина, 1986, 232 стр.

3. Брейнингер И.Г. “Очаги клещевого энцефалита Кыргызской Республики”. Мат. IY съезда гигиенистов, эпидемиологов, микробиологов, паразитологов и инфекционистов КР. Бишкек, 2002, стр. 131-132.

4. Джолбунова З.К., Бирюкова Н.И., соавт. «Особенности течения клещевого энцефалита у детей и взрослых». Сб. науч. тр., посвящ. 30 – летию каф. дет. инфекц. бол. КГМА. Бишкек 2002, Стр. 11 – 14.

5. Шетекаури С.А., Ольховский И.А., соавт. «Выявление новых клинических форм клещевых инфекций в Красноярском крае». Неврологический журнал, № 3, 2005, Стр. 10 – 13.

6. Кутманова А.З., Сыдыкова А.Б., Исаков К.М. “Клинический надзор за клещевым энцефалитом в Кыргызстане”. Жур. здравоохранения Кыргызстана 2008, 4, 74-76 стр.

7. Алешковская Е.С., Благов Н.А., соавт. «Клещевые микстинфекции (иксодовый клещевой боррелиоз и гранулоцитарный эрлихиоз человека) в Ярославской области» Жур. эпидемиология и инфекционные болезни, № 2, 2008, Стр. 6 -8.

8. Кутманова А.З., Сыдыкова А.Б. с соавт. “Энцефалиты сезонные”. Методические рекомендации. Бишкек, 2011, 23 стр.

9. Скрипченко Н.В., Иванова Г.П., соавт. “Энцефалиты, вызванные вирусом клещевого энцефалита и боррелиями, у детей”. Жур. эпидемиология и инфекционные болезни, № 3, 2006, Стр. 36 -41.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НА СИСТЕМУ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ У ЖЕНЩИН С ЦЕРВИКОЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИЕЙ

Умаралиева Ж.С., Исмаилова А.К., Шаршенов А.К.

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

Резюме: Иммунопрофилактика является возможным подходом в лечении ВПЧ - индуцированной интрацервикальной неоплазии шейки матки I-II степени. Увеличение содержания IgG, и уменьшение IgM у 42 пациенток с ВПЧ дисплазией шейки матки на фоне сочетанной терапии является подтверждением адекватного иммунного отклика.

Ключевые слова: дисплазия шейки матки, вирус папилломы человека, иммунный статус, иммуноглобулины, иммуносупрессия, противовирусная вакцина.

ЦЕРВИКОЭПИТЕЛИАЛДУУ НЕОПЛАЗИЯ МЕНЕН ЖАБЫРКАГАН АЯЛДАРДЫН ИММУНОГЛОБУЛИНДЕР ТУТУМУНА КАРАТА ДАРЫЛООНУН ТҮРДҮҮ ЫКМАЛАРЫНЫН ТААСИРИ

Умаралиева Ж.С., Исмаилова А.К., Шаршенов А.К.

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

Резюме: Иммунопрофилактика I-II даражадагы адамдын папиллома вирусу (АПВ) – жатын моюнчасынын индуцирлешкен интрацервикалдуу неоплазиясын дарылоодо мүмкүп болуучу ыкма болуп саналат. АПВ жатын моюнчасынын дисплазиясы менен жабыркаган 42 бейтапта айкалышкан терапия фонунда IgG курамынын көбөйүшү, жана IgM азайышы адекваттуу иммундук жооптун далили болуп саналат.

Маанилүү сөздөр: жатын моюнчасынын дисплазиясы, адамдын папиллома вирусу, иммундук макам, иммуноглобулиндер, иммуносупрессия, вируска каршы вакцина.

INFLUENCE OF DIFFERENT TREATMENT METHODS ON THE SYSTEM IN IMMUNOGLOBULINS OF WOMEN WITH CERVICOEPITHELIAL NEOPLASIA

Umaraliev Zh.S., Ismailova A.K., Sharshenov A.K.

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

Summary: Immunologic prophylaxis is possible approach in the treatment of human papilloma virus (HPV) – induced by intracervical uterine cervix neoplasia of the I-II stage. Increase of IgG content and decrease of IgM were detected in 42 patients with HPV uterine cervix dysplasia against the background of combined therapy and it is a confirmation of adequate immune response.

Key words: uterine cervix dysplasia, human papilloma virus, immunological status, immunoglobulins, immunosuppression, antiviral vaccine.

Одной из мощных систем защиты организма являются иммуноглобулины (Ig). Они выполняют в организме функцию антител, синтезируются плазматическими клетками, которые являются конечным этапом дифференцировки В-лимфоцита, наступившей в результате антигенного стимула и хелперного сигнала. Иммуноглобулины представляют собой белки плазмы, которые при электрофорезе мигрируют как гамма-глобулины. Иммуноглобулины относятся к полифункциональным белкам и реализуют

следующие основные функции: специфически распознают самые разнообразные антигены и гаптены; взаимодействуют с другими иммунокомпетентными клетками, имеющие к ним соответствующие рецепторы; активируют систему комплемента.

Очевидно, иммунная система, которая неразрывно связана с различными экзо - и эндогенными факторами, играет ведущую роль в патогенезе ПВИ, поэтому в последние годы исследованиям в этом направлении уделяется особое внимание [1,2,3,4].

Содержание Ig у пациенток с CIN на фоне различных методов лечения

Анализируемые показатели, г/л	Клинические группы			
	Основная группа (ВПЧ индуцированная дисплазия), N=107	IA (сочетанная терапия), N=42	IB (локальная терапия), N=65	Контрольная группа, N=40
IgM	1,98 ± 0,23	1,21 ± 0,09*	1,73 ± 0,08	1,3 ± 0,08
IgG	11,0 ± 31	14,5 ± 0,94*	11,80 ± 0,9	14,79 ± 0,84
IgA	2,15 ± 0,08	1,98 ± 0,08	2,0 ± 0,09	1,40 ± 0,08

Примечание: * достоверность различий между группами

Целью нашего исследования явилось изучение влияния противовирусной вакцины ВПЧ «Церварикс» у женщин с CIN, ассоциированной с ВПЧ, на полифункциональные белки плазмы крови (иммуноглобулины) для определения степени иммунного отклика.

Материалы и методы.

Нами исследован уровень трёх иммуноглобулинов А, G, М у 107 пациенток с дисплазией шейки матки различной степени тяжести на фоне ВПЧ инфицирования. В процессе исследования сформировано две клинические группы в зависимости от применяемых методов лечения: IA представлена пациентками с цервикозепителиальной неоплазией (CIN) на фоне ВПЧ (N= 42), которые наряду с местным лечением патологического процесса шейки матки получали противовирусную вакцину по схеме (введение трех доз вакцины по схеме 0-1-6 месяцев) и группа контроля IB, которые получали только местное лечение дисплазии шейки матки (N=65). Две группы женщин были сопоставимы по возрасту, по паритету родов, по наличию основного заболевания: дисплазия шейки матки на фоне ВПЧ. Информированное согласие было получено у всех женщин подвергавшихся клиническому обследованию и лечению. Все женщины были жительницами г. Бишкек и Чуйской области, средний возраст колебалась от 16-55 лет. Исследуемые группы пациенток, получавшие терапию, были предварительно обследованы на все возможные инфекции, передающиеся половым путём. При выявлении сопутствующих БППП, в первую очередь, осуществляли их лечение.

Результаты исследования

Содержание основных иммуноглобулинов (Ig) у пациенток с цервикозепителиальной

неоплазией под влиянием различных методов лечения представлено в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, уровень иммуноглобулинов М у женщин, на фоне сочетанной терапии с применением специфической противовирусной вакцины снизился с $1,98 \pm 0,23$ до $1,21 \pm 0,09$, $P < 0,95$, достигая показателей контрольной группы. Тогда как уровень IgM в группе женщин, на фоне локальной деструкции очагов поражения шейки матки, остаётся стабильно высоким. Показатели имеют лишь тенденцию к снижению и фактически не отличаются от фоновых показателей.

Антитела класса IgM относятся к «ранним», представляют собой основную массу антител, продуцируемых организмом при инфицировании и вакцинации, обладают высокой авидностью, активируют комплемент по классическому пути, защищают организм от вирусов и бактерий. Очень важным свойством IgM является привлечение ими фагоцитирующих клеток в места расположения антигена или в очаг инфекции и активация фагоцитоза.

Специфическая терапия также отразилась на уровне иммуноглобулинов класса G. Её иммуномодулирующее действие опосредуется через увеличение IgG до $14,5 \pm 0,94$ ($P < 0,01$).

Имуноглобулин G представляет собой наиболее многочисленный класс иммуноглобулинов. Обладая высокой специфичностью, они активно участвуют в иммунном ответе и одновременно регулируют его, влияя на активность других механизмов иммунного ответа.

Являясь тимусзависимыми, IgG вырабатываются лишь при обязательном участии Т-лимфоцитов. Основная биологическая

функция иммуноглобулинов этого класса – защита организма от возбудителей инфекции и продуктов их жизнедеятельности за счет активации комплемента, опсонизации и активации фагоцитоза. Уровень IgG в организме регулируется двояко: антигенной стимуляцией, вызывающий его синтез и разрушением Ig. Конечная концентрация IgG зависит от соотношения процессов его синтеза и деструкции. При недостаточном уровне IgG, его разрушение замедляется. Обладая высокой специфичностью, они активно участвуют в иммунном ответе и одновременно регулируют его, влияя на активность других механизмов иммунного ответа. У пациенток с ВПЧ – инфекцией отмечено значительное понижение иммуноглобулинов класса G (см. таб. 1), что вероятно связано с нарушением его процессов синтеза и деструкции и может быть предиктором иммунодефицитного состояния. Увеличение содержания IgG, у пациенток на фоне сочетанной терапии является подтверждением адекватного иммунного отклика.

Содержание иммуноглобулинов А в двух группах женщин на протяжении всего курса лечения не претерпевает значимых изменений. Уровень его остаётся повышенным и не отличается от фоновых показателей инфицированных женщин. Вероятно, локальное деструктирующее воздействие на зоны поражения шейки матки с целью элиминации пораженного эпителия, поддерживает местную воспалительную реакцию на фоне альтерации тканей и процессов заживления. Поскольку, как известно, секреторный IgA, являясь важным агентом местного иммунитета, защищает слизистые оболочки, как от поселения на них патогенных микроорганизмов, так и от проникновения последних во внутреннюю среду организма.

Заключение

Иммунопрофилактика является возможным подходом в лечении интрацервикальной неоплазии легкой тяжести. Профилактику можно осуществлять через антитела, нейтрализующие вирус, для цели предупреждения инфекции; специфичная сыворотка IgG для осуществления защиты

посредством экссудации на поверхность слизистой оболочки и инактивации патогена; и секреторных IgA молекул для защиты слизистого слоя. Что касается ВПЧ, эффективная профилактическая вакцина будет генерировать антитела в эпителиальном слое генитального тракта, направляемые против капсидных протеинов L1 и L2, которые играют роль в проникновении вируса [5]. Это может быть предпосылкой для использования профилактической вакцины в качестве лечебной для торможения проникновения вируса [6,7,8].

Литература:

1. Stern P.L., Brown M., Stacey S.N. et al. Natural HPV immunity and vaccination strategies. *J Clin Virol* 2000;19:57-66
2. Konya J., Dillner J. Immunity to oncogenic human papillomaviruses. *Adv Cancer Res* 2001;82:205-38 Quint W.G., Scholte G., van Doorn L.J. et al. Comparative analysis of human papillomavirus infections in cervical scrapes and biopsy specimens by general SPF(10) PCR and HPV genotyping. *J Pathol* 2001;194:51-8.
3. Bosch F.X., Lorincz A., Munoz N. et al. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J. Clin Pathol* 2002;55:244-65.
4. Bosch F.X., de Sanjose S. Human papillomavirus and cervical cancer - burden and assessment of causality. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2003;3-13.
5. Hallez S., Simon P., Madous F. et al. Phase I/II trial of immunogenicity of a human papillomavirus (HPV) type 16 E7 protein-based vaccine in women with oncogenic HPV-positive cervical intraepithelial neoplasia. *Cancer Immunol Immunother* 2004;53:642-50
6. Garrido F., Algarra I. MHC antigens and tumor escape from immune surveillance. *Adv Cancer Res* 2001;83:117-58.
7. Goldie S.J., Grima D., Kohli M. et al. A comprehensive natural history model of HPV infection and cancer to estimate the clinical impact of a prophylactic HPV vaccine. *Int J Cancer* 2003;106: 896-904.
8. Kang M., Lagakos S.W.. Evaluating the role of human papillomavirus vaccine in cervical cancer prevention. *Stat Methods Med Res* 2004;13:139-55.

ЛИМФОИДНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПОДГОЛОСОВОЙ ОБЛАСТИ ГОРТАНИ У ЛЮДЕЙ ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА

Шаршембиев Ж.А., Сапакунова К.Ш.

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

Резюме: Лимфоидные образования в слизистой оболочке подгортосовой области были округлой и овальной формы. Эти образования выявлены на боковой и передней стенках органа. На гистологических препаратах лимфоидные узелки локализовались в собственной пластинке слизистой оболочки непосредственно под базальной мембраной эпителия, возле выводных протоков желез, а также представлены диффузно рассеянными клетками лимфоидного ряда в виде ленты или полоски.

Ключевые слова: морфология, лимфоидные узелки, гортань

ОРТО ЖАШКА ЧЫККАН АДАМДЫН КОКОСУНУН БЫЛЖЫР КАТМАРЫНДА ЖАЙГАШКАН ЛИМФОИДДИК ТҮЙҮНЧҮӨЛӨРДҮН МОРФОЛОГИЯСЫ

Шаршембиев Ж.А., Сапакунова К.Ш.

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

Корутунду: Коконун былжыр катмарындагы лимфоиддик түйүнчөлөрдүн тегерек жана сүйрү формада болушу аныкталды. Бул түйүнчөлөр органдын каптал жана алдыңкы беттеринен орун алган. Гистологиялык препараттарда лимфоид түйүнчөлөрү былжыр катмардын астында, без түтүкчөлөрүнүн айланасында жайгашкан. Лимфоид түйүнчөлөрүнөн башка чачыранды лимфоид катарындагы клеткалар да лента жана сызык түрүндө органдын былжыр катмарында орун алат.

Негизги сөздөр: морфология, лимфоид түйүнчөлөрү, коко.

LYMPHOID FORMATIONS IN THE MUCOUS MEMBRANE OF THE INFRAGLOTTIC LARYNGEAL AREA AT PEOPLE OF MATURE AGE

Sharshembiev J.A., Sapakunova K.Sh.

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

Summary: Lymphoid formations in the mucous membrane of infraglottic area were rounded and oval forms. These formations are found on the side and front walls of the body. On histological preparations lymphoid nodules were localized in its own mucous membrane plate directly under basal membrane of epithelium, near the excretory ducts of glands, and presents diffusely scattered cells of lymphoid lane in the form of tape or strip.

Key words: Morphology, lymphoid nodules, the larynx.

Актуальность. До настоящего времени считалось, что лимфоидная ткань в виде лимфоидных узелков и диффузно рассеянных клеток лимфоидного ряда слизистой оболочке подгортосовой области гортани отсутствует. Это объяснялось тем, что антигены, находящиеся во вдыхаемом воздухе редко проникают в подгортосовую область гортани. Барьером на пути антигенов, по мнению ряда авторов (3,4,5,6) выступала голосовая щель, наиболее узкое место в полости органа. У людей зрелых возрастов отсутствие лимфоидной ткани в

стенках подгортосовой области гортани многие исследователи связывали с общей возрастной инволюцией иммунной системы человека (7,8,9).

Цель исследования. Установить особенности макро-микроскопической организации лимфоидных образований в слизистой оболочке подгортосовой области гортани у людей зрелых, пожилых и старческих возрастов.

Материал и методы. Изучены гистологические срезы из 30 органов и 120 тотальных препаратов гортани лиц мужского

Возрастные периоды	n	Количество лимфоидных узелков	Размер лимфоидных узелков(в мм)	
			длина	ширина
Первый период зрелого возраста	30	4,3±1,6 (2-7)	1,5±0,03 (0,6-2,0)	1,5±0,01 (0,5-2,0)
Второй период зрелого возраста	30	5,8±2,4 (2-10)	1,4±0,04 (0,4-2,0)	1,3±0,04 (0,4-1,8)
Пожилой возраст	30	5,5±1,3 (3-7)	1,7±0,05 (0,6-2,3)	1,7±0,03 (0,6-2,1)
Старческий возраст	30	6,0± 2,5 (2-10)	1,8± 0,03 (0,7-2,4)	1,6± 0,03 (0,5-2,2)

и женского пола, погибших или умерших в возрасте от 25 лет до старческого возраста, которые при смерти не имели воспалительных заболеваний со стороны дыхательных органов. Применен макро-микроскопический метод выявления лимфоидных структур на тотальных препаратах гортани. Были определены локальные особенности топографии лимфоидных образований в подголосовой области органа. Установлены морфометрические параметры этих структур в макро-микроскопическом поле зрения. Были определены локальные особенности гистотопографии лимфоидных образований в этой области органа. Установлены морфометрические параметры этих структур.

Результаты и обсуждение полученных данных. Установлено, что на тотальных препаратах в слизистой оболочке этой области у людей зрелого, пожилого и старческого возрастов имеются лимфоидные узелки. Лимфоидные узелки в слизистой оболочке подголосовой области имели округлые и овальные формы, при

этом их количество было больше по сравнению с другими областями органа. На тотальных препаратах этой области лимфоидные узелки приподнимали эпителиальную выстилку и возвышались на фоне соседних участков слизистой оболочки. Установлены особенности топографии лимфоидных узелков в слизистой оболочке подголосовой области. Так, лимфоидные узелки в боковой стенке слизистой оболочки во всех возрастных периодах на тотальных препаратах, располагались от голосовой связки до входа в трахею, при этом по отношению друг к другу они располагались без определенного порядка. Распределение лимфоидных узелков с правой и с левой стороны стенок органа было равномерным. Редко (в первом периоде зрелого возраста, 2% от общего количества) лимфоидные узелки в подголосовой области располагались по одиночке в слизистой оболочке ее передней стенки. В этих случаях лимфоидные узелки располагались прямо по середине или на некотором расстоянии от

верхнего края дуги перстневидного хряща. В слизистой оболочке задней стенки подголосовой области в изученных возрастных группах лимфоидные узелки не обнаружены.

Анализ количества лимфоидных узелков в слизистой оболочке подголосовой области гортани показывает, что идет тенденция увеличения количества этих образований к старческому возрасту. Наименьшее количество лимфоидных узелков наблюдались у людей 1-го периода зрелого возраста $4,3 \pm 1,6$ (Табл.1). Во 2-периоде зрелого возраста количество этих образований составило $5,8 \pm 2,4$. В пожилом возрасте отмечается незначительное снижение этого показателя. А в старческом возрасте количество лимфоидных узелков снова увеличивается, однако этот показатель недостоверен.

Анализ размеров лимфоидных узелков на тотальных препаратах подголосовой области показывает увеличения этого показателя, начиная с пожилого возраста (Табл.1). Так, в первом и во втором периоде зрелого возраста размеры лимфоидных узелков были почти одинаковы, величина этого показателя у лиц пожилого возраста в этой области органа равнялась $1,7 \pm 0,05$ мм (длина), $1,7 \pm 0,03$ мм (ширина). А в старческом возрасте этот показатель оказался максимальным.

Морфометрические параметры лимфоидных узелков на тотальных препаратах в подголосовой области гортани человека

(в мм) $x \pm sx(\text{min-max})$

Гистологические исследования стенок подголосовой области гортани показали, что в собственной пластинке слизистой оболочки развита рыхлая волокнистая соединительная ткань. Она покрыта однослойным мерцательным эпителием. В этой области гортани в зрелом, пожилом и старческом возрастах, лимфоидные образования представлены лимфоидными узелками округлой и овальной формы и диффузно рассеянными клетками лимфоидного ряда. Лимфоидные узелки локализовались как в собственной пластинке слизистой оболочки, так и в подслизистой основе стенки органа. Лимфоидные узелки не имели центров размножения. На гистологических срезах

непосредственно под базальной мембраной мерцательного эпителия эти образования формировали скопления, либо располагались в виде отдельных диффузно-расположенных клеток лимфоидного ряда. В подголосовой области в слизистой оболочке, располагаются смешанные белково-слизистые железы. Эти железы образуют мощный пласт, образующие поверхностный и глубокий слои (1,2). В области секреторных отделов желез гортани лимфоидные узелки локализовались в соединительнотканых перегородках между дольками и ацинусами желез органа. Если секреторный отдел железы располагался поверхностно, близко к базальному слою эпителия, тогда рядом с ними встречались лимфоидные узелки овальной формы. В случаях, когда секреторный отдел железы располагался глубоко в собственной пластинке слизистой оболочки гортани, лимфоидных узелков в его строении встречалось меньше, однако наблюдались одиночно расположенные лимфоидные клетки в соединительнотканых перегородках желез.

Размеры лимфоидных узелков на гистологических срезах в первом периоде зрелого возраста составили $271,0 \pm 25,3$ мкм (длина), $119,0 \pm 4,2$ мкм (ширина). Во втором периоде зрелого возраста отмечается незначительное снижение этого показателя (табл.2). В пожилом и старческом возрастах отмечается обратное увеличение размеров лимфоидных узелков. Так, в пожилом возрасте этот показатель был равен $310,0 \pm 32,6$ мкм (длина), $172,0 \pm 22,6$ мкм (ширина). А в старческом возрасте размеры лимфоидных узелков были равны $348,0 \pm 52,4$ мкм (длина), $199,5 \pm 34,8$ мкм (ширина).

Анализ толщины эпителиального покрова слизистой оболочки подголосовой области над лимфоидными узелками показал, что она всегда была меньше, по сравнению с участками отсутствия лимфоидных узелков (Табл.2). Так, в первом периоде зрелого возраста толщина покровного эпителия в зоне расположения лимфоидных узелков составила $58,0 \pm 10,0$ мкм, а вне их $112,0 \pm 5,6$ мкм. Во втором периоде зрелого возраста этот показатель в местах присутствия лимфоидных образований был равен $50,5 \pm 9,9$ мкм, в местах их отсутствия составил $109,2 \pm 4,8$ мкм. В пожилом возрасте отмечается снижение

Таблица № 2
n- количество наблюдений
СПСО - собственная пластинка слизистой оболочки

Возрастные периоды	n	Размеры лимфоидных узелков		Толщина покровного эпителия слизистой оболочки гортани		Толщина собственной пластинки слизистой оболочки	
		длина	ширина	Толщина эпителия в зоне располож. лимфоидных узелков	Толщина эпителия вне располож лимфоидных узелков	Толщина СПСО в зоне располож. лимфоидных узелков	Толщина СПСО вне располож лимфоидных узелков
Первый период зрелого возраста	10	271,0±25,3 (240-316)	119,0±4,2 (110-125)	58,0±10,1 (44-72)	112,0±5,6 (110-120)	1108,0±69,0 (1000-1360)	808,0±61,0 (800-840)
Второй период зрелого возраста	10	215,0± 22,4 (196-284)	102,9± 4,4 (95-136)	50,5± 9,9 (42-69)	109,2± 4,8 (99-118)	986,8±72,2 (900-1100)	801,6±57,9 (798-834)
Пожилой возраст	10	310,0±32,6 (290-370)	172,0±22,6 (120-170)	48,0±17,7 (40-56)	90,0±2,53 (88-92)	632,0±63,2 (600-700)	464,0±75,9 (400-520)
Старческий возраст	10	348,0 ±52,4 (356-402)	199,5± 34,8 (114-227)	34,5±12,6 (29-42)	87,2±2,25 (78-92)	549,1±56,0 (501-554)	417,0±62,3 (309-432)

этого показателя и к старческому возрасту, он был минимальным.

Морфометрические параметры лимфоидных узелков на гистологических препаратах в подголосовой области гортани человека (в мкм) $x \pm sx(\min-max)$

Толщина собственной пластинки слизистой оболочки подголосовой области у лиц первого периода зрелого возраста в местах залегания лимфоидных узелков достигала максимальных значений (1108,0±69,0 мкм) и значительно превышала этот показатель собственной пластики слизистой оболочки в участках их отсутствия (табл.2). В пожилом возрасте величина этого параметра в области расположения лимфоидных узелков в

среднем равнялась 632,0±63,2 мкм, а в зонах отсутствия лимфоидных узелков она была равна 464,0±75,9 мкм с размахом этих значений от 400 до 520 мкм. В старческом возрасте эти цифры заметно снижаются (P<0,05).

Выводы. Таким образом, в результате макро-микроскопических и гистологических исследований препаратов подголосовой области гортани установлено, что лимфоидные узелки располагались в слизистой оболочке боковой и передней стенках этого органа. В этой области количество лимфоидных узелков значительно превалирует над числом лимфоидных узелков остальных областей этого органа. По нашему мнению это связано с тем, что объем подголосовой области, а следовательно и площади занимаемые

стенками этого отдела гортани значительно превышают площади стенок преддверия и области желудочков органа. Большая площадь слизистой оболочки стенок подголосовой области естественно предполагает наличие большого количества лимфоидных узелков. По нашим данным количество лимфоидных узелков повышается с периода пожилого возраста и к старческому возрасту достигает максимальных значений. Возможно, это связано с ослаблением мышц, суставов и связочного аппарата органа, которые являются основой механизмов, обеспечивающих защиту подголосовой области от чужеродных частиц, содержащихся во вдыхаемом воздухе. А с возрастом, когда мышцы голосовой щели становятся слабыми, дряблыми, частицы, содержащиеся во вдыхаемом воздухе, вместе с антигенами попадают в подголосовую область.

На гистологических срезах нами отмечена тенденция увеличения размеров лимфоидных узелков у лиц пожилого и старческого возрастов в сравнении с величиной этих показателей лиц 1-го и 2-го периода зрелого возраста. Это может быть связано с тем, что в пожилом и старческом возрастах стабилизируются многие факторы составляющие образ жизни человека. У людей этих возрастов устанавливается определенный ритм жизни, труда, отдыха и питания, что способствует стабилизации резистентности естественного иммунитета организма.

Литература

1. Рахметов А.С. Железы слизистой

оболочки гортани новорожденных и детей. Труды / Харьк. мед.ин-т /, Т.88, 1969. с. 248-253.

2. Рахметов А.С. К вопросу о железах желудочковых складок гортани человека и некоторых млекопитающих животных. XX научн. конф. посвящ. вопр. морфологии... краевой патологии и реабилитации больных / Тез.докл./ Семипалатинск, 1974, с. 16-17.

3. Сапин М.Р., Этинген Л.Е. Иммунная система человека. // М.: Медицина 1996г., - 304 с.: ил. с. 226-230.

4. Сапин М.Р., Шаршембиев Ж.А. Анатомия и топография лимфоидных скоплений в стенках глотки человека в постнатальном онтогенезе // Морфология. -1992.-Т. 102, № -С.99-106.

5. Шаршембиев Ж.А., Сапакунова К.Ш. Морфология диффузно рассеянных лимфоидных образований в слизистых оболочках дыхательных путей человека. // В журн.: Здравоохранение Кыргызстана-2008.-№3.-с. 55-58.

6. Шаршембиев Ж.А. Анатомия и топография лимфоидных скоплений в стенке глотки человека. Журнал «Морфологические ведомости». 2004. №1-2. – Москва-Минск, стр. 53-58.

7. Шаршембиев Ж.А., Сапакунова К.Ш. Иммунный аппарат гортани взрослого человека. // В журн.: Здравоохранение Кыргызстана - № 2, Бишкек, 2010г. С. 99-102.

8. Хрусталева Е.В. Изменения состояния иммунной системы у больных раком гортани с различной выраженностью опухолевого процесса. Вестник оториноларингология, 2005, № 4. с. 22-24.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Ырысов К.Б., Мамашарипов К.М., Дыйканалиев У.К.

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

Резюме: Проведено лечение 53 больных с отогенными абсцессами головного мозга, из них 6 (11,3%) - с абсцессом мозжечка. Клиника абсцессов часто была стертой, многие характерные симптомы отсутствовали. Больным проводилось хирургическое лечение со вскрытием абсцесса мозга на фоне медикаментозной терапии. Приводится два примера лечения абсцессов из клинической практики.

Ключевые слова: Отогенные внутричерепные осложнения, абсцесс головного мозга, клиника, диагностика, лечение.

МЭЭНИН ИРИНДҮҮ ШИШИГИН ХИРУРГИЯЛЫК ЖОЛ МЕНЕН ДАРЫЛОО

Ырысов К.Б., Мамашарипов К.М., Дыйканалиев У.К.

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

Корутунду: Баш мээнин ириндүү шишиги менен, алардын ичинен 6 (11,3%) – каракуш мээнин ириндүү шишиги менен ооруган 53 бейтапка дарылоо жүргүзүлдү. Ириндүү шишиктин клиникасы анчалык белгилүү эмес болгон, көпчүлүк мүнөздүү симптомдор жок болгон. Оорулууларга хирургиялык дарылоо иши жүргүзүлүп, медикаментоздук терапиянын негизинде мээнин ириндүү шишиги ачылды. Клиникалык практикадан ириндүү шишикти дарылоонун эки мисалы келтирилет.

Негизги сөздөр: отогендүү баш сөөк ичиндеги кабылдоо, баш мээнин ириндүү шишиги, клиника, дартгы аныктоо, дарылоо.

SURGICAL MANAGEMENT OF BRAIN ABSCESSSES.

Yrysov K. B., Mamasharipov K.M., Dyikanaliev U.K.

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

Resume: The authors have treated 53 patients with brain abscesses, 6 (11,3%) of those with cerebellar abscesses. Clinical features of brain abscesses was unclear and typical symptoms were absent in most cases. All series underwent surgical excision and abscess evacuation combining with medication therapy. Two practical cases of brain abscess management are given.

Key words: otogenic intracranial complications, brain abscess, clinical feature, diagnosis, management.

Введение. С широким применением антибактериальных средств улучшился прогноз и исход абсцессов. Абсцессы головного мозга относятся к наиболее тяжелым отогенным внутричерепным осложнениям. За последние 40-50 лет летальность от абсцессов мозга снизилась с 80-100 до 24-32%. Однако это совпало с нарушением ясности и четкости в клинической картине заболеваний и привело к трудностям их диагностики [1-5].

Тяжесть клинического течения абсцесса мозжечка объясняется непосредственным влиянием патологического процесса на стволовые образования. Сложность диагностики и лечения отогенных абсцессов головного мозга обуславливает актуальность этой проблемы и в настоящее время. Сдавление ликворных путей между желудочками и субарахноидальным пространством создает условия для нарушения ликвороциркуляции, что ведет к отеку ствола.

Отогенные абсцессы головного мозга, как и другие интракраниальные отогенные осложнения, чаще возникают у больных хроническим гнойным средним отитом. Известно, что возможны и множественные абсцессы мозжечка, но они встречаются редко и диагностика их крайне сложна. Описано наблюдение двустороннего отогенного абсцесса мозжечка [1-5].

Материал и методы. Нами обследовано и проведено лечение 53 больным с отогенными внутричерепными осложнениями с фороимрованием абсцесса головного мозга. Среди больных с отогенными абсцессами головного мозга у 6 (11,3%) констатирован абсцесс мозжечка. Как правило, абсцесс развивался на фоне хронического гнойного среднего отита, который протекал с кариезом, грануляциями, холестеатомой. У 4 больных абсцесс головного мозга возник на фоне тромбоза сигмовидного синуса. У части больных

обострению хронического гнойного среднего отита предшествовала вирусная инфекция. В результате инфекция среднего отита, проникая в полость черепа, приводит к развитию абсцесса головного мозга. Грипп с выраженными явлениями общей интоксикации обуславливает резкое снижение иммунитета и резистентности организма к действию микробной инфекции. Среди наших больных было: мужчин - 28, женщин - 25, возраст больных колебался от 16 до 60 лет. У 26 больных абсцесс располагался справа, у 27 - слева.

Приводим наблюдение больного с отогенным абсцессом мозжечка.

Больной Ф., 36 лет, поступил в клинику с жалобами на сильную головную боль, головокружение, тошноту, шаткую походку, понижение слуха на правое ухо, гноетечение из этого уха. Из анамнеза установлено, что у больного гноетечение из правого уха наблюдалось с детства; периодически лечился; отмечал понижение слуха. За три недели до поступления в клинику гноетечение из уха усилилось, гной был с ихорозным запахом. Затем головная боль резко усилилась, из-за чего больной не спал ночь; на следующий день утром появилась рвота, шаткость походки, при ходьбе больного клонило вправо.

При поступлении: сознание больного ясное, контактен, на вопросы отвечает адекватно. Температура тела 38,7 °С, пульс 88 в минуту, хорошего наполнения, не напряжен. АД 125/75 мм рт.ст.

ЛОР-статус: нос, глотка, гортань, правое ухо в норме. Правое ухо: область сосцевидного отростка болезненна; в слуховом проходе умеренное количество гноя с ихорозным запахом; барабанная перепонка не просматривается из-за наличия полипа, исходящего из барабанной полости. Слух на правое ухо снижен до восприятия шепотной речи около ушной раковины, разговорной речи - на расстоянии 2,5 м. На аудиограмме - смешанный характер тугоухости с превалированием кондуктивного нарушения. Пропитываемость правой слуховой трубы IV степени.

Гемограмма: Hb 123 г/л, эр. $3,7 \times 10^{12}/л$; л. $8,8 \times 10^9/л$; цв. пок. 0,9; п. 2, с. 87, лимф. 7, э. 3, мон. 1, СОЭ - 20 мм/час. Анализ мочи: уд. вес 1010, белок 0,0066%.

Неврологический статус: менингеальные симптомы отрицательны, мозжечковые

пробы выполняет правильно, адиадохокинез отсутствует, патологические рефлексы не выявляются, афазии нет. Отмечается грубый горизонтально-ротаторный нистагм в обе стороны. При калорической пробе выявлена слева гипофункция лабиринта. В позе Ромберга слегка неустойчив; прямую, фланговую походку выполняет удовлетворительно. Другие черепные нервы в пределах нормы. Глазное дно без изменений.

Клинический диагноз: обострение правостороннего хронического гнойного среднего отита с полипом, кариесом. Абсцесс мозга справа?

Произведена расширенная радикальная операция на правом ухе с обнажением средней и задней черепных ямок. Кость сосцевидного отростка кариозно изменена. Антрум, *aditus ad antrum*, барабанная полость заполнены гноем, холестеатомой, грануляциями; обнаружен экстрадуральный абсцесс в области средней и задней черепных ямок. Твердая мозговая оболочка обеих черепных ямок утолщена, пульсация мозга ощущается только пальпаторно, пролапса мозга нет. Сигмовидный синус заполнен кровью. При пункции височной доли мозга абсцесс не обнаружен.

Головная боль после разгрузочной санитарной операции перестала беспокоить больного. Слух после операции - прежний.

Послеоперационный диагноз: обострение правостороннего хронического гнойного среднего отита с кариесом, холестеатомой, грануляциями, полипом, осложненного экстрадуральным абсцессом средней и задней черепных ямок.

Больному со дня поступления в стационар назначена противовоспалительная, дезинтоксикационная, гормональная, противоотечная, общеукрепляющая терапия.

Состояние больного резко ухудшилось: температура тела 38,9°С, головная боль стала нестерпимой, сознание несколько «загруженное», появились ригидность затылочных мышц и симптом Кернига, усилилось головокружение, периодически возникала рвота. Пульс 90 в 1 минуту, напряжен. Спонтанный нистагм в обе стороны прежнего характера. Произведена спинномозговая пункция: ликвор мутный, бесцветный, белок 0,66 мг/л, реакция Панди +++ , сахар 1,7 ммоль/л, цитоз 4200, в нативном препарате сплошь лейкоциты и единичные

эритроциты; в окрашенном препарате 9% нейтрофилов, 91% - лимфоцитов. На следующий день состояние больного крайне тяжелое, сознание затемнено, резко выражены менингеальные симптомы. Во время перевязки вскрыт абсцесс мозжечка через траутмановский треугольник, получено около 20 мл гноя; абсцесс располагался в переднемедиальной части левого полушария мозжечка, имел капсулу. Спустя два дня окулист выявил реактивный неврит зрительного нерва. Через неделю при компьютерной томографии дополнительные абсцессы мозга не выявлены.

В последующие дни в состоянии больного прослеживалась положительная динамика. Через месяц: жалоб нет, неврологический статус нормализовался, полость абсцесса закрылась, операционная полость эпидермизируется. Выписан на амбулаторное наблюдение.

В представленном наблюдении у больного с абсцессом мозжечка отсутствовали при поступлении такие характерные для абсцесса симптомы, как брадикардия, изменение глазного дна, нарушение координации на фоне проявления стволовой симптоматики.

Другой пример из клинической практики.

Больной К., в начале августа 2008г. в течение 1 нед перенес ангину. Работу не прекращал, лечился самостоятельно. Через 2 нед, внезапно появилась слабость в правой руке и ноге, которая самостоятельно регрессировала спустя несколько часов и, вновь развившись через 2 дня, носила нарастающий характер, сопровождаясь быстрой утомляемостью, чувством недомогания. После госпитализации отмечено развитие приступа судорог в правой руке и ноге без потери сознания. На компьютерных томограммах в левой затылочной области определялась кольцевидной формы зона повышенной плотности с неровными, бугристыми контурами, неомогенной структурой размером 35 x 27 мм, окруженная зоной отека.

Обращали внимание отсутствие признаков ВЧГ, правосторонняя гомонимная гемианопсия, правосторонний гемипарез (сила - 2 балла), патологические рефлексy, гемигипестезия. Изменений со стороны внутренних органов выявлено не было, анализы крови и мочи в пределах нормы. С диагнозом объемное образование левой затылочной доли

больному произведена операция, во время которой субкортикально на глубине около 5 мм обнаружен абсцесс с тонкой капсулой, разорвавшейся при попытке его удаления. В предварительно обложенную ватными тампонами операционную рану излилось около 15 мл густой желто-зеленой жидкости со зловонным запахом. Абсцесс был удален полностью вместе с капсулой. Образовавшаяся полость обработана 1%-ным раствором диоксида. Бактериоскопия содержимого полости абсцесса выявила большое количество скоплений кокков. В послеоперационном периоде на фоне проводимого лечения отмечался полный регресс неврологической симптоматики: восстановилась сила в правой руке и ноге до 5 баллов, чувствительность правой ноги не нарушена, поля зрения в норме.

На контрольных томограммах спустя 2 нед и 8 нед после операции отмечена динамика послеоперационных изменений в виде небольшой зоны понижения плотности в левой затылочной доле.

Исход абсцессов головного мозга у наблюдавшихся нами больных во многом зависел от тяжести их состояния, времени поступления в стационар, срока постановки диагноза с момента начала заболевания, локализации и распространенности процесса.

1. Литература:

2. Гаршин М.И. Клиника отогенных абсцессов полушарий головного мозга // Вестник оториноларингологии, 1990; 1: 3-8.

3. Маркин С.А., Лопарев А.А. Опыт диагностики и лечения больных с отогенными абсцессами полушарий головного мозга и мозжечка // Вестник оториноларингологии, 1985; 5: 38-41.

4. Митин Ю.В., Цымбалюк В.И., Фенниш Н. Вопросы лечения и реабилитации больных с ото- и риногенными абсцессами полушарий головного мозга и мозжечка // Журн. ушн. нос. и горл. бол., 1991; 5: 16-19.

5. Тальшинский А.М., Гараев А.Р. К лечению отогенных абсцессов мозжечка // Вестник оториноларингологии, 1998; 5: 52-56.

6. Ундриц В.Ф., Хилов К.Л., Лозанов И.Н. Отогенные абсцессы мозга и мозжечка. – М.: 1949.

**УСТАНОВЛЕНИЕ ПРИОРИТЕТОВ СЛУЖБЫ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МЕТОДОМ ИНДИКАТОРА
«ГРУЗА БОЛЕЗНЕЙ»**

Шамшиев А.А., Рисалиев Д.Д.

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

Резюме: Использование индикатора состояния здоровья в определенных статистических границах отражает степень утраты благополучия и помогает в выявлении малообеспеченных групп населения и нацеливает медико-санитарные вмешательства.

Ключевые слова: индикатор, медицинские услуги, пациент, здоровье, первично-медико-санитарная помощь, население, финансирование, ресурсы.

**“ООРУЛАРДЫН ООРДУН” ИНДИКАТОРЛУК ЫКМАСЫ МЕНЕН
САЛАМАТТЫК САКТОО КЫЗМАТЫНЫН ПРИОРИТЕТТЕРИН
АНЫКТОО.**

Шамшиев А.А., Рисалиев Д.Д.

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

Корутунду: Айрым бир статистикалык чектерде ден соолуктун абалынын индикаторлорун колдонуу ийгиликтуу жоготуу даражасын чагылдырат жана калктын начар камсыз болгон тобун аныктоого жардам берет жана медициналык санитардык жардам берууго багытталат.

Негизги создор: индикаторлор, медициналык кызмат, пациенттер, ден соолук, биринчи медициналык санитардык жардам, калк, каржылоо, ресурстар.

**PRIORITIZATION OF HEALTH SERVICES, BY THE
INDICATOR «BURDEN OF DISEASE.»**

Shamshiev A.A., D.D. Risaliev

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

Resume: Use of an indicator of health in certain statistical boundaries reflects the degree of loss of well-being and helps to identify low-income groups and directs the health intervention.

Keywords: indicator, medical services, patient health, primary health care, population, finance, resources.

Материалы и методы. Представлены материалы исследования и анализа статистических и собственных данных по заболеваемости населения южных регионов КР, которые по медико-демографическим и социальным характеристикам несколько отличаются от остальных территорий страны. В работе использованы эпидемиологические методы исследований и индикатор груза болезней, «скорректированные на инвалидность годы жизни» (DALY). DALY это показатель груза болезней которая отражает общее количество потерянного здоровья от всех причин, вне зависимости от того, произошло это от преждевременной смерти или от каких-то состояний, приводящих к инвалидизации.

Результаты и обсуждение Динамика

общей заболеваемости населения является результатом взаимодействия целого ряда факторов, в том числе от доступности и адекватности качества медицинской помощи, от возрастной структуры и медицинской активности населения и от среды обитания. Продолжается рост общей зарегистрированной заболеваемости, отмечается рост симптомов, признаков и неточно обозначенных состояний (+ в 1,5 раза), болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (+16,9%), врожденных аномалий (+14,3%), болезней органов пищеварения (+8,6%), травм и отравлений (+8,5%). В структуре заболеваемости взрослых и подростков ведущее место занимают болезни органов дыхания (23,9%), мочеполовой системы (13,2%), органов пищеварения (8,3%), травмы и отравления (8,1%) и болезни кожи и

Таблица
Показатель DALY по южному региону

Индикатор DALY	Заболевания					
	Инф. и паразб-ни.	Новообразования	Системы кровообращения.	Орг-ов дыхания	Орг-ов пищеварения.	Травмы и отрав.
DALY смертность	21,6	105,4	2030,7	978,8	227,1	356,9
DALY инвалидность	52,27	70,22	93,08	52,27	40,82	78,38
DALY заболеваемость	8443,8	2059,2	18431,8	25928,9	20607,5	7441,4

подкожной клетчатки (6,1%). Болезни системы кровообращения, хотя в структуре общей патологии составляют только 4,2% от всех случаев зарегистрированных заболеваний, обуславливают почти половину всех смертельных исходов (48,9%) и 14,9 % причин инвалидности среди взрослого населения. Ежегодно регистрируется более 1300 новых случаев выхода на инвалидность от болезней кровообращения. Доля первичной инвалидности у взрослых и подростков по болезням системы кровообращения в общей структуре первичной инвалидности составила 17,6 %. Одной из причин инвалидизации, является высокий уровень распространенности артериальной гипертензии (АГ) (2279,0-2432,6 на 100000 населения). Показатель смертности населения от болезней системы кровообращения имеет тенденцию к росту, увеличившись в сравнении с 1991г. на 35,1 %. При этом , стандартизованный показатель смертности населения в трудоспособном возрасте от мозгового инсульта самый высокий в Евроазиатском регионе составив 82,6 случая на 100 тыс. населения. Особую тревогу вызывает рост внешних причин смерти, которые в течение последних трех лет занимают приоритетное место в структуре причин смерти (9,6%). При этом, следует отметить, что, по сравнению с 2000г., смертность от транспортных травм почти удвоилась, продолжает сохраняться тенденция к росту. Тяжелые множественные и сочетанные повреждения в результате ДТП, достигли 25,2%. По региону по классу болезней «Травмы и отравления» показатель смертности составил 3,8 ,средний возраст умерших 51,5 лет. Показатели интенсивности потерь

общества от преждевременной смертности на 1000 населения от социально обусловленных заболеваний составил 101,5 человека-лет, что можно предполагать как дополнительная нагрузка к показателю общей смертности от других патологических состояний и ее влияние на качество жизни и общественного здоровья. В качестве стандарта ОСПЖ за десятилетний период наблюдения взят реальный показатель, как максимальный за 2000 год -67,7года . Для анализа были использованы средние показатели по инвалидности : взрослые -32,0 и дети -9,8 на 10тыс населения. Откорректированные на инвалидизацию годы жизни – это единственный количественный показатель груза болезней, который отражает общее количество потерянного здоровья для всех случаев, вне зависимости от того, является ли это преждевременной смертью или в какой-то степени отражает инвалидизацию на протяжении определенного периода времени . Показатель DALY наглядно демонстрирует влияние состояние болезни, инвалидности и смерти на показатели здоровья , характеризует в целом общественное здоровья населения региона.

От заболеваний органов дыхания население теряет в сумме 26959,9 лет жизни DALY. Причем большее количество приходится на состояние болезни 25928,9 и только потом смертность – 978,8, а затем состояние инвалидности – 52,3 DALY. Причем разница между показателем заболеваемости и смертности составляет – 24950,1.

Наименьшее количество лет жизни DALY население данного региона теряет от новообразований. В целом это число

составляет – 2234,82 лет жизни DALY. Причем показатели смертности и заболеваемости несколько отличаются при других патологиях: смертность составляет 105,4 лет жизни DALY, а заболеваемость – 2059,2. Разница между этими показателями составляет 1953,8. А показатель инвалидности в этой патологии гораздо ниже, чем в остальных заболеваниях, и составляет – 70,2 года жизни DALY. Приоритетная патология для региона развивалась на фоне низкого уровня благополучия населения. Показатели бедности населения южных регионов, (по шкале абсолютная черта бедности) составила: бедные – 47,6%, очень бедные – 13,5%. Бедность населения, за период наблюдения (2000-2010гг.) в городах выросла на 13,6%, в сельской местности на 6,8%. Выявлено 6,6% детей в возрасте 1-6 лет страдающих от истощения, 6,3% мальчиков и 6,9% девочек определены как недоедающие. Стоимость медицинской помощи с начала экономических реформ ежегодно возрастала на 40%.

Таким образом, по показателю DALY приоритетным для здравоохранения региона оказалось заболевания органов дыхания и

органов пищеварения, по показателю смертности DALY-болезни системы кровообращения, органы дыхания, травмы и отравления. По DALY инвалидности - заболевания системы кровообращения, травмы и отравления, и новообразования. Предполагаемое использование DALY заключалось в том, чтобы: установить приоритеты для развития системы здравоохранения и предоставить сравнимые показатели результата для профилактических программ и оценок в секторе здравоохранения, а также для его планирования.

Литература

1. Murray CJL, Lopez AD. Global and regional cause of -death patterns in 1990. *Bulletin of the World Health Organization*, 1994, 72: 447-488.
2. Медик В.А. Токмачев М.С. Моделирование интегральных показателей оценки здоровья населения //Здравоохранение Российской Федерации.- 2003.- №3. С. 17-20
3. Measurement And Potential Use, 1995(http://www.worldbank.org/html/extdr/hnp/hddflash/workp/wp_00068.html)

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ (ВСВИС)

Доскожаева С.Т.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей

Резюме: Воспалительный синдром восстановления иммунной системы (ВСВИС) развивается после начала антиретровирусной терапии (АРТ), чаще у пациентов с числом CD4-лимфоцитов менее 100 в 1 мм (около 10%). В большинстве случаев по-прежнему больные получают антиретровирусную терапию и лечение вторичных заболеваний, включая оппортунистические инфекции. Наиболее эффективными считаются нестероидные противовоспалительные препараты, хотя некоторые пациенты нуждаются в назначении стероидов. При развитии ВСВИС только в угрожающих жизни случаях необходима отмена антиретровирусной терапии.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, антиретровирусная терапия, воспалительный синдром восстановления иммунной системы.

IMMUNE RECONSTITUTION INFLAMMATORY SYNDROME (IRIS)

Saule Doskozhaeva

Almaty State Institute of Advanced Medical

Resume: Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome progresses sooner after antiretroviral therapy (ART), patients, about 10%, with the number of CD4-lymphocyte less than 100 in 1 mm more frequently have that. In most cases antiretroviral therapy and treatment secondary, including opportunistic, diseases, are continued to be applied. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs are effective. Some patients need steroid injections; cancellation of antiretroviral therapy is needed, but rarely, only in life-threatening cases.

Key words: HIV infection, antiretroviral therapy, an inflammatory syndrome, the immune system

В середине 1997 – начале 1998 гг. у ВИЧ-инфицированных, несколько недель принимавших ВААРТ, впервые были описаны случаи атипичного течения цитомегаловирусного ретинита и абсцедирующей инфекции, вызванной *Mycobacterium avium-intracellulare*. Несмотря на то, что у этих инфекций были разные возбудители, разный патогенез и разная локализация, были отмечены и общие черты: выраженный воспалительный компонент и развитие инфекции на фоне значительного восстановления иммунной системы. В связи с этим возникло подозрение, что эти проявления можно объединить в синдром, в основе которого лежит восстановление активного иммунного ответа на существовавшую до начала АРТ латентную инфекцию. ВСВИС проявляется не только развитием инфекционных заболеваний. Также описаны случаи, когда восстановление иммунной системы сопровождалось развитием онкологических и других заболеваний. Международная исследовательская сеть ВИЧ-ассоциированного ВСВИС (International Network for the Study of HIV-associated IRIS, INSHI) разработала следующие консенсусные диагностические критерии ВСВИС:

1. Вирусологический ответ на АРТ (снижение вирусной нагрузки не менее чем на 1

Ig копий/мл).

2. Клиническое ухудшение состояния, связанное с инфекционным или воспалительным заболеванием, по времени совпадающее с началом АРТ.

3. Симптомы не соответствуют ожидаемому клиническому течению ранее диагностированной инфекции, по поводу которой пациент получает адекватное эффективное лечение, их также не удается объяснить побочными эффектами или токсичностью препаратов, неудачей проводимой терапии или несоблюдением режима лечения.

Необходимо отличать протекающие субклинически (латентные) инфекции, симптомы которых впервые появляются после начала АРТ («демаскирующий ВСВИС»), и активно протекающие инфекции, клиническое течение которых после начала АРТ парадоксально ухудшается («парадоксальный ВСВИС»).

Во многих публикациях ВСВИС представляется как совокупность странных, иногда совершенно невероятных описаний клинических случаев, у которых только одна общая черта: неожиданно развившаяся инфекция с яркими и необычными клиническими проявлениями, течение которой в корне отличается от течения заболеваний, которые наблюдались до наступления эпохи ВААРТ.

Итак, три правила ВСВИС:

1. Все возможно.

2. Все не так, как было до наступления эпохи ВААРТ.

3. ВСВИС вовсе не означает, что АРТ неэффективна. Более того, у таких пациентов обычно хороший прогноз.

Как часто возникает ВСВИС? По причине того, что в первые годы применения АРТ не существовало четкого диагностического определения этого синдрома, данные существенно различаются. По нашему и зарубежному опыту, у пациентов с количеством лимфоцитов CD4 менее 200 мкл⁻¹ он возникает с частотой около 5–10%. Важное прогностическое значение в отношении развития ВСВИС имеют очень низкие количественные показатели лимфоцитов CD4, высокая вирусная нагрузка до начала АРТ или быстрое снижение уровня РНК ВИЧ после начала АРТ. У пациентов, которые на момент начала АРТ инфицированы микобактериями или криптококками (*Cryptococcus neoformans*), частота ВСВИС достигает 30%.

Микобактериальные инфекции как проявление ВСВИС. Необычных случаев свищевых лимфаденитов, абсцессов кожи и мышц, остеомиелита, нефрита и менингита, вызванных атипичными микобактериями (*Mycobacterium avium-intracellulare*), описано так много, что здесь невозможно их даже просто перечислить. Из 83 больных, начавших АРТ при количестве лимфоцитов CD4 менее 200 мкл⁻¹, микобактериальные инфекции в первые недели терапии развились только у шести, при этом у четырех из них они были вызваны *Mycobacterium avium-intracellulare*. Гнойный лимфаденит обычно развивается в первые недели АРТ. Также были описаны случаи ВСВИС с инфекциями, вызванными *Mycobacterium xenopi* и *Mycobacterium kansasii*. Описано также немало случаев туберкулеза, протекавшего наподобие «парадоксальной реакции» на противотуберкулезное лечение, известной с 50-х гг. У всех таких пациентов на фоне адекватной противотуберкулезной терапии и восстановления иммунитета на фоне АРТ возникало ухудшение состояния. Течение туберкулеза могло осложниться

менингитом и выраженной лимфаденопатией с неспецифической гистологической картиной, которые быстро и хорошо поддавались лечению кортикостероидами. В недавно проведенном плацебо-контролируемом исследовании была показана высокая эффективность лечения преднизолоном. До сих пор неизвестно, учащается ли развитие ВСВИС при раннем или немедленном начале АРТ у ранее не получавших антиретровирусные препараты ВИЧ-инфицированных, больных туберкулезом. По крайней мере в двух крупных рандомизированных исследованиях (STIDE и SAPIT) отмечалось увеличение риска развития ВСВИС у больных туберкулезом ВИЧ-инфицированных пациентов, которым сразу начинали АРТ. Тем не менее, в обоих исследованиях увеличение частоты развития ВСВИС не приводило к повышению смертности пациентов. Однако были получены и противоположные результаты — в одном рандомизированном исследовании с участием пациентов с туберкулезным менингитом было выявлено, что раннее начало АРТ менее желательно для этой категории пациентов.

ЦМВ-инфекция как проявление ВСВИС. Помимо микобактериальных инфекций с атипичным течением, описаны многочисленные случаи атипичного течения ЦМВ-инфекций на фоне АРТ. ВСВИС возникал у 38% пациентов с ранее диагностированным ЦМВ-ретинитом. Воспалительный ЦМВ-ретинит с эндофтальмитом (витреитом), который может привести к потере зрения, папиллиту и отеку желтого пятна, сегодня описывается как отдельный синдром, поскольку он существенно отличается от типичного ЦМВ-ретинита, наблюдавшегося до появления АРТ. Неоваскуляризация представляет угрозу для зрения даже после подавления инфекции. Как и при инфекциях, вызванных *Mycobacterium avium-intracellulare*, исследования *in vitro* показали, что у больных с эндофтальмитом при развитии ВСВИС наблюдается значительное усиление специфического клеточного иммунного ответа, направленного против цитомегаловируса. Воспалительные проявления ЦМВ-инфекции не ограничивались сетчаткой и затрагивали другие органы. Прогрессирующая многоочаговая

лейкоэнцефалопатия как проявление ВСВИС. Прогноз при воспалительном варианте ПМЛ, который развивается на фоне ВСВИС, лучше, чем прогноз при ПМЛ до наступления эпохи ВААРТ. Нередко первые клинические проявления бывают более яркими, а при МРТ выявляется нетипичное для ПМЛ контрастное усиление, которое может со временем исчезнуть. Прогноз при этом лучше, возможно даже полное излечение от ПМЛ. У некоторого количества пациентов, перенесших воспалительную ПМЛ, впоследствии в течение многих лет нет никаких симптомов этой инфекции, а у некоторых из них нет даже остаточных явлений. Однако сообщалось о смертельных исходах воспалительной ПМЛ. Накопленный опыт указывает на неэффективность кортикостероидных препаратов, хотя в литературе описаны случаи их успешного применения.

Криптококкоз как проявление ВСВИС. Описано множество случаев воспалительного варианта криптококкоза. Наряду с микобактериальными (ТБ/МАК) и цитомегаловирусными инфекциями, криптококковая инфекция в рамках ВСВИС также способна существенно осложнить начало АРТ. За пациентами с тяжелым иммунодефицитом, которые начали АРТ после лечения криптококкоза, в течение нескольких недель или даже месяцев нужно внимательно наблюдать. По данным новых исследований, криптококкоз как проявление ВСВИС развивается у 10–20% пациентов, инфицированных ВИЧ и криптококками. При ВСВИС на МРТ обычно выявляется хориоменингит с выраженным контрастным усилением сосудистых сплетений головного мозга. В СМЖ выявляется криптококковый антиген, но посеvy СМЖ отрицательны. Внутричерепное давление часто повышено. Помимо менингита может также развиваться лимфаденит.

Другие инфекции как проявление ВСВИС. Среди опубликованных клинических наблюдений есть случаи лейшманиоза, пенициллезита, гистоплазмоза, пневмоцистоза и герпетической инфекции. На фоне АРТ, особенно в первые недели, возможны обострения опоясывающего лишая и гепатитов

В и С. У пациентов, получающих АРТ, на фоне ВСВИС может существенно ухудшаться течение саркомы Капоши, ассоциированной с вирусом герпеса человека 8-го типа. Описаны также случаи обострений кожных болезней, в том числе фолликулита. Описаны даже случаи парвовирусной инфекции и проказы.

Другие заболевания как проявление ВСВИС. Оказалось, что ВСВИС может проявляться также обострениями других заболеваний, которые не относятся к оппортунистическим инфекциям. К ним относятся аутоиммунные заболевания, например, диффузный токсический зоб (болезнь

Грейвса), системная красная волчанка, синдромы Свита (нейтрофильный острый фебрильный дерматоз) и Рейтера, синдром Гийена-Барре, острая порфирия, подагра и саркоидоз — и это еще далеко не полный перечень. Сообщалось даже о двух случаях возникновения болезни Пейрони (фиброза белочной оболочки полового члена). Подобные сообщения наводят на мысль, что не все эти проявления в действительности обусловлены восстановлением иммунной системы; это могло быть простое совпадение. В первых публикациях содержалось много теоретических рассуждений и мало информации об этиологии этого синдрома, сейчас же оказалось, что в патогенезе ВСВИС помимо активации клеточного иммунного ответа определенную роль играют изменения цитокинового профиля. Однако, по-видимому, патогенетические механизмы зависят от конкретного заболевания и генетической предрасположенности.

Выводы

Пациенты, начинающие получать АРТ при количестве лимфоцитов CD4 менее 200 мкл⁻¹, особенно если при этом у них обнаруживается высокая вирусная нагрузка, нуждаются в тщательном клиническом наблюдении в течение первых недель. Особого внимания требуют больные с глубоким иммунодефицитом, которые ранее отказывались от АРТ, но в последнее время почувствовали себя хуже (появились субфебрилитет и общее недомогание) и решили все-таки начать АРТ «после долгих размышлений». В таких случаях нередко

имеются латентные инфекции, которые могут быстро проявиться по мере восстановления иммунной системы. Чем хуже иммунный статус и чем дольше пациент жил с иммунодефицитом, тем выше риск тяжелого ВСВИС. Хотя недавно проведенные исследования показали, что уровни маркеров воспаления (С-реактивного белка, D-димера и цитокинов, например, ИЛ-6 и ИЛ-7) имеют прогностическое значение в отношении развития ВСВИС и ОИ, эти показатели практически не используются в диагностике ВСВИС.

Обследование таких больных перед началом АРТ должно включать рентгенографию органов грудной клетки, УЗИ брюшной полости и осмотр глазного дна. Врачебный осмотр, которым сейчас нередко пренебрегают, должен выполняться очень тщательно. Предложение некоторых авторов начинать у больных с тяжелым иммунодефицитом медикаментозную химиопрофилактику инфекций, вызванных *Mycobacterium avium-intracellulare*, еще до начала АРТ, весьма спорно, тем более, что химиопрофилактика не способна предотвратить развитие МАК-инфекции как проявления ВСВИС. Кроме того, с помощью проспективных клинических исследований еще предстоит проверить гипотезу о пользе применения ИЛ-2 или ГМ-КСФ при ВСВИС.

При ВСВИС, особенно при микобактериальных инфекциях, следует назначать кортикостероидные препараты. Это подтверждено результатами рандомизированного исследования. Нужно быть

готовым к атипичным проявлениям, локализации и течению оппортунистических инфекций. Картина может быть совсем не такой, какой она была до появления АРТ. Вообще говоря, прогноз при ВСВИС обычно благоприятный. По данным литературы, показатели смертности пациентов, у которых развился ВСВИС, не превышают показатели смертности пациентов без этого синдрома.

Заключение.

Воспалительный синдром восстановления иммунной системы (ВСВИС) развивается вскоре после начала антиретровирусной терапии (АРТ), чаще у пациентов с числом CD4-лимфоцитов менее 100 в 1 мкл, примерно у 10% пациентов. В большинстве случаев антиретровирусную терапию и лечение вторичных (в том числе оппортунистических) заболеваний продолжают. Эффективны нестероидные противовоспалительные средства. Некоторым пациентам требуется введение стероидов; отмена антиретровирусной терапии требуется редко, и только в угрожающих жизни случаях.

Литература

1. Антиретровирусная терапия у взрослых и подростков. Рекомендации с позиций общественного здравоохранения. ВОЗ, 2011 – 166 с.
2. ВИЧ-медицина. Руководство для врачей под редакцией Н.А.Белякова и А.Г.Рахмановой. СПб, 2010. – 749 с.
3. Лечение ВИЧ-инфекции. Кристиан Хоффман, Юрген К. Рокштро. Москва. 2012.С. 416-421.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ МИКРОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА У ЖЕНЩИН.

Рыскельдиева В.Т.

Национальный Центр Охраны Материнства и Детства (НЦОМид) Кыргызстана,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье представлены результаты определения прогностической значимости микроскопического исследования мазка лохий в доклинической диагностике послеродового эндометрита (ПЭ). Установлено, что данный метод не может быть использован для доклинической диагностики, т.е. прогнозирования ПЭ. Воспалительный тип мазка выявлен у рожениц с манифестацией ПЭ.

Ключевые слова: послеродовой эндометрит, микроскопия мазка лохий, доклиническая диагностика

ТОРОТТОН КИЙИНКИ ЭНДОМЕТРИТТИ БОЖОМОЛДОО ДОГУ МИКРОСКОПТУК ИЗИЛДОО ЫКМАСЫНЫН ДИАГНОСТИКАЛЫК БААЛУУЛУГУ.

Рыскельдиева В.Т.

Кыргызстандын Энени жана Баласы Сактоо Улуттук Борбору,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Макалада лохиялардын мазогун микроскоптук изилдөө төрөттөн кийинки эндометриттин оргүүсүнө чейин диагностикалоо догу прогноздук маанилүүлүгүн аныктоонун натыйжасы көрсөтүлгөн. Бул ыкманы төрөттөн кийинки эндометриттин келип чыгышын божомолдоо үчүн пайдаланууга болбойт. Сезгентүүчү түрдөгү мазок төрөттөн кийинки эндометрит өрчүп кеткен аялдарда табылган.

Негизги создор: төрөттөн кийинки эндометрит, мазокту микроскоп менен изилдөө, божомолдоо.

DIAGNOSTIC VALUE OF MICROSCOPIC RESEARCH METHOD IN PREDICTING POSTNATAL ENDOMETRITIS.

Ryskeldieva V.T.

National Center for Maternal and Child Welfare,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: The article gives us the information about the results in finding prognosis value of lochia smear microscopic research during preclinic postnatal endometritis diagnosis. It has been stated that the microscopic method cannot be used to predict postnatal endometritis. Only parturients with vivid postnatal endometritis had an inflammatory type of smear.

Key words: postnatal endometritis, predict, lochia smear microscopic

Актуальность: По мнению многих исследователей цитологическое исследование маточных лохий является одним из методов ранней доклинической диагностики послеродового эндометрита (ПЭ) (1, 2). Некоторые ученые (3, 4) считают, что цитологические картины мазков отражают степень тяжести ПЭ и служат методом контроля эффективности проводимого лечения, а, иногда, прогнозирования тяжести процесса.

Цель исследования – определить прогностическую ценность цитологического исследования лохий в развитии послеродового эндометрита у женщин Кыргызстана.

Материал и методы исследования: Набор материала производился в клиническом

родильном доме НЦОМид в течение 2010 г. Для выявления прогностической ценности цитологического исследования у 267 женщин был произведен забор мазков лохий.

Были сформированы группы:

Группа 1 (основная) - забор материала производился на фоне развившейся клинической картины острого ПЭ - 35

Группа 2 (группа сравнения) – забор материала производился на 3-4-е сутки послеродового периода (ПЭ развился позднее 4-х суток) - 32

Группа 3 (контрольная) – забор материала производился на 3-4-е сутки послеродового периода (нормальное течение послеродового

Таблица
Сравнительная характеристика результатов микроскопического исследования
мазков лохий

результат		Группа 1 основная - 35		Группа 2 сравнения - 32		Группа 3 контрольная - 200		P M ₁ -M ₃	P M ₂ -M ₃
		M	m	M	m	M	m		
Не воспалительный тип	L до до 25	-	-	96,9	3,1	98,3	0,8	-	P>0,05
	L более 25	5,7	3,9	-	-	-	-		
Воспалительный тип	Большое кол-во L	80,0	6,8	-	-	-	-		
	L сплошь	14,3	5,9	3,1	3,0	1,5	0,8	P<0,05	P>0,05
Gr (-) bacill	+	22,8	7,1	18,7	6,9	15,5	2,5	P>0,05	P>0,05
	++	5,7	3,9	9,4	5,1	16,5	2,6	P>0,05	P>0,05
	+++	20,0	6,8	15,6	6,4	10,0	2,1	P<0,05	P>0,05
	++++	5,7	3,9	3,1	3,0	2,5	1,1	P>0,05	P>0,05
Gr (+) cocci	+	54,3	8,4	56,2	8,8	48,0	3,5	P>0,05	P>0,05
	++	8,6	4,7	6,2	4,3	7,5	1,9	P>0,05	P>0,05
	+++	5,7	3,9	3,1	3,0	1,5	0,8	P>0,05	P>0,05
	++++	14,3	5,9	6,2	4,3	1,5	0,8	P<0,05	P>0,05
Gr (+) bacill	+	8,6	4,7	6,2	4,3	7,0	1,8	P>0,05	P>0,05
	++	11,4	5,4	12,5	5,8	11,5	2,2	P>0,05	P>0,05
	+++	5,7	3,9	3,1	3,0	1,5	0,8	P>0,05	P>0,05
	++++	-	-	-	-	-	-	-	-
Gr (-) cocci	+	8,6	4,7	6,2	4,3	2,5	1,1	P>0,05	P>0,05
	++	-	-	-	-	3,0	1,2	-	-
	+++	-	-	-	-	-	-	-	-
	++++	-	-	-	-	-	-	-	-

периода) - 200

Материал для мазков равномерно распределялся по стеклу для равномерного распределения клеток слоями без грубого втирания.

При окраске мазков по Грамму учитывали следующие признаки:

1. Наличие лейкоцитарной реакции

2. Состав микрофлоры лохий (количественная и качественная характеристика морфотипов бактерий)

Тип мазка оценивался по количеству лейкоцитов в поле зрения – воспалительный тип (варианты: большое количество лейкоцитов и лейкоциты сплошь) и не воспалительный тип (лейкоциты в поле зрения до 25).

Количественная характеристика микрофлоры проводилась по четырехбальной системе, исходя из числа микробных клеток в поле зрения препарата при увеличении с иммерсией.

(+) до 10 микробных клеток в поле зрения – незначительное количество

(++) от 11 до 10×2 микробных клеток в поле зрения – умеренное количество

(+++) от 10×2 до 10×3 клеток в поле зрения – большое количество

(++++) $>10 \times 3$ микробных клеток в поле зрения – массивное количество

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с вычислением критерия t достоверности различий Стьюдента. Кроме того, для измерения силы связи между явлениями определялся коэффициент ассоциации (КА), высчитанный методом четырех полей.

КА высчитывался по формуле:

где Q - коэффициент ассоциации; буквы a, b, c, d - обозначают числовые выражения каждого из четырех полей

$$Q = \frac{ad - bc}{ad + bc}$$

Результаты и их обсуждение: Результаты исследования отражены в

таблице. При ее анализе мы выявили достоверно большую частоту обнаружения воспалительного типа мазка у рожениц с манифестацией ПЭ по сравнению со здоровыми женщинами (в основной группе $80,0 \pm 6,8$ и $14,3 \pm 5,9$ в сравнении с $1,5 \pm 0,8$ в группе здоровых). Между этими показателями определена сильная положительная связь.

Кроме того, нами обнаружены достоверные различия в частоте встречаемости большого количества Gr (-) bacilli ($20,0 \pm 6,8$ в основной и $10,0 \pm 2,1$ в контрольной) (положительная связь средней силы) и массивного количества Gr (+) cocci ($14,3 \pm 5,9$ в основной и $1,5 \pm 0,8$ в контрольной) (положительная связь средней силы) в группе с манифестацией ПЭ по

сравнению со здоровыми роженицами.

Выводы:

Воспалительный тип мазка с большой степенью достоверности нами определен у рожениц уже при яркой клинической картине ПЭ

По полученным нами результатам микроскопический метод исследования мазка лохий не может быть использован для доклинической диагностики, т.е. прогнозирования ПЭ

Большое количество Gr (-) bacilli и массивное количество Gr (+) cocci чаще встречается у рожениц во время манифестации ПЭ в сравнении со здоровыми роженицами.

Литература:

1. Саадех И.А. Профилактика субинволюции матки и эндометрита после самопроизвольного родоразрешения с применением синтетического аналога простагландина E1 - мизопростола // Автореф. дисс. канд. мед. наук, Томск, 2003, с. 15.

2. Вербицкая М.С. Современные аспекты профилактики, диагностики и лечения послеродовых эндометритов // Медицинская панорама, 2005, №8 (54) – с. 18-20

3. Куперт М.А. Эндометрит после родов в современном акушерстве // дисс. докт. мед. наук. Иркутск, 2006, с. 202

4. Горин В.С., Серов В.Н., Бирюкова Л.А. и др. Оптимизация диагностики и лечения послеродового эндометрита. Российский Вестник акушера-гинеколога, 2009, №1, М, с. 21-27

5. Медицинская статистика. Пособие для врачей и научных работников. Под редакцией профессора Акынбекова К.У., Бишкек, 2006, с. 95, 106-107

6. Рыскельдиева В.Т. 0555204424, e-mail - hirsh.a@rambler.ru врач акушер - гинеколог КРД НЦОМид

ПРИЧИНЫ И ПАТОГНОМОНИЧНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВА НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Рыскельдиева В.Т.

Национальный Центр Охраны Материнства и Детства Кыргызстана,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье представлены наиболее значимые факторы риска, причины и ранние клинические симптомы перитонита, вследствие несостоятельности шва на матке после кесарева сечения.

Ключевые слова: факторы риска, послеродовый эндометрит, перитонит

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ ОПЕРАЦИЯСЫНАН КИЙИНКИ ЖАТЫНДАГЫ ЖАМАН ТИГИЛГЕНДИГИНИН НЕГИЗГИ БЕЛГИЛЕРИНИН СЕБЕПТЕРИ

Рыскельдиева В.Т.

Кыргызстандын Энени жана Баласы Сактоо Улуттук Борбору
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутундусу: Бул статьяда кесарево сечения операциядан кийинки коркунуштар жөнүндө айтылат. Алар: өтө коркунуштуу факторы риска пайда болушу мүмкүн; өтө эрте клиникалык перитониттин симптомдору пайда болушу, операцияда жатындын кесилип анын жаман тигилип калгандыгынан.

Негизги сөздөр: факторы риска, төрөттөн кийинки эндометрит, перитонит

THE REASONS AND PATHOGNOMIC SIGNS OF A UTERUS DEFECTIVE SUTURE AFTER A CESAREAN SECTION.

Ryskeldieva V.T.

National Center for Maternal and Child Welfare,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: This article us the most meaningful risk factors, reasons and early peritonitis clinical symptoms resulted from the suture imperfection on the uterus after a cesarean section.

Key words: risk factors, puerperal endometritis, peritonitis

Введение: На сегодняшний день остается дискуссионным вопросом причинах возникновения перитонита после кесарева сечения. Выявлены факторы риска [1], разработаны и применяются различные методики ушивания раны на матке [2], совершенствуется шовный материал [2]. Тем не менее, частота эндометрита и перитонита после кесарева сечения растет. Возникает вопрос: почему некоторое количество ПЭ успешно поддается терапии, а в других случаях формируется несостоятельность швов на матке и перитонит? Ответ на этот вопрос требует критического к нему отношения.

Цель: Выявить предрасполагающие факторы, причины и ранние патогномоничные симптомы несостоятельности швов на матке у женщин после кесарева сечения в Кыргызстане.

Материал и методы исследования: Сплошному комплексному обследованию

подверглось 484 родильницы после абдоминального родоразрешения с осложненным и неосложненным течением послеоперационного периода. Роды всех женщин произошли в НЦОМид г.Бишкек в период 2010-2011 г.г. Родильницы разделены на три группы:

Основная – 13 родильниц, послеоперационный период которых осложнился перитонитом, вследствие несостоятельности швов на матке;

Группа сравнения – 32 родильницы, послеоперационный период которых осложнился острым эндометритом

Контрольная группа - 439 родильниц с неосложненным течением послеоперационного периода

По разработанной карте, состоящей из 55 вопросов, выяснялся соматический и гинекологический анамнез родильниц,

течение предыдущих беременностей и их исходы, данные клинико-лабораторных исследований, течение данной беременности, особенности родов, осложнения и оперативные вмешательства в раннем послеродовом периоде. Исследован видовой состав микроорганизмов из цервикального канала (лохий) на 3 сутки послеродового периода (в основном при отсутствии ярких клинических проявлений ПЭ) у родильниц. Диагноз ПЭ устанавливался на основании общепринятых критериев:

1. Общей воспалительной реакции – неоднократный подъем температуры тела выше 37,5°C, начиная со 2-х суток послеродового периода

учащение пульса более 90 ударов в минуту и частоты дыханий более 18 в минуту.

лейкоцитоз более 12 тысяч и лейкопения менее 4 тысяч

2. Местной воспалительной реакции - наличие мутных выделений из половых путей с неприятным запахом

признаки субинволюции матки по данным пальпации, двуручного исследования или УЗИ (расширение полости матки более 20 мм)

остатки плацентарной ткани по данным УЗИ

болезненность матки при пальпации

Диагноз несостоятельности швов на матке выставлялся на основании интраоперационного осмотра шва на матке во время операции релапаротомии с последующим гистологическим подтверждением.

Для статистической обработки данных применялся четырехэтапный метод прямой стандартизации, т.е. вычисление показателей при допущении равенства состава сравниваемых групп. За стандарт приняты 484 родильницы, роды которых произошли оперативным путем в НЦОМид в 2010 - 2011 году [4]. Кроме того, для оценки силы связи между признаками высчитывался коэффициент корреляции методом четырех полей по формуле:

где Q - коэффициент ассоциации; буквы a, b, c, d - обозначают числовые выражения каждого из четырех полей.

$$Q = \frac{ad - bc}{ad + bc}$$
 ad – числа лиц без патологии из обеих групп;

bc – числа лиц с патологией из обеих групп,

знак «-» подтверждал обратное направление связи, оценку корреляции проводили по трем степеням: при наличии прямой связи слабой силы считали при показателях от 0,1 – 0,29; умеренной силы (средней степени) от 0,3 до 0,69; сильной от 0,7 до 1,0; при наличии обратной связи использовались те же показатели со знаком «-» [].

Результаты исследования и их обсуждение: Средний возраст женщин основной группы составил 23,2±1,36, группы сравнения - 26,5± 0,8, а контрольной - 30,0±0,2; p > 0,05. Таким образом, все женщины находились в активном репродуктивном возрасте.

В результате изучения предполагаемых факторов риска (таблица 1) установлено, что у здоровых родильниц показатели предполагаемых факторов значительно ниже, чем у больных эндометритом и перитонитом. Таким образом, выделенные в нашем исследовании факторы риска являются общими для ГСО в послеродовом периоде.

Изучая факторы риска основной группы и группы сравнения нами установлена полная прямая связь между родильницами этих групп в показателе экстренности кесарева сечения, т.е. развитие несостоятельности шва на матке зависит в полной мере от экстренности проведения операции.

Из таблицы №1 видно, что прямая сильная связь в развитии несостоятельности шва на матке существует между родильницами основной группы и группы сравнения, роды которых осложнились слабостью родовой деятельности, приведшей к клинической несостоятельности таза матери, а также кровопотерей более 1000,0. Оба вышеописанных осложнения ведут к значительным затруднениям и погрешностям в выполнении операции.

Прямая связь средней силы существует между возникновением несостоятельности швов на матке и ПЭ у женщин с преждевременным излитием околоплодных вод хориоамнионитом.

Связь слабой силы между N₁ и N₂ отмечена нами у родильниц с низким социально-экономическим уровнем жизни, у первородящих

Сравнительная характеристика факторов риска ГСО родильниц после операции кесарева сечения.

признак	Несостоятельность швов на матке – основная группа (13)		Кесарево сечение, осложненное эндометритом – группа сравнения (32)		Кесарево сечение без осложнений – контрольная группа (439)	
	Абс N ₁	Стандарт. показатель	Абс N ₂	Стандарт. показатель	Абс N ₃	Стандарт. показатель
Низкий социально-экономический уровень	4	148,9	8	121,0	70	77,2
Гинекологические воспалительные заболевания	-	-	1	15,1	42	46,3
Первые роды	10	372,3	22	332,8	134	147,7
Повторные роды	3	111,7	10	151,3	305	336,3
Имели в анамнезе аборт	-	-	2	30,3	33	36,4
Имели в анамнезе выкидыши	-	-	1	15,1	19	20,9
Наблюдались во время беременности у врача	8	297,8	22	332,8	332	366,0
Анемия во время беременности	6	223,4	20	302,5	173	190,7
Анемия в послеродовом периоде	6	223,4	29	438,6	300	330,8
Пиелонефрит	3	111,7	9	136,1	60	66,2
Интранатально мертвый плод	-	-	-	-	12	13,2
Антенатально мертвый плод	-	-	1	15,1	3	3,3
Преждевременные роды	1	37,2	5	75,6	91	100,3
Срочные роды	9	335,1	27	408,4	345	380,4
Экстренное оперативное родоразрешение	10	372,3	32	484,0	91	100,3
Преждевременное излитие вод	5	186,2	6	90,8	94	103,6
Слабость родовой деятельности	2	74,5	1	15,1	8	8,8
Кровотечение, связанное с отслойкой плаценты	3	111,7	7	105,9	40	44,1
хориоамнионит	1	37,2	-	-	5	5,5
Преэклампсия легкая	1	37,2	1	15,1	9	9,9
Преэклампсия тяжелая	1	37,2	3	45,4	31	34,2
Кровопотеря 500,0 – 999,0	10	372,3	31	468,9	424	467,5
Кровопотеря 1000,0 и более	3	111,7	1	15,1	15	16,5

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

женщин и беременных с преэклампсией различной степени тяжести.

Необходимо отметить, что мы не обнаружили положительной связи анемии, пиелонефрита с возникновением перитонита у женщин с эндометритом после кесарева сечения. Таким образом, состояние острого или хронического малокровия, пиелонефрит в анамнезе, экстренное оперативное родоразрешение являются факторами риска реализации ПЭ после кесарева сечения, но НЕ являются таковыми в формировании

несостоятельности шва на матке.

Таким образом, основными факторами риска возникновения именно перитонита в сравнении с родильницами, послеоперационный период которых осложнился эндометритом, являются: фактор экстренности оперативного родоразрешения; слабость родовой деятельности, приведшая к клинической несостоятельности таза матери; патологическая интраоперационная кровопотеря; а также преждевременное излитие околоплодных вод и явления хориоамнионита.

Что касается ранних патогномичных

Таблица №2 -
Сравнительная характеристика клинических симптомов, возникающих при ГСО различных степеней тяжести

симптом	Несостоятельность швов на матке – основная группа (13)		Кесарево сечение, осложненное эндометритом – группа сравнения (32)		Кесарево сечение без осложнений – контрольная группа (439)	
	абс	Стандарт. показатель	абс	Стандарт. показатель	абс	Стандарт. показатель
Повышение т-ры тела выше 37,5 ⁰	9	335,1	29	438,6	44	48,5
Субинволюция матки	7	260,6	3	45,4	5	5,5
Мутные выделения с запахом	8	297,8	10	151,3	9	9,9
Болезненность матки при пальпации	7	260,6	8	121,0	1	1,1
Чувство тяжести внизу живота	4	148,9	7	105,9	2	2,2
Тахикардия > 90 в минуту	9	335,1	27	408,4	5	5,5
Тахипноэ > 18 в минуту	8	297,8	5	75,6	1	1,1
Воспалительный характер мазка после родов	3	111,7	5	75,6	35	38,6
Лейкопения < 10 ⁹	2	74,5	-	-	-	-
Лейкоцитоз > 12 ⁹	1	37,2	4	60,5	1	1,1
ДВС в стадии гиперкоагуляции	5	186,2	-	-	-	-
Инфицирование швов передней брюшной стенки	8	297,8	3	45,4	-	-
Парез кишечника (вялая перистальтика)	9	335,1	20	302,5	33	36,4
Острый живот (положительный с-м Щеткина – Блюмберга)	5	186,2	1	15,1	-	-

Таблица №3

Сравнительная характеристика видового состава микрофлоры, заселяющей родовые пути родильниц с ГСО различной степени тяжести

микроорганизм	Несостоятельность швов на матке – основная группа (13)		Кесарево сечение, осложненное эндометритом – группа сравнения (32)		Кесарево сечение без осложнений – контрольная группа (439)	
	абс	Стандарт. показатель	абс	Стандарт. показатель	абс	Стандарт. показатель
Stafilococcus epidermidis (+)A	3	111,7	6	90,8	127	140,0
Esnerichia coli (-)A	4	148,9	7	105,9	163	179,0
Streptococcus viridans (+)A	-	-	1	15,1	4	4,4
Klebsiella spp. (+)A	-	-	1	15,1	6	6,6
Candida spp.	4	148,9	9	136,1	93	102,5
Staphyl. Haemoliticus	2	74,5	6	90,8	120	132,3
Proteus vulgaris	-	-	-	-	2	2,2
Staphyl. spp.	-	-	5	75,6	23	25,4
Streptococcus gr. B	-	-	3	45,4	42	46,3
Staphyl.aureus	1	37,2	4	60,5	45	49,6
Enterobacter	2	74,5	3	45,4	28	30,9
Proteus mirabilis	-	-	-	-	4	4,4
Pseudomonas aeuginosa	-	-	1	15,1	3	3,3
Роста микроорганизмов нет	-	-	1	15,1	-	-
Shigella	-	-	1	15,1	7	7,7
Enterococcus	-	-	2	30,3	17	18,7

симптомов несостоятельности шва на матке, то нами представлены основные симптомы, встречающиеся при осложненном течении послеоперационного периода в таблице №2. Безусловно, что показатели всех патологических изменений и симптомов в группе здоровых родильниц достоверно ниже. Сравнивая же основную группу с группой сравнения, нами выявлена полная положительная прямая связь между наличием лейкопении $< 4 \times 10^9$ и ДВС - синдрома в стадии гиперкоагуляции у больных с перитонитом в сравнении с больными эндометритом. Таким образом, эти два симптома являются патогномоничными для перитонита после кесарева сечения, но не при ПЭ. Прямая сильная положительная связь отмечена нами в возникновении субинволюции матки, тахипноэ, инфицирования швов передней брюшной стенки и возникновения симптомов острого живота при перитоните в сравнении с ПЭ. Причем, на второй

план уходят патогномоничные симптомы для классического ПЭ - гипертермия и лейкоцитоз $> 12 \times 10^9$ Прямая связь средней силы отмечена в отношении мутных выделений из половых путей с запахом и болезненности матки при ее пальпации.

Таким образом, клинические критерии акушерского перитонита, вследствие несостоятельности шва на матке отличаются от общепринятых критериев в хирургии. К патогномоничным симптомам акушерского перитонита следует отнести лейкопению, ДВС - синдром в фазе гиперкоагуляции, субинволюцию матки, тахипноэ, инфицирование швов передней брюшной стенки и, безусловно, симптомы острого живота, как свидетельство уже разлитого процесса. По результатам представленного исследования мы не можем отнести к патогномоничным клиническим признакам акушерского перитонита

гипертермию, лейкоцитоз и явления нарушения деятельности кишечника (послеоперационный парез кишечника), как общепринятых в хирургии клинических критериев перитонита. Несмотря на то, что стандартизованный показатель пареза кишечника в основной группе больше, чем в группе сравнения, он все же имеет место и в группе сравнения и даже в группе контроля (335,1; 302,5; 36,4). Резюмируя все вышесказанное, мы склонны считать, что причинами, приводящими к перитониту после кесарева сечения вследствие несостоятельности швов на матке у женщин в Кыргызстане, являются погрешности выполнения кесарева сечения или недостаточная квалификация хирурга на фоне массивной кровопотери.

Наконец, нами не подтверждается распространенное мнение о том, что несостоятельность шва на матке развивается вторично из-за массивной инвазии патогенной и условно-патогенной флоры. При исследовании микробного пейзажа флоры лохий на 3-4-е сутки послеоперационного периода получены результаты, представленные в таблице №3.

Нами отмечена прямая связь средней силы в выявлении *Candida spp.* и *Enterobacter* у родильниц всех изучаемых групп (таблица №3). Наряду с выделением этих микроорганизмов у больных родильниц они также были выделены и у здоровых.

Что касается качества шовного материала, качеству и совершенствованию которого посвящено множество работ [1, 2], то за период проведения настоящего исследования в НЦОМид использовалась нить – ПГА. Методика проведения кесарева сечения в родильном доме НЦОМид в течение вот уже 10 лет – лапаротомия по Дж-Кохену, кесарево сечение в нижнем маточном сегменте и двухрядное ушивание шва на матке с перитонизацией *plicae vesicouterinae*.

Выводы:

Факторами риска развития перитонита, вследствие несостоятельности швов на матке в сравнении с родильницами с ПЭ являются:

Фактор экстренности оперативного родоразрешения;

Слабость родовой деятельности, приведшая к клинической несостоятельности таза матери;

Патологическая интраоперационная кровопотеря;

Преждевременное излитие околоплодных вод и явления хориоамнионита.

Предположительно причинами формирования несостоятельного шва на матке являются погрешности в технике выполнения кесарева сечения вследствие наличия факторов риска или недостаточной квалификации хирурга

Патогномоничными клинико-лабораторными признаками развившегося перитонита после кесарева сечения являются лейкопения $< 4 \times 10^9$, ДВС - синдром в фазе гиперкоагуляции, субинволюция матки, тахипноэ, инфицирование швов передней брюшной стенки и, безусловно, симптомы острого живота.

Микробная флора родовых путей не является первопричиной послеродовых ГСО, но участвует в распространении процесса.

Литература:

1. Бойко В.И., Иконописцева Н.А., Смиян С.А. Перитонит после кесарева сечения. Вестник СумДУ, Серия «Медицина», №1, 2011, том 2, с.95-99

2. Лалаян Р.С. Экспериментально-клинические аспекты техники формирования шва матки и ее заживления после абдоминального родоразрешения. Автореф. дисс. канд. мед. наук, Ростов на Дону, 2004, с. 19-20

3. Мещеряков В.Ю. Регионарный саногенез в комплексе мероприятий профилактики гнойно-септических осложнений абдоминального родоразрешения. Автореф. дисс. канд. мед. наук, Бишкек, 2006, с. 19-20

4. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения. Под ред. Лисицына Ю.П. М: Медицина 1987, том 1, с.234-235

ЗАКРЫТИЕ ДИАСТЕМЫ ЗУБОВ МЕТОДОМ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ РЕСТАВРАЦИИ

Эргешов С.М., Сушко Н.Ю., Эргешова А.С.

Кыргызская государственная медицинская академия им И. К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: закрытие диастемы зубов методом эстетической реставрации является одним из составляющих комплексного лечения болезней пародонта и требует дифференциального подхода. В статье обобщены данные лечения 23 пациентов по поводу диастемы и даны рекомендации к повышению качества реставрации.

Ключевые слова: Диастема, трема, хронический пародонтит, композиционные материалы, реставрация.

ЭСТЕТИКАЛЫК РЕСТАВРАЦИЯ ЖОЛУ МЕНЕН ТИШТЕРДИН ДИАСТЕМАСЫН ЖАБУУ

Эргешов С.М., Сушко Н.Ю., Эргешова А.С.

И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Пародонттун оорусун комплекстүү дарылоодо тиштердин диастемасын эстетикалык реставрация ыкмасы менен жабуу дарылоонун бирден-бир бөлүгүн түзөт жана тандоо жолун талап кылат. Макалада 23 пациенттердин тиштеринин диастемаларын дарылоонун жыйынтыгы келтирилген жана калыптандыруунун сапатын жакшыртууну сунуштаган.

Негизги сөздөр: Диастема, трема, өнөкөт пародонтит, композициалык кыт материалдары.

CLOSING OF TEETH DIASTEMA BY MEANS OF AESTHETIC RESTORATION

Ergeshov S.M., Sushko N.U., Ergeshova A.S.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K.Akhunbaev,

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: Closing of teeth diastema by means of aesthetic restoration is one of the components of the complex treatment of parodontitum and demands a differential approach. Treatment findings of 23 patients of the occasion of diastema and recommendations to increasing of restoration quality are given arhle.

Key words: Diastema, tremas, chronical parodontit, composition materials, restoration

Актуальность проблемы

Быстрое развитие материаловедения в стоматологии раскрывает новые возможности в лечении зубов, что в свою очередь, стимулируется возросшим интересом современного человека к своей внешности. Иметь красивую улыбку становится не менее престижным, чем модную одежду и другие атрибуты обеспеченной жизни [2,3].

Современные материалы существенно расширили показания к применению реставрационной методики в стоматологии. Прогресс в области химии позволил создать адгезивные системы с силой сцепления с тканями зуба сопоставимым с естественными показателями. Постоянно выходят новинки композитных материалов с все меньшей полимеризационной усадкой, а также улучшаются качественные показатели самих материалов: улучшается тиксотропность,

пластичность, цветовые характеристики, прочность на истирание, сжатие и разрыв, эти показатели стремятся к природным показателям естественных структур зуба. Все эти перемены позволяют нам говорить о новом взгляде на художественную реставрацию [4].

Смещение зубов (диастема, трема) – частый симптом при заболеваниях тканей пародонта, нередко появляющийся в начале заболевания. В большинстве случаев смещение наблюдается в поздних стадиях, но зубы имеют тенденцию к физиологическому смещению в очень незначительной степени в течение всей жизни. В ходе физиологического смещения зубы медленно выступают из плоскости жевания в направлении своей продольной оси, кроме того зубы перемещаются в щечном, небном или язычном направлении [6].

Различают истинную и ложную диастему или трему. Истинная – является врожденной

щелью между зубами, **ложная** – появляется вследствие заболеваний пародонта.

Используя реставрационную методику, мы можем исправить косметические недостатки, для устранения которых ранее нам приходилось бы отпрепарировать зуб под коронку, а зачастую и депульпировать зуб. Поэтому реставрации все чаще применяются в самых ответственных местах для создания косметики, это наиболее щадящая методика из возможных на сегодня. Говоря о реставрации, следует отметить, что, несмотря на то, что практикующие врачи имеют в своем арсенале современные композиционные материалы и адгезивные системы, стоматологи часто стоят перед выбором: предложить пациенту художественную реставрацию, ортопедическую конструкцию или ортодонтическое лечение.

Целью настоящего исследования явилось внедрение методов дифференциального подхода к реконструкции зубов (в частности закрытие диастемы) в зависимости от клинической ситуации, а также разработка рекомендаций для улучшения качества реставраций.

Материалы и методы

Материалом для анализа и обсуждения послужили ближайшие и отдаленные результаты лечения 23 пациентов, которым в разные сроки от 6 месяцев до 2,5 лет проводилась эстетическая реставрация по поводу устранения диастемы передних зубов. Возраст больных варьировал от 25 до 50 лет, из них женщин – 14, мужчин – 9. У 18 пациентов клинически и рентгенологически диагностировался хронический пародонтит легкой и средней степени тяжести без подвижности зубов. Пятерым пациентам (21%), причиной возникновения диастемы у которых, явились аномалии развития преддверия полости рта (низкое прикрепление уздечки и т.д.) в комплексе с консервативным лечением проводились косметические хирургические операции. Четверым пациентам (17%) закрытие диастемы проводилось как завершающий этап ортодонтического лечения брекет-системами. Всем пациентам проводилось предварительное лечение заболеваний тканей пародонта, включающее в себя снятие над- и поддесневых отложений, комплексную медикаментозную терапию и рациональное протезирование.

Устранение диастемы проводилось

по общепринятой методике работы с реставрационными материалами, рекомендуемой в книге И.М.Макаевой “Восстановление зубов светоотверждаемыми композитными материалами” [1]. Важнейшее значение имело планирование размеров, формы, рельефа, включающее одонтометрию и одонтоскопию с помощью штангенциркуля, это позволило оценить малейшие нарушения параметров. Производилось измерение высоты, вестибуло-орального и мезио-дистальных размеров. В свою очередь, визуальное описание анатомических особенностей обеспечило восстановление мелких деталей рельефа.

Этапы реставрации формы (закрытия диастемы) зубов

1. Очистка поверхности от налета.
2. Подбор нужного оттенка пломбирочного материала.
3. Препарирование под реставрацию.
4. Изоляция от слюны.
5. Введение прозрачной матрицы между зубом и десной.
6. Протравливание эмали, промывание и высушивание.
7. Нанесение адгезива и отсвечивание.
8. Нанесение КПМ с небной стороны между матрицей и зубом с отсвечиванием с вестибулярной стороны.
9. Наложение материала с вестибулярной стороны с отсвечиванием с небной стороны.
10. Моделирование формы коронки межзубного промежутка. Иммобилизация фронтального отдела зубов с небной поверхности с помощью текучего композита.
11. Обработка контактных поверхностей штрипсами.
12. Полирование поверхностей.
13. Финишное отсвечивание.

После использования адгезива сразу же начиналось заполнение дефекта. Послойное наложение материала позволяло комбинировать оттенки, подбирая их в наибольшем соответствии цвету зуба [5]. В работе использовали фотополимеризующиеся материалы Призма – ТРН, Spektrum, FiltekZ-250, Filtek - flow. Адгезия к зубу повышалась путем наложения ленты (Ribbond).

Результаты исследования

В ближайшие сроки наблюдения (в

течение первой недели после реставрации) ни один из пациентов не предъявлял жалоб.

В отдаленные сроки наблюдения, через 12 месяцев, при клиническом (визуальном) и рентгенологическом осмотре 12 пациентов установлено следующее:

1. Состояния пломбировочного материала на месте реставрации было удовлетворительным во всех случаях (100%). Оценка осуществлялась с общепринятыми критериями качества реставрации в отдаленные сроки. Качество лечения определяется по нескольким факторам:

Качество реставрации

- соответствие анатомической форме и анатомическим параметрам симметричного зуба;
- цветовое соответствие реставрации твердым тканям зуба;
- плавный переход цвета с поверхности реставрации на ткани зуба;
- Соответствие прозрачности и опаковости (воспроизведение в реставрации мамелон и зон прозрачности);
- Качество полирования (наличие сухого блеска реставрации).

Биосовместимость реставрации (краевое прилегание, контактный пункт и другие).

Медицинские параметры реставрации

- повторение анатомических и индивидуальных особенностей зубов, их внутренней структуры, рельефа поверхности;
- целостность реставрированного зуба без линий оптического раздела;
- состояние десны (бледно-розового цвета), отсутствие неадекватных повреждений;
- отсутствие дискомфорта в артикуляции, речи.

2. В 5 случаях (42%) отмечалась стабилизация патологического процесса в пародонте (рентгенологически - остановка резорбции костной ткани по горизонтали и вертикали, длительная ремиссия после комплексного лечения пародонтита).

3. В двух случаях (17%) отмечалось незначительное увеличение диастемы, что свидетельствовало о прогрессировании пародонтита и необходимости повторного курса

лечения.

Выводы

Обобщая полученные данные исследования и сопоставляя их с имеющимися данными в литературных источниках по данной тематике, можно сделать следующие выводы:

Подход к эстетической реставрации по поводу закрытия диастемы зубов должен быть строго дифференцированным с учетом первичных клинических и рентгенологических данных каждого пациента.

Комплексное решение проблемы должно осуществляться совместно с хирургами, ортопедами, ортодонтами.

Перед проведением любой реставрационной работы необходимо пациентам необходимо пройти курс лечения заболеваний пародонта.

Для улучшения качества работы врача-реставратора рекомендуется более широкое использование метода одонтометрии и одонтоскопии, а также знание анатомо-физиологических особенностей строения зубов.

Литература

1. Макеева И.М. Восстановление зубов светоотверждаемыми материалами/М; 1997. С.65-66.
2. Герасимович И.С., Болдырев Ю.А. К вопросу об объективности оценки эстетической реставрации // Институт стоматологии.- 2002.- №2.- С. 60-61.
3. Луцкая И.К. Эстетическая функция зуба. Сообщение 1: Размеры и формы постоянных зубов человека // Современная стоматология.-1/2003.- С. 30-37
4. Луцкая И.К. Фотоотверждаемые материалы в восстановительной стоматологии / И.К. Луцкая, И.Г. Чухрай, Е.И. Марченко // Современ.стоматология.- 2001.- №4.- С. 3-9.
5. Луцкая И.К., Новак Н.В., Данилова Д. В. Характеристика эстетических параметров зуба // Стоматология, 2005.- №6.- С.23-27
6. Луцкая И.К., Новак Н.В. Научное и клиническое обоснование восстановительной стоматологии // Новое в стоматологии, 2005.- №8. С - 4-16.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ УШИБОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

Турганбаев Б.Ж.

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

Резюме: Проведено эпидемиологическое изучение 2750 больных, лечившихся в лечебных учреждениях г.Бишкек за 2010 - 2011 годы. Распределение очаговых повреждений мозга по доле локализации было следующим: лобная доля - 47,1%, височная доля – 40,6%; теменная доля – 12,6%; затылочная доля и мозжечок – 2,1%. Из них 72 больных были подвергнуты хирургическому лечению, а 44 больных лечились консервативно, включая интенсивную терапию. Предлагается дифференцированный подход в выборе вида лечения ушибов головного мозга.

Ключевые слова: Ушиб головного мозга, ЧМТ

БАШ МЭЭНИН УРУНУСУНУН ООР ДАРАЖАЛАРЫН АНЫКТООНУ ЖАНА ДАРЫЛООНУ ЖАКШЫРТУУ

Турганбаев Б.Ж.

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

Корутунду: Бишкек шаарындагы дарылоо мекемелеринде 2010-2011-жылдары дарпыланган 2750 бейтап боюнча эпидемиологиялык изилдөө өткөзүлдү. Баш мээнин урунуусунун жайгашуусу боюнча бөлүнүшү төмөнкүдөй болот: чеке бөлүгү - 47,1%, чыккый бөлүгү – 40,6%; төбө бөлүгү – 12,6%; каракуш бөлүгү– 2,1%. Алардын арасынан 72 бейтап хирургия жолу менен, 44 бейтап консервативдик жол менен дарыланды. Мээнин урунуусун дарылоого дифференциаланган дарылоо жолу сунушталат.

Озоктуу создор: Баш мээнин урунуусу, БМУ

OPTIMIZED DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF SEVERE BRAIN CONTUSIONS.

Turghanbaev B.

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

Abstract:The epidemiological population based study on 2750 patients managed in clinics of Bishkek for the period of time 2010-2011 was performed. Distribution of focal brain injuries on lobar contest was following: frontal lobe – 47.1%; temporal lobe – 40.6%; parietal lobe – 12.6%; occipital lobe and cerebellum – 2.1%. Seventy two patients underwent surgical treatment, forty for were managed conservatively, including intensive care. The differential approach to the choice of severe brain contusion management type is proposed.

Key words: brain contusions, KBI

Травматические повреждения головного мозга являются одним из лидирующих причин смертности и инвалидизации лиц молодого и среднего возраста, что делает их социальной и экономической проблемой в мире, и в частности в России и Кыргызстане. Частота черепно-мозговой травмы (ЧМТ) в разных странах колеблется от 2 до 4,5 на 1000 населения, а смертность – от 8 до 11-12 на 100000 населения. В нашей республике эти цифры находятся в верхних пределах (4 и 11соответственно). Среди причин ЧМТ доминируют дорожно-транспортные происшествия, падения и нападения, которые по нашим данным занимали 70% тяжелых ЧМТ [1-9].

При черепно-мозговой травме в первую очередь необходимо установить механизм повреждения, распространенность и степень поражения мозга и черепа. Если это все будет выявлено достаточно рано, то можно избежать многих проблем и возможно проводить первоочередные лечебные мероприятия, которые предотвратят развитие обширных и необратимых поражений головного мозга. Оценка травмы мозга и первично изначальное лечение следует начинать уже на месте получения, на пути следования в стационар. Самое главное правильно направить в соответствующий, а лучше в специализированный, стационар для дальнейшего дообследования и лечения.

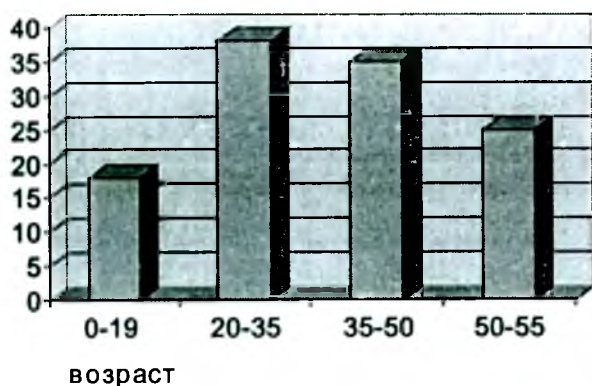


Рис.1. Распределение больных по возрасту.

Выбор метода диагностики даже в специализированном лечебном учреждении зависит от нескольких факторов, включающих доступность, быстроту исследования, диагностическую информативность, стоимость и, немаловажно, состояние больного.

Например: Исследование больного гематомой на КТ или МРТ займет больше времени, включая анестезиологическое пособие, тем более, что в наших условиях эти аппаратуры расположены на расстоянии от 3-х до 5 километров от клиники нейрохирургии. Возможное промедление лечебной тактики для таких больных грозит опасностью развития многих грозных осложнений, а порой это даже может стоить жизни пострадавшего. При любых ситуациях самым главным является тщательная общеклиническая и неврологическая оценка за состоянием больного, а потом решать применять ли какое либо диагностическое обследование, порой даже обзорную рентгенографию черепа, либо сразу приступить хирургическим вмешательствам.

Проведено эпидемиологическое изучение 2750 больных лечившихся в лечебных учреждениях г.Бишкек за 2010 и 2011 годы. Из них проанализировано 116 комплексно обследованных и верифицированных больных тяжелой черепно-мозговой травмой.

Критериями отбора тяжелых больных служили данные комплексного клинического и неврологического обследования, включая КТ и МРТ исследования головного мозга, а также операционные находки, свидетельствовавшие о том, что ведущими факторами тяжелой ЧМТ являлись очаги различного размера и степени

ушиба головного мозга (87 наблюдений) или внутричерепные гематомы (29 наблюдений).

Распределение пострадавших по возрасту было достаточно типичным для черепно-мозговой травмы (Рис.1), как и соотношение мужчин и женщин (3,5:1), которые почти соответствуют данным многих авторов [1-9].

Нами выявлено четкое преобладание очаговых повреждений головного мозга различной степени тяжести на стороне приложения ударного механизма (67%) над противоударным (33%). Распределение очаговых повреждений мозга по долевым локализациям было следующим: лобная доля - 47,1%, височная доля - 40,6%, теменная доля - 12,6%, затылочная доля и мозжечок - 2,1%. Многие ушибы долей больших полушарий сочетались с ушибами ствола головного мозга, которые подтверждены клинически и компьютерно-томографически.

72 больных были подвергнуты хирургическому лечению, а 44 больных лечились консервативно, включая интенсивную терапию. У них изучена клиническая и компьютерно-томографическая трансформация очагового поражения - ушибы, размозжения и гематомы вещества головного мозга, которые можно представить следующим образом:

- нарастание перифокального и долевого отека - 2-6 суток.
- расширение очагов ушиба и размягчения до 7-9 суток.
- регресс внутричерепной гипертензии - 3-4 недели
- регресс менингеальных симптомов и санация ликвора - 2-3 недели
- полная или значительная нормализация неврологического и психического статуса - 5-7 недель.
- переход из гипертензивной фазы гематомы или геморрагического очага ушиба в изоденсивную - 3-4 недель.
- переход их из изоденсивной фазы в гиподенсивную - 4-5 недель
- резорбция гематомы с последующим изменением в кистозную полость - 2-3 месяца.

Результаты лечения при тяжелых травматических очаговых повреждениях головного мозга обеих групп больных приведены

Результаты лечения при тяжелых очаговых повреждениях головного мозга

Результаты	Оперированные	Неоперированные
	Абс (%)	Абс (%)
Хорошее восстановление	21 (29,9)	23 (52,3)
Умеренная инвалидизация	23 (32,1)	13 (30,0)
Грубая инвалидизация	15 (20,1)	4 (9,2)
Вегетативный статус	3 (4,0)	1 (2,3)
Смерть	10 (13,9)	3 (6,8)
Всего:	72 (100%)	44 (100%)

в таблице 1.

Таким образом, исходы тяжелых ушибов головного мозга и даже некоторых видов травматических гематом в зависимости от характера лечения заставляет нас изменить существовавшие мнения об активном хирургическом лечении ушибов головного мозга, особенно при сочетании их с внутрочерепными гематомами. Вместе с тем отмечено, что наши наблюдения показали значительные возможности и эффективности медикаментозного воздействия при тяжелых очаговых повреждениях вещества головного мозга.

Нам хорошо известно, что тяжелые ушибы мозга с разможением, как и внутрочерепные гематомы, всегда соблазнительные для оперативного вмешательства, при этом, несомненно, есть травматически-хирургический субстрат и операция всегда оправдывается. Но при этом, как правило, пострадавшие, если они лечились оперативно, часто переносят хирургическую агрессию и при этом подобное вмешательство не избавляет больного от неизбежных неврологических последствий и морфологических, а также структурных проявлений очаговых повреждений вещества головного мозга. Вместе с тем хирургическое вмешательство нередко влечет за собой дополнительную травматизацию мозга, особенно при радикальном удалении очагов разможения. Выдвинутая ранее концепция об «удалении очага ушиба головного мозга в пределах здоровых тканей» нам уже кажется не совсем уместной, поскольку последние экспериментальные и клинические исследования доказали значительную пластичность мозговой ткани.

Вышеописанные предпосылки и полученные нами и другими авторами результаты обосновывают тенденции к расширению показаний к консервативному

ведению пострадавших с тяжелыми очаговыми повреждениями вещества головного мозга.

Результаты предварительных изучений показали, что до определенных пределов консервативное лечение лучше способствует разворачиванию саногенных механизмов и компенсаторных возможностей пострадавшего мозга, чем хирургическое вмешательство. Об этом свидетельствовали данные динамического клинического, неврологического наблюдения и КТ, МРТ мониторинга за состоянием больных, перенесших тяжелые очаговые повреждения мозга. Для этого необходимо:

1. Предусмотреть показания для хирургического лечения:

- стойкое пребывание пострадавшего в фазе глубокой клинической декомпенсации;
- состояние сознания в пределах сопора или комы
- выраженные клинические признаки дислокации ствола головного мозга;
- объем очага разможения или гематомы по данным томографии более 415-50 см³

2. Предусмотреть показания для консервативного лечения:

- пребывание пострадавшего в фазе субкомпенсации или умеренной клинической декомпенсации;
- состояние сознания в пределах умеренного и глубокого оглушения;
- отсутствие выраженных клинических и томографических дислокаций срединной линии и ствольных структур головного мозга;
- объем очага разможения и гематом менее 45-50 см³ и диаметр гематомы менее 4 см, особенно глубинной их локализации.

Следует помнить, что значительная часть второй группы пострадавших относится к так называемой группе риска. Они требуют целенаправленной интенсивной терапии при

динамическом, клиническом наблюдении возможно с повторными томографическими исследованиями.

Анализ результатов наблюдения за пострадавшими с тяжелыми травматическими очаговыми повреждениями головного мозга последние 2 года показал, что если придерживаться более строго предложенных критериев дифференцированного лечения можно получить более хорошую и положительную динамику результатов консервативного лечения, даже якобы по прежним представлениям подлежащих к хирургическому лечению.

Таким образом, разработка критериев дифференцированного лечения больных с тяжелыми травматическими очаговыми повреждениями вещества головного мозга способствует улучшению исходов и расширяет сферу консервативного лечения пострадавших с тяжелыми очаговыми повреждениями головного мозга.

Литература:

1. Благодатский М.Д. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. Том I / Под редакцией акад. РАМН. А.Н. Коновалова, проф. Л.Б. Лихтермана, А.А. Потапова. - М: Антидор, 1998 - 550 с.
2. Гайтур Е.И. Вторичные механизмы повреждения головного мозга при черепно-мозговой травме (диагностика, тактика, лечения и прогноз): Дисс. ... д-ра мед. наук. - М.: 1999. - 229 с.
3. Карабаев И.Ш., Камалов К.У., Поддубный А.Б. Анализ типичных ошибок в диагностике, тактике и хирургического лечения тяжелой черепно-мозговой травмы // III съезд нейрохирургов России.- Санкт-Петербург, 2002. - С. 27-28.
4. Комарницкий С.В., Полищук Н.Е., Литвиненко А.Л. Некоторые факторы определения исхода у больных с травматическими сдавлениями головного мозга // III съезд нейрохирургов России. - Санкт-Петербург, 2002. - С. 36.
5. Коновалов А.Н., Карпенко В.Н., Пронин И.Н. Магнитно-резонансная томография в нейрохирургии. - М. Видар: 1997. - С. 471.
6. Лихтерман Л.Б., Корниенко В.Н., Потапов А.А. Черепно-мозговая травма: прогноз, течение и исходы. - М.: Книга ЛТР, 1993. - 309 с.
7. Мамытов М.М., Ырысов К.Б. Черепно-мозговая травма - как нейрохирургическая проблема // Здоровоохранение Кыргызстана.- 2006, №2. - С. 45-52.
8. Ходиев В.Э. Клинико-компьютерно-томографическое изучение отека головного мозга у нейрохирургических больных // Дис. ... канд. мед. наук.- М., 1986.- 188 с.
9. Adams JH, Graham DI, Jennett B. The structural basis of moderate disability after traumatic brain damage // J Neurol Neurosurg Psychiatry.-2001 Oct; 71 (4): 521-4.
10. Ырыскелди 0707 -11-06-06

ВЛИЯНИЕ БИСОПРОЛОЛА НА ДИСПЕРСИЮ ЗУБЦА Р У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Калиев К.Р., Юсупова Г.С., Саткыналиева З.Т.

Кыргызская государственная медицинская академия им И. К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Цель исследования – изучение влияния бисопролола (конкор, Никомед, Австрия) на дисперсию ЭКГ зубца Р у больных с гипертонической болезнью (ГБ). Исследованы 18 пациентов с впервые выявленной ГБ в ЦСМ № 7 г. Бишкека. На фоне четырехнедельного курса бисопрололом в дозе 10 мг в сутки достоверно уменьшилась дисперсия зубца Р. Прием бисопролола снижал как систолическое АД (САД), так и диастолическое АД (ДАД), измеренные методом Короткова. Показано значимое урежение темпа сердечных сокращений по результатам ЭКГ.

Ключевые слова: бисопролол, гипертоническая болезнь, дисперсия зубца Р

КАН БАСЫМЫ ЖОГОРУ БЕЙТАПТАРДЫН Р-ТИШИНИН ЧОГОЛУШУНА КОНКОРДУН ТААСИРИН ИЗИЛДӨӨ

Калиев К.Р., Юсупова Г.С., Саткыналиева З.Т.

И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Изилдөөнүн максаты - кан басымы жогору бейтаптардын ЭКГ-да Р-тишинин чогулушуна конкордун таасирин изилдөө. Бишкек шаарынын №7 УДТ-да, кан басымы жогору 18 бейтап биринчи жолу изилденген. Бисопрололду күнүнө 10 мг өлчөмүндө колдонуу менен төрт жума аралыгында дарылоонун натыйжасында Р тишинин түшүүсү кыйла төмөндөгөн. Ошондой эле бисопрололду колдонуу жыйрылма кан басымын жана жазылма кан басымын төмөндөткөнүн Коротковдун усулу менен өлчөгөндө аныкталган. Натыйжада жүрөк согуусунун ыргагын ЭКГ-да, кыйла солгундаган. **Негизги сөздөр:** бисопролол, кан басымы жогору, Р- тишинин чогулушу.

BISOPROLOLI INFLUENCE ON A DISPERSION OF P-WAVE OF PATIENTS WITH SYSTEMIC HYPERTENSION

Kaliev K.R., Yusupova G.S., Satkynaliev Z.T.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K.Akhunbaev,

Bishkek, Kyrgyz Republic

Abstract: The objective of the research is the analysis of bisoprololi influence on a dispersion ECG of P-wave of patients with systemic hypertension (SH). 18 patients with for the first time detected SH were examined at CFM №7 in Bishkek. There was an obvious reduction of P-waves dispersion during the 4 weeks of treatment with bisoprololi dosed 10 mg per day. Bisoprolol intake lowered as systolic AP (SAP) so diastolic AP (DAP) measured by Korotkovs method. Results of ECG showed significant deceleration of heart beat tempo.

Key words: bisoprololi, systemic hypertension, P-wave dispersion

Артериальная гипертония является важнейшим фактором риска развития основных сердечно - сосудистых заболеваний (инфаркт миокарда, инсульта) [1]. Бета-адреноблокаторы широко применяются для лечения АГ. Известно, что некоторые гипотензивные средства могут влиять на гемодинамические предикторы аритмий и дисперсию зубца Р [2]. Поэтому β-адреноблокаторы являются препаратами первой линии в лечении гипертонической болезни (ГБ) [3].

Цель нашего исследования: изучить влияние бисопролола на дисперсию зубца Р у пациентов с гипертонической болезнью.

Материалы и методы. Исследованы 18

пациентов с впервые выявленной ГБ в ЦСМ № 7 г. Бишкека. Средний возраст больных составил 46,7±12,1 год. В течении месяца пациенты принимали бисопролол в дозе 10 мг в сутки. Исходное обследование включало физикальный осмотр больного, измерение артериальное давление (АД) методом Короткова, регистрацию ЭКГ с помощью прибора <<Fukuda Danchi>> (Япония). Запись ЭКГ делали в 12 отведениях. Использовали следующие параметры записи ЭКГ: амплитуда 20 мм/мВ со скоростью 50 мм/сек. Продолжительность зубца Р высчитывали во всех 12 отведениях ЭКГ при помощи ручного измерения. Разница между максимальной и минимальной продолжительностью зубца

Таблица 1
Сравнительная характеристика АД, ЧСС на фоне приема бисопролола у больных АГ

Показатели	До лечения	После лечения
САД, мм.рт.ст.	161,1±11,5	138,0±13,8*
ДАД, мм.рт.ст.	101,3±7,0	89,0±0,8*
ЧСС, уд/мин	79,5±14,6	70,8±8,4*

Примечание.*- $p < 0,001$

Таблица 2
Сравнительная характеристика продолжительности и дисперсии зубца Р у пациентов с ГБ на фоне четырехнедельного лечения конкором

Показатели	До лечения	После лечения
Продолжительность Р мин., мс.	43,3±8,7	57,0±14,4*
Продолжительность Р макс., мс.	105,0±12,7	106,0±10,5
Р дисперсия., мс.	60,6±14,0	48,0±12,6*

Примечание.*- $p < 0,05$.

Р была определена как дисперсия зубца Р. Систолическое и диастолическое АД (САД и ДАД) измеряли у пациентов 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, то дальнейшее АД измеряли дважды, после чего высчитывали его среднее значение. Достоверность различий сравниваемых показателей определяли по t-критерию Стьюдента, различия считались статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Исходно, САД, измеренное традиционным методом составило в среднем $161,1 \pm 11,5$ мм.рт.ст. (табл.1).

После курса лечения бисопрололом САД заметно ($p < 0,01$) уменьшилось и составило в среднем $138,0 \pm 13,8$ мм.рт.ст. Базально ДАД, по данным клинического измерения, равнялось $101,3 \pm 7,0$ мм.рт.ст., после курса терапии бисопрололом оно достоверно ($p < 0,001$) снизилось до $89,0 \pm 0,8$ мм.рт.ст. Следовательно, на фоне четырехнедельной терапии бисопрололом в дозе 10 мг в сутки отмечены существенные сдвиги как САД, так и ДАД.

К концу четырехнедельного лечения бисопрололом зарегистрировано достоверное ($p < 0,01$) урежение темпа сердечных сокращений с $79,5 \pm 14,6$ до $70,8 \pm 8,4$ уд/мин (табл.1).

Демонстративными были изменения показателей зубца Р. Так, продолжительность Р мин увеличилась заметно с $43,3 \pm 8,7$ мс до $57,0 \pm 14$ мс ($p < 0,001$). В то же время сдвиг долготы Р максимальное с $105,0 \pm 12,7$ мс до $106,0 \pm 10,5$ мс не достиг существенных величин ($p < 0,05$). К концу четырехнедельного лечения бисопрололом показатели дисперсии зубца Р наоборот резко упали с $60,6 \pm 14,0$ до $48,0 \pm 12,6$ мс ($p < 0,02$). Тем самым, наши результаты согласуются с данными литературы о том, что дисперсию зубца Р можно уменьшить с помощью медикаментозной терапии [3].

Таким образом, результаты наших исследований показали, что конкор у больных ГБ вызывает достоверные изменения дисперсии зубца Р на ЭКГ.

Выводы

На фоне четырехнедельного амбулаторного лечения гипертонической болезни бисопрололом отмечалось достоверное падение как систолического, так и диастолического АД, измеренного традиционным методом.

Терапия бисопрололом в суточной дозе 10 мг оказывает выраженное влияние на улучшение дисперсии зубца Р у больных гипертонической болезнью.

Прием бисопролола в дозе 10 мг в сутки при гипертонической болезни вызывает заметное урежение темпа сердечных сокращений.

Литература

1. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Смертность от сердечно-сосудистых и других хронических неинфекционных заболеваний среди трудоспособного населения России. Кардиоваск. тер. и профилактик. 2002;3:4-8.

2. Tukek T., Akkaya V., Atilgan D. et al. Effect of left arterial size and function on p – wave

dispersion: a study in patients with paroxysmal atrial fibrillation. Clin Cardiol 2001; 24: 676-680.

3. Celik T., Lyisoy A., Kursaklioglu H et al. The Comparative effects of telmisartan and ramipril on P wave dispersion in hypertensive patients: a randomized clinical study. Clin Cardiol 2005 №3;298 – 302.



КОЗЛОВСКИЙ НИКОЛАЙ ИЛЬИЧ (1946 – 2012)

10 ноября 2012 года после продолжительной болезни скончался заведующий кафедрой физического воспитания КГМА имени И.К.Ахунбаева, заслуженный работник образования Кыргызской Республики, отличник народного образования и отличник здравоохранения Кыргызской Республики Николай Ильич Козловский.

Н.И.Козловский родился 18 сентября 1946 года в Сузакском районе Кыргызстана. Окончив школу и отслужив в рядах Советской армии, он в 1968 году поступил в Киргизский государственный институт физической культуры, который закончил в 1972 году. Еще будучи студентом 4 курса КГИФК, в октябре 1971 года, поступил на работу в Киргизский государственный медицинский институт преподавателем на кафедру физического воспитания.

С самого начала трудовой деятельности проявил себя как вдумчивый, добросовестный преподаватель, хороший тренер и активный общественник. В 1978 году был избран председателем спортивного клуба КГМИ, а с 1980 года был начальником спортивно-оздоровительного лагеря КГМИ на озере Иссык-Куль.

Тренировал мужскую сборную команду по волейболу, которая под его руководством занимала 1-е места в зональных соревнованиях среди медицинских ВУЗов Средней Азии и Казахстана. Руководя спортивным клубом, Н.И.Козловский добился того, что сборные команды института занимали призовые места на Всесоюзных соревнованиях, более 26 спортсменов выполнили нормативы мастеров спорта и кандидатов в мастера. На универсиаде ВУЗов Кыргызской Республики в 1995 году коллектив КГМИ занял третье призовое место, а четыре команды были первыми.

В 1997 Н.И.Козловский году был избран заведующим кафедрой физвоспитания. Он внес большой вклад в развитие спортивной базы КГМА, при его непосредственном участии были открыты залы для занятий лечебной физической культурой; зал борьбы,

построен атлетический тренажерный зал.

Н.И. Козловский внес значительный вклад и в развитие спорта, особенно волейбола, в республике. В течение многих лет он оказывал помощь различным организациям, в том числе Министерству здравоохранения, в организации и проведении соревнований различного ранга по волейболу и лёгкой атлетике. Неоднократно был главным судьёй Международных соревнований по волейболу, проходивших на оз. Иссык-Куль. В течение 21-го года проводил международный турнир по волейболу среди женских команд памяти бывшего тренера сборной команды КГМИ, заслуженного тренера сборной Киргизской ССР по волейболу А.С.Грибанова. Был избран вице-президентом Федерации волейбола Кыргызской Республики, судьёй Всесоюзной категории.

Как активный общественник, в 1997 году Н.И.Козловский избран председателем профкома сотрудников КГМА и проработал на этой должности 12 лет, до 2005 года. Будучи председателем профкома всегда с вниманием относился к просьбам сотрудников КГМА, оказывал всемерную помощь нуждающимся, добивался улучшения условий труда, выполнения требований техники безопасности, в целом внес важный вклад в оздоровление всего коллектива КГМА.

За заслуги в образовательной и тренерской деятельности Н.И.Козловский награждался Почетными грамотами РС ДСО «Буревестник», РС ДСО профсоюза медицинских работников, ему были присвоены звания «Отличник народного образования» и «Отличник здравоохранения», в 1999 году он был удостоен почетного звания «Заслуженный работник образования Кыргызской Республики».

Светлая память о незаурядном педагоге, талантливом тренере и патриоте спорта, настоящем интеллигенте Николае Ильиче Козловском навсегда сохранится в наших сердцах.



Шаршенов Асанбек Карыпбекович (1954 - 2012)

14 ноября 2012 года трагически погиб заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №2 Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К.Ахунбаева, доктор медицинских наук, профессор, известный акушер-гинеколог Шаршенов Асанбек Карыпбекович.

Асанбек Карыпбекович родился 27 октября 1954 года в г.Фрунзе (Бишкек). В 1972 году, окончив среднюю школу №61, поступил на лечебный факультет Кыргызского государственного медицинского института. Еще будучи студентом 3-го курса он работал медбратом, а на старших курсах постоянно дежурил с врачами роддома №1. В 1978г. Шаршенов А.К. с отличием закончив КГМИ, направляется в г. Москву, в целевую клиническую ординатуру Всесоюзного НИИ акушерства и гинекологии. Затем, проявив незаурядную трудоспособность и склонности к научной работе, он успешно сдает экзамены в целевую аспирантуру Всесоюзного НИИ охраны матери и ребенка в г.Москве. В 1985 году защитил кандидатскую диссертацию.

С 1984 г. работая ассистентом кафедры акушерства и гинекологии №2 КГМИ, он принимал активное участие в учебном процессе, вел НСО со студентами 4-6 курсов. В 1989г он избирается доцентом, а с 1990г является заведующим кафедрой акушерства и гинекологии №2 на базе КРД№2. Сотни и тысячи студентов получили у него первые знания и навыки в области акушерства и гинекологии. Во всех регионах Кыргызстана и в дальнем зарубежье работают его ученики. Он всегда принимал активное участие в как в учебно-методической, так и общественно политической жизни КГМА.

Асанбек Карыпбекович внес большой вклад и в научные исследования. Он автор более 250 научных работ по самым разным вопросам в акушерстве и гинекологии изданных в отечественных и зарубежных источниках. Более 20-ти методических рекомендаций подготовлены им для клинических ординаторов и практических врачей, 5 монографий. Основное научное направление – это перинатальная охрана плода в условиях экологического неблагополучия, при различных видах

ПАМЯТЬ

соматической патологии и осложнений беременности. В 2001 году защищает докторскую диссертацию на тему: «Прогнозирование перинатальной смертности и обоснование технологии ее снижения», в которой разработана программа снижения перинатальной патологии в КР. Диапазон его научной деятельности не ограничивался только вопросами акушерства и перинатологии. Под его руководством проводились исследования по современным аспектам диагностики и лечения эндометриоза, клинично-экспериментальные исследования женщин с лейомиомой матки. Он щедро передавал свой богатый опыт ученикам, подготовив 12 кандидатов и одного доктора медицинских наук. В настоящее время под его руководством научные исследования проводили 6 аспирантов и 1 докторант. В 2002 году ему было присвоено ученое звание профессора.

Большой вклад Асанбек Карыпбекович внес в развитие акушерско-гинекологической помощи в целом во всем Кыргызстане. Талантливый хирург, он провел тысячи акушерских и гинекологических операций, спас сотни жизней женщин и младенцев. Неоднократно выезжал в командировки по оказанию медицинской помощи в Ошскую, Иссык-Кульскую области. Им были подготовлены рекомендации для кабинетов пренатальной диагностики нарушений развития плода и медико-генетического консультирования, для родовспомогательных учреждений и органов санитарного просвещения.

За трудовые заслуги Асанбек Карыпбекович был удостоен звания «Отличника здравоохранения», он награжден Почетной грамотой Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

Его отличительными свойствами были высокая скромность и исключительная порядочность. Насколько он был талантлив, настолько он был открытым, простым и доступным в общении. Благодаря этому, он имел непререкаемый авторитет в коллективе, его уважали и любили не только студенты, но и пациенты, коллеги и друзья.

Светлая память о выдающемся клиницисте, талантливом ученом и педагоге, замечательном человеке Асанбеке Карыпбековиче Шаршенове навсегда останется в наших сердцах!



Патенты, полученные сотрудниками КГМА им. И.К. Ахунбаева за 2012 год

№п.п.	Авторы	Название изобретения	№ патента, опубликовано в журнале «Интеллектуальная собственность». Кыргызпатента	Внедрение
1	КГМА: Джунушалиев К.К., Султанбеков Р.А.	Способ хирургического лечения рака нижней губы	№1412, ж.№1, 2012.	Внедрено
2	КГМА: Тухватшин Р.Р., Мамедов Р.У.	Способ модифицированной интрапортальной трансплантации неонатальных гепатоцитов для лечения цирроза печени в эксперименте.	№1413, ж.№1, 2012.	Внедрено
3	Усупбаев А.Ч., Курбаналиев Р.М., Кузубаев Р.Е.	Способ буркальной пластики уретры при облитерации и гипоспадии	№1414, ж.1, 2012.	Внедрено
4	Джумагулов О.Д. и соавторы.	Способ определения остроты зрения при атрофии зрительного нерва.	№1421, ж.№2, 2012.	Внедрено
5	Тилеков Э.А.	Медицинское шило.	№1438, ж.№4, 2012.	Внедрено
6	Джумабеков С.А. и соавторы.	Способ остеосинтеза чрезфиксаторных переломов длинных костей скелета.	№1439, ж.№4, 2012.	Внедрено
7	Ботбаев А.А.	Интраокулярный имплантат для улучшения зрения при макулодистрофии.	№1441, ж.4, 2012.	Внедрено
8	Усупбаев А.Ч. и соавторы.	Способ хирургической коррекции нейромышечной дисплазии мочеочника.	№1446, ж.№5, 2012.	Внедрено
9	Кочоров Н.Э., Иманкулова А.С., Туркменов А.А. и соавторы.	Способ пластики обширных дефектов крестцово- копчиковой области.	№1446, ж.№5, 2012.	Внедрено
10	Абдувалиева А.Р.	Экспресс- стерилизация стоматологических наконечников.	№1450, ж.№5, 2012.	Внедрено
11	Ботбоев А.А., Сайдахметов Т.Б.	Способ хирургии катаракты малым разрезом.	№1462, ж.№5, 2012.	Внедрено
12	Джумабеков С.А.	Пластина для остеосинтеза...	№140, ж.№5, 2012.	Внедрено
13	Ботбоев А.А., Сайдахметов Т.Б.	Способ хирургии катаракты малым разрезом.	№1462, ж.№7, 2012.	Внедрено
14	Джумагулов О.Д., Гайдамак В.В.	Способ лечения неврита зрительного нерва.	№1474, ж.№9, 2012.	Внедрено
15	Усупбаев А.Ч. и соавторы	Способ лечения больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы.	№1492, ж.№10, 2012.	Внедрено
16	Усупбаев А.Ч. и соавторы	Способ гемостаза при аденомэктомии.	№1493, ж.№10, 2012.	Внедрено
17	Джумабеков С.А. и соавторы.	Способ закрытой репозиции диафизарных переломов.	№1501, ж.№11, 2012.	Внедрено

Правила оформления статей при направлении в редакцию

Журнал является рецензируемым изданием.

Журнал публикует оригинальные исследования, обзорные и общетеоретические статьи по актуальным проблемам медицины и биологии.

При направлении статьи в журнал редакционная коллегия просит авторов соблюдать следующие правила:

1. 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 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, 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. Рисунки (графики, диаграммы), представленные в электронном виде, должны быть в файлах с расширением TIFF, BMP, JPEG, PPT. При этом может использоваться любая программа, поддерживающая эти форматы. 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 пристатейным 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., Лищук В.А., Керцман 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 100(сто) сом.

12. Правила оформления статей могут совершенствоваться в соответствии с требованиями ВАК КР – следите за изменениями на сайтах: kgma.aknet.kg, а также в последнем 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

По вопросу размещения рекламы в журнале и возникающим вопросам обращаться в редколлегию журнала: Бримкулов Нурлан Нургазиевич (зам. главного редактора), e-mail: brimkulov@jet.kg, Исакова Жылдыз Казыбаевна (ответственный секретарь редколлегии) e-mail: nauka555@mail.ru; Хабибулина Рузана Миратовна (компьютерное сопровождение) ruzanakg@mail.ru.

Телефон редакции: 996-312-549460, 996-312-544610

**ӨНКО ОРУУЛАРЫ БОЮНЧА 6-ы УЛУТТУК
КУРУЛТАЙЫ
6th NATIONAL CONGRESS OF RESPIRATORY
DISEASES
6-й НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС ПО
БОЛЕЗНЯМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

**ОРТО АЗИЯ ПУЛЬМОНОЛОГТОРУНУН 6-ы ЭЛ
АРАЛЫК КУРУЛТАЙЫ
6th INTERNATIONAL CONGRESS OF
PULMONOLOGISTS OF CENTRAL ASIA
6-й КОНГРЕСС ПУЛЬМОНОЛОГОВ
ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ**

1-е информационное сообщение

Уважаемые коллеги! Дорогие друзья!

Приглашаем Вас принять участие в работе **6-го Национального конгресса по болезням органов дыхания и 6-го конгресса пульмонологов Центральной Азии**, которые состоятся **16-18 мая 2013 года в г. Ош**. Организаторы конгресса - Министерство здравоохранения Кыргызской Республики, Ассоциация пульмонологов Центральной Азии, Кыргызская государственная медицинская академия, Национальный центр кардиологии и терапии, Ошская межобластная объединенная клиническая больница, Ошский государственный университет, при участии Ассоциации групп семейных врачей, Общественного объединения «Легочное здоровье» и проекта «Качественное здравоохранение». Программа конгресса будет включать пленарные доклады, научные симпозиумы, лекции и школы для врачей, конкурс молодых ученых.

Намечается обсудить следующие вопросы:

- х Фундаментальные проблемы пульмонологии.
- х Реализация в Центральной Азии Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012-2016гг.
- х Проблемы профилактики БОД в рамках борьбы с основными неинфекционными заболеваниями (НИЗ).
- х Роль антисмокингových программ в профилактике основных НИЗ.
- х Внедрение PAF стратегии в Центральной Азии как компонента борьбы с основными НИЗ.
- х Организация пульмонологической помощи на Юге Кыргызстана.
- х Туберкулез органов дыхания, опухоли и паразитарные болезни легких.
- х Болезни органов дыхания у детей.
- х Болезни органов дыхания и сердечно-сосудистая патология.
- х Болезни органов дыхания в сочетании с другими внутренними болезнями.
- х Болезни органов дыхания в горах. Экологическая пульмонология.
- х Образовательные программы для врачей и больных.
- х Современные подходы к фармакотерапии в пульмонологии.
- х Фармакоэкономические исследования в пульмонологии.

В рамках конгресса будут проведены:

- х Конкурс работ молодых ученых;
- х Симпозиум «Реализация в Центральной Азии Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012-2016гг»
- х Симпозиум, посвященный 10-летию Кыргызско-Финской программы по легочному здоровью.
- х Сателлитные симпозиумы фармацевтических фирм;
- х Выставка лекарственных средств и медицинского оборудования.
- х Генеральная Ассамблея Ассоциации пульмонологов Центральной Азии.

Контактные адреса Оргкомитета:

720740, Кыргызская Республика, г.Ош, ул. Верхне-Увамская, 1
Ошская межобластная объединенная клиническая больница,
Оргкомитет 6-го Конгресса по болезням органов дыхания, проф. Ш.А.Сулайманову
Тел.: +996 03222 88813; 88791; моб.: 0777 190068
Факс: +996 03222 88791
E-mail: allergyiasu@rambler.ru

720020, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Ахунбаева 92,
Кыргызская медицинская академия, отдел науки,
проф. Н.Н.Бримкулову
доц. Ж.К.Исаковой
тел.: 996-312-65-88-06; моб. 996-559-95-77-77
E-mail: nauka555@mail.ru