

**ВЕСТНИК КГМА**

**2011 № 2**

**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.  
Кудаяров Д.К.  
Мамакеев М.М.  
Мамытов М.М.  
Мурзалиев А.М.  
Нанаева М.Т.

---

**Редакционный совет**

Акынбеков К.У.  
Алымкулов Р.Д.  
Бектуров Ж.Т.  
Калиев Р.Р.  
Кадырова Р.М.  
Кожакматова Г.С.  
Кононец И.Е.  
Куттубаева К.Б.  
Куттубаев О.Т.

Кутманова А.З.  
Мусуралиев М.С.  
Усупбаев А.Ч.  
Сатылганов И.Ж.  
Сопуев А.А.  
Тилекеева У.М.  
Чонбашева Ч.К.  
Шаршенев А.К.  
Оморов Р.А.

---

**Учредитель**

© Кыргызская государственная медицинская академия

---

Адрес редакции журнала:  
г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92  
КГМА,  
Телефон: (0312) 54 94 60  
E-mail: vestnikkgma@mail.ru

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

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

Журнал включен в список изданий рекомендованных Президиумом НАК КР для публикации материалов докторских и кандидатских диссертаций в области медицины.  
Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2011

## СОДЕРЖАНИЕ

### ВОПРОСЫ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

<b>Бакасов Б. Б.</b> Оценка физического развития и функции кардио-респираторной системы у студентов I курса КГМА	4
<b>Урусганова Д., Солтобаева Ж.О., Караева Р. Р., Калимова Н. М.</b> Информированность студентов I курса медицинских факультетов КГМА и КРСУ об эхинококкозе	6
<b>Адаева А.М., Уралиева Ч.К., Кононец И.Е.</b> Здоровье детей пубертатного периода	10
<b>Баатырбекова А.К., Кубанычбек уулу Н., Алдаярова А.Ш., Махмудова Ж.А.</b> Эффективность применения коэнзима Q <sub>10</sub> в профилактике инфаркта миокарда в эксперименте	13
<b>Джорбаева А.А., Сейдахметова А.Т., Султашев А.Ж.</b> Методологические подходы, применяемые при оценке фактического питания с использованием ростовых индексов	18
<b>Жакеева А.Ж., Турсуналиев А.К.</b> Влияние гуморального фактора стенки желчного пузыря на показатели «кислородного градиента» в эксперименте	22
<b>Кошукеева М.К., Черапкин Е.С., Рысбаева Н.К., Бабаева С.И., Мустафина Ф.С.</b> Роль бактериологических исследований в диагностике и лечении больных с гнойно-воспалительными заболеваниями	26

### ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

<b>Леонтьева Н.С., Ибрагимова Т.М., Ибрагимов А.А., Усенбаева С.К., Калиев Р.Р.</b> Взаимосвязь мерцательной аритмии и почечной дисфункции у больных с хронической сердечной недостаточностью	30
<b>Орунбаева Д.А., Райымжан кызы Майрам, Жанабидин кызы Гульдар, Аттокурова Р.М., Сатаров Н.А., Молдобаева М.С., Жалилова Б.С.</b> Качество жизни у больных сахарным диабетом 2 типа в Кыргызстане	34
<b>Абдиллаева А.А., Адил кызы Айгуль, Аттокурова Р.М., Сатаров Н.А., Молдобаева М.С., Шаршеналиева Г.К.</b> Оценка качества жизни у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в Кыргызстане	38
<b>Садыкова Д.А.</b> Сравнительная оценка терапевтической эффективности мометазона фуората (МОМЕЗОНА – F) у больных атопическим дерматитом	42
<b>Аман кызы Жылдыз, Бейшебаева Н.А., Кирсанова М.В., Ахмедова Х.Р.</b> Цитотоксическая терапия стероидозависимого нефротического синдрома у детей	48
<b>Ардинатова А., Бейшебаева Н.А., Курбанова С.А., Шерматова У.Б.</b> Этиологическая структура острого пиелонефрита у детей за 2010 год	51
<b>Усенко В., Мамбетова М.К., Балабасова А.М., Чупрынина Е., Кадырова Р.М.</b> Особенности течения вирусного гепатита «А» у детей на современном этапе	54
<b>Кубатова А., Эрмекбаева С., Бейшебаева Н.А., Курбанова С.А., Андреева Н.А.</b> Применение энпара при гломерулонефритах у детей	59
<b>Ходжаева О.Р., Турусбекова А.Т., Исакова Г.Б.</b> Особенности протекания хронической обструктивной болезни легких при ее сочетании с артериальной гипертонией и сахарным диабетом	63

<b>Курманбаева Н.А., Кылавуз Р., Осмоналиева Р.К., Джакынова А.К., Лагутина О.В.</b> Метакрезол в лечении эрозии шейки матки	67
<b>Баева Р.Н.</b> Опыт работы "школы больного язвенной болезнью" в Кыргызстане	71
<b>Гайдамак В.В., Джумагулов О.Д.</b> Пути совершенствования применения кортикостероидов в лечении неврита зрительного нерва	78
<b>Гашаева Ф.Б., Буваев Ш. И.</b> Сравнительная оценка данных микроволновой и инфракрасной термометрии на проекции лимфатических узлов шеи у здоровых лиц	80
<b>Т.Б. Сайдахметов, А.А. Ботбаев, О.Д. Джумагулов</b> Асимметричная факотрисекция - новый метод бесшовной мануальной хирургии катаракты малым разрезом	83
<b>ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ</b>	
<b>А.А. Абдиев</b> Меры профилактики печеночной недостаточности при альвеококкозе печени	87
<b>К. Мундуков</b> Нерешенные проблемы в диагностике и лечении полипов желчного пузыря	91
<b>Токтосун уулу У., Бектуров Ж.Ж., Жакеева А.Ж., Турсуналиев А.К. Колесникова А.В., Жаңгиткеова А.М.</b> Способ лечения острого деструктивного панкреатита	94
<b>ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ</b>	
<b>Жарасова Ж.С., Кононец И.Е.</b> Перспективы нанотехнологии в медицине	97
<b>Асанкапова К.С., Тилекеева У.М., Жумагулова Ж.О.</b> Анализ и оценка использования лекарственных средств у больных туберкулезом в Иссык-Кульской области	100
<b>ИЗ ПРАКТИКИ</b>	
<b>Акбалаева Б.А., Луценко И.Л.</b> Клинический случай диссоциативно - конверсионного расстройства с функциональными гиперкинезами	103
<b>Балхожаева А. Б. , Сайдахметова Ч.Т., Черных А.В., Тилекеева У.М.</b> Новый способ лечения передней ишемической оптикопатии	107
<b>ОБЗОРЫ</b>	
<b>Айыпова Д.А.</b> Ремоделирование сердца у больных хроническим гломерулонефритом	110
<b>ТЕЗИСЫ</b>	
<b>Sheikh Faheem Khalid.</b> Assesment of nutritional pattern of foreign students	116
<b>Gajera H. , Lutsenko I.L.</b> Clinical case of congenital defect of brain vessels, spinal cord and vertebral bodies in one patient	116
<b>Inam Ullah., Lutsenko I.L.</b> Variety of ethiology of ischemic stroke in young patients	116
<b>ЮБИЛЕИ</b>	
<b>Шаяхметов Д. Б.</b>	118

## ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ФУНКЦИИ КАРДИО-РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ У СТУДЕНТОВ I КУРСА КГМА

Бакасов Б. Б.

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

**Резюме.** С целью изучения физического развития и состояния кардиореспираторной системы проведено обследование 310 студентов I курса КГМА. Были изучены рост стоя и сидя, масса тела, окружность грудной клетки, ЖЕЛ. Реакцию сердечно-сосудистой системы оценивали по ЧСС и АД в покое и после физической нагрузки. Выделены 3 группы студентов, в зависимости от уровня физического здоровья: "низкий уровень" - 21%, "средний уровень" - 36% студентов, "ниже среднего" - 43%.

**Корутунду.** Кардиореспиратордук системанын абалын жана физикалык жактан өсүүсүн изилдөө максатында КГМАнын I-курстагы 310 студенти текшерилди. Боюнун узундугу, отургандагы узундугу, денесинин салмагы, көкүрөк клеткасынын көлөмү, өпкөсүнүн жашоо сыйымдуулугу изилденди. Жүрөк-кан тамыр системасынын реакциясы жүрөктүн жыйрылуусунун саны жон турганда жана кыймыл аракет жасагандан кийинки пульстун басымы боюнча бааланды. Денесинин саламаттыгынын деңгээли боюнча студенттер үч тайпага бөлүштүрүлдү. Төмөнкү деңгээл - 21%, ортодон төмөн - 43%, ортоңку деңгээл - 36%.

**Summary.** To study physical development and the state of cardiorespiratory system the examination of 310 student of the first course of KSMA .Was carried out.

We have studied the height in standing, sitting position, chest circumference vital capacity. Cardiovascular system reaction was assessed by heart beat, blood pressure at rest and after exercise

Three group of student were distinguished depending on physical health level.

Low level-21%,lower average43% average level 36%.

**Введение.** Здоровье студентов в контексте определения ВОЗ обозначает "состояние полного социально-биологического и психического благополучия при уравниваемости процессов жизнедеятельности с социальными и природными характеристиками территории" [7].

Принимая во внимание, что сегодняшнее студенчество завтра может возглавить экономическое, политическое, социальное развитие нашего общества, необходимо предупредить ухудшение здоровья у этой категории общества за счет создания эффективных программ диспансеризации для формирования групп риска и диспансерного наблюдения. Важность такого подхода диктуется тем, что совокупная оценка результатов проведенного обследования может дать достаточно полное представление как о функциональных нарушениях различных органов и систем [2], так и о клинических особенностях становления и развития заболеваний, что позволит определить тактику лечебно-профилактических мероприятий [1].

Учитывая, что адаптация студента к обучению в вузе представляет собой сложный многоуровне-

вый социально-психологический процесс и сопровождается значительным напряжением компенсаторно-приспособительных систем организма, проблема создания и научного обоснования оздоровительных, профилактических и реабилитационных программ для студентов с учетом адаптивной направленности их действия является актуальной.

Исходя из вышеизложенного, целью исследования явилось изучение физического развития и состояния кардиореспираторной системы студентов I курса.

**Материал и методы исследования.** Проведено обследование 310 студентов первого курса КГМА им.И.К.Ахунбаева в возрасте от 17 до 19 лет, средний возраст составил  $17,9 \pm 1,4$  лет, из них: 174 девушки и 136 юношей.

Физическое развитие оценивали по антропометрическим показателям с использованием общепринятых методик. Были изучены рост стоя и сидя, масса тела, окружность грудной клетки.

Реакцию сердечно-сосудистой системы оценивали по ЧСС и АД в покое и после нагрузки --проба Мартине(20 приседаний за 30 сек). О

состоянии дыхательной системы по частоте дыхания и жизненной емкости легких ( ЖЕЛ).

тропометрического исследования представлены в таблице 1.

**Результаты и их обсуждение.** Результаты ан-

Таблица 1

**Показатели физического развития студентов**

Показатели	Юноши n = 136	Девушки n = 174
Рост стоя, см	171,15±1,08	164,85±1,26
Рост сидя, см	88,09±0,58	84,67±0,61
Масса тела, кг	62,78±0,66	51,69±1,18
Окружность грудной клетки, см	83,4±1,2	84,6±1,3

ЖЕЛ определяет резервные возможности организма и позволяет оценить функцию внешнего дыхания. По данным нашего исследования средние значения ЖЕЛ у юношей составили

3072±9,8 мл, а у девушек -2612±10,3 мл.

Параметры сердечно-сосудистой системы в покое и при физических нагрузках отражены втаблице 2.

Таблица 2

**Показатели функций сердечно-сосудистой системы**

Показатели	Юноши n = 136	Девушки n = 174
В покое		
ЧСС	64,2±1,6	63,5±0,7
САД	114±1,1	112±1,5
ДАД	65±0,8	70±0,9
Пульсовое давление	47,6±1,8	49,5±1,3
После нагрузки		
ЧСС	120±0,7	120±1,7
САД	150±1,3	154±1,8
ДАД	70±0,8	70±1,7
Пульсовое давление	80,2±1,6	82,1±1,2

При экспресс-оценке уровня физического здоровья студентов было установлено, что его значения в среднем составили 5,2±0,18, что соответствовало уровню здоровья "ниже среднего". Индивидуальный анализ позволил выделить 3 группы студентов, в зависимости от уровня физического здоровья: "низкий уровень" имели 21% студентов, "средний уровень" здоровья имели 36% студентов и "ниже среднего" - 43%. Обращает на себя внимание, что среди обследованных студентов не встречались лица "выше среднего" уровнями здоровья.

У 61% юношей и у 67,1% девушек выявлялись "низкий" и "ниже среднего" уровни физического здоровья, причем на уровне снижения общих показателей. Так, значение ЖЕЛ в группе с "низким" уровнем здоровья у девушек были в 1,3 и 1,6 раза соответственно ниже, чем у юношей, а в группе с уровнем здоровья "ниже среднего" - в 1,2 и 1,4 раза ниже, чем у юношей. При этом, время восстановления ЧСС после 20 приседаний за 30 секунд достоверно не отличались у юношей и девушек.

Таким образом, результаты исследования состояния различных звеньев сердечно-сосудистой

системы у обследованного контингента студентов I курса выявили разную степень напряженности ее функциональных резервов.

Студентам первого курса необходимо проводить обследование для определения резервов физического здоровья с целью формирования групп риска (с "низким" и "ниже среднего" уровнем здоровья).

**Литература**

1. Дубровский В.И. Лечебная физическая культура. М., Владос,1999.-607 с.
2. Марков В.В. Основы ЗОЖ и профилактика болезней: Учебное пособие. М.: Академия, 2001. - 315 с.
3. Согибян А. С. // Физиотерапия, бальнеология, реабилитация - 2008. - №1. - С. 38-39.
4. Юрьев В. В., Хомич М. М. /Вестник педиатрической академии. Сборник научных трудов. -СПб.: СПбГПМА. -2004. -Выпуск № 2. -С. 25-29
5. Gremaux V., Deley G., Duclay J., et al. // Am J Phys Med Rehabil. 2009;88(7):571-8.
6. Mansournia M.A., Jamali M., Mansournia N., et al. // Allergy Asthma Proc. 2007 May-Jun;28(3):348-52.
7. Rieu M. // Bull. Acad. Natl. Med. - 1995. - Vol. 179, N 7. P. 1417-1426; discussion 1426-1428.

## ИНФОРМИРОВАННОСТЬ СТУДЕНТОВ 1 КУРСА МЕДИЦИНСКИХ ФАКУЛЬТЕТОВ КГМА И КРСУ ОБ ЭХИНОКОККОЗЕ

Урустанова Д., Солтобаева Ж.О., Караева Р. Р., Калимова Н. М.

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

**Резюме.** В работе представлены результаты информированности студентов об источниках заражения эхинококкозом на основе анкетирования. Всего было опрошено 100 студентов КГМА и 200 студентов КРСУ. Информированность об эхинококкозе среди студентов 1 курса КГМА составила 100%, а КРСУ - 81%. Следует отметить, что основным источником информации служит специальная литература во время учебы в ВУЗе (69% КГМА и 65% КРСУ). Немного информируют население средства массовой информации - (5% и 12%), а сведения, получаемые от медработников, учителей в школах, от родителей, вносят очень малый вклад (от 3,5% до 12%) в формирование знаний о паразитарных болезнях.

**Ключевые слова:** эхинококкоз, анкетирование, инвазия, профилактика, паразитарные болезни

## КГМА ЖАНА КРСУНУН МЕДИЦИНА ФАКУЛЬТЕТИНИН I КУРСТАГЫ СТУДЕНТТЕРИНИН ЭХИНОКОККОЗ ТУУРАЛУУ МААЛЫМАТТАНЫШЫ

Урустанова Д., Солтобаева Ж.О., Караева Р.Р., Калимова Н.М.

**Корутунду.** эхинококкозду жугузуп алуу жолдору тууралуу студенттердин маалыматтанышы. КГМАнын 100 жана КРСУнун 200 студентине анкета толтурулган. КГМА I курсунун студенттеринин арасында маалыматка ээ болгондор 100%, ал эми КРСУ-81% түзгөн. Эң негизги маалыматтардын булагы бул жогорку окуу жайында окуган адабияттар (КГМА - 69%, КРСУ-65%), массалык маалымат каражаттары (5% и 12%), ал эми медиктерден, ата-энелерден, мектептеги мугалимдерден алган маалыматтар өтө аз (3,5% - 12%)

Негизги сөздөр: эхинококкоз, анкеттештирүү, алдына алуу чаралар, мителер, мителер козгон оорулар.

**Summary.** This work is regarding the research questionnaire on parasites which took place between the students of KSMA and KRSU. Total number of students from KSMA were 100 and 200 were KRSU. Their knowledge level about echinococcosis was evaluated out of the total number of students, 100% students from KSMA and 81% from KRSU had complete knowledge on the subject. Their source of knowledge was from special literature i.e. 69% of KSMA and 65% of KRSU, from media the percentage is 5% KSMA and 12% KRSU and from medical specialists, school teachers, parents was extremely low i.e. 3,5% KSMA and 12,5% KRSU.

**Key words:** ecinococcosis, questionnaire, invasion, prevention, parasitic diseases.

**Цель работы.** Изучение информированности о паразитарных болезнях, об источниках заражения и риске инвазии у студентов 1 курса КГМА и КРСУ.

**Материалы и методы.** Источником информации служили анкеты, заполненные при беседе со студентами КГМА (100 человек), КРСУ (200 человек). Анкеты содержали следующую информацию: пол, место жительства до поступления в КРСУ, социальное положение, образование родителей, источники информации о паразитарных болезнях, об эхинококкозе и др. Расчеты велись

стандартными статистическими методами.

**Результаты и обсуждение.** В цикле развития эхинококка в природе часто встречается такое развитие, когда главным дефинитивным хозяином является собака, а промежуточным - домашний скот [2]. При забое пораженные органы этих животных выбрасывают собакам, что приводит к заражению собак. В дальнейшем, превратившись в организме окончательного хозяина в ленточную форму, паразит будет распространять яйца и загрязнять фекалиями окружающую среду (почва, вода, огороды, сады, дворы и др.). Домашние жи-



**Рис. 1. Контакт с шерстью животных во время разделки туши**



**Рис.2. Антисанитарные условия на рынках.**

вотные заражаются через пастбища, водоемы, траву и др. Для человека источниками заражения являются грязные руки, на которые попадают яйца паразита при контакте с шерстью собак, а также через шерсть овец, крупного рогатого скота и др. домашних животных [4], немывые овощи и фрукты (загрязненные яйцами гельминтов), употребление сырой воды из открытых источников [1]. Эхинококкоз наносит большой вред здоровью человека, поражая такие органы, как печень, легкие, головной мозг, трубчатые кости [3]. Поселяясь во внутренних органах животных наносит ущерб сельскому хозяйству [2]. Важная роль отводится профилактике этой болезни. Санитарно-просветительная работа, проводимая среди населения должна включать все регионы, в первую очередь животноводческие, где развито овцеводство и др. Знание источников заражения предотвратит риск ин-

вазии, что имеет немаловажное значение в профилактике болезни (см. рис. 1,2)

Среди студентов КГМА, ответивших на вопросы анкет (100чел.) лиц женского пола оказалось 60%, мужского- 40%, сельские составили большинство - 63% , городские - 37%, а среди опрошенных 200 студентов КРСУ 37% юношей и 63% девушек, из них сельских вдвое меньше - 23,5%, а городских оказалось больше -76,5%. У проанкетированных 100 студентов КГМА оба родителя с высшим образованием - 50%, один родитель с высшим образованием - 39% и оба без высшего образования - 11% опрошенных. В КРСУ у 46% студентов оба родителя имеют высшее образование, у 43,5% один из родителей с высшим образованием, у 10,5% студентов родители без высшего образования (табл. №1)

**Таблица 1**

**Результаты опроса респондентов**

	Пол		откуда при был		Образование родителей		
	♀	♂	город	село	оба с выс.	один с выс.	оба со сред.
КГМА	60	40	37	63	50	39	11
(100)	60%	40%	37%	63%	50%	39%	11%
КРСУ	126	74	153	47	92	87	21
(200)	63%	37%	76,5%	23,5%	46%	43,5%	10,5%
Всего	186	114	190	110	142	126	32
	61,5%	38,5%	56,75%	43,25%	48%	41,25%	10,75%

Все студенты КГМА были проинформированными об эхинококкозе (100%), а в КРСУ из числа опрошенных - 162 человека (81%).

На вопрос об источниках этой информации респонденты ответили по-разному: 1) студенты КГМА - информация с места учебы - 69%, из средств массовой информации - 5%..от мед-

работников -12%, в школе - 9%, от родителей - 5%;

2) студенты КРСУ - информация с места учебы - 52,5%, из средств массовой информации - 40%, от медработников - 3,5%, от друзей - 1, от родителей - 8,5%, из санитарно-просветительной литературы - 5,5% (табл.№2).

Таблица 2

Источники информации об эхинококкозе среди студентов I курса

	Информированность		Источники информации					Пути заражения эхинококком				
	Да	нет	СМИ	ВУЗ	родител	школа	другие	собака	Волк.пс овые	К.Р.С.	Мясо и органы	Другое
КГМА	100	-	5	69	5	9	12	42	-	13	28	17
	100%	-	5	69	5	9	12	42	-	13	28	17
КРСУ	162	38	20	105	17	11	9	23	27	65	-	47
	81%	19	40	52,5	8,5	5,5	4,5	11,5	13,5	32,5	-	23,5

О путях заражения эхинококкозом знали все студенты КГМА, а из 200 студентов КРСУ 162 (81%) -знали, а 38 (19%)- ответили отрицательно. Однако не все студенты правильно указали источники заражения эхинококкозом.

Студенты КГМА: назвали собак - 42%, пораженные органы и мясо -28%, на немытые овощи и фрукты - 17%, травоядные животные - 13%;

Студенты КРСУ: назвали собак-11,5%, волков-5%, семейство псовых-8,5%, крупный рогатый скот-32,5%, на других животных указали - 23,5%.

Среди проанкетированных студентов КГМА

37% дома имеют собак, 63% - не имеют, держат кошек - 14%, 86% - не держат (см. табл. 3).

Из числа ребят, приехавших из сельской местности (63 чел.), 59 указали на то, что дома содержат домашних животных: коров -19%, лошадей - 10%, овец - 30%. На вопрос проводят ли прививки и дегельминтизацию животных ответили 51%, т.е. все, кто держит собак и кошек проводят эти мероприятия. В КРСУ 40% опрошенных дома имеют собак, 60% - не имеют, 30% имеют кошек, 70%- не имеют. Среди сельских (47 чел.) держат домашних животных: (лошадей 8%, коров-14%, овец и коз - 16%.)

Таблица 3

Наличие домашних животных

		Домашние питомцы			Домашний скот			Кормление собак внутренними органами		Внутренние органы		
		Собака	кошка	Нет	корова	свинья/коза	лошадь	Да	нет	собака	мышь	конт. продукт
КГМА	абс.	37	14	49	19	30	10	-	100	3	56	38
	%	37	14	49	19	30	20	-	100	3	56	38
КРСУ	абс.	80	60	60	18	32	16	54	146	-	-	-
	%	40	30	30	14	16	8	27	73	-	-	-



На вопрос о скормливании собак внутренностями домашних животных студенты КГМА все ответили отрицательно, а среди студентов КРСУ положительно ответили 27% студентов, а 73% - отрицательно. Во многих селах внутренности, непригодные для употребления выбрасывают в мусорные ямы, доступные для собак и др. (56%), отдают собакам -3%, закапывают лишь 38%, а три процента не помнят об этом.

**Выводы.** Таким образом, из проведенной работы следует, что информированность об эхинококкозе среди студентов 1 курса КГМА составила 100%, а КРСУ - 81%. Следует отметить, что основным источником информации служит специальная литература во время учебы в ВУЗе (69% КГМА и 65% КРСУ). Немного информируют население средства массовой информации - (5% и 12%), а сведения, получаемые от медработников, учителей в школах, от родителей, вносят очень малый вклад (от 3,5% до 12%) в формирование знаний о паразитарных болезнях.

Следовательно, информированность населения, несмотря на социальное положение (у 50 - 46% опрошенных родители имеют высшее образование) низкая. Некоторая часть населения не знает об эхинококкозе, об источниках и путях заражения (19% опрошенных студентов). Исследования некоторых авторов показали, что эхинококкоз имеет тенденцию к росту [4]. Уход за домашними животными, содержание хозяй-

ственных, скотных дворов требуют соблюдения санитарно-гигиенических норм (рис. 2,3), невыполнение которых тоже может усугубить распространенность эхинококкоза. Изучение эпидемиологического анамнеза показало, что заражение людей эхинококкозом происходит при контакте с домашними животными (86,7% из числа инвазированных) [4].

Следовательно, санитарно-просветительная работа по профилактике паразитарных болезней, в частности таких заболеваний, как эхинококкоз, не развита, широко не внедряется в слои населения. Большинство опрошенных узнали о паразитах только во время учебы в медицинском ВУЗе.

#### Литература

1. О.Т.Кутгубаев, К.С.Кулжабаева, Т.А.Абдыжапаров и др.

Водный фактор в распространении гельминтозов / "Здравоохранение

Кыргызстана".- Бишкек, 2010.-№2.- С.54-58

2. О.Т.Кутгубаев, К.С.Кулжабаева, Т.А.Абдыжапаров и др.

Краткий литературный обзор научных исследований по эхинококкозам КР

Вестник КГМА.- Бишкек, 2010.- С.16-18.

3. Абдыжанаров Т.А., Кутгубаев О.Т. Эхинококкоз в Кыргызской Республике.// Сб.: Эхинококкоз в центральной Азии: проблемы и решение Цюрих-Алматы, 2004.- С.31-43

4. Тойгомбаева В. С. Паразитарные болезни Кыргызстана. Автореферат.Бишкек.-2010.- с.46.

## ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

Адаева А.М., Уралиева Ч.К., Кононец И.Е.

*Кыргызская государственная медицинская академия имени  
И.К. Ахунбаева, Кыргызско - Российский Славянский Университет имени Б.Н. Ельцина,  
кафедра «Нормальной физиологии»  
г. Бишкек, Кыргызстан*

**Резюме.** В обзорной статье представлены результаты выявленных факторов риска репродуктивных расстройств у подростков и их анкетирования по проблемам здорового образа жизни.  
**Ключевые слова:** пубертатный период, репродуктивный потенциал.

## ПУБЕРТАТ МЕЗГИЛИНДЕГИ БАЛДАРДЫН ДЕН-СОЛУГУ

Адаева А.М., Уралиева Ч.К., Кононец И.Е.

*И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы  
Б. Н. Ельцин атындагы Кыргыз - Орус Славян Университети, «кадимки физиология»  
кафедрасы, Бишкек ш., Кыргызстан*

**Корутунду.** Обзордо өспүрүмдөрдүн репродуктивдик ден-соолугунун жетилүүсүнө төскоол кылган фактыларды аныктоо жана алардын сергек жашоо проблемасы тууралуу өткөрүлгөн анкеттөөнүн жыйынтыктары берилген.

**Негизги создор:** пубертаттык мезгил, репродуктивдик потенциал.

## REPRODUCTIVE POTENTIAL OF ADOLESCENTS

Adaeva A.M., Uralieva Ch.K., Kononets I.E.

*Kyrgyz State Medical Academy named after Ahunbaev I.K.  
Kyrgyz-Russian Slavic University named after Yeltsin B.N.  
«Normal physiology» chair, Bishkek c. Kyrgyzstan*

**Summary.** In a review article it has been presented the results of the identified risk factors for reproductive disorders in adolescents and outcome of their questioning on a healthy lifestyle issues.

**Key words:** pubertal period, reproductive potential.

Значительное место в становлении репродуктивной системы организма человека занимает период полового развития, или пубертатный период. Это один из наиболее сложных этапов жизненного пути человека, своеобразный критический период. Под репродуктивным потенциалом подразумевается уровень физического и психического состояния, который при достижении социальной зрелости определит качество здоровья рожденного поколения [1]. Основным принципом сохранения медико-биологического потенциала рождаемости должен быть принцип сохранения репродуктивного здоровья каждой девочки и каждого мальчика, начиная с рождения, включая все этапы становления и реализации репродуктивной программы [2]. При оценке репродуктивного потенциала рекомендуется учитывать распространенность соматических

заболеваний, влияющих на репродуктивную функцию; уровень физического и полового развития; распространенность заболеваний репродуктивной системы; состояние полового воспитания, сексуального образования и поведения; психологическую готовность к материнству, уровень репродуктивных установок [3].

В развитии репродуктивной системы можно выделить множество этапов, основными из которых являются: период внутриутробного развития, препубертатный и пубертатный периоды, наступление беременности [2]. Пубертатный возраст чрезвычайно важен в физиологическом, психологическом, нравственном и социальном становлении человека. Именно в этот период завершается формирование всех функциональных структур организма, интенсивно протекают процессы роста и развития, в результате чего

реализуется индивидуальная генетическая программа развития организма.

Обычно пубертатным считается период перехода от детского к зрелому состоянию организма, в течение которого личность претерпевает физические изменения, связанные с половым созреванием, однако не сразу принимает на себя роль, привилегии и ответственность взрослого человека. Пубертатный период - это время возможностей и выбора, и, одновременно уязвимости и риска. Подростки проводят все больше времени в школе, раньше достигают половой зрелости, при этом, однако, вступление в брак и появление детей происходит в более позднем возрасте. Это период, когда здоровье подвергается риску, особенно в связи с беспорядочной половой жизнью и ее последствиями для репродуктивного здоровья, а также факторами, препятствующими осуществлению информированного сексуального и репродуктивного выбора. Молодежь и подростки представляют собой неоднородную группу - это люди различного возраста, пола, с разным семейным положением, из разных классов, регионов и культурных условий [4].

Течение пубертата зависит от множества факторов, среди которых первостепенную роль играют биологические (генетика, половое созревание, здоровье), экологические, социальные (стабильность общественной жизни, поддержка ближайшего окружения), социально-психологические (коммуникативные связи с родителями, другими взрослыми людьми и сверстниками, развитие эмоциональной сферы) и психологические (изменения в когнитивной сфере и личностный рост подростка). В связи с этим определенный интерес представляет использование анкетирования для оценки здоровья детей. Важную роль анкетирование играет при оценке условий, образа жизни, медицинской активности семей, поскольку позволяет получить сведения, которые недоступны прямому наблюдению и не находят отражения в медицинской документации [5].

С целью изучения факторов риска репродуктивных расстройств, информированности подростков по вопросам, связанным с проблемами репродуктивного здоровья и здорового образа жизни было проведено анкетирование 1200 учащихся школ и профессиональных училищ города

Северодвинска. По результатам анкетирования выявлена низкая информированность подростков по вопросам репродуктивного здоровья [6].

Период полового созревания начинается в 7-8 лет и заканчивается в 17-18 летнем возрасте. В Восточной Европе насчитывается 47,8 миллионов подростков и 71,3 миллиона молодых людей, которые составляют, соответственно, 16% и 23% населения данного региона. В пяти республиках Центральной Азии (Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане) общая численность подростков составляет 14,4 миллиона человек, и 17,8 миллионов молодежи, или, соответственно, 25% и 31% (ООН, 2001г.) [4].

Репродуктивное здоровье современных девочек 7-17 лет вызывает серьезную тревогу: ухудшились показатели физического и полового развития, повысилась распространенность гинекологических заболеваний, усложнилась их структура [2].

Не менее актуальной для современных детей и подростков становится проблема дефицита массы тела. Большинство девочек пубертатного периода критически относятся к собственной внешности, неадекватно оценивают свой вес, увлекаются диетами. Количество жировой ткани признано одним из главных физиологических факторов определяющих появление вторичных половых признаков и становление менструаций. Каждая шестая девушка 15-18 лет имеет сниженные показатели массы тела, на этом фоне каждая третья по темпам полового развития отстает от общероссийских нормативов [7].

Девушки подростки имеют низкий, не соответствующий требованиям современности, уровень информированности по вопросам профилактики нежелательной беременности и заболеваний, передающихся половым путем, что характеризует их как группу риска по развитию отклонений и нарушений репродуктивного здоровья [8]. В настоящее время уровень подростковой беременности в большинстве западноевропейских стран составляет от 12 до 25 (на 1000 девушек в возрасте 15-19 лет), однако в Великобритании показатель достигает 47, представляя серьезную социальную проблему здравоохранения. Однако в Российской Федерации официальный показатель превышает показатель Великобритании более чем вдвое (102 на 1000).

Сексуальная активность подростков начинается во все более раннем возрасте, при этом надлежащее половое воспитание, в основном, отсутствует [4].

По данным Минздрава Р.Ф. (2002), в возрастной структуре аборт каждый десятый аборт (10,4 %) приходится на возрастную группу 15-19 лет, каждые десятые роды в стране также приходится на подростковый возраст. Поэтому надежное предупреждение аборта и нежелательных первых родов и максимально эффективную профилактику заболеваний, передающихся половым путем, безусловно приоритетны в сохранении репродуктивного здоровья подростков и молодежи [3].

В средствах массовой информации, уличной рекламе неконтролируемо пропагандируется табачная и алкогольная продукция, наркотики, жестокость, насилие, праздный образ жизни. На этом фоне данные в отношении вредных привычек у современных подростков, чрезвычайно тревожны. Вредные привычки выявляются у 77-87% российских девушек 13-18 лет, в том числе 65-78% из них потребляют алкоголь, 35-46% курят, 10-15% - имеют опыт потребления наркотиков [7].

Среди причин, способствующих формированию негативных демографических тенденций, важное место занимают заболевания репродуктивного аппарата. В настоящее время в России сформировалась модель суженного воспроизводства населения, для которой характерно быстрое падение коэффициента рождаемости, уменьшение доли повторных рождений, преобладание однодетных семей, которые составляют 67% от общего числа семей с детьми. Число бесплодных браков в России по выборочным данным достигает 19%, при этом около 40% случаев обусловлены «мужским фактором». Около 60% патологических состояний, определяющих копулятивную и репродуктивную несостоятельность мужчины, имеют «точку старта» в различных периодах детства, отрочества, юности. Было проведено детальное обследование 701 мальчика-подростка в возрасте от 12 до 18 лет. В результате комплексной оценки полученных данных выявлено, что у 59,9% мальчиков-подростков имеют место факторы риска развития репродуктивных расстройств, у 40,1% обследован-

ных признаки потенциального риска развития репродуктивных расстройств не выявлены [6].

Таким образом, многие ученые убеждены, что демографические проблемы в стране может решить только то поколение, которое сейчас ходит в детский сад, и те, кто еще не родился. Наша обязанность — обеспечить им все условия для того, чтобы они могли создавать здоровую семью и рожать здоровых детей. Сегодняшнее подрастающее поколение является основным интеллектуальным, трудовым, оборонным и репродуктивным потенциалом Кыргызской Республики в будущем.

#### Литература

1. Юрьев В. К. Проблемы социальной гигиены и история медицины, 2000.-№4.-С.3-5.
2. Ушакова Г. А. Репродуктивный потенциал современной популяции детей и концепция его сохранения // *Мать и дитя в Кузбассе*, 2001. -№2. – С. 27-30.
3. Кротин П.Н., Юрьев В.К., Куликов А.М. Репродуктивный потенциал современных девушек-подростков // *Гедеон Рихтер в СНГ*, 2001. - № 3. -С. 5-8.
4. Shireen Jejeebhoy *Entre Nous*. От исследований к действиям // *Европейский журнал по сексуальному и репродуктивному здоровью*, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2001.- №50. –С. 4-10.
5. Юрьев В.К., Ахмедов М.Р. Анкетирование как метод оценки состояния здоровья детей // *Российский педиатрический журнал*, 2008. - №1. -С. 57-60.
6. Водолазов И.Б., Меньшикова Л.И, Колесников И.А., Особенности выявления факторов риска антропологической патологии у мальчиков - подростков при проведении профилактических медицинских осмотров // *Поликлиника*, 2000. - №1.-С. 62-63.
7. Вострикова Т.В. Особенности репродуктивного здоровья и контрацептивного поведения девушек – подростков в современных экологических и социально - экономических условиях республики Мордовия // *Вестник РУДН*, - 2009. -№7. -С. 388-392.
8. Хамошина М.Б. Репродуктивное образование – эффективное направление охраны репродуктивного здоровья девушек-подростков, 2004. [http://medf.nsu.ru/files/2004N4P48\\_55.pdf](http://medf.nsu.ru/files/2004N4P48_55.pdf)

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОЭНЗИМА Q<sub>10</sub> В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Баатырбекова А.К., Кубанычбек уулу Н., Алдаярова А.Ш., Махмудова Ж.А.

*Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, кафедра общей и клинической биохимии, МУНЦ БМИ, Бишкек, Кыргызская Республика.*

**Резюме.** В эксперименте на кроликах показано, что месячное пероральное введение препарата коэнзима Q<sub>10</sub> (КоQ<sub>10</sub>) приводит к значительному уменьшению степени катехоламинового некроза миокарда.

**Ключевые слова:** катехоламинный некроз, коэнзим Q<sub>10</sub>, аспартаминотрансфераза, тропонин I, креатинфосфокиназа-МВ.

## МИОКАРД ИНФАРКТЫНЫН АЛДЫН АЛУУ ТАЖРЫЙБАСЫНДА КОЭНЗИМ Q<sub>10</sub> ПРЕПАРАТЫН КОЛДОНУУНУН НАТЫЙЖАЛУУЛУГУ

Баатырбекова А.К., Кубанычбек уулу Н., Алдаярова А.Ш., Махмудова Ж.А.

*И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, жалпы жана клиникалык биохимия кафедрасы, Биомедициналык изилдоолордун тармак аралык окуу-илимий борбору, Бишкек шаары, Кыргыз Республика*

**Кортуңду.** Коендорго бир ай бою коэнзима Q<sub>10</sub> препаратын берүү миокарддын катехоламиндүү некрозунун денгээлин абдан эле төмөндөтөөрүн жүргүзүлгөн тажрыйба көрсөттү.

**Негизги создор:** катехоламиндүү некроз, коэнзим Q<sub>10</sub>, аспартаминотрансфераза, тропонин I, креатинфосфокиназа-МВ.

## THE EFFECTIVENESS OF Q<sub>10</sub> COENZYME PROPHYLAXIS OF MYOCARDIAL NECROSIS IN EXPERIMENT

Baатыrbekova A.K., Kubanychbek uulu N., Aldayarova A.SH., Makhmudova ZH.A.

*Kyrgyz State Medical Academy named after I. K. Akhunbaev, the chair of general and clinical biochemistry, Bishkek, the Kyrgyz Republic*

**Summary.** It is established that after introduction KoQ<sub>10</sub> into rabbits ration with the aim of preventing from myocardial infraction in experiment, the degree of catecholamine necrosis is considerably less in comparison with catecholamine necrosis degree without prophylaxis.

**Key words:** Catecholamine necrosis. KoQ<sub>10</sub>, aspartataminotransferase, troponin, creatin phosphokinase.

В мировом масштабе заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний занимает ведущее место среди наиболее растущих неинфекционных заболеваний, что характерно и для нашей страны. Острый инфаркт миокарда, в основе которого лежит ишемический некроз участка сердечной мышцы, является одной из причин летальности больных ишемичес-

кой болезнью сердца [1].

От сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в Кыргызстане ежегодно умирает 18 тысяч человек, что составляет 48,8% смертности от всех болезней. Ежедневно от болезней сердечно-сосудистой системы умирает 50 человек. За последние 20 лет болезнь помолодела на 38%. Если раньше болезнь приходилась на людей старше 60

лет, то сейчас болезни подвержены люди трудоспособного возраста от 30 до 59 лет [2].

В современной кардиологии для профилактики заболеваний сердца нередко используют естественные метаболиты (витамины, аминокислоты, микроэлементы), содержание которых при сердечной патологии обычно снижается. К таким метаболитам относится и коэнзим  $Q_{10}$  (убихинон) - липидорастворимое соединение из класса бензохинонов.  $CoQ_{10}$  - соединение, участвующее в энергетическом обмене клеток.  $CoQ_{10}$  является обязательным компонентом дыхательной цепи, осуществляет в митохондриях перенос электронов от мембранных дегидрогеназ на цитохромы. Кроме этого,  $CoQ_{10}$  выполняет в клетках еще одну важную функцию – его восстановленная форма является единственным липофильным антиоксидантом, который синтезируется в клетках животных и человека, а также постоянно регенерируется из окисленной формы с помощью ферментных систем организма [3,4,5]. О препаратах, содержащих  $CoQ_{10}$ , уже получены убедительные свидетельства клинической эффективности, но ещё не проведены (или не закончены) крупномасштабные многоцентровые исследования [6].

**Целью** настоящего исследования является изучение эффективности  $CoQ_{10}$  в профилактике катехоламинового некроза миокарда.

**Материалы и методы исследования.** Эксперименты проводились на кроликах массой 2,5-3 кг в условиях низкогогорья (Бишкек, 760м над у.м.). Катехоламиновый некроз провоцировался однократным внутривенным введением адреналина в дозе 0,025 мг/кг массы тела.

Животные были разделены на 3 группы: I - интактная группа; II – группа кроликов, которым был введен адреналин; III - группа кроликов, которые перорально получали  $CoQ_{10}$  в дозе 2 мг/кг массы тела один раз в сутки в течение 30 дней, после чего был спровоцирован катехоламиновый некроз миокарда.

Во всех группах животных до и после эксперимента определялись следующие маркеры сердечной мышцы:

1. количественное определение концентрации аспаратаминотрансферазы в сыворотке крови наборами реагентов «Аминотрансфераза AST 360» на фотоэлектроколориметре;

2. количественное определение концентрации тропонина I наборами реагентов «Тропонин I-ИФА» в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа;

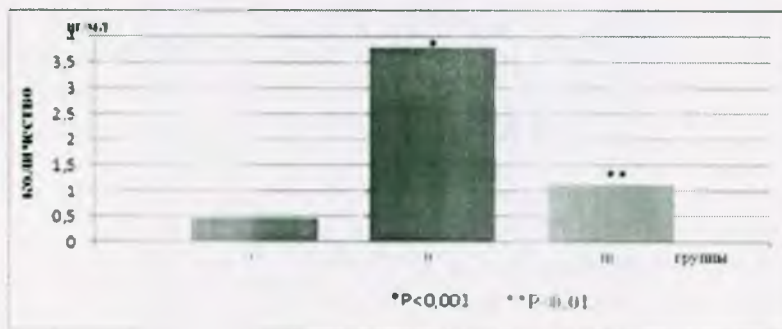
3. количественное определение креатинфосфокиназы-МВ фракции в сыворотке крови диагностическими наборами для определения КФК-МВ на автоанализаторе через 6 часов после введения адреналина.

Аспаратаминотрансфераза и тропонин определялись через 20 часов после введения адреналина.

Для того, чтобы исследовать морфологию миокарда нами был взят материал со всех кроликов трех групп. Взятый материал фиксировался в 4% растворе формалина на фосфатном буфере pH=7.4 0.2М. После обезвоживания объекты заливались в парафин. Парафиновые срезы толщиной 5-7 мкм окрашивали гематоксилин-эозином по Эрлиху для выявления площади поражения (кардионекроза) и площади контрактурных повреждений. Исследование проводилось методом точечного счета с помощью окулярной морфометрической сетки.

**Результаты и их обсуждение.**

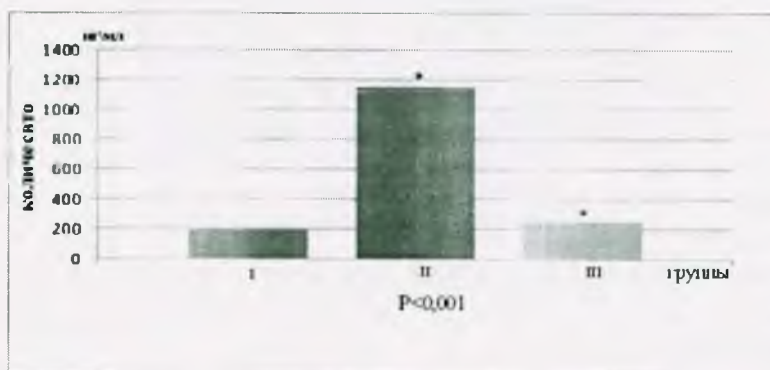
**Аспаратаминотрансфераза.** Как видно из рис.1, уровень аспаратаминотрансферазы в условиях низкогогорья после введения адреналина увеличился с  $0,07 \pm 1,25$  до  $0,25 \pm 2,79$  ( $p < 0,001$ ), что выходит за пределы физиологической нормы. После перорального введения  $CoQ_{10}$  в течение месяца и искусственно вызванного катехоламинового некроза миокарда отмечалось достоверное уменьшение количества АсАТ с  $0,25 \pm 0,02$  до  $0,13 \pm 0,004$  мкмоль/л,  $p < 0,001$ .



**Рис.1.** Количество АсАТ в сыворотке крови у контрольных и подопытных кроликов при моделировании катехоламинового некроза миокарда.

**Тропонин I.** Определение нами тропонина I (рис.2) в сыворотке крови кроликов через 20 часов после введения адреналина в низкогорье показало, что его количество достоверно увеличилось в 9 раз ( $0.47 \pm 0,13$  нг/мл до  $3,88 \pm 0,96$

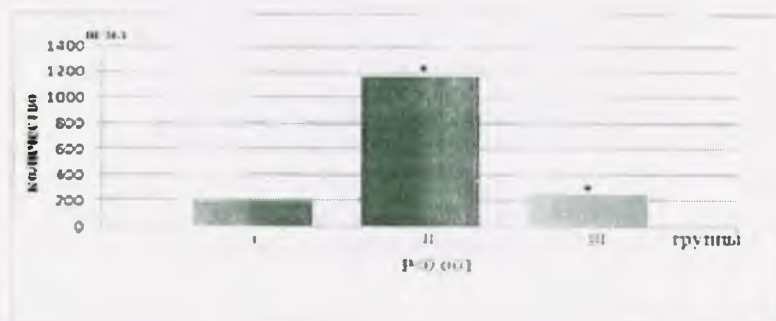
нг/мл, соответственно). После получения кроликами КоQ10 в профилактических целях и моделировании катехоламинового некроза миокарда наблюдалось снижение уровня тропонина I в сыворотке крови с  $3.77 \pm 1.0$  до  $1.13 \pm 0.07$ ,  $p < 0,01$ .



**Рис.2.** Количество тропонина I (нг/мл) в сыворотке крови у контрольных и подопытных кроликов при моделировании катехоламинового некроза миокарда.

**Креатинфосфокиназа-МВ.** Результаты исследования (рис.3) показали, что после введения адреналина уровень КФК-МВ в сыворотке кро-

ви у кроликов резко повысился с  $195,1 \pm 50,5$  ME до  $1157,5 \pm 124,6$  ME ( $p < 0,001$ ).



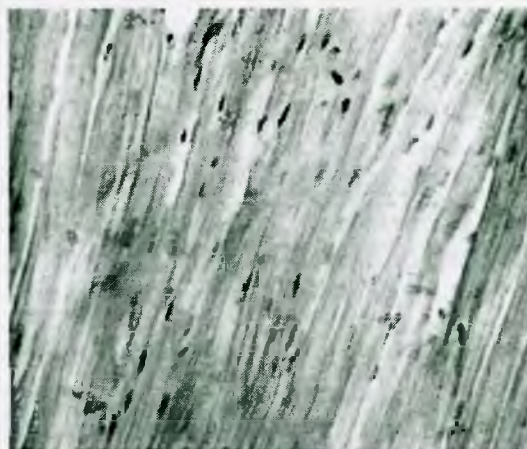
**Рис.3.** КФК-МВ (ME) в сыворотке крови у контрольных и подопытных кроликов при моделировании катехоламинового некроза миокарда в условиях низкогорья.

У кроликов, получивших КоQ10, после моделирования адреналинового некроза миокарда в сыворотке крови количество КФК-МВ достоверно снизилось с  $1157.5 \pm 124.6$  до  $251.97 \pm 27.80$  МЕ ( $p < 0,001$ ).

**Морфология миокарда у контрольных и подопытных животных.**

Исследование миокарда у интактных кроликов показало продольно расположенные кардиомиоциты, в центральных частях которых рас-

полагаются ядра с хорошо выраженными ядрышками. В цитоплазме кардиомиоцитов видны продольно расположенные миофибриллы с поперечной исчерченностью (рис.4).



**Рис.4. Миокард интактных кроликов. X 480, окраска гематоксилин-эозином.**

У кроликов после моделирования катехоламинового некроза миокарда выявились очаговые некробиотические изменения среди кардиоми-

оцитов. В большинстве кардиомиоцитов был обнаружен лизис миофибрилл с отсутствием ядер (рис.5).



**Рис.5. Миокард кролика после введения адреналина. X 480, окраска гематоксилин-эозином.**

Изучение морфологии миокарда III группы кроликов показало, что в отдельных кардиомиоцитах отмечаются сморщивания ядер и лизис миофибрилл. Нужно отметить, что степень ад-

ренинового некроза после профилактики коэнзимом Q10 сравнительно меньше по сравнению со степенью адреналинового некроза без профилактики (рис.6).





**Рис.6.** Миокард кролика с моделированным кардионекрозом после профилактики коэнзимом Q10 . X 480, окраска гематоксилин-эозином.

Таким образом, полученные результаты показывают, что 30-дневное введение КоQ10 привело к меньшей степени проявления некротических изменений миокарда, что свидетельствует о положительном влиянии убихинона на миокард. Возможно, что при более длительном приеме данного препарата можно было бы получить более значимый результат.

#### **Литература**

1. Волкова Э.Г., Малыхина О.П., Левашов С.Ю. Повторные инфаркты миокарда: особенности изменения содержания биомаркеров и ремоделирования миокарда. Кардиология, 2007.- №.7 - С.26-27.

2. <http://www.trend.az/regions/casia/kyrgyzstan/1545367.html>.

3. Лакомкин В.Л., Коновалова Г.Г., Каленикова Е.И. Влияние убихинона на сократительную функцию и антиоксидантный статус миокарда при наследственной гипертензии у крыс. Кардиология, 2006. - №5. – С.54.

4. Кучменко Е.Б., Петухов Д.Н. Влияние комплексов предшественников и модуляторов биосинтеза кофермента Q на функциональное состояние митохондрий сердца старых крыс. Биомедицинская химия, -2010.- Том 56.- Выпуск 2. – С.244-250.

5. Чанидзе Г.Э., Капанадзе С.Д. Комбинированная терапия антиоксидантом коэнзимом Q10 и симвастатином больных коронарным атеросклерозом. Кардиология, 2006. - №8. – С.11.

6. <http://www.tne.ru/health/myokisl.htm>.

## МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ОЦЕНКЕ ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РОСТОВЫХ ИНДЕКСОВ

Джорбаева А.А., Сейдахметова А.Т., Султашев А.Ж.  
*КГМА им. И.К.Ахунбаева, г.Бишкек, Кыргызская Республика*

**Резюме.** В статье представлены результаты сравнительного анализа эффективности методик, используемых для оценки ожирения на примере показателей 75 студентов КГМА им. И.К. Ахунбаева. Анализ позволил выявить, что такой показатель, как индекс массы тела (ИМТ) позволяет определить только степень ожирения, однако не дает информации о степени жирового отложения. В тоже время, метод оценки с использованием индекса Брока (иБ) и показателя Брейтмана (пБ) позволяет более точно определить снижение и повышение веса на доклиническом этапе диагностики.

## ОСУУ ИНДЕКСТЕРИН КОЛДОНУУ АРКЫЛУУ ТАМАКТАНУУГА БАА БЕРҮҮДӨ КОЛДОНУЛУУЧУ МЕТОДОЛОГИЯЛЫК ЫКМАЛАР

Джорбаева А.А., Сейдахметова А.Т., Султашев А.Ж.  
*И.К.Ахунбаев атындагы КММА, Кыргыз Республикасы, Бишкек шаары*

**Корутунду.** Бул илимий макалада И.К.Ахунбаев атындагы КММАнын 75 студентинин семирип кетүү көрсөткүчүнө баа берүүдө колдонулган ыкмалардын натыйжалуулугуна жүргүзүлгөн салыштырмалуу анализдин жыйынтыктары берилген. Анализ жүргүзүү аркылуу дене салмагынын индекси семирүүнүн деңгээлин гана аныктай тургандыгын, бирок май басуу деңгээли тууралуу маалымат бере албастыгы анык болду. Ошол эле учурда Брок индексин жана Брейтман көрсөткүчүн колдонуу аркылуу дене салмагынын жогорулашы же төмөндөшү тууралуу так маалымат алууга болот экен.

## METHODOLOGICAL APPROACHES USED IN THE ESTIMATION OF PRACTICAL NUTRITION USING HEIGHT INDICES

Djorbayeva A.A, Seidakhmetova A.T, Sultashev A.Zh.  
*KSMSA named after I.K Akhunbaev Bishkek, the Kyrgyz Republic.*

**Abstract.** The results of comparative analysis of methodologies effectiveness of fattening on the example of 75 KSMA students data are given in this article.

The analysis allows to reveal that such index as body mass index defines only fattening degree but it doesn't give the information about fat sediment degree. At the same time estimation method using Broke and Breitman indices allows to determine more exactly the decrease and increase of weight on the pre-clinical stage of diagnostics.

**Актуальность.** Согласно данным Международной ассоциации по изучению ожирения, темпы ежегодного роста этой патологии, составляющие около 0,2% в 1970 г., к 2000 г. выросли в

10 раз, достигнув уже 2% [2]. Малоподвижный образ жизни, низкая физическая активность, нерациональное питание, растущее с каждым годом загрязнение окружающей среды - все это

является предпосылками для увеличения распространенности так называемых болезней цивилизации, одним из которых является ожирение. По данным ВОЗ, более 1 млрд людей в мире страдают ожирением, т.е. имеют высокий индекс массы тела (ИМТ 25 кг/м и более) [3]. В связи с этим раннее выявление ожирения у населения имеет актуальное значение. В тоже время в странах с низким социально-экономическим уровнем наблюдается снижение массы тела. Общеизвестно, что антропометрические измерения (объем талии (ОТ), рост, вес, объем бедер (ОБ), ОТ/ОБ) входят в схему обследования больных и без клинических проявлений синдрома ожирения на стадии до клинических проявлений. Для определения степени снижения массы тела или ее избыточности обычно используют следующие методы: определение индекса Брока (иБ), показателя Брейтмана (пБ) и индекса массы тела

(ИМТ).

**Цель:** возможность использования методик определения ожирения иБ, пБ и ИМТ с целью оценки пищевого статуса у студентов 1 курса КГМА.

**Материал и методы.** На базе КГМА была отобрана группа студентов 1 курса, 75 человек (24 юноши и 51 девушка), у которых определяли вес, рост, ОТ, ОБ и ОТ/ОБ. Возраст студентов варьировал от 17 до 25 лет, в среднем  $19 \pm 1,5$  года. Используемые индексы: 1) Расчет иБ производится по формуле  $иБ = (\text{рост} - 100)$ . Расчет показателя Брейтмана (пБ) производится по формуле  $пБ = (\text{Рост} \times 0,7) - 50$ . Превышение массы до 30% - 1 степень ожирения, от 30 до 50% - 2 степень ожирения, от 50 до 100% 3 степень ожирения и выше 100% 4 степень ожирения [1]. Процент превышения массы определяется следующим образом:

Таблица 1

Определение нормы, превышения и уменьшения массы тела по индексу Брока, показателю Брейтмана и индексу массы тела

Шаги алгоритмов иБ, пБ, ИМТ	Определение процента превышения массы по иБ	Определение процента превышения массы по пБ	Определение превышения массы по ИМТ
1 шаг (определение иБ, пБ и ИМТ)	$иБ = \text{рост} - 100$	идеальный вес равен $(\text{рост} \times 0,7) - 50$ .	$ИМТ = \text{Масса тела (кг)} / \text{Рост (м}^2\text{)}$
2 шаг ( $\alpha_1 = (иБ \text{ или пБ или ИМТ}) - \text{вес}$ )	$\pm \alpha_1 = иБ - \text{вес}$	$\pm \alpha_2 = пБ - \text{вес}$	$\alpha_3 = \text{см. таб.2}$
3 шаг (определение $\alpha_i \%$ )	$\pm \alpha_1 \% = (\pm \alpha_1 \times 100) / \text{вес}$	$\pm \alpha_2 \% = (\pm \alpha_2 \times 100) / \text{вес}$	
4 шаг	1) если $\pm \alpha_1 \%$ больше нуля, то наличие потери веса	1) если $\pm \alpha_2 \%$ больше нуля, то наличие потери веса.	$\alpha_3 = \text{см. таб.2}$
	2) если $\pm \alpha_1 \%$ меньше нуля вес больше нормы	2) если $\pm \alpha_2 \%$ меньше нуля вес больше нормы	$\alpha_4 = \text{см. таб.2}$
	3) если $\pm \alpha_1 \%$ равно нулю, то норма	3) если $\pm \alpha_2 \%$ равно нулю, то норма	$\alpha_5 = \text{см. таб.2}$

Исходя из того, что значения  $\alpha_i$  могут быть положительными и отрицательными мы предложили объединить положительные значения в одну группу и соотнести их с потерей веса, а все отрицательные значения свести в другую группу и соотнести их с превышением веса, считая от нормы. Норма, если  $\pm \alpha_1$  и  $\pm \alpha_2$  равны нулю (0), тогда мы сможем использовать эти

методы для определения не только степени ожирения, но также и похудения по выше изложенному алгоритму. Положительные значения  $\pm \alpha_i$  свидетельствуют о том, что у пациентов вес ниже нормы, отрицательные значения свидетельствуют о том, что вес больше нормы. **ИМТ(индекс Кетле)**= Масса тела ( кг) / Рост ( м2 ).

Таблица 2

Определение индекса массы тела

№	Индекс массы тела	Характеристика веса	Риск сопутствующих заболеваний
1	Меньше 18,5	Дефицит	Низкий
2	18,5 – 24,9	Нормальная	Отсутствует
3	25 – 29	Избыточная	Повышенный
4	30 – 34,9	Ожирение I степени	Высокий
5	35 – 39,9	Ожирение II степени	Очень высокий
6	Больше 40	Ожирение III степени	Крайне высокий

**Результаты и обсуждение.**

У данных студентов были рассчитаны ИМТ,  $\pm \alpha_1 \%$  и  $\pm \alpha_2 \%$  по которым определено количе-

ство студентов с нормальным весом и с наличием ожирения. Результаты исследования показаны в таблице 3.

Таблица 3

Полученные результаты после определения ИБ, пБ и ИМТ в исследуемых двух группах (юноши и девушки).

		ИМТ(юн+дев)	индекс Брока (юн и дев.)	показатель Брейтмана (юн+дев)
1	Норм.вес (дев)	35	2	0
2	Норм.вес (юн)	21	2	2
3	Избыг.масса (дев)	5	7	7
4	Избыг.масса (юн)	1	2	1
5	Снижение веса (дев)	11	42	44
6	Снижение веса (юн)	2	20	21

Висцеральное ожирение у всех студентов отсутствует по ОТ/ОБ

В результате сравнения показателей индекса Брока, показателя Брейтмана и ИМТ выявлено, что 57 студентов имеют нормальный вес, избыток веса у 6 и у 13 студентов вес ниже нормы. По индексу Брока четверо студентов имеют вес в пределах нормы, у 9 студентов вес выше нормы, 46 студентов имеют вес ниже нормы. По показателю Брейтмана двое студентов имеют нормальный вес, 7 человек имеют избыточную массу, 52 студента имеют вес ниже нормы. 10 студентов имеют повышенный вес.

**Пример 1.** Юноша ИМТ=+17,26, что означает дефицит веса, вес его 47кг, рост 165см,  $\alpha_1 \%$  =+38,297,  $\alpha_2 \%$  =+39,36, оба положительные, это означает, что вес ниже нормы. Это означает, что показания ИМТ соответствует выводам по  $\pm \alpha_1$

**Пример 2.** Вес 71, рост 171см,  $\alpha_1 \%$  =0, то есть норма, она положительна,  $\alpha_2 \%$  =-1,83, ИМТ=24,28, по ИМТ вес нормальный, наличие положительного значения  $+\alpha_1 \%$  и отрицательного  $-\alpha_2 \%$  означает, что вес больше нормы, при росте 171.

**Пример 3.** Девушка имеет ИМТ=+15,34 означает дефицит веса, но  $\alpha_1 \%$  =+59,57,  $\alpha_2 \%$  =+54, то есть пБ и пБ показывают степень снижения веса от нормы при росте=175см студентка имеет вес 47кг, что означает, сильную степень похудения. **Пример 4.** У девушки ИМТ=29,7 означает избыточный вес, но  $\alpha_1 \%$  =- 18,7,  $\alpha_2 \%$  = -20,51. вес =78кг, рост=162см, это означает, студентка имеет I степень ожирения, по ИМТ от 25-29,9 избыточный вес, что указывает на по-

вышение веса по обоим показателям.

Следовательно, при положительных значениях  $\pm\alpha_1\%$  и  $\pm\alpha_2\%$  они почти совпадают с ИМТ, например пример 3 (рост 175 см и вес 47)  $\alpha_1\% = +59,57$ ,  $\alpha_2\% = 54,25$ , то есть снижение веса. Коэффициент ИМТ=15,34, по ИМТ это вес ниже нормы, то есть ИМТ не определяет степени снижения веса, использование ИБ и ПБ позволяет определить степень снижения веса студентов. Из

представленных примеров видно, что только по последним показателям  $\pm\alpha_1\%$  и  $\pm\alpha_2\%$  можно установить наличие уменьшения веса среднестатистического студента, они имеют положительное значение. По среднему значению ИМТ это определить невозможно, ИМТ=20,7642 для девушек и 21 для юношей, то есть их вес в пределах нормы (таблица 4).

Таблица 4

Индекс массы тела, объём талии/объём бедер

		ИМТ	ОТ/ОБ	$\pm\alpha_1\%$	$\pm\alpha_2\%$
Мср(юн.)	t=1, p=0,95	21±3E-16	0,8±1,1E-16	16,4±6E-16	14,4±8E-15
Мср(дев)	t=0, p=0,95	20,8±0,8	0,75±0,0004	15,2±0,33	18,4±0,33

Вероятность определялась для ИМТ, ОТ/ОБ,  $\pm 1\%$  и  $\pm 2\%$

Как известно, для оценки степени выраженности ожирения широко используется ИМТ, использование значений  $\pm\alpha_1\%$  и  $\pm\alpha_2\%$  позволяет более точно определять степень изменения веса. Одновременное применение этих методик будет способствовать раннему более точному выявлению доклинических изменений веса у студентов.

Анализ показал, что из обследованных студентов, у 46 студентов имеют вес ниже нормы, из них 36 девушек и 24 юношей. В группе выявлено 19 (25%) студентов склонных к полноте.

Выводы. Показания  $\pm\alpha_1\%$  и  $\pm\alpha_2\%$  и ИМТ позволяют более точно определить снижение и

повышение веса на до клиническом этапе диагностики, это означает, что только при комплексном обследовании студентов методиками ИМТ, ИБ и ПБ можно своевременно диагностировать наличие ожирения или наличия уменьшения веса.

**Литература**

1. Василенко В.Х. Пропедевтика внутренних болезней. Москва. 1989.
2. Казарина Л.Н. И др. Артериальная гипертензия при метаболическом синдроме: фокус на физиотенз. // Медицина. 2005. № 10. С. 22-24.
3. Л.Б.Лазебник, Л.А.Звенигородская, Е.Г.Егорова. Метаболический синдром у пациентов с заболеваниями органов пищеварения. С.9-13., Тер. архив, 2007, №10 .

## ВЛИЯНИЕ ГУМОРАЛЬНОГО ФАКТОРА СТЕНКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ «КИСЛОРОДНОГО ГРАДИЕНТА» В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Жакеева А.Ж., Турсуналиев А.К.

*Кафедра госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии  
КГМА им. И.К. Ахунбаева, Бишкек*

**Резюме.** В работе изложены результаты исследований показателей «кислородного бюджета» у кроликов на 15 день внутримышечного введения пептида, выделенного методом уксуснокислой экстракции из стенки воспалённого желчного пузыря в дозе 1 мг/кг массы тела. Показано, что пептидная фракция в организме экспериментальных кроликов формирует гипоксемию, гиперкапнию и накопление в крови основных соединений.

**Ключевые слова:** «кислородный градиент», пептиды, кролики, острый калькулёзный деструктивный холецистит.

## ЭКСПЕРИМЕНТТЕ ӨТ БАШТЫКЧАСЫНЫН ТҮЗҮЛҮШ БЕТИНЕН БӨЛҮП ЧЫГАРЫЛГАН ГУМОРАЛДЫК СЕБЕПТИН «КЫЧКЫЛТЕК ГРАДИЕНТ» КӨРСӨТКҮЧТӨРҮНӨ БОЛГОН ТААСИРИ

Жакеева А.Ж., Турсуналиев А.К.

*И.К. Ахунбаев атындагы КММАнын госпиталдык жана оперативдик хирургия кафедрасы,  
Бишкек*

**Корунду.** Бул илимий иште уксускычкыл экстракциясын колдонуу менен курч сезгенген өт баштыкчасынын түзүлүш бетинен бөлүнүп чыккан пептидди 15 күнү коендордун булчу? эттерине куйганда, анын «кычкылтек бюджетинин» көрсөткүчтөрүнө болгон таасири, андан келип чыккан жыйынтыктар камтылган. Жыйынтык көргөзгөндөй эксперименталдык коендордун денесине куюлган пептид гипоксемия жана гиперкапния кубулуштарын түзөт, ошондой эле канда негизги бирикмелерди чогултат.

**Негизги создор:** «кычкылтек градиенти», пептиддер, коендор, курч сезгенген өт баштыкчасынын таш оорусу.

## THE AFFECT OF HUMORAL FACTOR OF GALLBLADDER WALL ON «OXYGEN GRADIENT» DURING THE EXPERIMENT

Jakeyeva A. J., Tursunaliyev A.K.

*KSMA Hospital surgery with operative course surgery department, Bishkek*

**Resume.** The experiment contains the results of oxygen budget indices (on 15th day of the experiment) based on the intramuscular introduction of peptide (1mg/1kg) on rabbits. Peptide was obtained through the method of acetous extraction from inflamed gallbladder wall. As a result, the abovementioned peptide fraction on experimental rabbits forms hypoxemia, hypercapnia and the accumulation of basic junctions in blood.

**Key words:** «oxygen budget», peptide, rabbits, acute destructive calculousus cholecystitis.

**Актуальность проблемы.** В настоящее время изучены показатели «кислородного градиента» при остром калькулёзном деструктивном холецистите [2, 6]. Установлено, что в организме при этом развивается гипоксемия [5, 9]. Угнетение показателей «кислородного бюджета» при остром деструктивном калькулёзном холецистите объясняется влиянием продуктов воспаления [1, 10, 8], токсемией [7] и нейро-рецепторными воздействиями [3, 4] стенки воспалённого желчного пузыря на организм. Вместе с тем, в литературе имеются единичные исследования о влиянии самого воспалённого желчного пузыря на показатели «кислородного градиента». Это затрудняет научное обоснование профилактики гипоксемии при хирургическом лечении больных острым калькулёзным деструктивным холециститом.

**Цель исследования.** Изучение влияния гуморального фактора стенки желчного пузыря больных острым калькулёзным деструктивным холециститом после лапароскопической холецистэктомии на показатели «кислородного градиента» в эксперименте на кроликах.

**Материалы и методы исследования.** Исследования проведены в весенний период 2010 г. на 10 беспородных кроликах обоих полов массой от 2 до 3 кг. Все животные до экспериментов содержались в виварии не менее 2 недель, где они находились на обычном рационе, утверждённом ГОСТом, для кормления животных. Обследование показателей «кислородного бюджета» в крови, взятой из сердца, а., v. pulmonalis, а. и v. mesenterica, проводили до опытов (фон) и на 15

день внутримышечного введения. Пептидную фракцию в наших опытах 5 животным вводили внутримышечно в дозе 1 мг/кг массы тела. Перед введением пептидная фракция разводилась в стерильном физиологическом растворе. Препарат вводился 1 раз в сутки в течение 15 дней. В качестве контроля 5 животным в таком же объёме вводился стерильный 0,9 % раствор хлорида натрия в те же сроки. На полуавтоматическом микропроцессорном анализаторе микроаструпе «Сомраст-2» определяли показатели кислотно-щелочного равновесия (КЩР): активность ионов водорода (рН), парциальное давление двуокиси углерода (рСО<sub>2</sub>), парциальное давление кислорода (рО<sub>2</sub>), избыток оснований (ВЕ), избыток оснований во внеклеточной жидкости (ВЕ<sub>ecf</sub>), буферная ёмкость (ВВ), бикарбонат (-НСО<sub>3</sub>).

Полученные результаты обработаны методом вариационной статистики по СТЬЮДЕНТУ для связанных и несвязанных между собой величин и вычислен показатель достоверности «Р».

**Результаты исследования и их обсуждение.** 15 дневное внутримышечное введение фракции острого калькулёзного деструктивного холецистита (ОКДХ) формировало у кроликов (табл.1) алкалоз, так как рН с 7,3±0,013 усл. ед. возрастала до 7,7±0,01 усл. ед. (P<0,05). Одновременно рСО<sub>2</sub> с 44,3±1,9 мм рт.ст. возрастало до 50,0±1,1 мм рт.ст. (P<0,05), а рО<sub>2</sub>, наоборот, с 37,9±1,8 мм рт.ст. уменьшалось до 28,3±1,2 мм рт.ст. (P<0,05). Показатели ВЕ, ВЕ<sub>ecf</sub> и ВВ были соответственно снижены до 3,0±0,3 ммоль/л (P<0,01), 3,0±0,4 ммоль/л (P<0,01) и до 24,7±3,2 ммоль/л (P<0,001). Эта пептидная фракция не изменяла углекислотный буфер крови.

Таблица 1

Показатели КЩР в крови у кроликов после введения фракции ОКДХ

Показатели	Здоровые животные (контроль)	15 день после введения фракции ОКДХ
Ваго (мм рт.ст.)	694,1±1,11	693,2±1,1
рН (усл. ед.)	7,3±0,013	7,7±0,01*
рСО <sub>2</sub> (мм рт.ст.)	44,3±1,9	50,0±1,1*
ВЕ (ммоль/л)	3,9±0,1	3,0±0,3*
ВЕ <sub>ecf</sub> (ммоль/л)	3,4±0,1	3,0±0,4
ВВ(ммоль/л)	44,1±0,6	24,7±3,2*
-НСО <sub>3</sub> (ммоль/л)	22,0±0,7	22,3±0,7
рО <sub>2</sub> (мм рт.ст.)	37,9±1,8	28,3±1,2*

Примечание: \*P<0,05 при сравнении с показателями КЩР здоровых кроликов г. Бишкек.

На 15 день (табл. 2) внутримышечного введения фракции ОКДХ концентрация гемоглобина, по сравнению со здоровыми кроликами, составила в крови, взятой из *a.pulmonalis* 87,5±0,8 г/л (P<0,05), *v.pulmonalis* 78,1±1,11 г/л (P<0,05), *a.mesenterica* 83,3±0,3 г/л (P<0,05), *v.mesenterica* 83,0±1,1 (P<0,05) и сердца 83,4±3,1 г/л (P<0,05). Различными в этих сосудистых бассейнах были значения и гематокрита (табл. 2). Если гематокрит в крови, взятой из *a.pulmonalis*, составлял 30,2±0,3% (P<0,001), то этот показатель уменьшался с 45,1±1,0% (здоровые кроли-

ки) до 21,6±0,03% (P<0,001) в *v.pulmonalis*, до 27,2±0,5% (P<0,001) в *a.mesenterica*, до 25,2±0,5% (P<0,001) в *v.mesenterica* и до 23,2±0,01% (P<0,001) в сердце. В крови, взятой из этих сосудов, постоянно было снижено количество эритроцитов, колебавшееся в пределах от 2,07±0,02×10<sup>12</sup>/л до 2,97±0,9×10<sup>12</sup>/л (P<0,05). Эта анемия, развивающаяся на 15 день внутримышечного введения фракции ОКДХ, была гипохромной, так как в крови *v.pulmonalis* и *a.mesenterica* цветной показатель был равен всего лишь 0,7±0,09 усл. ед. (P<0,001).

Таблица 2

**Показатели периферической крови различных сосудов кроликов после 15-ти дневного внутримышечного введения фракции ОКДХ**

Показатели	Здоровые животные (контроль)	После введения фракции ОКДХ					
		<i>a.pulmonalis</i>	<i>v.pulmonalis</i>	<i>a.mesenterica</i>	<i>v.mesenterica</i>	Сердце	
Гемоглобин (г/л)	125,2±2,1	87,5±0,8*	78,1±1,11*	83,3±0,3*	83,0±1,1*	83,4±3,1*	
Эритроциты (×10 <sup>12</sup> /л)	4,8±0,007	2,07±0,02*	1±0,01*	2,7±0,02*	2,1±0,01*	2,97±0,9*	
Гематокрит (%)	45,1±1,0	30,2±0,3*	21,6±0,03*	27,2±0,5*	25,2±0,5*	23,2±0,01*	
ЦП (усл. ед.)	0,99±0,01	0,8±0,003*	0,7±0,009*	0,7±0,009*	0,7±0,09*	0,88±0,0*	
Лейкоциты (×10 <sup>9</sup> /л)	8,4±0,2	6,6±0,1*	6,6±0,1*	5,6±0,04*	6,4±0,2*	6,7±0,2*	
СОЭ (мм/ч)	4,8±0,7	3,9±0,1	4,7±0,3	5,0±0,2	5,8±0,6	4,1±0,4	
Лейкоформула (%)	П	1,25±0,1	1,34±0,01*	±0,01*	1,0±0,05*	1,1±0,0	1,2±0,1
	С	14,7±1,2	13,3±0,5*	2±0,3*	14,7±1,5*	15,2±0,2	14,7±1,0
	Э	1,7±0,5	1,8±0,06*	-	1,77±0,05*	-	1,7±0,5
	М	1,1±0,2	1,1±0,07*	0,7±0,03*	0,5±0,06*	0,7±0,03*	1,15±0,2*
	Л	34,0±0,2	80,2±0,6*	60,2±0,1*	50,1±0,6*	81,0±0,8*	87,0±0,5*

Примечание: \*P<0,05 при сравнении с показателями периферической крови здоровых животных г. Бишкек.

На 15 день внутримышечного введения в крови, взятой из этих сосудов, не было увеличено число лейкоцитов, наоборот, в крови *a.* и *v.pulmonalis* лейкоцитопения составляла 6,6±0,1×10<sup>9</sup>/л (P<0,05). В крови, взятой из *a.* и *v.mesenterica* и сердца, она соответственно была равна 5,6±0,04×10<sup>9</sup>/л (P<0,05), 6,4±0,2×10<sup>9</sup>/л (P<0,05) и 6,7±0,2×10<sup>9</sup>/л (P<0,05). Изменения СОЭ на 15 день внутримышечного введения этой фракции были не достоверными, также как

и недостоверными были изменения процентного содержания в лейкоформуле палочкоядерных (P>0,2), сегментоядерных (P>0,2) лейкоцитов и эозинофилов (P>0,2). Вместе с тем в крови, взятой из *v.pulmonalis*, *a.* и *v.mesenterica* уровень моноцитов был соответственно снижен до 0,7±0,03% (P<0,05), до 0,5±0,06% (P<0,05) и 0,7±0,03% (P<0,05). В крови, взятой из этих сосудов, было достоверно увеличено в лейкоформуле содержание лимфоцитов. Если в крови,



взятой из а., v.pulmonalis, v.mesenterica и сердца, лимфоцитоз колебался в пределах  $80,2 \pm 0,6\%$  –  $87,0 \pm 0,5\%$  ( $P < 0,001$ ), то в крови, взятой из a.mesenterica, количество лимфоцитов в лейкоформуле было увеличено всего лишь до  $50,1 \pm 0,6\%$  ( $P < 0,001$ ).

Заключение. Таким образом, внутримышечное введение специфического гуморального фактора, выделенного методом уксуснокислой экстракции, в крови, взятой из сердца а., v.pulmonalis и mesenterica, формировало гипоксемию, гиперкапнию и накопление в крови основных соединений.

#### Литература

1. Ашимов И.А. Эффективность экстренной комбинированной лапароскопии при острой пельвеоабдоминальной патологии. //Тилеков Э.А., Тойгонбаев А.Т. и др. //Мат. II съезда хирургов Кыргызстана. – Бишкек, 1995. – С. 33-34.
2. Юшкова Т.А. Коррекция тимогеном дисфункции иммунной системы при холецистите. / Юшков В.В. //Геронтологические аспекты пептидной регуляции функций организма. –СПб.: - Наука, 2002. – С.100-101.
3. Яковлева В.В. Влияние тимэктомии на динамику факторов естественного иммунитета. / Васильев Н.В. //Тимус и его влияние на организм. – Томск, 2002. – С. 221-225.
4. Яковлев Г.М. Резистентность, стресс, регуляция при патологии желчного пузыря. / Новиков В.С., Хавинсон В.Х. // - Л., - Наука. – 1990. – 238с.
5. Adarms I.D. Study of man during a 56-day exposure to an oxygen-helium atmosphere at 258mm.Hg total pressure. / Coukle I.P. //Major and minor atmospheric components. //Acrosp. med. – 1996. –Vol.5. – P. 555-560.
6. Adelson I.W. Chymodenin, a duodenal peptide: specific stimulation of chromotrypsin secretion. / Adelson I.W., Rotham S.S. // American J. of Physiology. – 1995. – 229. – P. 1680-1686.
7. Adrian T.E. Pancreatic polypeptide. //J. of clinical pathology. – 1990. – 33. – Suppl. 8. – P. 43-50.
8. Aita M. The peptides of the immuno-neuro-endocrine system. //Europ. J. Histochem. – 1990. – Vol. – P. 10-12.
9. Alvares-Buylla R. A study of the chemoreceptor activity in the carotid sinus. //XIX-th Intern. Congr. of physiol. – 1997. – Vol.11. – P.311-315.
10. Anisimov V.N. Carcinogenesis and ageing; Effects of low-molecular-weight factors of thymus, pineal gland and anterior hypothalamus on immunaty tumor incidence and span of СЕН/Sn mice. / Khavinson V.Kh., Morozov V.G. //Mech. Ageing. And Develop. – 2002. – Vol. 19. – P. 245-258.

## РОЛЬ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Кошукеева М.К., Черапкин Е.С., Рысбаева Н.К., Бабаева С.И., Мустафина Ф.С.  
*Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Кыргызско –  
Российский-Славянский Университет им.Б.Н. Ельцина,  
кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии*

**Резюме.** В задачи исследования входило изучение этиологической структуры гнойно-воспалительных заболеваний различной локализации и их антибиотикочувствительности. Представлены данные мониторинга, отражающие состояние антибиотикорезистентности условно-патогенных микроорганизмов, выделенных при гнойно-воспалительных заболеваниях. Показано значение постоянного мониторинга антибиотикорезистентности с обобщением методически корректных данных.

**Ключевые слова:** антибиотикорезистентность, условно-патогенные микроорганизмы, гнойно-воспалительные заболевания.

## THE ROLE OF BACTERIOLOGIC INVESTIGATIONS IN RATIONAL ANTIMICROBIAL CHEMOTHERAPY OF PYOGENIC-INFLAMMATORY DISEASES

**Summary.** The aim of research was included the study etiologic structure of the pyogenic-inflammatory diseases different etiology and their antibiotic susceptibility. It is introduced data of monitoring reflected the state commensal microorganism's antibiotic resistance in pyogenic-septic diseases of soft tissues. It is significant the role of permanent monitoring antibiotic resistance with generalization systemic correct data.

**Key words:** antibiotic resistance, commensal microorganisms, pyogenic-septic diseases.

**Корутунду.** Изилдөөнүн максатына: сезгенүү – ирин ооруларындагы ар жерде жайгашкан себептерин жана алардын антибиотикке болгон сезгенүүсүн изилдөө кирген. Текшерүүдө төмөнкүчө: сезгенүү – ирин ооруларында алынган, антибиотикке туруктуу абалын көрсөткөн убактылуу зыян микроорганизмдер берилген. Методикалык жактан туура белгилери менен толукталган, антибиотикке туруктуу болгон текшерүүнүн мааниси көрсөтүлгөн.

**Негизги создор:** антибиотикке туруктуулук, убактылуу зыян микроорганизмдер, сезгенүү – ирин оорулары.

Основной этиотропной антибактериальной терапии любого заболевания инфекционной природы служит информация о виде возбудителя и его чувствительности к химиотерапевтическим препаратам, полученная при бактериологическом исследовании патологического материала. К сожалению, возможность эффективного применения антибиотиков ограничивается устойчивостью микроорганизмов к большинству современных антимикробных средств, что связано в первую очередь, с их широким и бесконтрольным использованием [1].

Особенно актуальна эта проблема в Кыргызстане, где антибиотики продаются без рецепта

не только на всех рынках, но и в аптеках. Отсюда распространение фальсифицированных, некачественных препаратов, неконтролируемое массовое самолечение без соблюдения способов введения, кратности и сроков. Всё это ведет не только к снижению чувствительности, но и большому числу побочных действий и ненужным затратам [2].

Целью настоящего исследования явилось изучение этиологической структуры гнойно-воспалительных заболеваний различной локализации и их антибиотикочувствительности.

Качественная этиологическая диагностика гнойно-воспалительных заболеваний позволяет

эффективно проводить антибактериальную терапию. Известно, что после установления диагноза от адекватности антибактериальной терапии зависят и сроки выздоровления, и риск развития осложнений, и исход лечения. Правильно выбранный антибиотик в начале заболевания и своевременная коррекция антибактериальной терапии в динамике обеспечивают высокую эффективность и, что немаловажно, значительно снижают стоимость лечения.

Информация о структуре антибиотикорезистентности циркулирующих на определенной территории штаммов важна для разработки эффективных схем лечения.

Учитывая вышеизложенное, было проведено комплексное клинико-бактериологическое исследование больных с гнойно-воспалительными заболеваниями.

Материалы и методы. В работе использованы штаммы микроорганизмов, выделенные у стационарных больных с гнойно-воспалительными заболеваниями.

Материал для исследования - гной, раневое отделяемое забирали из глубины поражения стерильным ватным тампоном, который немедленно помещали в стерильную пробирку с 1,0 мл физиологического раствора. После гомогенизации проводили посев 0,1 мл исследуемого материала на селективные и дифференциально-диагностические среды: кровяной агар, желточно-солевой агар, среды Эндо, Сабуро. Чашки Петри с посевами помещали в термостат на 18-24 часа при температуре 37°C. Исследованию по оценке антибиотикорезистентности подлежали изолированные колонии с плотных питательных сред после первичного посева клиническо-

го образца. Параллельно проводилась идентификация культуры по общепринятым методикам [3, 4, 6].

Для приготовления инокулята использовали 18-20-ти часовую агаровую культуру исследуемого микроорганизма. Суспензию из агаровой культуры доводили до мутности стандарта 0,5 Mc Farland и разводили еще в 10 раз изотоническим раствором хлорида натрия (конечная концентрация 1–2х 10<sup>6</sup> кое/мл). Приготовленный таким образом инокулят наносили в количестве 2 мл на поверхность чашки Петри с питательной средой, равномерно распределяли по поверхности покачиванием и удаляли избыток жидкости пипеткой. Приоткрытые чашки подсушивали в течение 10-15 минут. Диски с соответствующими антибиотиками размещали на поверхности агара, выдерживая расстояние 15 мм от края чашки и не менее 30 мм между ними. После окончания инкубации чашки помещали кверху дном на темную матовую поверхность так, чтобы свет падал на них под углом в 45°C (учет в отраженном свете). Диаметр зон задержки роста с учетом диаметра самого диска измеряли с точностью до 1 мм. В качестве контрольного штамма использовали *Staphylococcus aureus* ATCC F – 49.

Для интерпретации полученных результатов использовали таблицы, в которых приведены пограничные значения зон ингибиции роста, позволяющие отнести исследуемую культуру микроорганизма к одной из трех категорий: «чувствительный», «промежуточный», «устойчивый» [5].

Результаты исследования и обсуждение. Изучение видового состава микроорганизмов, выделенных из гноя, представлены в таблице 1

Таблица 1

Виды возбудителей при гнойно-воспалительных заболеваниях

Контингент больных	Всего штам-мов	В том числе									
		S.aureus		S.epidermidis		E.coli		Klebsiella		P.aerugino-sa	
		Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Гнойно-септич. заболе. мягких тканей	930	245	26,3	183	19,6	217	23,3	88	9,4	197	21,1

От пациентов, которые нуждались в хирургической помощи, было изолировано 930 штаммов. Чаще других высеивались *S.aureus* – 245 (26,3%), *S.epidermidis* – 183 (19,6%). *E.coli* – 217 (23,3%), *P.aeruginosa* – 197 (21,1%), *Klebsiella* – 88 (9,4%). У больных с гнойно-воспалительными процессами закрытых полостей чаще выделялись

монокультуры, ассоциации бактерий встречались относительно редко (таблица 2). Так из 245 культур *S.aureus* изолировали в ассоциации от 9 (3,6%) больных: 3 штамма (33,3%) кишечных палочек, 2 штамма (22,2%) клебсиелл, 2 штамма (22,2%) синегнойной палочки, 2 штамма (22,2%) энтерококков 2 штамма (22,2%).

Таблица 2

Основные ассоциации микроорганизмов – возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний

Возбудители ГСЗ	Всего штаммов	Микроорганизмы, выделенные в ассоциации с основным возбудителем											
		<i>S.aureus</i>		<i>E.coli</i>		<i>Klebsiella</i>		<i>P.aeruginosa</i>		<i>Enterococcus</i>		Прочие	
		Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
<i>S.aureus</i>	9			3	33,3	2	22,2	2	22,2	2	22,2		
<i>E.coli</i>	23	6	26,0			3	13,0	7	30,4	4	17,3	3	13,0

Среди грамотрицательных бактерий выделялась кишечная палочка, которая в сочетании с другими микроорганизмами была выделена от 23 больных (11,7%), в том числе от 6 больных (26,6%) в комбинации с *S.aureus*, от 3 (13,7%) с клебсиеллами, от 7 (30,4%) с *P.aeruginosa*, от 4 (17,3%) с энтерококками, в остальных 3 случаях (13,0%) с прочими.

Знание этиологии гнойно-воспалительных заболеваний, вызванных условно-патогенными микроорганизмами необходимо для разработки тактики лечения. На практике быстрая микробиологическая диагностика и оценка антибиотикочувствительности микроорганизмов

возможны далеко не всегда. В таких ситуациях единственными ориентирами для выбора адекватной эмпирической терапии является информация об этиологической структуре гнойно-воспалительных заболеваний различной локализации и их антибиотикочувствительности.

Нами проанализированы резистентность стафилококков и эшерихий к цефалоспорином четвертого поколения (таблица 3), поскольку именно эти лекарственные средства наиболее часто применяются при терапии инфекций и по данным ряда исследователей назначаются каждому третьему пациенту [7].

Таблица 3

Резистентность микроорганизмов, выделенных от больных с гнойно-воспалительными заболеваниями

Поколение	Цефалоспорины	<i>S.aureus</i>	<i>E.coli</i>
I	Цефазолин	49,3±4,3	65,6±5,2
	Цефалотин	32,3±4,0	8,1±3,3
	Цефалексин	23,1±5,0	
II	Цефуросим	27,4±8,1	35,6±5,7
	Цефаклор	13,1±5,6	
	Цефамандол	12,5±4,4	
III	Цефотаксим	53,2±5,2	36,3±3,5
	Цефтазидим	15,3±5,8	37,5±1,5
	Цефтриаксон	10,5±5,0	29,8±4,4
IV	Цефипим	45,8±6,7	26,5±7,3

Как следует из таблицы 3 частота устойчивости микроорганизмов, выделенных от стационарных больных к цефалоспоридам не однозначна. Так, изученные штаммы стафилококков были чаще всего резистентны к действию цефазолина (49,3%), цефотаксиму (53,2%) и даже цефипиму (45,8%), относящемуся к четвертому поколению цефалоспоринов, что по-видимому, обусловлено длительностью периода применения данных препаратов в клинической практике.

Среди штаммов *E.coli* частота резистентности к цефалоспоридам II - III - IV поколений колебалась на уровне 32,5% за исключением цефаклора, цефамандола и цефалексина из первого поколения, к которым *E.coli* были чувствительны в 100% случаев.

Исходя из выше изложенного полученные нами результаты не могут считаться исчерпывающими и далеко не в полной мере отражают состояние резистентности микроорганизмов. Особенности видового состава возбудителей, выделяемых при гнойно-воспалительных заболеваниях, требуют различной тактики рациональной антибиотикотерапии, что возможно лишь при обязательном мониторинге антибиотикорезистентности микроорганизмов с обобщением методически корректных данных.

#### Выводы.

1. Анализ микробного пейзажа показал, что у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями преобладают условно-патогенные микроорганизмы.

2. За период наблюдения выявлена тенденция к увеличению резистентных штаммов в отношении большинства изученных антибиотических препаратов.

3. Показатели частоты выделения чувствительных штаммов нельзя использовать для обо-

снования применения их в эмпирической терапии гнойно-воспалительных заболеваний, когда более 20% среди них устойчивы к этим антибиотикам.

4. Для эффективной терапии гнойно-воспалительных заболеваний выбор антибиотиков для конкретных больных необходимо проводить только в соответствии с результатами бактериологического исследования.

#### Литература

1. Адамбеков Д.А., Мустафина Ф.С., Сабодуха М.А., Дуйшенов К.Д. Клинико-бактериологическое исследование при остеомиелите у детей. Сб.: Физиология, морфология и патология человека. Ежегодный сборник статей, посвященный 10-летию образованию мед.факультета КРСУ. 2004. Вып.4 С.227-232.

2. Концепция государственной политики по рациональному использованию антибактериальных средств в Кыргызской Республике. Бишкек, 2007. 9 с.

3. Основы инфекционного контроля. Практическое руководство. Под. ред. Е.А. Бурганской 1997 г. УП - 15.

4. Постановление № 35 МЗ КР от 9.07. 1998.

5. Сидоренко С.В., Колупаев В.Е. Антибиотикограмма: Диско-диффузионный метод. Интерпретация результатов. Издательство Арина. 1999.

6. Bergey S. Manual of sistematic bacteriologic. – Baltimore. 1984 – Vol – 1.

7. Stehen J., Mutnick A., Jones R.N. Assessment of pathogens and resistance patterns among intensive care unit (ICU) patients in North America initial report from the SENTRY antibiologic surveillance program (2001). Proceedings of the 42nd Intercience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy; 2002 Sep 27-30, San Diego, USA. P.89.

## ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ И ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Леонтьева Н.С., Ибрагимова Т.М., Ибрагимов А.А., Усепбаева С.К., Калиев Р.Р.  
*Национальный центр кардиологии и терапии имени академика Мирсаида Миррахимова,  
Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева, г. Бишкек*

**Резюме.** Для оценки взаимосвязи между снижением функции почек при хронической сердечной недостаточности (ХСН) с сохраняющимся синусовым ритмом (СР) и различными формами мерцательной аритмии (МА) был обследован 221 пациент с различными функциональными классами ХСН. Выявлено, что у пациентов с постоянной формой МА размеры левого предсердия и масса миокарда левого желудочка были значительно больше, чем у больных с сохраняющимся синусовым ритмом, что сопровождалось также более выраженным нарушением функционального состояния почек.

**Ключевые слова:** функция почек, хроническая сердечная недостаточность, мерцательная аритмия, левое предсердие, масса миокарда левого желудочка.

## ӨНӨКӨТ ЖҮРӨК КЕМТИГИ МЕНЕН ЖАБЫРКАГАН БЕЙТАПТАРДЫН МЕРЦАТЕЛДҮҮ АРИТМИЯСЫНЫН ЖАНА БӨЙРӨКТҮН КЫЗМАТЫНЫН НАЧАРЛАШЫНЫН ОРТОСУНДАГЫ ӨЗ АРА БАЙЛАНЫШЫ

Леонтьева Н.С., Ибрагимова Т.М., Ибрагимов А.А., Усепбаева С.К., Калиев Р.Р.

**Корутунду.** Мерцателдүү аритмиянын ар кандай формалары менен синустук ыргакты сактаган өнөкөт жүрөк кемтигинде бөйрөктүн кызматынын начарлашынын ортосундагы өз ара байланышка баа берүү үчүн өнөкөт жүрөк кемтигинин ар кандай түрлөрү менен жабыркаган 221 бейтап текшерүүдөн өткөрүлдү. Мунун натыйжасында, мерцателдүү аритмиядан жабыркаган бейтаптардын сол жүрөк алдынын көлөмү жана сол карынча миокардынын салмагы синустук ритм сакталган бөйрөк оорусу менен жабыркаган бейтаптардыкына караганда чогураак болору белгилүү болду.

**Негизги создор:** бөйрөктүн кызматы, өнөкөт жүрөк кемтиги, мерцателдүү аритмия, сол жүрөк алды, сол карынча миокардынын салмагы.

**Resume.** 221 patients with different functional classes of CHF were investigated for estimation of linkage between renal function reduction of patients with chronic heart failure (CHF) with conserved sinus rhythm (SR) and different atrial fibrillation forms. This study has investigated that the patients with constant form of atrial fibrillation have significant larger left auricular dimensions and left ventricular myocardial mass then the patients with conserved SR, which was accompanied by severe renal functional reduction.

**Key words:** renal function, chronic heart failure, atrial fibrillation, left auricular, left ventricular myocardial mass.

В последние годы медицина столкнулась с проблемой «двойной эпидемии» сердечной и почечной недостаточности. У ряда больных одновременно имеются проявления этих двух клинических состояний, что привело к появлению и внедрению понятия «кардиоренальный синдром» и повышенному вниманию к нему как кардиологов, так и нефрологов [1, 11].

Вовлечение почек при многих сердечно-сосудистых заболеваниях (ССЗ), артериальной гипертензии (АГ), ХСН, исходно не считающимися нефропатиями, делает необходимой разработку унифицированных подходов к ведению пациентов с хронической почечной недостаточностью (ХПН), особенно в плане раннего предупреждения и лечения ее осложнений [1].

Снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) рассматривают в качестве маркера неблагоприятного исхода ССЗ, что вполне соответствует утвердившейся концепции кардиоренальных взаимоотношений [1].

Известно, что неблагоприятный прогноз пациентов с ХСН определяет мерцательная аритмия. Распространенность МА у больных с ХСН колеблется от 4% при I функциональном классе (ФК) до 50% при IV ФК [2].

Взаимовлияние МА и функционального состояния почек при ХСН описано недостаточно.

Целью нашего исследования явилось изучить связь между снижением функции почек у больных с хронической сердечной недостаточностью с сохраняющимся СР и различными формами мерцательной аритмии.

Материалы и методы исследования. Нами обследован 221 пациент (144 мужчины, 77 женщин) с хронической сердечной недостаточностью II – IV ФК, в возрасте от 34 до 91 года (средний возраст 62,7±10,3 лет). ХСН диагностировали и оценивали согласно Национальным Рекомендациям ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (второй пересмотр, 2006г) [3]. Все больные находились на стационарном лечении в отделениях нарушений ритма сердца и острого инфаркта миокарда Национального Центра кардиологии и терапии и получали стандартную терапию.

У всех больных была взята кровь из локтевой вены для определения креатинина сыворотки крови. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывалась по формуле Cockcroft-Gault [4]:

$$СКФ = [(140 - \text{возраст (годы)}) \times \text{масса тела (кг)}$$

$\times 88] / [\text{креатинин (мкмоль/л)} \times 72]$ , для женщин полученный результат умножался на 0,85.

Всем пациентам выполнены следующие инструментальные обследования: электрокардиографическое и эхокардиографическое (ЭХОКГ) исследование.

При ЭХОКГ определяли показатели: переднезадний размер левого предсердия (ПЗРЛП), конечно-систолический размер (КСР), конечно-диастолический размер (КДР) левого желудочка (ЛЖ), фракцию выброса (ФВ), толщину задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ) и межжелудочковой перегородки (МЖП). Массу миокарда (ММ) ЛЖ вычисляли по формуле:

$$ММ = [1,04 \times (КДР + МЖП + ЗСЛЖ)^3 - (КДР)^3] + 13,6.$$

Определяли индекс массы миокарда левого желудочка (ИММ ЛЖ) как отношение ММ к площади поверхности тела.

Систолическую дисфункцию диагностировали при ФВ менее 50%.

Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программы STATISTICA 8 и пакета стандартных статистических программ. Достоверность различий определяли с помощью парного t-критерия Стьюдента. Изучение взаимосвязи между показателями проводилось с помощью корреляционного анализа с вычислением коэффициента корреляции r. Различия считались достоверными при  $p < 0,05$ .

Результаты и их обсуждение. Среди обследованных нами больных причиной ХСН у 13 (5,9%) человек была артериальная гипертензия, у 36 (16,3%) – коронарная болезнь сердца (КБС), у 172 (77,8%) – их сочетание (табл. 1).

Таблица 1

Причины ХСН у обследованных больных

Причина ХСН	Число больных	
	абс.	%
АГ	13	5,9
КБС	36	16,3
Сочетание АГ и КБС	172	77,8

В зависимости от наличия и формы МА все больные были разделены на три группы:

- в группу А вошли 143 пациентов с сохраняющимся синусовым ритмом,
- в группу В – 35 человек с пароксизмальной формой МА,
- и в группу С – 43 больных с постоянной формой МА.

Размеры левого предсердия (ЛП) и показатели систолической функции левого желудочка (ЛЖ) у обследованных больных отражены в табл. 2.

Как видно из данных, приведенных в табли-

це 2, у больных ХСН с постоянной формой МА отмечался значительно больший размер ЛП по сравнению с пациентами с сохраняющимся СР и пароксизмальной формой МА (4,14±0,54 см против 3,73±0,47 и 3,76±0,58 соответственно,  $p < 0,005$ ). Известно, что к факторам, предрасполагающим к развитию МА, относят увеличение и изменение миокарда левого предсердия (ЛП) [2, 5]. В исследованиях Tsang T. et al. (2002) указано, что увеличение ЛП нередко наблюдается при диастолической дисфункции ЛЖ [6], которая лежит в основе ХСН у большинства больных [2, 7]. Позднее Ananthapanyasut W. et al. (2010) [2,

Таблица 2

Размеры левого предсердия и показатели систолической функции ЛЖ у больных ХСН

Показатели	Группы больных			P <sub>A-B</sub> <	P <sub>A-C</sub> <	P <sub>B-C</sub> <
	Группа А. n= 143	Группа В. N=35	Группа С n=43			
ЛП, см	3,65±0,43	3,76±0,58	4,14±0,55	н/д	0,00 1	0,00 5
КСР, см	3,89±0,75	3,82±0,82	4,19±0,87	н/д	0,03	н/д
КДР, см	5,53±0,58	5,32±0,63	5,65±0,65	0,05	н/д	0,03
ММ ЛЖ, г	289,59±75,62	265,09±70,67	306,59±83,82	н/д	н/д	0,03
ИММ ЛЖ, г/м <sup>2</sup>	153,87±40,45	143,95±39,41	167,97±48,26	н/д	0,05	0,02

8] показали, что независимыми предикторами фибрилляции предсердий оказались также низкое систолическое АД и наличие ХСН.

Известно, что наиболее характерным признаком ХСН, обусловленной КБС, является дилатация полости ЛЖ. Увеличение объема полости ЛЖ и снижение ФВ сопряжены с повышенным риском развития ХСН и смерти [9]. Следовательно, размеры ЛЖ можно рассматривать как мощный независимый предиктор развития ХСН и выживания больных с КБС. Как видно из данных, приведенных в табл. 2, у больных группы С отмечались значительно большие размеры полости ЛЖ как в период систолы (4,19±0,87см, против 3,89±0,75см, p<0,03), так и диастолы (5,65±0,65см против 5,53±0,58см, н/д), что подчеркивает тяжесть состояния больных с постоянной формой МА.

У больных группы С значения ИММ ЛЖ оказались достоверно большими, чем у больных группы А (табл.2). Увеличение встречаемости гипертрофии сердечной мышцы при ХСН рассматривается как проявление компенсаторных процессов [9, 14].

Анализируя сократительную способность миокарда (табл. 3) нами отмечено, что у больных с постоянной формой МА она была значительно хуже, чем у пациентов с сохраняющимся СР и пароксизмальной формой МА (47,19±12,55 против 54,43±12,03 и 56,31±9,5 соответственно, p<0,0007).

Частота встречаемости тяжелой сердечной недостаточности (ФВ < 50%) отмечалась у 74 пациентов, при этом она выявлялась чаще у больных ХСН с постоянной формой МА - 46,5% случаев против 32,9% у пациентов с сохраняющимся СР, хотя различия были недостоверны (табл. 3).

Таблица 3

Фракция выброса и частота встречаемости тяжелой ХСН у обследованных больных

Показатель и	Группы больных			P <sub>A-B</sub> <	P <sub>A-C</sub> <	P <sub>B-C</sub> <
	Группа А, n=143	Группа В, N=35	Группа С, n=43			
ФВ, %	54,43±12,03	56,31±9,5	47,19±12,55	н/д	0,001	0,00 1
ФВ < 50%	47 (32,9%)	7 (20%)	20 (46,5%)	н/д	н/д	н/д

Определение ФВ ЛЖ имеет важное клиническое значение, поскольку позволяет разделить больных с ХСН на две большие группы – больные с систолической дисфункцией ЛЖ (ФВ ЛЖ меньше 50%) и больные с сохраненной систолической функцией ЛЖ, подходы к лечению которых принципиально различны [9].

Для оценки влияния фильтрационной функции почек на развитие МА у больных ХСН нами были

проанализированы показатели СКФ, отраженные в табл. 4. У всех обследованных нами больных СКФ составила в среднем 70,68 ± 29,79 мл/мин, при этом у 95 (43,0%) больных она была < 60 мл/мин. Далее нами показатели СКФ сравнивались в зависимости от наличия и отсутствия МА (табл. 4). Как показано в таблице 4, у больных с постоянной формой МА показатели СКФ были значительно ниже, чем у пациентов с СР (57,98±28,38 мл/мин против 76,05±29,41 мл/мин, p< 0,0010).



Таблица 4

## Показатели СКФ у больных ХСН

Показатели	Группы больных			P <sub>AB</sub> <	P <sub>AC</sub> <	P <sub>BC</sub> <
	Группа А, n=143	Группа В, N=35	Группа С, n=43			
СКФ, мл/мин	76,05±29,4	64,38±27,7	57,98±28,3	0,04	0,00	н/д
	1	6	8		1	

В исследовании POSH (2006) показано, что фибрилляция предсердий у больных с ХСН относится к независимым предикторам повышения концентрации креатинина в сыворотке крови за время госпитализации [10, 11]. Позднее в работах Шутова А. М. и соавт. (2009) выявлена взаимосвязь между снижением фильтрационной функции почек и формированием предрасположенности к фибрилляции предсердий [2]. Ими показано, что вероятность наличия фибрилляции предсердий увеличивалась по мере снижения СКФ, что также было сопряжено с большим диаметром ЛП и большей частотой митральной регургитации.

Результатом исследования PRIME II является утверждение, что СКФ является независимым предиктором общей и сердечнососудистой смертности, даже более сильным, чем функциональный класс сердечной недостаточности и ФВ ЛЖ [12, 13].

Таким образом, на основании вышеизложенного нами сделаны следующие **выводы**:

1. у больных с ХСН и постоянной формой мерцательной аритмией в отличие от пациентов с сохраняющимся синусовым ритмом увеличены размеры левого предсердия;

2. мерцательная аритмия при ХСН связана с более выраженным ухудшением функционального состояния почек – снижением СКФ.

#### Литература

1. Мухин Н.А., Моисеев В.С., Кобалава Ж.Д. и др. Кардиоренальные взаимодействия: клиническое значение и роль в патогенезе заболеваний сердечно-сосудистой системы и почек// Тер. архив 2004; 6: 39-46.

2. Шутов А.М., Серов В.А., Курзина Е.В., Гердт А.М., Серова Д.В. Хроническая болезнь почек и фибрилляция предсердий у больных с хронической сердечной недостаточностью// Тер. архив 2009; 12: 23-26.

3. Национальные Рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (второй пересмотр)/ Сердечная недостаточность 2007; 1: 4-41.

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

5. Genovesi S., Pogliani D., Faini A. et al. Prevalence of atrial fibrillation and associated

factors in a population of long-term hemodialysis patients// Am. J. Kidney Dis. 2005; 46 (5): 897-902.

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

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

8. Ananthapanyasut W., Napan S., Rudolph E.H. et al. Prevalence of atrial fibrillation and its predictors in nondialysis patients with chronic kidney disease// Clin. J. Am. Soc. Nephrol. 2010; 5 (2): 173-181.

9. Сумароков А.В., Моисеев В.С. Клиническая кардиология. М., «Универсум Паблишинг». 1995. 239

10. Cowie M.R., Komajda M., Murray-Thomas T. et al. Prevalence and impact of worsening renal function in patients hospitalized with decompensated heart failure: results of the prospective outcomes study in heart failure (POSH)/ Eur. Heart J. 2006; Vol. 27 (10). P. 1216-1222.

11. Гендлин Г.Е., Резник У.В., Сторожаков Г.И., Мелехов А.В., Ускова О.В., Федоровская Т.В. Взаимосвязь фибрилляции предсердий и дисфункции почек у больных с хронической сердечной недостаточностью// Нефрология и диализ 2010; 4: 255-262.

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

13. Hampton G.R., van Veldhuisen D.G., Kleber F.X. et al. Randomized Study of effect of Ibuprofen on survival in patients with advanced severe heart failure. Second Prospective Randomized Study of Ibuprofen on Mortality and Efficacy (PRIME II) Investigators// Lancet 1997; Vol. 349 (9057). P. 971-977.

14. Hillege H.L., Girbes A.R., de Kam P.G. et al. Renal function, neurohormonal activation, and survival in patients with chronic heart failure// Circulation 2000; Vol. 102 (2). P. 203-10.

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В КЫРГЫЗСТАНЕ

Орунбаева Д.А., Райымжан кызы Майрам, Жапабидин кызы Гульдар, Аттокурова Р.М.,  
Сатаров Н.А., Молдобаева М.С., Жалилова Б.С.

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом эндокринологии КГМА им. И.К.  
Ахунбаева, г. Бишкек*

**Резюме.** Изучено качество жизни у 36 больных сахарным диабетом 2 типа с применением лицензионного опросника SF-36v2™ на кыргызском языке, который проходит языковую и культурную адаптацию. Исходя из результатов исследования, показатели качества жизни пациентов с СД 2 типа существенно снижены по сравнению контрольной группой по всем шкалам опросника КЖ SF-36v2™ на кыргызском языке. Кыргызский вариант опросника SF-36v2™ впервые использован среди пациентов и здоровых людей кыргызской национальности и обладает хорошими показателями надежности и требует дальнейших этапов валидации.

**Ключевые слова:** качество жизни, сахарный диабет, SF-36v2tm

## КЫРГЫЗСТАНДАГЫ КАНТ ДИАБЕТИ 2 ТИП МЕНЕН ООРУГАН АДАМДАРДЫН ЖАШОО САПАТЫ

Орунбаева Д.А., Райымжан кызы Майрам, Жапабидин кызы Гульдар, Аттокурова Р.М.,  
Сатаров Н.А., Молдобаева М.С., Жалилова Б.С.

**Корутунду.** 2 тип кант диабети менен ооруган 36 адамдардын жашоо сапаты кыргыз тилиндеги азыркы убакта тилдик жана маданияттык адаптация өтүп жаткан SF-36v2™ сурамжылоо аспабы аркылуу изилдөөгө алынды. Натыйжада, 2 тип кант диабети менен ооруган адамдардын жашоо сапаты баардык параметрлер боюнча контролдук топ менен салыштырмалуу кескин төмөн болуп чыкты. SF-36v2™ сурамжылоо аспабы кыргыз улутундагы 2 типтеги кант диабети менен ооруган бейтаптардын жана дени сак адамдардын арасында биринчи жолу өткөрүлдү жана жакшы ишенимдүүлүк көрсөткүчтөрүнө ээ болду жана кийинки валидация этаптарына изилдөөгө алынышы керек.

**Негизги создор:** жашоо сапаты, кант диабети, SF-36v2tm

## QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2 IN KYRGYZSTAN

Orunbaeva D.A., Raimjan Kyzy Mairam, Janabidin kyzy Guldar,  
Attokurova R. M., Isabaeva D.I., Satarov N.A.,  
Moldobaeva M.S., Jalilova B.C.

**Resume.** Quality of life parameters in 36 patients with diabetes mellitus type 2 was studied using licensed questionnaire SF-36v2™ in Kyrgyz language, which is being underwent linguistically and cultural adaptation. Results have shown, that parameters of QOL in patients with diabetes mellitus type 2 are severe impaired than in control group as physical component as psychological component. Kyrgyz version of questionnaire SF-36v2™ was used among Kyrgyz speaking patients and healthy people and have good indicators of consistency and need next steps of validation.

**Key words:** Quality of life, diabetes mellitus, SF-36v2™

**Актуальность исследования.** В оценке эффективности медицинской помощи необходимо использовать концепцию качества жизни (КЖ) [1].

По определению Межнационального центра исследования качества жизни (МЦИКЖ, Санкт-Петербург), КЖ – это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования здорового или больного человека, основанная на его субъективном восприятии [2].

Приоритетными признаны и научные исследования, проводимые при помощи универсальных инструментов, отвечающих требованиям социальных региональных и языковых различий [3].

В Кыргызстане оценка КЖ в различных областях здравоохранения становится важным компонентом научных исследований. В настоящее время проведены ряд выборочных исследований по изучению КЖ больных с различной патологией, при которых применены не только стандартные общие опросники КЖ, но и специальные опросники.

В Кыргызстане нет адаптированного опросника качества жизни на кыргызском языке.

Диабет не входит в список предотвратимых причин смерти населения, при этом он характеризуется широкой распространенностью, ранней инвалидизацией и смертностью, дает осложнения, затрагивающие практически все органы и системы человека, заметно снижает качество жизни больных [4].

**Цель исследования.** Оценка качества жизни у больных сахарным диабетом 2 типа при помощи общего опросника SF36v2tm: путем языковой и культурной адаптации и валидации на кыргызском языке.

**Материалы и методы исследования.** В исследование были включены 36 больных сахарным СД 2 типа, находившихся на стационарном лечении в отделении эндокринологии Национального госпиталя МЗ КР. Контрольная группа представлена 32 респондентами городского населения от 40 до 88 лет г. Бишкек.

Для изучения показателей качества жизни нами использовался лицензионный опросник SF-36v2™, проходящий в настоящее время языковую и культурную адаптацию и валидацию на кыргызском языке. Языковой перевод и культурная адаптация SF36v2tm проведена сотрудниками кафедры пропедевтики внутренних болезней с курсом эндокринологии с разрешения и при непосредственном участии QM Incorporated

(США). Прямой перевод производился 2 лицами носителями кыргызского языка (переводчиком и врачом-специалистом). Работая независимо, переводчиками были созданы две первоначальных кыргызских версии SF36v2tm. Оба переводчика были проинструктированы, как описано в протоколе QM о создании концептуального, а не буквального перевода с тем, чтобы опросник был понятен лицам с 14 летнего возраста. Путем обсуждения рабочей группы сотрудниками кафедры была создана единая версия первоначального опросника на основе консенсуса. Для пунктов, которые были лингвистически или культурно проблематичными, команда выбрала самые приемлемые варианты.

При проведении языковой и культурной адаптации опросника были трудности при нахождении эквивалента, например, средней физической нагрузки – игра по английской версии - боулинг. В русском варианте был использован вариант сбора - грибов[6]. В нашем варианте были предложены игра в «ордо» и «подметание дома». Эта замена была одобрена кампанией QM Incorporated (США).

При валидации опросника проведена оценка надежности кыргызского варианта опросника КЖ SF-36v2™. Среднее значение  $\alpha$ -коэффициента Кронбаха по всем шкалам опросника составляет 0,78.

36 пунктов опросника SF-36v2™ сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование (ФФ), ролевое физическое функционирование (РФФ), телесная боль (Б), общее здоровье (ОЗ), жизнеспособность (Ж), социальное функционирование (СФ), ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ) и психическое здоровье (ПЗ)[5].

У всех больных сахарным диабетом 2 типа исследовано содержание сахара крови портативным глюкометром Cleverchek (Тайвань). Статистическая обработка материала проводилась с использованием специального лицензионного авторского пакета статистических программ Scoring Software 2.0, а также Excel 5.0. Результаты считались достоверными при уровне  $p < 0,001$ .

**Результаты.** У пациентов с СД 2 типа отмечено значительное снижение показателей качества жизни по всем шкалам опросника SF-36v2™ на кыргызском языке (Таб. 1). Снижение в показателях КЖ связаны как с физическим, так

и психологическим функционированием.

Средние значения показателей КЖ больных СД 2 типа для 8 шкал опросника SF-36v2™ ко-

леблются от 49,11±17,85 (шкала физического функционирования) до 65,63±20,31 (шкала социального функционирования) (таб.1).

Таблица 1

Средние значения показателей качества жизни больных СД 2 типа и в контрольной группе

Шкалы опросника SF-36v2™	Больные СД2 (n=30)	Стандартное отклонение	Контрольная группа(n=32)	Стандартное отклонение	p
ФФ	49,11	17,85	87,01	15,01	p<0,01
РФФ	50,45	22,04	76,61	23,22	p<0,01
Б	50,04	19,29	73,71	25,05	p<0,01
ОЗ	40,86	17,79	66,81	21,61	p<0,01
Ж	52,90	17,47	64,92	16,11	p<0,01
СФ	65,63	20,31	80,65	20,11	p<0,01
РЭФ	57,14	21,00	80,65	20,9	p<0,01
ПЗ	62,14	17,92	66,94	20,07	p<0,01

Показатели качества жизни больных СД 2 типа в сравнении с контрольной группой оказались снижены в среднем на 27,77%, и варьируют от 7,17% (ПЗ) до 49,11% (ФФ). Наибольшее снижение пока-

зателей КЖ у больных СД 2 типа, кроме показателя ФФ, выявлены по шкалам РФФ (на 53,65%), ОЗ (на 38,85%), боли (на 32,12%), т.е. всех параметров физического компонента здоровья ( Рис. 1).

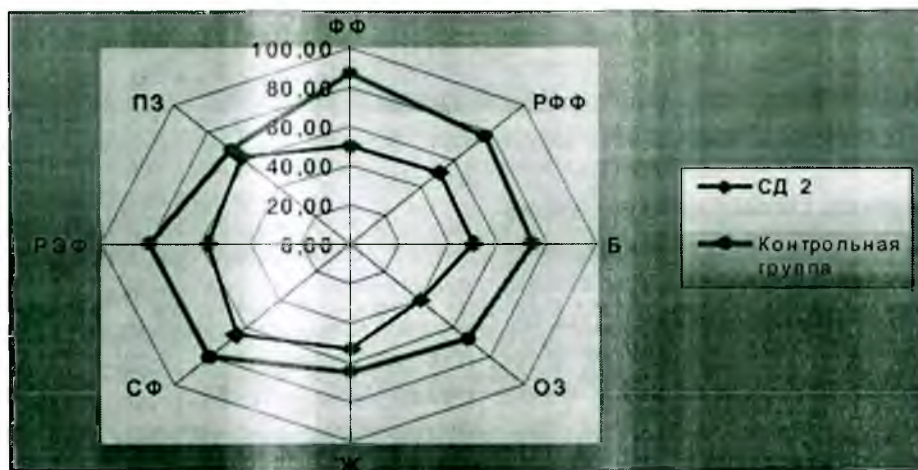


Рис.1 Профиль качества жизни у больных СД 2 типа и в контрольной группе.

Показатели психического компонента здоровья также были снижены по сравнению с контрольной группой, в среднем на 18,36 %. Наибольшее снижение было отмечено по шкале РЭФ (29,15%). Такие шкалы как СФ и Ж также были достоверно снижены на 18,63% и на 18,15% в сравнении с контрольной группой (p<0,01) (Рис 2).

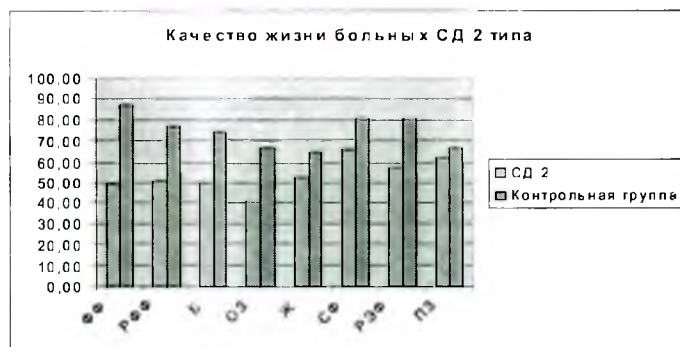


Рис.2. Качество жизни у больных СД 2 типа и в контрольной группе.

При анализе ответов выявлено, что снижение КЖ у больных с СД 2 типа было обусловлено затруднениями в выполнении умеренных и тяжелых нагрузок, подъеме по лестнице, ходьбе на различные дистанции, при наклонах и приседаниях на колени. Респонденты достоверно чаще оценивали свое здоровье как плохое и считали себя более склонными к болезням. Таким образом, снижение качества жизни было связано, в наибольшей степени, со снижением переносимости физических нагрузок.

**Заключение.** Таким образом, исходя из результатов исследования, показатели качества жизни у пациентов с СД 2 типа существенно снижены по сравнению с контрольной группой по всем шкалам опросника КЖ SF-36v2™.

При сравнении снижения показателей психического и физического компонента КЖ с такими показателями в контрольной группе, снижение физического компонента было более выражено (37,18%), чем психический компонент КЖ (33,62%) ( $p < 0,01$ ).

На наш взгляд, адаптированный нами кыргызский вариант опросника SF-36v2™ является первым опросником качества жизни на кыргызском языке, обладает достоверными показателя-

ми, надежен и нами планируется продолжить этапы валидации.

#### Литература

1. Новик А.А., Ионова Т.И., Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание/под ред. акад.РАМН Шевченко Ю.Л. 2007 г.

2. Новик А.А., Ионова Т.И., Руководство по исследованию качества жизни в медицине. Учебное пособие для ВУЗов/ под ред. акад.РАМН Шевченко Ю.Л. 2004 С.12.

3. Новик А.А., Ионова Т.И., Руководство по исследованию качества жизни в медицине. Учебное пособие для ВУЗов/ под ред. акад.РАМН Шевченко Ю.Л. 2004 С.53.

4. Мирошникова Ю.В. Предотвратимые потери здоровья населения при диабете. Автореферат диссертации на соискание ученой степени канд. мед. наук, Москва, 2008

5. Ware J.E., M.Bjorner, J.B. Turner-Bowker, D.M. Gandek, B., & Mariush, M.E. (2007). User's manual for the SF-36v2™-2007.-С.36-46.

6. Новик А.А., Ионова Т.И., Руководство по исследованию качества жизни в медицине. Учебное пособие для ВУЗов/ под ред. акад. РАМН Шевченко Ю.Л. 2004 С.53.

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Абдиллаева А.А., Адил кызы Айгуль, Аттокурова Р.М., Сатаров Н.А., Молдобаева М.С., Шаршеналиева Г.К.

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом эндокринологии КГМА им. Ахунбаева И.К., г. Бишкек*

**Резюме.** Изучено качество жизни у 32 больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки с применением лицензионного опросника SF-36v2™. Выявлено, что показатели качества жизни пациентов с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки существенно снижены по сравнению контрольной группой по всем шкалам опросника КЖ SF-36v2™.

Пациенты, находящиеся на стационарном лечении с ЯБЖ и ДПК имеют достаточный комплайнс заполнения опросников качества жизни SF-36v2™.

В практических целях опросник качества жизни SF-36v2™ можно внедрить для оценки изменений в самочувствии пациента во время лечения, что является одной из индикаторов оказания качества медицинской помощи.

**Ключевые слова:** качество жизни, SF-36v2™, язвенная болезнь.

## КЫРГЫЗСТАНДАГЫ АШКАЗАН ЖАНА 12-ЭЛИ ИЧЕГИ ЖАРАЛАРЫ МЕНЕН ООРУГАН АДАМДАРДЫН ЖАШОО САПАТЫН БААЛОО

Абдиллаева А.А., Адил кызы Айгуль, Аттокурова Р.М., Сатаров Н.А., Молдобаева М.С., Шаршеналиева Г.К.

**Корутунду.** Ашказан жана 12-эли ичеги жаралары менен ооруган 32 адамдардын жашоо сапаты SF-36v2™ сурамжылоо аспабы аркылуу изилдиги алынды. Натыйжада, ашказан жана 12-эли ичеги жаралары менен ооруган адамдардын жашоо сапаты баардык параметрлер боюнча контролдук топко салыштырмалуу кескин түмүн болуп чыкты. Ооруканада даарыланып жаткан ашказан жана 12-эли ичеги жаралары менен ооруган пациенттер SF-36v2™ сурамжылоо аспабын түшүнүү менен кабыл алышты. SF-36v2™ сурамжылоо аспабын ашказан жана 12-эли ичеги жаралары менен ооруган пациенттерге оорукананын шартында оорулардын абалын көзөмөлдөөгө колдонууга сунуш берилди.

**Өзөктүү создор:** жашоо сапаты, ашказан жана 12-эли ичеги жара оорусу, SF-36v2™.

## QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH GASTRIC AND DUODENUM ULCER IN KYRGYZSTAN

Abdillaeva A.A., Adil k. Aigul., Attokurova R. M., Satarov N.A., Moldobaeva M.S., Sharshenaliyeva G.K.

Quality of life parameters in 32 patients with gastric and duodenum ulcer was studied using licensed questionnaire SF-36v2™. Results have shown, that parameters of QOL in patients with gastric and duodenum ulcer are severe impaired than in control group. The patients in hospitals with gastric and duodenum ulcer willingly work with SF-36v2™, the general questionnaires of quality of life. The questionnaire of quality of life SF-36v2™ can be introduced in the practical purposes in process of tracing the change in state of patients during treatment.

**Key words:** Quality of life, gastric and duodenum ulcer, SF-36v2™.

**Актуальность исследования.** Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК) представляют собой социально значимые хронические заболевания. При регулярных обострениях больной утрачивает способность к полноценной работе, болевой и диспепсический синдромы, невротизация, примерно в течение 3-4 недель, а затем долгое время пребывание в астеноипохондрическом или астеновегетативном синдроме ухудшают качества жизни [1].

Для оценки эффективности оказания медицинской помощи рекомендуется использовать концепцию качества жизни (КЖ), так как он отражает субъективные и объективные изменения состояния больных [2].

По определению Межнационального центра исследования качества жизни (МЦИКЖ, Санкт-Петербург), КЖ – это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования здорового или больного человека, основанная на его субъективном восприятии [3].

Опросники качества жизни являются инструментами, используя которые врач может следить за динамикой течения заболевания у пациента и на проводимую терапию [4].

**Цель исследования.** Оценка качества жизни у больных ЯБЖ и ДПК при помощи опросника SF-36v2™.

**Материалы и методы исследования.** В исследование были включены 32 больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, проходившие стационарное лечение в отделении гастроэнтерологии Национального госпиталя МЗ КР г. Бишкек, в возрасте от 17 до 81 лет, из них 16 мужчин (50%) и 16 женщин (50%). Длительность заболевания составило от 2 до 5 лет у 9 больных (28%), от 6 до 15 лет у 6 больных (12%) и более 15 лет у 4 больных (12%), заболевание впервые выявлено у 13 больных (40%). У 15 больных язва локализовалась в желудке, у 15 больных - в 12-перстной кишке. У двух больных имело место двойная локализация язвы. У всех 32 больных диагноз язвенной болезни был подтвержден клиническими исследованиями и

ЭГДС.

Контрольная группа представлена 32 респондентами от 40 до 88 лет г. Бишкек.

Для изучения показателей качества жизни нами использовался лицензионный опросник SF-36v2™, разработанный J. Ware и соавторами в 1993 году. Он содержит 36 вопросов, сгруппированных в 8 доменов: «физическая активность» (ФФ), «роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности» (РФФ), «физическая боль» (Б), «общее восприятие здоровья» (ОЗ), «жизнеспособность» (Ж), «социальная активность» (СФ), «роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности» (РЭФ), «психическое здоровье» (ПЗ). Опросник SF-36v2™ позволяет получить количественную характеристику КЖ по указанным критериям. Подсчет баллов производится с помощью лицензионного программного обеспечения. Показатели могут колебаться от 0 до 100, при этом 100 является лучшим из возможных значений [5].

Статистическая обработка материала проводилась с использованием специального лицензионного авторского пакета статистических программ Scoring Software 2.0, а также Excel 5.0. Результаты считались достоверными при уровне  $p < 0,01$ .

**Результаты и обсуждение.** Результаты исследования показали, что параметры КЖ с ЯБЖ и ДПК снижены по сравнению с показателями КЖ в контрольной группе. Снижения в показателях КЖ связаны как с физическим, так и психическим функционированием. Средние значения показателей КЖ больных с ЯБЖ и ДПК для 8 шкал опросника SF-36v2™ колеблются от  $78,87 \pm 22,39$  (шкала жизнеспособности) до  $44,90 \pm 23,66$  (шкала боли) (табл. 1).

Показатели качества жизни больных в сравнении с контрольной группой оказались снижены в среднем на 28,79 %, и варьируют от 47,19% (шкала боли -44,90) до 12,40% (ФФ- 78,87). Наибольшее снижение показателей КЖ у больных с ЯБЖ и ДПК, кроме показателя Б, выявлены по шкалам РФФ (на 39,77 %), Ж (на 49,46 %), РЭФ (на 35,79 %) (табл. 1).

Таблица 1  
Средние значения показателей КЖ больных с ЯБЖ и ДПК и контрольной группы

	Больные (n=32)	Стандартное отклонение	Контрольная группа (n=32)	Стандартное отклонение	P
ФФ	78,87	22,39	90,03	17,69	P<0,01
РФФ	51,14	25,85	84,91	18,11	P<0,01
Б	44,90	23,66	85,03	20,17	P<0,01
ОЗ	57,85	17,92	74,72	19,94	P<0,01
Ж	49,46	23,96	71,77	20,43	P<0,01
СФ	66,13	23,09	84,48	22,57	P<0,01
РЭФ	52,96	32,17	82,47	20,09	P<0,01
ПЗ	60,00	15,42	74,83	21,44	p<0,01

Показатели по шкалам как ОЗ, СФ и ПЗ также были достоверно снижены на 22,58%, 21,72% и на 19,82% соответственно в сравнении с контрольной группой (p<0,01) (рис. 1).

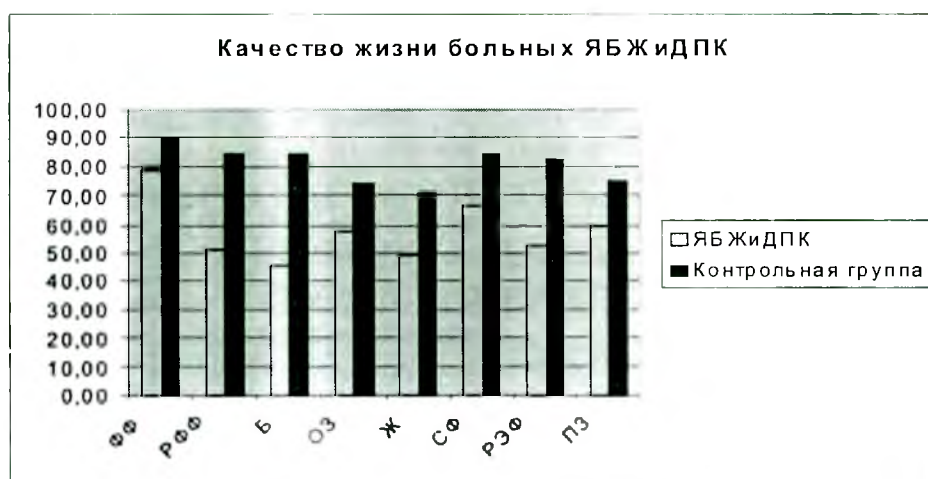


рис.1. Показатели КЖ больных с ЯБЖ и ДПК и контрольной группы.

Если сравнить снижения показатели психического и физического компонента КЖ у больных ЯБ с таковыми же показателями в контрольной группе, то выявлено, что снижение физического компонента у больных ЯБЖ и ДПК больше (37,17%), чем психический компонент КЖ (18,36%) (p<0,01) (рис. 2).

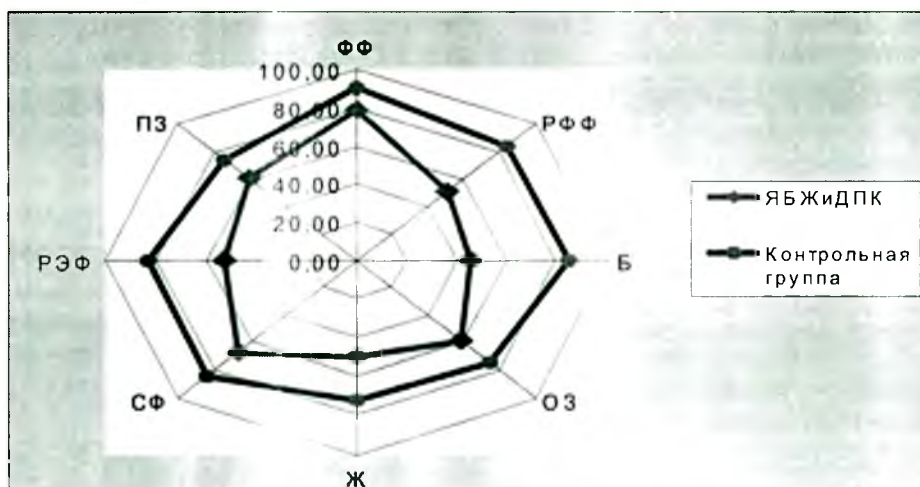


Рис. 2. Профиль КЖ больных с ЯБЖ и ДПК в сравнении с контрольной группой.



**Заключение.** Исходя из результатов исследования, показатели качества жизни у пациентов с ЯБЖ и ДПК существенно снижены по сравнению с контрольной группой по всем шкалам опросника КЖ SF-36v2™.

При сравнении показателей психического и физического компонента КЖ у больных ЯБЖ и ДПК с таковыми же показателями в контрольной группы, выявлено, что снижение физического компонента у больных ЯБ больше (37,18%), чем психического компонента КЖ до 33,62%, причем наибольшее снижение отмечено по шкале боли, а также шкалам РФФ (на 39,77%), Ж (на 49,46%) и РЭФ (на 35,79%) (рис. 2)

Пациенты, находящиеся на стационарном лечении с ЯБЖ и ДПК имеют достаточный комплайнс в процессе заполнения общего опросника качества жизни SF-36v2™.

В практических целях опросник качества жизни SF-36v2™ можно внедрить для оценки динамики изменений в самочувствии пациента

во время лечения, что является одним из индикаторов оказания качества медицинской помощи.

#### Литература

1. Карпов О.И. Фармакоэкономика язвенной болезни//Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2003;3: 73-76.
2. Иовик А.А., Ионова Т.И., Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание/под ред. акад.РАМН Шевченко Ю.Л. 2007 .
3. Новик А.А., Ионова Т.И., Руководство по исследованию качества жизни в медицине. Учебное пособие для ВУЗов/ под ред. акад.РАМН Шевченко Ю.Л. 2004 С.12.
4. Молдобаева М.С., Аптокурова Р.М., Сулайманова Ч.Т. и др. Актуальные проблемы лечения язвенной болезни в Кыргызстане. Центрально-азиатский медицинский журнал, 2008;2:56-58.
5. Ware J.E., M.Bjorner, J.B. Turner-Bowker, D.M. Gandek, B.,&Mariush, M.E. (2007). User's manual for the SF-36v2™-2007.-P.36-46.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МОМЕТАЗОНА ФУРОАТА (МОМЕЗОНА – F) У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Садыкова Д.А.

*Кыргызско-Российский Славянский Университет, Бишкек,  
Кыргызская Республика.*

**Резюме.** Наблюдали 46 больных в возрасте от 18 до 40 лет. У всех пациентов диагностировали атопический дерматит в третьем возрастном периоде болезни. Исследования проводили в 3 идентичных по основным клинико-статистическим параметрам группах. В комплексное лечение больных первой группы (20 человек) однократно в день включали мометазон фууроат (момезон –F), второй группы (13 человек) – фторированные кортикостероидные мази (флуцинар, фторокорт) трижды в день, пациентов третьей группы (13 человек) лечили без применения топических кортикостероидов. Для оценки результатов лечения использовали индекс SCORAD. Сравнительная оценка полученных данных показала преимущества комплексного лечения с использованием мометазона фууроата (момезона – F) по терапевтической эффективности, срокам достижения клинических результатов и фармако-экономической целесообразности.

**Ключевые слова:** атопический дерматит, мометазон фууроат (момезон-F), фторированные топические кортикостероиды, результаты лечения.

## COMPARATIVE EVALUATION OF THERAPEUTIC EFFICIENCY OF MOMEZON – F IN PATIENTS WITH ATOPIC DERMATITIS

Sadykova D. A.

**Abstract.** The study included 46 patients aged between 16 and 34 years. All presented with atopic dermatitis which developed in the third age-period of the disease. The patients were randomly allocated to three groups identical in terms of clinico-statistical characteristics. Patients of group 1 (n=19) received combined therapy which included daily application of momezon – F. Fluorinated corticosteroid ointments (Flucinar, Ftorocort), thrice daily, were prescribed to the patients of group 2. Group 3 (14 patients) were treated without topical application of corticosteroid-based preparations. The results of therapy were evaluated using SCORAD index. Comparative assessment of clinical observations has demonstrated advantages of the combined treatment using momezon – F over other therapeutic in terms of overall therapeutic efficiency, early clinical improvement, and pharmacological cost-effectiveness.

**Key words:** atopic dermatitis, momezon-F, topical fluorinated corticosteroids, results of therapy

## АТОПИЯЛЫК ДЕРМАТИТ МЕНЕН ООРУГАН БЕЙТАПТАРДЫН МОМЕТАЗОН ФУРАТЫН ДАРЫЛАНГАН ЭФФЕКТИСИНИН САЛЫШТЫРМАЛУУ БАСЫ

Садыкова Д.А.

**Корутунду.** 18 жаштан 40 жашка чейинки 46 бейтаптарды көзөмөлдөдүк. Баардык пациенттерде оруунун үчүнчү жаштык бөлүгүндө атопикалык дерматит диагнозу коюлган. Изүндөө негизги үч окшош клинико-статистикалык тобу менен откөрүлгөн. Коштошулган дарулоонун биринчи тобунда (20 адам). Күндө бир жолу мометазон фууроаты берилди. Экинчи топтогу 13 адамга фтордолгон кортикостероид (флуцинар фторокорт) майлары сунушталган. Күндө үч жолу, үчүнчү топтогу 13 оорулардын топикалык кортикостероидтер колдонулбаган. Дарылоону болоо үчүн SCORAD индексин колдондук. Салыштырмалуу баанын көрсөткүчү боюнча коштошулган дарылоо мометазона фууроата жакшы натыйжа берди.

**Негизги создор:** Атопикалык дерматит, мометазона фууроаты, фтортолгон топикалык кортикостероидтер, дарылоонун көрсөткүчү.

В настоящее время прослеживается тенденция к росту заболеваемости атопическим дерматитом (АД), показатель которой, согласно статистическим данным, достигает 15 и более на 1000 населения [1]. Увеличивается количество больных с тяжелыми и резистентными к терапии формами дерматоза, что ухудшает качество жизни пациента и нередко ведет к психологической и социальной дезадаптации личности [2—5]. В связи с чем проблема лечения АД продолжает оставаться одной из актуальных и практически значимых в дерматологии.

Топические кортикостероиды нашли широкое применение в лечении больных АД. В последние годы предпочтение отдается нефторированным топическим кортикостероидам (момезон - F, элоком, адвантан, локоид) как более эффективным и безопасным средствам для наружного назначения [6—12].

Мы в комплексном лечении больных АД использовали топический кортикостероид — момезон - F (мометазона фуруат) фармацевтической фирмы «Дяньхун». Момезон - F обладает противовоспалительным, противозудным, противоаллергическим и эпидермостатическим свойствами. Включение в молекулу кортикостероида фуруатного кольца способствует пролонгированному действию препарата и более удобному режиму лечения (1 раз в сутки) [13—15]. Мометазона фуруат в сравнении с другими кортикостероидами (гидрокортизон, бетаметазон, дексаметазон) оказывает более высокое ингибирующее активное действие на синтез и высвобождение интерлейкинов-1 и -6 [16]. Перечисленные положительные качества момезона - F обеспечивают ему широкий круг показаний и высокую терапевтическую активность при аллергодерматозах, нейродерматозах, экземах, себорейном дерматите, псориазе, красной волчанке и других дерматозах [8, 17—19]. В данной статье дается сравнительная оценка терапевтической эффективности традиционных методов лечения в комплексе с момезон-F, рядом фторированных топических кортикостероидов (флуцинар, фторокорт) и без применения кортикостероидных препаратов наружного действия у больных АД в третьем возрастном периоде болезни (пациенты старше 18 лет).

**Характеристика больных и методы.** Наблюдали 46 больных (25 мужчин и 21 женщина)

в возрасте от 18 до 40 лет (средний возраст  $22,4 \pm 1,2$  года). Из них 32 человека страдали АД с 1-го года жизни, а у 14 — болезнь впервые проявилась в возрасте 1—5 лет. Продолжительность заболевания варьировала от 18 до 40 лет и составляла в среднем  $20,2 \pm 1,3$  года. Все больные наблюдались в кожном отделении Республиканского центра дерматологии и венерологии, куда они неоднократно поступали в связи с рецидивами АД. Многолетние наблюдения в динамике давали основание оценить течение АД у 42 больных как хронически рецидивирующее и у 4 как непрерывно рецидивирующее. У больных диагностирована эритемато-сквамозная - сквамозная форма с лихенификацией 19 пациентов, лихеноидная форма АД 3 человека, диффузный нейродермит Брока-Жаке 14 пациентов, в третьем возрастном периоде болезни [2]. Дерматоз сопровождался у них диффузным вовлечением в патологический процесс кожи лица, шеи и верхних участков туловища. У части больных очаги резко выраженной лихенификации располагались в локтевых и подколенных сгибах, дистальных отделах верхних конечностей. Общая площадь пораженной кожи достигала у больных 10—30% и составляла в среднем  $18,4 \pm 1,1\%$ . При поступлении в стационар АД у 14 человек характеризовался высокой и у 32 — умеренной степенью активности.

Всем больным назначали стандартный комплекс традиционных методов лечения, включавший антигистаминные, седативные и десенсибилизирующие препараты, витаминотерапию и общие УФ-облучения. Дополнительно к этому часть больных с распространенными поражениями кожи и более упорно протекавшим АД получала инфузионную терапию (физ. р-р по 400 мл внутривенно капельно). Лечение продолжали в течение 3—4 нед. В зависимости от применявшихся наружных средств больные были разделены на 3 группы.

В первую (основную) группу вошли 19 человек. Им на очаги пораженной кожи однократно в день назначали момезон - F (крем). Эти больные использовали момезон - F впервые. Вторая группа состояла из 13 человек. В этой группе в качестве наружной терапии 3 раза в день применяли фторированные топические кортикостероиды (флуцинар, фторокорт), которыми больные пользовались ранее в течение длительного

времени. Третья группа включала 14 человек, которых лечили без применения кортикостероидных препаратов наружного действия (пациенты получали нафталановую пасту и противозудные кремы, содержавшие ментол и анестезин).

По современным принципам "доказательной медицины" (Evidence — Based Medicine), клинические исследования, касающиеся сравнительной оценки терапевтической эффективности лекарственных препаратов, требуют обязательной стандартизации обследуемых групп больных по основным клинико-статистическим параметрам и статистического анализа получаемых результатов лечения [20, 21]. В частности, при определении степени тяжести и эффективности терапии АД рекомендуется пользоваться международным стандартом — индексом SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis) [22]. Исходя из этих требований, для объективной оценки тяжести клинических проявлений АД и интенсивности их выраженности использовали международную систему SCORAD. При определении индекса SCORAD учитывали объективные признаки болезни (эритема, отек или папулообразование, мокнутие, эксфолиации, лихенификация, сухость кожи) по 3-балльной шкале (от 0 до 3), площадь пораженной кожи в процентах, которую устанавливали по "правилу ладони" (поверхность 1 ладони составляет 1% всей площади кожи) [23] и субъективные симптомы (зуд, нарушение сна) по 10-балльной шкале. Индекс SCORAD рассчитывали по формуле:

$$\text{Индекс SCORAD} = S/5 + 7A/2 + B,$$

где S — площадь вовлеченной в патологический процесс кожи; А — сумма баллов объективных признаков; В — сумма баллов субъективных симптомов.

Индекс SCORAD определяли при поступлении больных в клинику, спустя 2 недели после начала лечения и по окончании терапии. При числовом значении индекса SCORAD ПО 40 баллов клинические проявления АД считали легкими, от 40 до 60 — среднетяжелыми и более 60 — тяжелыми [24]. Исходный индекс SCORAD в целом по группе больных составил  $63,8 \pm 2,6$  балла. У 16 пациентов клинические проявления АД оценивались как среднетяжелые (индекс SCORAD от 44,2 до 59,7 баллов), у 30 — как тяжелые (индекс SCORAD от 62,7 до 79 баллов).

Группы больных формировали с учетом пола, возраста, продолжительности болезни, площади вовлеченной в патологический процесс кожи, величины индекса SCORAD некоторых особенностей течения АД

Основная группа больных и группы сравнений по клинико-статистическим параметрам оказались идентичными, что дает основание считать сравнительную оценку полученных результатов лечения достаточно корректной.

Динамику клинических проявлений АД в процессе лечения анализировали дифференцированно в каждой группе больных по срокам полного или частичного разрешения объективных и субъективных симптомов болезни и снижения индекса SCORAD. При оценке достигнутого терапевтического эффекта учитывали следующие критерии: 1) клиническое выздоровление — полное разрешение основных субъективных и объективных признаков АД, но при сохранении в бывших очагах поражения сухости, утрированного рисунка кожи и сниженной ее эластичности, индекс SCORAD не превышает 10—12 баллов; 2) значительное улучшение — полное разрешение признаков воспаления кожи, но при сохранении умеренно выраженной лихенификации в бывших очагах поражения и периодически возникающего и легко переносимого зуда, снижение числового значения индекса SCORAD по сравнению с исходным на 75% и более; 3) улучшение — в очагах поражения сохраняются умеренно выраженные зуд, лихенификация и остаточные признаки воспалительного процесса (легкая эритема, единичные узелковые элементы и эксфолиации), снижение числового значения индекса SCORAD по сравнению с исходным на 50%; 4) отсутствие эффекта — существенных изменений в состоянии болезни не произошло. Сравнительную оценку результатов лечения проводили методами математической статистики с использованием критериев Стьюдента ( $p$ ) и  $\chi^2$ .

**Результаты исследования.** Больные первой группы уменьшение интенсивности зуда отмечали через 5—8 дней после начала лечения, а к исходу 2-й недели зуд полностью прекратился у 17 из 19 пациентов, хотя у части из них он возникал эпизодически, но легко переносился и быстро купировался антигистаминными препаратами. К концу 1-й — началу 2-й недели у больных наблюдалась четкая тенденция к заживлению эксфолиаций, регрессу эритемы и узелко-

вых элементов, уменьшилась интенсивность инфильтрации кожи. К исходу 2-й недели лечения индекс SCORAD снижался с  $65,5 \pm 1,7$  до  $35,9 \pm 2,2$  балла. Терапевтический эффект в этой группе достигался в сроки от 17 до 24 дней (в среднем через  $18,7 \pm 0,8$  дня), а средние значения индекса SCORAD в конце лечения, у больных этой группы составляли  $18,5 \pm 2,9$  балла.

В группах сравнения частичное и реже полное разрешение основных дерматологических симптомов АД регистрировалось на 7–10 дней позднее (табл.2). Индекс SCORAD к концу 2-недельного лечения во второй группе снизился с  $62,3 \pm 0,3$  до  $45,0 \pm 2,9$  баллов, а в третьей — с  $62,9 \pm 3,2$  до  $47,6 \pm 3,7$  балла. Сроки достижения терапевтического эффекта во второй и третьей группах больных составляли соответственно  $24,6 \pm 1,1$  и  $26,6 \pm 1,5$  дня, а индекс SCORAD к концу лечения соответственно  $28,6 \pm 3,9$  и  $31,1 \pm 3,9$  балла. Таким образом, при оценке по системе SCORAD клинические проявления АД в группах сравнения к исходу 2-недельного лечения и на заключительном его этапе оставались достоверно ( $/\text{КО},02$ ) более тяжелыми, а темпы их разрешения более медленными, чем в основной группе. Из 19 больных первой группы к концу 3-недельного курса терапии у 6 наступило клиническое выздоровление, у 8 — значительное улучшение и у 5 — улучшение. В группах сравнения у большинства больных терапевтический эффект достигался позднее, обычно к исходу 4-й недели после начала лечения, а его результаты были скромнее. Во второй группе клиническое выздоровление констатировано у 1 больного, значительное улучшение — у 3 и улучшение — у 9 больных. В третьей группе аналогичные результаты были получены соответственно у 1, 2 и 10 пациентов. У 1 больного этой группы зарегистрирована неудача лечения. Клинические проявления АД оставались у него тяжелыми (индекс SCORAD 66,5 балла).

У больных с достигнутым клиническим выздоровлением (8 человек) индекс SCORAD варьировал от 5,4 до 10,9 балла и составлял в среднем  $7,7 \pm 0,9$  балла. При результатах лечения, которые оценивались как значительное улучшение (у 13 человек), исходный индекс SCORAD ( $60,5 \pm 2,3$  балла) уменьшился до  $14,9 \pm 0,9$  балла, что в процентном исчислении составляло  $75,5 \pm 1,8$ . У больных же (24 человека), у которых

было констатировано улучшение, индекс SCORAD по сравнению с исходным снизился на  $50,8 \pm 1,8\%$ . При оценке по критерию соответствия ( $X^2$ ) результаты терапии в первой группе по сравнению со второй ( $X^2=6,00$  при  $n'=2$ ;  $p<0,05$ ) и третьей ( $X^2=9,85$  при  $n'=3$ ;  $p<0,05$ ) группами оказались достоверно более высокими, тогда как во второй группе по сравнению с третьей статистически достоверных различий в исходах лечения не установлено ( $X^2=1,29$  при  $n=3$ ;  $p>0,05$ ).

Большинство больных лечение топическими кортикостероидами в течение 3–4 нед переносили хорошо, побочных явлений и осложнений у них не наблюдалось. Однако у 2 пациентов, получавших фторированные кортикостероиды наружного действия (вторая группа), соответственно через 15 и 20 дней после начала лечения на участках аппликаций препаратов возник остеофолликулит, в связи с чем кортикостероидная терапия у них была прекращена. У больных, лечившихся момезон - F (первая группа) и не получавших кортикостероидных мазей (третья группа), таких осложнений не отмечено.

**Обсуждение.** Проведенные клинические наблюдения показали более высокую терапевтическую эффективность и безопасность момезон - F по сравнению с фторированными топическими кортикостероидами в комплексном лечении больных АД. Включение момезон - F в комплекс лечебных процедур позволяло, во-первых, получить положительные результаты у всех больных, в том числе у 3/4 из них достигнуть в ближайшем периоде клинического выздоровления или значительного улучшения и у 1/4 — улучшения; и во-вторых, сократить сроки лечения в стационаре в среднем на 7–10 дней. Применение момезона - F в течение 3 нед не сопровождалось побочными реакциями и осложнениями, тогда как у 2 больных, лечившихся фторированными топическими кортикостероидами, на участках аппликаций возник остеофолликулит, что послужило поводом прекратить лечение. Побочные эффекты при наружной кортикостероидной терапии (атрофия эпидермиса, акнеформные и пустулезные высыпания, гипертрихоз и др.) чаще всего регистрируются при назначении сильнодействующих фторированных препаратов [25]. Полученные нами результаты согласуются с данными других авторов [8, 14, 17, 18, 26], отметивших высокую безопасность

момезон - F и наблюдавших положительный эффект у 85—100% больных, из них у 30—35% — клиническую ремиссию.

При назначении современных нефторированных топических кортикостероидов снижение интенсивности зуда и частичное разрешение объективных признаков АД наблюдается в первые дни лечения и обычно регистрируется у больных в возрасте от 6 мес до 15 лет, т.е. в первом и втором возрастных периодах АД [8, 10, 12, 27]. Указанные возрастные этапы АД сопровождаются клиническими признаками острого и подострого воспаления кожи с тенденцией к экссудации и умеренно выраженным лихеноидным синдромом [2]. У наблюдавшихся нами больных при назначении момезон - F снижение интенсивности зуда и признаки регресса объективных симптомов АД были отмечены практически в те же сроки.

Как свидетельствует практический опыт, больные хроническими дерматозами, получив первоначально хороший терапевтический эффект от той или иной кортикостероидной мази, предпочитают пользоваться ей для купирования рецидивов болезни и в последующем. Вместе с тем общеизвестно, что длительное использование одного и того же топического кортикостероида постепенно ведет к снижению его эффективности [25, 28, 29]. Наши клинические наблюдения подтверждают это положение. Во второй группе больных, получавших в комплексной терапии фторированные топические кортикостероиды (флуцинар, фторокорт) в течение нескольких предшествующих лет, результаты лечения по терапевтической эффективности и срокам ее достижения существенно не отличались от таковых в третьей группе больных, не использовавших кортикостероидных препаратов наружного действия. Этот факт убедительно свидетельствует о целесообразности применения в практике дерматолога более эффективных и безопасных нефторированных топических кортикостероидов последних поколений, в частности момезон - F.

Преимущество момезон - F перед фторированными топическими кортикостероидами предшествующих поколений заключается в его пролонгированном действии. Считается, что крем момезон - F, проникая в кожу, вызывает своеобразный "резервуарный эффект", который

обеспечивает удобный режим лечения, высокую степень терапевтической эффективности при однократных в день аппликациях его на очаги пораженной кожи [30].

Одним из факторов, ограничивающих широкое применение лекарственных препаратов в медицинской практике, является их стоимость. Врачи и прежде всего больные нередко предпочитают более дешевые лекарства, хотя это не всегда оправдано, в том числе и с экономических позиций. Более высокая терапевтическая эффективность, удобный режим лечения и сокращение сроков пребывания больного в стационаре свидетельствуют о большей целесообразности применения крема момезон - F у больных АД как с медицинских, так и с фармакоэкономических позиций.

#### Выводы

1. Мометазон фураат (момезон - F) в комплексной терапии АД является высокоэффективным лекарственным препаратом, обеспечивает удобный режим лечения и позволяет сократить сроки пребывания больного в стационаре.

2. У больных в третьем возрастном периоде АД отчетливо выраженный терапевтический эффект регистрируется обычно в начале 2-й недели лечения, а к исходу 3-й недели у 3/4 пациентов достигается клиническое выздоровление или значительное улучшение и у 1/4 — улучшение.

3. Лечение кремом «момезон - F» в течение 3 нед не сопровождается побочными реакциями и осложнениями. Широкое внедрение момезон - F в практику дерматолога оправдано и с экономических позиций, поскольку стоимость курса терапии больных АД с его применением ниже в сравнении с фторированными топическими кортикостероидами предшествующих поколений, в частности флуцинаром и фторокортом.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Скрипки Ю.К., Федоров С.М., Адо В.Н. и др. Атопический синдром. Вестн дерматол 1995;2:17—19.
2. Суворова К.Н., Антоньев А.А., Довжанский С.И., Писаренко М.Ф. Атопический дерматит. Саратов: Изд-во Саратовского университета 1989; 168.
3. Остришко В. В., Иванов О.Л., Новоселов В.С., Колесников Д. Б. Диагностика и коррекция пограничных психических расстройств у больных атопическим дерматитом (часть 1).

Вестн.дерматол 1998;2:34—37.

4. Короткий Н.Г., Таганов А. В. Опыт применения тридерма в практике детского дерматолога. Вестн дерматол 2000;3:67—68.

5. Williams Я. С. On the definition and epidemiology of atopic dermatitis. *Dermatol Clin* 1995; 13:649—657.

6. Кубанова А.А., Самсонов В.А., Петренко Л.А. и др. Апулеин в лечении больных псориазом и аллергодерматозами. Вестн.дерматол 1997;2:52—54.

7. Самсонов В.А., Знаменская Л. Ф., Ляпон А. О. Адвантан в лечении atopического дерматита и экземы. Вестн дерматол 1998;4:48—49.

8. Криницына Ю.М., Кривошее Б.Н., Ермаков М.Н., Сергеева И. Г. Применение элокома (мометазон-фууроат) в комплексной терапии atopического дерматита и псориаза. Вестн дерматол 1998;4:52—55.

9. Шэвин А., Брессинк Р., Гольдфарб М. и др. Беседы за круглым столом ведущих дерматологов США об использовании мометазона фууроата в практике врача. Вестн. дерматол. 1999;2:57-60.

10. Торонова Н.П., Платонова И.Н., Олонцева Т.В. «За» и «против» при выборе наружных кортикостероидных средств в терапии atopического дерматита у детей. Эффективность локоида. Вестн. дерматол 2000;2:41—43.

11. Иванов О.Л., Самгин М.А. Адвантан — препарат выбора для наружной терапии аллергодерматозов у детей. Рос. журн. 2000;3:28—30.

12. Короткий Н.Г., Таганов А.В. Применение стероида адвантана (метилпреднизолон ацепоната) при лечении аллергодерматозов у детей. Вестн дерматол 2000;3:61—63.

13. Самсонов В.А., Чистякова И.А. Новые препараты для лечения дерматозов. Вестн дерматол 1999; 1:46—48.

14. Popper T.L., Gentles M.J., Kung T.T. et al. Structure-activity relationship of series of novel topical corticosteroids. *J Steroid Biochem* 1987;27:837—842.

15. Swinchan J.M., Barkoff J.R., Dvorkin D. et al. Mometasone furoate lotion once daily versus triamcinolone acetonid twice daily in psoriasis. *Int J Dermatol* 1989;28:680—683.

16. Бартон Б., Яаквей Д., Смит С, Зигель А. Ингибирование цитокинового синтеза новым стероидом мометазона фууроатом. Вестн. дерматол 1999;3:43—45.

17. Кубанова А.А., Самсонов В.А., Авербах Е.В., Тимошин Т.Т. Мометазон фууроат в лечении больных псориазом и atopическим дерматитом. Вестн дерматол 1996;5:10—12.

18. Данилов СИ, Пирятинская В.А., Лалаева А.М. Мометазона фууроат — эффективность и безопасность в дерматологической практике. Вестн дерматол 1998;5:53—54.

19. Хамаганова И.В. Применение мометазона фууроата в комплексном лечении красной волчанки. Вестн дерматол 1999;5:44-45.

20. Доказательная медицина. Клиническая фармакология и терапия 1999;6:3—9.

21. Довжанский СИ. Принципы "доказательной медицины" в дерматовенерологии. Вестн дерматол 1999;5:19—20.

22. Кунгуров Н.В., Кохан М.М., Кадушников Р.М. Компьютерная программа синдромальной диагностики и терапии больных хроническими дерматозами. Вестн дерматол 1999;2:8—10.

23. Мурадян Р.Н., Панченков И.Р. Экстренная помощь при ожогах. М:Медицина 1983;128.

24. Шортанбаева Ж.А. Ассоциация течения atopического дерматита и антигенов HLA, совершенствование терапии: Ав-тореф. дис. канд. мед. наук. Алматы 2000;26.

25. Чистякова И.А., Хапилова В.И., Авербах Е.В. Кортикостероидные гормоны в дерматологии. Сообщение II: топическое применение кортикостероидов. Вестн дерматол 1996;5:16—17.

26. Vernon H.J., Lanc A.T. Waston W. Comparison of mometasone furoate 0.1% cream in treatment of children atopical dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 1991 ;24:603—606.

27. Быстрицкая Т.Ф., Гущина Я.С. Комбинированное применение кларитина и элокома в лечении atopического дерматита у детей. Вестн дерматол 1997;3:68—69.

28. Машкилейсон А.Л., Гомберг М.А., Борисенко К.К. Опыт применения адвантана у больных дерматозами. Вестн дерматол 1997;6:54-57.

29. Криницына Ю.М., Кривошее Б.И., Ермаков М.И. Современные методы лечения больных псориазом. Методические рекомендации. Новосибирск 1997:34.

30. Меданский Р., Брессинк Р., Коул Г. и др. 0.1 мазь и крем мометазона фууроата в лечении псориаза: сравнение с 0.025% мазью и кремом флюоцинолона ацетонида и 0,1% триамцинолона ацетонида. Вестн дерматол 1999;4:33—37.

## ЦИТОТОКСИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ СТЕРОИДОЗАВИСИМОГО НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Аман кызы Жылдыз, Бейшебаева Н.А.,  
Кирсанова М.В., Ахмедова Х.Р.

*Национальный центр охраны материнства и детства,  
Кыргызская Государственная Медицинская Академия  
им. И.К. Ахунбаева, кафедра факультетской педиатрии,  
г. Бишкек, Кыргызстан*

**Резюме.** Цитотоксическая терапия селлсептом проведена у 15 детей с часторецидивирующим, стероидозависимым НС. Полная ремиссия НС достигнута в 60% случаев длительностью до 1 года на фоне продолжающейся цитотоксической терапии у 90%, до 2-х лет после отмены у 10%. Рецидивы на фоне цитотоксической терапии отмечены у 26% больных.

**Ключевые слова:** мофетила микофенолат, селлсепт, нефротический синдром, дети.

## БАЛДАРДЫН СТЕРОИДГЕ МУКТАЖ НЕФРОТИКАЛЫК СИНДРОМУН ЦИТОТОКСИКАЛЫК ДАРЫЛООСУ

Аман кызы Жылдыз, Бейшебаева Н. А.,  
Кирсанова М.В., Ахмедова Х.Р.

*Эне жана баланы коргоо улуттук борбору,  
И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы, факультеттик  
педитрия кафедрасы, Бишкек ш. Кыргызстан*

**Коругунду.** Тез-тез кайталануучу жана стероидге муктаж нефротикалык синдром менен ооруган 15 балдарга селлсепт цитотоксикалык дарылоо жүргүзүлдү. 1 жылга чейинки узак моонөттүү дарылоонун негизинде 90%, ал эми дарылоо токтотулгандан кийин 2 жылга чейин 10% оорулардын нефротикалык синдромунун толук басаңдашы 60%га жетти. Цитотоксикалык дарылоонун негизинде оорунун кайра жаңыланышы оорулуулардын 26%ында белгиленди.

**Негизги сөздөр:** мофетил микофенолат, селлсепт, нефротикалык синдром, балдар.

## CYTOTOXIC THERAPY OF STEROID DEPEND NEPHROTIC SYNDROME AT CHILDREN

*National Centre of maternal and childhood welfare  
I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy, department of Faculty pediatrics,  
Bishkek city, Kyrgyzstan*

**Resume.** Cytotoxic therapy by Cellcept was shown at 15 children with relapse, steroid depend nephrotic syndrome (NoS). Full remission of NoS is 60% of patients and duration till 1 year with cytotoxic therapy at 90 % and till 2 years without cytotoxic therapy at 10 %. Relapses are noted at 26 % of patients during cytotoxic therapy.

**Keywords:** Mycophenolate Mofetil, Cellcept, nephrotic syndrome, children.



**Актуальность.** Гломерулонефрит (ГН) является одной из актуальных проблем клинической нефрологии, занимая второе место в структуре хронической почечной недостаточности у детей после группы врожденных и наследственных заболеваний органов мочевой системы. 80-90% детей с НС чувствительны к стероидной терапии, однако у 76-93% из них в последующем отмечается рецидивирование НС или развивается стероидная зависимость [4-5].

Лечение данной категории больных представляет значительные сложности. Так, терапевтическая тактика требует соблюдения определенного баланса между необходимостью снижения активности нефротического синдрома (НС) и замедления темпов прогрессирования заболевания и возможным развитием токсических эффектов от применяемой цитостатической терапии. Кроме того, возможный риск развития токсических побочных эффектов от используемых в нефрологической практике цитостатических препаратов (гонадотоксичность, супрессия кроветворения, циклоспориновой нефротоксичности и/или зависимости) ограничивает спектр иммуносупрессивных средств для лечения НС [1-5].

Вышеизложенные трудности лечения НС явились основой для поиска новых перспективных иммуносупрессантов, обладающих высокой эффективностью и безопасностью. В последние

годы появились первые экспериментальные и клинические данные эффективного использования нового селективного иммуносупрессанта мофетила микрофенолата (ММФ) (Селлсепт®, Roche) у больных с НС.

Мофетила микрофенолат - ферментативный продукт гриба *Penicillium*, активным метаболитом которого является микрофеноловая кислота (МФК) [2]. МФК была открыта в 60-х годах и изучалась изначально как препарат с антибактериальными, антинеопластическими и антипсориазическими свойствами [5]. Иммуносупрессивный препарат, действие которого направлено на селективное подавление пролиферации Т- и В-лимфоцитов [4]. Биологические эффекты ММФ также включают противовоспалительное, антипролиферативное действие. Эти эффекты являются основанием для использования ММФ не только при иммуносупрессии при трансплантологии органов, но и при лечении многих хронических нефропатий.

**Цель исследования** изучение влияния ММФ на длительность ремиссии НС у детей

**Материалы и методы исследования.**

С 2008-2010 года находились под наблюдением 15 детей с часторецидивирующим, стероидозависимым НС. Из них 14 мальчиков (93%) и 1 девочка (1%), средний возраст составил 9,2±1лет.

Таблица 1

**Характеристика больных по давности заболевания**

Возраст			Давность болезни		
Возраст	(n=15)			(n=15)	
	абс.	%		абс.	%
0-3лет	1	6,6	до 1года	6	40
4-7 лет	5	33,3	1-3лет	5	33,3
8-17лет	9	60,0	>3лет	4	26,6
M±m	9,2±1,0 год			3±0,9 год	

Давность НС составила 3±0,9 лет (от 2 месяцев до 13лет), частота рецидивов за 6 месяцев в среднем была 3,5±0,6. В анамнезе вторичная стероидорезистентность установлена была 46,7% (n=7), в связи, с чем проводилась пульс-терапия солумедролом, в 13,3% (n=2) ранее проводилась цитотоксическая терапия лейкораном, циклофосфаном (Таб.1).

Селлсепт применялся в дозе 732±50 мг/сут-

ки (от 250 до 1000мг/сутки) в сочетании с преднизолоном в дозе 10-15 мг/сутки в альтернирующем режиме. Длительность цитотоксической терапии 48±2,6 недель.

Основными критериями результативности являлись: активность НС, СКФ, продолжительность ремиссии.

**Результаты и их обсуждение**

На фоне терапии селлсептом общее состоя-

ние больных было удовлетворительным. У всех больных удалось снизить поддерживающую дозу стероидов до 10-15 мг/кг, снизить активность НС, при этом СКФ на фоне терапии восстановилась до возрастных норм, только у од-

ного повысилась до 172 мл/мин.

В динамике 86% больных оценивались в течении 2008-2010 гг, 14% больных выпали из под наблюдения (Рис.1).

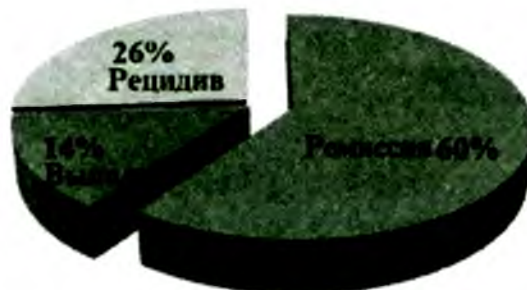


Рис.1. Исход НС

Полная ремиссия НС достигнута в 60% случаев (n=9), при этом длительность до 1 года на фоне продолжающей цитотоксической терапии у 90% (n=8), до 2-х лет после отмены у 10% (n=1).

Рецидивы на фоне цитотоксической терапии отмечены у 26% больных (n=4), в сроке через 1,5-4 месяца, причины рецидивов в основном были обострения хронического гайморита, ОРВИ, бронхопневмония. В этой группе в 50% случаев (n=2) возможной причиной рецидива стала низкая доза селлсепта (до 750 мг/сут).

Рецидивы НС после отмены селлсепта у 6,7% (n=1).

Гастроинтестинальные поражения оказались единственными осложнениями 6,7% (n=1) в ходе терапии селлсептом, что было связано с его токсическим действием на желудочно-кишечный тракт. При этом наблюдалась только диарея и она носила дозозависимый эффект.

Так называемый профиль безопасности у больных, получавших селлсепт по 1,5-2,0 г/сут в целом был лучше, чем у тех из них, кто принимал препарат до 1 г/сут. Доза 1,5-2,0 г/сут оказалась более безопасной и управляемой.

**Выводы.**

Основные преимущества препарата:

- позволяет снизить дозу преднизолона или отменить;
- обладает малой нефротоксичностью, хо-

рошей переносимостью;

- обладает меньшим количеством побочных эффектов;
- снижает активность НС;
- способствует достижению и продлению ремиссии;
- стабилизирует почечные функции.

Таким образом, накопленные к настоящему времени данные и наш практический опыт применения селлсепта позволяет нам рекомендовать его в качестве препарата выбора при стероидозависимом, часторецидивирующем НС.

**Литература**

1. Bagga A., Hari P., Moudgil A., Jordan S.C. Mycophenolate mofetil and prednisolone therapy in children with steroid dependent nephrotic syndrome // Am J Kidney Dis 2003; 42 (6): 1114-1120.
2. Вознесенская Т. С., Сергеева Т. В. Мофетила микофенолат в терапии нефротического синдрома у детей // Нефрология и диализ. Т. 5, 2003 г., №1
3. Канатбаева А. Б., Диканбаева С. А. и др. Микофенолата мофетил в терапии гломерулопатий у детей // Нефрология и диализ, Т. 8, 2006г., №4
4. Приходина Л. С., Длин В. В. Мофегила микофенолат в лечении гломерулярных болезней: экспериментальные и клинические данные РДО // Нефрология и диализ, Т. 7, 2005 г., №1
5. Приходина Л.С., Длин В.В. и др. Первый опыт использования мофетила микофенолата в лечении гломерулонефрита у детей // Нефрология и диализ. Т.8, 2006 г., № 1

## ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ ЗА 2010 ГОД

Ардинатова А., Бейшебаева Н.А., Курбанова С.А., Шерматова У.Б.

*Национальный центр охраны материнства и детства,  
Кыргызская Государственная Медицинская Академия  
им. И.К. Ахунбаева, кафедра факультетской педиатрии,  
г. Бишкек, Кыргызстан*

**Резюме.** Проведен анализ бактериологического исследования мочи 56 больным с острым пиелонефритом. Патологический титр установлен в 16% случаев, из них монокультура определена 22,8%, в 87,2% преобладали двух-, трех, четырех компонентные микробные ассоциации. Высокая чувствительность к группе фторхинолонов (25%), резистентность к группе пенициллинов, макролидов (12% и 30%).

**Ключевые слова:** этиология, острый пиелонефрит, бак.посев мочи, дети.

## БАЛДАРДЫН КУРЧ ПИЕЛОНЕФРИТИНИН ОБӨЛГӨСҮНҮН ТҮЗҮЛҮШҮ 2010-ЖЫЛГА

Ардинатова А., Бейшебаева Н.А., Курбанова С.А., Шерматова У.Б.

*Эне жана баланы коргоо улуттук борбору,  
И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы,  
факультеттик педитрия кафедрасы,  
Бишкек ш. Кыргызстан*

**Корутунду.** Курч пиелонефриттин 56 оорулуусуна заранын бактериалык иликтөөсү жүргүзүлдү. 16% патологиялык титр белгиленди, алардын ичинен 22,8% бир түрдүү, ал эми 87,2% эки-, үч-, төрт түрдүү микробдордун кошулмасы аныкталды. Жогорку сезгичтиги 25%ы фторхинолон группасына, туруктуулугу (12% жана 30%) пенициллин, макролид группасына киргизилди.

**Негизги сөздөр:** өбөлгө, курч пиелонефрит, зараны бактериалык иликтөө, балдар.

## AETIOLOGICAL STRUCTURE OF ACUTE PYELONEPHRITIS AT CHILDREN FOR 2010

Ardinatova A., Beishebaeva N.A., Kurbanov S.A., Shermatova U.B.

*National Centre of maternal and childhood welfare  
I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy, department of Faculty pediatrics, Bishkek city,  
Kyrgyzstan*

**Abstract.** We analyzed of bacteriological urine test of 56 patients with acute pyelonephritis. Pathological titer is established in 16 % of cases, from them 22,8 % was monoculture, 87,2 % were two, three, four microbial associations. High sensitivity to group phtorhinolons (25 %), resistance to group of penicillin, macroleads (12 % and 30 %).

**Keywords:** aetiology, acute pyelonephritis, bacteriological test of urine, children.

**Актуальность.** Среди всех заболеваний человека по частоте пиелонефрит занимает второе место после острых респираторных заболеваний и первое место среди болезней почек [1]. Заболеваемость пиелонефритом, особенно острым, заметно возросла, что связано не только с улучшением диагностики этого заболевания, но

и с возросшей вирулентностью микробов, повышением их устойчивости к антибиотикам и другим противомикробным средствам.

Важным вопросом на сегодня является выявление возбудителя и целенаправленная этиологическая терапия.

Наиболее частым возбудителем пиелонефрита

та являются представители семейства Enterobacteriaceae (грамтрицательные палочки), из которых на долю Escherichia coli приходится 80% (при остром неосложненном течении), реже в роли возбудителя выступают Proteus saprophyticus, Klebsiella saprophyticus, Enterobacter saprophyticus, Citrobacter saprophyticus.[2]

**Методы и материалы.**

Проанализированы результаты бактериологического исследования мочи у 56 больных с острым пиелонефритом на базе отделения нефрологии Национального центра охраны материнства и детства (НЦОМиД).

Получены следующие результаты:

1. рост микрофлоры не обнаружен у 12 боль-

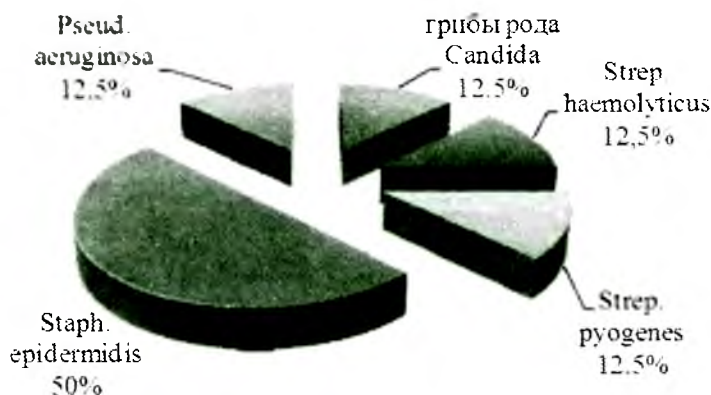
ных (21,4%);

2. непатологический титр у 9 больных (62,5%);

3. патологический титр у 35 больных (16%).

**Результаты и их обсуждение**

Монокультура в патологическом титре составила 22,8%, в 87,2% преобладали микробные ассоциации из двух, трех и четырех микробов. Причем в монокультуре 50% занимает Staphylococcus epidermidis, по 12,5% Pseudomonas aeruginosa и грибы рода Candida, Streptococcus haemolyticus и Streptococcus pyogenes (рис.1). Высев Staphylococcus epidermidis, говорит о несоблюдении правил сбора мочи, транспортировки, посева.



Грибы рода Candida вероятно всего при длительном течении заболевания и повторяющейся антибактериальной терапии. Streptococcus

haemolyticus и Streptococcus pyogenes считается патологической флорой, что составило 25%[5].

Таблица 1

**Двухкомпонентные микробные ассоциации**

Этиологическая структура	Процентное содержание
1. Staphylococcus Epidermidis ( Pseudomonas aeruginosa, E.coli, грибы рода Candida, Streptococcus pyogenes)	53,9%
2. Streptococcus haemolyticus ( Enterobacter, грибы рода Candida, E.coli,Pseudomonas aeruginosa	46,1%

В двухкомпонентных ассоциациях встречаются комбинации различных возбудителей, так, в 46% случаев стрептококков, в 38,5% комбинации стафилококков, и 15,4% ассоциации стафилококка со стрептококком.

По результатам посева мочи микробные ас-

социации составили 77,2%. Комбинации из двух и более микробов говорит о недостоверности полученных результатов, что возможно обусловлено контаминацией тестируемых проб или их посевов на питательные среды (рис.2).

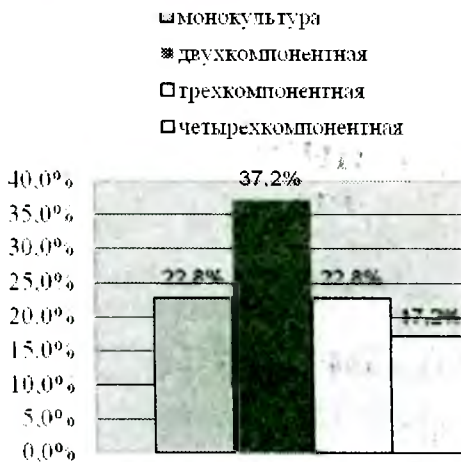


Рис.2. Сравнительная микробная характеристика

По результатам бактериологического исследования мочи определена высокая чувствительность к группе фторхинолонов (25%), нитрофуранов и аминогликозидов (15%). Низкая чувствительность к группе пенициллинов, что говорит о неконтрольном применении антибиотиков аминопенициллинового ряда. Высокая резистентность к группам макролидов, линкозамидов.

**Выводы**

1. Микробные ассоциации в 77,0% случаев, говорит об ошибке сбора, транспортировки, контаминации тестируемых проб или их посевов на питательных средах.
2. Чувствительность к группе фторхинолонов, снижение чувствительности к пенициллинам и резистентность к макролидам, возможно обусловлены неконтрольным применением антибиотиков.

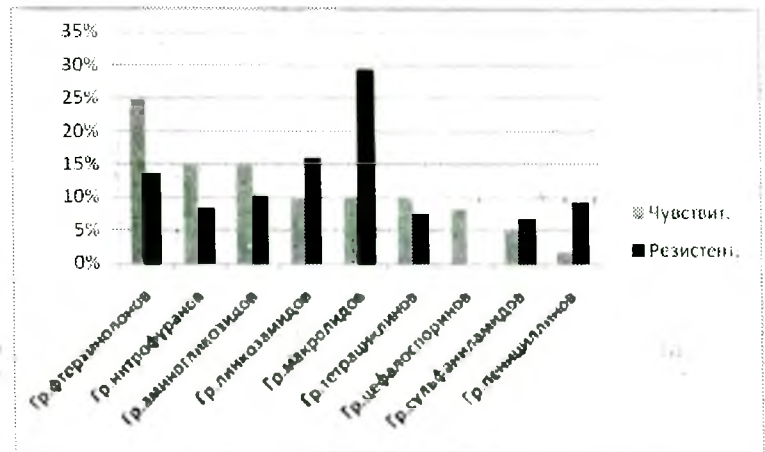


Рис.3. Сравнительная характеристика микробной чувствительности и резистентности к антибиотикам

**Литература**

1. Пелешук А. П., 1974; А. Я. Пытель, С. Д. Голигорский, 1977; данные ВОЗ и др.
2. Нефрология учебное пособие для послевузовского образования, под редакцией проф. Е.М.Шилова. Москва 2007г. "ГЭОТАР-Медиа", стр. 399-400.
3. Источник: Русский Медицинский Журнал PYELONEPHRITIS Med-Lip-Медицина для специалистов. А.В. Кухтевич, Н.Б. Гордовская.
4. F.C. Tenover. Глобальная проблема антимикробной резистентности // Русский медицинский журнал. Т.3, N4. 1996. 217-219.
5. Захарова И.Н., Коровина Н.А., Данилова И.Е., Мумладзе Э.Б. Антибактериальная терапия пиелонефрита // В мире лекарств, №3 1999.
6. Ramakrishnan K, Scheid DC. Diagnosis and management of acute pyelonephritis in adults. Am Fam Physician 2005; 71 (5): 933-42.
7. Chaban C., Montgomery J.M., Tolymat A, et al. Urinary tract infection in childhood // Infect Med 1996;234:314-21.
8. Wald ER. Cystitis and Pyelonephritis. In Feigin RD, Cherry JD, Demmler GJ, et al. (eds). Textbook of Pediatric Infectious Diseases, 5th ed, Saunders 2004:851-54.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА «А» У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Усенко В., Мамбетова М.К., Балабасова А.М., Чунрынина Е., Кадырова Р.М.  
*Кафедра детских инфекционных болезней Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызская Республика*

**Резюме.** В работе проведен анализ 341 истории болезни детей, находившихся на стационарном лечении в РКИБ с вирусным гепатитом «А».

**Ключевые слова:** острый вирусный гепатит, микст-гепатит, лечение.

## БАЛДАРДЫН ӨНУККӨН «А» ГЕПАТИТИНИН ӨЗГӨЧҮЛҮКТӨРҮ АЗЫРКЫ КЫРДАЛДА

Усенко В., Мамбетова М.К., Балабасова А.М., Чунрынина Е., Кадырова Р.М.  
*И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, балдардын жугуштуу оорулар кафедрасы, Бишкек, Кыргыз Республикасы*

**Кортуңду.** Бул илимий эмгекте Республикалык жугуштуу оорулар бейтапканасына жаткырылган 341 баланын онуккөн «А» гепатитинин оруу баяны изилделген.

**Негизки сөздөр:** курч муноздогу вирустук гепатит, аралаш өнуккөн вирустук гепатит, дарылоо.

## CLINICAL FEATURES OF ACUTE HEPATITIS «A» OF CHILDREN IN MODERN STAGE

Usenko V., Mambetova M.K., Balabasova A., Chuprinina E.,  
Kadyrova R.V.

*Kyrgyz State Medical Academy, Department of Children's Infectious Diseases, Bishkek, Kyrgyz Republic*

**Abstract.** At this job was done analysis 341 of medical reports of children who has acute viral hepatitis «A». These children were treated in Republic clinical infection hospital.

**Key words:** acute viral hepatitis, mix hepatitis, treatment.

**Введение.** Гепатит «А» – одно из наиболее распространенных инфекционных заболеваний с фекально-оральным механизмом передачи, которое характеризуется циклическим течением, интоксикацией и преимущественным поражением печени. Вирусный гепатит «А» (ВГА) занимает ведущее место среди других заболеваний печени, на его долю приходится 65–75% всех вирусных гепатитов у детей. Однако сегодня этому заболеванию уделяется неоправданно мало внимания.

По данным ВОЗ, ежегодно в мире заболевает гепатитом «А» около 1,5 млн. человек. Однако фактическая заболеваемость ВГА в несколько раз выше, что обусловлено диагностикой только типичных (желтушных) форм болезни, составляющих, лишь «види-

мую часть айсберга» [1].

Заболеваемость ВГА в различных регионах мира колеблется. Так, в странах Европы и США его доля составляет от 10 до 30%, а в развивающихся странах Азии, Африки и Латинской Америки, высоко эндемичных, достигает 80%. Аналогичная ситуация наблюдается в Югославии и Израиле, где частота обнаружения анти-ВГА антител на уровне 90%. В США ежегодно регистрируют более 400 летальных исходов, связанных с гепатитом «А» [1, 2].

Российская Федерация относится к странам средней эндемичности, однако частота возникновения ВГА остается высокой. Среди острых вирусных гепатитов ВГА по удельному весу занимает первое место, а по паносимому им общему экономическому ущербу

уступает только гриппу и острым респираторным инфекциям. Для ВГА характерны семейные вспышки в детских дошкольных коллективах, в школах. Так, по данным российских исследователей, ВГА у детей диагностируется в 93,8%, тогда как ВГВ — 5,3%; ВГС — 0,7%.

В последние годы в России имело место отчетливое снижение показателей заболеваемости ВГА (79,5 на 100 тыс. населения в 2001 г.; 30,1 — в 2005 г.; 15,6 — в 2006 г.; 10,2 — 2007 г.; 8,1 — 2008 г.; 7,3 — 2009 г.). Вместе с тем, интенсивность распространения вирусных гепатитов на территории РФ крайне неоднородна. Республика Тува и Якутия расцениваются как регионы высокой эндемичности. В 2009 г. в отдельных регионах России отмечались очень высокие показатели заболеваемости ВГА (Карачаево-Черкесской Республике — 223,6 на 100 тыс., Чеченской Республике — 106,7 на 100 тыс. и др.) [2,4]. Уровень заболеваемости в этих регионах, не зависит от климата, возможно, имеет место неблагоприятные санитарно-гигиенические условия, использование недоброкачественной питьевой воды, отсутствие централизованного водоснабжения.

Страны Центральной Азии, в том числе Кыргызстан также относятся к региону высокой эндемичности. О широте распространения вирусных гепатитов судят по данным официальной регистрации заболеваемости и частоте выявления серологических маркеров инфицирования вирусами гепатитов. Официально регистрируется заболеваемость острыми гепатитами «А», «В» и «С». По данным ДГСЭН в Кыргызстане заболеваемость гепатитом «А» у детей остается высокой (2004 г. — 65,2 на 100 тыс.; 2005 г. — 76,3; 2008 г. — 33,7; 2009 г. — 28,7). Наибольшее число случаев ВГА регистрируется в крупных городах Ош и Бишкек (2008 г. — 46,9 и 29,5 на 100 тыс.; 2009 г. — 34,4 и 22,1), что обусловлено скученностью населения, миграцией, своевременным выявлением больных, а также низким уровнем санитарной культуры у части населения.

Согласно официальной статистике ДГСЭН КР, в структуре вирусных гепатитов у детей, ВГА составляет 91,6%, ВГВ — 7,6%, ВГС — 0,6%, ВГД — 0,1%.

По литературным данным, в возрастной структуре детей, больных ВГА за последние

20-10 лет произошли изменения, наблюдается тенденция сдвига заболеваемости в сторону детей старшего возраста и подростков. Смещение заболеваемости ВГА в эти возрастные группы, способствуют увеличению микст гепатитов (ВГА+ВГВ), что ведет к изменению клинического облика этой инфекции и значительно утяжеляет ее течение [3].

В настоящее время мировое сообщество рассматривает массовую вакцинацию как наиболее эффективное средство снижения заболеваемости.

**Цель** данного исследования изучить клинико-эпидемиологические особенности вирусного гепатита «А» у детей на современном этапе.

**Материалы и методы.** В работе проведен анализ 341 истории болезни детей с ВГА, из 357 историй детей, больных гепатитами различной этиологии, в возрасте от 1 до 14 лет, которые находились на стационарном лечении в одном из отделений Республиканской клинической инфекционной больницы (РКИБ) в 2010 г.

Структура клинических диагнозов всех гепатитов у детей, была представлена следующим образом: ВГА — 341 (95,5%), микст гепатиты ВГА+ВГВ — 6 (1,7%), ВГВ — 5 (1,4%), ВГС — 2 (0,6%), не верифицированный — 3 (0,8%).

Всем больным были проведены общеклинические, биохимические исследования. По показаниям проводилось исследование свертывающей системы крови, определение уровня общего белка, белковой фракции, дополнительные методы обследования.

Лабораторная расшифровка этиологии вирусных гепатитов проводилось с помощью серологических исследований (ИФА) в республиканской референс-лаборатории. Статистическая обработка данных проведена с помощью компьютерной программы SPSS.

**Результаты и обсуждение.** По данным РКИБ г. Бишкек, заболеваемость ВГА среди детского возраста в последние годы имеет неуклонный рост (Рис.1).

При изучении историй болезни выявлено, что большинство 232 (68,0%) детей с ВГА поступили в стационар на 3-6 день от начала болезни.

В большинстве случаев больные были направлены врачами ЦСМ 195 (57,3%) случаев. Из других стационаров переведены 25 (7,3%) боль-

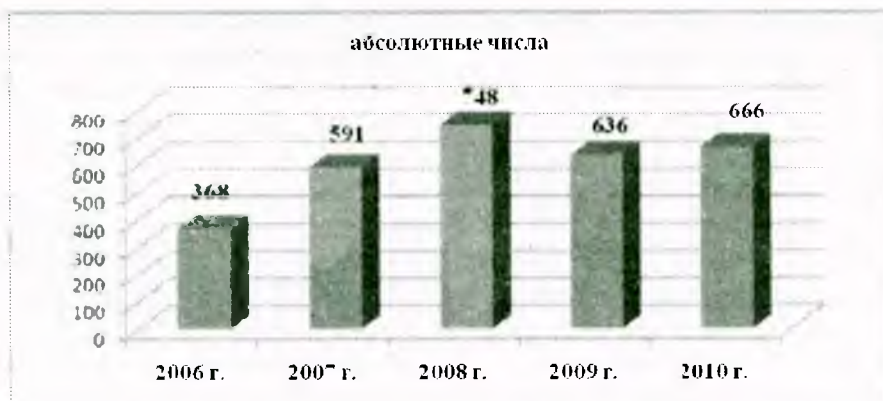


Рис. 1. Заболеваемость ВГА детей, по данным РКИБ

Возрастная структура обследованных в стационаре детей, больных ВГА распределилась следующим образом: 1-3 лет – 78 (22,8%), 4-6 лет- 124 (36,4%), 7-14 лет – 139

(40,8%), что свидетельствует о преобладании детей старшего возраста (Рис.2). Эти данные совпадают с исследованиями других авторов.

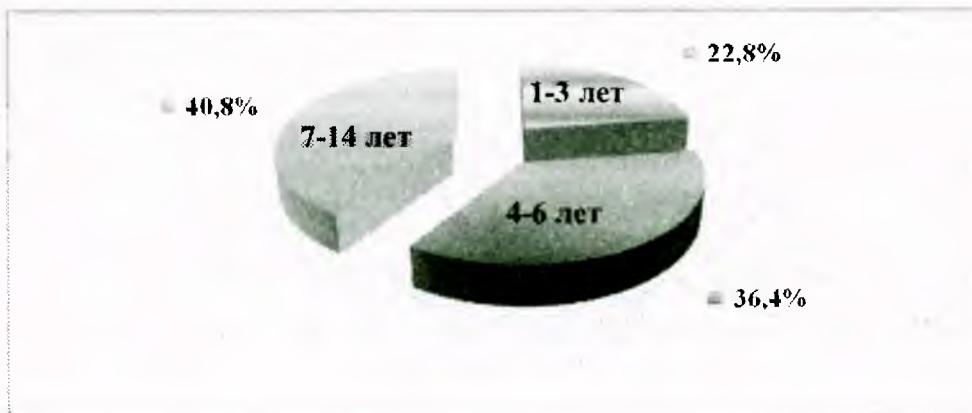


Рис.2. Возрастная структура детей, больных ВГА

Среди заболевших детей, преобладали городские 197 (57,8%), чем сельские 144 (42,2%) дети. Число заболевших мальчиков 184 (54,0%) было больше, по сравнению с девочками - 157 (46,0%).

Подъем заболеваемости отмечен в осенне-зимний (66,6%) период, что соответствует пику заболеваемости не только ВГА, но и ВГЕ, маркеры которых не удалось определить (Рис. 3).

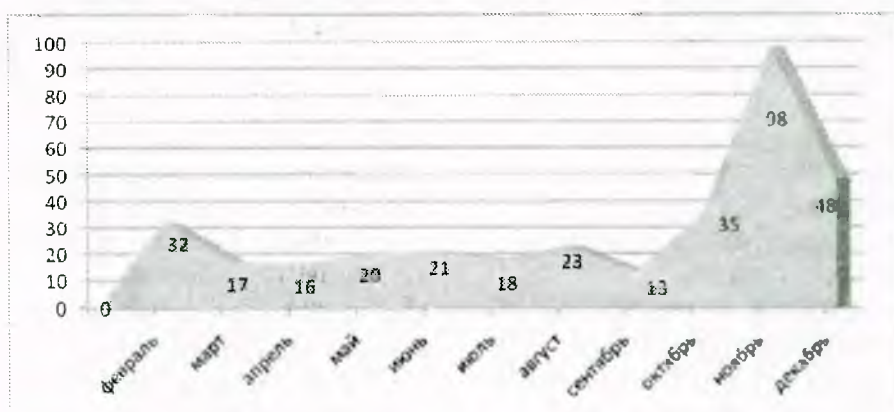


Рис.3. Сезонность ВГА



ных, доставлены «скорой» 8 (2,3%), из них 5 больных по тяжести состояния были сразу госпитализированы в РИТ 6 (1,7%), где находились на лечении от 2-х до 7 дней.

Каждый третий больной с ВГА 113 (33,1%) не имел направления в стационар. За медицинской помощью в поликлиники города обратились 23 (6,7%) больных, которым был поставлен диагноз ОРВИ и проводилось лечение антибиотиками пенициллинового ряда, от 2-х до 4-х дней, однако в связи с отсутствием положительного эффекта больные были направлены в РКИБ с различными диагнозами.

Структура предварительных диагнозов свидетельствует в большинстве случаев о своевременном выявлении ВГА (81,9%). Среди прочих (18,1%) диагнозов встречались ОРВИ, ПТИ, ОКИ.

Из анамнеза жизни удалось установить, что все дети (96,4%) были доношенными, неблагоприятное течение беременности выявлено в 18,7% (гестоз беременности, угроза, анемия, нефропатия).

Преморбидный фон детей был отягощен: анемией I-II ст. – 48 (14,1%), ВЧГ – 18 (5,3%), ВИС – 6 (1,8%), ЭКД – 14 (4,1%). Спектр перенесенных заболеваний был различным: ОРВИ (86,5%), ОКИ (19,9%), пневмония (5,6%), ветряная оспа (3,8%), фурункулез (1,7%), псориаз (0,6%), заболевание крови в одном случае лейкоз (0,3%).

Из эпидемиологического анамнеза установлено, что каждый третий заболевший (32,8%) имел контакт с больным ВГА.

Негативную роль на течение болезни оказывала микст-инфекция, в 48 (14,1%) случаях: ОРВИ 28 (8,2%), пневмония 13 (3,8%), гнойно-воспалительные заболевания (отит, фурункулез) 4 (1,2%), ОКИ 3 (0,9%).

Основными жалобами при поступлении в стационар были: боли в животе, слабость, тошнота, рвота, снижение аппетита, желтушность склер, изменение цвета мочи и стула.

Заболевание начиналось остро в 336 (98,6%) случаях, постепенное начало было отмечено в 5 (1,4%) случаях. У всех больных имело место повышение температуры субфебрильной, при тяжелой форме до высоких цифр (38,5-39,0 °С). Длительность температуры от 2-5 дней, при тяжелой форме 9-14 дней.

Симптомы интоксикации имели место у всех больных. Выраженность интоксикации зависела от степени тяжести гепатита. Чем тяжелее протекало заболевание 60 (17,6%), тем дольше сохранялась интоксикация. В 14 (4,1%) случаях сохранялась дли-

тельно 9-14 дней, что было обусловлено микст-инфекцией (пневмония, фурункулез). При среднетяжелой (76,8%) форме ВГА была короче от 3 до 5 дней.

В преджелтушном периоде симптомы болезни были различные.

Начальный (преджелтушный) период протекал чаще по смешанному варианту 217 (63,6%). Диспепсический 66 (19,4%) и гриппоподобный 58 (17,0%) варианты встречались с одинаковой частотой. Катаральные явления наблюдались в 55 (16,1%) случаях, проявлялись заложенностью носа, насморком, отеком и гиперемией слизистой оболочки зева.

Абдоминальный синдром проявляется тупыми болями и тяжестью в правом подреберье, в единичных случаях 3 (0,9%), наблюдались острые боли, имитирующие аппендицит. В 23 (6,7%) случаях дети старшего возраста отмечали задержку стула.

Не объяснимая слабость отмечалась у всех больных, тошнота (86,2%), рвота (61,3%). При среднетяжелой форме ВГА продолжительность рвоты составила в среднем (2,0+0,7), при тяжелой форме (2,9+1,0) дней.

Продолжительность преджелтушного периода составила 3-10 дней (96,7%). Чем короче был преджелтушный период, тем тяжелее протекало заболевание. Изменение цвета мочи (насыщенно-желтый) заметили на 2-8 день болезни, т. е. в конце преджелтушного периода (89,7%).

Желтушный период начинался с появления желтухи, раньше всех появлялась желтушность склер, затем кожи лица, туловища, твердом небе и лишь позднее на кистях, ладонях и стопах. Желтуха нарастала быстро, в течение 2-3 дней. По интенсивности была умеренно выраженной и сохранялась в течение 7-10 дней.

На высоте желтухи размеры печени у всех детей, больных ВГА, были максимально увеличены. Гепатомегалия разной степени 2- 2,5 см (92,4%) до 3,5-4,0 см (7,6%). Край печени имел умеренно плотную консистенцию, закруглен, болезненный при пальпации. Размеры селезенки были увеличенными у 29 (8,5%) больных, у которых диагностирована тяжелая форма болезни. При этом край селезенки был умеренной плотности, иногда чувствительный. При этом у 22 (6,5%) детей, больных ВГА был диагностирован асцит различной выраженности, что также свидетельствует о тяжести заболевания.

Одновременно с нарастанием желтухи отмечалось потемнение мочи (кирпично-красный) и обесцвечен стула. Степень изменения окраски

экскрементов зависела от выраженности желтушного «прокрашивания» кожных покровов, т. е. от уровня билирубина в сыворотке крови.

После достижения максимального уровня (на 7-10 день от начала заболевания) желтуха исчезала (82,4%), что сопровождалось полным исчезновением симптомов интоксикации. Однако у 14 (4,1%) больных тяжелой формой ВГА с появлением желтухи симптомы интоксикации сохранялись в течение 10-16 дней. Отмечались анорексия, головокружение, повторная рвота, носовые кровотечения. Так у 28 (8,2%) больных носовые кровотечения отмечались на 2-8 дни болезни, продолжались в среднем  $2,5 \pm 0,8$  дней.

У обследованных детей, больных ВГА в 273 (80,1%) случаях, имело место серологическое подтверждение (ИФА) диагноза, выявление антител к HAV Jg M. В остальных случаях диагноз был выставлен на основании клинико-эпидемиологических данных 68 (19,9%).

Анализ результатов биохимических показателей крови позволил установить, что повышаются обе фракции билирубина, с преобладанием связанной (прямой билирубин): общий билирубин  $53,0 \pm 28,0$ ;  $76,1 \pm 35,0$  мкмоль/л; прямой билирубин  $37,5 \pm 11$ ;  $653,2 \pm 17,6$ ; АСТ  $0,9 \pm 0,3$ ;  $1,1 \pm 0,4$ ; АЛТ  $1,4 \pm 0,5$ ;  $1,0 \pm 0,3$ . На протяжении всего периода заболевания, у всех наблюдаемых больных определялось повышение тимоловой пробы ( $11,1 \pm 0,6$ ;  $12,1 \pm 0,7$  ед.), что свидетельствует об остроте процесса.

У обследуемых больных по показаниям определялись общий белок и протромбиновый индекс. Эти показатели были снижены при тяжелой форме ВГА (17,6%), хотя достоверных различий не было выявлено: общий белок ( $78,2 \pm 4,2$ ;  $72,0 \pm 3,1$ ), альбумины ( $39,5 \pm 3,9$ ;  $38,7 \pm 3,6$ ), протромбиновый индекс ( $80,2 \pm 10,2$ ;  $72,1 \pm 9,4$ ), протромбиновое время ( $22,3 \pm 2,8$ ;  $24,1 \pm 4,7$ ). В общем анализе крови не выявлено достоверных различий гемоглобин ( $130,4 \pm 16,7$ ;  $123,0 \pm 21,0$ ), лейкоциты  $5,7 \pm 2,1$ ;  $6,3 \pm 2,0$ ), СОЭ ( $8,7 \pm 2,9$ ;  $10,3 \pm 3,1$ ).

УЗИ исследование проводили по показаниям, картина острого гепатита диагностирована в 169 (46,9%), асцит 22 (6,5%), ДЖВП 26 (7,6%) случаях. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки в 10 (2,9%) случаях имело место течение пневмонии, в одном с признаками плеврита.

При лечении детей, больным ВГА назначали в основном базисную терапию, которая включала наблюдение врача, режим и соответствующую диету. Инфузионная терапия проведена

практически всем больным (93,3%), что свидетельствует о необоснованном назначении инфузионной терапии больным при среднетяжелой форме ВГА. В среднем длительность инфузионной терапии при среднетяжелой форме составила  $2,3 \pm 0,7$ ; тяжелой форме  $4,0 \pm 1,2$  дня. Кортикостероиды были назначены в 6,7%, белковые препараты в 4,1% случаев больным тяжелой формой ВГА.

Антибиотики (пенициллины, цефалоспорины) назначались также больным в 12,3% с тяжелой формой ВГА с сопутствующими гнойно-воспалительными заболеваниями (фурункулез, пневмония, плеврит), в среднем  $5,1 \pm 1,4$  дней. Гепатопротекторы (рибоксин) получали (58,0%), желчегонные препараты (88,3%) больные тяжелой и среднетяжелой формой ВГА.

Пребывание больных в стационаре в среднем при ВГА средней тяжести  $4,9 \pm 3,0$ ; при тяжелой форме  $7,2 \pm 5,0$  дней.

Были выписаны с улучшением большинство 300 (87,9%) детей, больных ВГА, с выздоровлением 41 (12,1%). Но у них, кроме увеличенных размеров печени и селезенки, оставались патологически измененные функциональные печеночные пробы, что требует дальнейшего диспансерного наблюдения.

#### Выводы.

1. В этиологической структуре острых вирусных гепатитов у детей, вирусный гепатит «А» занимает лидирующее место.
2. Заболеваемость вирусный гепатит «А» среди детского возраста сохраняется на высоком уровне. Наблюдается тенденция роста вирусного гепатита «А» среди детей старшего возраста и подростков.
3. В последние годы участились случаи тяжелых (17,6%) форм вирусного гепатита «А» у детей.

#### Литература

1. Брик Н.И., Филатов Н.Н., Лыткина И.Н., Соболев В.И. Лечащий врач. 2001, 5–6:54–57.
2. Вирусные гепатиты в Российской Федерации /Под ред. Г.Г. Онищенко, А.Б. Жебруна. СПб.: НИИЭМ им. Пастера, 2009:8–16.
3. Лыткина И.Н., Шулакова Н.И., Филатов Н.Н., Глиненко В.М., Шахгильдян И.В. Материалы IX Всероссийского съезда эпидемиологов. М., 2007. Т. 1.
4. Шахгильдян И.В., Михайлов М.И., Ершова О.Н., Хухлович П.А., Лыткина И.Н., Шулакова Н.И. и др. Материалы XV Российской конференции «Гепатология сегодня». М., 2010.

## ПРИМЕНЕНИЕ ЭНОПАРА ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТАХ У ДЕТЕЙ

Кубатова А., Эрмекбаева С., Бейшебаева Н.А., Курбанова С.А., Андреева Н.А.

*Национальный центр охраны материнства и детства*

*Кыргызская Государственная Медицинская Академия*

*им. И.К. Ахунбаева, кафедра факультетской педиатрии,*

*г. Бишкек, Кыргызстан*

**Резюме.** Энопар является препаратом выбора для патогенетической терапии при нефрите Шенлейна-Геноха, так как обладает пролонгированным эффектом. Энопар обладает преимуществом: в кратности введения, хорошей переносимостью, удобством отмены.

**Ключевые слова:** эноксипарин, острый гломерулонефрит, нефрит Шенлейна-Геноха, дети.

## БАЛДАРДЫН ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТИНДЕ ЭНОПАРДЫН КОЛДОНУЛУШУ

Кубатова А., Эрмекбаева С., Бейшебаева Н.А., Курбанова С.А., Андреева Н.А.

*Эне жана баланы коргоо улуттук борбору*

*И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы, факультеттик педиатрия кафедрасы, Бишкек ш., Кыргызстан*

**Корутунду.** Энопар Шенлейн-Генохтун нефритинде патогенетикалык дарылоодо негизги препарат болуп эсептелинет, анткени анын таасири узак убакытка созулат. Энопардын балуулугу: бир ирет берүүлүсүндө, жакшы көтөрүлүшүндө, о'ой токтотуусунда.

**Негизги сөздөр:** эноксипарин, курч гломерулонефрит, Шенлейн-Генохтун нефрити, балдар.

## USE OF ENOPAR IN GLOMERULONAPHRITIS AT CHILDREN

*National Centre of maternal and childhood welfare*

*I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy, department of Faculty pediatrics, Bishkek cit, Kyrgyzstan*

**Abstract.** Enopar is preparation of a choice for pathogenetic therapy at nephrite Shenlejn-Genoh as possesses the prolonged effect. Enopar possesses advantage: in frequency rate of introduction 1 time/day, good stand up, convenience of cancellation.

**Keywords:** enoxiparin, acute glomerulonephritis, nephrite Shenlejn-Genoh, children.

**Актуальность.** Как известно, антикоагуляционная терапия является стандартной патогенетической терапией острого гломерулонефрита (ОГН) и нефрита Шенлейна-Геноха. Патогенетические особенности ОГН и нефрита Шенлейна-Геноха (нефрит Ш-Г) особенно в детском возрасте, гиперкоагуляционная направленность в организме приводит к локальному тромбообразованию (в почках, на коже и других органах) и усилению фибринолиза, повышению проницаемости сосудов и развитию следующих симптомов гематурия, геморрагические сыпи и т.д. Для осуществления антикоагуляции внутри капилляров применяли стандартный гепарин. Осо-

бенности дозирования, кратность введения и постепенная отмена гепарина обуславливают сложности во время терапии, что позволяет использовать низкомолекулярные гепарины (НМГ). НМГ на 25-50% состоят из сахаридов с меньшим размером молекул, не способны связывать с антитромбин III и тромбином, но характерно высокой анти-Ха- и анти-Па-активность. НМГ обладают дозозависимой антикоагуляционной активностью, но характеризуются более выраженными антитромботическими свойствами. С учетом механизма действия НМГ становится понятным, что эффект нельзя оценивать по времени свертывания крови. Эффек-

тивность НМГ можно оценить косвенным показателем коагулограммы, отражающие внутрисосудистое свертывание крови такие протромбиновый индекс (ПТИ) и фибриноген. Наиболее изученным в масштабных рандомизированных мировых исследованиях представителем НМГ является эноксипарин. 1 мг эноксипарина соответствует 100 МЕ анти Ха-активности, пик действия наблюдается через 3-5 ч после подкожного введения и сохраняется в течение 24 ч.

**Материалы и методы исследования**

Работа проводилась на базе отделения нефрологии Национального центра охраны материнства и детства (НЦОМид). За 2010 год находились под наблюдением 42 больных с первичным и вторичным гломерулонефритом. Из них с острым гломерулонефритом с нефритическим синдромом (HeC) 20 детей, с нефротическим синдромом (HC) 12 детей, с нефритом Шенлейна-Геноха (нефрит Ш-Г) 10 детей. Средний возраст детей составил  $8,5 \pm 1,3$  лет, мальчики 66,6% (n=28), девочки 33,4% (n=14). Больные были распределены на основную и контрольную группы по 21 детей. В основной группе проведена терапия низкомолекулярным гепарином с высокой анти-Ха активностью - энопар (эноксипарина натрия) в дозе 40 мг/сут (0,4 мл), длитель-

ностью терапии  $7 \pm 1,2$  дней, кратность применения один раз в сутки, путь введения подкожно. В контрольной группе проводилась терапия гепарином в дозе 50-100 ЕД/кг/разовая доза, кратность 4 раз в сутки, путь введения подкожно. Длительность терапии в основной и контрольной группах оценивались по клиническим (длительность гематурии при HeC, длительность сохранения геморрагического синдрома при нефрите Ш-Г, выраженность анасарки при HC) и лабораторным проявлениям (протромбированный индекс (ПТИ), фибриноген данным).

Стоимость энопара - , гепарина - . Энопар в отличие от гепарина не входит в число жизненно важных лекарственных средств.

**Результаты и их обсуждение**

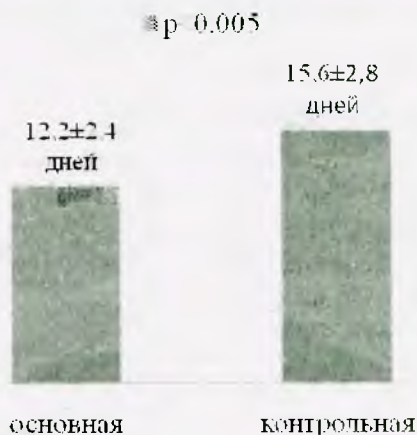
Клинические и лабораторные данные проанализированы несколько раз в период дебюта гломерулонефрита и на момент настоящего исследования.

На фоне лечения эноксипарином оценивались исходные и конечные результаты свертывающие системы фибриноген (ФБ) и протромбиновый индекс (ПТИ). Так, достоверно ( $p < 0,05$ ) определено снижение активности по ФБ и ПТИ в группе больных с HeC и HC на фоне лечения эноксипарином.

Таблица 1

Лабораторные данные ОГН и нефрите Шенлейна-Геноха

Данные	Нефрит Ш-Г		HC		HeC	
	до	после	до	после	до	после
ФБ	660±110	700	858,3±166,6	580±80*	888,8±94,4	687,5±62,5*
ПТИ	83,2±3,6	81	82,5±3,2	85,6±64	79,7±2	83,9±3*



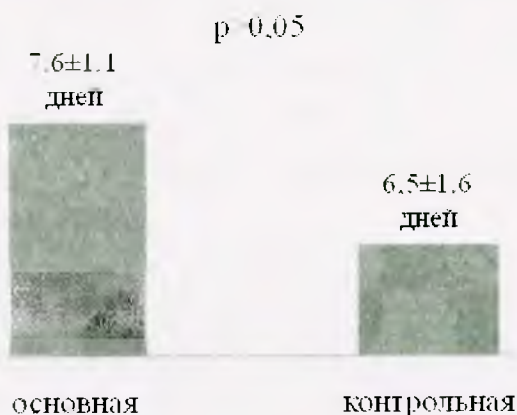
**Рис. 1. Длительность геморрагического синдрома при нефрите Шенлейна-Геноха**

Сравнительный анализ длительности геморрагического синдрома у пациентов с нефритом Ш-Г в основной группе были, также дал положительный результат. Так, геморрагическая

сыпь купирована на 12±2,4 сутки (достоверно  $p < 0,005$ ), а это на 3,4 сутки раньше, чем в контрольной группе, в которой геморрагическая сыпь купирована на 15,6±2,8 сутки. (Рис.1).



**Рис.2 Сравнительная характеристика купирования отеочного синдрома больных НС**



**Рис.3 Длительность купирования гематурия у больных НсС**

При НС и НеС сравнительные анализы были недостоверны ( $p > 0,05$ ). Рис 2.3.

Сравнительная оценка указывает относительное преимущество эноксипарина натрия по сравнению с контрольной группой. По результатам исследований в зависимости от клинического синдрома, выраженности симптомов и по данным патогенеза ОГН и ГВ можно сказать, что антикоагулянты действительно необходимо в лечении данной патологии, а также является важной составной частью патогенетической терапии.

#### Вывод.

1. Энопар является препаратом выбора для патогенетической терапии при нефрите Ш-Г так как обладает пролонгированным эффектом.

2. Замена гепарина на НМГ (эноксипарин) у больных приводит к уменьшению повреждение целостности кожных покровов.

3. Эноксипарин обладает преимуществом: в кратности введения, хорошей переносимостью,

удобством отмены.

#### Литература

1. Шило В.Ю., Хасабов Н.Н., Денисов А.Ю. Низкомолекулярные гепарины у больных на программном гемодиализе // Нефрология и диализ 2006 Т.8 №2.184
2. Ивлиев С.В., Гринштейн Ю.И., Татаренко Н.Е., Кульга И.В., Казаченок Т.В. Использование эноксипарина при хроническом программном гемодиализе // Нефрология и диализ 2005 Т.7 №3.289
3. Котлярова Г.В., Козловская Н.Л., Сафонова В.В., Лашутин С.В. Эффективность режимов антикоагуляционной терапии нефракционным и низкомолекулярным гепарином во время процедуры гемодиализа // Нефрология и диализ 2005 Т.7 №3.291
4. Метелева Н.А. Шахинова Е.А. Варианты поражения почек при АФС
5. Ченуха Л.М. Проблема профилактики и лечения пациентов с хроническими заболеваниями вен и венозной тромбоэмболией [www.health-ua.com](http://www.health-ua.com).
6. [www.rlsnet.ru/mnn\\_index\\_id\\_2073.htm](http://www.rlsnet.ru/mnn_index_id_2073.htm) Справочник лекарств РЛС
7. Джеймс А. Шейман // Патофизиология почки г. Москва 1999; 129

## ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ПРИ ЕЕ СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.

Ходжаева О.Р., Турусбекова А.Т., Исакова Г.Б.

*Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева,  
г. Бишкек, Кыргызстан*

**Резюме.** Целью настоящего исследования явилось выявление частоты встречаемости артериальной гипертонии и сахарного диабета 2 типа у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и оценка их влияния на течение заболевания. Был проведен анализ 125 историй болезней больных ХОБЛ II-III степенями тяжести заболевания в возрасте от 40 до 84 лет, прошедших полное клинико-функциональное обследование в отделении пульмонологии Национального Госпиталя. Полученные результаты свидетельствуют о достаточно большой распространенности таких коморбидных состояний, как артериальная гипертония, сахарный диабет и хроническая обструктивная болезнь легких. При этом наличие сопутствующей кардиоваскулярной и эндокринной патологии у больных ХОБЛ, значительно ухудшает клиническую картину, функциональные показатели и прогноз заболевания.

## ӨПКӨНҮН ӨНӨКӨТ ОБСТРУКТИВДҮҮ ООРУСУ КАНТ ДИАБЕТИНИН ЖАНА КАН БАСЫМЫНЫН ЖОГОРУЛАГАН ООРУСУ МЕНЕН КОШТОЛГОНДӨГУ ООРУНУН ЖҮРҮШ ӨЗГӨЧӨЛҮГҮ

**Корутунду.** Бул изилдөөнүн негизги максаты өпкөнүн өнөкөт обструктивдүү оорусу менен ооруган бейтаптардын 2-типтеги кант диабетинин жана кан басымынын жогорулаган оорусунун кездешүүсүн аныктоо жана алардын ооруга тийгизген таасирин баалоо болуп саналат. Улуттук госпиталдын өпкө оорулар бөлүмүндө толук клинико-функционалдык текшерүүдөн жана дарылоодон өткөн 40 жаштан 84 жашка чейинки курактагы өпкөнүн өнөкөт обструктивдүү оорусунун I-II даражасы менен жабыркаган 125 бейтаптын оору баяны изилденген. Алынган жыйынтыктар өпкөнүн өнөкөт обструктивдүү оорусу, кант диабетинин жана кан басымынын жогорулаган оорусу сыяктуу коморбиддик абалдардын абдан жайылып кеткендигин далилдейт. Өпкөнүн өнөкөт обструктивдүү оорусу менен ооругандарга мындай кардиоваскулярдык жана эндокриндик патологиялардын коштоп жүрүшү өпкөнүн өнөкөт обструктивдүү оорусунун клиникалык картинасын жана функционалдык көрсөткүчтөрүн өтө начарлатат.

## FEATURES OF COURSE OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASES AT ITS COMBINATION TO AN ARTERIAL HYPERTENSION AND DIABETES

The purpose of this study was to determine the incidence of hypertension and type 2 diabetes in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) course. An analysis of 125 records of patients with COPD 2-3 century disease severity in age from 40 to 84 years after complete clinical and functional tests and treatment in the department of Pulmonology of the National Hospital. These results indicate fairly high incidence of comorbid conditions such as hypertension, diabetes and chronic obstructive pulmonary disease. The presence of concomitant cardiovascular and endocrine disease in patients with COPD significantly worse clinical, functional performance and prognosis of COPD.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) относится к числу наиболее распространенных заболеваний человека. Как причина летальности ХОБЛ занимает 4-е место в мире в возрастной группе старше 45 лет и является единственным заболеванием, при котором этот показатель продолжает увеличиваться. Однако, согласно литературным данным, более чем в 50% случаев основной причиной смерти пациентов с документированной ХОБЛ являются не респираторные заболевания (Mannino D.M. et al., 2006; McGarvey L.P. et al., 2007). При этом, наиболее часто пациенты с хронической обструктивной болезнью легких погибают от кардиоваскулярных причин (25% случаев) (Jensen H.H. et al., 2006; McGarvey L.P. et al., 2007). В крупном эпидемиологическом исследовании Lung Health Study установлено, что сердечно - сосудистые заболевания являются основными причинами госпитализации пациентов с ХОБЛ в 42% случаев, тогда как респираторные осложнения - только в 14% (Anthonisen NR. et al., 2002).

В настоящее время не вызывает сомнений тот факт, что высокая частота сочетания хронической обструктивной болезни легких и сердечно-сосудистой патологии - результат существования тесных взаимосвязей между этими заболеваниями. ХОБЛ и заболевания сердечно-сосудистой системы имеют общие факторы риска и патогенеза - курение, избыточный вес, низкая физическая активность, дисфункция сосудистого эндотелия.

В последние годы, в противоположность классической эмфизематозной (или кахексической) клинической форме ХОБЛ, стали выделять группу больных с метаболическим синдромом. В это понятие включают нарушение массы тела; повышение уровня концентрации триглицеридов сыворотки крови, дислипидемию, повышение уровня глюкозы или же формирование резистентности к инсулину. Для этого фенотипа характерна высокая частота встречаемости сердечно-сосудистых заболеваний, особенно артериальной гипертензии. В связи с чем, в современной клинической практике все чаще можно встретить

пациентов, у которых сочетаются сахарный диабет (СД) 2 типа, артериальная гипертензия (АГ) и ХОБЛ. По данным различных авторов, сочетание сахарного диабета с ХОБЛ наблюдается от 2 до 16% (Титова Е.А., 2009). Артериальная гипертензия выявляется у больных ХОБЛ с различной частотой (от 6,8% до 76,3%), составляя в среднем 34,3% (Кубышкин В.Ф. и соавт., 1985; Бобров В.А. и соавт., 1995; Задонченко В.С. и соавт., 2003).

Таким образом, многие факторы риска, являясь общими для хронической обструктивной болезни легких, кардиоваскулярных и эндокринных заболеваний, обуславливают манифестацию коморбидных состояний, в свою очередь ухудшающих клиническую картину и прогноз ХОБЛ.

**Целью** нашего исследования являлось выявление частоты встречаемости артериальной гипертензии и сахарного диабета 2 типа у больных с хронической обструктивной болезнью легких и оценка их влияния на течение заболевания.

**Материал и методы.** Был проведен анализ 125 историй болезней больных ХОБЛ со II-III степенями тяжести заболевания в возрасте от 40 до 84 лет, прошедших полное клинико-функциональное обследование и лечение в отделении пульмонологии Национального Госпиталя при МЗ КР. Из них 66 мужчин и 59 женщин. Давность заболевания колебалась от 5 до 35 лет и составляла в среднем  $7,83 \pm 0,64$  лет.

Согласно поставленным задачам все больные были разделены на 4 группы:

1гр. - больные ХОБЛ без сопутствующих заболеваний (58 чел.);

2гр. - больные ХОБЛ в сочетании с АГ (51 чел.);

3гр. - больные ХОБЛ в сочетании с СД (10 чел.);

4гр. - больные ХОБЛ в сочетании с АГ и СД (6чел).

Оценивалось наличие факторов риска (курение, нарушение жирового обмена), функциональные показатели (МСВ, ОФВ1, SaO2), показатели легочно-сердечной гемодинамики по данным ЭХОКГ (ЛАД ср., ПЖ, ПСПЖ, КДРЛЖ, ФВ).



Таблица 1

Клинико-функциональная характеристика исследованных групп больных.

Показатели	ХОБЛ	ХОБЛ+АГ	ХОБЛ+СД	ХОБЛ+АГ+СД
Мужчины	34 чел (58,7%)	26 чел (51%)	4 чел (40%)	2 чел (33,3%)
Женщины	24 чел (41,3%)	25 чел (49%)	6 чел (60%)	4 чел (66,7%)
II ст. тяжести ХОБЛ	37 чел (63,8%)	19 чел (37,3%)	2 чел (20%)	3 чел (50%)
III ст. тяжести ХОБЛ	21 чел (36,2%)	32 чел (62,7%)	8 чел (80%)	3 чел (50%)
Курение	24 чел (41,3%)	17 чел (33,3%)	6 чел (60%)	3 чел (50%)
Ожирение	14 чел (24,1%)	30 чел (58,8%)	9 чел (90%)	6 чел (100%)
МСВ ср.	51,3%	44,6%	46,5%	43,3%
ОФВ1 ср.	53,5%	47,1%	45,9%	45,7%
SaO <sub>2</sub> < 95%	32 чел (55%)	27 чел (53%)	8 чел (80%)	5 чел (83%)
Повышение ЛАД	18 чел (31%)	15 чел (29,4%)	6 чел (60%)	4 чел (66,7%)
Признаки гипертрофии и/или дилатации ПЖ	5 чел (8,6%)	7 чел (13,7%)	4 чел (40%)	2 чел (33,3%)
КДРЛЖ > 5,2 см	6 чел (10,3%)	10 чел (19,6%)	4 чел (40%)	3 чел (50%)
Снижение ФВ < 55%	4 чел (6,9%)	8 чел (15,7%)	2 чел (20%)	2 чел (33,3%)

**Результаты и обсуждения.** Полученные нами результаты показали, что у 40,8% обследованных больных с хронической обструктивной болезнью легких была выявлена сопутствующая артериальная гипертензия, у 8% - сахарный диабет, у 4,8% - имелось сочетание всех трех патологий и только у 46,4% наблюдалась изолированная ХОБЛ. При этом в группах, имеющих сочетанную патологию, преобладали пациенты с III степенью тяжести заболевания, тогда как 58,7% больных с изолированной ХОБЛ имели II степень тяжести. Также необходимо отметить, что среди больных ХОБЛ, страдающих сахарным диабетом и сахарным диабетом в комбинации с артериальной гипертензией, преобладали женщины (60% и 66,7% соответственно), а в группе пациентов без сопутствующей патологии 58,7% составили мужчины.

Анализ факторов риска показал, что во всех группах отмечался достаточно высокий процент курящих пациентов (от 33,3% до 60%), в то время как нарушение жирового обмена преобладало у пациентов с сочетанной патологией. В частности, среди пациентов с сопутствующей АГ количество больных с ожирением составило

58,8%, в группе с сопутствующим СД - 90% и у пациентов четвертой группы - 100%.

Исследование функции внешнего дыхания выявило более низкие показатели МСВ и ОФВ1 у больных с сопутствующей кардиоваскулярной и эндокринной патологией, что вероятно объясняется большим количеством пациентов с тяжелым течением ХОБЛ в этих группах. В свою очередь, определение процента насыщения крови кислородом (SaO<sub>2</sub>) у 80% обследованных больных с сопутствующим сахарным диабетом и у 83% пациентов с сочетанной тройной патологией также выявило признаки дыхательной недостаточности, тогда как в первых двух группах данный показатель составил 55% и 53% соответственно.

Оценка степени нарушения легочно-сердечной гемодинамики по данным ЭХОКГ показала, что у пациентов хронической обструктивной болезнью легких с сопутствующим сахарным диабетом, а также сахарным диабетом в комбинации с артериальной гипертензией, чаще встречаются такие осложнения как легочная артериальная гипертензия и хроническое легочное сердце по сравнению с больными с изолирован-

ной ХОБЛ. Помимо этого, в группах больных с сочетанной патологией чаще выявлялись признаки левожелудочковой сердечной недостаточности, а именно - увеличение размеров левого желудочка и снижение фракции выброса (ФВ).

#### Заключение

Таким образом, на основании проведенного нами исследования можно сделать следующие выводы:

- артериальная гипертония является одним из частых коморбидных состояний у больных хронической обструктивной болезнью легких;
- у пациентов с тяжелой обструкцией чаще встречаются АГ и СД;
- среди больных, страдающих ХОБЛ в сочетании с СД, а также имеющих три патологии (ХОБЛ+СД+АГ), преобладают женщины;
- возможно рассматривать ожирение как один из маркеров наличия таких коморбидных состояний, как хроническая обструктивная болезнь легких, сахарный диабет и артериальная гипертония;
- у больных ХОБЛ в сочетании с сахарным диабетом чаще встречается развитие таких осложнений как дыхательная недостаточность и хроническое легочное сердце.

#### Литература

1. World Health Report. Geneva: World Health Organization. Available from URL: <http://www.who.int/whr/2000/en/statistics.htm>; 2000.
2. Lopez AD, Shibuya K, Rao C, Mathers CD, Hansell AL, Held LS, et al. Chronic obstructive pulmonary disease: current burden and future projections. *Eur Respir J* 2006;27(2):397-412.
3. Ng TP, Niti M, Tan WC, Cao Z, Ong KC, Eng P. Depressive symptoms and chronic obstructive pulmonary disease: effect on mortality, hospital readmission, symptom burden, functional status, and quality of life. *Arch Intern Med* 2007 Jan 8;167(1):60-7.
4. Stavem K, Aaser E, Sandvik L, Bjornholt JV, Erikssen G, Thaulow E, et al. Lung function, smoking and mortality in a 26 year follow up of healthy middleaged males. *Eur Respir J* 2005;25(4):618-25.
5. Anthonisen NR, Connett JE, Enright PL, Manfreda J. Lung Health Study Research Group. Hospitalizations and mortality in the Lung Health Study. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 166: 333-9.
6. Кубышкин В.Ф., Солдатченко С.С., Коновалов В.И. Особенности течения хронических обструктивных заболеваний легких в сочетании с системной артериальной гипертензией. *Тер. арх.* 1985; 2 (57): 114-6.
7. Бобров В.А., Фуштейн И.М., Боброва В.И. Системная артериальная гипертензия при хроническом обструктивном бронхите: современные взгляды и новые понимания. *Клин. мед.* 1995; 3: 24.
8. Задионченко В.С., Адашева Т.В., Шилова Е.В. и соавт. Клинико-функциональные особенности артериальной гипертонии у больных хроническими обструктивными болезнями легких. *РМЖ*, 2003, 9,535-538
9. Карпов Ю.А., Сорокин Е.В. Особенности лечения артериальной гипертонии при хронических обструктивных заболеваниях легких. *РМЖ*, 2003, 19 1048-1051
10. Кароли Н.А. Хроническая обструктивная болезнь легких и сердечно-сосудистая патология: клинико-функциональные взаимоотношения и прогнозирование течения. Дис. ... д-ра мед. наук. М., 2007
11. Задионченко В.С., Погонченкова И.В., Адашева Т.В. Монография "Артериальная гипертония и хроническая обструктивная болезнь легких". М., 2005
12. Задионченко В.С., Адашева Т.В. Глава "Артериальная гипертония у больных хронической обструктивной болезнью легких". Руководство по артериальной гипертонии под редакцией акад. Е.И Чазова, проф. И.Е.Чазовой. М.: Медиа Медика, 2005
13. Адашева Т.В., Федорова И.В., Задионченко В.С. и др. Клинико-функциональные характеристики артериальной гипертонии у больных хронической обструктивной болезнью легких. *Сердце*. 2009; 6:23-9
14. Титова Е.А. Особенности течения и лечения хронической обструктивной болезни легких в сочетании с сахарным диабетом. Дис. ... д-ра мед. наук. Барнаул, 2009

## МЕТАКРЕЗОЛ В ЛЕЧЕНИИ ЭРОЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Курманбаева Н.А., Кылавуз Р., Осмоналиева Р.К.,  
Джакыпова А.К., Лагутина О.В.

*Кафедра акушерства и гинекологии № 2,  
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика*

**Резюме.** В работе представлены результаты применения метакрезола у 35 женщин с целью лечения псевдоэрозии шейки матки и явлений эндоцервицита.

При применении метакрезола отмечалась достаточно хорошая эпителизация шейки матки. У всех женщин за время лечения наблюдалась нормализация влагалищной флоры. Наши исследования показали, что использование метакрезола является эффективным методом лечения псевдоэрозии шейки матки с явлениями эндоцервицита.

**Ключевые слова:** псевдоэрозия шейки матки, кольпит, кольпоскопия, бактериоскопическое исследование, эндоцервицит.

## THE USED OF METACREZOL IN TREATMENT OF EROSION UTERINE CERVIX

Kurmanbaeva N.A., Kilavuz R., Osmonaliev R.K.,  
Jakypova A.K., Lagutina O.V.

*Department of obstetrics and gynecology № 2,  
Kyrgyz State Medical Academy of the name I.K. Ahunbaev,  
Kyrgyzstan. Bishkek*

**Summary.** In work presents results of adoption of metacrezol of 35 women for treatment of psevdooerosion utrine cervix and endocervicitis.

Very good epitelization of uterine cervix was apparent with adoption of metacrezol. The normalization of vagina flora was treated of all women. Our researches showed use of metacrezol turn effective methods of the treatment of erosion uterine cervix and endocervicitis.

**The keywords:** erosion of uterine cervix, colpitis, colposkopic researches, bacterioscopic researches, endocervicitis.

## МЕТАКРЕЗОЛДУН ЖАТЫНДЫН МОЮНЧАСЫНДАГЫ ЖАРАГА КОЛДОНУЛУШУ

Курманбаева Н.А., Кылавуз Р., Осмоналиева Р.К.,  
Джакыпова А.К., Лагутина О.В.

*Акушерство жана гинекология кафедрасы № 2,  
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы,  
Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы*

**Корутунду.** Жатындын моюнчасындагы жарада метакрезолду колдонууда 35 айым дарыланып, текшерилип жыйынтыгы чыгарылды. Метакрезолду колдонууда жатын моюнчасындагы жаралар жакшы эпителизацияланып бүткөн. Бардык айымдардын ушул текшерилип жаткан убакыттын ичинде жыныс кынындагы флоралар өзүнө келип нормалдалган. Биздин текшерүүлөрдүн жыйынтыгында метакрезолду жатын моюнчасындагы жарага колдонуунда эффективдуу экендиги далилденди.

**Цель исследования:** изучить результаты лечения эрозии шейки матки метакрезолом.

Псевдоэрозия шейки матки занимает одно из ведущих мест в структуре гинекологической патологии и представляет собой риск развития предраковых изменений и рака шейки матки, который продолжает занимать одно из ведущих мест в структуре онкологической заболеваемости [1].

В структуре фоновых процессов шейки матки ведущее место занимают псевдоэрозии (эктопии). По данным Е.Б.Рудаковой (2001), частота псевдоэрозий составляет 38,8%. При наличии гинекологических заболеваний этот процент повышается до 49,2, а у нерожавших женщин до 25 лет - до 52,2-90% [3]. В генезе псевдоэрозий шейки матки наряду с нарушением гормонального баланса, воспалением, травмой существенное значение имеет нарушение местного иммунитета, роль которого в защите от возникновения и прогрессирования рака шейки матки доказана [4]. Согласно концепции местного иммунитета слизистые оболочки защищают внутреннюю среду организма благодаря кооперации неспецифических механизмов защиты и специфического иммунного барьера [5]. Местный иммунитет шейки матки наряду со специфической деятельностью по обеспечению иммунного "надзора" выполняет морфогенетическую функцию, играя важную роль в процессах физиологической репаративной регенерации, а также опухолевого роста [6]. Это дает основание для использования в комплексном лечении препаратов, нормализующих местный иммунитет.

#### **Материал и методы исследования**

Нами проведено обследование 48 больных с приобретенной рецидивирующей псевдоэрозией шейки матки. Возраст обследованных колебался от 27 до 40 лет. Средний возраст пациенток составил  $34,0 \pm 1,4$  года. Все обследованные пациентки в зависимости от метода лечения были разделены на 2 группы, сопоставимые по возрасту, клинико-anamnestическим данным и результатам комплексного обследования.

В анамнезе у всех обследованных отмечено лечение псевдоэрозии, что подтверждает

крайне высокую частоту рецидивов и недостаточную эффективность существующих методов лечения. Консервативная терапия с использованием противовоспалительного лечения и стимулирующих репаративные процессы масел и мазей отмечалась у 6 больных.

Заболевания, передаваемые половым путем, в анамнезе отмечали 29 (82,8 %) женщины, при этом 17 (48,6 %) лечились неоднократно. Инфекционные процессы женской половой сферы сочетались с воспалительными заболеваниями мочевыводящей системы у каждой третьей больной. На первом месте из возбудителей генитальных инфекций в анамнезе стояли хламидии, которые отмечены у 9 (31,0%) больных, 5 (17,2%) - страдали трихомониазом, 8 (27,6%) - микоплазмозом, герпетическая и папилломавирусная инфекция - у 7 (24,1%). У каждой второй женщины были эпизоды вагинального кандидоза и бактериального вагиноза.

Нарушения менструальной функции были в анамнезе у 13 (27,1 %) больных. Изучение репродуктивной функции показало, что у 26 (54,2%) обследованных были 1 роды, у 14 (29,2%) - 2 родов, при этом на разрывы шейки матки указывали 9 (18,8%) обследованных. Аборты в анамнезе отмечали более половины пациенток.

Всем больным проведено комплексное обследование. При обследовании у всех больных выявлена осложненная приобретенная псевдоэрозия шейки матки.

Основными жалобами пациенток были периодические длительные выделения из половых путей, нередко с неприятным запахом, чувством дискомфорта или жжения в области наружных половых органов. Такие жалобы отмечены более чем у половины обследованных.

При анализе менструальной функции (рис 1) выявлено позднее менархе у 3 (6,2 %) больных, нарушение менструальной функции по типу атрезии фолликула у 6 (12,5%), по типу персистенции фолликула у 2 (4,2%), недостаточность второй фазы менструального у 2 (4,2%). Средняя продолжительность менструального цикла составила  $26,4 \pm 2,5$  дня, продолжительность менструаций -  $5,9 \pm 1,3$  дня.

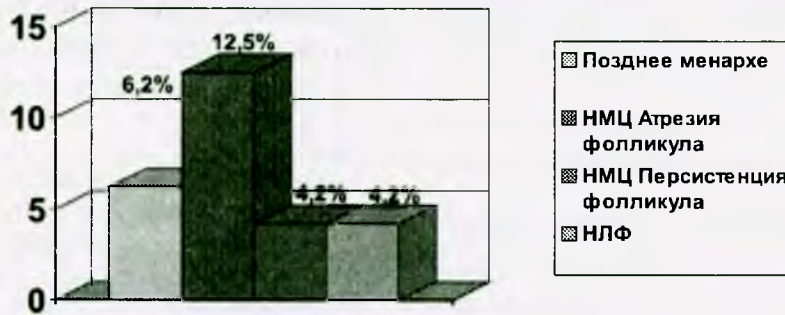


Рисунок 1. Анализ менструальной функции пациенток.

Кольпоскопически у всех больных выявлены эктопия с зоной трансформации, множественными открытыми и закрытыми протоками желез, признаки очагового или диффузного вагинита. У каждой пятой пациентки обнаружены аномальные кольпоскопические признаки: ацетобелый эпителий, мозаика, пунктуация, которые локализовались в пределах зоны трансформации в различных сочетаниях друг с другом.

Все обследованные пациентки основной группы - 35 человек принимали свечи "Метакрезол". Контрольную группу составили 13 женщин, получавшие традиционные методы лечения.

Больным контрольной группы проводили комплексную терапию сексуально-трансмиссивных инфекций с одновременной ликвидацией патогенной банальной микрофлоры и последующей коррекцией микробиоценоза влагалища и контролем излеченности.

Кроме используемых современных антибактериальных препаратов, назначаемых в соответствии с выявленным патогенным агентом, при наличии патологии шейки матки особое значение приобретает применение препаратов местного действия. Для местного антибактериально-

го лечения используется большое количество разнообразных влагалищных лекарственных средств широкого спектра действия.

На втором этапе пациенткам контрольной группы проводили химическую коагуляцию солковагином или ваготилом.

Больным основной группы местно использовали свечи с поликрезуленом ("Метакрезол").

Механизмом действия поликрезулена является поражение бактерий, грибков, и трихомонад обусловленной кислой средой препарата, за счет которой сгущаются некротизированные, поврежденные или патологически затронутые клетки с последующим устранением этих тканей. Из-за кислой среды препарата суппозитории также обладают вяжущим и сосудосуживающим эффектом, что ведет к кровоостанавливающему эффекту, происходит стимуляция регенерации тканей. Здоровый эпителий не поражается. Из преимуществ Метакрезола необходимо отметить тот факт, что применение препарата не оказывает токсического действия на организм при местном применении. Пациентки основной группы вставляли свечи один раз в сутки на ночь в течение 6 дней.



Эффективность лечения оценивали по жалобам больной и данным комплексного обследования, которое включало осмотр шейки матки при помощи зеркал, кольпоскопию, цитологическое исследование через 3 дня, 6 дней и после очередной менструации.

Уже в первые три дня отмечено положительное влияние Метакрезола. Выделения из половых путей были скудными, светлыми, не вызывающими чувства дискомфорта. Эпителизация заканчивалась к началу следующего менструального цикла. Применение Метакрезола (одного курса) при псевдоэрозии шейки матки в сочетании с воспалительным процессом шейки матки и влагалища эффективно у 24 женщин (68,6 %). У 11 пациентов (31,4%) требовался повторный курс лечения.

В контрольной группе эффективность лечения составила 38,5% (5 человек), остальным женщинам требовалось повторное лечение.

Кольпоскопическая картина после применения метакрезола улучшилась: отмечалось восстановление эпителиального пласта. При бактериоскопическом исследовании наблюдалась нормализация влагалищной флоры.

Таким образом, наши исследования показали, что применение Метакрезола (поликрезуле-

на) является эффективным методом лечения псевдоэрозии шейки матки в сочетании с воспалительными заболеваниями влагалища.

#### Литература

1. Бабаева А.Г. Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. // М. - 1995. - № 9. - 23-24.
2. Быкова В.П. Достижения клинической оториноларингологии. // М. - 1985. - 62 с.
3. Вишнякова С.В., Пекарев О.Г., Ефремов А.В. Возможности оптимизации лечения псевдоэрозии шейки матки. // Гинекология. - 2002. - Том 04, № 4. - С. 13 - 16.
4. Егорова В.Н., Смирнов М.Н. Terra medica. // М. - 1999. - № 2. - 15 с.  
Заболевания шейки матки (клинические лекции). // Под ред. В.Н. Прилепской. М.: Медпресс. - 1997. - 87 с.
5. Кетлинский С.А., Симбирцев С.С., Воробьев А.А. Эндогенные иммуномодуляторы. // СПб. - 1992. - 256 с.
6. Практическая гинекология. // Под ред. В.И. Кулакова и В.Н. Прилепской. - М.: Медпресс. - 2001. - 57 с.
7. Патология влагалища и шейки матки. // Под ред. В.И. Краснопольского. - М., 1997. - 271 с.
8. Рудакова Е.Б. Псевдоэрозии шейки матки. // Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - Омск. - 1996. - 24 с.
9. McQuay Henry J. Ann Intern Med. // 1997. - 126 p.
10. Takehara K. Nippon Sanka Fugiuca Gakkai Zasshi 1996; 48 (11): 106 p.

## ОПЫТ РАБОТЫ "ШКОЛЫ БОЛЬНОГО ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ" В КЫРГЫЗСТАНЕ

Баева Р.Н.

*Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К.Ахунбаева*

**Резюме.** Целью работы явилась оценка эффективности разработанной нами образовательной программы для больных ЯБ двенадцатиперстной кишки. В исследование было включено 100 мужчин в возрасте от 18 до 40 лет, страдающих язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) из числа обратившихся в Центры семейной медицины (ЦСМ) г. Бишкек. Анализ данных проведенного анкетирования подтвердил низкий исходный уровень знаний больных о своем заболевании. Практически все участники продемонстрировали неудовлетворительный уровень знаний. Результаты повторного тестирования показали, что приобретенные пациентами из ГВ знания о ЯБ оказались на довольно высоком уровне. Проведенная нами технология обучения в "Школе больного ЯБ" является важным методом повышения эффективности лечения и может быть рекомендована для широкого внедрения в практику работы амбулаторно-поликлинических учреждений.

**Ключевые слова:** язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, обучение больных, школа больного язвенной болезнью, образовательные программы, визуально-аналоговая шкала боли, эзофагогастродуоденоскопия, *Helicobacter pylori*.

## КЫРГЫЗСТАНДАГЫ "ЖАРАТ ИЛДЕТИ МЕНЕН СЫРКООЛОГОН ООРУЛУАРДЫН МЕКТЕБИНИН" ТАЖРЫЙБАСЫ

Баева Р.Н.

*И.К. Ахунбаев атындагы КММА*

**Коругунду.** Жасалган жумуштун максаты - он эки эли ичегинин жарат илдети менен сыркоологондор үчүн иштетилип чыккан ооруу боюнча билимин жогорулатуучу программанын эффективдүүлүгүн баалоо. Изилдөөгө Бишкек шаарынын үй-бүлөөлүк медицина борборунун кайрылган 18 жаштан 40 жашка чейинки 100 эркек катышты. Изилдөөнүн натыйжасында ооруулардын өздөрүнүн илдети жөнүндө билим деңгээли өтө төмөн экенин дадиленди. Окутуу аяктагандан кийин, кайталанган тестирилөөнүн жыйынтыгында жарат илдети жөнүндө билим алган тайпадагы ооруулардын билим деңгээли жогору экени билинди. Биз өткөргөн окутуулар жарат илдети менен сыркоологондор үчүн эффективдүү болду, анткени ооруулардын өздөрүнүн илдети жөнүндө маалыматтандырылгандыгы көз көрүнө оңолду жана ооруу рецидивине каршы дарыланганда көбүрөөк көңүл бурганы билинди. Демек, биз келтирген "Жарат илдети менен сыркоологондордун мектебинде" окутуу технологиясы эффективдүү дарылоодо маанилүү болуп саналат жана амбулатордук-эмканалык практика жүзүндө кенен колдонууга сунушталат.

**Негизги сөздөр:** он эки эли ичегинин жарат илдети, ооруулууларды окутуу, ичеги карын жарат илдети бар ооруулуулардын мектеби, ооруулуулардын билимин жогорулатуу программасы, оорунун көрүнө-аналогдук шкаласы, эзофагогастродуоденоскопия, *Helicobacter pylori*.

## EXPERIENCE 'SCHOOL PATIENTS WITH PEPTIC ULCER IN KYRGYZSTAN

Baetova R.N.

*Kyrgyz State Medical Academy. I.K. Ahunbaeva*

**Resume.** The aim of the work was evaluation of efficacy of developed educational program for patients with duodenal ulcer. 100 men with duodenal ulcer aged from 18 till 40 years from those who addressed to Family Medicine Centers (FMC) in Bishkek were included in the study. Data analysis of the survey confirmed low initial educational level of patients on the disease. Almost all participants showed

unsatisfactory awareness. The results of repeated testing showed that acquired educational level of patients from the group of intervention is at a fairly high level. Our educational technology "School for patients with duodenal ulcer" is an important method of increase of efficacy of treatment which can be recommended for wide introduction into practice of outpatient facilities.

**Keywords:** duodenal ulcer, patient education, School of patients with peptic ulcer, educational programs, and visual analog scale pain, esophagogastroduodenoscopy, *Helicobacter pylori*.

**Введение.** Язвенная болезнь (ЯБ) - одно из распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта, которое поражает людей трудоспособного возраста, часто рецидивирует, вызывает ряд осложнений, приводит к длительной потере трудоспособности, значительно ухудшает качество жизни [1, 5, 8].

В настоящее время разработаны стандартизированные методы диагностики и лечения ЯБ [1, 5, 10, 15]. Однако, не смотря на теоретические успехи, практика свидетельствует, что на первичном уровне здравоохранения в Кыргызстане эффективность лечения остается недостаточной, увеличивается число осложнений, оперативных вмешательств [3].

В настоящее время в мировой медицинской практике признано, что одним из прогрессивных методологических подходов в лечении хронических неинфекционных заболеваний является организация системы обучения больных, которая может осуществляться как в стационаре, так и на амбулаторном этапе [13]. При многих хронических заболеваниях показано, что обучение принципам ведения здорового образа жизни, осмысленному и правильному соблюдению рекомендаций врача, способам самоконтроля способствует стабилизации состояния больного и улучшает клиническое течение болезни. В связи с этим, на базе кафедры госпитальной терапии Кыргызской Государственной медицинской академии (КГМА) организована "Школа для больных язвенной болезнью".

**Целью** нашей работы явилась оценка эффективности разработанной нами образовательной программы для больных ЯБ двенадцатиперстной кишки.

**Материал и методы.** В исследование было включено 100 мужчин в возрасте от 18 до 40 лет, страдающих язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) из числа обратившихся в Центры семейной медицины (ЦСМ) г. Бишкек. План исследования включал: клинический осмотр (сбор жалоб, анамнеза,

объективный осмотр), проведение эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) с количественной оценкой обсемененности *Helicobacter pylori* (HP), оценку исходного уровня знаний пациентов о своем заболевании. Для объективной оценки интенсивности болевого синдрома мы использовали визуально-аналоговую шкалу (ВАШ). Диапазон колебаний от 1 до 7 баллов в следующей градации: 0 баллов - нет боли, 1 - боль слабая, 2 - легкая боль, 3 - боль ощутимая, 4 - умеренная боль, 5 - сильная боль, 6 - мучительная боль, 7 - боль очень сильная.

Исходный уровень знаний пациентов оценивался по анкете, специально разработанной на кафедре госпитальной терапии КГМА, включающей 23 вопроса. Выбор правильного ответа оценивался в 1 балл. Общая сумма баллов подсчитывалась и оценивалась по следующим критериям: 20-17 - знания расценивались как "хорошие", 16-14 - "удовлетворительные", 13 и менее баллов - "неудовлетворительные знания".

После исходного обследования пациенты-участники были разделены на 2 группы по 50 чел. в каждой: группу вмешательства (ГВ) и группу контроля (ГК). Средний возраст пациентов из ГВ составил  $31,7 \pm 10,5$  лет, в ГК -  $33,8 \pm 10,5$  лет соответственно (различия между группами статистически не значимы). Давность заболевания колебалась от 1 до 5 лет и в среднем, составила  $2,3 \pm 3,0$  лет в ГВ и  $4,4 \pm 3,4$  лет - в ГК ( $p=0,1$ ).

Всем больным проводилось противоязвенное медикаментозное лечение. В качестве эрадикационной терапии всем больным назначали: амоксициллин 2000 мг в сутки, метронидазол 1000мг в сутки в течение 7 дней, фамотидин (квamatел) 40мг в сутки в течение 4-6 недель [15].

В последующем контрольная группа наблюдалась врачами ЦСМ, а в группе вмешательства проводилось обучение.

Образовательная программа включала в себя различные элементы: 7 лекций в малых группах; 2-3 индивидуальных занятия; дополни-



тельные групповые занятия.

Для прослушивания лекций пациенты были объединены в группы по 7-8 человек. Лекционный материал был представлен в виде презентаций Power Point. Продолжительность мультимедийной презентации составляла 20-25 минут, затем лектор отвечал на вопросы пациентов и в заключение обсуждались и обобщались основные положения презентации. Общая продолжительность лекции составляла 35-40 минут.

Для стационарных больных занятия проводились 3 раза в неделю в течение 2-х недель. Амбулаторные больные обучались на базе кафедры госпитальной терапии КГМА 2 раза в неделю в течение 3-4-х недель.

Индивидуальные занятия проводились с целью отработки принципов самоконтроля своего состояния, коррекции поведения больного при изменении течения ЯБ и разработки индивидуальной программы лечебно - профилактических мероприятий. Индивидуальные занятия строились в виде бесед по 30 минут. Количество индивидуальных занятий определялось степенью усвоения материала каждым участником.

Во время занятий для лучшего усвоения материала пациентам предоставлялись памятки, брошюры и методические рекомендации, разработанные на кафедре госпитальной терапии КГМА и освещающие основные вопросы профилактики и лечения ЯБ, а также принципы и методы самоконтроля своего состояния для больных ЯБ.

Через 1 год проводилось повторное анкетирование всех участников, а также ЭГДС через 4 недели после начала лечения всем пациентам и через 1 год, пациентам, предъявляющим жалобы.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета статистических программ STATISTICA от STATSOFT. Данные представлены в виде средних величин  $\pm$  стандартное отклонение ( $M \pm \sigma$ ).

Полученные результаты и их обсуждение. Основными клиническими проявлениями явились боль, изжога, отрыжка кислым, то есть типичные клинические проявления гиперацидного состояния (табл.1.). Большая часть пациентов (84,0%) жаловались на голодные ночные

боли, характерные для локализации язвы в двенадцатиперстной кишке, причем прием пищи как фактор облегчения боли отмечали 68,0% больных.

Прием болеутоляющих препаратов требовался 22 пациентам (22,0%). 1 участник (1,0%) отмечал облегчение болей после употребления алкоголя.

Средний балл по шкале ВАШ у наших участников составил  $6,0 \pm 1,5$ , следовательно, пациенты отмечали интенсивный болевой синдром.

Не менее важными для больных язвенной болезнью (ЯБ) являются характер питания и соблюдение диеты, учитывая тот факт, что ее нарушение способствует обострению заболевания. Как показали данные анкеты, большинство пациентов не считают необходимым придерживаться определенного характера питания: 85% участников диету не соблюдают и только 11 чел. (11%) придерживаются ее во время обострения заболевания. Кроме того, нерегулярность приема пищи отмечали 70% больных.

До начала нашего исследования большая часть (76%) больных не получала базисного трехкомпонентного противоязвенного лечения; 18% обследуемых периодически при обострении состояния получали короткий курс болеутоляющих препаратов, и только 6% принимали антисекреторные средства.

Анализ данных проведенного анкетирования подтвердил низкий исходный уровень знаний больных о своем заболевании (рис 1.). Практически все участники продемонстрировали неудовлетворительный уровень знаний, а средний балл составил  $10,6 \pm 2,6$  балла. Максимальный балл при всех правильных ответах должен достигать 23.

Опрос выявил, что 64% считали, что полное излечение при ЯБ невозможно. Как оказалось, 40% участников имели неправильное представление о причинах развития заболевания, а 28% участников не знали о существовании различных видов медикаментозных препаратов для контроля ЯБ, полагая, что наиболее эффективно оперативное лечение. Более половины участников (66%) не знали о возможных осложнениях ЯБ. Помимо этого, 62% пациентов не знали о связи НР с обострениями ЯБ, 27% участников считали, что курение не оказывает негативного влияния на состояние здоровья боль-

ного ЯБ.

По результатам ЭГДС наличие перифокального воспаления в виде отека слизистой, гиперемии вокруг язвенного дефекта выявлено у 24% обследованных, что является типичным эндоскопическим признаком воспаления (табл.2.). У 34 чел. (34%) дно язвы было покрыто фибрином, что характерно для свежей язвы. А такие признаки как тромбы в области язвенного дефекта, свидетельствующие о давности язвы, встречались у единичных пациентов. Это можно объяснить тем, что стаж заболевания у большей части пациентов не превышал 2-х лет.

Почти у половины пациентов язвенный дефект наблюдался на передней стенке двенадцатиперстной кишки, что не расходится с данными литературы о наиболее частой локализации язвы именно в этой зоне [7]. Второй по частоте поражений была задняя стенка ЛДПК, что наблюдалось у 36% участников. Другие локализации встречались реже.

На сегодняшний день этиологическая роль НР в развитии ЯБ не вызывает сомнений [5, 10]. Как показали результаты ЭГДС в нашем исследовании, у всех 100% обследованных пациентов был выявлен НР, причем важно подчеркнуть что почти у половины пациентов (48,0%) наблюдалась высокая обсемененность НР ? 4 степени, а у 17,0% больных была выявлена 3 степень обсемененности (табл.3.).

При повторном анализе после проведенного вмешательства у всех больных отмечалось статистически значимое снижение интенсивности болевого синдрома и диспепсических явлений (изжоги, отрыжки, дискомфорта), однако эти различия были более выражены у пациентов из ГВ (табл. 1.).

Так, до обучения на боли жаловались все обследованные пациенты, а после проведения ОП болевой синдром отмечали только 16% больных из ГВ ( $p < 0,001$ , ?-84%) по сравнению с 68% участников из ГК ( $p < 0,001$ , ?-32%, ?1/?2=2,63).

Таблица 1

Клиническая характеристика пациентов обследуемых групп до и после проведенного обучения

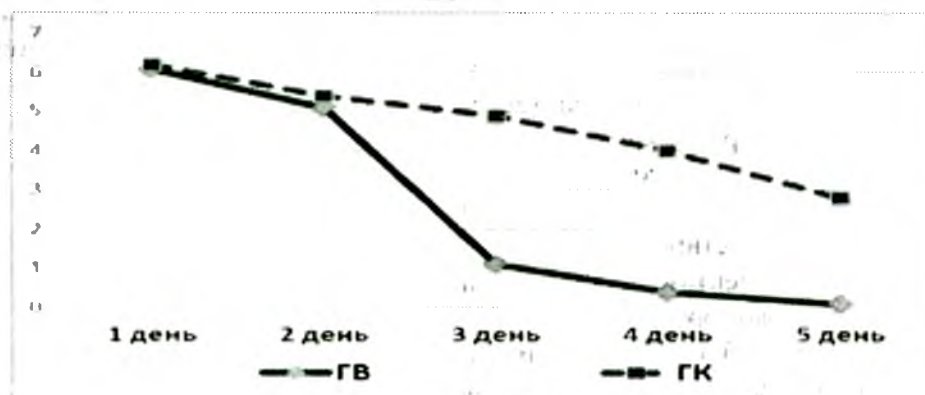
Показатель	Исходно	ГВ			ГК		
		%	Δ	p	%	Δ	p
Боль	100	16,0	-84	<0,001	68,0	-32	<0,001
Изжога	73	8,0	-65	<0,001	42,0	-31	0,002
Отрыжка	82	36,0	-46	<0,001	24,0	-58	<0,001
Тошнота	7	0	-7	0,06	6,0	1	0,82
Рвота	4	0	-4	0,2	4,0	0	1,0
Снижение аппетита	56	12,0	-44	<0,001	12,0	-44	<0,001
Вздутие живота	4	10,0	6	0,14	0	-4	0,2
Дискомфорт	27	6,0	-21	0,002	0	-27	<0,001
Запоры	7	4,0	-3	0,47	0	-7	0,06

Аналогичные показатели в ГК не изменились. Выраженность боли по ВАШ в 1-й день составила  $6,1 \pm 1,6$ , в ГК -  $6,2 \pm 1,4$  балла ( $p = 0,65$ ), следовательно пациенты обеих групп отмечали интенсивный болевой синдром (рис 1.).

На 2-е сутки составила  $5,1 \pm 1,1$  балла в ГВ и

$5,4 \pm 1,4$  балла в ГК (различия статистически не значимы).

На 3-и сутки -  $1,1 \pm 1,2$  балла в ГВ и  $4,9 \pm 0,8$  в ГК, на 4-е сутки -  $0,4 \pm 0,7$  балла в ГВ и  $4,0 \pm 0,7$  в ГК и на 5-е сутки -  $0,1 \pm 0,3$  балла и  $2,8 \pm 0,7$  соответственно (различия статистически значимы).



Также очень важно отметить, что под влиянием проведенного обучения в ГВ возросла приверженность пациентов к соблюдению диеты. Так, при исходном анализе результатов исследования только 11% участников придерживались диеты во время обострения заболевания, соответственно после обучения - 88% (76%, различия статистически значимы).

Изменилось отношение больных и к режиму питания: до обучения только 29% участников стремились к регулярному приему пищи, после обучения - 88% ( $\Delta 59\%$ ,  $p < 0,001$ ).

В ГК также наблюдалось увеличение числа пациентов, соблюдающих диету, но менее выражено: с 11% до 30% ( $\Delta 19\%$ ,  $p < 0,004$ ,  $\Delta_1/\Delta_2=4,0$ ). Отношение к режиму питания не изменилось: только 32% участников утвердительно ответили на этот вопрос ( $\Delta 3\%$ , различия статистически не значимы,  $\Delta_1/\Delta_2=19,7$ ).

В табл. 2. представлены основные ЭГДС-признаки, помимо язвенного дефекта, выявленные при обследовании у наших участников до и после вмешательства.

Таблица 2

Показатели ЭГДС у пациентов обеих групп до и после вмешательства

Признак	Исходно	ГВ			ГК		
		%	$\Delta$	p	%	$\Delta$	p
Эзофагит	24	4	-20	0,02	12,0	-12	0,08
Эрозии	2	0	-2	0,31	0	-2	0,31
Перифокальное воспаление	21	0	-21	0,005	16,0	-5	0,47
Налет фибрина	34	0	-34	<0,001	20,0	-14	0,08
Тромбы	1	0	1	0,48	0	-1	0,48

Рубцевание язвенного дефекта наблюдалось у 48 участников из ГВ (96%,  $\Delta 96\%$ ,  $p < 0,001$ ) и у 34 чел. (68%,  $\Delta 68\%$ ,  $p < 0,001$ ) из ГК ( $\Delta_1/\Delta_2=1,55$ ).

Обсеменность НР позволяет оценить эффективность проведенной антибактериальной терапии.

Таблица 3

Обсемененность *Helicobacter pylori* по данным обследования пациентов до и после вмешательства

Обсемененность	Исходно	ГВ			ГК		
		%	$\Delta$	p	%	$\Delta$	p
2 степени	1,0	0	1	0,48	0	-1	0,48
2-3 степени	3,0	0	-3	0,22	0	-3	0,22
3 степени	31,0	0	-31	<0,001	24	-7	0,37
3-4 степени	17,0	4	-13	0,002	20	3	0,65
4 степени	48,0	0	-48	<0,001	0	-48	<0,001

Можно предположить, что обученные больные были более привержены к лечению и более дисциплинированно выполняли рекомендации врача, в том числе, касающиеся регулярного приема антибактериальных препаратов, соблюдения дозы и длительности курса.

Результаты повторного тестирования показали, что приобретенные пациентами из ГВ знания о ЯБ оказались на высоком уровне: 46 чел. (92%,  $p < 0,001$ ) набрали 17 и более баллов при ответах на вопросы тестов, из них верно на все вопросы ответили 4 участника (рис.2.).

Хорошая усвояемость знаний объясняется, вероятно, тесным контактом врача и пациента, возможностью более детального рассмотрения интересующих больного вопросов, а при необходимости - повторных бесед по пройденному материалу с целью его закрепления.

В контрольной группе статистически значимых изменений в уровне знаний не наблюдалось: большая часть участников (94%) показала неудовлетворительный уровень знаний и только 5 чел. (10%) получили оценку "удовлетворительно".

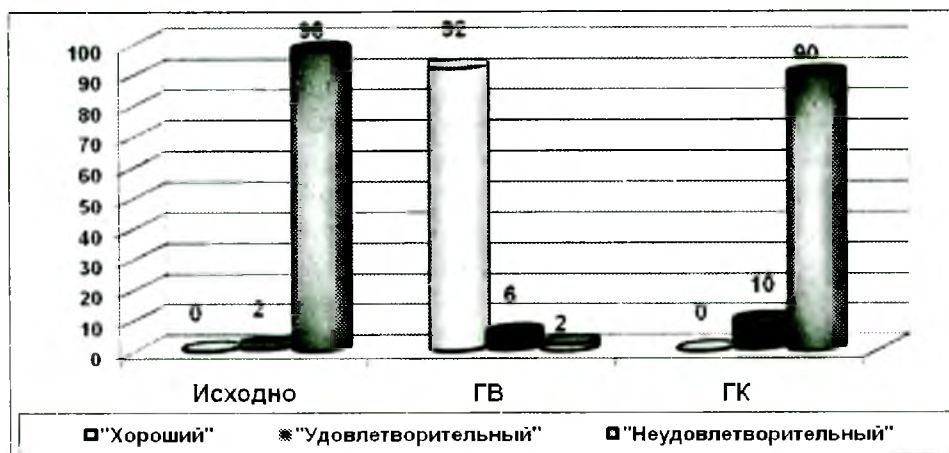


Рис. 2. Уровень знаний пациентов до и после вмешательства

Примечание: \* - различия статистически значимы

Таким образом, средняя сумма баллов в ГВ возросла и составила  $18,3 \pm 1,4$  балла (различия статистически значимы), в ГК - особо не изменилась, по сравнению с исходным уровнем и составила  $13,9 \pm 2,5$  балла соответственно ( $p = 0,93$ ).

Следовательно, проведенное нами обучение больных язвенной болезнью оказалось эффективным, оно достоверно улучшило осведомленность пациентов о своем заболевании и повысило приверженность пациентов к проведению противорецидивного лечения. Следовательно, предложенная нами технология обучения в "Школе больного ЯБ" является важным методом повышения эффективности лечения и может быть рекомендована для широкого внедрения в практику работы амбулаторно - поликлинических учреждений.

#### Выводы

1. Образовательная программа повышает уровень знаний пациентов, что оказывает поло-

жительное влияние на клиническое течение болезни, частоту успешной эрадикации *Helicobacter pylori* и рубцевание язвенного дефекта.

2. Разработанная образовательная программа для больных язвенной болезнью является эффективным дополнительным методом вмешательства и может быть рекомендована для широкого внедрения.

#### Литература

1. Абдулхаков Р.А., Гриневич В.Б., Иванников И.О., Исаков В.А., Кудрявцева Л.В. Схемы тройной терапии язвы луковицы двенадцатиперстной кишки на основе препарата Де-нол // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии - 2000. - №2. - С. 26-30.
2. Булкина Л.С., Белевский А.С. Образовательные программы для больных бронхиальной астмой: мировой опыт//Коллектив авторов, 1994. - С.89-90.
3. Бримкулов Н.Н., Курумшиева А.Ш., Мергенбаева Т.К. Язвенная болезнь желудка и двенадцати-

перстной кишки. Методические рекомендации для клинических ординаторов и семейных врачей/ КРСУ. - Бишкек, 2002. - С. 1 - 3.

4. Бримкулов Н.Н., Курумшиева А.Ш., Мёргенбаева Т.К., Лобанченко О.В. Образовательные программы в лечении и реабилитации больных заболеваниями внутренних органов. Методические рекомендации для студентов и врачей/ КГМА, КРСУ. - Бишкек, 2001. - 19 с.

5. Григорьев П.Я. Рекомендации врачу по лечению больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. ГМЦ МЗ РФ РГМУ МЗ РФ, 2002. 4с.

6. Еникеев А.Х., Замотаев Ю.Н., Коломеец Н.М. Анализ поведенческих и эмоциональных характеристик личности больных гипертонической болезнью и влияние терапевтического обучения на качество жизни//Клиническая медицина. - 2009. - №1. - С.58-62.

7. Минушкин О.Н., Зверков И.В., Елизаветина Г.А., Масловский Л.В. Язвенная болезнь (учебное пособие для врачей). М., 1995.

8. Ahmed D, Brooks H, McConnell M, Barbezat G. Antibiotic resistance in *Helicobacter pylori*: is it a problem in New Zealand?// N Z Med J 2004;117:U1022.

9. Becker M.H. Understanding patient compliance:

the contributions of attitudes and other psychosocial factors. New directions in patient's compliance. (ed. S. Cohen). Lexington Books, New York, 1979.

10. Cameron EA, Powell KU, Baldwin L, Jones P, Bell GD, Williams SG. *Helicobacter pylori*: antibiotic resistance and eradication rates in Suffolk, UK, 1991-2001. // J Med Microbiol 2004;53:535-8.

11. Capen G.L., Dedlow E.R., Robillard R.H., Fuller B.M., Fuller S.P. The team approach to pediatric education. // *Pediatr-Nurs.* - 1994 Vay-Jun; 20(3): 231-7.

12. Clark N.N., Evans D., Zimmerman B.J. Patient and family management: theory - based techniques for the clinical// *J. Astma.* -1994. -V.31. -№6. -P.427 - 435.

13. Clinicians handbook of preventive services. 2-nd ed. 1988

14. Ley P. Toward better doctor -patient communication contributions from social and experimental psychology. London, Oxford University P, 1997.

15. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C et al. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection - the Maastricht 2 - 2000 Consensus Report. *Aliment Pharmacol Ther* 2002; 16(2); 167-80.

16. Smeets F. Patient education and quality of life// *Eur. Respir. Rev/* -1997. -Vol.42. -№7. -P.85 - 87.

## ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ КОРТИКОСТЕРОИДОВ В ЛЕЧЕНИИ НЕВРИТА ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА.

Гайдамак В.В., Джумагулов О.Д.,

*Кафедра офтальмологии КГМА им. И.К. Ахунбаева. Кыргызстан, Бишкек.*

**Резюме.** В работе впервые предложена методика адресной доставки кортикостероидов (кеналога) непосредственно в очаг воспаления при лечении неврита зрительного нерва.

**Ключевые слова:** Атрофия зрительного нерва, неврит зрительного нерва, кеналог.

## WAYS TO IMPROVE USING CORTICOSTEROIDS TO TREAT OPTIC NEURITIS.

Gaidamak V. V., Djumagulov O.D.,

*Ophthalmology Department of KSMA names after I.K. Ahyntbaev.  
Kyrgyzstan, Bishkek.*

**Summary.** The assignments, for the first time, submits methods of delivery corticosteroids (kenalog) directly to nidus inflammation during optical nerve treatment.

**Key words:** optic atrophy, optic neuritis, kenalog.

## КӨРҮҮЧҮ НЕРВДИН НЕВРИТ ООРУСУН ДАРЫЛООДО КОРТИКОСТЕРОИДДЕРДИ КОЛДОНУУНУ ЖОГОРУЛАТУУ.

Гайдамак В.В., Джумагулов О.Д.,

*И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик академиясынын офтальмология кафедрасы.  
Кыргызстан, Бишкек.*

**Резюме.** Илимий изилдөөдө көрүүчү нервдин неврит оорусунун сезгенүүсү найда болгон жерге кортикостероиддерди (кеналогду) жеткирүүнүн ыкмасы сунушталган.

**Негизги сөздөр:** Көрүүчү нервдин атрофиясы, көрүүчү нервдин неврит оорусу, кеналог.

Неврит зрительного нерва (НЗН) - воспалительный процесс в зрительном нерве. В большинстве случаев заболевание захватывает как ствол, так и оболочки нерва. Различают собственно неврит зрительного нерва и ретробульбарный неврит. В первом случае в воспалительный процесс вовлекается диск зрительного нерва, что и является предметом нашего исследования.

В этиологии НЗН можно выделить пять групп заболеваний, вызывающих развитие неврита зрительного нерва [1].

1. Воспалительные заболевания мозга и его оболочек: менингиты, энцефалиты. Приводят к развитию нисходящих невритов зрительного нерва.

2. Общие острые и хронические инфекции: грипп, ангина, рожа, сыпной тиф, оспа, малярия, сифилис, туберкулез, бруцеллез и другие.

3. Фокальные очаги инфекции: воспалительные процессы придаточных пазух носа, зубов, отиты, тонзиллиты.

4. Воспалительные заболевания глазного яблока и орбиты, травмы глаза: флегмона глазницы, периостит, ретинит, ретинальные перифлебриты, воспалительные процессы в роговице, радужке, цилиарном теле и другие.

5. Заболевания внутренних органов инфекционного происхождения (чаще нефриты).

Лечение НЗН зависит от этиологии процесса. Оно должно сводиться к антибактериальной и десенсибилизирующей терапии, направленной

на ликвидацию основного заболевания, осмотерапии, дезинтоксикации, кислородотерапии, применению спазмолитических средств и витаминов [1].

Общепринятой методикой лечения НЗН является назначение больших доз кортикостероидов внутривенно и перорально [2]. Однако попадание в организм одновременно большого количества кортикостероидов может отрицательно сказаться на состоянии различных органов и систем [3].

Цель поисковой работы: повышение эффективности комплексного лечения больных с невритом зрительного нерва путем адресной доставки кортикостероидов в воспалительный очаг.

Материалы и методы. Для осуществления цели нами разработана методика введения кортикостероидов непосредственно к зрительному нерву. Для этого предполагается через субтеноново пространство создать тоннель к зрительному нерву и ввести 0,5 мл кеналога. Кеналог - синтетический кортикостероидный препарат с длительным противовоспалительным действием [4]. В данной модели лечения НЗН отпадает необходимость назначения больших доз кортикостероидов внутривенно или внутрь.

Перед началом работы были произведены исследования на кроликах. Пяти кроликам одновременно было введено в субтеноново пространство 0,5мл кеналога. Кролики выводились из эксперимента на 5, 7, 14, 21, 28-е сутки.

Были сделаны срезы в области диска зрительного нерва и приготовлены гистологические препараты. При осмотре которых под микроскопом было выявлено, что наше вмешательство не вызвало каких-либо нежелательных морфологических нарушений со стороны зрительного не-

рва (не было обнаружено ни спаечного процесса, ни воспаления, ни сдавления нервных волокон).

Результаты и обсуждения. Под наблюдением находились 6 больных (7 глаз) с невритом зрительного нерва, четверем из них (5 глаз) было произведено введение кеналога в субтеноново пространство. При последующем наблюдении было отмечено улучшение зрительных функций с 1/2 гр. l. incerta до 0,1-0,3, в одном случае функции глаза остались без изменения.

Двум больным проводилось стандартное лечение, в результате чего зрительные функции не изменились. Мы считаем, что доставка кеналога непосредственно к очагу приводит к более быстрому купированию воспаления и к надежной протекции зрительного нерва.

Заключение: предварительные результаты предлагаемой нами методики лечения НЗН путем адресной доставки кортикостероидов в очаг воспаления в минимально-повреждающей дозе для организма в целом, но достаточной для купирования воспалительного процесса, свидетельствует об ее эффективности и простоте выполнения.

#### Литература

1. Густов А.В., Сигрианский К.И., Столярова Ж.П.. Практическая нейроофтальмология.- Нижний Новгород, 2003.-с.104-108.
2. В. Хаппе. Офтальмология.- Москва, 2004.-с.205.
3. Е.А. Егоров, Ю.С. Астахов, Т.В. Ставицкая. Офтальмофармакология.-М., 2005.-с. 171-179.
4. Справочник лекарственных средств.- 2006 [Эл. ресурс]: Справочное издание/ М.А. Ключев, Р.С. Скулков, В.Я. Ермаков.- Электрон. текстовые дан.-М.: Книжный Дом Локус, 2006

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДАННЫХ МИКРОВОЛНОВОЙ И ИНФРАКРАСНОЙ ТЕРМОМЕТРИИ НА ПРОЕКЦИИ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ШЕИ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Гашаева Ф.Б., Буваев Ш. И.

*Кыргызская государственная медицинская академия имени И. К. Ахунбаева,  
кафедра оториноларингологии  
Медицинский центр КГМА имени И. К. Ахунбаева  
Бишкек, Кыргызстан*

**Резюме.** Показана сравнительная оценка данных микроволновой и инфракрасной термометрии при исследовании лимфатических узлов шеи.

**Ключевые слова:** глубинная радиотермометрия, инфракрасная термометрия, регионарные лимфатические узлы.

## МӨЮН ЛИМФА БҮРТҮКЧӨЛӨРҮНҮН РАДИОТОЛКУНДУК ЖАНА ИНФРАКЫЗЫЛНУР ӨЛЧМДӨРҮНҮН САЛЫШТЫРМА КӨРСӨТМӨСҮ

Гашаева Ф.Б., Буваев Ш. И.

**Көрутунду.** Макалада моюн лимфа бүртүкчөлөрүнүн тереңдүү жана инфракызыл термометриялык норма критерийлери баяндалат.

**Негизги сөздөр:** тереңдүү радиотермометрия, инфракызылнур, термометрия, лимфа бүртүкчөлөрү.

## COMPARATIVE ESTIMATION OF RESULTS OF MICROWAVE AND INFRA-RED THERMOMETRY ON A PROJECTION OF LYMPH NODES OF A NECK AT HEALTHY THE VOLUNTEER

**Resume.** In article we showed radio and infrared thermometric criteria of norm at research of lymph nodes of a neck.

**Key words:** deep radio thermometry, infrared thermometry, lymphadens.

**Введение.** Медицинская термография является сравнительно новой диагностической технологией. Впервые медицинское применение регистрации электромагнитных волн, с целью диагностики, было осуществлено в 1956 г. канадским врачом Р. Лоусоном [1,3]. Он применил метод регистрации волн инфракрасного спектра электромагнитной шкалы для диагно-

стики рака молочной железы и, по существу, дал начало развитию нового направления диагностики в медицине. С развитием науки в конце XX века были разработаны принципиально новые термографы с высокой разрешающей способностью, с возможностью регистрации волн различного диапазона электромагнитной шкалы. Микроволновое излучение



- электромагнитное излучение, включающее в себя сантиметровый и миллиметровый диапазон радиоволн (от 30 см - частота 1 ГГц до 1 мм - 300 ГГц). Температурные изменения, по данным авторов, обычно предшествуют структурным изменениям в патологических очагах, которые обнаруживаются при рутинных методах исследования. Принцип радиотермометрических методов предлагает концепцию профилактики развития заболеваний, в частности онкологических, на уровне еще функциональных, а не органических изменений.

Радиотермометр РТМ-01-РЭС включает в себя 2 радиоканала: микроволновый и инфракрасный. Методика нашла широкое применение в маммологии, гинекологии, неврологии, урологии, хирургии и других областях медицины. Наибольший опыт применения РТМ-01-РЭС накоплен в маммологии. По данным исследования, проведенным в Медицинском Центре КГМА, чувствительность метода по выявлению рака молочной железы составила 86% [2]. Полученные данные согласуются с результатами клинических испытаний, проведенных в ведущих центрах РФ, где чувствительность метода, по данным авторов, составляет 85-94%. Радиотермометрическое исследование околоносовых пазух у детей с аденоидными вегетациями оказалось весьма эффективным методом диагностики и динамического контроля лечения сопутствующих нарушений пневматизации верхнечелюстных пазух [4]. Также разработаны радиотермометрические критерии нормы и патологии при заболеваниях почек, щитовидной железы, при аппендиците [5].

**Целью** исследования является оптимизация ранней диагностики метастазов рака гортани в регионарные лимфатические узлы шеи с применением глубинной радиотермометрии.

**Материалы и методы.** Одной из задач нашего исследования являлась разработка и внедрение в широкую клиническую практику "портрета" радиотермометрического исследования регионарных лимфатических узлов шеи у здоровых лиц. Для выполнения данной задачи нами проведено радиотермометрическое исследование на проекции лимфатических узлов у 121 добровольца - 57 женщин (47,1%)

и 64 мужчин (52,9%), у которых по данным жалоб и объективного осмотра при оро-, фаринго-, ларингоскопии отсутствовали признаки указывающие на наличие заболеваний полости рта, глотки и гортани. Радиотермометрические исследования проводились в помещении с достаточно устойчивым микроклиматом (комнатная температура в пределах от 22 до 25°C), с использованием радиоволнового и инфракрасного датчиков комплекса РТМ-01-РЭС. Исследования проводились в горизонтальном положении, после 10-15 минут температурной адаптации. Измерения производятся контактным способом, т. е. датчик прикладывается к коже на проекции исследуемых групп лимфатических узлов последовательно, согласно предложенного ранее нами шаблона. По данным электродинамического моделирования при использовании радиодатчика диаметром 38 мм, высотой 45 мм, и частотой 3,8 ГГц объем измерения составил 21,476 см<sup>3</sup>, глубина - 24 мм и ширина - 40 мм. По результатам обследования высчитаны стандартные статистические показатели: средняя арифметическая (M), среднее квадратическое отклонение (?), ошибка средней арифметической (m) и критерий Стьюдента (t). Использован общепринятый в медицинских исследованиях критерий достоверности (p<0,05).

**Собственные результаты.** Средний возраст лиц данной группы составил 45.5±1.22 лет. M±m для микроволнового и инфракрасного датчиков составили 35.1°C±0.04 и 34.1°C±0.03 соответственно (p<0.001). По данным радиоволнового датчика выявлено достоверное различие (p<0.001) на проекции лимфатических узлов глубокой яремной лимфатической цепи (35.2°C±0.01) относительно других точек (34.9°C±0.03). Между тем, при применении инфракрасного датчика достоверного различия данных между указанными группами не выявлено (p>0.05). Анализ радиотермограмм в зависимости от возраста показал, что с возрастом отмечается тенденция к снижению температурных данных при микроволновой радиотермометрии от 35.2°C±0.1, в первой возрастной группе, до 34.8°C±0.07 в шестой, и по данным инфракрасной термометрии от 34.2°C±0.04 до 33.9°C±0.05 соответственно.



**Заключение.** Таким образом, полученные нами результаты радиотермометрического исследования у здоровых добровольцев, позволяют утверждать, что с возрастом отмечается тенденция к снижению температурных показателей. Данные микроволнового датчика достоверно выше показателей инфракрасного датчика. Разница между симметричными участками составила не более 0,6 °С. Учитывая симметричное распределение температурных данных относительно срединной линии тела, нарушение этой симметрии и служит основным критерием радиотермометрической диагностики заболеваний. Преимущества метода (безвредность, неинвазивность, наглядность) позволяют рекомендовать его для широкого применения в исследовании лимфатических узлов, в том числе и при метастатическом поражении.

**Литература.**

1. Иваницкий Г. Р. Тепловидение в медицине.- Вестник Российской Академии Наук, 2006, том 76, №1, с. 48-62
2. Макиева К. Б. Оптимизация ранней диагностики образований молочной железы: Автореферат дисс. к.м.н.- Бишкек.- 2010.-21с.
3. Мустафин Ч. К. Радиотермометрические основы исследования молочных желез.- Медицинская визуализация №3 2006 стр. 32-37
4. Нуркеев Н. Б. Повышение эффективности диагностики и хирургического лечения аденоидных вегетаций у детей с использованием эндоскопических методов: Автореф. дисс. канд. мед.наук.- Бишкек.-2010.- 22 с.
5. Ширшов В. Н. Глубинная радиотермометрия в диагностике и динамическом контроле лечения острого пиелонефрита: Автореф. дисс. канд. мед.-наук.- Москва.-2003.- 24 с.

ФИО автора: Буваев Шухрат Икрамович, тел.: 0555 48 35 72, rtmkgma@mail.ru

## АСИММЕТРИЧНАЯ ФАКОТРИСЕКЦИЯ - НОВЫЙ МЕТОД БЕСШОВНОЙ МАНОУАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ КАТАРАКТЫ МАЛЫМ РАЗРЕЗОМ

Т.Б. Сайдахметов, А.А. Ботбаев, О.Д. Джумагулов  
*Кафедра офтальмологии КГМА*

**Резюме.** В работе представлены техника и результаты асимметричной факотрисекции - нового метода современной бесшовной мануальной хирургии катаракты с малыми самогерметизирующимися тоннельными разрезами. Всего было прооперировано 20 больных (20 глаз). Новая методика позволила добиться высоких функциональных результатов.

## АСИММЕТРИЯЛЫК ФАКОТРИСЕКЦИЯ - КАТАРАКТАНЫН ЧАКАН ТИЛИНГЕН ТИГИШСИЗ МАНОУАЛДУУ ХИРУРГИЯСЫНЫН ЖАНЫ ЫКМАСЫ

Т.Б. Сайдахметов, А.А. Ботбаев, О.Д. Джумагулов  
*КММАнын офтальмология кафедрасы*

**Резюме.** Бул иште асимметриялык факотрисекциянын - катарактанын чакан озу тыгыздалып бириге турган тоннелдик тилинген тигишсиз мануалдуу хирургиясынын жаңы заманбап ыкмасынын техникасы жана натыйжалары берилген. Бардыгы 20 оорулуу адамга (20 козго) операция жасалган. Жаны ыкма жогорку функциялык натыйжаларга жетишуге мумкунчулук берди.

## ASYMMETRIC PHACOTRISECTION - A NEW METHOD FOR SUTURELESS MANUAL SMALL INCISION CATARACT SURGERY.

T.B. Saydakhmetov, A.A. Botbaev, O.D. Dzhumagulov  
*Ophthalmology Department, Kyrgyz State Medical Academy*

**Summary.** The paper presents the technique and the results of asymmetric phacotrisection - a new method of modern sutureless manual cataract surgery with small self-sealing tunnel incisions. There were operated 20 patients (20 eyes). The new technique has made it possible to achieve high functional results.

**Введение.** Современная хирургия катаракты - это преимущественно бесшовная хирургия с малыми самогерметизирующимися тоннельными разрезами с использованием фактоэмульсификатора, лазера, а также мануальная (механическая) хирургия катаракты, заключающаяся в удалении катаракты через самогерметизирующийся тоннельный разрез различной длины в зависимости от методики проводимой операции. В последние годы ультразвуковая фактоэмульсификация стала основным методом хирургии катаракты малым разрезом, особенно в развитых

странах. Однако также широкое распространение, особенно в развивающихся странах, получили современные методы мануальной хирургии катаракты малыми разрезами без использования ультразвука, которые могут приводить к быстрому и стабильному восстановлению зрения, сравнимому аналогичному после фактоэмульсификации [1 - 18]. Более того, современная мануальная хирургия катаракты малым разрезом имеет много преимуществ над фактоэмульсификацией (например, отсутствие необходимости дорогостоящего оборудования и соответ-

ственно дешевизна самой операции, а также меньший риск возникновения осложнений при твердых катарактах, часто встречающихся в развивающихся странах, в частности в Кыргызстане). При продвинутой мануальной хирургии катаракты используется относительно малый бесшовный само-адаптирующийся разрез.

Таким образом, поиск не дорогих, без энергетических, доступных и в то же время эффективных способов бесшовной мануальной хирургии катаракты малым разрезом является актуальным.

**Цель исследования.** Разработка асимметричной факотрисекции - новой методики мануальной факофрагментации при хирургии катаракты с использованием малых самогерметизирующихся разрезов.

**Материал и методы исследования.** В исследование были включены 20 больных (8 мужчин и 12 женщин) с возрастными и осложненными катарактами в возрасте от 40 до 80 лет (в среднем 62,8 года). В 16 случаях асимметричная факотрисекция выполнялась через склеро-корнеальный разрез шириной в 4.0 - 4.5 мм с имплантацией мягкой складывающейся акриловой интраокулярной линзы (ИОЛ). В 4 случаях асимметричная факотрисекция выполнялась через склеро-корнеальный разрез шириной в 5,0 - 5,5 мм с имплантацией жесткой модели ИОЛ.

Всем больным до и после операции проводилась визометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, рефрактометрия, тонометрия. Послеоперационный период оценивали по 4 степеням по Федорову С.Н. и Егоровой Э.В. (10). Результаты оценивались на 5-6 сутки, 1 месяц и 3 месяца после операции.

Диаметр и плотность ядра оценивалась по 5 степеням по Buratto L. (13). В 4 случаях имелись ядра с 4 степенью плотности, в 10 случаях - 3 степени, в 6 случаях - 2 степени плотности. Катаракты с ядром 5 степени плотности в данное исследование включены не были.

В качестве инструментов для фрагментации ядра при асимметричной факотрисекции использовались изогнутый факобисектор Ботбаева производства компании Rumex (США) и хрусталиковая металлическая петля производства компании Janach (Италия). Рабочая часть изогнутого факобисектора Ботбаева имеет изгиб с углом в 120 градусов. Нижний край рабочей ча-

сти инструмента заточен для облегчения фрагментации особенно твердых ядер. Ширина наиболее широкой части хрусталиковой металлической петли составляла не более 3.0 мм.

Техника операции. Предложенный нами способ асимметричной факотрисекции при тоннельной экстракции катаракты осуществляется следующим образом. После обработки операционного поля и анестезии накладывают уздечный шов на верхнюю прямую мышцу для фиксации глазного яблока. Отступая от лимба на 1,5 - 2 мм производили склеральную насечку на 1/2 толщины склеры. С помощью расщепителя формировали склерокорнеальный тоннельный разрез шириной от 4.0 до 5,5 мм. Длина тоннельного склерокорнеального разреза составляла 3,0 - 4.0 мм. На 9 часах производили парацентез роговицы. В центральной конечной части тоннеля делался прокол глубоких слоев роговицы копьевидным ножом. В переднюю камеру вводили мезатон 1% - 0,1 мл и вискоэластик "Целофталь" или "Аповиск". При полной камере разрушалась передняя капсула хрусталика цистотомом по методу "консервной банки" или производился непрерывный капсулорексис, затем производилась гидродиссекция и гидроделианизация, частично производилась ирригация и аспирация. Вводили вискоэластик в переднюю камеру и с помощью шпателя, крючка Сински или цистотома вывихивали ядро хрусталика в переднюю камеру. Пространство вокруг ядра заполнялось вискоэластиком высокой плотности. В переднюю камеру вводится рабочая часть инструмента для фрагментации ядра хрусталика (патент №104, от 18.09.2007), позволяющего произвести фрагментацию ядра хрусталика на две несимметричные части без глубокого введения его рабочей части в переднюю камеру глаза. При этом введение инструментов внутрь глаза (в переднюю камеру) производилось на протяжении лишь части ядра, а не на всем его протяжении, что уменьшает риск травмирования эндотелия роговицы, радужки и задней капсулы хрусталика. Затем при помощи контрдействий изогнутого инструмента и петли производилось разделение ядра на три несимметричные части. При этом разделение ядра на три несимметричные части выполнялось двумя вариантами: обычно при малых ядрах - при однократном введении используемых для разделения ядра инст-

рументов в переднюю камеру, при средних и больших ядрах - при двукратном. В последнем случае перед каждым введением инструментов в переднюю камеру глаза вводилось достаточное количество вискоэластика высокой плотности. Части ядра сразу после разделения удалялись при помощи тех же инструментов, а оставшийся фрагмент (фрагменты) - при помощи клювонной петли. Далее проводилась ирригация и аспирация хрусталиковых масс и под прикрытием вискоэластика в капсульную сумку имплантировалась интраокулярная линза. В 16 случаях через склеро-корнеальный разрез шириной в 4,0 - 4,5 мм имплантировалась мягкая складывающаяся акриловая ИОЛ. В 4 случаях через склеро-корнеальный разрез шириной в 5,0 - 5,5 мм имплантировалась жесткая модель ИОЛ. Вымывали и аспирировали вискоэластик из полости глаза. Офтальмотонус восстанавливался за счет введения в переднюю камеру физиологического раствора и иногда пузырька воздуха. На наружный разрез тоннеля шов не накладывался, так как самогерметизация тоннельного разреза была достаточной. Под конъюнктиву вводили антибиотик с кортикостероидом.

**Результаты и обсуждение.** Техника асимметричной факотрисекции первоначально отрабатывалась с помощью изогнутого факобисектора Ботбаева и хрусталиковой металлической петли на ядрах, которые были получены после тоннельной экстракции катаракты с маневром "сэндвич". Затем методика применялась на глазах больных через 5,0 - 5,5 мм разрез, далее стало возможным применять методику при 4,0 - 4,5 мм тоннельных разрезах.

Выполнение асимметричной факотрисекции предлагаемым способом имеет некоторые особенности, обусловленные величиной и трехступенчатым профилем склерокорнеального тоннельного разреза. Пропускная способность тоннельного разреза тем меньше, чем меньше величина разреза. Поэтому чем больше ядро хрусталика, тем больше рекомендуется выполнять разрез. Процесс захвата и фрагментации ядра хрусталика в передней камере рекомендуется выполнять под прикрытием вискоэластика высокой плотности.

В случаях когда производится непрерывный капсулорексис для облегчения вывиха ядра в

переднюю камеру рекомендуется производить широкий непрерывный капсулорексис, иногда с дополнением 2 или 4 послабляющих насечек по краям капсулорексиса.

Необходимо отметить, что при мягких катарактах величину разреза можно было уменьшить до 3,25 - 3,5 мм при наличии хрусталиковой металлической петли с меньшей шириной, чем та, которая применялась при данном исследовании.

Из осложнений во время операции в 1 случае было незначительное отслоение десцеметовой оболочки в районе основного разреза.

Из послеоперационных осложнений отмечались:

- транзиторная гипертензия, компенсированная медикаментозным лечением - в 2 случаях;
- незначительный отек роговицы в зоне разреза - в 5 случаях;
- незначительный отек роговицы, распространяющийся на центральную зону роговицы - в 2 случаях.

В послеоперационном периоде ареактивное течение отмечалось у 17 больных, экссудативная реакция 2 степени отмечалась у 3 больных.

Отек роговицы в подавляющем большинстве случаев обычно купировался на фоне медикаментозного лечения к моменту выписки на 4 - 6 сутки после операции и существенно не оказывало влияния на остроту зрения. Это свидетельствует о низкой травматичности метода.

Индуцированный послеоперационный астигматизм при тоннельных разрезах в 4,0-4,5 мм в среднем составил 0,25+/-0,25 диоптрий, а при тоннелях в 5,0 - 5,5 мм - 0,75+/- 0,25 диоптрий. Острота зрения до операции колебалась от 1/2 проeclia lucis certa до 0,2. Средняя острота зрения с коррекцией при выписке составляла в среднем 0,81, через три месяца - 0,88.

#### **Выводы:**

- 1) предложенная методика асимметричной факотрисекции позволяет удалять катаракту различной степени плотности через малые самонастраивающиеся тоннельные разрезы;
- 2) асимметричная факотрисекция, будучи безопасной, надежной, малотравматичной и фактически являющейся альтернативой ультразвуковой факотрифульвификации, позволяет добиться высоких функциональных результатов.

## Литература

1. Баранов И.Я., Балашова Т.В., Дятлов В.Н. Техника упрощенной модификации тоннельной экстракции катаракты. - Евро-Азиатская конф. По офтальмохирургии 1-я. - Екатеринбург, 1999. - С. 32),
2. Блюменталь М., Е. Ассия, И. Мойсеев. "Мануальная экстракапсулярная экстракция катаракты". Жур. "Офтальмохирургия", № 4, 1995, С. 59 - 62).
3. Ботбаев А.А. Хирургия катаракты малыми разрезами // Материалы второй Центрально-Азиатской конференции по офтальмологии "Иссык-Куль, 29-30 июня 2007 года" - С. 70 - 71.
4. Иошин И.Э. и соавт. "Тоннельная экстракция катаракты при перезревании и подвывихе хрусталика" // Новое в офтальмологии, - 2000. - 2 - С. 33-34).
5. Иошин И.Э., Виговский А.В., Арутюнян И.А. и др. "Метод сегментарного разлома ядра при факоэмульсификации катаракты" ". Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии. Москва 2005 с. 123-12
6. Момозе А. "Бесшовный малый разрез при экстракапсулярной экстракции катаракты без применения факоэмульсификации" // Офтальмохирургия, - 1995. - 4. - С. 54-58
7. Наджем Ф.А., Ботбаев А.А. Туннельная экстракция катаракты с новым методом выведения ядра хрусталика. Бишкек, Вестник КРСУ, т. 3, 2003).
8. Тахчиди Х.П., Шиловских О. В. "Способ экстракции катаракты через малый тоннельный разрез (варианты). // Патент Российской Федерации 2157677. - Вариант 2. - Бюл. 29. - 2000].
9. Феличе Миранти и соавт. "Упрощенная мануальная факобисекция - альтернатива факоэмульсификации" // Офтальмохирургия. - 1998. - 2. - С. 18-25).
10. Федоров С.Н., Егорова Э.В. Ошибки и осложнения при имплантации искусственного хрусталика. - М.: - Медицина, 1992. - 246 с
11. Akura J., MD, S. Kaneda, MD, M. Ishihara, MD, K. Matsuura, MD. Quarters extraction technique for manual phacofragmentation / Journal of Cataract Refractive surgery, 2000, volume 26, Number 9.
12. Aravind Srinivasan. Nucleus management with irrigating vectis. - Indian Journal of Ophthalmology: 2009, 57:19 - 21)
13. Buratto L. Хирургия катаракты: Переход от экстракапсулярной экстракции катаракты к факоэмульсификации. - Fabiano Editore, 1999. - С. 41 - 105).
14. David Mcintyre, Chapter 21: "Phacosection", F.J. Gutierrez-Carmona, "Phaco without the phaco", 2005 - С. 255 - 267).
15. Fry L.T. The phacosandwiche technique. - Rozakis G. M. Et al. Cataract surgery. Alternative small incision techniques. - Thorofare: Slack Inc., 1990, - P. 72 - 100)
16. Gutierrez-Carmona F.J.. Manual multi-phacofragmentation through a 3.2 mm clear corneal incision // J Cataract Refract Surgery 2000; 26:1523-1528.
17. Hepsen I.F., Cekic O., Bayramlar H., Totan Y. Small incision extracapsular cataract surgery with manual phacotrision // J. Cataract Refract. Surg. - 2000. - Vol.26.- №7. - P.1048 - 1051.
18. Kansas P.G. Phacofracture. Cataract Surgery// Alternative small incision cataract techniques. - Thfofare: Slak. Inc., 1990. - P. 45 - 69).

## МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ АЛЬВЕОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

А.А. Абдиев

*Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Городская клиническая больница № 1, г. Бишкек, Кыргызская Республика*

**Резюме.** Обследовано и оперировано 84 больных, из которых у 36 выполнены радикальные и у 48 условно-радикальные операции. Функциональные нарушения печени выявлены у большинства больных. Даны методы предоперационной подготовки и ведения больных после операции, направленные на профилактику печеночной недостаточности.

**Ключевые слова:** печень, альвеококкоз, радикальные и условно-радикальные операции, печеночная недостаточность, меры профилактики.

## БООР АЛЬВЕОКОККОЗУ ДАРТЫНДАГЫ БООР ЖЕТИШСИЗДИГИН АЛДЫН АЛУУ ШАРТТАРЫ

А.А. Абдиев

*И.К. Ахунбаев атындагы кыргыз мамлекеттик медицина академиясы, №1 шаардык оорукана, Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы*

**Корутунду.** Изилдөөлөрдөн кийин 84 бейтапка операция жасалды, алардын ичинен 36 бейтапка радикалдуу жана 48 бейтапка шарттуу радикалдуу операция жасалды. Бейтаптардын көпчүлүгүндө боордун көрсөткүчтөрүндө өзгөрүү катталды. Операцияга чейинки жана операциядан кийинки боордун жетишсиздигин алдын алуу ыкмалары берилди.

**Негизги создор:** Боор, альвеококкоз, радикалдуу жана шарттуу-радикалдуу операциялар. боор жетишсиздиги, алдын алуу шарттары.

## PROPHYLACTIC METHODS OF HEPATIC INSUFFICIENCY ON HEPATIC ALVEOCOCCOSIS

A.A. Abdiev

*I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, municipal clinical hospital №1. Bishkek city, Kyrgyz Republic*

**Summary.** There were studied and operated 84 patients. Radical operations were fulfilled in 36 patients, and conditionally radical operations were carried out in 48 patients. Liver functional disturbances were in most cases. The methods of preoperative preparation and patient conducting are presented here, and these methods are directed to the prophylaxis of hepatic insufficiency.

**Key words:** liver, alveococcosis, radical and conditionally radical operations, hepatic insufficiency, prophylactic methods.

К тяжелым и сложным паразитарным заболеваниям печени относится альвеококкоз. Число больных с этой патологией последние годы значительно увеличилось [1,2]. Сложность диагностики альвеококкоза заключается в том, что это заболевание длительное время протекает бессимптомно с проявлением лишь неопределенных общих признаков (слабость, быстрая утомляемость, потеря веса и др.). И лишь тогда, когда процесс охватывает большую зону печени или возникает осложнение, больные обращаются к врачу [4,6]. При этом, как отмечают многие исследователи, необходимо использовать такие методы диагностики как УЗИ, компьютерную томографию и магнитно-резонансную томографию, чтобы выявить истинный характер заболевания.

Основным методом лечения альвеококкоза печени является хирургический, и при этом выполняются радикальные операции (патологический процесс полностью удаляется), условно-радикальные (основной узел удаляется, но часть пораженной ткани печени остается) и паллиативные (создаются условия для оттока желчи) [3]. К сожалению, удельный вес радикальных операций все еще остается не велик (20-25%), что обусловлено поздним поступлением больных на оперативное лечение [4,7]. На долю условно-радикальных операций также приходится не более 25-30%.

Несмотря на то, что к настоящему времени детально отработаны все этапы операции, проведение предоперационной подготовки и лечение после операции с учетом нарушенных функций печени, нередко возникает печеночная недостаточность, которая и является основной причиной летальности при альвеококкозе [6]. Идут поиски мер, которые бы предотвратили прогрессирование этого осложнения в послеоперационном периоде.

**Цель работы** – оценить эффективность мер профилактики печеночной недостаточности после радикальных и условно радикальных операций, выполненных по поводу

альвеококкоза печени

**Материал и методы исследования.** Под наблюдением находилось 112 больных альвеококкозом печени, оперированных в хирургических отделениях городской клинической больницы № 1, г.Бишкек. Из них женщин было 84, мужчин – 28. Возраст колебался от 17 до 72 лет. Из 112 больных радикальные операции выполнены у 36, условно-радикальные – у 48.

При поступлении больных, помимо общеклинических методов исследования, использовали УЗИ, компьютерную томографию и по показаниям магнитно-резонансную томографию и определение функционального состояния печени (билирубин, тимоловая проба, трансаминазы, общий белок) и почек (мочевина, креатинин). Из числа больных, которым выполнены радикальные и условно-радикальные операции, несмотря на комплекс выполненных исследований, у 2 диагнозов альвеококкоза был установлен лишь в момент операции, что подтверждает трудности диагностики этого заболевания.

**Результаты и их обсуждение.** До операции у всех больных, у которых планировали радикальные и условно радикальные операции, исследовали печеночные и почечные тесты (табл.) и при этом установили, что у большинства наблюдаются нарушения функции печени.

При анализе результатов лабораторных исследований было установлено повышение уровня билирубина у большинства больных (72 чел.) и лишь у 12 он был в норме. Также отмечены изменения и в уровне трансаминаз, их содержание было значительно повышено и отмечено также повышение мочевины и креатинина. Учитывая полученные данные мы особое внимание уделили предоперационной подготовке, которая включала внутривенное введение глюкозы 5 или 10% - 400,0 с добавлением инсулина 5 ед., комплекса витаминов группы В и С, альбумина 100-200 мл, реополиглюкина 400 мл. Предоперационная подготовка продолжалась не более 5-6 дней.



Таблица 1

Показатели функционального состояния печени и почек до и после операции

Сроки обследования	Число обследованных	Стат. показатели	Печеночные и почечные тесты						
			билирубин, мк/моль/л	тимоловая проба, ед.	АЛТ, мккат/л	АСТ, мккат/л	общий белок, %	мочевина	креатинин
До операции	84	$M_1 \pm m_1$	184,8 ±3,2	8,6 ±0,4	0,28 ±0,03	0,24 ±0,02	62,5 ±0,71	7,3 ±0,71	120,1 ±2,41
На 3 сутки после операции	82	$M_2 \pm m_2$	124,5 ±4,7	8,1 ±0,3	0,31 ±0,06	0,26 ±0,03	60,1 ±0,62	6,8 ±0,62	108,6 ±1,92
При выписке	84	$M_3 \pm m_3$	22,1 ±0,72	5,2 ±0,09	0,14 ±0,02	0,12 ±0,03	68,4 ±0,41	5,2 ±0,51	102,2 ±0,71
P - степень достоверности		$M_1 - M_2$	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05
		$M_1 - M_3$	<0,001	<0,01	<0,001	<0,001	<0,01	<0,01	<0,05

Операции выполняли под эндотрахеальным обезболиванием и при радикальных и условно радикальных использовали методику Тон-Тхат-Тунг [5], которая, на наш взгляд, менее травматична и сопровождается меньшей кровопотерей, что имеет немаловажное значение для поддержания функции печени и почек.

В момент операции для защиты печени осуществляли реканализацию пупочной вены и через нее осуществляли инфузионную терапию в течение всей операции и в послеоперационном периоде на протяжении 4-5 дней, а после извлечения катетера из реканализированной пупочной вены, инфузионную терапию осуществляли традиционно – в вену. В момент операции в пупочную вену вводили растворы глюкозы с комплексом витаминов, рефортан, реполиглюкин, введение аутокрови при значительной кровопотере, эритроцитарную массу, плазму, альбумин, гептрал. Введение растворов через пупочную вену обеспечивало на нормальном уровне гемодинамику печени, особенно при пережатии печеночно-дуоденальной связки.

Большое значение имела кровопотеря в момент операции, так как при значительной кровопотере нарушается функция печени и почек, поэтому в период выполнения операции стремились выполнять тщательный гемостаз, а на раневую поверхность печени при ее резекции фиксировали круглую связку печени. Эта мера предотвращала возникновение вторичного кровотечения после операции.

Лабораторные исследования выполняли на 3 сутки после операции и при этом уже в этот срок отметили достоверное снижение уровня билирубина и креатинина, а остальные показатели были на уровне дооперационных величин, либо снижение их было незначительным.

Повторное обследование было выполнено к моменту выписки из стационара (это 12-14 день после операции). К этому сроку у большинства больных билирубин снизился до нормы и лишь у 3 больных он был повышенным. Достоверно снизился уровень тимоловой пробы, АЛТ, АСТ, достигла нормы мочевины и креатинин, оставались повышенными АЛТ и АСТ, что требовало назначения медикаментозного лечения после выписки из стационара. При анализе показателей печени и почек в динамике ни у одного оперированного больного прогрессирования нарушения функции печени и почек нами не выявлено.

**Таким образом, полученные нами данные позволяют сделать выводы:**

1. при альвеококкозе печени имеет место нарушение функции печени, что указывает на значительное поражение печени и риск возникновения печеночной недостаточности;

2. использование разработанного нами подхода в момент операции является хорошей мерой профилактики печеночной и почечной недостаточности, что подтверждается результатами исследований, выполненных на 3 сутки после операции;

3. к моменту выписки не все показатели достигают нормы, что является основанием для назначения медикаментозной терапии.

#### Литература

1. Абдуллаев А.Г., Милонова В.И., Царенко И.А. Компьютерная томографическая диагностика объемных образований печени различного генеза // Хирургия. – 2005. - № 6. – С.61-65.

2. Алиев М.А., Байманов Б.Б., Наршанов М.М. Опыт хирургического лечения альвеолярного эхинококкоза печени // Анналы хирургической гепатологии. – 2006. - № 3. – С.179-181.

3. Альперович Б.И. Радикальные и условно-радикальные операции при альвеококкозе печени // Анналы хирургической гепатологии. – 2006. - № 1. – С.24-29.

4. Джоробеков А.Д. Совершенствование диагностики, хирургической тактики и методов резекций печени при очаговых заболеваниях: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. 14.00.27. – Алматы, 1997. – 36 с.

5. Тон-Тхат-Тунг. Хирургия печени. – М.: Медицина, 1967. – 237 с.

6. Шихман С.М. Послеоперационные осложнения при альвеококкозе печени // Хирургия. – 1996ю - № 2. – С.94-99.

7. Bresson-Hadni S. Alveolar echinococcosis // Hepatology. – 1998. – Vol.27, # 5. – P. 1453-1456.

8. Kern P. Alveolare Echinokokkoze // J. Allg. Med. – 1997. – Vol.73, # 3. – P. 1213-1214.

## НЕРЕШЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОЛИПОВ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

К. Мундуков

*Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, городская клиническая больница № 1, г. Бишкек, Кыргызская Республика*

**Резюме.** Даны результаты обследования и лечения 42 больных с полипами желчного пузыря. Наиболее информативным является ультразвуковое исследование, лечение оперативное – холецистэктомия. Осложнений после операции не наблюдали.

**Ключевые слова:** желчный пузырь, полипы пузыря, диагностика, оперативное лечение.

## ОТ ЫЙЛААКЧАЛАРЫНЫН ДАРТЫН АНЫКТОО ЖАНА ДАРЫЛООДОГУ ЧЕЧИЛБЕЙ ЖАТКАН КОЙГӨЙЛӨР

К. Мундуков

*И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы № 1 шаардык клиникалык оорукана*

**Корутунду.** От ыйлаакчалары жабыркаган 42 оорулуу текшерүүдөн жана дарылоодон өткөрүлүп, жыйынтыгы берилди. Бир топ жогору маалымдуулукка ээ болуп ультра добуштуу изилдөө, оперативдүү холецистэктомия жолу менен дарылоо саналат.

Операциядан кийин кабылдап кетүү болгон жок.

**Негизги сөздөр:** өт, өт ыйлаакчасы, дарт аныктоо, операция жолу менен айыктыруу.

## UNSOLVED PROBLEMS IN DIAGNOSIS AND TREATMENT THE PATIENTS WITH GALLBLADDER POLYPUS

K. Mundukov

**Summary.** The results of examination and the treatment of 42 patients with gallbladder polyps are done here. The more informative is ultrasonic examination. The treatment was operative – cholecystectomy.

**Key words:** gallbladder, gallbladder polypus, diagnosis, surgical treatment.

Полипы желчного пузыря – не редкое заболевание, особенно чаще стали его диагностировать в связи с широким применением ультразвукового исследования в диагностике желчнокаменной болезни. По сведениям ряда исследователей в распознавании полипов желчного пузыря используется рентгенологическое исследование, ультразвуковое, сцинтиграфия, эндоскопическое, ультрасонография, ретроградная панкреатография, компьютерная томография [1,3]. Однако рентгенологические методы малоинформативны в диагностике полипов желчного пузыря, а эндоскопические и контрастные методы более сложны. Наиболее широко используется

ультразвуковое исследование, но и здесь возникают сложности в дифференциальной диагностике с другими внутрипузырными образованиями в связи с отсутствием единых эхографических критериев, идут поиски наиболее информативных и менее затратных методов исследования.

Лечение полипов желчного пузыря также остается сложной проблемой, и среди исследователей нет единого подхода к лечению этой группы больных. Если одни [2,5] при полипах считают необходимым наблюдение за больными и в случае выявления роста рекомендовать оперативное лечение, то другие [6,7] рекомендуют

оперативное лечение с момента обнаружения полипа, чтобы предотвратить превращение в злокачественную опухоль. Ряд исследователей рекомендует выполнять эндоскопическое исследование и эндоскопически удалять полипы, но эта методика сложна и требует опыта эндоскописта. Из оперативных методов чаще всего выполняется холецистэктомия.

**Цель работы** – определить информативность ультразвукового исследования при полипах желчного пузыря и эффективность оперативного лечения.

#### Материал и методы исследования

Под наблюдением находилось 42 больных с полипами желчного пузыря, которые были оперированы в хирургических отделениях городской клинической больницы № 1, г. Бишкек в период с 2006 по 2010 год включительно. Женщин было 30, мужчин – 12. Возраст колебался от 22 до 64 лет.

Основными жалобами при поступлении были: боли в правом подреберьи, горечь во рту. Боли у 32 носили тупой характер и были почти постоянными, а у 10 на фоне тупых болей периодически возникали приступообразные. Из 42 больных лишь 24 поступили с направительным диагнозом: полип желчного пузыря, а у остальных диагноз поставлен при обследовании в стационаре.

С целью диагностики, помимо общеклинических методов исследования, использовали ультразвуковой метод (УЗИ). Рентгенологический метод мы не применяли. УЗИ осуществляли аппаратом Aloka-300 SAL в масштабе реального времени, натошак. Исследование начинали в положении лежа на спине, затем на левом, правом боку и заканчивали осмотр стоя. Используя УЗИ в диагностике полипов, мы встретились с трудностями дифференциальной диагностики с конкрементами желчного пузыря и в процессе работы несколько усовершенствовали методику УЗИ, которая заключалась в том, что сначала выполняли УЗИ натошак, затем давали выпить два куриных желтка и вновь повторяли исследование и при этом особое внимание обращали на смещаемость внутривезикулярного образования и его локализацию. Если оно после приема желтков смещалось – считали, что в данном случае имеет место наличие конкрементов, а если не

смещалось, то – полип пузыря.

До использования нашего усовершенствования из 30 больных у 24 обнаружен полип желчного пузыря, у 6 они выявлены лишь в момент операции, а из 12 обследованных с применением желтков куриных яиц у всех диагноз определен до операции.

Наши наблюдения показали, что при УЗИ в большинстве случаев можно определить характер заболевания желчного пузыря, его размеры, форму, сочетание полипов с конкрементами, их смещаемость и локализацию.

#### Результаты и их обсуждение

В результате выполненных исследований одиночные полипы обнаружены у 38, у 4 – множественные. Размеры колебались от 10 до 18 мм в диаметре, у 6 больных полипы сочетались с конкрементами.

Клинические проявления полипов желчного пузыря зависели от их локализации: при расположении полипа у шейки желчного пузыря наблюдались приступообразные боли, а если полип располагался в области тела, то боли носили тупой характер. Состояние всех больных при поступлении было удовлетворительным и они в предоперационной подготовке не нуждались. Операции выполнялись под эндотрахеальным обезболиванием. Доступ зависел от расположения желчного пузыря, определяемого при УЗИ до операции. Минидоступ косою по Кохеру или Федорову выполнен у 31, а у 11 – верхне-срединный. В большинстве случаев удаление желчного пузыря осуществлялось от шейки с раздельной обработкой везикулярной артерии и везикулярного протока и лишь у 6 больных произведена холецистэктомия от дна.

В момент операции и в послеоперационном периоде осложнений не наблюдали. Среднее пребывание в стационаре составило  $5,4 \pm 1,1$  койко-дней.

Таким образом, наши немногочисленные наблюдения позволяют сделать следующие выводы:

1. ультразвуковое исследование при полипах желчного пузыря является довольно информативным и в большинстве случаев позволяет провести дифференциальный диагноз;

2. при выявлении полипа желчного пузыря показания к оперативному лечению должны

строиться с учетом клинической картины и данных результатов ультразвукового исследования.

3. При полипах желчного пузыря операцией выбора является холецистэктомия.

#### Литература

1. Борисов А.Е., Выступец Б.В., Акимов В.П., Тоидзе В.В. Диагностика и лечение полипов желчного пузыря // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2008. – Серия 11, приложение 1. – С.59-64.

2. Мишин В.Ю., Бабакова Е.В., Суров Н.Д. Полипоз желчного пузыря, осложненный кровотечением // Атлас хирургии. – 1999. - № 1. – С.69-70.

3. Никитина М.Н., Стабунов С.С. Полипоз желчного пузыря // Новые технологии в медицине: диагностика, лечение, реабилитация: Материалы научн.-практ.конф. – Минск, 2004. – С.163-164.

4. Рошинский С.М., Федорук А.М. Внутрипросветные образования желчного пузыря: результаты ультразвуковых исследований // Материалы науч.-практ.конф., посвященной 10-летию Минского диагностического центра. – Минск, 1999. – С.77-78.

5. Collet J.A., Allan R.B., Chisholm R.J. Gallbladder polyps prospective study // J. Ultrasound Med. – 1998. – Vol.17. – P.4-7.

6. Kato S. Morphological analysis of the gallbladder elevated lesions – macroscopic, stereoscopic, and histological study // Nippon Shokakibyō Gakkai Zasshi. – 1995. – Vol.92, # 8. – P.1149-1160.

7. Terzi C., Sodmen S., Seskin S. Polypoid lesions of the gallbladder report 100 cases with special reference to operative indications // Surgery. – 2000. – Vol.127, #3. – P.702-707.

## СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Токтосун уулу У., Бектуров Ж.Ж., Жакеева А.Ж., Турсуналиев А.К. Колесникова А.В., Жапгитекова А.М.

*Национальный хирургический центр, кафедра госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии КГМА им. И. К. Ахунбаева, г. Бишкек*

**Резюме.** В данной статье описан способ лечения при остром деструктивном панкреатите. Основы данного способа составляют круговая катетеризация и дренирование парапанкреатической и обоих параколических клетчаточных пространств. Данный способ применен 32 больным с острым деструктивным панкреатитом. Описаны состав лимфотропной терапии при применении данного способа и их результаты применения.

**Ключевые слова:** острый деструктивный панкреатит, круговая катетеризация и дренирование парапанкреатической и обоих параколических клетчаточных пространств, оментобурсостомия.

## УЙКУ БЕЗДИН КЕСКИН ЖАГЫМСЫЗ СЕЗГЕНҮҮСҮНҮН ДАРЫЛОО ЫКМАСЫ

Токтосун уулу У., Бектуров Ж.Ж., Жакеева А.Ж., Турсуналиев А.К. Колесникова А.В., Жапгитекова А.М.

*Улуттук хирургия борбору, И. К. Ахунбаев атындагы КММАнын госпиталдык жана оперативдик хирургия кафедрасы, Бишкек ш.*

**Корутунду.** Бул илимий жазылмада уйку бездин кескин жагымсыз сезгенүүсүнүндө колдонулган дарылоо ыкмасы жазылган. Бул дарылоо ыкмасын негизин уйку безинин айланасындагы жана жоон ичегинин эки аймагындагы май мейкиндиктерине терегетип катетер жана түтүкчөлөрүдүн киргизүү түздү. Дарылоо ыкмасы уйку безинин жагымсыз сезгенишин менен ооруган 32 адамга колдонулган. Дарылоо үчүн колдонулган лимфотроптук дарылардын курамы жана жыйынтыгы жазылган.

**Негизги создор:** уйку бездин кескин жагымсыз сезгенүүсүнүн, уйку безинин айланасындагы жана жоон ичегинин эки аймагындагы май мейкиндиктерине терегетип катетер жана түтүкчөлөрүдү киргизүү ыкмасы, оментобурсостомиясы.

## METHODS OF TREATMENT OF ACUTE DESTRUCTIVE PANCREATITIS

Toktosun uulu U., Bekturov J.J., Jakeeva A.J., Tursunaliyev A.K., Kolesnikovfa A.V., Jangitekova A.M.

*National Surgery Center, Kyrgyz State Medical Academy Chair of hospital surgery with the course of operative surgery by name of the I. K Ahunbaev, Bishkek*

**Resumc.** In the given article methods of treating the acute destructive pancreatitis are described. The fundamentals of the given method are circular catheterization and drainage of parapancreatic and both paracolic cellular vacuums. The given method has been tried on 32 patients with acute destructive pancreatitis. Were described the composition of lymphotropic therapy when using this method and its results after use.

**Key words:** acute destructive pancreatitis, circular catheterization and drainage of parapancreatic and both paracolic cellular vacuums, omentobursostomy.

**Актуальность.** Многообразие тактических подходов в лечении ОП (острого панкреатита) создает значительные трудности в выборе оптимальной лечебной тактики у конкретного больного. Опыт многих поколений хирургов позволил отдать предпочтение консервативному лечению ОП с выполнением операций только в самых тяжелых ситуациях [6, 4, 7].

Показаниями к оперативным вмешательствам при деструктивном панкреатите являются сохранение или прогрессирование полиорганной недостаточности на фоне проводимой комплексной интенсивной терапии, распространенные поражения ПЖЖ (поджелудочная железа) с ферментативным перитонитом, парапанкреатитом и двухсторонним параколитом, наличие деструктивного холецистита и (или) холедохолитиаза с нарастающей механической желтухой и гнойным холангитом, гнойные осложнения панкреонекроза [3, 2, 1, 9].

На сегодняшний день практически никто не сомневается в том, что наличие гнойно-септических осложнений является абсолютным показанием к хирургическому лечению, тогда как вопрос о показании к операции при стерильном панкреонекрозе окончательно не решен, о чем свидетельствует наличие общепризнанных (инфицированный панкреонекроз, панкреатогенный абсцесс и биллиарный панкреатит) и дискутабельных показаний (стерильный некроз более 50% ткани ПЖЖ, продолжающийся некроз ПЖЖ, прогрессирующее ухудшение состояния больного и полиорганная недостаточность) [5, 10, 8].

**Цель исследования.** Улучшить результаты хирургического лечения при остром деструктивном панкреатите путем применения круговой катетеризации и дренирования парапанкреатической и обеих паракольных клетчаточных пространств.

**Материал и методы исследования.** Под наблюдением находились 32 больных, которым производились различные объемы хирургических вмешательств.

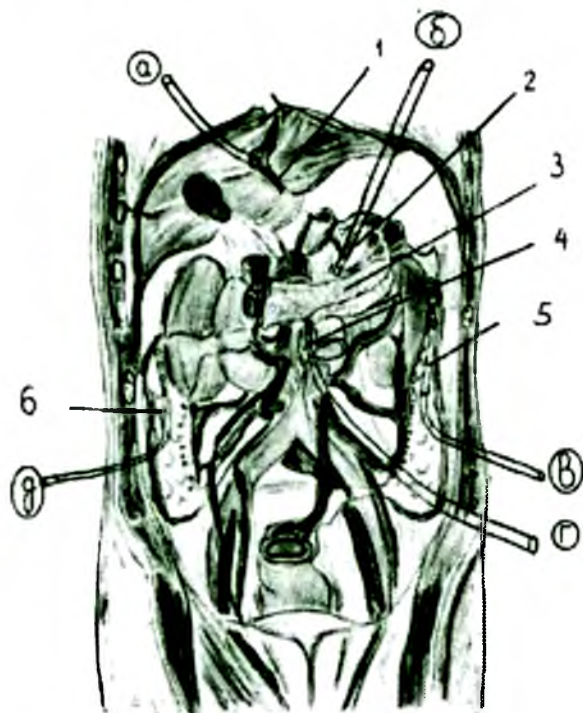
Оценочными критериями эффективности данного способа явились: объективное состояние больных, данные функции печени, почек и фермента ПЖЖ, сдвиг лейкоцитов, расчет ЛИИ, оценка тяжести хирургического эндотоксикоза по системе SAPS и данные УЗИ исследования.

**Результаты и обсуждения.** Показаниями к оперативному лечению у наших больных явились: неэффективность комплексного консервативного лечения, сроки начала заболевания в среднем  $98,2 \pm 10,0$  часов, прогрессирование хирургического эндотоксикоза.

В клинике неотложной хирургии НХЦ разработана методика круговой катетеризации и дренирования парапанкреатической и обеих паракольных клетчаточных пространств при остром деструктивном панкреатите и получен патент № 1292 (рис. 1): под эндотрахеальным наркозом, после соответствующей обработки операционного поля, производится верхнесрединная лапаротомия, по ходу гемостаза. По вскрытии брюшины эвакуируется выпот электрическим отсосом (характер выпота может быть разным: серозным, розовым, малиновым, вишневым, коричневым в зависимости от фазы заболевания). Проводится ревизия органов брюшной полости и в зависимости от выявленного панкреонекроза выполняется один из 4 вариантов технического решения. После чего вводятся катетеры ( $d - 4,0$  мм) в круглую связку печени, по верхнему краю поджелудочной железы и в корень брыжейки поперечно-ободочной кишки, а в обеих паракольных клетчаточных пространствах оставляются катетеры ( $d - 8,0$  мм). Через указанные катетеры в течение 5 - 7 дней послеоперационного периода вводятся лимфотропная смесь: раствор новокаина 0,5% - 100 мл + гепарина - 2000 Ед + лидаза - 32 Ед + цефзол - 1,0 гр + Тактивин - 1,0 мл и на третьи сутки в мезоколон в смесь добавляется прозерин - 2,0 мл х 1 раз в день в течение 3 - дней.

Катетеры из обеих паракольных клетчаточных пространств в последующем становились дренажами, для оттока гнойно-некротических масс, а остальные катетеры удаляются.

У 19 больных удалось предотвратить дальнейшего распространения воспалительных процессов по вышеуказанным клетчаточным пространствам. Катетеры и дренажные трубки удалены на 8 сутки послеоперационного периода и у этих больных в динамике лечения снизились лейкоциты с  $14,8 \pm 0,45$  ( $P < 0,001$ ) по  $7,4 \pm 0,18$  ( $P < 0,01$ ), лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) с  $3,8 \pm 0,33$  ( $P < 0,001$ ) по  $1,2 \pm 0,09$  ( $P < 0,01$ ) и улучшились показатели функции печени и почек. У 13 больных наметились тенденция



**Рис. 1. Круговая катетеризация и дренирования парапанкреатической и обоих паракольных клетчаточных пространств при ОДП.** (а, б, в, г, д – забрюшинные катетеры, 1 – круглая связка печени, 2 – парапанкреатическая клетчатка, 3 – поджелудочная железа, 4 – мезокольная клетчатка, 5- левая паракольная клетчатка, 6- правая паракольная клетчатка.)

дальнейшего распространения воспалительных процессов по клетчаточным пространствам и там же образовались гнойно-некротические очаги. У 11 из 13 больных, начиная с 12 суток послеоперационного периода из дренажных трубок выделялись гнойно-некротические массы, а у 2, начиная с 14 суток. При этом надо отметить, что полное очищение отмечено у 8 больных, дренажные трубки удалены на 27 и 28 сутки. У 5, несмотря на адекватное дренирование с комплексным консервативным лечением, продолжалось прогрессирование хирургического эндотоксикоза с развитием СПОН, который привел к летальному исходу.

**Выводы.**

1) Круговая катетеризация и дренирование парапанкреатической и обоих паракольных клетчаточных пространств создавала условия для проведения непрямой лимфотропной терапии в течение 5-7 дней послеоперационного периода.

2) Круговая катетеризация и дренирование парапанкреатической и обоих паракольных клетчаточных пространств предотвратила дальнейшего распространения воспалительного процесса по вышеуказанным пространствам у 19 больных.

3) При развитии гнойно-некротических очагов дренажные трубки обоих паракольных клетчаточных пространств создавала условия для адекватного оттока гноя.

**Литература**

- 1 Балныков С.И. Лечение больных некротическим панкреатитом. /Петренко Т.Ф. //Хирургия. – 2009. - № 10. – С. 24 – 28.
- 2 Бурневич С.З. Факторный анализ результатов хирургического лечения больных стерильным панкреонекрозом //Анналы хирургической гепатологии. - 2004. - Т.9. - № 1. - С. 135 - 141.
- 3 Мамакеев М.М. Хирургическое лечение обширного панкреанекроза. /Сопуев А.А., Иманов Б.М. //Хирургия. – 1998. - № 7. – С. 31 – 33.
- 4 Нестеренко Ю.А. Лечение панкреонекроза. /Лаптев В.В., Михайлулов С.В. и др. //Российский медицинский журнал. – 2002. - № 1. – С. 3 – 10.
- 5 Пиковский Д.Л. Практика хирургии панкреонекроза. /Макаров Н.А., Градусов В.П., Мухин А.С. //1 - межд. конгресс. хирургов. М., 1995. – С. 163 – 165.
- 6 Савельев В.С. Оценка эффективности современных методов лечения деструктивного панкреатита. /Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р. и др. //Анналы хирургической гепатологии. – 1996. – № 1. – С. 58 – 61.
- 7 Сажин В.П. Принципы дифференциального лечения острого панкреатита. /Авдовенко А.Л., Юрищев В.А. //Вестник хирургии. – 2004. – Т. 163. - № 1. – С. 56 – 59.
- 8 Bosscha K. Fulminant acute pancreatitis and infected necrosis of open management of abdomen and “planned” reoperation. /Hulstaert P.F., Hennipman A. et al. //J. Amtr. Coll. Surg. – 1998. – Vol. 187 - № 3. – P. 255 – 262.
- 9 Gloor B., Muller C.A., Worni M. et al. Pancreatic infection in severe pancreatitis: The role of fungus and multiresistant organisms //Arch. Surgery. - 2001. - Vol. 136. - P. 592 - 596.
- 10 Harris J.A. Closed drainage versus open packing of infected pancreatic necrosis. /Jurry R.P., Catto J. //Amer. Surg. – 1995. – Vol. 61. - № 7. – P.



## ПЕРСПЕКТИВЫ НАНОТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ

Жарасова Ж.С., Кононец И.Е.

*КГМА им. И.К.Ахунбаева, кафедра нормальной физиологии, г. Бишкек.*

**Резюме.** В обзорной статье представлены основные направления нанотехнологии, перспективы нанотехнологии в медицине и геронтологии, тенденции развития кибернетической наномедицины.

**Summary.** In overview article are presented main trends of the development in nanotechnology, prospects of nanotechnology in medicine and in herontology, and tendencies of developments of cybernetic nanomedicine.

**Корутунду.** Төмөнкү статьяда нанотехнологиялардын өнүгүүсүнүн негизги багыттары, медицина жана герантологиядагы нанотехнологиялардын перспективалары, кибернетикалык наномедицинанын өнүгүүсүнүн тенденциялары көрсөтүлгөн.

Нанотехнологии - это технологии, оперирующие величинами порядка нанометра. Поэтому переход от «микро» к «нано» - это качественный переход от манипуляции веществом к манипуляции отдельными атомами.

Когда речь идет о развитии нанотехнологий, имеются в виду три направления: изготовление электронных схем с активными элементами, размерами сравнимыми с размерами молекул и атомов; разработка и изготовлении наномашин; манипуляция отдельными атомами и молекулами и сборка из них макрообъектов.

Разработки по этим направлениям ведутся уже давно. В 1981 году был создан туннельный микроскоп, позволяющий переносить отдельные атомы. С тех пор технология была значительно усовершенствована. Сегодня мы используем эти достижения в повседневной жизни: производство любых лазерных дисков, а тем более DVD, невозможно без использования нанотехнических методов контроля.

На данный момент возможно наметить следующие **перспективы нанотехнологий**:

1. Медицина. Создание молекулярных роботов-врачей, которые «жили» бы внутри человеческого организма, устраняя или предотвращая все возникающие повреждения, включая генетические. Срок реализации- первая половина XXI века.

2. Геронтология. Достижение личного бессмертия людей за счет внедрения в организм молекулярных роботов, предотвращающих старение клеток, а также перестройки и улучшения тканей человеческого организма. Оживление и излечение тех безнадежно больных людей, которые были заморожены в настоящее время ме-

тодами крионики. Срок реализации: третья- четвертая четверти XXI века.

На сегодняшний день для понятия наномедицина не существует исчерпывающего определения. Наномедицина – это медицина, основанная на достижениях современной науки, охватывающих практически все знания, накопленные человечеством. Наномедицина является одним из активно развивающихся научных направлений медицинской науки и подразумевает слежение, исправление, генетическую коррекцию и контроль биологических систем организма человека, на молекулярном уровне, используя наноустройства, наноструктуры и информационные технологии.

Это определение дано ведущим первооткрывателем в этой области деятельности и аналитиком Института по молекулярному производству IMM Робертом Фрейтасом. Наномедицина - это симбиоз традиционной, классической медицины, квантовой механики, ядерной физики и супрамолекулярной химии.

Деятельность наномедицины направлена на использование достижений нанотехнологий при лечении и биологическом омоложении организма человека, включая достижение его физического бессмертия. Современные воззрения медицинской науки в области развития органной патологии и патологии нервной системы основываются на представлениях, что патологические образования есть клеточные структуры с измененными параметрами, объединенные в целостную систему[1].

Развитие системно-ориентированного подхода в нормальной физиологии и общей патологии, разработка на этой основе полипараметри-

ческой методологии и способов регулирования функциональных состояний организма как целостной системы является сложной междисциплинарной научной задачей [2,3,4].

Наномедицина, как наука, предназначена для того, чтобы не просто улучшить существующие методы регулирования функциональных состояний организма человека, но и привести качественно новые методы лечения. Этот качественный скачок в медицине должен воплотиться за счет использования новых физических принципов, информационных и телекоммуникационных технологий, нанокomпьютеров и нанороботов. Современное состояние и тенденции развития нанотехнологий дают повод для оптимизма также относительно **кибернетического** пути развития **наномедицины**.

Когда речь идет о развитии наномедицины, то имеются ввиду следующие направления:

- использование нанотехнологического компьютерного интеллектуально-образного метода когнитивной графики для управления биологическими объектами организма с целью обеспечения регенерации органов, систем и тканей, продления физического существования человека;

- использование нанокomпьютеров с искусственным интеллектом и разумом, в том числе «умных нанороботов», с размерами молекул и атомов для устранения патологических состояний и инфекционных агентов, провоцирующих развитие заболеваний;

- непосредственная манипуляция с помощью специальной техники отдельными составными элементами вещества, атомами, молекулами для генетической коррекции генома человека;

- развитие информационных и телекоммуникационных методов;

- развитие полипараметрической нанотехнологии функциональной и органной, в том числе морфологической диагностики, на основе интеллектуально-образных систем и когнитивной графики, а также нанокomпьютерных технологий управления функциональным состоянием организма человека;

Поэтому переход от «классической медицины» к «наномедицине» - это уже не количественный, а качественный переход - скачок от манипуляции веществом методами биохимических

реакций, к манипуляции отдельными составными элементами клеточного вещества от нано до йокто линейных размерностей. Таким образом, наномедицина, соответственно, работает и оперирует уже не с самим веществом, а с его составными элементами.

Что же может наномедицина?

Многие говорят о нанотехнологиях в медицине и наномедицине как о научно-технической революции, но очень мало кто знает, что это такое. Мир становится все быстрее и реальным становится многое из того, что раньше казалось фантастикой.

Наномедицина и нанотехнологии коренным образом меняют наши представления о человеке. О наномедицине, способной являть «чудо» регенерации систем, органов и тканей организма человека, решать проблемы генетически обусловленных болезней, а также биологического старения **можно говорить как о научно-технической медицинской революции. Революция под названием «наномедицина»** намечается уже сегодня.

Современное состояние и тенденции развития **наномедицины** создают предпосылки для развития технологий **кибернетической наномедицины**. Это новое междисциплинарное направление медицинской науки в настоящее время находится в стадии становления. Его методы только выходят из лабораторий, а большая их часть пока существует только в виде проектов. Однако большинство экспертов полагает, что именно эти нанотехнологические методы станут основополагающими в XXI веке. Так, например, Американский Национальный Институт Здоровья включил наномедицину в пятерку самых приоритетных областей развития медицины в XXI веке, а Национальный Институт рака в США собирается применять нанодостижения при лечении рака. Применение нанотехнологий в терапии социально-значимых заболеваний человека, таких как онкология, кардиология, инфекционные заболевания позволит многие болезни просто вычеркнуть из списка опасных заболеваний, все будут наслаждаться жизнью намного дольше.

В настоящее время ведутся работы по созданию более совершенных систем диагностики широкого спектра действия на основе использования так называемых «Живых компьютеров»,

работающих на новых физических принципах с высочайшей степенью защиты от несанкционированного доступа. Министерством Науки Р.Ф. утверждено направление «Развития полипараметрической технологии функциональной диагностики, на основе интеллектуально-образных систем и когнитивной графики», параллельно разрабатываемому Суперкомпьютерным Центром Российской Академии Наук, Центром новых информационных технологий МГУ имени М.В. Ломоносова и Научно-Исследовательским Институтом Нормальной Физиологии имени П.К. Анохина.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Крыжановский Г.Н. Общая патофизиоло-

гия нервной системы (руководство)- М., Медицина, 1997.

2. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем- М., Медицина, 1975.

3. Коган А.Б. Основы физиологии высшей нервной деятельности- М., Высшая школа, 1988

4. Котляр Б.И.; Шульговский В.В. Физиология центральной нервной системы- М., изд-во МГУ, 1979.

5. Reckeweg H.H. Pathogenese und Therapie rheumatischer E.,1983.-С.52-57,81.

6. Пашковская. «Выступление заместителя министра здравоохранения Т.И. Стуколовой на Международном инвестиционном симпозиуме в Москве». - «Фармвестник».-2006.-№11.-С.14

## АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ИССЫК-КУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Асанканова К.С., Тилекеева У.М., Жумагулова Ж.О.

*Кыргызская государственная медицинская академия им И.К. Ахунбаева, кафедра базисной и клинической фармакологии, г. Бишкек*

**Резюме.** В статье приводятся данные анализа рациональности назначения лекарственных средств (ЛС) без учета противотуберкулезных препаратов 244 больных туберкулезом, пролеченных в Иссык-Кульском областном центре борьбы с туберкулезом. В статье также отражена степень абациллирования больных поступивших с бактериовыделением в процессе лечения.

**Ключевые слова:** туберкулез, абациллирование, стратегия DOTS, бактериовыделение, устойчивость, рациональное использование лекарственных средств.

## THE ANALYSIS AND ASSES USE OF MEDICAL DRUGS AT SICK OF TUBERCULOSIS IN ISSYK-KUL OBLAST TB-CENTRE.

K.S. Asankanova, U.M. Tilekeeva., J.O. Jumagulova

*I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy, M.T. Nanaeva department of basis and clinical pharmacology, Bishkek.*

**Abstract.** The analysis and asses of rationality of use of medical drugs at 244 sick of a tuberculosis. All patients treated in Issyk-Kul Oblast TB-Centre. In article arrived degree of abacillary patients with bacterioexcretion in the course of treatment.

**Keywords:** tuberculosis, strategy DOTS, bacterioexcretion, abacillary, resistance, rational use of medical drugs.

## ЫСЫК-КӨЛ ОБЛАСТЫНДАГЫ КУРГАК УЧУК МЕНЕН ООРУГАНДАРДЫН ДАРЫ- ДАРМЕКТЕРДИ КОЛДОНГОНДУГУНУН РЕАЛДУУЛУГУНА АНАЛИЗ ЖАСОО ЖАНА БАА БЕРҮҮ

К.С. Асанканова, У.М. Тилекеева, Ж.О. Жумагулова

*И.Ахунбаев атындагы КММАнын базистик жана клиникалык фармакология кафедрасы, Бишкек*

**Корутунду.** Бул статьяда кургак учук менен ооруган 244 оорулуунун дары-дармектерди колдонгондугунун ретроспективдүү изилдөө жүргүзүлдү, бардыгы Ысык-Көл областындагы кургак учукка каршы күрөшүү борборунда дарыланышкан. Анализ жүргүзүүдө кургак учукка каршы колдонулуучу препараттар эске алынган эмес. Мындан сырткары кургак учукка каршы препараттарга болгон микробактериялардын туруктуулугу жана дарылоо процессинде оорулуларды абацилирлөөнүн деңгээли чагылдырылып берилди.

**Негизги сөздөр:** кургак учук, ДОТС стратегиясы, бактерия бөлүп чыгаруу, абацилирлөө, туруктуулук, дары-дармектерди рационалдуу колдонуу.

**Актуальность.** В последние годы туберкулез стал главной социальной проблемой здравоохранения во многих странах мира, в том числе и в Кыргызстане. Ситуация усугубляется тем, что неуклонно растет число пациентов с лекарственной устойчивостью, что создает дополнительные серьезные трудности в лечении больных, существенно снижая эффективность проводимой терапии. Детали рационального назначения и использования являются предметом широкого изучения и анализа, в силу того, что стратегия проведения рациональной фармакотерапии постоянно совершенствуется на основе базы данных по изучению эффективности и безопасности лекарственных средств (1).

Решение этой проблемы большинство врачей видят в рациональной терапии, индивидуализации лечения, разработке новых медикаментозных режимов, раннем хирургическом вмешательстве (2).

ВОЗ неоднократно выражала озабоченность в связи с продолжающимся нерациональным использованием лекарств, которая призвала улучшить доступность и надлежащее использование ЛС путем усиления мер по улучшению рационального использования лекарственных средств и вовлечению в этот процесс всех слоев общества, включая работников здравоохранения, потребителей и производителей лекарств (1).

Ежегодно в мире издается 40 тыс. медицинских журналов и публикуется 2 млн. статей. Для того чтобы свободно ориентироваться в новостях клинической медицины, современному практикующему врачу надо ежедневно прочитывать в среднем 20 статей. В этой связи, необходимо проводить обучение врачей методам оценки медицинской информации и ее достоверности, более широко

внедрять образовательные программы по рациональной фармакотерапии. Работа в данном направлении должна строиться с учетом международного опыта, соблюдения этических принципов и базироваться на научных подходах.

**Целью данного исследования** явилось проведение ретроспективного анализа и изучение практики назначения ЛС без учета противотуберкулезных препаратов (ПТП) больным туберкулезом различной локализации в интенсивной фазе лечения в Иссык-Кульском областном центре борьбы с туберкулезом.

**Материалы и методы исследования.** Сбор данных проводился методом выкопировывания листов назначений 244 больных туберкулезом, данных лабораторных анализов в специально разработанную индивидуальную карту больного, в которую также вошли данные микроскопического исследования мокроты методом прямой микроскопии.

В ходе исследования проведен ретроспективный анализ назначения ЛС из других фармакологических групп, пролеченных в терапевтическом отделении Иссык-Кульского областного центра борьбы с туберкулезом за период с 2005 по 2006г.

**Полученные результаты.** Изучение листов назначений показало, что число назначенных препаратов 244 больным ЛС в сумме составило 634 т.е. в среднем лекарственная нагрузка на одного больного составила 2,6 лекарств (без учета ПТП). Далее мы изучили количественное соотношение лекарственных средств неспецифической терапии, которая отражена в таблице 1. Из таблицы видно, что 74.6% (182) больным назначалось от 1 до 5 препаратов; 7.8% (19) больных получали от 6 до 10 препаратов; от 11 до 15 ЛС

Количество больных	Количество лекарственных средств					всего
	0 ЛС	1-5 ЛС	6-10 ЛС	11-15 ЛС	>15 ЛС	
Абс.ч	42	182	19	1	0	<b>244</b>
%	17.2	74.6	7.8	0.4	0	<b>100</b>

Количественное соотношение средств неспецифической терапии получали 0.4% (1) и 17.2% (42) больным не назначалось ЛС, кроме ПТП.

Из 244 больных мужчин - 170, что составило

69.7%, женщин - 74, соответственно 30.3%, из которых страдали следующими формами легочного туберкулеза: инфильтративный - 155 больных (63.5%), фиброзно-кавернозный 15 (6.1%),

диссеминированный - 31 (12.7%), очаговый - 5 (2%), цирротический - 3 (12.3%), туберкулома - 1 (0.4%), а также внелегочными формами: экссудативный плеврит - 29 (11.9%), лимфоаденит шейных узлов - 5 (2%).

По стратегии DOTS 177 (72.5%) больных из 244 являлись впервые выявленными из которых по I категории пролечено 135, что составляет 76.3%, по II категории пролечено 9 больных (5.1%) и по III категории 33 больных (18.6%). Лечение больных с хроническими формами туберкулеза в Кыргызстане проводится за счет бюджетных ассигнований медицинского учреж-

дения. Нами изучены 67 историй болезни больных хроников, что составило 27.5%.

Основным критерием оценки эффективности пролеченности туберкулеза, по ВОЗ является абациллирование больных. При благоприятном варианте лечения по DOTS, абациллирование должно наступить у 100% впервые выявленных больных. Исходя из чего, мы изучили степень абациллирования больных в процессе фармакотерапии. На момент госпитализации из 244 больных бактериовыделителями оказались 110 (45.1%), а 134 (54.9%) поступили с отрицательным анализом мокроты, что графически отражено на рисунке 1.

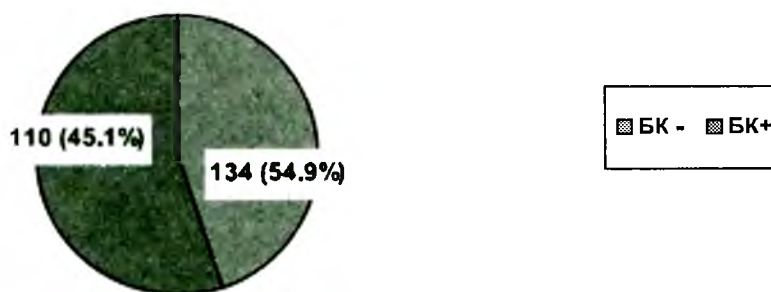


Рис. 1 Структура бактериовыделения

По результатам бактериоскопического анализа мокроты установлено, что из 110 поступивших больных с положительным анализом мок-

роты, 22 (20.0%) больных - бактериовыделителей по разным причинам выписались из стационара. (табл.2.)



Динамика абациллирования больных поступивших с бактериовыделением.

Таблица 2

Резюмируя вышеизложенное можно отметить, что для лечения туберкулеза одновременно применялись значительное количество лекарственных средств из различных фармакологических групп, которая охарактеризовала реальную картину существующей практики. Кроме противотуберкулезных препаратов больные туберкулезом применяют лекарственные средства неспецифической терапии, что приводит к полипрагмазии, необоснованному назна-

чению и нерациональному комбинированию лекарственных средств.

#### Литература.

1. Богадельникова И.В., с соавт. Стационарный этап лечения больных туберкулезом легких. Проблемы туберкулеза. -1998, №2. - С.7-9.
2. Тилекеева У.М. «Анализ и пути оптимизации использования ПТП в Кыргызской Республике» авт. Дисс. д.м.наук. Бишкек 2007. С. 40.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИССОЦИАТИВНО - КОНВЕРСИОННОГО РАССТРОЙСТВА С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ГИПЕРКИНЕЗАМИ

Акбалаева Б.А., Луценко И.Л.

*Кафедра неврологии с курсом медицинской генетики,  
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,  
Бишкек, Кыргызстан*

**Резюме.** Представлен анализ клинического случая диссоциативно- конверсионного расстройства (ДКР) с функциональными гиперкинезами.

Отражались основные причины развития болезни, ее общая характеристика. Представлен обзор диссоциативно - конверсионных расстройств с разными проявлениями и их частота встречаемости в неврологическом отделении №1 НГМЗКР с сентября 2010 по март 2011 года. Проводился дифференциальный диагноз с судорожными расстройствами, органическими заболеваниями головного мозга.

**Ключевые слова:** диссоциативно-конверсионное расстройство, конверсионный синдром, истерический невроз, вагинизм.

## ДИССОЦИАТИВДУУ- КОНВЕРСИОНДУК БУЗУЛУУДАГЫ ФУНКЦИОНАЛДЫК ГИПЕРКИНЕЗДЕР КАТЫШКАН КЛИНИКАЛЫК УЧУР

Акбалаева Б.А., Луценко И.Л.

*Неврология кафедрасы медициналык генетика курсу менен.  
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы,  
Кыргызстан, Бишкек шаары*

**Корутунду.** Диссоциативдуу конверсиондук бузулуу (ДКБ) функционалдык гиперкинездер катышкан клиникалык учур анализденип берилген. Жалпы мүнөздөмөсү, ооруунун өсүүсүнүн эң негизги себептери көрсөтүлгөн. КРССМУГ №1 неврология бөлүмүндө 2010- жылдын сентяб- нан 2011- жылдын мартына чейинки ДКБ ар кандай көрсөтүүлөрү менен алардын ылдам учуроосу каралган. Баштын органикалык оорулары, тарамыш тартышуунун бузулуулары менен дифференциалдык диагноз талкууланган.

**Негизги сөздөр:** диссоциативдуу-конверсиондук бузулуу, конверсиондук синдрому, истериялык невроз, вагинизм.

## THE CLINICAL CASE OF DISSOCIATIVE-CONVERSION DISORDER WITH FUNCTIONAL HYPERKINESIS.

Akbalaeva B.A., Lutsenko I.L.

*Neurology department with medicine genetics course.  
Kyrgyz State Medical Academy after I.K. Achunbaev  
Bishkek, Kyrgyzstan*

**Resume.** In given article present analysis of case of dissociative-conversion disorder with functional hyperkinesis. The basic etiology of disease development, its characteristic was revealed. Present observation of conversion disorders with different features and its frequency in neurological department 1 MoHKR from September 2010 until march 2011. Differential diagnosis with epileptic seizures and organic disorders of brain was given.

**Key words:** dissociative-conversion disorder, hysteria, vaginism

ДКР – современный термин, обозначающий известное ранее понятие «истерия». Истероидный пациент - не симулянт, проявления истерии обусловлены изменением деятельности вегетативной нервной системы, обеспечивающей соматическое проявление не только эмоциональных переживаний, но также нужд и потребностей организма. Это приводит к ухудшению состояния, проявляющемуся в повышении АД, возникновении боли в животе или резкой слабости в ногах - исключительно в тот момент, когда это может позволить человеку каким-то образом избежать неприятной ситуации. Подобные проявления не являются "игрой" или симуляцией - это "синдром условной приятности", потому что, несмотря на плохое самочувствие, ухудшение состояния помогает решить какую-то проблему в жизни (например, своевременный подъем температуры освобождает от нежелательной встречи, а внезапные боли в животе избавляют от работы на даче) [1,5,6]. Таким образом, клиническая картина диссоциативных и конверсионных расстройств проявляется сома-

тическими и психическими симптомами. Конверсия в данном случае означает замещение (конверсию) тревоги соматическими симптомами, которые часто напоминают неврологическое заболевание (например, психогенный паралич). Диссоциация означает происхождение симптомов от недостаточного взаимодействия между различными психическими функциями и проявляется симптомами психических нарушений (например, психогенная амнезия) [6].

В происхождении расстройств играют роль биологические, психологические и социальные факторы. К психологическим факторам относятся демонстративные черты в преморбиде, перенесенные в детстве психические травмы и лишения, повышенная внушаемость и сексуальные дисгармонии супружеской пары. К социальным факторам относится диссоциированное воспитание, включающее противоречивые требования матери и отца к ребенку [2].

В неврологическом отделении №1 НГМЗКР сентября 2010года по март 2011года было зарегистрировано 19 пациентов с ДКР.

Виды ДКР	Количество больных	%
ДКР моторики	6	31,6
ДКР с функциональными гиперкинезами	1	5,2
ДКР с судорогами	4	21
ДКР со спазмами мышц	1	5,2
ДКР с нарушением чувствительности	2	10,5
ДКР с паническими атаками	4	21
ДКР с хватательными пароксизмами	1	5,2
Итого	19	100%

В данной статье рассмотрен клинический случай, иллюстрирующий трудность оценки неврологической симптоматики у больной с гиперкинезами.

Больная. К, 26 лет, из г. Алматы, поступила в неврологическом отделении № 1 НГМЗКР 29.09.10. с жалобами на произвольные движения в голове по типу тряски ,шевеление пальцев ,дрожательные движения и стягивание в правой ноге .

Из анамнеза согласно представленной выписке в декабре 2009 г. перенесла генерализованную тяжёлую форму герпетической инфекции в виде высыпаний везикулёзного характера на

коже левой половины грудной клетки. Сама больная связывала появление герпетической инфекции со снижением иммунитета на фоне длительной депрессии, под воздействием постоянной психотравмирующей ситуации, связанной с семейными отношениями. По поводу герпетической инфекции получила полный курс противовирусной терапии (ацикловир в таб., циклоферон в/м), везикулезные высыпания регрессировали, однако появились гиперкинезы головы по типу тряски, шевеление в пальцах и дрожь правой ноги. Больная продолжила терапию в РКИБ, где насильственных движений не было. Позже после выписки и возвращения домой на-



сильственные движения возобновились, обратилась к невропатологу, который расценил данные приступы как фокальные судороги, джексоновские пароксизмы. Был назначен противосудорожный препарат (карбамазепин), который принимала короткое время без эффекта. С 15.03.10 по 25.03.10 лечилась в городе Алматы в городской больнице с диагнозом: Состояние после перенесенной нейроинфекции (герпетического ганглионита T5 T8) с астеноневротическим синдромом. Были назначены грандаксин, белатаминал, феворин, эффекта от приёма не отмечала. В последующем наблюдалась в Алматы был назначен депакин 1000 мг/сут, который тяжело перенесла и самостоятельно отменила. 27.08.10 невропатолог изменил лечение, был назначен циклодол, который принимала кратковременно. За все время лечения гиперкинезы сохранялись.

В неврологическом статусе при поступлении было отмечено лишь симметричное оживление сухожильных рефлексов. При осмотре наблюдались гиперкинезы функционального характера, которые начались с дрожи в правой ноге, затем присоединилась тряска головы из стороны в сторону, сокращались мышцы живота. При съёмке больной на видео гиперкинез усилился и не останавливался, пока не была выключена камера, затем наблюдались кратковременные сокращения мышц живота. При беседе с больной отмечено, что она мнительна, тревожна, ипохондрична.

Из инструментальных методов исследования было проведено МРТ головного мозга: органической патологии не обнаружено. На ЭКГ, рентгенограмме легких и позвоночника, в общеклинических анализах, – без патологии. Кровь на ревмогесты отрицательна, Си и церуллоплазмин в пределах нормы. Нейропсихологически: интеллект на среднем уровне, память и внимание не изменены, высокий уровень личностной и реактивной тревожности. На ЭЭГ выявлено снижение порога судорожной готовности, выраженная дисфункция подкорковых образований головного мозга, снижение функционального состояния коры головного мозга. Отсутствие характерных судорожных сокращений, потери сознания, прикуса языка, мочеиспускания, типичного «джексоновского марша», очаговых изменений на МРТ головного мозга позволило исключить эпилептические приступы. Отсутствие

изменений в ревмотестах исключало ревматический васкулит с органическими гиперкинезами, а нормальное содержание Си и церуллоплазмина сыворотки крови – наследственные заболевания с гиперкинезами, как болезнь Вильсона и хорею Гентингтона. 30.09.10 был выставлен клинический диагноз: ДКР моторики с демонстративными гиперкинезами.

За период пребывания в неврологическом отделении №1 НГМЗКР проводилось следующее лечение анксиолитиками, антидепрессантами группы СИОЗС, а также с больной проводились ежедневные психотерапевтические беседы, на фоне чего состояние улучшилось, подобные гиперкинезы полностью регрессировали.

#### **Обсуждение.**

Пациентка инфантильна, в том числе и в своем отношении к сексуальной близости. Известно, что воспитывалась в строгости бабушкой, привита чрезмерная стыдливость, отвращение к половой близости. После замужества особенно тягостное впечатление на больную оказал половой контакт с мужем, во время которого возникли проявления вагинизма: наблюдалось бессознательное препятствование половому акту, спазм мышц влагалища, боль. После этого у больной появились общее беспокойство, опасение и страх.

По мнению Каменского, каждый вид функционального гиперкинеза носит под собой психогенную подоплеку [4]. Таким образом, «мотание» головы из стороны в сторону можно было расценить как резкий отказ от каких-либо действий, а дрожь в ноге виде толчков, как отталкивающий жест. Тонкий анализ особенности психики больной, с учетом проявлений вагинизма, позволил нам расценить появление данных гиперкинезов как защитный механизм на болезненную либо психотравмирующую попытку половой близости. К глубоким интрапсихическим и интерперсональным причинам вагинизма относятся патологическое развитие личности, конфликты между партнерами. Иногда вагинизм может быть средством защиты против партнера, который для женщины непривлекателен, либо средством защиты от мужа, с которым женщина имеет семью на основе других, незрелых побуждений [2,3]. Большинство авторов совершенно справедливо считают, что лечение вагинизма должно быть строго психоте-

рапевтическим, а всякое местное лечение скорее приносит вред, нежели пользу[3]. По нашему наблюдению, гиперкинезы исчезли только после специальной психотерапии.

Обращает на себя внимание поздняя диагностика психосоматических причин гиперкинезов, в связи с чем больная подверглась назначению противосудорожных, противопаркинсонических, тяжелых психотических препаратов, которые не дали эффекта в лечении. Настораживает, что неврологи своевременно не распознали психогенные причины псевдоприпадков, а расценили состояние как эпилепсию, не учтя то, что при диссоциативных судорогах больные не теряют сознания во время приступа, сохраняют память на события этого периода; для них не характерна стереотипность движений. Функциональные приступы всегда театральны и возникают в присутствии других лиц (или при съемке на видеокамеру, как наблюдалось у нашей больной); при диссоциативных судорогах не наблюдают цианоза, произвольных мочеиспускания и дефекации, прикуса языка. В большинстве случаев отсутствует пароксизмальная активность на ЭЭГ, однако необходимо учесть, что у 10–15% взрослого населения наблюдают отклонения на ЭЭГ. Таким образом, сниженный порог судорожной готовности на ЭЭГ не является облигатным признаком

для расценивания пароксизмов как эпилептических. Подводя итог, можно отметить, что при всех необычных видах гиперкинезов или судорожных приступов, с учетом отсутствия органического изменения вещества головного мозга и наличия психотравмирующих ситуаций в анамнезе необходимо исключать конверсионный механизм приступов как защитный.

#### Литература

1. Джеймс Л.Джекобсон, Алан М.Джекобсон «Секреты в психиатрии» Пер. с англ.; Под общ. ред. акад. РАМН П.И.Сидорова. — М. : МЕДпресс-информ, 2007. — 2-е изд. — 576 с.: ил.
  2. Доморацкий В.: "Медицинская сексология и психотерапия сексуальных расстройств", - М. 2009, с 80-81
  3. Иванов Н.В. Вопросы психотерапии функциональных сексуальных расстройств. — М.: Медицина, 1996.
  4. Каменецкий. Д.А. Неврология и психотерапия. Учебное пособие, М: 2001, с 62-65
  5. Сидоров П.И. Секреты в психиатрии под общей редакцией РАМН, М: 2009, с 200-203
  6. Borel A., Cenax M. Rapport sur l'obsession VII conf. Psychoanal. Anception, 1993.
- Акбалаева Бегимай Акбалаевна, доц.-тел.:0312486074; моб.: 0700745447; a.begimay@mail.ru

## НОВЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕДНЕЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ ОПТИКОПАТИИ

Балхожаева А. Б., Сайдахметова Ч.Т., Черных А.В., Тилекеева У.М.

*Кафедра офтальмологии и базисной и клинической фармакологии, КГМА им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызстан*

**Резюме.** В работе представлено использование комплекса новых пептидных биорегуляторов в сочетании с антиоксидантом мексидолом при лечении передней ишемической оптикопатии.

**Ключевые слова:** пептидные биорегуляторы, антиоксиданты, передняя оптическая нейропатия, лечение

## NEW METHOD OF TREATMENT OF ANTERIOR ISCHEMIC OPTICOPATHY

Balhojhaeva A.B., Saidahmetova Sh.T., Shernyh A.V., Tilekeeva U.M.

*Chair of ophthalmology and chair of basic and chemical pharmacology of Kyrgyz State Medical Academy named Ahunbaeva I., Bishkek, Kyrgyzstan.*

**Rezume.** The use of complex of new peptid bioregulators with combination of antioxidant-mexidol in the treatment of AIO was presented in this work.

**Key words:** peptid bioregulators, antioxidants, anterior ischemic opticopathy treatment.

## АНДЫНКЫ ИШЕМИЯЛЫК ОПТИКОПАТИЯНЫ ДАРЫЛООНУН ЖАНЫ ЫКМАЛАРЫ

Балхожаева А.Б., Сайдахметова Ч.Т., Черных А.В., Тилекеева У.М.

*Офтальмология жана негизги жана клиникалык фармакология кафедрасы, И.К. Ахунбаев атындагы КММА, Бишкек, Кыргызстан*

**Корутунду.** Томонку жумушта алдынкы ишемиялык оптикопатияны дарылоодо, пептидтик биорегуляторлордун, антиоксидант мексидол менен биргелешкендеги жана комплекстин кондонулушу корсотулгон.

**Негизги создор:** пептидтик биорегуляторлор, антиоксиданттар, алдынкы ишемиялык оптикопатия, дарылоо ыкмалары

**Введение.** В патогенезе передней ишемической нейропатии зрительного нерва основными причинами развития являются гипертоническая болезнь, атеросклероз, сахарный диабет, ревматизм, височный артериит, заболевания крови, вертебро-базиллярные расстройства и некоторые другие заболевания. Чаще заболевают лица в пожилом возрасте, в основном, старше 50 лет.

Отмечается резкое, безболезненное снижение остроты зрения до сотых. Изменения возникают в утренние часы, в поле зрения - секторальные изменения или концентрическое сужение, центральные или парацентральные скотомы. На глазном дне - отек диска зрительного нерва с

проминенцией, отек перипапиллярных волокон. Через 2-3 месяца отек уменьшается и развивается частичная или полная атрофия зрительного нерва. В макулярной зоне появляется фигура звезды.

Проблема лечения данного заболевания продолжает оставаться весьма сложной. На сегодняшний день лечение заболевания осуществляется путем консервативной терапии, назначения сосудорасширяющих препаратов, внутримышечной и внутривенно, витаминотерапии, тромболитических препаратов и антикоагулянтов(1). Несмотря на проводимое лечение заболевание приводит к частичной потере зрения или слепоте.

В последние годы во всем мире большое внимание уделяется изучению и поиску новых способов нейропротекторной терапии, которая подразумевает защиту сетчатки и волокон зрительного нерва от повреждающего действия различных факторов. Нейропротекторную терапию применяют для лечения глазного ишемического синдрома (сосудистая патология органа, обусловленная нарушением кровообращения в системе внутренней сонной и глазничной артерий).

Использование препаратов в клинической практике, создаваемых на основе пептидов, показало высокую эффективность в различных областях медицины, в том числе в офтальмологии. Их использование способствует восстановлению и сохранению регуляторных механизмов межклеточного взаимодействия и полученные на основе пептидов лекарственные препараты не несут антигенных свойств и связанных с ними побочных эффектов. Известно средство кортексин- пептидный биорегулятор, выделенный из коры головного мозга телят, обладает тропным действием в отношении нервной ткани, регулирует процессы метаболизма нейромедиаторов и перекисное окисление в зрительном нерве и нейронах сетчатки (Хависон В.Х., Трофимов С.В., 1999). Ретиноламин также обладает нейропротекторным свойством и способствует улучшению функции фоторецепторов сетчатки, ускоряет восстановление световой чувствительности сетчатки, одновременно нормализует проницаемость сосудов, стимулирует процессы регенерации.

Мексидол по химической структуре – соль янтарной кислоты (сукцинат) представляет собой антиоксидант, улучшает обменные процессы в клетках, потерявших свои функции в результате нарушения кровообращения.

Мексидол усиливает поглощение кислорода и стимулирует окисление пирувата, регулирует функции первой и второй стадии окислительно-фосфорилирования и гидролиза, нормализует показатели липидного спектра крови, способствует улучшению энергетических свойств мембран клеток. Следует отметить, что пептидные биорегуляторы или нейропептиды разрешены для использования в клинической медицине, так и в офтальмологии в частности.

**Цель** – демонстрация эффективности предложенного нами нового способа лечения с при-

менением комплекса пептидных биорегуляторов (ретиноламина и кортексина) в сочетании с антиоксидантом мексидолом.

Предложенный нами (патент №1260) способ лечения передней ишемической нейропатии впервые включает в себя сочетание при одновременном введении пациенту комплекса пептидных биорегуляторов, таких как ретиноламин и кортексин, в сочетании с антиоксидантом – мексидолом, причем ретиноламин вводят по 5 мг парабульбарно в каждый глаз 10 дней, кортексин по 10 мг -10 дней и мексидол по 2,0 мл-5% внутримышечно, по крайней мере, один раз в сутки в течение 20 дней.

Способ осуществляют следующим образом: Пациентам одновременно один раз в день вводят:

1. ретиноламин, представляющий собой лиофилизированный порошок во флаконах по 5,0 мг. Содержимое флакона растворяют в 1,0 мл 0,5% раствора новокаина или изотонического раствора хлорида натрия. Препарат вводят однократно парабульбарно ежедневно по 5 мг в каждый глаз в течение 10 дней.

2. кортексин, представляющий собой лиофилизированный порошок во флаконах по 10,0 мг. Содержимое флакона растворяют в 1,5 мл 0,5% раствора новокаина или изотонического раствора хлорида натрия. Препарат вводят однократно внутримышечно ежедневно по 10 мг в течение 10 дней (100,0 мг на курс);

3. мексидол, белый или с кремоватым оттенком кристаллический порошок. Легко растворим в воде, 5% раствор для инъекций в ампулах по 2,0 мл. Препарат вводят однократно внутримышечно ежедневно по 2,0 мл в течение 10 дней.

Под влиянием лекарственных препаратов повышается острота зрения, пациенты отмечают положительные зрительные ощущения и улучшение зрительных функций. Повышается острота зрения, при прямой офтальмоскопии глазного дна уменьшается и исчезает перипапиллярный отек и отек диска зрительного нерва. Диск становится более розового цвета, что говорит об улучшении микроциркуляции в нем, артерии становятся более полнокровными. Исчезают дефекты в поле зрения в виде расширения его при концентрическом сужении, исчезновение секторальных изменений, а также центральных и парацентральных скотом.

Пример 1.

Больной (Х-за) 46 лет, обратился к офтальмологам на 15 день после исчезновения зрения, когда после сильного нервного стресса и повышения артериального давления резко потерял зрение на оба глаза.

При объективном исследовании определялось резкое снижение зрения вплоть до светоощущения с правильной проекцией света на правом глазу, с неправильной проекцией света, почти 0, на левом глазу. Оптические среды глаза не изменены, на глазном дне диски зрительных нервов отечны, с выраженным перипапиллярным отеком и кровоизлияниями как в толще диска, так и в перипапиллярной зоне. Сосудистый пучок из центра, калибр сосудов 2:1,

Вены умеренно полнокровны. Стенки артерий не изменены. В макулярной зоне выраженная отечность с формированием фигуры «звезды» в левом глазу.

Клинический диагноз: передняя ишемическая 2-х сторонняя нейропатия.

Проведено лечение: ежедневно однократно парабульбарно вводили в оба глаза по 5 мг (в 1 мл 0,5% раствора новокаина) ретиноламина с

внутримышечным введением кортексина по 10 мг и мексидола по 2,0 мл в течение 10 дней..

После проведенного лечения острота зрения правого глаза повысилась до 0,6 н/к, острота зрения левого глаза 0,1 н/к. На глазном

дне отмечалось исчезновение перипапиллярного отека и отека зрительного нерва справа, слева отмечалось квадрантное побледнение диска в верхней височной зоне.

В отдаленном периоде (6 месяцев) острота зрения повысилась до 0,8. Острота зрения левого глаза удерживалась до 0,1 (вследствие развития частичной атрофии зрительного нерва)

Таким образом, использование комплекса пептидных биорегуляторов, таких как ретиноламин и кортексин в сочетании с антиоксидантом мексидол, является эффективным способом лечения передней ишемической нейропатии

#### Литература

1. Егоров Е.А., Астахов Ю.С., Ставицкая Т.В. Офтальмофармакология. Руководство для врачей. – М.: -2005, С412-413)

2. Морозов В.И., Яковлев А.А. Фармакотерапия глазных болезней. – М.: «Медицина», -2004, С339).

## РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

Айыпова Д.А.

*Национальный Центр кардиологии и терапии имени академика  
М. Миррахимова, г. Бишкек.*

**Резюме.** В обзоре освещается развитие гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) у больных с хроническим гломерулонефритом. ГЛЖ наблюдается у 75% больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН), начинающих диализную терапию, и является прогностически неблагоприятным фактором, оказывающим влияние на исход болезни. Между тем известно, что ГЛЖ, как ведущий фактор риска смерти больных с терминальной ХПН, может развиваться уже при умеренном снижении функции почек. Ее частота и факторы риска у больных с функционально-компенсированной ХПН к настоящему времени изучены недостаточно.

**Ключевые слова:** гипертензивные нефропатии, гипертрофия ЛЖ, ремоделирование ЛЖ, хроническая болезнь почек, скорость клубочковой фильтрации, сердечная недостаточность эхокардиография.

## ӨНОКӨТ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ МЕНЕН ООРУГАНДАРДЫН ЖҮРОГУН КАЙРА МОДЕЛДӨӨ

Айыпова Д.А.

*Академик М. Миррахимов атындагы Улуттук кардиология жана терапия борбору*

**Корутунду.** Бул иште өнөкөт гломерулонефрит менен ооругандардын сол карынчасынын гипертрофиясынын өсүшү берилген. Сол карынчанын гипертрофиясы бөйрөктүн өнөкөт кемтиги менен ооругандардын 75%ында кездешет, бул болсо акыры ооруга алып келе турган жагымсыз фактор болуп саналат. Белгилүү болгондой, сол карынчанын гипертрофиясы бөйрөктүн өнөкөт кемтиги менен ооругандарды өлүмгө алып келе турган кооптуу фактор болуп саналат жана өлүм алдында бөйрөктүн функциясы абдан начарлайт. Бөйрөктүн өнөкөт кемтиги менен ооругандардагы анын канчалык ылдам жана кооптуу экендиги азыркы күнгө чейин изилдене элек.

**Негизги сөздөр:** гипертензивдүү нефропатия, сол карынчанын гипертониясы, сол карынчаны кайра моделдөө, бөйрөктүн өнөкөт оорусу, түйдөк филтрациянын ылдамдыгы, жүрөк кемтиги, эхокардиография.

## HEART REMODELING IN PATIENTS WITH CHRONIC GLOMERULONEPHRITIS

Aiyypova D.A.

*National Center of Cardiology and Internal Medicine named after Academician Mirsaid Mirrachimov, Bishkek.*

**Summary.** This review is the contribution development of the left ventricular hypertrophy (LVH) in patients with chronic glomerulonephritis. LVH is found in 75% patients with chronic renal failure (CRF) who started dialysis therapy and it is the prognostically unfavorable factor which has impact on the result of the disease. At the same time it is known that LVH as a leading risk factor for lethality in patients with terminal CRF can develop even in cases of moderate decrease in renal function. Its frequency and risk factors in patients with functionally compensated CRF are not fully studied up to now.

**Key words:** hypertension nephropathies, left ventricular hypertrophy, left ventricular remodeling, chronic kidney disease, glomerular filtration rate, chronic heart failure, and echocardiography.

Хронический гломерулонефрит (ХГН) по значимости занимает одно из ведущих мест среди хронических болезней почек (ХБП), в связи с его распространенностью, высокой заболеваемостью среди лиц молодого возраста, прогрессирующим течением. В настоящее время актуальность исследования центральной гемодинамики у пациентов этой категории возросла в несколько раз, что объясняется очень высокой частотой сердечно-сосудистых осложнений и летальностью [1]. Вследствие воздействия многих патогенетических механизмов (активизации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, артериальной гипертензии, хронической перегрузки сердца, хронической уремии, а также нарушению метаболизма липидов, приводящих к коронарному атеросклерозу) развивается гипертрофия и дальнейшая дилатация левого желудочка (ЛЖ) [2,3]. Само состояние сердечно-сосудистой системы определяет прогноз и исходы лечения у пациентов с ХБП на диализном периоде, а также находящихся на лечении программным гемодиализом [4].

Известно, что артериальная гипертония (АГ) весьма часто сопровождает течение ХБП, причем ее распространенность возрастает по мере снижения функции почек, а в терминальной стадии АД повышено практически у всех больных [5,6]. R. Bright еще в 1831 году [7] отметил связь между развитием АГ и функциями почек. Уже тогда, анализируя результаты патологоанатомического исследования 100 умерших с «альбуминурией», он высказал предположение о наличии связи между гипертрофией миокарда у этих больных с болезнью почек. Позже, в 1914 г. F. Volhard [8] указал на роль первичного поражения сосудов почек в развитии артериальной гипертензии (АГ) и нефросклероза. В 1940 г. в монографии «Артериальное давление и почки» F. Volhard [9] представил связь между почками и АГ в виде порочного круга, в котором почки были одновременно и причиной АГ, и органами-мишенями. Значительным вкладом в исследование проблемы «Почки и артериальная гипертензия» явились работы В. Brenner с соавторами [10-13], появившиеся в середине 1980-х годов. Авторы связывают нарушение натриевого обмена, основного компонента АГ, со снижением числа гломерул и снижением фильтрующей поверхности ренальных капилляров (гипот-

рофия почки при рождении, первично-почечная патология, состояние после нефрэктомии, в том числе и у доноров почки и др.) приводящих к снижению почками экскреции натрия. Одновременно они рассматривали механизм повреждения почек при АГ как органов-мишеней следующим образом: почки поражаются за счет повышения давления внутри собственных капилляров (внутриклубочковой гипертензии), развития гиперфилтрации и последующего развития склероза гломерул (первично-сморщенная почка).

Хроническая перегрузка ЛЖ приводит к развитию структурно-морфологической перестройки миокарда, запускающего цепь событий, которые объединяются в понятие «ремоделирования сердца». Для него характерно наличие гипертрофии, дилатации и изменения геометрии полостей сердца и миокарда в целом, а также ультраструктуры миокарда. На определенном этапе ремоделирования миокарда ЛЖ имеет адаптивное значение, направленное на восстановление сократительных и гемодинамических возможностей миокарда. В многочисленных исследованиях прослежена четкая связь между частотой и выраженностью гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) с АГ [14, 15].

Присоединение синдрома АГ при ХГН определяет неблагоприятный прогноз заболевания, при этом, сердце подвергается тем или иным процессам ремоделирования [16-18]. В зависимости от типа гемодинамической перегрузки различают несколько вариантов ремоделирования миокарда ЛЖ. При хронической повышенной постнагрузке развивается, так называемый, концентрический тип ремоделирования миокарда за счет добавления новых саркомеров внутри кардиомиоцита [19-21]. При этом увеличивается толщина стенок ЛЖ без увеличения размеров его полости. Этот процесс сопровождается снижением эластичности и ухудшением расслабления кардиомиоцитов, что приводит к снижению диастолического наполнения, вследствие чего происходит нарушение приспособления. Далее наибольшую гемодинамическую перегрузку испытывает левое предсердие.

Повышенная преднагрузка, обусловленная хронической перегрузкой объемом крови, приводит к развитию эксцентрического типа ремоделирования ЛЖ, проявляющегося дилатацией

без существенного утолщения стенок. Это объясняется тем, что увеличенный объем крови в ЛЖ усиливает давление на его стенки, что приводит к изменению длины кардиомиоцитов с увеличением полости ЛЖ [22, 23]. Развитие ремоделирования позволяет в течение продолжительного периода поддерживать нормальную систолическую функцию сердца. Сократимость ЛЖ не нарушается до тех пор, пока не повышается систолическое напряжение его стенок.

В настоящее время ремоделирование сердца рассматривается, как компенсаторный механизм в ответ на перегрузку ЛЖ и направлен на поддержание в этих условиях достаточной насосной функции сердца. Но ГЛЖ может оказаться недостаточным для обеспечения состояния компенсации при продолжительной перегрузке, вследствие чего развивается сердечная недостаточность. Вместе с тем изменения морфологических свойств миокарда и его геометрии сопровождается нарушением электрофизиологических и сократительных характеристик и процессов релаксации, что, в конечном счете, приводит к прогрессированию сердечной недостаточности.

Большинство больных на додиализном этапе уже имеют сердечно-сосудистую патологию [24]. В многоцентровом исследовании CREAT установлено, что ГЛЖ наблюдается у половины больных с клиренсом креатинина 15-35 мл/мин [25], что, вероятно, связано с недостаточной коррекцией АГ, особенно, анемии из-за редкого применения эритропоэтина на додиализном этапе лечения.

Взаимосвязь между АГ и риском развития терминальной стадии ХПН продемонстрирована в исследовании MRFIT (Multiple Risk Factor Intervention Trial) [26]. Более высокий уровень АД был независимым фактором риска ТХПН. Тяжелое поражение почек с быстрым развитием ХПН присуще, прежде всего, злокачественной гипертензии, первичный характер которой чаще всего вызывает сомнения. Тем не менее частота развития ХПН у больных даже с АГ умеренного течения значительно увеличилась в последние годы.

Анализ результатов лечения 1057 больных с терминальной уремией, поступивших в госпиталь Necker (Париж) в период с 1989 по 1998 год показал, что участие врача-нефролога в ле-

чении больного на додиализном этапе улучшает выживаемость пациентов на диализе. Сердечно-сосудистые заболевания обусловили 60% летальности среди больных, которые до диализа наблюдались нефрологом короткой промежуток времени - менее шести месяцев [27]. Это исследование еще раз подтвердило значимость профилактики, своевременной диагностики и лечения болезней сердца и сосудов у больных с патологией почек.

A. Levin с соавт. [28] установили, что увеличение систолического АД на каждые 5 мм рт. ст. повышает риск развития ГЛЖ на 3% у больных с ХПН. Важность АГ в ремоделировании ЛЖ подтверждают и исследования R.N. Foley с соавт., в которых при рандомизации по возрасту, наличию сахарного диабета, коронарной болезни сердца, уровню гемоглобина и альбумина крови повышение САД на каждые 10 мм рт. ст. независимо ассоциировалось с наличием концентрической ГЛЖ, развитием сердечной недостаточности и ишемии миокарда [29].

В настоящее время эхокардиография (ЭхоКГ) получила повсеместное признание в качестве наиболее точного метода диагностики ГЛЖ [30]. Важность ЭхоКГ для диагностики хронической сердечной недостаточности (ХСН) и выбора тактики ее лечения была отмечена в Докладе экспертной группы Европейского общества кардиологов [31]. Для диагностирования ГЛЖ на ЭхоКГ определяется конечный систолический и диастолический размеры левого желудочка (КСР и КДР), конечный систолический и диастолический объемы ЛЖ (КСО и КДО), измеряется толщина межжелудочковой перегородки (МЖП) и задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ). Масса миокарда (ММЛЖ) определяется по формуле R. Devereux и N. Reichek [32]:

$$\text{ММЛЖ} = 1,04 * ((\text{МЖП} + \text{ЗСЛЖ} + \text{КДР})^3 - \text{КДР}^3) - 13,6$$

**МЖП** - толщина межжелудочковой перегородки в диастолу.

**ЗСЛЖ** - толщина задней стенки ЛЖ в диастолу.

**КДР** - конечный диастолический размер ЛЖ

Рассчитывается относительная толщина стенки (ОТС) ЛЖ по формуле:  $\text{ОТС} = (\text{МЖП} + \text{ЗСЛЖ}) / \text{КДР}$ . Если этот показатель превышал 0,45, то считали, что у больного был концентрический тип ГЛЖ, если был меньше 0,45 -



эксцентрический тип ГЛЖ. Поскольку ММЛЖ в значительной степени зависит от пола, роста и массы тела, ее значение индексируют по отношению к площади поверхности тела. В настоящее время отсутствуют общепризнанные нормальные значения ИММЛЖ. По данным литературы, чаще пользуются ЭхоКГ-критериями гипертрофии, предложенными R. Devereux (1984): ИММЛЖ у мужчин - более 134 г/м<sup>2</sup>, у женщин - более 110 г/м<sup>2</sup>. Однако в последние годы наметилась тенденция к использованию более низких значений ММЛЖ в качестве критерия его гипертрофии.

R. Foley с соавторами [33] для оценки геометрии ЛЖ сравнивали величину индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) и конечного диастолического объема (КДО) ЛЖ. У диализных больных прогностически наиболее неблагоприятным оказалось изменение геометрии сердца, при котором КДО ЛЖ превышал 120 мл/м<sup>2</sup>, и это не сопровождалось должным увеличением ИММЛЖ [33-35].

В то же время G. Cannella с соавт.[36] обнаружили, что у половины больных с ХБП, классифицированных как нормотоники, при суточном мониторинге АД выявлена дисрегуляция суточного ритма АД. Масса миокарда у этих пациентов была на 25% больше. Авторы рекомендуют проведение Эхо-КГ-исследования и у пациентов с нормальным уровнем АД с целью диагностики ГЛЖ.

В современных публикациях наиболее часто встречаются работы, подтверждающие высокую распространенность ремоделирования и смертность среди больных с ХПН от сердечно-сосудистой патологии, которая все чаще прослеживается у пациентов молодого возраста [37-41]. Распространенность ГЛЖ при ХБП в общей популяции составляет 45-70%. На сегодняшний день по результатам многих исследований выявлено, что частота ГЛЖ зависит от стадии ХБП [28]. У больных при снижении СКФ до 60-50 мл/мин, ремоделирование сердца выявляется в 20%, при снижении СКФ до 49-25 мл/мин - в 31-35%. При дальнейшем ухудшении функции почек, т.е. снижении СКФ до 25-16 мл/мин, встречаемость ГЛЖ составляет 42-45%, [28,42].

Риск смерти от сердечно-сосудистых осложнений при ХБП особенно высок при уменьшении СКФ <60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>. Так, если частота

кардиоваскулярных событий при СКФ >60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> равняется 5,3%, то при снижении этого показателя <60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> она достигает 10,1%; в то же время частота инсульта составляет 2,8 и 7,5% и смертность - 8,1 и 23% соответственно; частота всех осложнений (смерть + сердечно-сосудистые катастрофы) - 13,2 и 30,1% соответственно [43]. При этом важно отметить, что риск смерти от терминальной ХПН появляется лишь к концу первого десятилетия от постановки диагноза и возрастает во втором-третьем десятилетиях, в то время как постоянно увеличивающийся риск кардиоваскулярной смерти сопровождает пациента со второго полугодия от момента постановки диагноза [43,44].

В современной литературе достаточно обширно освещена эпидемиология ГЛЖ. При этом частота ГЛЖ превышает таковую в общей популяции. В первую очередь это обусловлено влиянием дополнительных факторов риска, специфичных для ХБП. Общепринятых рекомендаций по диагностике и оценке ГЛЖ у нефрологических больных пока нет. Подтверждений о влиянии на сердце так называемых "уремических" токсинов в клинических исследованиях пока также не получено. Поэтому необходимо изучение факторов, влияющих на ремоделирование сердца у больных с гипертензивными нефропатиями, согласно новой классификации ХБП по NKF (National Kidney Foundation).

#### Литература

1. Рябов С.И. Лечение хронической почечной недостаточности // С-Пб. 1997. 435 С.
2. Волгина Е.В. Клиническая этиология кардиоваскулярных нарушений при хронической почечной недостаточности // Нефрология и диализ 2000; 2: 25-32.
3. Дядык А.И., Багрий А.Э., Лебедь И.А. Гипертрофия левого желудочка сердца у больных с хронической почечной недостаточностью // Кардиология 1997; 37(2): 76-81.
4. Смирнов А.В., Добронравов В.А., Каюков И.Г. Кардиоренальный континуум: патогенетические основы превентивной нефрологии // Нефрология 2005; 3:7-15.
5. Нефрология: руководство для врачей. Под ред. И.Е. Тареевой. М.: Медицина, 2000: 688.
6. Buckalew V.M., Berg R.L., Wang S.R., Porush J.G., Rauch S., Sulman G. Prevalence of

hypertension in 1795 subjects with chronic renal disease: the Modification Diet in renal Disease Study baseline cohort // *Am. J. Kidney Dis.* 1996; 28: 811-821.

7. Тареев Е.М. Истоки нефрологии // *Урология и нефрология* 1978; 2: 72-75.

8. Volhard F., Fahr T.H. Die Brightische Nierenkrankheit. Klinik, Pathologie und Atlas. Berlin, 1914.

9. Volhard F., Blutdruck und Niere, in Nierenkrankheiten // *Deutsch Med. Wochenschr.* 1940; 66: part 1: 426-430, part 2: 452-456.

10. Brenner B.M., Meyer T.W., Hostetter T.H. Dietary protein intake and progressive nature of kidney disease: The role of hemodynamically mediated glomerular injury in the pathogenesis of progressive glomerular sclerosis in aging, renal ablation and intrinsic renal disease // *New Engl. J. Med.* 1982; 307: 652-660.

11. Brenner B.M. Hemodynamically mediated glomerular injury and the progressive nature of kidney disease // *Kidney Int.* 1983; 23: 647-655.

12. Brenner B.M. Nephron adaptation to renal injury or ablation // *Am. J. Physiol.* 1985; 249: 324-337.

13. Brenner B.M., Garsia D.L., Anderson S. Glomeruli and blood pressure. Less of one, more of the other? // *Am. J. Hypertens.* 1988; 1: 335-347.

14. Levin A., Singer J., Thompson C.R. et al. Prevalent left ventricular hypertrophy in the predialysis population: identifying opportunities for intervention // *Am. J. Kidney Dis.* 1996; 27: 347-354.

15. Marabotti C., Ebert A.G., Palombo C. et al. Causal, ambulatory and stress blood pressure: relationship with left ventricular mass and filling // *Int. J. Cardiol.* 1991; 31: 89-96.

16. Canau A., Devereux R.B., Roman M.J. et al. Patterns of left ventricular hypertrophy and geometric remodeling in essential hypertension // *J. Am. Coll. Cardiol.* 1992; 19: 1550-1558.

17. Verdecchia P., Porcellati C., Zampi I. et al. Asymmetric left ventricular remodeling due to isolated septal thickening in patients with systemic hypertension and normal left ventricular masses // *Am. J. Cardiol.* 1994; 73: 247-252.

18. Krumholz H.M., Larson M., Levy D. Prognosis of left ventricular geometric patterns in Framingham heart study // *J. Am. Coll. Cardiol.* 1995; 25: 879-884.

19. Карпов Р.С., Пузырев К.В., Павлюкова Е.Н., Степанов В.А. Молекулярно-генетический анализ гипертрофии миокарда левого желудочка // *Кардиология* 2001; 6: 25-30.

20. Cohn J.N. Structural basis for heart failure: ventricular remodeling and its pharmacological inhibition // *Circulation* 1995; 91: 2504-2507.

21. Gerdes A.M., Capasso J.M. Structural remodeling and mechanical dysfunction of cardiac myocytes in heart failure // *J. Mol. Cell. Cardiol.* 1995; 27: 849-856.

22. Рязанов А.С., Смирнова М.Д., Юренев А.П. Гипертрофия миокарда левого желудочка. Вопросы патогенеза // *Тер. арх.* 2000; 2: 672-677.

23. Opie L.H. Mechanisms of cardiac contraction and relaxation. In: Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. Ed. D. Zipes, P. Libby, R.O. Bonow, Braunwald E. 7th ed. Pennsylvania: Elsevier Saunders, 2005: 457-490.

24. Young E.W., Carroll L.E., Wolfe R.A. et al. Trends in comorbidity and residual renal function in patients starting treatment for end-stage renal disease // *J. Am. Soc. Nephrol.* 1995; 6: 897.

25. Eckardt K.-U., Clyne N., Druke T. et al. Variables of left ventricular geometry and function in patients enrolled in the create trial // In ERA-EDTA XXXIX Congress, Copenhagen 2002; abstract 136.

26. Klag MJ, Whelton PK, Randall BL, Neaton JD, Brancati FL, Ford CE et al. Blood pressure and end-stage renal disease in men // *N. Engl. J. Med.* 1996. - V. 334. N. 1. - P. 13-18.

27. Jungers P., Massy Z.A., Nguyen-Khoa T. Longer duration of predialysis nephrological care is associated with improved long-term survival of dialysis patients // *Nephrol. Dial. Transplant.* 2001; 16: 2357-2364.

28. Levin A., Singer J., Thompson C.R. et al. Prevalent left ventricular hypertrophy in the predialysis population: identifying opportunities for intervention // *Am. J. Kidney Dis.* 1996; 27: 347-354.

29. Foley R.N., Parfrey P.S., Hurnett J.D. et al. Impact of hypertension on cardiomyopathy, morbidity and mortality in end-stage renal disease // *Kidney Int.* 1996; 49: 1379-1385.

30. Сидоренко Б.А., Преображенский Д.В. Гипертрофия левого желудочка: патогенез, диагностика и возможность обратного развития под влиянием антигипертензивной терапии //

Кардиология 1998;5: 80-84.

31. Рекомендации по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности. Доклад экспертной группы по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности Европейского общества кардиологов // Сердечная недостаточность 2001; 6: 251-276.

32. Devereux R.B., Reichek N. Echocardiographic and its regression // London.1992. P. 1-11.

33. Foley R.N., Parfrey P.S., Harnett J.D. et al. The prognostic importance of left ventricular geometry in uremic cardiomyopathy // J. Am. Soc. Nephrol. 1995; 5: 2024-2031.

34. Grossman W. Cardiac hypertrophy: useful adaptation or pathological process? // Am. J. Med. 1980; 69: 576-584.

35. Foley R.N., Parfrey P.S., Harnett J.D. et al. Clinical and echocardiographic disease in patients starting end-stage renal disease therapy // Kidney Int. 1995; 47: 186-192.

36. Cannella G., Paoletti E., Ravera G. et al. Inadequate diagnosis and therapy of arterial hypertension as causes of left ventricular hypertrophy in uremic dialysis patients // Kidney Int. 2000; 58: 260.

37. Mann J.F., Gerstein H.C., Pogue J. et al. Cardiovascular risk in patients with early renal insufficiency: implications for the use of ACE inhibitors // Am. J. Cardiovasc. Drugs. 2003; 2(3): 157-162.

38. Anavekar N.S., Pfeffer M.A. Cardiovascular risk in chronic kidney disease // Kidney Int. 2004; 66 (92): 11-17.

39. Go A.S., Fan D., Chertow G.M. et al. Chronic kidney disease and the risk of death, cardiovascular events, and hospitalization // N. Engl. J. Med. 2004; 351 (13): 1296-1305.

40. Sarnak M.J., Levey A.S. Cardiovascular disease and chronic renal disease: a new paradigm // Am. J. Kidney Dis. 2000; 35(1): 117-131.

41. Волгина Г.В. Клиническая эпидемиология кардиоваскулярных нарушений при хронической почечной недостаточности // Нефрология и диализ 2000; 2 (1-2): 25-32.

42. Parfrey P.S., Foley R.N., Harnett J.T., Kent G.M., Murray D., Barre P.E. Outcome and risk factors for left ventricular disorders in chronic uremia // Nephrol. Dial. Transpl. 1996; 11: 1277-1285

43. Иванов Д.Д. Поражение почек как фактор риска кардиоваскулярных осложнений: акцент на блокаду РААС // Здоровая Украина 2008; 2: 14-15.

44. Weiner D.E., Tighiouart H., Elsayed E.F., Griffith J. L., Levey A.S., Sarnak M.J. et al. Clinical research: Coronary risk stratification. The Framingham Predictive Instrument in Chronic Kidney Disease // Am. J. Kidney Dis. Manuscript received December 12, 2006; revised manuscript received March 9, 2007, accepted March 13, 2007.

## ASSESSMENT OF NUTRITIONAL PATTERN OF FOREIGN STUDENTS

**Sheikh Faheem Khalid**

*Un. - Assess food pattern and related health problems among the foreign tudents.*

**Method.** - 30 students were asked about there daily food pattern, diet egime, and health conditions. The total calories supplied by these food ituffs were calculated. The energy intake was compared to the energy lsed in various daily activities. The results obtained were analyzed and ollowing conclusions drawn.

**Result.** - A clear deficit of energy in take is found among 80% people malyzed in the research... Most of students analyzed have been found to lave suffered from various health problems which indirectly have a elationship with their dietary habits. Most of them are unaware of food ituffs available in the market that are superior in terms of calories. The laily time of food intake is not up to standards.

**Recommendations.** - There is a need of awareness among the foreign itudents regarding their food habits and dietary regime. The health problems mffered buy students could be easily prevented if the food pattern is mproved.

## CLINICAL CASE OF CONGENITAL DEFECT OF BRAIN VESSELS, SPINAL CORD AND VERTEBRAL BODIES IN ONE PATIENT

**Gajera H. , Lutsenko I.L.**

*Neurology department with medicine genetics course.*

*Kyrgyz State Medical Academy after I.K. Achunbaev Bishkek, Kyrgyzstan*

**Aim.** Analysis of clinical case rare dysraphism pathology in one paient.

**Material an methods.** In given article present rare clinical case of disraphism - combination of conjenital defects, such as arteriovenous malformation in cerebellum, Schmorl nodes in vertebrae of thoracic and lumbar region, spinal canal stenosis and hemangioma of 7th cervical vertebra. Our patient also had combination of three different types of gait: sensitive ataxia + cerebellum ataxia + neurogenic intermittent claudication. Methods of exploration were clinical neurological observation, X-ray, MRI, ENMG.

**Discussion.** Due to his long anamnesis of alcoholism he had polyneuropathy with deep sensation loss, which was going to sensitive ataxia. Arteriovenous malformation in cerebellum provoked slight cerebellum ataxia, and neurogenic intermittent claudication happened due to lumbar stenosis. Vertebral hemangiomas in our patient was asymptomatic, but presence of it is the symptom of spinal dysraphism. Schmorl's nodes present in our patient in thoracic and lumbar vertebrae. The mechanism of Schmorl's node formation is thought to be discal herniation through a defect in the cartilaginous endplate of the vertebral body at sites where fetal vessels once penetrated the endplates. It prove the congenital mechanism of defects. Patient was treated by drugs for microcirculation improvement, analgesics, massage, excersises. Katamnesis: all complains still present after 1 year.

**Conclusion.** This clinical case is interesting for general praticioners by interesting combination of gate, complains and radiological findings in one patient.

## VARIETY OF ETHIOLOGY OF ISCHEMIC STROKE IN YOUNG PATIENTS

**Inam Ullah., Lutsenko I.L.**

*Neurology department with medicine genetics course.*

*Kyrgyz State Medical Academy after I.K. Achunbaev Bishkek, Kyrgyzstan*

**Aim.** Studying the ethiologies of ischemic stroke in young patients (age less 45 years) during one year (2010-2011).

**Materials and methods.** 18 clinical cases of ischemic stroke in young patient was observed in neurology department № 1 MoHKR, in republic maternity hospital, in region maternity hospital and municipal angioneurologic department. We used neurologic clinical examination, MRI, CT, lactate in serum of blood, coagulation tests, common analyses of blood, urine, Echo-CG -ECG and another tests for diagnostic. Diagnosed was given according TOAST criterias for ischemic stroke.

**Discussion.** Rare etiologies of strokes were vasculities, antiphospholipid antibody syndrome, hypercoagulopathias, disseminated intravessel thrombosis syndrome, congenital abnormalities of brain vessels and thrombosis from pelvic veins in parturient women and mitochondrial stroke. Cardioembolic strokes were presented by chronic rheumatic disease of heart which was the reason of mitral valvules stenosis and insufficiency of it. Mitochondrial stroke was proven by MRI, lactate-acidosis in blood and typical clinical features.

**Conclusion.** Mitochondrial, cardioembolic stroke and stroke by haemorrhologic occusion are more typical for young patients. Ischemic stroke in young patients is not so rare in nowadays, and necessary to be attentive in ethiology findings.

## 60 лет Шаяхметову Давлетша Белековичу



Доцент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева Шаяхметов Давлетша Белекович родился 1.03.1951 году в г. Пржевальске, Иссыкульской области.

В 1967 году окончил среднюю школу в г. Чолпон-Ата, после окончания год проработал в санатории «Голубой Иссык-Куль» в качестве садовода.

В 1969 году поступил в Кыргызский государственный медицинский институт на стоматологический факультет. После окончания института, с 1974 по 1981 года работал врачом стоматологом-хирургом в городской стоматологической поликлинике №3, Ленинской ЦРБ Ошской области (заведующим стоматологического отделения), по совместительству был главным стоматологом Ленинского района, в Аламедиинской ЦРБ, в РКБ в отделении взрослой хирургической стоматологии.

Научный путь начал с 1981 года поступив в аспирантуру на кафедру хирургической стоматологии КГМИ. 10 сентября 1990 году защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Клинико-экспериментальное обоснование объема хирургического вмешательства и реабилитации больных с калькулезным сиалоаденитом» в г. Ленин-



град под руководством профессора Ю.А.Шеломенцева.

С 1984 года работал ассистентом кафедры хирургической стоматологии КГМИ, с 1995 г. по настоящее время является доцентом данной кафедры. С сентября 1990 г. по 2010 год работал завучем кафедры.

Им опубликовано 56 работ (из них 9 методических рекомендаций для студентов, 1 – для врачей, один учебник, 5 учебных пособий из них 3 с грифом Министерства образования КР).

За прошедшие годы он внес значительный вклад в дело подготовки квалифицированных специалистов. Его занятия и лекции всегда содержательны, доходчивы, интересны и пользуются успехом у студентов, ординаторов. Шаяхметов Д.Б. оказывает большую лечебно-консультативную помощь населению республики, чуткий, отзывчивый врач, хороший диагност, пользуется уважением больных и широкого круга врачей. Член Ученого совета КГМА им. И.К. Ахунбаева.

Шаяхметов Д.Б. пользуется большим авторитетом среди студентов и профессорско-преподавательского состава КГМА. Он принципиален, трудолюбив, требователен к себе и окружающим.

Женат, имеет 2 детей и 3-х замечательных внуков.



## Редакцияга берилүүчү макалаларды жасалгалоонун эрежелери.

Журнал – рецензияланган басылма болуп саналат.

Журналга медицина менен биологиянын актуалдуу маселелери боюнча жалпы жана теориялык макалалар, кызыктуу изилдөөлөр жарыяланат.

Журналга макала жөнөтөөрдөн мурда төмөнкү эрежелерди сакташыңыздарды суранабыз:

1. Редакция кагазга басылган кол жазманы (2 нуска) электрондук түрдөгүсү менен чогуу кабыл алат. Кол жазма кафедра башчынын же жетекчинин визасы менен (биринчи беттин үстүнкү сол бурчунда), автор иштеген мекеменин сунуштамасы мөөрү менен болушу керек. Кол жазманын аягында баардык авторлордун аты-жөнү, окумуштуулук даражасы, кызматы, жумушунун дареги, электрондук дареги, иш телефону жазылып, кол тамгалары коюлушу керек.

2. Макала компьютерде 1,5 интервалда Times 14 шрифти менен А 4 кагазга жазылат. Талаа: үстүнкү жана астыңкы – 2,5 см, сол – 3,5 см, оң – 1,5 см. Макалага иллюстративдик материалдар сүрөт, рентгенограмм, графика, таблица түрүндө тиркелет. Фото сүрөттөр (кара-ак же түстүү) жалтырак кагазга ачык, даана чагылдырылышы зарыл. Рентгенограммдын фото көчүрмөсү даана түшүрүлүп, арткы беттин номери, автордун аты-жөнү жана макаланын аталышы жазылат. Редакцияга берилген макала иллюстративдик материалы менен кошо электрондук түрдө болушу керек. Баардык беттерге номерлер коюлат.

3. Макаланын көлөмү: 15 беттен ашпоого тийиш, адабияттардын обзору үчүн- 20 бет, клиникалык байкоо жүргүзүүлөр үчүн - 8 бет.

4. Биринчи бетке: 1) макаланын аты; 2) автордун аты-жөнү; 3) кафедранын же лабораториянын (кашаанын ичине жетекчинин аты-жөнү, окумуштуулук даражасы көрсөтүлөт) жана мекеменин толук аталышы жазылат. Эгерде авторлор ар кайсы мекемеден болсо анда кезеги менен ар бир автордун иштеген мекемеси көрсөтүлөт. Макаланын структурасы: киришүү, бейтаптар (материалдар) жана ыкмалар, изилдөөнүн жыйынтыктары жана алардын талкуусу, корутунду, адабияттар. Өзүнчө баракка резюме жана негизги сөздөр жазылат.

5. Тексттеги кыскартуулар чечмелениши менен берилиши керек. Иштин аталышынын кыскартылышына жана көпчүлүккө түшүнүксүз кыскартууларга жол берилбейт. Библиографиялык шилтемелер чарчы кашаанын ичине берилет. Статистикалык иштеп чыгуудагы маалыматтарга колдонулган ыкмаларды көрсөтүү жана көрсөткүчтөрдүн аталыштары келтирилиши керек. Бир эле маалыматтын же таблицанын эки жолу кайталанышына жол берилбейт.

6. Макалага авторлордун цитаталары ирээти менен адабияттардын тизмеси өзүнчө баракка 1,5 интервалда тиркелет (негизги макала үчүн 25тен ашпаган адабият, адабияттардын обзору үчүн 60). Китеп, диссертация, жыйнак, съездердин жана конференциялардын материалдары үчүн авторлордун аты-жөнү, иштин аталышы, китептин толук аталышы, чыккан жылы, басмадан чыккан жери, китептин бети көрсөтүлөт. Мисалы: Бураковский В.И., Лишук В.А., Керцман В.П. ж.б. Интенсивдүү дарылоодо монитордук-компьютердик технологияларды колдонуунун он беш жылдык тажрыйбасы. – Китепте: Саламаттыкты сактоодогу информатика. М.: Медицина, 1990.-3,6-бет. Сидоров И.С., Макаров И.О. Экламсия жана аны дарылоонун жаңы аспектилери. Китепте: “Эне жана бала” Россиялык 6-форумдун материалынан. М., 2004.-121-бет Журналдык макалалар үчүн – авторлордун аты-жөнү (эгерде авторлор бештен көп болсо, биринчи үч авторду гана көрсөтүп, калганын “ж.б.” же “et al” деп англис же орус тилине ылайык көрсөтүп коюу керек), макаланын толук аталышы, журналдын кыскартылган аталышы (1 пс Iex МесИсиз же МесШпе сыяктуу), жылы, том, басылманын номери, бетинин номери (биринчи жана акыркы) көрсөтүлөт. Мисалы: Насонов Е.Л., Самсонов Ю.М., Беленков Ю.Н. ж.б. Жүрөк кемтигинин иммунопатологиясы: цитокиндердин ролу. Кардиология.-1999.-№3.-66, 75-беттер.

7. Кыргыз, орус жана англис тилдеринде макаланын изилдөө максатын, пайдаланылган материалдардын жана ыкмалардын, алынган негизги жыйынтыктардын негизи көрсөтүлгөн резюме (көлөмү 0,5 бетке чейин), ошондой эле 3 тилде негизги сөздөр (7 сөздөн ашпаган) тиркелиши зарыл.

Резюменин башына макаланын аталышы, автордун ата-жөнү көрсөтүлүшү керек.

8. Макаланы автор жакшылап текшерип туруп анан берүүгө тийиш. Баардык аталыштар, химиялык формулалар, өлчөмдөр, цифралар, таблицалар, сүрөттөр ж.б. даана көрсөтүлүшү зарыл.

9. Бир жактуу кол жазмалар авторлорго кайра кайтарылып берилбейт. Эгерде макала автор тарабынан басмага даярдалып жаткан учурда ондолуп-түзөлсө, анда тексттин акыркы варианты келген күн келип түшкөн дата катары эсептелет.

10. Мурда жарык көргөн, башка журналдарга же жыйнактарга берилген макалалар кабыл алынбайт. Эрежеге ылайык жасалгаланбаган кол жазмалар кайра кайтарылып берилет.

## Правила оформления статей при направлении в редакцию

Журнал является рецензируемым изданием.

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

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

1. Редакция принимает на рассмотрение рукописи в напечатанном виде (2 экземпляра) в сопровождении электронных носителей. Рукопись должна иметь визу заведующего кафедрой или руководителя подразделения (на первой странице, в верхнем левом углу) и направление от учреждения (с печатью), где работают авторы. Рукопись должна быть подписана всеми авторами в конце текста (ФИО автора - подпись). Следует указать полностью фамилию, имя, отчество, ученую степень, ученое звание, должность, рабочий адрес с почтовым индексом, служебный телефон, адрес электронной почты каждого автора.

2. Статья печатается на компьютере через 1,5 интервала, шрифтом Times, кеглем 14 на листе формата А4. Поля: верхнее и нижнее - 2,5 см, левое - 3,5 см, правое - 1,5 см. К статье прилагается иллюстративный материал в виде фотографий, рисунков, рентгенограмм, графиков, таблиц. Фотографии (черно-белые или цветные), представленные на глянцевой бумаге, должны быть контрастными, рисунки четкими. Фотокопии рентгенограмм представляются в позитивном изображении. На обороте рисунка ставится его номер, фамилия автора и название статьи (карандашом, без нажима). На отдельном листе печатаются подписи к рисункам со всеми обозначениями. Представляемая в редакцию распечатка статьи, включая иллюстративный материал, должна быть полностью идентичной электронному варианту. Все страницы должны быть пронумерованы.

3. Объем статей: не более 15 страниц - для оригинальной, 20 - для обзора литературы, 8 - для клинического наблюдения.

4. В начале первой страницы статьи пишутся: 1) название статьи, 2) инициалы и фамилии авторов, 3) полное наименование кафедры или лаборатории (в скобках указать ученое звание, инициалы и фамилию руководителя) и учреждения. Если авторы статьи из разных учреждений, то следует указать (надстрочными цифрами), в каком учреждении работает каждый из авторов. Структура оригинальной статьи: введение, пациенты (материалы) и методы, результаты исследования и их обсуждение, выводы (заключение), литература. Отдельно прилагаются резюме с ключевыми словами (см. п. 7).

5. В тексте сокращения и аббревиатуры должны быть расшифрованы при первом упоминании. Не допускается использование сокращений в названии работы, а также употребление необщепринятых сокращений. Номера библиографических ссылок даются в тексте в квадратных скобках в соответствии с 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.

6. К статье прилагается список литературы (не более 25 источников в оригинальной статье, 60 источников - в обзоре литературы) в порядке цитирования автором (не по алфавиту!), напечатанный на отдельном листе через 1,5 интервала. Для книг, диссертаций, сборников, материалов съездов и конференций указываются фамилии и инициалы авторов, название работы (если указываются конкретные страницы), полное название книги, место, издательство и год издания, количество страниц в книге или конкретные страницы. Примеры: Бураковский В.И., Лищук В.А., 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 InClex MedCisiz или MedШпе), год, том, номер выпуска, номера страниц (первая и последняя). Например: Насонов Е.Л., Самсонов Ю.М., Беленков Ю.Н. и др. Иммунопатология застойной сердечной недостаточности: роль цитокинов // Кардиология. -1999. -№3. - С.66-73.

7. К статье должны быть приложены резюме (объемом до 0,5 страницы) на русском, кыргызском и английском языках с кратким указанием цели исследования, использованных материалов и методов, основных полученных результатов и выводов, а также список ключевых слов на трех языках (не более 7). Над текстом резюме указываются название статьи, инициалы и фамилии авторов, подразделение и учреждение, откуда направлена статья.

8. Статья должна быть тщательно проверена автором. Все названия, химические формулы, дозировки, цифровые данные в таблицах и на рисунках, размерности лабораторных и клинических показателей должны быть выверены.

9. Отклоненные рукописи авторам не возвращаются. Если статья перерабатывалась автором в процессе подготовки ее к изданию, датой поступления считается день поступления окончательного текста.

10. Не допускается направление статей, ранее опубликованных или направленных в другие журналы или сборники. Рукописи, оформленные не в соответствии с правилами, возвращаются без рассмотрения.