

ISSN 1694 – 6405



**ВЕСТНИК
КЫРГЫЗСКОЙ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ
АКАДЕМИИ
им. И.К. АХУНБАЕВА**

№1, 2009

БИШКЕК



Вестник КГМА

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

Главный редактор
Зурдинов А.З.

Зам. главного редактора
Ырысов К.Б.

Ответственный секретарь
Усонкулова Г.Б.

Редакционная коллегия

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

Редакционный совет

Акынбеков К.У.	Куттубаев О.Т.
Алымкулов Р.Д.	Мергенбаева Т.К.
Бектуров Ж.Т.	Мусуралиев М.С.
Бримкулов Н.Н.	Усупбаев А.Ч.
Кадырова Р.М.	Чолпонбаев К.С.
Кожакматова Г.С.	Чонбашева Ч.К.
Кононец И.Е.	Шаршенов А.К.

Учредитель

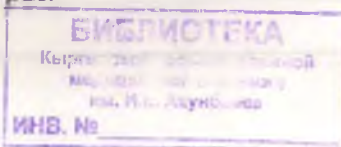
© Кыргызская государственная медицинская академия

Издатель

ОсОО «Кут-Бер»

Адрес редакции журнала:
г. Бишкек, ул. Ахунбаева 92
КГМА, 3 этаж, 103 каб.
Телефон: (0312) 54 31 34
54 58 82
E-mail: vestnikkgma@mail.ru

Редакция не несет ответственности
за содержание рекламных материалов.
Ответственность за содержание и
достоверность материалов несут авто-
ры.



СОДЕРЖАНИЕ

Колонка главного редактора	
В добрый путь «Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева»!	
Зурдинов А.З., Ырысов К.Б.....	6
Вопросы истории	
Очерк истории Кыргызской государственной медицинской академии	
Зурдинов А.З., Ырысов К.Б., Акынбеков К.У., Урманбетова С.М.....	7
История открытия и организации работы первого медицинского вуза в Казахстане (30-е годы)	
Аканов А.А., Саятова А.С., Юсупов Р.Р.....	10
Кафедра физических методов лечения с курсом традиционной медицины Кыргызской государственной медицинской академии: история становления и современное состояние	
Алымкулов Д.А., Алымкулов Р.Д., Саралинова Г.М., Исраилова С.С., Сманова Дж.К., Абдылдабекова К.Б.....	13
История становления и развития кафедры анестезиологии-реаниматологии с курсом комбустиологии Кыргызской государственной медицинской академии	
Бошкочев Ж.Б., Шерова А.А., Исмаилова У.А., Хантимеров Р.М., Сейталиева З.К.....	16
О деятельности кафедры госпитальной терапии КГМА: связь прошлого и будущего	
Бримкулов Н.Н., Раимжанов А.Р., Курумшиева А.Ш., Мергенбаева Т.К., Лобанченко О.В., Джакыпбаев О.А.....	19
Клиника и курс профессиональных болезней	
Чонбашева Ч.К., Сулайманова Ч.Т.....	23
Доцентский курс гематологии – основа создания Кыргызского первого центра гематологии	
Раимжанов А.Р., Джакыпбаев О.А.....	27
История развития кафедры клинической гематологии и лабораторной КГМА	
Кадырова Т.М., Кям А.С.....	32
Роль профессора С.К. Кожакматова в формировании трансдисциплинарной школы в кыргызстане	
Кожакматова Г.С.....	36
Этапы становления кафедры нормальной физиологии	
Кононец И.Е.....	38
История становления и развития кафедры судебной медицины Кыргызской государственной медицинской академии	
Мукашев М.Ш., Исмаилов Н.К., Айтмырзаев Б.Н.....	41
Проблемы медицинского и фармацевтического образования	
Оптимизация учебного процесса и активизация познавательной деятельности студентов на кафедре нормальной и топографической анатомии	
Абаева Т.С., Абилова Р.Э., Дуйшенова К.Ш., Тамасыс К.А.....	44
Оптимизация управления здравоохранением с позиций менеджмента качества	
Аканов А.А., Камалиев М.А., Асатова А.Б.....	47
Анализ растительного сырья входящего в состав препарата «Фитон»	
Бейсенбеков Н.А.....	49
О внедрении системы менеджмента качества в медицинском вузе	
Бримкулов Н.Н., Дубовикова М.Н., Бешке Е.В., Ивиева Ю.В.....	51
Эффективность лекционного процесса с использованием мультимедиа	
Гарновская И.И., Городецкая И.В.....	55

Недостатки оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинической практике	
Жуманазаров Н.А.....	57
О наиболее частых ошибках в оказании стационарной медицинской помощи городским жителям	
Жуманазаров Н.А.....	60
Философия сестринского образования	
Калесва А.А.....	63
Информационная культура будущего врача как фактор интенсификации информатизации медицины	
Карашева Н.Т., Джоробеков Б.Д.....	65
Модификация учебных программ по ВИЧ-инфекции в аспекте медико-социальных дисциплин	
Кутманова А.З., Тё В.Е., Джумагулова А.Ш., Джангазиева А.А., Сыдыкова А.Б., Землянухина Л.С., Буранчиева А.А.....	68
Опыт проведения олимпиады по микробиологии среди студентов	
Ланкина М.В., Рамазанова Б.А., Бармакова А.М.....	72
Пути оптимизации последиplomного обучения в хирургии	
Мамакеев М.М., Сопуев А.А., Бектуров Ж.Т., Маллаев С.Х.....	76
Инновационные технологии в высшем медицинском образовании: сравнительный анализ выживаемости знаний у студентов, обучающихся по традиционной и интегрированной системе обучения	
Мамбеталиева Д.К., Кадырова З.А.....	80
Совершенствование подготовки специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием - основа успеха реформ здравоохранения Кыргызской Республики	
Мамбеталиева Д.К.....	84
Ситуативная организация обучения иностранным языкам	
Умарбаева С.А., Тентимишева Б.Д.....	87
Подготовка кадров на фармацевтическом факультете Кыргызской государственной медицинской академии	
Чолпонбаев К.С., Абдырасулов С.А., Садыкова А.К., Дооталиева С.Ч., Мураталиева А.Д.....	90
Современное состояние и перспективы развития фармацевтического образования в Кыргызской Республике	
Чолпонбаев К.С., Садыкова А.К., Дооталиева С.Ч., Абдырасулов С.А.....	94
Роль интерактивных игр в процессе обучения на кафедре госпитальной детской хирургии	
Шамсиев А.М., Гаффаров У.Б., Атакулов Д.О., Шамсиев Ж.А., Юсупов Ш.А.....	99
Эффективность интерактивных игр при изучении хирургических заболеваний детского возраста	
Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Рахимов Ф.Э., Базаров Б.Б.....	99
Контроль микробной контаминации объектов производственной среды и оборудования в «чистых помещениях» на фармацевтическом производстве в условиях внедрения GMP	
Азгарбек Динара Исақызы.....	100
Вопросы фундаментальной медицины	
Морфологические аспекты компенсаторно-приспособительных процессов при патологии сердечно-сосудистой системы от воздействия фосфора	
Аризов Б.....	103
Структурно-функциональные изменения в сосудах у экспериментальных животных под влиянием желтого фосфора	
Аризов Б.....	107
Цитохимические и ультраструктурные изменения клеток периферической крови при адаптации и дезадаптации экспериментальных животных к условиям высокогорья	
Бектурганова А.О.....	111
Имуноферментный анализ – как метод ранней иммунологической диагностики при альвеококкозе	
Башарова А.У.....	114
Изменения тиреоидных гормонов в антистресс-системе организма	
Гореловская И.В.....	117

Исследование активности внутриклеточных ферментов при токсическом воздействии соединений сурьмы Кожомкулов Э.Т., Маатов Т.О., Кожомкулова С.К., Саипбаев Б.С.....	119
Структурные изменения в нейронах коры большого мозга при экспериментальной и клинической черепно-мозговой травме Мамытова Э.М., Кадыралиев Т.К., Сулайманов М.Ж.....	121
Феномен «апоптоза» и его характеристики при экспериментальной черепно-мозговой травме Мамытова Э.М., Кадыралиев Т.К., Сулайманов М.Ж.....	124
Анатомические варианты и возрастные особенности расположения лимфатических узлов средостения у человека Омурбаев А.С., Гайворонская Ю.Б., Жанганаева М.Т., Рахматов Н.А., Жоомартов У.А., Абдышев К.К.....	127
О лимфангионах сердца человека в зрелом возрасте Сатыбалдиев М.А., Эргешева А.М., Смаилов К.С., Дуйшенова К.Ш.....	131
Микробиологические исследования сверхкритических углекислотных экстрактов и лекарственных средств на их основе Шакиев С.Ш., Устенова Г.О., Пятница В.А.....	135
Морфология лимфоидных образований дыхательных путей в свете глобальных климатических изменений в условиях высокогорья (литературный обзор) Шаршембиев Ж.А., Касмамбетова Ш.К., Иманалиев Д.М., Исаков М.А.....	138
Вопросы клинической медицины	
Особенности заболеваемости и смертности от болезней органов дыхания в Кыргызстане Абжалбекова Н.Т., Василевский М.Г.....	141
Проблема альвеококкоза в Кыргызской Республике Бодошева А.У.....	145
Связь курения и работы в условиях высокогорья с развитием obstructивных нарушений вентиляции Винников Д.В., Бримкулов Н.Н.....	148
Динамика первичной инвалидности вследствие глаукомы в Кыргызской Республике на стыке двух социально-экономических формаций Джумагулова А.О.....	153
Язвенная болезнь – эпидемиологическая ситуация в Кыргызской Республике Ибрагимов А.А., Джуманова Р.Г., Джумабаев М.Н.....	156
Исходы тяжелой черепно-мозговой травмы: определяющие факторы Идирисов А.Б.....	163
Генитальный эндометриоз в перименопаузе Иржанов С.И., Исакова Э.Е.....	166
Ремоделирование сердца у диализных больных Калиев Р.Р., Байкелова М.Р., Будаичиева А.Б., Абдиев Б.А., Рамагулова Н.Т.....	167
Клинико-функциональные особенности хронического гломерулонефрита у кыргызов в горных условиях Калиев Р.Р.....	172
Курортные и физические факторы в лечении язвенной болезни Калюжная О.А., Алымкулов Д.А., Саралинова Г.М.....	179
Приготовление раствора бриллиантового зеленого и раствора кислоты салициловой в спиртах различной концентрации и определение их биологической активности Кияшев М.Д., Батыралиева А.К., Ахметова С.Б., Кияшев Д.К.....	182
Микробиологические исследования суппозиторий на основе пихтового масла Кожанова К.К., Шакенов С.Ш., Кадырбаева Г.М.....	186
Проблема зоонозных инфекций в Кыргызской Республике Кутманова А.З., Тойгонбаева В.С.....	189

ОЧЕРК ИСТОРИИ КЫРГЫЗСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Зурдинов А.З., Ырысов К.Б., Акынбеков К.У., Урманбетова С.М.

КГМА, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В данной работе показана история становления и развития Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева. Авторы попытались кратко рассказать об этапах развития медицинского ВУЗа и о деятельности видных ученых-медиков, которые подготовили целую плеяду высококвалифицированных врачей-практиков и научных работников.

КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК МЕДИЦИНАЛЫК АКАДЕМИЯСЫНЫН ТАРЫХЫНАН ОЧЕРК

Зурдинов А.З., Ырысов К.Б., Акынбеков К.У., Урманбетова С.М.

Корутунду. Бул иште И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын калыптануу жана өнүгүү тарыхы чагылдырылган. Авторлор медициналык ЖОЖдун өнүгүү жолдору жана көрүнүктүү илимпоз-медиктер даярдаган көптөгөн жогорку квалификациядагы врачтар жөнүндө кыскача айтып берүүгө аракет кылышкан.

HISTORICAL REVIEW OF FORMATION AND DEVELOPMENT OF THE KYRGYZ STATE MEDICAL ACADEMY

Zuridinov A.Z., Yrysov K.B., Akynbekov K.U., Urmanbetova S.M.

KSMA, Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. In the given work the history of formation and development of the Kyrgyz state medical academy of name I.K. Ahunbaeva is shown. Authors have tried to tell short about stages of development of medical academy and about activity of visible scientists-physicians which have prepared the whole galaxy of highly skilled doctors-experts and science officers.

В нынешнем 2009 году Кыргызской государственной медицинской академии исполнилось 70 лет.

На протяжении всей своей истории Академия была и остается флагманом медицинского образования и науки, а также крупным клиническим медицинским центром нашей страны.

Высококвалифицированный профессорско-преподавательский состав Академии, насчитывающий более 650 человек, проводит огромную работу по совершенствованию образовательного процесса и реализации крупных научно-исследовательских проектов, активно участвует в общественно-политической жизни страны.

Медицинский институт был открыт в городе Фрунзе в далеком 1939 году по решению II съезда Коммунистической партии большевиков Киргизии (1938г.). В первый год деятельности института было развернуто 10 кафедр общеобразовательного и медико-биологического профиля, на которых работали 14 преподавателей и обучалось 167 студентов. Коллектив института в эти годы занимался вопросами, связанными с

быстрейшим возвращением в строй раненых бойцов и офицеров.

Первый выпуск в количестве 120 врачей, в 1943 году, а в 1944 году среди выпускников института были первые 8 врачей кыргызской национальности, в том числе К.Р. Рыскулова, ставшая известным ученым, педагогом, общественным деятелем и академиком. Первыми докторантами (1951 г.) были известные ученые З.И. Игембердиев, К.Р. Рыскулова, А.А. Айдаралиев, А.Ф. Усманова, А.М. Мурзалиев.

В 50 – 60-е годы научно-педагогический коллектив института успешно занимается изучением таких актуальных для Киргизии проблем, как эндемический зоб, физиология и патология организма в условиях высокогорья, регенерация и трансплантация тканей и органов, патологическая физиология угрожающих состояний.

В 60-80-е гг. активно внедряются новые технологии обучения студентов, развивается большой спектр научных исследований. В институте вводится программированный контроль знаний с использованием технических средств. Разрабатываются научные основы дисциплин: учебные элементы, уровни их усвоения, графологические структуры, вводится единая методическая система

ОЧЕРК ИСТОРИИ КЫРГЫЗСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

преподавания (ЕМС) и проводится воспитательная работа.

В 90-х годах, в связи с распадом СССР, в республике ухудшились социально-экономические условия. В первые годы суверенитета Кыргызской Республики (1991-1993гг) значительно сократился набор студентов, практически не финансировались научные исследования, особенно по фундаментальным проблемам. В 1996 г. указом Президента КР КГМИ реорганизован в Кыргызскую государственную медицинскую академию. Организуется контрактная форма обучения. Идет реорганизация учебно-методического и научного процесса.

В последние десятилетия научные и педагогические школы продолжают специалисты молодого и среднего поколений разрабатывающие актуальные и приоритетные проблемы медицинской науки и образования.

Прежде следует отметить работы И.К. Ахунбаева и его учеников по проблеме шока. В числе талантливых учеников И.К. Ахунбаева замечательные хирурги Н.С. Андросов, С.Ф. Юлдашева, О.А. Коккозов, У.Б. Байзаков, Н.И. Ахунбаева, Н.Ф. Олифиренко, У.Р. Калиев, Ш.Д. Джумадилов, А.С. Романов, Х.С. Бебезов, Дж.Н. Нурманбетов, М.Г. Фингер, Д.Б. Бисембин, С.А. Алишеров и мн. др.

Академик НАН КР, заслуженный врач и заслуженный деятель науки, отличник народного образования, д.м.н., профессор К.Р. Рыскулова воспитала таких докторов наук, как Б.А. Акматов, Р.А. Оморов, Т.Я. Тарак и др.

Научная деятельность Героя Социалистического Труда, академика АМН СССР и НАН КР, лауреата Государственных премий СССР и КР, профессора М.М. Миррахимова охватывала вопросы комплексного изучения физиологии и патологии человека в условиях горного края. Учениками М.М. Миррахимова являются член-корр. НАН КР, д.м.н., профессор А.Р. Раимжанов, выпустивший 10 кандидатов и 1 доктора наук; лауреат Государственной премии КР, д.м.н., профессор Н.Н. Бримкулов, выпустивший 8 кандидатов и 2 докторов наук и д.м.н., профессор Р.Р. Калиев.

Академик М.М. Мамакеев разработал новые способы хирургического лечения острых заболеваний гепатопанкреато-билиарной зоны, кишечного тракта, гнойных заболеваний и травм органов грудной и брюшной полостей. Ныне кафедрой заведует профессор Ж.Т. Бектуров, под чьим руководством защищены 1 докторская и 4 кандидатские диссертации.

Заслуженный деятель науки, заслуженный врач, профессор, академик НАН КР А.М. Мурзалиев работает в области цереброваскулярных заболеваний, заболеваний периферической нервной системы, нейроонкологии, нейроинфекции, проблем черепно-мозговой травмы и наследственных заболеваний. Подготовил 5 докторов и 24 кандидата наук.

Академик НАН, лауреат Государственной премии КР, профессор С.Б. Данияров создал научную школу по вопросам адаптации организма к условиям высокогорья. Основным направлением научной деятельности ученицы С.Б. Даниярова профессора И.Е. Кононец является изучение состояния кардиогемодинамики и вегетативной нервной системы при адаптации и деадаптации организма животных и человека к условиям средне-

и высокогорья. Итогом проведенных исследований явилась защита 3 кандидатских диссертаций. Нельзя не упомянуть о вкладе в научно-исследовательскую работу кафедры нормальной физиологии профессора Б.К. Тыналиевой по направлению - межполушарная асимметрия головного мозга жителей горных регионов Кыргызстана.

Заслуженный деятель науки, лауреат Государственной премии КР, д.м.н., профессор, академик, вице-президент НАН КР Д.К. Кудаяров создал большую научную школу детских гематологов, которая насчитывает 15 докторов и 34 кандидата медицинских наук.

Заслуженный деятель науки, академик НАН КР, д.м.н., профессор М.М. Мамытов проводит научно-исследовательскую работу по проблемам черепно-мозговой травмы, нейроонкологии, сосудистых и паразитарных заболеваний головного мозга, остеохондроза позвоночника. Продолжателем научной школы академика М.М. Мамытова является д.м.н., профессор К.Б. Ырысов - ныне проректор по лечебной, научной и организационно-массовой работе.

Заслуженный деятель науки, д.м.н., профессор, Почетный академик НАН КР М.Т. Нанаева внесла огромный вклад в создание отечественной педагогической и научной школы фармакологов.

С 1997 г. под руководством д.м.н., профессора, член-корр. НАН КР, заслуженного деятеля науки КР А.З. Зурдинова продолжена научно-исследовательская работа по основным направлениям экспериментальной и клинической фармакологии. Профессор А.З. Зурдинов возглавляет диссертационный совет по специальностям фармакология, клиническая фармакология и технология лекарств и организация фармацевтического дела. В совете защищено 3 докторских и 37 кандидатских диссертаций.

Профессор, заслуженный врач республики Г.А. Фейгин и его ученики разработали ряд операций на гортани и трахее, позволяющие в значительной мере облегчить послеоперационный период, внедрили методику послеоперационного ведения онкологических больных с использованием гепаринотерапии. Под руководством профессора Г.А. Фейгина защищены 2 докторские и 27 кандидатских диссертаций.

Заслуженный врач Кыргызской Республики, член-корр. Международной академии оториноларингологии - хирургии головы и шеи, д.м.н., профессор В.А. Насыров возглавил новое научное направление - изучение влияния среды обитания на состояние ЛОР органов жителей нашей республики. В.А. Насыров - автор 11 изобретений, подготовил 16 кандидатов медицинских наук.

Лауреат Государственной премии КР, заслуженный работник здравоохранения, д.м.н., профессор, М.А. Айманбетов занимается вопросами аллотрансплантации нервного ствола в эксперименте и паразитарных болезней человека. Изучая особенности биологии и экологии эхинококка и альвеококка среди домашних и диких животных, д.м.н., профессор О.Т. Куттубаев стал преемником дела М.А. Айманбетова.

Научные исследования заслуженного врача, профессора Ш.Ю. Альдхамбаева и профессора В.Л. Морозова, посвященные изучению иммунитета, дополняются

д.м.н., профессором Д.А. Адамбековым. Под его руководством подготовлено 3 доктора и 14 кандидатов наук.

Работу по изучению патогенеза и совершенствованию лечения социально значимых дерматозов, ИППП (псориаз, вирусные дерматозы, нейросифилис, вульгарные и розовые угри, экзема) продолжил д.м.н., профессор Балтабаев Мир-Али Курбан-Алиевич, подготовивший 3 кандидатов наук.

Профессор К.У. Акынбеков и лауреат Государственной премии, профессор О.Т. Касымов продолжили научную школу лауреата Государственной премии, профессора Б.С. Мамбеталиева. В последующем, К.У. Акынбеков продолжил научное направление заслуженного деятеля науки, заслуженного врача, д.м.н., профессора А.А. Айдаралиева, подготовив 4 доктора и 7 кандидатов наук.

Научно-исследовательская работа профессора И.Т. Каложного была посвящена актуальным вопросам клинической эндокринологии и гастроэнтерологии. В настоящее время д.м.н., профессор М.С. Молдобаева руководит научной работой кафедры по таким направлениям как «Сахарный диабет и язвенная болезнь в условиях Кыргызстана».

Профессор В.С. Кононов создал крупные областные центры детской хирургии в городах Ош, Жалалабад и Каракол, где оказывают специализированную помощь детям по неотложной, торакальной хирургии, травматологии, ортопедии, урологии. Таковую разностороннюю деятельность в подготовке детских хирургов различного профиля продолжает д.м.н., профессор К.А. Адамалиев, подготовивший 2 доктора и 24 кандидата медицинских наук.

Научную школу профессора, травматолога-ортопеда высшей категории С.К. Кожокматова продолжает д.м.н., профессор, член-корр. НАН КР С.А. Джумабеков, подготовивший 20 кандидатов медицинских наук.

На кафедре патофизиологии придерживаются научных направлений П.Я. Мытника (1940-1950 гг.), Г.Л. Френкеля (1952-1960 гг.), А.Ю. Тилиса (1960-1986 гг.), подготовивших известных ученых, как профессор Д.А. Алымкулов - специалист в области курортологии и физиотерапии, профессор М.И. Китаев - специалист в области иммунологии и патологической физиологии. Теперь под руководством д.м.н., профессора, лауреата Государственной премии КР Р.Р. Тухватшина проводится большая научно-педагогическая деятельность и защищены 23 кандидатские и 2 докторские диссертации.

Специалист в области социальных и биологических проблем бронхо-легочной, сердечно-сосудистой патологии, сепсиса, туберкулезного менингита профессор Т.И.Покровская внесла неоценимый вклад в развитие медицинской науки и практики. Ее последователь профессор С.С. Бакасов - высококвалифицированный специалист в области детской кардиоревматологии - разработал мероприятия по оздоровлению школьников КР, подготовил 5 кандидатов медицинских наук.

Профессор Л.Б. Сабурова внесла огромный вклад в подготовку стоматологических кадров для Кыргызстана и в развитие научных исследований в области стоматологии. Ее последователь профессор К.Б. Куттубаева

занимается вопросами оптимизации комплексной терапии хронического генерализованного пародонтита с использованием биологически активных веществ природного происхождения, является научным руководителем 2 аспирантов и 3 соискателей.

Под руководством профессора А.Ч. Усупбаева, преемника профессора М.Т. Тыналиева, являвшегося членом Всемирной ассоциации урологов, автором 9 изобретений, внедряются новые методы диагностики и лечения урологических заболеваний на высокотехнологическом уровне. Подготовлено 13 кандидатов и 2 доктора медицинских наук.

Фрагменты исследований видного ученого профессора В.Ю. Шейнмана по теме «Применение комбинированных трансплантатов с ограничителем из твердой мозговой оболочки в восстановительной хирургии челюстно-лицевой области» получили развитие в работах Б.А. Бакиева, С.Б. Орозбекова, Р.И. Иманкулова, Д.Б. Шаяхметова.

Последователем научной школы профессора И.М. Лебедевой являются д.м.н., профессор М.С. Мусуралиев, выпустивший 5 кандидатов и 2 докторов наук и д.м.н., профессор А.К. Шаршенов - зав. кафедрой акушерства и гинекологии №2.

Следует отметить важность научно-исследовательской деятельности следующих профессоров: под непосредственным руководством И.О. Кудайбергеновой защищены 1 докторская и 7 кандидатских диссертаций; М.Ш. Мукашев - отличник здравоохранения СССР, эксперт высшей квалификационной категории в области судебной медицины; обладатель Золотой медали Всемирной организации интеллектуальной собственности, заведующий кафедрой офтальмологии О.Д. Джумагулов; бывший президент стоматологической ассоциации КР С.Б. Орозбеков, воспитавший большое количество научных кадров.

Кафедра детских инфекционных болезней, возглавляемая д.м.н., профессором Р.М. Кадыровой является научно-методическим и лечебно-консультативным центром по проблеме диагностики, лечению и профилактике инфекционных заболеваний у детей. Ее основные научные труды посвящены проблеме острых респираторных инфекций, кори, дифтерии. Под её руководством защищены 4 кандидатские диссертации.

Нельзя не сказать также о достижениях молодых ученых, как К.С.Чолпонбаев - проректор по учебно-воспитательной работе, гос. языку и международным связям, И.Ж.Сатылганов - заведующий кафедрой патанатомии, Ж.А.Шаршембиев - заведующий кафедрой гистологии, цитологии, эмбриологии, А.З.Кутманова - заведующая кафедрой инфекционных болезней, Р.Д. Алымкулов - заведующий кафедрой физических методов лечения с курсом традиционной медицины.

Согласно Национальной программе реформирования здравоохранения «Манас-Таалими» разработана стратегия реформирования высшего медицинского и фармацевтического образования в республике. Задачами данной стратегии определены модернизация подготовки медицинских кадров, внедрение новых технологий оценки качества и уровня профессиональной компетенции, укрепление материально-технической базы.

ИСТОРИЯ ОТКРЫТИЯ И ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ПЕРВОГО МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА В КАЗАХСТАНЕ (30-е ГОДЫ)

Аканов А.А., Саятова А.С., Юсупов Р.Р.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Республика Казахстан, г. Алматы

Резюме. Историческим шагом стало Постановление СНК РСФСР от 10 июля 1930 года, где было впервые указано о наборе абитуриентов в КазГМИ. Директором нового вуза стал крупный государственный деятель проф. С.Д. Асфендияров, который приступил к обязанностям 2 декабря 1930 года. Подготовительные занятия 255 студентов начались с 1 февраля. Среди первокурсников было 51,9 % казахов, 11,4% лиц восточных национальностей, 36,7 % русских. К 1934 году штат ППС стал полностью укомплектован, но материально-техническая база вуза оставалась чрезвычайно слабой. В 1936 году состоялся первый выпуск врачей (66 человек).

HISTORY OF THE FIRST MEDICAL HIGH SCHOOL IN KAZAKHSTAN (The 30th of XXth CENTURY)

Akanov A.A., Sajatova A.C., Yusupov R.R.

The Kazakh National medical university of S.D.Asfendijarov, Republic of Kazakhstan, Almaty

Summary. Resolution of RSFSR PKC of July, 10th, 1930 about admission of students into KazGMI was of great historical importance. The outstanding statesman, professor S.D.Asfendijarov was appointed a rector of KazGMI on December, 2, 1930. The 225 students began their studies at the preparatory courses since the 1st of February. Among first-year students there was 51.9% of Kazakh students, 11.4% of oriental nationality students, 36.7% of Russian students. By 1934 the staff of KazGMI was fully completed, but the material-technical base of the high school was extremely poor. In 1936 the first graduates received their diplomas.

Вопрос об организации и открытии медицинского вуза в Казахстане стал обсуждаться в Совнарком КазАССР еще в 1928 году, и первоначально рассматривался вариант преобразования в медицинский вуз медтехникумов г. Уральска или г. Семипалатинска: здесь были сравнительно хорошие лечебные базы для проведения клинических занятий.

Но окончательным решением стал выбор г.Алматы, что определялось переносом столицы республики в 1929 году из Кызыл-Орды в Алма-Ату и имеющимися тремя вузами в городе с соответствующими педагогическими кадрами.

В республике существовал огромный дефицит медицинских кадров. По данным отчета Наркомздрава в 1930 году в Казахстане было всего 737 врачей, 45 зубных врачей и 165 фармацевтов, тогда как реальная потребность в медицинских кадрах была выше в 5 раз. Становилось очевидным, что единственным решением проблемы кадров могло стать только открытие медицинского вуза в республике.

В Центральном государственном архиве Казахстана сохранилась подробная переписка народного комиссара здравоохранения КазАССР М. Татимова (1929г.), Казахского торгового представительства в г. Москве и Совнаркома РСФСР о кадровом потенциале и наличии базы для открытия мединститута в г.Алма-Ате. Наркомздрав Казахстана твердо обещал, что все вопросы с ба-

зой будут решены, и настойчиво требовал открыть вуз в республике.

Решение об открытии медицинского института в Алма-Ате было, наконец, принято 10 июля 1930 года Постановлением СНК РСФСР «Сеть, структура и контингент приема в высшие учебные заведения органов, находящихся в ведении РСФСР на 1930/1931 год». В приложении к этому Постановлению есть одна важная строчка с текстом «...Алма-Ата. Медицинский институт. Факультет лечебно-профилактический. Прием: зима 1930/1931 года – 100 человек». Это самый первый распорядительный документ по вопросу открытия медицинского института в Казахстане.

Далее последовал приказ Наркомздрава КазАССР за № 260 от 30 ноября 1930 года со следующим дословным текстом: «тов. Асфендияров назначается с 25-го ноября директором Казгосмединститута и распоряжение кредитов переходит к нему». Профессор Асфендияров С.Д. приступил к работе в должности директора КазГМИ 2 декабря 1930 года.

Уже 10 декабря 1930 года на заседании Президиума КазЦИК состоялось заслушивание вопроса о ходе развертывания деятельности мединститута и были приняты важные решения: 1) Обязать горсовет выделить земельный участок под строительство учебного корпуса. 2) Содействовать Казнаркомздраву в укомплектовании профессорско-преподавательского персонала, снабжении института оборудованием и учебными пособиями,

создании библиотеки. В этот же период было решено увеличить контингент абитуриентов до 150 человек, при этом национальный состав студенчества предлагался следующий – «...60% казахов, 10% восточных, 30% европейцев при 65% рабоче-бедняцком составе».

Прием заявлений и документов абитуриентов начался в декабре 1930 года.

Вступительных экзаменов не было, но на заседаниях приемной комиссии проводились индивидуальные собеседования с каждым заявителем. Всего весной 1931 года по результатам собеседования было зачислено в КазГМИ 135 человек, в том числе 107 человек были из семей батраков и бедняков, только 28 студентов оказались из семей служащих.

С зачисленными студентами весеннего набора с 1 февраля 1931 года начали проводить предварительные занятия на 10 кафедрах вуза: морфологии (анатомии), экспериментальной гигиены, гистологии, химии, физики, биологии, общественных наук (диалектического материализма, политэкономии), физкультуры, казахского языка, немецкого языка. В штате института в 1931 году были 5 профессоров, 4 доцента, 13 ассистентов и 2 преподавателя на кафедре казахского языка.

Так как весной 1931 года намеченного числа студентов (150 человек) на первый курс зачислить не удалось, то осенью 1931 года дополнительно набрали 168 студентов на 1 курс (зачисление проводили до 5 октября 1931 г.). В числе зачисленных студентов оказалось 51,9% казахов, 11,4% лиц восточных национальностей, 36,7% русских. Зачисленным студентам назначалась стипендия по решению заседания стипендиальной комиссии.

К концу пятилетки планировалось довести численность студентов по мединституту до 600 чел., по рабфаку – 300. Принятый план строительства включал постройку зданий: морфологического корпуса, хирургической клиники на 300 человек, терапевтической клиники, учебного корпуса для рабфака на 300 человек, 25 квартир для преподавателей.

23 декабря 1931 года в вузе впервые был создан Совет института. В состав Совета были включены все профессора, представители партбюро, ячейки ВЛКСМ, профкома, Наркомздрава, три представителя от студенчества. Здесь регулярно рассматривались учебно-производственные рабочие планы и программы, вопросы организации методической работы.

Учебных классов было мало, часть кафедр размещалась на территории Казахского педагогического и Алма-Атинского зооветеринарного институтов. Из-за постоянной нехватки учебных комнат в институте часто проводились переустройства, уплотнения, перемещения кафедр в другие здания. Каждая кафедра занимала по 2-3 комнаты, часто один учебный класс делился между двумя кафедрами. Осенью 1932 года положение было настолько трудным, что администрация вуза была вынуждена перевести работу канцелярии вуза с 14.00 часов дня, а в утренние часы во всех комнатах ректората проводились занятия по общественным дисциплинам и языкам.

С 1932-1933 учебного года сотрудники медицинского института впервые стали выполнять научные исследования на кафедрах нормальной анатомии, неоргани-

ческой химии, патологической анатомии, гистологии, микробиологии. Сохранился «Отчет о НИР Казахского государственного медицинского института за 1932-1933 уч. год», написанный всего на 2-х страницах. В отчете нет сведений о результатах выполненных исследований, но указаны темы. Например, на кафедре неорганической химии изучали химический состав минеральных вод курортов Казахстана – «Рахмановские ключи» и «Ак-Куль». Сотрудники кафедры гистологии «...развернули единственную в республике лабораторию по изготовлению гистологических препаратов и проверки их на животных». Кафедра микробиологии разрабатывала вопросы, связанные с эпидемиологией неблагополучием в г.Алма-Ате. На кафедре патологической анатомии исследовались весьма актуальные проблемы края: малярия и зоб. В конце 1933 года научно-исследовательская работа стала проводиться на ряде вновь организованных кафедр: хирургии, терапии, детских болезней.

В 1933-1934 учебном году штат преподавателей стал полностью укомплектованным. Поэтому в 1934 году в институте впервые формируется конкурсная комиссия для рассмотрения заявлений на вакантные ставки преподавателей.

С 1935 года были введены обязательные приемные экзамены для абитуриентов. Работа по набору студентов на первый курс в 30-е годы затруднялась тем обстоятельством, что среди поступающих было мало абитуриентов, в т.ч. казахов с законченным 7-летним образованием. Поэтому было подписано специальное распоряжение за №14 от 14.01.34 об открытии с 5 марта 1934г. шестимесячных курсов для подготовки к поступлению в мединститут. Учебная база постепенно расширялась. В 1933-1934 годах институт получил дополнительные здания, и теперь кафедры размещались по четырём адресам. Клинические кафедры располагались на базе отделений больницы Красного Креста. Кафедра глазных болезней открылась в здании Института глазных болезней. Кафедра инфекционных болезней работала на базе городской инфекционной больницы. Рядом находилось студенческое общежитие, переоборудованное из барака для заразных больных. Все помещения мединститута в 1931-1936 годы имели печное отопление, канализация отсутствовала. Водопровод, строительство которого началось в Алма-Ате в 1930 году, был не во всех домах. Поэтому в штате института были водовозы.

Несколько строк о городе первой половины 30-х годов. Алма-Ата еще долгие годы жила с прежним укладом: только в центре города некоторые дороги были вымощены камнем. Дома в основном были одноэтажные, электрическое освещение в городе впервые появилось в 1928 году, но это были всего три слабых дизель-генератора. Студенты и преподаватели обычно пользовались керосиновыми лампами. По ночам город погружался в полную темноту.

Постепенно росла численность студентов медицинского института. В 1934 году число учебных групп составило 26, в 1935 году – 34, в 1936 – 45. Национальный состав студентов заметно изменился. Если в первом наборе 1931 года удельный вес казахов составил 51,9%,

то к 1936 году в целом по вузу казахов было всего 17,6%.

В 1935 году годовая учебная нагрузка преподавателей была увеличена с 480 часов до 684 -720 часов. В структуре института было уже 28 кафедр; здесь работали виднейшие ученые, приехавшие из городов России: Баккал И.С., Ермолаев В.Г., Телятников С.И., Федорович А.И., Стеблов Е.М., Вульпе И.Н., Серафимов Б.Н., Удинцев Г.Н., Исаев П. О., Сызганов А.Н., Сутин И.А., Попов Н.Н. и другие. Все они прибыли для работы в Казахстан по направлению Наркомздрава РСФСР.

Исследование отчетов, протоколов и приказов свидетельствует, что в 1933-1934 годах преподаватели института еще слабо занимались диссертационными работами, защит работ не было. В связи с этим еще с 1933 года ученые звания стали присваивать педагогам без защиты диссертаций.

1936-й год особо торжественный в истории вуза – состоялся первый выпуск врачей республики. Выпускные государственные экзамены назначены были на февраль 1936 года. Студенты-выпускники сдавали шесть экзаменов по программе Наркомздрава РСФСР: патологическую анатомию, патологическую физиологию, хирургию, терапию с педиатрией, акушерство и гинекологию, гигиену. Всего к экзамену было сформировано 5 групп, в среднем по 13 человек. Экзаменационные билеты были подготовлены только на кафедре акушерства и гинекологии. На остальных экзаменах выпускники получали устные вопросы от экзаменаторов.

Обучение в институте успешно закончили 66 врачей. Среди выпускников 1936 года было всего 18 казахов, т.е. 27,3%. Средний балл на выпускных экзаменах 1936 года составил 3,76. Диплом с отличием получили 12 выпускников. Государственная комиссия в своем отчете отметила, что: «... Казахский медицинский институт произвел первый выпуск врачей, дает вполне добросовестную продукцию и, тем самым, с честью выполняет свою миссию служить рассадником культуры и опорой Нар-

комздраву КазССР в деле созидания и укрепления Советского здравоохранения в Казахстане».

Таковы были будни и успехи первых лет нашего университета. История тех лет осталась только на выцветших фотографиях и в ветхих архивных документах, собранных в Музее истории КазНМУ. Но память о далеких годах мы храним с благодарностью к нашим первым учителям.

Прошли годы. Сегодня в Казахском национальном медицинском университете (ранее КазГМИ) работают 1550 преподавателей, в том числе 3 академика НАН РК, 162 докт. мед. наук, 512 канд. мед. наук. На 70 кафедрах вуза обучаются более 9000 студентов.

Молодой и сильный коллектив университета берет старт на осуществление инновационных проектов. В этих целях здесь создан Центр инновационных технологий в образовании и науке, призванный знакомить студентов с новейшими достижениями в медицине. Вуз располагает медицинской аппаратурой последних лет, отвечающей всем мировым стандартам. Сегодня молодые ученые университета успешно сотрудничают с научными центрами многих стран, в том числе с Японией, Россией, Германией, Украиной, США, Великобританией и другими.

В КазНМУ разработан и принят новый план стратегического развития, направленный на развитие человеческого ресурса, развитие сильного молодого коллектива педагогов и студенчества. У коллектива КазНМУ достойное будущее.

ЛИТЕРАТУРА

1. Архив Музея КазНМУ, ф. КМИ, оп. 1931-1936, д. 2, л. 1-40, 53-62
2. Архив Музея КазНМУ, ф. НКЗ, оп. 1931-1936, д. 1, л. 1-21, 33-45
3. Архив Музея КазНМУ, ф. КМИ, оп. 1930-1931, д. 1, л. 1-30
4. Архив Музея КазНМУ, ф. КМИ, оп. 1930-1931, д. 2, л. 1-43
5. ИГА России, ф.259, оп. 14, д. 28, л. 14

КАФЕДРА ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ С КУРСОМ ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ КЫРГЫЗСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ: ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ

Алымкулов Д.А., Алымкулов Р.Д., Саралинова Г.М., Исраилова С.С.,
Сманова Дж.К., Абдылдабекова К.Б.

*Кафедра физических методов лечения с курсом традиционной медицины КГМА
им. И.К.Ахунбаева, Бишкек*

Резюме: В статье представлены история образования, научная деятельность и современное состояние кафедры физических методов лечения с курсом традиционной медицины.

Ключевые слова: кафедра, история образования, современное состояние

КАФЕДРАНЫН ӨНУГУУ ТАРЫХЫ ЖАНА БҮГҮНКҮ КҮНҮ

Алымкулов Д.А., Алымкулов Р.Д., Саралинова Г.М., Исраилова С.С.,
Сманова Дж.К., Абдылдабекова К.Б.

Корутунду. Макалада кафедранын уюштурулган тарыхы, илимий иштери жана бүгүнкү күндөгү ахвалы берилет.

Негизги сөздөр: кафедра, уюштурулган тарыхы, бүгүнкү күнү

DEPARTMENT OF PHYSICAL METHODS OF TREATMENT WITH THE COURSE OF TRADITIONAL MEDICINE, KSMA. THE HISTORY OF FORMATION AND MODERN CONDITION

Alymkulov D.A., Alymkulov R.D., Saralinova G.M., Israilova S.S.,
Smanova G.K., Abdylidabecova K.B.

Summary. The history of formation, scientific activity and modern condition department of physical methods of treatment with the course of traditional medicine are given in this article.

Key words: department, history of formation, modern condition

В 1957 году на базе Кыргызского НИИ курортологии и физиотерапии была создана кафедра физиотерапии, лечебной физкультуры и лечебного контроля, под руководством директора НИИ Курортологии и Физиотерапии кандидата медицинских наук, доцента Б.В. Бабаханова. Б.В. Бабахановым были определены основные пути развития курортологической и физиотерапевтической науки в Киргизской ССР [10,12].

В эти годы огромное внимание уделялось изучению климата курортов Кыргызстана, особенно Иссык-Кульского района. Проводились научные исследования по изучению природных лечебных факторов и их применению при различных заболеваниях у взрослых и детей. Сотрудниками кафедры были разработаны основные принципы и даны научные обоснования использования климатотерапии на курортах Кыргызстана, что явилось основой для дальнейшего развития курортной службы нашего государства [11].

Одновременно с изучением климатолечения исследовались и другие лечебные факторы курортов. Так Н.Н. Морозовой с соавторами было изучено влияние минеральной воды курортов Жалалабат, Ыссыката и

Жетыөгүз на секреторную функцию желудка при хронических гастритах, что позволило расширить показания для направления больных на эти курорты. Были изучены различные стороны механизма действия местных минеральных вод, разработаны лечебные методики внутреннего применения воды и доказана их высокая эффективность в лечении больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Лечебная физкультура составляет основу медицинской реабилитации больных различного профиля, поэтому большое внимание уделялось применению различных форм лечебной физкультуры на курортах и в условиях клиники [10,11,13]. Результаты научных исследований Н.Т. Лякина позволили выявить особенности действия физических нагрузок на организм в условиях среднегорья и разработать принципы организации и проведения терренкура на курортах Кыргызстана.

В дальнейшем под руководством заведующей кафедрой кандидатом медицинских наук, доцентом Г.К. Тельтаевой сотрудниками кафедры изучались механизмы действия физических и курортных

факторов, разрабатывались методики лечения и реабилитации больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата, желудка. По материалам научных исследований, проведенных С.С. Исраиловой на курорте Чолпон – Ата, была защищена кандидатская диссертация на тему: “Динамика функционального состояния сердечно-сосудистой системы у больных с гипертонической болезнью среднего и пожилого возраста при санаторно-курортном лечении в среднегорье”. Разработанные автором дифференцированные комплексы лечения больных с гипертонической болезнью старших возрастных групп до настоящего времени успешно применяются на курортах Иссык – Кульского района. Также было научно обосновано применение ультразвуковой терапии, ультрафонофореза, дециметроволновой терапии, радоновых ванн при хроническом бруцеллезе, ревматоидном артрите, деформирующем остеоартрозе. Результаты этих исследований были обобщены в монографии Г.Т. Тельтаевой “Болезни суставов и их лечение на курортах Киргизии” [14], которая не потеряла своей актуальности и в настоящее время.

В этот же период ассистент Г.Н. Алимбаева изучала механизмы саногенного действия физиобальнеолечения при ревматизме у детей. Было выявлено положительное влияние кальций-электрофореза и углекислых ванн на сократительную функцию миокарда и окислительно-восстановительные процессы крови у данных больных. Результаты работы были оформлены в виде кандидатской диссертации в 1973 году.

С 1980 года кафедру возглавляет доктор медицинских наук, профессор Д.А. Алымкулов. В этот период сотрудниками кафедры проводилась научно-исследовательская работа по проблеме союзного значения «Научные основы применения физических факторов внешней среды в лечебных и профилактических целях». Продолжалось изучение механизмов действия физических факторов на процессы саногенеза у больных с поражением опорно-двигательного аппарата. Результаты научных исследований были обобщены в кандидатской диссертации А.Р. Джангазиевой на тему: «Ультразвук и фонофорез гидрокортизона в комплексном лечении больных с хроническим бруцеллезным поражением опорно-двигательного аппарата».

В дальнейшем совместно с кафедрой инфекционной болезни была разработана методика ультрафиолетового облучения аутокрови в комплексе с медикаментозной терапией у больных бруцеллезом. Результаты исследования выявили выраженное иммуномодулирующее действие УФО аутокрови, что значительно повышало эффективность медикаментозной терапии бруцеллеза и уменьшалось число рецидивов заболевания.

Профессором Д.А. Алымкуловым все эти годы большое внимание уделялось изучению природных курортных факторов, рекреационным возможностям курортных местностей Кыргызстана. Результаты этих исследований были обобщены в методических рекомендациях и монографиях опубликованных в 1988-1998 годах [1,2]. Под его руководством проводились работы по изучению влияния физических упражнений на организм детей в различных высотных поясах, были разра-

ботаны двигательные режимы и методики закаливания детей в летних оздоровительных учреждениях, разработаны дифференцированные показания для направления на санаторно-курортное лечение.

В период с 1991 по 1997 год вместе с сотрудниками кафедры профессором Д.А. Алымкуловым изучались метеопатические типы погод и развитие метеопатологических реакций у больных с сердечно-сосудистой патологией и бронхолегочной системы. Разрабатывались методики метеопрофилактики у данных больных. Изучалась роль биоритмов в эффективности санаторно-курортного лечения и физиотерапевтического лечения больных кардиологического профиля. Под его руководством ассистентом Дж. К. Смановой защищена кандидатская диссертация на тему: «Послесанаторная реадaptация у детей с ревматическими и неревматическими поражениями сердца».

В дальнейшем сотрудники кафедры принимали участие в научных исследованиях в рамках межвузовской программы «Здоровье студентов». В результате проведенных работ, была выявлена распространенность хронического бронхита среди студентов Кыргызской академии и разработаны эффективные методики их лечения с применением амплипульсофореза грязевого отжима, ингаляций раствора кочкорской соли и велотерапии, которые нашли широкое применение в профилакториях учебных заведений и в других лечебно-профилактических учреждениях республики [1,2,3].

Сотрудники кафедры также проводили научно-исследовательскую работу по определению физических и функциональных возможностей студентов в процессе учебы в КГМА. У практически здоровых студентов были выявлены дисфункция вегетативной нервной системы, нарушения адаптивных возможностей и снижение физической работоспособности. Совместно с кафедрой физвоспитания был разработан новый метод «круговой тренировки» на занятиях физической культуры с целью повышения физических и функциональных возможностей студентов [4].

С 2000 года кафедру возглавляет доктор медицинских наук, профессор Р.Д. Алымкулов. В связи с введением в программу обучения студентов курса традиционной медицины кафедра переименована в кафедру физических методов лечения с курсом традиционной медицины. В процесс обучения введены принципы восточной медицины, основы иглорефлексотерапии, Суджок терапии, мануальной терапии.

В эти годы сотрудниками кафедры разрабатываются методики лечения желудочно-кишечных заболеваний у студентов с использованием физических методов лечения в условиях санатория-профилактория КГМА [6]. В дальнейшем этот материал был включен в кандидатскую диссертацию ассистента кафедры С.Э. Исаева: «Клинико-морфологические особенности оксациллин-диэлектролиза в комплексном лечении гастродуоденальной патологии у детей» руководитель Р.Д. Алымкулов.

В этот период под руководством Д.А. Алымкулова издаются несколько монографий обобщающих результаты многолетних исследований лечебного применения природных богатств Кыргызстана, в которых дается краткая характеристика ландшафтно-климатических

особенностей Кыргызстана, основных групп минеральных вод и лечебных грязей, а также их использование на всех этапах реабилитации с различной патологией [7,8].

В последние годы под руководством профессора Р.Д. Алымкулова проводилась научно-исследовательская работа по теме: «Изучение роли йод-амплипульсофореза при лечении йоддефицитных заболеваний». На основании трехлетних исследований был разработан метод лечения йоддефицитных заболеваний. Предлагаемый метод лечения обладает высокой эффективностью, стойким лечебным эффектом, прост в применении и доступен во всех лечебно-профилактических учреждениях [9].

Для повышения качества выпускаемых специалистов, улучшения усвоения учебного материала в 2005 – 2007 годах выпущены учебники Д.А.Алымкуловым, Т.С.Симоненко, Р.Д. Алымкуловым «Физиотерапия и курортология» на русском и кыргызском языках; Р.Д. Алымкуловым и соавторами учебное пособие «Атлас традиционного японского массажа», а также большое количество методических рекомендаций для студентов, ординаторов и врачей.

За время своего существования, в течение 50 лет, кафедра тесно сотрудничала и продолжает сотрудничать с НИИ курортологии и восстановительного лечения, кафедрой усовершенствования при КГМИиПК, другими вузами и НИИ республики. Поддерживает тесную связь с лечебно-профилактическими и санаторно-курортными учреждениями, оказывает им методическую и практическую помощь. Разработанные сотрудниками кафедры методические рекомендации широко и успешно внедряются в практическое здравоохранение, повышая эффективность их лечебно-профилактических мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алымкулов Д.А., Мельникова З.И., Бабенко Г.М., Соловьева Л.И. Природные целебные средства Кыргызстана. – Бишкек, 1994.
2. Алымкулов Д.А., Поважная Е.Л., Соловьева Л.И. Применение физических факторов в комплексном лечении больных. Справ. пособие. – Бишкек, 1995.
3. Алымкулов Д.А., Сманова Дж.К. Биологические ритмы показателей кардиоинтервалографии у детей с

хронической ревматической болезнью сердца в период послесанаторной реадаптации // Вопр. курортол. – 1997. – №5. – С. 14-15.

4. Алымкулов Д.А., Симоненко Т.С., Исраилова С.С. и др. Метод скоростно-силовой тренировки как средство оптимизации работоспособности студентов // Вопр. курортол. – 1998. – №5. – С. 49-50.

5. Алымкулов Д.А. Рекреационные ресурсы Кыргызстана // Современные аспекты организма к экстремальным условиям. Сб. науч. тр. КГМА. – Бишкек, 1998. – С. 53-55.

6. Алымкулов Д.А., Симоненко Т.С., Сманова Дж.К., Исраилова С.С., Алымкулов Р.Д. Применение оксациллина электрофореза в лечении больных заболеваниями желудка // Юбилейная науч. практ. конф., посвящ. 10 летию РДЦМЗКР ЦАМЖ Т4 – 2000. – С. 137-138.

7. Алымкулов Д.А., Саспеков С.С., Алымкулов Р.Д., Симоненко Т.С. Горно-рекреационные ресурсы Кыргызстана и использование их в курортно-оздоровительных учреждениях. Монография. – Бишкек, 2002. – С. 191.

8. Алымкулов Д.А. Природные богатства Кыргызстана и использование их в лечебно-оздоровительных целях. Монография. – Бишкек, 2005. – С. 171.

9. Алымкулов Р.Д. и соавт. Йод-амплипульсофорез заболеваний щитовидной железы. ЦАМЖ, том 11, 2005, приложение 3, С. 132-134.

10. Бабаханов Б.В. Принципы и обоснование применения климатотерапии на курортах Киргизии // 2-я науч. - прак. конф. КНИИКиФ. – Ф. 1961. – С. 89-99.

11. Бабаханов Б.В. Лечебные факторы курортов Киргизии // Сов. Здравоохранение Киргизии. – 1963. – №4-5. – С. 37-43.

12. Бабаханов Б.В. Пути развития курортологической и физиотерапевтической науки Киргизской ССР // Мат. 4-й науч.- практ. конф. Кирг. НИИК и Ф. – Фрунзе, - 1966. – С. 6-18.

13. Лякин Н.Т. К вопросу о применении физических и курортных факторов в терапии переломов трубчатых костей и их последствий // Тр. 2-ой науч.-практ. конф. КНИИК и Ф. – Фрунзе, 1961.- С. 171-177.

14. Тельтаева Г.К. Болезни суставов и их лечение на курортах Киргизии. – Фрунзе, 1977.

ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ КАФЕДРЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАТОЛОГИИ С КУРСОМ КОМБУСТИОЛОГИИ КЫРГЫЗСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Бошкоев Ж.Б., Шерова А.А., Исмаилова У.А., Хантимеров Р.М., Сейталиева З.К.

Кафедра анестезиологии-реаниматологии с курсом комбустиологии

Резюме. В статье приводятся сведения о становлении и развитии кафедры анестезиологии-реаниматологии КГМА, ее научном направлении.

Ключевые слова: история, кафедра, анестезиология, реанимация.

КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫНЫН КОМБУСТИОЛОГИЯЛЫК КУРСУ БАР АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ ЖАНА РЕАНИМАТОЛОГИЯ КАФЕДРАСЫНЫН ТҮЗҮЛҮҮ ЖАНА ОНУГҮҮ ТАРЫХЫ

Бошкоев Ж.Б., Шерова А.А., Исмаилова У.А., Хантимеров Р.М., Сейталиева З.К.

Комбустиологиялык курсу бар анестезиология жана реаниматология кафедрасы

Корутунду. Макалада КММАнын Комбустиологиялык курсу бар Анестезиология жана Реаниматология кафедрасынын түзүлүү жана онугүү тарыхы, анын илимий багыты тууралуу маалыматтар берилет.

Негизги сөздөр: тарых, кафедра, анестезиология, реанимация.

HISTORY OF FORMATION AND DEVELOPMENT OF CHAIR OF ANAESTHESIOLOGY AND INTENSIVE CARE WITH KOMBUSTIOLOGY OF THE KYRGYZ STATE MEDICAL ACADEMY

Boshkoev J.B., Sherova A.A., Ismailova U.A., Khantimerov R.M., Seitalieva Z.K.

Chair of Anaesthesiologi and Intensive care with Kombustiologi

Summary. Article narrates history of chair of Anaesthesiologi and Intensive care of the Kirghiz State Medical Academy.

Key words: history, chair, Anaesthesiologi, Intensive care.

Предпосылкой возникновения анестезиологии и реаниматологии в республиках СССР 50-х годах XX века, послужила возникшая потребность хирургии в современных методах обезболивания и интенсивной терапии для внедрения операций на сердце, сосудах и легких. Родившись в недрах хирургии, анестезиология-реаниматология в свою очередь внесла большой вклад и стала по сути дела фундаментом для развития современной хирургии и смежных специальностей.

Человеком, который дал толчок развитию анестезиологии и реаниматологии в Кыргызстане стал выдающийся хирург – академик И.К.Ахунбаев.

В 1959 г. И.К. Ахунбаев выполнил первую в Среднеазиатском регионе успешную «закрытую» операцию на сердце – пальцевую митральную комиссуротомию. Анестезию – ингаляционный эфирный эндотрахеальный наркоз с искусственной вентиляцией легких провел

М.Г. Фингер. 1959 год является годом рождения современного хирургического обезболивания в Кыргызстане!

В 1967 г. М.Г. Фингер был избран ассистентом, а в 1968 г. доцентом кафедры общей хирургии Киргизского государственного медицинского института по специальности анестезиология и реаниматология. В эти годы, под его руководством проводились научные работы анестезиологами А.А. Шеровой, Р.Ц. Косачевской, А.И.Шевчук, М.Е. Радзивиловской.

В начале 70-х годов штат анестезиологов-реаниматологов Кыргызстана значительно увеличился, поэтому возникла необходимость специализации и повышения квалификации врачей и сестёр в республике. В 1973 году, при Центральной научно-исследовательской лаборатории Киргизского государственного медицинского института, был организован доцентский курс для совершенствования врачей по специальности "Анесте-

ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ КАФЕДРЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАТОЛОГИИ С КУРСОМ КОМБУСТИОЛОГИИ КЫРГЫЗСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

иология и реаниматология" на базе клиники общей хирургии РКБ МЗ КР. Первым руководителем курса стал главный специалист МЗ КР по анестезиологии-реаниматологии, председатель научного общества анестезиологов - реаниматологов Кыргызстана – доцент М.Г. Фингер.

В 1976 году курс анестезиологии и реаниматологии, входивший в состав кафедры общей хирургии, выделен в самостоятельный, а в 1987г. преобразован в кафедру анестезиологии-реаниматологии КГМИ. Заведующим курсом и кафедрой был назначен доц. М.Г. Фингер. Первыми ассистентами стали кандидаты медицинских наук – А.А.Шерова, А.Ш. Шаршеев и врач Ш.О. Абдурахманова. Все ассистенты прошли школу последипломного обучения в аспирантуре или ординатуре в Москве. Выполняя педагогическую нагрузку, одновременно они вели большую лечебную и консультативную работу, обслуживали вызова по линии санитарной авиации, проводили анестезиологические пособия в операционных различных хирургических отделений.

В 1989 г. доценту М.Г. Фингеру присвоено звание профессора по специальности анестезиологии-реаниматология. В эти годы кафедральными работниками были выпущены методические пособия для студентов и врачей: «Современные методы активной детоксикации организма» (А.Ш. Шаршеев, 1988); «Острая дыхательная недостаточность» и «Анестезиологическое пособие при кесаревом сечении» (А.А.Шерова, 1990); опубликовано более 300 научных статей. На курсе усовершенствования врачей за эти годы получили специализацию и усовершенствование более 500 врачей; клиническую ординатуру окончили более 20-ти врачей. Профессор М.Г. Фингер 33 года трудовой деятельности посвятил анестезиологии-реаниматологии, из них 15 лет он руководил курсом, а затем кафедрой. В эти годы в целевую аспирантуру г. Москва направлены ассистенты кафедры Т. Ашыралиев и У. Аалиев, которые успешно защитили кандидатские диссертации.

В 1991 году заведующим кафедрой анестезиологии-реаниматологии КГМИ и главным специалистом МЗ КР был назначен доц. А.Ш. Шаршеев.

90-е годы – годы перестройки были сложными для медицины, а для анестезиологии-реаниматологии особенно трудными. Наркозно-дыхательная, диагностическая аппаратура старела и приходила в негодность; остро ощущались перебои со снабжением лекарственных средств; увеличился отток квалифицированных кадров; наступил информационный голод. Однако, усилиями А.Ш. Шаршеева, сотрудников 2-х кафедр и врачей отделения анестезиологии и реаниматологии были внедрены методы катетеризации подключичной, внутренней яремной и бедренных вен; катетеризации грудного лимфатического протока; лимфодренаж и лимфосорбция; катетеризации лимфатических протоков стопы и интранодулярное введение антибиотиков и др. лекарственных средств; субокципитальная пункция спинномозгового канала для промывания и измерения ликворного давления; эндолумбальное и интракраниальное введение антибиотиков; методы проводниковой анестезии; пункция и катетеризация эпидурального пространства в шейном, грудном отделе; сакральная анестезия; катетеризация эпидурального пространства на двух

уровнях при операциях на брюшной аорте; эпидуральная анестезия традиционными и современными наркотическими анагетиками (морфием, морфиломгом, фентанилом, дипидолором); длительная эпидуральная анестезия для снятия болевого синдрома при остром инфаркте миокарда, облитерирующих эндоартериитах, множественных переломах ребер, в послеоперационном периоде и для выполнения симпатической блокады у больных с астматическим статусом и др. В эти годы изучались и внедрялись современные методы детоксикации: гемосорбция, ксеносорбция с использованием свиной селезенки, различные виды плазмофереза, ультрафильтрация, непрямая электрохимическая детоксикация гипохлоридом натрия; ультрафиолетовое облучение крови, внутривенная, чрезкожная и внутрисосудистая лазерная терапия (А.Ш. Шаршеев, А.А. Шерова, Л.Г. Гапоян, Б.Н.Тартаковский, Ж.Б. Бошкоев).

В 1996-1999 гг. направлены в докторантуру доцент Ж.Б.Бошкоев, в аспирантуру ассистент кафедры А.Ж. Баялиева.

В 1999 году доцент КГМИ Ж.Б. Бошкоев, после окончания в Москве очной докторантуры в НИИ клинической онкологии ОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН (научные консультанты д.м.н. проф. А.И. Салтанов, д.м.н., проф. М.И. Давыдов), защитил диссертацию на соискание степени доктора медицинских наук на тему: "Проблемы ранней постнаркозной адаптации у онкологических больных".



В первом ряду слева доцент Шерова А.А. зав кафедрой, профессор Бошкоев Ж.Б., доцент Герасимов Э.М., второй ряд слева асс Мамбеталиева Д.С., ст. лаб. Митякина Н.И., асс. Логачева Е.Г., асс. Исмаилова У.А.

В 2005 году доцентский курс анестезиологии и реаниматологии КГМА преобразован в самостоятельную кафедру (зав. каф. проф. Ж.Б. Бошкоев, доценты - А.Ш.Шаршеев, Э.М. Герасимов, А.А. Шерова, К.С. Сарбанова, А.Я. Кагарлицкий, ассистенты - Л.С.Уткучиева, У.А.Исмаилова, З.К.Сейталиева, Д.С.Мамбеталиева, Р.М.Хантимеров, Е.Г. Логачева). Сотрудники кафедры проводят исследовательские работы по оптимизации анестезиологического обеспечения операций по поводу тиреотоксического зоба, ин-

тенсивной терапии и обезболивания при ожоговом шоке, тяжелой черепно-мозговой травме, острых нарушениях мозгового кровообращения, разрабатывают новые методы детоксикации, внедряют безопасные методы послеоперационного обезболивания, новые наркотические препараты, нейропротекторы, антигипоксанты, совершенствуют методы антибактериальной терапии при тяжелых септических осложнениях у нейрохирургических больных.

Под руководством профессора Ж.Б. Бошкоева защищены кандидатские диссертации: И.Э. Вагимов «Особенности анестезиологического пособия при операциях по поводу эхинококкоза легких» (Бишкек-2004), 3 соискателя готовятся к защите диссертаций на соискание степени кандидата наук. Сотрудниками кафедры выпущены: 2 монографии - Ж.Б. Бошкоев с соавторами "Раннее постнаркотическое восстановление" (Москва-2000), А.А. Шерова "Развитие анестезиологии и реаниматологии в Кыргызстане", (Бишкек-2008); материалы I Международной конференции анестезиологов и реаниматологов Кыргызстана; пособий и разработок - 22; практическое руководство по анестезиологии и интенсивной терапии для студентов, ординаторов и врачей; сборник тестовых задач; опубликовано более 300 научных статей в местной и зарубежной печати, посвященных различным вопросам реанимации и интенсивной терапии.

Коллектив кафедры проводит большую консультативную и лечебную работу в отделениях реанимации и интенсивной терапии и клиниках НГ МЗ КР, а также в

других медицинских организациях г. Бишкек и республики. Все сотрудники кафедры являются членами Всемирной Организации Анестезиологов-реаниматологов с 1993 года.

Безусловно, успехи анестезиологии и реаниматологии предопределены деятельностью подобранных кадров. Вклад в это дело сотрудников кафедры и медиков анестезиологов-реаниматологов поистине неограничен.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шерова А.А., Логачева Е.Г. Роль ученых России в становлении и развитии анестезиологии и реаниматологии в Кыргызской республике. Физиология, морфология и патология человека и животных в условиях Кыргызстана. Выпуск 5. Материалы Республиканской научно-практической конференции "Сотрудничество медиков России и Кыргызстана в период Великой Отечественной войны и в последующие годы". Бишкек-2005. - С. 355-365.
2. Шерова А.А., Шаршеев А.Ш., Кубадаева Б.К. Развитие анестезиологии и реаниматологии в клинике им. И.К.Ахунбаева и Национальном Госпитале МЗ Кыргызской республики за 40 лет. Сборник научных трудов под редакцией д.м.н. профессора Х.С.Безезова "Развитие хирургии в Кыргызстане" Бишкек-1998. - С. 380-393.
3. Шерова А.А. О состоянии и перспективах дальнейшего развития анестезиологии в Киргизии. Сборник трудов к 60-летию член-корреспондента АМН СССР профессора И.К.Ахунбаева. Фрунзе-1968 г. -С.62-65.



О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАФЕДРЫ ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ КГМА: СВЯЗЬ ПРОШЛОГО И БУДУЩЕГО

Бримкулов Н.Н., Раимжанов А.Р., Курумшиева А.Ш., Мергенбаева Т.К., Лобанченко О.В., Джакыпбаев О.А.

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

Резюме. Статья посвящена истории становления одной из основных клинических кафедр Кыргызской государственной медицинской академии (КГМА) им. И.К. Ахунбаева - кафедры госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии – организованной в 1941г., в первый год Великой Отечественной войны (ВОВ), при участии ученых из г. Харькова и г. Ленинграда, эвакуированных в г. Фрунзе. В статье освещен вклад сотрудников кафедры в подготовку специалистов здравоохранения, в оказание помощи органам здравоохранения, а так же в развитие медицинской науки и медицинского образования в Кыргызстане за последние годы.

Ключевые слова: Кыргызская государственная медицинская академия, история, кафедра госпитальной терапии.

КММАНЫН ГОСПИТАЛДЫК ТЕРАПИЯ КАФЕДРАСЫНЫН ТАРЫХЫ ЖАНА ИШИ

Бримкулов Н.Н., Раимжанов А.Р., Курумшиева А.Ш., Мергенбаева Т.К., Лобанченко О.В., Джакыпбаев О.А.

И.К. Ахунбаев атындагы КММА, Бишкек, Кыргызстан

Корутунду. Бул баяндамада И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина институтунун госпиталдык терапия, кесиптик жана кан оорулар кафедрасынын тарыхы жана кафедранын 70 жыл ичиндеги жетишкендиктери тууралуу айтылган. Кыргыз мамлекеттик медициналык институтунун (КММИ) госпиталдык терапия кафедрасы 1941 жылы Улуу ата мекендик согуш учурунда Кыргыз ССРнын Фрунзе шаарына Харьков жана Ленинград шаарларынан эвакуацияланган окумуштуулардын катышуусунда уюштурулган. Ошондой эле баяндамада 70 жыл ичиндеги кафедрада иштеген окумуштуулардын саламаттык сактоо кадрларын даярдоодогу, медициналык илим жана билим берүүсүнө кошкон чоң салымдары жөнүндө айтылат.

ABOUT HISTORY AND ACTIVITIES OF THE HOSPITAL THERAPY CHAIR OF THE K SMA

Brimkulov N.N., Raimzhanov A.R., Kurumshieva A.Sh., Mergenbaeva T.K., Lobanchenko O.V., Dzhakypbaev O.A.

Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyzstan

Summary. The article is dedicated to the history and development of the hospital therapy chair. The chair was established in 1941 in Kyrgyz State Medical Institute (KGMI) that now is known as Kyrgyz State Medical Academy of Ahunbaev I.K. at the beginning of the Great Patriotic War with the help of scientists from Harkov, Leningrad that were evacuated in Frunze, the capital of Kyrgyz SSR in connection with military operations. The article is about contribution of staff of the chair during 70 years in preparation of health care specialists, delivering assistance to the health care system and the contribution of the chair to the development of medical science development and medical education in Kyrgyzstan.

Кафедра госпитальной терапии была организована в 1941 году на основании распоряжений Наркомов здравоохранения СССР и Киргизской ССР приказом № 204 от 12 ноября 1941 г. и директора Киргизского государственного медицинского института (КГМИ) Удермана И.И. [1, 2]. Организация клинических кафедр, в том

числе и кафедры госпитальной терапии, совпала с первым тяжелым годом Великой Отечественной войны, которая потребовала ускоренной подготовки врачей для удовлетворения нужд фронта. Прямое участие в организации и становлении клинических кафедр приняли ученые из г. Харькова и г. Ленинграда, эвакуированные в г.

Фрунзе Киргизской ССР в связи с военными действиями.

Организатором и первым заведующим кафедрой госпитальной терапии КГМА (с 1941 по 1943 гг.) был известный ученый, заслуженный деятель науки УССР, проф. **Виктор Моисеевич Коган-Ясный** (1889-1958). С 1943 по 1945гг. кафедрой заведовал проф. **Хавкин А.Б.**, а с 1945 по 1948гг. – проф. **Моисей Абрамович Бренер**. Им опубликовано 23 научных работ, в том числе монография «Клиника и патогенез некоторых форм заболеваний кишечника в Средней Азии». С 1949 по 1952гг. кафедрой руководил проф. **Николай Ильич Шварц**. Им опубликовано свыше 100 научных работ, включая монографии. С 1952 по 1957гг. возглавлял кафедру проф. **Иосиф Моисеевич Фунт**, который являлся автором публикаций по различным направлениям терапии, в том числе монографий «Гастриты: клиника, диагностика и терапия», «Функциональные исследования в гастроэнтерологии». С 1958 по 1962гг. кафедрой заведовал проф. **Василий Никифорович Зуев**. Им опубликованы 25 печатных работ, посвященных проблемам гематологии, в том числе монографии «Клиническая гематология» и «Введение в терапию».

В 1962г. в связи с увеличением объема учебных программ кафедра госпитальной терапии была разделена на две, которые были переведены на базы городских клинических больниц (ГКБ) № 1 и № 2 г. Фрунзе. Кафедру госпитальной терапии №1 на базе ГКБ №1 с 1962 по 1983гг. возглавлял проф. **Борис Георгиевич Бажанов**, который был разносторонне развитым человеком, внесшим значительный вклад в дальнейшее развитие кафедры. Он опубликовал более 50 научных работ и подготовил 4 кандидатов медицинских наук. Кафедру госпитальной терапии №2 на базе ГКБ №2 с 1962 по 1975гг. возглавляла заслуженный врач Киргизской ССР, доцент **Бибихан Исмаиловна Ахунбаева**, основатель республиканского общества гастроэнтерологов. Все кто работал с нею, отмечали ее душевную теплоту, материнскую заботу о сотрудниках и студентах. Она опубликовала много научных работ по вопросам гастроэнтерологии, внедрила эндоскопические и функциональные методы исследования. С 1975 по 1983гг. этой кафедрой руководила заслуженный врач Кыргызской Республики, доцент **Алима Умуралиевна Айткулова**. Ее перу принадлежат 83 научных работ по проблемам гастроэнтерологии и гепатологии.

С 1983г. обе кафедры госпитальной терапии были вновь объединены и переименованы в кафедру внутренних болезней №2. Заведовал кафедрой с 1983 по 1989гг. известный специалист в области ревматологии и иммунологии, проф. **Ефим Владимирович Бененсон**. Он организовал при ГКБ №1 современную лабораторию иммунологии, городское ревматологическое отделение, школу ревматологов. Он является автором многих изобретений, монографий и научных статей. Под руководством Е.В. Бененсона за период его заведования кафедрой выполнено 4 кандидатских диссертации.

С 1989 по 2000гг. заведовал кафедрой член-корр. НАН КР, крупный специалист в области гематологии, ныне - директор Кыргызского научного центра гематологии (КНЦГ), проф. **Абдухалим Раимжанович Раимжанов**, который и сегодня является профессором

кафедры, возглавляя курс гематологии. В течение многих лет он выполняет обязанности главного гематолога Минздрава КР, организовал руководимый им ныне КНЦГ, а также высокогорный стационар - филиал КНЦГ на перевале Туя-Ашу. Им опубликованы 9 монографий (в том числе - «Апластическая анемия и горный климат»[3]), 42 методических рекомендаций, более 250 статей [4, 5, 6]. Проф. А.Р.Раимжанов подготовил 10 кандидатов и 1 доктора медицинских наук. Он удостоен многих званий и наград.

С 2000г. кафедрой заведует лауреат Государственной премии КР в области науки и техники, доктор медицинских наук **Нурлан Нургазиевич Бримкулов**, внесший большой вклад в развитие клинической и высокогорной пульмонологии. В течение многих лет он выполняет обязанности главного пульмонолога Минздрава КР. Научная работа Н.Н.Бримкулова связана с разработкой методик высокогорной климато-терапии больных бронхиальной астмой и высокогорной реабилитации ликвидаторов аварии на ЧАЭС, образовательных программ для легочных больных, проблем качества жизни и др. Им опубликовано более 350 научных работ, в том числе в соавторстве монография «Бронхиальная астма у детей», учебные пособия «Пропедевтика внутренних болезней», «Доказательная медицинская практика» [7] и др. Под его руководством защищены 8 кандидатских и 2 докторских диссертаций.

За период существования кафедры госпитальной терапии в разные годы в ее составе создавались курсы: военно-полевой терапии, профессиональных болезней, эндокринологии, клинической фармакологии, гематологии. Этими курсами руководили видные ученые и организаторы здравоохранения. В разные годы на кафедре работали и внесли неоценимый вклад в подготовку специалистов внутренней медицины и развитие здравоохранения республики многие преподаватели. Среди них доценты: **А.А. Абакиров, Ж.А. Аралбаева, А.Н. Даниярова, В.И. Козлова, А.К. Курманалиева, Л.Ж. Молтаева, И.О. Омуров, М.Н. Полунина, З.А. Северова, Н.Б. Супатаева, Р.Б. Султаналиева, А.С. Султанова, С.И. Калюжный, С.И. Умарова, Н.Я. Юсупова, ассистенты С.У. Сурапова, Т.У. Усербаев, Н.И. Голубь, А.К. Календеров, А.С. Турсунбаев, С.М. Маматов, Э.М. Миррахимова, О.А. Акимова, В.К. Петрова, В.У. Турсукеева, Р.З. Игембердиева, и другие.**

Кафедра госпитальной терапии КГМА сегодня

С 2003 года кафедра располагается на базе ГКБ №1, курс гематологии - на базе Кыргызского научного центра гематологии, а курсы профпатологии и военно-полевой терапии – на базе Национального госпиталя. В настоящее время коллектив кафедры представлен высокопрофессиональными специалистами, врачами высшей категории. В их числе чл.-корр.НАН, д.м.н., проф. А.Р.Раимжанов (зав.курсом гематологии), д.м.н., проф. Ч.К.Чонбашева (зав.курсом профпатологии), опытные доценты с большим стажем педагогической и лечебной работы. Доц. А.Ш. Курумшиева - закончила аспирантуру в I Ленинградском медицинском институте, впервые организовала в г. Бишкек городскую нефрологическую службу (1979г.), является завучем кафедры. Доц. Т.К.Мергенбаева – закончила ординатуру и

аспирантуру в г. Москве в ВКНЦ им. А.Л. Мясникова. Ответственная за лечебную работу кафедры, президент общественного объединения пациентов и медработников “Легочное здоровье”. Доц. О.В.Лобанченко - ответственная за научную работу кафедры, сейчас обучается в докторантуре. Доц. О.А.Джакыпбаев - высококвалифицированный гематолог, работает над докторской диссертацией. Проф. Чонбашева Ч.К., доценты Н.Т.Абжалбекова и Ч.Т.Сулайманова - высококвалифицированные специалисты и преподаватели по курсу профпатологии, защитили диссертации в г. Москве. Ассистенты Р.А.Чолурова, Д.В.Винников защитили кандидатские диссертации по пульмонологии, ассистенты Р.Н.Баева, С.Д.Сыдыкова завершили кандидатские диссертации и готовятся к защите, а ассистенты К.И.Аширбаева, М.Эралиева, Ш.Жусупова работают над кандидатскими диссертациями. Проходит докторантуру в г. Москве ассистент А.Б.Макушева. Ежегодно на кафедре проходят подготовку по 4-6 клинических ординаторов по различным специальностям внутренней медицины.

Основная деятельность кафедры связана с учебно-методической, педагогической и воспитательной работой. На кафедре традиционно проходили обучение по предмету госпитальной терапии студенты 5 курсов лечебного, педиатрического и медико-профилактического (общественного здравоохранения) факультетов, а до образования кафедры внутренних болезней 6 курса (до 2000 г) на кафедре обучались студенты 6 курса, т.е. кафедра госпитальной терапии с 1941г до 2000 г была одной из выпускающих кафедр.

Наряду с этим, в последние годы (с 2000 года) в соответствии с реформами образовательного процесса в КГМА сотрудники кафедры участвовали в составлении программных документов проблемно-ориентированного обучения. С 2002 г. кафедра проводила обучение по модульной системе по таким разделам пропедевтики внутренних болезней, как «Введение в клинику внутренних болезней», «Система крови», «Респираторная система», «Скелетно-мышечная система», «Мочеполовая система», «Эндокринная система», а также по различным разделам внутренних болезней долгосрочного модуля интегрированной системы обучения («Ревматология», «Пульмонология», «Нефрология», «Гематология», «Профпатология», «ВПТ») для студентов 4-5 курсов. Наряду с сохранением принципов преподавания госпитальной терапии, на кафедре постоянно проводится совершенствование учебного процесса, сотрудники кафедры активно участвовали в разработке и внедрении интегрированной модульной системы обучения [8]. Широко применяются инновационные методы преподавания, все лекции читаются с применением мультимедийных технологий, используются средства Интернета. Сотрудники кафедры выпустили большое количество учебных пособий и методических рекомендаций для студентов, клинических ординаторов и врачей.

На кафедре функционирует студенческий научный кружок, организована студенческая секция Кыргызского Комитета «Врачи за предотвращение ядерной войны» (КК ВПЯВ).

Наряду с основной учебно-методической, педагогической и воспитательной деятельностью, сотрудники кафедры проводят большой объем лечебно-диагностической работы. Четверо сотрудников Минздрава КР: гематолога (А.Р.Раимжанов), пульмонолога (Н.Н.Бримкулов), профпатолога (Ч.К.Чонбашева), ревматолога (О.В.Лобанченко). Начиная с 2003 года сотрудники кафедры внесли большой вклад в разработку и реализацию Республиканской программы борьбы с болезнями органов дыхания (2003-2007гг) и Республиканской программы “Легочное здоровье” (2007-2009). Проф. Н.Н.Бримкулов является Национальным координатором Кыргызско-Финской программы по легочному здоровью, в рамках которой проведено обучение более 6000 медработников вопросам пульмонологии по стратегии PAL ВОЗ [9], организованы и оснащены пульмонологические отделения во всех семи областях страны, разработаны и внедряются современные профилактические технологии. Кафедра выступила инициатором и организатором проведения четырех Национальных конгрессов по болезням органов дыхания (Бишкек, 2003, 2005; Ош, 2007; Каракол, 2009), 1-го Кыргызско-Турецкого симпозиума по пульмонологии (7 июня 2004 г.).

Важным разделом деятельности является научно-исследовательская работа. В последние годы сотрудниками кафедры получены приоритетные результаты в области пульмонологии и гематологии.

Под руководством проф. А.Р.Раимжанова выполняется научно-исследовательская работа на тему: «Изучить особенности гемопоэза, гемостаза и иммунного статуса у больных с заболеваниями крови и у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС в процессе программного и горноклиматического лечения, а также проведение эпидемиологических, профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий среди жителей различных высот Тянь-Шаня с целью гемоглобинового оздоровления населения Кыргызской Республики». В рамках данной НИР изучены особенности обмена железа у женщин, проживающих на различных высотах Тянь-Шаня, у больных с депрессиями кровотворения изучено влияние горноклиматического лечения на рецепторы к гемопоэтическим факторам роста.

Получены новые данные по диагностике и лечению табачной зависимости, выполнено рандомизированное, двойное слепое, плацебо-контролируемое исследование эффективности цитизина (табекса) в отвыкании от курения, полностью соответствующее методологическим принципам доказательной медицины [10-11]. Проведен анализ общественного мнения об эффективности запрета курения в общественных местах [12].

Впервые в Кыргызстане изучена частота и особенности дефицита альфа-1-антитрипсина у больных ХОБЛ кыргызской национальности, свидетельствующая о значимости генетических факторов развития этого распространенного заболевания [13].

Проведен цикл работ по научному обоснованию внедрения стратегии “Практического подхода к

заболеваниям легких” - PAL ВОЗ, в практическое здравоохранение Кыргызстана [14-15].

Поддерживаются творческие научные связи с НИИ пульмонологии России (акад. А.Г.Чучалин), кафедрой госпитальной терапии Санкт-Петербургского университета (проф. В.И.Трофимов), центром по изучению альфа-1-антитрипсина (проф. С.Vogelmaier, Марбург, Германия) и др.

Таким образом, за прошедшие 70 лет сотрудники кафедры госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии внесли большой вклад в подготовку специалистов, в оказание помощи органам здравоохранения, разработку некоторых направлений медицинской науки в Кыргызской Республике. Перед коллективом кафедры стоят большие задачи по выполнению Стратегии реформирования высшего медицинского и фармацевтического образования в стране, по реализации мероприятий в рамках вхождения системы медицинского образования Кыргызстана в мировое образовательное пространство.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бримкулов Н.Н., Раимжанов А.Р., Курумшиева А.Ш., Мергенбаева Т.К., Лобанченко О.В. О деятельности и истории кафедры госпитальной терапии КГМА. - Центрально-Азиатский мед. журнал.- 2004. - том X. - Приложение 8. - с.8-13.
2. Бримкулов Н.Н., Раимжанов А.Р., Курумшиева А.Ш., Мергенбаева Т.К., Джакыпбаев О.А. Вклад кафедры госпитальной терапии КГМА в здравоохранение Кыргызстана. - Центрально-Азиатский мед. журнал.- 2004. - том X. - Приложение 6. - с.27-31.
3. Раимжанов А.Р. Апластическая анемия в горный климат. - Бишкек.- 2002. - 304с.
4. Айтбаев К.А. Раимжанов А.Р. Сыдыкбаева А.К. Игембердиева Р.А. Влияние адаптации к условиям высокогорья на уровень и окисляемость липидов сыворотки крови у больных с апластической анемией и тромбоцитопенической пурпурой. - ЦАМЖ. - Том XIII. - Приложение 3.- 2007. - с 54-55
5. Раимжанов А.Р., Маматалиева Б.С., Жусупова Ш.К. Первый опыт аутотрансплантации костного мозга в Кыргызстане. - ЦАМЖ. - Том XIII. - Приложение 3. - 2007. - с 7-12.
6. Раимжанов А.Р., Джакыпбаев О.А., Цопова И.А. Динамика клинических синдромов, показателей

гемостаза у больных геморрагическим васкулитом в процессе лечения фраксипарином и сеансами лечебного плазмафереза. - ЦАМЖ. - Том XIII. - Приложение 3. - 2007. - с. 32-36

7. Зурдинов А.З., Бримкулов Н.Н. и соавт. Доказательная медицинская практика. Учебное пособие. Бишкек, 2008, 194с.

8. Бримкулов Н.Н., Курумшиева А.Ш., Мергенбаева Т.К., Сыдыкова С.Ж., Джумабаева К.Н. Оценка знаний студентов по модулю «Респираторная система» интегрированной модульной программы обучения. Медицина Кыргызстана 2007, 1, с. 17-20.

9. Бримкулов Н.Н., Чубаков Т.Ч. и др. Руководство по ведению больных с болезнями органов дыхания для врачей первичного уровня здравоохранения на основе стратегии PAL ВОЗ. - Бишкек. - 2005. - Кыргызско-финская программа по легочному здоровью. - 86 с.

10. Бримкулов Н.Н., Д.В.Винников, А.Ж.Буржубаева. Исследование эффективности цитизина при отвыкании от курения. Клиническая фармакология и фармакоэкономика 2009, №1, 17-21.

11. Vinnikov D., Brimkulov N., Burjubaeva A. A Double-blind, randomized, placebo-controlled trial of cytosine for smoking cessation in medium-dependant workers. Journal of Smoking cessation 2008, 3(1):57-62.

12. Vinnikov D., Burzhubaeva A., Burzhubaeva Asel, Brimkulov N., Rupert Redding-Jones, Hans LeRoux. How big is support for smoking prohibition in public places in Kyrgyzstan among mining employees? CVD Prevention and Control 2009, 4, p.139-145.

13. Sydykova S.J., Alymbaeva M.J., Vogelmeier C., Heine R., Brimkulov N.N. Alpha1-antitrypsin level and phenotypes in COPD patients in Kyrgyz population. Eur. Resp. J., 2008, Vol. 32, Suppl. 52.

14. Brimkulov N., Ottmani S-E., Pio A., Chubakov T., Sultanova A., Davletalieva N., Kalieva A., Rittman J., Erhola M., Cholurova R., Blanc L. Feasibility test results of the Practical Approach to Lung Health in Bishkek, Kyrgyzstan. Int. J. Tuberc. Lung Dis., 2009, v. 13, 4, p. 533-539.

15. Erhola M.L., Brimkulov N., Chubakov T., Niemi L., Bergman V., Lahdensuo, Pio A., Ottmani S-E. Development process of the Practical Approach to Lung Health in Kyrgyzstan. Int. J. Tuberc. Lung Dis., 2009, v. 13, 4, p.540-544.

КЛИНИКА И КУРС ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Чонбашева Ч.К., Сулайманова Ч.Т.

Кыргызская государственная медицинская академия, г. Бишкек, Кыргызстан

Резюме. Описана история создания курса и клиники профессиональных болезней как основы профпатологической службы в Кыргызстане.

Ключевые слова: профпатология, курс, клиника.

КЕСИПТИК ООРУУ КЛИНИКАСЫ ЖАНА КУРСУ

Чонбашева Ч.К., Сулайманова Ч.Т.

Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы, Бишкек ш., Кыргызстан

Корутунду. Кесиптик оору клиникасы жана курсу жонундо баяндама.

Негизги создор: кесиптик оору, курсу, клиникасы.

OCCUPATIONAL HEALTH SERVICE CLINIC AND COURSE

Chonbasheva Ch.K., Sulaimanova Ch.T.

Kyrgyz State Medical Academy. Bishkek, Kyrgyzstan

Summary. Describe history of creation course and clinic of occupational diseases as a basis of occupational health service of Kyrgyzstan.

Key words: occupational diseases, course, clinic.

Начало изучению профессиональной патологии в Кыргызстане было положено в 1953 г. профессором Машковским И.И., возглавлявшим в то время кафедру пропедевтики внутренних болезней Киргосмединститута.

Основной научный интерес для кафедры представляла проблема силикоза как одного из самых тяжелых профессиональных заболеваний, рано приводящего к инвалидизации и высокой смертности работающих. Коллектив кафедры занимался изучением распространенности этой патологии среди горнорабочих рудников южных районов Кыргызстана (являвшихся основным регионом, где велось освоение месторождений полезных ископаемых) и разработкой медико-профилактических мероприятий.

Клинической базой кафедры пропедевтики внутренних болезней было старейшее медицинское учреждение – Республиканская клиническая больница (РКБ, а ныне Национальный госпиталь при Минздраве Кыргызской Республики), в терапевтическом отделении которого было отведено 5 коек для обследования и лечения больных силикозом.

До 1959 года студентам преподавали лишь некоторые вопросы профпатологии в рамках общетерапевтических дисциплин. С 1959 по 1976 гг. профессиональные болезни стали преподавать на кафедре госпитальной терапии, которой руководил профессор Бажанов Б.Г.. Поскольку клинической базой этой кафедры была Городская клиническая больница (ГКБ) №1, она и стала принимать в отделение терапии больных с профессио-

нальными заболеваниями, главным образом, для учебных целей.

60-е - 70-е годы XX века (эпоха развитого социализма) ознаменовались бурным развитием в Кыргызстане промышленности и сельского хозяйства. В этот период были построены сотни новых крупных предприятий. Особенно быстро развивались машиностроение и металлообработка. Одной из самых ресурсоемких составляющих производств была цветная металлургия. В различные отрасли производства стали широко внедряться достижения научно-технического прогресса и химия. Используемая современная технология на предприятиях характеризовалась выбросами в воздух рабочей зоны и окружающей среды большого количества комплекса вредных факторов, что отражалось на состоянии здоровья работающих. Сложилась ситуация, когда удельный вес профессиональной и производственно-обусловленной заболеваемости был высоким, а выявляемость крайне низкой.

Возникла необходимость совершенствования медицинского обслуживания работников вредных производств. Республика остро нуждалась в квалифицированных специалистах в области профпатологии. В связи с этим Министерство здравоохранения Киргизии приняло решение создать отдельный курс профболезней с обязательной клинической базой.

В 1976 г. впервые в Республике в Киргизском государственном медицинском институте (КГМИ) был создан курс профессиональных болезней на кафедре госпитальной терапии и, соответственно, была разработана

отдельная программа обучения по предмету. Заведующим курсом стала доцент, кандидат медицинских наук Юсупова Нелли Яруловна, прошедшая подготовку в Москве. В 1966 г. она окончила курсы повышения квалификации по вопросам профпатологии на кафедре профессиональных болезней Института усовершенствования врачей (ЦОЛИУВ, заведовала кафедрой профессор Рашевская А.М.), а в 1973 г. – на кафедре терапии и профессиональных болезней 1 ММИ им. Сеченова И.М. (заведующий кафедрой - академик Тареев Е.М.).



Доцент, канд. мед. наук
Юсупова Нелли Яруловна

Одновременно с организацией курса в ГКБ №1 впервые было открыто отделение профпатологии на 60 коек со всеми необходимыми параклиническими подразделениями, включая токсикологическую лабораторию. Тот период характеризовался постоянным расширением и улучшением материально-технической оснащенности КГМИ и больницы аппаратурой для лабораторно-функциональных исследований.

Преподавательский состав курса был укомплектован специалистами из числа врачей-терапевтов ГКБ № 1. Знания по вопросам профпатологии преподаватели и врачи приобретали на курсах повышения квалификации, которые проводились на выездных семинарах кафедры профессиональных болезней ЦОЛИУВ, руководимой в то время профессором Зориной Л.А., а в последствие – доцентом Евлашко Ю.П.

Заведующий курсом доцент Юсупова Н.Я. внесла большой вклад в развитие профпатологической службы. Был проведен большой организационный объем работы как в отделении профпатологии, так и в становлении курса профессиональных болезней. За относительно короткий промежуток времени изданы методические разработки для студентов и врачей. Сотрудники курса профпатологии вели большую лечебную работу, консультировали больных в поликлиниках города, по санации выезжали в другие регионы республики, вместе с санитарными врачами проводили семинары для врачей поликлиник и цеховых врачей по актуальным проблемам профпатологии, по качеству проведения предварительных (при поступлении на работу) и периодиче-

ских медицинских осмотров. Улучшалась диагностика профессиональных заболеваний. К 80-м годам на учете у профпатологов состояли уже не только больные пневмокониозами, но и с другими профессиональными заболеваниями (вибрационная болезнь, профессиональные интоксикации и др.).

Поскольку большинство производств различных отраслей – машиностроительной, горнорудной, текстильной, цветной металлургии – территориально располагались преимущественно в Чуйской области и на Юге Киргизии, то, наряду с отделением профпатологии в Бишкеке, было организовано еще одно отделение – в областной больнице г. Оша с правом первичного установления диагноза и решения вопроса о связи заболевания с профессией, а позже в п.г.т. Айдаркен – для лечения и реабилитации больных (но без права первичного установления диагноза профзаболевания). Однако именно в Бишкек направлялись больные со всей Республики. Таким образом, отделение профпатологии с курсом профболезней стало центром профпатологической службы в Кыргызстане.

С 1981 по 1993 г.г. курс профессиональных болезней функционировал как самостоятельное учебное подразделение КГМИ и, включая отделение профпатологии, базировался до 1988 г. в КНИИ эпидемиологии, микробиологии и гигиены, а с 1989 г. вместе с отделением профпатологии переведен в Национальный госпиталь.

С этого времени (с 1981 г.) в консультативной поликлинике госпиталя врач-профпатолог стал вести постоянный прием больных с подозрением на профзаболевание, направляемых со всей Республики.

На курсе и в клинике в разное время работали ассистентами Быховская А.Е, Жылкыбаева Ж.А., Загидуллина Р.Н., врачами – Николенко А.И., Кострикова А.А., Немченко С.Д. и др., заведовали отделением Шеффер И.А., Сабитахунова М.С.

К концу XX века в силу известных объективных причин (распад страны, смена общественно-экономической формации), вызвавших социально-экономические потрясения, многое из сделанного и достигнутого в области медицинского обслуживания работающих, диспансерного наблюдения и пр. было утрачено.

Последовавший спад производства, рост безработицы и миграция населения привели к значительному уменьшению выявления новых случаев профзаболеваний и числа больных, состоящих на учете у профпатологов, что вызвало сокращение коек в отделении профпатологии Национального госпиталя (до 20).

Изменение форм собственности, появление новых экономических отношений негативно отразилось на качестве медицинской помощи работающему населению, привело к свертыванию профилактической деятельности, к неполному и нерегулярному охвату работников периодическими осмотрами, снижению их качества и эффективности на функционирующих крупных предприятиях и отсутствию таковых на предприятиях малого и среднего бизнеса.

Разработка новой для Кыргызстана концепции здравоохранения с проведением реформы системы оказываемых медицинских услуг с ориентацией на институт семейной медицины и упразднением цеховых вра-

значительно ухудшила ситуацию по выявлению профессиональных заболеваний.

В 90-е годы курс профболезней КГМА вновь стали включать то в состав кафедры госпитальной терапии, то в состав кафедры факультетской терапии.

В 2000 году в КГМА была сформирована новая кафедра, куда были включены два курса – профболезней и эндокринологии, где изучались, соответственно, два предмета. Кафедру возглавила профессор, доктор медицинских наук Чонбашева Ч.К. На кафедре преподавали доценты Сулайманова Ч.Т., Абжалбекова Н.Т., Сулганалиева Р.Б., ассистенты Акимова О.А., Ашырбаева К.И.

В этот период кафедра занималась изучением отдаленных последствий воздействия ионизирующего излучения на организм ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС. Полученные результаты послужили обоснованием необходимости разработки специальных реабилитационных программ, а также совершенствования системы диспансеризации ликвидаторов аварии, что имеет большое значение для практического здравоохранения.

Изучали также особенности клинического течения наиболее распространенных профессиональных заболеваний, возникающих в современных производствах Кыргызстана в условиях рыночных отношений. В частности выясняли клинические эффекты воздействия на организм сурьмы у работников Кадамжайского сурьмяного комбината (Баткенская область КР). Показана высокая распространенность среди них разнообразных производственно-обусловленных заболеваний – от патологии бронхо-легочной системы до онкопроцессов. При развитии профессионального заболевания в рамках понятия «хроническая сурьмяная интоксикация» обращено внимание на полиорганность и многосистемность ответных реакций организма, что проявлялось клиническими синдромами поражения центральной и периферической нервной системы, бронхолегочного аппарата, кожи. Большой интерес представляют поражения миокарда и автономной нервной системы с явлениями кардиомиопатии, а также гастроэнтеропатии. Полученные данные служат обоснованием разработки адекватных диагностических и терапевтических подходов.

Сотрудники кафедры по курсу эндокринологии занимались изучением заболеваний щитовидной железы, в частности, развивающихся в рамках йоддефицитных состояний, что является приоритетной проблемой для кыргызского здравоохранения.

За 5 лет работы кафедры сотрудниками выпущено 14 методических рекомендаций и учебных пособий для студентов и врачей по вопросам профпатологии, эндокринологии и военно-полевой терапии. Опубликовано более десятка статей и обзоров.

С 2005 г., в связи с сокращением приема абитуриентов, реформой системы медицинского образования и преобразованием учебных подразделений в КГМА, курс профболезней вновь функционирует в рамках кафедры госпитальной терапии (зав. кафедрой проф. Бримкулов Н.Н.) и имеет клиническую базу в Национальном госпитале.



Сотрудники курса и клиники профболезней

В настоящее время коллектив курса представлен высокопрофессиональными специалистами, вобравшими в себя лучшие традиции Московской клинической школы – профессором, докт. мед. наук Чонбашевой Ч.К., доцентами канд. мед. наук Сулаймановой Ч.Т. и канд. мед. наук Абжалбековой Н.Т. Их становление как клиницистов начиналось в стенах клиники старейшего Российского научного центра – ГУ НИИ Медицины труда РАМН РФ, руководимого на протяжении более чем 30 лет академиком РАМН Измеровым Н.Ф. Во время обучения в клинической ординатуре Чонбашева Ч.К. и Сулайманова Ч.Т. вопросы общей терапии изучали в знаменитой Тареевке (клиника и кафедра внутренних и профессиональных болезней им. Тареева Е.М. ММА им. Сеченова И.М., в настоящее время – зав. кафедрой акад. Мухин Н.А.), где им довелось слушать лекции и участвовать в клинических разборах выдающихся российских ученых – академика Тареева Е.М. и профессора Виноградовой О.М.

Продолжив свое образование в аспирантуре в НИИ Медицины труда РАМН Чонбашева Ч.К., Сулайманова Ч.Т. и Абжалбекова Н.Т. успешно защитили кандидатские диссертации под руководством известных российских ученых – Монаенковой А.М., Вермеля А.Е.

Чонбашева Ч.К., длительно занимаясь в НИИ МТ РАМН (в аспирантуре и докторантуре) изучением теоретических и практических аспектов болезней органов дыхания пылевой этиологии, внесла научный вклад в развитие иммунологической теории патогенеза пневмокониозов, сформулировав новую концепцию развития заболеваний и научно обосновав пути профилактики, лечения и реабилитации больных.

С приходом Чонбашевой Ч.К. на курс профболезней улучшилась диагностика профессиональных заболеваний, в том числе на ранних этапах развития и с нетипичной клинической картиной. Впервые стало возможным выявление таких малоизвестных практическим врачам патологий как гиперчувствительный пневмонит, экзогенный аллергический альвеолит, токсический бронхиолит и др., появление которых в условиях современного производства Кыргызстана, как показывают наши наблюдения, не является большой редкостью.

Сулайманова Ч.Т., изучая отдаленные последствия хронической свинцовой интоксикации, на большом клиническом материале показала возможность этиологической роли свинца в развитии сердечно-сосудистой

патологии - гипертонической болезни, атеросклероза, ИБС. Её результаты имеют особую актуальность, поскольку современная экологическая обстановка во всем мире (не является исключением и наша Республика) характеризуется загрязнением окружающей среды солями тяжелых металлов, что негативно отражается на состоянии здоровья не только работающего, но и всего населения.

Абжалбекова Н.Т. в своих научных исследованиях показала, что влияние общей вибрации на сердечно-сосудистую систему осуществляется двумя путями – путем непосредственного воздействия на тонус периферических сосудов и опосредованно – в результате влияния на механизмы центральной нервной регуляции сердечно-сосудистой системы и способствует формированию у работающих неспецифических сердечно-сосудистых синдромов.

Научные исследования курса в настоящее время проводятся в разных направлениях и полностью соответствуют клиническим задачам. С учетом характера функционирующих в Республике производств изучается воздействие на организм: 1) промышленных аэрозолей, 2) токсических химических веществ и тяжелых металлов, 3) физических факторов.

Предмет профессиональные болезни преподают лечебному факультету, факультету «Общественное здравоохранение», лечебному факультету по обучению иностранных граждан (на английском языке). Задачей обучения является изучение основных нозологических форм профессиональных болезней, освоение методов профилактики, реабилитации и экспертизы трудоспособности, овладение основами диагностики профессиональных и производственно-обусловленных заболеваний, дифференциальной диагностики заболеваний, имеющих сходные клинические симптомы, но различных по этиологии, освоение принципов деонтологии и врачебной этики в профпатологии, ознакомление с организационно-правовыми основами профпатологической службы. Под руководством преподавателей студенты проводят научно-исследовательскую работу,

публикуют статьи в научных журналах, выступают с докладами на студенческих конференциях, участвуют в клинических разборах.

Клинической работой в настоящее время занимаются зав. отделением Атабекова М.А., ассистент курса Ашырбаева К.И., врачи Азыкбекова А.У., Салиева Ч.Ж., Джапаева Г.У., Тюреканова Б.Э., Скляр В.А.

Работники курса активно сотрудничают со многими подразделениями Кыргызмедакадемии, Национального госпиталя и другими научно-исследовательскими и лечебными учреждениями Республики.

В ближайшей перспективе следует ожидать роста профессиональной заболеваемости, что может быть обусловлено несколькими причинами. С одной стороны – оживлением производства и отсутствием мер по улучшению условий труда, с другой – дальнейшим снижением жизненного уровня работающих за счет общей неблагоприятной социально - экономической ситуации в стране (что отражается на состоянии здоровья) и несвоевременным выявлением ранних стадий профессиональных заболеваний и, наконец, активным обращением к профпатологам самих работающих с целью получения материальной компенсации за причиненный вред здоровью, поскольку функционирующая система социального страхования от профессиональных заболеваний предусматривает повышение социальной защищенности этой категории лиц.

Работа профпатологической службы продолжается несмотря на существование экономических и политических проблем в стране, что во многом обеспечивается слаженной работой курса профболезней КГМА и отделения профпатологии Национального госпиталя МЗ КР. Коллектив курса несет ответственность за сохранение и приумножение традиций обучения нового поколения врачей, совершенствование методов диагностики и лечения профессиональных и производственно обусловленных заболеваний, решение задач по профилактике заболеваний и сохранению трудоспособности работающего населения.

ДОЦЕНТСКИЙ КУРС ГЕМАТОЛОГИИ – ОСНОВА СОЗДАНИЯ КЫРГЫЗСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА ГЕМАТОЛОГИИ

Раимжанов А.Р., Джакыпбаев О.А.

Кафедра госпитальной терапии с курсом гематологии КГМА, Кыргызский научный центр гематологии, г. Бишкек, Кыргызстан

Резюме. В статье излагаются пути становления и перспективы развития научного центра гематологии, в основе которого стоял доцентский курс гематологии кафедры внутренних болезней Кыргызской государственной медицинской академии.

Корутунду. Макалада Кыргыз мамлекеттик медицина академиясынын ички оорулар кафедрасынын гематология доценттик курсунун негизинде түзүлгөн гематология илимий борборунун басып өткөн жолдору жана келечеги чагылдырылган.

Summary. The article expresses the way establishment and develop perspectives of Hematology Science Centre. The Centre hematology was build on the basis of docent course of Internal Diseases Department of Medical Academy of the Kyrgyz Republic.

Гематологическая служба Кыргызской Республики началась с сентября 1965 года, когда по инициативе профессора М.М.Миррахимова и при поддержке главного врача Республиканской клинической больницы (ныне Национальный госпиталь) С.Д.Рафибекова открылось отделение гематологии на 40 коек и гематологический кабинет при Республиканской консультативной поликлинике.

Гематологическое отделение представляло собой непроветриваемое помещение с узким коридором, в палатах размещались от 4-х до 9 больных с заболеваниями крови. Тяжелейший больной с острым лейкозом умирал на глазах остальных 6-8 больных, которые в его лице видели свое ближайшее, будущее, т. е. был страшный психологический климат.

При отделении не было лаборатории, она находилась на расстоянии одного километра при централизованной лаборатории.

В 1984 году открыт небольшой кабинет для проведения сеансов лечебного плазмафереза.

Высокогорный стационар на 30 коек на перевале Туя-Ашу (3200 м) был открыт в 1967 году в одноэтажном барачном помещении, без каких либо условий для больных и сотрудников.

В 1974 году под руководством профессора Миррахимова М.М. организовано Республиканское общество гематологов и трансфузиологов, с 1974 по 1981 гг. председателем общества был профессор Тилис А.Ю. С 1981 г. по настоящее время председателем общества гематологов — ныне президентом Кыргызской Ассоциации гематологов является профессор Раимжанов А.Р.

В 1981 году при Ошской областной больнице было открыто отделение гематологии на 25 коек, которое и сегодня функционирует и обслуживает больных с заболеваниями крови Ошской, Жалал-Абатской и Баткенской областей.

В 1984 году при кафедре факультетской терапии КГМА был открыт доцентский курс гематологии, который был передан в 1989 году кафедре госпитальной

терапии КГМА. Заведовал данным курсом доц. Раимжанов А.Р., а ассистентами работали к.м.н. Исакова С.И., к.м.н. Ким С.И., к.м.н. Джакыпбаев О.А., к.м.н. Джумабаева Б.Т. Он являлся одним из составных компонентов при создании Кыргызского научного центра гематологии МЗ КР.

Для поднятия гематологической службы в республике на должный уровень, снижения материнской и детской смертности, а также реабилитации ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС (ЛПА ЧАЭС) и их детей, 02. 06. 1997 г. подписан Указ Президента КР 162 и издано постановление Правительства КР 671 от 30. 09 1997 г. «Об образовании Кыргызского научного центра гематологии Минздрава Кыргызской Республики».

1. Этапы становления Кыргызского научного центра гематологии

1. 20 июня 2000 года завершились ремонтные работы в отделениях гематологии, реанимации и интенсивной терапии на 40 коек, АДО с 3-мя компатами и отделение лабораторной диагностики, в связи с чем сотрудники КНЦГ из РКБ переехали в новое помещение.

2. В апреле 2002 года открылись отделения трансфузиологии и экстракорпорального очищения крови.

3. С 2003 года при АДО началось функционирование Республиканского межведомственного экспертного совета (РМЭС) для определения степени нетрудоспособности и инвалидности чернобыльцев и создан Кыргызский Государственный медико-дозиметрический регистр (КГМДР).

4. В феврале 2004 года открылось отделение радиационной медицины на 30 коек для обследования и лечения ЛПА ЧАЭС.

5. В августе 2004 года завершено строительство нового здания высокогорного стационара на 30 коек на пер. Туя-Ашу (3200 м), где стали проходить горноклиматическое лечение тяжелые больные с депрессиями кровотворения.

6. В 2005 году при АДО КНЦГ открылись кабинеты УЗИ и реоэнцефалографии.

7. В августе 2006 года создан совместный Кыргызско-Турецкий центр трансплантации костного мозга.

8. В конце 2006 года при АДО открылись эндоскопический кабинет и отделение реабилитации.

9. 17 марта 2007 года при АДО открылся кабинет стоматолога.

II. Материально-техническая база КНЦГ

1. В настоящее время в КНЦГ имеются:

♦ 24 одноместных палат с санузлом, ванной и душевой установкой, остальные все палаты двухместные. Справедливости ради нужно отметить, что все подразделения Центра имеют обособленный санузел и большинство из них с душевой установкой.

♦ В АДО функционируют 10 кабинетов, где больных принимают врач гематолог, терапевт, КГМДР, невропатолог и стоматолог. Отдельные помещения предусмотрены для функциональной диагностики, эндоскопических, ультразвуковых исследований, реоэнцефалографии и реабилитации.

♦ Целый этаж 3-го корпуса КНЦГ занимает отделение лабораторной диагностики, состоящее из 10 комнат, в том числе кабинет зав. отделением, а также клиническая, биохимическая, гемостазиологическая, иммуноферментная, иммунологическая лаборатории, которые выполняют 93 вида лабораторных анализов, в год выполняются около 150 тысяч исследований, при этом врачи клинических подразделений, работают в непосредственном контакте с врачами лаборатории.

♦ Для отделения реанимации и интенсивной терапии КНЦГ выделено изолированное помещение, состоящее из 6 палат с санузлом, ванной и душевой установкой, с покрашенными масляной краской стенами, бактерицидными лампами, с вентиляционной установкой, с большим реанимационным залом, где круглые сутки принимают крайне тяжелых больных, а также процедурной, ординаторской, кабинетом медсестры и не менее важно, что имеется отдельный выход для выноса трупа умерших больных.

2. Отделение трансфузиологии КНЦГ занимает одно обособленное крыло второго корпуса, состоящее из 10 кафелированных комнат, где в стерильных условиях проводится забор крови у доноров и заготовка компонентов крови, которые почти полностью обеспечивают нужды гематологических больных Центра. Отделение обеспечено аппаратом РС-6, морозильниками, холодильниками, лабораторным оборудованием.

3. Сеансы лечебных плазма- и цитоферезов проводятся в отделении экстракорпорального очищения крови, состоящее из предоперационной (10 м²) и операционной (30 м²), с бестеневыми лампами, операционным столом, бактерицидными лампами и медицинской аппаратурой: As-Тес, 204 (Фрезениус, Германия), К-70д (Германия) и РС-6 (завод «Дастан», Кыргызстан).

4. Для ЛПА ЧАЭС организовано отделение радиационной медицины, расположенное в 2-х этажном здании на 30 коек с 2-х местными палатами с умывальниками и с бактерицидными лампами на стенах.

5. На написанный нами проект выделен грант Турецкой Международной организации по сотрудниче-

ству при Премьер-министре Турции «ТІСА» на сумму 600 тысяч долларов США, из которых на 100 тысяч долларов

доставлено и установлено медицинское оборудование в отделение трансплантации костного мозга (ТКМ) КНЦГ. Более 50 тысяч долларов США израсходовано для проведения одной операции аутологичной ТКМ. Остальные деньги были использованы на обучение 20 сотрудников КНЦГ турецкому языку при Кыргызско-Турецком университете «Манас», 4-х врачей и 2-х медсестер КНЦГ при Анкарском центре ТКМ в течение 3-х месяцев; на многократные приезды более 30 профессоров из Турции, которые читали лекции по основам гематологии и ТКМ, проводили семинары и Международный симпозиум по гематологии и ТКМ для врачей-гематологов республики.

6. Отделение трансплантации костного мозга КНЦГ занимает левое крыло второго этажа 1-го корпуса, состоящее из 8 комнат с санузлом, ванной и душевой установкой, которое отремонтировано по всем требованиям евростандарта с гюнеловскими дверьми и окнами, покрашенными масляной краской стенами, с бесшовным полом, с бактерицидными лампами на стенах, с многофункциональными кроватями с дистанционным управлением.

7. Отделение реабилитации состоит из 6 комнат, где отпускаются физиопроцедуры, лазеротерапия и массаж для ЛПА ЧАЭС. Здесь же располагаются кабинеты для реоэнцефалографии и стоматолога.

8. Высокогорный стационар КНЦГ — это современный кирпичный корпус, рассчитанный на 30 коек, палаты рассчитаны на 1-4-х больных, имеются санузлы с ваннами и душевой установкой с Аристонами, отопление сухое, электрическое, больные готовятся 4-х разовое калорийное питание, имеются телевизор со спутниковой антенной с 36 каналами, сотовая связь, операционная для заготовки донорского тромбоконцентрата, процедурный кабинет, ординаторская, лаборатория и кабинет директора КНЦГ.

9. За последние 2 года за счет средств платных услуг КНЦГ удалось изменить внешний облик КНЦГ в лучшую сторону. Так, для отдыха больных и встречи с родственниками заготовлены 3 хорошие беседки, установлены 6 козырьков над дверями; установлен рекламный щит КНЦГ по ул. Ахунбаева; на стене парадного входа на трех языках вывешены название Кыргызского научного центра гематологии и огромная панорама с общей структурой Центра; все окна служебных помещений (лабораторий, кабинетов, операционных), закрыты железными решетками; проведены все противопожарные мероприятия, установлена сигнализация с пультом; во все кабинеты с дорогостоящим оборудованием, бухгалтерию и кассу установлены бронированные двери; основные подразделения Центра обеспечены городской телефонной связью, селекторной связью с директором Центра, факсом, компьютерами, принтерами и всем сотрудникам созданы нормальные рабочие условия; на 250 тысяч сомов приобретена автомашинка; 500 тысяч сомов включено как долевое участие стимулирующего гранта в сумме 1,8 млн. сомов для капитального ремонта отделения гематологии; отрестав-

гированы 3 большие комнаты для продуктового склада; капитально отремонтировано отделение трансфузиологии (10 комнат) и кабинет переливания крови, кафелированы 2 комнаты для стоматологического кабинета и т.д.

III. Обеспеченность КНЦГ медицинским оборудованием и внедрение современных методов исследования и лечения

Особо хочется отметить, что сегодня в КНЦГ проводятся основные методы обследования и лечения больных с заболеваниями крови и ЛПА ЧАЭС.

1. В отделении лабораторной диагностики имеются современное медицинское оборудование, как клинический (Франция), биохимический (Германия), иммуноферментный (Австрия) анализаторы крови, аппарат для определения фракции белков, гемоглобина и липопротеидов (Scapion, Австрия), коагулограф (Германия), агрегометр (Россия), микроскопы «Zeiss» (Германия), микроскоп «Olympus» (Япония), иммуофлюорисцентный микроскоп (Россия), 2-х тубусные микроскопы США.

2. В эндоскопическом кабинете АДО функционируют гастродуоденофиброскоп (Япония), колонофиброскоп (Япония), ректороманоскоп (США).

3. В УЗИ кабинете АДО — УЗИ аппарат «Ultra-Scan» с 4-мя датчиками.

4. В кабинете невропатолога АДО функционирует аппарат «Реоэнцефалограф», Россия.

5. В кабинете стоматолога АДО установлен комплект стоматологического оборудования (КНР).

6. В отделении экстракорпорального очищения крови функционируют аппарат РС-6 (Кыргызстан) и As-Tec, 204, Фрезениус, Германия.

7. В отделении трансфузиологии работает рефрижераторная центрифуга РС-6 (Кыргызстан).

8. В отделении реанимации и интенсивной терапии имеются ИВЛ— РО-6 (Россия), кислородный концентратор (Россия), дефибриллятор (Россия), полинаркоп, электроотсос, инфузомат (Латвия), монитор жизненных функций (Россия), ларингоскоп (Япония), ЭКГ (Япония, Россия).

9. В высокогорном стационаре также функционирует аппарат РС-6 для заготовки тромбоконцентрата.

Международное научное сотрудничество

КНЦГ осуществляет научное сотрудничество и имеет подписанные соглашения:	
1	Гематологическим научным центром РАМН г. Москвы (директор академик РАН и РАМН, профессор Воробьев А.И.) в рамках которого с.н.с. Джумабаева Б.Т. закончила докторантуру в отд. гемобластозов ГНЦ РАМН и защитила докторскую диссертацию в 2004 г. и работает в.н.с.; к.м.н., снс КНЦГ Макешева А.Б. с 2006 года обучается в докторантуре при ГНЦ РАМН (г. Москва); врач Цопова И.А. прошла 2- мес. стажировку в лаборатории генетики ГНЦ РАМН и Медико-генетического центра РАМН (Москва)
2	Кафедрой нормальной физиологии Университета дружбы Народов г. Москвы (зав. кафедрой, академик РАМН, профессор Агаджанян Н.А.)
3	Кафедрой гематологии и трансфузиологии Института усовершенствования врачей Минздрава Республики Узбекистан (зав. кафедрой, академик РАМН, д.м.н., профессор Бахрамов С.М.).
4	Алтайским краевым научным центром гемостазиологии РАМН (директор – член-корр. РАМН, д.м.н., профессор Баркаган З.С.)
5	Дюссельдорфским научным центром гематологии (директор - профессор Хаас, Германия)
6	Научным центром радиационной медицины Украины (директор — член-корр. АН Украины, профессор Бебешко В.П., г. Киев).
7	Центром трансплантации костного мозга (Университет Анкары, проф. Сулейман Динчер)
8	Детским Исследовательским центром им. св. Иуды (США, Мемфис, директор Рауль Рибейро)
9	Медико-генетическим научным центром РАМН (директор-академик РАМН, д.м.н., профессор Иванов В.И.).
10	Гейдельберским научным центром гематологии (директор-профессор Дёнер).
11	Французским научным центром гематологии (директор Массуд Массонд)
12	Нью-Йоркским научным центром гематологии (директор-профессор Янг)

Сотрудничество с учреждениями республики

1. Национальный центр кардиологии и терапии МЗКР.
2. Национальный госпиталь МЗ КР.
3. Национальный центр онкологии МЗ КР.
4. Научно-исследовательский институт молекулярной биологии и медицины.
5. Республиканский центр крови.
6. Кыргызский научный центр репродукции человека.
7. Кыргызская государственная медицинская академия.

8. Кыргызско-Российский Славянский Университет.
9. Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации.

Перспективы развития КНЦГ

I. Научно-исследовательская работа

1. Провести исследование параметров крови, костного мозга, а также иммунологических, биохимических, молекулярно-биологических, генетических показателей с изучением гемопозитических факторов роста – гипоксия индуцирующего фактора (hif), эритропоэтина, колониестимулирующего фактора, интерлейкинов и фактора некроза опухоли, обмена железа, гепсидина, церу-

лоплазмина, тромбомодулина, показателей первичного и вторичного гемостаза у здоровых жителей различных высот Тянь-Шаня с использованием клинических, биохимических, иммуноферментных анализаторов, коагулографа, агрегометра, аппарата для исследования фракций белков, гемоглобина и липопротеидов с целью создания нормативных показателей для жителей различных регионов и высот Тянь-Шаня.

2. Проводить широкие эпидемиологические исследования на Юге республики по изучению распространенности железодефицитной анемии, латентного дефицита железа, гемоглобинопатий, гемохроматоза с целью проведения профилактических мероприятий и мониторинга фортификации муки железом.

3. Изучить молекулярно-биологические, генетические механизмы адаптации больных с депрессиями кровотока в процессе их горноклиматического лечения.

4. Внедрить метод иммунофенотипирования и кариотипирования для диагностики лейкозов.

5. В целом переходить к современным методам высокодозной и интенсивной терапии острых лейкозов, особенно их рефрактерных форм.

6. Определение концентрации VIII, IX факторов свертывания крови, витамина В₁₂ и фолиевой кислоты, циклоспорина, меди и цинка в крови.

7. Шире внедрять применение антилимфоцитарного глобулина, циклоспорина в терапии апластической анемии, а также АТРА - в терапии острого промиелоцитарного лейкоза и Флюдара – хронического лимфолейкоза.

8. Шире использовать спленэктомию при лечении аутоиммунной тромбоцитопении, апластической анемии, наследственного микросфероцитоза, аутоиммунной гемолитической анемии, волосатоклеточного лимфолейкоза и др.

9. Активизировать работу совместного Кыргызско-Турецкого центра ТКМ и на договорной основе проводить аутологичную и аллогенную ТКМ при лимфоме, миеломной болезни, талассемиях, онкозаболеваниях.

10. При помощи спонсоров и на договорной основе достать облучатель костного мозга и создать банк стволовых клеток для лечения тяжелых больных с заболеваниями крови, онкологических, генетических болезней, патологии соединительной ткани и т.д.

11. Шире использовать методы экстракорпорального очищения крови в виде лечебного плазмафереза, гемосорбции, цитаферезов – гранулоцито-, эритроцито-, пласто-, лимфоцитозферезов при различных аутоиммунных заболеваниях, лейкозах, а также заготовки 4-16 доз тромбоконтрата для остановки кровотечения при апластической анемии, остром лейкозе, ДВС-синдроме и т.д.

12. На договорной основе внедрить метод гемодиализа для лечения больных с заболеваниями крови, осложненными ОПН или ХПН (геморрагический васкулит, миеломная болезнь, ДВС-синдром и т.д.)

13. Подготовить еще 3х докторов и 10 кандидатов наук.

14. Написать и выпустить 3 учебника по гематологии для врачей, клинических ординаторов, аспирантов и студентов старших курсов медицинских ВУЗов.

15. Постепенно перевести отделение экстракорпорального очищения крови, трансплантации костного мозга, высокогорный стационар, стоматологический кабинет, а также АДО с ЭКГ, рентгенологическим, эндоскопическим, УЗИ кабинетами и отделение лабораторной диагностики на самофинансирование.

II. Организационно-методическая работа

1. На средства стимулирующего гранта пристроить и открыть отделение хирургической гематологии (спленэктомии, миомэктомии, геморройэктомии, удаление лимфоузлов, эксфузия крови из суставов и т.д.).

2. На средства стимулирующего гранта произвести капитальный ремонт и расширение АДО, где можно было бы разместить кабинет стоматолога, а также капитально отремонтировать отделение реанимации и интенсивной терапии.

3. Расширить вход в отделение гематологии, радиационной медицины, куда можно разместить кассу, регистратуру, охрану, централизованный кабинет для взятия крови.

4. На средства платных услуг пристроить 3 комнаты в высокогорном стационаре (Туя-Ашу, 3200 м) для размещения настольного тенниса, бильярдного стола и столовой.

5. За счет спецсредств приобрести холодильники, компьютеры, телевизоры, мебель, кровати, прикроватные тумбочки, постельное белье.

6. На бюджетной основе провести ремонтно-реконструктивные работы хоздвора с пристройкой помещений для аптечного склада, склада для жесткого инвентаря, автоклава, архивариуса, наружных санузлов и гаража для автомашин.

7. На средства капиталовложений завершить строительство лекционного зала с парадным входом, с благоустройством территории, с заменой асфальта на брусчатку, с озеленением и освещением территории, с декоративным ограждением, с фонтанами и местами отдыха для больных и родственников.

8. На арендной основе строить кафе, магазин и аптеку для сотрудников и больных Центра.

9. За счет средств платных услуг приобрести микроавтобус для обслуживания высокогорного стационара.

10. КНЦП как головное научно-лечебное учреждение будет переводиться на I категорию по электроснабжению.

III. Улучшение службы гематологии

1. В Ошской объединенной областной клинической больнице, организовав 30 коечный стационар и блок интенсивной терапии на 6 палат (одноместные палаты с санузлом, душевой, бактерицидными лампами) для тяжелых больных с лейкозами и апластической анемией, осложненной сепсисом, кровотечениями, ДВС-синдромом, анемической комой и вторичной инфекцией, превратить его в Южно-региональный филиал КНЦП, который предназначен для обследования и лечения гематологических больных всего Южного региона – Ошской, Джалал-Абадской, Баткенской областей.

2. Активизировать работу гематологических кабинетов Кызыл-Кийской, Кара-Суйской, Ошской, Джалал-Абадской, Баткенской, Таласской, Нарынской, Иссык-Кульской областных больниц и ЦСМ.

3. В городах Балыкчы, Токтогул, Ала-Бука, Узген открыть межрайонные гематологические кабинеты.

IV. Повышение квалификации

1. Через профессорский курс гематологии КГМИ ПИПК провести повышение квалификации врачей ГСВ и ЦСМ республики путем чтения лекций, проведения практических занятий в отделениях КНЦГ.

2. По линии КГМИПИПК провести «Месячные циклы гематологии» для врачей гематологов КНЦГ, областных и районных больниц, ЦСМ в КНЦГ силами профессоров и доцентов нашего Центра.

3. В 2010 году провести «1-ый конгресс гематологов и трансфузиологов Кыргызской Республики» с международным участием ученых России, Турции, Германии, Великобритании и Центральной Азии, посвященный 10-летнему юбилею КНЦГ.

4. К 2010 году за счет спецсредств КНЦГ и КГМИ-ПИПК организовать выездной цикл по гематологии и трансфузиологии силами профессоров и преподавателей кафедры гематологии и интенсивной терапии Института Последипломного образования ГНЦ РАМН во главе с его директором - академиком РАН и РАМН, профессором Воробьевым А.И. с выдачей сертификатов.

5. Провести ежегодную аттестацию врачей-гематологов на соответствие с занимаемой должностью.

6. Восстановить былые регулярные заседания научного общества гематологов и трансфузиологов республики.

7. Организовать ежегодные выездные семинары по вопросам гематологии и трансфузиологии в областных, городских, районных больницах и ЦСМ.

8. Совместно с гематологами и трансфузиологами Центральной Азии и Казахстана организовать Центрально-Азиатскую Ассоциацию гематологов и трансфузиологов и выпуск Центрально-Азиатского журнала гематологии и трансфузиологии.

V. Учебно – методическая работа

1. При КНЦГ функционирует профессорский курс гематологии, где профессором Раимжановым А.Р., доцентом Джакыпбаевым О.А., ассистентами Джусуповой Ш.К. и Эралиевой М.О. читаются лекции и проводятся практические занятия со студентами 3,4,5 и 6 курсов лечебного факультета КГМА, 5-6 курсов кафедры терапевтических дисциплин медицинского факультета КРСУ, врачами курса повышения квалификации из ГСВ и ЦСМ всей республики по линии КГМИПИПК.

2. Для студентов старших курсов КГНУ им. Ж. Баласагына, Исламского университета им. Махмуда Кашгари и университета им. И. Арабаева 2-3 раза в год читаются лекции по клинике, профилактике и лечению наиболее распространенных заболеваний крови, периодически читаются лекции по гематологии 5-6 курсов медицинского факультета Ошского государственного Университета.

3. С нового, 2009 учебного года в КГМА намечается создание новой кафедры гематологии и лабораторной диагностики, где будут подготовлены врачи-лаборанты

для всех ЛПУ республики. Базой данной кафедры будет КНЦГ и преподавать будут профессора, доценты, ассистенты и врачи-лаборанты высшей категории нашего Центра.

4. Для студентов, врачей ЦСМ, ГСВ, гематологов сотрудниками КНЦГ во главе с директором, пишутся и публикуются учебники, учебные пособия, методические рекомендации и клинические протоколы.

5. Совместно со строительством лекционного зала КНЦГ в холлах и коридорах будут пристроены учебные комнаты.

6. Будут приобретены Note-Book и Multi-Media.

7. Для лекционного зала будут куплены 100 стульев, 2 стола.

VI. Социальная поддержка сотрудников

1. В день медицинского работника и перед Новым годом по мере возможности за счет экономии фонда заработной платы будут выдаваться премиальные для наиболее активно работающих и отличившихся сотрудников.

2. Будет решаться вопрос о выплате дорожных расходов для сотрудников, живущих в отдаленных от Центра селах и районах, приезжающих и уезжающих с 2-3 пересадками на маршрутных такси.

3. С решением Общего собрания сотрудников Центра на кухне будут готовить платный обед.

4. Наиболее уязвимым работникам будут пристроены малосемейные комнаты для жилья.

5. Написаны ходатайства в Мэрию города Бишкек для нуждающихся в квартирах или в выделении участка для строительства частного дома.

6. В коллективный договор внесены предложения об оплате до 0,75 ставки внешнего совместительства.

VII. Финансовая деятельность КНЦГ

1. В связи с требованием Минздрава и социальным положением страны, определенные подразделения КНЦГ будут переходить на самофинансирование, а другая часть будет сдаваться в аренду. Так, отделение экстракорпорального очищения крови и высокогорный стационар с 2009 года будут переходить на самофинансирование, а стоматологический и массажный кабинеты будут переданы на арендное пользование.

2. Постепенно должны переходить на самофинансирование амбулаторно-диагностическое отделение с кабинетом УЗИ, эндоскопии, рентгенографии, отделение лабораторной диагностики, а также платные палаты.

3. Для проверки финансовой деятельности КНЦГ необходимо восстановить работу внутреннего аудита.

4. Деятельность бухгалтерии необходимо перевести на централизованную автоматизированную систему Минздрава.

VIII. Информация о выпускниках, работающих за рубежом

1. Джумабаева Болдыгыз Толгонбаевна, д.м.н., ведущий научный сотрудник Гематологического научного центра РАМН, г.Москва.

2. Макешева Айнура Бекболотовна, докторант ГНЦ РАМН, г.Москва.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ КАФЕДРЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ КГМА

Кадырова Т.М., Ким А.С.

Кыргызская государственная медицинская академия, Кафедра клинической психологии и психиатрии КГМА, Бишкек, Кыргызстан

Резюме. История кафедры психиатрии при Киргизском государственном медицинском институте начинается с 1942 года. В истории ее развития прослеживаются три значительных периода, связанных с деятельностью и наследием известных, видных клиницистов профессоров Н.В.Канторовича, А.И.Дурандиной и В.В.Соложенкина. На протяжении всего времени кафедра психиатрии была и остается научно-образовательным, методическим и лечебно-диагностическим центром в подготовке специалистов в системе охраны психического здоровья. В истории кафедры сменилось не одно поколение сотрудников и традиции, заложенные основоположниками, остаются незыблемыми.

КММАНЫН КЛИНИКАЛЫК ПСИХОЛОГИЯ ЖАНА ПСИХИАТРИЯ КАФЕДРАСЫНЫН ОНУУГУ ТАРЫХЫ

Кадырова Т.М., Ким А.С.

Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, КММАнын клиникалык психология жана психиатрия кафедрасы, Бишкек, Кыргызстан

Корутунду. Кыргыз мамлекеттик медициналык институтунун алдындагы психиатрия кафедрасынын тарыхы 1942 - жылы башталган. Анын өнүгүшүнүн тарыхынан көрүнүктүү клиницист профессорлор Н.В.Канторовичтин, А.И.Дурандинанын жана В.В.Соложенкиндин ишмердиги жана илимий мурастары менен байланышкан маанилүү үч мезгилди бөлүп көрсөтүүгө болот. Психиатрия кафедрасы бардык мезгилде психикалык ден - соолукту коргоо тармагында адистерди даярдоодо илимий -агартуучулук, усулдук жана дарылоо диагностикалык борбор болгон жана болуп кала берет. Кафедранын тарыхында анын негиз салуучулары түптөгөн кызматкерлердин бир нече мууну жана салт санаалары алмашкан менен терең изин калтырды.

HISTORY OF DEVELOPMENT OF CLINICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY CHAIR OF KSMA

Kadyrova T.M., Kim A.S.

Kyrgyz state medical academy. Chair of clinical psychology and psychiatry of KSMA Bishkek, Kyrgyzstan

Summary. History of chair of psychiatry under Kyrgyz state medical institute has been started since 1942. In history of its development there are 3 the main periods connected with activity and heritage of famous, outstanding clinician professors N.V.Kantorovich, A.I.Durandina and V.V.Solojenkin. Over the time of working chair of psychiatry was and still is scientific-educational, methodological and treatment-diagnostic center in preparation of specialists in the system of mental health protection. There has been changed several staff generation and tradition founded by founders and still are stable in the chair.

История кафедры психиатрии при Киргизском государственном медицинском институте начинается с 1942 года. Первым заведующим кафедрой был профессор Гольденберг М.А., приехавший из Харькова, но руководство кафедрой им было непродолжительным до 1944 года из-за переезда в Новосибирск. На протяжении всей

истории развития кафедры прослеживаются три важные вехи, связанные с именами известных не только в республике, но и на международном уровне деятелей науки и образования в области психиатрии, видных клиницистов профессоров Н.В.Канторовича, А.И.Дурандиной и В.В.Соложенкина.



Н.В.Канторович



А.И.Дурандина



В.В.Соложенкин

Развитие образования в области психиатрии и повышение ее престижа в республике исторически базируется на их наследии. Фактически первым заведующим кафедрой психиатрии следует считать профессора Николая Витальевича Канторовича, который возглавлял кафедру в течение 25 лет в период с 1944 по 1969г. Именно ему принадлежит громадная заслуга в развитии кафедры психиатрии, подготовке кадров. Н.В. Канторович обладал глубокими знаниями, был блестящим лектором и педагогом. Он подготовил более 120 врачей психиатров, а также целую плеяду ученых психиатров. Разносторонние взгляды Н.В.Канторовича, его огромный диапазон идей нашли отражение во многочисленных его работах и научной деятельности сотрудников. Профессор В.Н.Канторович являлся зачинателем многих научных направлений, нашедших отражение в более, чем 120 публикациях и трех монографиях “Очерки о здоровой и больной психике” (1966), “Психогении” (1967), “Медицинская психология” (1971). Целый ряд исследований и трудов посвящены изучению психогений военного времени, структурных соотношений между невротами и психозами, вопросами их терапии и психотерапии. Наряду с этим, профессор В.Н. Канторович уделял много внимания изучению проблем, связанных с употреблением алкоголя и алкогольных психозов. Изучение данной проблемы сопровождалось практическими внедрениями методики условно-рефлекторной терапии. До открытия эры психофармакотерапии в поисках методов терапии психических расстройств им предложена была оригинальная методика лечения шизофрении хинином. В числе первых ассистентов кафедры были А.И. Ковалев, Б.М. Аврутис. В 50-е годы на кафедре работают ассистентами А.И. Дурандина, В.А. Рожнов, И.В. Вейнгольд-Рыбкина. В этот период времени разработана комплексная программа социальной реадaptации больных с психическими расстройствами, имеющих затяжное течение. Предложены и внедрены в практику методы лечения больных эпилепсией контрастпазмином (Н.В. Канторович, Л.М. Лопухина, 1959), комбинированное лечение прогрессивного паралича пенициллином и сульфозином (А.И. Дурандина, 1954). Проанализирована и дана оценка лечения нейролептиками психозов, в частности, лечение шизофрении аминазином (А.И. Дурандина, Р.С. Кичатова, 1957). Изучались, психозы, развившиеся после гриппа (Б.Н. Дектя-

рев, 1958). Описаны клинические формы и закономерности реактивных психозов, их патогенез. С начала 60-х годов состав кафедры расширяется, работают Б.Н. Дектярев, С.Д. Юсупов, А.Ф. Желонкина, В.В. Соложенкин, С.М. Петрова. Продолжают изучаться различные аспекты психиатрии и наркологии: терапия интоксикационных психозов инсулином или аминазином (А.И. Дурандина, 1966), стелазиним (С.Д. Юсупов, 1964), лечение депрессивных состояний тофранилом (П.Г. Бахарева, Б.Н. Дектярев, В.К. Мациевская, 1962). Изучены и дана классификация форм акрихиновых и других интоксикационных психозов (А.И. Дурандина, 1964). Проводились экспериментальные исследования влияния смолистых веществ южноуйской конопли на животных, которые позволили разрешить некоторые спорные и наименее изученные вопросы, касающиеся острой и хронической гашишной интоксикации. Острая и хроническая экспериментальная гашишная интоксикация обуславливает полиморфные и диффузные патогистологические изменения в паренхиме и сосудах мозга, в итоге приводя к развитию токсической энцефалопатии. В научном направлении того времени много внимания уделялось изучению влияния высокогорья на течение психических расстройств и действия некоторых лекарственных веществ, в том числе инсулина и нейролептиков (Н.В. Канторович, А.И. Дурандина, 1962, 1963, 1964; И.В. Рыбкина 1962; В.А.Рожнов, 1962, 1963; С.М. Петрова, 1964; А.Г. Пешкова, 1964; С.Д. Юсупов, 1964). Данные исследования проводились в летних стационарах на высоте 3540-3225 м. над уровнем моря. Было выявлено, что в условиях высокогорья повышалась чувствительность к лекарственным веществам и относительно быстро достигался положительный терапевтический эффект при терапии психопатологических симптомов шизофрении.

Помимо педагогической и научной деятельности профессор В.Н. Канторович развертывал психиатрическую службу по всей республике, свыше 20 лет являлся главным психиатром МЗ КР, при нем открыты психиатрические больницы, психоневрологический диспансер, на базе которого располагается кафедра клинической психологии и психиатрии. Именно с именем профессора Н.В. Канторовича связано становление не только кафедры психиатрии, но и развертывание психиатрической службы по всей республике. А это было тяжелое

время послевоенного периода. Он также вел большую общественную работу в качестве председателя Ученого медицинского Совета МЗ Киргизской ССР, председателя Киргизского филиала и члена правления Всесоюзного общества невропатологов и психиатров.

Следующий этап в истории кафедры психиатрии связан с именем профессора Александры Ивановны Дурандиной, которая заведовала кафедрой в период с 1969 по 1989г. А.И. Дурандина проработала в КГМИ с 1952 по 1992 и прошла путь от ассистента до профессора, заведующего кафедрой и проректора по учебной работе Киргизского государственного медицинского института. С 1973 по 1981гг. являясь проректором по учебной работе КГМИ, А.И. Дурандина много сил и внимания уделяла на этом посту оптимизации учебного процесса, воспитательной работе со студентами. В 1954г Дурандина А.И. защитила кандидатскую диссертацию, а в 1966г – докторскую диссертацию «Клиника, лечение и профилактика гашишизма». В 1972г ей было присвоено звание профессора. В этот период работают С.Д.Юсупов, В.В.Соложенкин, Т.А.Нелюбова, А.Ф.Желонкина, а также новые сотрудники А.С.Айдинов, Т.Т.Похилько, В.А.Ли, Р.Р.Табалдиева. Продолжают изучаться актуальные вопросы психиатрии и наркологии. Описана болезненная ревность при некоторых психических расстройствах (Б.Н.Дектярев, 1972, 1977). Изучаются вопросы терапии антидепрессантом нуредалом маниакально-депрессивного психоза, психогенной депрессии, депрессий позднего возраста (В.В.Соложенкин, 1970), терапии эмоционально-вегетативных кризов (Т.А.Нелюбова, 1977). В период с 1970г. по 1975г. разрабатывалась общая кафедральная тема «Астенические и депрессивные состояния различного генеза», с 1976 г. изучались вопросы клиники и лечения токсикоманий и алкоголизма, с 1978 г. кафедра участвовала в осуществлении региональной программы «Межведомственные проблемы наркологии». Итогом выполнения перечисленных программ являлась защита целого ряда кандидатских диссертаций. Под руководством А.И.Дурандиной защищены 4 кандидатские диссертации. За годы заведования было выполнено 107 работ, выпущено 8 тематических сборников трудов кафедры.

При кафедре был организован и функционировал доцентский курс медицинской психологии и педагогики, которым руководил доцент Б.Н.Дектярев с 1970 по 1993г. Одновременно Б.Н.Дектярев заведовал учебной частью в КГМИ, был инициатором введения в учебный процесс «единой методической системы» (ЕМС).

В 80-90-е годы на кафедре работают ассистентами Д.У.Адылов, Н.А.Сирота, Т.М.Кадырова, Н.А.Давлеталиева, Ж.К.Тазабекова, далее - Т.И.Галако, В.И.Тен, Н.П.Фетисова, А.С.Ким, М.А.Исаков, Е.С.Молчанова. Итогом исследовательских работ, проводимых ими, явилось выполнение целого ряда диссертационных исследований, затрагивающих различные аспекты психиатрии, детской психиатрии, наркологии, психотерапии, психосоматической медицины и психофармакотерапии.

Профессор Валерий Владимирович Соложенкин заведовал кафедрой в период с 1990 по 2006г. В качестве приоритетных направлений на этом этапе на кафедре

выступают: психосоматическое направление с изучением аффективных и тревожных расстройств, реформы в области психического здоровья, социальная психиатрия, реформы в медицинском образовании, психотерапия, вопросы эпилептологии. По инициативе В.В.Соложенкина было реформировано научно-практическое общество психиатров, наркологов и медицинских психологов в Кыргызскую Психиатрическую Ассоциацию (КПА), которая вошла в 1998 г. в состав Всемирной Психиатрической Ассоциации (ВПА). При поддержке международной организации «Женевские Инициативы в Психиатрии» В.В.Соложенкин стал региональным координатором по странам Центральной Азии в области социальной психиатрии. Благодаря его инициативе была организована Противозепилептическая Лига в Кыргызской Республике. Немало заслуг профессора В.В.Соложенкина в области медицинского образования: модернизирована была программа обучения психиатрии для студентов, введен был новый предмет «Психологические основы врачебной деятельности». Длительное время профессор В.В.Соложенкин являлся ученым секретарем Ученого Совета КГМА. В этот период при сотрудничестве и содействии ВОЗ и ВПА кафедра психиатрии была первой среди стран СНГ, перешедшей на преподавание психиатрии по версии МКБ-10 и внедрившей ее в систему психиатрических учреждений республики. Проведена серия образовательных конференций и встреч с международным участием. В 2000г. проведен курс по клинической эпилептологии при поддержке Европейской Академии Эпилепсии и Международной противозепилептической Лиги. В 1998 году была проведена первая на пространстве СНГ региональная встреча Всемирной Психиатрической Ассоциации (ВПА) для стран Центральной Азии и Закавказья. На встрече принимали участие: сам президент ВПА Н.Сарториус (Швейцария), а также представители других психиатрических сообществ из других стран (Марокко, Украина, Болгария и др.). В период 2001-2005гг. осуществлялся Пилотный проект развития организационных перемен в КР при поддержке ИССО Голландия, Фонда «Женевские Инициативы в психиатрии», в 2003 сотрудники кафедры участвовали в Центрально-Азиатском Совете ректоров Медицинских Вузов. В 2005-2006гг. при поддержке Фонда USAID опубликован ряд брошюр, разработанных на кафедре, для специалистов в области психического здоровья и для населения. Кафедра психиатрии участвовала в разработке международного Атласа по ментальному здоровью по инициативе ВОЗ (2007).

Одним из важных направлений деятельности кафедры психиатрии является детская психиатрия, в рамках которой, под руководством доцента Т.М.Кадыровой, на додипломном и постдипломном уровне ведется подготовка врачебных кадров, в особенности детских психиатров; поддерживается связь с международными организациями «Спасите детей» Дания, «Спасение детей» Великобритания, «Every Child» Англия, Фонд «Сорос-Кыргызстан». При поддержке Глобальных Инициатив в психиатрии кафедра психиатрии в 2005г. в рамках программы «Психическое здоровье детей и подростков» (Вильнюс) ознакомилась с организацией детской психиатрической службы в Литве. Осуществляется межве-

домственная связь с Министерством образования КР, совместно пересмотрены и опубликованы инструкции по приему детей с ментальными проблемами в систему дошкольного и школьного образования в соответствии с перечнем психических расстройств МКБ-10, поддерживается связь посредством Фонда Поддержки Образовательных Инициатив в Бишкеке с OECD Франции (Кадырова Т.М., 2008) по изучению потребностей детей из группы риска и детей с ограниченными возможностями.



Справа налево: доценты Т.М.Кадырова, А.С.Ким; лаборанты Л.Т.Мандычева, С.С.Ланская; справа налево стоят: ассистенты И.В.Годунова, А.Ш.Алиева, Н.В.Ивахник, Ж.Н.Тыдыкова, М.А.Турсунова, Г.А.Алимова

В преддверии юбилея 70-я КГМА кафедра клинической психологии и психиатрии представлена следующими сотрудниками: доцент А.С. Ким, доцент Т.М.Кадырова, ассистенты – А.Ш.Алиева, Э.М.Асанбаева, И.В.Годунова, М.А.Турсунова, Н.В.Ивахник, Ж.Н.Тыдыкова, Г.А.Алимова, лаборанты – Л.Т.Мандычева, С.С.Ланская. Руководство кафедрой осуществляется доцентом Ким Александром Станиславовичем. В 2001г. им защищена кандидатская диссертация по актуальным вопросам психосоматики. В 2007 году издана монография «Соматоформный синдром и феномен соматизации». Имеет более 60 научных публикаций, из них около 40 в зарубежных изданиях. Является председателем Центральной судебно-психиатрической экспертизы, главным внештатным психиатром МЗ КР, членом Национального лекарственного комитета МЗ КР, членом Ассоциации психиатров Восточной Европы и Балкан. Доцент Кадырова Тамилла Мукашевна защитила кандидатскую диссертацию по проблемам патологии поведения у детей в 1987 году при Московском НИИ психиатрии МЗ РСФСР. С 1995 г. работает в качестве доцента на кафедре, является главным внештатным детским психиатром МЗ КР, за-

местителем председателя Центральной судебно-психиатрической экспертной комиссии, членом Лицензионной комиссии МЗ КР, членом Аттестационной комиссии МЗ КР, членом Национального лекарственного комитета МЗ КР. Имеет около 40 научных публикаций, из них около 20 в зарубежных изданиях. Основными приоритетными направлениями на кафедре психиатрии на современном этапе являются – этнопсихиатрия, аспекты наркологии, психосоматики, детская психиатрия. Более того, благодаря международным контактам с ВПА, сотрудники кафедры Т.М.Кадырова и А.С.Ким наряду с другими членами КПА представляет собой отдельную рабочую группу в подготовке проекта МКБ-11 от Кыргызской Республики. Кафедра психиатрии задействована с Региональным бюро ВОЗ, в частности, участвовала в проекте Программы Государственных Гарантий по обеспечению граждан КР медико-санитарной помощью.

Кафедра клинической психологии и психиатрии на протяжении истории своего развития являлась и остается одной из ведущих кафедр КГМА по внедрению инновационных методов в образовании, модернизации учебного процесса, использованию новых достижений науки в охране психического здоровья. Кафедра психиатрии является активной и передовой силой ассоциации психиатров Кыргызской Республики в осуществлении социальных реформ в психиатрии, подготовке кадров и специалистов в системе здравоохранения.

И несмотря на трудности, которые претерпевает республика на протяжении уже многих лет, история кафедры продолжается.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дектярев Б.Н. О некоторых спорных вопросах патологии ревности. Вопросы клиники и лечения психозов. //Сб. науч. труд.1973. Т.88. - С. 21-25.
2. Дурандина А.И., Атангаев Б.А., Исмаилов Б.И., Шейдвассер Э.С. Развитие психиатрии в Киргизии. Вопросы клиники и лечения психозов. //Сб. науч. труд.1973. Т.88. - С. 3-13.
3. Канторович Н.В. Психогении. 1967. Ташкент. "Медицина"
4. Нелюбова Т.А. Комплексное лечение эмоционально-вегетативных кризов. Вопросы клиники и лечения психозов. //Сб. научных трудов кафедры психиатрии. 1977. Т.120.В.6. - С. 133-144
5. Соложенкин В.В. Психологические основы врачебной деятельности. Учебное пособие. – М.: Издательство «Планета детей», 1997. – С. 264 .
6. Юсупов С.Д. О некоторых патологических системах в клинике функциональных заболеваний и методы терапевтического воздействия на них. Вопросы клиники и лечения психозов. //Сб. науч. труд. кафедры психиатрии. 1973. Т.120.В.6. - С. 90-94.

РОЛЬ ПРОФЕССОРА С.К.КОЖОКМАТОВА В ФОРМИРОВАНИИ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Кожокматова Г.С.

Кафедра травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии КГМА, г. Бишкек, Кыргызстан

Профессор Кожокматов Сатынды Кожокматович начал свою трудовую деятельность в шахтерском городе Сулюкта, Ляйлякского района, Ошской области, как хирург общего профиля. Много лет он заведовал хирургическим отделением, выполняя сложнейшие операции на грудной и брюшной полостях. Выезжал на все вызовы, оказывая помощь и урологическим, и гинекологическим больным. Он же был и анестезиологом, впервые в г. Сулюкта внедряет эндотрахеальный наркоз. Среди хирургических больных в отделении все же доминировали больные с повреждениями костей опорно-двигательного аппарата, которые требовали особого внимания, умения вовремя соориентироваться в обстановке и принять соответствующее решение. Приходилось неоднократно спускаться в шахту, изучать обстановку под землей, выявлять причинные факторы травматизма при авариях, обвалах и т.д.

Опыт, полученный в результате лечения травматизма у шахтеров, в последующем, лег в основу его диссертации, представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук в 1971г. и защищенной на специализированном совете при Центральном институте травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова г. Москва.

Продолжая работать, Кожокматов С.К. совершенствует методы лечения травматологических больных. Им впервые в условиях Сулюктинской городской больницы внедрен метод внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза аппаратом Илизарова.

В процессе деятельности в отдаленном районе Кыргызстана, он поддерживает связь с Центральным институтом травматологии и ортопедии. Ему посчастливилось общаться, работать, перенять опыт у таких великих ученых Советского Союза, имена которых были известны далеко за пределами страны, как А.М.Дворкин - его непосредственный руководитель, А.В.Каплан, чья книга "Закрытые повреждения костей и суставов" является настольной книгой каждого травматолога, К.М.Сиваш - заслуженный изобретатель СССР, пионер в области эндопротезирования, академик М.В.Волков, который являлся директором института в течение 22 лет и многие другие.

С 1975 года профессор Кожокматов С.К. работает в г. Фрунзе, заведует травматологическим отделением, куда поступают больные с тяжелой множественной и сочетанной травмой, когда приходится в экстремальном порядке принимать решение о дальнейшем ведении больных. С этой проблемой он успешно справляется, поскольку за спиной большой, 16-летний, опыт хирурга общего профиля. В последующем, он совмещает свою практическую деятельность с педагогической деятельностью. Работает ассистентом, а затем доцентом кафедры. Одновременно занимается научным исследованием, выбрав одну из сложнейших проблем в травматологии и ортопедии - повреждения и заболевания тазобедренного сустава.



Сатынды Кожокматович в 1979 году впервые в республике внедряет эндопротезирование тазобедренного сустава, а также стабильно-функциональный остеосинтез при переломах длинных костей.

Травмы в области тазобедренного сустава представляют актуальность и в настоящее время, поскольку очень много осложнений при этом виде повреждения. И, прежде всего, осложнения, связанные с диагностическими ошибками, отсюда - неправильным выбором метода лечения. В связи с этим, им, впервые в Средней Азии, предложено компьютерно-томографическое исследование тазобедренного сустава, что позволило улучшить диагностику и значительно улучшить результаты лечения. Кроме того, работая над этой проблемой, предлагает ряд оригинальных устройств и способов для лечения поврежденных тазобедренного сустава. Результаты многолетних исследований объединены в его докторской диссертации, а за монографию «Лечение поврежденных тазобедренного сустава и их последствий» удостоен премии имени академика И.К. Ахунбаева НАН КР (1999г.).

С 1990г по 2003г Кожокматов С.К. заведует кафедрой травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии КГМА. Ученики профессора в своих работах продолжают и дальше развивают идеи своего учителя. Под его руководством защищены 1 докторская и 10 кандидатских диссертаций.

Являясь президентом ассоциации травматологов-ортопедов Кыргызской Республики, профессор С.К. Кожокматов объединяет в единую семью травматологов республики. Своим учителем его считают главные травматологи областей и районов, которые свою практическую деятельность успешно совмещают с научной работой.

Благодаря Сатынды Кожокматовичу, его неутомимой энергии, обаянию, и стремлению поднять травматолого-ортопедическую службу Кыргызстана на должный уровень, ассоциация травматологов и ортопедов тесно сотрудничала с подобными организациями России, Казахстана, Узбекистана, а также стран дальнего зарубежья, в том числе и Индии. Например, г. Индора, куда он неоднократно ездил и внедрил метод внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза

аппаратом Илизарова и где получил звание профессора, будучи кандидатом медицинских наук. Регулярно выезжал с научными докладами в такие страны как США, Франция, Израиль, Швейцария, Греция, Египет, Турция. Постоянно поддерживая обмен информацией, новыми методами диагностики и лечения травматолого-ортопедических больных, стараясь не отставать от зарубежных коллег в плане тактики лечения, усовершенствования методов лечения.

Как главный травматолог Министерства здравоохранения Кыргызской Республики профессор Кожокматов, по линии санитарной авиации, побывал во всех точках республики, оказывая лечебно-консультативную помощь населению страны.

Говоря о заслугах профессора, нельзя не отметить и его вклад, как в развитие здравоохранения, так и травматологической службы южного региона республики, где он приобрел вторую родину, работая в течение многих лет, оказывая помощь днем и ночью, не зная, что такое усталость. Население города Сулюкта это знает, высоко ценит и всегда принимало его как сына. И, наверное, среди прочих наград, самое дорогое для него было то, что его родной Ляйляк присвоил ему, одному из первых, звание "Почетного гражданина" в честь 130-летия города.

За безупречную научно-практическую и организационную работу профессор Кожокматов С.К. был удостоен награждения орденом Трудового Красного Знамени (1971), медалью «За доблестный труд» (1970), Грамотой Президиума Верховного Совета Киргизской ССР (1963), Знаком «Отличнику здравоохранения СССР» (1970), Медалью «Ветерану труда» (1985). Заслуженный врач Кыргызской Республики (1995). В 2007г удостоен почетного звания «Заслуженный деятель науки Кыргызской Республики».

Оценивая роль профессора С.К.Кожокматова в формировании травматологической школы в Кыргызстане, я хочу несколько слов сказать о том, какова роль моего отца в моем становлении как травматолога-ортопеда.

Думаю, мне немного больше повезло, чем моим коллегам при выборе профессии, т.к. я родилась и росла в семье травматолога, и к тому же, первым ребенком на которого, как обычно, возлагают большие надежды.

Так случилось, в детские годы часто бывала в хирургическом отделении. С 8 класса работала санитаркой в операционной. Первая операция, на которой я присутствовала, это была внематочная беременность, которую выполнял папа. Тогда я, в операционной, потеряла сознание. Но это не отбило мое желание стать врачом, напротив, я хотела утвердить себя в этом. Часто, когда мои каникулы совпадали с командировками моего отца в Центральный институт травматологии и ортопедии (ЦИТО), он брал меня с собой. Поэтому ЦИТО я знаю с детства. Присутствовала на его защите в 1971г., тогда я училась в 6 классе. В то время я не понимала тонкостей нашей профессии, но для себя решила, что стану врачом-хирургом.

И вот это желание, детская мечта оказались сильнее меня. Позже, несмотря на то, что познала много новых интересных медицинских специальностей, несмотря на уговоры родителей стать окулистом или терапевтом, но только не травматологом, я не смогла изменить своей

мечте. Поэтому, после окончания института поступила в клиническую ординатуру, а затем в аспирантуру ЦИТО. Многих ученых я знала с детства. Многие для меня являлись как бы примером для подражания. Я счастлива, что судьба подарила мне таких прекрасных людей, прекрасных учителей, в том числе прошедших Великую Отечественную войну, получивших увечья, познавших тяготы жизни и знающих цену жизни. А.В. Каплиан, А.И. Казьмин, З.Т. Зацепин, Г.М. Тер-Ешазаров, В.Д. Дедова, М.А. Берглезов, и др. Думаю поэтому они посвятили себя травматологии и ортопедии.

Профессора в ЦИТО часто говорили мне: «Папа, посвящая тебя в свою специальность, привил любовь к этой профессии и сделал травматологом». И это, наверное, так. Если бы я не была свидетелем всех папиных побед, достижений, наверное, не привлекла бы меня эта профессия. Хотя кто знает. Когда меня спрашивают, почему я стала травматологом, я отвечаю: «Отягощенная наследственность». Быть может, она передалась мне генетически, как некоторые наши тяжелые наследственные заболевания опорно-двигательного аппарата.

Кандидатскую диссертацию я защитила досрочно в ЦИТО под руководством замечательного человека, ученого, заслуженного деятеля науки и заслуженного изобретателя СССР, доктора медицинских наук, профессора, который являлся не только моим научным руководителем, но и сыграл большую роль в моем становлении как личности, чье имя я всегда произношу с гордостью - Дурсун Исмаилович Черкес-Заде.

Далее, волею судьбы, по конкурсу прошла на должность старшего научного сотрудника в Узбекский НИИ травматологии и ортопедии. Проводила исследования в области лечения больных с минно-взрывными повреждениями конечностей. Результаты исследования легли в основу докторской диссертации на тему: «Лечение и профилактика последствий боевых повреждений конечностей с использованием биологических способов коррекции восстановительного процесса», которую защитила в 1999 г. Несмотря на внешнее благополучие, в моей жизни было много препятствий, проблем, ведь не все бывает гладко. Но вера моего отца в мои способности, его поддержка, помогали мне преодолевать преграды на моем пути. Я думаю, большое счастье, когда желание родителей совпадают с желаниями ребенка. Когда это в жизни действительно присутствует, тогда можно добиться чего-то существенного. К счастью, наши желания совпали. Благодаря своим родителям и, прежде всего отцу, сбылась моя детская мечта стать врачом и не просто врачом, а врачом травматологом-ортопедом. Сейчас я работаю в Кыргызской государственной медицинской академии, продолжая его дело - профессора кафедры травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии. Читаю лекции студентам, провожу практические занятия. Консультирую и оперирую больных с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательной системы.

Сегодня папы уже нет с нами, очень больно об этом говорить, трудно смириться с потерей, но остались ученики, соратники, единомышленники, продолжающие его дело. Наша задача не дать высохнуть посаженному им дереву, оно должно продолжать расти и давать новые побеги и новые плоды.

ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ КАФЕДРЫ НОРМАЛЬНОЙ ФИЗИОЛОГИИ

Кононец И.Е.

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

Резюме. В статье приведены сведения о заведующих кафедрой, основных направлениях их научной деятельности и подготовке научной смены. Представлен кадровый потенциал и научная проблематика кафедры на современном этапе.

Ключевые слова: заведующий кафедрой, научная и педагогическая деятельность.

КАДИМКИ ФИЗИОЛОГИЯ КАФЕДРАСЫНЫН ӨНҮГҮҮ ЭТАПТАРЫ

Кононец И.Е.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы, Бишкек, Кыргызстан

Корутунду. Статъяда кафедра башчылары, алардын илимий иштеринин жана кийинки илимий муунду даярдоодогу негизги багыттары берилген. Кафедранын кадрдык потенциалы жана соңку убакыттагы илимий багыттары көрсөтүлгөн.

Негизге создөр: кафедра башчысы, илимий жана педагогикалык багыт.

STAGES OF DEVELOPMENT OF NORMAL PHYSIOLOGY DEPARTMENT

Kononets I.Ye.

I.K.Akhunbayev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyzstan

Resume. Information about heads of department, main directions of their scientific activity and preparing of young scientific generation is given in the article along with the personnel potential and scientific orientation of the department in the modern stage.

Key word: head of department, scientific and pedagogical activity.

Кафедра нормальной физиологии КГМИ была создана в 1940 году. В этот период в медицинском институте, открытом в 1939 г., преподавали выдающиеся теоретики и клиницисты – профессора, эвакуированные из европейской части СССР. Профессорско-преподавательский состав, в основном, состоял из представителей Москвы, Ленинграда, Харькова. Характерной для работы Кыргызского медицинского института была общая творческая среда. В то время главной фигурой для студентов являлся высококвалифицированный, грамотный, с широким кругозором заведующий кафедрой, умело объединявший кафедру, состоящую из высокоинтеллектуальных и высокоинтеллектуальных доцентов, ассистентов и аспирантов.

У истоков кафедры нормальной физиологии стоял широко известный во всем мире ленинградский физиолог – эколог Абрам Донович Слоним. Одновременно с заведованием кафедры в 1940-1944 гг. он организовал Лабораторию физиологии животных в открывшемся Биологическом институте Кыргызского филиала АН СССР. В этот период вместе со своими сотрудниками – Р.П.Ольшанской, А.Г.Понугаевой, К.А.Чукиным,

Л.Г.Филатовой проводили научные экспедиции в различные уголки Киргизии. Результаты этих исследований позволили выдвинуть положение о реактивной и ареактивной адаптации, что послужило толчком для развития многочисленных исследований в последующие после войны годы на Севере, Кавказе, Закавказье, Украине и республиках Средней Азии.

Итогом этой двадцатилетней работы А.Д.Слонима и большого коллектива его учеников и сотрудников стала публикация в 1961-1962 гг. двух монографий: «Основы общей экологической физиологии млекопитающих» и «Частная экологическая физиология млекопитающих» [4,5], где впервые были систематизированы отечественные и зарубежные исследования в этой области. Эти монографии опередили на несколько лет появление подобных обзоров за рубежом. Признанием их было присуждение А.Д.Слониму в 1964 году престижной Премии имени академика К.М.Быкова.

За годы творческой деятельности А.Д.Слонимом опубликовано более 280 работ, в том числе 12 монографий и 2 учебника.

Абрам Донович Слоним являлся одним из пионеров изучения воздействия высокогорного климата на организм животных и человека. Для Кыргызстана – горной страны, где многие населённые пункты, промышленные и сельскохозяйственные предприятия, пастбища, месторождения полезных ископаемых расположены в горах, исследование влияния высокогорья жизненно важно. Под руководством профессора А.Д.Слонима были выполнены фундаментальные и прикладные исследования механизмов адаптации животных и человека к высокогорью Тянь-Шаня и Памира, климату Средней Азии, Восточной Сибири и Дальнего Востока и защищены 104 диссертационные работы, в том числе 29 докторских диссертаций.

Кафедре нормальной физиологии везло на своих лидеров. Профессора А.Д.Слонима сменил представитель Института физиологии имени И.П.Павлова, продолжатель Павловской школы профессор Георгий Павлович Конради – не только одаренный, высокозурдированный, крупнейший физиолог, но и человек, отличавшийся феноменальной памятью, острым умом и языком, блестяще знавший живопись, поэзию и в целом художественную литературу.

Г.П. Конради заведовал кафедрой с 1944 по 1950 гг. В этот период студенты с большим увлечением участвовали в работе научного физиологического кружка, студенческих конференциях, дискуссиях без диктата, нравочений и монологов. Они не ощущали обычных в таких ситуациях «ранговых» положений. Их учили работать, читать, слушать и выступать. На кафедре царила творческая атмосфера. Любимые учителя проводили незабываемые музыкальные вечера, лекции по вопросам культуры, поэзии, живописи.

Несколько поколений будущих врачей Советского Союза пользовалось учебником по нормальной физиологии для студентов высших учебных заведений, основные главы которого были написаны профессорами А.Д.Слонимом и Г.П. Конради.

Профессор Г.П. Конради оставил крупный след в развитии физиологической науки в Кыргызстане. Это целое направление в области изучения кровообращения. Блестяще выполненными экспериментами Георгий Павлович раскрыл основные механизмы регуляции системной гемодинамики, регионарного кровотока, «рабочей гиперемии». Под его руководством защитили кандидатские и докторские диссертации многие известные учёные-физиологи.

После отъезда Г.П. Конради в Ленинград его сменил тоже ленинградец профессор Семён Максимилианович Дионесов – заведующий кафедрой с 1950 по 1953 гг. Основным направлением его научных исследований явилось изучение механизмов боли, разработка классификации различных видов болей.

В течение почти 20 лет, с 1953 по 1972 гг., кафедру возглавлял заслуженный деятель науки, доктор медицинских наук, профессор Евгений Иванович Бакин. В молодые годы он работал врачом в Джумгалском районе, отсюда поехал на аспирантскую учёбу в г. Ленинград и возвратился в Киргизию, став уже доктором наук.

Е.И.Бакин являлся одним из пионеров радиобиологов России. Талантливый исследователь-

физиолог Евгений Иванович одну из важнейших задач видел в подготовке научной смены. Он создал научную школу физиологов-радиологов, посвятивших свои многочисленные труды изучению механизмов лучевых повреждений и действия радиации на различные системы организма. Под его руководством подготовили кандидатские диссертации 11 молодых медиков Кыргызстана, четверо стали докторами наук.

С 1973 по 2007 гг. кафедрой заведовал академик НАН Кыргызской Республики, лауреат Государственной премии КР, доктор медицинских наук, профессор Санжарбек Бакирович Данияров – блестящий ученик и последователь А.Д.Слонима и Г.П.Конради.

Выбор нормальной физиологии студентом – персональным стипендиатом и обладателем диплома с отличием об окончании медицинского института Санжарбеком Данияровым завершилось зачислением его аспирантом Института физиологии имени И.П.Павлова АН СССР (г.Ленинград). Первым его научным руководителем явился выдающийся представитель экологической физиологии Абрам Донович Слоним. Высокопорядочный, обладающий широкими и глубокими знаниями, учитель смог передать молодому учёному не только знания в области физиологии, но и привить дополнительные качества, способствующие дальнейшему его становлению.

Будучи в Ленинграде, в одном из известных физиологических Центров мира, С.Б.Даниярову посчастливилось слушать лекции и выступления, общаться с выдающимися учёными: академиками Леоном Абгаровичем Орбели, Владимиром Николаевичем Черниговским, Петром Кузьмичом Анохиным, профессорами Э.Ш.Айрапетьянцем, Л.Г.Ворониным, Ф.П.Майоровым и другими.

Благодаря своим способностям Санжарбек Бакирович смог накопить серьёзные знания в области физиологии, что предопределило дальнейшую научно-педагогическую судьбу молодого киргизского учёного.

В 1952 году талантливый аспирант завершил и успешно защитил диссертацию на степень кандидата биологических наук.

После возвращения в родной г. Фрунзе С.Б.Данияров начал работать ассистентом кафедры нормальной физиологии. Сравнительно быстро освоив педагогические навыки, он стал авторитетным учителем студенческой молодёжи.

С большим увлечением работал в должности заместителя декана лечебного факультета, с 1962 по 1971 гг. – проректором по учебно-воспитательной работе, а с 1971 по 1987 гг. – ректором КГМИ. Здесь проявилась ещё одна грань его деятельности как организатора медицинского образования и науки. Он был большим знатоком научных основ учебного процесса, психологии обучения. Благодаря его энергии, жажде всего нового, передового, в медицинском институте были внедрены прогрессивные формы педагогической работы, современные методы оптимизации учебного процесса. Нередкими гостями в медицинском институте были виднейшие организаторы здравоохранения, учебно-воспитательного процесса и науки: Б.В.Петровский (бывший министр здравоохранения СССР), академик Ю.М.Лопухин (директор Института физико-химической

медицины Минздрава России), академик Е.И.Чазов (бывший Министр здравоохранения СССР, ныне директор Кардиологического научно-производственного комплекса), В.И.Покровский (президент РАМН) и многие другие. Встречи на организуемых рабочих совещаниях проходили в дискуссиях, спорах, что рождало новые идеи и предопределяло развитие нашего ВУЗа. И, конечно же, роль С.Б.Даниярова в таких событиях была определяющей.

В 1987 году С.Б. по собственному желанию ушёл с поста ректора КГМИ и целиком посвятил себя научно-педагогической деятельности, которая была связана, прежде всего, с родной кафедрой.

С.Б.Данияров – видный специалист в области радиобиологии и физиологии человека и животных, создавший научную школу. Под его руководством проводились научные исследования в двух направлениях: адаптация организма условиям высокогорья, механизмы лучевых повреждений и сочетанное влияние радиации и высокогорья на организм. Учениками и последователями С.Б.Даниярова выполнены фундаментальные работы, имеющие не только теоретическое значение, но и огромное прикладное значение для практического здравоохранения. О высокой научной плодотворности свидетельствуют подготовка более 30 кандидатов и докторов наук и публикация 260 научных трудов, включая 7 монографий [1,2], десятки методических пособий, 1 авторское свидетельство и 4 рацпредложений.

Огромное личное обаяние, глубокая внутренняя культура, высокий профессионализм и компетентность, тактичное отношение к людям, оптимизм снискали ему заслуженную любовь и уважение со стороны сотрудников, коллег и студентов.

С 2008 года заведующей кафедрой стала ученица и единомышленница С.Б.Даниярова профессор Кононец Ирина Евгеньевна.

Вся научно-педагогическая деятельность И.Е.Кононец после окончания с отличием факультета «Лечебное дело» КГМИ связана с родной кафедрой, где она прошла путь от ассистента до профессора.

Основным направлением научной деятельности И.Е.Кононец является изучение состояния кардиогемодинамики и вегетативной нервной системы при адаптации и деадаптации организма животных и человека к условиям средне- и высокогорья.

Итогом проведённых исследований явилась публикация более 150 научных трудов, включая 2 монографии [3], 12 учебных и методических пособий, 5 рацпредложений, написание двух глав учебника «Основы физиологии человека» для ВУЗов СНГ под редакцией академика РАМН Б.И.Ткаченко.

Под руководством профессора И.Е.Кононец защищены 3 кандидатские диссертации и готовятся к защите своих работ три соискателя.

Профессор Кононец И.Е. ведёт активную общественную деятельность. В течение многих лет являлась

учёным секретарём Республиканского отделения Физиологического общества, учёным секретарём Всесоюзной Рабочей комиссии «Кровообращение и внешняя среда», членом Всесоюзной комиссии «Механизмы и закономерности системы кровообращения». В настоящее время – учёный секретарь КГМА, учёный секретарь экспертного Совета по медицинским наукам НАК Кыргызской Республики, член диссертационного Совета по защите кандидатских диссертаций по нормальной, патологической физиологии и психиатрии КРСУ.

Профессор Кононец И.Е. руководит научным студенческим кружком. Студенты – кружковцы регулярно выступают с докладами на ежегодных конференциях молодых учёных в КГМА и КРСУ, награждены Грамотами. Ежегодно проводятся межвузовские круглые столы со студентами КГМА и КРСУ.

Коллектив кафедры нормальной физиологии бережно хранит традиции, заложенные великими Учителями и успешно развивает высказанные ими идеи.

Кадровый потенциал кафедры представлен высококвалифицированными и компетентными педагогами: 1 – академик НАН КР (профессор С.Б.Данияров), 2 профессора (И.Е.Кононец и Б.К.Тыналиева), 4 доцента (Тюреканова Н.Э., Калмамбетова А.И., Катькалов Г.В., Эсенбекова З.Э.), 1 к.м.н. (Раимбекова Г.К.), 3 ассистента без степени, 1 – очный аспирант.

Научная проблематика кафедры включает два направления:

I – функциональные характеристики вегетативной нервной системы организма животных и человека в процессе адаптации и деадаптации к условиям средне- и высокогорья - руководитель профессор И.Е.Кононец.

II - межполушарная асимметрия головного мозга жителей горных регионов Кыргызстана - руководители профессор С.Б.Данияров и профессор Б.К.Тыналиева.

Научная физиологическая школа, созданная С.Б.Данияровым, характеризуется высоким уровнем проводимых исследований, устойчивостью традиций и преемственностью поколений в ходе подготовки научных кадров высшей квалификации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Данияров С.Б. Лучевая болезнь и сердечно-сосудистая система.-«Кыргызстан».-Фрунзе, 1974.-235 стр.
2. Данияров С.Б., Зарифьян А.Г. Высокогорье и вегетативная нервная система.-«Медицина».-Ташкент, 1977.-176 стр.
3. Кононец И.Е. Состояние сердечно-сосудистой системы в условиях высокогорья Киргизии.- «Илим».-Фрунзе, 1982.-94 стр.
4. Слоним А.Д. Основы общей экологической физиологии млекопитающих.-М.-Л.-АН СССР, 1961.-285 стр.
5. Слоним А.Д. Частная экологическая физиология.- М.-Л.-АН СССР, 1962.-302 стр.

ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ КАФЕДРЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ КЫРГЫЗСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Мукашев М.Ш., Исмаилов Н.К., Айтмырзаев Б.Н.

Кафедра судебной медицины и права, г. Бишкек, Кыргызстан

Резюме. В статье приводятся сведения о становлении и развитии кафедры судебной медицины КГМА, ее научном направлении.

Ключевые слова: история, кафедра, судебная медицина.

КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫНЫН СОТТУК МЕДИЦИНА КАФЕДРАСЫНЫН ТҮЗҮЛҮҮ ЖАНА ОНУГУҮ ТАРЫХЫ

Мукашев М.Ш., Исмаилов Н.К., Айтмырзаев Б.Н.

Соттук медицина жана укук кафедрасы, Бишкек ш., Кыргызстан

Кыскача корутунду. Макалада КММАнын соттук медицина кафедрасынын түзүлүү жана өнүгүү тарыхы, анын илимий багыты тууралуу маалыматтар берилет.

Негизги сөздөр: тарых, кафедра, соттук медицина.

HISTORY OF FORMATION AND DEVELOPMENT OF CHAIR OF FORENSIC MEDICINE OF THE KYRGYZ STATE MEDICAL ACADEMY

Mukashev M. Sh, Ismailov N.K., Ajtmyrzaev B.N.

Chair of a forensic medicine and the medical law, Bishkek, Kyrgyzstan

The resume. Article narrates history of chair of forensic medicine of the Kirghiz State Medical Academy.

Key words: history, chair, forensic medicine.

История становления кафедры судебной медицины связана с эвакуацией в 1941 году Харьковского медицинского института со старшими курсами лечебного, санитарно-гигиенического и стоматологического факультетов на базу созданного в 1939 году Кыргызского государственного медицинского института. Для чтения лекций по судебной медицине для выпускных курсов привлечен профессор Малышев Б.Ф., назначенный заведующим кафедрой патологической анатомии и курса судебной медицины. Для судебной медицины были выделены две комнаты в помещении кафедры патологической анатомии, где проводились лекции и практические занятия по судебной медицине.

По праву Малышева Б.Ф. можно считать основателем кафедры судебной медицины КГМИ.

К 1942 году курсы судебной медицины по всему Советскому Союзу были реорганизованы в кафедры судебной медицины и Приказом №9 от 1.03.1942г. и.о. зав. кафедрой судебной медицины назначается ученый из Ленинграда, профессор Лазовский Юлий Матвеевич. Приказом же №25 от 1.03.1942г. Лазовский Ю.М. на-

значен на должность профессора. Старшим лаборантом кафедры Приказом №28 от 07.03.1942г. назначается Почтман А.М.

Ассистентом кафедры приказом №32 от 10.03.1942г. назначен врач Понаровский С.М., а приказом №53 от 03.04.1942г. врач Эпштейн М.Я.

После смерти профессора Лазовского Ю.М. в 1943 - 1944гг. кафедрой руководил ассистент Понаровский С.М. В конце 1944 года во Фрунзе по приглашению заведовать кафедрой судебной медицины приехал патологоанатом, доцент Наумов Н.А. Во второй половине 1945 года Наумов Н.А. утвержден «Главным судебно-медицинским (внештатным) экспертом Киргизской ССР». В 1945 году Наумовым Н.А., судмедэкспертами и ассистентами кафедры принимаются врачи Ушаповский и Сафронова.

Наумов Н.А. уделял большое внимание организации судебно-медицинской службы республики, он организует курсы для работников прокуратуры и судов, курс судебной медицины читается на юридических курсах г. Фрунзе. Наумов Н.А. активно агитирует выпуск-

ников медицинского института работать в области судебной медицины и по его призыву в судебно-медицинскую службу республики пришли 4 выпускника: Петри В.А. – г. Фрунзе; Самарцев – г. Пржевальск; Бенедиктов В.Е. – г.Талас; Утешев – г. Джалал-Абад.

Заслугой Наумова Н.А. следует считать укомплектование штатов судебно-медицинской службы в г. Фрунзе и по всей Республике. Этим он занимался в течение 15 лет, внес существенный вклад в создание судмедэкспертизы и научно-практической деятельности кафедры и службы в целом.

Из выпускников КГМИ первым судебно-медицинским экспертом из коренной национальности был Ачекеев Ш.А., который в 1951 году был зачислен лаборантом кафедры судебной медицины, а с 1952 года – ассистентом кафедры. В этом качестве Ачекеев Ш.А. работал до назначения его главным судмедэкспертом МЗ КР – начальником Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы (РБСМЭ) – до 1984 года. Работая ассистентом кафедры, Ачекеев Ш.А. возглавлял отдел экспертизы потерпевших, обвиняемых и др. лиц РБСМЭ, занимался проблемами патологии щитовидной железы, сердечно-сосудистой системы, им опубликованы более 100 научных статей. В 2000 году ему присвоено почетное звание «Заслуженный врач КР».

С 1959 года по сентябрь 1973 года кафедрой заведовал ученик известного ученого-патолога, академика Давыдовского И.В. – кандидат медицинских наук Хамитов С.Х. Заслугой доцента Хамитова С.Х. было начало обучения специалистов в области судебной медицины через клиническую ординатуру и интернатуру, а так же обучение в целевой аспирантуре и клинической ординатуре в г. Москве. Научная деятельность кафедры была направлена на изучение сердечно-сосудистой патологии в Киргизии, как причины скоропостижной смерти. Итогом научно-исследовательской работы кафедры стала защита ассистентом Фангиным В.С. диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук в 1969 году в г. Рига, в дальнейшем исследования были посвящены изменениям в сосудах Тебезия, аорте, коронарных сосудах, морфоизменениям в щитовидной железе при различных патологических состояниях. Он был членом редколлегии журнала «Судебно-медицинская экспертиза», членом правления Всесоюзного научного общества судебных медиков, неоднократно участвовал во Всесоюзных совещаниях по судебной медицине. Являлся консультантом по морфологической части множества кандидатских и докторских диссертаций.

В 1971-1972 годах в связи с уходом с кафедры сразу трех ассистентов (Фангина В.С., Коверга Л.Н., Ряховского Г.П.), ассистентом на кафедру принят судмедэксперт Джумадылов К.О., а клинический ординатор Давлеталиев С.Р. переведен на должность ассистента.

Клинический ординатор Мукашев М.Ш. в 1972 году был направлен в целевую аспирантуру на кафедру судебной медицины Центрального ордена Ленина института усовершенствования врачей (ЦОЛИУ) в г. Москву, который успешно закончил и защитил диссертацию на тему: «Судебно-медицинское значение динамики морфологических изменений околотитовидных желез при черепно-мозговой травме».

Выпускница 1974 года КГМИ Орункулова Р.О. была направлена в клиническую ординатуру по судебной медицине в ЦОЛИУ, после окончания клинической ординатуры поступила в целевую аспирантуру на кафедру судебной медицины Московского медицинского института им. И.М.Сеченова и успешно защитила диссертацию на степень кандидата медицинских наук.

В 1974 году ассистент Джумадылов К.О. переводится начальником Нарынского областного бюро судмедэкспертизы, а Давлеталиев С.Р. – заведующим Кызыл-Кийским городским отделением судмедэкспертизы Ошской области.

В 1973 году заведовать кафедрой судебной медицины КГМИ был приглашен ассистент кафедры судебной медицины 2-го Московского Медицинского Института им. Пирогова, к.м.н. Семенов Б.М., который заведовал до апреля 1991 года. В период заведования кафедрой Семеновым Б.М. продолжилось обучение в клинической ординатуре и аспирантуре в г. Москве (Джаманкулов З.Т., Айтмырзаев Б.Н., Матсаков Т.Т., Алыбаева К.Н.).

Ассистентами работали Лавошников В.Н., Бернштейн Г.Б., к.м.н. Мукашев М.Ш. Научным направлением кафедры в этот период было усовершенствование методик судебно-медицинской экспертизы. Под руководством доцента Семенова Б.М. была выполнена одна кандидатская диссертация (соискатель из Узбекистана) по определению возраста у девочек узбекской и русской национальностей.

Семенов Б.М. в течение ряда лет работал проректором КГМИ по УВР. После ухода на пенсию, работал доцентом кафедры до 1994 года.

С 2 апреля 1991 года на должность зав. кафедрой был приглашен к.м.н. Мукашев М.Ш., который работал заведующим отделом танатологии в РБСМЭ МЗ КР. В 1998 году им защищена диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук на Диссертационном совете Д. 084.52.02 при Новосибирском медицинском институте на тему: «Структурные изменения регионарных лимфатических узлов сердца при отравлении алкоголем, острой ишемической болезни сердца и их сочетании». В 2001 году НАК Кыргызской Республики утвердил Мукашева М.Ш. в ученом звании «профессор» по кафедре судебной медицины.

В ноябре 1991 года ассистентом Айтмырзаевым Б.Н. на заседании специализированного совета (Д. 074.03.01) Научно-исследовательского института судебной медицины МЗ СССР защищена диссертация на тему: «Судебно-медицинская идентификация тупых металлических предметов по повреждениям головы на основе физико-технических методов исследований».

В 1995 году ассистентом Алыбаевой К.Н. защищена диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук на тему: «Изменения показателей концентрации аминокислот как критерия определения давности смерти при гнилостной трансформации трупа».

Научное направление кафедры:

- Лимфатический узел как маркер воздействия стрессовых факторов на организм. В настоящее время в этом плане выполняются работы ассистентом Турганбаевым А.Э. и аспирантом Ивановой Е.С.

- Определение давности наступления смерти в условиях высокогорья. Ассистентом Исмаиловым Н.К. выполнена и защищена диссертация на тему: «Влияние горных условий на постмортальные изменения в организме» (2005г.).

- Суицид как причина насильственной смерти (Мукашев М.Ш., Исмаилов Н.К.).

С 1991 года сотрудниками кафедры опубликованы:

- Монография на тему: «Морфофункциональные изменения регионарных лимфатических узлов сердца и судебно-медицинская экспертиза острой ишемии миокарда и алкогольной интоксикации» (1997г);

- 15 учебных пособий, посвященных осмотру места происшествия и трупа на месте его обнаружения, судебно-медицинской экспертизе трупов и живых лиц, судебно-медицинской и клинической оценке сотрясений и ушиба головного мозга, экспертизе повреждений мягких тканей;

- Более 150 научных статей, посвященных различным разделам судебной медицины и права, случаям из экспертной практики, вопросам преподавания судебной медицины и права студентам медицинских и юридических вузов, в том числе в изданиях России, Казахстана и Украины.

- 5 рацпредложений, посвященных способам дифференциальной диагностики смерти от алкогольной интоксикации и острой ишемии миокарда.

Заведующий кафедрой профессор Мукашев М.Ш. является членом редакционной коллегии журналов «Хирургия, Лимфология, Морфология», «Судебно-медицинская экспертиза в Казахстане».

Сотрудники кафедры активно занимаются экспертной деятельностью, проводя экспертизы по самым сложным резонансным уголовным делам, в том числе и по так называемым «врачебным делам», оказывают консультативную, методическую помощь районным, областным экспертам и экспертам Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы, а также судебно-следственным органам и адвокатам. Профессорско-преподавательский состав кафедры принимает активное участие в разборе сложных случаев на методических совещаниях РБСМЭ, рецензировании заключений экспертов и диссертационных тем, работ, готовых к защите и т.д.

В настоящее время на кафедре трудятся: 1 доктор мед. наук, профессор, 2 кандидата мед. наук, доцента, 1 ассистент, кандидат мед. наук, 2 аспиранта, 2 клинических ординатора, ассистенты без степени – 3 (один из них завершает работу над кандидатской диссертацией).

Кафедра судебной медицины и права 70-летний юбилей КГМА встречает с оптимизмом, готова кадры судебно-медицинской службы республики через циклы усовершенствования врачей, через аспирантуру, клиническую ординатуру.

Профессорско-преподавательский состав укомплектован преподавателями, которые имеют большой практический опыт и высшую квалификационную категорию по специальности судебно-медицинский эксперт.

Коллектив кафедры наряду с научно-педагогической деятельностью активно занимается производством сложных комиссионных экспертиз, оказанием консультативной помощи экспертам и судебно-следственным органам Кыргызской Республики.

ОПТИМИЗАЦИЯ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА И АКТИВИЗАЦИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ НОРМАЛЬНОЙ И ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ

Абаева Т.С., Абилова Р.Э., Дуйшенова К.Ш., Тамаева К.А.

Кафедра нормальной и топографической анатомии, КГМА, Бишкек, Кыргызстан

Резюме. В системе подготовки врача, для выявления заболеваний, для правильного исследования больного, для постановки правильного диагноза – важную роль играет изучение предмета анатомии. Важную роль играет изучение нормальной и топографической анатомии для построения морфо – функционального субстрата диагноза, понимания динамики развития многих заболеваний. Обстоятельные знания нормальной и топографической анатомии для студентов начальных курсов медицинского Вуза, доступно правильно разобраться в индивидуальных и возрастных особенностях позволяют отличить норму от патологических отклонений. Преподавание нормальной анатомии и топографической анатомии осуществляется на лекциях, практических занятиях. Для самостоятельной подготовки студенты нуждаются в методических разработках и, наглядных анатомических препаратах и фантомах.

Ключевые слова: Предмет анатомии, топографическая анатомия, диагноз, заболевания, знать, определять.

BEST STUDYING PROCESS AND EDUCATIONAL ACTIVITY FOR STUDENTS OF NORMAL AND TOPOGRAPHICAL ANATOMY DEPARTMENT.

Abaeva T.S., Abirova R.E., Duishenova K.Sh., Tamaeva K.A.

Department of Human and Topographical Anatomy, KSMA, Bishkek, Kyrgyzstan

Summary. To have an accurate investigations of patient and for patting the exact diagnose, it is very important to study the Anatomy in the field of Medicine.

Important role of studying normal and topographical anatomy is to understand the process of development of different diseases. Sufficient knowledge is required in the field of anatomy for the beginners of medicine to have a control on different variants of conditions, ranges from the normal physiologic process to the pathologic state. Teaching of Normal and Topographical anatomy includes lectures and practical classes. For the preparation of classes, students are furnished with methodical recommendations, charts and samples of different body parts.

Key words: Anatomy subject, topographical anatomy, includes lectures and practical classes.

ЖАҢЫ БИЛИМ АЛУУДА СТУДЕНТТЕР ҮЧҮН ИННОВАЦИЯЛЫК ЖЕТИШКЕНДИКТЕРИ ЖӨНҮНДӨ НОРМАЛДУУ ЖАНА ТОПОГРАФИЯ АНАТОМИЯ КАФЕДРАСЫ

Абаева Т.С., Абилова Р.Э., Дуйшенова К.Ш., Тамаева К.А.

Нормалдуу жана топографиялык анатомия кафедрасы, КГМА, Бишкек, Кыргызстан

Корутунду. Оорулуу адамды зарылоо, туура диагноз коюу, орууларды алдын ала болтурбоо үчүн - келечектеги врачтар, адамдын түзүлүшүн, ички органдарынын кызматын, кан – тамырларын өтө так, туура билимге ээ болушу зарыл. Ошондуктан анатомия жана топографиялык анатомия сабагы адамдын түзүлүшүн, жыныстык жана жаш өзгөчөлүктөрүн ошондой эле сырткы катмарынан ички түзүлүшүнө чейин окуп үйрөнүүдө мааниси эң чоң. Анатомия жана топографиялык анатомия сабактары - практикалык тапшырмаларды (өз алдынча иштөө) жана лекцияларды камтыйт. Өз алдынча иштөө үчүн студенттерге - усулдук сунуштар, схемалар, жана ички органдардын препараттары керек болот.

Негизги сөздөр: анатомия сабагы, топографиялык анатомия, диагноз, оорунун түрлөрү, билим.

ОПТИМИЗАЦИЯ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА И АКТИВИЗАЦИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ НОРМАЛЬНОЙ И ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ

Преподавание анатомии характеризуется особенностями, которые в значительной степени отличают эту учебную дисциплину от других медицинских дисциплин. Кроме традиционной работы с учебником, студент должен вести препарирование трупов, знать основы контурной синтопии органов на наружные покровы, овладеть терминологическими познаниями (5500 терминов).

Работа преподавательского состава кафедры анатомии человека протекает в более сложных условиях, чем преподавательских коллективов других кафедр. Несколько сотен студентов – первокурсников нуждаются в большем внимании к ним. Без широких организационных мероприятий и должного направления первокурсники не могут сразу в полной мере влиться в жизнь ВУЗа. Иногда говорят, что студенты ВУЗа не нуждаются в опеке и должны проявлять максимальную самостоятельность. Однако этот навык к самостоятельности в условиях ВУЗа не проявляется сам по себе, этот навык нужно создавать и терпеливо прививать студентам.

В первую очередь внимание студентов I-го курса сосредоточено на кафедре нормальной анатомии. Это объясняется тем, что из числа других учебных дисциплин нормальная анатомия оценивается студентами как наиболее близкая к медицинской практике. Все это требует от преподавателей нашей кафедры напряжения сил, умения найти близкий контакт с первокурсниками, способность увлечь их, а не разочаровать. Это удается, если преподаватель анатомии владеет необходимым педагогическим мастерством. Подбор преподавателей, ведущих занятия на I-м курсе, должен быть особенно тщательным, если только мы хотим поставить дело медицинского образования с его первых шагов на правильный путь. Основы медицинского образования закладываются, как правило, на первых курсах, поэтому совсем не все равно кто их закладывает. Пассивный, лишенный педагогического мастерства преподаватель и плохо дисциплинированный преподаватель на I-м курсе медицинской академии – большая беда!

Уже в первые дни ВУЗовского обучения, кроме плановых занятий, мы организуем во внеучебное время встречу всех преподавателей кафедры с первокурсниками. В выступлениях преподавателей содержатся советы о том, как пользоваться учебными пособиями, как записывать лекции, как работать на кафедре во внеурочное время и т.д.

Мы придаем большое значение окружающей обстановке. Нам кажется, известные слова знаменитого теоретика театрального искусства К.С.Станиславского о том, что «театр начинается с вешалки» относительно нашей действительности должен звучать так «кафедра начинается с её порога». Студенты делают заключение о кафедре сейчас же, переступив порог её. Воспитательное значение обстановки, которая в течении 6-ти лет будет жизненной средой для студентов – поистине огромна. Напрасно некоторые думают, что сознание студентов занято только содержанием учебных дисциплин. Новая обстановка в которой оказался студент – воспринимается необычайно обостренно. Невольно рождается потребность в сравнительной оценке многочисленных новых фактов, наблюдаемых студентами на

разных кафедрах. И плохо, если эти факты рождают у молодого человека отрицательные эмоции. Студент, настроение которого в большинстве создается обстановкой, – говорит А.П.Чехов, – «на каждом шагу, там, где он учится, должен видеть перед собой только высокое и изящное. Упаси его бог от тощих деревьев, разбитых окон, серых стен и дверей, обитых клеенкой» (А.П.Чехов «Скучная история»). Мы стараемся добиться у студентов убеждения, что переступив порог нашей кафедры, он попал в учреждение, с определенным порядком, со своими традициями, которые уже с первых дней медицинского образования внушают интерес и уважение к медицинской науке.

Такая фундаментальная медицинская дисциплина, как анатомия человека немыслима без современных учебных пособий, логически связующих курс систематической и топографической анатомии. Существующие сейчас учебники анатомии содержат порядочное количество лишней информации. Анатомические факты излагаются в этих учебниках без клинического осмысления. Описательной стороне придается исключительное значение. При значительном сокращении в последние годы числа учебных часов, студент не в состоянии усвоить анатомические детали. Это особенно трудно и потому, что большинство преподавателей придерживается в своей работе метода линейного суммирования фактов и на основании этого устаревшего метода оценивают знания студентов. В течении последних лет мы старались найти наиболее рациональный способ передачи информации, при котором необходимые в период доклинической подготовки сведения студент имел бы в предельно кратком виде. Мы стали издавать методические пособия, содержащие материал по наиболее сложным разделам курса нормальной (систематической) и топографической анатомии, или полный текст наиболее важных лекций. Были изданы тематические справочники латинской анатомической терминологии. Опыт показал, что знания студентов по тем вопросам, которые являлись содержанием изданных типографным способом учебных пособий всегда были хорошими и характеризовались значительной выживаемостью. Не исключено, что само появление пособия, её заголовки, привлекли внимание студентов своей значимостью, оказывая определенный психологический настрой, что и способствовало лучшему усвоению и запоминанию данной темы. Вот примеры изданных тематических пособий:

1. Справочник терминологии на русском, латынском и кыргызском языках – А.А.Ашырбаев.
2. Сөөкбайламта системасы – Т.С.Абаева, К.Ш.Дуйшенова.
3. Баш сөөгү – Т.С.Абаева, М.Т.Жанганаева.
4. Булчун системасы – Т.С.Абаева, К.А.Тамаева.
5. Тамак сиңируу системасы – К.Ш.Дуйшенова.
6. Дем алуу системасы – Р.Э.Абирова.
7. Жүрөк, кан- айлануу системасы – Т.С.Абаева.

Традиционная форма методических указаний предполагает перечень вопросов, подлежащих усвоению. Данные сведения о последовательности изучения нового материала, конечно и в таком виде методические указания уже являются руководством к действию. И все же эти формы методического указания не «воодушевляют» студента и чем длиннее этот перечень вопросов, тем слабее проявляется активность студентов.

Мы стараемся методические указания сделать в форме последовательного изложения тех операций, которые предстоит сделать студенту в момент изучения данной темы. Опыт показал, что с помощью специально изданных тематических брошюр и методических указаний, оформленных стендами, нам удастся активизировать познавательную деятельность студентов и добиться достаточно высоких знаний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. Островерхов Г.Е., Лубоцкий Д.Н., Бомаш Ю.М. М., "Медицина", 1972.
2. Анатомия человека. М.Р. Сапин, Э.И. Борзяк и др. – 2 тома. Изд-во «Медицина». 1986.М. Т.1.
3. Сөөк - байламта системасы 1 - чи бөлүм. Т.С. Абаева, К.Ш. Дуйшенова. Бишкек, 2009.
4. Баш - сөөгү 2-чи бөлүм. Т.С. Абаева, М.Т. Жанганаева. Бишкек, 2009.
5. Булчуң системасы. Т.С. Абаева, К.А. Тамаева. Бишкек, 2009.
6. Тамак сиңируүү системасы – К.Ш. Дуйшенова. Бишкек, 2009.

ОПТИМИЗАЦИЯ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ С ПОЗИЦИИ ИНДИКАТИВНОГО АНАЛИЗА

Аканов А.А., Камалиев М.А., Асатова А.Б.

*Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,
г. Алматы, Казахстан*

Резюме. Разработана информационно-аналитическая система мониторинга деятельности органов и организаций здравоохранения, нацеленная на оценку степени достижения конечных результатов и контроля реализации Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы.

Ключевые слова: Информационно-аналитическая система, мониторинг, организация здравоохранения, индикаторы, регионы, социологические исследования.

ИНДИКАТИВДУУ ТАЛДОО ТАРАБЫНАН ДЕН - СООЛУК САКТОО БАШКАРУУСУН ОПТИМИЗАЦИЯЛАШТЫРУУ

Аканов А.А., Камалиев М.А., Асатова А.Б.

*С.Ж.Асфендияров атындағы Казак мамлекеттик медициналык университет,
Алмата шаары, Казахстан*

Корутунду: 2005-2010 жылдарга Казакстан Республикасындагы ден соолукту сактоону онүктүрүү жана реформалоо мамлекеттик программасын ишке ашыруудагы ден соолук сактоо уюмдары менен мекемелеринин жумушунун соңку натыйжаларына жетүү даражасын аныктоого жана баалоого мүмкүндүк бере турган маалымат-аналитикалык жүйөсү иштелип чыкты.

Негизги сөздөр: Маалымат-аналитикалык системасы, аныктоо, денсоолук сактоо мекемелери, индикаторлор, аймактар, социологиялык изилдөөлөр.

OPTIMIZATION OF MANAGEMENT OF PUBLIC HEALTH SERVICES FROM POSITION INDICATIVE ANALYSIS

Akanov A.A., Kamaliev M.A., Asatova A.B.

Kazakh National Medical University after S.D.Asfendiyarov, Almaty city, Kazakhstan.

Summary. The system of monitoring and estimation of activity if system, bodies and organizations of public health services allowing is developed to define a degree of achievement of final results of activity if bodies both organizations of public health services and monitoring of realization of the State program of reforming and development of public health services of Republic of Kazakhstan For 2005-2010 years.

Key words: informational analytic system, monitoring, organization of the healthcare, indicators, regions, social researches.

Разработана информационно-аналитическая система мониторинга деятельности органов и организаций здравоохранения, нацеленная на оценку степени достижения конечных результатов системы здравоохранения. Система мониторинга и оценки позволяет: оценить эффективность системы здравоохранения; измерить результаты реформирования и развития здравоохранения; прогнозировать медико-социальный эффект при принятии управленческих решений; обосновать стратегические направления развития отрасли; провести рейтинговую оценку органов и организаций здравоохранения.

Оценка эффективности деятельности системы здравоохранения должна базироваться на определении ко-

нечного результата, которым, как отражено и в Государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы, утвержденной Указом Президента Республики Казахстан от 13 сентября 2004г., № 1438, является улучшение здоровья населения.

Методической основой системы мониторинга и оценки является ситуационный анализ и прогноз на основе целевого подхода к оценке информации. Разработка методологических основ измерений и оценки состояния здоровья населения сопряжена с преодолением множества трудностей, обусловленных сложностью самого объекта изучения.

Осознавая невозможность сведения столь сложного понятия как здоровье населения к однозначной количественной характеристике, тем не менее, наиболее достоверным показателем, в котором находят отражение сложное взаимодействие факторов (медико-биологических, социально-экономических, демографических и др.), оказывающих прямое и косвенное влияние на состояние здоровья населения, бесспорно считается показатель смертности.

Необходимо учесть, что показатели общественного здоровья обладают большой инерционностью в динамике. В результате, объективно существует некоторый временной лаг между проведением соответствующих мероприятий и их эффектом. Закономерно, если активные меры предприняты в текущем году, то заметных результатов следует ожидать в последующие годы. Более чувствительными и быстро реагирующими на изменения являются индикаторы промежуточного результата (I уровня). Тогда логичным представляется принять в этом случае за индикаторы II уровня показатели деятельности системы здравоохранения, а за индикаторы III уровня – количественные характеристики ресурсов, выделяемых для системы здравоохранения. Такие показатели, построенные на причинно-следственных связях, позволяют установить узловые точки, воздействие на которые приведет к достижению поставленных целей, и одновременно определить количественную меру такого воздействия.

В целом, разработанная система мониторинга и оценки степени достижения конечных результатов деятельности органов, организаций здравоохранения представляет собой «дерево» достижения цели. На каждом уровне «дерева» достижения цели для мониторингования каждого индикатора приведены соответствующие показатели результативности. С учетом рекомендаций ВОЗ, каждый из индикаторов соответствуют одной из четырех основополагающих функций системы здравоохранения. Данный подход позволяет выстроить цепь, связывающую выбранные цепи системы с изначальным вкладом, и позволяет принимать управленческие решения на основе проводимого мониторинга и оценки результатов деятельности.

При этом, для каждого уровня управления (национальный, региональный) организации определяют те индикаторы, которые являются наиболее релевантными. Так, например, на национальном уровне одинаково высокозначимыми являются индикаторы всех четырех конечных целей и 4 функций системы здравоохранения, на региональном – первостепенное значение имеют индикаторы функций обеспечения услуг и руководства, промежуточное значение отводится индикатором функции генерирования ресурсов, далее следуют индикаторы функции финансирования. На уровне же организа-

ции – основными являются индикаторы обеспечения услуг.

Системный подход позволил выстроить цепь, связывающий выбранные цели системы здравоохранения с изначальным вкладом, и принимать управленческие решения на основе проводимого мониторинга и оценки результатов деятельности. Причем, часть индикаторов и показателей имеет прямую связь с конечным результатом деятельности, вклад других носит опосредованный характер.

При отборе индикаторов учитывались следующие основные критерии – индикаторы должны:

- иметь непосредственное отношение к процессам и быть получены в результате достоверной выборки из соответствующих групп населения, которых затрагивает определенные вмешательства;
- основываться преимущественно на системе статистической отчетности и существующих формах отчетной документации;
- измерять то, что должно измерять;
- быть доступными для независимой оценки и экспертизы, позволять вести правильный подсчет и объективно оценивать полученные значения;
- соответствовать запросам и возможностям пользователя;
- иметь четкую формулировку, исключаящую двойное толкование;
- быть количественными и качественными, технически надежными, экономичными и не затратными.

Информационной базой для определения индикаторов первого, второго и третьего уровней служат преимущественно данные государственной статистики. Исходным материалом для формирования качественных показателей служат данные социологических исследований. Для расчета некоторых показателей вводится временная форма.

Таким образом, разработана программа поэтапного (каскадного) статистического анализа функционирования системы, органов и организаций здравоохранения на основе инвариантных методик. Предлагаемая система мониторинга и оценки деятельности системы, органов и организаций здравоохранения является универсальной и всеобъемлющей. Принципиально важным отличием предлагаемого подхода является отбор одного индикатора глобальной цели, 15 целевых индикаторов и системной логико-методологический анализ их формирования посредством 42 индикаторов I уровня, 19 - II уровня, 21 - III уровня. Определение уровня достижения конечных результатов деятельности органов и организаций здравоохранения на национальном уровне оценивается по 70 индикаторам, на уровне регионов – по 93 показателям и на уровне медицинских организаций – по 61 показателю.

АНАЛИЗ РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ ВХОДЯЩЕГО В СОСТАВ ПРЕПАРАТОВ «ФИТОЛЕК»

Бейсенбеков Н.А.

Казахский Национальный Государственный Университет им. С.Д.Асфендиярова,
г. Алматы, Казахстан

Резюме. При разработке фитопрепаратов «Фитолек» большое внимание уделяют на анализ содержания тяжелых металлов и их аналогов в растениях произрастающих в различных типах почв.

Корутунду. «Фитолек» фитопрепараттың өндеуде, әртүрлі топырақ түрлерінде өсетін өсімдікте ауыр металлдармен және оның аналогтарының мөлшері талдауға көп көңіл аударды.

Summary. When working on phytopreparations, more attentions to be paid to analyze the content of heavy metals and its analogues in plants which grows on different soil sorts.

Роль лекарственных растений в здравоохранении очень велика. И, несмотря на большие достижения и дальнейшие перспективы развития лекарственных средств лечебное значение растений не только не уменьшается, но расширяется и возрастает в связи с новыми глубокими исследованиями давно известных лекарственных растений, обнаружением у них новых лечебных свойств и открытием новых видов лекарственных растений среди дикой флоры.

Растительный мир является огромным природным производителем и хранителем различных классов соединений, таких как алкалоиды, эфирные масла, производные кумаринов и антрахинонов, каротиноиды, дубильные вещества, флаваноиды и ряд др. Растения остаются незаменимым источником получения лекарственных препаратов различной направленности фармакологического действия.

Целью работы является создание и разработка технологии, стандартизации новой лекарственной формы «Фитолек» в виде настойки и суппозиторий, обладающей противовоспалительным, регенерирующим, анти-септическим, антибактериальным действием.

Качество лекарственного растительного препарата главным образом зависит от доброкачественности сырья – значительной степени от местности, соблюдения сроков заготовки, правильной технологии сбора и режима сушки.

Обеспечение надлежащего качества лекарственного растительного сырья во многом зависит от правильной организации контроля, его действенности и эффективности, а также от уровня требований, заложенных в нормативной документации, и используемых методов анализа.

Методами исследования явилось лекарственное растительное сырье, входящее в препараты. Сырье подвергали: фармакогностическому анализу – микроскопический анализ; товароведческому анализу – определение влажности, содержания примесей, степени зараженности лекарственного растительного сырья амбарными вредителями, измельченности, золы общей и золы,

нерастворимую в 10% кислоте хлороводородной, органических и минеральных примесей, испытание на микробиологическую чистоту и радиационный контроль растительного сырья.

При разработке фитопрепаратов «Фитолек» большое внимание уделяют на анализ содержания тяжелых металлов и их аналогов в растениях произрастающих в различных типах почв, входящих в фитопрепараты «Фитолек». Так как особое значение приобретает в настоящее время проблема техногенного загрязнения. Экологической проблемой стало исследования закономерностей миграции, исследование состава почв, исследование состояние атмосферы.

При изучении загрязнения почвенно-растительного покрова наиболее опасным загрязнением являются долгоживущие радионуклиды. Важное место отводится цезию-137 и стронцию-90. Поступление цезия-137 и стронция-90 в растениях, связано способностью поглощаться корнями растений из почвенной влаги и прочно закреплять в почве.

Известно, что в составе радионуклидных почв содержание цезия-137 больше в темно-каштановых почвах, содержание стронция-90 в светло-каштановых почвах [1]. На передвижение стронция-90 по биологическим цепочкам сопоставили с его химическими аналогами - кальцием и магнием. Имеется слабая зависимость, чем больше сумма кальция и магния в водной вытяжке, тем меньше поступает стронция-90 в растения.

На передвижение цезия-137 в корни и надземную часть растений оказывает влияние присутствие в почвенном растворе его химического аналога калия, причем, чем больше концентрация калия в почве, тем меньше цезия-137 поступает в растения [2].

Лекарственное растительное сырье, входящее в растительные препараты подвергались радиологическому анализу. Анализ проводился гамма-бета-спектрометрическим методом. Измерения проводились на спектрометрическом комплексе «Прогресс».

Результаты анализа показали следующие допустимые нормы:

Лекарственное растительное сырье	Цезий -137, Бк/кг	Стронций-90, Бк/кг
Аир болотный корневища	менее 3,0	11,0±4,0
Береза пушистая почки	менее 3,0	9,0±5,0
дуб обыкновенный кора	менее 3,0	11,0±5,0
донник лекарственный трава	менее 3,0	5,0±4,0
Пармелия блуждающая слоевища	менее 3,0	6,0±5,0
Калина обыкновенная кора	менее 3,0	8,0±3,0
Черёда трехраздельная трава	менее 3,0	7,0±4,0
Кровохлебка корневища и корни	менее 3,0	4,0±4,0
Лапчатка прямостоячая корневища	менее 3,0	8,0±4,0
Лен обыкновенный семена	менее 3,0	9,0±3,0
Можжевельник обыкновенный плоды	менее 3,0	6,0±3,0
Мята перечная листья	менее 3,0	7,0±4,0
Ольха серая соплодия	менее 3,0	6,0±3,0
Орех грецкий плоды	менее 3,0	8,0±4,0
Тмин обыкновенный плоды	менее 3,0	7,0±3,0
Софора японская плоды	менее 3,0	5,0±3,0
Солодка голая корень	менее 3,0	10,0±6,0
Мать-и-мачеха листья	менее 3,0	6,0±3,0
Гореч птичий (спорыш) трава	менее 3,0	8,0±5,0
Подорожник большой листья	менее 3,0	6,0±3,0
Черника обыкновенная плоды	менее 3,0	5,0±3,0
Чистотел большой трава	менее 3,0	8,0±5,0
Шалфей лекарственный листья	менее 3,0	7,0±4,0
Шиповник майский плоды	менее 3,0	8,0±4,0
Эвкалипт прутовидный листья	менее 3,0	10,0±5,0

Выводы. Лекарственные растительные препараты настойка «Фитолек» и суппозитории «Фитолек» благодаря наличию биологически активных веществ, обладают антибактериальным, противовоспалительным, регенерирующим свойствам. Лекарственное растительное сырье входящее в лекарственные растительные препараты «Фитолек» собранное в экологических чистых районах имеют высокое качество и являются терапевтическим началом препаратов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аринушкина Е.В.. Химический анализ почвы и грунтов. Изд. МГУ, М., 1970.
2. Плешкова С.М., Птицкая Л.Д., Киргизбаева А.А., Турганбаева Э.Б. Миграция цезий-137, стронция-

90 и их аналогов в различных типах почв и в растениях семипалатинского испытательного региона. Кафедра биохимии. КазГМУ 2001г)

3. Мирсалихова Н.М. Пальянц Н.М., Абубакиров П. К. // Химия природных соединений. -1978г. №1. - С. 44.
4. Соколов С.Я., И.П. Замотаев. Справочник по лекарственным растениям (фитотерапия). М., "Недра", 1987 г.
5. Куменов М.К. Ботаническое ресурсосведение Казахстана. –Алматы: Галым, 1999г.-С.-160.
6. Государственная фармакопея XI издание. // М.: Медицина, 1987.-Вып. 1. -1990.-Вып. 2.
7. Государственная фармакопея X издание. // М.: Медицина, 1968.

О ВНЕДРЕНИИ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Бримкулов Н.Н., Дубовикова М.Н., Бешке Е.В., Ивина Ю.В.

Отдел менеджмента качества образования, Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызстан

В условиях рыночной экономики показатели качества превратились в главный фактор конкурентной борьбы и научно-технического прогресса [1]. Одним из универсальных подходов в существенном повышении качества является применение инновационной модели управления организацией - системы менеджмента качества (СМК) в соответствии с международными стандартами ISO серии 9000 [4, 8].

Однако, если в промышленности это положение уже давно является неоспоримым, в высшей школе как стран СНГ, так и за рубежом продолжается дискуссия относительно степени применимости международного стандарта качества ISO 9001 в университетах [7]. Есть точка зрения, что никакие стандарты, а тем более стандарты ISO 9001, в высшей школе не допустимы в связи с особенностями вузовской среды, атмосферой творчества в условиях академической свободы и традициями демократии. Существует прямо противоположная точка зрения о том, что стандарты качества ISO 9001 и отраслевые стандарты, построенные на их основе, в том числе для сферы образования, являются единственно возможной основой для управления вузом в рыночных условиях, позволяют учитывать традиционные академические ценности и переориентироваться на требования клиентов.

Ответ состоит в том, что требования стандарта ISO 9001 к вузу вполне применимы в части организации его основных процессов. Важно правильно понять требования стандарта ISO 9001 и грамотно использовать их в вузе, определить те области, где он применим — совершенствование управления процессами, и где он не применим — творческая деятельность ученых, преподавателей и студентов. Этот подход близок руководству технических ВУЗов, деятельность которых в большей степени связана с прикладными науками и подготовкой специалистов в области техники и технологий [4]. Что касается медицинского образования, более консервативного в целом, то и здесь наиболее передовые медицинские ВУЗы уже начали внедрять стандарты СМК по ISO 9001. В числе этих «инновационных» ВУЗов - Московская медицинская академия имени Сеченова [2], Казахский государственный медицинский университет имени Асфендиярова [3] и другие.

В 2008 году в Кыргызстане была принята «Стратегия реформирования системы высшего медицинского и фармацевтического образования в Кыргызской Республике» [6], одной из основных целей которой является повышение качества медицинского образования. В связи с этим, внедрение СМК в соответствии с международными стандартами ISO серии 9000

становится одним из важных подходов к достижению поставленной цели.

Стремясь к признанию на международном уровне, с целью существенного повышения качества образования, коллектив КГМА принял решение о внедрении СМК. Разработка и внедрение СМК вуза представляет собой комплекс работ интеллектуального, информационного, программного, методического и организационного характера [7]. Это инновационный и длительный процесс. Формируя элементы СМК, необходимо постепенно идти от разработки идей, методик и технологий к опытному апробированию, анализу результатов, подготовке персонала к инновациям, наконец, к внедрению.

Однако, прежде чем начать внедрение СМК в конкретном ВУЗе, необходимо провести исходную оценку его системы управления различными путями. Одним из вариантов является самооценка путем анкетирования [5].

Целью нашей работы был анализ результатов самооценки управленческой деятельности в Кыргызской государственной медицинской академии (КГМА).

Материал и методы исследования. Самооценка фактического состояния работы по качеству образования проводилась в соответствии с Планом по разработке и внедрению системы менеджмента качества в КГМА, утвержденному приказом ректора. Самооценка проводилась путем анонимного заполнения Листов самооценки (ЛС), которые включали две группы вопросов (табл. 1), основанных на общепринятых критериях качества, включавших:

1. Вопросы, характеризующие как в КГМА осуществляются главные принципы менеджмента качества образования, в том числе:

- Лидирующая роль высшего руководства
- Политика и стратегия образовательной деятельности

- Вовлечение персонала
- Обеспеченность ресурсами
- Управление образовательным процессом.

2. Вопросы, отражающие на что направлена управленческая деятельность в КГМА:

- Удовлетворенность потребителей
- Результаты работы вуза

ЛС были представлены для обязательного заполнения руководству КГМА, деканам факультетов, заведующему, доценту и ассистенту всех кафедр, руководителям управлений и отделов КГМА. По желанию ЛС могли быть размножены и заполнены всеми сотрудни-

ками деканата и кафедры. Всего для заполнения было направлено 123 бланка ЛС.

Таблица 1

Вопросы листа самооценки

<p>Лидирующая роль высшего руководства</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Кто и каким образом определяет стратегию образовательной деятельности КГМА, в каком документе она отражается? 2. Каковы основные цели и задачи вашей деятельности? Каким документом они регламентированы? 3. Какими количественными и качественными показателями можно оценить результаты Вашей работы? 4. Как Вы повышаете эффективность Вашей работы? Какие методы управления применяете? Как совершенствуетесь сами? 5. Является ли высшее руководство образцом для улучшения деятельности КГМА?
<p>Политика и стратегия образовательной деятельности</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Каковы основные цели образовательной деятельности КГМА? В каком документе они отражены? 2. Кто является потребителем результатов образовательной деятельности? 3. Как определяются требования потребителей и в каком документе они отражаются? 4. Какие основные показатели (критерии) качества образования Вы можете определить? В каком документе они установлены?
<p>Вовлечение персонала</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какими документами регламентируется работа персонала? Кто и как оценивает результаты этой работы? 2. Каким образом происходит обмен информацией, знаниями, опытом в КГМА (в том числе в отношении стратегии, Политики и целей)? 3. Какая система поощрения работников КГМА и признания их деятельности существует?
<p>Обеспеченность ресурсами</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Кто и на основании каких данных определяет потребность в ресурсах для осуществления образовательной деятельности КГМА (ППС, аудитории, учебная, методическая и научная литература, лаборатории, наглядные пособия, орг. техника и т.д.) 2. В какой степени КГМА обеспечена ресурсами для реализации образовательного процесса?
<p>Управление образовательным процессом</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какие основные процессы (виды деятельности) реализуются в КГМА? 2. Каким образом и кто планирует обучение (количество студентов, направления подготовки, бюджет-контракт и т.д.) 3. С какими основными проблемами Вы сталкиваетесь в своей деятельности?
<p>Удовлетворенность потребителей</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Каким образом проводится оценка удовлетворенности потребителей результатами деятельности КГМА? В каком документе это отражается? 2. Поступали ли претензии к качеству образования в КГМА?
<p>Результаты работы ВУЗА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Как Вы в целом оцениваете результаты деятельности КГМА (отличные, хорошие, удовлетворительные)? 2. Довольны ли Вы результатом деятельности КГМА?

Результаты и их обсуждение. В ОМКО было предоставлено 106 (86,2%) заполненных ЛС. Около 20% ЛС не были возвращены, что может отражать недостаточную заинтересованность персонала и практику неисполнения решений руководства КГМА.

Анализ заполненных ЛС обнаружил, что на все вопросы представлено большое количество самых различных вариантов ответов, часто очень далеких от понятия менеджмента качества в целом. Обобщение представленных данных по разделам ЛС позволило сделать следующее заключение.

1. Лидирующая роль высшего руководства.

В настоящий момент деятельность КГМА, направленная на повышение качества образования не носит системного характера, т.к. прежде всего, нет четко сформулированного применительно к КГМА понятия «качество образования» и установленных критериев. Не сформировано ясное видение будущего КГМА.

На вопрос - Является ли высшее руководство образцом для улучшения деятельности КГМА? – только 30% респондентов ответили “Да”, тогда как в 43% ЛС ответы были “Нет” или “Не всегда”. В части ЛС была отмечена невозможность оценки высшего руководства из-за его частой смены.

2. Политика и стратегия образовательной деятельности.

Отсутствует четко сформулированная Стратегия образовательной деятельности КГМА в области качества образования. Нет понимания потребностей общества в подготовке специалистов - медиков. Требования потребителей (и сами потребители) не определяются (кроме требований ГОС) и персонал не ориентируется на их выполнение. Не установлена система взаимоотношения с потребителями.

3. Вовлечение персонала.

Из-за отсутствия системного подхода к деятельности конкретные задачи деятельности отделов и должност-

ных лиц не увязываются с предназначением и стратегическими целями КГМА. Не установлены четко сформулированные цели и задачи для деятельности персонала. Нет информации о том, кто оценивает качество работы руководителей и сотрудников и по каким критериям. Система поощрения работников КГМА и признания их деятельности субъективна. Отсутствует плановая система повышения квалификации персонала, в том числе за пределами республики.

4. Обеспеченность ресурсами

Потребность в ресурсах для осуществления образовательной деятельности КГМА (ППС, аудитории, учебная, методическая и научная литература, лаборатории, наглядные пособия, орг.техника и т.д.) систематически не изучается и не анализируется. Большинство респондентов отметили слабость материально-технической базы КГМА, особенно отсутствие собственной клинической базы, лаборатории клинических навыков и др.

5. Управление образовательным процессом.

Среди основных процессов (видов деятельности) в КГМА указаны образовательный, учебно-методический, научный, лечебный. Не выделена «Разработка образовательных программ», кроме того целесообразно выделение таких процессов как «Планирование образовательной деятельности», «Обеспечение ресурсами», «Управление персоналом». По данным ответов, не совсем ясен принцип планирования обучения, то есть кто определяет количество студентов, направления их подготовки и т.д. По ЛС создалось впечатление, что планомерной работы в данном направлении не ведется. Основные проблемы, с которыми сталкивается персонал КГМА в своей деятельности, включают наряду с недостатком материально-технической базы слабый уровень абитуриентов, большие нагрузки на преподавателей, низкую заработную плату. Ряд респондентов отметили несовершенство управления, несогласованность работы сотрудников кафедр и лечебных учреждений, а также явления коррупции.

Применяемая система документации является недостаточно эффективной и не достигает своей основной цели – обеспечение качества работы сотрудников: не оценивается потребность в документах, нет плановой основы для разработки и установленных требований, не гарантируется использование актуальных документов.

6. Удовлетворенность потребителей

Как уже отмечалось выше, так как сами потребители не определены, то и оценка их удовлетворенности фактически не проводится. В связи с тем, что удовлетворенность потребителей (заинтересованных сторон) не измеряется (не изучается), соответственно, отсутствуют решения, принимаемые для повышения удовлетворенности и качества образования. По ответам респондентов, претензии к качеству образования в КГМА периодически поступают, однако достоверные документы отсутствуют.

7. Результаты работы КГМА.

По мнению респондентов, оценки результатов деятельности КГМА варьируют в большом диапазоне, что отражает отсутствие системы объективных критериев по оценке результатов деятельности Академии. Между тем, для менеджмента качества образования наличие системы объективной оценки деятельности КГМА и удовлетворенности потребителей и заинтересованных сторон является обязательным и важнейшим компонентом.

С позиций менеджмента качества можно выделить пять уровней зрелости системы управления той или иной организации (табл 2) [1, 2]. По этой градации зрелость системы управления КГМА соответствует 2 уровню, или так называемому «Реактивному подходу» как реакции на внешние воздействия. В ответ на потребности общества, требования Министерства здравоохранения КР, рекомендации международных экспертов возникла острая необходимость оптимизации процесса образования. И коллектив КГМА принял эти вызовы.

Таблица 2

Краткая характеристика 5 уровней зрелости системы управления предприятием

1 уровень. Формальный подход к деятельности. Проблемы не выявляются и не анализируются.
2 уровень. Проблемно-систематический подход, «реактивный». Внутренние проблемы персонал видит, но привык к ним. Реакция на внешние изменения.
3 уровень. Системный подход. Планирование показателей, оценка результатов. Ориентация на внешние и внутренние проблемы.
4 уровень. Процессный подход. Ориентация на потребителей. Вовлечение и информирование персонала. Планирование улучшений.
5 уровень. Анализ информации. Постоянное улучшение деятельности. Сравнение результатов деятельности предприятия (учреждения) с деятельностью других учреждений.

К чести КГМА, необходимо подчеркнуть, что на уровне высшего руководства демонстрируется полное понимание и приоритетность в проведении работ, направленных на повышение качества образовательной деятельности и внедрение СМК в соответствии с международными стандартами ISO серии 9000. С учетом этого в КГМА был организован отдел менеджмента качества образования (ОМКО), утверждены

организационная структура управления качеством образования и план по разработке и внедрению системы менеджмента качества в КГМА. На всех кафедрах и подразделениях назначены лица, ответственные за СМК. Для обеспечения условий международных стандартов ISO 9001 к работе привлечены опытные консультанты-эксперты.

Результаты самооценки были учтены при проведении тренингов для ответственных за СМК кафедр и отделов «Система менеджмента качества образования на основе МС ИСО 9001». Слушатели тренингов успешно прошли итоговое тестирование. В настоящее время внедрение СМК в КГМА продолжается, что позволит в будущем значительно повысить качество обучения и интегрироваться в международное образовательное пространство.

Выводы

1. По результатам самооценки зрелость системы управления КГМА соответствует 2 уровню.
2. Данные самооценки подтверждают, что решение о разработке СМК является стратегически необходимым для внешней и внутренней деятельности КГМА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адлер Ю.П. Восемь принципов, которые меняют мир. // Стандарты и Качество. – 2001.- №5-6.- С.49.
2. Литвицкий П.Ф. Система менеджмента качества – важный фактор повышения конкурентоспособности образовательных программ академии. // Материалы учебно-методической

конференции “Система менеджмента качества и оптимизация образовательного процесса”, посвященной 250-летию ММА имени И.М.Сеченова (14 октября 2008 года). – Москва: ММА имени И.М.Сеченова, 2008. – С. 5-9.

3. Муминов Т.А., Даулетбакова М.И. Система менеджмента качества в медицинском вузе. Алматы: КазНМУ 2007. – 240с.
4. Прохоров Ю.К. Управление качеством. Санкт-Петербург: СПбГУИТМО, 2007.
5. Самооценивание организаций. Серия "Все о качестве. Зарубежный опыт". Москва, НТК "Трек" 2002г.
6. Стратегия реформирования системы высшего медицинского и фармацевтического образования в Кыргызской Республике. Бишкек: МЗ и МОН КР 2008. – 27с.
7. Струминская Л., Донецкая С. Практические аспекты внедрения системы менеджмента качества в вузе. // Стандарты и Качество. – 2007.- № 7.-С.88.
8. Сундарон Э.М. Система менеджмента качества. Улан-Удэ: ВСГТУ, 2007.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МУЛЬТИМЕДИА

Гарновская И.И., Городецкая И.В.

Витебский государственный медицинский университет, Витебск, Беларусь

Резюме. В статье описываются результаты педагогического эксперимента по использованию технологии мультимедиа в курсе лекций по нормальной физиологии человека проводимого авторами в течение двух лет. Эксперимент был направлен на исследование эффективности реализации в лекционном курсе теоретически сформулированных авторами функций мультимедиа в лекционном процессе. В результате исследования авторами была решена задача поиска оптимальных условий, приводящих к наилучшему усвоению материала.

EFFECTIVENESS OF APPLYING MULTIMEDIA FOR LECTURE DELIVERING

Harnovskaya I.I., Gorodetskaya I.V.

Vitebsk State Medical University, Vitebsk, Belarus

Resume. In this article the results of pedagogical experiment on applying multimedia technology in course on normal physiology is described. This experiment took place during two years. The main purpose of this experiment was investigation of efficacy of realization in lecture course theoretically based functions of multimedia in lectures. As the result of this investigation the problem of search optimal conditions for best understanding of lectures material by audience have been solved.

Актуальность. Использование мультимедиа в медицинском вузе должно базироваться на научно-обоснованном внедрении данной технологии в процесс преподавания в приложении к различным формам организации учебной работы [1].

Целью педагогического эксперимента было исследование применения мультимедиа в лекционном курсе для выявления условий его эффективности.

Материалы и методы. Для эксперимента был выбран цикл лекций по разделу «Вегетативные функции» с демонстрацией мультимедийных презентаций. Было проведено психолого-педагогическое анкетирование и тестовый контроль. Анализ результатов производился с использованием пакета Statistica 6.0. Эксперимент должен был выявить функции мультимедийной презентации, особенности восприятия мультимедиа (эмоциональные и рациональные), влияние на результаты учебной деятельности и условия наиболее успешного использования мультимедиа [2]. В ходе планирования эксперимента, опираясь на потребности учебного процесса, были сформулированы функции мультимедийной презентации: структуризация, реализация наглядности, организация межпредметных связей, формирование профессиональных интересов, управление вниманием, поддержание эмоционального фона, адаптация к аудиовизуальной среде профессиональной деятельности, медиаобразование, моделирование медико-биологических процессов и экспериментов, построение системы опорных конспектов и интенсификация обучения за счет адекватности мультимедиа механизмам восприятия и полимодального представления информации.

Результаты. По данным анкетирования, увеличение оценки эффективности межпредметных связей в экспериментальной группе составляет от 3-11% по сравнению с контрольной (без мультимедиа), увеличение интереса к предмету у респондентов от 2-10%. При изучении управления вниманием, показатели экспериментальной группы оказались лучше, чем контрольной, что свидетельствует о снижении негативных явлений, связанных с преодолением информационного барьера. 91% отмечали улучшение концентрации, 84% сохранили положительный настрой, 87% считают, что юмор не мешает восприятию. Оценки эффективности поддержки процессов обработки информации в экспериментальной группе превышают показатели контрольной. По мнению большинства, предлагаемые авторами приемы использования мультимедиа [2], облегчают запоминание, однако при воспроизведении ведущая роль отводится зрительным образам и ассоциациям. Анализ данных свидетельствует, что в большинстве случаев средний результат проверочного теста в экспериментальной группе превышает данный показатель в контрольной.

Обсуждение. Причины, благоприятствующие положительному эффекту, следует искать в структуре и содержании лекций. Корреляционный анализ показывает наибольшее влияние на качество усвоения учебного материала использования схем и анимации. Использование большого объема материала, направленного на межпредметную интеграцию может снизить качество усвоения материала по основному предмету.

Выводы. Положительное влияние мультимедиа на интенсификацию процесса обучения нами доказано. Эксперимент был с энтузиазмом воспринят студенче-

ской аудиторией, что отмечалось в замечаниях и пожеланиях студентом авторам мультимедийного лекционного курса, а также в результатах ежегодного анкетирования студентов ВГМУ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вострокнутов И.Е. Теория и технология оценки качества программных средств образовательного назначения: М.: Изд. Госкоорцентра ИТ. 2001.—300с.
2. Гарновская И.И. Выявление педагогических условий использования технологии мультимедиа// Вестник ВГМУ, №3, 2005 г. - С.92-105.

НЕДОСТАТКИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Жуманазаров Н.А.

Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, Чимкент, Казахстан

Резюме. Проанализирована медицинская помощь в лечебно-профилактических учреждениях Южно-Казахстанской области, проведен анализ правильного ведения историй болезни, конструкции диагноза и организационной деятельности лечебных учреждений.

Summary. The author, having analysed in nurseries of treatment-and-prophylactic establishments of the South Kazakhstan area, analyzed correct conducting the case record, a design of the diagnosis and organizational activity of medical institutions.

Медицинским работникам может быть предъявлено обвинение при неказании помощи больному без уважительных причин, повлекшей по неосторожности причинение вреда здоровью или смерть больного (ст.101,111 УК.РК) или оставление в опасности лица, находящегося в беспомощном состоянии, и также в случаях, когда виновный имел возможность оказания такой помощи (ст.119 УК РК). Следует отметить, что часть статей УК РК не имеет в виду только медицинских работников, либо субъектом правонарушения могут быть и лица без медицинского образования, хотя несколько статей касаются только врача (например, неказание помощи больному - ст. 118; незаконное занятие медицинской практикой - ст. 266 и др.) [1,2,3].

Неправильные и неправомерные действия персонала ЛПУ (чаще всего по незнанию) могут быть, и нередко являются, не только основанием для реального осуждения или общественного порицания, но и для привлечения работников здравоохранения к различным видам ответственности, в т.ч.в судебном порядке.

Уголовные правонарушения врачей, Новоселов В.П. (1992) подразделяет на профессиональные и должностные. К профессиональным преступлениям автор относит те, которые совершаются при осуществлении чисто профессиональных функций с нарушением современных требований медицинской науки и практики, положений этики и деонтологии, тогда как к должностным относятся нарушения, связанные с ненадлежащим исполнением своих обязанностей. В.А. Рыков (2000) считает, что чаще всего врачам инкриминируется причинение смерти по неосторожности, в том числе вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ст. 109 УК РФ).

Это преступление вменяется врачу (иному медицинскому работнику) в тех случаях, когда последние при исполнении профессиональных обязанностей проявляют грубую невнимательность, преступную небрежность или легкомыслие, но при условии, если была установлена прямая причинно-следственная связь между действием (бездействием) и наступлением смерти, но не было умысла на причинение смерти. Под ненадлежащим врачеванием понимаются действия, не отвечающие (полностью или частично) правилам и предписаниям медицинской науки и практики. Они могут выражаться в не дообследовании, недостаточной подготовке и не-

брежном выполнении оперативных вмешательств, недостаточном уходе и наблюдении за больным, несоблюдении инструкций и правил, небрежном применении лекарств и ведения медицинской документации, в дефектах организации медицинской помощи и др. (6,7).

В медицинской литературе содержится ряд определений термина «врачебная ошибка» и источников их возникновения. Считается, что врачебные ошибки могут быть диагностические (не распознавание или ошибочное распознавание болезни), тактические (неправильное определение показаний к операции, ошибочный выбор объема операции, несвоевременный или непрофильный перевод больного с места оказания помощи или при стационарном лечении); лечебные (неправильное использование медицинской техники, инструментария, применение несоответствующих медикаментов), в введении медицинской документации и деонтологические (неумение врача найти контакт с больным, с его близкими, неосторожные замечания и высказывания в присутствии больного и его родственников).

Подобные работы могут способствовать улучшению организации и повышению качества оказания медицинской помощи населению. Научные работы, посвященные данной проблеме на национальном уровне, практически отсутствуют.

Все изложенное является обоснованием актуальности проведенного исследования.

Цель исследования – оценка эффективности выявления и определения причин дефектов оказания медицинской помощи а также, взаимодействия судебно-медицинской службы и территориального здравоохранения на основе экспертных заключений.

Материалы и методы исследования. Объектами исследования явились организационная структура и методические основы управления судебно-медицинской службой в республике, формы ее взаимодействия с учреждениями здравоохранения и его со структурами. Для решения частных задач использовались комплекс экспертных методов и статистический анализ.

Результаты и их обсуждение. Особое внимание было нами уделено случаям, в которых имели место дефекты в оказании медицинской помощи беременным, роженицам и детям, доля которых за анализируемые годы колебалась от 13,2 до 55,0%, составив в среднем

24,8%. В структуре этой группы, дефекты в лечении отмечались в 28 (51,9%) случаях и в 26 (48,1%) – в диагностике. Более половины дефектов в 29 (53,7%) случаях было допущено акушерами – гинекологами; в 11 (20,4%) – педиатрами; в 5 (9,3%) – терапевтами; меньшая доля пришлось на стоматологов – 2 (3,7%), по 1 (по 1,8%) случаю у отоларингологов и представителей нетрадиционной медицины. Диагностические ошибки преобладали у педиатров, хирургов и терапевтов.

Из числа дефектов диагностики можно выделить такие, как недостаточное по объему обследование (22,2% из общего числа дефектов или 46,2% из числа дефектов диагностики); позднюю диагностику или не диагностированное заболевание (соответственно 16,7% и 34,6%). Меньшую их долю составляли случаи недооценки тяжести состояния пациентов (5,6% и 11,5%) и несвоевременная консультация другими специалистами (3,7% и 1,1%).

Основным дефектом лечения (31,5% в общей структуре и 60,7% в структуре дефектов лечения) являлась поздняя госпитализация. Значительно меньшим был удельный вес таких дефектов, как недостаточный объем лечения (7,4% и 14,3%), неправильно выбранный метод лечения и осложнения адекватно проведенного лечения (по 5,6%), запоздалое лечение (1,9%).

Доля случаев с поздно установленными диагнозами несущественно ($p < 0,05$) отмечалась у акушеров-гинекологов, педиатров, хирургов и терапевтов. Недостаточное обследование с наибольшей долей (40,0%) наблюдалось у хирургов, несвоевременная консульта-

ция – у терапевтов. Недооценка тяжести состояния пациентов имела место среди педиатров и терапевтов. Такой дефект, как поздняя госпитализация почти с одинаковым (довольно значительным) удельным весом имел место у акушеров-гинекологов и хирургов, вдвое ниже был этот показатель у терапевтов и педиатров. Запоздалое лечение было отмечено только у педиатров. Недостаточный объем помощи наиболее часто встречался у стоматологов, а неправильно выбранный метод лечения – у стоматологов и представителей нетрадиционной медицины. У отоларингологов единственным дефектом было наличие осложнений от проведенного лечения, наблюдался этот дефект и у врачей акушеров-гинекологов.

При анализе дефектов ведения беременных, рожениц и детей в стационаре обращает на себя внимание значительная доля случаев (33,1%), когда в ведении пациентов принимали участие несколько специалистов. Почти половина (42,5%) дефектов пришлось на акушеров-гинекологов, меньшим был удельный вес врачей других специальностей.

Дефекты лечения несколько преобладали над дефектами диагностики, однако это было характерно не для всех специалистов. Так, если у инфекционистов присутствовали только дефекты лечения, преобладали они также у анестезиологов-реаниматологов, педиатров, среднего медицинского персонала, а также в случаях ведения пациента несколькими специалистами, то для терапевтов, хирургов, акушеров-гинекологов более характерными были ошибки диагностики.

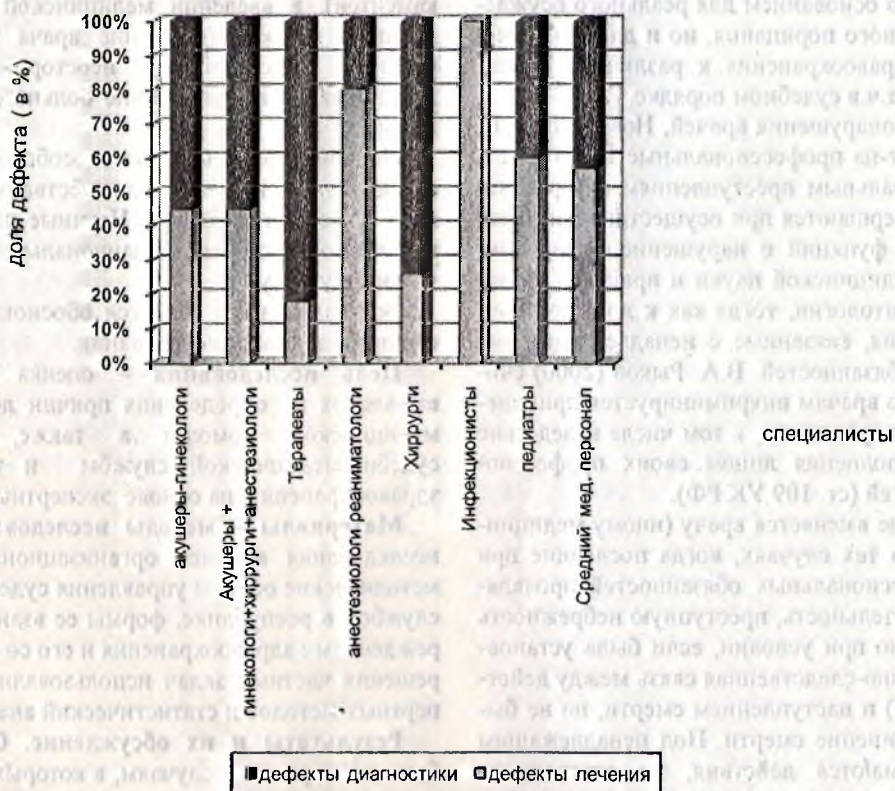


Рис.1. Структура дефектов медицинской помощи при ведении беременных, рожениц и детей различными специалистами

В структуре дефектов лечения преобладали дефекты при оказании анестезиологического пособия и реанимации. Далее следовали недостаточный объем лечения, неправильный выбор его метода, дефекты оперативного пособия, недостаточный контроль за состоянием пациентов, несвоевременный (необоснованный) перевод или выписка больных из стационара.

Рассматривая существующие различия среди дефектов оказания медицинской помощи у разных специалистов, можно отметить следующее. Доля случаев с поздно установленным диагнозом была максимальной у акушеров-гинекологов и терапевтов. Недостаточный объем обследования отмечался только у акушеров и при ведении пациентов несколькими специалистами. Несвоевременная консультация специалистов и недооценка тяжести состояния отмечалась среди терапевтов со сравнительно большим удельным весом, последнее же обстоятельство с максимальной долей отмечается среди хирургов. Запоздалое лечение в наибольшей частоте случаев также имело место среди хирургов. Среди педиатров и среднего медицинского персонала наибольший удельный вес имели случаи неправильного выбора метода лечения; среди педиатров и инфекционистов - недостаточного объема лечебных мероприятий. Дефекты оперативного пособия отмечаются только у акушеров-гинекологов и при ведении пациентов несколькими специалистами. Естественно, что дефекты анестезиологического пособия и реанимационных мероприятий преимущественно свойственны анестезиологам-реаниматологам. Недостаточный контроль за состоянием пациентов в наибольшем проценте случаев отмечался среди инфекционистов. Необоснованные переводы и ранняя выписка больных имела место среди акушеров-гинекологов и при ведении пациентов несколькими специалистами.

Таким образом, при изучении структуры дефектов оказания медицинской помощи беременным, роженицам и детям на амбулаторно-поликлиническом этапе установлено:

а) дефекты в лечении и в диагностике отмечались примерно с одинаковой частотой - в 51,9% и в 48,1% случаев соответственно. Более половины дефектов было допущено акушерами-гинекологами.

б) диагностические ошибки преобладали у педиатров, хирургов и терапевтов. Основным дефектом лечения являлась поздняя госпитализация.

в) на амбулаторно-поликлиническом этапе дефекты лечения несколько преобладали над дефектами диагностики, однако, для терапевтов, хирургов, акушеров-гинекологов более характерными были ошибки диагностики.

г) среди них основными являлись позднее установление диагноза несвязанное с этим, запоздалое начало лечения и недооценка тяжести состояния пациента.

д) в структуре дефектов лечения преобладали дефекты при оказании анестезиологического пособия и реанимации. Причины дефектов оказания медицинской помощи у врачей различных специальностей также различались.

ЛИТЕРАТУРА

1. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы // Указ Президента Республики Казахстан от 13 сентября 2004 года №1438.
2. Уголовный Кодекс РК с доп.изм.-Алматы., Изд-Юрист., 2007.- С.147.
3. Закон РК «Об охране здоровья граждан РК». Астана, Аккорда, 7 июля 2006г, №170-111 ЗРК.
4. Акопов В.И., Амбалов Ю.М., Акопов М.В. – Правовые проблемы экспертизы дефектов медицинской помощи, оказываемой в стационаре. // Ученые записки, В. VII, Ростов-на-Дону, 2003. - С. 118-121
5. Белобородова Н.Г. - О медицинских и правовых аспектах контроля и экспертизы качества медицинской помощи.// Научные труды «Всероссийского съезда по медицинскому праву. Москва, 2005. – С. 167-172
6. Новоселов В.П. Ответственность работников здравоохранения за профессиональные правонарушения. – Новосибирск: Наука. Сибирское предприятие РАН, 1998. 232 с.
7. Рыков В.А. Основы медицинского права. Информационно-справочное пособие. – Новосибирск, 2000. – 138 с.
8. Клипак В.М.- Системный подход к контролю качества медицинской помощи. // Научные труды 2 Всероссийского съезда по мед. праву. Москва, 2005. – С. 182-187
9. Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. М.-Иваново, 2001, 284

О НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ОШИБКАХ В ОКАЗАНИИ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДСКИМ ЖИТЕЛЯМ

Жуманазаров Н.А.

Южно-Казахстанская Государственная медицинская академия, Чимкент, Казахстан

Резюме. В данной статье отражена система здравоохранения в которой сохраняется тенденция к увеличению количества неудовлетворенных потребителей медицинских услуг и соответственно количества экспертиз, связанных с профессиональной медицинской деятельностью

Summary. In article the public health services system in which is reflected the tendency to increase in quantity of unsatisfied consumers of medical services and accordingly quantity of the examinations connected with professional medical activity is saved.

Түйін. Бұл мақалада, денсаулық сақтау жүйесіндегі емдеу – профилактикалық мекемелерінде дәрігерлік кателіктердің көбейуіне байланысты, сот сараптамалық зерттеудің мәселелері қаралған.

Введение. Проблема обеспечения качества медицинской помощи – одна из наиболее важных и трудно решаемых проблем здравоохранения, так как она находится на грани реальных возможностей отрасли и опережающего уровня требований населения к системе, призванной гарантировать сохранение наиболее значимой человеческой ценности здоровья.

Социальная актуальность резко возрастает в условиях реформирования отрасли, дисбаланса темпов экономики и качественных показателей жизни населения, и, как следствие, недостатки средств, выделяемых на развитие отрасли. Поэтому обеспечение качества, предусматривающее улучшение медицинского обслуживания на основе рационального использования ресурсов актуально для Казахстана, что определяет высокий научный интерес к данной проблеме.

В последнее время в судебно-медицинской практике активно осуществляется работа по оценке качества профессиональной деятельности и правовой защищенности медработников. Отсутствие полноценных и однозначно трактуемых законов в этой области нередко способствуют возникновению, немотивированных негативных отношений населения к медицинской деятельности врачебных кадров [1,2].

Судебно-медицинская экспертиза по «врачебным делам» является одной из ответственных и особо сложных экспертиз. Свидетельством к этому является увеличение объема работы в филиалах судебно-медицинской экспертизы Республики Казахстан по врачебным делам, возбужденным в связи с жалобами пациентов или их родственниками. Взгляд судебных медиков, на решение медицинских вопросов, возникающих, в процессе расследования преступлений или на расследуемое событие только с точки зрения права нередко порождает другую проблему, утрату способности видеть каждый случай целиком, во всем многообразии его характеристик [3,4].

По данным Российских ученых, в последние годы отмечается резкий рост числа комиссионных судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных и

гражданских дел в отношении медицинских работников, вследствие оказания некачественной медицинской помощи [5,6].

Причины возрастания количества случаев преследования в уголовном и гражданском процессе американские медики и юристы видят не только в активизации населения, в широком применении агрессивных, инвазивных методов с грозными осложнениями, но и в увеличении числа недобросовестных врачей, практикующих, несмотря на приостановление или ограничение условий действия лицензии. Поэтому уголовное преследование нередко остается последней мерой для прекращения этой незаконной деятельности [6,7]. Вероятно, и в нашей стране в связи с развитием и обособлением контролирующих функции в службах Министерства Здравоохранения может возникнуть аналогичная ситуация, что станет причиной увеличения числа прокурорских проверок и уголовных дел в отношении медперсонала.

В настоящее время одним из актуальных вопросов судебно-медицинской практики является изучение влияния дефектов оказания медицинской помощи на здоровье пациентов и выявление наиболее частых предпосылок и причин профессиональных правонарушений медицинских работников. Судебно-медицинская практика нуждается в разработке методических указаний по проведению комиссионных экспертиз, связанных с профессиональными правонарушениями медицинских работников. Подобные работы могут способствовать улучшению организации и повышению качества оказания медицинской помощи населению. Научные работы, посвященные данной проблеме на национальном уровне, практически отсутствуют.

Все изложенное является обоснованием актуальности проведенного исследования.

Цель исследования – выявление дефектов и анализ материалов судебно-медицинской экспертизы для активизации уголовных и гражданских дел в связи с нарушениями качества оказания медицинской помощи.

О НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ОШИБКАХ В ОКАЗАНИИ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДСКИМ ЖИТЕЛЯМ

Материалы и методы исследования. Объектами исследования явились истории болезни, амбулаторные карты, протоколы патологоанатомических вскрытий и Акты судебно-медицинских исследований трупов, подвергшихся судебно-медицинской экспертизе в южно-казахстанском филиале ЦСМ РК с 2000-2008 годы

Результаты и их обсуждение. При стационарном лечении, в отличие от амбулаторно-поликлинического этапа, преобладали дефекты лечения и небольшой удельный вес имели диагностические ошибки.

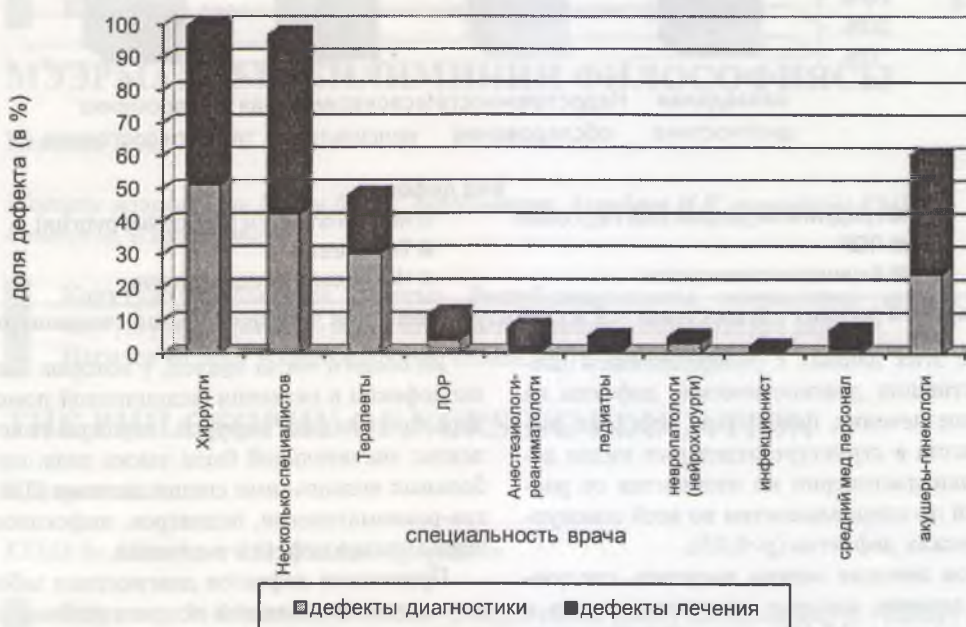


Рис. 1. Доля дефектов диагностики и лечения в общей структуре дефектов у врачей разных специальностей

Приведенные данные показывают, что из общего числа врачей, у которых были обнаружены дефекты в оказании медицинской помощи в стационаре, преобладали хирурги, акушеры-гинекологи, терапевты; значительной была также доля дефектов в случаях лечения больных несколькими специалистами.

Дефекты диагностики и лечения в практике хирургов и при лечении больных несколькими специалистами встречались примерно с одинаковой частотой. В то же время у анестезиологов-реаниматологов, педиатров и инфекционистов отмечались только дефекты лечения.

Причинами дефектов диагностики заболеваний преимущественно являлись: позднее установление диагноза (37,4%), недостаточный объем проведенного обследования (32,9%); недооценка тяжести состояния боль-

ных (19,4%) и несвоевременное проведение консультаций врачами других специальностей (10,3%). Запоздавшая диагностика отмечалась примерно в половине случаев – у хирургов, акушеров – гинекологов.

Наиболее высокие показатели недостаточного объема проведенных исследований встречались у невропатологов, отоларингологов, терапевтов и при ведении больного врачами нескольких специальностей. Несвоевременные консультации врачей других, специальностей часто встречались у терапевтов и хирургов, а недооценка тяжести состояния больного у акушеров-гинекологов.

Данные о доле дефектов в различных специальностях в структуре дефектов диагностики представлены на рисунке 2.

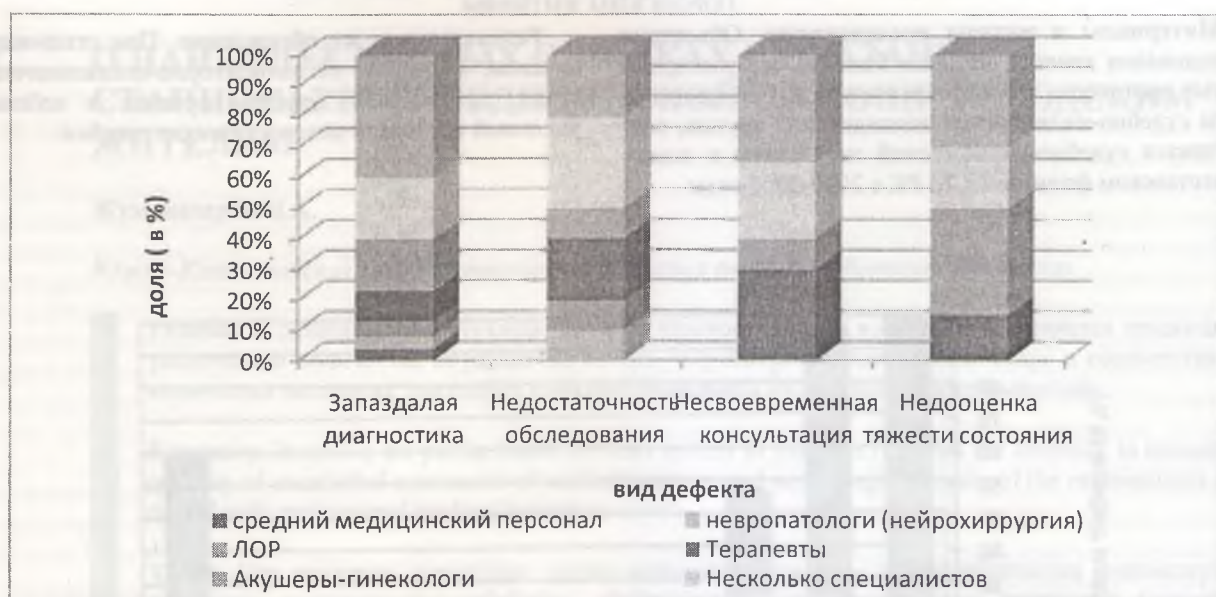


Рис. 2. Доля врачей разных специальностей в структуре дефектов диагностики на стационарном этапе

Сопоставление этих данных с распределением специалистов, допустивших диагностические дефекты на стационарном этапе лечения, показывает, что доля различных специалистов в структуре отдельных видов дефектов диагностики достоверно не отличается от распределения врачей по специальностям во всей совокупности диагностических дефектов ($p > 0,05$).

Среди дефектов лечения можно выделить следующие: запоздалое лечение, которое отмечалось почти в каждом четвертом случае (23,5%), недостаточный контроль и наблюдение за состоянием больных (17,5%), недостаточный объем терапии (15,9%), дефекты оперативного пособия (14,8%), неправильный выбор метода лечения (11,6%), дефекты анестезиологических и реанимационных пособий (11,1%), необоснованные переводы и ранняя выписка больных (5,8%).

Структура этих дефектов отличалась у разных специалистов. Так, запоздалое лечение в наибольшем проценте случаев было отмечено у инфекционистов и педиатров; неправильный выбор метода лечения - у педиатров, нарушение методики введения препарата - у среднего медицинского персонала; недостаточный объем лечения - у терапевтов и инфекционистов; дефекты оперативного пособия - у отоларингологов и хирургов; дефекты анестезиологии и реанимации в случае ведения больного несколькими врачами; недостаточный контроль за состоянием больного у анестезиологов-реаниматологов и невропатологов (нейрохирургов); необоснованная выписка (перевод) - у невропатологов и педиатров.

Сравнение этих данных со всей совокупностью распределения врачей, допустивших дефекты лечения в стационаре показывает, что достоверного различия между ними не имеется ($p > 0,05$).

Таким образом, анализ дефектов допущенных на стационарном этапе лечения показал, что в отличие от достационарного этапа, преобладали дефекты лечения и небольшой удельный вес имели диагностические ошибки.

Из общего числа врачей, у которых были обнаружены дефекты в оказании медицинской помощи в стационаре преобладали хирурги, акушеры-гинекологи, терапевты; значительной была также доля случаев лечения больных несколькими специалистами. Для анестезиологов-реаниматологов, педиатров, инфекционистов характерны только дефекты в лечении.

Причинами дефектов диагностики заболеваний преимущественно являлись позднее установление диагноза и недостаточный объем проведенного обследования. Структура обоих видов дефектов отличалась у разных специалистов, но в целом соответствовала распределению во всей совокупности врачей, допустивших дефекты в стационаре.

ЛИТЕРАТУРА

1. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы // Указ Президента Республики Казахстан от 13 сентября 2004 года №1438.
2. Уголовный Кодекс РК с доп.изм.-Алматы,Изд-Юрист.,2007.- С.147.
3. Белобородова Н.Г. - О медицинских и правовых аспектах контроля и экспертизы качества медицинской помощи. // Научные труды « Всероссийского съезда по медицинскому праву. Москва, 2005, С. 167-172.
4. Клипах В.М.- Системный подход к контролю качества медицинской помощи. // Научные труды 2 Всероссийского съезда по мед. праву. Москва, 2005, С. 182-187.
5. Гражданский Кодекс РК с доп.изм.- Алматы,Изд-Юрист.,2007.- С.307.
6. Новосёлов В.П.- Профессиональная деятельность работников здравоохранения. Ответственность. Права. Правовая защищенность. Новосибирск, 2001, С.309.
7. Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. -Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. М.-Иваново, 2001, С.284.

ФИЛОСОФИЯ СЕСТРИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Какеева А.А.

Факультет «Высшее сестринское образование», КГМА им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан

Резюме. В статье раскрывается социально - историческая основа становления сестринского дела и образования в Кыргызской Республике.

Ключевые слова: сестринское дело, образование, философия.

МЭЭРМАНДЫК БИЛИМИНИН ФИЛОСОФИЯСЫ

Какеева А.А.

Жогорку мээрмандык билим берүү факультети, Ахунбаев И.К. атындагы КММА, Бишкек ш, Кыргызстан

Корутунду. Макалада Кыргыз Республикасындагы мээрмандык иштин жана билимдин өнүгүшүнүн тарыхый - социалдык негиздеринин өзгөчөлүктөрү каралат.

Негизги сөздөр: мээрмандык иш, билим беруу, философия.

THE PHILOSOPHY OF NURSING EDUCATION

Какеева А.А.

KSMA by Akhunbaev I.K., Bishkek, Kyrgyzstan

Summary. In this article the social - historic nature (base) and becoming of nursery and education in Kyrgyz Republic are considered.

Key words: nursing ,education, philosophy.

Существует такое понятие, как философия образования, которое включает в себя стройную и цельную систему воспитания человека. В эту систему входят следующие моменты [1]:

- дошкольное воспитание
- начальная школа
- средняя школа
- среднее специальное образование
- высшее образование
- постдипломное образование
- повышение квалификации и/или переподготовка.

Сегодня взяв за основу данную систему, мы смело можем утверждать о существовании философии сестринского образования.

Что же такое философия сестринского образования - это мировоззрение сестры в отношении ее деятельности, формирования целостного взгляда на сестринское дело, на роль и место в нем сестринского персонала. Основной принцип философии сестринского дела - уважение к жизни, достоинству и правам пациента. Это определяет цели профессиональной деятельности, этические обязанности, моральные качества или добродетели медицинской сестры.

Поясним смысл понятия «философия сестринского образования» историческим примером.

Как известно, начало развития профессиональных взглядов на понятие и теорию сестринского дела связа-

но с именем выдающейся англичанки Флоренс Найтингейл (1820 - 1910 гг.) [2]. Первое определение сестринского дела она сформулировала в своей знаменитой книге «Записки об уходе» («Notes of Nursing» 1860г.). Она придавала особое значение чистоте, свежести воздуха, тишине, правильному питанию необходимых для больного и охарактеризовала сестринское дело как «действие по использованию окружающей пациента среды в целях содействия его выздоровлению». По мнению Ф. Найтингейл обязанности сестры не сводились лишь к применению лекарственных средств и проведению лечебных процедур. Важнейшей задачей она считала создание для пациента таких условий, при которых сама природа оказывала бы свое целительное действие и обеспечивала восстановительные процессы в организме.

На закате своей долгой жизни она сказала: «Как мало я сделала, но Господь вразумил меня наладить подготовку сестринских кадров». Флоренс Найтингейл впервые подняла престиж сестринской работы в глазах общества [3]. Она смогла убедить общественность, что уход за больными требует специальной подготовки. Флоренс доказала, что сестра милосердия играет нередко решающую роль в спасении жизни человека. Организованный ею корпус сестер осуществлял уход за британскими солдатами, принимавших участие в Крымской войне и значительно снизил смертность среди раненых

солдат, несмотря на противостояние и насмешки со стороны врачей Британской армии.

Первая группа студентов состояла из 15 человек, принятых на испытательный срок - на первый курс школы для медсестер при больнице св. Фомы в Лондоне 9 июля 1860 г. Эта дата считается моментом зарождения современного сестринского образования. Впервые были выделены два направления в сестринском образовании - уход за больными и уход за здоровыми людьми. Она определила уход за здоровыми, как «помощь страдающему от болезни жить наиболее полноценной жизнью, приносящей удовлетворение». Путем наблюдения и сбора информации о больном, она установила связь между состоянием здоровья пациента и факторами окружающей его среды, и впервые в истории применила на практике научные методы в решении проблем сестринского дела.

При подготовке профессиональных медсестер в школе Ф. Найтингейл основной акцент делался на санитарно - гигиенические знания. До сих пор современно звучат многое из ее идей, среди них, такая: «Следить надо за здоровыми, чтоб они не стали больными».

Ф. Найтингейл, неоднократно подчеркивала, что «по своей сути сестринское дело как профессия отличается от врачебной деятельности и требует специальных, отличных от врачебных знаний». Она видела, что фактически медсестры все больше превращаются в помощников врачей. И сетовала, что ее воспитанниц часто используют на подсобных, вспомогательных ролях.

Заслуга Ф. Найтингейл состоит в том, что она поставила обучение сестринскому делу на научную основу, сформировала его принципы и подготовила продолжателей своего дела - первых преподавателей по сестринскому делу.

В начале XX - столетия в США свершилось еще одно важное событие, которое сыграло определяющую роль в развитии сестринского образования. В 1907г. впервые в мире медицинская сестра Колумбийского университета А. Нуттинг (A. Nutting) получила ученое звание профессора сестринского дела [2]. Именно, с этого события при активном участии кафедр университетов начался новый период развития научного обоснования сестринского дела. Лидеры сестринского дела стремились к развитию комплекса специальных занятий, составляющих основу профессиональной сестринской практики. Постепенно сестринская практика трансформировалась в самостоятельную профессиональную деятельность, базирующуюся на теоретических знаниях, практическом опыте, научных суждениях и критическом мышлении.

Реформа сестринского дела в развитых странах началась еще в 60-е годы прошлого столетия. Сущность

реформы заключается в стремлении медицинских сестер обрести профессиональную самостоятельность (автономию), независимость и самодостаточность.

Каков смысл понятия автономии и независимости сестринского дела? Здесь необходимо сравнить сестринское и врачебное дело.

По своей сути врачебное дело - это, прежде всего распознавание, лечение и профилактика болезней. Сестринское дело - это искусство и наука, которое целиком охватывает тело, разум и духовную сферу пациента, поддерживает духовное, умственное и физическое здоровье посредством обучения и примера, акцентирует внимание на сохранении здоровья, а также на оказании помощи больным, включает в себя заботу о социальной и духовной сфере пациента, так же, как и о физической, и осуществляет медицинское обследование семьи, общества и индивида (ВОЗ; 1944г.).

Сегодня сестринское дело окончательно освобождается от комплекса неполноценности - «профессии среднего звена». Для медсестер открылась перспектива получения высшего образования, проведения самостоятельных научных исследований и установления равнозначных партнерских отношений с врачами.

Понятие философии сестринского образования тесно связано с реформой высшего медицинского и фармацевтического образования, заложенной в Национальной программе «Манас Таалими» и внедренной в нашей стране. В 2006 году утверждена Концепция развития сестринского дела в Кыргызской Республике на 2006-2010года. Реформа сестринского дела развивается в нескольких направлениях: сестринское образование, сестринская практика и сестринские научные исследования.

Итак, сегодня у нас в Республике создана последовательная система образования по сестринскому делу - это среднее специальное медицинское образование, высшее сестринское образование, постдипломное образование - клиническая ординатура, повышение квалификации и/или переподготовка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лурия А.Р. «Об историческом развитии познавательных процессов экспериментально-психологическое исследование». Издательство «Наука». Москва. 1974г. – С. 15 - 19.
2. Перфильева Г.М., Камынина Н.Н., Островская И.В., Пьяных А. В. «Теория сестринского дела». // Учебник. - Москва, издание группа «ГЭОТАР - Медиа», 2009г. - С. 6 - 12.
3. Чубаков Т.Ч., Фрике Э.Б., Халики В. «Основы сестринского дела в семейной медицине» // Учебное пособие Т.1 - Бишкек, «Аль Салам», 2003г., - С. 17 - 35.

ИНФОРМАЦИОННАЯ КУЛЬТУРА БУДУЩЕГО ВРАЧА КАК ФАКТОР ИНТЕНСИФИКАЦИИ ИНФОРМАТИЗАЦИИ МЕДИЦИНЫ

Карашева Н.Т., Джоробсков Б.Д.

Кафедра информатики и компьютерных технологий КГМА, Бишкек, Кыргызстан

Резюме. В условиях нарастающей информатизации медицины важной задачей медицинского образования, требующей безотлагательного решения, является формирование и развитие информационной культуры студентов, как неотъемлемое условие успешной социальной адаптации и результативной профессиональной деятельности. Формирование информационной культуры – это комплексная, многоаспектная проблема, решение которой требует привлечения всех ступеней непрерывного образования. В настоящее время на кафедре ведутся научные исследования, посвященные преподаванию информационных дисциплин, обеспечивающих формирование информационной культуры в системе высшего медицинского образования.

Ключевые слова: информатизация медицины, информационная культура, информационные технологии.

КЕЛЕЧЕКТЕГИ ДОКТУРДУН МААЛЫМАТ МАДАНИЯТЫ МЕДИЦИНАНЫ МААЛЫМАТТАШТЫРУУНУ ИНТЕНСИФИКАЦИЯЛОО ФАКТОРУ КАТАРЫ

Корутунду. Медицинаны маалыматташтыруу шартында медициналык билим берүү системасынын эң маанилүү маселеси болуп студенттердин маалымат маданиятын калыптандыруу жана өөрчүтүү саналат. Ал ийгиликтүү социалдык көнүгүп кетүүгө жана изги билгиликтүү иш жүргүзүүгө өбөлгө түзөт. Маалымат маданиятын калыптандыруу – бул бүтүндүк жана чар тараптуу көйгөй. Мында аны чечүүгө үзгүлтүксүз билим берүүнүн бардык тепкичтери камтылган. Азыркы учурда биздин минбарда жогорку медициналык билим берүү системасында маалымат маданиятын өөрчүтүүнү камсыз кылган маалымат сабактарын окутууга арналган илимий изилдөөлөр жүргүзүлүүдө.

Негизги создор: медицинаны маалыматташтыруу, маалымат маданияты, маалымат технологиялары.

INFORMATION CULTURE OF A DOCTOR TO BE AS AN IDENTIFICATION FACTOR OF MEDICINE INFORMATIZATION

Summary. In the conditions of growing informatization of medicine the important task of medical education required immediate decision is a generation and development of Information culture of students, as an integral condition of successful social adaptation and efficient professional activity. The development of information culture is a complex, multiply-aspect problem, solving of which requires involvement of all phases of continuous education. Now it is conducted scientific researches in department, devoting to teaching of Information subjects in the system of medical education.

Key words: informatization of medicine, information culture, information technologies.

Введение. Современное общество, по мнению многих исследователей, вступило на новый уровень своего эволюционного развития – начался переход от индустриального к информационному обществу с высокоразвитой информационной сферой. Развитие информационного общества обусловило постановку вопроса об изменении парадигмы и модели образования для обеспечения адекватности образования динамичным изменениям, происходящим в обществе. Целью образования становится не подготовка человека к будущей деятельности за счет накопления впрок как можно большего объема готовых, систематизированных знаний, а фор-

мирование творческой, креативной личности, способной самостоятельно пополнять знания, принимать решения на основе противоречивых, разнородных данных. Смена парадигмы «поддерживающего» или просветительского образования инновационной парадигмой образования диктуется изменением роли информации в жизни общества, последствиями информационного взрыва, стремительным развитием информационно-коммуникационных технологий [1].

Новые информационные технологии активно внедряются во все сферы нашей жизни, в том числе и в такую высокотехнологичную область, как медицина.

Эффективность работы медицинских учреждений и организаций в значительной степени зависит от информированности специалистов и способности использовать полученную информацию в своей деятельности. Поиск рациональных решений требует сбора, обработки огромных массивов информации, ее осмысления и анализа, без этого невозможно серьезная научная и практическая лечебно-диагностическая деятельность. Уже сейчас ясно, что без информатизации медицины повышение качества медицинской помощи, образования специалистов, а также возрождение медицинской науки будут недостижимы.

Основные направления информатизации современной медицины связаны с внедрением в медицинскую практику принципов доказательной медицины, телемедицинских технологий, электронного паспорта здоровья населения, геоинформационных систем, программных продуктов по сбору, обработке и анализу статистических данных по охране здоровья и здравоохранению.

В настоящее время в нашей республике предпринимаются важные шаги в направлении информатизации медицины и медицинского образования. В рамках Стратегии развития страны на 2007-2010 годы намечены мероприятия направленные на улучшение качества медицинских услуг на основе дальнейшего совершенствования информационно-коммуникационных технологий, улучшение механизмов совершенствования процессов сбора информации, мониторинга, обеспечивающих оперативное и адекватное принятие решений [3]. В Национальной программе реформы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас таалими» на 2006-2010 годы особое внимание уделяется развитию кадрового потенциала, отвечающего требованиям современного здравоохранения и оптимизации системы медицинского образования [2].

Материалы и методы исследования. В условиях нарастающей компьютеризации и информатизации медицины важной задачей медицинского образования, требующей безотлагательного решения, является формирование и развитие информационной культуры студентов, стоящих на пороге самостоятельной жизни, как неотъемлемое условие успешной социальной адаптации и результативной профессиональной деятельности, как базового компонента профессиональной подготовки специалиста высшей квалификации.

В настоящее время высшая школа при подготовке медицинских работников обеспечивает лишь компьютерную осведомленность, в лучшем случае компьютерную грамотность выпускников. Поэтому требуется так изменить содержание подготовки, чтобы обеспечить будущему специалисту не только общеобразовательные и профессиональные знания в области информатики, но и необходимый уровень информационной культуры в соответствии с проводимыми реформами в системе здравоохранения.

Как показывает анализ, в настоящее время уровень информационной культуры абитуриентов, студентов и аспирантов не может быть признано удовлетворительным. Основными недостатками информационной подготовки являются незнание многообразия современных информационных технологий, Интернет-ресурсов и алгоритмов поиска, неумение выражать свою информа-

ционную потребность, формулировать информационные запросы, анализировать, синтезировать и критически оценивать информацию. Преодоление фрагментарности, разрозненности знаний в области работы с информацией, обретение целостности и полноты представлений об эффективных способах решения информационных задач будет возможным с развитием нового, интегрального подхода к формированию информационной культуры медицинского работника.

Все вышеперечисленное свидетельствует об актуальности исследования, которая определяется, с одной стороны, необходимостью подготовки будущих врачей в области информатики и информационных технологий, способных принимать активное участие в процессе информатизации медицины, и, с другой стороны, недостаточной разработанностью соответствующих курсов и технологий обучения в рассматриваемой области.

Обеспечить должный уровень информационной культуры студентов в системе медицинского образования призваны в первую очередь информационные дисциплины. Специфика преподавания этих дисциплин в медицинских учебных заведениях состоит в необходимости преподнести знания студентам в преломлении к их будущей профессии.

Мы считаем, что формирование информационной культуры студента-медика – это комплексная, многоаспектная проблема, решение которой требует привлечения всех ступеней непрерывного образования. В связи с этим в настоящее время на нашей кафедре ведутся научные исследования, посвященные преподаванию информационных дисциплин в системе высшего медицинского образования.

На первом курсе всех факультетов КГМА изучается дисциплина «Информатика и компьютерные технологии». Анализ практики преподавания этой дисциплины показывает, что в силу недостаточного отводимого учебного времени, изучение информатики студентами КГМА вынужденно ограничивается изучением основ работы с компьютером, навыками взаимодействия с наиболее распространенной операционной системой Windows, а также основными навыками работы с общеупотребительными и некоторыми специальными прикладными программами. Программа этого курса нацелена в основном на изучение технологических, а не профессиональных аспектов применения ИКТ.

Преподавателю информатики также необходимо учитывать и то обстоятельство, что программное обеспечение усвершенствуется с огромной скоростью, и появляются все новые программные средства, которые будет необходимо использовать будущему врачу в своей профессиональной деятельности. Значит, необходимо научить студента не только работать с вышеперечисленными программами, но и научить его самостоятельно работать с учебными пособиями, направленными на обучение работе с новыми программами и самостоятельно разбираться с новыми программными продуктами.

Кроме того, при разработке учебной программы по курсу «Информатика и компьютерные технологии» необходимо учитывать различный уровень информационной подготовки первокурсников окончивших городские и сельские школы. Большинство выпускников сельских

школ отдаленных регионов нашей республики не изучали этот предмет в школе вообще.

Таким образом, основная цель данного этапа обучения заключается в изучении фундаментальной, теоретической основы курса, которая должна предшествовать ее прикладному воплощению.

Для студентов старших курсов желающих углубить свои знания в области информатики и информационных технологий, в данное время, кафедрой разрабатываются элективные курсы по программированию в разных современных средах, математическому моделированию медико-биологических процессов и систем, современным информационным технологиям в различных отраслях медицины. Студенты участвуют в разработке электронных учебно-методических пособий по различным дисциплинам, преподаваемым в вузе, постигают основы компьютерной обработки медико-биологических данных. К окончанию третьего курса у студента должен сформироваться так называемый базовый уровень информационной культуры.

Программа по «Медицинской информатике и АСУ здравоохранения» для студентов 5 курса КГМА имеет профессиональную направленность. В учебной программе предусмотрено знакомство с научными основами управления здравоохранением, введение в медицинскую информатику, обзор имеющихся нормативных и законодательных актов по вопросам информатизации здравоохранения, формирование общих представлений о разработке, внедрении и эксплуатации компьютерных технологий в медицине. На практических занятиях даются основы организационно-технического обеспечения автоматизированных рабочих мест в учреждениях здравоохранения. Студенты закрепляют навыки работы на ЭВМ, осваивают работу с пакетами прикладных программ, которые широко применяются руководителями различных служб и подразделений в здравоохранении, в поликлиниках и стационарах. На данном этапе обучения можно говорить уже о сформированности профессионального уровня информационной культуры будущего врача.

Еще более глубокое и качественное освоение информационных технологий предусматривается в учебной программе для аспирантов и соискателей, которым преподается специальный курс информатики для сдачи кандидатского минимума. Аспиранты и соискатели осваивают работу с программными средствами статистической обработки медико-биологической информации, необходимые им в научно-исследовательской работе. На этой ступени обучения, включая курсы повышения квалификации в области информационных технологий проводимые на кафедре, обеспечивают формирование высшего уровня информационной культуры будущего

врача, формирование личности способного к непрерывному профессиональному развитию в пространстве своей профессиональной деятельности.

При формировании информационной культуры студента должны использоваться преимущественно инновационные, активные методы обучения. Преподавателями кафедры информатики и компьютерных технологий КГМА на занятиях по информационным дисциплинам широко используется проблемный метод обучения, который состоит в организации получения знаний обучающимися в процессе разрешения учебных проблем. В современном понимании проблемное обучение — организованный преподавателем способ активного взаимодействия субъекта с проблемно представленным содержанием обучения, в ходе которого он приобщается к объективным противоречиям научного знания и способам их разрешения, учится мыслить, творчески усваивать знания.

Применяемый нами проектный метод на практических занятиях является дальнейшим развитием проблемного метода. В проектном обучении учебная проблема намечена неявно. Преподаватель может подсказать источники информации, а может просто направить мысль в нужном направлении для самостоятельного поиска. Студенты должны самостоятельно и совместно своими усилиями разрешить проблему, применив необходимые знания, получить реальный и осязаемый результат. Вся работа над проблемой приобретает контуры проектной деятельности.

Результаты и выводы. Таким образом, результатом разработанного нами на основе комплексного подхода педагогической технологии является формирование информационной культуры выпускника медицинского вуза, как одного из факторов интенсификации информатизации медицины в нашей стране. Однако с учетом возрастания общего уровня информационной культуры будущего врача эта проблема требует дальнейших исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гендина Н.И., Колкова Н.И. и др. Формирование информационной культуры личности: теоретические обоснование и моделирование содержания учебной дисциплины. М.:2006 – 512 с.
2. Национальная программа реформы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас таалими» на 2006-2010 годы. Утверждена Постановлением Правительства КР от 16 февраля 2006 года N 100 – 75 с.
3. Стратегия Развития Страны на 2007-2010 годы. Указ Президента Кыргызской Республики от 16 мая 2007 года – 201 с.

МОДИФИКАЦИЯ УЧЕБНЫХ ПРОГРАММ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В АСПЕКТЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ДИСЦИПЛИН

Кутманова А.З., Тё В.Е., Джумагулова А.Ш., Джангазиева А.А.,
Сыдыкова А.Б., Землянухина Л.С., Буранчиева А.А.

КГМА им. И.К. Ахунбаева, кафедра инфекционных болезней, г. Бишкек, Кыргызстан

Резюме. В данном исследовании представлены эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в КР (2006) и результаты внедрения модуля по ВИЧ/СПИДу для студентов 6 курса лечебного факультета. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции продолжает усугубляться и число больных с чрезвычайно широким спектром оппортунистических инфекций увеличивается из года в год. После прохождения модуля по ВИЧ/СПИДу средний уровень знаний студентов повысился с 42,04% до 83,72%, что доказывает о необходимости институционализации вопросов ВИЧ-инфекции с внедрением его во все дисциплины с пересмотром учебных программ в соответствии с требованием времени.

АИЖВ-ИНФЕКЦИЯ ОКУУ ПРОГРАММАСЫН МЕДИКО-СОЦИАЛДЫК АСПЕКТИНДЕ МОДИФИКАЦИЯЛОО

Кутманова А.З., Тё В.Е., Джумагулова А.Ш., Джангазиева А.А.,
Сыдыкова А.Б., Землянухина Л.С., Буранчиева А.А.

И.К. Ахунбаев атындагы КММА жугуштуу оорулар кафедрасы, Бишкек ш., Кыргызстан

Корутунду. Ушул изилдөөдө Кыргыз Республикасындагы (2006) АИЖВ-инфекция боюнча эпидемиологиялык жагдай жана 6 курстун дарылоо факультетинин студенттерине АИЖВ/ИЖОС боюнча киргизилген модулдун жыйынтыгы көрсөтүлгөн. АИЖВ-инфекция боюнча эпидемиологиялык жагдай улантылууда жана кошумча инфекциялар менен оорулардын саны жылдан жылга көбөйүп жатат. АИЖВ/ИЖОС боюнча модулду өткөндөн кийин студенттердин билимдери 42,04%тен 83,72%ке чейин көтөрүлдү, бул АИЖВ-инфекция маселесин институционализация кылуу керегин далилдеп жатат, ошондой эле баардык окуу программаларды кайтадан карап чыгуу керек.

MODIFICATION OF THE EDUCATIONAL PROGRAMS ON HIV-INFECTION IN ASPECT OF MEDICO SOCIAL DISCIPLINES

Kutmanova A.Z., Tyo V.E., Djumagulova A.Sh., Djangazieva A.A.,
Sydykova A.B., Zemlyanuhina L.S., Buranchieva A.A.

KSMA named after Ahunbaev I.K., Infectious diseases department, Bishkek, Kyrgyzstan

Resume. The epidemiologic situation on HIV-infection in KR (2006) and the results of educational program on HIV/AIDS for the six-year students are presented in this research. The epidemiologic situation on HIV-infection becomes complicated and number of patients with extraordinarily wide spread opportunistic infectious is increased every year. After studies of HIV/AIDS module the average learning curve of students raised from 42,04% to 83,72%. This fact proves necessity of HIV-infection issues institutionalization and curriculum review with adding the HIV-module to all courses.

В докладе, посвященном 10-й годовщине ЮНЭЙДС – о глобальной эпидемии СПИДа, отмечено, что эпидемия в Восточной Европе и Центральной Азии продолжает нарастать. Причем за 2003 – 2005 годы число взрослых и детей, живущих с ВИЧ в этом регионе, увеличилось более чем на треть.

В развитии эпидемии ВИЧ-инфекции в Кыргызстане установлена два периода: первый – период становления

эпидемического процесса (до 2001 года); второй – начался с февраля 2001 года, когда произошел резкий рост числа ВИЧ-инфицированных – и приобрел характер эпидемии, который продолжается по настоящее время [1].

До 1996 года Кыргызстан являлся единственной страной (учитываемой Европейским бюро ВОЗ), не имеющей случаев ВИЧ-инфекции. Первый ВИЧ-

инфицированный соотечественник зарегистрирован в 1996 году в Бишкеке и до февраля 2001 года было выявлено всего 14 случаев среди соотечественников (рис.1).

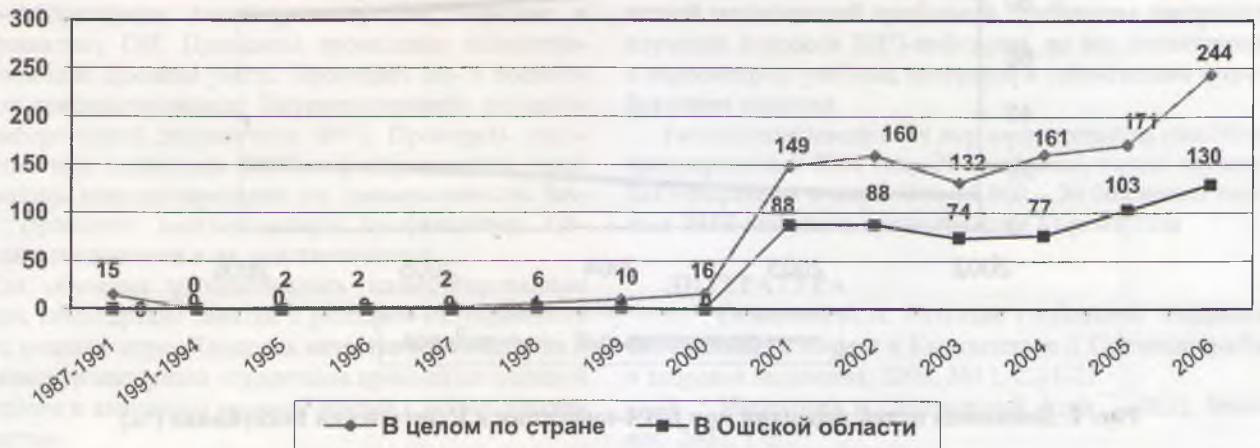


Рис.1. Динамика распространения ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике

Начиная с 2001 года, в Кыргызстане наблюдается быстрое развитие эпидемии ВИЧ-инфекции, главным образом, среди инъекционных потребителей наркотиков (ИПН), составивших 85% от общего числа ВИЧ-положительных лиц. При этом самой пострадавшей является Ошская область, что объясняется нахождением ее на одном из основных путей наркотрафика из Афганистана через Таджикистан в СНГ и Европу. К началу июля 2002 года в республике число вирусносителей превысило уровень 1998-1999 года почти в 40 раз, а в Ошской области – в 60 раз, при этом республиканский показатель инфицированности составил 5,4 (на 100 тыс. населения), а в Ошской области – 10,5 на 100 тыс. населения, свидетельствующий о чрезвычайно активном распространении ВИЧ-инфекции. На этом фоне существуют ряд медико-социальных проблем:

- стигматизация и дискриминация, как со стороны населения в целом, так и медицинских работников;
- низкая настороженность врачей в отношении ранней диагностики ВИЧ-инфекции;
- поздняя выявляемость ВИЧ-инфекции среди беременных, затрудняющая проведение своевременной пренатальной терапии;
- ограничена доступность дотестового психосоциального консультирования для своевременной диагностики ВИЧ-инфекции;
- высокая текучесть обученных кадров;
- несовершенство механизмов социальной защиты ВИЧ-инфицированных.

Целью настоящего исследования явилось улучшение знаний по вопросам ВИЧ-инфекции выпускников медицинских ВУЗов путем совершенствования обучающих программ.

Материалы и методы. Анализ эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции (данные РО СПИД, 2006) (формы №4, 266). Анализ учебных программ КГМА по клиническим дисциплинам.

Результаты и обсуждение. Анализ эпидемиологических данных показал, что до 1991 года в Кыргызстане ВИЧ распространялся только половым путем от ино-

странных граждан из стран Африки и Азии. Начиная с 1991 года, ВИЧ-инфекция начала регистрироваться среди наркопотребителей, и доля заразившихся ВИЧ при употреблении инъекционных наркотиков увеличивалась с каждым годом, т.е. начал доминировать парентеральный путь инфицирования. Недостаточный уровень информированности ИПН по вопросам безопасного полового и инъекционного поведения способствовало выходу ВИЧ-инфекции в общую популяцию, с возрастанием роли полового пути передачи (рис.2). В настоящее время в Кыргызской Республике сложилась неблагоприятная тенденция к росту числа людей, зависимых от наркотических веществ, особенно от опиатов, что способствует увеличению инъекционного потребления наркотиков (ИПН). Социологические исследования показали, что лишь 14% опрошенных ИПН используют стерильные шприцы, а для 64% лиц шприцы недоступны по цене, в связи с чем сохраняется практика совместного использования игл и шприцев, что привело к быстрому распространению ВИЧ среди наркопотребителей [2,3].

По данным 2006 года, эпидемиологическое исследование очагов ВИЧ-инфицированных установило, что основным путем распространения ВИЧ в стране явилось использование нестерильного инъекционного инструментария во время введения наркотиков (76%), гетеросексуальный путь (половой) имел место в 23% случаях.

Наиболее пораженной ВИЧ-инфекцией возрастной группой являются молодые люди в возрасте 20-34 лет (взрослое трудоспособное население), составляющие 63,5% от общего числа ВИЧ-положительных. По социальному статусу 96% лиц, инфицированных ВИЧ, составили безработные или временно неработающие. Подавляющее большинство ВИЧ-инфицированных представляют лица мужского пола, хотя в последние годы увеличивается число женщин, пострадавших от ВИЧ-инфекции (рис.3). А это, в свою очередь, сопряжено с опасностью активации вертикального пути передачи ВИЧ.

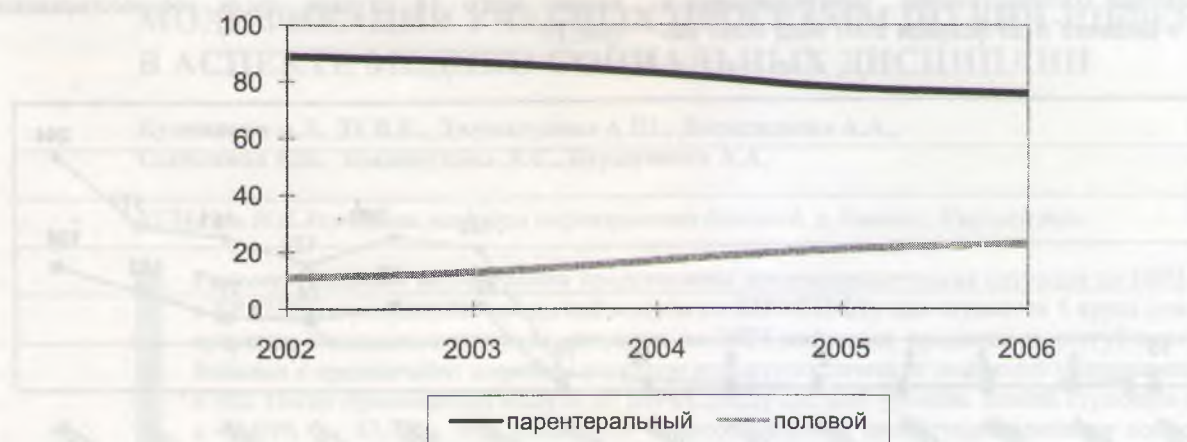


Рис. 2. Динамика путей передачи при ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике (%)

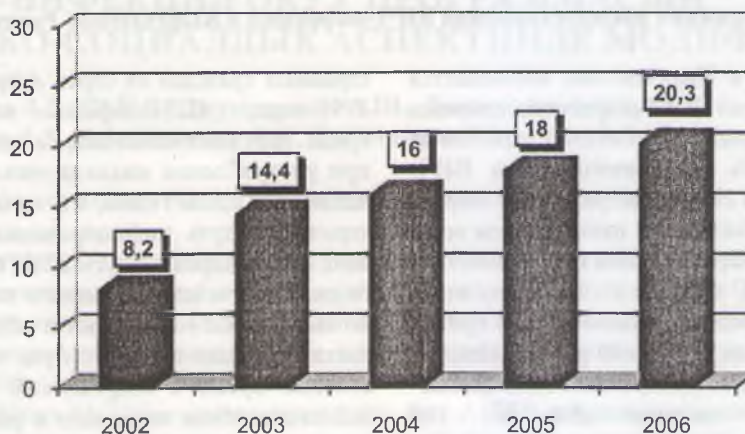


Рис.3. Динамика распространения ВИЧ-инфекции среди женщин (%)

Так, на конец 2006 года зарегистрировано 147 ВИЧ-позитивных женщин, из них было 33 беременных. По причине позднего выявления ВИЧ-инфекции 7 беременных женщин не получили химиопрофилактику антитретовирусными препаратами. Впоследствии диагноз ВИЧ-инфекции подтвержден у 1 ребенка, 1 ребенок умер по причине СПИДа, 4 детей младше 18 месяцев состояли на учете, родители 1 ребенка отказались от обследования. Анализ этих случаев выявил основные пробелы по данному разделу, заключающиеся в малой доступности психосоциального консультирования, низком охвате добровольным тестированием на ВИЧ беременных женщин в районах с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой.

Таким образом, анализ эпидемиологической ситуации ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике выявил следующие особенности эпидемического процесса: высокий уровень поражения ВИЧ ИПН, преобладание молодой трудоспособной категории людей, не имеющей постоянной работы, высокая миграционная активность населения, негативное влияние социальных и поведенческих факторов риска инфицирования ВИЧ ведут к росту полового пути передачи инфекции.

Национальные мероприятия по ограничению распространения ВИЧ-инфекции направлены на програм-

мы «снижение вреда», заключающиеся в облегчении доступа к иглам и шприцам. В результате внедрения профилактических программ удалось изменить поведение наркозависимых лиц при приеме наркотиков, снизив частоту пользования общими шприцами и иглами с 90% в 1999 году до 24% в 2003 году [2].

Помимо потребности в профилактических программах, существует растущая потребность в расширении масштабов программ лечения и ухода для быстро растущего числа людей, живущих с ВИЧ. С целью подготовки кадров по оказанию медицинской помощи был проведен ряд обучающих семинаров по вопросам ВИЧ-инфекции при поддержке ГФСТМ в 2005-2006гг для врачей ГСВ в наиболее пораженных регионах страны, но с высокой текучестью кадров, все время ощущалась нехватка подготовленных специалистов.

В связи с этим в КГМА с 2005 года на 6 курсе лечебного факультета внедрен «Модуль по вопросам ВИЧ/СПИД» в объеме 38 часов с участием 7 кафедр: инфекционных болезней (18ч), детских инфекционных болезней (2ч), фтизиатрии (2ч), онкологии (2ч), акушерства-гинекологии (4ч), дерматовенерологии (4ч), неонатологии (4ч). По прохождению модуля студенты должны знать: Этиологию и патогенез ВИЧ-инфекции; Методы лабораторной диагностики; Клиническое течение

и клиническую классификацию ВИЧ-инфекции; Принципы ВААРТ (препараты, побочные эффекты, их устранение); Особенности ВААРТ у детей, у ИПН; Клинико-лабораторную характеристику ОИ; Лечение и профилактику ОИ; Принципы проведения паллиативной помощи. Должны уметь: Проводить до- и послетестовое консультирование; Интерпретировать результаты лабораторной диагностики ВИЧ; Проводить мероприятия при выявлении ВИЧ-инфицированного лица; Проводить консультирование по приверженности ВААРТ; Проводить постконтактную профилактику; Общаться с пациентами и их родственниками.

Для обучения использовались иллюстрированные лекции, семинарские занятия с разбором ситуационных задач, ролевые игры. Контроль качества преподавания и усвояемости материала студентами проводился оценкой исходного и конечного уровней знаний с использованием тестов:

- Средний уровень исходного уровня знаний студентов составил 42.04%,
- Средний уровень конечного уровня знаний студентов составил 83.72%.

Таким образом, внедренный модуль способствовал улучшению знаний студентов по ВИЧ/СПИДу, уменьшению стигматизации и дискриминации со стороны будущих медицинских работников.

Выводы. На сегодняшний день эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции продолжает усугубляться и

число больных с чрезвычайно широким спектром оппортунистических инфекций увеличивается из года в год, в связи с чем данная инфекция становится приоритетной медицинской проблемой, требующая внедрения изучения вопросов ВИЧ-инфекции во все дисциплины с пересмотром учебных программ в соответствии с требованиями времени.

Расширение масштабов мер вмешательства способно предупредить к 2010 году 29 миллионов новых случаев ВИЧ-инфекции в мире. Это 24 000 – 30 000 новых случаев ВИЧ-инфекции среди граждан Кыргызстана

ЛИТЕРАТУРА

1. Осмонова А.А. Развитие глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа в мире и в Кыргызстане // Санэпидслужба и здоровье населения, 2003, №11, С.11-21.
2. Наркотики в Центральной Азии. – ВОЗ, Бишкек, 2003, 17с.
3. Байизбекова Д.А, Осмонова А.А, Асанжанова Н. Инъекционная наркомания – основной фактор риска распространения ВИЧ/СПИД в Кыргызстане //Центрально-Азиатский медицинский журнал, 2003, Т.IX, С. 19-23.
4. Покровский В.В., Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Г.//ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение. М. – Медицина. – 2000.- 492 с.
5. Рахманова А.Г.//ВИЧ-инфекция (клиника и лечение).-Санкт-Петербург.-2003.-367 с.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ОЛИМПИАДЫ ПО МИКРОБИОЛОГИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ

Ланкина М.В., Рамазанова Б.А., Бармакова А.М.

Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова, кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии, г.Алматы, Казахстан

Резюме. На кафедре микробиологии, КазНМУ имеется 40-летний опыт проведения студенческой Олимпиады. Участие в Олимпиаде помогает студентам в интересной форме повторить пройденный материал, преподавателям определить выживаемость знаний у студентов, слабые места в подготовке; руководству кафедры выявить наиболее сильных и слабых преподавателей, сравнить между собой факультеты, группы, определить уровень подготовленности в зависимости от языка и формы обучения. При проведении Олимпиады по микробиологии между ВУЗами, можно сравнить уровень подготовки студентов в различных учебных заведениях.

СТУДЕНТТЕР АРАСЫНДА МИКРОБИОЛОГИЯДАН ОЛИМПИАДА ЖҮРГҮЗҮҮ ТАЖРЫЙБАСЫ

Ланкина М.В., Рамазанова Б.А., Бармакова А.М.

С.Д.Асфендияров атындағы Казак Ултық медицина университеті, микробиология, вирусология, иммунология кафедрасы, Алматы шаары, Казахстан

Корутунду. КазУМУ-нын микробиология кафедрасында 40-жыл бою Олимпиада жургузулген тажирибеси бар. Бул Олимпиада студенттерге сабак материалдарын кызыкты түрдө кайталауга жардамдашады, мугалимдерге студенттердин билим денгейин, дайындыктын ошол жерлерин аныктайды; кафедра башкармалари мугалимдердин билим денгейин жогары неме төмендиликтерин растайды, факультеттердин, топтардин арасында тигилердин дайындалу денгейин оку тилине, оку түрине байланысты (келисим неме грант). Эгерде Олимпиаданы башкада жогоргу оку орнуларымен өткызгендей болсо, анда түрлү оку орындарындагы студенттердин билим денгейин салыштыру болоду.

THE EXPERIENCE OF CONDUCTING MICROBIOLOGY OLYMPICS AMONG STUDENTS

Lankina M.V., Ramazanova B.A., Barmakova A.M.

Kazakh National Medical University by S.D. Asfendiarov, microbiology, virology and immunology department, z Almaty, Kazakhstan

Resume: Microbiology department of Kazakh National Medical University has more than 40-years experience of conducting microbiology Olympics. Subject Olympics helps students to repeat material in interesting form. It helps lecturers to determine the survival of knowledge, the strong and poor places in program. It helps direction to compare faculties, student's groups, lecturers, to determine preparedness rate depending on language or form of teaching (grant, contractual). In case of organizing Microbiology Olympics between Universities it is possible to compare knowledge rate of their students.

Актуальность. На кафедре микробиологии, вирусологии и иммунологии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова более 40 лет проводится Олимпиада по микробиологии среди студентов 2 курса. Целью Олимпиады является повышение интереса студентов к предмету, повторение пройденного материала, воспитание целеустремленности, воли к победе [1,2]. По результатам

Олимпиады можно провести анализ выживаемости знаний, анализ работы преподавателей.

Материалы и методы. В 2009 году Олимпиада по микробиологии проводилась в 3 тура среди студентов 2 курса всех факультетов. Олимпиада проводилась на русском, казахском и английском языках, причем на 3 языках были идентичные задания.

Таблица 1

Идентичность заданий на 3 языках (русском, казахском, английском)



Длительность между турами – неделя, которая необходима для ознакомления с результатами и подготовки к следующему туру. Для участия и победы в Олимпиаде студенту не обязательно специально готовиться и знать дополнительную литературу. Все вопросы и задания не выходили за рамки учебной программы по предмету.

1 тур Олимпиады проводился на 1-ой неделе 2-го семестра. В нем приняли участие 1286 студентов из 242 групп. Тематика вопросов охватывала весь общий курс микробиологии, который студенты изучали в течение предыдущего семестра. Во время практического занятия в течение 20 мин студенты разгадывали мик-

робиологический кроссворд из 12 слов и решали 10 тестовых заданий. Участвовали все студенты группы, которые присутствовали на занятии. Студент, показавший лучший результат в каждой группе переходил во второй тур.

Результаты и обсуждение. Анализ результатов позволил выделить лучший (худший) факультет, лучшую (худшую) группу, определить уровень подготовленности в зависимости от языка обучения, формы обучения (по договору, по гранту), а также выявить преподавателей, студенты которых показывают хорошие и слабые знания.

Таблица 2

Лучшие группы факультетов по результатам 1 тура Олимпиады

факультет	№ групп	Преподаватель	балл	%	Оценка
Общая медицина	2092	И.Х.М	20,1	91,4	5
	2005	Р.С.Б.	19,2	87,3	4
	2093	Қ.И.М	18,2	82,6	4
Стоматологический	207	Қ.И.М	15,0	68,2	3
	201	Б.К.А	13,4	60,8	3
	210	М.К.К	13,1	59,4	3
Общественное здравоохранение	207	М.А.И.	13,9	63,2	3
	205	Н.С.Х	13,6	61,7	3
	204	Б.К.А	11,1	50,5	3

Оказалось, что лучше с заданиями справились студенты, обучающиеся на русском языке (11,3 балла – 51,4%); на 2 месте – обучающиеся на казахском языке

(8,6 балла – 39,1%); хуже всего – на английском языке (7,6 балла – 34,5%). Студенты, обучающиеся по гранту, показали лучшие результаты (9,6 баллов – 43,6%), чем те,

кто обучается на договорной основе (6,8 баллов – 30,8%). 6 студентов справились с заданиями 1 тура на 100%. Тех, кто справился на «4» и «5» - 38 человек, то есть качественный показатель составляет 3%.

Результаты выживаемости знаний по общей микробиологии мы оценили, рассчитав средний балл групп у преподавателей. Наибольший балл заработали группы, подготовленные опытными преподавателями с большим стажем работы.

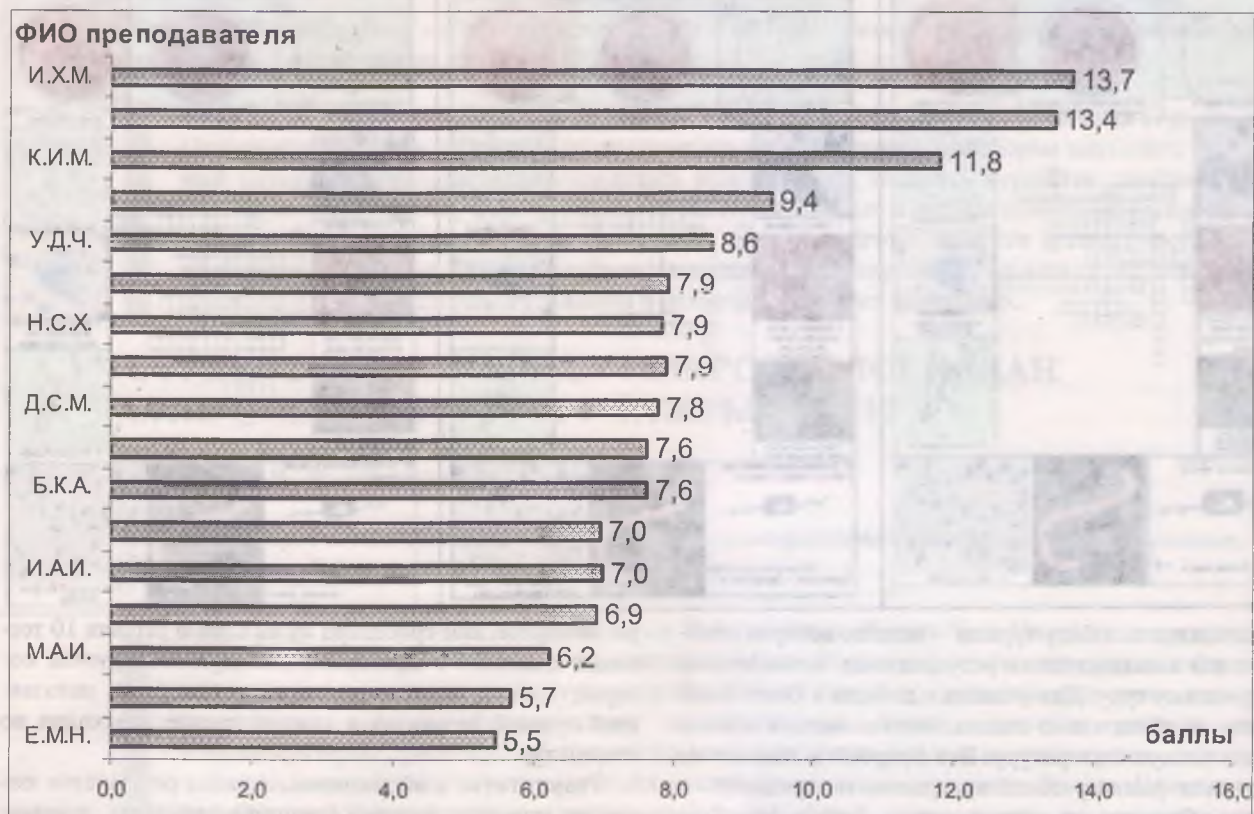


Рис. 1. Средний балл 1 тура Олимпиады у групп, обучающихся у различных преподавателей кафедры микробиологии КазНМУ

2 тур Олимпиады проводился в Центре тестирования. Студенты, прошедшие во второй тур, отвечали на 30 тестовых заданий 2 и 3 уровня сложности (на понимание и применение знаний). Лучшие 15 студентов перешли в 3 тур.

3 тур Олимпиады проводился на кафедре микробиологии, иммунологии и вирусологии КазНМУ. На этом этапе оценивались практические навыки и умения студентов: техника приготовления мазка, техника окраски по Граму, техника микроскопирования, характеристика питательных сред. Кроме того, проводилась викторина, которая помогла оценить багаж знаний студентов по разделу «Общая микробиология».

Проведение Олимпиады осуществлялось по типу станций с заданиями (ОСКЕ). Каждому студенту после

регистрации выдавался бейджик с номером и заполнялся табель, где члены жюри выставляли ему баллы за задание. В жюри конкурса вошли наиболее опытные профессора и доценты кафедры микробиологии. Организационная группа из преподавателей и лаборантов проводила регистрацию студентов, регулирование их движения по станциям, фотосъемку, подсчет результатов.

Для каждого задания разработан алгоритм, который переводил действия или ответы студента в баллы. Например, третье задание: «Микроскопия готовых мазков», оценивалась по приведенной ниже таблице (рис 2). Жюри оценивало технику микроскопирования, знание морфологии и классификации бактерий, методов окраски микробов.

Таблица оценки микроскопирования окрашенных препаратов

№ п/п	Шаги проведения (максимум = 2,0 балла)	максимальный балл	полученный балл
1.	Включить освещение до желательной интенсивности.	0,1	
2.	Настроить межокулярное расстояние	0,1	
3.	Нанести иммерсионное масло на мазок.	0,1	
4.	Поместить предметное стекло с мазком на предметный столик и закрепить пружинным рычагом объектодержателя.	0,1	
5.	Ручками привода перемещать предметный столик до появления освещения на мазке.	0,1	
6.	Объектив 100хoil опустить в иммерсионное масло.	0,1	
7.	Глядя в окуляр, вращать макровинт против часовой стрелки до грубой фокусировки.	0,1	
8.	С помощью микровинта провести окончательную фокусировку.	0,1	
9.	Определить морфологию, микроба, показать жюри, описать	0,4	
10.	Определить способ окраски бактерий, описать для жюри	0,3	
11.	Дать название микроорганизма	0,2	
12.	Спустить предметный столик, снять препарат.	0,1	
13.	Выключить освещение посредством поворотной ручки.	0,1	
14.	Время микроскопирования – до 3 мин	0,1	
	ИТОГО	2,0	

Рис. 2.

Викторина включала 15 вопросов по 0,5 баллов. Проводилась путем показа текста вопроса на 3 языках на экране. Первый правильно ответивший студент получал баллы.

Жюри не знало имени конкурсантов, только их номера. Жюри не определяло победителя, а только оценивало задания по алгоритму. Победителя определяла счетная комиссия, которая не участвовала в оценке конкурса. Победа присуждалась участнику, набравшему наибольшее количество баллов по всем заданиям. Вышеперечисленные мероприятия позволили снизить субъективизм в оценке участников.

Выводы. Проведение Олимпиады позволило студентам в интересной форме повторить материал предыдущего семестра, преподавателям определить выживаемость знаний у студентов, слабые места в подготов-

ке, а руководству кафедры выявить наиболее сильных и слабых преподавателей. Если организовать проведение Олимпиады по предмету между ВУЗами, можно сравнить уровень подготовки студентов в различных учебных заведениях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Степанова Э.А., Архипов Г.С., Катунина О.Р. Роль студенческой олимпиады в формировании творческого мышления студентов. Сборник научных работ института Медицинского Образования НовГУ, 2008, - С.56
2. Серебровская И.А., Байманов Х.М., Бавельский З.Е. Повышение познавательной активности студентов. – Патологическая физиология и экспериментальная терапия, 1990, № 5, - С.55-56.

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБУЧЕНИЯ В ХИРУРГИИ

Мамакеев М.М., Сопуев А.А., Бектуров Ж.Т., Маллаев С.Х.

Национальный Хирургический Центр МЗ КР, Кафедра госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева Бишкек, Кыргызстан.

Резюме. В данной статье отражена роль последиplomного обучения в системе непрерывного образования, которая обусловлена, прежде всего, тем что оно ответственно за обновление и обогащение интеллектуального потенциала общества в лице квалифицированных специалистов. Во всем мире признано, что повышение уровня образования людей прямо связано с ростом качества жизни. Инвестиции в образование становятся наиболее прибыльным размещением капитала. Все больше стран с динамично развивающейся экономикой переходят к системе непрерывного образования. Такой переход является способом преодоления девальвации и невостребованности полученных в "конечном" базовом образовании знаний.

Ключевые слова: оптимизация, последиplomное обучение, хирургия, доктрина.

ХИРУРГИЯ ТАРМАГЫНДА ДИПЛОМДОН КИЙИНКИ ОКУТУУНУН ЖОЛДОРУН ОРКҮНДӨТҮҮ

Мамакеев М.М., Сопуев А.А., Бектуров Ж.Т., Маллаев С.Х.

Улуттук хирургия борбору И.К. Ахунбаев атындагы КММАнын госпиталдык жана оперативдик хирургия кафедрасы Бишкек, Кыргызстан

Корутунду. Бул жазылмада үзгүлтүксүз билим алуу системасында дипломдон кийинки окутуунун ээлеген орду, негизинен анын жогорку даражалуу адистин коомдогу руханий дүйнөсүнүн жаңыланышына жана өсүшүнө багытталган.

Бүткүл дүйнө жүзүнө белгилүү болгондой, адамдардын билимдүүлүгүнүн деңгелинин жогорулашы жашоонун сапатынын жогорулашына түздөн-түз байланыштуу. Билим тармагына киргизилип жаткан инвестициялар капиталды ашыкча өндүрүүгө ыңгайлуу шарт болуп келе жатат. Азыркы күндө экономикасы ыңгайлуу өсүп бара жаткан көп өлкөлөрдө үзгүлтүксүз билим алуу системасына өтүп жатышат. Ушундай системага өтүү негизги алган билимдин жараксыз болуп калбашынын жана анын эң керектүү экендигинин жолу болуп эсептелет.

Негизги сөздөр: өркүндөтүү, дипломдон кийинки окутуу, хирургия тармагы, доктрина.

WAYS OF OPTIMIZATION OF POSTGRADUATE EDUCATION IN SURGERY

Mamakeev M.M., Sopuev A.A., Bekturov Z.T., Mallaev S.Kh.

National Surgical Center, Department of Hospital surgery of KGMA, Bishkek, Kyrgyzstan.

Summary. In this article reflected the role postgraduate education in system of continuous education which is stipulated, first of all, that it is responsible for updating and enrichment of a mental potential of a society by qualified experts.

All over the world it recognize, that rising of an educational level of people is connected to height of a quality of life. Investments in education become the most profitable disposition of the capital. It is more and more countries with dynamically developing economy pass to system of continuous education. Such transition is a way of overcoming of devaluation and undemandly knowledge received in "final" basic education.

Key words: optimization, postgraduate, education surgery, doctrina

Профессия врача-хирурга предполагает постоянное совершенствование по специальности и общебиологическим дисциплинам. Требования к современному хирургу постоянно растут. Он должен хорошо разбираться

в вопросах диагностики и лечения, владеть современными методами операций, техническими средствами. Многолетний опыт НХЦ МЗ КР и кафедры госпитальной хирургии КГМА по подготовке врачей-хирургов

показывает, что достичь высот хирургического мастерства можно лишь планомерной подготовкой, которая включает в себя обязательный полный цикл: субординатура, интернатура, клиническая ординатура, курс усовершенствования. Причем каждый из этих этапов должен иметь соответствующее методическое и материальное обеспечение, квалифицированные кадры.

Клиническая ординатура - первый и самый важный этап становления молодого хирурга. Имея на руках диплом врача-лечебника, он тем не менее слабо ориентируется в специальных вопросах хирургической деятельности. Не случайно поэтому субординаторы нуждаются в продолжении обучения. Наша клиника стоит на позициях того, что цели и задачи ординатуры качественно иные, чем в субординатуре. Это, прежде всего, углубленное изучение важнейших разделов частной хирургии, форсированное освоение самостоятельных практических навыков диагностики и лечения хирургических больных. Несомненно, что это диктует специфика будущей работы врача-хирурга в отдаленных районах нашего края.

С учетом всего вышеуказанного, нами была разработана доктрина медицинского образования, с целью оптимизации и улучшения обучения в клинической ординатуре по хирургии. Доктрина (лат. Doctrina) – учение, научная или философская теория, система, руководящий или теоретический принцип. Доктрина медицинского образования в целом определяет цели подготовки и воспитания специалистов отрасли, пути их достижения в соответствии с политикой Министерства образования и науки и здравоохранения Кыргызской Республики.

Цели доктрины:

1. Создание правовых, организационных и методических условий для развития медицинского образования, как звена системы непрерывного образования КР.
2. Обеспечение функционирования и развития системы медицинского образования, в интересах личности и общества.
3. Обеспечение уровня и качества медицинского образования в соответствии с перспективами развития здравоохранения и медицинской науки.

По нашему определению доктрина медицинского образования должна включать два основных направления – это образовательное и этнокультурное.

Составные образовательного направления:

- разностороннее развитие молодежи;
- формирование навыков самообразования и самореализации личности;
- систематическое обновление содержания образования, прежде всего гуманитарного и профессионального, отражающего изменения в сфере экономики, медицинской науки и здравоохранения;
- преемственность и интеграцию высшего и последиplomного медицинских образований;
- непрерывность образования на протяжении всей профессиональной деятельности специалиста;
- участие педагогических работников и обучаемых в научной деятельности;
- совершенствование Государственных образовательных стандартов с целью формирования единого образовательного пространства;

- развитие в последиplomном образовании дистанционного обучения, создание программных продуктов, реализующих информационные технологии в образовании;

- развитие отечественных педагогических и воспитательных традиций в работе со студентами и клиническими ординаторами;

- адекватный мировому опыту уровень знаний и профессиональной культуры.

Содержание этнокультурного направления:

- воспитание патриотов Кыргызстана, граждан правового, демократического, социального государства, уважающих права и свободу личности;

- воспитание молодого поколения в духе высокой нравственности и уважения к закону и традициям клиники;

- сохранение языка и культуры Кыргызстана;

- гармонизацию национальных и этнокультурных отношений сохранение и поддержку через систему образования этнической самобытности и гуманистических традиций их культуры;

- сохранить историческую преемственность поколений, сохранение и развитие национальной культуры;

- формирование у молодежи целостного мировоззрения и современного научного мировоззрения, основанного на признании приоритетов общечеловеческих ценностей: гуманности, милосердия, сострадания, уважения к жизни и здоровью человека;

- экологическое воспитание – ценить и оберегать родную природу;

- всестороннюю заботу о здоровье и физическом воспитании и развитии студентов и клинических ординаторов.

Ожидаемые результаты реализации доктрины

- обеспечение здравоохранения КР квалифицированными кадрами достижение соответствия между потребностью населения, рынка труда и объемом подготовки специалистов с высшим медицинским и последиplomным образованием;

- повышение конкурентоспособности, профессиональной мобильности выпускников отдела клинической ординатуры на рынке труда;

- развитие многопрофильности и многофункциональности учебных заведений высшего медицинского и последиplomного образования;

- интеграция всех уровней высшего медицинского и последиplomного медицинского образования;

- сбалансированность центральных и региональных интересов;

- формирование программного учебно-методического обеспечения образовательного процесса, нового поколения учебников и учебных пособий;

- введение новых технологий обучения, включая личностно ориентированные, модульные, интенсивные, информационные. Введение в действие нового поколения образовательных стандартов по специальностям высшего медицинского и последиplomного образования с учетом развития здравоохранения и медицинской науки, обеспечивающих преемственность уровней образования;

- развитие внеучебной творческой деятельности студентов в различных ее формах;

- развитие научно-исследовательской работы преподавателей и студентов;

- формирование новой воспитательной среды, способствующей гражданскому воспитанию личности, профессиональному самоопределению и творческой реализации;

- повышение эффективности образовательного процесса и качества подготовки специалистов для здравоохранения на основе творческого использования международного опыта;

- улучшение контроля качества подготовки специалистов с высшим медицинским и последипломным образованием;

- развитие взаимодействия с высшими учебными учреждениями, научными организациями и сообществами;

- расширение сотрудничества с зарубежными учебными заведениями;

- участие в международных проектах и программах расширения международных обменов студентами и преподавателями.

Происходящие социально-экономические и политические преобразования выдвинули новые требования к кадровой политике в отрасли. Быстрее всего на них должна была откликнуться система повышения квалификации, и это заставило искать новые подходы к организации и методическому обеспечению системы последиplomной подготовки специалистов здравоохранения. В связи с чем, в 1998 году на базе Национального Хирургического Центра был создан отдел клинической ординатуры, аспирантуры и докторантуры. Деятельность отдела состоит из трех частей: теория, практика и прочее.

Теоретическая часть обучения в отделе включает:

1. Обязательное и регулярное посещение научно-практической библиотеки, с целью улучшения теоретических знаний клинических ординаторов.

2. Учитывая требования нашего времени, нами налажено обучение одному иностранному языку в частности английскому.

3. Ежедневные теоретические занятия по составленному заранее расписанию в соответствии с планом обучения.

4. Два раза в неделю лекции на различные темы с привлечением доцентов профессоров зав секторов и научных сотрудников.

5. Наши ординаторы прошли двух недельное обучение на кафедре госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии. На будущее планируется продолжать периодическое обучение анатомии и оперативной хирургии.

Практическая часть:

1. С целью улучшения практических навыков, созданы оптимальные условия для ассистирования и самостоятельного оперирования.

2. Налажена цикличность работы клинических ординаторов в отделениях НХЦ, для освоения консервативного и оперативного лечения различных хирургических патологий, согласно профилю отделения.

3. Налажено тесное сотрудничество между отделом, зав. секторами, зав. отделениями, лечащими вра-

чами, в плане теоретического и практического обучения ординаторов.

4. Налажена работа ординаторов не только в хирургических отделениях а также в амбулаторном - диагностическом отделении, где они проходят освоение навыков работы на УЗИ, ЭКГ, ЭГДС и рентген диагностику.

5. Налажена работа клинических ординаторов в отделении реанимации и анестезиологии. Что является необходимостью для освоения хирургической науки в целом.

6. Учитывая специфику нашей клиники, что она является также центром неотложной хирургии, созданы оптимальные условия для наших ординаторов в плане ночных дежурств, где наши клинические ординаторы участвуют в оформлении медицинской документации, ассистируют, самостоятельно оперируют.

Прочее включает:

1. Созданы определенные правила наказания за нарушения правил дисциплины. Наказания в виде рапортов от руководителей отделений, где работают по циклу ординаторы и от старших дежурных врачей. По мере накоплений рапортов решается вопрос вплоть до исключения из ординатуры.

2. Организован хирургический кружок на базе НХЦ. Что создает хорошие условия для увеличения количества желающих для дальнейшего прохождения клинической ординатуры в НХЦ.

3. Впервые придумана и внедрена новая форма дневников для клинических ординаторов. Первоначально ординатор составляет план работы на неделю, определяет количество планируемого по максимуму. И согласно этому плану идет работа в течении недели. В конце недели ординатор вносит количество проделанного из количества запланированного. Подается на проверку руководителю, там выставляется оценка. Что позволяет в полной мере судить о работе ординатора.

Перспективы и планы отдела в будущем:

1. Несомненно увеличение количества клинических ординаторов НХЦ.

2. Создать оптимальные условия для ординаторов и аспирантов в научной деятельности в настоящем и будущем, что включает помощь в подборе тематики, руководителя, статистического и практического материала, помощь в экспериментах.

3. Встреча с руководителями, один раз в два месяца с директором, раз в месяц с главным врачом, еженедельно с зам директором по науке.

4. Наладить оптимальную технологическую и библиографическую базу отдела.

5. Наладить систематическую выездную работу клинических ординаторов совместно с хирургами по регионам страны.

6. Наладить обучение наших клинических ординаторов компьютерной грамотности в более глубоком плане чем просто пользователь. Нами будут приглашаться специалисты по высоким технологиям.

7. Подключение к Интернету и создание своего веб-сайта, для поиска и налаживания связей с иностранными специалистами из ближнего и дальнего зарубежья, обмен информацией, практическими и теоретическими знаниями.

8. Привлекать иностранных студентов для обучения в нашей клинической ординатуре, посредством создания для них специальной программы соответствующей международным правилам.

9. Обучение и стажировка клинических ординаторов в ведущих клиниках мира.

ВЫВОДЫ

Таким образом, последипломное обучение, является базой для первичной специализации, после которой, при условии сдачи квалификационного экзамена и получения сертификата, специалист получает допуск к полноценной врачебной деятельности. Кроме первичной специализации (интернатура), выпускники могут обучаться в клинической ординатуре или аспирантуре,

что позволяет им также претендовать на получение сертификата. Все возможные пути послевузовского профессионального (докторантура, аспирантура, ординатура) и дополнительного образования (повышение квалификации, специализация, интернатура) для вуза имеют важное значение и являются так же, как и подготовка студентов, неотъемлемой частью жизнедеятельности кафедральных коллективов. Клиническая ординатура и интернатура - наиболее массовый вид дополнительного образования, к тому же осуществляющийся как педагогическими коллективами вузов, так и сотрудниками лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), имеет много особенностей.



ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ВЫСШЕМ МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЫЖИВАЕМОСТИ ЗНАНИЙ У СТУДЕНТОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ТРАДИЦИОННОЙ И ИНТЕГРИРОВАННОЙ СИСТЕМЕ ОБУЧЕНИЯ

Мамбеталиева Д.К., Кадырова З.А.

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек Кыргызстан

Введение. Новые задачи и ориентиры высшего образования, связанные с реформами системы здравоохранения, вариативность его содержания, многообразие образовательных систем привели к становлению во многом новых организационных форм, методов и средств обучения. Совершенствование системы профессиональной подготовки будущих специалистов в ВУЗе связано, прежде всего, с использованием инновационных образовательных технологий. [4,5].

В Кыргызской Государственной медицинской академии (КГМА) проводятся инновационные формы обучения, инновационные подходы в обучении должны соответствовать мировым тенденциям и достижениям медицинской науки. С 2000 года при активном взаимодействии с Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) введена в обучающий процесс КГМА интегрированная система обучения (ИСО), модульные технологии, которая внесла изменения в формы и методы обучения. [6,7]. По нашему мнению данная технология в педагогическом процессе ВУЗа должна способствовать повышению качества образования и возможность лучшего усвоения студентами дисциплины, темы и в конечном итоге в соответствии с квалификационной характеристикой получения навыков и знаний. [3,8]

Цель. Сравнить выживаемость знаний у студентов КГМА, при разных педагогических подходах.

Задачи. Оценка процесса обучения зависит от того, какие из задач обучения оцениваются. Функция оценки состоит в том, чтобы удостовериться в достижении це-

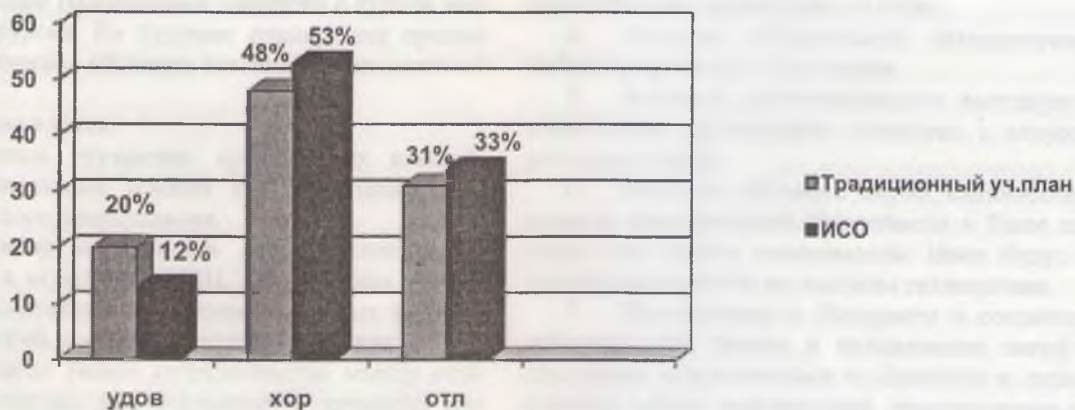
лей, поставленных перед студентами и программами. По мнению большинства специалистов, оценка знаний студентов, должна слагаться из определенного объема знаний, практических навыков и профессиональных приемов, а также способности работать самостоятельно, степени наклонности к ведению научно-исследовательской работы и т.д.

Материалы и методы. Для оценки знаний, эффективности и неэффективности модульной системы обучения, кроме промежуточного и итогового контроля, а также для определения выживаемости знаний, нами было проведено тестирование студентов 6 курса, обучающихся по традиционной системе, сложившейся годами методики параллельного обучения в высшей медицинской школе (бюджетная форма обучения) и обучающихся с использованием ИСО (контрактная форма обучения). С этой целью были составлены тесты разного уровня сложности, с предлагаемыми вариантами ответов по всем предметам, входящих в модульную систему. Количество тестов по предметам зависело от процента часовой нагрузки по программе обучения. Студенты отвечали на 100 вопросов в течение 1,5 часов. Для обработки данных использовали компьютерный метод бланочного тестирования. Шкала перевода баллов в оценки следующая: 0-57 неуд, 58-75 удов, 76-85 хорошо, 86-100 отлично.

Результаты. Анализируя результаты надо подчеркнуть, что неудовлетворительных оценок нет в обеих группах.

Диаграмма - 1

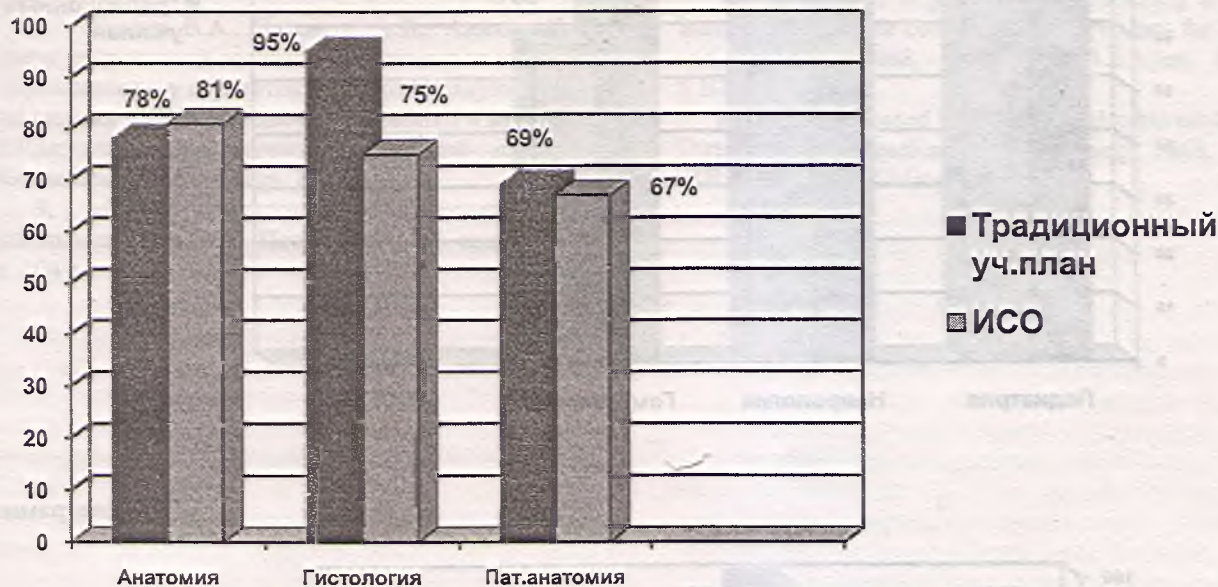
Итоговая оценка знаний студентов 6 курса лечебного факультета



Из диаграммы 1 видно, что у студентов, обучающихся по ИСО-(контракт) процент хороших и отличных оценок выше, чем у студентов, обучающихся по традиционному учебному плану-(бюджет). Таким образом, средний балл на бюджете составил 4,1, на контракте 4,2 ($P>0,05$). При оценке данных по дисциплинам выявлено, что самый низкий процент положительных ответов

был по патологической анатомии 69% и гематологии 59%, как у студентов, обучающихся по традиционному учебному плану, так и по ИСО. Самый высокий процент положительных ответов, по гистологии 95,1% - традиционный учебный план, и по хирургии 99,6% у студентов, обучающихся по ИСО. (Диаграмма 2,3,4,5).

Диаграмма – 2



Сравнительная оценка выживаемости знаний по предметам

Диаграмма - 3

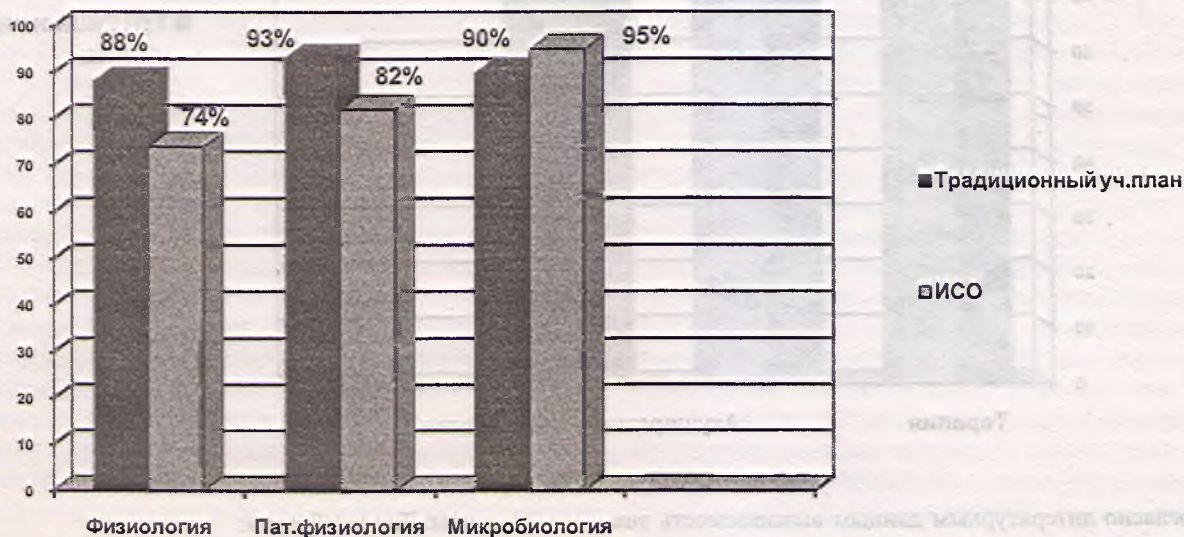


Диаграмма - 4



Диаграмма - 5



Согласно литературным данным выживаемость знаний зависит от сроков обучения по предмету (с момента начала прохождения предмета до момента тестирования) и колеблется примерно так, через год выживаемость знаний составляет от 70% до 47%, через 2-3 года в среднем 65-50%, через 4-5 лет 60-40%, через 6 лет 40-20% (причем у мужчин эти показатели на 5-10% выше, чем у женщин). [1,2] Сравнивая литературные данные с результатами наших исследований, надо полагать, что имеет место хорошая выживаемость знаний ($P > 0.02$, не достоверны).

Выводы. Таким образом:

1. Тестирование студентов 6 курса, обучающихся разными методами, с целью определения выживаемости знаний, показало достаточно высокий процент выживаемости по всем предметам, как на бюджете (традиционный учебный план), так и на контракте (ИСО).
2. Результаты тестирования выявили больший процент хороших и отличных оценок, у студентов, обучающихся по ИСО.

3. Уровень выживаемости знаний по предметам зависит от срока давности обучения дисциплины согласно литературным данным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Голенков А.В. «Применение тестового контроля знаний у студентов в процессе изучения психиатрии»// Высшая школа – народному хозяйству Чувашии, издательство Чувашского Университета 1992 г., стр. 54-56

2. Козлов В.А., Голенков А.В., Аникин Г.Д. «О связи рейтинговой оценки с выживаемостью знаний по фармакологии у студентов лечебного факультета»// Оптимизация учебно-методической работы в медицинском ВУЗе: материалы научно-практической конференции Чебоксары, 2001 год, стр. 16-18

3. «Основы педагогики и психологии высшей школы»/под ред. А.В. Петровского, М. изд. МГУ, 1986 г. 304 с.

4. Соболева Н.Г., Бжаско К.И., Жижина Т.В. «Модульная система – оптимальная форма обучения студентов» Учебно-методическая работа в ВУЗе: тезисы конференции. Краснодар 1995 г., стр. 29-31

5. Высшая медицинская школа России и Болонский процесс. М.А. Пальцев, И.Н.Денисов, Б.М.Чекнев. 2004. Москва.

6. Training Medical students for the New Mellenium: Pre-clinical curriculum, USA.

7. The power of problem-based learning in teaching introductory science courses. New Directions for Teaching and Learning, №68, pp. 43-52 D.E.Alien, B.J.Duch, S.E.Groh, 1996;

8. Problem-based learning in leadership edution. New Directions for Teaching and Learning, №68, pp. 53-61 E.M.Bridges, P.Halinger. 1996.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ С ВЫСШИМ МЕДИЦИНСКИМ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ - ОСНОВА УСПЕХА РЕФОРМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ.

Мамбеталиева Д.К.

Кыргызская государственная медицинская академия им. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан

Введение. Радикальные социально-экономические преобразования выдвинули целый ряд сложнейших организационно-правовых и экономических проблем по реформированию системы здравоохранения. Изменение условий функционирования государственных структур в сфере здравоохранения Кыргызской Республике, переход к рыночным отношениям, сформированные взаимоотношения медицинской науки и практики заставляют искать совершенно новые подходы к организации и методическому обеспечению подготовки, переподготовки и повышению квалификации специалистов системы здравоохранения [1].

Реформирование сектора здравоохранения Кыргызстана осуществляется долгосрочными Национальными программами «Манас» и «Манас таалими». Реализация программы «Манас» четко определила структуру и основные позиции современной системы практического здравоохранения, перспективы ее развития. [3]. В процессе реформирования системы охраны здоровья населения, служба здравоохранения Кыргызстана подверглась значительным преобразованиям. Особый упор делается на важность первичной медико-санитарной помощи и внедрение принципов семейной медицины в медицинское обслуживание населения [1].

Второй этап реформ, проводимый в рамках Национальной программы «Манас таалими», включает блок медицинского образования [5].

Специалистами системы образования совместно с Министерством здравоохранения, учитывая комментарии международных экспертов, разработана и введена в действие «Стратегия высшего медицинского и фармацевтического образования в Кыргызской Республике» и направлена ее реализация на рационализацию сектора здравоохранения [6].

Подготовка медицинских кадров является одним из этапов всестороннего национального планирования здравоохранения. Нужно признать, что реформа системы здравоохранения опередила реформу подготовки кадров для новой системы обслуживания в рамках первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

Цель. Основной целью совершенствования системы высшего медицинского и фармацевтического образования Кыргызской Республики является повышение качества подготовки специалистов, способных эффективно работать в реальных социально-экономических условиях с учетом приоритетов и региональных особенностей здравоохранения Кыргызской Республики, по своим профессиональным качествам соответствующих международным критериям [6].

Сегодня в Кыргызской Республике возрастают требования к кадрам в системе здравоохранения, успех проводимых реформ зависит от уровня подготовки специалистов новой генерации, от их дальнейшего трудоустройства, возможности обретения ниши в системе здравоохранения. Изменение роли врачей в системе предоставления медико-санитарных услуг указывает на необходимость модернизации подготовки, переподготовки медицинского персонала, фармацевтов, врачей медико-профилактического профиля и специалистов с высшим медицинским образованием [6,9,7].

Задачи. Ориентация программ высшего медицинского и фармацевтического образования на повышение эффективности и качества медицинского обслуживания [6.9].

Практика первых шагов реформы системы здравоохранения показывает, что большинство врачей, организаторов здравоохранения не в полной мере подготовлены к решению задач реформы. Научные, педагогические кадры высших медицинских образовательных организаций, в силу сложившихся условий, не успевают реагировать на концептуальные и практические требования, которые ставит перед ними процесс реформирования отрасли.

Методологической основой признания решающей роли кадрового потенциала является теория человеческого капитала, которая получила широкое распространение в США, а затем и во всем мире с начала 60-х годов XX в. Поистине взрывное повышение интереса к теме человеческого капитала было обусловлено признанием высокой его отдачи, о чем свидетельствовали впечатляющие успехи науки и техники в послевоенные десятилетия, динамичный прогресс новых индустриальных стран. И, было очевидно: зависимость экономического роста государства от состояния образования [6].

Единицу "человеческого капитала" представляет не сам работник, а его знания, навыки и умения. Ценность работника, как носителя человеческого капитала и уровень его оплаты существенно зависят от качества полученного образования.

В настоящее время во всем мире идет осмысление того, каким должно быть медицинское образование, каковы его роль и место в развитии государства. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), указывая на необходимость изменений в медицинском образовании, особо подчеркивает важность таких аспектов, как:

- понимание функции врача в обществе;
- необходимость непрерывного медицинского образования;

«Интегрированный сектор здравоохранения» в рамках ВОЗ указывает, что к 2010 году населению региона должен быть обеспечен лучший доступ к первичной медико-санитарной помощи, ориентированной на оказание помощи семье и общине. (Задача №15) [11].

Обеспечение обучения специалистов здравоохранения на основе принципов политики здоровья для всех и их подготовку для оздоровительной, профилактической, лечебной и реабилитационной помощи хорошего качества и содействия сближению клинической практики и практики общественного здравоохранения. (Задача №18) [11].

Структура учебной программы требует оптимизации на базе двух основных параметров Всемирной Федерации медицинского образования (ВФМО): базовый стандарт и улучшение качества.

Акценты на узкопрофессиональную подготовку должны быть перенесены из додипломного на последипломное обучение врача.

Существующие рабочие учебные планы ВУЗов строятся на основе примерного учебного плана по отдельным специальностям в соответствии с утвержденными государственными образовательными стандартами (ГОСТ).

Вместе с тем, учитывая развернувшийся процесс реформы здравоохранения необходим акцент на подготовку врача для работы в системе ПМСП, в связи, с чем начата перестройка и модернизация ГОСТ по специальности «Лечебное дело». Программы должны быть сформированы с учетом решения поставленных задач, отражать политику в области здравоохранения и модифицированы с учетом потребностей здравоохранения [9].

При планировании учебного плана необходимо убедиться в том, что основные элементы включаются в учебный план и врач, получивший квалификацию должен нести ответственность, которая возлагается на него на протяжении его трудовой карьеры с готовностью на последипломное и непрерывное профессиональное обучение [1]. Каждый учебный курс или модуль должен планироваться с учетом его роли в общем учебном плане, на протяжении всех курсов уделяется внимание коммуникативным навыкам, знаниям и методам общения с пациентом. Новые учебные планы и программы не следует перегружать, учитывая темпы обновления медицинской информации в мире, наиболее оптимальным необходимо признать периодический пересмотр этих регламентирующих документов. Целью программы додипломного обучения является формирование соответствующих знаний, навыков, отношений и этических ценностей, обучение построено на компетентностном подходе. Основой учебного процесса должно быть приобретение компетенций, которые должны быть заложены в квалификационную характеристику образовательного стандарта.

Учебный план должен состоять из двух ключевых частей: фундаментальных и клинических наук, которые должны быть интегрированы между собой.

Фундаментальные науки должны быть медико-ориентированными, более практическими и приспособленными к потребностям клинической подготовки [9]. Планируется предусмотреть ревизию объема и содер-

жания учебных нагрузок по блоку естественно-научных и гуманитарных дисциплин, с тем, чтобы привести их в оптимальное состояние с учетом интересов и объема знаний будущего молодого специалиста. Объем часов клинического обучения у постели больного необходимо увеличить. Должно уделяться внимание методам поиска, формулирования и решения конкретных фундаментальных и в особенности клинических проблем, которые базируются на мультидисциплинарном подходе.

Усилить подготовку практических навыков, путем организации фантомных курсов (открытия специализированных центров практических навыков, оснащенных муляжами, современной аппаратурой).

Для освоения специальных навыков, необходимых для будущего врача, фармацевта не менее важными являются и последующие этапы производственной практики. Оптимальные условия для подъема качества подготовки специалиста создает внедрение достижений доказательной медицины в учебный процесс всех дисциплин [9].

В программы додипломного обучения должны быть введены вопросы биоэтики, законодательных основ врачебной и фармацевтической деятельности.

Современное медицинское образование придает большое значение методам оценивания, которые должны соответствовать процессу и целям обучения. Повышение качества высшего медицинского и фармацевтического образования требует уделять особое внимание методам и принципам контроля знаний, которые должны ориентироваться на цели при обучении предмета, модуля, системы и т.д; стимулировать приобретение соответствующих компетенций. В связи с этим большое значение приобретает качество экзаменационных ситуационных задач. Конечно, для внедрения единого подхода к разработке экзаменационных материалов по всем дисциплинам представляется важным обучение преподавателей технике подготовки, правилам написания, оценки и интерпретации тестовых заданий.

Примером нового метода преподавания является модульная система обучения КГМА в соответствии с обучением в ведущих учебных центрах Европы и мира, которая позволяет отойти от дисциплинарного подхода к обучению и интегрировать дисциплины. Модульная система позволяет студенту, выпускнику ориентироваться не только в наборе клинических симптомов, но и понимать патогенетическую, морфологическую сущность этих явлений.

Подведение итогов подготовки кадров это государственная аттестация выпускников, в высшей медицинской школе существует традиция проведения выпускных экзаменов в форме «курации у постели больного» и практической части экзамена по всем специальностям. Такой экзамен позволяет оценить как знания, так и коммуникативные умения выпускника, навыки клинического обследования больного, формулирования диагноза, умения определить необходимый набор диагностических и лечебных процедур, проведения диагностики, анализа лекарственных форм, демонстрации лечебных процедур и т.д. При этом следует стимулировать участие студентов в оценке учебных планов и программ.

Выводы

• Разработка модернизированных отечественных стандартов медицинского и фармацевтического образования должна осуществляться с учетом универсальности научной основы медицины, базирующейся на доказательствах, с отражением особенностей социально-экономических условий, состояния здоровья, характера заболеваемости населения Кыргызстана, его различных регионов, а также форм оказания медицинской помощи.

• Приближение или соответствие мировому уровню системы отечественного высшего медицинского и фармацевтического образования требует многократных усилий как со стороны политических кругов, так и от конкретных специалистов, профессорско-преподавательского состава, и, несомненно, мотивированности обучающихся.

• Главным условием реализации «Стратегии» является создание модели, позволяющее предоставлять качественное образование на уровне мировых стандартов и организацией подготовки кадров в соответствии с международными стандартами ИСО серии 9000.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мейманалиев Т. Кыргызская модель здравоохранения. Бишкек С.. 40-45, 77 2003.

2. Здравоохранение Кыргызстана в XXI веке 2001. Бишкек.

3. Национальная программа реформы системы здравоохранения «Манас» 9-12, (1996-2006), 1996. Бишкек.

4. Национальная программа реформы системы здравоохранения «Манас таалими» (2006-2010), 2006. Бишкек.

5. «Стратегия реформирования высшего медицинского и фармацевтического образования в Кыргызской Республике. 10-11, 2008. Бишкек.

6. Махлуп Ф. М. Производство и распространение знаний в США. 1-22.: Прогресс, 1966.

7. Роль общей практики в первичной медико-санитарной помощи. Voerma W., Fleming D. ВОЗ, Копенгаген 2001.

8. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. Женева, ВОЗ, 2000.

9. Пальцев М.А, Денисов И.Н, Чекнев Б.М. Высшая медицинская школа России и Болонский процесс. Москва. 9-13 2004.

10. Здоровье для всех в 21-ом столетии. Копенгаген. Европейское региональное бюро ВОЗ, 1999.

11. Задачи по достижению здоровья для всех: европейская политика здравоохранения. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1993.

СИТУАТИВНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ОБУЧЕНИЯ ИНОСТРАННЫМ ЯЗЫКАМ

Умарбаева С.А., Тентимишева Б.Д.

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

Резюме. Обучающая и стимулирующая функции учебно-речевых ситуаций, используемых на занятиях по иностранному языку, позволяют повысить учебный эффект и достичь определённую методическую цель, а также стимулируют студентов к общению на иностранном языке.

Ключевые слова: учебно-речевая ситуация, учебный эффект, иностранный язык.

ЧЕТ ТИЛИ САБАГЫНДАГЫ ОКУУ-КЕПТИК ЖАГДАЙЛАРДЫ УЮШТУРУУ

Умарбаева С.А., Тентимишева Б.Д.

*И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек, Кыргызстан*

Корутунду. Чет тили сабагында колдонулган окуу-кептик жагдайлардын окутуу жана демилге туудуруучу кызматы окутуунун натыйжасын жогорулатууга жана белгиленген усулдук максатка жеткирет, ошондой эле студенттерди чет тилде маек курууну стимулдаштырат.

Негизги сөздөр: окуу-кептик жагдайлар, окутуунун натыйжасын жогорулатуу, чет тил.

SITUATIVE ORGANIZATION IN TRAINING FOREIGN LANGUAGES

Umarbayeva S.A., Tentimisheva B.D.

*Kyrgyz State Medical Academy by Achunbayev I.K.
Bishkek, Kyrgyzstan*

Summary. Teaching and stimulating functions of educational speech situations, used at the classes of Foreign Language allow to raise the effect of study and to achieve the definite aim in methodics, calling the students to communicate in Foreign language

Key words: educational speech situation, the raise of the effect of study, foreign language.

Введение. Процесс обучения строится как модель процесса общения. Единицей общения является ситуация. В коммуникативном обучении ситуации используются на всех стадиях усвоения материала. Ситуация должна стать единицей организации и основой управления процессом обучения иноязычному общению [1,6]. В данной статье мы поставили своей задачей рассмотреть основные функции учебно-речевой ситуации (УРС) в учебном процессе и предложить некоторые пути усиления ее стимулирующей роли. Использование всех функций УРС является отличительной чертой коммуникативной методики. Обсуждение ситуаций позволяет сделать процесс обучения естественным и приближенным к условиям реального общения.

Цель УРС – научить студентов общаться на иностранном языке, побуждая их к активной речевой деятельности.

Материалы и методы. Материалы подбираются по принципу ситуативности. Каждая ситуация общения

должна иметь конкретную речевую задачу и речевой материал: слово, фразы, образцы речи, которые заучиваются и тренируются в виде условно-речевых упражнений, т.е. таких, которые построены на повторении реплик преподавателя.

На занятии иностранного языка УРС выполняют две основные функции: обучающую и стимулирующую. Это означает, что преподаватель должен создать такие условия иноязычного общения, которые способствуют достижению определенной методической цели, а также вызывают желание студентов активно участвовать в иноязычном общении. А ведь, к сожалению, так бывает не всегда. Созданная преподавателем на занятии УРС может стать ситуацией молчания (когда заданные условия не стимулируют появления мотива к речи), ситуацией формального участия (когда речевые действия обусловлены чисто учебными потребностями: социальной ролью студента, вынужденного подчиняться преподавателю, боязнью получить плохую оценку и т. д.).

Как известно, эффективность любой деятельности зависит от ее мотивационно-побудительной фазы, поэтому реализация стимулирующей функции УРС во многом определяет результативность ее обучающей функции [3,5]. Если проводить тренировку, допустим, какой-то грамматической конструкции с целью закрепления посредством вопросно-ответных упражнений, когда вопрос обращен не к кому-то конкретно, а ко всем, и важно лишь получение ответа, естественно, это не вызывает у студентов заинтересованности в выполнении подобных упражнений. Следовательно, преподаватель, моделируя внешние условия УРС, обязательно должен учитывать их воздействие на студентов. Комплекс внешних условий включает, прежде всего, общий психологический климат на занятии, определяемый поведением преподавателя, студентов и взаимоотношениями между ними.

Внешними условиями УРС, стимулирующим речевую деятельность, можно назвать следующие:

1. Объект речи – то о чем будет говорить студент. Содержание его речи может быть связано с прочитанным или прослушанным текстом, воображаемыми событиями, оно может относиться к одной или нескольким темам. При этом нужно учитывать тематику разговоров студентов на родном языке. Обсуждение близких, волнующих студентов тем, высказывание своих мыслей и мнений создают условия для переноса мотивов из общения на родном языке в общение на иностранном.

2. Характер обсуждения. Он может быть нейтрально-информативным, эмоциональным дискуссионным и т. д. Преподавателю следует ориентироваться на стремление студентов к решению интересных задач. Создание таких речевых ситуаций отвечает возрастным особенностям студентов, стимулируют речемыслительную активность студентов, вызывая их заинтересованность.

3. Характеристики места, времени и роли студента в предлагаемой УРС. Они могут быть реальными (разговор студентов в данный момент на занятии, в группе) или полностью воображаемыми (например, сообщение студента как бы в другой обстановке).

4. Характеристики собеседника или слушателей. Ими могут быть преподаватель, вся группа, один студент.

УРС на занятии иностранного языка может возникать и без специального описания. Внешним обстоятельством ее возникновения может послужить реплика преподавателя или студента. При этом важно обеспечить содержательность высказываний на изучаемом языке, исключить высказывания, не имеющие связи с действительностью. Необходимо постоянно привлекать внимание обучаемых к тому, о чём говорится: “The weather is fine today, isn’t it?”, “Is it really so?”, “Do you agree?”, “How so?” и другие.

При создании УРС можно рекомендовать использовать имеющую разницу в информационности у разных студентов. Такой прием часто применяется в практике обучения. Например: Азат (имя студента в группе) побывал на выставке медицинского оборудования (получил письмо от друга, посмотрел фильм и т. д.) Послушайте его рассказ, задайте ему вопросы. Иногда преподаватели специально создают разницу в информационности, чтобы использовать ее как основу для УРС. От-

дельным студентам предлагаются в индивидуальном порядке тексты познавательного характера, фотографии, открытки, после ознакомления с которыми, студент может поделиться информацией с одноклассниками. Характер индивидуальных заданий определяется интересами и уровнем обученности студентов. Примеры: Опишите студенческую поликлинику. Опишите работу участкового врача. Инсценируйте диалог: Вы на приеме доктора. Ознакомьтесь с программой медицинской конференции и расскажите товарищам, какие доклады будут сделаны, посоветуйте, какую секцию посетить. Расскажите о правильном образе жизни, используя данный рисунок.

При планировании тематики УРС преподаватель должен стремиться к расширению обсуждаемой темы, к преодолению условности учебного речевого общения и развитию гибкости формируемых навыков и умений. Преподавателю рекомендуется продумать два основных момента: какие подтемы будут обсуждаться при изучении данной темы, какие из пройденных тем и подтем можно подключить к ее обсуждению [4].

Предлагаем некоторые пути и способы, обеспечивающие повторяемость тем.

1. Проведение грамматически направленных условно-коммуникативных упражнений на основе ранее изученных тем, например, при овладении структурами обсуждаются: планы на выходные дни, планы на каникулы, практика на ближайший месяц, дела по дому.

2. Повторение ранее изученных тем во время речевой зарядки. Каждую из этих тем можно обсуждать с новой точки зрения, предусматривая различное сочетание подтем и различный характер их обсуждения, включая при этом события из жизни студентов. Допустим, тема «Выбор профессии» повторяется в следующих ситуациях: Недавно в нашей группе состоялась встреча с выдающимися врачами. Что вы узнали? С кем познакомились? Врач Х знаменитый хирург, очень интересный человек. Давайте узнаем о нем больше.

3. Проведение межтематических бесед на заключительном занятии в цикле занятия по теме. Следует постоянно приучать студентов не замыкаться в рамках изучаемой темы, а использовать все то, чему они научились. Для этого преподаватель предлагает развернутые программы высказываний, специальные реплики стимулирующие студентов связывать изучаемую тему с ранее изученными [2]. Каждый раз преподаватель поощряет самостоятельные попытки студентов расширить содержание обсуждаемого вопроса.

Уровень знания иностранного языка студентом определяется не только непосредственным контактом его с преподавателем. Для того, чтобы научить иностранному языку как средству общения, нужно создать обстановку реального общения, активно использовать иностранный язык в живых, естественных ситуациях. Это могут быть научные дискуссии на языке, реферирование и обсуждение иностранной научной литературы, конференция, экскурсия, конкурс, КВН и т.п. Необходимо провести это занятие так, чтобы студенты увидели на деле, чему они научились, почувствовали удовлетворение от достигнутых успехов в изучении иностранного языка.

4. Проведение обобщающих занятий в конце учебного года УРС создаются на основе ряда изученных тем. Так можно провести такой обобщающий урок английского языка: Давайте вспомним самые интересные события прошедшего учебного года (обобщаются темы: «Институт», Учебные предметы», «Институтская библиотека», «Студенческие дела», «Сестринская практика»).

Отдельно следует сказать о создании УРС по содержанию текстов (прочитанных или прослушанных). Здесь можно рекомендовать: упражнения, предполагающие сопоставление фактов текста с фактами из жизни студентов, из окружающей действительности, выражение своего отношения к содержанию текста, упражнения проблемного характера (объяснение, доказательство, согласие или несогласие с автором и т. п.), индивидуальные задания на основе текста.

Выводы. УРС должна быть адекватной реальной ситуации общения; предельно ясной студентам; воспитывать внимательное отношение друг другу, чувство коллективизма, инициативности; должна стимулировать мотивацию обучения; вызывать интерес к заданию, желание хорошо его выполнить. Проявляя активность,

формируется активная личность, которая не может быть равнодушной и простым наблюдателем.

Учет этих факторов при создании УРС, близких к реальной жизни, как показывает практика, способствует усилению их стимулирующего воздействия на студентов и позволяет повысить их учебный эффект, активизировать речевую деятельность студентов, повысить их интерес к языку.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондаренко О.Р. Межкультурные аспекты коммуникативной компетенции на иностранном языке. Труды МГЛУ. Вып. 370.- М.: 1991.- С. 138-143.
2. Вербицкий А.А. Активное обучение в высшей школе М.: 1991.- 78 с.
3. Вайсбурд М.Л. Методы обучения. Выбор за вами // Иностранные языки в школе. -2000- №2.- С.18-20.
4. Тер-Минасова С.Г. Язык и межкультурная коммуникация. М., 2004.- 142с.
5. Bachman / Gerhold / Wessling. Aufgaben- und Übungstypologie zum interkulturellen Lernen. In: Zielsprache Deutsch -27.-2, 1996
6. Neuner G. Methoden des fremdsprachlichen Deutschunterrichts.- Kassel, 1992

ПОДГОТОВКА КАДРОВ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ КЫРГЫЗСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Чолпонбаев К.С., Абдырасулов С.А., Садыкова А.К., Дооталиева С.Ч., Мураталиева А.Д.

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

Резюме. Подготовка кадров с высшим фармацевтическим образованием для фармацевтической отрасли проводится в КГМА с 1981 года. Всего выпущено более 1200 специалистов. Учебный процесс проводится в соответствии с Государственным образовательным стандартом. Сделан вывод о необходимости модернизации образовательного стандарта по специальности «Фармация».

И.К. АХУНБАЕВ АТЫНДАГЫ КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК МЕДИЦИНАЛЫК АКАДЕМИЯСЫНЫН ФАРМАЦИЯ ФАКУЛЬТЕТИНДЕ АДИСТЕРДИН ДАЯРДОО

Чолпонбаев К.С., Абдырасулов С.А., Садыкова А.К., Дооталиева С.Ч., Мураталиева А.Д.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академия, Бишкек, Кыргызстан

Корутунду. Фармация тармагы үчүн жогорку билимдүү адистер КММА-да 1981 жылдан баштап даярдалып келүүдө. Бардыгы болуп 1200-дөн ашык адистер бүтүрүлүп чыгарылды. Окуу процесси мамлекеттик билим берүү стандартына ылайык өткөрүлөт. «Фармация» адистиги боюнча билим берүү стандартынын модернизациялоонун зарылдыгы жөнүндө жыйынтык көрсөтүлдү.

SPECIALISTS TRAINING AT PHARMACEUTICAL DEPARTMENT OF KYRGYZ STATE MEDICAL ACADEMY NAMED AFTER I.K. AHUNBAEV

Cholponbaev K.S., Abdyrasulov S.A., Sadykova A.K., Dootalieva S.Ch., Muratalieva A.D.

Kyrgyz State medical academy named after I.K. Ahunbaev, Bishkek, Kyrgyzstan

Resume. Training of specialists with higher pharmaceutical education for pharmaceutical branch is carried out in KSMA since 1981. In total more that 1200 specialists were graduated from. The teaching process is conducted in accordance with State educational standard. The necessity of development of educational standard on "Pharmacy" speciality is deduced.

Подготовка кадров с высшим фармацевтическим образованием для фармацевтического сектора республики осуществляется на фармацевтическом факультете КГМА, организованном в 1981 году. Подготовка фармацевтических кадров в Кыргызстане до 1981 года осуществлялась на базе фармацевтических училищ, что естественно не удовлетворяло потребности страны в квалифицированных фармацевтических кадрах. До открытия фармацевтического факультета специалисты с высшим фармацевтическим образованием готовились за пределами республики на базе 1 Московского медицинского института им. Сеченова И.М., Ташкентского фармацевтического института, Харьковского фармацевтического института, Витебского фармацевтического института, Пятигорского фармацевтического института, фармацевтического факультета Алма-Атинского государственного медицинского института и в ряде других городов бывшего СССР. Первым деканом факультета

был назначен доцент канд.биол.наук Антонов В.И. В 1983 году была организована кафедра технологии лекарственных форм, на которой преподавались все специальные дисциплины. В 1988 году произошло разделение этой кафедры на две – кафедру технологии лекарственных форм и кафедру фармацевтической, аналитической и органической химии. Первым заведующим кафедрой фармацевтической, аналитической и органической химии был д.б.н. Матыев Э.С. Плановый набор на факультет составлял 50 человек. Первый выпуск студентов состоялся в 1986 году. Ежегодный выпуск в некоторые годы превышал первоначальное количество студентов за счет перевода студентов из других фармацевтических ВУЗов. Хорошее материальное обеспечение факультета позволило создать лабораторную базу для проведения занятий по дисциплинам технологического и химического циклов, которые доминировали в учебных планах того времени. Дальнейшее развитие

ПОДГОТОВКА КАДРОВ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ КЫРГЫЗСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

фармацевтического факультета отражало все происходящие в республике политические и экономические изменения 90-х годов прошлого столетия. В связи с приватизацией аптечной сети был прекращен набор на бюджетное отделение. Низкие доходы населения привели к уменьшению набора на контрактное отделение до 15 человек.

Это было тяжелое время для факультета. Больше число подготовленных за это время преподавателей через целевую аспирантуру в г. Москве преподавателей перешли в бизнес-структуры. Несмотря на реализацию в республике проекта «Галеновые препараты» интерес к высшему фармацевтическому образованию длительное время не был проявлен. Набор на факультет проходил без конкурса, что привело к объединению кафедр в одну – кафедру фармацевтической химии и технологии лекарственных форм.

Это создало определенные трудности в преподавании, так как на одной кафедре преподавалось около 20 предметов. Последующие преобразования на факультете были связаны с возросшим интересом к этой профессии вследствие роста аптечной сети и, как следствие,

открытием фармацевтических факультетов в Ошском, Жалалабатском, Иссык-кульском государственных университетах, а также в Кыргызско-Узбекском университете. Созданные факультеты не смогли создать надлежащую учебную базу, поэтому были закрыты. В 2006 году на фармацевтический факультет КГМА было переведено более 180 студентов. Это более чем вдвое увеличило число студентов. В 2005 году произошло разделение кафедры фармацевтической химии и технологии лекарственных форм на кафедру фармацевтической химии и фармакогнозии (заведующая кафедрой доцент к.х.н. Садыкова А.К.) и кафедру управления фармацевтического дела и технологии лекарственных форм (заведующий кафедрой д.ф.н. и.о. профессора Чолпонбаев К.С.).

С 2004 году было открыто вечернее (очно-заочное) отделение для лиц, имеющих высшее медицинское, химическое и биологическое образование и среднее фармацевтическое образование. Количество студентов обучающихся в 2008-2009 учебном году составляет (таблица 1):

Таблица 1

Дневное отделение	Бюджет - 60	Контракт -299
Вечернее отделение	На базе высшего образования -30	На базе среднего фармацевтического образования - 79

В настоящее время план приема на дневное отделение составляет 90 человек, на вечернее – 30. Увеличение приема объясняется повышением престижности профессии и востребованности выпускников аптечной

сетью, фармацевтическими фирмами, предприятиями, учебными заведениями, государственными учреждениями. Всего за 23 года было выпущено 1241 фармацевтов с высшим образованием (провизоров).

Таблица 2

Количество выпускников фармацевтического факультета за 1986-2009 гг (без учета иностранных граждан)

Год	Количество выпускников	Год	Количество выпускников
1986	54	1998	55
1987	51	1999	73
1988	49	2000	58
1989	46	2001	26
1990	49	2002	28
1991	50	2003	39
1992	51	2004	19
1993	46	2005	33
1994	48	2006	70
1995	38	2007	85
1996	42	2008	97
1997	40	2009	94

Из числа выпускников факультета имеют ученую степень кандидата фармацевтических наук Сагинбаева Н.У., Карасартов Б.С., Асанов Э.Б., Исмаилов И.З., Момунова А.М., Раззаков А.А.

В 2007 году Чолпонбаев К.С. защитил диссертацию на соискание ученой степени доктора фармацевтических наук на тему «Основы управления качеством фармацевтической деятельности в Кыргызской республике на современном этапе». В следующем году старший преподаватель кафедры фармацевтической химии и

фармакогнозии Дооталиева С.Ч. под руководством д.ф.н. и.о. профессора Чолпонбаева К.С. и д.м.н. профессора Зурдинова А.З. защитила диссертацию на соискание ученой степени кандидата фармацевтических наук на тему «Разработка и фармакологические исследования мазевой композиции, содержащей каротиноиды и антимикробное средство». Получен патент на изобретение комбинированной мази «Гипофур», клинические исследования которого продолжаются.

Научная работа проводится в направлении улучшения качества фармацевтической помощи и изыскания новых источников биологически активных соединений на основе местного растительного сырья и разработки на их основе фитопрепаратов.

Стратегической целью образовательного процесса на современном этапе является формирование у будущих фармацевтов мотивации и навыков к самообразованию при получении ими высшего образования и затем на протяжении всей их профессиональной деятельности.

Фармацевтический факультет осуществляет образовательную деятельность высшего профессионального образования по специальности 530005 – «Фармация», квалификация – фармацевт.

В настоящее время додипломная подготовка выпускников по специальности «Фармация» осуществляется на 21 кафедрах КГМА:

кыргызского и русского языков, латинского и иностранных языков, философии и общественных наук, военно-медицинской подготовки, нормальной анатомии, нормальной физиологии, патологической физиологии, микробиологии и вирусологии, физики, биохимии, сестринского дела, информатики и компьютерных технологий, гигиенических дисциплин, общественного здравоохранения и социальной медицины, базисной и клинической фармакологии, физического воспитания, судебной медицины, психиатрии и медицинской психологии, пропедевтики внутренних болезней и эндокринологии, фармацевтической химии и фармакогнозии, управления фармацевтического дела и технологии лекарственных форм. Они обеспечивают подготовку выпускников по всем блокам Государственного образовательного стандарта по специальности «Фармация». Общее количество дисциплин – 42, количество экзаменов – 25.

Кафедры факультета располагают достаточным объемом производственных площадей, соответствующим лицензионным требованиям. Кафедры, на которых занимаются студенты фармацевтического факультета, расположены в главном, морфологическом, корпусах №№2 и 4, а также в общежитии №1. Материальное оснащение кафедр в целом соответствует требованиям, обеспечивающим надлежащий уровень реализации образовательного процесса. Учебные комнаты, лекционные залы оснащены учебным оборудованием (приборы, муляжи, мультимедийные проекторы, слайд-проекторы, таблицы, стенды, гербарии). На кафедре управления фармацевтического дела и технологии лекарственных форм оборудована модульная аптека, включающая типовой торговый зал и производственный отдел аптеки.

За время существования фармацевтического факультета его возглавляли: доцент к.б.н. Антонов В.И., доцент к.ф.н. Джусупова Д.Д., доцент к.м.н. Кундашев У.К., доцент к.х.н. Садыкова А.К., доцент к.б.н. Абдырасулов С.А.. В настоящее время деканом является доцент к.ф.н. Исмаилов И.З.

Основным учебно-методическим органом факультета является цикловая методическая комиссия по специальности «Фармация» (ЦМК), которая сформирована из наиболее квалифицированных и компетентных преподавателей выпускающих кафедр. В настоящее время

ЦМК возглавляет заведующая кафедрой фармацевтической химии и фармакогнозии доцент Садыкова А.К.

Подготовка выпускников по специальности «Фармация» осуществляется на основании следующих нормативных документов, определяющих цели и содержание обучения:

- Государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования: специальность «Фармация», квалификация – «Фармацевт», утвержденный в 2004 году, согласно которому основная образовательная программа подготовки фармацевта включает изучение следующих циклов дисциплин – гуманитарных и социально-экономических; естественнонаучных, математических; общепрофессиональных; специальных дисциплин.

- Учебный план, отражающий преемственность обучения, распределение учебных часов, формы и сроки контроля качества обучения (зачеты, экзамены, практик, каникул.

- Рабочие учебные программы по дисциплинам учебного плана, которые регулярно пересматриваются и утверждаются центральным учебно-методическим советом (ЦУМС) КГМА.

Важнейшим компонентом додипломного обучения является практическая подготовка в рамках двух видов деятельности: учебной и производственной. Производственная практика в соответствии с ГОС составляет 33 недели и включает: на 1 курсе – первую доврачебную помощь и ознакомительную практику по курсу управления и экономики фармации; на 2 курсе – пропедевтическую практику по технологии лекарственных средств и полевую практику по ботанике; на 3 курсе – производственную практику по фармакогнозии; на 4 курсе – по технологии лекарственных средств; на 5 курсе – по технологии лекарственных средств, по контролю качества лекарственных средств, по управлению и экономике фармации и ресурсоведению. Практика позволяет в реальных условиях выполнения профессиональной деятельности реализовать полученные в процессе обучения теоретические знания, отработать и закрепить предусмотренные нормативными документами практические умения и навыки. Базами для проведения производственной практики являются аптеки, аптечные склады, контрольно-аналитические лаборатории, фармацевтические предприятия, располагающие развитой материально-технической базой, соответствующей действующим санитарно-техническим нормам и обеспечивающей проведение всех видов производственной практики в соответствии с образовательным стандартом и разработанными на его основе программами, определяющими объем и содержание всех этапов практики. В течение практики на выпускающих кафедрах студенты выполняют курсовые работы по актуальным вопросам фармации. Знания и умения студентов, их успеваемость оцениваются в ходе текущего контроля, промежуточной и итоговой аттестации. Результаты рассматриваются на заседаниях кафедр, цикловой методической комиссии «Фармация», ученых советов, где принимаются необходимые решения для дальнейшего повышения качества подготовки специалистов.

С целью углубления знаний по специальным дисциплинам были введены элективные курсы. На 3 курсе студентам предлагаются элективы «Современные физико-химические методы анализа лекарственных средств» и «Заготовка лекарственных растительного сырья», на 4 курсе – «Технология ветеринарных, косметических и гомеопатических лекарственных средств» и «Применение современных методов анализа в токсикологической химии»; на 5 курсе – «Клиническая фармация» и «Социальная фармация». Как правило, в течение производственной практики на 5 курсе студенты выбирают направление и место будущей работы. Отсутствие проблем при трудоустройстве выпускников свидетельствует о соответствующей компетентности и востребованности их. Ежегодно выпускники фармацевтического факультета трудоустраиваются в Департамент лекарственного обеспечения и медицинской техники, фармацевтические предприятия, контрольно-аналитические лаборатории и т.д. При этом выпускникам предлагается широкий выбор вакансий. Количество запросов работодателей в последние годы продолжает возрастать в отношении повышения квалификации фармацевтов по актуальным направлениям фармации.

Повышение квалификации преподавателей осуществляется в КГМА через аспирантуру, докторантуру или соискательство на рабочем месте, а также курсы по педагогике и психологии.

Задачи факультета на ближайшую перспективу:

1. Разработка Государственного образовательного стандарта по специальности «Фармация» третьего поколения. Основной целью нового образовательного стандарта является формирование компетентностной модели специалиста.

2. Введение в образовательный процесс модульной технологии как внутри предмета, так и между предметами.

3. Разработка системы оценки учебной нагрузки студента в кредитных единицах.

4. Развитие информационной базы и более широкое внедрение современных компьютерных технологий в учебный процесс, включая создание электронных учебников и учебных пособий, методов и средств дистантного обучения, расширение технических возможностей самообучения и самоконтроля студентов.

5. Необходимо провести глубокий анализ организации и содержания образовательного процесса, определить виды деятельности, являющиеся конечными целями додипломного этапа подготовки, необходимые выпускнику факультета в его будущей профессиональной деятельности.

Литература

1. К.С. Чолпонбаев, М.А. Мамбетов, В.Г. Переверзев, С.К. Чиншайлоо История становления лекарственной помощи населению Кыргызстана. Бишкек. «Билим куту», 2006. – С. 165-168

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Чолпонбаев К.С., Садыкова А.К., Доталиева С.Ч., Абдырасулов С.А.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан

Резюме. Настоящая система высшего фармацевтического образования не в полной мере отвечает современным требованиям фармацевтической отрасли. Обоснована необходимость реформирования высшего фармацевтического образования с целью повышения качества подготовки специалистов, соответствующих международным стандартам.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ ФАРМАЦИЯ БОЮНЧА БИЛИМ БЕРҮҮНҮН АЗЫРКЫ АБАЛЫ ЖАНА ӨНҮКТҮРҮҮНҮН ПЕРСПЕКТИВАЛАРЫ

Чолпонбаев К.С., Садыкова А.К., Доталиева С.Ч., Абдырасулов С.А.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академия, Бишкек ш., Кыргызстан

Коротунду. Фармация боюнча жогорку билим берүүнүн системасы азыркы фармация тармагынын талабына толугу менен жооп бере албайт. Эл аралык стандартка туура келген жогорку сапаттуу адистерди дардоо максатында фармацевтикалык жогорку билим берүүнү реформалоонун зор ырылдыгы негизделип көрсөтүлдү.

MODERN STATE AND PERSPECTIVES OF PHARMACEUTICAL EDUCATION DEVELOPMENT IN KYRGYZ REPUBLIC

Cholponbaev K.S., Sadykova A.K., Dotalieva S.Ch., Abdyrasulov S.A.

Kyrgyz State medical academy named after I.K. Ahunbaev, Bishkek, Kyrgyzstan

Resume. Existing system of higher pharmaceutical education doesn't completely correspond to modern requirements of pharmaceutical education branch. The necessity of higher pharmaceutical education reforming with purpose of rising of quality of training of specialists according to international standards is grounded.

Глобализация экономического пространства, начавшаяся в конце прошлого столетия, затронула практически все сферы жизни общества. Следствием преобразований в сфере экономических и общественных отношений стало формирование единого рынка труда, способного обеспечить производственную, культурную и социальную сферы высококвалифицированными специалистами. Именно этот фактор обуславливает необходимость преобразований высшего образования, по сути создания адекватной потребностям рынка сферы образовательных услуг [1]. Одна из важнейших задач современного высшего образования – формирование специалиста, отвечающего новым реалиям жизни и будущей профессиональной деятельности. Востребованность высшего образования, стремление получить качественное высшее образование как основу профессионального и карьерного роста, увеличение количества образовательных учреждений формирует соответствующие требования к высшему образованию, в том числе и к выс-

шему медицинскому и фармацевтическому образованию.

Основной целью реформирования высшего образования в Кыргызской республике (КР) является создание саморазвивающейся, эффективной системы образования, которая будет способствовать экономическому подъему КР, совершенствованию человеческих ресурсов, обеспечению квалифицированными кадрами и удовлетворению образовательных запросов личности. Национальная программа реформирования здравоохранения «Манас таалими» определила структуру и основные позиции современной системы здравоохранения в КР, перспективы развития и приближения ее к международным стандартам, вопросы модернизации подготовки кадров, способных работать в условиях рыночной экономики, отвечающих новым реалиям жизни и профессиональной деятельности. Целью намеченной стратегии является совершенствование системы высшего медицинского и фармацевтического образования КР.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

направленное на повышение качества подготовки специалистов, способных эффективно работать в реальных социально-экономических условиях, с учетом приоритетов и региональных особенностей здравоохранения Кыргызстана, и соответствующих по своим профессиональным компетенциям международным требованиям [3].

Необходимость реформирования фармацевтического образования определяется не только происходящими преобразованиями в сфере общественных отношений, но и рядом иных причин:

- быстрое увеличение числа лекарств и интенсивный обмен ими в международном масштабе;
- существенные расходы на фармацевтические нужды (10-20 % от бюджета здравоохранения в странах Европы);
- смещение акцента в деятельности аптечной службы с приготовления на приобретение, хранение и

распределение лекарств, а также на пациента (информативно-консультативная служба);

- маркетинговые исследования, реклама, непосредственная работа с поставщиками, работа на должностях менеджера, маркетолога, дистрибьютера;
- проведение презентаций фирм или препаратов, симпозиумов, семинаров, участие в выставках;
- работа в условиях повышенной социальной напряженности в обществе;
- проблема рационального использования лекарственных средств;
- возрастающая доступность в международном масштабе новых и сложных по действию лекарств обуславливает повышение требований к контролю качества.

Выделяют три этапа в изменениях деятельности и профессиональной подготовки фармацевтических кадров в странах СНГ (таблица 1).

Таблица 1

Изменения в деятельности и профессиональной подготовке

Фармацевтическая практика	Образование
I этап: 1950- 1980 г.г. Изготовление и распределение лекарств	Доминирование химико-физических дисциплин, совершенствование организации аптечной службы.
II этап: 1980 - 2000 г.г. Уменьшение числа производственных аптек, специализация аптечной службы (по номенклатуре), увеличение процента готовых лекарственных форм, консультация пациентов	Доминирование медико-биологических дисциплин (патология, фармакотерапия, биология).
III этап: 2000 г. по настоящее время. Децентрализованная система лекарственного обеспечения, высокие технологии производства лекарств, информационная служба, рациональное применение лекарств, консультативная помощь населению.	Интенсивное развитие управления и экономики фармации (маркетинг), информатики, фармацевтической технологии, включая биотехнологию, фармакоэпидемиологии, клинической фармакологии, доказательной медицины, стандартизации, метрологии, сертификации и контроля качества лекарств.

Реализуя одну из приоритетных задач реформы фармацевтического образования по пересмотру и разработке образовательно-профессиональных стандартов, нами был изучен мировой опыт и рекомендации по совершенствованию фармацевтического образования. Анализ современного состояния высшего фармацевтического образования в странах европейского экономического сообщества показывает, что основные направления профессиональной деятельности фармацевта направлены на освоение теоретических знаний и практических навыков по технологии лекарственных форм; производству и контролю лекарственных средств; хранению и распределению лекарств через оптовое звено; изготовлению и распределению лекарств в аптечной сети; работу в аптеках лечебно-профилактических учреждений; получению научной информации. В программах преобладают такие предметы как фармакоэкономика, фармакоэпидемиология, рациональное использование лекарств, фармацевтическая опека пациентов. Критерии высшего фармацевтического базового образования в странах ЕЭС определены сроком обучения – не менее 5 лет; срок обучения теоретических дисциплин – не менее 4 лет; производственная практика – не менее 6 месяцев в аптечном учреждении. Анализ учебных

планов стран ЕЭС показывает, что в них отсутствуют такие предметы как физическое воспитание, иностранный язык, философия, военная подготовка [1].

Фармацевтическое образование Украины и Казахстана на сегодняшний день осуществляется по двухуровневой системе подготовки фармацевтических кадров; внедрена кредитно-модульная организация учебного процесса; введена рейтинговая многобалльная система оценки знаний студентов, работают программы по внедрению непрерывного профессионального образования.

В России для получения диплома провизора претендент должен получить полное пятилетнее образование по фармации, далее пройти одногодичную интернатуру. В учебные программы введены новые курсы и циклы, такие как фармацевтическая экология, фармацевтическая биоэтика, элективные курсы по гомеопатии и косметологии. Используются современные технологии и методы обучения: студенты работают с унифицированными системами Токси-лаб по токсикологической химии; проходят обучение инструментальным методам с помощью мультимедийных программ, созданы электронные учебники и электронная библиотека.

Учеными России на основе системного анализа тенденций трансформации внешней среды и функциональной деятельности специалистов сферы обращения лекарственных форм были определены разрывы концептуальной, технической и интегративной компетенции

фармацевтических специалистов, окончивших учебное заведение и занимающихся практической деятельностью, и предложен актуализированный Перечень фармацевтических специальностей (таблица 2) [1].

Таблица 2

Предлагаемый Перечень специальностей с высшим фармацевтическим образованием

Базовая специальность	Специализация	Сфера деятельности, возможная должность	Дополнительная специализация, должность
Фармация	Социальная фармация	Обслуживание населения и пациентов на амбулаторной ступени оказания медицинской помощи – провизор по обслуживанию населения	Управление и экономика фармации – Руководство деятельностью организаций сферы обращения лекарственных средств различного уровня
	Больничная (клиническая) фармация	Обслуживание пациентов на стационарной и полустационарной ступенях оказания медицинской помощи – провизор ЛПУ	
	Промышленная фармация и технология изготовления лекарственных форм	Производство фармацевтической продукции и биологически активных добавок (БАД) к пище. Мелкосерийное и аптечное производство ЛФ – провизор-технолог	
	Фармацевтический анализ. Управление качеством фармацевтической деятельности	Контроль качества фармацевтической продукции, БАД. Обеспечение и управление качеством деятельности различных организаций сферы обращения лекарственных средств – провизор по контролю качества	
	Фармацевтический маркетинг	Маркетинговые структуры фармацевтических компаний и организаций – провизор-маркетолог	
	Фармацевтический менеджмент и логистика	Подразделения фармацевтических организаций, обеспечивающих товародвижение фармацевтической и парафармацевтической продукции – провизор-менеджер	
	Фармацевтическая информация	Продвижение фармацевтической и парафармацевтической продукции; центра фармацевтической информации и т.п. – провизор-консультант, медицинский представитель	
	Аналитическая токсикология	Судебно-медицинская и химикотоксикологическая экспертиза – провизор-токсиколог	

Таким образом, вузы стран СНГ стремятся к уровню требований, выдвигаемых Всемирной федерацией медицинского образования и Международной фармацевтической федерацией.

В КР подготовку кадров с высшим фармацевтическим образованием с 1981 года осуществлял фармацевтический факультет Кыргызской государственной медицинской академии, с 1999 года дополнительно – Иссык-Кульский государственный университет в г. Каракол, с 2002 года – Ошский государственный университет. Однако после инспектирования последних вузов с 2005 года подготовка кадров с высшим фармацевтическим образованием осуществляется только фармацевтическим факультетом Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева.

Существующая система подготовки специалистов с фармобразованием выглядит следующим образом.

1. Среднее специальное образование:
 - 3 года на основе среднего общего образования.
2. Базовое высшее фармацевтическое образование:
 - 5 лет на основе среднего общего образования;
 - 3 года на основе среднего специального фармацевтического образования;
 - 2,5 лет на основе высшего медицинского, химического и биологического образования.

Однако существующая система фармацевтического образования в стране не в полной мере отвечает требованиям, которые предъявляются к нему как со стороны практического здравоохранения, так и со стороны потребителей медицинских и фармацевтических услуг. Существующая система подготовки фармацевтических кадров слабо адаптирована к новым целям и задачам процесса предоставления фармацевтических услуг населению и не обеспечивает конкурентоспособность

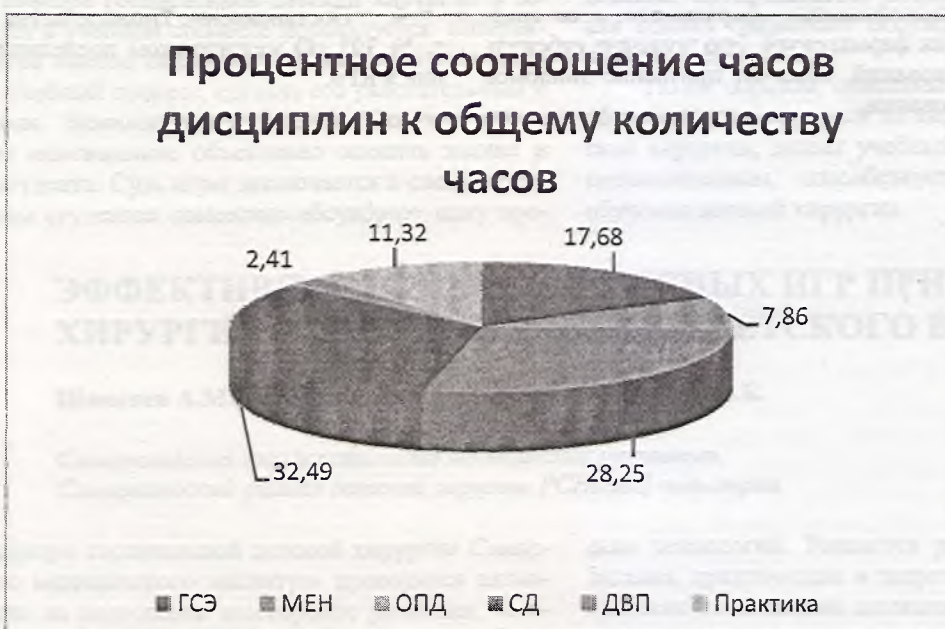
специалистов. Это связано, прежде всего, с тем, что преобладает отдельный дисциплинарный подход в преподавании, преобладание теоретического обучения над овладением практических навыков. Другая, но не менее важная причина – устаревшая материально-техническая база, которая требует обновления и пополнения современным оборудованием. Все это формирует уже в стенах учебного заведения отставание будущего специалиста от научного и практического прогресса отрасли, влияет на качество подготовки фармацевтических кадров.

В этой связи необходимо выделить основные направления, в рамках которых следует произвести серьезные изменения, предполагающие создание эффективно действующей системы фармацевтического образования, ориентированной на стратегические потребности отрасли здравоохранения. Следует определить единые задачи фармацевтического образования и политики здравоохранения, принципы кадрового планирования, разработать стандарты, соответствующие потребностям

общества и приближенные к международным стандартам обучения, обеспечив соответствующее соотношение теории и практики в учебном процессе и ресурсы для непрерывного образования на основе действенной нормативно-правовой базы медицинского и фармацевтического образования.

В целях решения поставленных задач начата реформа фармацевтического образования. В 2004 году утвержден Государственный образовательный стандарт по специальности 530005 «Фармация», в котором были отражены рекомендации ВОЗ: усиление консультативной роли фармацевта, усиление блока экономических дисциплин, внедрение стандартов ВОЗ. Для студентов фармацевтического факультета были добавлены новые предметы: нормальная анатомия, внутренние болезни, информационные системы в фармации, биофармацевтическая оценка в технологии лекарственных средств; увеличены часы по фармакологии, уменьшены часы по органической и токсикологической химиям (слайд 1).

Слайд 1



В настоящее время начата работа над стандартом третьего поколения, в котором будет уделено особое внимание интеграции учебного процесса по горизонтали и вертикали. В рамках реализации рекомендаций Всемирной федерации медицинского образования в образовательных программах будет преобладать акцент на смещение в профессиональной деятельности с исследований и разработки лекарственных средств на обеспечение здоровья пациента.

Таким образом, базовое фармацевтическое образование должно быть направлено на:

- общее образование по естественным и гуманитарным наукам;
- изучение основ управленческих, биологических, медико-биологических, клинических, фармацевтических, физических и социальных наук;
- опыт выработки навыков коммуникации, межличностного общения и решения проблем;

- основы социальных, этических, юридических и экономических знаний, необходимых для фармации и медико-санитарной помощи;

- опыт практической деятельности и обеспечение фармацевтической помощи в разных условиях и обстоятельствах современной фармацевтической практики.

Не менее актуальным остается вопрос создания системы непрерывного фармацевтического образования: базового, последиplomного образования и повышения уровня профессиональной компетенции на курсах повышения квалификации и специализации фармацевтических работников.

В КР законодательно утверждено положение о повышении квалификации через каждые 5 лет и обучение в интернатуре по специальности «Фармация» [2,4]. Однако, несмотря на действующие положения, в течение многих лет повышение квалификации практических работников не проводится. Краткосрочные курсы под-

готовки к аттестации и тематические циклы не могут заменить существовавшую ранее отработанную систему повышения квалификации. Для этого необходимо отработать систему повышения квалификации специалистов путем внедрения методов дистанционного обучения, перехода к накопительной системе зачетных единиц в течение каждого 5-летнего периода профессиональной деятельности между ресертификационными периодами.

Кроме того считаем целесообразным введение интернатуры на добровольных началах для выпускников фармацевтического факультета, желающих повысить свой профессиональный уровень по выбранной узкой специальности. Для этого необходимо предусмотреть механизм карьерного роста с учетом приобретенных в интернатуре компетенций.

С целью гармонизации требований к высшему фармацевтическому образованию необходимо внести некоторые изменения в номенклатуру (классификатор) специалистов с высшим и средним фармацевтическим образованием в учреждениях здравоохранения КР и присваивать специалистам с высшим фармацевтическим образованием квалификацию «фармацевт», а со средним – «помощник фармацевта». Это позволит избежать ошибочных толкований, облегчит признание дипломов о высшем образовании.

Таким образом, необходимы реформы как в содержании образовательных программ и технологий преподавания, ориентированных на международные стандарты и направленных на существенное улучшение качества образования, образовательных технологий, так и нормативно-правовой базы, обеспечивающей подготовку специалистов, обладающих высокими профессиональными знаниями и отвечающих внутренним потребностям страны в условиях динамичного развития современного общества.

Литература

1. Гармонизация высшего медицинского образования в России. Настоящее и будущее. Монография /Под ред. академика М.А.Пальцева. – М.: Издательский дом «Русский врач», 2007. – С. 9-16; 83-95; 187-199.
2. Закон КР «О лекарственных средствах», 2003 г.
3. Приказ МЗ и МОиН КР № 324 от 24.06.08. «Об утверждении стратегии реформирования высшего медицинского и фармацевтического образования в Кыргызской Республике».
4. Постановление Правительства КР от 31.07.2007 г. № 303 «О медицинском последипломном образовании в КР».

РОЛЬ ИНТЕРАКТИВНЫХ ИГР В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ НА КАФЕДРЕ ГОСПИТАЛЬНОЙ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Шамсиев А.М., Гаффаров У.Б., Атакулов Д.О., Шамсиев Ж.А., Юсупов Ш.А.

*Самаркандский государственный медицинский институт,
Самаркандский филиал детской хирургии РСНПМЦ педиатрии*

В процессе обучения студентов в медицинских вузах основополагающим является практическое занятие, на котором преподаватель обеспечивает управление формированием понятий и действия. Занятие должно объединять у студента восприятие и память, внимание и мышление и результат будет тем эффективнее, чем интенсивнее будет потребность и мотивация усвоения. Сотрудниками кафедры госпитальной детской хирургии Самаркандского медицинского института уделяется пристальное внимание повышению качества преподавания.

На кафедре госпитальной детской хирургии в течение 5 лет в учебном процессе используется интерактивная игра «метод снежков». Данная игра позволила оживить учебный процесс, сделать его увлекательным и интересным. Немаловажным является то, что метод позволяет максимально объективно оценить знания и навыки студента. Суть игры заключается в следующем, две группы студентов совместно обсуждают одну про-

блему или ситуацию с целью набора наибольшего количества правильных ответов. В роли проблемы могут быть использованы ситуационные задачи, заготовленные заранее или конкретный случай из практики. Каждый правильный ответ записывается как балл этой группе в виде «снежков». Ответ на каждый вопрос оценивается по 5 бальной системе: правильный, полный ответ – 5 баллов, правильный неполный ответ – 3 балла, неправильный ответ – 0 баллов. В конце игры баллы суммируются, выводится средний балл и оглашается студентам. В процессе игры устанавливается атмосфера доверия, преодолевается психологическое напряжение как помеха открытому обсуждению, концентрируется внимание студентов.

Таким образом, описанный метод интерактивного обучения, используемый на кафедре госпитальной детской хирургии, делает учебный процесс интересным и познавательным, способствует повышению качества обучения детской хирургии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТЕРАКТИВНЫХ ИГР ПРИ ИЗУЧЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Рахимов Ф.Э., Базаров Б.Б.

*Самаркандский государственный медицинский институт,
Самаркандский филиал детской хирургии РСНПМЦ педиатрии*

На кафедре госпитальной детской хирургии Самаркандского медицинского института проводится активная работа по подготовке всесторонне развитых, отвечающих требованиям современности, врачей общей практики.

Обучение проводится со студентами 6-7 курсов педиатрического факультета, 5-6 курсов лечебного факультета, 5-6 курсов факультета медицинской педагогики, а также магистрами, клиническими ординаторами, курсантами по детской анестезиологии и реаниматологии, детской хирургии факультета усовершенствования врачей. С ними проводятся теоретические и практические занятия. Созданы все условия для глубокого изучения заболеваний детского возраста.

Для повышения уровня оказания медицинской помощи населению врачи общей практики должны быть всесторонне подготовленными.

Основной целью проведения практических занятий является развитие восприятия, памяти, а также логического и клинического мышления.

На кафедре с большими успехами проводятся практические занятия с использованием новых педагогиче-

ских технологий. Решаются различные ситуационные задания, практические и теоретические стороны хирургических заболеваний детского возраста. «Ручка не середине стола» - один из видов интерактивных игр проводимых на кафедре. Предлагается задание всей группе (например: укажите осложнения дивертикула Меккеля). Каждый студент записывает на листе свой вариант ответа, а свою ручку передвигает не середину стола. Педагог контролирует работу группы и участие в ней каждого. Общий вариант записывается в тетради. При работе по этому методу можно использовать адаптированные задания обучающие и контролирующие программу. По данной методике подготовлены методические пособия в соответствии с календарно-тематическим планом.

Переход на эти методы обучения позволяет изменить мышление врача, ориентировать его не на болезнь, а на здоровье человека. Применение интерактивных игр к практическим занятиям повышает интерес к предмету, к науке и к врачебной деятельности.

КОНТРОЛЬ МИКРОБНОЙ КОНТАМИНАЦИИ ОБЪЕКТОВ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ СРЕДЫ И ОБОРУДОВАНИЯ В «ЧИСТЫХ ПОМЕЩЕНИЯХ» НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ ПРОИЗВОДСТВЕ В УСЛОВИЯХ ВНЕДРЕНИЯ GMP

Ануарбек Динара Исақызы

*Казахский Национальный Медицинский Университет имени С.Д. Асфендиярова
Кафедра микробиологии, иммунологии и вирусологии
г. Алматы, Казахстан*

Резюме. Исследование помещений выявило «критические точки» микробного загрязнения в «чистых помещениях»: ручки дверей, вытяжка (решетка), выключатели электричества, рабочая поверхность столов, стены, раковина для мытья посуды, которые не соответствуют СТ РК по показателям ОМЧ.

«Критическими точками» микробного загрязнения при исследовании оборудования являются места подсоединения дополнительных трубок к выходным отверстиям – кранам, соски для заполнения, щиты управления оборудованием. Они не соответствуют СТ РК по показателям ОМЧ и СанПиНу по показателям бактерии вида *E. coli*.

Были внесены предложения в программу санитарных мероприятий, проводимых на фабрике, в частности по изменению периодичности обработки моющими и дезинфицирующими средствами, как помещений, так и оборудования, улучшить контроль над сменой и очисткой технологической одежды.

THE CONTROL MICROBIC CONTAMINATION OBJECTS THE INDUSTRIAL ENVIRONMENT AND THE EQUIPMENT IN «PURE PREMISES» ON PHARMACEUTICAL MANUFACTURE IN CONDITIONS OF INTRODUCTION GMP

Anuarbek Dinara Isakyzy

The resume. Research of premises has revealed «Critical points» Microbic pollution in «Pure premises»: handles of doors, an extract (lattice), switches of an electricity, a working surface of tables, walls, a bowl for washing utensils which mismatch ST RK on parameters Total Microbic number.

«Critical points» Microbic pollution at research equipment places of connection additional tubes to exhaust outlets are - to cranes, dummies for filling, control panels the equipment. They mismatch ST RK on parameters Total Microbic number and Sanitary rules and norms on parameters of a bacterium of kind *E. coli*. Have been made offers in the program of the sanitary actions spent at factory, in particular on change of periodicity of processing washing and by disinfectants as premises, and equipment, to improve the control over change and clearing of technological clothes.

Целью настоящего исследования являлось определение и оценка степени микробиологической чистоты объектов производственной среды и оборудования в «чистых помещениях» на фармацевтической фабрике г. Алматы в условиях внедрения GMP.

Как известно, источниками биологического загрязнения на фармацевтическом производстве могут являться персонал и объекты производственной среды: рабочие поверхности, пол, стены, потолок, работающее оборудование, воздух, вода и пр. [1,2].

Правильно налаженная система микробиологического мониторинга производственной и технологической сред позволит своевременно выявлять «критические точки» на производстве и целенаправленно разрабатывать мероприятия по снижению количества посторонней микрофлоры [3].

Материалы и методы исследования.

Нами были обследованы производственные помещения цеха жидких и мягких лекарственных форм, цеха твердых лекарственных форм, комнаты отбора проб (табл. 1).

Перечень производственных помещений и оборудования

№ п/п	Помещения	Установленные оборудования
Цех жидких и мягких лекарственных форм		
1.	Приготовления жидких форм 1	Реактор сироповарочный - выход Цистерна для отстаивания
2.	Приготовления жидких форм 2	Реактор сироповарочный - вход
3.	Приготовления жидких форм 3	-
4.	Расфасовка во флаконы	Оборудования для заполнения и закупоривания
5.	Подача флаконов	Оборудование для продувки флаконов
6.	Приготовление мягких форм	Реактор для приготовления мягких форм
7.	Весовая	-
8.	Воздушный шлюз	-
9.	Моечная комната	-
10.	Комнаты для переодевания 1,2	-
11.	Офис	-
12.	Коридор	-
13.	Холл	-
Цех твердых лекарственных форм		
14.	Приготовления таблеток 1	Машина для изготовления таблеток
15.	Приготовления таблеток 2	Машина для изготовления таблеток
16.	Сушильная камера	Паровая сушилка
17.	Блистеровочная	Блистероупаковочная машина
18.	Влажного гранулирования	Гранулятор
19.	Наполнения капсул	Машина для заполнения капсул
Комнаты отбора проб		
20.	Комната отбора проб	Ламинарная кабина
21.	Воздушный шлюз	-
22.	Комната для переодевания	-

Примечание: В помещениях под номером 3, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 21, 22 оборудования не установлены, отбор проб производился с рабочих поверхностей.

Точки и кратность их микробиологического обследования определялись в соответствии с МУ «Методы контроля. Микробиологический мониторинг производственной среды» [4]. Исследования проводились мето-

дом смыва тампонами, рекомендованным МУ и СанПиН [4,5]. Результаты исследований оценивали на соответствие действующим нормативам (табл.2)

Таблица 2

Допустимые уровни микробной обсемененности объектов производственной среды и оборудования в эксплуатационном состоянии

№ п/п	Нормативы	ОМЧ (общее микробное число)	Дрожжевые и плесневые грибы	Бактерии вида E. coli	Бактерии вида Staphylococcus aureus
1.	По СТ РК [6]	50 Ø 55мм, КОЕ/пластину	Не нормируются	Не нормируются	Не нормируются
2.	По СанПиН РК [5]	Не нормируются	Не нормируются	Отсутствие КОЕ/25 см ²	Отсутствие КОЕ/25 см ²

Результаты

При исследовании помещения №1, 2, 3 (Табл. №1) наиболее контаминированными микроорганизмами, точками были ручки дверей – КОЕ свыше 300/25 см²/ручку двери, обнаруживались спорообразующие грамположительные микроорганизмы. В помещениях №4, 2, 6, 8, 10 (Табл. №1) КОЕ свыше 300/25 см² наблюдались в следующих точках: вытяжка (решетка), выключатели электричества, стены, были обнаружены спорообразующие грамположительные микроорганизмы. В помещении №9 (Табл. №1) со стола у раковины (КОЕ 225/25 см²) и стола для высушивания чистой по-

суды (КОЕ 140/25 см²) были обнаружены ассоциация спорообразующих грамположительных микроорганизмов и дрожжевых и плесневых грибов.

Исследование сироповарочного реактора и цистерны для отстаивания показало, что наиболее микробнозагрязненными точками являются места подсоединения дополнительных трубок к выходным отверстиям, где КОЕ свыше 300/1отверстие – спорообразующие грамположительные и микроорганизмы бактерии вида E. coli, дрожжевые и плесневые грибы. Из сосков оборудования для заполнения и закупоривания были выделены бактерии вида E. coli. Со щитов управления оборуду-

дованиями были обнаружены спорообразующие грамположительные микроорганизмы, КОЕ свыше 300/25 см². На пуансоне машины для изготовления таблеток обнаруживались бактерии вида *Staphylococcus epidermidis*.

Выводы.

1. Помещения Приготовление жидких форм 1,2,3, Расфасовка во флаконы, Приготовление мягких форм, Моечная комната, Воздушный шлюз, Комнаты для переобувания не соответствуют СТ РК по показателям ОМЧ.

2. «Критические точки» микробного загрязнения в «чистых помещениях»: ручки дверей, вытяжка (решетка), выключатели электричества, рабочая поверхность столов, стены, раковина для мытья посуды.

3. Оборудования: сироповарочный реактор, для заполнения и закупоривания, цистерна для отстаивания не соответствуют СТ РК по показателям ОМЧ, не соответствуют СанПиНу по показателям бактерии вида *E. coli*.

4. «Критические точки» микробного загрязнения при исследовании оборудований: места подсоединения дополнительных трубок к выходным отверстиям – кранам, соски для заполнения, щиты управления оборудованием.

5. Обнаружение бактерии видов *E. coli*, *Staphylococcus epidermidis* может свидетельствовать о роли персонала как источника загрязнения оборудования.

6. В программу санитарных мероприятий, проводимых на фабрике, следует внести изменения по повыше-

нию периодичности обработки моющими и дезинфицирующими средствами, как помещений, так и оборудований, улучшить контроль над сменой и очисткой технологической одежды.

Литература

1. Уайт В. Технология чистых помещений. Основы проектирования, испытаний и эксплуатации//Москва, «Клирум», 2002.

2. Попов А.Ю. Система анализов рисков. Биологический опасный фактор и превентивные меры контроля. Чистые помещения и технологические среды//РФ, «Эй Пи Интернэшнл» 2004.

3. МУ «Микробиологический мониторинг производственной среды». Приложение к санитарным правилам СП 3.3.2.015 «Производство и контроль медицинских иммунобиологических препаратов для обеспечения их качества. Good Manufacturing Practice», утвержденным Постановлением Госкомсанэпиднадзора России N 8 от 12.08.94

4. МУ «4. Методы контроля. Микробиологический мониторинг производственной среды» –МУК № 4.2.734-99.

5. СанПиН «Устройство, оборудование и эксплуатация аптечных организаций» – № 3.01.078.02.

6. Госстандарт Республики Казахстан. «Производство Лекарственных Средств. Надлежащая Производственная Практика» – СТ РК 1617-2006.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОМПЕНСАТОРНО-ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ ФОСФОРА

Аризов Б.

Южно-Казахстанская Государственная медицинская академия, Чимкент, Казахстан

Түйін: Бұл мақалада эксперименттік зерттеу барысында егеуқұйрықтардың ірі қан тамырлар қабырғаларында сары фосфордың улануы әсерінде туындалатын морфологиялық өзгерістер баяндалады. Негізгі өзгерістер ұйқы артерияларының ішкі және орта қабаттарында байқалған құрылымдық өзгерістері: дәнекерленуі, ядро пішінінің өзгерісі, миоцит ядроларының ыдырауы келтірілген.

Summary. The morphological changes in the large blood vessels walls of the rats after the influence of the lead are described in the article. The principal changes pass in the sleepy and leg arteries;

Введение. Желтый фосфор относится к самой летучей и активной форме фосфора. Он мягок, легко растворим в различных органических растворителях. В темноте он флуоресцируется бледно-желтым цветом. При обычной температуре он испаряется с образованием желтого тумана, который стелется по низу, так как в 4,3 раза тяжелее воздуха. Технологический процесс получения желтого фосфора сопровождается выделением в воздушную среду производственных помещений ряда токсических веществ (пары желтого фосфора, с оксидом фосфора, фосфином и фтористым водородом) содержание которых во много раз превышает ПДК. В печном цехе загазованность фосфористым водородом достигает 5,2 мг/м³, элементарным фосфором 0,18 мг/м³. В отдельных участках печных цехов количество вредных веществ достигают величин, превышающих ПДК в 10-12 раз.

Анализ состояния воздушной среды и производственных помещений основных и вспомогательных цехов Чимкентского производственного объединения «Фосфор» (ЧПО) показал, что наиболее высокое содержание фосфорных соединений обнаружено в воздухе печных цехов [1,2,3]. Содержание фосфина превышает ПДК в 280 раз, а фосфорного ангидрида - в 94 раза. Среднее содержание вредных веществ в целом по печным цехам в течение 5 лет (1982-1987) превышало ПДК по фосфину в 5 раз, по фосфорному ангидриду - в 1,4 раза, по фтористому водороду - в 12, по элементарному фосфору - в 3 раза [4,5].

Проблема фосфорной интоксикации у людей, работающих в фосфорном производстве, остается остро актуальной и по сей день. Хронические интоксикации отмечаются на фосфорных производствах различных стран мира.

Многими исследованиями по санитарно-гигиеническим нормам показано, что концентрации основных вредных соединений фосфора (желтый фосфор - ПДК -0,03 мг/м³, фосфин - ПДК -0,05 мг/м³ и др.) в производственных помещениях более чем в 10 раз превышает ПДК. Эти фосфорные соединения в организм могут поступать различными путями и вызывать

острое и хроническое отравление. Наиболее опасно пероральное и ингаляционное поступление паров желтого фосфора. Несмотря на быструю окисляемость, пары фосфора постоянно определяются в воздухе производственных помещений, превышая ПДК в несколько раз. Он переходит в фосфорный альдегид (P₂O₂), фосфорный водород (PH₂), трех и четырех оксид, которые обладают выраженным токсическим действием.

Таким образом, рабочие вредных цехов фосфорного производства подвержены воздействию ряда токсических соединений. Оксид фосфора обладает, в основном, общетоксическим действием. Фосфорный ангидрид может вызвать отек кожи и слизистых оболочек, экзему, дерматиты, местные аллергические реакции.

Желтый фосфор в элементарном состоянии вызывает выраженное общетоксическое действие, разовая летальная доза его для человека при приеме внутрь составляет в среднем 0,08г [6,7,8].

В связи с изложенным большую научную и практическую значимость представляет всестороннее изучение фосфора на строение сердечно-сосудистой системы.

Цель исследования. Рассмотреть динамику структурных преобразований в стенках магистральных сосудов при воздействии желтого фосфора при экспериментальном исследовании.

Материалы и методы. Было проведено экспериментальное исследование изучения действия желтого фосфора на 110-и белых беспородных крысах самцах, массой 180-220 гр. Затравка производилась путем интрагастрального введения 0,1% масляного раствора желтого фосфора из расчета 10 мг/кг массы тела. Животных забивали путем декапитации после окончания 192-ти часового курса введения желтого фосфора. Артерии фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина. Изготавливали парафиновые срезы толщиной 5-7 мкм, которые окрашивались гематоксилин-эозином, по Ван-Гизону и Орсеином.

Результаты исследования и их обсуждение. Через 48 часов воздействия желтого фосфора на крыс, морфологические изменения стенки общих сонных артерии были более выражены. Ядра многих эндотелиоцитов в

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОМПЕНСАТОРНО-ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ ФОСФОРА

отличие от нормы на поперечных срезах выглядели удлиненными. Складки внутренней эластической мембраны во многих участках срезов были разглажены. Толщина её, в сравнении с контролем, достоверно ($p < 0,5$) увеличилась более, чем на 0,3 мкм (табл. 1, рис. 1).

Толщина средней оболочки составила $47,4 \pm 0,13$ мкм и в сравнении с контролем, достоверно уменьшилась (табл. 1, рис.3).

Таблица 1

Морфометрические изменения стенки общей сонной артерии крысы

Сроки воздействия (время)	Толщина внутренней эластической мембраны (мкм)		Количество гладкомышечных клеток (ряды)		Толщина средней оболочки (мкм)	
	контроль	опыт	контроль	опыт	контроль	опыт
24	$2,25 \pm 0,06$ $\delta = 0,7$	$2,26 \pm 0,18$ $\delta = 1,0$	$2,7 \pm 0,09$ $\delta = 1,4$	$2,6 \pm 0,10$ $\delta = 0,7$	$49,8 \pm 0,25$ $\delta = 0,8$	$47,6 \pm 0,05$ $\delta = 1,2$
48	$2,25 \pm 0,06$ $\delta = 1,0$	$2,29 \pm 0,07$ $\delta = 0,8$	$2,7 \pm 0,09$ $\delta = 1,4$	$2,5 \pm 0,12$ $\delta = 1,1$	$49,8 \pm 0,25$ $\delta = 0,8$	$47,4 \pm 0,13$ $\delta = 1,5$
192	$2,25 \pm 0,06$ $\delta = 0,7$	$2,30 \pm 0,25$ $\delta = 1,1$	$2,7 \pm 0,09$ $\delta = 1,4$	$2,3 \pm 0,20$ $\delta = 0,9$	$49,8 \pm 0,25$ $\delta = 0,8$	$46,3 \pm 0,18$ $\delta = 0,7$

мкм.



Рис. 1. Изменения толщины ВЭМ стенки общей сонной артерии после воздействия желтого фосфора.

Отдельные эластические мембраны были несколько утолщены или истончены. Некоторые эластические мембраны в отдельных участках были распрявлены. Количество рядов гладкомышечных клеток, в сравнении с контролем, достоверно не изменилось. Ядра гладкомышечных клеток чаще были удлинены и ориентированы по отношению к продольной оси сосуда циркулярно.

Определялось некоторое увеличение кислых ГАГ по сравнению с контролем и предыдущим сроком опыта.

Наружная оболочка сохраняла «рыхлое» строение. В ней начали постепенно встречаться немногочисленные эластические и коллагеновые волокна. Отдельные эластические волокна сети адвентициальной оболочки были утолщены. В некоторых участках этой оболочки также определялось небольшое количество кислых

ГАГ. В наружной оболочке в некоторых срезах определялись полнокровные микроциркуляторные сосуды.

Изменения стенки общей сонной артерии крысы через 192 часа воздействия желтого фосфора были существенными. По ходу внутренней эластической мембраны определялись участки утолщения и сглаженности её рельефа. Складки местами были растянуты, в этих участках они напоминали «кармашки» и располагались на разном расстоянии друг от друга. Ядра эндотелиоцитов часто располагались у основания складок, многие ядра имели вытянутую форму. В сравнении с контролем, толщина внутренней мембраны стала толще (более, чем на 0,04 мкм); разница величин по сравнению с контролем достоверно ($p < 0,5$). Однако, в сравнении с предыдущим сроком воздействия, её толщина достоверно не увеличилась (табл. 1, рис. 2).

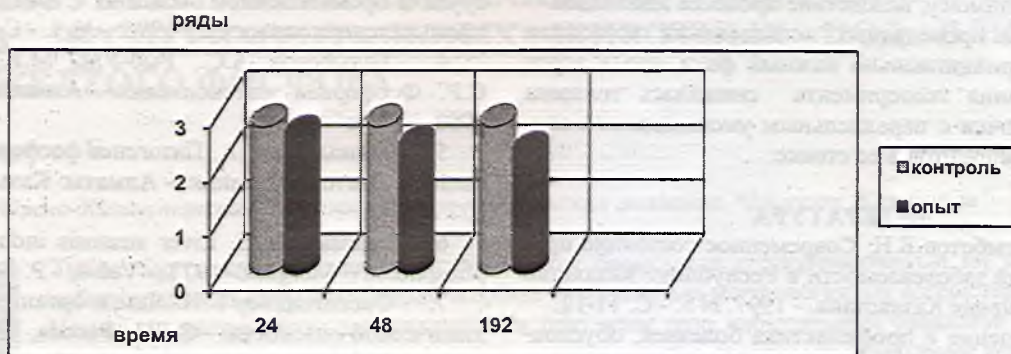


Рис. 2. Изменения количества рядов ГМК средней оболочки стенки общей сонной артерии после воздействия желтого фосфора.

Толщина средней оболочки достоверно уменьшилась в сравнении с предыдущим сроком воздействия и группой интактных крыс. Количество рядов гладкомышечных клеток достоверно не изменилось в сравнении, как с контролем, так и с предыдущими сроками воздействия. Некоторые ядра гладкомышечных клеток прилежали вплотную к внутренней эластической мембране и, располагаясь между её складками, выглядели изогну-

тыми, как будто бы удвоенными. Внутри набухшей цитоплазмы отдельных гладкомышечных клеток при иммерсионной микроскопии определялись прозрачные микрополости неправильно - угольчатой формы.

Между эластическими мембранами средней оболочки определялись многочисленные резко извитые, тонкие и мелкоскладчатые эластические волокна, а также грубые коллагеновые волокна.

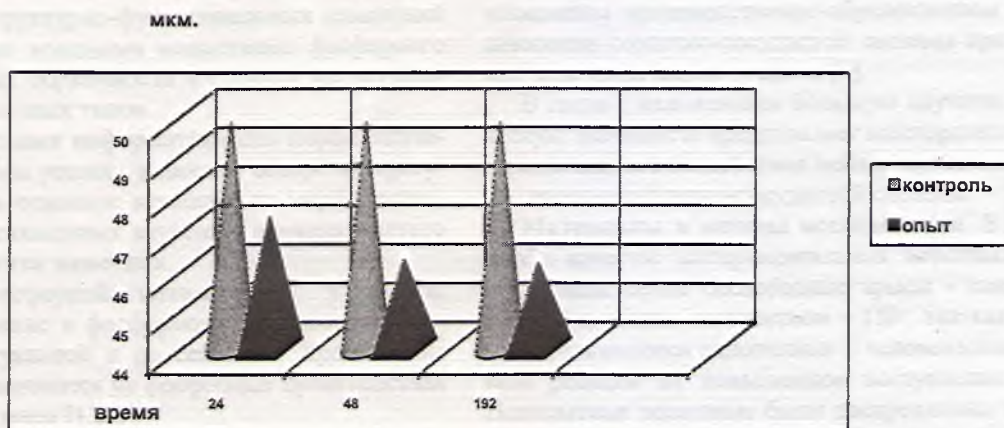


Рис. 3. Изменения толщины средней оболочки стенки общей сонной артерии после воздействия желтого фосфора.

Наружная эластическая мембрана выглядела местами складчатой или растянутой, по сравнению с контролем была несколько неравномерно утолщена. Во всех исследованных срезах определялись немногочисленные утолщенные и истонченные фрагменты эластических волокон, которые вступали в соединение с наружной эластической мембраной. Отмечалось также некоторое увеличение количества коллагеновых волокон. Содержание кислых гликозаминогликанов было несколько большим, чем в предыдущий период эксперимента, распределение их в стенке было неравномерным. В некоторых срезах определялись полнокровные микроциркуляторные сосуды.

Таким образом защитно-приспособительная реакция тканевых компонентов стенки общей сонной артерии крыс в условиях воздействия желтого фосфора выражалась в утолщении внутренней эластической мембраны, изменении формы, количества и расположения её складок. Начиная с 24 часа воздействия желтого фосфора становилась более тонкой средняя оболочка, в которой уменьшалось количество рядов гладкомышечных клеток, развивался эластоз. В наружных участках средней оболочки становилась более компактной сеть коллагеновых волокон. В наружной оболочке выравнивался рельеф наружной эластической мембраны, увеличивалось содержание кислых ГАГ. Эти изменения на отда-

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОМПЕНСАТОРНО-ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ ФОСФОРА

ленных сроках воздействия сохранялись на одном уровне, по-видимому, вследствие процесса адаптации.

Результаты проведенных исследований позволили установить принципиально важный факт, что в аорте после окончания эксперимента снижалась толщина средней оболочки с параллельным уменьшением количества рядов миоцитов в ее стенке.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айтбембетов Б.Н. Современное состояние профессиональной заболеваемости в Республике Казахстан // *Здравоохранение Казахстана*. - 1997. N 5. - С. 11-12.
 2. Выявление и профилактика болезней, обусловленных характером работы. - Женева: Швейцария, 1987. - С. 11-17.

3. Измеров Н.Ф. Актуальные проблемы медицины труда и промышленной экологии // *Медицина труда и промышленная экология*. - 1996. - № 1. - С. 1-4.
 4. Толыбеков А.С., Рыс-Улы М.Р., Рузудинов С.Р. Фосфорная интоксикация.- Алматы: Казахстан, 1991. - 374 с
 5. Кулкыбаев Г.А. Патогенез фосфорной интоксикации и факторы питания. - Алматы: Казахстан, 1994. - 377 с.
 6. Diansani M.U. Liver steatosis induced by white phosphorus // *Morgani*.- 1972. - Vol. 1. - P. 1-23.
 7. Оксенгендлер Г.И. Яды и организм. Проблемы химической опасности. - С. Пб.: Россия, 1991. - С. 41.
 8. Козловский В.А., Дардик А.Г. Вопросы труда в фосфорной промышленности // *Актуальные вопросы гигиены и брорбы с инфекционными заболеваниями в Казахстане*. - 1980. - С. 15-20.



СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СОСУДАХ У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ ПОД ВЛИЯНИЕМ ЖЕЛТОГО ФОСФОРА

Аризов Б.

Южно-Казахстанская Государственная медицинская академия, Чимкент, Казахстан

Түйін. Бұл мақалада эксперименттік зерттеу барысында егеуқұйрықтардың ірі қан тамырлар қабырғаларында сары фосфордың әсерінде туындалатын морфологиялық өзгерістер баяндалады. Негізгі өзгерістер колка артерияларының ішкі және орта қабаттарында байқалған құрылымдық өзгерістері: дәнекерленуі, ядро пішінінің өзгерісі, миоцит ядроларының ыдырауы келтірілген.

Summary. The morphological changes in the large blood vessels walls of the rats after the influence of the lead are described in the article. The principal changes pass in the sleepy and leg arteries.

Введение. Фосфорная промышленность в Казахстане является одной из ведущих отраслей. Удельный вес ее среди государств СНГ составляет более 90 %.

В настоящее время среди экстремальных факторов окружающей среды, оказывающих влияние на функции организма, особенно выделяется фосфорное производство. На сегодняшний день существует довольно обширная литература, посвященная изучению механизмов воздействия фосфора, а также разработке мер профилактики ее вредного воздействия на организм.

Однако при этом недостаточно изучены морфологические основы структурно-функциональных изменений при интоксикации вредными веществами фосфорного производства и их обратимости в стенках магистральных артерий различных типов.

Поэтому, учитывая информативность морфологических процессов, мы решили в данном обзоре литературы сосредоточить основное внимание на морфологических работах, посвященных изучению влияния желтого фосфора на организм животных.

Проблема фосфорной интоксикации у людей, имеющих отношение к фосфорному производству, остается остро актуальной и по сей день. Хронические интоксикации отмечаются на фосфорных производствах различных стран мира [1,2,3].

Многими исследованиями по санитарно-гигиеническим нормам показано, что концентрации основных вредных соединений фосфора (желтый фосфор - ПДК -0,03 мг/м³, фосфин - ПДК -0,05 мг/м³ и др.) в производственных помещениях Казахстана более чем в 10 раз превышает ПДК. Эти фосфорные соединения в организм могут поступать различными путями и вызывать острое и хроническое отравление. Наиболее опасно пероральное и ингаляционное поступление паров желтого фосфора [3,4,5]. Описаны случаи попадания желтого фосфора в организм через поврежденную кожу. Несмотря на быструю окисляемость, пары фосфора постоянно определяются в воздухе производственных помещений, превышающая ПДК в несколько раз. Он переходит в фосфорный альдегид (P₂O₂), фосфорный водород (PH₂), трех и четырех оксид, которые обладают выраженным токсическим действием.

Таким образом, рабочие вредных цехов фосфорного производства подвержены воздействию ряда токсических соединений. Оксиды фосфора обладают, в основном, общетоксическим действием. Фосфорный ангидрид может вызвать отек кожи и слизистых оболочек, экзему, дерматиты, местные аллергические реакции.

Желтый фосфор в элементарном состоянии вызывает выраженное общетоксическое действие, разовая летальная доза его для человека при приеме внутрь составляет в среднем 0,08г [2,6,7].

Экспертами ВОЗ неоднократно обсуждался вопрос о возможном производственно-обусловленном характере патологии сердечно-сосудистой системы при воздействии ряда химических веществ [9].

В связи с изложенным большую научную и практическую значимость представляет всестороннее изучение отрицательного воздействия неблагоприятных факторов на строение сердечно-сосудистой системы.

Материалы и методы исследования. В данной работе в качестве экспериментальных животных были использованы белые беспородные крысы - самцы массой 140-160 г, общим количеством - 110, так как именно у крыс развиваются однотипные с человеческим организмом реакции на повышенное поступление фосфора. Подопытные животные были распределены по сериям, 30 из них были контрольными. Было принято две серии исследований - I-й серии было изучено действие острой фосфорной интоксикации от 0 до 192 часов смоделированная путем интрагастрального введения 0,1% масляного раствора желтого фосфора из расчета 10 мг/кг массы тела. Животных забивали путем декапитации, после окончания 192 часового курса введения желтого фосфора. Сосуды фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина. Изготавливали парафиновые среды толщиной 5-7 мкм, которые окрашивались гематоксилин-эозином, орсеином.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследование влияния желтого фосфора мы начинали с измерения динамики массы тела экспериментальных животных через 24,48 и 192 часов воздействия желтого фосфора. Наблюдая за динамикой массы тела крыс в течение эксперимента следует отметить, что в первые 48 часов опыта происходило значимое снижение ее по

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СОСУДАХ У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ ПОД ВЛИЯНИЕМ ЖЕЛТОГО ФОСФОРА

сравнению с животными параллельного контроля, и достигало своего минимума к концу эксперимента. Такое изменение массы тела животных в первую неделю эксперимента вообще характерно для воздействия большинства экстремальных факторов и может быть объяснено развитием стресса (рис. 1). Сходные результаты были получены Н.А.Жуманазаровым с соавт.,

масса

(2000) который установил, что в начале эксперимента под воздействием фосфорной интоксикации, масса тела животных снижалась по сравнению с контролем. В дальнейшем происходило постепенное увеличение массы тела вплоть до конца срока действия патогенного фактора.



Рис. 1. Изменение массы тела крыс при воздействии желтого фосфора.

Исследования показали, что структурные изменения в стенках крупных артерий появлялись уже от начала эксперимента и проявлялись во всех трех ее оболочках. Внутренняя эластическая мембрана была резко и значительно утолщенной и образовывала неравномерные складки. Со стороны просвета сосуда к ней прилежал эндотелий, ядра которого были удлинены и располагались на вершине складок примерно на одинаковом расстоянии друг от друга.

В просвете сосуда, как правило, находилось большое количество форменных элементов крови. По сравнению с параллельным контролем обнаруживались выраженные явления гиперэластоза. Эластические мембраны средней оболочки были значительно утолщены по срав-

нению с животными параллельного контроля. Однако, выраженность гиперэластоза в средней оболочке аорты была все же меньше.

В средней оболочке сосуда между эластическими мембранами в один ряд располагались миоциты, ядра которых имели овальную или удлинненную форму. В отдельных участках стенки были видны безъядерные зоны. В этих участках обнаруживали избыточное развитие соединительной ткани. Распределение гликозаминогликанов было неравномерно. В наружной оболочке аорты грубых морфологических изменений не обнаруживали. Иногда на поперечных срезах можно было видеть единичные утолщенные эластические волокна и расширенные гемомикрососуды.

Таблица 1

Морфометрические изменения стенки брюшной аорты крыс

Сроки воздействия в час	Толщина внутренней эластической мембраны (мкм)		Количество гладкомышечных клеток (ряды)		Толщина средней оболочки (мкм)	
	контроль	опыт	контроль	опыт	контроль	опыт
24	4,10±0,09 δ=1,1	4,08±0,05 δ=0,7	7,20±0,09 δ=0,9	7,1±0,27 δ=1,2	90,6±0,18 δ=1,3	88,55±0,07 δ=1,2
48	4,10±0,09 δ=1,1	4,10±0,08 δ=0,9	7,20±0,09 δ=0,9	7,41±0,20 δ=0,8	90,6±0,18 δ=0,9	89,8±0,11 δ=1,2
192	4,10±0,09 δ=0,8	4,12±0,07 δ=1,4	7,20±0,09 δ=0,9	6,95±0,18 δ=0,9	90,6±0,18 δ=1,1	88,7±0,18 δ=1,1

мкм.

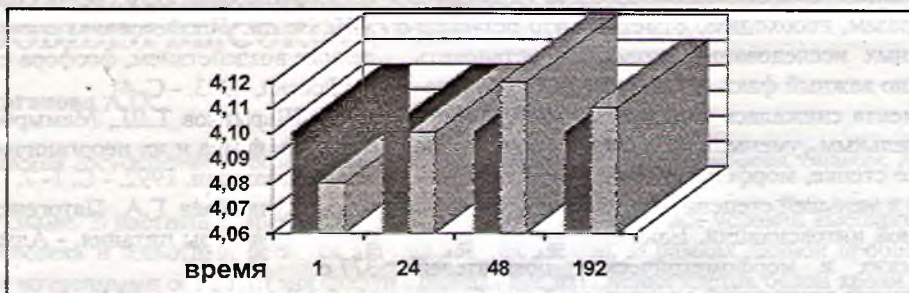


Рис. 2. Изменения толщины ВЭМ стенки брюшной аорты после воздействия желтого фосфора.

■ контроль □ опыт

ряды

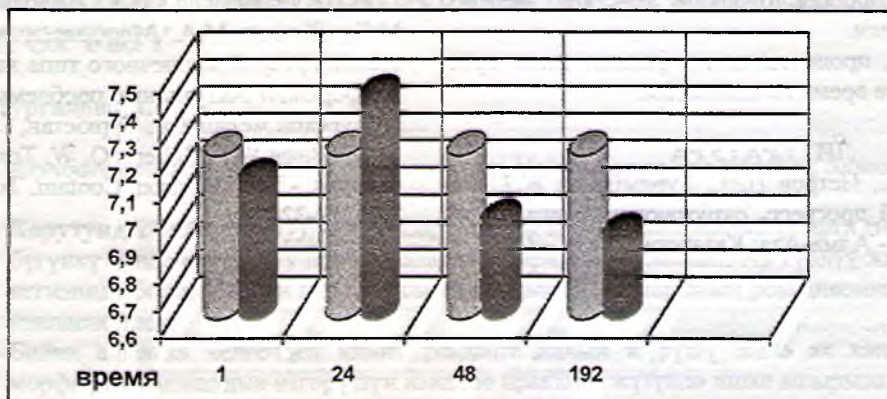


Рис. 3. Изменения количество рядов ГМК стенки брюшной аорты после воздействия желтого фосфора.

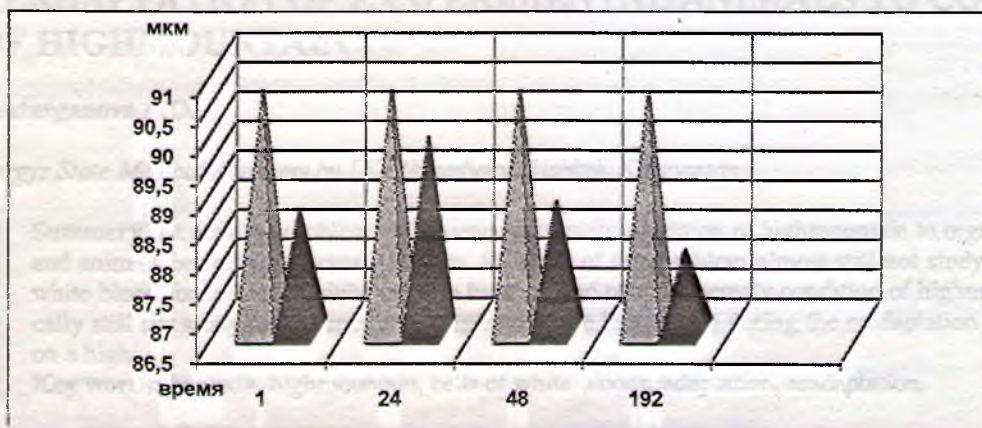


Рис. 4. Изменения толщины средней оболочки брюшной аорты после воздействия желтого фосфора.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СОСУДАХ У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ ПОД ВЛИЯНИЕМ ЖЕЛТОГО ФОСФОРА

Результаты проведенных исследований позволили установить принципиально важный факт, что в аорте после окончания эксперимента снижалась толщина средней оболочки с параллельным уменьшением количества рядов миоцитов в ее стенке.

Таким образом, необходимо отметить, что результаты проведенных исследований позволили установить принципиально важный факт, что в аорте после окончания эксперимента снижалась толщина средней оболочки с параллельным уменьшением количества рядов миоцитов в ее стенке, морфологические изменения были выражены в меньшей степени через 24 часа, чем 192 часа фосфорной интоксикации. Наибольшие изменения морфологических и морфометрических показателей касались толщины внутренней эластической мембраны и толщины средней оболочки. Явления гиперэластоза были наиболее выражены при воздействии желтого фосфора через 192 часа. Выявления структурно-функциональных изменений отражает особенности приспособления сосудистой стенки к токсическим веществам.

Выводы. 1. Все изменения, происходящие в стенках артерий, прямо пропорциональны действию желтого фосфора во времени.

2. Изменения, происходящие в разных слоях артерий, в одно и тоже время неодинаковы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Попов Г.А., Петров П.П., Турлыбеков Ж.Т. Научно-технический прогресс, окружающая среда и здоровье населения. - Алма-Ата: Казахстан, 1984. - С. 20.

2. Стрелюхина Н.А., Айтбембетов Б.Н. Патоморфология интоксикация желтым фосфором. // Гигиена труда, профессиональная патология и токсикология - 1982. - № 4. - С. 12-16.

3. Атабаев Б.А., Белоскурская Г.И. Айтбембетов Б.Н., и др. Профессиональные заболевания, обусловленные воздействием фосфора его соединений. - Москва: Россия, 1983. - С. 41.

4. Шарманов Т.Ш., Мамырбаев А.А. Токсикология фосфора, фтора и их неорганических соединений. - Алматы: Казахстан, 1992. - С. 1-7.

5. Кулқыбаев Г.А. Патогенез фосфорной интоксикации и факторы питания. - Алматы: Казахстан, 1994. - 377 с.

6. Даулетбакова М.И., Бардыходжин М.Т., Орманов Н.Ж. Профессиональные интоксикации фосфором и его неорганическими соединениями. - Алма-Ата: Казахстан, 1989. - С. 33.

7. Онищенко Г.Г. Гигиенические задачи в обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения на современном этапе // Гигиена и санитария. - 1999. - № 1. - С. 3-8.

8. Жуманазаров Н.А., Шапамбаев Н.З., Сματος М.Е., Жакаев М.А. Морфологическая характеристика стенок артерий мышечного типа на фоне интоксикации фосфором. // Актуальные проблемы клинической и теоретической медицины. Туркiстан, 2000. -С.161-164.

9. Birge W.J., Roberts O. W. Toxicity of metals to chick embryos. - Bull. Environ. Contam. Toxicol., 1976, V. 16, № 3, P. 319-324.

ЦИТОХИМИЧЕСКИЕ И УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КЛЕТОК ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ АДАПТАЦИИ И РЕАДАПТАЦИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ К УСЛОВИЯМ ВЫСОКОГОРЬЯ

Бектурганова А.О.

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

Резюме. В настоящее время проблема влияния экстремальных условий высокогорья на организм человека и животных остается актуальной проблемой. В рамках данной проблемы практически не изученными остаются морфофункциональные изменения клеток белой крови при реадaptации после пребывания в условиях высокогорья.

Ключевые слова: гипоксия, высокогорье, клетки белой крови, адаптация, реадaptация.

БИЙИК ТООЛУУ ШАРТТА ТАЖРЫЙБА ЖҮРГҮЗҮЛҮҮЧҮ ЖАНЫБАРЛАРДЫН АДАПТАЦИЯ ЖАНА РЕАДАПТАЦИЯНЫН ТААСИРИ АСТЫНДА ПЕРИФЕРИЯЛЫК КЛЕТКАЛАРЫНЫН ЦИТОХИМИЯЛЫК ЖАНА УЛЬТРАСТРУКТУРАЛЫК ӨЗГӨРҮШҮ

Бектурганова А.О.

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

Корутунду. Бийик тоолуу катаал шарттардын адамга жана жаныбарларга тийгизген терс таасири бүгүнкү күндө актуалдуу проблемалардын бири болуп саналат. Ар түрдүү жагымсыз шарттардын негизинде бийик тоонун гипоксиясы ак кандын клеткаларынын реакциясына алып келиши толук изилдене элек.

Бийик аймакка келгенден кийин реадaptациянын жүрүшү жана ак кандын клеткаларынын морфофункционалдык өзгөрүшүн изилдөө практика жүзүндө ишке ашырыла элек.

Негизги сөздөр: гипоксия, ак кан клеткалары, адаптация, реадaptация.

CYTOCHEMICAL AND ULTRASTRUCTURAL CHANGES OF PERIPHERIAL BLOOD CELLS DURING THE ADAPTATION AND READAPTATION OF EXSPERIMENTAL ANIMALS TO CONDITION OF HIGHMOUNTAIN

Bekturganova A.O.

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

Summery. At now the problem of influence extremely condition of highmountain to organism of human and animals be left over actual problem. In frame of this problem almost still not study the reaction of white blood for influence highmountain hypoxia and other extremely condition of highmountain. Practically still not study morfofunction changes of white blood cells during the readaptation and have being on a high.

Key words: hypoxia, highmountain, cells of white bloods, adaptation, readaptation.

Введение. Особенности влияния горного климата на организм человека привлекает внимание обширного круга исследователей. Это связано с тем, что в настоящее время на высотах 1500-3000 м. над ур. м. постоянно живут и трудятся более 10 млн. людей. Миграция людей в районах нового освоения приводит к возникнове-

нию целого ряда медико-биологических проблем, от успешного решения которых может быть обеспечена высокая работоспособность и сохранение здоровья человека.

В настоящее время в горных районах Кыргызстана все шире развивается промышленность, строятся заво-

ЦИТОХИМИЧЕСКИЕ И УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КЛЕТОК ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ АДАПТАЦИИ И РЕАДАПТАЦИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ К УСЛОВИЯМ ВЫСОКОГОРЬЯ

ды и мощные электростанции, которые способствуют заметному увеличению населения горных районов, за счет лиц, приезжающих в горы на 2-3 года и возвращающихся затем на равнину.

Механизмы адаптации здорового человека к экстремальным условиям высокогорья сложны и многообразны, многие из них уже изучены. Так как главным экстремальным фактором высокогорья является гипоксия, то наибольшая нагрузка падает на системы крови, дыхания и сердечно-сосудистую. Кровь, как одна из интегрирующих функциональных систем человека подвергается приспособительной перестройке одной из первых. В рамках данной проблемы почти не изучены остаются адаптационные механизмы на молекулярном и субклеточном уровне.

Ранее было показано, что изменения количества клеток периферической крови и костного мозга зависят от состояния гипофиз-адреналовой и симпатической нервной системы. Существенное влияние на метаболизм нейтрофилов оказывает изменение гормонального баланса организма, в частности, кортизон тормозит гликолиз нейтрофилов. Метаболизм нейтрофилов зависит от концентрации в среде инсулина, простагландинов, катехоламинов. Влияние всех этих соединений реализуется через специфические рецепторы. На оболочке нейтрофилов имеются адренергические, простагландинчувствительные рецепторы [1,2].

Изучение внутриклеточного метаболизма лейкоцитов цитохимическими методами позволяет получить весьма важную и обладающую прогностической ценностью информацию о состоянии внутренней среды организма.

Разработке ряда цитохимических методов в гематологии посвящены работы отечественных и зарубежных авторов [6]. Цитохимические исследования, с одной стороны, характеризуют физиологическое состояние популяции клеток, с другой, могут обеспечить анализ взаимосвязи отдельных ферментов и ферментных систем.

Сукцинатдегидрогеназа катализирует реакцию окисления янтарной кислоты в фумаровую с образованием богатых энергией связей в составе АТФ и является одним из центральных ферментов цикла Кребса [6,7].

Пероксидаза играет важную роль в метаболизме лейкоцитов. Степень концентрации этого фермента свидетельствует о функциональной активности и полноценности клеток. Выявлена прямая корреляционная связь между эритроцитами, гемоглобином и пероксидазной активностью. Активность пероксидазы связывают с присутствием в лизосомах перекиси водорода [1].

Целью настоящего исследования является изучение морфологических и цитохимических изменений лейкоцитов экспериментальных животных в разные фазы адаптации и реадaptации к условиям высокогорья.

Материалы и методы исследования. Изучены клетки периферической крови у 30 крыс-самцов массой 200-220г в процессе кратковременной адаптации (30 суток на высоте 3200м над ур. м.). Контролем для них служили 30 крыс – самцов такого же веса, которые находились в низкогорье (760 м над ур. м.).

В целях изучения реадaptации крыс после пребывания на высокогорье перевозили в г. Бишкек, где на 3 и 30 дни изучали морфофункциональные особенности периферической крови (30 крыс- самцов).

В свежих пробах крови, стабилизированы гепарином, подсчитывалось общее количество лейкоцитов. В мазках определялась лейкоцитарная формула (окраска по Романовскому-Гимза). Цитохимическими методами выявляли активность пероксидазы, щелочной фосфатазы, сукцинатдегидрогеназы, гликогена и катионных белков.

Для электронно-микроскопических исследований использовали свежую кровь, стабилизированную гепарином, которую центрифугировали при 1000 об/мин. в течении 10 мин. Выделенная лейкоцитарная пленка обрабатывалась по обще принятой методике. Ультратонкие срезы после констатирования цитратом свинца просматривались с помощью электронного микроскопа ПЭМ 100, JEM 100. Проводили морфометрический анализ ультраструктуры лейкоцитов по Вейбелю (1970 г.).

Результаты исследования и их обсуждение. Со стороны клеток белой крови в первые сутки адаптации к высокогорью отмечался лейкоцитоз. В дальнейшем на 30 сутки отмечалось уменьшение количества лейкоцитов по сравнению с контролем. Снижение количества лейкоцитов происходило за счет нейтрофилов (табл.1).

Таблица 1

Изменение показателей лейкоцитов периферической крови при адаптации и реадaptации к условиям высокогорья.

Сроки адаптации	К-во лейкоцитов (тыс)	Базофилы %	Эозинофилы %	Палочкоядерные %	Сегментоядерные %	Лимфоциты %	Моноциты %
Контрольн. группа	6500±671	0,65±0,07	2,2±0,4	4,2±0,7	61,6±1,3	27,9±1,6	3,2±0,2
Высокогорье 3 день	9300±471*	0,6±0,06	1,1±0,7*	1,3±0,62	54,8±2,8*	35,3±2,6	5,6±0,8*
30 день	3500±267*	0,4±0,01	2,2±0,3	1,4±0,01	50,0±2,9	44,2±2,4*	2,8±0,8
Рeadaptация 3 день	8650±0,3	0,6±0,01	1,7±0,01	1,4±0,03	57,0±0,01	35±1,4	4,1±0,01
30 день	5600±163	0,5±0,01	1,9±0,02	1,3±0,5	56±1,4	29±2,4*	4,2±0,02

P<0,001* изменение достоверности

На 3 сутки реадaptации отмечалось увеличение обшего количества лейкоцитов за счет нейтрофилов. В этих условиях одновременно идет снижение количества лимфоцитов и эозинофилов, что указывает на развитие стресс-реакции.

Активность щелочной фосфатазы нейтрофилов на 3 сутки адаптации к высокогорью у экспериментальных

животных повышалась в четыре раза (табл.3). В последующем отмечалась тенденция к ее снижению. На 30 сутки активность щелочной фосфатазы снижалась, но оставалось на более высоком уровне по сравнению с контролем. Активность пероксидазы и сукцинатдегидрогеназы на 3 сутки повышалась у всех крыс, а в дальнейшем имела тенденцию к снижению.

Таблица 2

Цитохимическая активность лейкоцитов у крыс в разные сроки адаптации и реадaptации к условиям высокогорья (Туя-Ашу, 3200 м)

Сроки адаптации	Щелочная фосфатаза	Пероксидаза	Сукцинатдегидрогеназа	Гликогена	Катионные белки
Контрольная группа	49,0 ±8,3	204,0 ±5,0	14 ±0,9	194 ±9,7	90 ±1,6
Высокогорье 3 день	199,0 ±14,0*	288 ±4,2*	16 ±0,7*	269 ±8,7*	175 ±18,9*
30 день	104 ±4,3*	240 ±16,6	28 ±0,4*	208 ±5,0*	144 ±9,5*
Рeadaptация 3 день	165 ±2,1	231 ±3,4*	29 ±1,2	215 ±4,1*	145 ±4,31
30 день	98 ±3,1*	212 ±4,7*	18 ±1,3*	196 ±2,1*	136 ±3,7

$P < 0,001$ *) изменение достоверности

На 3 сутки реадaptации отмечалось увеличение активности щелочной фосфатазы в три раза (табл.2). Активность пероксидазы и гликогена также повышалась. Эти изменения отражают развитие стресс-реакции испытуемых животных. На 30 день реадaptации к низкогорью отмечается снижение активности щелочной фосфатазы, сукцинатдегидрогеназы, пероксидазы, гликогена, катионных белков, но в то же время уровень активности цитохимических показателей оставалась повышенным по сравнению с контролем (табл.2).

Морфометрический анализ ультраструктуры лейкоцитов позволил убедиться, что при воздействии экстремальных факторов высокогорья происходят существенные изменения ультраструктуры исследованных клеток. В нейтрофилах и эозинофилах на 3 сутки реадaptации объем специфических гранул сокращался до 79 %, а на 30 сутки возвращался к исходному уровню.

Таким образом, изменения обшего количества лейкоцитов, лейкоцитарной формулы, фосфатазной и пероксидазной активности, а также ультраструктурной организации клеток крови животных при адаптации и реадaptации к высокогорной гипоксии носят фазный характер и отражают развитие стресс-реакции связан-

ной с активизацией симпатoadреналовой системы и системы « гипоталамус-гипофиз-кора надпочечников».

ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алмазов В.А. Физиология лейкоцитов.- Л.1986.-204с.
2. Булыгин Г.В. Функциональная активность лейкоцитов в период адаптации к новым климатогеографическим условиям. Мат. Респ. конф.- Одесса, 1980.- С.15-17.
3. Бободжанов Ю.Р. Изменение периферической крови людей в условиях высокогорья Памира как показатель адаптации кровеносного аппарата. Душанбе, 1980.-115 с.
4. Кадыралиев Т.К. Морфологические изменения клеток периферической крови условиях высокогорья. Здоровоохранение Кыргызстана, 2006 -№2. - С. 7-11.
5. Лейцкий В.Б., Фосанович Т.И., Шукина Н.Г. К методике окраски и цитохимических исследований клеток костного мозга консервированного глубоким охлаждением. М.;1971.-С.49-51.
6. Павлов С.Е. Адаптация.- М., «Парус», 2000.- 234с.

ИММУНОФЕРМЕНТНЫЙ АНАЛИЗ – КАК МЕТОД РАННЕЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ АЛЬВЕОКОККОЗЕ

Бодошова А.У.

КГМА, Бишкек, Кыргызстан,

Институт паразитологии Цюрихского университета, Швейцария

Резюме. Паразитарные болезни, помимо отрицательного влияния на здоровье людей, наносят человеческому обществу огромный экономический ущерб. В связи с этим особое значение приобретает ранняя диагностика паразитозов и полное выявление всех инвазированных людей, что позволяет уменьшить затраты на лечение больных и снизить наносимый инвазиями социально-экономический ущерб. Серологические реакции в настоящее время являются основным методом первичного скрининга в системе мероприятий по ранней диагностике паразитозов.

Ключевые слова: альвеококкоз, иммуномониторинг, антиген-антитело.

ELISA - AS A METHOD OF IMMUNOLOGICAL DIAGNOSIS FROM ALVEOCOCCUS

Bodosheva A.U.

KSMA, Bishkek, Kyrgyzstan

Summary. Parasitic diseases, aside from negative influence upon health of the people, inflict the human society enormous economic damage. In this connection special importance gains the early diagnostics of parasites and full discovery all invasive people that allows reducing the expenses on treatment sick and reducing the inflicted social-economic damage. Serological reactions at present are a main method primary diagnosis in system action on early diagnostics of parasites.

Key words: alveococcus, immunomonitoring, antigen-antibody.

Введение. Кыргызстан, в частности его северная территория всегда были и есть ведущей животноводческой отраслью, что всегда является риском заражения человека паразитами, передающимися от домашних и сельскохозяйственных животных.

Альвеококкоз - тяжелое хроническое заболевание прогрессивного течения, характеризующееся развитием в печени солитарных или, значительно чаще множественных паразитарных кистозных образований способных к инфильтративному росту и метастазированию в другие органы. Эта инвазия является социально-значимой из-за тяжелого клинического течения, нередко сопровождающаяся инвалидностью и заканчивающейся летально [1,3,5].

Несмотря на успехи медицины в некоторых странах борьба с альвеококкозом ограничена из-за недостаточных знаний эпидемиологии и эпизоотологии паразита, клиники и патогенеза, иммунитета и химиотерапии.

Однако диагностика альвеококкоза до сих пор является трудной и актуальной проблемой. Серологические реакции в настоящее время является основным, если не единственным методом первичного скрининга в системе мероприятий по ранней диагностике паразита.

В современных эпидемиологических исследованиях все большее значение приобретает мониторинг эпидемиологической ситуации, и как частная его разновидность, иммуномониторинг, позволяющий на основе иммунологических параметров изучать очаги инвазии,

планировать лечебно-профилактические мероприятия и оценивать их эффективность [2,6,7].

Потребности клинической иммунологии и сероэпидемиологии стимулировали появление иммунохимически усиленных серологических тестов, в которых используются антитела (АТ), меченные ферментами, так называемая реакция энзим-меченных антител (антигенов) (РЭМА), или enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA). В конъюгате АТ-фермент сохраняется активность каждой половины комплекса. Результаты реакции могут оцениваться качественно (визуально) или количественно (на фотоэлектроколориметре или спектрофотометре простой конструкции).

РЭМА предоставляет возможность для тактики раннего выявления больных эхинококкозами. Она заключается в массовом обследовании населения очага, в первую очередь групп риска, установленных на основе архивных данных и эпидемиологических показателей. Для этого у обследуемых собирают пробы сыворотки или сухие капли крови [6].

Этот метод является высокочувствительным и высокоспецифичным. На VII Международном конгрессе по инфекционным и паразитарным заболеваниям (Варна, Болгария, 2-6 октября 1978г) рекомендовано использовать метод ELISA (РЭМА – реакцию энзим меченных атомов) для диагностики инфекционных и паразитарных заболеваний. С целью диагностики для этой реакции рекомендовано применять очищенные с помощью

хроматографии антигены эхинококка и альвеококка. Иммуноферментный метод с целью диагностики паразитарных заболеваний рекомендован Всемирной Организацией здравоохранения.

Иммунологические методы диагностики эхинококкозов используются:

- Для диагностики доклинических форм заболевания. Этому благоприятствует раннее выявление антител в крови больного. Е.С. Лейкина (1984) указывает, что в начале патологического процесса иммунодиагностика эффективна при наличии кист размером 1*1,5 см;

- Для дифференциальной диагностики эхинококкоза с другими заболеваниями, с целью оценки эффективности хирургического лечения. Об исходе операции судят по снижению титров антител и перехода реакций из положительных в отрицательные; с целью выявления постхирургических рецидивов заболевания (вновь повышается титры антител); для оценки клинической эффективности медикаментозного лечения и его переносимости больными. С этой целью пользуются реакцией непрямой гемагглютинации (РНГА), а также тест-системой иммуноферментный анализ (ИФА) [9].

- Для массового обследования населения с целью выявления эндемических очагов заболевания, изучения эпидемиологии эхинококкозов и выявления степени риска заражения в очаге среди различных профессиональных, возрастных и половых групп населения.

По числу положительных результатов серологические исследования позволяют оценивать уровень зараженности населения (по диагностическим титрам), степень его контакта с инвазионным материалом (по совокупности диагностических и сомнительных титров), выделить группы риска, проводить динамическое наблюдение за уровнем инвазии у населения при проведении профилактических мероприятий и программ борьбы с эхинококкозами [2,4,8].

Целью исследования явилось оценить эпидемиологическую ситуацию по паразитарным заболеваниям, в частности по альвеококкозу в Кочкорском районе Кыргызской республики.

Задачи исследования. 1. вскрыть причину распространенности и факторы риска альвеококкоза у населения Кочкорского района, 2. определить степень напряженности с помощью ИФА на альвеококкоз.

Материалом исследования является население Кочкорского района. Для мониторинга нами исследованы села Кызыл-Добо, Комсомол, Мантыш и др. Кочкорского района Нарынской области, область исследования была выбрана не случайно, анализ литературных данных и данных кафедры мед.биологии показывают, что именно этот регион является одним из самых неблагоприятных по заболеваемости населения и животных по эхинококкозам и альвеококкозом, которые на протяжении полувека являются для нас краевой патологией.

Методы исследования

1. Анкетирование – для выявления вопросов эпидемиологии и эпизоотологии паразитов, основных факторов риска в передаче возбудителя человеку.

2. Иммуноферментный анализ с применением РЭМА реакции путем взятия сывороток крови у населения.

3. Ультразвуковое обследование (УЗИ) для достоверности и сравнения клинической картины с последующими результатами иммунологических тестов, дающий часто положительный результат до появления клинических данных.

Все материалы и методы исследования введены и обработаны в специально разработанной международной эпидемиологической электронной программе Epi Info 2000, внедренной центром по контролю заболеваний (Атланта, Джорджия, США).

Результаты и обсуждение. За период август-сентябрь 2008 года всего было обследовано 1182 человек сельского населения. Данные по полу, возрасту, позитивной ультразвуковой картины и взятие сыворотки крови, а также вопросы эпидемиологии эхинококкозов были внедрены в банк данных. Сыворотка крови не бралась у контингента, включающего детей до 5 лет, беременных женщин, больных и ослабленных лиц.

Ультразвуковое обследование проводилось портативным сканером Pie Medical, с частотой 3,5Гц. При исследовании органов брюшной полости и забрюшинного пространства позитивная ультразвуковая картина была выявлена у 10 обследуемых, из них у 9 кисты локализовались в печени, и одного в селезенке.

Сыворотка крови была заморожена при температуре минус 20 градусов по Цельсию и исследована на ИФА с применением тест-системы для ELISA реакции на базе иммунологической лаборатории Цюрихского института паразитологии (Швейцария). Тест-система представляет собой набор реагентов для выявления антител к антигену альвеококка. Активными компонентами тест-системы являются антигены, иммобилизованные в лунках стрипов; конъюгат антител против IgG человека с пероксидазой; контрольные положительная и отрицательная сыворотки. Способ выявления антител к антигенам возбудителя представляет собой твердофазный иммуноферментный анализ, в ходе которого при взаимодействии исследуемых образцов сыворотки крови с иммобилизованными в лунках планшетов антигенами гельминта происходит связывание специфических антител и образование комплекса «антиген-антител» на поверхности лунок. Учёт результатов проводят визуально или с помощью колориметрического иммуноферментного анализатора, регистрируя оптическую плотность (ОП) в лунках стрипов при длине волны 405нм.

Ухудшение социальных условий жизни людей (в особенности в нестабильный период развития общества) приводит к резкому возрастанию (в общем объеме паразитарного загрязнения) роли «социально ориентированных» паразитов, передающихся по короткой цепи либо от человека к человеку. Либо с промежуточным развитием в каких-либо элементах среды (воде, почве), или животных.

Результаты паразитологического мониторинга населения северного Кыргызстана

Всего обследовано сывороток	серопозитивных реакций		из них		выявленное колич. кист (УЗИ)		Главный хозяин (собака)	Возможные пути передачи	
	абс.	%	мужчин	женщин	эхинокоз	альвеококкоз		Мышкование собак	Водопользование (грунтовая)
1182	152	12.85	36	116	8	2	96,5%	33,3%	25%

Выводы

1. Северный Кыргызстан является гиперэндемичным очагом по заболеваемости альвеококкозом человека.

2. Иммунологический мониторинг населения Кочкорского района выявил высокие положительные результаты (из обследованных 1182 человек 152 (12,85%) дали положительный результат), которые являются прямым доказательством высокой степени напряженности альвеококкоза в данном районе.

3. Передача инвазии от главного хозяина человеку является результатом неграмотности населения в вопросах профилактики, и не соблюдением правил личной и общественной гигиены.

4. ИФА может быть рекомендован как наиболее современный и быстрый метод иммунологической диагностики альвеококкоза, позволяющий на доклиническом уровне выявлять заболеваемость населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альперович Б.И. Альвеококкоз и его лечение. М. Медицина, 1972.-272с.
 2. Брегадзе И.Л. Альвеолярный эхинококкоз. М.: Медицина, 1963.- 218с.
 3. Волох Ю.А., Студенцова Н.К. Эхинококкоз и альвеококкоз человека. Фрунзе, Киргизстан, 1965.-265с.

4. Караева Р.Р., Куттубаев О.Т., Абдыжапаров Т.А. Факторы риска, связанные с эхинококкозом населения Северного Кыргызстана [Текст] / Р.Р. Караева, О.Т. Куттубаев, Т.А. Абдыжапаров // сбор. науч. трудов, посв. конф. молод. ученым . Бишкек.-2001.-№1.- 330-334с.

5. Куттубаев О.Т., Караева Р.Р., Абдыжапаров Т.А., Шайкенов Б.Ш., P.Torgerson, N.Corcery. «Мониторинг населения Кыргызской Республики по ранней диагностике эхинококкоза». В сборнике «Медицина на рубеже XX-XXI веков, Бишкек, 2000. - С.216-221

6. Лейкина Е.С. //труды гельминтологической лаборатории АН СССР -1984 Т.32. —С. 68-78.

7. Craig P.S. An epidemiological and ecological study of human alveolar echinococcosis transmission in South Gansu, China [Текст] / P.S. Craig, P. Giraudoux, D. Shi // Acta Tropica.- 2000.- Vol. 77.- p. 167-177

8. Deplazes P. Control of echinococcosis multilocularis in definitive host populations [Text] /P/ Deplazes, D.Hegglin //Echinococcosis in Central Asia: problems and solutions. Zurich –Almaty, 2004/- P.263-270.

9. P.Torgerson, R.Karaeva N.Corcery, T.Abdyjarov, O.Kuttubaev, B.Shaikenov Human cystic echinococcosis in Kyrgystan: an epidemiological study, Journal Acta Tropica 85, (2003) pp. 51-61.

ЗНАЧЕНИЕ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ В АНТИСТРЕСС-СИСТЕМЕ ОРГАНИЗМА

Городецкая И.В.

Витебский государственный медицинский университет, Витебск, Беларусь

Резюме. В опытах на крысах показано, что тиреоидные гормоны в малых дозах повышают устойчивость организма к воздействию антагонистических стрессоров – теплового ($t\ 40-42^{\circ}\text{C}$ в течение 3 ч) и холодового ($t\ 4-6^{\circ}\text{C}$ в течение 3 ч) различной сложности – изолированному и комбинированному с иммобилизацией за счет активации локальных стресс-лимитирующих систем миокарда – белков теплового шока (HSP 70) и антиоксидантных (супероксиддисмутаза, каталаза, суммарная антиоксидантная активность) в результате специфического воздействия на генетический аппарат клеток. Полученные данные доказывают важную роль тиреоидных гормонов в антистресс-системе организма.

«**THYROID HORMONES ROLE IN ORGANISM ANTISTRESS-SYSTEM**»

Gorodetskaya I.V.

Vitebsk State Medical University, Vitebsk, Belarus

Resume. In experiences on rats was show, that small thyroid hormones doses increase organism stability to antagonistic stressors influence – heat ($t\ 42^{\circ}\text{C}$ during 3 h) and cold ($t\ 4-6^{\circ}\text{C}$ during 3 h) of different complexity – isolated and combined with immobilization, because activate myocardial local stress-limited systems – heat shock proteins (HSP 70) and antioxidant (superoxiddismutase, catalase, whole antioxidant activity) in the result of their specific action on cell genetic apparatus. Obtained data prove the important role of thyroid hormones in organism antistress-system.

Уровень резистентности организма определяет устойчивое состояние его функциональных систем и его адаптационный потенциал. Поиск способов повышения устойчивости и изучение механизмов приспособления организма к изменяющимся условиям среды являются одним из наиболее перспективных направлений современных научных исследований в области стресса [1], провоцирующего возникновение подавляющего числа заболеваний человека [2]. Важное значение в ответных реакциях организма на стрессовые воздействия, наряду с гипоталамо-гипофизарно-адренкортикальной, имеет гипоталамо-гипофизарно-тиреоидная система [3, 4]. В то же время, не сформирована целостная концепция о значении йодтиронинов в антистресс-системе организма, которая контролирует деятельность системы стресса на всех уровнях ее организации – центральном и периферическом, т.е. охватывает процессы, развивающиеся как в центральной нервной системе, так и в соматических клетках.

В связи с этим в опытах на 878 половозрелых беспородных белых крысах-самцах и на 100 крысах-самцах породы Вистар была изучена роль йодтиронинов в изменении сократительной функции сердца, оцениваемой по силовой и скоростным параметрам, его функциональных резервов, определяемых по разнице между указанными характеристиками в условиях относительного физиологического покоя и предельной изометрической нагрузки, состояния перекисного окисления липидов в

миокарде, характеризуемого по уровню продуктов этого процесса – диеновых конъюгатов и малонового диальдегида, классических критериев общей устойчивости организма к стрессорному повреждению, напряженности общего адаптационного синдрома при тепловом ($t\ 40-42^{\circ}\text{C}$ в течение 3 ч) и холодовом ($t\ 4-6^{\circ}\text{C}$ в течение 3 ч) стрессах – изолированных и комбинированных с иммобилизацией; исследована зависимость адаптационных эффектов коротких тепловых и гипоксических стрессов от тиреоидного статуса организма, установлено значение биосинтеза белка в реализации стресс-протекторного эффекта йодтиронинов, их влияние на фундаментальные механизмы защиты клеток от повреждения. Обнаружено, что антистрессорный эффект тиреоидных гормонов реализуется в условиях воздействия антагонистических стрессоров – теплового и холодового, различной сложности – изолированных и комбинированных с иммобилизацией, т.е. имеет универсальный характер. Молекулярной основой защитного влияния тиреоидных гормонов является активация локальных стресс-лимитирующих систем миокарда – белков теплового шока и антиоксидантных (супероксиддисмутаза, каталаза, суммарная антиоксидантная активность), обусловленная специфическим воздействием йодтиронинов на генетический аппарат клеток, поскольку блокада синтеза белка *de novo* рифампицином устраняла указанный эффект.

Результаты свидетельствуют о том, что тиреоидные гормоны являются важным звеном антистресс-системы организма, предупреждающей реализацию эффектов патологической стрессорной системы, либо трансформирующей дистресс в эустресс [5].

ЛИТЕРАТУРА

1. Баевский Р.М., Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. Медицина, М. 1997.
 2. Дыгало Н.Н. Концепция «биологического» стресса (к 100-летию со дня рождения Ганса Селье). Успехи физиол. наук. 38 (4) : 100 - 102. 2007.

3. Jocko J. Liberation of thyrotropin, thyroxine and triiodothyronine in the controllable and uncontrollable stress and after administration of naloxone in rats. J. Physiol. Pharmacol. 47 (2) : 303 - 310. 1996.

4. Pacak K., Palkovits M., Yadid G. et al. Heterogeneous neurochemical responses to different stressors: a test of Selye's doctrine of specificity. Amer. J. Physiol. 275 (4, pt 2) : R1247 - R1255. 1998.

5. Крыжановский Г.Н. Введение в общую патофизиологию.- М.: РГМУ, 2000.- 71 с.

ИССЛЕДОВАНИЕ АКТИВНОСТИ ВНУТРИКЛЕТОЧНЫХ ФЕРМЕНТОВ ПРИ ТОКСИЧЕСКОМ ВОЗДЕЙСТВИИ СОЕДИНЕНИЙ СУРЬМЫ

Кожомкулов Э.Т., Маатов Т.О., Кожомкулова С.К., Саипбаев Б.С.

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

Резюме. Экспериментальные исследования животных, подвергнутых сурьмяной интоксикации, свидетельствуют о повышении активности некоторых клеточных ферментов на начальном этапе токсического воздействия сурьмы. В поздние сроки отмечается снижение активности этих ферментов, что вероятно связано с ингибированием индуктивной фазы метаболизма клеток, а также энергетических процессов в клетке. В конечной стадии интоксикации выявлены ультраструктурные нарушения субклеточных структур.

Ключевые слова: сурьмяная интоксикация, клетки, ферменты.

RESEARCH OF INTRACELLULAR ENZYMES ACTIVITY UNDER THE TOXIC EFFECT OF ANTIMONY COMPOUNDS

Resume. Experimental research of animals under antimony intoxication indicates the increase of some cellular enzymes activity during the initial stage of toxic effect. At the late time the decrease of these enzymes activity is observed that is connected probably with the inhibition of inductive phase of cellular metabolism and cell energy processes. During the final stage of intoxication ultrastructural damages of subcellular structures are found.

КЛЕТКАНЫН ИЧИНДЕГИ ФЕРМЕНТТЕРДИН АКТИВТҮҮЛҮГҮНӨ СУРМАНЫН БИРИКТИРМЕЛЕРИНИН ТОКСИКАЛЫК ТААСИРИН ИЗИЛДӨӨ

Кожомкулов Э.Т., Маатов Т.О., Кожомкулова С.К., Саипбаев Б.С.

Актуальность. В последние десятилетия во много раз возросло промышленное производство, в том числе сурьмы, что приводит к значительному загрязнению окружающей среды. Объемы выбросов сурьмы в окружающую среду позволили отнести ее к одним из приоритетных загрязнителей окружающей среды и включить ее наряду с другими тяжелыми металлами в программу ООН по глобальному мониторингу [1].

Довольно интенсивно исследовались иммунные реакции лимфоидных органов при токсическом воздействии различного генеза [2-4]. Однако, практически отсутствуют работы, посвященные изменению лимфоидных клеток при токсическом воздействии соединений сурьмы.

Цель данного экспериментального исследования – провести оценку активности ферментов лимфоидных клеток, а также выявить в них возможные ультраструктурные изменения при токсическом действии соединений сурьмы.

Методы исследования. Исследование влияния различных соединений сурьмы на активность некоторых ключевых ферментов метаболизма лейкоцитов, а также на ультраструктуру клеток проводили на мышах линии СВА. Затравку животных проводили внутривентральным введением растворов трехоксида сурьмы, трехсернистой сурьмы и антимоилтартрата калия (АТК), при этом суточная доза для одного животного была следующей:

- ♦ Трехоқис сурьмы – 0,0016 мг/мл или 0,08 мг/кг;
- ♦ Трехсернистая сурьма – 0,0017 мг/мл или 0,085 мг/кг;

♦ Антимоилтартрат калия – 0,5 мг/мл или 25 мг/кг.

Активность ферментов определяли на 3-й, 7-й, 14-й и 21-й дни после начала токсического воздействия. Для контроля исследовали активность этих же ферментов без затравки животных соединениями сурьмы, а также на 3-й, 7-й, 14-й и 21-й дни после внутривентрального введения физраствора.

Результаты исследований. Анализ динамики активности одного из ключевых ферментов цикла Кребса сукцинатдегидрогеназы (СДГ) лейкоцитов указывает на неоднозначные изменения активности этого фермента. В группе мышей, получавших раствор трехоксида сурьмы, наблюдалось постоянное снижение активности СДГ.

У животных, получавших раствор трехсернистой сурьмы, наблюдалось волнообразное изменение активности СДГ, причем, к концу эксперимента отмечалось четко выраженное ингибирование активности фермента. Исследования ультраструктуры клеток указывали на увеличение количества митохондрий и на появление гигантских митохондрий [5]. Это свидетельствовало об энергетической активации клеток. Однако, в более поздних стадиях эксперимента отмечается отек митохондрий с последующим разрушением крист внутренней мембраны митохондрий [5].

В группе животных, затравленных АТК, происходило прогрессирующее снижение активности и к 21-му дню активность снижалась более, чем в 1,5 раза. Эти данные свидетельствуют о токсическом влиянии соединений сурьмы на ферменты, участвующие во внутриклеточных энергетических процессах, в частности, на

СДГ, являющаяся акцептором водорода и донором электронов, поступающих в дыхательную цепь. Снижение активности СДГ и, по-видимому, других дегидрогеназ цикла Кребса, может привести к дефициту поступления высокоэнергетических электронов в дыхательную цепь, что в конечном счете приведет в дальнейшем к снижению синтеза АТФ.

Помимо основного, гликолитического пути катаболизма глюкозы, существует вторичный путь – пентозофосфатный, поставляющий в клетку восстановленный никотинамиддинуклеотидфосфат (НАДФН) и рибозофосфат. НАДФН, являясь одним из переносчиков энергии, участвует в восстановлении двойных связей в молекулах ненасыщенных жирных кислот. Исследования активности глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г-6-ФДГ), ключевого фермента пентозофосфатного шунта, показали, что во всех трех группах животных при воздействии соединений сурьмы в ранние сроки эксперимента (на 3-й день) происходит активация этого фермента. Однако, к 7-му дню наступает стабилизация активности Г-6-ФДГ в клетках животных, получавших растворы трехокиси и трехсернистой сурьмы, а у животных, затравленных АТК, наоборот происходит ингибирование этого фермента. К концу эксперимента во всех наблюдаемых группах животных отмечалось довольно значительное снижение активности Г-6-ФДГ. Ингибирование фермента в ранние сроки интоксикации у животных, получавших АТК, может быть связано с большей растворимостью данного соединения сурьмы и, соответственно, большей способностью проникать в клетку. Подавление активности Г-6-ФДГ – ключевого фермента, лимитирующего скорость всего процесса, приводит к ингибированию пентозофосфатного шунта и, соответственно, к снижению синтеза молекул НАДФН и рибозофосфатов. Как следствие этих процессов происходит снижение синтеза РНК и внутриклеточных липидов *de novo*. Кроме того, дефицит НАДФН, участвующего в восстановлении глутатиона, может привести к срыву компенсаторных механизмов нейтрализации перекисных форм полиненасыщенных жирных кислот, входящих в состав мембран, что также неблагоприятно сказывается на клеточных и субклеточных структурах.

Анализ активности кислой фосфатазы (КФ) лимфоцитов и нейтрофилов указывает на активацию этого фермента в первые 3-7 дней эксперимента. Затем, к 14-му дню наступает снижение активности, а на 21-й день эксперимента происходит стабилизация активности фермента. Повышение активности КФ, вероятно, связано с усилением работы лизосомального комплекса клетки в первые дни затравки. Нельзя исключить, что повышение активности обусловлено частичной деструкцией лизосом. Наряду с энергетической активацией, выявлены и другие эффекты, свидетельствующие об активации клеток в ранней стадии хронической сурьмяной интоксикации. Например, увеличение в цитоплазме лимфоцитов полисомных комплексов, связанных с процессами катаболизма. Для реализации токсических эффектов на уровне лизосом имеют значение повреждение мембран лизосом и высвобождение кислых гидролаз. Нарушение физиологических функций лизосом приводит к развитию патологического процесса за счет нару-

шения катаболизма белков и других биополимеров и дезорганизации внутриклеточного метаболизма.

В эндоплазматическом ретикулуме выявлено расширение цистерн ГЭР и расширение общей сети эндоплазматического ретикулума [5]. Учитывая, что структурно-метаболический комплекс эндоплазматической сети активно связан с метаболизмом ксенобиотиков, то это свидетельствует об адаптивной реакции в ответ на токсическое воздействие соединений сурьмы. С этим, по-видимому, связано изменение активности микросомальных оксигеназ и ферментов, обеспечивающих процессы конъюгации. В околоядерной зоне и вблизи с митохондриями наблюдали увеличение лизосомальных комплексов, что свидетельствовало об активации процессов катаболизма в клетке.

Известно, что тяжелые металлы действуют на плазматическую мембрану клеток и мембраны внутриклеточных структур. В основе мембранотоксического действия ксенобиотиков лежит декомпартментализация ферментных систем с нарушением процессов сопряженного транспорта. Проведенные ультраструктурные исследования позволили выявить так называемую отшнуровку мембран. При длительном токсическом действии нарушения в мембранах приводят к гибели клеток.

Выводы. Таким образом, проведенные гистохимические и ультраструктурные исследования различных иммунных клеток экспериментальных животных, подвергнутых хронической сурьмяной интоксикации, свидетельствуют о повышении активности кислой фосфатазы и глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы на начальном этапе токсического воздействия сурьмы. В поздние сроки токсического воздействия снижается активность этих ферментов, что указывает на вероятное ингибирование индуктивной фазы метаболизма клеток. Снижается активность сукцинатдегидрогеназы, одного из ключевых ферментов цикла Кребса, участвующих в обеспечении клетки макроэргами, что свидетельствует о нарушениях биоэнергетических процессов в клетке уже в начальных этапах интоксикации.

Ультраструктурные изменения субклеточных структур, обнаруженные в ранней стадии сурьмяной интоксикации, свидетельствуют об активации лимфоцитов. В более поздних стадиях хронической сурьмяной интоксикации морфологически выявлено снижение активности ультраструктур клеток. В конечной стадии интоксикации выявленные ультраструктурные изменения субклеточных структур указывают на глубокие деструктивные процессы, происходящие в лимфоцитах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брукс Г.В. Химия окружающей среды. Под редакцией Д. Бокрисо. – М., 1992.
2. Шицкова А.П. и соавт., 1983.
3. Бонашевская Т.И., 1986.
4. Шубик В.М. Проблемы экологической иммунологии. – Л., Медицина, 1976.
5. Шаршенова А.А., К.С. Омурзакова и др. Актуальные аспекты экологического мониторинга ртутно-сурьмяного биогеохимического региона. Бишкек, 2000, 226 с.

СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В НЕЙРОНАХ КОРЫ БОЛЬШОГО МОЗГА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Мамытова Э.М., Кадыралиев Т.К., Сулайманов М.Ж.

КГМА, НИИ МБ и М при НЦК и Т. НГ МЗ КР, Бишкек, Кыргызстан

Резюме. Изучены структурные изменения нейронов коры большого мозга при экспериментальной черепно-мозговой травме у белых беспородных крыс. В результате исследования были обнаружены перичелюлярный отек, некроз нейронов, где отмечались набухание и лизис клетки с высвобождением внутриклеточного содержимого. В периферических к зоне поражения территориях определялись запустевания сосудов, спавшиеся капилляры, периваскулярные отеки. При общей сохранности структуры коры мозга в большинстве нейронов отмечались явления апоптоза в виде конденсации хроматина, сморщивания цитоплазмы.

Ключевые слова: ЧМТ, апоптоз, гипоксия.

БАШ МЭЭНИН НЕЙРОНДОРУНДАГЫ ТҮЗҮЛҮШТҮК ОЗГӨРҮШТӨР (ЭКСПЕРИМЕНТАЛДЫК ЖАНА КЛИНИКАЛЫК БАШ МЭЭНИН ЖАРАТЫНДА)

Мамытова Э.М., Кадыралиев Т.К., Сулайманов М.Ж.

КММА, Т жана УКБ караштуу ИИИ МБ жана М, КР ССМ УГ, Бишкек шаары, Кыргызстан

Корутунду. Ак пародасы жок чычкандардын эксперименталдык баш мээ травмасында, баш мээнин нейрондорундагы түзүлүштүк өзгөрүштөрдү изилдөө. Изилдөөлөрдүн жыйынтыгы менен биз мээ тканьында перичелюлярдык шишик, нейрондордун некрозу, ошондой эле мээ клеткалардын көбүшүн жана лизис болуп нейрондордун бузулушун байкадык. Травма болгон ткандын айланасында кан тамырлар жана капиллярлар бош калган, кан тамыр айланасында шишик пайда болгон. Мээнин сырткы бөлүгүнүн түзүлүшү бузулбагандай көрүнгөнү менен, көпчүлүк нейрондордо апоптоз белгилери байкалган, хроматиндердин конденсациясы, цитоплазманын коюлушу.

Негизги сөздөр: БМТ, апоптоз, гипоксия.

STRUCTURAL CHANGES IN CEREBRUM NEURONS AFTER EXPERIMENTAL AND CLINICAL TRAUMATIC HEAD INJURY

Mamytova E.M., Sulaimanov M.G., Kadiraliev T.K.

KSMA, SRI MB and NCC, NH MH KR, Bishkek, Kyrgyzstan

Resume. Structural changes in cerebrum' neurons after experimental and clinical traumatic head injury were studied at white mongrel rats. In the results of investigation pericyteal edema, neurons' necrosis with swelling, cell's lysis and intracellular content release were observed. There were vessels emptying, slumpt capillaries, perivascular edema in peripheral areas of lesion territory. In the presence of brain cortex undamaged state among neurons majority the apoptosis occurred as chromatin condensation, cytoplasm shrinkage.

Key words: TBI, apoptosis, hypoxia

Актуальность. Еще в работах классиков нейроморфологии указывалось, что через 4—8 недель после ЧМТ в коре не только ипсилатерального, но и контрлатерального полушария мозга обнаруживаются так называемые «ишемические» изменения нейронов (красные нейроны). Полагали, что эти изменения нейронов с последующей их гибелью, являются результатом длительной гипоксии мозга.

В середине 90-х годов работами А. Rink с соавт. [1] было получено доказательство, что причиной отсроченной гибели нейронов, по крайней мере, на моделях экспериментальной ЧМТ, является апоптоз этих клеток.

ЧМТ у пациентов проявляется в гибели нейронов в коре, гиппокампе, мозжечке и таламусе [2, 3, 4], и эти паттерны клеточной гибели являются точной копией изменений нейронов у животных с экспериментальной

травмой. В ранний посттравматический период (спустя несколько часов и дней) поврежденные нейроны в очагах контузий проявляют себя отечными, но спустя некоторое время (дни или недели), они становятся сморщенными и эозинофильными, с явлениями ядерного пикноза [5].

Нейрональная и глиальная гибель клетки и травматическое повреждение нейронов вносят вклад в общую патофизиологию черепно-мозговой травмы (ЧМТ) как у людей, так и у животных. В поврежденном мозге пациентов и экспериментальных животных погибающие нервные клетки демонстрируют либо апоптическую, либо некротическую морфологию. Апоптически и некротически измененные нейроны были идентифицированы в пределах очага контузии в острый посттравматический период, и в участках мозга, отдаленных от места воздействия в течение нескольких дней и недель после травмы, в то время как дегенерация олигодендроцитов и астроцитов была обнаружена в зонах поврежденного белого вещества мозга.

Становится очевидным, что тяжесть повреждения и степень репарации ДНК нейронов является одним из факторов, определяющих течение травматической болезни головного мозга.

Изучение апоптоза нейронов при черепно-мозговой травме имеет большое практическое значение в аспекте терапевтических мероприятий, направленных на предотвращение запрограммированной гибели нейронов коры большого мозга.

Цель исследования. Изучить морфофункциональные состояния нейронов большого мозга в клинике и в условиях экспериментальной черепно-мозговой травмы.

Материал и методы исследования. Были исследованы участки коры мозга в очаге и на отдалении от очага поражения у 6 больных, переживших черепно-мозговую травму от 5 до 10 дней. Также патоморфологическую картину в головном мозге оценивали на модели экспериментальной острой черепно-мозговой травмы. Исследование проводили на 8 взрослых беспородных крысах-самцах массой 200-220 г. У животных вызывали тяжелую компрессионную черепно-мозговую травму при помощи прибора для воспроизведения черепно-мозговой травмы. Устройство имеет наконечники различной формы и шкалу мощности удара от 0 до 10, что позволяет моделировать травму различной тяжести и характера.

Применялись гистологические методы исследования. Полутонкие срезы, полученных от блоков, залитых для электронной микроскопии окрашивались гематоксилином-эозином и толуидиновым синим.

Результаты исследования. У больных после ЧМТ апоптоз был идентифицирован в сером веществе коры большого мозга. При этом в пирамидных клетках отмечалась конденсация хроматина в виде крупных глыбок, в основном, околоядерной мембраны, а после его разрушения свободно располагались в цитоплазме (рис. 1).

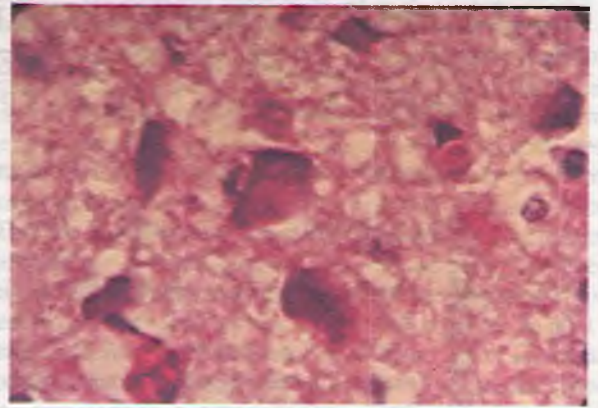


Рис. 1. Кора головного мозга больного, пережившего ЧМТ.

Структуры ядра нейрона плохо выражены. Глыбки хроматина располагаются по периферии цитоплазмы нейронов. Увеличение x480. Окраска гематоксилин-эозином.

Сама цитоплазма клетки уплотнилась и становилась более эозинофильной. На полутонких срезах удалось установить последовательность фаз развития апоптоза, начиная от уплотнения ядерного хроматина до образования апоптотных телец.

У экспериментальных животных в первые двое суток после ЧМТ отмечалось развитие перичеселлюлярного и периваскулярного отека. Явление перичеселлюлярного отека отмечались, в основном, вокруг олигодендроцитов. В этих условиях в цитоплазме большинства нейронов появлялись гидропические вакуоли (рис. 2а).

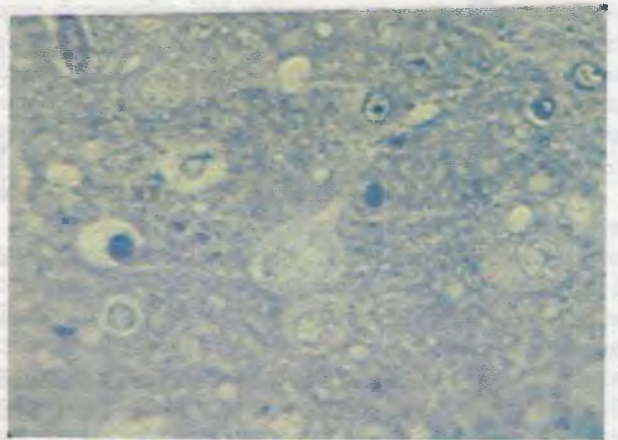


Рис. 2а. Кора головного мозга экспериментальных животных.

Развитие перичеселлюлярного отека вокруг олигодендроцитов. Отмечается вакуолизация цитоплазмы нейронов. Полутонкие срезы. Увеличение x900. Окраска толуидиновым синим.

Явления перичеселлюлярного и периваскулярного отека были больше выражены у экспериментальных животных с тяжелой степенью ЧМТ (рис. 2б).

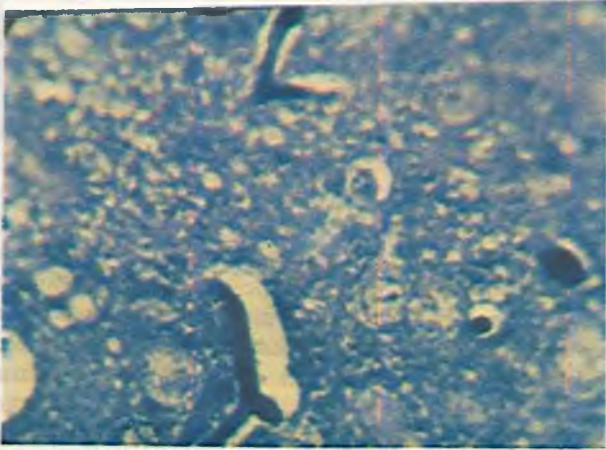


Рис. 26. Кора головного мозга экспериментальных животных.

Выраженные периваскулярные и перичеселлюлярные отеки. Полутоонкие срезы. Увеличение $\times 900$. Окраска толуидиновым синим.

Вышеуказанные структурные изменения обусловлены нарушениями крово- и лимфообращения в ткани мозга.

Таким образом, у больных переживших ЧМТ явления апоптоза были отмечены в период от 5 до 10 дней в отдалении от очага поражения. Развитие апоптоза в этих условиях, видимо, связано с развитием ишемии мозга, что ведет, в свою очередь, к снижению необходимого нейротрофического фактора.

У экспериментальных животных в первые 2 суток также были отмечены нарушения крово- и лимфообра-

щения в ткани мозга, ведущие к развитию перичеселлюлярного и периваскулярного отека и гидропической дистрофии нейронов. Развитие апоптоза нейронов отмечалось начиная с 6-7 суток после ЧМТ и зависело от степени тяжести.

Выводы

1. У больных, переживших ЧМТ явления апоптоза были идентифицированы в сером веществе коры большого мозга в период от 5 до 10 дней в отдалении от очага поражения.

2. У экспериментальных животных развитие апоптоза нейронов отмечалось начиная с 6-7 суток после ЧМТ и зависело от степени тяжести.

ЛИТЕРАТУРЫ

1. Rink A., Fung K., Trojanowski J. — Evidence of apoptotic cell death after experimental traumatic brain injury in the rat. - *Amer. J. Pathology*, 1995, 147, 6: 1575-1584.
2. Adams JH, Doyle D, Graham DI, Lawrence AE, McLellan DR, Gennarelli TA, Pastuszko M, Saka moto T (1985) The contusion index: A reappraisal in human and experimental non-missile injury. *Neuropathol Appl Neurobiol* 11:299-308.
3. Cervos-Navarro J, Lafuente JV (1991) Traumatic brain injuries: structural changes. *J Neural Sc*/103:s3-s14.
4. Kotarka MJ, Graham DJ, Aams JH, Gennarelli TA (1992) Hippocampal pathology in fatal nonmissile human head injury. *Acta Neuropathol* 83:530-534.
5. Ross DT, Graham DI, Adams JH (1993) Selective loss of neurons from the thalamic reticular nucleus following severe human head injury. *J Neurotrauma* 10:151-165

ФЕНОМЕН «АПОПТОЗА» И ЕГО ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Мамытова Э.М., Кадыралиев Т.К., Сулайманов М.Ж.

КГМА, НИИ МБ и М при НЦК и Т, НГ МЗ КР, Бишкек, Кыргызстан

Резюме. Нейрональная и глиальная гибель клетки и травматическое повреждение аксонов вносят вклад в общую патофизиологию черепно-мозговой травмы (ЧМТ) как у людей, так и у животных. И в поврежденном мозге пациентов и экспериментальных животных погибающие нервные клетки демонстрируют либо апоптотическую, либо некротическую морфологию. Апоптотически измененные нейроны были идентифицированы в пределах очага контузии у 6 экспериментальных животных в острый посттравматический период, и в участках мозга, отдаленных от места воздействия на 7 сутки после травмы.

Ключевые слова: экспериментальная черепно-мозговая травма, апоптоз, патоморфология.

APOPTOSIS PHENOMENON AND ITS CHARACTERISTICS AFTER EXPERIMENTAL AND CLINICAL TRAUMATIC HEAD INJURY

Mamytova E.M., Sulaimanov M.G., Kadiraliev T.K.

KSMA, SRI MB and NCC, NH MH KR, Bishkek, Kyrgyzstan

Resume. Several neuronal populations are selectively vulnerable to cell death after traumatic brain injury (TBI) in experimental models and in man. Both necrotic and apoptotic cell death have been described after experimental and clinical TBI. A common feature apoptotic cell death were determined in the injured cortex at 6 rats in the acute posttraumatological period. The cortex ipsilateral and contralateral to the impact site exhibited apoptosis with varying staining intensities in 7 days after injury.

Key words: experimental traumatic brain injury, apoptosis, pathomorphology.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛДЫК БАШ МЭЭ ЖАРАТЫНДАГЫ «АПОПТОЗДУН» ФЕНОМЕНИ ЖАНА АГА МҮНӨЗДӨМӨ

Мамытова Э.М., Кадыралиев Т.К., Сулайманов М.Ж.

КММА, Т жана УКБ караштуу ИИИ МБ жана М, КР ССМ УГ, Бишкек шаары

Корутунду. Нейроналдык жана глиалдык клеткалардын өлүшү жана травманын тасиринен аксондордун жараттануусу адамдарда да, ошондой эле жаныбарларда да баш мээнин травмасынын (БМТ) патофизиологиясына таасир этет. Оорулуулун жараткан баш мээси жана эксперименталдык жаныбарлардын өлгөн нерв клеткалары апоптоз, же болбосо некроз түрүндөгү морфологиясы демонстрацияланат. 6 эксперимент жүргүзүлгөн жаныбарлардан травманын 1-5-күндөрүндө апоптоз түрүндөгү өзгөргөн нейрондор мээнин козголгон бөлүгүндө идентификацияланган, жана ошондой эле 7-күндө козголгон мээнин көп алыс эмес айланасында байкалган.

Негизги сөздөр: эксперименталдык баш мээ травмасы, апоптоз, патоморфология.

Актуальность. В середине 90-х годов работами A. Rink с соавт. [14] было получено доказательство, что причиной отсроченной гибели нейронов, по крайней мере, на моделях экспериментальной ЧМТ, является апоптоз этих клеток.

Травма мозга может индуцировать смерть клеток по типу апоптоза в участках мозга, отстоящих от очага ушиба на значительном расстоянии [4]. Метод, основанный на анализе фрагментации ДНК — TUNEL, выявил апоптоз на отдалении от очага травматического ушиба мозга пострадавших, переживших травму ЧМТ от 5 до 10 дней [1, 2, 3].

После черепно-мозговой травмы апоптоз нейронов был идентифицирован в сером веществе [9,10], в перифокальной зоне очага ушиба и в клетках-олигодендроцитах белого вещества [5]. ЧМТ у пациентов проявляется в гибели нейронов в коре, гиппокампе, мозжечке и таламусе [12,13,15], и эти паттерны клеточной гибели являются точной копией изменений нейронов у животных с экспериментальной травмой. В неповрежденной клетке апоптоз находится под строгим генетическим контролем. Причиной запуска апоптоза при травме мозга может быть воздействие на геном клетки

нейромедиаторов, медиаторов воспаления, ишемии и т. д. [6, 11].

Механизму апоптоза противостоит антиапоптоз [7], и посттравматическая судьба нейронов может зависеть от их соотношения [8]. Исследуя соотношение экспрессии апоптотических и антиапоптотических белков после экспериментальной травмы головы, A. Wennersten и соавт. [16] показали, что в течение достаточно длительного времени (до 6 сут) остается открытым "окно" для проведения антиапоптотического лечения.

Целью нашего исследования являлось определение пространственных и временных паттернов апоптической и некротической гибели клеток после экспериментальной ЧМТ в зависимости от тяжести ЧМТ, срока с момента получения ЧМТ.

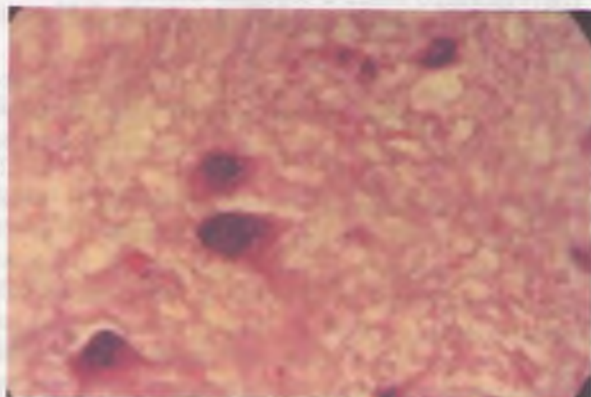
Материалы и методы. Исследованию был подвергнут головной мозг 10 крыс, получивших закрытую дозированную черепно-мозговую травму. Травма наносилась по нефиксированной голове животного в лобно-теменной области по сагиттальной линии ударником оригинальной конструкции, создающим стандартную силу удара, измеряющуюся в кгс. Применялись наконечники различной формы для воспроизведения легкой (1 группа – 4) и средне-тяжелой (2 группа – 6) ЧМТ. Во всех случаях наблюдали контузионный очаг в месте приложения удара и у 1/3 животных очаг по типу *contre-coup*. Для извлечения мозга проводилась трепанация крыши черепа. Кусочки мозга вырезались с таким расчетом, чтобы в один блок попали контузионный очаг и перифокальная зона, а в другой — аналогичный участок из второго, неповрежденного, полушария. Очаг ушиба располагался в лобно-теменной области одного из полушарий, поэтому у всех подопытных крыс и у 5 контрольных (нетравмированных) материал забирался именно из этой области. Забор ткани производили через 24 часа, 7, 14 суток после травмы.

Морфологическая эволюция ткани головного мозга в контузионном очаге, в пери-фокальной зоне и в отдалении от очага прослежена на препаратах, окрашенных гематоксилином-эозином, а также на полутонких срезах, окрашенных толуидин-синим. Ткань фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина, проводили через парафин.

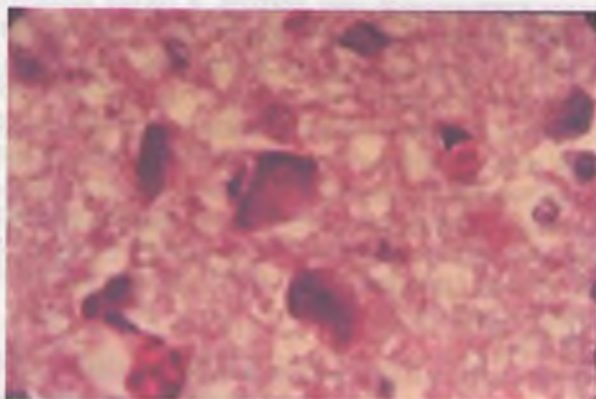
Результаты и обсуждения. На гистологических срезах толщиной 4—5 мкм, окрашенных гематоксилином и эозином, апоптоз распознается уже при малом увеличении по уплотнению и уменьшению в размерах клетки, ее изоляции от окружающей ткани путем окружения светлым ободком, характерному перераспределению хроматина. Формирование апоптотических телец поэтапно прослеживается на полутонких срезах и при окрашивании гематоксилином-эозином.

Ни одна из мышей 1 группы (наконечник №1) не показала перелом черепа или кровоизлияние. Все животные пришли в сознание в течение 2 минут и вели себя обычно. Повреждение нейрональных клеток было ограниченным, главным образом, слоем 1-3 теменной коры на стороне удара. Апоптотически измененные клетки не были найдены. Все мыши из 2 группы (наконечник №2) имели локальный перелом черепа и подпаутинообразное кровоизлияние. Они находились в бессознательном состоянии (> 5 минут) и проявляли сниженную мо-

торную активность. Пять животных пережили 24 часа. Гистологическая экспертиза показала двустороннее вовлечение нейронов теменной коры, гиппокампа и таламуса. Апоптоз клеток был замечен в зоне пенумбры и в зоне гиппокампа на стороне приложения травмы на 7 сутки с момента травмы.



Световая микроскопия коры мозга. Пирамидные клетки коры головного мозга. Отчетливо видны ядро, ядрышки, цитоплазма однородна. В нейропиле отмечается отек и разволокнение вещества мозга. Увеличение *1100. Окраска гематоксилином-эозином.



Световая микроскопия коры мозга. Пирамидные клетки коры головного мозга. Отмечается эозинофилия нейронов. Отсутствуют ядро нейронов и ядрышки. В нейропиле отмечается гидропическая дистрофия. Увеличение *1100. Окраска гематоксилином-эозином

Эти результаты подтверждают, что апоптоз присутствует в ткани мозга животных после травмы средней и тяжелой степени, но не после легкой травмы.

Экспериментальная травма средне-тяжелой степени приводит как к некрозу, так и апоптозу, хотя обширность некроза была больше апоптоза по отношению общему количеству умирающих клеток.

Травма черепа и головного мозга сопровождалась чаще всего образованием локального контузионного очага, нарушением кровообращения в перифокальной зоне и в отдалении от очага, а также выраженными изменениями церебрального метаболизма. Динамика острого периода закрытой черепно-мозговой травмы позволила выявить определенную фазность патоморфологической ткани мозга и условно обозначить эти периоды как стадии мобилизации, резистентности, восстановления.

В стадии мобилизации — в 1-й час после травмы - морфологические изменения были представлены преимущественно спазмом мелких сосудов в веществе мозга - в отдалении от очага ушиба и в перифокальной зоне, в очаге ушиба — ректическими кровоизлияниями. Вне контузионного очага в нервных клетках отмечался частичный хроматолит нислевской субстанции и начальные стадии гидропических изменений.

В перифокальной зоне нарастало количество ишемических и сморщенных нейронов. В контузионном очаге ткань мозга была разможжена и имbibирована кровью.

В стадии резистентности (продолжительность около 2 нед) в ткани мозга вне очага ушиба уже в 1-е сутки спазм сосудов сменялся стойкой гиперемией. В последующие дни нарастало количество кровоизлияний, различающихся между собой по генезу: диапедезные, ангионевротические (кольцевидные), ангионекротические (сосудистая дистония, плазматические озера). В нервных клетках нарастали гидропические изменения; максимальная степень отека мозга отмечалась на 7-е сутки наблюдения. К этому времени преимущественно периваскулярный и перифокальный астроцитарный глиоз был уже отчетливо выражен. К концу 7-х суток формировался клиновидный очаг некроза, в состав которого, кроме первичного некроза, входила ткань перифокальной зоны — преимущественно внутренние ее слои.

В стадии восстановления к 14-м суткам после травмы намечается тенденция к нормализации кровообращения и метаболизма в ткани головного мозга. Сохраняется венозная гиперемия, но свежих кровоизлияний и очагов размягчения уже нет. Кровоизлияния подвергаются резорбции, а в некротических очагах идет активный процесс организации с образованием глиально-мезенхимального рубца.

Выводы

1. В световом микроскопе морфологические признаки апоптоза присутствует в ткани мозга животных после травмы средней и тяжелой степени и фиксируются в поздние сроки (через 7 суток и более).

2. Экспериментальная травма средне-тяжелой степени приводит как к некрозу, так и апоптозу, хотя обширность некроза больше апоптоза по отношению общему количеству умирающих клеток.

3. Характер морфологических изменений в ткани головного мозга в остром периоде средне-тяжелой черепно-мозговой травмы показал, что в течение достаточно длительного времени (до 7 сут) остается открытым "окно" для проведения антиапоптотического (нейропротекторного) лечения.

4. Сопоставление морфологических изменений в ткани головного мозга в остром периоде средне-тяжелой черепно-мозговой травмы позволяет выделить три стадии патологического процесса: мобилизации, резистентности и восстановления.

ЛИТЕРАТУРЫ

1. Adams J.H., Graham D.J., Gennarelli T.A. Head injury in man and experimental animals-neuropathology. *Acta Neurochirurg.* 1983: 32 (Suppl):15-30.

2. Adams J.H., Graham D.I., Gennarelli T.A. Primary brain damage in non-missile head injury. In: *Mechanism of secondary brain damage* (Eds. A. Baethman et al.) — N.Y.: Plenum, 1986. — p.1—13.

3. Bayly P.V., Dikranian K.T., Black E.E., et al. — Spatiotemporal evolution of apoptotic neurodegeneration following traumatic injury to the developing rat brain. - *J. Brain Res.*, 2006, Aug 30; 1107(1): 70-81. Epub 2006 Jul 5.

4. Chopp M., Chan P., Chung Y. - DNA damage and repair in central nervous system injury. — *Stroke*, 1996, 27,3: 363-369.

5. Clark R., Kochanek P., Dixon C, et al. — Early neuropathologic effects of mild or moderate hypoxemia after controlled cortical impact injury in rats. — *J. Neurotrauma*, 1997, 14,4: 179-190.

6. Dressler J., Hanisch U., Kuhlisch E., et al. — Neuronal and glial apoptosis in human traumatic brain injury. — *Int. J. Legal Med.*, 2006, Nov 15;

7. Gavrieli Y., Sherman Y., Ben-Sasson S. — Identification of programmed cell death in situ via specific labeling of nuclear DNA fragmentation. — *J. Cell Biol* - 1992, 119: 493-501.

8. Gennarelli T.A., Adams J.H., Graham D.I. Diffuse axonal injury — a new conceptual approach to an old problem // *Mechanism of secondary brain damage* (Eds. A.Baethman et al.) - N.Y.: Plenum, 1986. p.15-28.

9. Hang C.H., Shi J.X., Sun B.W., et al. — Apoptotic and functional changes of dipeptide transporter (PepT1) in the rat small intestine after traumatic brain injury.- *J. Brain Res.*, 2007, Jan 13; 137(1): 53-60. Epub 2006 Nov 1.

10. Kotapka M., Graham D., Adams J., et al.— Hippocampal damage in fatal non-missile human head injury: frequency and distribution. — *Acta Neuropathol (Berl)*, 1992, 83: 530

Kotapka M., Graham D., Adams J.et al.— Hippocampal pathology in human fatal head injury without high intracranial pressure —. *J. Neurotrauma*, 1994, 11: 317—324.

11. Linnik M., Zobrist R., Hatfield M. — Evidence supporting a role for programmed cell death in focal cerebral ischemia in rats. — *Stroke*, 1993, 608: 21—26.

12. Marshall L.F., Marshall S.B., KJauber M.R. et al.: A new classification of head injury based on computerized tomography. *J. of neurosurgery*, V. 75: 1991: S14—S20.

13. Matsumoto K., Veda S., Hashimoto T. — Ischemic neuronal injury in rat hippocampus following transient forebrain ischemia: evolution using in vivo microdialysis. — *Brain Res.*, 1991, 543, 236-42.

14. Rink A., Fung K., Trojanowski J. — Evidence of apoptotic cell death after experimental traumatic brain injury in the rat. - *Amer. J. Pathology*, 1995, 147, 6: 1575-1584.

15. Sharov V., Jiang N., Zaloga C., et al. — Ultrastructural and light microscopic evidence of apoptosis after middle cerebral artery occlusion in the rat. — *Amer. J. Pathol.*, 1995, 146, 5: 1045-1051.

16. A. Wennersten., Chen X., Pierce J. et al. - - Progressive atrophy and neuron death for one year following brain trauma in the rat. - *J. Neurotrauma*, 1997, 14,10: 715-727.

АНАТОМИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПОЛОЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ СРЕДОСТЕНИЯ У ЧЕЛОВЕКА

Омурбаев А.С., Гайворонская Ю.Б., Жанганаева М.Т., Рахматов Н.А.,
Жоомартов У.А., Абдышев К.К.

Кафедра нормальной и топографической анатомии, КГМА, Бишкек, Кыргызстан

Резюме. Анатомия лимфатических узлов средостения изучена на 151 органокомплексе, взятых от трупов людей различного возраста. Выявлены различные варианты расположения лимфатических узлов средостения. В топографии лимфатических узлов средостения выявлены индивидуальные и возрастные особенности.

Ключевые слова: средостение, лимфатические узлы, локализация, человек, возраст.

АДАМДЫН КӨКҮРӨК КӨНДӨЙҮНДӨ ЖАЙГАШКАН ЛИМФАЛЫК БЕЗДЕРДИН ТОПОГРАФИЯЛЫК АНАТОМИЯСЫ МЕНЕН ЖАШ ӨЗГӨЧӨЛҮК ВАРИАНТТАРЫНЫН ЖАЙГАШЫШЫ

Омурбаев А.С., Гайворонская Ю.Б., Жанганаева М.Т., Рахматов Н.А.,
Жоомартов У.А., Абдышев К.К.

Нормалдуу жана топографиялык анатомия кафедрасы, КММА, Бишкек, Кыргызстан

Корутунду. Көкүрөк көөдөнүндөгү лимфалык бездеринин анатомиясы 151 адам органокомплексинен алынган ар жаштагы кишинин органынан алынып изилденген. Ар түрдүү вариантта жайгашкан лимфалык бездердин топографиясы изилденип, текшарилди. Лимфалык бездеринип жаш өзгөчөлүгү менен өзгөчөлүк айырмачылыгы белгиленди жана изилдеп табылды.

Негизги создор: көкүрөк, ортолук көндөйү, лимфалык бездер, жайгашышы, жаш өзгөчөлүгү.

THE ANATOMICAL VARIANT AND AGE-SPECIFIC FEATURES OF THE LOCATION THE LYMPH NODES OF THE MEDIASTINUM IN HUMAN

The department of the normal and topography anatomy, KGMA, Bishkek Kyrgyzstan

Resume. The anatomy of the mediastinal lymph nodes is researched on the 151 complex of organ taking from human cadavers different age. It reveals the different varies of location of the mediastinal lymph nodes. In the topography of the mediastinal lymph nodes is discovered individual and age-specific features.

Key words: mediastinum, lymphatic nodes, location, human, age.

Введение. Средостение (mediastinum) является сложным анатомо-топографическим образованием, в котором располагаются многочисленные лимфатические узлы, принимающие лимфу от всех органов грудной полости, а также некоторых органов шеи и брюшной полости. При злокачественных заболеваниях органов грудной полости метастазы опухолевых клеток в первую очередь поражают медиастинальные лимфатические узлы, которые являются узлами I, II, III этапа оттока лимфы от этих органов. Лимфатические узлы средостения увеличенные в размерах в результате воспалительных процессов грудной полости могут оказывать давление на близлежащие органы и ткани, вызывая ряд функциональных расстройств. В этой связи в кли-

нической практике большое значение имеют точное знание анатомии этих лимфатических узлов.

Материалы и методы исследования. Лимфатические узлы средостения исследованы на 151 органокомплексе, взятых от трупов людей различного возраста и пола, умерших от причин, не связанных с поражением органов грудной полости. Лимфатические узлы выявляли методом полихромной инъекции массы Герота. Исследованный материал подразделен на группы согласно общепринятой возрастной периодизации, рекомендованной VII научной конференцией по возрастной морфологии, физиологии и биохимии (1965).

Результаты исследования и их обсуждение. Верхние правые внеорганные бронхолегочные лимфатиче-

ские узлы располагаются: 1 - на верхней поверхности правого главного бронха, в промежутке между бронхом и правой легочной артерией, заходя, иногда под нижне-латеральный край дуги непарной вены; 2 - на верхней поверхности начального участка правого верхнедолевого бронха, на границе с легочной паренхимой или заходя латеральным краем в паренхиму легкого под сегментарными ветвями правой легочной артерии; 3 - на передне-верхней поверхности правой легочной артерии. Верхние левые бронхолегочные лимфатические узлы располагаются: 1 - на верхней поверхности левого главного бронха, в промежутке между бронхом и левой легочной артерией, артериальной связкой и латеральным краем дуги аорты; 2 - на верхней поверхности начального участка верхнего долевого бронха; 3 - на передне-верхней поверхности левой легочной артерии. Нижние правые бронхолегочные лимфатические узлы располагаются: 1 - на нижней поверхности правого главного бронха, в промежутке между бронхом и нижней легочной веной; 2 - на нижней поверхности начального участка правого нижнедолевого бронха, на границе с легочной паренхимой или заходя с латеральным краем в паренхиму легкого; 3 - впереди, позади или под нижней поверхностью нижней легочной вены; 4 - в толще правой легочной связки по всей ее длине, не удаляясь от медиастинальной поверхности нижней доли правого легкого больше, чем на 1,5-2,0 см. Нижние левые бронхолегочные лимфатические узлы располагаются: 1 - на нижней поверхности левого главного бронха в промежутке между бронхом и нижней легочной веной; 2 - на нижней поверхности начального участка левого нижнедолевого бронха на границе с легочной паренхимой, или заходя латеральным краем в паренхиму легкого; 3 - впереди, позади или под нижней поверхностью нижней легочной вены; 4 - в толще левой легочной связки по всей ее длине не удаляясь от медиастинальной поверхности нижней доли левого легкого больше чем 1,0-1,5 см. Передние правые бронхолегочные лимфатические узлы располагаются на передней поверхности правого главного бронха, позади верхней легочной вены, а также на передней поверхности верхней легочной вены. Передние левые бронхолегочные лимфатические узлы располагаются на передней поверхности левого главного бронха позади верхней легочной вены, а также на передней поверхности верхней легочной вены. Бронхолегочные лимфатические узлы этой подгруппы могут располагаться не только на левом главном бронхе или только верхней легочной вене, но также и одновременно на передней поверхности левого главного бронха и на верхней легочной вене. Задние правые бронхолегочные лимфатические узлы располагаются на перепончатой части правого главного бронха и перепончатой части начальных отделов долевого бронхов. Задние левые бронхолегочные лимфатические узлы располагаются на перепончатой части левого главного бронха и перепончатой части начальных отделов долевого бронхов.

В результате нашего исследования установлены возрастные различия в частоте выявления различных подгрупп внеорганных лимфатических узлов у ворот правого и левого легкого. Так, верхние правые бронхолегочные узлы, лежащие на правом главном бронхе чаще выявляются у новорожденных и в детском возрасте, а у

взрослых людей (юношеский – старческий возраст) эти узлы чаще обнаруживаются на верхнем долевого бронхе. Напротив, верхние левые бронхолегочные узлы, лежащие на левом главном бронхе, чаще выявляются у взрослых людей, а у детей лимфатические узлы чаще обнаруживаются на верхнем долевого бронхе. Нижние правые бронхолегочные узлы, расположенные на нижнем долевого бронхе и в толще легочной связки относительно чаще выявляются у взрослых людей, а в детском возрасте – на правом главном бронхе и на нижней легочной вене. Нижние левые бронхолегочные узлы у детей чаще обнаруживаются на нижнем долевого бронхе, а у взрослых – в толще легочной связки. На левом главном бронхе и на нижней легочной вены лимфатические узлы этой подгруппы выявляются примерно с равной частотой в различные возрастные периоды. Частота выявления передних и задних бронхолегочных узлов существенно не отличается по возрастам в воротах правого и левого легкого.

Нижние трахеобронхиальные лимфатические узлы располагаются в нижнем трахеобронхиальном углу на передне-нижней полуокружности правого (от 1-го по 5-6 полукольца) и левого (от 1-го по 7-9 полукольца) главных бронхов и на нижней полуокружности правого нижнедолевого бронха (от 1-го по 4-5 полукольцов). Спереди эти лимфатические ограничены задней поверхностью левого предсердия с перикардом и начальными участками верхних легочных вен, сзади – передней поверхностью пищевода, ветвями правого и левого блуждающих нервов, передне-правой полуокружностью грудной аорты, снизу – верхним краем нижних легочных вен. Боковая граница узлов с правой стороны соответствуют уровню латеральной полуокружности грудной аорты, а с левой стороны – латеральной поверхности непарной вены [5]. По отношению к правому и левому главным бронхам, и к правому нижнедолевого бронху, нами установлены 3 варианта расположения нижних трахеобронхиальных лимфатических узлов: правобронхиальный тип расположения, левобронхиальный и равномерный. Верхние левые трахеобронхиальные лимфатические узлы расположены в верхнем левом трахеобронхиальном углу (от 6-9 полукольца левого главного бронха до 15-18 полукольца трахеи) на боковой поверхности грудной части трахеи (от 15-18 до 7-10 полукольца). Условной границей, отделяющей верхний левый трахеобронхиальный угол от грудной части трахеи, является горизонтальная линия, проведенная на уровне нижней поверхности вынутой части дуги аорты, которая на трахее соответствует 15 – 18 полукольцу. В верхнем левом трахеобронхиальном углу лимфатические узлы ограничены с латеральной стороны артериальной связкой и стволом левого блуждающего нерва; сверху – вогнутой поверхностью дуги аорты и дугой левого возвратного нерва, сзади – передней поверхностью нисходящей части дуги аорты. На боковой поверхности грудной части трахеи лимфатические узлы ограничены с латеральной стороны правой поверхностью дуги аорты и правой поверхностью левой общей сонной артерии, сзади – левым краем пищевода.

По отношению к верхнему левому трахеобронхиальному углу и к грудной части трахеи, нами установлены 2 варианта расположения верхних левых трахеоб-

ронхиальных лимфатических узлов: 1 - равномерно концентрированный тип – лимфатические узлы расположены в виде одного непрерывного скопления, переходящего из верхнего левого трахеобронхиального угла на боковую поверхность трахеи; 2 - неравномерно концентрированный тип – лимфатические узлы расположены в виде двух скоплений, преимущественно в верхнем левом трахеобронхиальном углу или на грудной части трахеи. Верхние правые трахеобронхиальные лимфатические узлы расположены в верхнем правом трахеобронхиальном углу (от 2-5 полукольца правого главного бронха до 12–15 полукольца бронха) на передне-боковой поверхности грудной части трахеи (от 12–15 до 7–10 полукольца). Условной границей, отделяющей верхний левый трахеобронхиальный угол от грудной части трахеи является горизонтальная линия, проведенная на уровне отхождения плечевого ствола от дуги аорты, которая на трахее соответствует 12–15 полукольцу. В верхнем правом трахеобронхиальном углу лимфатические узлы ограничены с латеральной стороны – медиастинальной плеврой на уровне верхней доли правого легкого, с медиально-латеральной поверхностью восходящей части дуги аорты, спереди – задней поверхностью верхней поллой вены до уровня впадения в нее левой плечеголовой вены. На передне-долевой поверхности грудной части трахеи лимфатические узлы ограничены с латеральной стороны – медиастинальной плеврой на уровне верхней доли правого легкого, с медиально-латеральной поверхностью плечевого ствола, спереди – задней поверхностью конечного отделов правой и левой плечеголовных вен, сверху – нижней поверхностью начального отдела правой подключичной артерии. По отношению к верхнему правому трахеобронхиальному углу и к грудной части трахеи, нами установлены 3 варианта расположения верхних правых трахеобронхиальных лимфатических узлов: 1- дисперсный тип – лимфатические узлы разобцены в верхнем правом трахеобронхиальном углу и на грудной части трахеи; 2 - равномерно концентрированный тип – лимфатические узлы расположены в виде одного непрерывного скопления переходящего из верхнего правого трахеобронхиального угла на передне- боковую поверхность грудной части трахеи; 3 - непрерывно концентрированный тип – лимфатические узлы расположены в виде двух скоплений, в верхнем правом трахеобронхиальном углу и на грудной части трахеи.

Нами установлено, что в детском и подростковом возрасте чаще встречается равномерный тип расположения нижних трахеобронхиальных лимфатических узлов, а у взрослых людей – правобронхиальный тип. Верхние правые и левые трахеобронхиальные лимфатические узлы у новорожденных и в детском возрасте имеют равномерно концентрированный тип расположения, а у людей юношеского, зрелого, пожилого и старческого возрастов – неравномерно концентрированный и дисперсный тип.

К лимфатическим узлам переднего средостения относятся узлы, расположенные на передней поверхности сосудов основания сердца за грудиной и, соответственно, их положению и отношению к крупным кровеносным сосудам грудной полости, среди них выделяют три самостоятельные группы: предвенозную, предаортака-

ротидную группы и группу горизонтальной цепочки [1, 2, 3, 5, 6]. Предвенозные лимфатические узлы расположены на передней поверхности верхней поллой и правой плечеголовой вен, а также в углу слияния плечеголовных вен. Преаортакаротидные лимфатические узлы представляют непрерывную цепочку узлов, прилежащих к передне-боковой поверхности артериальной связки, к передне-боковой и боковой поверхности восходящей части дуги аорты, далее в восходящем направлении прилежат к передней поверхности левой общей сонной и левой подключичной артерии, а также в борозде между этими артериями. Снаружи преаортакаротидные лимфатические узлы непосредственно граничат с левым блуждающим и диафрагмальным нервами, а впереди с левой плечеголовой веной. Лимфатические узлы горизонтальной цепочки располагаются на передней, верхней и нижней поверхности левой плечеголовой вены, на передне-верхней поверхности плечевого ствола и в промежутке (в углу) между плечеголовным стволом и левой общей сонной артерией.

Установлено, что у новорожденных и в детском возрасте предвенозные лимфатические узлы чаще обнаруживаются в углу слияния плечеголовных вен, а у взрослых людей (юношеский – старческий возраст) – на верхней поллой вене. Преаортакаротидные лимфатические узлы, прилежащие к артериальной связке и к восходящей части дуги аорты обнаруживаются постоянно во всех возрастных периодах постнатального онтогенеза, а лимфатические узлы, лежащие на левой подключичной артерии, чаще выявляются в детском возрасте. Лимфатические узлы горизонтальной цепочки, лежащие на плечеголовном стволе, чаще обнаруживаются в детском возрасте, а лимфатические узлы лежащие, в углу между плечеголовным стволом и левой общей сонной артерией выявляются у взрослых людей. Частота выявления лимфатических узлов горизонтальной цепочки, расположенных на левой плечеголовой вене варьирует в равном диапазоне во всех исследованных возрастных периодах.

К лимфатическим узлам заднего средостения относятся лимфатические узлы расположенные в клетчатке заднего средостения (по BNA) и соответственно их положению и отношению к пищеводу и нисходящей части грудной аорты, среди них выделяют три самостоятельные группы: околопищеводные, околоаортальные и межаортапищеводные [2, 3, 4, 5, 6]. Для уточнения положения лимфатических узлов заднего средостения, область их расположения, соответствующая протяженности от диафрагмы до бифуркации трахеи, условно разделена нами на три уровня: верхнюю треть, среднюю треть и нижнюю треть. Согласно этому делению, уровень верхней трети соответствует расстоянию от бифуркации трахеи до верхних легочных вен, уровень средней трети соответствует расстоянию от верхних до нижних легочных вен, а уровень нижней трети - расстоянию от нижних легочных вен до диафрагмы. Околопищеводные лимфатические узлы расположены на передней и боковой поверхности пищевода. Выше уровня бифуркации трахеи околопищеводные лимфатические узлы не обнаружены ни на одном препарате. Межаортапищеводные лимфатические узлы расположены в щелевидной борозде между переднебоковой

АНАТОМИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПОЛОЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ СРЕДОСТЕНИЯ У ЧЕЛОВЕКА

поверхностью нисходящей части грудной аорты и задне-боковой поверхностью пищевода, в непосредственной близости от грудного протока на протяжении от диафрагмы до уровня бифуркации трахеи. Околоаортальные лимфатические узлы прилежат к задней и боковой поверхности нисходящей аорты.

Установлено, что околопищеводные и межаортопищеводные лимфатические узлы выявляются значительно чаще околоаортальных лимфатических узлов. Задние средостенные лимфатические узлы в подавляющем большинстве случаев располагаются на уровне средней и нижней трети нисходящей аорты и пищевода.

Выводы

1. Лимфатические узлы средостения связаны с анатомическими образованиями органов грудной полости.

2. В топографии лимфатических узлов средостения выявлены локальные анатомические особенности.

3. В топографии лимфатических узлов средостения выявлены индивидуальные и возрастные особенности.

ЛИТЕРАТУРЫ

1. Воробьева Е.А. К возрастной анатомии лимфатических узлов средостения. Матер. 6-й научной конференции по возрастной морфологии, физиологии и биохимии / Москва.-1963.-С.32-33

2. Выренков Ю.Е., Андриюшин Ю.Н. Лимфатическая система грудной полости. — М.: «Связь», 1970. — 100 с.

3. Жданов Д.А. Хирургическая анатомия грудного протока и главных лимфатических коллекторов и узлов туловища // Горький. — 1945.-С.120

4. (Иосифов Г.М.) Iossifow G.M. Das Lymphgefäßsystem des Menschen // Vena.-1930.-С.220

5. Сапин М.Р. Борзяк Э.И. Внеорганные пути транспорта лимфы // М. Москва.-1982.-С.264

6. Rouviere H. Anatomie les lymphatiques de l'home // Paris.-1932.-P.303

О ЛИМФАНГИОНАХ СЕРДЦА ЧЕЛОВЕКА В ЗРЕЛОМ ВОЗРАСТЕ

Сатыбалдиев М.А., Эргешова А.М., Смаилов К.С., Дуйшенова К.Ш.

Кафедра нормальной и топографической анатомии, КГМА, Бишкек, Кыргызстан

Резюме. Лимфангионы левого лимфатического коллектора сердца человека изучены на 24 трупах людей зрелого возраста (35-60 лет) обоего пола. Исследование показало, что левый лимфатический коллектор сердца человека в зрелом возрасте состоит из 45-60 лимфангионов. Из них: 30-35 находятся в интраорганном сосуде, 15-25 в экстраорганном сосуде. Определено количество миоцитов лимфангионов, также длина, ширина и объем лимфангионов в интра и экстраорганном сосуде сердца человека в зрелом возрасте.

Ключевые слова: лимфангион, лимфангионы сердца, миоциты, количество, объем.

ABOUT THE LYMPHANGIONS OF THE HUMANS HEART AT THE MATURE AGE

Satybaldiev M.A., Ergeshov A.M., Smailov K. S., Duishenova K.SH.

The department of the normal and topography anatomy, KGMA, Bishkek, Kyrgyzstan

Summary. The lymphangions of the left lymphatic collector of the heart is surveyed on 134 corpses mature age persons (35-60 years) of either sex. The investigation is indicated that left lymphatic collector of the humans heart at the mature age consists in 45-60 lymphangions. From them: 30-35 is situated in the intraorgan vessel, 15-25 in the extraorgan vessel. Is quantify the myocytes of the lymphangions, and the length, width and capacity of the lymphangions in the intra and extraorgan vessel of the humans heart at the mature age.

Key words: lymphangion, lymphangions of the heart, myocytes, quantity, capacity

ОСУП ЖЕТИЛГЕН АДАМДАРДЫН ЖҮРӨК ЛИМФАЛЫК ТАМЫРЛАРЫНЫН ЛИМФАНГИОНДОРУ

Сатыбалдиев М.А., Эргешова А.М., Смаилов К.С., Дуйшенова К.Ш.

Нормалдуу жана топографиялык анатомия кафедрасы, КММА, Бишкек, Кыргызстан

Көрүтүндү. Адам баласынын жүрөгүндөгү сол лимфалык тамырларынын жыйындысынын лимфангиону 24 труп материалдардынан алынган адамдардын (35-60 жаштагы) эркек жана аял затынын жүрөгү изилденип, окуп, текшерилген. Бул изилдөөлөрдүн жыйынтыгы болуп өсүп жетилген адамдарда – жүрөктүн сол лимфалык тамырлары 45-60 лимфангиондон турары табылды, жана алардын ичинде 30-35 сандагы лимфангиондор – ички лимфалык тамырларда жайгашып, 15-25 лимфангион сырткы лимфалык тамыр системасында жайгашышат. Бул изилдөөдө адам баласынын орто жана жетилген курактагы жүрөктүн ички жана сырткы лимфалык тамыр системасындагы лимфангиондордун саны, аны түзгөн миоциттер, ошондой эле узундугу, туурасы жана көлөмү, жайгашышы аныкталган.

Негизги сөздөр: лимфангион, жүрөктүн лимфангиондору, миоциттер, саны, көлөмү

Введение. Лимфангион – это структурно-функциональная единица лимфатического сосуда [1, 4, 7, 8]. Выделение этой единицы позволило открыть новые стороны функционирования лимфатических сосудов, прежде всего, изучить их моторную функцию. Считают, что главным фактором лимфотока в организме является сократительная активность лимфатических сосудов. Однако, до сих пор мало изучены лимфатические основы сократительной активности лимфангионов сердца человека.

Концепция лимфангиона как структурно-функциональной единицы лимфатического сосуда получила признание у ведущих лимфологов России [2, 5, 6].

Изучение структурных основ моторной функции лимфатических сосудов сердца человека с новой позиции – теории лимфангиона представляет несомненный интерес для понимания лимфооттока из стенки сердца человека в условиях нормы и патологии. Поэтому анатомическое исследование лимфангионов сердца челове-

ка дает не только теоретическое значение, оно важно для практической медицины, прежде всего – кардиологии.

Однако, о лимфангионах сердца человека в настоящее время мало сведений в литературе. Поэтому, в связи с проблемой транспорта лимфы из сердца представляет значительный интерес изучение его лимфангионов (распределение мышечных элементов в области мышечной манжетки, клапанного синуса и в области прикрепления клапана, соединительнотканых волокон и т.д.). Эти данные полученных результатов внесли бы существенный вклад в дальнейших исследованиях сердца человека для практической медицины.

Цель исследования. Изучение лимфатических сосудов сердца человека в зрелом возрасте (35-60 лет) с позиции новой теории – теории лимфангиона – как структурно-функциональной единицы сосуда.

Материал и методы исследования. Материалом исследования были препараты сердца от трупов людей обоего пола (мужского – 14, женского – 10) погибших от травм и несчастных случаев в возрасте от 35 до 60 лет.

Использованы макро-микроскопические, гистологические и электронно-микроскопические методы исследования. Для инъекции сосудов использовали синюю массу Герота. Изготавливали просветленные препараты по Д.А. Жданову (1940) с заключением их в полистирол. Гистологические срезы окрашивали гематоксилином, гематоксилин-эозином, галлоцианоном, азаном по Гейденгайну, резорцин-фуксином по Вейгерту. Был использован метод тотального препарата по А.В. Борову (1973). Этим методом изучали конструкцию стенки лимфангиона на всем его протяжении (ядра эндотелия, миоциты, соединительнотканые волокна, клапаны и т.д.). Объем определяли по упрощенной формуле эллипсоида [1]. Количество миоцитов определили по сетке Стефанова, вмонтированной в окуляр МБИ -1 (об. 40, ок. 15). Коэффициент достоверности разницы сравниваемых величин определяли по Стьюденту.

Результаты исследования. Цепь лимфангионов левого лимфатического коллектора сердца у людей зрелого возраста состоит из 45-60 лимфангионов. Из них: 30-35 находятся в интраорганном сосуде, 15-25 в экстраорганном сосуде. На рис. 1 представлен левый лимфати-

ческий коллектор сердца, который сопровождают кровеносные сосуды в передней межжелудочковой борозде и впадает в регионарный лимфатический узел (узел артериальной связки). Лимфангионы левого лимфатического коллектора сердца в зрелом возрасте разнообразны по форме.



Рис. 1. Левый лимфатический коллектор. Мужчина 44 года. Масса Герота. Макрофото. 1- интраорганальный лимфатический сосуд, 2- экстраорганальный лимфатический сосуд, 3- лимфатический узел.

Количественные показатели лимфангионов (длина, ширина, объем) интраорганного и экстраорганного сосуда сердца у людей зрелого возраста приведены в таблице 1.

Таблица 1

Количественные показатели лимфангионов левого лимфатического коллектора сердца человека в зрелом возрасте

	Интраорганные	Экстраорганные
Длина (мм)	2,25±0,200	3,250±0,200
Ширина (мм)	0,650±0,032	0,650±0,056
Объем (мм ³)	0,5±0,1	0,7±0,1

В зрелом возрасте длина лимфангионов интраорганного сосуда составляет 2,250±0,200 мм, ширина – 0,650±0,032 мм, объем – 0,5±0,1 мм³. В экстраорганном сосуде длина лимфангионов составляет 3,250±0,200 мм, ширина – 0,650±0,056 мм, объем – 0,7±0,1 мм³.

Данные таблицы 1 свидетельствует, что количественные показатели (длина, объем) лимфангионов интраорганного лимфатического сосуда значительно ус-

тупают показателям лимфангионов экстраорганного сосуда (P<0,001).

Наибольший интерес для понимания моторной функции лимфатических сосудов сердца представляет количество и ориентация миоцитов в стенке лимфангионов интраорганного и экстраорганного сосуда сердца у людей зрелого возраста приведены в табл. 2.

Количество миоцитов в лимфангионах левого лимфатического коллектора сердца человека в зрелом возрасте

Объект		Минимальный	Максимальный	M±m
Интраорганные	Мышечная манжетка	75	120	96,4±7,7
	Стенка клапанного синуса	10	40	23±6,0
	Область прикрепления клапана	2	6	3,0±0,5
Экстраорганные	Мышечная манжетка	140	220	132±17,7
	Стенка клапанного синуса	15	40	26,2±4,7
	Область прикрепления клапана	3	10	5,0±1,1

В мышечной манжетке лимфангионов интраорганных лимфатического сосуда сердца человека в зрелом возрасте находятся 96,4±7,7 миоцитов, в стенке клапанного синуса - 23±6,0 в области прикрепления клапана - 3,0±0,5 миоцитов. В мышечной манжетке лимфангионов экстраорганных лимфатического сосуда сердца человека в зрелом возрасте находятся 132±17,7 миоцитов, в стенке клапанного синуса - 26,2±4,7 в области прикрепления клапана - 5,0±1,1 миоцитов.

Приведенные данные показывают, что количество миоцитов в стенке лимфангионов интраорганных и экстраорганных сосуда сердца неодинаковы, миоциты находятся во всех его слоях (мышечная манжетка, стенка клапанного синуса, область прикрепления клапана). Максимальное количество миоцитов отмечается в мышечной манжетке лимфангиона экстраорганных сосуда, имея достоверные различия в мышечной манжетке (P<0,001), в стенке клапанного синуса (P<0,2), в области прикрепления клапана (P<0,2). Следует отметить, что в этой возрастной группе обнаружены единичные миоциты в области прикрепления клапана в лимфангионах интраорганных сосуда.

Миоциты лимфангионов интраорганных лимфатического сосуда сердца человека в зрелом возрасте ориентированы спирально. В мышечной манжетке лимфангиона экстраорганных сосуда миоциты залегают в составе мышечных пучков. Каждый пучок состоит из нескольких (2-4) миоцитов (рис. 2). Между мышечными пучками находятся коллагеновые и эластические волокна. Мышечные пучки наиболее выражены в мышечной манжетке лимфангиона экстраорганных сосуда. Ориентация этих клеток в стенке сосуда преимущественно спиральная. Они располагаются в виде перекрещивающихся между собой слоев – поверхностного и глубокого. По отношению к продольной оси лимфангиона мышечные пучки ориентированы спирально. Пучки миоцитов поверхностного слоя ориентированы по типу «пологой» спирали, пучки миоцитов глубокого слоя ориентированы по типу «крутой» спирали.

На границе двух лимфангионов количество миоцитов по сравнению с мышечной манжеткой уменьшается. Здесь преобладают мышечные пучки, переходящие из одного лимфангиона в другой и ориентированы по типу «пологой» спирали. Ориентация миоцитов в лимфангионах интраорганных сосуда – преимущественно по типу «пологой» спирали, в лимфангионах экстраорганных сосуда – по «крутой» спирали.

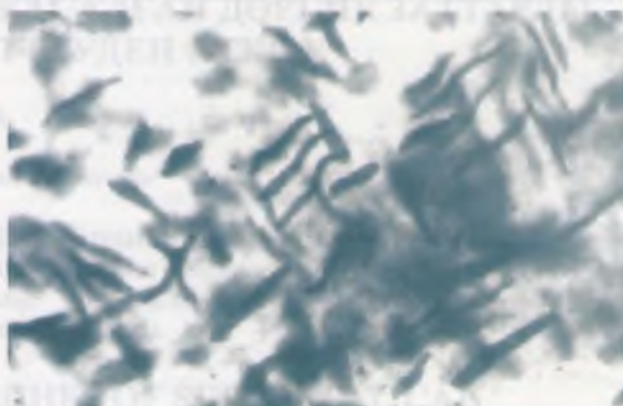


Рис. 2. Ядра миоцитов в мышечной манжетке интраорганных лимфатического сосуда. Пучок, состоящий из трех ядер миоцитов. Женщина 40 лет. Тотальный препарат. Галлоцианин. Микрофото. Об.40, ок 15.

Выводы. Таким образом, лимфангионы лимфатического коллектора сердца у людей зрелого возраста имеют следующие особенности. Лимфангионы разнообразны по форме. Длина и объем лимфангионов увеличивается от интраорганных сосуда к экстраорганному, имея достоверные различия (P<0,001). Появляются миоциты в области прикрепления клапана как в интраорганных, так и в экстраорганных сосудах. Максимальное количество миоцитов определяется в мышечной манжетке лимфангиона экстраорганных сосуда у людей в зрелом возрасте.

Количество миоцитов в мышечной манжетке (P<0,001), в стенке клапанного синуса (P<0,2), и области прикрепления клапана (P<0,2) у людей зрелого возраста увеличивается в левом лимфатическом коллекторе от лимфангионов интраорганных сосуда к лимфангионам экстраорганных сосуда. В мышечной манжетке лимфангионов экстраорганных сосуда миоциты залегают в составе мышечных пучков. Каждый пучок состоит из нескольких миоцитов (2-4).

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов А.В. Принципы конструкции лимфатического сосуда в свете теории лимфангиона /А.В. Борисов // Структурно-функциональные основы лимфатической системы: теоретические и прикладные аспекты.- СПб.: СПбГМА, 1997.- Вып. 1. - С.6-12.
2. Борисов А.В. Значение конструкции лимфангиона как структурно-функциональной единицы лимфа-

тического сосуда для биологии и медицины /А.В. Борисов // Тез. Докл. II съезда лимфологов России.- СПб.: СПбГУ, 2005. - С.29-30.

3. Борисов А.В. Анатомия лимфангиона/ А.В. Борисов.- Нальчик.: Полиграфсервис и Т, 2007.- 296с.

4. Журавлев В.И. Строение и возрастные изменения морфо-функциональной единицы грудного протока – клапанного фрагмента /В.И. Журавлев// Проблемы функциональной лимфологии.- Новосибирск.: Новосибирский мед. ин-т, 1982.- С. 81-82.

5. Куприянов В.В., Бородин Ю.И., Караганов Я.Л., Выренков Ю.Е. /В.В. Куприянов, Ю.И. Бородин,

Я.Л. Караганов, Ю.Е. Выренков// Микролимфология.- М.: 1983.- 287с.

6. Орлов Р.С. Эволюция транспорта лимфы /Р.С.Орлов// Структурно-функциональные основы лимфатической системы: теоретические и прикладные аспекты.- СПб.: СПбГМА, 1997.- Вып. 1. - С.53-54.

7. Horstmann E. Beobachtungenzur Motorik der Lymphgefasse/- Pflug. Arch., 1959.- Bd. 269, №6.- P. 511-512.

8. Mislin H. The lymphangion //lymphangiology/ Ed. by M. Földi et J.R. Casley-Smith.- Stuttgart: N.Y., 1983.- P.165-175.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СВЕРХКРИТИЧЕСКИХ УГЛЕКИСЛОТНЫХ ЭКСТРАКТОВ И ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА ИХ ОСНОВЕ

Шакиев С.Ш., Устенова Г.О., Пятница В.А.

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан

ЖОҒАРЫКРИТИКАЛЫҚ КОМІРҚЫШҚЫЛ ЭКСТРАКТТАРЫ МЕН ОЛАРДЫҢ НЕГІЗІНДЕ ЖАСАЛҒАН ДӘРІЛІК ЗАТТАРДЫ МИКРОБИОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУДЕН ӨТКІЗУ

Шакиев С. Ш., Устенова Г. О., Пятница В. А.

С. Ж. Аспендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы, Казахстан

Түйіндеме. Зерттеулер нәтижесінде ЖК-СО₂ экстракция әдісімен алынған шөптік экстракттарда микробтарға қарсы белсенділігі анықталды. Олардың негізінде жасалатын дәрілік заттарды – жақпа майлар, суппозиторийлер және де басқаларын зерттеу арқылы отандық фитопрепараттарының ассортиментін кеңейтуге болады.

MICROBIOLOGICAL RESEARCHES OF SUPERCRITICAL CARBON DIOXIDE EXTRACTS AND MEDICAL MEANS ON THEIR BASIS

Shakiev S. Sh., Ustenova G. O., Pyatnica V. A.

KNMU by name of S. D. Asfendiyarov, Almaty, Kazakhstan

Summary. After researches was establish antimicrobial activity plant extracts obtained by SC-CO₂ extraction. Propose to research medical means on their basis – ointment, suppositories and other for enlarge assortment of native phytopreparations.

Введение. Одной из основных задач технологии лекарств является разработка теоретических основ и методов производства новых лекарственных субстанций и препаратов с их использованием. Наиболее перспективными в настоящее время являются субстанции растительного происхождения, на основе которых создаются фитопрепараты.

Сырье растительного происхождения может служить практически неисчерпаемым источником биологически активных веществ, которые, в свою очередь, находят применение в различных областях современной промышленности- фармацевтической, косметологической, пищевой и др. Для выделения биологически активных компонентов из растительного сырья можно применять различные методы экстракции. Однако в последнее время наметилась тенденция использования в этих целях сжиженных и сжатых газов и, в частности, диоксида углерода, процесс экстрагирования можно проводить в до- и сверхкритических условиях. Экстрагирование биологически активных соединений преследует цели не только их извлечения и концентрирования, но и позволяет в ряде случаев получить активные компоненты в более удобной для использования форме.

Проблема поиска действующих веществ растительного происхождения, а именно растительных экстрактов, обладающих явно выраженным фармакологическим действием, является весьма актуальной.

Для получения экстрактов из растительного сырья применяется метод углекислотной экстракции, где в качестве растворителя используется диоксид углерода в сверхкритическом состоянии. В этом состоянии углекислый газ приобретает универсальную растворяющую способность, что приводит к наличию в конечном экстракте широкого спектра биологически активных соединений. Одним из преимуществ данного метода является отсутствие в конечном экстракте следов растворителя, а технологические параметры процесса позволяют сохранить в экстракте все извлекаемые компоненты в натуральном виде. Интересным может оказаться и то, что предлагаемая технология может использовать в качестве сырья для получения экстрактов уже отработанные или нетрадиционные источники веществ, обладающие фармакологическим эффектом [1].

В рамках научной кафедральной темы нами изучается проблема создания лекарственных средств, обладающих противовоспалительным и антимикробным действием.

По литературным данным известно, что шалфей, зверобой, ромашка и некоторые другие растения обладают противомикробным и противовоспалительным эффектом, могут использоваться при лечении труднозаживающих и гнойных ран.

Экстракты, полученные с помощью диоксида углерода, находящегося в сверхкритическом состоянии, имеют достаточно сложный химический состав. Так, например, в сверхкритическом углекислотном экстракте шалфея лекарственного в большом количестве были обнаружены терпеновые соединения (цинеол, туйон и его производные, кариофиллен, камфора, борнеол, ледол), высокомолекулярные жирные кислоты (в том числе и линолевая и линоленовая), витамин Е, а также стероидные соединения. В сверхкритическом углекислотном экстракте зверобоя были обнаружены камфора, спатуленол, бисаболола оксид А и В, альфа-туйон, октадекановая кислота, гексадекановая кислоты и др.

Свойства сверхкритических углекислотных экстрактов в плане их микробиологической активности практически пока неизвестны, поэтому в предварительных экспериментах изучали антимикробную активность экстрактов шалфея, зверобоя [2].

Материал и методы. Для определения чувствительности к микроорганизмам используют следующие методы: разведения, скользящей капли, индикаторных дисков, диффузии в агар.

Для проведения сравнительного анализа экстрактов, полученных в до- и сверхкритических условиях, а также разработанной и контрольных мазей использовался метод диффузии в агар.

Приготовление агаровых пластинок: Агаровый гель готовится 2% концентрации в предварительно тарированной стеклянной или эмалированной посуде, плотно закрытой крышкой. Изрезанный агар (ГОСТ-6470-33) заливают очищенной водой и оставляют на 30 мин для набухания. Набухший агар нагревают до кипения, доводят до необходимой массы. Приготовленный таким образом агаровый гель разливают в чашки Петри с горизонтальной поверхностью дна (диаметр 98-100 мм, высота 20мм), которые расставляются на столе, предварительно вымеренным по горизонтальному уровню с помощью ватерпаса. Агар разливается, в чашки двумя порциями по 10-15мл. После застывания агара (первой порции) на ее поверхность в каждую чашку помещают по три цилиндра(из стекла с наружным диаметром 8мм и высотой 10 мм) и заливают второй слой агара. После застывания агара цилиндрики осторожно вынимают и в образовавшиеся углубления (лунки) помещают исследуемые образцы экстрактов и мазей.

Образцы помещают в лунки чашек с агаром, чашки нумеруют. Мазь в лунки переносят с помощью стеклянной палочки, осуществляя контроль за тем, чтобы был хороший контакт с агаром. Мази плотной или вязкой консистенции перед использованием следует выдержать 30 мин при Т 25-30°С. Чашки помещают в термостат с Т -37°С [3].

Результаты. Экспериментальные данные. Результаты эксперимента показывают, что при исследовании разработанной мази антимикробная активность ее является в основном в отношении микроорганизмов *Pseudomonas aeruginosa*, *Esherichia coli*, *Candida albicans*.

Таблица 1

Антимикробная активность экстрактов и препаратов

Объекты	Экстракт зверобоя	Экстракт зверобоя	Экстракт шалфея	Экстракт шалфея	Мазь УК-дерм с CO ₂ экстрактами	Мазь СК-дерм с СК- CO ₂	Мазь фурацилиновая	Мазь Левамиколь
Культуры	до-	сверх-	До-	сверх-	До-	Сверх-	Контр.	Контр.
<i>Staphylococcus aureus</i>	11	12	12	14	14	18	14	18
<i>Esherichia coli</i>	10	11	11	12	16	21	15	25
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	11	15	13	17	18	22	16	22
<i>Shigella sonnae</i>	9	11	10	12	13	14	14	15
<i>Candida albicans</i>	12	14	15	16	16	19	13	18

(13-20 - средняя активность, 20 и более - высокая активность, 0 - 12-малая активность)

Выводы. В результате проведенных исследований была установлена антимикробная активность растительных экстрактов, полученных методом сверхкритической углекислотной экстракции. Причем было установлено, что экстракты, полученные в сверхкритических условиях обладают более выраженным антимикробным действием, чем экстракты, полученные в докритических условиях. Разработанная мягкая лекарственная форма - мазь на эмульсионной основе, обладающая явно выраженным антимикробным действием в

сравнении с контрольными препаратами, широко используемыми в медицинской практике - фурацилиновой мазью, левамиколем, является перспективной и экономически целесообразной. Также предлагается в дальнейшем разработать и исследовать другие мягкие лекарственные формы, суппозитории, пластыри, что позволит расширить ассортимент отечественных фитопрепаратов, обладающих высоким терапевтическим эффектом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байзолданов Т.Б., Датхаев У.М., Устенова Г.О. Учебно-методическое пособие по «Биофармации» А., 2005. - С.24-25.
2. Лепешков А.Г. и др. Сверхкритическая углекислотная экстракция – возможности и перспективы. // Материалы международной научно-практической конференции г.Ростов-на-Дону, НИЦЭР «Горо», 2005. - С.270.

3. Лепешков А.Г., Водяник А.Р., Аверин К.М., Галон М.Г., Алешукина А.В. Антимикробная активность сверхкритических экстрактов.// Материалы международной научно-практической конференции г.Ростов-на-Дону, НИЦЭР «Горо», НИИ микробиологии и паразитологии., 2005. - С. 14-16.

МОРФОЛОГИЯ ЛИМФОИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В СВЕТЕ ГЛОБАЛЬНЫХ КЛИМАТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ (литературный обзор)

Шаршембиев Ж.А., Касмамбетова Ш.К., Иманалиев Д.М., Исаков М.А.

Кафедра цитологии, эмбриологии и гистологии, Кыргызская государственная медицинская академия Бишкек, Кыргызстан

Резюме. Лимфоидная ткань органов дыхания реагирует и перестраивается в ответ на изменяющиеся условия внешней среды. Локализация лимфоидных образований связана с характером и степенью участия их в иммунных процессах. Гистологически представляется важным детальное описание микроскопической картины иммунной системы дыхательных путей при адаптации и деадаптации организма к высокогорью.

Ключевые слова: морфология, иммунная система, трахея, бронхи.

Resume. Lymphoid tissue of organs of respiratory system gives reaction and it is reconstructed at changes of conditions of an environment. Localization of lymphoid structures depends on character and degree of their participation in immune processes. Histological research is obviously important for the detailed description of a microscopic structure of immune system in conducting portion at adaptation and deadaptation an organism to high mountains.

Key words: morphology, immune system, trachea, bronchi.

Корутунду. Азыркы убакта тоолуу аймактардын климаттык өзгөрүүлөрүнө биринчилерден болуп организмдин иммундук системасы жооп берет. Ушул себептен иммундук органдардын микроскопиялык түзүлүшүн изилдөө абдан чоң мааниге ээ. Иммундук органдардын морфологиялык өзгөрүүлөрү, организмдин тоолуу аймактарга адаптациялануу процесстеринин бирден-бир көрсөткүчү болуп бере алат.

Негизги сөздөр: морфология: морфология, иммундук системасы, трахея, бронхтор.

Актуальность. В последние десятилетия в связи с активной промышленной деятельностью человека, наблюдаются значительные природные аномалии, выражающиеся в повсеместном потеплении климата на нашей планете. Эти изменения особенно заметны в горной местности. Горный климат, как известно, характеризуется особыми природными факторами: усиленной солнечной радиацией, высокой ионизацией воздуха, резкими изменениями влажности и температуры, пониженным атмосферным давлением и низким парциальным давлением кислорода. Каждый из этих факторов является настолько действенным, что вызывает существенные морфо- функциональные сдвиги в организме человека и экспериментальных животных. Однако, на деле ни один из этих факторов не действует изолировано. Организм всегда реагирует на сложный комплекс факторов, который в совокупности своей определяется термином «внешняя среда».

Всемирное потепление на горном климате отразилось повышением влажности, таянием ледников, сезонными и среднегодовыми повышениями температуры, а, следовательно, сдвигами в атмосферном давлении и парциальном давлении кислорода [1, 2, 3, 9].

Среди многочисленных факторов горной среды, влияющих на организм человека и животных, ведущее значение, несомненно, принадлежит низкому атмосферному давлению и связанному с этим уменьшенному парциальному давлению кислорода. Частичной ги-

поксии приписывается роль основной причины, вынуждающей организм путём разнообразных морфофункциональных реакций приспособляться к высокогорью. Под этим углом зрения, по нашему мнению, должны были бы рассматриваться и оцениваться в литературе материалы исследований о влиянии комплекса горного климата на лимфоидные образования слизистых дыхательных путей человека и экспериментальных животных. Однако надо отметить, что эти структуры не стали до сих пор объектом пристального внимания учёных. Немногочисленные исследования, посвящённые иммунокомпетентным клеткам и антителам различного класса в сыворотке крови и секретах дыхательных путей в условиях гипоксии, не отражают морфологическую картину структурной организации иммунного аппарата органов дыхания.

Необходимо также учитывать, что организм и среда представляют подвижную систему, особенно в условиях глобального потепления горного климата. По этой причине изменения физиологических отношений между организмом и одним из природных факторов неизбежно вызывает сдвиг во всей системе – организм и среда. Если учесть, что иммунная система на клеточном, тканевом и органном уровнях первой начинает реагировать на изменяющиеся условия внешней среды, актуальность исследований морфологии лимфоидных образований дыхательных путей в условиях высокогорья неоспорима.

В стенках органов дыхания имеется хорошо выраженный аппарат иммунной защиты. Иммунный аппарат представлен скоплениями лимфоидной ткани в слизистой оболочке полости носа, глотки, гортани, трахеи и бронхов. По данным многочисленных авторов, лимфоидная ткань в слизистых оболочках этих органов образована лимфоидными узелками и рассеянными клетками лимфоидного ряда, получившие название лимфоидной ткани, ассоциированной с бронхами, или бронхоассоциированной лимфоидной ткани – БАЛТ [17,20].

Морфологическим субстратом, как известно, поддерживающим постоянство внутренней среды организма путем специфических и неспецифических иммунных реакций, является лимфоидная ткань, расположенная в стенках всех полых внутренних органов. Многочисленные работы, посвященные изучению ее функций, строению в норме и эксперименте позволяют иметь общее представление о лимфоидных органах человека и животных [4, 5, 7, 8,13,14,15].

Данные последних лет позволяют сделать вывод, что в локализации лимфоидных образований в стенках различных воздухоносных путей и их структурной организации, прослеживаются четкие закономерности, связанные, прежде всего с функциональными особенностями этих органов. Шварцман Я.С., Хазенсон Л.Б. в 1978 году описали «субэпителиальную» локализацию лимфоидных элементов в слизистой оболочке дыхательных путей и назвали этот слой лимфоидным [12].

В 1899 году Княжецкий Н.Н. описывал в стенках носовой полости невидимые глазу «лимфатические фолликулы», которые рассеяны в слизистой оболочке носоглотки. В передних отделах органа автор обнаруживал лимфатические фолликулы, которые достигали средних и нижних носовых раковин [4]. Сапин М.Р. (1996) отмечал, что в слизистой оболочке носа и его придаточных пазухах в субэпителиальной соединительной ткани присутствуют диффузно «расредоточенные» клетки лимфоидного ряда и их небольшие скопления, располагающиеся периваскулярно. Здесь же обнаруживаются лимфоциты, залегающие в стенках выводных протоков желез и толще покровного эпителия. С помощью сканирующей электронной микроскопии показано, что лимфоидные скопления представляют собой куполообразные, покрытые эпителием структуры. Лимфоциты в них плотно упакованы, находятся в сети коллагеновых и ретикулярных волокон. Эти участки, в свою очередь, окружены слоем рыхло расположенных лимфоцитов, а также многочисленными венами и изнутри выстланные высоким эндотелием [6].

Довольно подробно изучены лимфоидные образования в стенках глотки человека на протяжении всего постнатального онтогенеза Шаршембиевым Ж.А. в 1990, 1997, 2004 годах. По данным Шаршембиева Ж.А. в стенках глотки человека во всех возрастных периодах постнатального онтогенеза лимфоидная ткань располагается в виде лимфоидных скоплений, а также в виде диффузно рассеянных клеток лимфоидного ряда на различном расстоянии от покровного эпителия. Топография лимфоидных скоплений в стенках разных отделов глотки у людей имеет локальные особенности; в носовой части органа они располагаются преимущественно на задней стенке между ротово-глоточными складками

и боковых стенках возле этих складок. В ротовом отделе глотки лимфоидные скопления сконцентрированы на задней стенке между небо-глоточными складками, тогда как на боковых стенках они лежат вдоль этих складок. Единичные лимфоидные скопления расположены в толще самих складок. В стенках гортанной части глотки, по мере увеличения возраста человека, топография лимфоидных скоплений меняется существенным образом. У детей на задней стенке гортаноглотки они расположены в верхней трети компактно по средней линии, тогда как в средней и нижней трети стенки – лимфоидные скопления выстраиваются по её центру в один ряд. В грушевидных углублениях у детей единичные лимфоидные скопления лежат беспорядочно по отношению друг к другу. У лиц зрелых возрастов на задней стенке гортаноглотки лимфоидные скопления локализованы в её нижней трети без определенных закономерностей. В области грушевидных углублений гортаноглотки более крупные лимфоидные скопления находятся в толще складок слизистой оболочки, а скопления меньших размеров лежат в слизистой оболочке между складками грушевидных углублений [10,11].

Сапин М.Р. и Этинген Л.Е. в 1996 году на окрашенных гистологических срезах стенок гортани, трахеи и крупных бронхов описывали скопления лимфоидной ткани, которые не всегда имели четкие границы, характерные для лимфоидных узелков. Довольно часто они отмечали размытость контуров лимфоидных узелков, что позволяло рассматривать их как не полностью сформировавшиеся лимфоидные узелки без центров размножения [6]. В 1988 году Hashimoto Y., Komuro T. электронно-микроскопически показали, что в составе лимфоидных структур (лимфоидных узелков) имеется полоска лимфоидной ткани непосредственно прилегающая к эпителию воздухоносных путей. Она содержит моноциты, фибробласты, ретикулярные клетки, макрофаги и небольшое число плазматических клеток. В центре скоплений лимфоидной ткани и в их периферических отделах находятся только лимфоциты, среди которых изредка встречаются ретикулярные клетки [14].

В литературе имеются данные, что эпителий, лежащий над лимфоидными скоплениями, имеет особое строение, якобы в нём есть промежутки и щели, получившие название «открытые рты». По мнению Erich W. (1982) через эти промежутки частицы пыли, лимфоциты и макрофаги проникают в просвет бронхов, а затем так называемые антигены контактируют с иммунокомпетентными клетками лимфоидных скоплений [19]. По данным Brandizaed P., Jahnson F.L., Farstad I.N. et al. (1998) покровный эпителий дыхательных путей инфильтрирован большим количеством лимфоцитов, в частности 20% Т-клеток и 50% - 80% В-клеток, среди которых преобладают носители Ig A и Ig M [18]. Как считают Bienenstock J.D., Befus D., (1984) В-лимфоциты являются предшественниками плазмочитов, а Т-лимфоциты имеют рецепторы Ig A и выполняют роль хелперов в дифференцировке В-лимфоцитов в Ig A продуцирующие клетки. Упомянутые Т- и В-клетки специфической локализацией не обладают. Нередко в покровном эпителии присутствуют и плазматические клетки [16].

Таким образом, многочисленные факты, говорящие о наличии в слизистой оболочке полости носа, глотки, трахеи и бронхов хорошо сформированных лимфоидных образований свидетельствуют о том, что лимфоэпителиальные барьеры этих органов образуют единую систему защиты, которая инактивирует экзогенные антигены путём выработки иммуноглобулинов.

Исследований по изучению структурной организации лимфоидных образований в стенках дыхательных путей в условиях высокогорья в зарубежной и отечественной науке практически не имеется.

В литературе отсутствуют сведения о локальных особенностях топографии лимфоидных образований в стенках органов дыхания в условиях высокогорья. В данное время отсутствуют данные об изменениях количества, размеров лимфоидных структур в слизистой оболочке дыхательных путей при адаптации организма к условиям горного климата. Нет также данных об адаптивных изменениях гистотопографии этих структур в стенках органов дыхания, а также отсутствуют их морфометрические параметры.

Анализируя все работы последних лет, посвященные данной проблеме мы пришли к выводу, что в настоящее время возникла настоятельная необходимость изучения структурной организации иммунного аппарата органов воздухопроводения в условиях адаптации и деадаптации организма к изменениям горного климата. Используя морфологические, морфометрические и статистические методы, мы предполагаем, установить особенности микроскопической организации лимфоидных структур в стенках органов дыхания, определить топографические закономерности локализации этих структур в разных отделах дыхательных путей, установить все морфометрические параметры лимфоидных образований в слизистой оболочке дыхательных путей. В результате будут определены морфологические критерии адаптации и деадаптации иммунного аппарата органов воздухопроводения человека и экспериментальных животных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агаджанян Н.А., Сорокин Л.В., Тамбовцев Е.П., Торшин В.И. Критерии индивидуальной и популяционной устойчивости к острой гипоксии // Бл. Эксперим. биол. и мед.-1995.-120, №9.-С.239-241.
2. Айдаралиев А.А., Максимов А.Л. Адаптация человека к экстремальным условиям: опыт прогнозирования.- Л.:Наука.-1988.-126с.
3. Голуб В.Б. Количественный метод выявления ведущих факторов внешней среды // Экология.-1990.-№1.-С.16-20.

4. Княжецкий Н.Н. О миндалинах детского возраста. // Дис. СПб., -1899.-С.53.
5. Сапин М.Р. Закономерность анатомии и топографии органов иммунной системы человека //Сб.тр.-Тбилиси.-1988.-С.247-251.
6. Сапин М.Р., Этинген Л.Э. Иммунная система человека. -М. Медицина.-1996.-304с.
7. Хлыстова З.С. Морфология эпителия переднего отдела пищеварительной и дыхательной систем.- М.:Медицина.-1971.
8. Хлыстова З.С. Становление системы иммуногенеза плода человека.- М.:Медицина.-1987.
9. Холлинг К.С. Экологические системы: Адаптивная оценка и управление / Пер. с англ.- М.:Мир.-1981.-369с.
10. Шаршембиев Ж.А. Анатомия и топография лимфоидных скоплений в стенке глотки человека.//Морфологические ведомости, Москва-Минск.-2004.-№1-2.- С.53-58.
11. Шаршембиев Ж.А. Морфология иммунного аппарата глотки у детей. // Морфология, Санкт-Петербург.-2004.-№4.-С.65-68.
12. Шварцман Я.С., Хазенсон Л.Б. Местный иммунитет.-М.-1979.
13. Юнусов Р.М., Инаков А.К., Касым Ходжаев И.К. Морфологические изменения лимфоидных скоплений в стенке трахеи человека в постнатальном онтогенезе.//Проблемы лимфологии: Сб.науч.тр.- Новосибирск.-1987.-С.78.
14. Alexandrova L.I.,Lipchenko V.K. Experimental study of the organs of the immune system // Folia morphal./CSSP/.-1989.-V.37,№4.-P.341-342.
15. Baenkler H.W. The enviroment and the immune system //Dtsch.med.Wochenschr.-1985.-Vol.110,№ 8.-P.312-315.
16. Bienenstock J.,Befus D. Gut – and Bronchus- Associated- Lymphoid Tissue // Amer.J. Anat.-1984.-V.170,№3.-P.437-445.
17. Bienenstock J., Johnson N., Perey D.J., Gut – and Bronchus – Associated -Lymphoid Tissue // Amer. J. Anat.-1984.-Vol.170, № 3.-P.437-445.
18. Brandtzaed P., Jahnsen F.L., Farstad I.N. et al. Folia Otorhinolaryngol// Pathol Respirator 1998.-Vol.4,№1;2.-P.74-80.
19. Erich W. The regulation of mucosal immunology system //J..Allergy Clin.Immunol.-1982.-Vol.70, № 4.-P.225-230.
20. Pabst R. Is BALT a major component of the human lung immune system // Immunol. Tod.-1992.-Vol.13, № 4.-P.119-122.

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Абжалбекова Н.Т., Василевский М.Г.

КГМА им. И.К.Ахунбаева, НПО «Профилактическая медицина», г. Бишкек, Кыргызстан

Резюме. Учреждения ГСВ активизировали свою деятельность в плане социальной защиты больных с внебольничной пневмонией. Увеличилось число лиц, находящихся под постоянным медицинским наблюдением (пневмония, бронхиальная астма, ОРВЗ), повысилась доступность к стационарным услугам детского и пожилого населения, но остается высокой доля больных с неотложными состояниями и обслуживания их бригадами скорой медицинской помощи.

Ключевые слова: болезни органов дыхания, пневмония, медицинские услуги, неотложные состояния, госпитализация, летальность.

КЫРГЫЗСТАНДА ДЕМ АЛУУ ОРГАНДАРЫНЫН ООРУЛАРЫНАН ООРУУЛУЛУК ЖАНА ӨЛҮМДҮҮЛҮК ӨЗГӨЧӨЛҮГҮ

Абжалбекова Н.Т., Василевский М.Г.

КММА, НПО «Профилактическая медицина», Бишкек ш., Кыргызстан

Корутунду. Үй-бүлөөлүк дарыгерлер тобу клиникадан тышкары пневмония менен ооруган оорулуларды социалдык коргоо планы боюнча иш аракеттерин активдештирди. Натыйжада дайыма медициналык байкоодо турган (пневмония, бронхиалдык астма, КРВО) адамдардын саны көбөйдү, калктын улгайган адамдарына жана балдарга стационардык кызмат көрсөтүүсү жогорулады, бирок оорулулардын көпчүлүк бөлүгү шашылыш абалга жана бригадалык медициналык тез жардамдын кызматына муктаж болуп калууда.

Негизги сөздөр: дем алуу органдарынын оорусу, пневмония, медициналык кызмат, шашылыш абал, өлүм.

MORBIDITY AND MORTALITY FROM RESPIRATORY DISEASES IN KYRGYZSTAN

Abjalbekova N.T., Vasilevsky M.G.

Kyrgyz State Medical Academy, Scientific and Production Centre for Preventive Medicine, Bishkek, Kyrgyzstan

Resume. There has been an increase in the activities of Family Physician Groups with regard to social protection of patients with community-acquired pneumonia. This has led to an increase in the number of patients under constant medical observation (bronchial asthma, pneumonia, acute respiratory viral diseases), in the accessibility of in-patient hospital treatment for children and the elderly. However, the rate of patients with urgent states and delivery of emergency services to them remains high.

Key words: diseases of the respiratory system, pneumonia, medical services, urgent states, hospitalization, case fatality

В последние годы в мире произошли выраженные социально-экономические преобразования и совершенствование систем здравоохранения, призванных своими средствами устранять побочные неблагоприятные последствия этих преобразований. В результате такого противостояния изменилась структура общей заболеваемости. На первый план вышли хронические неинфекционные заболевания, противостоять которым системы здравоохранения мира бессильны. В Кыргызстане на первое место вышли болезни органов дыхания [1].

Данная группа заболеваний очень часто приводит к потере трудоспособности, инвалидности и увеличению расходов на лечение, как со стороны системы здравоохранения, так и со стороны самого пациента, а главной проблемой является высокая смертность и внутрибольничная летальность [2]. Эти обстоятельства побудили нас рассмотреть эффективность мероприятий, проводимых группой семейных врачей (ГСВ) в отношении больных с болезнями органов дыхания (БОД).

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования данного вопроса послужили данные официальной статистики за 2006-2007 гг. [5]. Учтены такие критерии, как регулярность наблюдения, уровень неотложных состояний, частота госпитализаций, уровень смертности и внутрибольничной летальности, адекватность проведенного лечения с использованием наиболее дешевых лекарственных средств.

Результаты и их обсуждение. Ежегодно в республике регистрируется более 2443 тысяч заболеваний, или 46924,4 на 100 000 населения. За последние два года показатель общей заболеваемости, как взрослых, так и

детей имеет тенденцию к росту (соответственно - +4,4% и +7,1%).

В структуре заболеваемости взрослых и подростков ведущее место занимают болезни органов дыхания (БОД) -23,0 – 24,2%. В общей структуре заболеваемости детей первое место также занимают БОД, но удельный вес в 2 раза выше (46,0%). В группе детского населения БОД встречаются почти в 2 раза чаще (148,8% – дети и 79,4% взрослые). Более высокий уровень БОД в группе детей прослеживается по всем представленным нозологиям, исключение составляют бронхиальная астма и ХОЗЛ (табл.1).

Таблица 1

Структура БОД по возрастным группам в абс. и отн. величинах. Кыргызстан, 2007

Класс и нозология заболевания	Всего	в т.ч. по возрастным группам			
		Взрослые и подростки		Дети от 0 до 14 лет	
		Абс. число	На 1000 населения	Абс. число	На 1000 населения
Болезни органов дыхания	523494	287774	79,4	235720	148,8
из них: ОРЗВДП	302554	145214	40,1	157340	99,3
пневмония	19325	7184	2,0	12141	7,66
бронхиальная астма	8682	8196	2,3	486	0,31
ОРЗНДП	42778,2	41629	11,5	1149,2	26,6
ХОЗЛ		10379	2,9	129	0,08

Примечание: ОРЗВДП - острые респираторные заболевания верхних дыхательных путей; ОРЗНДП – острые респираторные заболевания нижних дыхательных путей; ХОЗЛ - хронические обструктивные заболевания легких.

По регионам республики БОД распространены неравномерно. Наиболее высокие коэффициенты распространения выпадают на город Бишкек и Баткенскую область. В этих регионах самые высокие показатели

абсолютного и относительного риска (табл. 2). Каждый третий пациент обращается по поводу БОД, и доля этиологического фактора составляет 27%.

Таблица 2

Показатели распространения БОД среди взрослого населения. Кыргызстан, 2007 г

Регион Кыргызстана	Сумма больных всех классов	из них болезни органов дыхания			
		Абс. число	абс. риск (AR)	отн. риск (RR)	этиологическая доля (AR/RR)
Республика	887210	24492	0,24	1,00	0,00
Город Бишкек	210282	32963	0,33	1,37	0,27
Город Ош	29166	16127	0,16	0,67	-0,49
Ошская обл.	114882	16462	0,16	0,69	-0,46
Баткенская обл.	91462	32557	0,33	1,36	0,26
Джалалабадская	145750	22800	0,23	0,95	-0,05
Иссыккульская	50380	16833	0,17	0,70	-0,43
Нарынская обл.	37452	21447	0,21	0,89	-0,12
Таласская обл.	21153	14937	0,15	0,62	-0,61
Чуйская обл.	133888	23488	0,23	0,98	-0,02

В Кыргызстане ежегодно регистрируется в среднем 19,3 тыс. случаев внебольничной пневмонии, или 371,1 на 100 тыс. населения в год. Из числа заболевших ВП 37,2% приходится на взрослых и подростков, и 62,8%

на детей. При этом частота развития ВП имеет более чем 2-х кратные различия. Наиболее высокий уровень внебольничных пневмоний отмечен в Баткенской области (326,4 на 100 000 взрослого населения) (табл.3).

Показатели заболеваемости внебольничной пневмонией у взрослого населения

	БОД	В том числе, пневмония		
	Абс. число	Абс. число	Удельный вес к БОД	Заболеваемость пневмонией впервые на 100 тыс. населения
Республика	211335	5898	2,8	162,8
Г.Бишкек	47155	1388	2,9	217,6
Г. Ош	5453	138	2,5	76,3
Ошская обл.	20655	850	4,1	121,8
Баткенская обл.	16310	916	5,6	326,1
Джалалбадская обл.	26044	741	2,8	115,9
Иссыккульская обл.	13913	475	3,4	158,7
Нарынская обл.	9159	179	2,0	102,5
Таласская обл.	5462	122	2,2	86,1
Чуйская обл.	48651	807	1,7	141,6

Медицинские услуги больным ВП в Кыргызстане оказывают 80 ЦСМ, 10-ЦОВП, в составе которых находится 678 ГСВ и 934 ФАПа. Из общего числа больных ОРВИ не наблюдались семейными врачами 8,5% (32,8 тыс. пациентов), больных пневмонией -5,2% (1002 пациента), бронхиальной астмой - 2,5% (221 пациент).

Число случаев поликлинического обслуживания на 100 больных бронхиальной астмой увеличилось с 230,0 (2005г.) до 255,7 (2007г.), тогда как число больных ОРВИ и пневмонией остались на прежнем уровне (121,4 – ОРВИ и 150,2 –пневмония).

В случае поликлинического обслуживания с неотложными состояниями на 100 больных, в группе больных бронхиальной астмой наметилась тенденция снижения (с 31,7 -2005г. до 28,0 - 2007г.). В группе больных ОРВИ и пневмонией данный показатель остался прежним, но процент обслуживания больных с неотложными состояниями при пневмониях остается высоким – 12,6%. Данный показатель по региону имеет бти кратные различия. Наиболее низкий в г. Бишкеке (2,8%), и наиболее высокий в Ошской (18,7), в Иссыккульской (17,9) и Нарынской (17,1) областях.

Число больных бронхиальной астмой, направленных на стационарное лечение увеличилось с 22,3% (2005 г.) до 28,0% (2007г.). Больные ОРВИ на стационарное лечение направляются относительно редко - в пределах 3,5-3,7%, тогда как из числа больных пневмонией каждый четвертый (25,1-26,9%), что составляет 4,9-5,2 тыс. В действительности, стационарное лечение по поводу ВП проходят 19,7 тыс. человек, что составляет 95,8% к числу больных пневмонией. Следовательно, только 4,2% прошли амбулаторное лечение, тогда как частота госпитализаций, по литературным данным при ВП в Европе составляет 22-42% [2]. Из числа нуждающихся в госпитализации 6,3 тыс.больных (32,1%) поступают в стационары в тяжелом и крайне тяжелом состоянии. Число госпитализаций на 100 больных колеблется от 64,4 (Баткенская область) до 219,9 (город Ош).

В группе взрослых госпитализируют чаще женщин, тогда как в группе детского населения чаще мальчиков.

Средняя длительность стационарного лечения ВП у взрослых 10,7 дня, детей - 9,3 дня. Женщины справляются с недугом быстрее, чем мужчины. Из общего числа госпитализированных больных в среднем 16% проходят лечение в учреждениях республиканского подчинения, причиной этому является госпитализация по самообращению.

Летальность среди госпитализированных с ВП составила 2,1%, в том числе среди взрослых -1,1% и детей - 2,3%, тогда как в Европе летальность среди госпитализированных с ВП колеблется от 2 до 30% [3]. Продолжительность госпитализации до момента смерти в среднем составляла 1,9 суток (от 35 мин. до 6 суток).

В числе умерших преобладали пациенты, госпитализированные в тяжелом состоянии и лица пожилого возраста с наличием серьезных сопутствующих заболеваний. В числе умерших - 62,9% составили пенсионеры и инвалиды, 27,7% - не работающие и 9,26% - бомжи, т.е. большая часть умерших относится к социально малозащищенным. Причиной неблагоприятного исхода послужили инфекционно-токсический шок в 27,9%, острая дыхательная недостаточность - 31,1%, острая сердечно-сосудистая недостаточность – 28,7, прочие причины -12,3%.

Скорую медицинскую помощь населению республики оказывают 4 самостоятельные станции скорой медицинской помощи и 86 отделений при ЦСМ, в которых развернуто 167 врачебных общепрофильных и 424 фельдшерских бригад. Продолжает оставаться высоким процент обслуживания бригадами скорой медицинской помощи больных бронхиальной астмой (45,6-53,4%), ОРВИ –(8,8-9,5%), ВП –(5,4-6,4%).

Важнейшим аспектом лечения ВП является своевременно начатая адекватная антибактериальная терапия. Антибиотики в 57,6% случаев назначались в инъекционных формах. Необоснованный выбор препаратов, назначение дорогостоящих, но малоэффективных лекарственных средств отмечены в 37,2%. Из этих данных следует, что существуют серьезные проблемы в лечении ВП и, как следствие, значительная частота

клинических неудач амбулаторного и стационарного лечения.

Заключение. Таким образом, первичная медицинская служба продвинулась вперед за счет более высокой организации лечебных услуг. В частности, в ГСВ увеличилось число лиц, находящихся под постоянным медицинским наблюдением (пневмония, бронхиальная астма, ОРВИ). Увеличилось число визитов больными к врачу, уменьшилось число случаев поликлинического обслуживания с неотложными состояниями, повысился уровень госпитализации БОД за счет улучшения доступности к стационарным услугам детского и пожилого населения. Однако, остается высокой доля больных с неотложными состояниями (особенно ВП) и умерших на дому. Из этого следует, что институт семейной медицины активизировал свою деятельность в плане улучшения услуг лечебно-диагностического характера, а сложившиеся в медицине противоречия продолжают прогрессировать, в частности, активность медицины повышается, а заболеваемость и смертность растут. Причиной этому является то, что институты семейной медицины еще недостаточно уделяют внимания социальной охране больных с ВП. Основной причиной неблагоприятных исходов является неудовлетворительные материально-бытовые условия и бедность. Не вызывает сомнений, что бедность и слабое здоровье насе-

ления имеют тесную связь [4]. Считается, что отчасти этот эффект связан с затрудненным доступом к услугам здравоохранения, включая первичную медико-санитарную помощь, однако в наших наблюдениях она обусловлена низким уровнем мероприятий по социальной охране пациентов с ВП. По нашему мнению, система первичной медико-санитарной помощи должна быть упреждающей, а не просто доступной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Василевский М.Г., Абжалбекова Н.Т. Эпидемиологические аспекты пневмонии в Кыргызстане // Актуальные проблемы парентеральных инфекций Материалы Международной научно-практич. конференц. Бишкек, 2005. – С.217-222.
2. Иванчик Н.В., С.Н.Козлов., Рачина С.А., Кречикова О.И. Этиология фатальной внебольничной пневмонии у взрослых // Пульмонология.- 2008. -№ 6. = С 53-58.
3. Fine M J., Auble T.E. Yealy et all. A Prediction rule to identify low risk patients with community-acquired pneumonia. N.Engl. J. Med. 1997; 336: 243-250.
4. World Health Organization (1995)/ The World Health Report 1995 = Bridging the Gap Geneva/ World Health Organization).

ПРОБЛЕМА АЛЬВЕОКОККОЗА В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Бодошева А.У.

КГМА им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызстан

Резюме. После развала союза произошло преобразование экономики в свободно-рыночные отношения. Эти изменения прямо и косвенно влияют на состояние медицины. В результате обследования сельского населения Кочкорского района были выявлены больные с очаговой патологией печени, что и подтверждает о гиперэндемичности данного региона по альвеококкозу.

Ключевые слова: альвеококкоз, история болезни, анкета.

PROBLEM OF ALVEOCOCOSUS IN KYRGYZ REPUBLIC

Bodosheva A.U.

Kyrgyz State Medical Academy n. a. I.K. Akhunbaev, Bishkek, Kyrgyzstan

Summary. After decay of the alliance has occurred the transformation of the economy in liberally-market relations. These change straight and obliquely influence upon condition of medicine. As a result of examinations of the rural population Kochkor region were revealed patients with pathology of liver, as confirms about hyperendemic region on alveococcosis.

Key words: alveococcus, questionnaire, case of history.

Актуальность проблемы. Среди важнейших проблем, стоящих перед здравоохранением, одно из первых мест занимают паразитарные болезни, к числу которых относится альвеококкоз. Эти задачи актуальны в связи с увеличением масштабов освоения территории республики, изменением формы хозяйствования в новых социально – экономических условиях, ведущим к усилению контактов населения с сельскохозяйственными и дикими животными, природными очагами альвеококкоза [1,3,4].

После перехода к рыночным отношениям в республике изменились формы хозяйствования. Сельскохозяйственные животные колхозов и совхозов были распределены семьям в личное пользование. Каждая семья в сельской местности имеет большое количество домашнего скота. В результате снижения социально-экономического уровня сельских жителей участились случаи кражи домашних животных. В результате этого для ухода за домашним скотом, для охраны дома и подворья, каждая семья держит двух и более собак. В результате снижения ветеринарного контроля, среди этих собак не проводится дегельминтизация. Собаки содержатся в свободном виде и нередко в летнее, и даже зимнее время питаются грызунами (сурки, суслики, полевки, сони и т. д.). Эти же собаки потом становятся источником загрязнения онкосферами почвы, растительности и воды в населенных пунктах, во дворах, огородах [5,7].

В Кыргызской Республике особое место среди биогельминтозов занимает альвеококкоз по тому огромному ущербу, который они наносят здоровью населения эндемичных районов и народному хозяйству республики.

Альвеококкоз - один из самых опасных паразитов для человека и животных и является типичным природно-очаговым заболеванием. Вызываемое им заболева-

ние альвеококкоз характеризуется чрезвычайно тяжелым течением, первичным опухолевидным поражением печени, нередко с метастазами в головной мозг и легкие, а также во многие другие органы. Дефинитивными хозяевами альвеококка являются лисица, песец, волк и собака. Промежуточными хозяевами, в организме которых паразитирует личиночная стадия альвеококка, являются мышевидные грызуны. Домашний скот в распространении альвеококкоза роли не играет. В этом отношении эпидемиология альвеококкоза существенно отличается от эпидемиологии эхинококка [8,9].

Длительное бессимптомное течение альвеококкоза приводит к позднему выявлению больных, как правило, в период оперативного вмешательства, к развитию частых рецидивов (40%) и после операционных осложнений, высокой инвалидности и летальности [1].

Цель исследования. Изучить социально-экономические аспекты, а также эколого-эпизоотологическую ситуацию альвеококкоза на территории Кыргызской Республики.

Материалы и методы исследования.

- Работа с архивными материалами
- Анкетирование
- УЗИ населения в целях ранней диагностики альвеококковой паразитарной кисты.

Методами выбора массового обследования населения КР послужило:

1. Анкетирование. Нами были разработаны специальные анкеты-опросники на кыргызском и русском языках, где ключевым моментом шло выяснение следующих вопросов:

- наличие домашней собаки (главный хозяин гельминта)
- наличие грызунов (промежуточный хозяин)

- в случаях убоа отловленных грызунов и обнаружении при этом пораженных органов (печень, легкое, почки и т.д.), что с ними делается (отдается собакам, или утилизируется)

- вопросы, определяющие уровень знаний по профилактике альвеококкоза и т.д.

2. Комплексное ультразвуковое исследование (УЗИ). Обследование проводилось ультразвуковым аппаратом портативным и удобным в экспедиционных условиях "Scanner 100S".

Массовое обследование проводилось среди сельского населения республики для дальнейшего сравнительного анализа заболеваемости. Для сельского населения нами был выбран северный Кыргызстан, а именно Кочкорский район Нарынской области, который является самым неблагополучным регионом республики и относится к гиперэндемичным очагам в отношении эхинококкозов [1], подтверждение которому мы получили в наших результатах.

3. Статистическая обработка проводилась на компьютере программой Epi Info.

Результаты и обсуждение. Известно, что Кыргызстан является неблагополучным регионом по эхинококкозу и альвеококкозу. Так, например, среди всех гельминтозов, регистрируемых на территории республики, эхинококкозы в настоящее время занимают четвертое место по уровню заболеваемости с ежегодным темпом прироста около 3,5 %. А по интенсивности роста заболеваемости эти гельминтозы занимают третье место в ряду всех инфекционных болезней, уступая первенство лишь туберкулезу и сифилису [5].

Проведенный ретроспективный анализ медицинской отчетной документации показал, что за последние 7 лет уровень заболеваемости многокамерным эхинококкозом увеличился в несколько раз (табл.1). Было изучено историй болезней больных, оперированных по поводу альвеококкоза и эхинококкоза за период с 2000 по 2007 годы включительно. За это время оперировано 4655 больных по поводу очаговой патологии печени, из них у 92 диагностирован альвеококкоз.

Таблица 1

Число больных с альвеококкозом, прооперированных в хирургических стационарах г. Бишкек с 2000 по 2007гг.

Период	Число прооперированных больных с эхинококкозами	Из них больных альвеококкозом	
		абс.ч.	%
2000 г.	555	0	0
2001 г.	477	3	0,6
2002 г.	470	3	0,63
2003 г.	487	7	1,5
2004 г.	706	15	2,8
2005 г.	611	23	6,7
2006 г.	654	24	3,51
2007 г.	695	17	2,44
Всего	4655	92	1,97

Из всех прооперированных в г. Бишкек больных с эхинококкозами (4655 чел) у 1,95 % был диагностирован многокамерный эхинококкоз (92 пациентов: 61 женщин и 31 мужчин). У большинства этих больных альвеококковые кисты локализовались в правой доли печени. У 3 пациентов были выявлены вторичные очаги поражения, которые локализовались в легких.

Случаи заболевания многокамерным эхинококкозом регистрировались среди всех возрастных групп, несколько чаще в возрастной группе 20-29 лет.

Всего за период экспедиционного исследования нами было обследовано 1182 человек, из них женщин и мужчин. Ультразвуковое обследование проводилось преимущественно органов абдоминальной полости. Было выявлено 11 паразитарных кист, из них 3 альвеококковые кисты с локализацией в печени (2) и в селезенке (1), также 8 эхинококковые кисты, из них 6 с локализацией в печени и 1 в селезенке. Все 3 выявленные боль-

ные оказались женщины в возрасте от 30 до 50 лет. Высокий процент пораженности женщин мы связываем с их более тесным контактом с собакой (контакт при кормлении, обработка шкур отловленных грызунов, сбор ягод, уход за домашними животными).

В таблице 2 приведены результаты иммуноферментного анализа (ИФА) для определения наличия антител к паразитарным заболеваниям, в особенности к эхинококкозу и альвеококкозу. Из обследованных 1182 человек на ИФА, 152 из них имеют серопозитивную реакцию. Наиболее часто антитела к возбудителю альвеококкоза были выявлены в возрастной группе 40-49 лет (16,01%), а также среди лиц в возрасте 40-49 лет (2,08%). Значительные показатели контакта с возбудителем в реакции ИФА определены в возрастных группах 20-39 и 60-79 лет (1,85-3,03).

**Результаты обследования иммунологическим тестом ИФА
различных возрастных групп населения Кочкорского района**

Возрастные группы (в годах)	Число обследованных	Положительная реакция ИФА			
		к числу обследованных		К числу положительных реакций	
		абс.ч	%	абс.ч	%
До 14 лет	221	18	8,14	18	11,84
15-19	104	6	5,76	6	3,94
20-29	222	17	7,65	17	11,18
30-39	199	31	15,57	31	20,39
40-49	206	33	16,01	33	21,7
50-59	124	22	17,74	22	14,47
60-69	62	11	17,74	11	7,23
70-79	35	11	31,42	11	7,23
80 и старше	9	3	33,3	3	1,97
итого	1182	152		152	

Конечно, на распространение альвеококкоза влияют и ряд других факторов: сельское хозяйство, экономика, уровень образованности населения, социальные и культурные обычаи.

Выводы

1. При изучении истории болезней было выявлено, что отмечается увеличение роста заболеваемости больных с альвеококкозом, большинство больных с альвеококкозом поступали с Кочкорского района Нарынской области (инт. пок. 25,8);

2. Случаи заболевания альвеококкозом чаще всего регистрировались в возрастной группе 20-29 лет;

3. Кыргызская Республика, в особенности северный регион, по-прежнему остается гиперэндемичным очагом по заболеваемости эхинококкозами человека и животных.

4. Степень напряженности подтверждается иммунологическим мониторингом, который показал высокое количество сероположительных результатов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдыжапаров Т.А. Роль грызунов в формировании природных очагов альвеококкоза на территории высокогорных пастбищ Кыргызской Республики: автореф. дисс. канд. мед. наук. Бишкек, 1997.-24 с.

2. Абдырасулов С.А. Изучение природной очаговости, эпидемиологии эхинококкоза и альвеококкоза в Кыргызстане [Текст] /С.А.Абдырасулов, Б.А.Акматов,

Т.А. Абдыжапаров //Актуальные вопросы современной биологии и медицины /Матер. Междунар.симпозиума. Чолпон-Ата, 1995.-ч. III.- С. 5-7.

3. Акматов Б.А. Эхинококкоз восточных районов Чуйской долины и меры борьбы с ним: Автореф. дисс. канд.мед. наук, Фрунзе, 1970.-26с.

4. Альперович Б.И. Альвеококкоз и его лечение. М.Медицина, 1972.-272с.

5. Брегадзе И.Л. Альвеолярный эхинококкоз. М.: Медицина, 1963.- 218с.

6. Волох Ю.А., Студенцова Н.К. Эхинококкоз и альвеококкоз человека. Фрунзе, Киргизстан, 1965-265с.

7. Михайличенко В.В. Альвеолярный эхинококк почки [Текст] /В.В. Михайличенко, В.Н. Фесенко //Вестник хирургии.-2000.-№1.- 97с.

8. Craig P.S. An epidemiological and ecological study of human alveolar echinococcosis transmission in South Gansu, China [Текст] / P.S. Craig, P. Giraudoux, D. Shi // Acta Tropica.- 2000.- Vol. 77.- p. 167-177

9. Deplazes P. Control of echinococcosis multilocularis in definitive host populations [Text] /P/ Deplazes, D.Hegglin //Echinococcosis in Central Asia: problems and solutions. Zurich –Almaty, 2004/- P.263-270.

10. Kern P. Diagnosis of echinococcus multilocularis infection by reverse-transcription polymerase chain reaction [Text] / P.Kern, P.Frasch, M.Helbig // Gastroenterology.- 1995.- Vol.109.- P.596-600.

СВЯЗЬ КУРЕНИЯ И РАБОТЫ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ С РАЗВИТИЕМ ОБСТРУКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ВЕНТИЛЯЦИИ

Винников Д.В., Бримкулов Н.Н.

Медицинская служба Кумтор Оперейтинг Компани, Общественное объединение «Легочное здоровье», Бишкек, Кыргызстан

Резюме. Целью исследования было определение связи курения и работы на высокогорье с возникновением обструктивного нарушения вентиляции (ОНВ). Проведена оценка функции легких у 1484 работников, в том числе 1292 мужчин и 192 женщин, в возрасте 18-61 года (в среднем $38,0 \pm 9,3$ лет), высокогорного горнодобывающего предприятия Кыргызстана. Показатели функции легких сравнивали у людей с различным стажем курения, работающих вахтовым методом на высоте 4000 метров над уровнем моря ($N=1140$), с работниками среднегорья ($N=64$), а также с работниками, никогда не работавшими на высокогорье ($N=280$). Хотя распространенность ОНВ (ОФВ₁/ФЖЕЛ < 70%) не различалась среди работников высоко- и среднегорья и в среднем составила 8,4%, скоростные показатели вентиляции, за исключением максимальной скорости выдоха (МСВ), работников высокогорья были меньше, а работа на высокогорье была достоверно связана с ОНВ – ОШ = 1,53. В то же время курение имело с ОНВ более выраженную связь и, в целом, удваивало вероятность развития ОНВ. Таким образом, хотя функция легких работников высокогорья была сравнимой с таковой у лиц, не работающих в горах, на развитие обструктивного нарушения вентиляции у работников высокогорья существенное влияние оказывает фактор курения, тогда как воздействие самого высокогорья было менее выраженным.

Ключевые слова: спирометрия, высокогорье, курение.

Summary. The aim of this study was to detect if smoking and work at high altitude was associated with obstructive ventilation defect (OVD). 1484 workers (1292 males, 192 females), aged 18-61 years (mean age 38.0 ± 9.3), working at high altitude mining company in Kyrgyzstan, were screened for lung function. Spirometry was performed to compare people with different smoking duration and working shift-rotations at altitude 4,000 m ($N=1140$) with those working full-day at middle-altitude ($N=64$) and never working at high altitude ($N=280$). Though bronchial obstruction was similarly prevalent in patients working at high and low altitude and 8.4% was the mean prevalence of (FEV₁/FVC < 70%), flows of high altitude workers except for peak expiratory flow (PEF) was less, and work at high altitude was associated with OVD – OR 1.53. Smoking had a greater association with OVD, and it doubled the OVD probability. To conclude, though lung function of people working shift rotations at high altitude was similar to people not exposed to it, smoking was the most meaning factor to cause bronchial obstruction, whereas high altitude emerged to be less harmful.

Keywords: spirometry, high altitude, smoking

Введение. Кыргызстан – страна, около 90% территории которой занято горами, а определенная часть населения проживает на высотах более 2500 метров над уровнем моря. В стране отмечается очень высокая распространенность болезней органов дыхания, включая хронические болезни (ХБОД); и было показано, что помимо других причин, проживание на высокогорье может быть причиной высокой респираторной заболеваемости и смертности [1]. Проживание на высокогорье может приводить к большей смертности от хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) [2], особенно если учесть выраженную распространенность курения среди мужчин в стране [3]. Так, среди мужчин в возрасте 18-65 лет распространенность курения достигает 64%. Хотя связь курения с развитием ХОБЛ общепризнанна, удельный вес данного фактора в горных условиях не изучался.

Высокогорный аспект имеет большую социальную значимость, так как большое количество населения работает в горнодобывающей отрасли на высокогорье. Высокогорье включает совокупность таких факторов,

как гипоксия, низкое барометрическое давление, низкая температура и низкая влажность воздуха, оказывающих влияние на здоровье человека, находящегося в горах [4,5]. Работники высокогорных предприятий вынуждены подвергаться воздействию интермиттирующей гипоксии, влияние которой лучше изучено среди альпинистов [6]. При изучении влияния искусственной гипоксии на вентиляторный ответ и насыщение крови кислородом [7,8] обнаружено, что показатели вентиляции в покое увеличивались в первый день и продолжали расти с увеличением высоты.

С другой стороны, широко изучалось воздействие гипоксии на пациентов с ХБОД и ХОБЛ [9]. Установлено, что бронхиальная обструкция приводит к гипоксемии различной степени выраженности [10], однако вопрос обратной ассоциации не изучался. Пребывание и работа на высокогорье в условиях интермиттирующей гипоксии ведет к активации различных механизмов адаптации, и возможно, в результате длительной работы в таких условиях у пациентов развивается бронхиальная обструкция. Требуется изучения также степень вклада

СВЯЗЬ КУРЕНИЯ И РАБОТЫ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ С РАЗВИТИЕМ ОБСТРУКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ВЕНТИЛЯЦИИ

каждого указанного фактора (курения и работы в горах) в развитие ОНВ, что может иметь большое значение для разработки профилактических программ. Целью данной работы было выявление возможной связи развития обструктивного нарушения вентиляции (ОНВ) с курением и работой на высокогорье.

Материал и методы. *Обследованные лица.* В исследование было включено 1484 работника высокогорного предприятия Кыргызстана, включая 1292 мужчин и 192 женщины, проживающих в условиях средне- (Иссык-Кульская область, 1600 метров) или низкогорья (г. Бишкек, 780 метров). После обследования пациенты были разделены на 3 группы: группа 1 – жители низко- или среднегорья, работающие вахтовым методом на высокогорье (N=1140); группа 2 – работники, постоянно работающие в условиях среднегорья (N=64); и группа 3 (контрольная) – работники, постоянно работающие в условиях низкогорья и никогда не поднимавшиеся на высокогорье (N=280).

Методы. В процессе ежегодного медицинского осмотра в условиях низкогорья в г. Бишкек (780 м) участники проходили общеклиническое обследование, включающее осмотр узких специалистов, лабораторные исследования (общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи), а также электрокардиографию, эхокардиографию (по показаниям) и рентгенографию органов грудной клетки. Также анализировали анамнез курильщика согласно рекомендациям ВОЗ [11].

Спирометрия. Спирометрию проводили с использованием аппарата MicroMedical 3300 (Великобритания) утром натощак так, чтобы после последней выкуренной сигареты прошло не менее 3 часов. При проведении исследования были соблюдены рекомендации ETS/ATS [12]. В исследуемой группе не было лиц, принимавших бронхорасширяющие препараты или бронхоконстрикторы. Спирометрия не проводилась при наличии симптомов ОРВИ, а также в течение 3 недель после перенесенной респираторной инфекции. Каждый участник исследования должен был выполнить, по меньшей мере, один маневр дыхательного объема, затем два маневра жизненной емкости легких (ЖЕЛ) с различием при повторных измерениях менее 4% и затем три маневра форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) с таким же минимальным различием. Анализировали ЖЕЛ, ФЖЕЛ, объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ₁), отношение ОФВ₁ к ФЖЕЛ, максимальную скорость выдоха (МСВ) и мгновенную объемную скорость при остающихся 50% ФЖЕЛ (МОС₅₀). Для всех пациентов использовали набор должных величин ECSC II и подсчитывали отношение фактического

значения к должному. В последующем все маневры, не удовлетворяющие требованиям качества выполнения, были исключены.

Согласно рекомендациям, наличие ОНВ определяли при наличии снижения ОФВ₁/ФЖЕЛ до 70% и менее. С целью исключения случаев обратимой обструкции всем пациентам с ОНВ проводили бронходилатационный тест с сальбутамолом.

17 пациентам из 1484 спирометрия была противопоказана из-за ОРВИ. Также при анализе качества маневров были исключены 73 пациента: у 31 была только одна кривая маневра ФЖЕЛ с показателем воспроизводимости менее 4%; у 2 пациентов было только две такие кривые; 37 пациентов не смогли при выдохе достичь МСВ, поэтому кривые их маневров ФЖЕЛ не имели типичной остроконечной формы в начале выдоха; и у 3 пациентов отмечалась неправильная координация выдоха.

Статистическая обработка. Не все массивы полученных данных имели нормальное распределение, поэтому мы использовали непараметрические тесты: тест 2X2 – для определения статистической значимости между категориальными данными с определением χ^2 и p, в противном случае – тест Манна-Уитни. В тексте и таблицах данные представлены в виде средних величин \pm стандартное отклонение, либо в виде процентного отношения к числу наблюдений в группе. Для оценки степени взаимосвязи работы на высокогорье, стажа работы, пола, курения и возраста с ОНВ мы использовали логистический регрессионный анализ с подсчетом отношения шансов (ОШ) и 95%-го доверительного интервала этого показателя. Величины ОШ возникновения ОНВ скорректированы с учетом возраста пациентов. Для оценки влияния отдельных независимых переменных на показатели функции легких применяли множественный линейный регрессионный анализ. Все расчеты произведены в программах NCSS 2001 (PASS 2002) и Statistica 6.0.

Результаты. Было получено 1398 спирометрических заключения пациентов в возрасте 18-61 (средний возраст 38,0 \pm 9,3) лет. Большую часть группы составили мужчины – 1217 человека (87,1%). В группе 1 после исключения некачественных кривых было 1086 пациентов, в группе 2 – 56 и в группе 3 – 256.

Группы работающих на высокогорье и среднегорье были сравнимы по возрасту (39,5 и 41,9 лет), но лица третьей группы были значительно моложе (30,6 лет). Они также меньше курили, а степень их зависимости, судя по количеству сигарет в сутки и стажу курения, была меньше (табл. 1).

Таблица 1

Статус курения пациентов групп

	Группа 1	Группа 2	Группа 3
N	1086	56	256
Никогда не курившие, N (%)	284 (26,2)	11 (19,6)	94 (36,7)* [@]
Бывшие курильщики, N (%)	212 (19,5)	14 (25,0)	53 (20,7)
Ежедневно курящие, N (%)	590 (54,3)	31 (55,4)	109 (42,6)*
Число сигарет с сутки	10,6 \pm 5,1	9,4 \pm 5,2	7,2 \pm 3,8)* [@]
Стаж курения, годы	15,3 \pm 8,3	15,6 \pm 8,5	8,8 \pm 5,9)* [@]

Примечание: * - различия статистически значимы в сравнении с группой 1; [@] - различия статистически значимы в сравнении с группой 2.

Спирометрические показатели работников высокогорья

Показатель	Группа 1	Группа 2	Группа 3
ЖЕЛ, % от должной	103,4±13,2	103,2±14,8	102,2±13,1
ФЖЕЛ, % от должной	108,8±12,6	108,2±13,8	108,6±11,9
ОФВ ₁ , % от должной	103,3±13,4	103,3±14,0	105,9±11,7*
МСВ, % от должной	108,1±17,3	108,4±17,3	103,7±18,0*
МОС ₅₀ , % от должной	86,6±26,4	91,2±29,2	93,1±23,2*

Примечание: * - различия статистически значимы в сравнении с группой 1.

Средние значения показателей функции легких (за исключением МОС₅₀) у обследованных всех групп были выше 100% (табл. 2). У работников высокогорья по сравнению с никогда не работавшими в горах показатели ОФВ₁, МОС₅₀ и отношения ОФВ₁/ФЖЕЛ были достоверно меньше (рис. 1). Для оценки влияния пола, возраста и стажа работы на параметры функции легких (в

% от должной величины) в группе работников высокогорья мы использовали множественный регрессионный анализ и обнаружили, что, в отличие от пола и возраста, стаж работы не влиял ни на один из показателей вентиляции, и в целом, коэффициент их детерминации был низким – 0,05 (табл. 3).

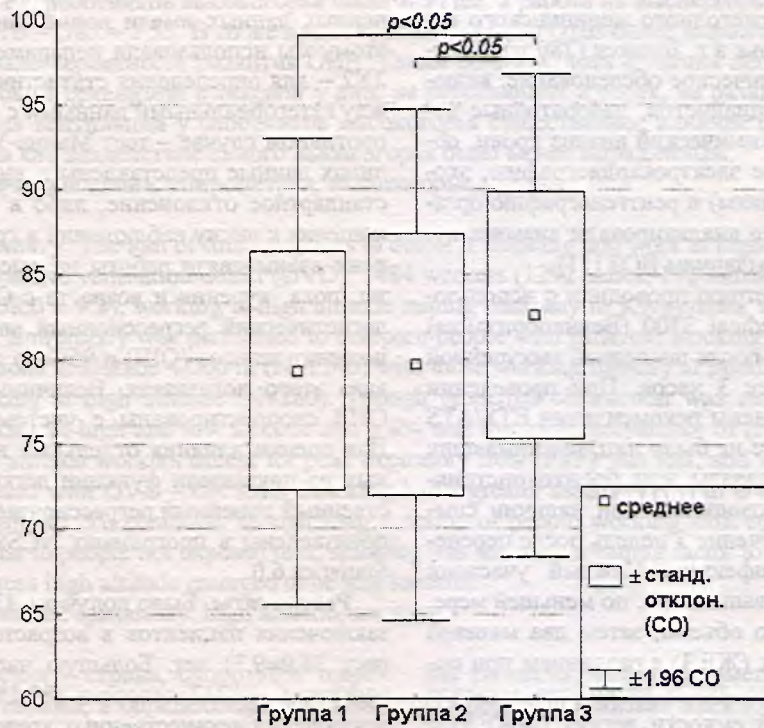


Рис. 1. Отличия ОФВ₁/ФЖЕЛ у пациентов групп

Таблица 3

Регрессионный анализ показателей функции легких (зависимые переменные) у 1086 работников высокогорья

Независимые переменные	ЖЕЛ, % долж. (R ² = 0,05)	ФЖЕЛ, % долж. (R ² = 0,01)	ОФВ ₁ , % долж. (R ² = 0,000)	МСВ, % долж. (R ² = 0,005)	Тиффно, % долж. (R ² = 0,11)	МОС ₅₀ , % долж. (R ² = 0,03)
Пол, В (p)	-8,9 (0,000)	-4,4 (0,000)	-1,1 (0,43)	2,5 (0,15)	-0,67 (0,31)	5,2 (0,05)
Возраст, В (p)	0,14 (0,007)	0,08 (0,1)	-0,07 (0,18)	0,003 (0,96)	-0,26 (0,000)	-0,45 (0,000)
Стаж работы, В (p)	-0,07 (0,38)	-0,08 (0,32)	-0,13 (0,18)	0,1 (0,42)	-0,03 (0,56)	-0,19 (0,3)

Примечание: В-коэффициент регрессии бета

Помимо меньших значений $ОФВ_1$, $МОС_{50}$ и $ОФВ_1/ФЖЕЛ$, нами обнаружена тенденция к большей распространенности ОНВ у работников высокогорья. Распространенность ОНВ в группах составила 9,0%, 7,1% и 5,9% соответственно (в среднем 8,4%), и хотя она была сравнимой между группами, работа на высокогорье все же была статистически значимо ассоциирована с возникновением ОНВ (ОШ 1,53; 0,98-1,79, при сравнении работников высокогорья с никогда не работавшими в горах). Ни у одного пациента с ОНВ при бронходилатационной пробе не было прироста $ОФВ_1$ более 15% и 200 мл, что свидетельствовало о необратимой обструкции.

Однако бывшее или настоящее курение имело еще большую связь с возникновением ОНВ – ОШ его составило 1,97 (1,56-2,15).

В группе работников высокогорья (N=1086) ОНВ по отношению $ОФВ_1/ФЖЕЛ$ было ассоциировано с полом – ОШ 1,54 (0,79-3,53) и курением в прошлом или настоящем – 1,73 (1,17-3,65), поэтому курение и мужской пол были факторами, значимо влияющими на возникновение ОНВ. Несмотря на естественное снижение $ОФВ_1/ФЖЕЛ$ с возрастом, средний показатель индекса Тиффно не достиг порогового значения в 70% даже у лиц в возрасте 60 лет. Комбинация мужского пола и курения в прошлом или настоящем усиливала вероятность ОНВ – ОШ ОНВ было равно 2,20 (0,93-5,21), поэтому у курящих мужчин курение удваивало вероятность возникновения ОНВ на высокогорье.

Подвергнув данные только курящих работников регрессионному анализу, мы обнаружили, что именно стаж курения, а не число выкуриваемых сигарет был фактором, влияющим на показатели функции легких. Так, у этих работников стаж курения имел статистически значимую отрицательную ассоциацию со всеми измеренными спирометрическими показателями, за исключением ЖЕЛ, а наибольшим коэффициент детерминации (0,05) был у $ОФВ_1$ и $ОФВ_1/ФЖЕЛ$.

Обсуждение. Целью данного исследования было определение вероятной связи возникновения бронхиальной обструкции с курением, а также длительной работой на высокогорье вахтовым методом на высоте 4000 метров над уровнем моря. Для выявления ОНВ мы использовали спирометрические данные, полученные в ходе ежегодного медосмотра. У работников высокогорья курение было одним из самых распространенных факторов ухудшения здоровья. На момент осмотра 55% работников курили ежедневно, и этот показатель был больше распространенности курения среди мужского населения в Кыргызстане в целом [3]. Достоверно известно, что курение является причиной многих болезней, включая респираторные, и в данном исследовании мы обнаружили, что именно курение в большей степени влияло на возникновение ОНВ, нежели само высокогорье. Поэтому есть острая необходимость усиления мероприятий по снижению распространенности курения, что в целом могло бы свести к минимуму вероятное отрицательное воздействие высокогорья на дыхательную систему человека.

Мы обнаружили, что, несмотря на близкие показатели распространенности ОНВ у лиц трех групп, работа на высокогорье все же была ассоциирована с ОНВ. У

изученных групп распространенность ОНВ не отличалась от таковой в популяции обследованных лиц в других исследованиях [13]. При оценке распространенности бронхиальной обструкции посредством спирометрии, а не жалоб пациентов, было установлено, что снижение $ОФВ_1/ФЖЕЛ$ до 70% и менее отмечалось у 9,2% обследованных (для сравнения – основываясь на жалобах – 4,9%) [14]. У наших работников ОНВ имело примерно такую же распространенность. При обследовании лиц в возрасте старше 39 лет в Польше на предмет ОНВ его распространенность была значительно большей – 24,3% [14]. В этом исследовании 11027 пациентов только умеренное ОНВ было отмечено у 9,6% пациентов, и в целом, ОНВ было значительно более распространенным явлением, чем считалось ранее.

В предшествующих работах другие авторы указывали, что вне зависимости от насыщения артериальной крови кислородом, высота может быть фактором, усиливающим бронхиальную обструкцию. В условиях воздействия гипоксии у больных ХОБЛ обнаружены снижение ЖЕЛ и увеличение $ОФВ_1/ФЖЕЛ$ [15]. Работа на высокогорье отличается не только подверженностью гипоксии, но и воздействием других факторов окружающей среды. Так, под влиянием изолированного воздействия низкой температуры воздуха у пациентов с ХОБЛ выявлено снижение $ОФВ_1$ [16]. В нашем исследовании мы в свою очередь пытались определить, может ли комбинированное воздействие факторов высокогорья приводить к бронхиальной обструкции. Мы обнаружили, что у пациентов, работающих на высоте 4000 метров, отмечается определенная связь высокогорья с ОНВ. Такая находка диктует необходимость проведения дальнейших исследований в этом направлении, а результаты могут повлечь создание или пересмотр основных подходов к трудовой политике в отношении работников высокогорья.

В данном исследовании мы также обнаружили, что в сравнении с никогда не работавшими в таких условиях, у работников высокогорья зарегистрирован больший показатель МСВ. В ранних исследованиях воздействия гипоксии при увеличении высоты авторы [17,18] отмечали снижение как скоростных, так и объемных показателей, однако в более поздних исследованиях показано, что акклиматизация и адаптация могут приводить к значительному увеличению МСВ и других скоростных показателей. В другом исследовании объемы легких жителей Тибета были больше [19] и, вероятно, это есть компенсаторный механизм усиления диффузионной способности легких и поддержания адекватного насыщения крови кислородом в условиях высокогорья. У наших работников отмечено увеличение МСВ, что подтверждает гипотезу развития устойчивой адаптации даже при работе двухнедельными вахтами на высоте в течение нескольких лет. Учитывая, что повышение МСВ в других исследованиях было устойчивым и не коррелировало с высотой [20], этот вопрос требует также дальнейшего изучения на больших высотах у людей, приезжающих на высокогорье и на больший срок.

Выводы

Скоростные показатели функции легких ($ОФВ_1$, $ОФВ_1/ФЖЕЛ$ и $МОС_{50}$), за исключением МСВ, работников высокогорья вахтовым методом были ниже, чем у

людей, работающих на высокогорье, хотя распространенность обструктивного нарушения вентиляции была сравнимой.

По данным регрессионного анализа у работников высокогорья курение имело связь с возникновением обструктивного нарушения вентиляции, и всесторонние меры снижения распространенности курения могли бы нивелировать негативное воздействие высокогорья на здоровье человека.

Обнаружена также определенная связь работы на высокогорье с возникновением обструктивного нарушения вентиляции, однако она была менее выраженной, по сравнению с курением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bousquet J., Dahl R., Khaltaev N. Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases. *Eur Respir J* 2007; 29: 233-239.
2. Cote T. R., Stroup D. F., Dwyer D. M. и др. Chronic obstructive pulmonary disease mortality. A role for altitude. *Chest* 1993; 103: 1194-1197.
3. National Tobacco Information Online System (NATIONS). <http://data.euro.who.int/tobacco/?TabID=2404>.
4. Hultgren H. High Altitude Medicine. Stanford, USA: Hultgren Publications; 1997.
5. Luks A. M., Swenson E. R. Travel to high altitude with pre-existing lung disease. *Eur Resp J* 2007; 29: 770-792.
6. Powel F. L., Garcia N. Physiological effects of intermittent hypoxia. *High Alt Med Biol* 2000; 1:125-136.
7. Katayama K., Sato Y., Ishida K. и др. The effects of intermittent exposure to hypoxia during endurance exercise training on the ventilatory responses to hypoxia and hypercapnia in humans. *Eur J Appl Physiol Occup Physiol* 1998; 78:189-194.
8. Nanduri R., Prabhakar Kline D. Ventilatory changes during intermittent hypoxia: importance of pattern and duration. *High Alt Med Biol* 2002; 3:195-204.
9. Cogo A., Fischer R., Schoene R. Respiratory diseases and high altitude. *High Alt Med Biol* 2004; 5:435-444.
10. Rodriguez-Rousin R., MacNee W. Pathophysiology of chronic obstructive pulmonary disease. В кн.: Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Brussels: ERS Journals Ltd; 2006.
11. World Health Organization. Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. Geneva: WHO; 1998.
12. American Thoracic Society, Standardization of Spirometry, 1994 Update. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 152: 1107-1136.
13. Halbert R. J., Natoli J. L., Gano A. и др. Global burden of COPD: systematic review and meta-analysis. *Eur Respir J* 2006; 28: 523-532.
14. Zielinski J., Bednarek M. Early detection of COPD in a high-risk population using spirometric screening. *Chest* 2001; 119: 731-736.
15. Finkelstein S., Tomaszefski J. F., Shillito F. H. Pulmonary mechanics at altitude in normal and obstructive lung disease patients. *Aerosp Med* 1965; 36: 880-884.
16. Koskela H. O., Koskela A. K., Tukiainen H. O. Bronchoconstriction due to cold weather in COPD. The roles of direct airway effects and cutaneous reflex mechanisms. *Chest* 1996; 110: 632-636.
17. Rahn H., Hammond D. Vital capacity at reduced barometric pressure. *J Appl Physiol* 1951; 4: 715-724.
18. Tenney S. M., Rahn H., Stound R. C. и др. Adaptation to high altitude. Changing in lung volumes during the first seven days at Mt Evans Colorado. *J Appl Physiol* 1953; 5: 607-613.
19. Droma T., McCullough R., McCullough RE., и др. Increased vital and total lung capacities in Tibetan compared to Han residents in Lhasa (3,658 m). *Am J Phys Anthropol* 1991; 86: 341-351.
20. Cogo A., Legnani D., Allegra L. Respiratory function at different altitudes. *Respiration* 1997; 64: 416-421.

ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ГЛАУКОМЫ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ НА СТЫКЕ ДВУХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФОРМАЦИЙ

Джумагулова А.О.

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан

Резюме. В настоящее время проблема глаукомы остается серьезной проблемой современной офтальмологии. Одним из главных показателей заболеваемости населения глаукомой является первичная инвалидность. В этой связи автором изучена динамика первичной инвалидности вследствие глаукомы за период с 1989 по 2008 годы. Отмечено, что если в 80-годах глаукома среди причин инвалидности занимала 4 ранговое место, то начиная с 2001 года глаукома является главной причиной инвалидности вследствие патологии органа зрения в Кыргызской Республике, занимая 1 место.

Ключевые слова: глаукома, инвалидность, заболеваемость.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА ЭКИ СОЦИАЛДЫК - ЭКОНОМИКАЛЫК ФОРМАЦИЯНЫН КОШУЛУШУНДАГЫ ГЛАУКОМАНЫН СЕБЕБИМЕН АЛГАЧКЫ МАЙЫПТЫКТЫН ДИНАМИКАСЫ

Джумагулова А.О.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, Бишкек ш., Кыргызстан

Корутунду. Азыркы мезгилде глаукома проблемасы учурдагы офтальмологиянын өтө орчундуу маселеси болуп калууда. Калктын глаукома менен ооругандыгынын башкы көрсөткүчтөрүнүн бири болуп алгачкы майыптык эсептелинет. Ушуга байланыштуу автор тарабынан ушул патологиянын негизинде 1989-2008 жылдар ичиндеги алгачкы майыптыктын динамикасы изилденген. Эгерде глаукома майыптыктын себептеринин ичинен 80-жылдары 4-даражадагы орунду ээлесе, 2001 жылдан баштап глаукома Кыргыз Республикасында биринчи орунду элөө менен майыптыктын башкы себеби болуп эсептелет.

Негизги сөздөр: глаукома, майыптыктык, оорулуу.

DYNAMICS OF PRIMARY DISABLEMENT AS A RESULT OF GLAUCOMA IN THE KYRGYZ REPUBLIC AT THE INTERFACE OF TWO SOCIOECONOMIC FORMATIONS

Dzhumagulova A.O.

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

Summary. At present the problem of glaucoma is one of the most serious problems of the modern ophthalmology. One of the most important morbidity rates of people is primary disablement. In connection with it the author has studied the dynamics of primary disablement as a result of this pathology for the period from 1989 to 2008. It is noted that if in the 80th glaucoma has taken the 4th place among causes of disability then beginning from 2001 glaucoma is the main cause of disability and takes the 1st place in the Kyrgyz Republic.

Key words: glaucoma, disability.

Актуальность темы. Традиционный интерес к проблеме первичной глаукомы со стороны офтальмологов объясняется значительной распространенностью данного заболевания, большим разнообразием ее клинических форм, трудностями ранней диагностики и лечения [2, 5, 6]. В настоящее время, первичная глаукома оста-

ется серьезной проблемой здравоохранения многих стран мира. По данным различных авторов от 0,8% до 8% населения в возрасте старше 40 лет страдает первичной глаукомой [2, 4, 7, 8]. Наряду с этим, за последние годы глаукома все чаще стала рассматриваться и как социально-экономическая проблема. Значимость ее

ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ГЛАУКОМЫ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ НА СТЫКЕ ДВУХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФОРМАЦИЙ

определяется тем, что удельный вес глаукомы в структуре причин первичной инвалидности и неизлечимой слепоты неуклонно растет практически повсеместно.

Особенно эти явления проявились наиболее наглядно в странах СНГ после распада СССР, когда прекратила свое существование целая социально-экономическая формация.

Так, в большинстве регионов Российской Федерации за этот период наблюдалась отрицательная динамика основных показателей первичной инвалидности вследствие глаукомы [4,5]. Удельный вес глаукомы среди причин первичной инвалидности увеличился с 12 до 20%, а распространенность – с 0,1 до 0,8 (на 10 000 взрослого населения).

Первичная глаукома среди населения Кыргызской республики в настоящее время остается практически не изученной. Последнее научное исследование в этом направлении было проведено в конце 60-х годов прошлого столетия [1]. За эти годы произошли значительные изменения в социально-экономической сфере республики, которые не могли не сказаться на общей заболеваемости населения, в том числе и на заболеваемости глаукомой. Публикации отдельных авторов за последние годы показывают сложную ситуацию по данной проблеме в республике [2].

Приступая к углубленному исследованию по проблеме первичной глаукомы в республике, на первом этапе мы решили изучить один из показателей заболеваемости населения данной патологией – первичную инвалидность.

Цель исследования: изучить состояние первичной инвалидности при глаукоме за последние 20 лет.

Материал и методы. Ретроспективно изучены акты освидетельствования (7356) впервые признанных инвалидами за 20 летний период с 1989 по 2008гг. из межрегиональной медико-социальной экспертной комиссии. Всего проанализировано – 7356 актов. Изучаемый контингент выглядел следующим образом: мужчин было – 4312 человек (58,6%), женщин – 3044 человек (41,4%), в возрасте от 18 до 75 лет. Собранный материал обработан статистически с вычислением интенсивных и экстенсивных показателей, средней ошибки и критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение. В 1989-1990 годы уровень первичной инвалидности вследствие патологии органа зрения в Киргизской ССР составлял – 3,7 на 10 000 взрослого населения.

В нозологической структуре причин первичной инвалидности в 1990 году глаукома занимала IV – ранговое место, составляя 9,2±1,5%, а уровень первичной инвалидности вследствие глаукомы составлял 0,4 на 10 000 взрослого населения.

Начиная с 1991-1992 годов наметилась отчетливая тенденция постепенного роста глаукомы среди причин, приводящих к инвалидности. В эти годы глаукома уже занимает III – ранговое место, с удельным весом 12,4±1,3%.

В период с 1993 по 1998 годы глаукома занимает уже второе место, составляя интервал 16,8±1,5% - 20,2±1,7%.

Начиная с 1999 – 2000 годов глаукома стабильно занимала I – место с показателями 22,8±1,7%.

С 2001 по 2008 годы с некоторыми колебаниями от 18,6±1,4% - 19,7±1,6% - нижняя граница, до 22,3±1,7% - 24,6±1,7% - верхняя граница ($p<0,05$) - глаукома является главной причиной первичной инвалидности вследствие патологии органа зрения среди населения Кыргызской Республики.

Аналогичная ситуация складывается и по странам СНГ.

Так, по Российской Федерации в целом в структуре первичной инвалидности, глаукома стала занимать первое место с 2001 года (26,1%). В последующие годы лидирующие позиции глаукомы упрочились: в 2002 – 34,5%, в 2003 – 39,6%, в 2004 – 39,2% [5].

Такое совпадение случайность или закономерность? Скорее всего, здесь имеет место действие объективных факторов, связанных со значительным ухудшением социально-экономической ситуации даже в такой стране, как Россия (снижение реальных доходов населения, высокая стоимость лекарств, недоступность высококвалифицированного лечения, отсутствие профилактической работы и др.). В советский период по глаукоме была создана стройная система диспансеризации, которая во многих странах СНГ сведена до минимума.

Во времена СССР, больным с глаукомой при наличии пенсии по возрасту, инвалидность не оформлялась. В эпоху рыночных отношений инвалидность стали признавать независимо от возраста.

Как правило, среди больных с глаукомой лица пенсионного возраста составляют значительный удельный вес. В этой ситуации количество инвалидов по зрению вследствие глаукомы значительно возросло. Во-вторых, за последние годы имеет место истинный рост глаукомы среди населения.

За весь анализируемый период среди контингента впервые признанных инвалидами, лица трудоспособного возраста составили в среднем 27,5±1,6% - 30,1±1,6%, а пенсионного возраста 72,5±1,6%. Практически треть впервые признанных инвалидами граждан республики могли еще определенное время (9,8 – 14,4 лет) выполнять общественно полезный труд.

По пункту затрат в связи с инвалидностью по зрению, государство ежегодно теряет сотни тысяч сомов (пособия по содержанию инвалидов, стоимость предусмотренных льгот, не реализованные доходы государству в виде выплат в социальный фонд, различные налоги и т.д.). Глаукома сегодня является серьезной проблемой современного здравоохранения республики. Если не принять кардинальных мер, ситуация с глаукомой может только осложниться.

Выводы. В настоящее время глаукома является основной причиной первичной инвалидности вследствие патологии органа зрения и неизлечимой слепоты в Кыргызской Республике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дикамбаева М.К.. Профилактика слепоты от глаукомы в Киргизской ССР. Автореферат дисс. канд. мед. наук. М., 1970. 16 с.
2. Нестеров А.П.. Глаукома. М., 1995, С.-186-187.
3. Абдыракунова Г.Т.. Структура первичной инвалидности вследствие патологии органа зрения в Кыргызской республике в конце 20 века. Совр. медицина на

рубеже 20-21 веков: Сб. научн. ст. – Бишкек, 2000г.- С.526-529.

4. Либман Е.С., Шахова Е.В.. Состояние и динамика слепоты и инвалидности вследствие патологии органа зрения в России. 7-съезд офтальмологов России. 2000. Тезисы докладов. Ч.2. С.-209-215.

5. Либман Е.С., Шахова Е.В. Эпидемиология слепоты и слабовидения по РФ. 8-съезд офтальмологов России. Тезисы докладов. С.-145-148 2005.

6. Кожакбаева М.Ж.. Медико-социальные аспекты первичной инвалидности вследствие офтальмопатологии и пути ее реабилитации. Алматы, 2008, 138 с.

7. R.M. Ritch, M.B.Shield, T.Krupin. The Glaucoma. 2 ed. St.Louis: Mosby; 1996.-P. - 753-765..

8. Shields M.B. Textbook of glaucoma. – Baltimore, 1998.348 p.

9. Quigley H.A. Optic nerve damage in human glaucoma // Arch. Ophthalmol.-1996.-Vol.114.-P. - 635-637.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ – ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Ибрагимов А.А., Джуманова Р.Г., Джумабаев М.Н.

*Кыргызская Государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева,
Национальный центр кардиологии и терапии им. М. М. Миррахимова.
г. Бишкек, Кыргызстан*

Резюме. Целью настоящей работы явился анализ показателей распространенности, заболеваемости, сроков госпитализации и послеоперационной летальности от осложнений язвенной болезни за 5 лет (2004-2008 гг.) по статистическим данным Кыргызского Республиканского медико-информационного центра. Показано, что за последние 5 лет по стране отмечается тенденция к снижению распространенности и заболеваемости ЯБ, при этом, в таких регионах, как г. Бишкек, Иссык-Кульская область сохраняются высокий уровень заболеваемости ЯБ, поздней госпитализации и послеоперационной летальности от осложнений ЯБ.

Ключевые слова: язвенная болезнь, заболеваемость, распространенность, летальность, желудочно-кишечное кровотечение, перфорация.

ULCER DISEASE - EPIDEMIOLOGIC SITUATION IN THE KYRGYZ REPUBLIC

Ibragimov A. A., Djumanova R. G., Djumabaev M. N.

*Kyrgyz State medical Academy of I. K. Akhunbaev
National center of cardiology and therapy of M. M. Mirrakhimov
Bishkek, Kyrgyzstan*

Abstract. In this article it's analyzed the indexes of extension, morbidity, late hospitalization and postoperative lethality from complications of ulcer disease in the country and its regions in last five years (2004-2008 yy.) according to the statistical data of the Kyrgyz Republican medical-information centre. It is shown, that for last five years it is noted the decline of tendency of extension and morbidity of UD in the Republic, at the same time in such regions as Bishkek city, Issyk-Kul oblast it's being kept a high level of UD morbidity, and it remains high indexes of late hospitalization and postoperative lethality from complications of UD.

Key words: ulcer disease, morbidity, extension, lethality, gastrointestinal bleeding, perforation.

АШКАЗАНДЫН ЖАНА 12 ЭЛИ ИЧЕГИНИН ЖАРА ООРУЛАРЫНЫН КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ ЭПИДЕМИОЛОГИАЛЫК КЫРДААЛЫ

Ибрагимов А.А., Джуманова Р.Г., Джумабаев М.Н.

*И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы,
М. М. Миррахимов атындагы Улуттук кардиология жана терапия борбору.
Бишкек ш., Кыргызстан*

Корутунду. Бул эмгекте Кыргыз мамлекеттик медициналык-маалымат акыркы 5 жылдагы маалыматтарынан: жара оорулардын мамлекетте жана аймактарда таралышы, кеч кайрылуусу жана операциядан кийинки өлүмгө учурашы изилденди. Акыркы 5 жылда Кыргыз Мамлекетинде жана анын аймактарында айрыкча Бишкек, Ыссык-Көл облусунда бул оорулардын өсүшү, таралышы, жана оорулуулардын кеч кайрылуусу, операциядан кийинки өлүмү, ашказан-ичегиден кан агышынын көрсөткүчү жогорулаганы жана ичегинин тешилүүсүнүн төмөндөгөнү аныкталды.

Негизги создөр: жара оорусу, илдет таралуусу, өлүмгө учуроо, ашказан жарасынын каноосу, ичегинин тешилүүсү.

Проблема язвенной болезни (ЯБ) является актуальной для здравоохранения в связи с широкой распространённостью и развитием грозных осложнений. Согласно эпидемиологическим статистическим данным,

ЯБ занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваемости органов пищеварения.

Несмотря на отмечаемое многими зарубежными авторами снижение заболеваемости ЯБ, ее распространенность все еще остается высокой, особенно среди взрослого населения. Она же является одной из основных причин временной нетрудоспособности и инвалидности больных с заболеваниями органов пищеварения. Встречаемость ЯБ варьирует от 3 до 21% в разных регионах мира [1,2,3,4,7]. Ею страдают до 10% взрослого населения европейских стран. В России частота ЯБ составляет 8,9% [4,5].

Новые знания, полученные в последние десятилетия, привели к коренному изменению понятий об этиологии, патогенезе ЯБ и, соответственно, принципов лечения, что значительно повлияло на представления об эпидемиологии ЯБ, особенно в развитых странах. Так, если в 70-80 годы XX столетия считалось, что каждый десятый человек страдает ЯБ, то в настоящее время распространенность ЯБ заметно снижается и составляет, например, в США 2,5% [7]. Однако, несмотря на тенденцию к снижению частоты первичных случаев выявления ЯБ, во многих странах отмечается рост грозных, порой жизнеопасных осложнений, таких как, прободение язвы и желудочно-кишечные кровотечения [4,5,6,7], требующих экстренных хирургических вмешательств.

Однако, до настоящего времени не проводился анализ распространенности, заболеваемости, сроков госпи-

тализации и послеоперационной летальности от осложнений ЯБ по Кыргызской Республике и ее регионам. В связи с этим, целью настоящей работы явился анализ эпидемиологии ЯБ по КР и ее регионам за последние 5 лет (2004-2008 гг.).

Материалы и методы исследования. В ходе исследования были проанализированы статистические показатели распространенности, заболеваемости, сроков госпитализации и послеоперационной летальности от осложнений ЯБ в целом по КР и ее регионам за 2004-2008 гг. по данным республиканского медико-информационного центра КР.

Результаты и обсуждение. В КР в 2008 г. зарегистрировано 272,9 пациента ЯБ на 100 000 населения, что составляет почти 15 000 человек против 352,5 на 100 000 населения в 2004 году [3]. Анализируя распространенность и заболеваемость ЯБ в КР, в том числе в крупных городах (Бишкек, Ош) необходимо отметить, что, несмотря на то, что сохраняется высокая распространенность и заболеваемость ЯБ по сравнению с предыдущими годами, с 2006 года отмечается тенденция к снижению частоты первичных случаев выявления ЯБ по стране (рис. 1, 2). В г. Бишкек, как и в некоторых других регионах, сохраняется высокая распространенность и заболеваемость ЯБ, значительно превышающая показатели общего республиканского уровня.

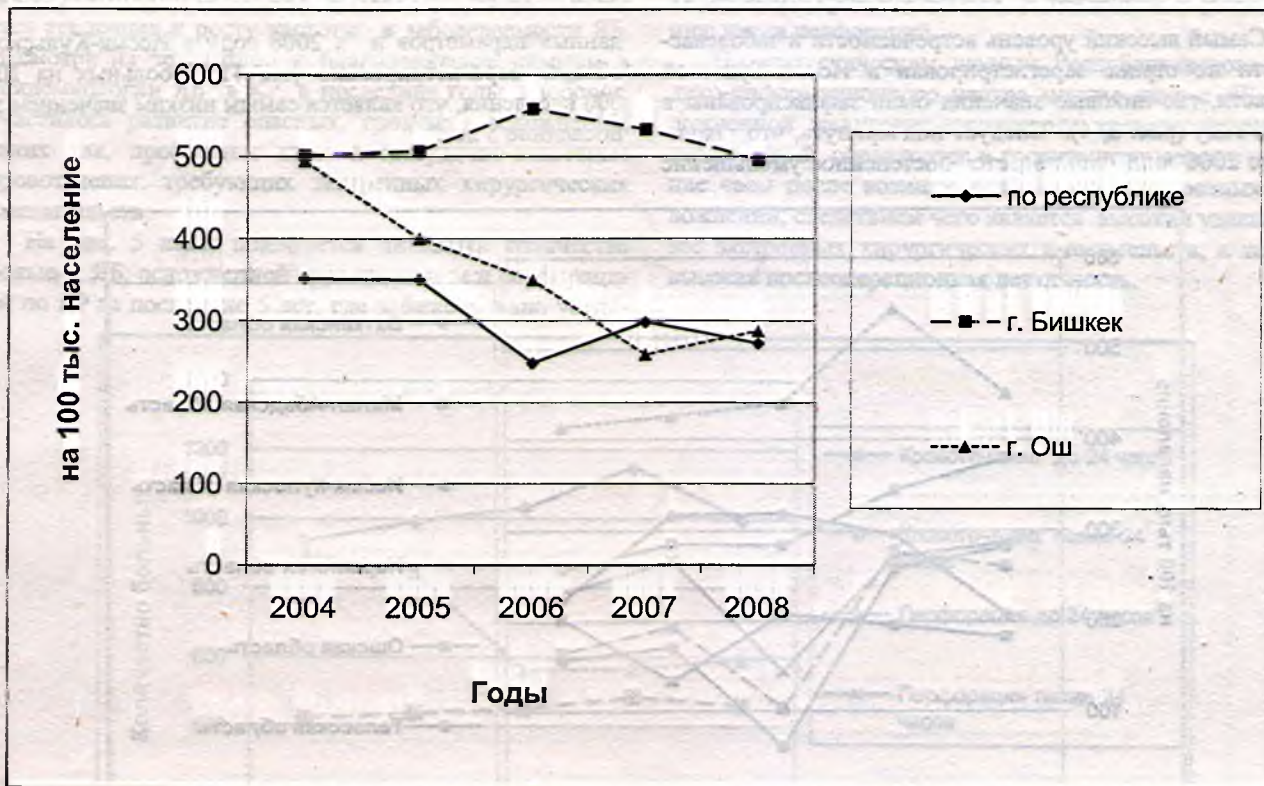


Рис. 1. Распространенность язвенной болезни по Кыргызской Республике и крупным городам

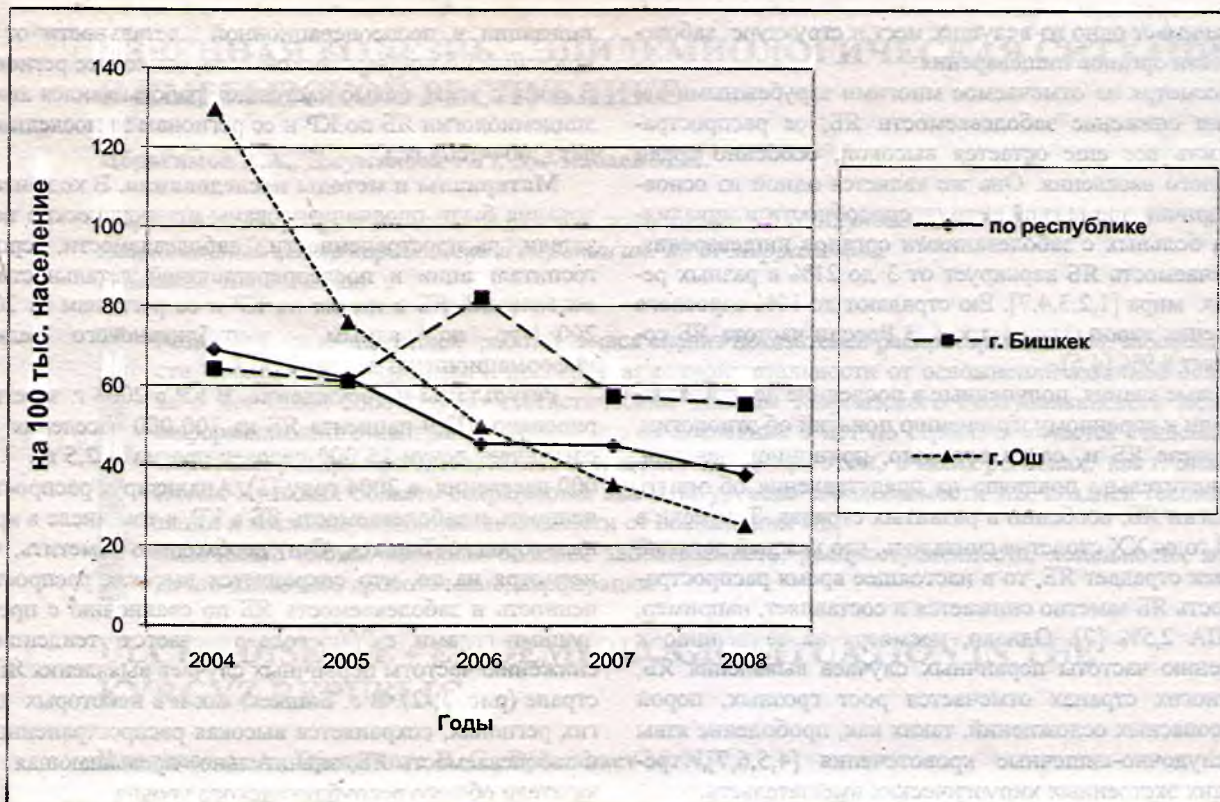


Рис. 2. Заболеваемость язвенной болезнью по Кыргызской Республике и крупным городам

Самый высокий уровень встречаемости и заболеваемости по стране зарегистрирован в Иссык-Кульской области, где пиковые значения были зафиксированы в 2005 году (рис. 3, 4). Следует подчеркнуть, что, начиная с 2006 года, наблюдается постепенное уменьшение

данных параметров и в 2008 году в Иссык-Кульской области зарегистрировано уже 413,5 больных на 100 000 населения, что является самым низким значением за последние 5 лет.

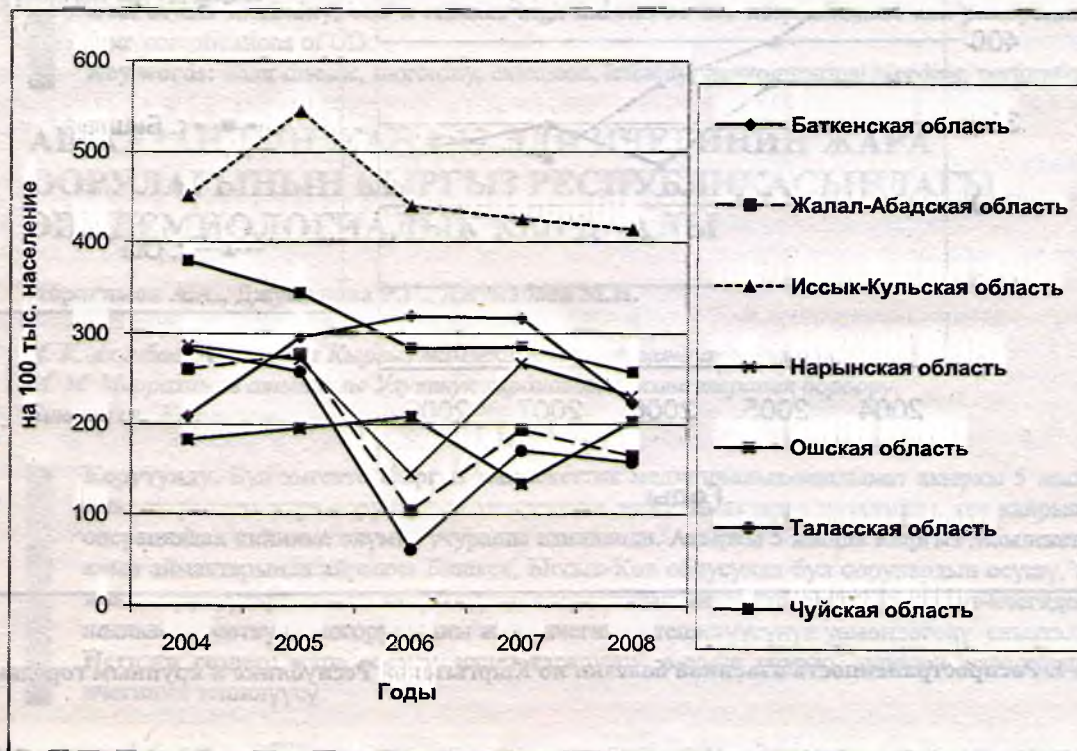


Рис. 3. Распространенность язвенной болезни по регионам Кыргызской Республики

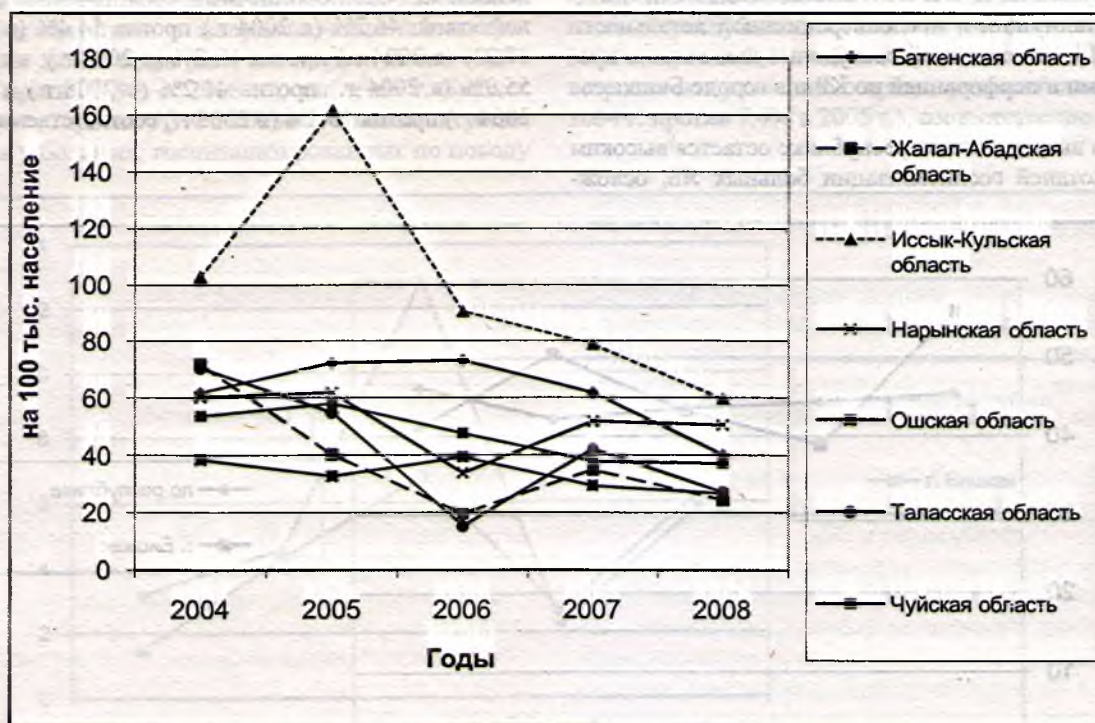


Рис. 4. Заболеваемость язвенной болезнью по регионам Кыргызской Республики

В г. Ош, Нарынской, Таласской и Чуйской областях, после некоторого снижения, в 2006 году вновь отмечается тенденция к росту частоты и заболеваемости ЯБ. Несмотря на тенденцию к благоприятным сдвигам в эпидемиологии ЯБ в КР, в последние годы, наоборот, участилось развитие опасных, грозных осложнений, таких как, прободение язвы и желудочно-кишечные кровотечения, требующих экстренных хирургических вмешательств.

На рис. 5 нами приводится динамика количества больных ЯБ, осложненной кровотечением и перфорацией по КР за последние 5 лет, где зафиксировано увели-

чение числа пациентов с ЯБ, осложненной желудочно-кишечными кровотечениями, и тенденция к уменьшению числа перфораций.

По статистическим данным Республиканского медико-информационного центра многие лица с ЯБ, осложненной желудочно-кишечными кровотечениями и перфорацией, обращаются и госпитализируются в поздние часы после возникновения подобных грозных осложнений, следствием чего является высокий удельный вес экстренных хирургических вмешательств, а также высокая послеоперационная летальность.

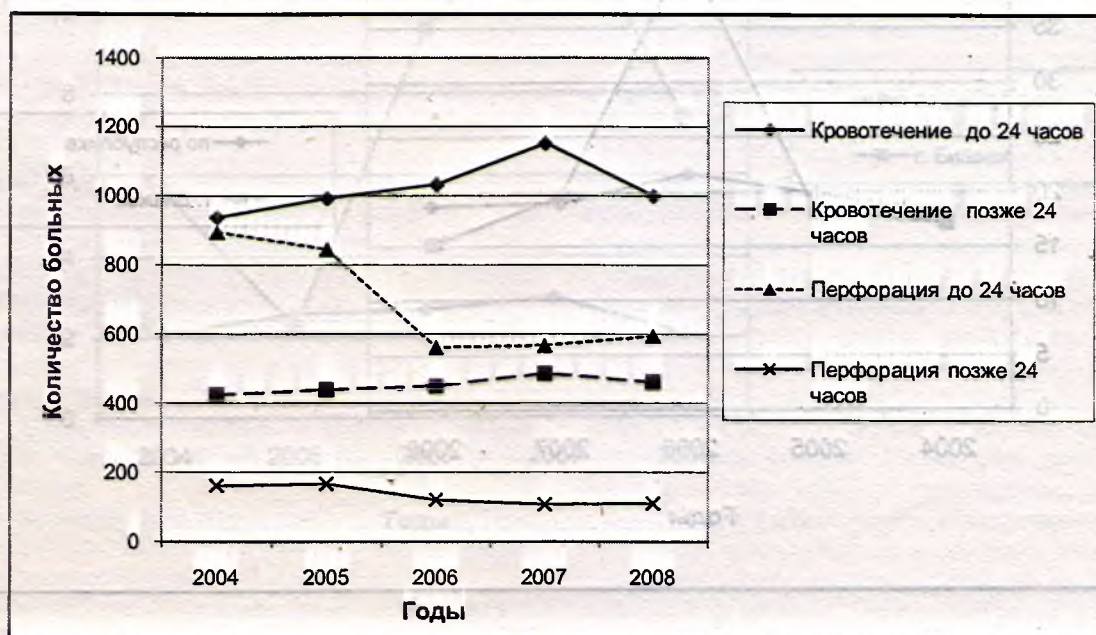


Рис. 5. Число больных ЯБ, осложненной желудочно-кишечными кровотечениями и перфорацией по республике за 5 лет 2004-2008 гг.

На рисунках 6, 7, 8 и 9 отражены показатели поздней госпитализации и послеоперационной летальности больных ЯБ, осложненной желудочно-кишечными кровотечениями и перфорацией по КР и в городе Бишкек за 5 лет.

Анализ выявил, что по республике остается высоким процент поздней госпитализации больных ЯБ, ослож-

ненной желудочно-кишечным кровотечением и прободной язвой: 46,2% (в 2004 г.) против 54,4% (в 2008 г) и 17,2% (в 2004 г.) против 18,8% (в 2008 г.); в г. Бишкек: 55,9% (в 2004 г.) против 41,2% (в 2008 г.) и 17,2% (в 2004 г.) против 15,2% (в 2008 г.) соответственно.

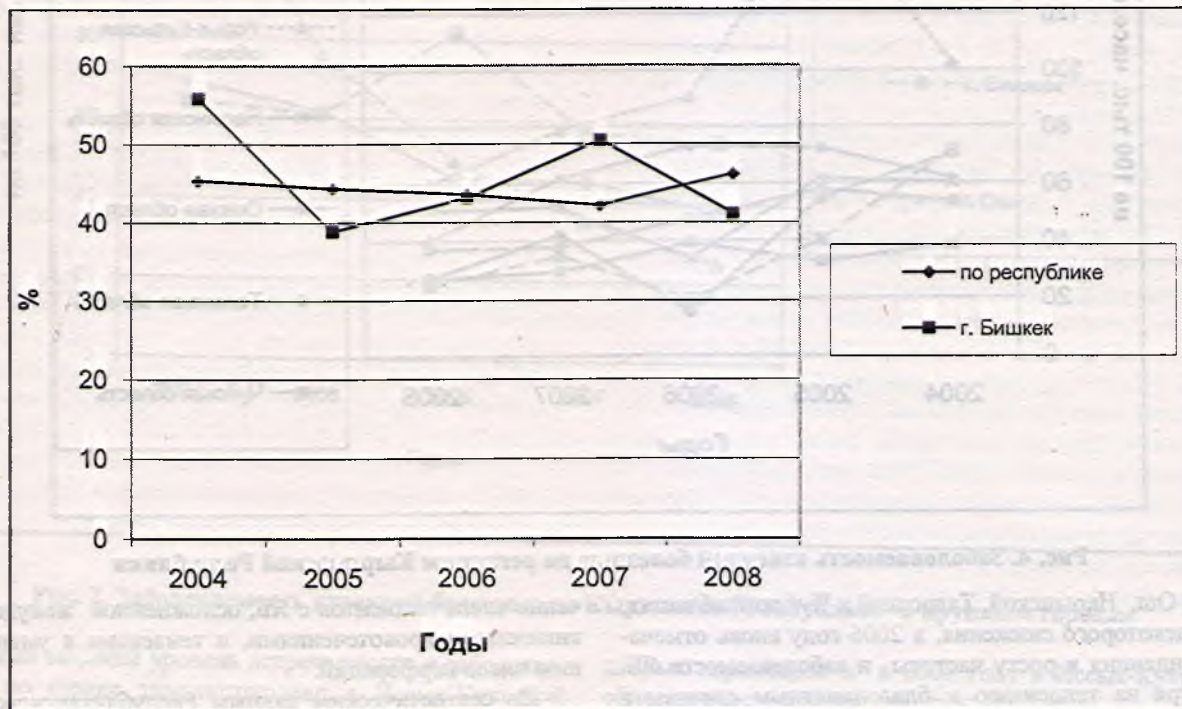


Рис. 6. Процент поздней госпитализации больных ЯБ, осложненной желудочно-кишечным кровотечением за 5 лет (2004-08 гг.)

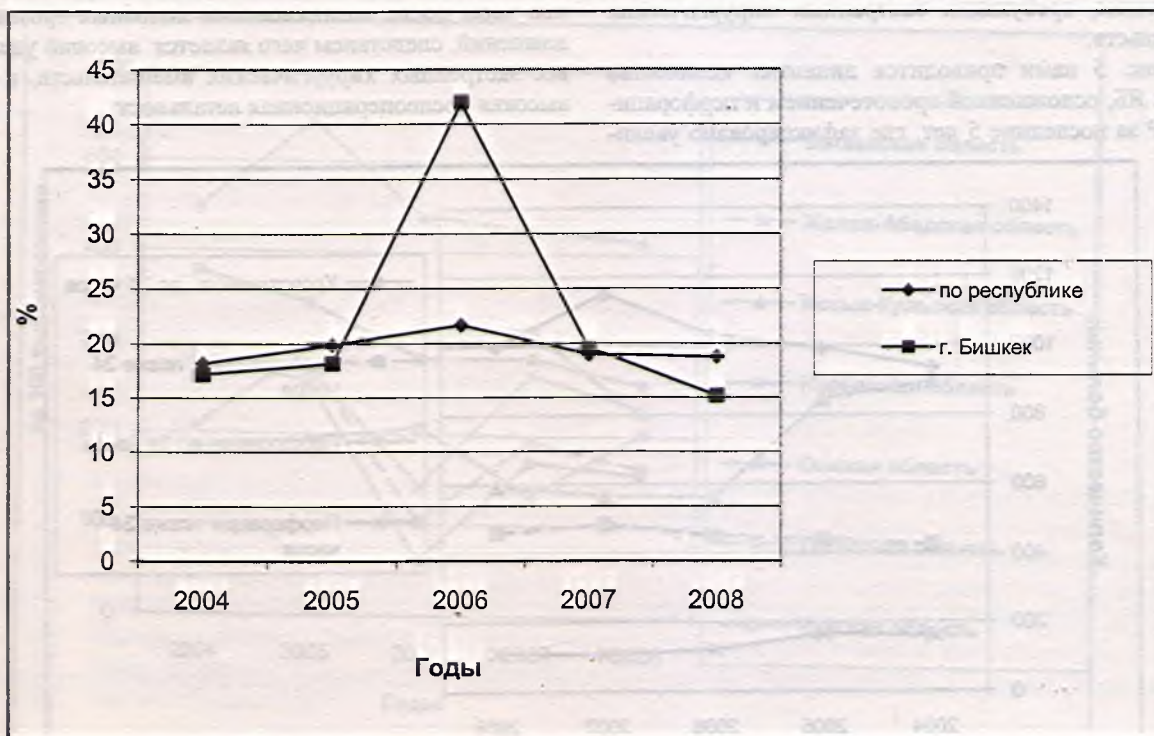


Рис. 7. Удельный вес поздней госпитализации больных ЯБ, осложненной перфорацией за 5 лет (2004-08 гг.)

Однако, отмечается увеличение послеоперационной летальности, связанной с желудочно-кишечными кровотечениями почти в два раза, как по республике (3,2% в 2004 г. против 5,9% в 2008 г.), так и по г. Бишкек (1,5% в 2004 г. против 6,3% в 2008 г.). Схожая ситуация отмечается у больных, госпитализированных по поводу

перфоративной язвы, где послеоперационная летальность по республике осталась на том же уровне (2,1% в 2004 г. против 2,1% в 2008 г.), тогда как по г. Бишкек возросла по сравнению с предыдущими годами (5,6% в 2004 г. против 7,4% в 2005 г.), соответственно.

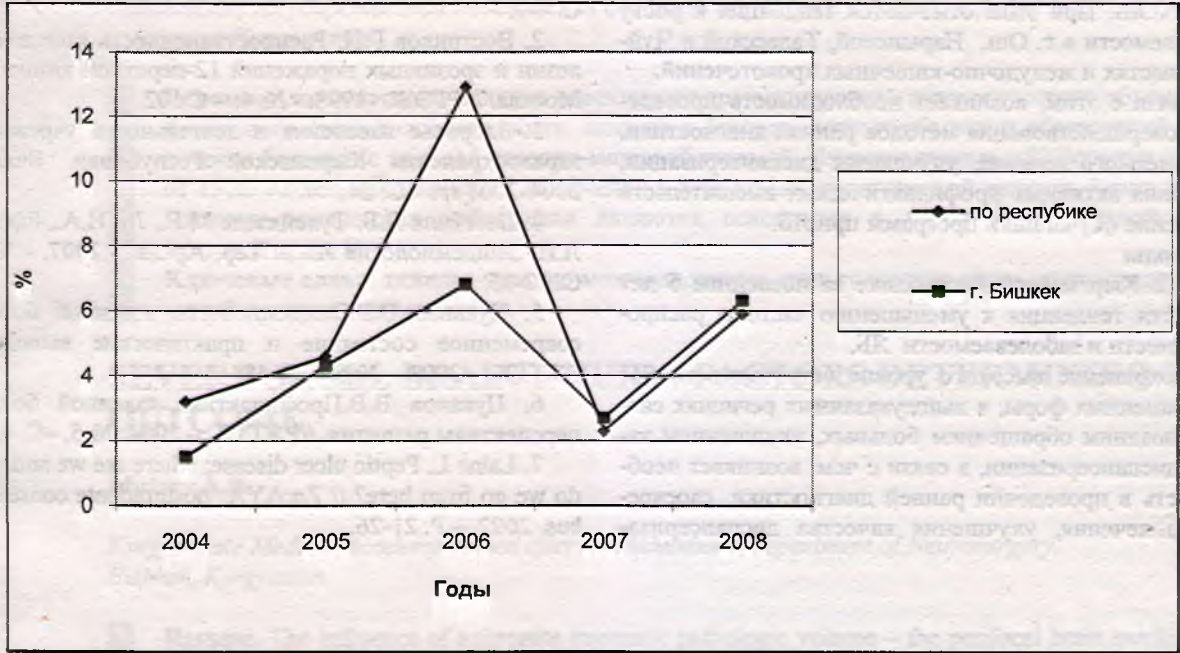


Рис. 8. Послеоперационная летальность больных ЯБ, осложненной желудочно-кишечным кровотечением по Кыргызской Республике и г. Бишкек за 2004-08 гг.

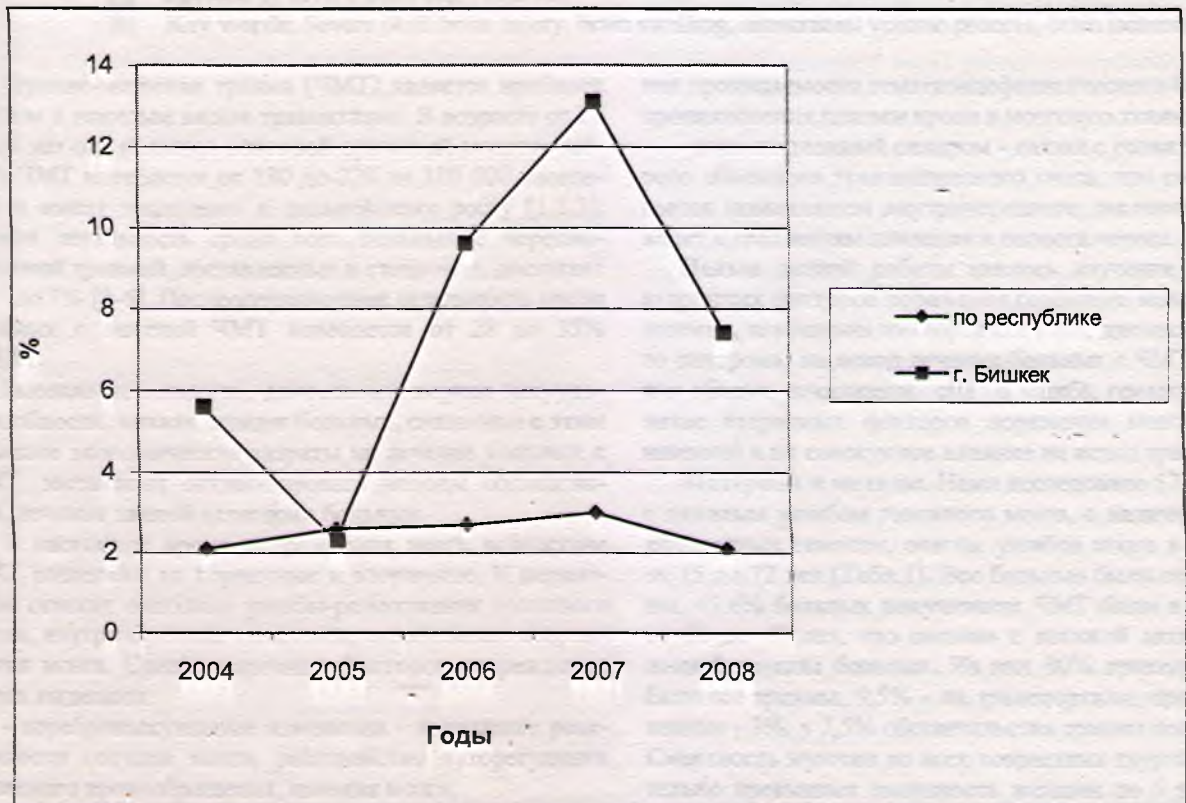


Рис. 9. Послеоперационная летальность больных ЯБ, осложненной перфорацией по Кыргызской Республике и г. Бишкек за 2004-08 гг.

Таким образом, в Кыргызской Республике за последние годы отмечается тенденция к снижению распространенности и заболеваемости ЯБ, а также частоты случаев ЯБ, осложненной перфорацией.

В то же время следует отметить, что в некоторых регионах страны, таких как г. Бишкек и Иссык-Кульская область сохраняются высокая встречаемость и заболеваемость ЯБ. При этом отмечается тенденция к росту заболеваемости в г. Ош, Нарынской, Таласской и Чуйской областях и желудочно-кишечных кровотечений.

В связи с этим, возникает необходимость проведения и совершенствования методов ранней диагностики, своевременного лечения, улучшения диспансеризации, проведения активных профилактических вмешательств и внедрение обучающих программ при ЯБ.

Выводы

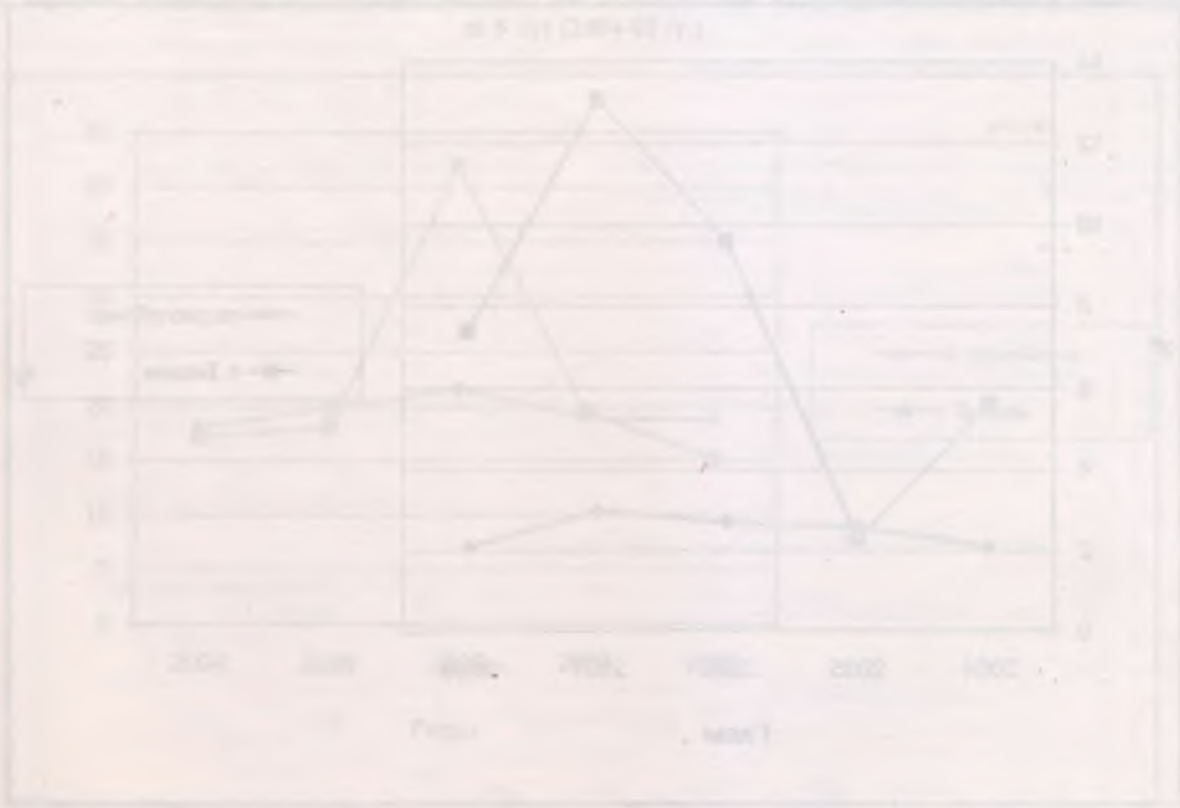
1. В Кыргызской Республике за последние 5 лет отмечается тенденция к уменьшению частоты распространенности и заболеваемости ЯБ.

2. Сохранение высокого уровня встречаемости ЯБ, ее осложненных форм, в вышеуказанных регионах связано с поздним обращением больных, ухудшением качества диспансеризации, в связи с чем, возникает необходимость в проведении ранней диагностики, своевременного лечения, улучшения качества диспансериза-

ции, внедрения и совершенствования обучающих программ для больных ЯБ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бармаков А.Е. Распространенность и структура гастродуоденальной патологии у сельского населения в средних широтах Восточной Сибири. //РГЭЖ. – 1998. - С. 4-9.
2. Востриков Г.П. Распространенность язвенной болезни и эрозивных поражений 12-перстной кишки в г. Москва. // РГЭЖ. -1998. - № 4. – С.102.
3. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Кыргызской Республики. Бишкек.-2004-2008 гг. – С. 24.
4. Лазебник Л.Б. Тулейкзede М.Г., Ли И.А., Ефремов Л.И. Эпидемиология ЯБ. // Тер. Архив. - 2007. - № 2. – С. 12-15.
5. Цуканов В.В.Эпидемиология язвенной болезни: современное состояние и практические выводы. // РЖГТК. – 2003. - № 5. – С. 48.
6. Цуканов В.В.Профилактика язвенной болезни: перспективы развития. //РЖГТК. – 2004. № 5. –С. 45.
7. Laine L. Peptic ulcer disease; where are we and where do we go from here? // Zn:AYA postgraduate course syllabus. 2002. – P. 21-26.



ИСХОДЫ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ: ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ФАКТОРЫ

Идирисов А.Б.

*Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, кафедра нейрохирургии,
г. Бишкек, Кыргызстан*

Резюме. Анализировано влияние совокупного травматического патологического объема – перифокального отека головного мозга, ишемии и внутричерепных объемных образований на исход лечения больных с тяжелой черепно-мозговой травмой. Изучены данные у 57 больных в возрасте от 15 до 72 лет, находившихся на лечении в нейротравматологической клинике. Компьютерная и магнитно-резонансная томографии являются основными в диагностике тяжелой черепно-мозговой травмы.

Ключевые слова: тяжелая черепно-мозговая травма, отек головного мозга, внутричерепной объемный процесс, ишемия мозга.

SEVERE SKULL BRAIN INJURY: FACTORS DETERMINING THE OUTCOME

Idirisov A.B.

*Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev, department of Neurosurgery,
Bishkek, Kyrgyzstan*

Resume. The influence of aggregate traumatic pathologic volume – the perifocal brain swelling, ischemia and intracranial formations on the outcome of management of patients with severe skull brain trauma was analyzed. Data from 57 patients aged from 15 to 72 years treated in the neurotraumatological clinic were studied. Computed tomography and magnetic resonance imaging are the basic methods in diagnostic of severe skull brain injuries.

Key words: Severe skull brain injury, brain swelling, intracranial volume process, brain ischemia.

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) является наиболее частым и тяжелым видом травматизма. В возрасте от 20 до 40 лет она является основной причиной смерти. Частота ЧМТ колеблется от 180 до 220 на 100 000 населения и имеет тенденцию к дальнейшему росту [1,2,3]. Общая летальность среди всех больных с черепно-мозговой травмой, доставленных в стационар, достигает от 3 до 7% [2-6]. Послеоперационная летальность среди больных с тяжелой ЧМТ колеблется от 28 до 35% [3,5,6].

Высокая летальность, длительный период нетрудоспособности, инвалидизация больных, связанные с этим большие экономические затраты на лечение больных с ЧМТ, заставляют оптимизировать методы обследования, лечения данной категории больных.

В настоящее время повреждения мозга вследствие ЧМТ разделяют на первичные и вторичные. К первичным относят очаговые ушибы-размозжения головного мозга, внутричерепные гематомы, аксональные повреждения мозга. Среди вторичных факторов повреждения мозга выделяют:

- цереброваскулярные изменения - нарушение реактивности сосудов мозга, расстройство ауторегуляции мозгового кровообращения, ишемия мозга;
- нарушение ликворциркуляции из-за блокады ликворных путей;
- отек мозга - чаще вазогенный, вследствие наруше-

ния проницаемости гематоэнцефалитического барьера и проникновения плазмы крови в мозговую ткань;

- дислокационный синдром - связан с развитием острого объемного травматического очага, что сопровождается повышением внутричерепного давления и приводит к градиентам давления в полости черепа.

Целью данной работы явилось изучение влияния вторичных факторов поражения головного мозга (отека, ишемии, нарушения ликвородинамики, дислокационного синдрома) на исход лечения больных с ЧМТ и влияния объема, локализации очагов ушиба, гематом на развитие вторичных факторов поражения мозга (отека, ишемии) и их совокупное влияние на исход травмы.

Материал и методы. Нами исследовано 57 больных с тяжелым ушибом головного мозга, с наличием внутричерепных гематом, очагом ушибов мозга в возрасте от 15 до 72 лет (Табл.1). Все больные были оперированы, 45,6% больных получивших ЧМТ были в возрасте от 20 до 49 лет, что связано с высокой активностью данной группы больных. Из них 80% приходилось на бытовые травмы, 9,5% - на транспортные, производственные - 3%, у 7,5% обстоятельства травмы неизвестны. Смертность мужчин во всех возрастных группах значительно превышает смертность женщин до 5 раз. Каждый восьмой человек, получивший тяжелую ЧМТ, находился в состоянии алкогольного опьянения.

Распределение больных по возрасту и полу

Возраст	Муж.	Жен.	%	Муж.	Жен.	%
15-19	3	1	7	1	-	25
20-29	4	2	10,5	1	1	33,3
30-39	12	3	26,3	3	1	26,6
40-49	10	3	22,8	3	1	39,0
50-59	6	2	14,0	3	-	37,5
60-69	6	3	15,7	3	2	48,6
70<	2	-	3,6	1	-	50

Наибольшая послеоперационная смертность отмечалась в группе пожилого и старческого возраста: от 48,6% в группе от 60 до 69 лет и до 50% в группе старше 70 лет, что, возможно, связано с возрастными изменениями: атеросклероз, сопутствующие заболевания. Это подтверждено литературными данными [1-6].

Компьютерная томография (КТ) головного мозга и магнитно-резонансная томография (МРТ) расширили представления о патогенезе тяжелой ЧМТ. Эти методы нейровизуализации позволяют наблюдать прижизненное формирование и динамику патологического процесса головного мозга с момента травмы.

Результаты и их обсуждение. В нашем исследовании выполнено 27 МРТ и 30 КТ обследований головного мозга. Исследование проводилось однократно, в период от первого дня до двенадцати дней после травмы, что позволило проследить развитие патологических процессов, свойственных больным, в динамике отраженных данными методами. Всем больным производилось МРТ сканирование в аксиальной проекции, сопоставимое с уровнем срезов на КТ головного мозга, а 3 больным дополнительно производилась во фронтальной, 4 больным – в сагиттальной проекциях. По литературным данным установлено, что вокруг очага ушиба и внутричерепных гематом возникает зона повышенной сосудистой проницаемости, обуславливающая выход плазмы и ее компонентов, впоследствии приводящая к вазогенному отеку (ВО) головного мозга. Под ВО головного мозга на КТ понимали зону пониженной плотности в пределах $+18$ $+25$ Н [3], окружающую очаги ушибов и внутримозговые гематомы. Гематомы на КТ головного мозга имеют вид однородной структуры и повышенной плотности 60-70 Н. Ушибы мозга на КТ, а затем и на операции определялись двояко. Это позволило выделить два типа ушибов:

- ушибы по типу преобладающего гемморрагического компонента (на КТ и МРТ зона повышенной плотности);

- ушибы по преобладанию ишемического компонента (на КТ и МРТ зона пониженной плотности).

Гемморрагический тип чаще выявлялся в зоне мозга, близкой к костной структурам и связан с прямой травмой. Выявлена интересная зависимость четкости появления перифокальной зоны вазогенного отека на КТ и МРТ в зависимости от времени после травмы. Зона ВО и ишемии, окружающая очаги ушибов и гематом, четко

обнаруживались у больных с травмой до 1 суток у 38 больных, что составляет 66,6%, на вторые сутки зона перифокального ВО выявлялась уже у всех больных. У 15 больных между зоной перифокального отека и прилежащими отделами желудочковой системы выявлена дорожка, аналогичная вазогенному отеку. Эта дорожка прослеживается на нескольких срезах КТ и МРТ головного мозга. При более близком конвекситальном расположении гематом, ушибов, аналогичная дорожка связывалась с субарахноидальным пространством.

Результаты исследования позволили сделать вывод о том, что зоны вазогенного отека, окружающие травматические субстраты, участвуют в едином саногенном механизме удаления продуктов распада мозговой ткани и крови вместе с отечной жидкостью в вентрикулярную или субарахноидальную систему.

По распространенности зоны отека и локализации по анализам КТ и МРТ мы выделили несколько форм вазогенного отека:

- локальный или перифокальный отек, который занимает ограниченную зону, чаще окружающую патологический очаг;

- перивентрикулярный - охватывает зону вокруг передних или задних рогов головного мозга, что, возможно, связано с ликворным ударом;

- распространенный - чаще охватывает одну или несколько долей мозга, сопровождается сдавлением желудочков;

- тотальный - охватывающий практически весь головной мозг.

Смертность напрямую была связана с объемом зоны вторичного поражения и составляла от 58% при распространенном отеке, до 100% при тотальном отеке. В связи с этим мы рассчитывали совокупный объем патологического очага - суммарный объем гематомы, очага ушиба зоны отека ишемии и гемморрагического пропитывания мозга. Объем патологического процесса определялся по наиболее распространенной методике $V=3,14 \times (A \times B \times C)/6$, где А, В и С - линейные размеры процесса. Так при гематоме объемом до 60 см куб (у 14 больных) совокупный объем патологического очага достигал до 100 см куб. Боковое смещение срединных структур головного мозга было до 3 мм, аксиального смещения не отмечалось. При объеме гематомы от 30 см куб до 100 см куб, суммарный объем патологического процесса достигал до 180 см куб, боковое смещение

более 5 мм, аксиальное смещение отмечалось у 48 % больных этой группы. Смертность в этой группе составила 49,6%. В группе, с объемом патологического процесса более 200 см куб, имелось боковое смещение от 5

до 10 мм, у всех больных отмечалось аксиальное смещение. Общая летальность достигла до 95%. По месту расположения очагов ушиба и гематом больные расположились следующим образом (Табл.2).

Таблица 2

Распределение по локализации очагов ушиба и гематом

Тип гематомы	Кол-во больных	Объем гематомы, ушиба	Общий объем пат. образования	Соотношение гематомы/отека/ ишемии
Эпидуральная	10	65	90	1,38
Субдуральная	13	70	110	1,57
Внутричерепная	12	45	82	1,82
Лобарные	7	52	85	1,63
Путаминальные	6	58	86	1,48
Медиальные	4	30	45	1,5
Мозжечковые	3	45	60	1,3
Стволовые	2	15	30	2,0

Выявлена зависимость объема зоны перифокального отека от места нахождения очага ушиба и гематомы. Так наибольший процент соотношения очага ушиба, гематомы - отек выявлен при стволовом расположении патологического очага и смертность в данном случае отмечена у всех больных в этой группе. При лобарном расположении гематом этот коэффициент достигает 1,82 и смертность в данной группе 82,6 %.

Таким образом, с увеличением объема гематом и очагов ушиба увеличивается зона перифокального отека, ишемии и появляется дислокационный синдром. При двухстороннем расположении внутричерепных гематом (12 больных).

Объем патологического очага превышал 80 см куб, боковое смещение было от 2 до 5 мм и не всегда улавливалось при ЭХО-энцефалоскопии. На КТ и МРТ головного мозга в данной группе у 100% больных выявлено аксиальное смещение. Умерло 72% больных. При двухсторонней локализации внутричерепных гематом - увеличение объема вторичного отека ишемии в патологической зоне в первую очередь обуславливает прогрессирование аксиальной дислокации, боковое же смещение может отсутствовать или быть незначительным.

Выводы

Степень повреждения головного мозга зависит, в первую очередь, от суммарного объема первичного по-

вреждения (гематомы очагов ушиба) и вторичных факторов (отек, набухание, ишемия). Нами выявлена зависимость объема внутричерепных гематом, ушибов мозга от вторичных факторов повреждения головного мозга - объемного образования, отека-набухания и ишемии мозга. Имеется четкая зависимость влияния общего патологического объема на исход заболевания больных с тяжелой черепно-мозговой травмой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гайдар Б.В. Практическая нейрохирургия. - СПб., 2002.- 644 с.
2. Квитницкий-Рыжов Ю.Н. Современное учение об отеке и набухании головного мозга.- Киев, 2005.- 184 с.
3. Корниенко В.Н., Васин Н.Я. Компьютерная томография в диагностике черепно-мозговой травмы. - М., 1987.- С.31-39.
4. Ходиев В.Э. Клинико-компьютерно-томографическое изучение отека головного мозга у нейрохирургических больных // Дисс ... канд. мед. наук.- М., 1986.- 188 с.
5. Adams JH, Graham DI, Jennett B. The structural basis of moderate disability after traumatic brain damage // J Neurol Neurosurg Psychiatry.-2007 Oct; 71 (4): 521-4.

ГЕНИТАЛЬНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Иржанов С.И., Искакова Э.Е.

Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова,
г. Алматы, Казахстан

Summary. Prof. S.I. Irghanov, E.E. Iskakova. Adenomyosis of the postmenopausal age women. Despite the theory that the decrease in oestrogen levels following menopause should lead to the atrophy, regression and resorption of endometriosis, we did not see difference in the extent of disease in this age group. Endometriosis is the continued growth of endometrial tissue outside of the uterine cavity.

Актуальность. Внутренний эндометриоз (аденомиоз матки) – гормонозависимое заболевание, характеризующееся инвазивным прогрессивным ростом ткани эндометрия в толщу миометрия [1,3]. У женщин репродуктивного возраста диагностическая чувствительность выраженности клинических проявлений (альгодисменорея, меноррагия, диспареуния и бесплодие) составляет 51%, специфичность 80% [5]. Определенные формы эндометриоза существенным образом отличаются не только степенью выраженности клинических симптомов, но и наличием их как таковых. Пациенты с «бессимптомным» течением заболевания (т.е. не предъявлявшие каких-либо жалоб при первичном обращении) составляют до 36% [2,4]. Изменяются сомнения среди клиницистов относительно существования эндометриоза среди женщин климактерического периода на фоне отсутствия экзогенных и снижения эндогенных половых гормонов.

Цель исследования обосновать целесообразность изучения генитального эндометриоза у женщин климактерического периода.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ гистологических исследований послеоперационного материала за период 1999-2008 гг. Возраст женщин варьировал от 34 до 82 лет. Общее количество гистологически верифицированных случаев 380.

У 367 пациентов 96,6% до операции диагноз «Эндометриоз» отсутствовал. Гистерэктомия у данной категории женщин была произведена вследствие других причин. Наибольшее количество женщин были в возрасте 45-60 лет.

По локализации эндометриозные очаги распределились следующим образом: эндометриоз тела матки – 225 (58,1%), эндометриоз яичников – 77 (20,8%), различные комбинации расположения эндометриозных гетеротопий в теле матки, яичниках, маточных трубах, шейке матки, больших половых губах – 78 (21,1%)

При гистологическом исследовании определяются детали строения и функциональные особенности эндометриозных гетеротопий. Главную их особенность

составляют эпителий и цитогенная строма, идентичные эндометрию.

Распространение эндометриозных очагов в миометрии диффузное. Железы имеют неправильную форму, некоторые кистозно увеличены. Эпителий желез призматический, преимущественно однорядный, с ровным апикальным краем. Ядра эпителиальных клеток расположены на разном уровне, что может свидетельствовать о пролиферативной активности железистого компонента эктопий. Строма, окружающая железы плотная, представленная фибробластоподобными клетками имеющими крупные ядра и тонкую кайму цитоплазмы вокруг. Также отмечается наличие лимфоцитов, гистиоцитов и большое количество тонкостенных сосудов.

Несмотря на теоретически предполагаемый атрофический эутопический эндометрий на фоне низкого уровня эстрогенов в климактерическом периоде, ультраструктурные и морфофункциональные особенности эндометриозных очагов характеризуются автономностью функционирования, функциональной гетерогенностью эпителиального и стромального компонентов.

Выводы

1. Мы располагаем большим практическим материалом по генитальному эндометриозу.
2. Накопление опыта и информации вызывает много вопросов, ответы на которых требуют продолжения изучения всех аспектов этого заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дамиров М.М. Аденомиоз: клиника, диагностика и лечение. - Москва-Тверь, 2002.
2. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. // Международный конгресс по эндометриозу с курсом эндоскопии. М., 1996 – С. 47-53
3. Адамян Л.В., Кулаков В.И. // Международный конгресс по эндометриозу с курсом эндоскопии. М., 1996 – С. 30-36
4. Cumiskey O, P Whyte, P Kelehan and D Gibbons // *J.Clin. Pathol.* 2008; 61; P.455-459
5. Bousquet M. C. // *Rev. Prat.* - 1999.- Vol. 19.- P. 161-170

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА У ДИАЛИЗНЫХ БОЛЬНЫХ

Калиев Р.Р., Байкелова М.Р., Будаичева А.Б., Абдиев Б.А., Рахматуллаева Н.Т.

Национальный центр кардиологии и терапии имени академика М. Миррахимова, кафедра внутренних болезней 6 курса КГМА, г. Бишкек, Кыргызстан

Резюме. Цель исследования – изучение частоты гипертрофии левого желудочка и изменений геометрии сердца в зависимости от уровня артериального давления у диализных больных.

Материал и методы. 40 диализных больных были разделены на 3 группы в зависимости от уровня артериального давления: гипотоники (АД = 100/60 мм.рт.ст. и ниже), нормотоники (АД = до 139/89 мм.рт.ст.) и гипертоники (АД = 140/90 мм.рт.ст. и выше). По данным ЭхоКГ гипертрофия левого желудочка диагностирована у 55 % больных.

Результаты. Среди диализных больных чаще наблюдается эксцентрический тип ГЛЖ. Анемия тяжелой степени преимущественно у гипертоников достоверно увеличивает индекс массы миокарда левого желудочка. Набор большого объема жидкости в междиализный период, особенно у гипотоников, приводит к объемной перегрузке левого желудочка.

Ключевые слова: гемодиализ, анемия, ремоделирование сердца.

ДИАЛИЗДЕГИ ООРУЛУУЛАРДЫН ЖҮРОГУН КАЙРАДАН МОДЕЛДӨӨ

Калиев Р.Р., Байкелова М.Р., Будаичева А.Б., Абдиев Б.А., Рахматуллаева Н.Т.

Академик М. Миррахимов атындагы улуттук кардиология жана терапия борбору, КММАнын ички оорулардын 6 курстагы кафедрасы, Бишкек ш., Кыргызстан.

Корутунду. Изилдөөнүн максаты – диализдеги оорулуулардын сол карынчасынын кеңейишинин (СКК) жана жүрөктүн геометриясынын өзгөрүүсүнүн кан басымдын деңгээлинен көз карандылыгын изилдөө.

Материалдар жана ыкмалар. Диализдеги 40 оорулуулар артериалдык кан басымынын (АКБ) деңгээлине жараша 3 топко бөлүндү: АКБ төмөндөр (АКБ=100/60 рт.мм.мм. жана төмөн), АКБ нормалдуулар (АКБ=139/89 рт.мм.мм. чейин) жана АКБ жогорулар (АКБ=140/90рт.мм.мм. жогору). ЭхоКГ негизинде 55% оорулууда СКК аныкталды.

Жыйынтыгы. Диализдеги оорулуулардын арасында көбүнчө СКК эксцентрикалык түрү көп байкалган. Аз кандуулуктун оор түрү артыкчылыктуу АКБ жогоруларда жүрөк булчунун СКК алып келгендиги тастыкталды. Диализ ортосундагы мезгилде көп суюктукту жыйноо АКБ төмөндөрдө сол карынчанын көлөмүнүн чоңойушуна алып келди.

Ачкыч сөздөр: гемодиализ, аз кандуулук, жүрөктүн ремоделирленүүсү.

HEART REMODELING AT DIALYSIS PATIENTS

National Center of cardiology and internal medicine named after academician M.Mirrakhimov, Department of internal medicine of 6 year KSMA, Bishkek s., Kyrgyzstan

Abstract. Aim - studying of frequency of a left ventricular hypertrophy (LVH) and changes of heart geometry depending on level of blood pressure at dialysis patients.

Material and methods. 40 dialysis patients have been divided into 3 groups depending on level of blood pressure (BP): hypotonics (BP = 100/60 mmHg. and lower), normotonics (BP = less than 139/89 mmHg.) and hypertensive patients (BP = 140/90 mm Hg. and higher). According to EchoKG LVH it is diagnosed for 55 % of patients.

Results. Thus, among dialysis patients eccentric type of LVH is more often. Severe anemia at hypertensive persons significantly increases IMMLV. Great liquid volume in interdialysis period, especially at hypotonics, leads to a volume left ventricular overload.

Key words: hemodialysis, anemia, heart remodeling.

Сердечно-сосудистые осложнения в 40-60% случаев обуславливают летальность среди диализных больных [1, 2]. У пациентов на гемодиализе (ГД) с гипертрофией

левого желудочка (ГЛЖ) риск развития сердечно-сосудистых осложнений в 2-6 раз выше, чем у больных с нормальными параметрами левых отделов сердца

[2,3]. ГЛЖ наблюдается у большинства больных на почечно-заместительной терапии и служит самостоятельным прогностически неблагоприятным фактором [4-6].

Цель исследования – изучение частоты ГЛЖ и изменений геометрии сердца в зависимости от уровня артериального давления (АД) у больных, находящихся на лечении хроническим гемодиализом.

Материалы и методы. Нами были обследованы 40 больных с терминальной хронической почечной недостаточностью (ТХПН), получающих стандартный бикарбонатный гемодиализ (ГД) трижды в неделю (аппарат фирмы «Fresenius» 4008S и 2008A) на диализаторе F6-F60, со скоростью 200-270 мл/мин. Продолжительность заместительной терапии ГД в среднем составила 7 ± 1 год. Средний возраст пациентов равнялся 41 ± 5 лет. Было 25 мужчин и 15 женщин. Причинами ТХПН были: хронический гломерулонефрит – у 70%, пиелонефрит – у 20%, прочие причины – у 10% больных. Всем больным проводилось рутинное обследование, выполнялось ультразвуковое исследование сердца в М-режиме импульсным датчиком 3,5 МГц в положении на левом боку, аппаратом ACUSON (США) по стандартной методике. По уровню исходного АД пациенты были разделены на три группы: гипотоники (АД = 100/60 мм.рт.ст. и ниже), нормотоники (АД = до 139/89 мм.рт.ст.) и гипертоники (АД = 140/90 мм.рт.ст. и выше). Перебором жидкости в междиализный период считали рост на 1 кг/сутки и более или 3 % от «сухой» массы тела. Критериями анемии тяжелой степени принимали падение концентрации гемоглобина (Hb) до 80 г/л и ниже, количества эритроцитов (Эр) – $2,6 \times 10^{12}/л$, а значения гематокрита (Ht) – 25%. Тип ремоделирования ЛЖ оценивали с помощью «кубической» регрессионной формулы B.R. Devereux [7]. Массу миокарда ЛЖ рассчитывали по формуле: $ММЛЖ = 1,04 \times [(конечно\ диастолический\ раз-$

мер ЛЖ (КДРЛЖ) + межжелудочковая перегородка + задняя стенка ЛЖ) $\times 3 - КДРЛЖ \times 3]$ -13,6. Определяли индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) как отношение ММЛЖ к площади поверхности тела. ГЛЖ диагностировали при ИММЛЖ $134 г/м^2$ и более у мужчин и $110 г/м^2$ и более – у женщин. Относительную толщину стенки (ОТС) рассчитывали по формуле: $ОТС = (2 \times ЗСЛЖ / КДР) \times 100$. Нормальной геометрией ЛЖ считали $ОТС < 0,45$ при нормальном ИММЛЖ, концентрическое ремоделирование диагностировали при $ОТС > 0,45$ и нормальном ИММЛЖ, за концентрическую ГЛЖ принимали $ОТС > 0,45$ и увеличенный ИММЛЖ, а эксцентрическую ГЛЖ – при $ОТС < 0,45$ и увеличенный ИММЛЖ [8]. Диастолическую функцию ЛЖ оценивали в режиме импульсной доплерографии по величине пиковых скоростей диастолического наполнения ЛЖ – быстрое и медленное (Е и А) – и их соотношения. Результаты исследования обрабатывались статистически с использованием пакета прикладных программ Statistica for Windows, 6.0. Данные представлены в виде средних значений и их стандартных отклонений ($M \pm SD$). Достоверность различий оценивалась при помощи критерия t-Стьюдента; $p < 0,05$. Корреляционные связи определялись методом Спирмена.

Результаты и их обсуждение. Среди обследованных больных было 18 (45%) гипертоников, 17 (42,5%) нормотоников и 5 (12,5%) гипотоников. Пациенты, имевшие выраженную гипотонию во время ГД, в междиализный период набирали более 4000 мл жидкости. Случаи анемии выявлены у 58% из всех больных. По данным ЭхоКГ ГЛЖ диагностирована у 55% больных. Наблюдалось существенное преобладание эксцентрического типа ГЛЖ – 50%. Концентрический тип ГЛЖ выявлен у 5% , у остальных 45% пациентов была нормальная геометрия ЛЖ (рис. 1)



Рис. 1. Типы ремоделирования сердца у больных, находящихся на лечении программным гемодиализом.

В то же время по данным некоторых авторов для ренопаренхиматозной гипертензии более характерен концентрический тип ремоделирования ЛЖ [9, 10]. Считается, что концентрическая гипертрофия обусловлена прессорной, а эксцентрическая – объемной перегрузкой ЛЖ. При концентрической перестройке ГЛЖ непропорционально увеличивается толщина ее стенки, в результате чего увеличивается отношение толщины стенки/диаметра полости (ОТС ЛЖ). При эксцентрической ГЛЖ параллельно с ростом толщины стенки увеличива-

ется полость ЛЖ и при этом относительная толщина стенки существенно не изменяется [11].

При анализе встречаемости различных типов ремоделирования сердца в зависимости от уровня АД выявлено, что у гипертоников и нормотоников в основном наблюдался эксцентрический тип ГЛЖ. В то же время у гипотоников оба типа ГЛЖ определялись с одинаковой частотой. Следует отметить, что у пациентов с нормальным уровнем АД концентрический тип ГЛЖ вовсе не развивался (рисунок 2).

Показатели больных, находящихся на лечении программным гемодиализом, в зависимости от уровня артериального давления

Показатели	Гипотоники (n=5)	Нормотоники (n=17)	Гипертоники (n=18)
Среднее АД мм.рт.ст.	101 ± 7	129 ± 1	167 ± 2
Среднее АД мм.рт.ст.	68 ± 3	88 ± 2	87 ± 3
Во время ГД САД	71 ± 1	97 ± 4	109 ± 8
Во время ГД ДАД	46 ± 5	65 ± 3	71 ± 1
Случаи гипотонии	17,5 %	12,5 %	0 %
Сред. набор жид. (мл)	2178 ± 5	2003 ± 3	1640 ± 2
Нв (г/л)	119	107	98,6
Эр (10*12/л)	4,02	3,8	3,6
Нт (%)	27 ± 8	26 ± 1	26 ± 2
Нормальная геометрия ЛЖ	5 %	17,5 %	22,5 %
Эксцентрическая ЛЖ	2,5 %	25 %	22,5 %
Концентрическая ГЛЖ	2,5 %	-	2,5 %

Примечание: САД и ДАД – систолическое и диастолическое АД.

Сред. набор жид. – средний набор жидкости



Рис. 2. Частота обнаружения различных типов ремоделирования сердца в зависимости от уровня АД у больных, находящихся на лечении программным ГД

Полученные нами данные позволяют сделать предположение о том, что независимо от уровня АД у больных, получающих лечение программным ГД, ремоделирование сердца преимущественно обусловлено объемом перегрузкой.

При проведении корреляционного анализа нами выявлена положительная связь между наличием анемии

тяжелой степени, увеличением ИММЛЖ и объемом жидкости, набираемой больными в междуализный период, а также выявлена отрицательная зависимость между анемией, САД, ДАД и ОТС. Показатель диастолической дисфункции ЛЖ (ДДЛЖ) (Е/А) находился в обратной корреляционной связи от объема жидкости в междуализный период и ИММЛЖ (табл. 2).

Таблица 2

Корреляция параметров анемии, диастолической функции сердца с величиной АД, объемом накопления жидкости в междуализный период и ремоделированием сердца у больных на программном ГД.

Показатели	Нв (г/л)	Эр	Нт (%)	Е/А
Средн.САД мм.рт.ст.	- 0,35 *	- 0,33 *	- 0,31 *	0,23
Средн.ДАД мм.рт.ст.	- 0,31*	- 0,26	- 0,24	0,17
Макс. САД мм.рт.ст.	- 0,18	- 0,18	- 0,17	-0,01
Макс. ДАД мм.рт.ст.	- 0,32*	- 0,28	- 0,26	0,30
Мин. САД мм.рт.ст.	- 0,35*	-0,32 *	- 0,29	0,32
Мин. ДАД мм.рт.ст.	- 0,28	- 0,23	0,20	0,25
Средний объем (мл)	0,31	0,26	0,26	- 0,39 *
Макс. объем (мл)	0,30	0,30	0,32	-0,32
Мин. объем (мл)	0,32 *	0,31 *	0,34 *	-0,32
ОТС	-0,01	0,03	- 0,38 *	0,28
ИММЛЖ (г/м ²)	0,49 *	0,46 *	0,44 *	- 0,46 *

Примечание: * P.<0,05 Средн. – среднее, макс. – максимальный, мин. - минимальный

Исследованиями последних лет анемии отводится роль фактора прогрессирования почечных болезней с последующим ранним присоединением сердечно-сосудистых осложнений [12,13]. Обсуждается также влияние анемии на геометрию ЛЖ [14]. Отдельные исследователи показали, что у больных с ТХПН и низким уровнем гемоглобина преобладает эксцентрический тип ГЛЖ [15]. Эти данные согласуются с нашими наблюдениями.

При анализе тех же корреляционных взаимосвязей в группах больных, разделенных по уровню АД, среди

гипотоников выявлена прямая ассоциация анемии с САД и объемом жидкости, набираемой в междиализный период. У больных гипертоников наблюдалась достоверная положительная корреляционная зависимость анемии с ИММЛЖ и объемом междиализной жидкости. В группе больных нормотоников отмечено отрицательное взаимоотношение анемии с уровнем АД и ОТС, а также положительная корреляция ДДЛЖ с АД, и отрицательная – с количеством жидкости, набираемой в сроки между диализами (табл. 3).

Таблица 3

Корреляционные взаимосвязи между различными показателями и параметрами сердца больных, получающих лечение программным ГД.

Показатели	Гипотоники (n=5)				Нормотоники (n=17)				Гипертоники (n=18)			
	Нв (г/л)	Эр.	Нт (%)	Е/А	Нв (г/л)	Эр.	Нт (%)	Е/А	Нв (г/л)	Эр.	Нт (%)	Е/А
Средн. САД мм.рт.ст.	0,97	0,90	0,93	-	-0,46	-0,33	-0,38	0,62 *	-0,20	-0,19	-0,17	0,16
Средн. ДАД мм.рт.ст.	0,97	0,90	0,93	-	-0,53*	-0,37	-0,35	0,60 *	-0,10	-0,00	-0,01	-0,07
Макс. САД мм.рт.ст.	0,97	0,90	0,93	-	0,73 *	0,67 *	0,68 *	-0,18	0,19	0,19	0,19	0,28
Макс. ДАД мм.рт.ст.	0,97	0,90	0,93	-	-0,29	0,18	0,23	0,83 *	0,12	0,13	0,11	0,19
Мин. САД мм.рт.ст.	0,99	1,0*	1,0 *	-	-0,33	0,19	0,28	0,72*	0,34	0,38	0,36	0,25
Мин. ДАД мм.рт.ст.	0,92	0,98	0,97	-	-0,34	0,18	0,29	0,66 *	0,25	0,22	0,19	0,05
Средний объ- ем (мл)	0,23	0,03	0,10	-	0,33	0,20	0,17	0,55 *	0,55	0,53	0,53	0,40
Макс. объем (мл)	1,0 *	0,26	0,98	-	-0,04	0,03	0,07	-0,34	0,56	0,54	0,54	0,41
Мин. объем (мл)	1,0	0,19	0,07	-	-0,06	0,00	0,10	0,36	0,54	0,51	0,52	0,38
ОТС	0,58	0,40	0,46	-	0,24	0,25	0,63	0,21	0,50	0,41	0,41	0,35
ИММЛЖ (г/м ²)	0,85	0,94	0,92	-	-0,47	0,16	0,04	0,13	0,68	0,66	0,65	0,56

Примечание: * P < 0,05

Выводы

1. Среди диализных больных чаще наблюдается эксцентрический тип гипертрофии левого желудочка

2. Анемия тяжелой степени преимущественно у гипертоников достоверно увеличивает индекс массы миокарда левого желудочка у больных с терминальной почечной недостаточностью, находящихся на хроническом гемодиализе.

3. У диализных больных, особенно у гипотоников набор большого объема жидкости в междиализный период приводит к объемной перегрузке левого желудочка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волгина Г.В. Клиническая эпидемиология кардиоваскулярных нарушений при хронической почечной недостаточности //Нефрология и диализ. 2000;том 2; №132: С.25-32.

2. Herzog C.A. Dismal long-term survival of dialysis patients after acute myocardial infarction: can we alter the outcome//Nephrol.Dial.Transplant.2002;17(1): pp.7-10.

3. Paoletti P., Cassottana P., Bellino D. et al. Left ventricular geometry and adverse cardiovascular events in chronic hemodialysis patients on prolonged therapy with ACE inhibitors// Am. J. Kidney Dis. 2002; 40(4): pp.728-736.

4. Беленков Ю.Н., Марев В.Ю. Принципы рационального лечения сердечной недостаточности. М. 2000г

5. Мареев В.Ю. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента в лечении больных коронарной болезнью сердца. Взгляд 2003 года // Кардиология. 2003; том 12, С. 4- 14.

6. Mancia G., De Backer G., Dominiczak A. et al. Management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension. European Society of Cardiology. 2007 Guidelines for the management of Arterial Hypertension: The Task Force for the management of Arterial Hyper-

tension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // J. Hypertens. 2007; 25: pp.1105-1187.

7. Devereux R.B., Reichek N. Echocardiographic determination of left ventricular mass in man: anatomic validation of the method // Circulation. 1977; 55: pp.613-618.

8. Levy D., Garrison R.J. et al. Prognostic implications of echocardiographically determined left ventricular mass in the Framingham Heart Study // N. Engl. J. Med. 1990; 322: pp.1561-1566.

9. Wanic-Kossowska M., Lehman P. Left ventricular hypertrophy in patients with chronic renal failure treated by hemodialysis // Pol. Arch. Med. Wewn. 2002; 107 (6): pp. 539-546.

10. Kutyrina I.M., Rudenko T.E., Shvetsov M. Iu., Kushnir W. The role of major vessels remodeling in development of left ventricular hypertrophy in patients with pre-

dialysis stage of chronic renal failure // Ter. Arkh. 2008; 80(6): pp. 37-41.

11. Grossman W. Cardiac hypertrophy: useful adaptation or pathologic process? // Am. J. Med. 1980; 69 (4): pp. 576-584.

12. Rossert J, Froissart M. Role of anemia in progression of chronic kidney disease. Semin Nephrol // 2006;26: pp. 283-289.

13. Iseki K, Kohagura K. Anemia as a risk factor for chronic kidney disease // Kid.Int. 2007; 72: S4-S9.

14. Stojimirovic B., Petrovic D., Obrenovic R. Left ventricular hypertrophy in patients on hemodialysis: importance of anemia // Med. Pregl. 2007; 60 (2): pp. 155-159

15. Romasheva E.P., Davydkin I.L. Left ventricular remodeling in outpatients with chronic renal failure treated with hemodialysis // Ter. Arkh. 2009; 81 (1): pp. 21-24.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ЭТНИЧЕСКИХ КЫРГЫЗОВ В ГОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Калиев Р.Р.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан

Резюме. К настоящему времени обнаружены определенные расовые и этнические, климато-географические различия в распространении, темпах прогрессирования нефропатий и в ответах больных на терапевтические вмешательства. Вопросы о такого рода особенностях среди представителей монголоидной расы, включающей и кыргызов, пока сколько-нибудь серьезно не изучены.

Цель: изучить клиничко-функциональные особенности проявления ХГН у этнических кыргызов в горных условиях.

Материалы и методы: ХГН исследовался у 625 кыргызов. Среди них 496 пациентов проживали в низкогорье (г. Бишкек, районы Чуйской долины, расположенные на высоте ниже 1500 м над уровнем моря). В условиях высокогорья (2400 м и выше) обследованы 129 больных. Возраст больных в среднем составлял соответственно 31,6±0,8 и 30,4±0,9 лет. Контрольную группу составили сопоставимые по полу и возрасту 79 здоровых людей: 52 кыргыза из низкогорья и 27 кыргызов, уроженцев высокогорья.

Использованные методы не отличались от современных общепринятых подходов. У 150 больных диагноз ХГН получил подтверждение при биопсии почки.

Полученные нами результаты обработаны с помощью пакета программ Statistica, а достоверность различий между сравниваемыми параметрами выяснялась с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты исследования: установлено, что клиничко-функциональные показатели ХГН зависят от особенностей географической среды обитания, что отражается на частоте встречаемости предрасполагающих их факторов и клиничко-лабораторных проявлениях болезни.

В низкогорье у этнических кыргызов заболеванню в основном предшествуют острые инфекции и охлаждение, дебютируя с артериальной гипертензией и несколько большей выраженностью анемизации и гиперлипидемии. В высокогорье ХГН у этнических кыргызов чаще развивается вслед за переохлаждением, характеризуется в основном мочевым синдромом, редко сочетаясь с артериальной гипертензией, малой выраженностью анемии, гиперлипидемии и иммунных сдвигов.

Морфологические проявления ХГН в условиях высокогорья и низкогорья характеризуются наиболее часто мезангио-пролиферативным ГН (в половине случаев), мезангио-капиллярным ГН (у одной трети) и весьма редко ГН с минимальными изменениями и фокальным гломерулосклерозом. У горцев чаще выявляется мембранозный ГН (16,1% против 4,5% в низкогорье, $p < 0,05$).

ЭТНИКАЛЫК КЫРГЫЗДАРДА ТҮЙДОКЧӨЛӨРДҮН ОНОКӨТ НЕФРИТИНИН ТОО ШАРТЫНДАГЫ КЛИНИКА-ФУНКЦИОНАЛДЫК ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

Калиев Р.Р.

Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, Бишкек ш., Кыргызстан

Корутунду. Азыр нефропатиялардын кандайдыр раса-этникалык, климат-географиялык тарашынын, начарлоо ылдамдыктары жана илдеттенген адамдардын дарылоого жообу боюнча айырмалары аныкталган. Бирок түйдөкчөлөрдүн онокот нефрити (ТӨН) ушундай өзгөчөлүктөрдүн монгол расалык өкүлдөрүндө, аларга таандык кыргыздарда ушуга чейин изилденбей келген.

Максат: бөйрөк түйдөкчөлөрүнүн өнөкөт сезгенүүсүнүн (ТӨС) кыргыздарда тоолуу шарттагы клиничко-функционалдык өзгөчөлүктөрүн изилдөө.

Материалдар жана усулдар: ТӨН 625 кыргыздарда изилденди. Алардын арасынан 496 оорулуу жапыс тоо шартында жашашкан (Бишкек ш., Чуй аймагы, бийиктиги деңиз деңгелинен 1500 метрге чейинки). Бийик тоолордо (2400 метрден жогору) 129 илдеттүү адамдар текшерилди. Оорулулардын жашы ар бир топто орто эсеп менен 31,6±0,8 жана 30,4±0,9 түздү. Салыштырма топто жынысы жана жашы окшош 79 дени сак кишилер болгон: 52 кыргыз жапыс тоонун жана 27 кыргыз бийик тоонун тургундары.

Колдонгон усулдар азыр кеңири таралган ыкмалардан айырмалары жок. 150 адамда ТӨН биопсия жолу менен аныкталды.

Биз алган жыйынтактар Statistica программасы аркылуу текшерилди, салыштырмалуу көрсөткүчтөр анык айырмаланат деп Стьюденттин t-белгисинин жардамы аркылуу табылды.

Изилдөөнүн жыйынтыгы: ТӨН клиника-функционалдык көрсөткүчтөрү жашоонун географиялык өзгөчөлүктөрүнө баш ийет жана ал илдетке багыттаган факторлордун кездешүүсүнө жана клиника-лабораториялардын көргөзмөсүнө таасир берет.

Жапыс тоодо этникалык кыргыздардын оорусу негизинен курч инфекциялар жана үшүүгө байланыштуу экен, башталышы кандын басамынын өсүшү жана кандайдыр анемиянын көбүрөөк болушу, канда липиддердин жыйылып кеткени менен билинет. Бийик тоодо жашаган кыргыздарда ТӨНдү кобунчосу үшүү чакырат жана негизинен зааранын өзгөрүү синдрому менен мүнөздөлүп, кан басымынын жогорулашы сейрек кездешип, анемиянын, канда липиддин жыйылышы жана иммундук өзгөрүүлөрдүн жеңил шарттары аркылуу байкалды.

Бийик жана жапыс тоо шарттарында ТӨС морфологиялык белгилери негизинен эң көбүнчө мезангио-пролиферативдик ТС (жарымында), мезангио-капиллярдык ТС (үчтөн биринде) жана аябай чанда ТС эң аз өзгөрүү түрү, фокалдык түйдөкчөлөрдүн склерозу менен мүнөздөлдү. Тоолуктарда көбүнчөсү мембраноздук ТС табылды (16,1% каршы 4,5% жапыс тоодо $p < 0,05$).

CLINICAL AND FUNCTIONAL FEATURES OF CHRONIC GLOMERULONEPHRITIS AMONG ETHNIC KYRGYZ IN MOUNTAINOUS CONDITIONS

Kaliev R.R.

Kyrgyz State Medical Academy named I.K. Akhunbaeva, Bishkek, Kyrgyzstan

Abstract. Some racial, ethnic and climate-geographic differences in prevalence, progression rate and responses of patients to therapeutic implications were revealed to this time. Questions about these features among subjects of mongoloid race, including Kyrgyz, seriously are not investigated yet.

Aim: to study clinical and functional features of chronic glomerulonephritis (CGN) among Kyrgyz people in mountainous conditions.

Subjects and methods: 655 patients with CGN have been examined. Among them 496 lived in low altitude (s. Bishkek, areas of Chu region, placed below 1500m on sea level) and 129 patients lived in high altitude (2400 m and higher). Average ages of patients were 31.6 ± 0.8 и 30.4 ± 0.9 respectively. Control group was made by 79 healthy subjects matched on sex and age: 52 Kyrgyz from low-altitude and 27 Kyrgyz inhabitants of high altitude. Used methods of researches were not different from the standard approaches. At 150 patients diagnosis of CGN had been confirmed by kidney biopsy.

Results: It was established that clinical and functional parameters of CGN depend on the features of geographic living place. It influences on prevalence of predisposing factors and clinical and functional displays of disease.

In low altitude in Kyrgyz people disease is more often caused basically by an acute infection and cooling, starting with arterial hypertension (AH), relatively more expressed anemia and hyperlipidaemia. In high altitude CGN in Kyrgyz people more often develop after overcooling and it is characterized basically by isolated urinary syndrome, rare combining with AH, low expressed anemia, hyperlipidaemia and immune disbalance.

Morphological displays of CGN in high altitude and low altitude conditions characterized by more often by mesangial proliferative glomerulonephritis (GN) (in half part of cases), by mesangio-capillary GN (in one third part), and very rarely by GN with minimal changes and focal-segmental glomerulosclerosis. At highlanders membranous GN more often has been revealed (16, 1% opposite 4.5% at low altitude, $p < 0.05$).

Возросший в последнее десятилетие интерес к изучению первичных и вторичных заболеваний почек, особенно гломерулонефритов (ГН), обусловлено продолжающимся увеличением встречаемости среди населения терминальной почечной недостаточности (ТПН), приобретшей в некоторых странах эпидемические масштабы. Одной из основных причин ТПН служит хронический гломерулонефрит (ХГН). Клинические проявления последнего весьма однотипны, не зависят отчетли-

во от причины и механизмов реализации самой болезни [19]. В то же время прогрессирование ХГН предопределяется этиологическими факторами и патогенетическими механизмами [12]. В изучении патогенеза ХГН за последние годы достигнуты значительные успехи. Так, помимо уточнения и расширения знаний в области иммунных явлений, прижизненных морфологических изменений со стороны почек, нашедших отражение в соответствующей классификации ВОЗ, появились доказа-

тельства наличия неиммунных путей, способствующих прогрессированию ХГН: внутриклубочковая гипертензия с гиперфильтрацией, нефротоксичность гиперлипидемии (ГЛП) и самих плазменных белков, выводимых с мочой [13, 14, 19, 22, 24]. Результатом явился пересмотр тактики лечения гломерулопатий. Появились новые подходы терапевтических вмешательств при различных клиничко-морфологических вариантах ХГН [13, 20].

Разумеется, реализация ХГН может зависеть и от воздействия факторов внешней среды (климата, сезона года, образа жизни и режима питания), а также от конституциональных особенностей организма [29]. Недавно некоторые исследователи обнаружили определенные расовые и этнические различия в распространении, темпах прогрессирования нефропатий и в ответах больных на терапевтические вмешательства [26, 28]. Вопросы о такого рода особенностях среди представителей монголоидной расы, включающей и кыргызов, пока сколько-нибудь серьезно не изучены.

Ряд исследователей [11] показал, что факторы окружающей среды сказываются на иммунном статусе организма человека, что в значительной мере предопределяет развитие и течение того или иного заболевания. Отсюда понятна актуальность изучения модифицирующей роли климато-географических факторов, которые могут сказаться на клинических проявлениях и течении ХГН.

Цель исследования. Изучить клиничко-функциональные особенности проявления ХГН у этнических кыргызов в горных условиях.

Основные задачи исследования

1. Изучить встречаемость клинических форм ХГН у этнических кыргызов в горных условиях.

2. Описать клиничко-функциональные проявления ХГН у этнических кыргызов в горных условиях.

3. Оценить частоту морфологических форм ХГН у этнических кыргызов в горных условиях.

Материалы и методы исследования. Клиничко-функциональные показатели при ХГН исследовались у 625 кыргызов. Среди них 496 пациентов проживали в низкогорье (г. Бишкек, районы Чуйской долины, расположенные на высоте ниже 1500 м над уровнем моря). В условиях высокогорья (районы Кыргызской Республики с высотой 2400 м и выше) обследованы 129 больных. Возраст больных в среднем составлял соответственно $31,6 \pm 0,8$ и $30,4 \pm 0,9$ лет. Контрольную группу составили сопоставимые по полу и возрасту 79 здоровых людей: 52 кыргыза из низкогорья и 27 кыргызов, уроженцев высокогорья.

Использованные методы при проведении сравнительных комплексных клиничко-функциональных исследований не отличались от современных общепринятых подходов (табл. 1). Клинические типы ХГН мы оценивали согласно классификации И.Е. Тареевой [19]. У 150 больных диагноз ХГН получил подтверждение при **биопсии почки**. Пункционная биопсия почки выполнялась закрытым чрескожным методом после анализа урограммы по R.M. Kark et al. [25]. Биоптаты почек исследовались гистологически и электронно-микроскопически.

Таблица 1

Методы и объем исследований

Методы исследования	Кыргызы	
	НГ	ВГ
Суточная протеинурия	311	100
Проба Нечипоренко	234	59
Электрофорез белков сыворотки крови	405	102
Концентрация ХС сыворотки крови	250	69
Титры АСЛО сыворотки крови	206	57
Концентрация ЦИК в сыворотке крови	84	68
Концентрация иммуноглобулинов сыворотки крови (по Манчини).	160	97
Концентрация креатинина сыворотки (по Яффе)	436	125
Скорость клубочковой фильтрации (по Ребергу-Тарееву)	293	85
Концентрация электролитов сыворотки крови	230	81

Полученные нами результаты обработаны с помощью пакета программ Statistica, а достоверность различий между сравнимыми параметрами выяснялась с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение.

У одной трети горцев выявилась латентная форма ХГН, у каждого четвертого – нефротический или гипертонический типы патологии. Смешанный же вариант ХГН диагностирован у 1/6 части пациентов (табл. 2). В то же время среди кыргызов, проживающих в низкогорье, у трети был гипертонический, у каждого четвертого – нефротический или латентный и у 1/6 части – смешанный типы заболевания.

Интересным представляется факт меньшей встречаемости среди больных горцев гипертонического ХГН. М.М. Миррахимов еще в 1992 г. [8] сообщал о достоверно низкой распространенности гипертонической болезни среди горцев. Более того, было установлено, что адаптация к высокогорью способна нормализовать повышенное АД при мягкой и умеренной формах АГ [27]. Возможно, поэтому среди больных ХГН горцев реже регистрируется АГ, что, вероятнее всего, связана с модифицирующим эффектом экологических условий высокогорья.

Сравнение частоты клинических типов ХГН кыргызов, постоянно проживающих в условиях высокогорья и низкогорья

Клинические типы ХГН	ВГ		НГ	
	Абс.	%	Абс.	%
Нефротический	36	27,9	114	23,0
Смешанный	17	13,2	77	15,5
Гипертонический	30	23,2	162	32,7*
Латентный	46	35,7	143	28,8
Итого	129	100,0	496	100,0

Примечание: * – различия достоверны ($p < 0,05$)

Анализ встречаемости возможных этиологических факторов ХГН выявил, что в условиях высокогорья заболеванию чаще (24,2 – 47,2%) предшествовало переохлаждение (рис. 1). В то же время инфекция в целом провоцировала ХГН в два раза реже, чем в предгорье. Кроме того, следует подчеркнуть, что ее частота, как вероятная причина ХГН, у жителей высокогорья по сравнению с низкогорцами была все же меньше при наиболее распространенном латентном и тяжелом смешанном типах заболевания (16,2 и 11,8% против 26,6 и

15,5% соответственно). Лишь гипертонический ХГН в условиях высокогорья несколько чаще разыгрывался вслед за инфекцией (15,1% против 11,6% в предгорье).

Как у здоровых, так и у больных ХГН горцев количество гемоглобина и эритроцитов были несколько выше, чем у жителей предгорья (табл. 3). Известно, что у постоянных жителей умеренных высот (1650 – 2020 м) наблюдается легкая степень гипергемоглобинемии [7, 9]. Более того, тренировка горным климатом используется для лечения некоторых форм анемий [10].

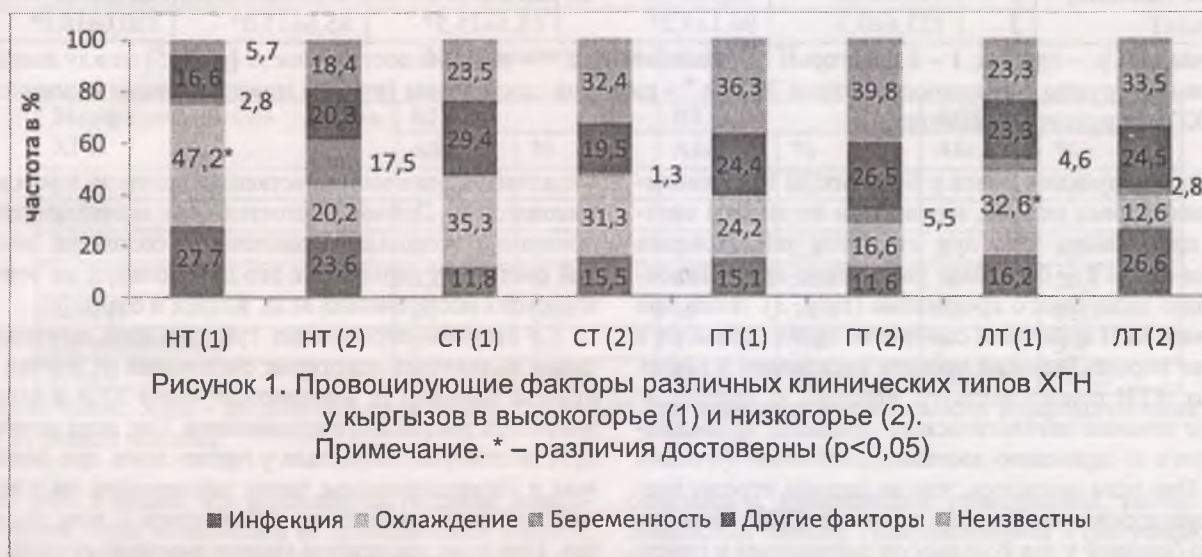


Рисунок 1. Провоцирующие факторы различных клинических типов ХГН у кыргызов в высокогорье (1) и низкогорье (2). Примечание. * – различия достоверны ($p < 0,05$)

■ Инфекция ■ Охлаждение ■ Беременность ■ Другие факторы ■ Неизвестны

При сравнении величин основных лабораторных признаков НС при ХГН (табл. 3) обнаружилась определенная особенность: несмотря на отсутствие существенной разницы в показателях суточной протеинурии, эритроцитурии, а в крови общего белка, альбуминов, α_2 - и γ -глобулинов, концентрация липидов у горцев была заметно ниже ($8,8 \pm 2,7$ ммоль/л против $10,1 \pm 3,23$ ммоль/л, $p < 0,02$). Поэтому у больных горцев концентрация сывороточного ХС в меньшей степени превышала контрольные значения. Схожие данные о низкой концентрации ХС у здоровых горцев приводит К.А. Айтбаев и соавт. [2]. Более того, в ряде исследований были показаны относительно меньшая частота встречаемости коронарной болезни сердца среди жителей высокогорья [4] и снижение в крови уровня атероген-

ных фракций липопротеидов при миграции людей в горные регионы [3]. Несколько позднее мы также получили обнадеживающие результаты у больных нефротической ГЛП при 28-дневной гипоксической тренировке с помощью барокамерной гипоксии [5]. Представленные сведения являются весьма важными, так как ГЛП признается одним из ведущих факторов прогрессирования ХГН [14]. Описано наличие зависимости тяжести ХГН смешанного типа в условиях проживания резко континентального климата Забайкалья. В данном регионе заболевание протекало с меньшей выраженностью основных симптомов [21], равно как нефротический ХГН – в условиях жаркого климата Таджикистана [23]. На севере России ХГН проявлялся достаточно тяжело [15].

Некоторые лабораторные показатели различных клинических типов ХГН у этнических кыргызов в зависимости от высоты постоянного местожительства

Показатели	Гр.	КГ	НТ	СТ	ГТ	ЛТ
Гемоглобин (г/л)	1нг	140,5±3,0	133,3±2,6	110,7±3,6*	117,7±3,0*	135,0±2,6
	2вг	147,3±3,4	138,8±3,9	121,2±7,5*	119,9±5,8*	143,2±5,1
Эритроциты 10 ¹² /л	1	4,6±0,08	4,4± 0,8	3,8± 0,1*	4,0±0,07*	4,5±0,04
	2	4,8± 0,09	4,57±0,1	3,9±0,2*	4,01±0,1*	4,6± 0,09
Протеинурия (г/сут.)	1	0,06±0,007	9,1±0,5*	6,1±0,4**	1,27±0,1*	1,1±0,1*
	2	0,07±0,01	8,9±0,9*	9,8±3,8**	1,3±0,1*	0,9±0,1*
Эритроциты в 1 мл мочи	1	81,7±19,1	3811,7±1082,3*	2858,9±919,3*	2215,0±694,8*	1813,7±361,4*
	2	185,2±45,4	2747,0±1271,4*	1118,7±919,3*	3908,1±12,2*	2021,1±768,1*
Общий белок сыв. (г/л)	1	75,6±1,4	50,9±1,08*	59,3±1,4*	73,7±1,1	75,1±0,9
	2	72,7±1,9	49,9± 1,6*	56,5±3,2*	70,9±2,1	72,5±1,4
Альбумины (отн. %)	1	55,7±0,8	30,7±1,3*	38,8±1,7*	49,3±0,7*	50,3±1,3*
	2	53,1±1,2	26,7±2,9*	32,8±3,5*	47,7±1,6*	49,4±1,5
α ₂ -глобулины (отн. %)	1	7,3±0,6	22,6±0,9*	16,0±1,7*	10,7±0,8*	11,0±1,8**
	2	8,1±0,3	24,0±1,7*	17,6±1,6*	9,6±4,6	10,1±0,5**
ХС (ммоль/л)	1	4,1±0,2	10,1±0,3**	6,6±0,4*	5,1±0,2*	5,0±0,2*
	2	3,9±0,2	8,8±0,4**	6,3±0,6	4,9±0,2*	4,7±0,6
Креатинин (мкмоль/л)	1	73,5±1,7	176,1±31,9*	446,6±64,0*	522,3±45,1*	78,4±3,5
	2	69,0±2,4	159,3±5,8*	306,0±167,1	410,3±89,7*	83,3±7,6
СКФ (мл/мин.)	1	116,8±3,9	96,8±5,1*	60,3±7,5*	57,6±6,7*	120,0±7,5
	2	123,6±9,3	96,1±9,2*	68,6±15,5*	65,6±15,0*	100,0±10,6*

Примечание: Гр. – группы, 1 – в предгорье, 2 – в высокогорье, * – наличие достоверности (p<0,05) между данными контрольной группы и клинических типов ХГН и ** – различия достоверны (p<0,05) между данными клинических типов ХГН на различных высотах

Изучение функции почек у больных ХГН с тяжелыми клиническими типами, независимо от высоты местности проживания, уже при исходном обследовании выявило почти 2 – 6-кратное увеличение средней концентрации эндогенного креатинина (табл. 3). Лишь при латентном ХГН креатинин сыворотки крови оставался в пределах нормы. Высокий уровень креатинина у наших больных ХГН свидетельствует, конечно, о прогрессирующем течении патологического процесса, приведшего в итоге к снижению азотовыделительной функции почек. При этом оказалось, что на данном отрезке времени существования болезни величина СКФ была несколько большей у тех больных со смешанным и гипертоническим типами ХГН, которые постоянно проживали в условиях высокогорья.

Исследование некоторых иммунологических показателей у больных с различными клиническими типами ХГН в зависимости от высоты проживания установило весьма низкие титры АСЛО у горцев, что регистрировалось практически при всех клинических типах ХГН, свидетельствуя, возможно, об относительно меньшем значении инфекции, в частности стрептококковой, в возникновении заболевания (табл. 4).

Концентрация ЦИК при изученных клинических типах заболевания превышала норму. Обнаружение более высоких значений анализируемого признака рассматривается как доказательство активного иммунопатологического процесса [22]. Только лишь у горцев с латентным типом заболевания уровень ЦИК практически не изменилась. Здесь уместно заметить, что при сравнении величин ЦИК у больных из различных высот обнару-

жена тенденция к менее явственным сдвигам в условиях высокогорья. Данное обстоятельство может оказаться признаком несколько подавленного состояния иммунной системы у горцев, как это предполагает на основании своих исследований М.И. Китаев и соавт. [6].

Со стороны переменных гуморального иммунитета также выявлялись некоторые отклонения от нормы, что отчасти зависело от клинических форм ХГН и высоты местности постоянного проживания. Так, если величина Ig A достоверно возрастала у горцев лишь при смешанном и гипертоническом типах заболевания, то у жителей низкогогорья подобное наблюдалось у всех пациентов. При этом увеличение уровня иммуноглобулина А у больных горцев оказалось особенно заметным при гипертоническом ХГН. В то же время количество иммуноглобулина М было существенно высоким у горцев при нефротическом и смешанном типах заболевания, а у жителей низкогогорья – лишь при ХГН с НС. Кроме того, наблюдался определенный дефицит Ig М в условиях низкогогорья при гипертоническом и латентном ХГН. Интерес вызывает существенно низкий уровень Ig G у всех горцев, тогда как в низкогогорье, наоборот, отмечалось его возрастание у больных смешанным и латентным ХГН. В отличие от наших наблюдений, А.А. Абакиров и соавт. [1], изучая показатели гуморального иммунитета у больных сахарным диабетом, отметили в высокогорье дефицит всех иммуноглобулинов. Различия в приведенных результатах, вероятно, обусловлено особенностями исследованной патологии и фазовых сдвигов в иммунном ответе при изученных заболеваниях.

Некоторые показатели гуморального иммунитета у кыргызов больных ХГН в горных условиях

Показатели	Гр.	КГ	НГ	СТ	ГТ	ЛГ
АСЛО, МЕ/мл	1	256,7±25,7	164,4±15,9*	235,0±33,1	153,5±21,4*	245,5±35,4
	2	202,9±32,3	204,7±22,0*	176,5±32,9	177,4±21,8	249,7±18,2
ЦИК (ед. опт. пл.)	1	273,3±14,6	701,8±95,1*	801,8±65,1*	309,1±95,1*	280,0±27,4
	2	312,5±62,5	823,6±137,8*	986,6±102,9	391,7±46,5*	370,4±38,1
IgA (г/л)	1	0,18±0,01	0,18±0,02	0,27±0,03*	0,35±0,05*	0,16±0,02
	2	0,15±0,01	0,23±0,02*	0,2±0,02*	0,25±0,05**	0,3±0,03*
IgM (г/л)	1	0,1±0,01	0,14±0,01**	0,17±0,03*	0,12±0,01	0,1±0,02
	2	0,13±0,01	0,18±0,02*	0,13±0,01	0,11±0,03**	0,11±0,01*
IgG (г/л)	1	1,5±0,06	0,7±0,1*	0,7±0,1**	1,2±0,07*	0,9±0,2*
	2	1,0±0,1	0,9±0,08	1,1±0,1**	0,9±0,2*	1,3±0,2*

Примечание: Гр. – группы, 1 – горцы, 2 – жители низкогогорья, * – значимые различия ($p < 0,05$) между данными у контрольной группы и клинических типов ХГН и ** – достоверность различий ($p < 0,05$) между данными, полученными у жителей разных высот при сравнении сходных клинических форм заболевания

Полученные данные свидетельствуют, что на развитие и клинические проявления ХГН определенное влияние могут оказывать климато-географические условия постоянного местожительства.

Диагноз ХГН посредством прижизненной иголовой биопсии почки подтвержден у 150 больных, причем 62

из них – жители высокогорья и 88 – низкогогорья. Результаты морфологической характеристики прижизненных биоптатов почек наших больных ХГН представлены в табл. 5.

Таблица 5

Морфологические формы ХГН

Морфологическая форма ХГН	ВГ		НГ		ВСЕГО	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
МГН	10	16,1	4	4,5*	14	9,3
БМИ	0	0	5	5,7	5	3,3
ФСГ	0	0	2	2,3	2	1,3
МПГН	32	51,6	44	50,0	76	50,7
МКГН	18	29,0	30	34,1	48	32,2
Не установлена	2	3,3	3	3,4	5	3,4
Итого	62	100,0	88	100,0	150	100,0

Примечание: Абс. – абсолютное количество, * – $p < 0,05$ при сравнении встречаемости морфологических форм ХГН на разных высотах

Из табл. 5 видно, что наиболее часто среди морфологических форм заболевания на сравниваемых высотах выявлялся МПГН (51,6 и 50,0% соответственно). Среди больных из высокогорья чаще встречался МГН (16,1% против 4,5% в низкогорье, $p < 0,05$), причем среди них мы не нашли БМИ и ФСГ. Представленные данные с определенной степенью вероятности свидетельствуют, что высота местности проживания сказывается на распространенности морфологических форм ХГН.

Выводы

1. Установлено, что клинико-функциональные показатели ХГН зависят от особенностей географической среды обитания, что отражается на частоте встречаемости предрасполагающих их факторов и клинико-лабораторных проявлениях болезни.

2. В низкогорье у этнических кыргызов заболеванию в основном предшествуют острые инфекции и охлаждение, дебютируя с артериальной гипертензией и несколько большей выраженностью анемизации и гиперлипидемии. В высокогорье ХГН у этнических кыргызов чаще развивается вслед за переохлаждением, характеризуется в основном мочевым синдромом, редко

сочетаясь с артериальной гипертензией, малой выраженностью анемии, гиперлипидемии и иммунных сдвигов.

3. Морфологические проявления ХГН в условиях высокогорья и низкогогорья характеризуются наиболее часто мезангио-пролиферативным ГН (в половине случаев), мезангио-капиллярным ГН (у одной трети) и весьма редко ГН с минимальными изменениями и фокальным гломерулосклерозом. У горцев чаще выявляется мембранозный ГН (16,1% против 4,5% в низкогорье, $p < 0,05$).

ЛИТЕРАТУРА

- Абакиров А.А., Каложный И.Т., Абакиров Айд. А., Каложный С.И. Некоторые особенности распространения и течения сахарного диабета в разных горно-климатических условиях // Сахарный диабет в горно-климатических условиях. – Бишкек, 1999. – С. 25 – 56.
- Айтбаев К.А. Уровень холестерина липопротеидов высокой плотности и других липидов крови у коренных жителей высокогорья Киргизии // Вопросы мед. химии. – 1985. – № 1. – С. 58 – 61.

3. Айтбаев К.А., Мадаминов Я.К., Мейманалиев Т.С. и соавт. Исследование влияния миграции в горные регионы на систему липопротеидов крови // Косм. биол. и авиакосм. мед. – 1990. – № 6. – С. 45 – 46.
4. Айтбаев К.А., Мейманалиев Т.С. Распространенность атерогенных дислипидемий среди горцев // Кардиология. – 1992. – № 1. – С. 9 – 11.
5. Калиев Р.Р., Сыдыкова А.Т. Влияние экзогенной гипоксии, ловастатина и их комбинированного применения на нефротическую гиперлипидемию // III съезд кардиол. Кыргызской Республики, междунар. симп. по горной мед. 6 – 8 июня 2001 г. – Центрально-Азиатский мед. журнал – 2001. – Т. VII. – Приложение. – С. 122.
6. Китаев М.И., Собуров К.А., Гончаров А.Г. Имунный гомеостаз у постоянных жителей горных регионов // Физиология человека. – 1998. – Т. 24. – № 3. – С. 1 – 3.
7. Миррахимов М.М. О картине периферической крови в условиях высокогорья Тянь-Шаня и Памира. – Фрунзе, 1964. – С. 128.
8. Миррахимов М.М. Лечение гипертонической болезни адаптацией к высотной гипоксии // Кардиология. – 1992. – Т. 32. – № 7 – 8. – С. 5 – 10.
9. Миррахимов М.М., Раимжанов А.Р. Динамика изменений красной крови в процессе высокогорной адаптации и опыт горно-климатического лечения некоторых заболеваний системы крови // Молекулярные аспекты адаптации к гипоксии. – Киев: Наукова думка, 1979. – С. 181 – 204.
10. Миррахимов М.М., Барташук Е.И., Джайлобаев А.Д. и соавт. Опыт лечения анемий пребыванием в условиях высокогорья // Сб. науч. тр. КГМИ. – 1969. – Фрунзе. – т. 60. – С. 78 – 80.
11. Миррахимов М.М., Китаев М.И., Тохтабаев А.Г. Иммунокомпетентная система человека при адаптации к высокогорной гипоксии // Физиол. человека. – 1987. – Т. 13. – № 2. – С. 265 – 269.
12. Мухин Н.А. Хронические прогрессирующие заболевания почек и современная нефропротективная стратегия – обоснование, возможности и перспективы // Успехи нефрологии / Под ред. Н.А. Мухина, С.В. Грачева, Л.В. Козловской и др. – М.: «Русский врач», 2001. – С. 66 – 80.
13. Мухин Н.А., Козловская Л.В., Кутырина И.М. и соавт. Протеинурическое ремоделирование тубулоинтерстиция – мишень нефропротективной терапии при хронических заболеваниях почек // Тер. арх. – 2002. – Т. 74. – № 6. – С. 5 – 11.
14. Неверов Н.И. Роль липидов в прогрессировании нефропатий: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук: 14. 00. 05. – М., 1994. – 35с.
15. Рябов С.И. Болезни почек. – М.: Медицина, 1982. – 430 с.
16. Серов В.В. Гломерулонефрит: прошлое, настоящее, будущее // Успехи нефрологии / Под ред. Н.А. Мухина, С.В. Грачева, Л.В. Козловской и др. – М.: Издательский дом «Русский врач», 2001. – С. 140 – 144.
17. Тареев Е.М. Гломерулонефриты // Клиническая нефрология / Под ред. Е.М. Тареева. – М.: Медицина, 1983. – Т. 2. – С. 5 – 99.
18. Тареева И.Е. Механизмы прогрессирования гломерулонефрита // Тер. арх. – 1996. – Т. 68. – № 6. – С. 5 – 10.
19. Тареева И.Е. Клинические особенности отдельных морфологических форм гломерулонефрита // Нефрология. Руководство для врачей / Под ред. И.Е. Тареевой. – М.: Медицина, 2000. – С. 239 – 245.
20. Тареева И.Е., Шилов Е.М., Краснова Т.Н. Лечение гломерулонефритов. – М.: Novartis, 2000. – 66 с.
21. Шейпак Л.Н., Бойчак М.И., Лубенец К.А. Особенности развития и течения гломерулонефритов в условиях резко континентального климата // II съезд тер. Киргизии / Тез. докл. – Фрунзе, 1988. – С. 194.
22. Шилов Е.М., Тареева И.Е., Козловская Л.В. Гломерулонефриты // Нефрология. Учебное пособие для послеузовского образования / Под ред. Шилова Е.М.. – М.: «ГЕОТАР-Медиа», 2007 – С. 194 – 248.
23. Шокиров Ю.А. Клинические аспекты нефротического синдрома: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук: 14. 00. 05. – М., 2000. – 41 с.
24. 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 on aging, renal ablation and intrinsic renal disease // N. Engl. J. Med. – 1982. – Vol. 307. – p. 652 – 659.
25. Kark R.M., Pirani C.L., Pollak V.R. et al. The nephrotic syndrome in adults: a common disorder with many cases // Ann. Intern. Med. – 1958. – Vol. 49. – p. 751 – 756.
26. Zhang Q. L., Rothenbacher D. Prevalence of chronic kidney disease in population-based studies: systematic review // BMC Public Health – 2008. – Vol. 11. – p. 108-117.
27. Mirrakhimov M.M., Djumaglova A.S., Romanova T.A. Effect of high-altitude hypoxia in patients with mild hypertension // Abstract book of the 16-th Scientific Meeting of the International Society of Hypertension. – Glasgow, UK, 23-27 June, 1996. – p. 367.
28. Xu R., Zhang L.X., Zhang P. et al. Comparison of prevalence of chronic kidney disease among different ethnicities: Beijing CKD survey and American NHANES // Nephrol. Dial. Transplant. – 2009. – Vol. 24. – p. 1220 – 1226.
29. Н.А. Мухин Снижение скорости клубочковой фильтрации - общепопуляционный маркер неблагоприятного прогноза // Тер. Арх. – 2007. – т. 79. – 6. – С. 5 – 10.

КУРОРТНЫЕ И ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Калюжная О.А., Алымкулов Д.А., Саралинова Г.М.

Кыргызско-Российский Славянский Университет, Бишкек, Кыргызстан

Резюме. Изучено сочтанное действие гальваногрязелечения и питья минеральной воды на течение язвенной болезни желудка. Выявлена положительная динамика клинико-функциональных показателей (жалоб, эндоскопической картины, кислотности желудка и др.). Установлена хорошая переносимость данного метода лечения. Эффективность курса гальваногрязелечения с питьем минеральной воды при язвенной болезни желудка у большинства больных сохраняется в течение 6 месяцев после лечения.

Ключевые слова: язва желудка, гальваногрязелечение, бальнеотерапия.

АШКАЗАНДЫН КАКАНАК ООРУСУНУН КУРОРТТУК ФАКТОРЛОР МЕНЕН ДАРЫЛОО

Калюжная О.А., Алымкулов Д.А., Саралинова Г.М.

Кыргыз-Орус Славян Университети, Бишкек, Кыргызстан

Корутунду. Гальванабаткак жана минералдуу суу менен дарылоодо ашказандын каканак оорусунун өтүшү изилденген. Клиникалык жана функционалдык өзгөрүүлөрүнүн оң динамикасы көрсөтүлгөн. Оорулар жогоруудагы дарылоо ыкмаларын жакшы көтөрүшкөн. Ыкмалардын дарылоо курсунун эффективтүүлүгү алты айга чейин созулган.

Негизги сөздөр: ашказандын каканак оорусунун, гальванабаткак, минералдуу суу.

RESORTS AND PHYSICAL FACTORS IN THE TREATMENT OF STOMACH PEPTIC ULCER

Kaluzhnaya O.A., Alymkulov D.A., Saralinova G.M.

Kyrgyz-Russian Slavic University, Bishkek, Kyrgyzstan

Summery. Combined action galvano-mud and balneotherapy on the course of stomach peptic ulcer is studied. Clinical – methods of examination of patient including galvano-mud, gastric juice acidity positive dynamic determination were assessed. Good endurance of suggested method of treatment by patients is established. The effeteness of galvano-mud and balneotherapy of stomach peptic ulcer in main tained for 6 mounds after treatment in the patients .

Key words: ulcer of stomach , galvano-mud, balneotherapy.

В спектре проблем современной гастроэнтерологии язвенная болезнь желудка, наиболее часто поражающая лиц молодого, трудоспособного возраста, занимает одно из ведущих мест [4,7,10,12]. По данным мировой статистики, 6-10% взрослого населения планеты страдают ЯБЖ и ДПК [8]. Эпидемиологические данные, полученные в различных странах мира, свидетельствуют, что 100% язв двенадцатиперстной кишки и более 80% язв желудка связаны с персистенцией *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) [3,9,7]. Медикаментозная терапия при ЯБЖ и ДПК направлена на эрадикацию Н.Р. и снижение кислотности желудочного сока [2,5,6,11]. Однако, следует отметить, что медикаментозная терапия не дает надежного противорецидивного эффекта, часто сопровождается нежелательными побочными реакциями, и к тому же является весьма доро-

гостоящей. Эффективное лечение ЯБЖ и ДПК должно быть комплексным с одновременным воздействием на разные звенья патогенеза. Рациональное, использование физио- и бальнеотерапии, с учетом индивидуальных особенностей организма и характера течения заболевания, при необходимости в сочетании с медикаментозной терапией, позволяет решать эффективно и в короткие сроки сложную задачу по комплексному восстановлению здоровья пациентов с ЯБЖ. Одним из ключевых факторов успеха в лечении ЯБЖ в Кыргызстане, является возможность применения естественных природных факторов: минеральной воды и грязи [1].

Целью нашей работы явилось клинико-функциональное обоснование применения гальваногрязелечения с питьем минеральной воды у больных с язвенной болезнью.

Материал и методы исследования. Обследовано 28 больных с диагнозом язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в фазе ремиссии или неполной ремиссии. Возрастной состав обследуемых: до 25 лет- 8 (28,6%), 26-35 лет-7 (25,0%), 31- 45 лет- 4 (14,3%), 46-55 лет- 9 (32,1%), из них мужчин-16 (57,1%), женщин-12 (42,8%). Давность заболевания: до 3 лет-6 (21,4%), 3-6 лет-10 (33,7%), 6-10 лет-5 (17,8%), более 10 лет- 7 (25,0%). Фаза затухающего обострения или неполной ремиссии была диагностирована у 9 (32,0%) больных и ремиссии у 19(67,8%) больного. Сопутствующая патология (хронический холецистит, хронический гепатит, хронический панкреатит) выявлены у 78,6 % больных.

Наряду с общеклиническим обследованием, включавшим жалобы, данные анамнеза и объективного осмотра, всем больным в динамике проводилось эзофагогастродуоденоскопическое исследование (ЭГДС), определение хеликобактер и кислотной продукции желудка. Эндоскопия проводилась с помощью аппаратов ГИФ-Р20 и ГИФ-Р30 (панэндоскопом), которая позволяла последовательно в течение одной процедуры осмотреть пищевод, желудок и двенадцатиперстную кишку. Диагностика *Helicobacter pylori* проводилась с использованием полуколичественной тест-системы «ХЕЛЛИК» (Россия). Специфичность уреазного теста достигает - 100%, чувствительность - 96%. Норма присутствия НР от 2 до 5 единиц. Кислотопродуцирующую функцию желудка и двенадцатиперстной кишки изучали с помощью интрагастральной рН-метрии на аппарате "Гастроскан-24" ("Исток-Система", Россия). Для наиболее полного изучения динамики клинических проявлений были специально разработаны индивидуальные карты обследуемых с базальной оценкой каждого симптома: 0 - отлично (отсутствие данного симптома), 1 - хорошо (незначительная выраженность), 2 - удовлетворительно (умеренная выраженность), 3 - плохо (выраженные проявления). Все исследования фиксировались в динамике 4-хкратно: до лечения, сразу после, через 3 месяца, через 6 месяцев после курса лечения. Полученный материал подвергался автоматизированной статической обработке с использованием прикладной программы Microsoft Excel с определением критерия достоверности Фишера-Стьюдента. Различия между двумя средними величинами считались достоверными при значении $P < 0,05$.

Лечебный комплекс: питье теплой маломинерализованной, слабощелочной воды. Гальваногрязевые процедуры отпускались от аппарата «Поток-1», на область желудка поперечно, продолжительность 1 процедуры 20 минут, на курс 10 процедур, каждый день.

Результаты и их обсуждение. До лечения у всех больных включенных в исследование, были выявлены различные клинические проявления ЯБЖ и ДПК, среди которых на первом месте была боль. У большинства 16 человек (57,1 %) больных боль локализовалась в эпигастральной области, у 10 (35,7 %) в левом подреберье и у 2 (7,1 %) в правом. (У 2/ 3 пациентов боль была умеренной, причем в 10% случаев - незначительной, исчезала после приема пищи и не требовала дополнительного приема медикаментов). У 1/3 пациентов боль была выраженной и купировалась только после применения

медикаментозной терапии. Следующим не менее важным проявлением заболевания считается диспептический синдром, который встречался у 25 человек (89,3%), а астеновегетативный синдром у 23 (82,1%).

На исходной ЭГДС у больных обнаружена картина язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, гастрита. Язвенный дефект слизистой оболочки луковицы двенадцатиперстной кишки диаметром 0,2 - 0,7 см. определялся у 8 (28,6%) больных, язва диаметром более 0,8 мм - у 4 (14,3%) человек, рубцовые изменения отмечались у 8 (28,6%) человек, у 5 (17,8%) наблюдались явления гипертрофического или поверхностного гастрита, гастродуоденита. У 3 (10,7%) больных выявлены эрозии слизистой оболочки желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки.

При первичном проведении Хелик теста активное присутствие НР-инфекции было выявлено у 8 (28,6%) больных(22-15у.е), у 11 (39,3%) среднее(15-8у.е), у 5 (17,8%) умеренное (9-5у.е), при норме 2-5у.е. Изучение РН показало, что у больных кислотная продукция в 17 (60,7 %) случаев была повышенной, у 9 (32,1%) - сохраненной и только у 2 (7,1%) - умеренно сниженной.

Все наблюдаемые хорошо переносили гальваногрязелечение. Во время процедуры больные ощущали легкое покалывание, приятное тепло в области воздействия. Побочных реакций при проведении процедур выявлено не было. Большинство 20 (71,4%) наблюдаемых уже после 2-3 процедур отмечали нормализацию общего самочувствия: исчезновение болевых явлений, диспепсических симптомов, уменьшение или полное отсутствие утомляемости, улучшение сна и аппетита. Динамика клинических симптомов, представленная в таблице 1, свидетельствует о благоприятном влиянии курса гальваногрязелечения на клиническое течение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Как видно из таблицы достоверно уменьшалась выраженность практически всех предъявляемых жалоб на всех этапах исследования. Положительная динамика субъективного состояния сохранялась и через 3 и через 6 месяцев после лечения, что подтверждалось значительным уменьшением количества жалоб, улучшением аппетита, нормализацией сна, повышением работоспособности. Однако у небольшой части больных через 6 месяцев возобновились боли в эпигастрии, что диктует необходимость повторного лечения через пол года. Выявленная положительная динамика клинических симптомов подтверждалась данными повторной ЭГДС: заживление язвы отмечалось у 8 (28,6%) из 12 (42,8%) больных. У 4 (14,3%) больных рубцевания язвы не произошло, но несколько уменьшился ее диаметр. Это были больные с исходной язвой размером более 0,8 мм. Эрозии слизистой оболочки гастродуоденальной зоны после лечения исчезли у всех больных. У 3 (10,7%) больных улучшилась гастроскопическая картина слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, что проявлялось уменьшением гиперемии и отечности. При повторном определении обсемененности слизистой оболочки желудка микроорганизмами НР, с помощью Хелик теста, после курса гальваногрязелечения, мы выявили значительное снижение НР в слизистой оболочке желудка.

После проведения курса лечения отмечалась норма-

низация секреторной функции желудка. Так при определении рН, повышенная кислотная продукция до гальваногрязелечения в сочетании с минеральной водой определялась у 60,7% больных, после лечения у 25,0%, сниженная кислотная продукция до лечения была у

7,1%, после у 3,6%, нормализация кислотности произошла у 39,3%. Что связано с нормализующим влиянием минеральной воды и физиолечения на слизистую оболочку желудка.

Таблица 1

Динамика клинических показателей у больных с ЯБЖ и ДПК

Симптомы	До лечения (n=28)	Сразу после (n=28)	Через 3 мес. (n=21)	Через 6 мес. (n=16)
Боль в эпигастрии P	1,48±0,09	0,36±0,03 P<0,001	0,33±0,03 P<0,001	1,13±0,08 P<0,01
Отрыжка P	1,08±0,09	0,48±0,06 P<0,001	0,47±0,07 P<0,001	0,67±0,08 P<0,01
Изжога P	1,52±0,09	0,52±0,09 P<0,001	0,73±0,07 P<0,001	0,80±0,08 P<0,001
Тошнота P	0,84±0,06	0,20±0,03 P<0,001	0,20±0,03 P<0,001	0,53±0,04 P<0,001
Изменение аппетита P	1,28±0,09	0,32±0,06 P<0,001	0,33±0,07 P<0,001	0,87±0,08 P<0,01
Неприятный вкус во рту P	1,20±0,09	0,36±0,06 P<0,001	0,40±0,07 P<0,001	0,73±0,08 P<0,001
Метеоризм P	1,16±0,09	0,40±0,09 P<0,001	0,33±0,07 P<0,001	0,67±0,08 P<0,001
Урчание P	1,20±0,09	0,80±0,06 P<0,001	0,67±0,07 P<0,001	0,93±0,08
Нарушение стула P	0,88±0,09	0,24±0,09 P<0,001	0,33±0,10 P<0,001	0,60±0,04 P<0,05
Неустойчивость настроения P	1,88±0,09	1,00±0,09 P<0,001	0,87±0,07 P<0,001	1,47±0,039 P<0,001

Примечание* P – сдвиги достоверности между показателями у больных до лечения и после лечения. Различия между двумя средними величинами считались достоверными при значении P<0,05.

Таким образом, при применении гальваногрязелечения с питьем минеральной воды отмечается значительное улучшение клинико-функционального состояния больных с язвенной болезнью желудка. Предложенная методика хорошо переносится больными и может с успехом применяться дважды в год для лечения и реабилитации больных с данной патологией в лечебно-профилактических учреждениях, где имеются грязелечебницы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алымкулов Д.А. Горнорекреационные ресурсы Кыргызстана и использование их в курортно-оздоровительных учреждениях. - Бишкек., 2002.-203 с.
2. Аруин Л.И., Григорьев П.Я., Исаков В.А., Яковенко Э.Л. Хронический гастрит. – Амстердам, 1993.
3. Бурков С.Г., Бурдина Е.Г. Инфекция Hp с позиции практического врача. Клин. перспект. гастроэнтерол., гепатол. 2003; 5: 16-20.
4. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. Краткое формулярное руководство по гастроэнтерологии и гепатологии. М.; 2003. 70-71.
5. Дворкин М.И., Дворкин И.М.// Центрально-

Азиатский Медицинский журнал 2008; XIV(2): 145-149.

6. Златкина А.Р. Фармакотерапия хронических болезней органов пищеварения: Руководство для врачей. – М., 1998.

7. Ивашкин В.Т., Мегро Ф., Лапина Т.Л. Helicobacter pylori: революция в гастроэнтерологии. – М.: Триада-Х, 1999. – С. 255.

8. Ивашкин В.Т., Комаров Ф.И. Состояние и перспективы развития гастроэнтерологии. Тер. Арх. 2002.- № 2:-С. 5-8.

9. Терещенко С.Г., Рогаткин Д.А., Лукина Е.М. // Физиотерапия, Бальнеология и Реабилитация. – 2007.- №5. – С. 16-18.

10. Филимонов Р.М. Гастродуоденальная патология и проблемы восстановительного лечения.-М.: Медицина, 2005.- 392 с.

11. Allen L.A., Schlesinger L.S., Kang B. Virulent strains of Hp demonstrate delayed phagocytosis and stimulate homotypic phagosome fusion in macrophages. J. Exp. Med. 2000; 68 (6): 3448-3454.

12. Dockray G.J. Gastrin. Best Pract. Res. Clin. Endocrinol. Metab. 2004; 18: 555-568.

ПРИГОТОВЛЕНИЕ РАСТВОРА БРИЛЛИАНТОВОГО ЗЕЛЕННОГО И РАСТВОРА КИСЛОТЫ САЛИЦИЛОВОЙ В СПИРТАХ РАЗЛИЧНОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИХ БИОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

Кияшев М.Д., Батыралиева А.К., Ахметова С.Б., Кияшев Д.К.

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы,

АО «Научно-производственный центр «Фиохимия», г. Караганда, Казахстан

Резюме. Получены в различных концентрациях этилового спирта 1% раствор бриллиантового зеленого и 1% раствор кислоты салициловой в 6 образцах и определены их противомикробные активности.

Түйін. Этил спиртінін әр түрлі концентрациясында 1% бриллиант жасылдың және 1% салицил қышқылының ерітінділері 6 үлгіден алынды және олардың микробқа қарсы белсенділігі анықталды.

Summary. Six samples of the 1% spirituous solution of the brilliant green and 1% spirituous solution of the salicylic acid in the different concentrated ethanol is prepared and their antimicrobial activity is determined.

Среди различных направлений современной клинической хирургии вопросы местного лечения гнойных ран занимают особое место. За рубежом и в нашей стране интенсивно ведется исследование и разработка новых лекарственных препаратов. Многие противомикробные препараты позволяют вылечивать практически все заболевания, вызываемые бактериями [1]. При возникновении резистентности у бактерий к лекарственным препаратам, используют сочетания двух или нескольких лекарственных средств с различными механизмами действия. Одновременное действие в одном направлении двух или нескольких веществ, обеспечивающих эффект приближающийся к сумме их влияний называют синергизмом. При этом применяемые вещества могут действовать на одни и те же (синергизм прямой) или на разные элементы (синергизм косвенный). В связи с вышесказанным мы использовали вещества, действующие в одном направлении с различными механизмами действия на разные элементы, то есть, вещества оказывающие косвенный синергизм.

Создание таких композиционных препаратов дает возможность обеспечить практическую медицину активными и дешевыми терапевтическими средствами, позволит проводить одновременную терапию нескольких заболеваний, расширить спектр их применения и уменьшить дозировку лекарственных средств. В связи с этим, авторами [2] приготовлен на основании бриллиантового зеленого и кислоты салициловой спиртовой

раствор композиционного препарата под условным названием «Брисал». Кроме того, в целях сравнения биологической активности с препаратом «Брисал» из содержащих ингредиентов данного препарата приготовлен 1% раствор бриллиантового зеленого в 6 образцах в этиловом спирте различных концентраций (40%, 50%, 60%, 70%, 80%, 90%). Аналогично приготовлен 1% раствор кислоты салициловой в 6 образцах в тех же условиях [3].

Лабораторные испытания на противомикробную активность препаратов бриллиантового зеленого и кислоты салициловой проводились нами в соответствии с существующими методами по изучению обеззараживающей активности дезинфектантов (Методы испытания дезинфекционных средств для оценки их безопасности и эффективности. Москва, 1998 г.; Методы бактериологического контроля антимикробной активности дезинфицирующих и антисептических средств. Астана, 2006 г.) в качестве тест-штаммов использовались микроорганизмы, рекомендуемые для таких исследований: штаммы грамположительных бактерий *Bacillus Subtilis*, *Staphilococcus aureus*, штаммы грамотрицательных *Escherichia coli* и дрожжевые грибы *Candida albicans* методом диффузии в агар (лунок) [4].

Результаты исследований антимикробной активности образцов раствора бриллиантового зеленого (1-6) и раствора кислоты салициловой (1-6) в табл. 1 и графике 1 и 2.

ПРИГОТОВЛЕНИЕ РАСТВОРА БРИЛЛИАНТОВОГО ЗЕЛЕННОГО И РАСТВОРА КИСЛОТЫ САЛИЦИЛОВОЙ В СПИРТАХ РАЗЛИЧНОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИХ БИОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

Таблица 1

Сравнительный анализ антимикробной активности 1% раствора бриллиантового зеленого в различных концентрациях этилового спирта (1-6)

№ п/п	Штаммы	1% раствор бриллиантового зеленого					
		1-обр. 40%-спирт.	2-обр. 50%-спирт.	3-обр. 60%-спирт.	4-обр. 70%-спирт.	5-обр. 80%-спирт.	6-обр. 90%-спирт.
1	<i>S. aureus</i>	14±0,1	14±0,1	15±0,1	16±0,1	15±0,1	15±0,1
2	<i>Bacillus Subtilis</i>	14±0,1	14±0,1	14±0,1	15±0,1	16±0,1	14±0,1
3	<i>Escherichia coli</i>	13±0,2	12±0,2	12±0,2	12±0,2	12±0,2	12±0,2
4	<i>Candida albicans</i>	14±0,2	14±0,2	14±0,2	14±0,2	11±0,2	11±0,2

Таблица 2

Сравнительный анализ антимикробной активности 1% раствора кислоты салициловой в различных концентрациях этилового спирта (1-6)

№ п/п	Штаммы	1% раствор кислоты салициловой					
		1-обр. 40%-спирт.	2-обр. 50%-спирт.	3-обр. 60%-спирт.	4-обр. 70%-спирт.	5-обр. 80%-спирт.	6-обр. 90%-спирт.
1	<i>S. aureus</i>	13±0,2	13±0,2	13±0,2	13±0,2	13±0,3	13±0,2
2	<i>Bacillus Subtilis</i>	13±0,3	13±0,3	13±0,3	13±0,3	13±0,3	13±0,3
3	<i>Escherichia coli</i>	12±0,2	12±0,2	12±0,2	12±0,2	12±0,2	12±0,2
4	<i>Candida albicans</i>	11±0,2	11±0,2	11±0,2	11±0,2	11±0,2	11±0,2

...ть, обеспечи-
...ме их влияний
...меняемые веще-
... (синергизм пря-
...м косвенный). В
...вали вещества,
...зличными меха-
...го есть, веществ-
...репаратов дает
...медицину ак-
...и средствами,
...апию несколь-
...применения и
...едств. В связи
...овании брилли-
...вой спиртовой

ты салициловой проводились нами в соответствии с существующими методами по изучению обеззараживающей активности дезинфектантов (Методы испытания дезинфекционных средств для оценки их безопасности и эффективности. Москва, 1998 г.; Методы бактериологического контроля антимикробной активности дезинфицирующих и антисептических средств. Астана, 2006 г.) в качестве тест-штаммов использовались микроорганизмы, рекомендуемые для таких исследований: штаммы грамположительных бактерий *Bacillus Subtilis*, *Staphylococcus aureus*, штаммы грамотрицательных *Escherichia coli* и дрожжевые грибы *Candida albicans* методом диффузии в агар (лунок) [4].

Результаты исследований антимикробной активности образцов раствора бриллиантового зеленого (1-5) и раствора кислоты салициловой (1-6) в табл. 1 и графиках 1 и 2.

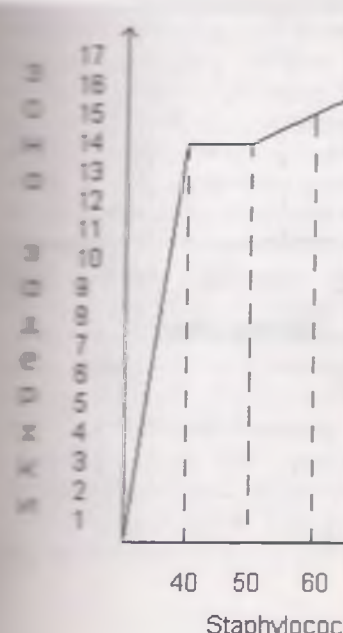


Таблица 1

Сравнительный анализ антимикробной активности 1% раствора бриллиантового зеленого в различных концентрациях этилового спирта (1-6)

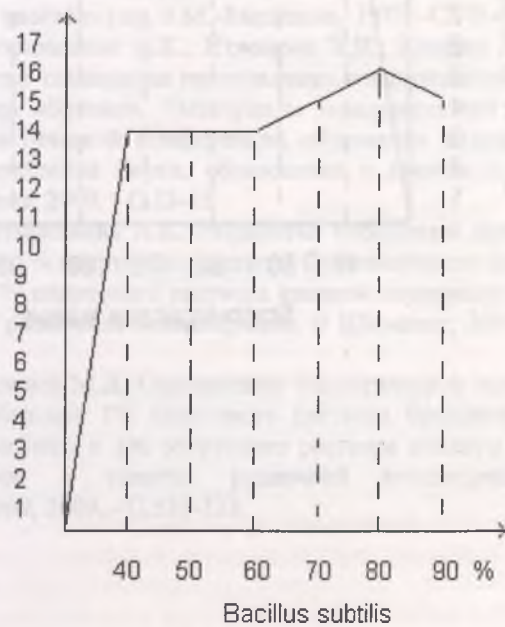
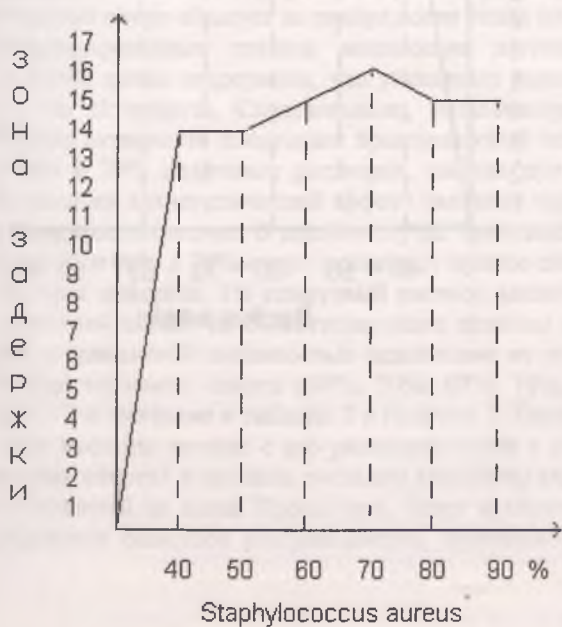
№ п/п	Штаммы	1% раствор бриллиантового зеленого					
		1-обр.	2-обр.	3-обр.	4-обр.	5-обр.	6-обр.
		40%-спирт.	50%-спирт.	60%-спирт.	70%-спирт.	80%-спирт.	90%-спирт.
1	S. aureus	14±0,1	14±0,1	15±0,1	16±0,1	15±0,1	15±0,1
2	Bacillus Subtilis	14±0,1	14±0,1	14±0,1	15±0,1	16±0,1	14±0,1
3	Escherichia coli	13±0,2	12±0,2	12±0,2	12±0,2	12±0,2	12±0,2
4	Candida albicans	14±0,2	14±0,2	14±0,2	14±0,2	11±0,2	11±0,2

Таблица 2

Сравнительный анализ антимикробной активности 1% раствора кислоты салициловой в различных концентрациях этилового спирта (1-6)

№ п/п	Штаммы	1% раствор кислоты салициловой					
		1-обр.	2-обр.	3-обр.	4-обр.	5-обр.	6-обр.
		40%-спирт.	50%-спирт.	60%-спирт.	70%-спирт.	80%-спирт.	90%-спирт.
1	S. aureus	13±0,2	13±0,2	13±0,2	13±0,2	13±0,3	13±0,2
2	Bacillus Subtilis	13±0,3	13±0,3	13±0,3	13±0,3	13±0,3	13±0,3
3	Escherichia coli	12±0,2	12±0,2	12±0,2	12±0,2	12±0,2	12±0,2
4	Candida albicans	11±0,2	11±0,2	11±0,2	11±0,2	11±0,2	11±0,2

График 1. Действие 1% спиртового раствора бриллиантового зеленого в различных концентрациях этилового спирта (1-6)



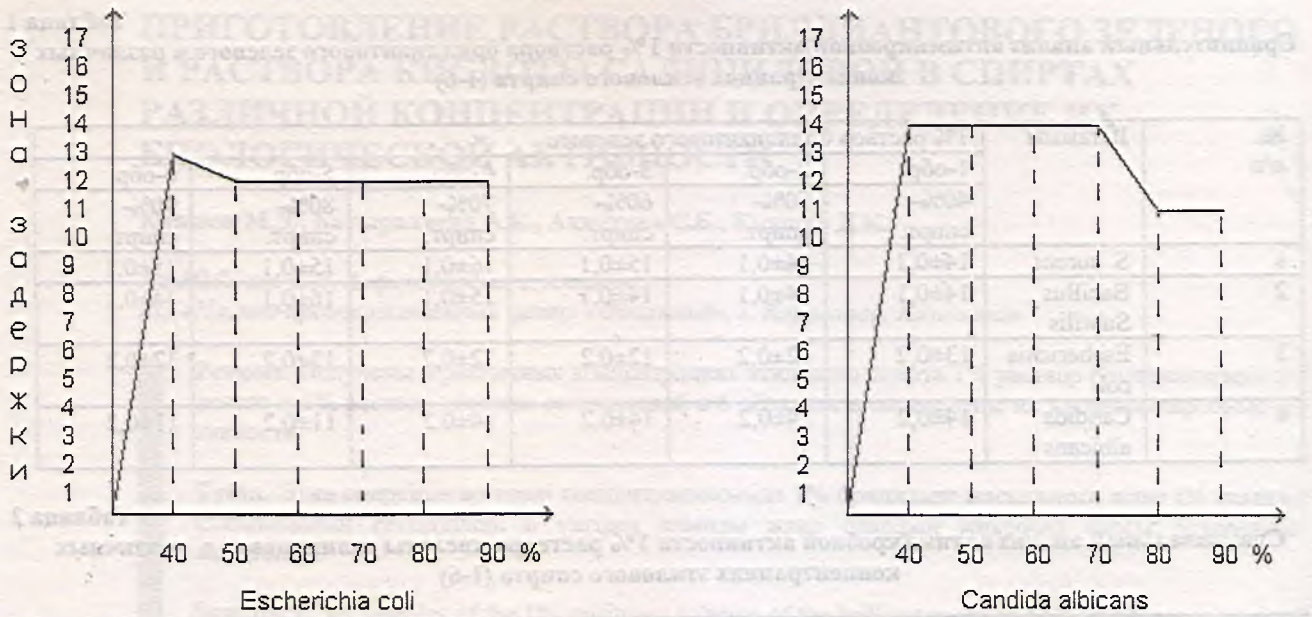
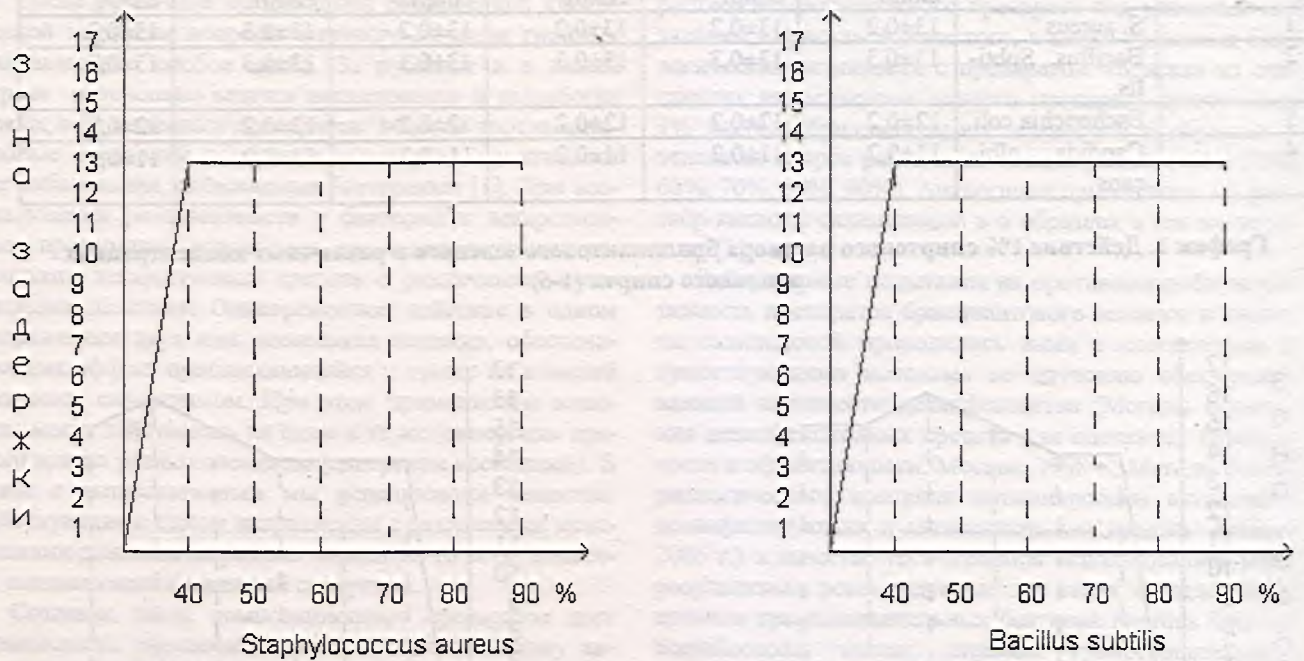
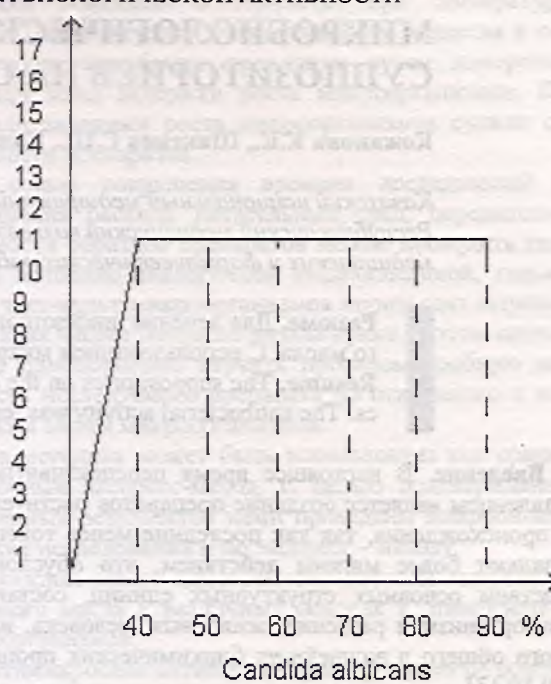
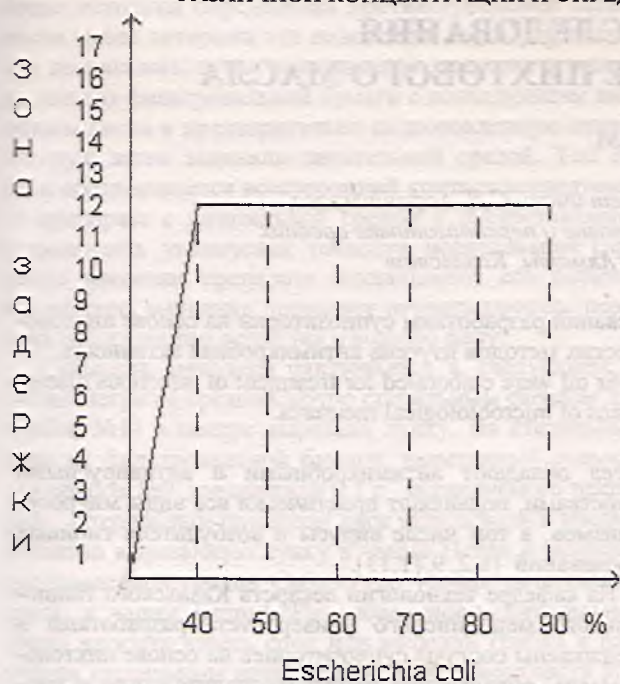


График 2. Графическое изображение действие 1% спиртового раствора кислоты салициловой в различных концентрациях этилового спирта (1-6)



ПРИГОТОВЛЕНИЕ РАСТВОРА БРИЛЛИАНТОВОГО ЗЕЛЕННОГО И РАСТВОРА КИСЛОТЫ САЛИЦИЛОВОЙ В СПИРТАХ РАЗЛИЧНОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИХ БИОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ



Таким образом на основании биологических исследований спиртовых растворов бриллиантового зеленого и сравнивая данные таблицы 1 и графика 1 мы установили, что 1% раствор бриллиантового зеленого в малых и больших концентрациях этилового спирта показывает более низкую противомикробную активность, а в 60% и 70% спиртах - максимальную эффективность. Слабую активность бриллиантового зеленого мы объясняем их низкой растворимостью в разбавленных спиртах, а в крепких спиртах слабая активность бриллиантового зеленого объясняется тем что в больших концентрациях этиловый спирт образует на поверхности ткани плотные гелифицированные пленки, мешающие достижению глубоких слоев эпидермиса, что уменьшает терапевтическую активность. Следовательно, оптимальную лечебную активность показывает бриллиантовый зеленый в 60% и 70% спиртовых растворах, так как при обработке кожи антисептический эффект наиболее выражен в этих концентрациях. В данном случае бриллиантовый зеленый и 60% и 70% спирт оказывают прямое синергическое действие. 1% спиртовой раствор кислоты салициловой влияет на соответствующие штаммы бактерий с одинаковой активностью независимо от концентрации этилового спирта (40%, 50%, 60%, 70%, 80%, 90%). Это показано в таблице 2 и графике 2. Такое действие кислоты связано с его растворимостью в разбавленных спиртах и полным распадом молекулы кислоты салициловой на ионы. Кроме того, спирт и кислота салициловая обладают раздражающим, противовоспалительным

действием. Таким образом, на основании проведения биологических исследований, доказана необходимость приготовления 1% раствора бриллиантового зеленого в 60%-70% спиртах, а для кислоты салициловой возможно использование этилового спирта любой концентрации. Приготовление 1% спиртового раствора кислоты салициловой в 40% этиловом спирте был бы более экономичным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мельников Л.Н., Мельникова З.Н. Антибиотики в терапии гнойных ран. // М.,-Медицина.- 1975. - С.103-107.
2. Батыралиева А.К., Итжанова Х.И., Кияшев Д.К. Разработка технологии приготовления композиционного препарата «Брисал». //Материалы международной научно-практической конференции «Фармация Казахстана»: Интеграция науки, образования и производства. //Шымкент, 2009. - С.13-15
3. Батыралиева А.К. Разработка технологии приготовления 1% спиртового раствора бриллиантового зеленого и 1% спиртового раствора кислоты салициловой в спиртах различной концентрации. // Шымкент, 2009. - С.12-13.
4. Кияшев М.Д. Определение биологической активности образцов 1% спиртового раствора бриллиантового зеленого и 1% спиртового раствора кислоты салициловой в спиртах различной концентрации. //Шымкент, 2009. - С.331-333.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СУППОЗИТОРИЕВ НА ОСНОВЕ ПИХТОВОГО МАСЛА

Кожанова К.К., Шакенов С.Ш., Кадырбаева Г.М.

Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, Республиканский медицинский колледж по подготовке и переподготовке средних медицинских и фармацевтических работников, г. Алматы, Казахстан

Резюме. Для лечения инфекционных заболеваний разработаны суппозитории на основе пихтового масла. С использованием микробиологических методов изучена антимикробная активность.
Resume. The suppositories on the basis of the fir oil were elaborated for treatment of infectious diseases. The antibacterial activity was learned by means of microbiological measures.

Введение. В настоящее время перспективным направлением является создание препаратов растительного происхождения, так как последние менее токсичны, обладают более мягким действием, что обусловлено родством основных структурных единиц, составляющих организм и растений, животных, человека, имеют много общего в важнейших биохимических процессах [5,9,10,13].

В комплексной терапии воспаления, а также при инфекционных заболеваниях, одновременно воздействующих на этиологические и патогенетические факторы в проктологии, могут быть биологические активные вещества растительного происхождения занимают одно из первых мест. Особый интерес в этом плане представляют эфирные масла растений. Фитонциды эфирных

масел обладают антимикробными и антивирусными свойствами, подавляют практически все виды микроорганизмов, в том числе вирусы и возбудители гнойных заболеваний [1,2, 9,11,13].

На кафедре технологии лекарств Казахского Национального медицинского университета разработаны и предложены составы суппозиторияев на основе пихтового масла, обладающие противовоспалительным и противомикробным действиями (табл. 1). Одним из этапов их создания является обоснование антимикробной активности в отношении музейных штаммов микроорганизмов и клинических изолятов, выделенных у больных, что позволяет рекомендовать суппозитории к клиническим испытаниям [1,2, 3,4].

Таблица 1

Состав разработанных моделей суппозиторияев на основе пихтового масла

Наименование ингредиентов	Количество ингредиентов			
	1	2	3	4
Действующие вещества				
Полифитовое масло «Кызыл май»	0,6	0,6	0,6	0,6
Пихтовое масло	0,01	0,01	0,01	0,01
Вспомогательные вещества				
Твин-80	0,01			
Твердый парафин	0,2	0,2		
Масло какао	1,38	1,39		
Витепсол Полиэтиленоксидная основа			1,59	1,59
Общая масса	2,20	2,20	2,20	2,20

Целью настоящего исследования явилось определение оптимальной ингибирующей концентрации лекарственного вещества в разрабатываемых суппозиториях, а также изучение их антимикробной активности.

Методы исследования. С целью подбора оптимальной дозировки пихтового масла в суппозиториях его минимальную ингибирующую концентрацию (МИК) изучали методом диффузии в агар в отношении музейных культур микроорганизмов: *Staphylococcus aureus* (ATCC 6538-P), *Streptococcus pyogenes* (ATCC 2345), *Escherichia coli* (ATCC 25923), *Pseudomonas aeruginosa* (ATCC 885-653), *Schigella* (2357-P), рекомендованные для определения антибактериальной активности лекарственных препаратов. Для исследования взяли бактерии

после 24 часов инкубирования в термостате при температуре 37 °С [6,7,8].

Исследование противомикробной активности проводили по разработанному методу Ващенко Е.Ф. Применяемые методы определения активности лекарственных веществ в суппозиториях и методы оценки способности суппозиторияев к высвобождению лекарственных веществ, заключающиеся во внесении исследуемого вещества в суппозиторной основе в лунки, сделанные в агаровом геле имеют ряд недостатков, недостаточна точность определения степени высвобождения исследуемого вещества возможности технических ошибок (из-за отсутствия всестороннего контакта изучаемого вещества с питательной средой). Поэтому при разра-

ботке методики определения противогрибковой активности мазей авторами эти недостатки были устранены, что достигалось путем взвешивания вещества в основе на диск из фильтровальной бумаги с последующим внесением диска в предварительно подготовленную лунку, которую затем заливали питательной средой. Тем самым обеспечивается всесторонний контакт исследуемого препарата с питательной средой и предоставляется возможность увеличения точности исследования (при таком внесении препарата исключаются его потери). Кроме того, методика позволяет изучить процесс переноса исследуемого вещества в водную фазу.

Сущность методики заключается в следующем: в чашке Петри со средой Сабуро стерильным сверлом для пробок №11 в центре вырезали лунку. На стерильный диск из фильтровальной бумаги, вырезанный сверлом для пробок №9, взвешивали 0,1 г исследуемого препарата. Стерильным пинцетом диск вкладывали в предварительно вырезанную лунку в чашке Петри и заливали расплавленной средой Сабуро (до уровня питательной среды в чашке Петри). На поверхность питательной среды вносили взвесь спор или мицелий грибка и растирали стерильным шпателем по всей поверхности агаровой пластинки.

Посев помещали в термостат при температуре $37^{\circ}\pm 10^{\circ}\text{C}$ на 3-5 суток. Учет активности вещества в основе после инкубации проводили путем измерения площади зоны задержки роста микроорганизмов. По площади задержки роста микроорганизмов судили об активности препаратов.

С целью сокращения времени исследований и уменьшения расхода питательных сред, определение активности образцов препаратов можно проводить также по методике аналогичной вышеописанной, только посев тест-культ микроорганизмов производят штрихами от края чашки Петри до начала лунки. В этом случае можно одновременно изучить противомикробную активность исследуемого препарата по отношению к нескольким видам микроорганизмов.

Эта методика может быть использована как ориентировочный экспресс-метод. С целью подтверждения полученных результатов нами проведены микробиологические исследования и по экспресс - методу.

В каждом опыте одновременно изучали активность пихтового масла в различных основах в отношении 5 микроорганизмов.

Антимикробная активность суппозиториев на основе пихтового масла приведены в табл. 2.

Таблица 2

Антимикробная активность суппозиториев на основе пихтового масла

Суппозитории на основе	Зоны задержки роста тест-штаммов, мм				
	<i>S. aureus</i> (ATCC 25923)	<i>Streptococcus pyogenes</i> (ATCC 2345)	<i>E. coli</i> (ATCC 25922)	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> (ATCC 885-653)	<i>Shigella</i> (2357-P)
Полиэтилен оксидной	32-34	30-32	27-29	30-33	30-32
Витепсол	30-32	30-32	26-28	28-30	30-32
Масло какао Твердый парафин Твин-80	32-34	28-30	27-29	30-33	30-32
Контроль Пихтовое масло на основах	26-28	24-26	26-28	26-28	28-30

Результаты и обсуждение. Бицидные свойства разработанных суппозиториев изучали методом диффузии в агар. Полученные результаты в отношении пяти тест-штаммов микроорганизмов, как среднее 6-ти параллельных опытов, представлены в табл. 2.

Из данных табл.2 следует, что суппозитории на основе пихтового масла, независимо от вида основы, проявляют высокую активность, которая сопоставима с контролем в отношении всех исследуемых микроорганизмов. Зона задержки роста, в зависимости от их вида, находилась в пределах от 26 до 34 мм.

ЛИТЕРАТУРА

1. Артюхов А. С. Современные проблемы медицинской и социальной реабилитации проктологических больных. — М., 1981. — С. 2-12.
2. Ашкурков М. Г. Диагностика и распространенность проктологических заболеваний//Доктор. — 1997. — № 1. — С. 64-67.

3. Антибактериальная терапия / Под ред. Л.С. Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова. — М.: Полимаг, 2000.
4. Головкин В. А., Пешехонова Л. Л., Лукаш Е. П. Лекарственные средства для ректального введения: Обзор литературы// Врачеб. дело.— 1983.— № 11.— С. 50-51.
5. Гучев И.А., Сидоренко С. В., Французов В. Н. Рациональная антимикробная химиотерапия инфекций кожи и мягких тканей// Антибиотики и химиотерапия. 2003. Т. 48, № 10 — С. 25 — 31. — 190 с.
6. Государственная фармакопея XI издания, выпуск I. — издательство Медицина.-М., 1987.
7. Каламова, Н.И. Проекты фармакопейных статей. Дополнение к статье ГФ XI изд. «Методы микробиологического контроля лекарственных средств»/ Н.И. Каламова, К.А. Каграманова, О.В. Гунар [и др.] //Фарматека.-1995.-№5.- С.7-8.
8. Каламова, Н.И. Количественное определение микроорганизмов в нестерильных лекарственных средств-

вах/ Н.И. Каламова, К.А. Каграманова, О.В. Гунар// Ремедиум. Ведомости Научного Центра экспертизы и государственного контроля лекарственных средств МЗ РФ (НЦ ЭГКЛС). -2001.- № 2(6).- С.77-78.

9. Лесиовская Е.Е. Современная фитотерапия - настоящее и будущее // Актуальные проблемы создания новых лекарственных препаратов природного происхождения: Материалы междунар. съезда.-СПб., 1997. -С. 36-38.

10. Одегова, Т.Ф. Методическое руководство. Микробиологический контроль качества лекарственных средств/ Т.Ф. Одегова, О.В. Гунар // Пермь, Изд. ПГФА, 2008. -68с.

11. Фармацевтическая микробиология. Под редакцией Галынкина В.А., Кочеровца В.И. - М.: «Арнебия», 2003.

12. Федоров В. Д., Левитан М. Х. Современные принципы диагностики заболеваний прямой кишки//Клинич. медицина.— 1980.— № 3.— С. 8-12.

13. Яковлев В.П., Яковлев С.В. Лекарственные средства для лечения бактериальных инфекций//Клиническая фармакология антимикробных лекарственных средств//Рациональная антимикробная фармакотерапия.М.: «Литтерра» 2003. глава 3, раздел I, Т. II-С. 72-182.

ПРОБЛЕМА ЗООНОЗНЫХ ИНФЕКЦИЙ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Кутманова А.З., Тойгонбаева В.С.

КГМА им.И.К.Ахунбаева, кафедра инфекционных болезней, кафедра Общественного здравоохранения и здоровья с курсом эпидемиологии, Бишкек, Кыргызстан

Резюме. В данной статье отражена сложная эпизоотологическая и эпидемиологическая ситуация по зоонозным инфекциям, являющаяся следствием неблагополучия в ветеринарном секторе, несоблюдения населением правил содержания домашних животных. Эти болезни наносят колоссальный экономический ущерб, в связи со снижением трудоспособности больного, гибелью животных, а также необходимостью проведения широкого комплекса трудоемких мероприятий по ликвидации последствий эпизоотий, требующих больших материальных и физических затрат.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ МАЛДАН ЖУГУУЧУ ЖУГУШТУУ ООРУЛАРДЫН ПРОБЛЕМАСЫ

Кутманова А.З., Тойгонбаева В.С.

И.К.Ахунбаев атындагы КММА жугуштуу оорулар кафедрасы, эпидемиология курсу менен коомдук саламаттык жана саламаттыкты сактоо кафедрасы, Бишкек, Кыргызстан

Корутунду. Биз сунуш кылган статьяда малдан жугучу жугуштуу оорулардын татаал эпизоотологиялык жана эпидемиологиялык ситуациясы көрсөтүлгөн, ал ветеринариялык секторунун оң болбогондуктун жана элдин малды багуу эрежелерди колдонбоктуктун натыйжасы деп эсептелет. Бул оорулар аябаган чоң экономикалык зыян келтиришет, анткени ооруу кишилер эмгекке жарамдуулугун жоготушат, малдар өлүмгө учурашат, ошондой эле кең түрдөгү малдардын арасындагы жугуштуу оорулардын жоюу чараларын өткөрүүсү керектикти келтирет.

THE PROBLEM OF ZOOBOTIC INFECTION IN KYRGYZ REPUBLIC

Kutmanova A.Z., Toigonbaeva V.S.

KSMSA named after Akhunbaev I.K., Infectious diseases department, Department of public health with epidemiology course, Bishkek, Kyrgyzstan

Summary. A complicated epizootologic and epidemiological situation on zoonotic infection is described in the article. It caused by veterinary service problems, rules violation of domestic animal keeping. These diseases do a colossal economic damage, because of working ability decrease, domestic animal loss, and necessity of carrying out of a widespread arrangements on epizooty consequences elimination, which require huge material and labour costs.

Основной отраслью животноводства Кыргызской Республики является овцеводство, на долю которого приходится 86% общей численности сельскохозяйственных животных. После распада Советского Союза и приобретения суверенитета республикой, в переходный период к новым рыночным отношениям, произошли существенные изменения в социально экономической ситуации нашей республики. Организация множества мелких животноводческих объектов, при отсутствии адекватных ветеринарно-санитарных мероприятий к изменившимся условиям животноводства создали благоприятные условия для распространения зоонозных инфекций.

Целью настоящего исследования явилась оценка эпидемиологической ситуации по распространенным зоонозным инфекциям в Кыргызстане.

Материалы и методы. В работе использованы данные статистического учета ДГСЭН и РЦКиООИ (форма 1) и материалы государственного ветеринарного департамента КР.

Результаты и обсуждение. В последние годы в Кыргызской Республике глобальное влияние на здоровье населения и экономику страны имеют некоторые бактериальные и вирусные зоонозы – бруцеллез, сибирская язва, ящур, бешенство, арбовирусы, Ку-лихорадка, лептоспироз, иерсиниозы, зоонозный хламидиоз.

Одной из серьезнейших проблем здравоохранения Кыргызстана является бруцеллез, заболеваемость которым на территории республики имеет стабильно высокие цифры. За последние 10 лет ежегодный уровень заболеваемости вырос более чем в 4 раза, составив

3840 случаев в 2006 году (интенсивный показатель 74,7 на 100 тысяч населения), против 883 (и.п.19,6) в 1996 году (рис.1). Коэффициент прироста составил 9,69%, причем при показателе 5% уже считается выраженной тенденцией роста инфекции.

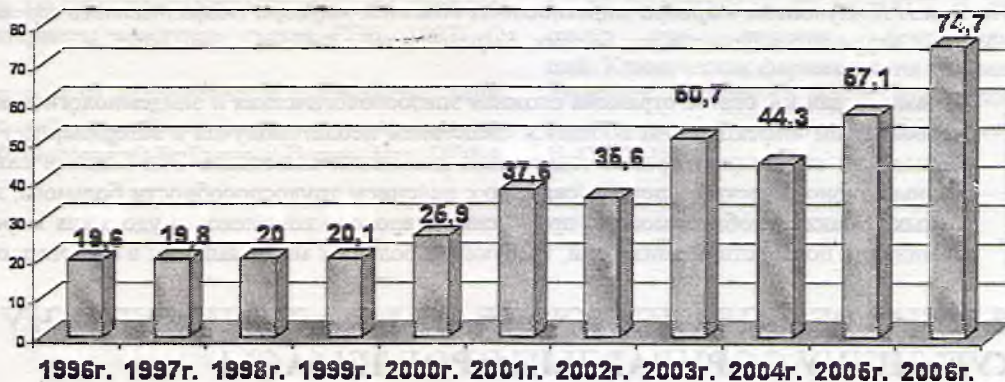


Рис.1. Заболеваемость бруцеллезом в республике 1990-2006гг

Наиболее высокие показатели заболеваемости бруцеллезом людей выявлены в областях с преобладанием животноводства в народно-хозяйственной структуре – Баткенская и Нарынская, где показатели заболеваемости в 2006 году составили 164,8 и 113,0 соответственно, превысив республиканский показатель более чем в два раза. За период 2000–2005гг бруцеллез сельскохозяйственных животных имел выраженный рост, подтвержденный результатами серологического обследования, указывающие на увеличение числа серопозитивных случаев среди МРС от 0,8 до 3,12 %, а среди КРС – от 0,2 до 0,6 %. При этом отмечен низкий охват лабораторным обследованием поголовья скота в республике, так в 2005 г серологическим обследованием охвачено 10,7 % МРС, а КРС – 53,7 % из общего числа поголовья [1]. Следовательно, в настоящее время эпизоотология и эпидемиология бруцеллеза по сравнению с периодом коллективного животноводства значительно изменились. Имеются предпосылки к росту хронических форм заболевания, недостаточность ветеринарно-санитарных, медицинских, общесанитарных мер профилактики, и бесконтрольные перегруппировки скота являются причиной существования множества очагов бруцеллеза в республике и роста заболеваемости людей.

В силу негативных явлений в социально-экономической жизни населения Кыргызстана сохраняется активность многих неблагополучных по сибирской язве почвенных очагов. Многолетняя динамика заболеваемости сибирской язвой населения республики за 1976-2007 гг. демонстрирует выраженную тенденцию к ее росту с ежегодным темпом прироста 4,9%, также некоторую периодичность с интервалом 5-7 лет. За последние 17 лет заболеваемость людей возросла в 1,5-2,0 раза по сравнению с предыдущими годами. Причем отмечается резкий подъем (свечка) заболеваемости людей после единичного случая или отсутствия случаев реги-

страции инфекции (рис.2). По данным Департамента Государственной ветеринарии КР ежегодно регистрируются случаи заболевания среди сельскохозяйственных животных преимущественно в южном регионе. Однако случаев заболевших животных всегда меньше, чем число заболевших людей, хотя заболеваемость сельскохозяйственных животных в годы, последовавшие после принятия суверенитета, выросла более чем в 1,6 раза по сравнению с советским периодом.

Так, например, в 1997 г. сибирская язва была установлена у 73 человек, а ветеринарной службой соответствующих территорий зарегистрировано всего 9 случаев болезни среди сельскохозяйственных животных.

В Кыргызстане эпидемиологическая и эпизоотологическая ситуация по заболеваемости бешенством людей и животных продолжает оставаться неблагополучной. В республике неблагополучными территориями по бешенству являются районы Ошской и Жалалабатской областей, прилегающие к Ферганскому и Алайскому горным хребтам [3]. Территориально на юг республики приходится 80% заболевших диких животных, на Чуйскую область – 9,5%, Иссык-Кульскую – 3,8%, Нарынскую – 5,8%, Таласскую – 1%.

Заболеваемость гидрофобией среди населения регистрируется ежегодно в виде спорадических случаев (рис.3). Динамика заболеваемости характеризуется выраженной цикличностью с интервалом 1-2 года. С начала XXI века число случаев гидрофобией варьирует от 1 (2003 г) до 7 (2006 г) в год. За 2007 год за антирабической помощью обратилось более 10 тысяч человек, укушенных различными видами животных. В основном укусы наносились собаками (88,9%), в то же время наблюдается рост удельного веса укусов крысами – 5,6%. Укусы кошками составили – 2,3%, КРС – 2,7%, МРС – 0,2% и дикими животными (волками и лисами) – 0,4% случаев.

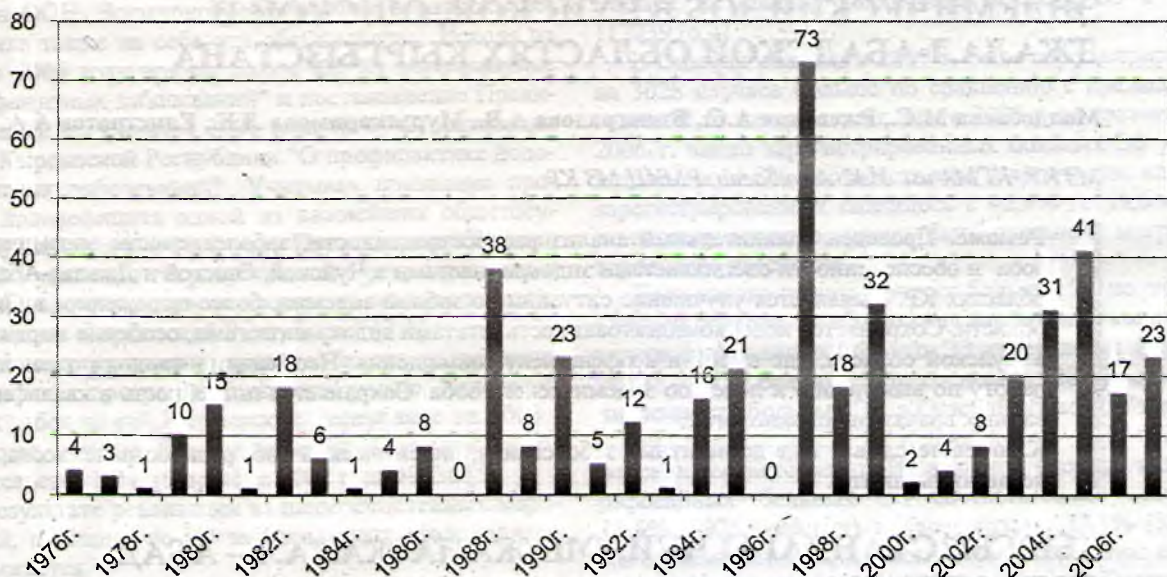


Рис.2. Многолетняя динамика случаев сибирской язвы среди людей в Кыргызской Республике за 1976-2007гг.

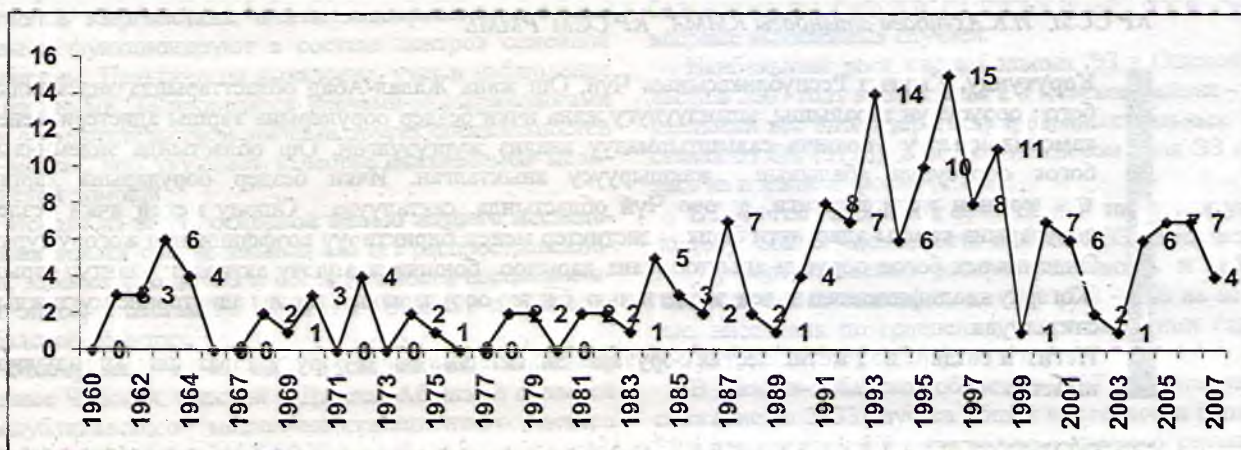


Рис.3. Динамика числа случаев гидрофобии в КР

Из общего числа укушенных людей гидрофобией заболели 2,7% пострадавших. Возрастное распределение показало о преимущественном поражении взрослого населения (58,1%), дети до 14 лет составили – 41,9%, при этом удельный вес детей от 0 до 6 лет составил 12,1%.

Таким образом, сложная эпизоотологическая и эпидемиологическая ситуация по зоонозным инфекциям является следствием неблагополучия в ветеринарном секторе, несоблюдения населением правил содержания домашних животных. Эти болезни наносят колоссальный экономический ущерб, в связи со снижением трудоспособности больного, гибелью животных, а также необходимостью проведения широкого комплекса тру-

доемких мероприятий по ликвидации последствий эпизоотий, требующих больших материальных и физических затрат.

ЛИТЕРАТУРА

1. Информационное сообщение Национального Статистического комитета Кыргызской Республики. – Бишкек, 2002. – 45 с.
2. Черкасский Б.А., Бакулев Ч.А., Пчелинцев С.Ю. Зоонозы и биобезопасность // Вестник Российской Академии Медицинских Наук,- 2002, №10.- С.30-33.
3. Тайчиев И. Современные аспекты рабической инфекции. – Ош, 1999.

ЭНДЕМИЧЕСКИЙ ЗОБ В ЧУЙСКОЙ, ОШСКОЙ И ДЖАЛАЛ-АБАДСКОЙ ОБЛАСТЯХ КЫРГЫЗСТАНА

Молдобаева М.С., Ржевская А.С., Виноградова А.В., Мурзакаримова Л.К., Елистратов А.А.

МЗ КР, КГМА им. И.К. Ахунбаева, РМИЦ МЗ КР

Резюме. Проведен сравнительный анализ распространенности, заболеваемости эндемического зоба и обеспеченности специалистами эндокринологами в Чуйской, Ошской и Джалал-Абадской областях КР. Выявляется улучшение ситуации по зобной эндемии, более выраженное в Ошской области. Сохраняется недоукомплектованность штатами эндокринологами, особенно выраженная в Чуйской области, где высок и коэффициент совмещения. Необходимо продолжать активную работу по выявлению и лечению эндемического зоба. Сохраняется потребность в квалифицированных врачах-эндокринологах.

Ключевые слова: йододефицитные заболевания, эндемический зоб, распространенность, заболеваемость, штаты.

КЫРГЫЗСТАНДАГЫ ЧҮЙ, ОШ ЖАНА ЖАЛАЛ – АБАД ОБЛАСТТАРЫНДАГЫ ЭНДЕМИЯЛЫК БОГОК ООРУСУ

Молдобаева М.С, Ржевская А.С, Виноградова А.В, Мурзакаримова Л.К, Елистратов А.А.

КР ССМ, И.К.Ахунбаев атындагы КММА, КР ССМ РММБ

Корутунду. Кыргыз Республикасынын Чүй, Ош жана Жалал-Абад областтарында эндемиялык богок оорусунун таралышы, ыландуулугу жана ички бездер ооруларына каршы адистери менен камсыздандыруу боюнча салыштырмалуу анализ жүргүзүлгөн. Ош областында эндемиялык богок оорусунун абалынын жакшыруусу аныкталган. Ички бездер ооруларына каршы адистеринин жетишпестиги, өзгөчө Чүй областында, сакталууда. Ошону менен ички бездер ооруларына каршы адистикти башка адистиктер менен бириктирүү коэффициенти жогору турат. Эндемиялык богок оорусун аныктоо жана дарылоо боюнча жумушту активдүү улантуу зарыл. Жогорку квалификациялык деңгээлдеги ички бездер ооруларынын каршы адистерине муктаждык сакталууда.

Негизги сөздөр: йод жетишпестик оорулары, эндемиялык богок оорусу, таралышы, ыландуулук, штаттар.

ENDEMIC GOITER IN CHU, OSH AND DJALAL-ABAD REGIONS OF KYRGYZSTAN

Moldobaeva M.S., Rjevskaya A.S., Vinogradova A.V., Murzakarimova L.K., Elistratov A.A.

Ministry of Public Health of the Kyrgyz Republic, KSMA after I.K.Ahunbaev, RMRC of MPH of KR

Summary. Comparative analysis of endemic goiter spreading and providing of specialists-endocrinologists in Chu, Osh and Djalal-Abad regions of the KR is carried out. Improving of endemic goiter problems, more expressed in Osh region is revealed. Insufficiency of endocrinologists staff is preserved more expressed in Chu region, where the coefficient of combining is high. It is necessary to continue an active work in revealing and treating endemic goiter. A requirement in qualified endocrinologists is preserved.

Keywords: iodinedeficient diseases, endemic goiter, spreading, morbidity, staff.

Актуальность проблемы. К проявлениям йододефицита, кроме физических и умственных нарушений, относятся и "скрытые" его последствия такие, как женское бесплодие, нарушение репродуктивной функции, выкидыши и мертворождение, повышенная смертность детей первого года жизни, физическая и умственная отсталость детей, глухонмота, косоглазие, карлико-

вость, врожденные аномалии и другие проявления йодного дефицита [1,2].

По современным международным критериям (WHO/UNICEF/ICCIDD, 1994-2006) территория КР является зоной йодного дефицита средней и среднетяжелой степени тяжести зобной эндемии, требующая срочных мер.

Кыргызская Республика, как суверенное государство, член ООН, Всемирной организации здравоохранения, взяла также на себя эти обязательства. Исходя из этого, в 2000 году принят Закон КР "О профилактике йододефицитных заболеваний" и постановление Правительства КР от 9 января 2001 года № 6 "О реализации Закона Кыргызской Республики "О профилактике йододефицитных заболеваний". Учитывая признание проблемы йододефицита одной из важнейших общегосударственных задач, в 2002 году Президентом КР издан Указ "Об усилении государственного регулирования и контроля за производством, ввозом, хранением и реализацией соли в Кыргызской Республике" [3,4].

В рамках реализации данного Закона разработана Национальная программа снижения уровня йододефицитных заболеваний Кыргызской Республике на 2003 - 2007 годы, которая была утверждена Постановлением Правительства КР от 9 декабря 2002 года №836 [5].

В результате реализации вышеперечисленных мероприятий, в общем, по КР заболеваемость йододефицитом снижается.

Внедрение реформ здравоохранения КР возложило основную ответственность по проведению профилактики и выявлению ЭЗ на семейного врача. Но, в настоящее время, учитывая эндемичность в отношении ЭЗ регионов Кыргызстана, штаты эндокринологов сохранены и функционируют в составе центров семейной медицины. Практически выявление, учет и наблюдение за больными ЭЗ проводятся врачами-эндокринологами или совместительством врачами других специальностей на местах, что ухудшает качество оказываемой медицинской помощи.

Исходя из этого, основной целью нашего исследования явился сравнительный анализ распространенности, заболеваемости ЭЗ и обеспеченности специалистами эндокринологами в Чуйской, Ошской и Джалал-Абадской областях.

Материалы и методы. Использованы отчетные данные Чуйской, Ошской и Джалал-Абадской областей Республиканского медико-информационного центра (РМИЦ) КР за 2006, 2007 и 2008 годы.

Задачи исследования

-Провести сравнительный анализ распространенности и заболеваемости ЭЗ в Чуйской, Ошской и Джалал-Абадской областях;

-Провести сравнительный анализ обеспеченности специалистами эндокринологами в Чуйской, Ошской и Джалал-Абадской областях.

Результаты исследования. При анализе динамики распространенности и заболеваемости ЭЗ по Ошской и Джалал-Абадской областям отмечен повсеместный их рост. Так, распространенность и заболеваемость ЭЗ в Ошской области в 2006 году составила 1912,9 и 477,5 на 100 тыс. населения, а в 2007 году – уже 2165,6 и 574,0 соответственно. В Джалал-Абадской области эти показатели резко возросли: распространенность ЭЗ с 1250,9 до 2072,8 на 100 тыс. населения и заболеваемость – с 204,3 до 409,0 на 100 тыс. населения в 2007 году [6,7].

В сравнении между этими областями показатели распространенности и заболеваемости ЭЗ в Ошской области выше, чем в Джалал-Абадской области.

В 2007 году в Ошской области было 23086 больных ЭЗ, в Джалал-Абадской области – 20168, что больше

чем в Чуйской области – 14227 и 19848 больных ЭЗ в г. Бишкек из общего количества больных ЭЗ в КР – 117739 [6,7].

В Ошской области в 2007 г. было зарегистрировано на 3028 случаев больше по сравнению с предыдущим годом. В то же время, в г. Ош в 2007 г. по сравнению с 2006 г. число зарегистрированных больных ЭЗ уменьшилось на 11,8%, соответственно и количество впервые зарегистрированных снизилось с 42,8% до 18,6%, что, по нашему мнению, может быть связано с миграцией городского населения.

Если анализировать прирост больных ЭЗ по районам Ошской области, то в 2006 году наибольшее количество зарегистрированных больных ЭЗ отмечалось в Карасуйском – 5739 больных, что составило 28,6% от общей численности больных ЭЗ в Ошской области, Узгенском – 4497 больных (22,4 %) и Ноокатском – 3274 (16,4%) районах соответственно. Из них доля впервые зарегистрированных больных ЭЗ соответственно составила 39,5% (1976 больных) в Карасуйском, 23,8% (3274) в Узгенском районах, в Ноокатском районе этот показатель гораздо ниже – 6% (299 больных). В Ошской области наименьшее число больных ЭЗ в Чон-Алайском районе – 349 больных (1,8%) [6,7]. Таким образом, в Карасуйском районе Ошской области в 2006 году большее число больных и удельный вес ЭЗ и число впервые выявленных случаев.

Наибольший рост числа больных ЭЗ в Ошской области в 2007 году наблюдался в Узгенском районе – так, удельный вес вновь зарегистрированных больных составил 51,6% (3120), а в Чон-Алайском доля ЭЗ осталась на прежнем уровне (1,8%).

В 2008 году в Ошской области улучшилась ситуация по зобу: общая численность больных ЭЗ снизилась до 18733, соответственно распространенность и заболеваемость также снизились до 1751,2 и 450,0 на 100 тыс. населения по сравнению с предыдущими годами [6,7].

В Джалал-Абадской области в 2007 году отмечается снижение на 3533 случаев общей численности больных ЭЗ в сравнении с 2006 годом, что, возможно, связано со снятием с диспансерного учета ранее наблюдавшихся больных по поводу миграции (выезда) населения. Тем не менее, количество впервые зарегистрированных случаев незначительно увеличилось, что может свидетельствовать о достаточной настороженности врачей в плане выявления ЭЗ.

В г. Джалал-Абад в 2007 году удельный вес больных ЭЗ в увеличился на 3,1% (с 9,2%, 2186 в 2006 году до 12,4%, 2493 в 2007 году), соответственно увеличилось и количество впервые зарегистрированных больных с 243 (6,3%) до 745 больных (18,7 %) по сравнению с 2006 годом.

Если анализировать динамику больных ЭЗ по районам Джалал-Абадской области, то в 2006 году наибольшее число больных ЭЗ было зарегистрировано в следующих районах: Сузакском – 6572, что составило 27,8% от всех больных области, Ноокенском – 2664 (11,3%) и Базаркоргонском – 2739 (11,5%) соответственно. Самый большой прирост впервые зарегистрированных больных ЭЗ отмечен в Ноокенском районе – 21,9% (730 больных), далее - в Сузакском районе - 10,3% (401 больных) и 8,0% (82 больных) в Базаркоргонском районе. В 2007 же году наибольшее количество

во больных ЭЗ было в Сузакском – 6058 больных (30,0%), далее -Ноокенском – 2242 больных (11,2%) и Базаркоргонском – 2134 (10,6%) районах [6,7].

Таким образом, в г Джалал-Абад отмечается прирост абсолютного числа больных ЭЗ и удельного веса от общего количества больных ЭЗ, а в Джалал-Абадской области - снижение на 3,1% (3533 случаев) общей численности больных ЭЗ в сравнении с 2006 годом.

В 2008 году в Джалал-Абадской области отмечается снижение абсолютного числа больных ЭЗ до 19233 и показателей распространенности и заболеваемости до 1960,4 и 389,3 на 100 тыс. населения соответственно [6,7].

В Чуйской области в 2007 году было зарегистрировано 14227 больных ЭЗ, показатель распространенности составил 1748, 5 на 100 тыс. населения, заболеваемость – 516,2 на 100 тыс. населения (4200). В 2007 году в г. Бишкек распространенность ЭЗ составила 2615,4 на 100 тыс. населения (19848), заболеваемость – 920,4 на 100 тыс. населения (6985) [6,7].

В 2008 году в Чуйской области отмечается тенденция к снижению численности больных ЭЗ, так абсолютное число больных снизилось до 13099, распространенность и заболеваемость ЭЗ сократились до 1616,6 и 388,6 (3149) на 100 тыс. населения соответственно. В г. Бишкек в 2008 году общая численность больных и заболеваемость ЭЗ уменьшились до 18065 (2262,3 на 100 тыс. населения) и 6100 (763,9 на 100 тыс. населения) соответственно [6,7].

Наибольшее количество больных ЭЗ в Чуйской области как в 2007, так и в 2008 годах было зарегистрировано в Иссык-Атинском районе, удельный вес которых составил 28,4% (4041) и 27% (3528) от общей численности больных соответственно [6,7].

Далее, при проведении анализа обеспеченности специалистами эндокринологами за 2006-2007 годах в ЛПО Ошской и Джалал- Абадской областей и г.Ош выявлено, что штаты эндокринологов в 2007 году все 5 ставок заняты, в Ошской области в 2007 г вакантные – 2 ставки; в Джалал- Абадской области вакантных штатов – 2,75 единиц. Для сравнения: в 2006 г. в Ошской области вакансий было 1,5 ставок, в Джалал- Абадской – 2,5 ставки.

В 2008 году в г. Ош заняты 5 ставок, в Ошской области - 1 вакантный штат, в Джалал- Абадской области – 1,25 ставки вакансии, в Чуйской области из 10 заняты 8 ставок [6,7].

Таким образом, в 2008 году в г. Ош укомплектованность штатами эндокринологов 100% (2006 , 2007годы), в Ошской области –90% (в 2006 г. – 84,2%, 2007г. - 81%), в Джалал- Абадской области – 86,8% (в 2006 г – 94,1%, 2007г.- 69,4%), в Чуйской области – 75% (2007г.- 69,7%).

Следовательно, в 2008 году в Ошской, Джалал-Абадской и Чуйской областях нет полной укомплектованности штатов врачей-эндокринологов, да и эти должности совмещаются врачами других специальностей о чем свидетельствует и коэффициент совмещения: в Ошской области – 1,3 (в 2006 г. – 1,6, в 2007г. -1,4), в Джалал-Абадской области – 1,4 (в 2006 г. – 1,0, в 2007г.- 1,1), в Чуйской области – 1,5 (в 2007г.-1,2). По всему же Кыргызстану в 2008 году свободными были 6,25 ставок

штатных единиц врача-эндокринолога (9,25 ставок в 2007г.).

Видимо, вследствие активизации работы органов ЗО по ЭЗ, посещаемость эндокринологов пациентами в 2007 г. по сравнению с 2006 г в Ошской и Джалал-Абадской областях и в г.Ош увеличилась. Посещаемость на дому в Ошской области также возросла с 31 до 48, но резко снизилась в Джалал - Абадской области с 542 до 197 в 2007 году.

Обсуждение полученных результатов. Таким образом, благодаря проводимой в КР реформе ЗО «Манас Таалими», а также в рамках реализации Национальной программы снижения уровня йододефицитных заболеваний в Кыргызской Республике на 2003 - 2007 годы, усилению профилактической службы на местах, повышению роли семейных врачей в улучшении качества медико-профилактической помощи, проведению мероприятий по повышению уровня образования врачей, заболеваемость йододефицитом, в том числе и ЭЗ, снижается. Тем не менее, особенно Карасуйский, Ноокатский и Узгенский районы Ошской области и г. Джалал-Абад остаются регионами, в которых необходимо активизировать работу по выявлению, лечению и профилактике ЭЗ.

Имеются трудности в подготовке и комплектации штатов эндокринологов в Чуйской, Ошской и Джалал-Абадской областях, высок коэффициент совмещения (1,4 – 1,6), резко снизилась посещаемость эндокринологических больных на дому в Джалал- Абадской области.

Выводы. Ситуация по распространению и заболеваемости эндемического зоба в Ошской, Джалал-Абадской и Чуйской областях КР в целом улучшается. Заметные сдвиги в этом направлении отмечены больше в Ошской области, а недоукомплектованность штатами эндокринологами - в Чуйской области, где высок и коэффициент совмещения.

Несмотря на вышеуказанные положительные сдвиги, необходимо продолжать активную работу по выявлению, лечению и профилактике эндемического зоба и обеспечить на местах достаточными штатами квалифицированных врачей-эндокринологов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дедов И.И., Т.А. Мельниченко, В.Ф.Фадеев Эндокринология.- М.:ГЭОТАР – Медиа, 2007.-432с.
2. Фадеев В.В. Йододефицитные и аутоиммунные заболевания щитовидной железы (эпидемиология, диагностика, лечение). – М., 2005.
3. Закон Кыргызской Республики "О профилактике йододефицитных заболеваний" от 2000 года.
4. Постановление Правительства КР от 9 января 2001 года № 6 "О реализации Закона Кыргызской Республики "О профилактике йододефицитных заболеваний".
5. Постановление Правительства КР от 9 декабря 2002 года №836 о Национальной программе снижения уровня йододефицитных заболеваний Кыргызской Республике на 2003 - 2007 годы.
6. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Кыргызской Республики в 2006 году. - Б.: РМИЦ, 2007.
7. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Кыргызской Республики в 2007 году. - Б.: РМИЦ, 2008. - 296с.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СТАНОВЛЕНИЯ МЕНАРХЕ И РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ ЖИТЕЛЬНИЦ ВЫСОКОГОРЬЯ КЫРГЫЗСТАНА, НЕПАЛА И ЙЕМЕНА

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

КГМА., кафедра акушерства и гинекологии №1, г. Бишкек, Кыргызстан, Республика Непал, Республика Йемен

Резюме. Цель исследования: изучение возраста менархе, характера становления менструального цикла и проведение сравнительной характеристики клинического течения родов и их продолжительности, исхода родов для матери и плода между жительницами высокогорья Гималаи (Непал, г. Вактапур 1402 – 2791 м над ур. м.), Аравийского полуострова (Йемен, дуан Аль-Гуера 2200 – 2800 м над ур.м.) и Тянь-Шаня (г. Нарын, 1800 - 2300м. над ур. м.). Для работы обследовали 150 женщин поступивших на роды в роддом г. Вактапур, 80 родильниц дуана Аль-Гуера и 60 родильниц г. Нарын (1800 - 2200 м над ур. м). Сравнили с 50 родильницами г. Бишкек. Возраст менархе у жительниц высокогорья Непал и Йемен и Кыргызстана составило $14,2 \pm 0,1$; $14,8 \pm 0,1$ и $14,1 \pm 0,1$ лет. У жительниц г. Бишкек самопроизвольный выкидыш на 1,7 раза реже, чем у жительниц высокогорья (9,1%; 5,3% и 6,2% соответственно). У 40% новорожденных оценка по шкале Апгар составил 6-7 баллов, среди родильниц Аль-Гуера в 35% случаев в анамнезе выявлено нарушение менструального цикла.

Ключевые слова: менархе, высокогорье, роды, гипоксия.

КЫРГЫЗСТАНДЫН, НЕПАЛДЫН ЖАНА ЙЕМЕНДИН БИЙИК ТООЛУУ АЙМАКТАРЫНДА ЖАШАГАН КЫЗ-КЕЛИНДЕРИНИН ЭТЕК КИРИНИН ТУРУКТАНЫШЫНЫН ЖАНА РЕПРОДУКТИВДИК ЖӨНДОМДУЛУУГҮНҮН КЭЭ БИР АСПЕКТИЛЕРИ

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

КГМА, №1- акушерство жана гинекология кафедрасы, Бишкек ш. Кыргызстан, Республика Непал, Республика Йемен

Көрүгүндү. Изилдөөнүн максаты: Тянь-Шань (Нарын ш. 1800-2200 м дең. дең.) менен Гималай аймагынын (Непал, Вактапур ш., 1402 –2791 м дең. дең.) жана Аравиялык жарым аралынын (Йемен, Аль-Гуера 2200 –2800 м. дең. дең.) бийик тоолу аймактарында жашаган кыз-келиндеринин биринчи этек кири келген жашын жана ал этек кирдин туруктануу иликтел, төрөттүн клиникалык жүрүшүн жана анын узактыгын салыштырмалуу мүнөздөп, төрөттүн энеге жана балага болгон жыйынтык таасирин ич ара салыштырууда болду. Бул максатты иш жүзүнө ашырыш үчүн Вактапур ш. төрөт үйүнө 150 боюнда бар келиндер жана Аль-Гуера дуанындагы ооруканада 80 төрөчү аялдар, ошондой эле 60 төрөчү аял Нарын ш., текшерилген. Бийик толу аймактарда жашаган Непал, Йемендик жана Кыргызстан кыздардын этек кири салыштырмалуу кечирээк келери аныкталды $14,2 \pm 0,1$; $14,8 \pm 0,1$ жана $14,1 \pm 0,1$ жаш. Бийик тоолу аймактардагы жашаган келиндердин боюнан түшкөнү ылдыйкы бийиктикте жашагандардан 1,7 эсе көбүрөөк экени такталды (9,1%;5,3%). Бийик тоолу аймактарда жаңы төрөлгөн ымыркайлардын Апгар боюнча болгон балоодо 6-7 балдык балдар салыштырмалуу көбүрөөк 40% болду. Аль-Гуера аймакта 35% төрөгөн аялдардын гинекологиялык тарыхында менструалдык циклдын бузулганы иликтенди.

Негизги сөздөр: аяза (этек кир), бийик тоолу аймак, төрөт, гипоксия.

SOME ASPECTS REGULARITY OF MENARCHE AND REPRODUCTIVE FUNCTION OF WOMEN LIVING IN HIGH ALTITUDE OF THE REPUBLICS KYRGYZSTAN, NEPAL AND YEMEN

Musuraliev M.S., Nasirdinova J.M., Jetigenova S.A., Isakova J.K., Pradhananga P.

KSMA, Bishkek, Republic of Kyrgyzstan, Republic of Nepal, Republic of Yemen

Summary. The aim of research is to study the age of the menarche, character of menstrual cycle, to compare the characteristic of clinical course of labor, its duration and result of delivery between the women living in high mountains Tien – Shan (Kyrgyzstan, c. Naryn 1800-2200 m. l und s), Himalaya (Nepal, c. Bhaktapur 1402 – 2791 m. l. un. s) and Arabian peninsula (Yemen, duan Al-Govera 2200-2800 m. l. und. s). For this purpose we have included 150 pregnant women admitted for delivery in the maternity ward of the Bhaktapur hospital, Nepal, 80 pregnant women which delivered in the maternity department of Al- Govera hospital, Yemen, and 60 delivered women c. Naryn. The main age of menarche of the delivered women living in high mountains was $14,2 \pm 0,1$; $14,8 \pm 0,1$ and $14,1 \pm 0,1$. The spontaneous abortion is women living in low altitude was found 1.7 times less then women living in high altitude (1,9% and 5,3% respectively) Apgar score of 40% new born infant's revealed 6-7 points.

Key words: menarche, high mountains, delivery, hypoxia.

Введение. Проблема изучения влияния факторов высокогорья на различные функциональные системы человека является важной. Особенно изучение репродуктивной функции женщин во всем мире, где высота превышает более 1500м над ур. м. приобретает на протяжении последних 20 лет все более актуальный характер [3,4,5,6,7]. Известно, что высотная гипоксия изменяет гемостаз матери таким образом, что полностью обеспечивается её адаптация к состоянию беременности и к потребностям растущего организма плода [3,4]. Некоторые авторы указывают на позднее наступление менархе у девочек высокогорных районов, объясняя это высотной гипоксией [2,5,6].

Нерегулярный менструальный цикл с периода менархе указывает на определенную неполноценность репродуктивной системы, что в дальнейшем проявляется в высокой частоте преэклампсии (32%) и слабости родовой деятельности (23%) [1].

Материалы и методы исследования. Город Вактапур, Непал – Катманду (высота 1402 – 2791 м над ур. м.), дуан Аль – Гуера (2200 – 2800 м над уровнем моря) и Тянь-Шань (г. Нарын, 1800 - 2300м. над ур. м.). Для работы обследовали 150 женщин поступивших на роды в роддом г. Вактапур, 80 женщин поступивших на роды

в районный госпиталь дуана Аль-Гуера, а также 60 родильниц г. Нарын (1800-2200 м над ур. м). Контрольную группу составили 50 женщин родивших в родильном стационаре г. Бишкек (760 м. над ур. моря). Проводилось анкетирование женщин поступающих на роды. Тщательно собирался анамнез с указанием возраста менархе, у сестер и у матерей женщин. Изучался паритет родов, и их исход, как для матери, так и для плода. Полученные результаты сравнивали между собой.

Результаты и их обсуждение. Анализируя возраст менархе в сравниваемых группах, сделаны следующие выводы. У жительниц высокогорья менархе наступали позже и менструации длились дольше, чем у жительниц низкогогорья, следует отметить, что чем выше была высота, тем позднее наступала менархе. У 62% жительниц высокогорья месячные приходят через 30 дней и более, тогда как у жительниц низкогогорья длительность менструального цикла короче (42%). У 35% женщин жительниц высокогорья Аль-Гуера выявлен нерегулярный менструальный цикл. Как видно из таблицы 1 большинство женщин жительниц Непала и Йемена были в возрасте от 21 до 25 лет соответственно 48,6% и 35,0% и меньше всего были женщины старше 35 лет и до 18 лет.

Таблица 1

Общая характеристика обследованных женщин

Возраст в годах	г. Бишкек (760м над ур.м)		г. Вактапур (1402 - 2791)		д. Аль- Гуеро (2200 - 2800)		г.Нарын (1800 - 2200)	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
До 18 л	2	4	6	4	5	6,2	3	5
19-20 лет	6	12	26	17,4	12	15	6	10
21-25 лет	20	40	73	48,6	28	35	23	38,3
26-30 лет	12	24	38	25,4	22	27,5	18	30
31-35 лет	6	12	4	2,6	8	10,0	5	8,3
Старше 35	4	8	3	2,0	5	6,2	5	8,3
Всего n	50	100	150	100	80	100	60	100

Характеристика менструальной функции у женщин высокогорья и низкогогорья

Исследуемые группы	n	Возраст менархе (в годах)	Длительн. Цикла (дни)	Длительн менстр.	Начало половой жизни
г. Бишкек	50	12,8 ± 0,1	28,3 ± 0,1	4,8 ± 0,1	19,8 ± 0,1
г. Вахталур	150	14,2 ± 0,1	28,7 ± 0,1	5,3 ± 0,1	18,1 ± 0,1
д. Аль-Гуера	80	14,8 ± 0,1	29,2 ± 0,3	5,5 ± 0,2	17,9 ± 0,1
г. Нарын	60	14,1 ± 0,1	28,6 ± 0,2	5,4 ± 0,1	18,1 ± 0,1

При анкетировании выявлено, что у матерей жительниц г. Бишкек у 55% возраст матерей пришелся на 12-14 лет, тогда как у матерей жительниц высокогорья г. Вахталур у 63,7% менархе наступал в 15 лет. При изучении половой жизни выявлено, что 20% жительниц Непала выходят замуж очень рано, т.е. в 16-17 лет такие же данные выявлены у жительниц дуана Ал-Гуера. Жительницы г. Бишкек в 4 раза выходят позже замуж. У жительниц г. Бишкек чаще встречались эрозии шейки матки, кольпиты, кисты яичников, хронические аднекситы, чем у жительниц Непал, у жительниц Йемена из патологий шейки матки из 80 поступивших на роды в 20% случаев выявлены эрозии шейки матки в сочетании с кольпитами и эндоцервицитами. Каждая четвертая женщина (23,4%) Вахталур применяют Депо-провера, тогда как жительницы города Бишкек применяют чаще ВМС. Жительницы Аль-Гуера применяют в равной мере ВМС, Депо-провера и оральные контрацептивы и 10% не применяют вообще контрацепцию как метод планирования семьи. Из 150 жительниц высокогорья первородящих было 85, у 65 повторнородящих было всего 109 беременностей. Среди жительниц Аль-Гуера из 80 женщин первородящих было 44 (55%), у 36 повторнородящих было 108 беременностей. Среди женщин Непал самопроизвольным выкидышем закончилось 10 беременностей, что составило 9,1%, а 12,7% беременностей закончились абортom. У жительниц г. Бишкек самопроизвольный выкидыш выявлен у 5,3% беременностей, что в 1,7 раза реже, чем у жительниц Непал. Среди 50 родильниц г. Бишкек 78% женщин родили в срок, тогда как 20% женщин Непала родили позже срока. Среди родильниц Аль-Гуера 25% родили свыше 41 недели и 68% родили в срок. 14% родильниц г. Бишкек родили преждевременно, тогда, как в условиях дуана Аль-Гуера преждевременно родили 6,2% женщин. В условиях Непал этот показатель составил 4%. Среди родильниц г. Нарын роды преждевременно закончились в 16,6% случаев, срочные роды были в 70% случаев.

Длительность родов у первородящих более 12 часов у родильниц города Бишкек выявлено у 3 (13,6%), тогда как у жительниц г. Вахталур оно выявлено у 22 (25,7%). Среди родильниц г. Нарын продолжительность родов более 12 часов встречалось в 23,3% случаев. Продолжительность родов от 10 до 12 часов встречалось у 5 жительниц г. Бишкек, а у жительниц г. Вахталур оно встречалось у 44 женщин, т.е. каждой 3 женщины.

60 новорожденных детей (40%) у женщин г. Вахталур были оценены по шкале Апгар, на 6-7 баллов выявлено в 5 случаях (10%). В условиях дуана Аль-Гуера 45 новорожденных детей (56,25 %) были оценены по шка-

ле Апгар, на 6-7 баллов выявлено в 5 случаях (11,1%). Однако в данных случаях новорожденным не требовалась проведение первичных реанимационных мер

Интересные данные получены при сравнении веса новорожденных детей. У 16% жительниц г. Бишкек выявлено рождение младенцев с низкой массой тела. Это объясняется тем, что ГПЦ является единственным учреждением в городе, куда обращаются все женщины с преждевременными родами. У 41 (82 %) жительниц г. Бишкек и у 131 (87,4%) жительниц Непал, масса новорожденного была в пределах нормы, т.е. выше 2500. У жительниц дуана Аль-Гуера 68% женщин родили в срок, вес детей при этом в среднем составил 3459,0±11,3, среди недоношенных детей вес их в среднем составил 1500±10,7.

Выводы

1. Для жительниц высокогорных регионов Гималаи, Аравийского полуострова и Тянь-Шаня характерно позднее наступление менархе (14,2±0,1; 14,8±0,1; 14,1±0,1) по сравнению жительницами г. Бишкек (12,8 ± 0,1);
2. У жительниц Непала беременность осложнилось на 1,7 чаще самопроизвольным выкидышем, чем у жительниц города Бишкек;
3. У 35% женщин жительниц высокогорья Аль-Гуера, выявлен нерегулярный менструальный цикл;
4. Рождение 40% новорожденных легкой степени является результатом высотной гипоксии, её влияние на состояние материнского организма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Величкина С.В. Гормональный статус функциональное состояние матки у первородящих женщин с различным характером менструального цикла в пубертатном периоде: Автореферат дис. канд. мед наук. – Челябинск, 1977. – С.20.
2. Искендерова О.И., Лаптева Е.Д., «Особенности становления менструальной функции у девочек долинных и горных районов Таджикистана». II Тезисы докладов V съезда акушеров-гинекологов РСФСР – Челябинск. – 1982. – С.121-122
3. Мусуралиев М.С. Перинатальные аспекты исхода беременности у жительниц больших высот. В кн.: «Особенности формирования женского организма в условиях кратковременного и постоянного пребывания в высокогорье». Фрунзе. – 1990. – С.8-20.
4. Мусуралиев М.С. Беременность и горы (Проблемы адаптации в норме и патологии). – Бишкек. 1995. – 176с.: ил.
5. Lebedeva I.M., Musuraliev M.S. Same features of adaptation to hypoxia in females at high altitudes of the Pamir and low altitudes of Tien-Shan. In the book «Human

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СТАНОВЛЕНИЯ МЕНАРХЕ И РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ ЖИТЕЛЬНИЦ ВЫСОКОГОРЬЯ КЫРГЫЗСТАНА, НЕПАЛА И ЙЕМЕНА

Biology of Asian Hihgland Population in the Global Context». Calcutta. -1989. -128-131p.

6. Musuraliev M.S., P. Pradhananga., S.A. Jetigenova Peculiarity of menarhe and reproductive function of women living in high altitude of Nepal. In the book «Programm and abstract book». The first international congress of Central Asia infectious diseases. Bishkek. – 2006. – P. 134.

7. Musuraliev M.S., Napit A., Jetigenova S.A. et al., Effects of Childhood Infectious Diseases in a Development of Primary Amenorrhoea. In the book «Programm and abstract book». The first international congress of Central Asia infectious diseases. Bishkek. – 2006. – P. 134.

10-251	08	2006	134
10-252	08	2006	134
10-253	08	2006	134
10-254	08	2006	134
10-255	08	2006	134

ПРОБЛЕМА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Мусуралиев М.С., Исакова Ж.К.

Кафедра акушерства и гинекологии №1 КГМА им. И.К. Ахунбаева Бишкек, Кыргызстан

Резюме. За последние годы не наблюдается снижение заболеваемости ЖДА, и проблема ее лечения остается актуальной. В статье приведены данные заболеваемости ЖДА в Кыргызстане, изучено влияние анемии на течение беременности и родов в зависимости от способа лечения антианемической добавкой и железосодержащими препаратами.

Ключевые слова: беременные, железодефицитная анемия, роды, антианемическая добавка, железосодержащие препараты.

КЫРГЫЗСТАНДАГЫ ТЕМИРДИН ЖЕТИШСИЗДИГИНЕН АЗ КАНДУУЛУК ПРОБЛЕМАСЫ

Мусуралиев М.С., Исакова Ж.К.

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

Корутунду. Киинки жылдардын аралыгында темирдин жетишсиздигинен аз кандуулук ооруларынын саны төмөндөшү байкалбайт жана аны дарылоо маселеси курч бойдон калууда. Макалада аталган оору боюнча Кыргызстандагы маалыматтар берилип, аз кандуулукка каршы биокошулма жана темир камтылган дарылар менен дарылоо ыкмаларына жараша аз кандуулуктун кош бойлулука жана төрөткө болгон таасирлери изилденген.

Негизги создор: кош бойлуулар, темир жетишсиздигинен болгон аз кандуулук, төрөт, аз кандуулукка каршы биокошулма.

THE PROBLEM IRON DEFICIENCY ANEMIA IN KYRGYZSTAN

Musuraliev M.S., Isakova J.K.

KSMA by I.K. Akhunbaev, Bishkek, Kyrgyzstan

Resume. The problem iron deficiency anemia in Kyrgyzstan. For the last years we can't observe a morbidity falling of iron deficiency anemia and the problem its treatment stays actual. In a given article shows morbidity research data in Kyrgyzstan and have learned an influence of anemia to the gestation and labor which depends on ways of treatment with the help antianemic nutrition and iron preparations.

Key words: pregnant women, iron-deficiency anemia, labor, antianemic nutrition.

Деятельность учреждений здравоохранения в условиях экономического спада существенно ограничивается недостаточностью их финансирования, остротой проблемы лекарственного обеспечения. Положение усугубляется низким индексом здоровья населения, низким социальным статусом основной его массы, неблагоприятными условиями труда и быта, загрязнением окружающей среды, а также ростом патологии, имеющей хроническое течение, в том числе и анемии. Известны многие этиологические факторы анемии, но следует отметить, что среди них весомую роль играет алиментарный, связанный в первую очередь с нехваткой в пище биоусвояемого железа.

В Кыргызстане, по данным А.Р.Раимжанова (1999г.), из 2,2 млн. женщин репродуктивного возраста почти 1,5 млн. болели анемией [1]. В 2006г из числа беременных женщин 52% страдали анемией [2]. Заболеваемость анемией с диагнозом, установленным впервые в 2006 году, составила среди детей от 0 до 14 лет 2109,1 случаев из зарегистрированных -3541 случаев на 100000 населения соответствующего возраста и 1240,6 взрослых и подростков (2647 случаев), соответственно. Рост заболеваемости определялся в значительной степени увеличением числа больных железодефицитной анемией, на долю которых в 2006г. пришлось 95,9% от числа заболевших болезнями крови и кроветворных органов.

Процент беременных женщин, больных анемией

Заболевание берем.	1996г.	2000г.	2001г.	2002г.	2003г.	2004г.	2005г.	2006г.
Числен. жен. законч. берем.	105431	88284	88014	92113	92070	96267	97496	100356
Анемией	55773	48284	49420	40247	49631	50475	46225	52227
Болез. сист. кровооб.	1440	1293	1077	1043	976	1623	764	1862
Гестозом	4314	4472	4033	3171	3574	4092	4128	4603
Болез. мочепол.	10673	11655	12433	24367	14244	14648	14558	20497
Вен. осложн	2100	2431	2222	2083	2396	1991	2145	1974

Данные из числа состоящих под наблюдением на начало года и поступивших под наблюдение в отчетном году (2007) [3].

Актуальность проблемы сохраняется в связи с повышением количества осложнений в родах, материнской смертности среди беременных женщин с ЖДА, неблагоприятным ее влиянием на плод и постнатальное развитие детей, особенно девочек. По данным ВОЗ (1998г.) смертность среди больных женщин ЖДА в 5-10 раз выше, чем среди здоровых женщин.

По данным З.Ш. Гилязутдиновой (1998) всего из материнского депо расходуется около 800-950 мг железа. По мнению М.С. Рустамовой (1991) к концу первой половины беременности, более чем у 50% беременных женщин, запас в медуллярной ретикулоэритроцитарной системе оказывается полностью исчерпанным. Особенно возрастает потребность в железе с 16-20 недель беременности, когда начинается костномозговое кроветворение у плода и увеличивается масса крови в материнском организме.

По мнению многочисленных исследователей, истощение депо железа в организме наступает в результате часто следующих друг за другом беременностей, длительной лактации, многоплодной беременности [4]. Исследованиями доказано, что женщины с интергенетическим интервалом менее двух лет являются группой «повышенного риска» по вероятности развития анемического состояния [5]. По данным экспертов ЦАРАК (1999) в Кыргызстане межродовой интервал среди женщин был коротким, т.е. 22% женщин рожали ежегодно, 32% - через 1-2 года и всего лишь 26% женщин рожали через 3 и более лет, т.е. с оптимальным родовым интервалом. Суммарный коэффициент рождаемости, или коэффициент фертильности женщин (среднее число детей, рожденных одной женщиной в течение репродуктивного периода) увеличился с 2,5 в 2002г. до 2,7 детей - в 2006г. [3].

Беременность и роды на фоне железодефицитной анемии характеризуются высокой частотой различных осложнений, нередко ставящих под угрозу жизнь матери и плода [6,7]. С увеличением срока беременности чаще встречаются латентные и выраженные формы железодефицитных анемий. Активно работающий эритропоэз в «спешке перенапряжения» продуцирует недостаточно насыщенные гемоглобином эритроциты [8,9]. Исследователи, занимающиеся вопросами анемии у беременных, отмечают высокий процент невынашивания, несвоевременного излития околоплодных вод (до 25%), преждевременной отслойки нормальнорасполо-

женной плаценты (2,9%), аномалии родовой деятельности (8,5%), кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периодах (7,6%), частота сочетания гестоза и ЖДА доходит до 40% [10,11]. По данным Л.М. Казаковой (1993) преждевременные роды наблюдались у 11-42%, С.Н. Вахромеевой и соавт. (1996) в 59% случаев скрытого дефицита железа.

Материалы и методы исследования. В наших исследованиях проводилось наблюдение за 209 беременными женщинами с ЖДА различной степени тяжести, получавшими традиционное лечение таблетированными железопрепаратами (n-65) и основная группа (n-144)-антианемической добавкой (патент КР №334, 960428.1). В обследуемых группах в основном были представительницы коренной национальности-72,8%. Группы были идентичны по возрасту и паритету беременности и родов, преобладали повторнородящие женщины. Беременные с легкой степенью анемии составили (61,9%). Так как тяжелая степень анемии встречалась реже, беременные со 2-3 степенью ЖДА были объединены в одну группу, которая составила 38%. При диагностике анемии руководствовались классификацией ВОЗ (1994) Для изучения состояния внутриутробного плода обследуемые беременные дважды проходили ультразвуковое сканирование. Определялось соответствие плода гестационному сроку. За стандарты были взяты данные Персианинова Л.С.

Для обоснования эффективности применения Антианемического средства в лечении и профилактике ЖДА у беременных женщин была проведена сравнительная оценка эффективности нашего лечения и традиционного. Показатели изучены и проанализированы в зависимости от исходной степени тяжести анемии, а также от социального статуса и паритета родов. Прослежены акушерские и перинатальные аспекты течения беременности и исхода родов в зависимости от способа лечения.

Результаты исследования. Положительное влияние нового метода лечения ЖДА на клинико-гематологические показатели способствовало снижению степени гемической гипоксии, в результате чего наблюдалось улучшение в течении беременности. Так, угроза прерывания беременности была наиболее частым осложнением периода гестации у обследуемых: в основной группе у 22 беременных (26,6%), а в группе сравнения - у 33 (50,7%). Гестозом легкой степени осложнилось течение беременности в 4 случаях (6,7%) при 1 степени анемии и в 3 случаях (9,6%) при средне-тяжелой анемии, тогда как в группе сравнения гестоз наблюдался в 13,5% и 21,4%, соответственно. Таким

образом, практически в 2 раза чаще наблюдались осложнения у беременных с традиционным лечением.

Изучение характера фактического питания у обследуемых беременных, получавших антианемическое средство, выявило существенные отклонения от принципов рационального и сбалансированного питания даже в материальнообеспеченных семьях. Основным видом питания коренного населения нашей республики явилась однообразная диета, состоящая из хлеба, молока, чая и мучных изделий. Железосодержащие продукты употребляются в очень малых количествах и без учета усвояемости микроэлементов.

Сравнительный анализ течения и исхода родов показал эффективное и положительное влияние лечения и снижение частоты осложнений. Так, при применении нового метода осложнения в родах уменьшились, например: несвоевременное излитие околоплодных вод наблюдалось у 8,8% женщин против 30,7% в группе сравнения ($p < 0,05$), слабость родовой деятельности 5,5%, < в сравнении-12,3%, и преждевременные роды до - 4,4% - в основной группе, против 23% с традиционным лечением.

Выводы

Таким образом, наши данные, согласуются с данными литературы о неблагоприятном течении беременности на фоне анемии. Полученные результаты в процессе наблюдения и лечения беременных женщин с ЖДА разными способами: жидким антианемическим средством и таблетированными традиционными железосодержащими препаратами показали эффективность нового способа лечения и положительное влияние на течение беременности и родов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Раимжанов А.Р./ Состояние гематологической службы в Кыргызской Республике//Здравоохранение Кыргызстана.-1999-№1-С.23-26.
2. Национальная стратегия охраны репродуктивного здоровья населения КР до 2015 года.Бишкек,2006.-72с.
3. Женщины и мужчины Кыргызской Республики 2002-2006//Сборник гендерно-разделенной статистики.Бишкек,2007.-С.32-64.
4. Джаманаева К.Б. Клинико-патогенетические аспекты развития анемии беременных: Дисс.док.мед.наук-Алматы, 2001-192с.
5. Шарманов Т.Ш. Профилактика и борьба с железодефицитной анемией-Прак. рук.,1998.-28с.
6. Мамедалиева Н.М., Кабылова С.А. Особенности течения и исходы беременности у женщин с анемией из Семипалатинского региона.//Акуш. ,гин.и перинатология. 2000.№4. - С.29-32.
7. Cavill I Iron and erythropoiesis in normal subjects and in pregnancy.// Journal of Perinatal Medicine1995-Vol/23-№1-2-Р.47-50.
8. Берлинер Г.Б., Хейфец Л.М. Вопросы ведения больных анемиями в практике.// Клиническая медицина -1996.-№2. - С.60-62
9. ОмаровС.-М.А., Омаров Н.С.-М., Абу Насер М.А., Давыдова И.С. Оптимизация дородовой подготовки и ведения родов при сочетании гестоза с железодефицитной анемией. // Акуш.и гин.-2000-№5-С.31-34.
10. Вахромеева С.Н., Денисова С.Н. и др. Латентная форма ЖДА беременных и состояние здоровья их детей.// Российский вестник перинатологии и педиатрии.-1996.-Т.41.№3. -С.26-30
11. Earl R.Woteki C. (Edc) Iron deficiency Anemia: Recommended Guidedelines for Prevention, Detection and management among U.S.Washington, 1998.
12. Гилязутдинова З.Ш.// Экстрагенитальная патология и беременность-М.1998.-С.159-203.

ВЛИЯНИЕ ЙОД-АМПЛИПУЛЬСОФОРЕЗА НА СОСТОЯНИЕ ЙОДУРИИ ПРИ ЙОДДЕФИЦИТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Сманова Дж.К., Алымкулов Р.Д., Алымкулов Д.А., Исраилова С.С., Саралипова Г.М.

Кафедра физических методов лечения КГМА, Бишкек, Кыргызстан

Резюме. Курс йод-амплипульсофореза при йоддефицитных заболеваниях повышает уровень содержания йода в моче на протяжении 3-6 месяцев

Ключевые слова: йод, амплипульсофорез, йодурия, йоддефицитные заболевания

ЙОДДЕФИЦИТТИК ООРУЛАРЫНДАГЫ ЙОД-АМПЛИПУСЛЬСОФОРЕЗДИН ЙОДУРИЯГА БЕРГЕН ТААСИРИ

Сманова Дж.К., Алымкулов Р.Д., Алымкулов Д.А., Исраилова С.С., Саралинова Г.М.

Резюме. Йоддефициттик ооруларындагы өткөргөн йод-амплипульсофорезтин курсу заарадагы йодтун камтылганын 3-6 айга чейин көтөрөт

Негизги сөздөр: йод, амплипульсофорез, йодурия, йоддефициттик оорулары

INFLUENCE IODINE-AMPLIPULSOFORESIS ON A CONDITION IODINEURIA AT IODINE

Smanova G.K., Alymkulov R.D., Alymkulov D.A., Israilova S.S., Saralinova G.M.,

The summary. Iodine - amplipulsoforesis at iodine deficit diseases raises a level of the contents of iodine in the urine during 3-6 months

Key words: iodine, amplipulsoforesis, iodineuria, iodine deficit diseases

Актуальность проблемы. Проблема йоддефицитных заболеваний является важнейшей глобальной медико-социально-экономической проблемой современности [4, 5, 7, 14, 15]. Все население Кыргызстана проживает в условиях природного дефицита йода [1, 11, 12]. Традиционная пероральная терапия тиреоидными гормонами, калия йодидом и йодирование пищевой соли далеко не всегда оказывается успешной, что подтверждается увеличением по Кыргызстану абсолютных цифр по обращаемости более чем в 10 раз (17981 в 1997 г. и до 189057 в 2001 г.) [9].

Идет постоянный поиск новых путей лечения названной патологии или совершенствование уже внедренных (медикаментозные, физиотерапевтические и др.) [8, 10, 13]. В этой связи перспективным является использование физических факторов, которые благоприятно влияют на состояние нервной системы и функцию щитовидной железы [2, 3, 6].

Материалы и методы исследования. Объектом нашего исследования были 40 студентов КГМА 18-23 лет с йоддефицитными заболеваниями в легкой форме, получавших курс йод-амплипульсофореза (10 процедур через день). Методы исследования: определение про-

центного содержания йода в суточной порции мочи (концентрацию йода в моче выражали в микрограммах на 1 литр). Динамика состояния йодурии проводилась по ближайшим и отдаленным результатам лечения, а именно: до лечения, сразу после окончания курса, через 1, 3, 6 мес.

Результаты исследования. Наиболее надежными методом оценки недостаточности йода является определение его экскреции с мочой. По результатам данного метода было установлено, что у 27 человек (67,5%) показатели йодурии колебались от 50 до 90 мкг/л, что свидетельствовало о легкой и средней степени йодного дефицита; у 8 человек (20,0%) были в пределах нижней границы нормы от 91 до 110 мкг/л; тяжелая степень йоддефицита ниже 50 мкг/л отмечена у 5 наблюдаемых (12,5%). Полученные результаты обрабатывались методом вариационной статистики с расчетом коэффициента достоверности.

После курса йод-амплипульсофореза достоверно возрастала экскреция йода в моче и сохранялась таковой на всех этапах исследования, что свидетельствовало о достаточном пролонгированном действии данного вида физиотерапии.

Таблица 1

Динамика показателей йодурии

Показатель	Время изучения показателей				
	До лечения (n=40)	Сразу после лечения (n=40)	Через 1 мес. после лечения (n=36)	Через 3 мес. после лечения (n=35)	Через 6 мес. после лечения (n=30)
Уровень йодурии (мкг/л)	81,8±18,2	144,0±20,3*	134,2±16,1*	125,7±10,8*	134,2±16,1*

Примечание: * - достоверные изменения значений по сравнению с первым столбцом (p<0,05)

Обсуждение. Теоретической предпосылкой к применению синусоидальных модулированных токов (СМТ) послужили данные о щадящем влиянии их на ткани организма, поскольку их параметры близки к естественным биотокам человека, что делает их более физиологичными. Под действием СМТ улучшается трофика тканей, повышается функциональная активность клеток, увеличивается проницаемость клеточных мембран, что приводит к лучшему усвоению лекарственных веществ, транспортируемых кровью.

Курс йод-амплипульсофореза оказывает значительное влияние на состояние здоровья больных с йоддефицитными заболеваниями, о чем достоверно свидетельствует положительная динамика клинических показателей и оценка ближайших результатов лечения. Амплипульстерапия как физический фактор оказывает нейрогуморальное, физико-химическое, биологическое действие, стимулирует собственные приспособительные реакции организма. При использовании йод-амплипульсофореза возрастает фармакологическая активность калия йодида, поступающего в общий ток крови в химически активном ионном виде. Немаловажным фактором является и накопление препарата в коже, создание депо и постепенное, медленное поступление в организм. Отчетливая положительная динамика отслеживалась и через месяц и через 3 месяца после лечения, что подтверждало пролонгированное действие йод-амплипульсофореза и свидетельствовало о достаточном содержании йода в организме.

Разработанная методика доступна для применения практически в любом лечебно-профилактическом учреждении, где имеется физиотерапевтический кабинет, не требует особых материальных затрат и создания специальных технологических условий. Преимуществом перед традиционной пероральной терапией калия йодом являются также короткий курс лечения (20 дней вместо 6-12 мес.), отсутствие раздражения слизистых оболочек желудка, дыхательных путей и глаз и дешевизна.

Выводы

- Курс йод-амплипульсофореза у пациентов с йоддефицитными заболеваниями увеличивает экскрецию йода с мочой, т.е. оказывает специфическое действие.
- Достаточный уровень йодурии после курса йод-амплипульсофореза при йоддефицитных заболеваниях сохраняется на протяжении 3-6 месяцев после окончания лечения.
- Предложенный метод лечения является эффективным средством терапии и особенно профилактики йоддефицитных заболеваний.

ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айтикеева Г. Мониторинг йоддефицитных заболеваний в Ошской области. – Бишкек, 2001. – С. 78-79.
2. Алымкулов Р.Д., Сманова Дж.К., Исраилова С.С., Алымкулов Д.А., Саралинова Г.М. «Способ лечения йоддефицитных заболеваний». - Патент № 906 от 31.10.2006, выдан «Кыргызпатентом».
3. Болезни органов эндокринной системы: Руководство по внутренним болезням // Под ред. И.И.Дедова. – М., Медицина. – 2000. – 538 с.
4. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы. – М., 2006. – С. 20-22.
5. Велданова М.В. Проблемы дефицита йода с позиции врача... / Проблемы эндокринологии. – 2001. – Т. 47. - № 5. – С. 10-13.
6. Гайтман Э. Болезни щитовидной железы // Под ред. Л.И.Браверман; пер. с англ. – М., 2000. – С. 359-379.
7. Герасимов Г.А. Йодирование соли – эффективный путь ликвидации йоддефицитных заболеваний в России. / Проблемы эндокринологии. – 2002. - Т.48. - № 6. – С. 7-10.
8. Герасимов Г.А., Свириденко Н.Ю. Йоддефицитные заболевания, диагностика, методы профилактики и лечения. // Терапевтический архив. – 1997. - № 10. – С. 1-3.
9. Итоги деятельности санитарно-эпидемиологической службы КР (1997-2001 годы). – Бишкек, 2002. – 80 с.
10. Свириденко Н.Ю. Йоддефицитные заболевания. Эпидемиология, методы диагностики, профилактики и лечения: Дис. ... д-ра мед.наук. – М., 1999.
11. Султаналиева Р.Б. Контроль и профилактика йоддефицитных заболеваний в Кыргызстане Автореф. дис. ... д.м.н. Бишкек, 2006. 42 с.
12. Султаналиева Р.Б. Йоддефицитные заболевания в Кыргызстане. – Бишкек, 2006. – 128 с.
13. Хетцель Б. Повесть о йодной недостаточности. Международные усилия в области питания. – М., 1994. – 48 с.
14. Чин У.У., Йен П.М. Болезни щитовидной железы. / Под ред. Л.И. Браверманна: Пер. с англ. – М., 2000. – С. 1-17.
15. World Health Organization. United Nations Children's Fund. International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders: Indicators for Assessing Iodine Deficiency Disorders and Their Control Through Salt Iodization. – Geneva, 1994. – P. 1-55.

О РЕЗУЛЬТАТАХ ВНЕДРЕНИЯ СТРАТЕГИИ ЛИКВИДАЦИИ ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА В КЫРГЫЗСТАНЕ

Султаналиева Р.Б., Рысбекова Г.С.

Кыргызско-Российский Славянский Университет, г. Бишкек, Кыргызстан.

Резюме. Изучены результаты внедрения стратегии ликвидации йодного дефицита в Кыргызстане. У 45,2 % беременных женщин концентрация йода в моче была ниже 100 мкг/л, медиана йодурии составила 111,0 мкг/л, что указывает на недостаточную йодную обеспеченность. В группах риска по ЙДЗ рекомендуется проводить индивидуальную йодную профилактику.

Ключевые слова: дефицит йода, беременные, медиана йодурии.

КЫРГЫЗСТАНДАГЫ ЙОДЖЕТИШСИЗДИКТИ ЖОЮУНУН СТРАТЕГИЯСЫНЫН ЖЫЙЫНТЫГЫ

Султаналиева Р.Б., Рысбекова Г.С.

Кыргыз - Орус Славян Университети, Бишкек, Кыргызстан.

Корутунду. Кыргызстандагы йоджетишсиздикти жоюунун стратегиясынын жыйынтыгы изилденди. 45,2% кош бойлуу аялдар дагы деле болсо йодтун жетишсиздигине душар болду, алардын йодурия медианасы 111 мкг/л туздуу. Тобокелдуу коркунуч группаларга индивидуалдуу профилактикалык йодчараларды зарыл улантыш керек.

Негизги создөр: йоджетишсиздик, кош бойлуу аялдар, йодурия.

ABOUT THE RESULTS OF INTRODUCTION OF STRATEGY FOR LIQUIDATION IODINE DEFICIENCY IN KYRGYZSTAN

Sultanalieva R.B., Risbekova G.S.

Kyrgyz-Russian Slavic University, Bishkek, Kyrgyzstan

Summary. The results of introduction of strategy for liquidation iodine deficiency in Kyrgyzstan are studied. The concentration of iodine in urine of 45,2% pregnant women was below 100 microg/l, the median urine of the pregnant women was 111 microg/l. There iodine status was not optimal. It is recommended to conduct an individual iodine prophylaxis in risk groups.

Key words: iodine deficiency, pregnant women, median urine.

Йодный дефицит является важной медико-социальной проблемой, поскольку его наличие доказано практически на всей территории Кыргызстана и во многих регионах мира. По результатам исследований, проведенных в 1994-2000 годах, республика была отнесена к странам со среднетяжелой степенью йодной недостаточности [1]. В основу государственной стратегии ликвидации йододефицитных заболеваний (ЙДЗ) было положено широкомасштабное использование йодированной соли, что основано на многочисленных исследованиях, доказывающих эффективность такого подхода, и рекомендациях Детского фонда ООН ЮНИСЕФ и ICCIDD [2,3,4]. В Кыргызстане разработана и внедрена «Национальная программа снижения уровня ЙДЗ в Кыргызской Республике». Были также приняты следующие нормативно-правовые акты: Закон Кыргызской Республики (КР) «О профилактике ЙДЗ»; указ Президента КР «Об усилении государственного регулирования и контроля за производством, ввозом, хранением и

реализацией соли в Кыргызской Республике». Важным разделом государственной стратегии стало изменение качества реализуемой в республике соли. Были изменены стандарты по добавлению йода в сторону увеличения: принят стандарт 40 ± 15 мг/кг соли и предусмотрено использование при изготовлении соли более стабильного йодата калия [3].

Чрезвычайно важным на пути решения проблемы ЙДЗ является внедрение системы биологического мониторинга обеспеченности населения йодом, который позволяет подтвердить наличие йодного дефицита и оценить степень его выраженности, определить эффективность проводимых мероприятий и адекватность йодной корректировки, зарегистрировать ликвидацию йодного дефицита как проблему здравоохранения.

Цель исследования. На основе биологического мониторинга лиц, имеющих наибольший риск возникновения ЙДЗ, оценить результаты внедрения стратегии ликвидации йодной недостаточности в Кыргызстане.

Материалы и методы исследования. В группу повышенного риска по развитию ЙДЗ входят дети и беременные женщины. Статус потребления йода у этих лиц является основным критерием, который определяет эффективность любой стратегии профилактики ЙДЗ. Для реализации цели настоящего исследования обследовано 580 беременных женщин в возрасте от 17 до 43 лет из 30 репрезентативных регионов Кыргызстана. Срок беременности от 8 до 38 недель. Йодная обеспеченность организма оценивалась по экскреции йода с мочой цетрий-арсенитным методом, модифицированный Д. Данном и Ф. Ван дер Хаар (1994) и признанный ВОЗ в качестве

стандартного [2]. Степень тяжести йодного дефицита оценивалась по критериям, принятым ВОЗ, ЮНИСЕФ и ICCIDD [3].

Результаты исследования и обсуждение. Медианное значение срока беременности у участниц было между 8 и 38 неделями; 146 (25%) женщин находились в первом триместре беременности, 223 (38%) – во втором триместре, и 211 (36%) – в третьем триместре. Показатели йодной обеспеченности беременных женщин различных регионов Кыргызстана представлены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели йодной обеспеченности беременных женщин различных регионов Кыргызстана

Регион	Количество обследованных	Концентрация йода в моче (мкг/л)	
		Колебания йодурии	Медиана йодурии
г. Бишкек	60	23,9 – 450,9	94,9
Чуйская область	80	16,4 – 550,7	67,5
Иссык – Кульская область	57	29,2 – 475,1	137,7
Нарынская область	38	20,5 – 505,9	57,9
Таласская область	20	54,7 – 528,0	154,2
Ошская область	154	22,9 – 592,4	136,9
Баткенская область	56	8,7 – 462,3	182,1
Жалалабатская область	115	12,0 – 543,2	128,4
Итого по республике	580	8,7 – 592,4	111,0

уровень йодурии обследованных беременных женщин колебался от 8,7 до 592,4 мкг/л. Медианное значение концентрации йода в моче у беременных женщин оказалось равным 111 мкг/л (95% CI: 102–121); у 355 женщин (61,2%; 95% CI: 57.2 – 65.1) концентрация йода в моче составила ниже 150 мкг/л, у 100 женщин (17,2%; 95% CI: 14.4 – 20.5) значения варьировали от 150 до 249 мкг/л, уровень йода в моче у 125 (21,6%; 95% CI: 18.4 – 25.1) женщин был ≥ 250 мкг/л. У большинства женщин (90%) уровень йода в моче варьировал от 30 до 452

мкг/л. Концентрация йода в моче беременных женщин из Чуйской и Нарынской областей оказалась меньше, чем во всех других областях. Среди женщин медианное значение концентрации йода в моче соответствовало рекомендованному международному уровню 150 – 250 мкг/л только в Баткенской и Таласской областях. Показатели частотного распределения экскреции йода с мочой в зависимости от степени выраженности йодной недостаточности у обследованных беременных женщин представлены в табл. 2.

Таблица 2

Концентрация йода в моче у беременных женщин и ее частотное распределение в зависимости от степени выраженности йодной недостаточности

Концентрация йода в моче (медиана) мкг/л	К-во женщин, имеющих содержание йода в моче менее 100 мкг/л								100 мкг/л и >	
	Общее к-во		0–19,9 мкг/л		20–49,9 мкг/л		50–99,9 мкг/л		Абс.	%
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		
111,0	262	45,2	5	0,9	90	15,5	167	28,8	318	54,8

Как видно из представленных данных, йодную недостаточность на момент обследования имели 262 (45,2 %) женщин, из них 0,9 % – тяжелую степень, среднюю – 15,5 %, легкую – 28,8 %. 318 (54,8%) беременных имели йодурию более 100 мкг/л.

Таким образом, эпидемиологические исследования, проведенные среди лиц, имеющих наибольший риск развития ЙДЗ, позволили оценить эффективность стратегии ликвидации йодной недостаточности в Кыргызстане. У 45,2 % беременных женщин отмечается недостаточное потребление йода (медиана йодурии менее 100 мкг/л), у них имеется высокий риск развития ЙДЗ. У 61,2% беременных женщин концентрация йода в моче была ниже 150 мкг/л. Как известно, экспертная группа

ВОЗ и ЮНИСЕФ пересмотрела рекомендованные уровни потребления йода с питанием в группах наибольшего риска в сторону их увеличения [5]. Так, ВОЗ ранее рекомендовала беременным и кормящим женщинам 200 мкг йода в день (в США рекомендованная потребность была выше – 220 мкг в день). С учетом повышенной потребности в йоде в указанные критические периоды эксперты ВОЗ рекомендовали повысить норму его потребления до 250 мкг/сут. В идеале медиана йодурии беременной женщины должна колебаться в пределах 150 – 250 мкг/л (уровень USPSTF). Согласно данным ВОЗ [5], Кыргызстан отнесен к группе стран, которым рекомендовано предпринимать все необходимые меры для увеличения охвата домохозяйств йодиро-

ванной солью более 90% и лишь при неэффективности принимаемых мер рассмотреть целесообразность и эффективность проведения профилактики препаратами йода в группах наибольшего риска. К данной группе относятся также следующие страны СНГ: Беларусь, Молдова, Узбекистан и Таджикистан.

Выводы

1. У 45,2 % беременных женщин отмечается недостаточное потребление йода, у 61,2% - концентрация йода в моче была ниже 150 мкг/л, медианное значение йодурии составило 111,0 мкг/л.

2. В Кыргызстане необходимо более активно укреплять стратегию всеобщего йодирования соли. В группах риска по ЙДЗ рекомендуется проводить индивидуальную и групповую профилактику физиологическими дозами йода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Султаналиева Р.Б. Йододефицитные заболевания в Кыргызстане. – Бишкек, 2006. — 228 с.
2. Данн Д., Ван дер Хаар Ф. Практическое руководство по устранению йодной недостаточности. Техническое пособие № 3 / ICCIDD, UNICEF, WHO. — 1994. — 59 с.
3. WHO, UNICEF, ICCIDD. Recommended Iodine Levels in Salt and Guidelines for Monitoring Their Adequacy and Effectiveness. — Geneva, 1996.
4. Wu T., Liu G.J., Li P., Clar C. Iodized salt for preventing iodine deficiency disorders (Cochrane Review) // Cochrane Database Syst. Rev. — 2002. — № 3.
5. Герасимов Г.А. О новых рекомендациях ВОЗ и ЮНИСЕФ по профилактике йододефицитных заболеваний. /Клиническая и экспериментальная тиреоидология. —2008. —том.4. —№1.

О РОЛИ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В КЫРГЫЗСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Сыдыкова С.Ж., Алымбаева М.Ж., Бримкулов Н.Н.

Кыргызско-Российский Славянский университет.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан

Резюме. Для оценки генетических факторов предрасположенности к ХОБЛ изучены уровень и фенотипы альфа-1-антитрипсина (ААТ) у 109 пациентов с хронической обструктивной болезнью легких кыргызской популяции. Сывороточный дефицит альфа-1-антитрипсина среди обследованных лиц обнаружен у 10 человек (9,2%), составив в среднем $68,0 \pm 21,2$ мг/дл. Среди пациентов этой группы один пациент имел фенотип PiZZ, а трое - PiMZ.

Ключевые слова: дефицит альфа-1-антитрипсина, ААТ, хроническая обструктивная болезнь легких, генетический фактор, фенотип, кыргызская популяция

ABOUT THE ROLE OF THE GENETIC FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF THE CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN KYRGYZ POPULATION

Summary. Levels and phenotypes of alpha-1-antitrypsin in 109 Kyrgyz patients with chronic obstructive lung disease are studied with the purpose of assessment of the role of the genetic susceptibility to COPD. Among the investigated patients, serum AAT deficiency is found in 10 patients (9,2%), with $68,0 \pm 21,2$ mg/dl at the average. Among the deficiency patients, one patient has PiZZ, 3 - PiMZ phenotype.

Key words: alpha-1-antitrypsin deficiency, AAT, chronic obstructive lung diseases, genetic factor, phenotype, Kyrgyz population.

Актуальность. Болезни органов дыхания являются одной из наиболее актуальных проблем здравоохранения во всем мире, и занимают лидирующее положение среди причин смертности в большинстве стран мира [6]. На сегодняшний день ХОБЛ является четвертой причиной смертности в мире, причем к 2030 году она станет третьей причиной общей смертности в мире [6]. Высокие показатели смертности, объясняются комплексом факторов, как социально-экономических, так и этиопатогенетических [5]. Несмотря на то, что курение является самым существенным фактором риска, лишь у 10-20% курильщиков развивается ХОБЛ. Таким образом, становится понятно, что в развитии ХОБЛ играют роль и другие факторы, в том числе генетические. Предполагается, что в развитии ХОБЛ играют роль множество генов, и генетическая предрасположенность определяется различными генетическими комбинациями [7]. Дефицит альфа-1-антитрипсина (ААТ) является этиопатогенетическим фактором развития ХОБЛ с доказанной генетической обусловленностью фермента [1, 5]. Подавляя избыточную активность протеолитических ферментов, в особенности нейтрофильной эластазы, ААТ защищает ткани организма, в первую очередь – легких, от протеолиза [11]. В европейских странах частота дефицита ААТ среди белой популяции достигает 0,02-0,06% [1, 3]. Исследований ААТ в азиатских популяциях проведено значительно меньше [3]. Более того, до недавнего времени считалось, что дефицит ААТ является уделом белой популяции и не наблюдается в азиат-

ских странах. Однако de Serres, выполнив анализ опубликованных работ по распространенности дефицита ААТ, заявляет о глобальной распространенности генетического дефицита ААТ [3].

Кыргызстан отличается от других стран Европейского региона самыми высокими показателями смертности от хронических болезней органов дыхания [4]. Тем не менее, роли генетического фактора в наблюдаемом «лидерстве» Кыргызстана по этим нозологиям до сих пор уделялось недостаточно внимания. Поэтому для Кыргызстана изучение проблемы дефицита ААТ имеет особое значение. Отсутствие разработок в данном направлении стало обоснованием для проведения данного исследования.

Целью работы явилась оценка генетических механизмов предрасположенности к ХОБЛ на основе изучения уровня и фенотипа ААТ у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких в кыргызской популяции.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие пациенты стационаров г. Бишкек, пульмонологического отделения Национального Госпиталя и городской клинической больницы №6, отделения экстренной терапии городской клинической больницы №1. Пациентам разъяснялась цель и суть исследования, и при получении согласия, пациентами подписывалось письменное соглашение. Критерии отбора включали этническую принадлежность к кыргызской популяции, наличие верифицированной хронической обструктив-

ной болезни легких (ХОБЛ, эмфизема) любой степени тяжести; отсутствие тяжелых сопутствующих заболеваний.

Обследованы 109 пациентов кыргызской национальности, в том числе 53 мужчины и 56 женщин (средний возраст $57,5 \pm 13,4$ лет) с хронической обструктивной болезнью легких. Контрольную группу составили 26 практически здоровых лиц, из них 18 мужчин и 8 женщин, средний возраст которых составил $30,0 \pm 6,6$ лет. Группа здоровых лиц состояла из добровольцев, информированных о сути исследования и давших письменное согласие на участие.

Определение сывороточного уровня ААТ. Исследование уровня ААТ в сыворотке крови проводилось методикой турбидиметрии на спектрофотометре (Beckman) с использованием набора фирмы SPINREACT (Испания). Набор включает в себя тройной буфер (растворитель, R1), раствор антител к человеческому альфа-1-антитрипсину (R2), и калибратор. Турбидиметрический анализ основан на измерении изменения интенсивности потока световой энергии, прошедшего через дисперсную систему. Условия проведения исследования: реактивы в термостате доводились до температуры 37°C , рабочая длина волны - 340 нм, длина оптического пути 1 см. После настройки фотометра, в кювету добавляется растворитель (R1) и исследуемая сыворотка, затем считывается значение оптической плотности этого раствора (A1). Затем в кювету добавляется реактив (R2), и считывается значение оптической плотности (A2). Концентрация ААТ рассчитывается методом интерполяции разницы величин оптической плотности (A1-A2) на калибровочную кривую.

С целью внутреннего контроля качества турбидиметрического измерения уровня ААТ, все исследуемые образцы были направлены в виде высушенной капли на специальном фильтре в лабораторию г. Марбург (Германия), специализирующуюся по диагностике ДААТ.

Определение фенотипов ААТ. Для определения фенотипа ААТ капли цельной крови наносились на специальную фильтровальную бумагу, высушивались, отправлялись в лабораторию по исследованию ААТ в Университетской клинике Марбурга (Германия). Генетическое исследование включало метод полимеразной

цепной реакции (ПЦР), изоэлектрическое фокусирование и определяло основные фенотипы ААТ: MM, MZ, ZZ, MS, SS, и так называемый нулевой фенотип. Редкие фенотипы не определялись.

Полученные данные заносились в программу Microsoft Office Excel 2003, и были обработаны с применением пакета прикладных программ STATISTICA 6.0 фирмы StatSoft Inc. (США). Достоверность различий оценивалась с помощью t-теста.

Результаты и их обсуждение. Исследование уровня ААТ в нашем исследовании у пациентов ХОБЛ обнаружало колебания от 24 до 308 мг/дл, средний уровень составил $168,1 \pm 58,6$ мг/дл. Уровень ААТ у здоровых лиц варьировал от 147 до 314 мг/дл или в среднем $205,1 \pm 42,4$ мг/дл, что было достоверно выше, чем у больных ХОБЛ ($p=0,003$).

Следует отметить, что нормальное содержание ААТ в сыворотке крови представлено достаточно широким разбросом величин [1-2]. Согласно «Стандартам диагностики и ведения дефицита альфа-1-антитрипсина» нормальная концентрация ААТ в крови соответствует 150-350 мг/дл [1]. ААТ является острофазовым показателем воспаления, может значительно повышаться во время обострений хронических заболеваний, у курящих лиц, и т.д. Более того, различные источники указывают на различный пороговый уровень ААТ [1-2]. Мы руководствовались рекомендациями производителя реагентов ААТ, согласно которым нормальное содержание ААТ может варьировать от 90 до 270 мг/дл. Снижение сывороточного уровня ААТ менее 90 мг/дл является признаком дефицита ААТ. На основании этого порогового уровня, пациенты были разделены на группу с дефицитом и группу без дефицита ААТ. Группа с пограничным уровнем была условно выделена ввиду того, что гетерозиготные фенотипы (MZ, MS) могут иметь уровень ААТ в крови выше дефицитного, однако ниже среднего нормального.

Итак, группа с дефицитом была представлена 10 пациентами (9%), у которых уровень ААТ варьировал от 24,0 до 89,0 мг/дл (в среднем $68,0 \pm 16,0$ мг/дл), достоверно отличаясь от остальных пациентов с ХОБЛ ($p<0,001$) (табл. 1).

Таблица 1
Уровень сывороточного α 1-АТ в различных группах кыргызской популяции (M \pm с)

	Все пациенты с ХОБЛ (n = 109)	Пациенты без дефицита (n=82)	Пациенты с пограничным уровнем (n=17)	Пациенты с дефицитом (n=10)	Группа здоровых лиц (n=26)
Сывороточный ААТ, мг/дл	$168,1 \pm 58,6$	$194,4 \pm 41,5$	$106,4 \pm 9,1$	$68,0 \pm 21,2$	$205,1 \pm 42,4$

В целом это очень высокий показатель, так как по данным литературы, в общей популяции белой расы распространенность тяжелого дефицита альфа-1-антитрипсина, соответствующего фенотипу PiZZ, составляет менее 1% [1]. Высокий показатель, выявленный нами, может объясняться тем, что исследуемую нами группу составили пациенты с хроническими заболеваниями легких, что значительно повышает вероятность наличия дефицита ААТ в данной популяции.

Среди пациентов с ХОБЛ различной степени тяжести этот показатель варьирует от 1 до 17,8% [1, 9].

Пациентов с пограничным содержанием ААТ в сыворотке крови, варьирующем от 90 мг/дл до 115 мг/дл (в среднем $106,4 \pm 9,09$), оказалось 17 человек, или 16%.

Неожиданным наблюдением оказался пониженный уровень ААТ у группы пациентов с ХОБЛ в целом по сравнению с уровнем ААТ у здоровых лиц. Подобных данных в литературе не найдено. Более того, уровень

ААТ в группе пациентов, как острофазового неспецифического показателя воспаления, должен быть повышен в связи с тем, что в момент проведения исследования, а также забора крови, все обследованные пациенты с ХОБЛ находились в стадии обострения заболевания.

Из литературы известно, что уровень ААТ определяется его фенотипом (Табл.2), обозначаемым симво-

лом Pi (от англ. proteinase inhibitor). Нормальное содержание ААТ в сыворотке крови связано с аллелью, обозначенной буквой М (PiM). Варианта PiMM в общей популяции белой расы встречается с частотой 95%. Варианта PiMS - 3-11%, PiSS - 0,01-2%, PiMZ - 2-5%, PiZZ - 0,02-0,06% [1].

Таблица 2

Уровни ААТ сыворотки крови при различных фенотипах ААТ [1]

PI фенотип	Уровень ААТ в сыворотке крови		% от нормального уровня сывороточного ААТ
	μM	мг/дл (мг/дл × 0,1923 = μM)	
MM	20-48	150-350	100
MZ	17-33	90-210	57
SS	15-33	100-200	60
SZ	8-16	75-120	37
ZZ	2.5-7	20-45	15
Z0	<2.5	<20	8
00	0	0	0

Результаты генетического анализа выявили, что носителями MM аллелей являются 105 пациентов (96,3%), 1 пациент (0,9%) имел фенотип ZZ и еще 3 (2,7%) - фенотип MZ. При этом у пациента с фенотипом ZZ уровень ААТ был самым низким - 24 мг/дл, у трех пациентов с фенотипом MZ - 42, 66 и 78 мг/дл. Таким образом, фенотипы PiZZ и PiMZ были обнаружены у пациентов дефицитной группы. Все пациенты группы с пограничным и нормальным уровнем ААТ имели фенотип PiMM. Исходя из этого, можно говорить о нецелесообразности выполнения фенотипирования пациентам с нормальным уровнем ААТ.

По данным ряда эпидемиологических исследований, частота фенотипа ZZ в группах с ХОБЛ варьирует от 1 до 4,5% [9]. В нашем исследовании, при имеющемся небольшом объеме выборки, делать выводы о точной распространенности фенотипа ZZ в кыргызской популяции еще преждевременно, но можно заявить о его наличии и предположить роль его особого вклада в развитие хронических обструктивных заболеваний легких. Примечательно, что при данном небольшом объеме выборки уже обнаружены случаи тяжелого дефицита ААТ, в то время как в ряде работ, проведенных в странах Азии, дефицитного фенотипа не обнаружено вовсе [10]. Таким образом, наши данные подтверждают определенную генетическую детерминированность развития ХОБЛ в кыргызской популяции.

Выводы

1. Уровень ААТ у пациентов с ХОБЛ (168,1±58,6 мг/дл) в кыргызской популяции достоверно более низкий по сравнению с контрольной группой здоровых лиц (205,1±42,4 мг/дл, p=0,003).

2. Среди пациентов-кыргызов с ХОБЛ (9,2%) выявлен сывороточный дефицит ААТ (68,0 ± 21,2 мг/дл).

3. Среди пациентов-кыргызов с ХОБЛ выявлены фенотипы Pi ZZ и MZ, что подтверждает гипотезу глобальной распространенности дефицита ААТ.

4. В развитии ХОБЛ у пациентов кыргызской популяции генетический дефицит ААТ играет важную роль.

ЛИТЕРАТУРА

1. American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: Standards for the Diagnosis and Management of Individuals with Alpha-1 Antitrypsin Deficiency. // Am J Resp Care Crit Care Med.- 2003.- Vol.168, № 7.-P.825.

2. Brantly M. Laboratory diagnosis of α-1 antitrypsin deficiency. /In: Crystal RG, editor / Brantly M // Alpha 1-antitrypsin deficiency. New York: Marcel Dekker.-1996. P.211-226

3. de Serres F. Worldwide racial and ethnic distribution of alpha 1-antitrypsin deficiency: summary of an analysis of published genetic epidemiologic surveys/de Serres F// Chest 2002.- 122.-P.1-12.

4. European White Lung Book. European Respiratory Journal, Ltd.- 2003.- P.36

5. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD// Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). - 2006.

6. <http://www.who.int/respiratory/copd>. 2008

7. Hoidal J.R. Genetics of COPD: present and future / Hoidal J.R// European Respiratory Journal. - 2001. - Nov. V.18, 5. - P. 741-743

8. Lee SS. Alpha-1-antitrypsin phenotypes by isoelectric focusing in a metropolitan southern Chinese population / Lee SS, Lawton JW, Ko KH, Lam KM, Lin CK// J Clin Pathol.-2001.- Oct; V.54,10.-P.798-800

9. Lieberman J. α1-antitrypsin Pi-types in 965 COPD patients/Lieberman J, Winter B, Sastre A.// Chest.- 1986.- 89.-P. 370-373.

10. Saha N. Alpha 1-protease inhibitor (PI) subtypes in seven populations of east Asia / Saha N// Ann Hum Biol .- 1990.- May-Jun; V.17, № 3.-P. 229-34

11. Stockley RA. Neutrophiles and protease/antiprotease imbalance/ R. A. Stockley //Am J Resp Crit Care Med.-1999.-160.- P.49-52.

ДИНАМИКА ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Тойгонбаева В.С., Кутманова А.З.

КГМА им. И.К. Ахунбаева, кафедра Общественного здравоохранения и здоровья с курсом эпидемиологии, кафедра инфекционных болезней, г. Бишкек, Кыргызстан

Резюме. В статье анализируются структура, динамика паразитарных заболеваний регистрируемых в республике. Структура паразитарных заболеваний в динамике менялась, отмечается рост инвазированности острицами, эхинококком, лямблиями.

КЫРГЫЗСТАНДАГЫ МИТЕ КУРТ ООРУЛАРДЫН ДИНАМИКАСЫ

В.С.Тойгонбаева, А.З.Кутманова

И.К.Ахунбаев атындагы КММАнын эпидемиология курсу менен коомдук саламаттык жана саламаттыкты сактоо кафедрасы, жугуштуу оорулар кафедрасы, Бишкек, Кыргызстан

Корутунду. Статъяда азыркы мезгилге чейин республикада кездешкен мите курт оорулардын структурасы жана динамикасы аныкталат. Мите курт оорулардын динамикасы акыркы жылдарда өзгөрүлдү. Эхинококкоз, лямблиоз жана чучөк оорулар өсүшүү аныкталат.

DYNAMICS OF PARASITIC DISEASES IN KYRGYZ REPUBLIC

Toigonbaeva V.S., Kutmanova A.Z.

KSMA named after Akhunbaev I.K., Department of public health with epidemiology course, Infectious diseases department, Bishkek, Kyrgyzstan

Summary. A structure, dynamics of parasitic diseases registered in republic are analyzed in article. Structure of parasitic diseases is changed in dynamics, infection with enterobius vermicularis, echinococcus and lamblia intestinalis increases.

Key words: structure, dynamic, echinococcosis, enterobiasis, lambliosis.

По данным ВОЗ, паразитарными болезнями в мире поражено более 4,5 миллиардов человек. При этом на долю гельминтозов приходится 99% всех паразитозов. По мнению В.П. Сергиева, в настоящее время, распространенность гельминтозов среди жителей различных континентов Земли, мало чем отличается от оценки ситуации данной Ле Ришем еще в 60-х годах прошлого столетия: на каждого жителя Африки приходится в среднем более двух видов гельминтов. В Азии и Латинской Америке – более одного, а в Европе инвазией поражен каждый третий житель.

Периодически ВОЗ проводит оценку глобального распространения отдельных болезней, в соответствии с которой можно утверждать, что на протяжении своей жизни каждый человек неоднократно переболевает паразитарными болезнями. Положение о ведущей роли инфекций и паразитозов в общей патологии человека относится не только к развивающимся странам, но и справедливо и в отношении экономически развитых стран. По неофициальным данным американского доктора Росса Андерсона, 85-95 % взрослого населения США имеют паразитов, но не знают об этом.

По данным ВОЗ в мире 1000млн. человек поражены аскаридозом, 900 млн страдают от анкилостом, у 500 млн. паразитирует власоглав, у 400 млн.-дизентерийная амеба, у 350-370 млн. лямблии и остриц, около 40% детей школьного возраста в странах мира (400 млн.) заражены кишечными гельминтами. Один только шистосомоз поражает 88 млн детей не достигших 15 лет. Такие инвазии влияют на рост и развитие ребенка, приводят к хронической инвалидности и ограничивают возможность усвоения знаний в школе.

Ежегодно в республике регистрируется до 45 000 различных инвазий, с учетом поправочного коэффициента эта цифра может достигать до 450 000, причем, 80% инвазированных составляют дети до 14 лет. В КР насчитывается 1.5 миллиона детей до 14 лет, это значит, что каждый третий ребенок в республике инвазирован каким-то паразитом. В Кыргызской республике зарегистрировано более 20 видов гельминтов, среди которых широко распространенными являются энтеробиоз, аскаридоз, гименолепидоз, эхинококкоз. Остальные регистрируется в виде спорадических заболеваний. Среди болезней, вызываемых простейшими, наиболее распространенными являются лямблиоз, амебиаз, малярия, хла-

мидиоз, регистрируется токсоплазмоз. В последние годы наблюдается как случаи завоза экзотических паразитарных заболеваний таких как филяридоз, а также обращений больных по поводу выделения ими неизвестных и неописанных в литературе червей.

В структуре инфекционной патологии без гриппа и ОРЗ удельный вес инвазий в 2007 году составил 36% и по уровню распространения уступает только гриппу и ОРВИ. В то же время необходимо отметить, что данные официальной статистики не отражают истинной картины инвазированности населения республики. Это подтверждается исследованиями проведенными проектом «Гигиена и санитария в сельской местности» В проектных селах Нарынской, Иссык-Кульской и Таласской областях инвазированность энтеробиозом и лямблиозом по данным ДГСЭН варьировали от 0,6%, 0,8%, 0,7% в 2001 г до 6,1%, 5,3% и 12,3% в 2006 г. соответственно. В этих же

селах исследования проведенные проектом выявили инвазированность 37%, 53% и 35% соответственно.

По данным официальной статистики в первом десятилетии XXI века число выявляемых больных паразитарными заболеваниями имеет тенденцию к росту по сравнению с предыдущими десятилетиями. Удельный вес положительных находок среди обследованных лиц за 2000-2007 годы приблизился к показателям шестидесятых годов, составив 3,3% и 4,2% соответственно, тогда как в 70-е, 80-е и 90-е годы этот показатель составлял всего 1,4, 0,6 и 1,3% соответственно.

В структуре инфекционной патологии без гриппа и ОРЗ удельный вес инвазий в 60-е годы составлял – 56%, 70-е- 46%. 80-е- 13,5%, 90-е – 28,1% и в 20-е – 40,7%. По уровню распространения паразитозы уступают только гриппу и ОРВИ (рис. 1).

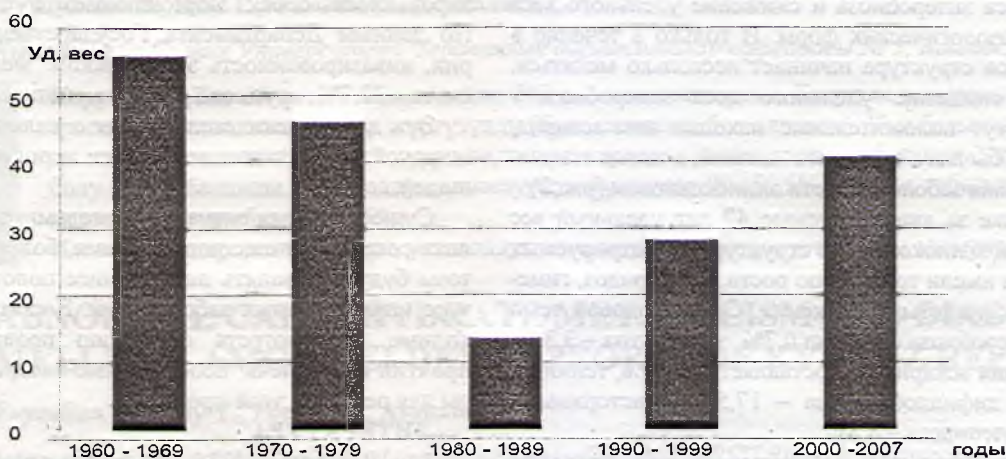


Рис 1. Удельный вес паразитозов в структуре инфекционной патологии

Фауна паразитов населения республики характеризуется качественным и количественным своеобразием. В структуре паразитозов наибольший удельный вес имеют контактные гельминты, которые выявляются у 80,1% инвазированных, на геогельминты приходится – 10,5%. Удельный вес биогельминтов составляет - 1,3%, причем из них 87,6% случаев заражения произошло от домашних

животных, 12,1% через мясопродукты и 0,2% рыбную продукцию.

Протозоозы в структуре регистрируемой паразитофауны составляют 7,9%. Из них на кишечные простейшие приходится 92,1% и 7,8% составляет малярийный плазмодий.

За анализируемый период динамика структуры, регистрируемых паразитозов менялась (рис. 2).

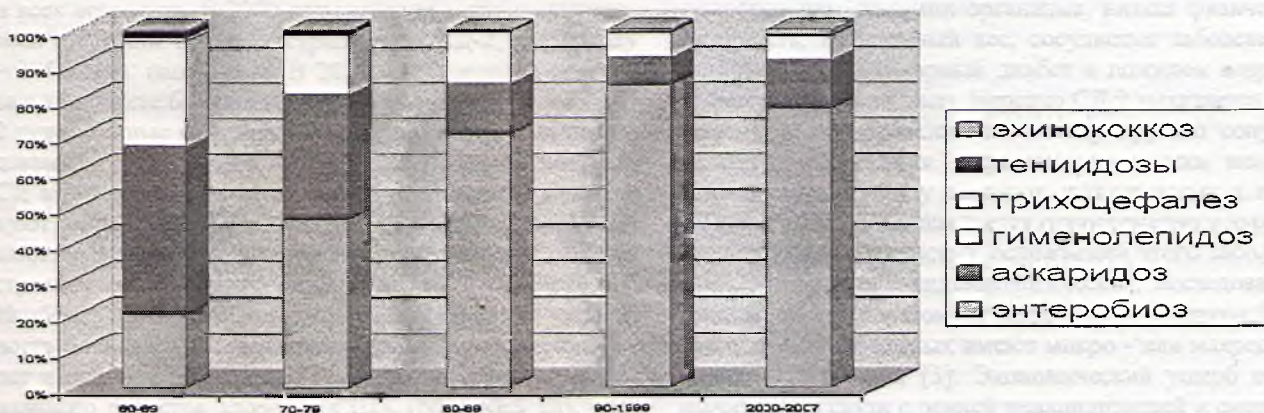


Рис 2. Динамика структуры заболеваемости гельминтозами в КР

За 1960-1969 годы на первом месте по выявляемости был аскаридоз. Удельный вес аскаридоза в структуре гельминтозов составлял 47%. На втором месте - 29,5% находился гименолепидоз и только потом энтеробиоз с удельным весом 20,4%. Тениидозы составляли 1,7%, трихоцефалез 1% и эхинококкоз всего 0,4%. В следующее десятилетие (1970-1979) картина начинает меняться. Отмечается снижение удельного веса аскаридоза до 35,1%, гименолепидоза до 16,7%, трихоцефалеза - 0,4%, тениидозов - 0,6% и эхинококкоза до 0,2%. Удельный вес выявляемого энтеробиоза начинает расти до 47,0%.

За 1980-1989 годы в структуре гельминтозов более половины выявляемых гельминтозов составляет энтеробиоз. Удельный вес инвазий острицами вырос до 69,6%. Аскаридоз и гименолепидоз составляют по 14,4% и 14,5% соответственно, а удельный вес трихоцефалеза снижается в 4 раза, тениидозов в 3 раза и эхинококкоза в 1 раз. В следующее десятилетие продолжается рост удельного веса энтеробиоза и снижение удельного веса остальных нозологических форм. И только в течение 8 лет 2000 годов структура начинает несколько меняться. Намечилось снижение удельного веса энтеробиоза - 70,6% и растут положительные находки яиц аскарид, карликового, бычьего и свиного цепней, а также отмечается рост уровня заболеваемости эхинококкозом (рис.2).

В динамике за анализируемые 47 лет удельный вес энтеробиоза и эхинококкоза в структуре регистрируемых гельминтозов имели тенденцию роста, а аскаридоз, гименолепидоз, тениидозы - снижения. Среднегодовой темп прироста энтеробиоза составил 0,7%, эхинококкоза - 3,3%. Темп снижения аскаридоза составляет - 6,04%, тениидозов - 0,2%, дифиллоботриоза - 17,5%, описторхоза - 0,2%, гименолепидоза - 8,8%.

Увеличение удельного веса энтеробиоза в структуре регистрируемых гельминтозов может иметь следующие причины. Во - первых это снижение уровня заболеваемости другими гельминтозами. По данным официальной статистики за анализируемый период произошло существенное снижение заболеваемости аскаридозом, гименолепидозом, тениидозами и другими гельминтозами. Во-вторых, заболеваемость энтеробиозом имела тенденцию роста, что, по-видимому, связано снижением социально-экономических условий жизни населения, вслед-

ствие которого активизировался механизм передачи инвазии. В- третьих в большинстве лабораторий, начиная с 90-х годов, преимущественно использовали только метод соскоба или липкой ленты, что не позволяет выявлять яйца других гельминтов.

Рост уровня заболеваемости эхинококкозом начался в начале 90-х годов. В 1990 году число прооперированных по поводу эхинококкоза увеличилось в два раза (230 против 105 в 1980 г). В последующие годы наблюдается тенденция роста числа операций. В 2000 году прооперировано 592, а в 2008 - Рост заболеваемости эхинококкозами обусловлен, во-первых, высокой численностью собак. По данным Департамента Государственной ветеринарии ежегодно учитываются от 204774 до 500.000 собак. Однако их истинная численность, по-видимому, намного больше, так как число бродячих и безнадзорных животных также значительно, а официального учета их нет. По данным Раимкулова К. инвазированность собак эхинококкозом составляет - 9,6%. По данным Департамента Государственной ветеринарии, инвазированность эхинококком мелкого рогатого скота - 32,7%, крупного рогатого скота - 3,4%.

Эти данные свидетельствуют о наличии достаточно широкой циркуляции гельминта и риске заражения я людей.

Существующая ситуация по гельминтозам в республике сохранится еще долгое время, более того гельминтозы будут сохранять лидирующее положение в структуре инфекционных заболеваний. В связи с этим необходимо пересмотреть стратегию проводимых мероприятий и привлечь необходимые материальные ресурсы для решения этой проблемы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Раимкулов К.М. Эпизоотическая оценка собак как основных источников альвеококкоза в Кыргызстане // Научно-практический медицинский журнал. "Здравоохранение Кыргызстана"- г. Бишкек-2008. №2 - С.96-100.
2. Акматов Б.А. Распространенность. Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза//Актовая речь на расшир. заседании Уч. Совета КГМА. -Бишкек, 2000. -20 с.

НАРУШЕНИЕ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ У ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ ЛЮДЕЙ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Файзулина Н., Цой Т., Фомина С., Асаналиев С.

Кафедра терапевтических дисциплин № 1, КРСУ, Бишкек, Кыргызстан

Резюме. Нами было обследовано 217 человек в возрасте от 60 до 91 года. Всем обследованным проводили антропометрическое исследование (рост, масса тела, объем талии), измеряли АД и сахар крови. Оценивался риск развития СД 2 типа с помощью теста-опросника АДА. Нарушение углеводного обмена выявлено у 99 (50,5%) человек, из них явный сахарный диабет выявлен у 56 (28,6%) обследованных.

Ключевые слова: сахарный диабет, нарушение углеводного обмена, пожилой возраст.

КЫРГЫЗСТАНДАГЫ УЛГАЙЫП КАЛГАН ЖАНА КАРЫГАН АДАМДАРДЫН КАНТ ДИАБЕТИ ЖАНА УГЛЕВОДДУК АЛМАШУУНУН БУЗУЛУШУ

Файзулина Н., Цой Т., Фомина С., Асаналиев С.

Кыргыз Орус Славян Университети Терапиялык дисциплиналар кафедрасы № 1, Бишкек, Кыргызстан

Корутунду. Биз 60 тан 91 жашка чейин 217 кишини текшердик. Баардык текшерилүүчүлөргө антропометриялык изилдоолор жүргүзүлдү (бою, салмагы, бел өлчөмү). Кан басымын жана кандагы канти ченедик. АДА-нын суроо-тестинин жардамы менен кант диабетинин 2 тибинин пайда болуу riski баланды. Углеводдун алмашуунун бузулушу 99 (50,5%) адамда табылды, анын ичинде анык кант диабет 56 (28,6%).

Негизги создор: кант диабет, углеводдук алмашуунун бузулушу, карыган адамдар.

ABNORMAL CARBOHYDRATE METABOLISM AND DIABETES MELLITUS AMONG ELDERLY PEOPLE OF KYRGYZ REPUBLIC

Fayzulina N., Tsoy T., Fomina S., Asanaliev S.

Internal medicine speciality Chair of therapeutic disciplines №1, KRSU Bishkek, Kyrgyzstan

Resume. We have examined 217 people in the age group from 60 to 91 using the random sampling research method. Anthropometric measurements have been made for every patient (height, weight, waste size). Also data concerning the arterial pressure of patients have been collected. Also, the 2nd type of diabetes mellitus risk factor has been assessed with the help of the ADA (American Diabetes Association) tests. Carbohydrate metabolism abnormalities have been recorded in 99 cases (50.5 %), out of them explicit diabetes mellitus diagnosed in 56 cases (28.6%).

Key words: Diabetes mellitus, elderly people, abnormal carbohydrate metabolism.

Введение. В XXI веке проблема сахарного диабета (СД) приобрела масштабы глобальной эпидемии, касающейся населения всех стран мира, национальностей и всех возрастов. В 2000 году во всем мире насчитывалось 157,3 млн. больных, страдающих СД-2, в 2006 году – 246,0 млн. пациентов. В 2025 году согласно прогнозам на планете будут жить около 380 млн. человек с СД 2 типа. Данные контрольно-эпидемиологических исследований показали, что истинная численность больных СД в 3-4 раза выше официально признанной. Существуют определенные состояния и болезни, представляющие собой факторы риска, при которых распространенность сахарного диабета достигает 15-30 % [1]. Наиболее быстрыми темпами увеличивается численность больных СД старшего возрастного поколения (65 лет и старше). По данным третьего пересмотра национального регистра здоровья США (NHANES III), распространенность СД 2 типа составляет около 8% в возрасте 60 лет и достигает максимальных значений (22–

24%) в возрасте старше 80 лет [2]. Пожилой возраст привносит с собой множество факторов, приводящих к развитию СД: физиологическое изменение метаболизма углеводов при старении организма, низкая физическая активность, избыточный вес, сосудистые заболевания. До 50% случаев сахарный диабет в пожилом возрасте остается не выявленным. Нередко СД 2 выявляется случайно при обследовании по поводу другого сопутствующего заболевания. Скрытое, клинически невыраженное течение СД у пожилых лиц приводит к тому, что диагноз СД 2 выставляется одновременно с выявлением поздних сосудистых осложнений этого заболевания. По данным эпидемиологических исследований, установлено, что в момент регистрации диагноза СД 2 уже более 50% больных имеют микро- или макрососудистые осложнения [3]. Экономический ущерб очень значителен в связи с ранней инвалидизацией и смертностью больных с СД, дорогостоящим лечением поздних осложнений диабета.

Распространенность, а также особенности нарушения углеводного обмена у лиц пожилого и старческого возраста в Кыргызстане не изучены.

Цель исследования. Изучить распространенность сахарного диабета и других нарушений углеводного обмена у лиц пожилого и старческого возраста.

Методы и результаты исследования. Изучено состояние углеводного обмена у 217 человек в возрасте старше 60 лет. Лица данного возраста были выделены при массовом профилактическом скрининге населения на скрытый сахарный диабет в поликлиниках №1,3,8 г. Бишкек и Национального госпиталя МЗ КР. Из выборки исключены лица, ранее имеющие диагноз СД или другие нарушения толерантности к глюкозе и состоящие на диспансерном учете. Всем обследованным проводили антропометрическое исследование (рост, масса тела, объем талии), измеряли артериальное давление. Диагностика нарушений углеводного обмена была основана на определении концентрации глюкозы в цельной крови. Измерение глюкозы проводилось глюкометром "Gluco Smart" (Германия). СД диагностировали при гликемии цельной крови натощак $\geq 6,1$ ммоль/л или при гликемии ≥ 11 ммоль в цельной капиллярной крови

в любое время суток. При оценке показателей углеводного обмена, нами учитывалось, что после 50 лет за каждые последующие 10 лет гликемия натощак увеличивается на 0,055 ммоль/л (1 мг%), а гликемия через 2 часа после еды увеличивается на 0,5 ммоль/л (10 мг%). Нарушение гликемии натощак (ГН) диагностировали при гликемии цельной крови натощак $> 5,6$ ммоль/л $< 6,0$ ммоль/л. У части обследованных изучали уровень постпрандиальной гликемии (ПГ). Также оценивался риск развития СД 2 типа с помощью тестов, предложенных АДА (Американская Диабетическая Ассоциация). Статистический анализ результатов исследования был выполнен с помощью программ Microsoft Excel. Для описания количественных признаков в исследуемых группах вычисляли медиану (Me), и диапазон (Min – Max), а также среднее значение и среднюю ошибку показателя (M±m).

Из 217 обследованных лиц 145 женщин (возраст от 60-92 года), 72 мужчины (возраст 60-87 лет). Согласно классификации, принятой Европейским региональным бюро ВОЗ (1963) все обследованные разделены на разные возрастные группы (табл. 1).

Таблица 1

Распределение обследованных лиц по разным возрастным категориям

Классификация ВОЗ	возраст	Количество обследованных (абс.)	Количество обследованных (%)
Лица пожилого возраста	от 60 до 75 лет	155	71,4
Лица старческого возраста	с 75 до 89 лет	61	28,1
Долгожители	с 90 лет и >	1	0,5

Как видно из данных таблицы, основное количество обследованных составили лица пожилого возраста (71,4%), несколько меньше старческого возраста

(28,1%) и всего один долгожитель. У всех обследованных изучен риск возникновения СД 2 типа по тест-опроснику, АДА (табл. 2).

Таблица 2

Риск развития сахарного диабета у обследованных лиц

Группа риска	Кол-во баллов	Кол-во человек (все возрасты) % (абс.)	Лица пожилого возраста % (абс.)	Лица старше 75 лет % (абс.)
Низкий	Менее 3	0	0	0
Умеренный	От 3 до 9	14% (30)	15,5% (24)	9,7% (6)
Высокий	10 и более	86% (187)	84,5% (131)	90,3 % (56)

Из данных таблицы видно, что почти все обследованные старше 60 лет имеют риск возникновения СД 2 типа, из них 14% входят в группу умеренного риска, 86% - в группу высокого риска. Наиболее высока вероятность развития СД 2 типа у лиц старческого возраста (90,3%).

Учитывая, что избыточный вес и артериальная гипертензия, являются одним из наиболее серьезных факторов риска развития СД 2 типа, нами изучены данные показатели у лиц пожилого и старческого возраста (табл. 3).

Таблица 3

Частота факторов риска развития сахарного диабета 2 типа у лиц разных пожилого и старческого возраста

Факторы риска	Кол-во человек (все возрасты) % (абс.)	Лица пожилого возраста % (абс.)	Лица старше 75 лет % (абс.)
Избыточный вес	48,4% (105)	49,7% (77)	45,9% (19)
Ожирение I ст.	19,4% (42)	19,4% (30)	19,6% (12)
Ожирение II ст.	5,1% (11)	6,5% (10)	1,6% (1)
Ожирение III ст.	2,8% (6)	3,2% (5)	1,6% (1)
Артериальная гипертензия	53,5% (77)	49,6% (77)	63,9% (39)

Из общего количества обследованных 67,9% человек имели нарушение жирового обмена разной степени выраженности, из них 48,4% - избыточный вес, 27,3% - ожирение. Большинство людей как пожилого (49,7%), так и старческого возраста (45,9%) имели избыточный вес, ожирение 1 степени встречалось в обеих возрастных группах с одинаковой частотой (19,4% и 19,6%), а у лиц старше 75 лет ожирение высокой степени встречалось гораздо реже. Влияние артериальной гипертонии на уровень распространенности СД 2 типа носит опосредованный характер. Способствуя, более быстрому прогрессированию атеросклероза любой локализации, артериальная гипертония также увеличивает риск развития СД 2 типа. Повышение АД на момент обследования установлено у 53,5% обследованных. Важно отметить,

что гипертония встречается чаще у лиц старческого возраста (63,9%), чем у пожилых (49,6%).

Исследование уровня ГН в цельной капиллярной крови проведено у 196 человек (68 мужчин и 128 женщин). Нарушение углеводного обмена по результатам ГН выявлено у 99 (50,5%), т.е. каждый второй человек в возрасте старше 60 лет имел патологию углеводного обмена, из них явный сахарный диабет выявлен у 56 (28,6%) обследованных. Средний показатель ГН составил $5,6 \pm 1,4$ ммоль/л. У 70 человек проведено исследование ПГ цельной капиллярной крови. По показателям ПГ 24,3% человека имели нарушение углеводного обмена, явный сахарный диабет (с уровнем гликемии от 12,1 ммоль/л до 21,8 ммоль/л) обнаружен у 8,6%. В таблице 4 представлены данные о состоянии углеводного обмена у лиц пожилого и старческого возраста.

Таблица 4

Состояние углеводного обмена у лиц пожилого и старческого возраста

Показатели глюкозы цельной крови	Количество обследованных (%)	Min – Max ммоль/л	Me ммоль/л
Показатели гликемии натощак			
3,3 -5,6 ммоль/л	49,5%	3,1-5,6	4,9
5,7-6,0 ммоль/л	20,9%	5,7-6,0	5,8
>6,1 ммоль/л	28,6%	6,1-14,6	6,7
Показатели постпрандиальной гликемии			
<7,8 ммоль/л	75,7%	3,7-7,7	6,0
7,8-11,0 ммоль/л	15,7%	8,1-11,0	9,0
>11,1 ммоль/л	8,6%	12,1-21,8	13,5

При сравнении нарушения углеводного обмена у лиц разных возрастных групп выявлено, что в пожилом возрасте изменения углеводного обмена встречаются с частотой до 43,8%, у лиц старческого возраста изменения выявляются чаще - 46,7%. При сочетании нескольких факторов риска, увеличивается количество лиц имеющих нарушение углеводного обмена.

Течение сахарного диабета у всех выявленных больных было бессимптомным: отсутствовали жалобы на жажду, мочеиспускание, зуд, потерю массы тела. У пациентов преобладали неспецифические жалобы на слабость, утомляемость, головокружение, нарушение памяти и другие когнитивные дисфункции, которые вводили от возможности сразу заподозрить наличие СД.

Таким образом, эпидемиологические условия в отношении СД и других нарушений углеводного обмена определяются как уровнем распространенности внешних и внутренних факторов, так и возрастом (старше 60 лет). Учитывая выше приведенные данные, необходимо активно проводить профилактику ожирения, артериальной гипертонии, атеросклероза и мероприятия по ранней диагностике СД у лиц пожилого и старческого возраста. Использование в качестве скринингового теста для раннего выявления СД 2 только уровень гликемии натощак явно не достаточно. Этот тест необходимо дополнить обязательным исследованием уровня гликемии через 2 ч после еды.

Выводы

1. Истинная распространенность СД 2 типа и других нарушений углеводного обмена у лиц пожилого и старческого возраста значительно выше регистрируемой и доходит до (50,5%), т.е. каждый второй человек в возрасте старше 60 лет имеет патологию углеводного обмена.
2. Для активной диагностики СД 2 в группах умеренного и высокого риска развития диабета 1 раз в год рекомендуется проводить исследование гликемии натощак и через 2 ч после еды.
3. В плане работ лечебно-профилактических учреждений республики необходимо предусмотреть мероприятия по активному выявлению СД среди лиц пожилого и старческого возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дедов И.И., Шестакова М.В. «Сахарный диабет». М., Универсум Паблишинг, 2003.
2. Шестакова М.В «CONSILIUM-MEDICUM», Сахарный диабет в пожилом возрасте: особенности клиники, диагностики и лечения, 2002, Том 4, №10.
3. Alberti KGMM, Zimmet P, Shaw J. International Diabetes Federation: a consensus on Type 2 diabetes prevention. Diabet Med 2007; 24: 451-63.

ТОКСИЧЕСКИЙ ПНЕВМОНИТ ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЭЛЕКТРОСВАРОЧНОГО АЭРОЗОЛЯ

Чонбашева Ч.К., Сулайманова Ч.Т., Ашырбаева К.И., Складов В.А.

*Кафедра госпитальной терапии и профболезней КГМА, Национальный госпиталь МЗ КР,
Бишкек, Кыргызстан*

Резюме. У электросварщиков могут встречаться разнообразные бронхолегочные заболевания профессиональной этиологии. Наибольшие диагностические трудности возникают при токсическом поражении легких. В статье представлен клинический пример токсического пневмонита, принципы постановки диагноза профессионального заболевания.

Ключевые слова: электросварочный аэрозоль, токсический пневмонит, диагностические критерии.

ЭЛЕКТРШИРЕТКИЧ АЭРОЗОЛДОН ПАЙДА БОЛГОН ТОКСИКАЛЫК ПНЕВМОНИТ

Чонбашева Ч.К., Сулайманова Ч.Т., Ашырбаева К.И., Складов В.А.

*Госпиталдык терапия жана кесип оруу кафедрасы КММА, Улуттук госпиталь КР ССМ,
Бишкек, Кыргызстан*

Корутунду. Электрширеткичтерде артурдуу бронхоопко оорулары кесиптик этиологияда жолугат. Озгочо дарттапма кыйындыктар опкону токсикалык жабырлатканда кездешет. Макалада, токсикалык пневмониттин клиникалык туру, кесиптик оорунун дартты аныктоо принциптери корсотулгон.

Негизги создор. Газлектрширеткич аэрозоль, токсикалык пневмонит, дарттапманын критерийлери.

TOXIC PNEUMONITIS INDUCED BY A WELDING AEROSOL

Chonbasheva Ch.K., Sulaimanova Ch.T., Ashyrbayeva K.I., Sklyarov V.A.

KSMA, National Hospital under Ministry of Health of Kyrgyz Republic, Bishkek

Resume. Many various occupational pulmonary diseases occur in welders. Great difficult for diagnostic appear in the cases of toxic injury of lung. In article describe in-patient case as an example of toxic pneumonitis, give principle of diagnostic of occupational disease.

Key words. Welding aerosol, toxic pneumonitis, diagnostic criterion.

Сварочное производство является одним из самых распространенных в Кыргызстане. Газоэлектросварочные работы, выполняемые на разных промышленных предприятиях, сопровождаются выделением в воздух рабочей зоны и окружающей среды аэрозоля, содержащего разнообразные вредные факторы, к которым относятся целый комплекс цветных металлов (никель, хром, марганец, бериллий, цинк и др.), токсические вещества (оксиды азота, углерода, фторид водорода и др.), газы (пропанбутан, ацетилен и др.) и диоксид кремния. Производственный аэрозоль, имеющий сложный состав, оказывает комбинированный и сочетанный характер воздействия на организм – фиброгенный, токсический, раздражающий и сенсibiliзирующий. В связи с этим у газоэлектросварщиков наблюдается довольно широкий спектр профессиональной бронхолегочной патологии. Высока частота встречаемости разных видов пневмоко-

ниозов, а также хронического бронхита и бронхиальной астмы [1].

Наряду с типичными и часто встречающимися вышеуказанными заболеваниями возможно развитие и гиперчувствительного пневмонита при преобладании в сварочном аэрозоле металлов-аллергенов, подтверждение чему мы не раз находили и в нашем клиническом опыте [2].

Наши наблюдения показывают, что последние годы, в связи с некоторым оживлением производства в Кыргызской Республике, характеризуются дальнейшим расширением спектра нозологических форм профессиональной патологии среди контингента лиц, занятых в сварочных работах.

В связи с необходимостью решения экспертных и социальных вопросов в условиях рыночных взаимоотношений в экономике необходимо дальнейшее изуче-

ние характера профессиональной патологии с уточнением диагностических критериев, поскольку при определенных условиях возможно развитие и редко встречающихся заболеваний. В сварочном производстве к таковым относятся острые токсические поражения легких, представляющие значительные трудности для диагностики в практическом здравоохранении.

Поэтому целью данной работы является демонстрация роли электросварочного аэрозоля в развитии редковстречающейся (в настоящее время) у электросварщиков в Кыргызстане бронхолиочной патологии.

Приводим клиническое наблюдение. Больной М., 35 лет, поступил в отделение профпатологии Национального госпиталя впервые в феврале 2008 года. Из профессионального маршрута известно, что с 1989 г. по 2006 г. (с перерывом в период службы в армии в 1991-1993 г.г.), т.е. в течение 15 лет, работал электросварщиком на предприятии «Госкомнефтепродукт». До поступления на работу был здоров. Занимался ремонтом и строительством нефтехранилищ, изготовленных из низкоуглеродной стали. В процессе работы производил ручную и дуговую электросварку с использованием качественных марганецсодержащих электродов.

В 2002 году больной в течение 2-х недель занимался ремонтом цистерны бензовоза, изготовленной из легированной стали, содержащей цинк. В один из дней производил электросварку внутри цистерны, т.е. в небольшой замкнутой емкости, что создало условия для резкого повышения концентрации газоелектросварочного аэрозоля, который содержал пары и мелкодисперсную пыль оксида цинка.

Через несколько часов после начала работы у больного появился сладковатый вкус во рту, боль в груди, затрудненное дыхание, разбитость, слабость, головная боль, миалгии. Больной прекратил работу и вернулся домой, где спустя несколько минут развился потрясающий озноб с резким повышением температуры тела до 40°C, которая удерживалась около 8-ми часов с последующим критическим падением, сопровождавшимся проливным потом. В период лихорадки преобладали симптомы поражения нервной системы (бессознательное состояние, бред), отмечались гиперемия лица, конъюнктивит глаз, одышка и затрудненное дыхание, вызванное бронхоспазмом.

Врачом по месту жительства состояние было расценено как тяжелая форма гриппа. Лечился амбулаторно 3 дня. Самочувствие улучшилось, однако полного выздоровления не произошло. После этого эпизода стали беспокоить одышка при небольшой физической нагрузке, приступообразный кашель с трудноотделяемой мокротой. Продолжал работать в своей профессии, но вне замкнутых пространств. В последующем состоянии ухудшилось за счет присоединения хронической респираторной инфекции, обострения которой протекали с субфебрильной лихорадкой. Наблюдалось прогрессирующее похудание на 20 кг за 5-6 лет. В связи с тем, что больной перестал справляться с работой электросварщика в 2006 г. переведен на должность мастера-технолога. Тем не менее продолжал находиться в среде воздействия сварочного аэрозоля.

При поступлении в отделение профпатологии Национального госпиталя состояние больного расценено

как среднетяжелое. При осмотре - пониженного питания: вес 60 кг, рост 174 см. Гипотрофия мышц. Обращает внимание диффузный и акроцианоз. Изменение кожи голени по типу «прижогов» или «птичьих глазков» (остаточные явления). Симптом «пальцы Гиппократы». Эмфизематозная грудная клетка. Перкуторно над легкими коробочный оттенок звука. При аускультации дыхание жесткое в верхних и средних отделах, в нижних - ослабленное, диффузные сухие хрипы разной тональности. Частота дыхания 22-24 в мин. Тоны сердца приглушены, тахикардия - 100 в мин. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Периферических отеков нет.

Дополнительные методы обследования.

Общий анализ крови: гемоглобин - 148,9 г/л, эритроциты - $4,95 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,91; лейкоциты - $6,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 7%, сегментоядерные - 66%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 23%, моноциты - 2%. СОЭ - 15 мм/ч.

При рентгенологическом исследовании в легких определяется диффузный ячеисто-сетчатый пневмофиброз, участки интерстициальных затемнений чередуются с немногочисленными участками просветлений - очагами буллезной эмфиземы. Корни легких широкие с нечеткими контурами. Левый купол диафрагмы уплощен из-за массивных плевральных спаек, в наружной его части выявляется осумкованная воздушная полость. Оба синуса запаяны спайками.

Функции внешнего дыхания резко нарушены по obstructивно-рестриктивному типу: показатели ЖЕЛ резко снижены, крайне резкие нарушения проходимости дыхательных путей.

Газы крови: Напряжение кислорода в артериальной крови - PaO₂ - 50 мм рт. ст.; Напряжение углекислого газа в артериальной крови - PaCO₂ - 45 мм рт. ст. Сатурация - SaO₂ - 88,4%. Данные свидетельствуют о развитии гипоксемии и гиперкапнии.

ЭКГ: Синусовая тахикардия 100 в мин. Неполная блокада правой и левой ножек пучка Гиса. Функциональная перегрузка правого предсердия.

Эхокардиография: Локация затруднена, тахикардия. Исследование проведено с эпигастрального доступа. Пропалс митрального клапана I ст. с минимальной регургитацией. Минимальная регургитация трикуспидального клапана. Легочная артерия несколько расширена. Среднее ЛАД = 28 мм рт. ст.

Итак, на первый взгляд вышеописанный симптомокомплекс воспринимается как классическая картина своеобразного острого профессионального заболевания - металлической, в данном случае цинковой, лихорадки. Это заболевание обычно заканчивается полным клинико-функциональным выздоровлением в короткие сроки - через 2-3 дня.

Однако, в наблюдаемом нами случае, полного выздоровления не произошло. Обращает на себя внимание тот факт, что после указанного эпизода у больного сохранялись (а в последствие нарастали) легочные синдромы. Наряду с клиническими проявлениями остались и рентгенологические отклонения, которые были представлены интерстициальными изменениями по типу ячеисто-сетчатого пневмофиброза с тенденцией к про-

грессированию и диффузными очагами буллезной эмфиземы.

Учитывая особенности клинико-рентгенологической симптоматики, мы полагаем, что в тот период больной перенес тяжелую форму острого токсического пневмонита с клиническими проявлениями бронхо-бронхиолита и альвеолита. Развившееся резкое нарушение бронхиальной проходимости обусловило появление острой эмфиземы легких, принявшей характер буллезной. В последующем заболевание осложнилось хронической неспецифической бронхолегочной инфекцией, которая и стала доминирующим признаком заболевания.

Изменения со стороны сердца обусловлены, с одной стороны, последствиями развившегося в тот период нарушения кровотока в малом круге кровообращения, вызванного острым токсическим поражением легких (по типу острого легочного сердца), с другой - токсическим поражением миокарда. А в настоящее время - легочной артериальной гипертензией в результате хронизации легочного процесса.

Таким образом, с учетом вышесказанного диагноз сформулирован следующим образом: Токсический пневмосклероз в исходе острого токсического пневмонита, осложненный хронической неспецифической бронхолегочной инфекцией. Двусторонний слипчивый плеврит. Буллезная эмфизема легких. Спонтанный ограниченный (осумкованный) пневмоторакс. ДН II-III ст. Вторичная легочная артериальная гипертензия.

Проведена бронхолитическая, антибактериальная терапия, лечение сердечно-сосудистых изменений и оксигенотерапия. На фоне проводимого лечения наблюдалось уменьшение клинических проявлений обструктивного синдрома.

Больной признан нетрудоспособным, инвалидизирован по II группе.

Заболевание связано с профессией на основании:

- 1) профессионального маршрута - длительного стажа работы в профессии электросварщика;
- 2) проведения газозлектросварочных работ внутри маленького замкнутого пространства, когда создались условия для резкого повышения концентрации сварочного аэрозоля, имеющего сложный состав (токсические, раздражающие, сенсибилизирующие компоненты);
- 3) особенностей клинической симптоматики (острое начало - появление симптомов через несколько часов от начала работы, тяжелое течение, присоединение инфекционных осложнений);
- 4) характерных рентгено-функциональных отклонений (тяжисто - ячеистые интерстициальные изменения с диффузными очагами буллезной эмфиземы, вентиляционные отклонения смешанного типа, гипоксемия).

Закключение.

Представленное наблюдение свидетельствует о том, что в современном сварочном производстве, наряду с часто встречающимися профессиональными заболеваниями бронхолегочной системы, (пневмокониозы, хронический бронхит, бронхиальная астма), при определенных условиях может развиваться и острое токсическое поражение легких, что необходимо учитывать в практической деятельности семейных врачей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Профессиональные заболевания /Под ред. Н.Ф.Измерова - М., Медицина, 1996
2. Чонбашева Ч.К., Сулайманова Ч.Т., Усенова Н. и др. Проблемы диагностики профессионального гиперчувствительного пневмонита. Здоровоохранение Кыргызстана, 2008, № 2. - С. 118-122.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЕКЛАЗОНА ЭКО ЛЕГКОЕ ДЫХАНИЕ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СРЕДНЕ - ТЯЖЕЛОГО И ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ

Юсупова Г.С., Порощай Е.Н., Калиев Р.Р.

Национальный Центр Кардиологии и Терапии имени академика Миррахимова М.М., Кыргызская государственная медицинская академия, кафедра внутренних болезней 6 курса, г. Бишкек, Кыргызстан

Резюме. Для изучения эффективности шести месячной терапии Беклазоном Эко Легкое Дыхание (БЭЛД) были обследованы 26 больных, страдающих бронхиальной астмой (БА) средне тяжелого и тяжелого течения, находящихся на диспансерном учете ЦСМ № 7 г. Бишкека. В течение шести месяцев пациенты принимали БЭЛД в дозе 500-1000 мг в сутки. Эффективность лечения оценивалась с учетом выраженности дневных и ночных симптомов астмы, параметров функции внешнего дыхания (ФВД), опросника АСТ (Asthma Control Test) и толерантности к физической нагрузке. На фоне шести месячного приема БЭЛД наблюдали урежение как дневных, так и ночных симптомов астмы, достоверно возрастали показатели $ОФВ_1/ЖЕЛ$, максимальной объемной скорости выдоха на отрезке 25-75% ФЖЕЛ и дистанция, которую больные проходили в шаговом тесте. Отмечено значимое увеличение показателей уровня контроля над астмой по всем баллам опросника АСТ.

Ключевые слова: бронхиальная астма, БЕКЛАЗОН Эко Легкое Дыхание, функция внешнего дыхания.

ОРТОЧО ООР ЖАНА ООР ӨТҮҮЧҮ БРОНХ АСТМАЛУУ ООРУЛУУЛАРДА БЕКЛАЗОН ЭКО ОҢОЙ ДЕМ АЛУУНУН ЭФФЕКТИВДҮҮЛҮГҮ

Юсупова Г.С., Порощай Е.Н., Калиев Р.Р.

Корутунду. Беклазон Эко Легкое Дыхание (БЭЛД) (Беклазон Эко оңой дем алуу) менен алты айлык дарылоонун натыйжасын изилдөө үчүн Бишкек шаарынын №7 ҮДТсында диспансердик учетто турган орточо оор жана оор отүүчү бронха астмасы (БА) менен жабыркаган 26 оорулуу текшерилди. Алты ай бою бейтаптар БЭЛДди суткасына 500-1000 мг кабыл алышты. Дарылоо натыйжасына астманын күндүзгү жана түнкү симптомдорунун байкалышын, тышкы дем алуу (ФВД) функцияларынын параметрлерин, АСТ (Asthma Control Test) жана кара күч басымына чыдамкайлыгын эсепке алуу менен баа берилди. БЭЛДди алты ай кабыл алуунун жыйынтыгында астманын күндүзгү, ошондой эле түнкү симптомдорунун азайганы, $ОФВ_1/ЖЭЛ$, ФЖЭЛ 25-75% кесигинде дем чыгаруунун максималдуу көлөмдүү ылдамдыгынын көрсөткүчтөрү жана оорулуулар кадамдык тестте өткөн аралык анык көбөйгөндүгү байкалды. АСТ суроолорунун бардык баллдары боюнча астмага көзөмөл жүргүзүү деңгээлинин көрсөткүчтөрү бир топ өскөндүгү байкалды.

Негизги создор: бронха астмасы, Беклазон Эко Легкое Дыхание, тышкы дем алуу функциясы

EFFICIENCY OF BEKLAZON ECO EASY BREATH AT PATIENTS WITH THE BRONCHIAL ASTHMA MIDDLE HEAVY AND HEAVY CURRENT

Summary. For studying efficiency of six monthly therapies Beklazoni Eco Easy Breath (BEEB) 26 patients, suffering bronchial asthma (BA) middle heavy and heavy current, registered in the dispensary of polyclinic № 7 Bishkek city have been observed. Within six months treatment patients were on BEEB in a doze of 500-1000 mg/day. Efficiency of treatment was estimated based on expressiveness of daytime and night symptoms of asthma, parameters of external breath function (EBF), ACT questionnaire (Asthma Control Test) and tolerances to physical loading. After a six month BEEB treatment, it was observed a decrease in both daytime and night symptoms of asthma, parameters $FEV1/BCP$, maximal volumetric speed of exhalation on a piece of 25-75% FBCP and a distance, which patients passed in the step-by-step test authentically grew. A significant increase took place in parameters of a level of control over asthma on all points of ACT questionnaire.

Key words: bronchial asthma, Beklazoni Eco Easy Breath, External Breath Function.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЕКЛАЗОНА ЭКО ЛЕГКОЕ ДЫХАНИЕ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
СРЕДНЕ ТЯЖЕЛОГО И ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ

Ингаляционные кортикостероиды (иКС), являющиеся на сегодняшний день наиболее эффективными противоастматическими средствами, обоснованно занимают центральное место в лечении бронхиальной астмы (БА). Противовоспалительный эффект иКС сопровождается редукцией симптомов заболевания, снижением числа обострений и госпитализаций, повышением качества жизни и, в конечном счете, снижением смертности от БА [1]. Сочетание ультрамелкодисперсного аэрозоля и оптимальной формы доставки препарата значительно увеличивает его респираторную фракцию до 40–50% в отличие от других ингаляционных систем [2].

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности шести месячной терапии Беклазоном Эко Легкое Дыхание больных бронхиальной астмой среднее тяжелого и тяжелого течения.

Материалы и методы. Обследованы 26 больных, страдающих БА среднее тяжелого и тяжелого течения, находящихся на учете в ЦСМ 7 г. Бишкека. Средний возраст больных составил $55,2 \pm 5$ лет. В течение шести месяцев больные принимали БЭЛД в дозе 500-1000 мг в сутки. До и после лечения все пациенты проходили исследование на аппарате «Master-Lab» (Германия). Анализировались показатели: ЖЕЛ (л), ЖЕЛ (% долж), ОФВ₁ (л), ОФВ₁ (% долж), ОФВ₁/ЖЕЛ (%), ФЖЕЛ (л/сек), ОФВ₁/ФЖЕЛ (%), МОС 25-75 (л/сек). Толерантность к физической нагрузке оценивалась по шести минутному шаговому тесту: измерялось пройденное расстояние в метрах, одышка по шкале Борга и сатурация с помощью пульсоксиметрии. Частота дневных и ночных симптомов астмы, потребность в короткодействующих β_2 -агонистах (КДБА), рассчитывалась как средние значения за день или за ночь в течение недели по данным дневников самоконтроля. Уровень контроля симптомов БА определяли с помощью опросника АСТ (Asthma Control Test) с использованием количественных параметров оценки течения БА: как полностью контролируемое (25 баллов), хорошо контролируемое (20-24 балла), недостаточно контролируемое (≥ 19 баллов). Достоверность различий сравниваемых показателей определяли по t-критерию Стьюдента, различия считались статистически достоверными при $p < 0,05$.

К концу третьего месяца лечения БЭЛД отмечалось заметное улучшение (табл. 1.) таких симптомов, как частота приступов удушья в дневное время ($с 1,95 \pm 0,29$ до $0,84 \pm 0,18$ баллов, $p < 0,01$), частота ночных симптомов астмы ($с 0,91 \pm 0,26$ до $0,16 \pm 0,08$ баллов, $p < 0,05$). Потребность в короткодействующих β_2 -агонистах через три месяца составила $с 2,26 \pm 0,35$ до $0,79 \pm 0,17$ баллов ($p < 0,001$).

Результаты и их обсуждение. К концу третьего месяца лечения БЭЛД отмечалось заметное улучшение (табл. 1.) таких симптомов, как частота приступов удушья в дневное время ($с 1,95 \pm 0,29$ до $0,84 \pm 0,18$ баллов, $p < 0,01$), частота ночных симптомов астмы ($с 0,91 \pm 0,26$ до $0,16 \pm 0,08$ баллов, $p < 0,05$). Потребность в короткодействующих β_2 -агонистах через три месяца составила $с 2,26 \pm 0,35$ до $0,79 \pm 0,17$ баллов ($p < 0,001$).

Таблица 1

Динамика симптомов больных БА среднее тяжелого и тяжелого течения в процессе лечения БЭЛД

Симптомы (в баллах)	До лечения	Через 3 месяца	Через 6 месяцев
Частота дневных симптомов	$1,95 \pm 0,29$	$0,84 \pm 0,18^*$	$0,55 \pm 0,14^{**}$
Частота ночных симптомов	$0,91 \pm 0,26$	$0,25 \pm 0,12^{***}$	$0,16 \pm 0,08^{**}$
Потребность в короткодействующих β_2 -агонистах	$2,26 \pm 0,35$	$0,79 \pm 0,17^*$	$0,58 \pm 0,10^{**}$

Примечание: * - $p < 0,01$; ** - $p < 0,001$; *** - $p < 0,05$.

Полученное к концу трехмесячного лечения БЭЛД достоверное урежение частоты как дневных ($с 1,95 \pm 0,29$ баллов до $0,55 \pm 0,14$ баллов, $p < 0,001$), так и ночных ($с 0,91 \pm 0,26$ баллов до $0,16 \pm 0,08$ баллов, $p < 0,001$) симптомов астмы сохранялось на протяжении всего лечебного периода. Кроме того, к концу полугодовой терапии БЭЛД практически уменьшилась потребность в короткодействующих β_2 -агонистах $с 2,26 \pm 0,35$ до $0,58 \pm 0,10$ баллов, соответственно ($p < 0,001$).

Менее демонстративными были значения ФВД, где отмечен достоверный рост лишь ОФВ₁/ЖЕЛ (%) и МОС₂₅₋₇₅ (л/сек) $с 67,05 \pm 2,26$ до $74,87 \pm 2,54\%$ и $с 2,14 \pm 0,14$ до $2,66 \pm 0,18\%$, соответственно, ($p < 0,05$).

Положительные сдвиги субъективных проявлений БА с улучшением показателей ОФВ₁/ЖЕЛ (%) и МОС₂₅₋₇₅ (л/сек) сопровождалась возрастанием толерантности к физической нагрузке. Так, в шести минутном шаговом тесте (табл.2.) пройденное расстояние; по сравне-

нию с исходными значениями, увеличилось к концу лечения $с 401,8 \pm 20,1$ м до $434,9 \pm 24,3$ м, ($p < 0,05$) при достоверном снижении одышки по шкале Борга $с 3,83$ до $3,38$ баллов ($p < 0,05$).

Через полгода лечения БЭЛД больных БА среднее тяжелого и тяжелого течения в дозе 500-100 мг в сутки продемонстрировано достоверное уменьшение как дневных, так и ночных симптомов астмы, увеличение показателей ОФВ₁/ЖЕЛ (%) и МОС 25-75 (л/сек), и толерантности к физической нагрузке. Обладая наиболее выраженной противовоспалительной активностью по сравнению с другими лекарственными препаратами, иКС характеризуются высоким профилем безопасности, что, прежде всего, обусловлено их преимущественным топическим эффектом. Кроме того, БЭЛД оказывает выраженное противовоспалительное, противоаллергическое и антиэкссудативное действие, уменьшает гиперреактивность бронхов [3].

Таблица 2

Динамика показателей ФВД и толерантности к физической нагрузке у больных БА в процессе шести месячного лечения БЭЛД

Показатели	До лечения	Через 3 месяца	Через 6 месяцев
ЖЕЛ (л)	3,60±0,16	3,88 ±0,18	3,55 ±0,16
ЖЕЛ (% долж)	94,46±4,32	107,19 ±3,37	93,66 ±4,01
ОФВ ₁ (л)	2,43±0,13	2,75 ±0,21	2,63 ±0,12
ОФВ (долж)	77,70±4,81	89,26 ±6,47	86,14 ±4,49
ОФВ ₁ /ЖЕЛ (%)	67,05±2,26	71,12 ±3,43	74,87±2,54*
ФЖЕЛ (л)	3,54±0,14	3,87 ±0,20	3,58 ±0,15
ОФВ ₁ /ФЖЕЛ (%)	64,94± 3,35	71,37 ±3,30	74,20±2,49
МОС ₂₅ (л/сек)	3,45±0,26	4,16 ±0,53	3,98 ±0,28
МОС ₅₀ (л/сек)	2,47±0,19	2,81 ±0,39	2,78 ±0,20
МОС ₇₅ (л/сек)	1,14 ±0,08	1,40± 0,17	1,36 ±0,08
МОС ₂₅₋₇₅ (л/сек)	2,14±0,08	2,70 ±0,37	2,66±0,18*
6-мин. ходьба (м)	401,8 ±20,1	414,9 ±23,6	434,9 ±24,3*
Одышка в шаговом тесте (баллы)	3,83 ±0,26	3,28 ±0,21**	3,38± 0,23*

Примечание: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$.

Результаты оценки контроля БА с помощью опросника АСТ до и после шести месячной терапии БЭЛД представлены на рис.1. Как видно из представленного

рисунка, контроль над симптомами БА существенно улучшается после шести месячной терапии Беклазоном Эко Легкое Дыхание.



Рис. 1. Уровень контроля симптомов БА в процессе шести месячной терапии БЭЛД

Таким образом, результаты наших исследований демонстрируют эффективность БЭЛД в терапии БА средне тяжелого и тяжелого течения.

Выводы

1. Длительная терапия БЭЛД вызывает достоверное уменьшение дневных и ночных симптомов астмы,

улучшение бронхиальной проходимости у пациентов БА средне тяжелого и тяжелого течения.

2. На фоне шести месячной терапии БЭЛД отмечалось повышение толерантности к физической нагрузке, выявленное при шести минутном шаговом тесте.

3. БЭЛД выявил значимое улучшение контроля над астмой по всем данным опросника АСТ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЕКЛАЗОНА ЭКО ЛЕГКОЕ ДЫХАНИЕ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
СРЕДНЕ ТЯЖЕЛОГО И ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ

ЛИТЕРАТУРА

1. Емельянов А.В. Новые возможности лечения больных бронхиальной астмой: ультрамелкодисперсный дозированный аэрозольный ингалятор бекламетазон дипропионат с системой Легкое Дыхание. // Consilium Medicum 2006; (№ 3): 62-66.

2. Овчаренко С.И., Ищенко Э.Н., Акулова М.Н. Применение беклазона эко легкое дыхание в сравнении с аналогичным фреонсодержащим препаратом и фликсотидом у больных бронхиальной астмой средне тяжелого и тяжелого течения. // Пульмонология 2004; (№ 3): 76-81.

3. Синопальников А.И., Клячкина И.Л. Пути оптимизации ингаляционной глюкокортикостероидной терапии: субстанция, система доставки, пропеллент. // Consilium Medicum 2003; (№ 4): 192-197.

4. Dahl R., Nielsen L.P. Steroids: An overview. New drugs for asthma, allergy and COPD. // Progr. Respir. Res. 2001; Vol. (31): 6-10.

5. Ivanov A.F., Chernyak B.A. Correlation between score of Astma Control Test (ACT) and airway hyperresponsiveness in young adults with bronchial asthma. // Eur. Respir. J. 2006; Vol. (28) (suppl.50): 122.



ПРИМЕНЕНИЕ СИНТЕТИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ ДЛЯ ПЛАСТИКИ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Абдуллаев Д.С., Бектуров Ж.Т., Самаков А.А., Мамбетов А.А., Бектуров Ж.Ж., Сагынбаева Ж.Т., Осмонбекова Н.С.

Кафедра госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева, Национальный хирургический центр МЗ КР, Бишкек, Кыргызстан

Резюме. Прооперированы 86 больных с грыжами брюшной стенки, которым произведена пластика грыжевых ворот с применением полипроленовых сеток. Паховые грыжи имелись у 21 больных, из них рецидивные - у 7. С вентральными грыжами оперированы 65 больных, в том числе с послеоперационными 50, среди которых с рецидивными было 19. При паховых грыжах у 12 больных использовали метод Лихтенштейна, у 5 больных метод Дарси и у 4 больных с двухсторонними паховыми грыжами модифицированный метод Стопша. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось. При срединных вентральных грыжах после иссечения кожи с подкожной клетчаткой вместе с послеоперационным рубцом и грыжевым мешком, производили рассечение полутора листков апоневрозов наружной и внутренней косых мышц с обеих сторон по Рамирес, что позволило сшить внутренние края прямых мышц без натяжения непрерывно полипроленовой нитью край в край и ликвидировать диастаз до 20 см. Сверху накладывали полипроленовую сетку "On lay", подкожную клетчатку дренировали 1 - 2 дренажами с присоединением их к вакуумной системе. В послеоперационном периоде у 6 больных констатирована серома, у 2 больных отмечено нагноение подкожной клетчатки и заживление раны вторичным натяжением. Срок пребывания в стационаре больных вентральными грыжами в среднем не превышал 10 -12 суток, при паховых грыжах 7-8 суток.

Ключевые слова: грыжи передней брюшной стенки, паховая грыжа, вентральная грыжа, послеоперационная грыжа, рецидивная грыжа, полипроленовая сетка, грыжесечение, пластика грыжевых ворот.

СИНТЕТИКАЛЫК ПРОТЕЗДЕРДИ КУРСАКТЫН ЧУРКУСУН ЖАМАГАНГА КОЛДОНУУ

Абдуллаев Д.С., Бектуров Ж.Т., Самаков А.А., Мамбетов А.А., Бектуров Ж.Ж., Сагынбаева Ж.Т., Осмонбекова Н.С.

И. К. Ахунбаев атындагы КММАнын госпиталдык жана оперативдик хирургия кафедрасы, КР СМ Улуттук хирургия борбору, Бишкек, Кыргызстан

Корутунду. Курсак чуркусу бар 86 оорулуунун дарты алынып, жырыгы полипролен торчосу менен жамалган. Чурайында чуркусу бар 21 оорулуунун 7-инде операциядан кийинки чурку болгон. Курсактын алдыңкы бетинин чуркусу менен 65 оорулуу операция болгон, 50 ооруда операциядан кийинки чурку болсо, алардын ичинен 19-да кайрадан пайда болгон чурку болчу. Чурайында чуркусу бар оорулардын 12-не Лихтенштейн ыкмасы менен операция жасалса, 5-не Дарси ыкмасы менен, эки тарабында чурай чуркусу бар 4 ооруга Стоппа ыкмасы менен жасалган. Операциядан кийин бул ооруларда кабылдоолор болгон эмес.

Курсактын алдыңкы бетинин тең ортосундагы операциядан кийинки чуркунун үстүндөгү терини астындагы майы менен жана операциядан калган тырыгы менен алып салып, курсактын сырткы кыйгач кеткен булчундарын чырымга өткөн жеринен эки тараптан тең Ramirez ыкмасы менен тилгенде, курсактын түз кеткен булчундарынын ички четтерин бири- бирине тигип, туурасы 20 сантиметрге чейин жеткен жырыкты полипролен жиби менен оңой эле тепчип жапса болот. Үстүнө полипролен торчосун "On lay" ыкмасы менен жамап, терисин жабардан мурун теринин астына 1-2 пластик түтүкчөлөрдү калтырып соруп туруучу системага кошулат. Операциядан кийинки мезгилде 6 оорунун тери астына сары суу толгон, 2 оорунун жарасы иридеп бүткөн. Оорулардын ооруканада жаткан күндөрү, курсактын алдынкы бетинин чуркусуна операция болгондордо 10-12 күндөн, чурай чуркусуна операция болгондордо 7-8 күндөн ашкан эмес.

Негизги сөздөр: курсактын чуркусу, курсактын алдынкы бетинин чуркусу, чурайдын чуркусу, операциядан кийин пайда болгон чурку, кайрадан пайда болгон чурку, полипролен торчосу, чуркуну алып салуу, чуркунун жырыгын жамоо.

THE USE OF SYNTHETIC PROSTHESIS (POLYPROPYLENE MESH) FOR THE ABDOMINAL HERNIA PLASTY

Abdullaev D.S., Bekturov Z.T., Samakov A.A., Mambetov A.A., Bekturov Z.Z., Sagynbaeva Z.T., Osmonbekova N.S.

Department of clinical surgery with course of operative surgery KSMA, National Surgery Center under the Ministry of Health, Kyrgyz Republic.

Summary. 86 patients with front abdominal hernia have been operated for hernioplasty with usage of polypropylene meshes. 21 patient had inguinal hernia among them 7 patients with recurrent hernia. 65 patients have been operated with ventral hernia, among them 50 patients with post-operational hernia and 19 with recurrent hernia. Liechtenstein method was applied on 12 patients with inguinal hernia, Darcy method was applied on 5 patients with inguinal hernia and modified Stopp method was applied on 4 patients with double inguinal hernia. Complications in post-operational period were not found. In the case of medial ventral hernia after excision of skin with hypodermic tissue coupled with post-operational scar and hernial sac the dissection of $\frac{1}{2}$ of leaf of external and internal oblique muscles aponeurosis on either sides was made by Ramirez method, this made it possible to suture without intention the inner sides of rectus muscle uninterruptedly by polypropylene thread by edge and to liquidate diastasis of aponeurosis up to 20 cm. The "On lay" polypropylene mesh "On lay" was laid over and sutured; the hypodermic tissue was drained with 1-2 drainages with connection to vacuum system. In post-operational period in 6 patients were stated a seroma and in 2 patients it was observed with hypodermic tissue suppuration and wound healing with secondary intention. Hospital stay term of patients with ventral hernia was in average not more than 10-12 days, with inguinal hernia – 7-8 days.

Key words: front abdominal hernia, inguinal hernia, ventral hernia, postoperative hernia, recurrent hernia, polypropylene mesh, herniotomy, hernioplasty.

Хирургическое лечение грыж передней брюшной стенки остается одной из актуальных проблем в хирургии. Около 10—15% всех операций, выполняемых в общехирургических отделениях, составляют грыжесечения (4, 6). Результаты оперативного лечения оставляют желать лучшего, так как частота послеоперационных рецидивов колеблется в пределах 5—20%. Общеизвестно, что одной из главных причин рецидивов является натяжение сшиваемых неполноценных, истонченных анатомических структур [1].

В 1970 г. Лихтенштейн предложил методику грыжесечения для всех паховых грыж без натяжения тканей путем вшивания полипропиленового сетчатого протеза [7]. Метод заключается в имплантации протеза под семенной канатик с целью укрепления задней стенки пахового канала. После обработки грыжевого мешка моделированный соответственно площади задней стенки пахового канала сетчатый протез подшивается к паховой связке, надкостнице лобковой кости и апоневрозу внутренней косой мышцы живота. Пластика завершается ушиванием листков апоневроза наружной косой мышцы живота над семенным канатиком. Образуется свободная от натяжения адаптация тканей, т. е. операция является более физиологичной и радикальной. Автор на 1000 операций не наблюдал ни одного рецидива. Многие авторы подтверждают преимущество этой простой и эффективной методики. Оказалось, что частота рецидивов составила 0 - 0,7%, инфекционных осложнений 0 - 0,5%, отторжения протезов не наблюдалось, сроки реабилитации в 2 раза короче, чем при традиционных методах.

Необходимость применения синтетической заплатки возникает в связи с увеличением частоты повторных оперативных вмешательств на органах брюшной полост-

ти и соответствующим ростом развития послеоперационных грыж. Около 10 % лапаротомий сопровождается развитием послеоперационной грыжи. Особенно остро проблема устранения послеоперационной грыжи касается лиц пожилого и преклонного возраста с сопутствующими и фоновыми заболеваниями. У этой категории больных пластика собственными тканями сопровождается повышением внутрибрюшного давления. Это представляет известный риск из-за возможного развития осложнений со стороны сердца и легких. В то же время, натяжение собственных неполноценных тканей брюшной стенки грозит их расхождением и развитием рецидивной грыжи [2].

Не менее остро стоит техническая проблема устранения больших и гигантских послеоперационных грыж на фоне ожирения, сахарного диабета. В таких ситуациях выполнить радикальное оперативное вмешательство и устранить грыжу собственными тканями представляется возможным. У данного контингента, как правило, слои брюшной стенки непригодны для аутопластики либо из-за их истончения, перерождения, либо из-за их дефицита после иссечения рубцового поля на большой площади. Требуется искусственная защита в виде заплатки для закрытия образованного дефекта брюшной стенки, [8]. Дубликатура апоневроза (фасции) или их сопоставление, считавшиеся "золотым стандартом" в лечении послеоперационных вентральных грыж до 1990-х годов, из-за высоких частот рецидивирования от 25 до 69 %, согласно рекомендациям экспертов герниологов XX Международного конгресса Европейского общества по грыжам (GREPA 1998 г.), должно использоваться только при небольших послеоперационных грыжах [9].

Используемый для пластики грыж синтетический материал должен отвечать необходимым требованиям и обладать биосовместимостью, прочностью, резистентностью к инфекции [3]. Такие свойства имеют монофиламентные полипропиленовые сетки. Эндопротезы из полипропилена общепризнаны как высококачественные, отвечающие всем современным требованиям. Естественно, что шовный материал должен отвечать тем же физико-химическим характеристикам [5].

За последние годы в Национальном хирургическом центре МЗ КР нами оперированы 86 больных грыжами брюшной стенки, у которых для пластики были использованы синтетические материалы. Показаниями к их применению являлись паховые, послеоперационные и рецидивные грыжи.

Возрастной состав больных: до 50 лет - 34, старше 50 лет - 54, в том числе старше 60 - 23 человека. Паховые грыжи имелись у 21 больного, из них рецидивные - у 7. С вентральными грыжами было оперировано 65 больных, в том числе с послеоперационными грыжами 50, среди которых с рецидивными грыжами.

Перед операцией больным проводилось необходимое клиническое обследование. При выявлении тяжелых сопутствующих заболеваний, представляющих высокий операционный риск, оперативное вмешательство считали непоказанным. Предоперационная подготовка заключалась в проведении гигиенических мероприятий, очищения кишечника (фортранс, дюфалак). С целью профилактики послеоперационных гнойных осложнений непосредственно перед операцией больному вводили антибиотик цефалоспоринового ряда третьего поколения и метронидазол. После операции инъекции антибиотиков продолжали на протяжении 5 суток.

Методика операции при срединных вентральных грыжах заключалась в следующем. Оперативное вмешательство осуществляли поэтапно с соблюдением четких последовательных действий. Иссекали кожу с подкожной клетчаткой в проекции грыжевого выпячивания вместе с послеоперационным рубцом. Выделение грыжевого мешка и его вскрытие обычно сопровождаются обширным отслоением краев кожной рапы и обнажением апоневроза брюшной стенки вокруг грыжевых ворот. Иссекали грыжевой мешок. Далее апоневроз рассекали по средней линии вверх и вниз через все мелкие дефекты, если таковые имелись. Как правило, края апоневроза в области грыжевых ворот представляют собой грубые, рубцово-измененные жгуты, непригодные для пластики и содержащие дремлющую инфекцию. Их следует мобилизовать из рубцов и иссечь. К грыжевому мешку и грыжевым воротам нередко бывают припаяны слепки, петли кишечника. Последние необходимо отделить так широко, чтобы можно было произвести тщательную ревизию брюшной стенки изнутри, для определения возможных дополнительных дефектов в апоневрозе. Если имелся спаечный процесс в брюшной полости, с частичным нарушением проходимости кишечника, то их тоже устраняли.

Далее отсепаровывали кожу передней брюшной стенки вместе с подкожной клетчаткой латерально с обеих сторон и производили рассечение полтора сантиметра апоневрозов наружной и внутренней косых

мышц, образующих переднюю стенку влагалища прямой мышцы живота в эпимезогастрии, с обеих сторон по Рамирес, что позволяет значительно уменьшить ширину грыжевого дефекта и сшить внутренние края прямых мышц практически без натяжения и тяжелых дыхательных расстройств в послеоперационном периоде и позволяет ликвидировать диастаз до 20 см [10]. Края грыжевого дефекта ушивали непрерывно полипропиленовой нитью край в край. Сверху накладывали полипропиленовую сетку "On lay" и фиксировали к апоневрозу передней брюшной стенки по краям непрерывным швом полипропиленовой нитью и несколькими узловыми. П - образными швами фиксировали по центру. Края сетки должны заходить за края ушитых грыжевых ворот на 5-6 см. Иссекали свободные края кожи с подкожной клетчаткой с обеих сторон, чтобы их можно было сшить без натяжения. Перед зашиванием брюшной раны подкожную клетчатку обязательно дренировали 1 - 2 дренажами с присоединением их к вакуумной системе типа Редон.

Из 65 пациентов, оперированных с применением полипропиленовой сетки, в послеоперационном периоде у 6 констатирована серома. У 2 больных отмечено нагноение подкожной клетчатки с расхождением краев апоневроза. У одного из них операция, направленная на устранение грыжи, сочеталась с иссечением огромного жирового фартука. В этом наблюдении имело место нагноение операционной раны с обнажением части площади сетчатого протеза. Регулярные промывания раны антисептическими растворами с введением в нее тампонов с мазью на водорастворимой основе (левомеколь) позволили купировать гнойное воспаление клетчатки. Рана зажила вторичным натяжением без рецидива грыжи. В другом наблюдении лечение нагноившейся раны сопровождалось частичным иссечением трансплантата и рана зажила также без рецидива грыжи.

При паховых грыжах у 12 больных использовали метод Лихтенштейна, у 5 больных произвели пластику из миниразреза по Дарси под местной анестезией и у 4 больных с двухсторонними паховыми грыжами производили закрытие внутреннего отверстия пахового канала модифицированным методом по Стоппа через поперечный разрез над лоном по Пфаненштилю [9].

У пациентов с паховой грыжей, оперированных с применением полипропиленовой сетки, послеоперационных осложнений не наблюдалось. Срок пребывания в стационаре больных вентральными грыжами в среднем не превышал 10 - 12 сут, при паховых грыжах 7-8 сут.

Приобретенный нами опыт использования синтетического материала для пластики грыж брюшной стенки свидетельствует о том, что данная технология, несомненно, более радикальна при лечении этого заболевания. Она позволяет устранять практически любые грыжи независимо от их размера и анатомического состояния тканей, расширяет показания к операции у больных с сопутствующим или фоновым заболеванием. Однако следует отметить, что все этапы операции - препаровка тканей, мобилизация слоев брюшной стенки, сама пластика - очень кропотливы и длительны по времени, требуют определенного навыка. Продолжительность оперативных вмешательств у больных с вентральной грыжей колебалась от 2 до 4 ч.

Мы считаем, что такие операции должны осуществляться постоянной бригадой высококвалифицированных хирургов. Препятствием к внедрению новых технологий в хирургическое лечение грыж брюшной стенки является высокая стоимость расходного импортного материала (синтетическая сетка, шовный материал).

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоконов В.И. и соавт. «Патогенез и хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж», Самара, 2005.
2. Ботезату А. А. Хирургическое лечение больших и гигантских срединных послеоперационных и рецидивных грыж брюшной стенки. Автореф. дисс. к.м.н., Москва. 2004.
3. Гостевский А.А. Обоснование и оценка эффективности новых материалов и методов новых материалов и методов в лечении послеоперационных вентральных грыж. Автореф. дисс. д.м.н., Санкт-Петербург. 2008.
4. Егиев В.Н. Ненатяжная герниопластика. М. Медпрактика. 2002.
5. Ермолов А.С., Алексеев А.К., Упырев А.В. и др. Выбор способа эксплантации при лечении послеоперационных вентральных грыж. Герниология 2004; 3: 18-21.
6. Жебровский В.В., Хирургия грыж живота. МИА, 2005.
7. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки. М: Триада X 2003. 144.
8. Федоров В.Д., Адамян А.А., Гогия Б.Ш. Лечение больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж. Хирургия 2000; 1: 11-14.
9. Юрасов А.В. Хирургия паховых и послеоперационных вентральных грыж передней брюшной стенки. Дисс. д. м. н. М., 2002.
10. Ramirez O.M., Giotto J.A. Closure of chronic abdominal wall defects: the components separation technique. In: R. Bendavid et al. (eds). Abdominal wall hernias: principles and management. New York: Springer-Verlag 2001; 487-496.

ХРОНИЧЕСКАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ СОЧЕТАНИИ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Абдуллаев Д.С.

Кафедра госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии КГМА, Национальный хирургический центр МЗ КР, Бишкек, Кыргызстан

Резюме. В статье представлены различные способы хирургического лечения хронической дуоденальной непроходимости у 253 больных ХДН в сочетании с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки.

Ключевые слова: хроническая дуоденальная непроходимость, операции с сохранением дуоденального пассажа, операции с выключением дуоденального пассажа.

CHOOSING OF SURGICAL TREATING METHOD OF CHRONIC DUODENAL DISEASE

Abdullaev D.S.

Resume. The article presents different ways of surgical treating method of chronic duodenal disease in 253 patients with chronic duodenal disease combined with gastric and duodenal ulcers.

Key words: Chronic duodenal disease, operations keeping duodenal passage, operations breaking duodenal passage.

Изучены результаты диагностики и хирургического лечения 253 больных с хронической дуоденальной непроходимостью (ХДН) при сочетании с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК). При диагностике использовался алгоритм исследования, названный как метод комбинированной полиорганной полиинтраскопической диагностики ХДН (КППД ХДН). При компенсированной стадии ХДН производилось рассечение связки Трейтца (РСТ) по Стронгу с низведением дуоденоюнольного перехода (ДЕП). При субкомпенсированной стадии ХДН накладывалась поперечная антиперистальтическая дуоденоюностомия (ПАДЕС) по Витебскому. При ХДН в сочетании с ЯБЖ производилась резекция желудка по Бильрот-I с сохранением пилорического жома и РСТ при компенсированной стадии или наложение ПАДЕС при субкомпенсированной стадии. При ХДН в сочетании с ЯБ ДПК производилась резекция желудка по Бильрот-II с поперечной гастроэнтеростомией (ГАЕС) по Витебскому и РСТ при компенсированной стадии ХДН или ПАДЕС при субкомпенсированной стадии ХДН. При декомпенсированной стадии ХДН в сочетании с ЯБЖ и ЯБ ДПК производилась резекция желудка по Бильрот-II с поперечным анастомозом по Витебскому и наложением ПАДЕС. Для предупреждения формирования «порочного круга» после ПАДЕС разработан метод операции «Способ наложения поперечной антиперистальтической дуоденоюностомии». Для уменьшения проявления гастростаза и для энтерально-зондового питания (ЭЗП) в послеоперационном периоде разработан «Способ дренирования ЖКТ для двойной декомпрессии же-

лудка и ДПК, и одновременного ЭЗП». Отдаленные результаты оценены как отличные и хорошие у 78%, удовлетворительные у 18 и неудовлетворительные у 4% обследованных пациентов.

Хроническая дуоденальная непроходимость и её сочетание с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки остается одной из сложных и актуальных проблем хирургической гастроэнтерологии.

Формирование различных болезней оперированного желудка (БОЖ) как синдром приводящей петли, рефлюкс-гастрит, рефлюкс-эзофагит, рецидив язвы желудка напрямую связаны с неполноценной диагностикой и неадекватной коррекцией ХДН при её сочетании с ЯБЖ и ЯБ ДПК [3,9,6]. Развитие в раннем послеоперационном периоде различных осложнений как несостоятельность культи ДПК, нарушения эвакуации из культи желудка после резекций желудка при ЯБЖ и ДПК также зависят от наличия ХДН.

С внедрением новых диагностических технологий, совершенствуются методы диагностики ХДН [4,1,7]. Предлагаются новые тактические и технические подходы при лечении ХДН в сочетании с ЯБЖ и ДПК [5,8,2,6,10].

Материал и методы. Изучены результаты хирургического лечения 253 больных с ХДН в сочетании с ЯБЖ и ДПК за последние 15 лет, оперированных в Национальном хирургическом центре МЗ КР. Возраст больных был от 26 до 67 лет. Длительность заболевания была от 1 года до 16 лет. Мужчин было 182 (72%), женщин 71 (28%).

ХРОНИЧЕСКАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ СОЧЕТАНИИ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Диагностика ХДН основывается на алгоритме исследования, названной нами как: метод комбинированной полиорганной полиинтраскопической диагностики ХДН (КППД ХДН) и сочетанных с ней заболеваний соседних органов. При этом последовательно проводим эзофагогастроуденоскопию (ЭГДС), рентгеновское исследование желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), комплексное ультразвуковое исследование (УЗИ) внутренних органов и методику гидроультразвукового исследования ДПК в условиях медикаментозной гипотонии и двойного контрастирования.

Эндоскопические признаки ХДН детально разработаны. К ним относятся наличие в желудке натощак застойного содержимого с примесью желчи и дуоденогастральный рефлюкс (ДГР). Единичные забросы дуоденального содержимого в пилороантральный отдел желудка, особенно в момент продвижения и манипуляциях дистального конца фиброскопа, не считается признаками ДГР, а расценивается как адекватная реакция органов пищеварительного тракта на процедуру. Эндоскопическими признаками ДГР являются гиперемия слизистой антрального отдела желудка, постоянный заброс желчи в желудок, зияние привратника, окрашивание слизистой "озерца" в желто-зеленный цвет, желтый оттенок желудочной слизи, заполнение луковицы ДПК желчью.

После рентгеновского исследования ЖКТ проводим зондовую дуоденографию, которая делится на 3 этапа. На I этапе производим обзорную дуоденографию на зонде. Во время исследования особое внимание обращаем на время продвижения оливы дуоденального зонда по ДПК и переход её через ДЕП; форму зонда, соответствующую форме ДПК; расположение зонда относительно тел позвонков. II этапом исследования является зондовая дуоденография с контрастным веществом и III этапом является зондовая дуоденография в условиях искусственной гипотонии. При которой, после медикаментозной релаксации, путем тугого заполнения ДПК взвесью бария через зонд, изучаем ширину её просвета, наличие изгибов и деформаций, сократительную способность, скорость эвакуации и длительность задержки в ней контрастной взвеси, наличие рефлюкса в желудок, пищевод, желчный или панкреатический протоки.

Развитие ультрасонографии позволило отказаться от сложных инвазивных ангиографических исследований. УЗИ позволяет достаточно точно определить артериомезентеральный угол (АМУ, в $N = 15-30$ град.) и артериомезентеральное расстояние (АМР, в $N = 0,8-2$ см). Кроме того, УЗИ позволяет оценивать состояние соседних органов, с которыми ДПК тесно связана анатомически и функционально.

УЗИ желудка и ДПК производили натощак, определяя признаки наличия в желудке жидкости и остатка пищевых масс; утолщение или утончение стенки антрального отдела ($N = 3-4$ мм), визуализируем привратник, его месторасположение, форму, диаметр (от 0,5 до 4 см), толщину экзогенного кольца ($N = 5$ мм), амплитуду сокращений; также определяли экоструктуру луковицы ДПК, которая менялась при наличии выраженного язвенного процесса, пенетрации в ПЖ или наличии спаечного перидуоденита; измеряли диаметр различных отделов ДПК.

При гидроультразвуковом исследовании ДПК, для улучшения визуализации, применяли контрастирование ЖКТ дегазированной жидкостью (чай, кефир, соки, кисель и др.) в количестве 400-500 мл. Гидроультразвуковое исследование начинали с измерения объема содержимого желудка и степени его эвакуации через определенные промежутки времени (30, 60, 90, 120 мин и более), исследуя состояние его стенок и перистальтику, определяя признаки язвенного процесса. Далее исследовали ДПК, состояние его стенок, сужение и расширение диаметра, перистальтику и антиперистальтику, наличие ДГР.

При наличии механического препятствия в области ДЕП как трейтцит, дистальный перидуоденит, просимальный периеюнит, увеличение мезентериальных лимфоузлов и др. вывляется расширение ДПК вплоть до уровня связки Трейтца и появление маятникообразной перистальтики. При артериомезентеральной компрессии (АМК) вывляется уменьшение АМР и АМУ соответственно. Довольно четко определяется сдавление ДПК извне увеличенной головкой ДПК, лимфоузлами или экстрадуоденальными опухолями больших размеров.

Разработанная в НХЦ методика УЗИ ДПК в условиях искусственной гипотонии и двойного контрастирования заключается в следующем. После зондовой релаксационной дуоденографии больной переводится в кабинет УЗИ и через зонд в ДПК вводится дегазированная жидкость в количестве 200 мл. При этом бариевая взвесь перегоняется из ДПК в кишечник, но на стенке её слизистой остается слой бария, который помогает при УЗИ четче визуализировать контуры стенок ДПК.

Результаты и их обсуждение. Алгоритм КППД ХДН и методику УЗИ ДПК в условиях искусственной гипотонии и двойного контрастирования при обследовании 83 больных с ХДН. Результаты исследования оказались более эффективными по сравнению с традиционными. Точная причина ХДН до операции была установлена у 75 (90%), стадия компенсации определена у 78 (94%) и наличие сопутствующей патологии выявлена у 80 (96,3%) больных.

Из 253 больных с ХДН сопутствующая ЯБ ДПК имела у 188 (74,3%) больных, а ЯБЖ у 65 (25,7%). Компенсированная стадия ХДН была выявлена у 202 (79,8%), субкомпенсированная стадия у 42 (16,6%), а декомпенсированная стадия у 9 (3,6%) больных.

Показания к операции, метод и объем оперативного вмешательства выбирался индивидуально, в зависимости от стадии компенсации и характера сочетанной патологии. При этом старались максимально восстановить физиологический пассаж пищи по ДПК или сохранить порционный тип эвакуации и уменьшить риск развития БОЖ.

Компенсированная стадия ХДН в основном лечится консервативно. Хирургическое лечение производилось при её сочетаниях с другой хирургической патологией, требующей радикального лечения и сводилось к устранению механического препятствия с минимальной травмой для больного. Так рассечение спаек - дуоденолиз, фибролиз, и рассечение связки Трейтца (РСТ) по Стронгу с низведением ДЕП произведена у 202 (79,8%) больных, из них у 159 (62,8%) больных при ЯБ ДПК в

сочетании с ХДН и у 43 (17%) больных с ЯБЖ в сочетании с ХДН.

При субкомпенсированной стадии ХДН у 42 (16,6%) больных производили дренирующие операции, наложение поперечной антиперистальтической дуоденоэностомии (ПАДЕС) по Витебскому. Из них у 24 (9,5%) больных с ЯБ ДПК в сочетании с ХДН и у 18 (7,1%) больных с ЯБЖ в сочетании с ХДН.

При декомпенсированной стадии ХДН 9 больным, из них 5 (2%) с ЯБ ДПК и 4 (1,5%) с ЯБЖ, была произведена резекция желудка по Бильрот – 2 с поперечным анастомозом по Витебскому с наложением ПАДЕС.

У больных с ХДН после наложения ПАДЕС бок в бок на короткой петле сохраняется функционирующее кишечное «кольцо», при котором часть пищевого химуса эвакуируется по ДПК, а ретроградное движение его через анастомоз приводит к формированию «порочного круга». Это проявляется в раннем послеоперационном периоде клиникой гастростаза и характеризуется рвотой с примесью желчи, которое наблюдалось нами у 6 (14,3%) после наложения ПАДЕС и лечение которой требовало определенного терпения со стороны врачей и больных. В отдаленном периоде у этих больных отмечалось чувство тяжести и боли в левом подреберье после приема пищи, изредка сопровождающееся тошнотой.

Для предупреждения формирования «порочного круга» нами разработан метод операции «Способ наложения поперечной антиперистальтической дуоденоэностомии», патент на изобретение в Кыргызпатенте № 832 от 30.10.05.). При этом, после наложения ПАДЕС, выкраивается лоскут из большого сальника на питающей ножке, который в виде манжеты циркулярно охватывает ДПК в нижней горизонтальной части, дистальнее дуоденоэоанастомоза, создавая полную непроходимость «заглушку» в этом участке.

Для уменьшения тяжелых проявлений гастростаза и для энтерально-зондового питания в послеоперационном периоде нами разработан «Способ дренирования ЖКТ для двойной декомпрессии желудка и ДПК, и одновременного ЭЗП», патент на изобретение в Кыргызпатенте № 831 от 30.10.05.).

Из 253 больных с ХДН сопутствующая ЯБ ДПК имела у 188 (74,3%) больных, а ЯБЖ у 65 (25,7%). Компенсированная стадия ХДН была выявлена у 202 (79,8%), субкомпенсированная стадия у 42 (16,6%), а декомпенсированная стадия у 9 (3,6%) больных.

При ХДН в сочетании с ЯБЖ 61 (24,1%) больному была произведена резекция желудка по Б-I с сохранением пилорического жома. Из них 43 (17%) больным с компенсированной ХДН было дополнительно произведено рассечение связки Трейтца (РСТ) по Стронгу. И 18 (7,1%) больным с субкомпенсированной ХДН резекция желудка была дополнена ПАДЕС по Витебскому. Ещё 4 (1,5%) больным с декомпенсированной ХДН была произведена резекция желудка по Б-II с ГАЕС по Ру.

При ХДН в сочетании с ЯБ ДПК 183 (72,3%) больным производилась резекция желудка по Б-II с поперечной ГАЕС по Витебскому. Из них у 159 (62,8%) больных с компенсированной ХДН ГАЕС была дополнена РСТ, а у 24 (9,5%) больных с субкомпенсированной ХДН ГАЕС дополнена ПАДЕС. Также 5 (2%) больным с декомпенсированной ХДН и ЯБДПК была произведена резекция желудка по Б-II с ГАЕС по Ру.

Отдаленные результаты были изучены у 50 оперированных больных через 1-3-5 лет. Из них отличные и хорошие результаты по шкале Visik были обнаружены у 39 (78%) обследованных и удовлетворительные результаты у 9 (18%) обследованных пациентов. Неудовлетворительные результаты были обнаружены у 2 (4%) больных.

Выводы. Таким образом, применение алгоритма комплексной полиорганной полиинтраскопической диагностики ХДН в сочетании с ЯБЖ и ДПК и адекватная её коррекция при резекции желудка с использованием новых, разработанных в НХЦ МЗ КР методов операций позволяет значительно улучшить функциональные результаты их хирургического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев М.А., Арынов Н.М. Хроническая дуоденальная непроходимость механического генеза. Алматы. 1997. 192 с.
2. Барт И.И. Коррекция ХНДП при хирургическом лечении язвенной болезни. Автореф. дис. канд. мед. наук. Воронеж, 2000, 23 с.
3. Витебский Я.Д. Хронические нарушения дуоденальной проходимости и язвенная болезнь желудка и ДПК. Челябинск. 1976. 190 с.
4. Блажитко Е.М. Хроническая дуоденальная непроходимость и способы её коррекции. Новосибирск. 1993. 234 с.
5. Джумабаев Х.Д. Диагностика и выбор метода хирургического лечения ХДН при сочетании с ЯБ ДПК. Автореф. дис. д-ра мед. наук. Иркутск, 1998, 32 с.
6. Ждановский О.М. Применение ПСРЖ в сочетании с коррекцией ХНДП при хирургическом лечении ЯБЖ и ДПК. Автореф. дис. канд. мед. наук. Курск. 2002, 24 с.
7. Касумян С.А., Алибегов Р.А. Функциональные и органические нарушения проходимости ДПК. Смоленск. 1997. 136 с.
8. Костылев Л.М. Хирургическая тактика при ЯБЖ и ДПК, протекающей на фоне ХДН. Автореф. дис. канд. мед. наук. Пермь, 1998, 25 с.
9. Нестеренко Ю.А., Ступин В.А., Федоров А.В. Богданов А.В. Хроническая дуоденальная непроходимость. Медицина. Москва. 1990. 238 с.
10. Петухов И.М. Диагностика и лечение нарушений дуоденальной проходимости у больных язвенной болезнью, осложненной перфорацией. Автореф. дис. канд. мед. наук, Воронеж, 2002. 23 с.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Алыбаев Э.У., Сопуев А.А., Искаков М.Б.

Кафедра госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии КГМА им И.К.Ахунбаева, Национальный хирургический центр МЗ КР, г. Бишкек, Кыргызстан

Резюме. Своевременная и правильная диагностика перфоративных пилородуоденальных язв является одним из ведущих звеньев в исходе их лечения. Применяемые комплексные методы диагностики, учитывающие особенности клинических проявлений в совокупности с рентгенологическими и эндоскопическими методами обследования в 100,0% позволили избежать диагностических ошибок, а в 77 случаях (6,1%) – избежать ненужных оперативных вмешательств. Инсуффляция воздуха в кратер язвы при фиброгастродуоденоскопии с обзорной рентгенографией брюшной полости, а также данные лапароскопии позволяют с большей степенью достоверности правильно установить диагноз.

Ключевые слова: Перфоративная пилородуоденальная язва, рентгенологические методы исследования, фиброгастродуоденоскопия, лапароскопия, симптом Жобера, проба Хенельта.

АШКАЗАНДЫН ЖАНА ОН ЭКИ ЭЛИ ИЧЕГИДЕГИ ЖАРААТТЫН ЖАРЫЛЫШЫН ДИАГНОСТИКАЛЫК АНЫКТООНУН ЗАМАНБАП НЕГИЗДЕРИ

Алыбаев Э.У., Сопуев А.А., Искаков М.Б.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясынын Госпиталдык Хирургия Кафедрасы, Кыргыз Республикасынын Саламаттык Сактоо Министрлигинин Улуттук Хирургиялык Борбору, Бишкек ш., Кыргызстан

Корутунду. Ашказан жана он эки эли ичегидеги жарааттын жарылышын даарылоодо алдын ала жана туура аныкталган диагноз орчундуу орунду ээлейт. Толук (комплексик) турдо колдонулган диагноздоодо, бейтаптын клиникалык озгочолугу эске алынып, рентгенологиялык, эндоскопиялык жолдору менен изилдоонун негизинде 100% пайыз туура диагноз коюлуп, 6,1% пайыз керексиз операция жасоо колдонулган жок. Ички органы рентген изилдоо менен бирге фиброгастродуоденоскопиянын жардамы менен ашказан жана он эки эли ичегидеги жараатка жел уйлотуу жолу менен катар лапароскопиялык изилдоо туура диагноздоого шарттайт.

Негизги создор: Ашказан жана он эки эли ичегидеги жарааттын жарылышы, рентгенологиялык изилдоо, фиброгастродуоденоскопия, лапароскопия, Жобер, Хенельт аныктамасы.

MODERN PRINCIPLES OF DIAGNOSTICS OF PERFORATED STOMACH AND DUODENAL ULCER.

Alybaev E.U., Sopuev A.A., Iskakov M.B.

*Department of Hospital Surgery of Kyrgyz State Medical Academy
National Surgery Center under the Ministry of Health, Bishkek city, Kyrgyzstan*

Resume. Duly and correct diagnostics of perforated piloroduodenal ulcers is one of the leading reasons for the outcome of their treatment. The applied complex methods of diagnostics, taking into account the features of clinical displays in aggregate with radiological and endoscopic methods of inspection, have allowed in 100,0 % of cases to avoid diagnostic errors, and in 77 cases (6,1 %) - to avoid unnecessary operative interventions. Insufflation of air in a crater of a ulcer during fibrogastroduodenoscopy with radiology survey of the belly cavity, as well as laparoscopy data allow to make the diagnosis correctly with a greater degree of reliability.

Key words: Perforated piloroduodenal ulcer, radiological methods of diagnostics, fibrogastroduodenalscopy, laparoscopy, Jober symptom, Henelt test.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

При своевременной диагностике перфорации язвенного генеза значительно меньше страдает как общее состояние больного, так и более благоприятно протекает ближайший послеоперационный период. При ранней диагностике также значительно расширяется диапазон хирургических вмешательств, позволяющий выполнить радикальное хирургическое лечение.

Невзирая на то, что клиническая картина перфоративной язвы с хрестоматийной точностью описана во всех учебниках и пособиях по неотложной хирургии, в ряде случаев поставить диагноз перфоративной язвы даже опытному хирургу бывает не всегда просто.

За последние 10 лет (1998-2008 гг.) в НХЦ г. Бишкек под нашим наблюдением находилось 1255 оперированных больных с перфоративной пилородуоденальной язвой. Преобладающее большинство (93,1%) составили мужчины и лишь 6,9% - женщины.

Из оперированных больных в 816 (65,0%) случаев в анамнезе, до поступления установлена язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Длительность язвенного анамнеза до одного года выявлена у 275 (33,7%) больных, до 3 лет - 99 (12,1%), от 3 до 5 лет - у 157 (19,2%), более 5 лет - 285 (35,0%). По нашим данным, у больных с длительностью язвенного анамнеза более 3 лет язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки осложнялась перфорацией более чем, у половины больных (54,2%).

У 439 (35,0%) больных перфорация наступила при полном отсутствии анамнестических данных за язвенную болезнь.

Анализируя клинические проявления болезни, мы выявили, что у 1012 (80,6%) больных при поступлении отмечалось напряжение мышц передней брюшной стенки, у 165 (13,2%) больных напряжение мышц живота отмечено в эпигастральной области, в 78 (6,2%) случаев отмечалась болезненность в эпигастральной области при отсутствии мышечного дефанса.

Рассматривая больных без клинического проявления перфорации, мы обнаружили, что в этой группе все больные были пожилого и старческого возраста. В то же время в 41-ти случаях у этих больных во время операции обнаружено закрытие перфоративного отверстия соседними органами. В 11-ти случаях - стенкой желчного пузыря, в 26 - прядью большого сальника.

Клиника заболеваний, данные анамнестических и лабораторных исследований, несомненно, имеют большую ценность в постановке диагноза у больных перфоративной язвой. Однако, основываясь только на данных клинического течения, в виду его многообразия, и на данных лабораторных исследований, даже достаточно опытные хирурги часто испытывают затруднения в постановке диагноза.

Я.Р. Белик и соавт. (1993), В.П. Зинкевич и соавт. (1993) отмечают, что в 27,4% случаев клиника течения перфоративной язвы отличалась выраженной атипичностью, что повлекло за собой отсрочку операции и не могло не повлиять на исход лечения. В этой ситуации особую ценность представляют дополнительные методы диагностики: рентгенологическое обследование брюшной полости, фиброгастроуденоскопия и в случаях особого затруднения - лапароскопия [1,3,6,10].

По данным литературы при обзорной рентгенографии органов брюшной полости «свободный» газ встре-

чается в 48-75,8% случаев [3,6,10]. На нашем материале «свободный» газ был выявлен у 886 (70,6%) больных, у 369 поступивших (29,4%) симптом Жобера был отрицательным. Для верификации диагноза при сомнительной клинической картине проводили пневмогастрографию - пробу Хенельта. Через зонд, введенный в полость желудка, нагнетали при помощи шприца Жане кислород или воздух в объеме 3-3,5 литра. Нужно отметить, что на первом этапе нашей работы мы вводили до 700 мл воздуха, что рекомендуется многими исследователями [3,10]. Однако при контрольной пневмогастрографии такой объем вводимого воздуха являлся явно недостаточным. На рентгенограммах отмечался лишь несколько увеличенный газовый пузырь желудка. Увеличение объема вводимого воздуха до 3-3,5 литров позволило значительно увеличить информативность проводимой пробы (до 36%). Отсутствие «свободного» газа после введения достаточно большого количества воздуха или кислорода, мы объясняем следующими факторами: тампонадой кратера язвы и перфоративного отверстия пищевым комком, прикрытием перфоративного отверстия соседним органом, пенетрацией язвы в ближайшие соседние органы, атипичной перфорацией между листками брюшины или перфорацией язвы задней стенки, стенозом выходного отдела желудка. В этих ситуациях особую ценность приобретает гастродуоденоскопия [1,4,5,7].

При эндоскопическом обследовании из 157 больных перфоративное отверстие визуально было выявлено у 138 больных (87,9%), у 19 (12,1%) больных четкой визуальной достоверности перфорации кратера не было: в 8 случаях из-за плотного фиброзного налета в области кратера, в 9 случаях кратер язвы располагался сразу за привратником и был выполнен пищевыми массами, у 2-х больных детально осмотреть кратер не удалось из-за беспокойного поведения больного.

В этих ситуациях нами разработан прием, позволяющий установить наличие перфоративного отверстия в кратере язвы. В кратер язвы, после отмывания его от пищевых масс и фибриновых наложений, производим инсуффляцию воздуха в объеме 300-350 мл с последующей обзорной рентгеноскопией брюшной полости. У всех 19 больных после примененного нами метода на обзорной рентгенограмме определялся положительный симптом Жобера. Таким образом, в 19 случаях при отсутствии визуальных данных за перфорацию язвы при помощи инсуффляции воздуха получена достоверная информация, которая позволила избежать диагностических ошибок в 12,1% случаев.

Лапароскопия занимает особое место в дифференциальной диагностике перфоративных пилородуоденальных язв и выполняется нами в особо трудных диагностических случаях [3,8,9].

У 7-ми больных, доставленных машиной скорой медицинской помощи с диагнозом "острый живот", была произведена лапароскопия, так как ни рентгенологическое обследование, ни фиброгастроуденоскопия не внесли ясности при обследовании этих больных.

У 4-х больных лапароскопия выявила острый деструктивный холецистит, у двух больных - геморрагический панкреонекроз и в одном случае выявлена перфорация язвы двенадцатиперстной кишки, прикрытая

стенкой желчного пузыря. Примененная в этом случае йодно-крахмальная проба Фраткина помогла в установлении правильного диагноза.

Применяемые комплексные методы диагностики, учитывающие особенности клинических проявлений в совокупности с рентгенологическими и эндоскопиче-

скими методами обследования в 100,0% позволили избежать диагностических ошибок, а в 77 случаях (6,1%) – избежать ненужных оперативных вмешательств. Больные, которым не была показана операция, представлены в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных по установленным диагнозам

№	Диагноз, установленный в стационаре	Количество больных
1.	Острый панкреатит	36
2.	Острый холецистит	24
3.	Обострение язвенной болезни	17
ВСЕГО:		77

Из представленной таблицы видно, что из 77-ми больных, доставленных в стационар с диагнозом - перфоративная язва: у 36-ти больных – диагностирован острый панкреатит; у 24-х больных – острый холецистит и у 17-ти больных – обострение язвенной болезни.

Выводы. Таким образом, своевременная и правильная диагностика перфоративных пилородуоденальных язв является одним из ведущих звеньев в исходе лечения, так как у этой категории больных время с момента заболевания и установки диагноза является одним из главных факторов благоприятного исхода.

Для постановки диагноза перфоративной пилородуоденальной язвы необходимо использовать комплексный метод диагностики, включающий в себя анамнез, клиническую картину, рентгенологическое обследование брюшной полости, а также эндоскопические методы исследования.

Инсуффляция воздуха в кратер язвы при фиброгастродуоденоскопии с обзорной рентгенографией брюшной полости, а также данные лапароскопии позволяют с большей степенью достоверности правильно установить диагноз и в ряде случаев избежать ненужных оперативных вмешательств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алыбаев Э.У., Ниязов Б.С., Абдуллаев Д.С., Ниязова С.Б. Органосохраняющие операции в хирургии перфоративных язв двенадцатиперстной кишки. // В кн.: Международный конгресс гастроэнтерологов Евразии (сборник научных статей). – Бишкек, 2001. – С.129-135.
2. Алыбаев Э.У., Сопуев А.С., Тилеков Э.А., Абдуллаев Д.С. Выбор методов оперативного лечения перфоративных пилородуоденальных язв. // Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двена-

дцатиперстной кишки.: Материалы Всероссийской конференции – Саратов, 2003. – С.30-31.

3. Алыбаев Э.У. Диагностика и хирургическое лечение перфоративных пилородуоденальных язв. (Монография). // Бишкек, 2003. – 216 с.

4. Горбунов В.Н., Сытник А.П. Сравнительные результаты хирургического лечения прободных и кровоточащих пилородуоденальных язв. // Хирургия – 1998. - № 9. – С.14-17.

5. Жерлов Г.К., Истомин Н.П., Кейян СВ. К вопросу о хирургическом лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Материалы всероссийской конференции хирургов "Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки". – Саратов. 2003. - С.181.

6. Зайцев В.Т., Буянов И.М., Павличенко С.А. Клинические, рентгенологические и эндоскопические аспекты дуоденопластики. // Клиническая хирургия. – 1990. - №6. – С.33-34.

7. Курбанов Ф.С., Домрачев С.А., Асадов С.А. и др. Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. // «Вестник хирургии» - 2001. - №2 - С.17-21.

8. Курыгин А.А., Перегудов С.И. Хирургическое лечение гастродуоденальных язв, осложненных перфорацией и кровотечением. // «Вестник хирургии». 1997. №5. - С.20-23.

9. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв. // Хирургия - 2003. - №3.-С.43-49.

10. Хасанов А.Г., Резбаев А.Н., Сенелович Е.И. Диагностика и результаты хирургического лечения перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. // Клини. хир. - 1991 - №4 – С.15-18.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ХИРУРГИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Алыбаев Э.У., Сопуев А.А., Исакаков М.Б., Орозобсков Б.К.

Кафедра госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии КГМА им И.К.Ахунбаева, Национальный хирургический центр МЗ КР, г. Бишкек, Кыргызстан

Резюме. В настоящее время, несмотря на успехи медикаментозной терапии язвенной болезни, хирургам не следует преждевременно складывать свое оружие, так как показания к оперативному лечению неосложненной, агрессивно протекающей язвы с ежегодными обострениями не исчезнут полностью. По современным представлениям, в настоящее время, хирургическое лечение производится с учетом этиопатогенеза язвенной болезни. На рубеже XXI века хирурги отдают предпочтение органосохраняющим методам лечения язвенной болезни – различным вариантам ваготомии с пилоро- или дуоденопластикой. Эти оперативные вмешательства, выполненные технически грамотно, высококачественно, обеспечивают оперированным пациентам высокое качество жизни.

Ключевые слова: Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, резекция желудка, органосохраняющая операция, ваготомия, пилоропластика, дуоденопластика, осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, качество жизни, медикаментозное лечение.

АШКАЗАНДЫН ЖАНА ОН ЭКИ ЭЛИ ИЧЕГИНИН ЖАРААТ ДАРТЫН ХИРУРГИЯЛЫК ЖОЛ МЕНЕН ДАРЫЛООНУН ЗАМАНБАП ЫКМАЛАРЫ

Алыбаев Э.У., Сопуев А.А., Исакаков М.Б., Орозобсков Б.К.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясынын Госпиталдык Хирургия Кафедрасы, Кыргыз Республикасынын Саламаттык Сактоо Министрлигинин Улуттук Хирургиялык Борбору Бишкек ш., Кыргызстан

Корутунду. Азыркы учурда, ашказан жана он эки эли ичегинин жараат дартын айыктуруучу даарыларынын ийгиликтуу колдонулушун карабастан, хирургиялык жолдор менен даарылоону оркундотуу зарыл. Анткени, ашказан жана он эки эли ичегинин дартын отушуп кетуусу, бейтапты олум коркунучуна алып келуусуно шарттайт. Акыркы жылдары ашказан жана он эки эли ичегидеги жараат дартын операция жасоо жолдорунун ичинен мучоо сактоочу операция, ваготомия, пилоропластика, дуоденопластиканын ийгилиги аныкталып, кобуроок колдонулуп жатат. Бул операция жолдорунан кийин, бейтапт озун жакшы сезип кийинки жашоо денгеели жогорулайт. Туура жана ийгиликтуу операция жасоо, адамдын кийинки жашоосуна чон оболго тузот.

Негизги создор: Ашказан жана он эки эли ичегинин жараат оорусу, ашказан кесуучу операция, мучо сактоочу операция, ваготомия, пилоропластика, дуоденопластика.

MODERN APPROACHES IN SURGERY OF STOMACH ULCER AND DUODENAL ULCER

Alybaev E.U., Sopuev A.A., Iskakov M.B., Orozbekov B.K.

Department of Hospital Surgery of Kyrgyz State Medical Academy National Surgery Center under the Ministry of Health, Bishkek city, Kyrgyzstan

Resume. These days, despite of successes of medicament therapy of a stomach ulcer, surgeons should not prematurely get rid of the usual techniques, because indications to operative treatment of not complicated, aggressively proceeding ulcer with annual aggravations, will not disappear completely. Due to modern considerations, now, surgical treatment is made taking into account ethiopatogenesis of a stomach ulcer. In XXI century surgeons prefer organs saving methods of treatment of a stomach ulcer - various variants of vagotomy with piloro- or duodenoplasty. These operative interventions, if executed technically competently, on high-quality level, provide to the operated patients high quality of life.

Key words: stomach ulcer of a stomach and of a duodenal gut, resection of a stomach, organs saving operation, vagotomy, piloroplasty, duodenoplasty.

Язвенная болезнь широко распространена во всем мире. Статистика начала XXI века свидетельствует о многих миллионах больных в экономически развитых и развивающихся странах мира, имеется видимая тенденция к росту заболеваемости этим недугом. По мнению ведущих гастроэнтерологов мира, язвенная болезнь представляет собой национальную проблему во многих странах. Так, социальная цена этого заболевания в США ежегодно составляет более 1000 млн. долларов; общие затраты на лечение больных язвенной болезнью в такой небольшой стране, как например Швеция, составляет 480 млн. крон.

История хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки насчитывает более столетия.

И.П. Павлов и его многочисленные ученики в конце XIX - начале XX столетия раскрыли механизмы желудочной секреции, выделили нервную и гуморальную фазы, показали регулируемую роль блуждающих нервов в секреторной и моторной функции желудка. Д. Едкинс (1906) доказал, что гуморальная фаза секреции обусловлена гастрином, выделяемым антральным отделом желудка. На основании этих исследований была убедительно показана связь язвенной болезни с избыточной продукцией соляной кислоты. Для снижения секреции соляной кислоты Г. Финстерер предложил производить обширную резекцию желудка, чтобы угнетать обе фазы секреции желудочного сока. В 30-60-е годы субтотальная резекция 2/3 желудка во многих странах стала стандартной операцией, используемой для лечения неосложненных и осложненных язв.казалось, что резекция и впредь будет операцией выбора. Однако, в 1950-1970 гг. появилось множество работ, в которых отмечалась высокая частота пострезекционных синдромов, причинявших больным больше страданий, чем сама язвенная болезнь. Это заставило хирургов обратить внимание на органосохраняющие операции.

Вспомнили исследования И.П. Павлова, показавшего, что кислотопродукцию можно снизить пересечением блуждающих нервов без удаления большей части тела желудка. Это послужило теоретическим обоснованием для экспериментального и клинического изучения ваготомии.

Для того, чтобы избежать разрушения привратника, Д. Джонстон (1970) в Англии и И. Амдруп (1978) в Дании совершенствовали методику ваготомии. Они предложили денервировать только кислородопroduцирующую зону – тело желудка, сохраняя при этом иннервацию и полноценную функцию привратника, части антрального отдела желудка, желчного пузыря и кишечника. Эта операция получила название - селективная проксимальная ваготомия (СПВ). В иностранной литературе ее называют - проксимальной желудочной ваготомией.

Селективная проксимальная ваготомия является наиболее физиологичной операцией, позволяющей излечить от язвы, сохранить функцию желудка и обеспечить хорошее качество жизни оперированных больных [1,2,6,7,10].

Таким образом, третий период истории хирургического лечения язвенной болезни во второй половине XX столетия ознаменовался разработкой и внедрением в

практику ваготомии и других, физиологически обоснованных, органосохраняющих операций.

В 1980-1990 гг. СПВ и комбинированная ваготомия в ряде клиник стала считаться операцией выбора для лечения больных с неосложненными язвами (и с осложнениями в анамнезе), не поддающимися медикаментозному лечению [4,6,7,9]. Последнее десятилетие ознаменовалось широким распространением лапароскопической техники, с помощью которой можно производить все виды ваготомий. Лапароскопическая техника операции позволила выполнять СПВ презиционно, снизить частоту неполных ваготомий и рецидивов, улучшить качество жизни пациентов. Лапароскопическая техника ваготомии имеет большую перспективу для внедрения в широкую практику [1,10,11].

Применение ваготомии дало возможность резко снизить не только частоту летальных исходов, но и частоту послеоперационных синдромов, улучшить качество жизни оперированных. Ваготомия в разных вариантах, в том числе в сочетании с антрэктомией, широко применяется в большинстве стран для лечения неосложненной и осложненной язвенной болезни. Разнообразие оперативных методов лечения язвенной болезни позволяет хирургу в каждом конкретном случае выбрать наиболее подходящий способ.

В 1980-1990 гг. началась эра H₂-блокаторов (ранитидин, фамотидин) и блокаторов протонной помпы (омепразол, пантопризол, лосек, лансопризол). Было показано, что с помощью омепразола и H₂-блокаторов в 90% случаев можно достичь быстрого заживления язвы и свести до минимума число рецидивов при эрадикации Хеликобактер пилори (Hр) антибиотиками [5,7,12]. В связи с этим изменилось представление о патогенезе язвенной болезни. Большинство гастроэнтерологов склонны рассматривать язвенную болезнь как инфекционное заболевание, обусловленное Hр. Действительно, при медикаментозном лечении язвенной болезни с эрадикацией хеликобактерной инфекции частота рецидивов язвы удалось снизить до 5 -10% т.е. до уровня, который наблюдается при СПВ без эрадикации Hр. Окрыленные успехами лечения язвенной болезни современными антисекреторными препаратами в сочетании с эрадикацией хеликобактерной инфекцией, многие гастроэнтерологи стали настойчиво применять этот тип лечения даже при многократных рецидивах и осложнениях болезни - перфорации и кровотечениях. Это привело к значительному увеличению оперативных вмешательств по поводу перфоративных и кровоточащих язв, к резкому сокращению числа плановых операций по поводу неосложненных язв и язв с осложнениями в анамнезе болезни. Наиболее частым показанием к хирургическому лечению снова, как и в конце прошлого столетия стали осложнения язвенной болезни – перфорация, кровотечения, стеноз.

Эффективная эрадикация хеликобактерной инфекции достигается при «тройной терапии», т.е. при использовании ингибитора протонной помпы (омепразол и его аналоги) в сочетании с двумя антибиотиками (наиболее часто кларитромицин + амоксициллин или амоксициллин + метронидазол) [5,7,12,14]. Хороший эффект достигается при поддержании рН желудочного сока на уровне 4,0 – 6,0. Применение только антианти-

ков и антибактериальных препаратов для эрадикации Нр менее эффективно. Следовательно, снижение кислотности желудочного сока антисекреторными препаратами при эрадикации Нр играет важнейшую роль в комбинированной с антибиотиками схеме эрадикации. Снижение частоты рецидивов язвенной болезни достигается при эрадикации хеликобактерной инфекции одновременном длительном подавлении кислотопродукции антисекреторными препаратами (омепразол, ранитидин, бисмут цитрат, фамотидин).

Лечение антисекреторными препаратами после эрадикации Нр требует проведения прерывистых («по требованию») курсов, а при безуспешности прерывистого курсового лечения – непрерывного, дорогостоящего, поддерживающего курса в течение длительного времени, иногда пожизненно [5,7,12,15]. Отмена медикаментов нередко вызывает рецидив язвенной болезни (синдром отмены). Стоимость антисекреторных препаратов для постоянного употребления или повторных курсов высокая, часто превышает стоимость хирургического лечения. В связи с этим, пациенты вынуждены переходить на менее эффективные, но дешевые препараты, несмотря на опасность рецидивов и осложнений. Следует учитывать возможность увеличения числа штаммов Нр резистентных к применяемым антибиотикам. Это может затруднить эрадикацию инфекции и создать условия для повышения частоты рецидивов и опасных для жизни осложнений. При недостаточно эффективном или неэффективном медикаментозном лечении, не дожидаясь перфорации, кровотечения или стеноза, гастроэнтеролог должен направить больного к хирургу, ибо никто не дал ему права рисковать жизнью больного, упорствуя в проведении медикаментозного лечения.

Несмотря на успехи медикаментозной терапии язвенной болезни, хирургам не следует преждевременно складывать свое оружие, так как показания к оперативному лечению неосложненной, агрессивно протекающей язвы с ежегодными обострениями не исчезнут полностью [2,3,7,10]. Осложнения язвенной болезни, число которых имеет лишь небольшую тенденцию к уменьшению, подлежат к хирургическому лечению.

Показания к оперативному лечению язвенной болезни в общих чертах остались прежними.

Относительные показания возникают значительно реже в эпоху применения высокоэффективных антисекреторных препаратов в сочетании с антибиотиками, используемые для эрадикации хеликобактерной инфекции, однако, нет оснований утверждать, что они отсутствуют. Если гастроэнтерологи будут стремиться к тому, чтобы оперативное лечение производилось до появления опасных осложнений, предупреждало их развитие, то число больных, которым необходимо плановое оперативное лечение по поводу резистентных к медикаментозной терапии или по поводу имевшихся в анамнезе осложнений, будет возрастать. Это реальный путь снижения летальности при язвенной болезни. В настоящее время более 1 % больных умирают от язвенной болезни без операции.

Оперативное лечение показано при:

а) не заживающей в течение 6 месяцев язве желудка или двенадцатиперстной кишки, несмотря на правильное медикаментозное лечение;

б) частых обострениях заболевания, которые не удается предупреждать современными средствами;

в) рецидивирующих кровотечениях, возникающих, несмотря на правильно построенное курсовое медикаментозное лечение;

г) прогрессирующем нарастании явлений стеноза после каждого обострения;

д) желании больного подвергнуться оперативному лечению по финансовым соображениям, связанным с высокой стоимостью антисекреторных препаратов, или желания избавиться от обострений и опасности осложнений более надежным способом, несмотря на разьяснение. Вопрос об оперативном лечении может быть поставлен при каллезных и пенетрирующих язвах, плохо поддающихся медикаментозному лечению, при больших язвах диаметром более 2 см.

Абсолютным показанием к оперативному лечению являются осложнения язвенной болезни – стеноз, перфорация язвы, кровотечение, малигнизация. Доброкачественные язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, как правило, не малигнизируются. У больных с длительным язвенным анамнезом может развиваться рак, но он обычно возникает не из язвы, а на месте кишечной дисплазии слизистой желудка, связанной с хроническим хеликобактерным гастритом. «Малигнизированная» язва желудка представляет собой язвенную форму рака или лимфомы.

По современным представлениям, в настоящее время, хирургическое лечение производится с учетом этиопатогенеза язвенной болезни.

Задачами оперативного вмешательства являются:

1) добиться снижения кислотности желудочного сока до безопасного уровня, для предотвращения дальнейшего образования язвы;

2) ликвидировать периульцерозный язвенный инфильтрат, устранить патологические изменения в желудке и двенадцатиперстной кишке, вызванные деформациями;

3) сохранить объем, форму и моторно-эвакуаторную функцию желудка и двенадцатиперстной кишки, тем самым улучшая качество жизни больного.

При выборе метода оперативного вмешательства предпочтение должно быть отдано методам, сопровождающимся минимальной летальностью, низким процентом послеоперационных патологических синдромов и инвалидности, высоким качеством жизни. Следует учитывать возраст пациента, наличие сопутствующих и конкурирующих заболеваний. В связи с этим не может быть операции, используемой с одинаковым успехом у всех пациентов.

На протяжении последних 40-50 лет XX столетия шла дискуссия между хирургами, предпочитающими применять резецирующие методы: резекции желудка как универсальную, испытанную операцию, пригодную для плановой и экстренной хирургии, и сторонниками органосохраняющих методов, предусматривающих проведение различных вариантов ваготомии в сочетании с пилоропластикой или дуоденопластикой.

На основе многолетнего опыта оперативного лечения язвенной болезни представляется возможность для клинической оценки методов оперативного лечения и рекомендации оптимальных способов.

Наибольшее число отрицательных сторон имеет резекция желудка по Бильрот-2 с различными модификациями с удалением 2/3 желудка. После этой операции наблюдается наибольшее количество летальных исходов (от 1 до 6%), самая высокая частота демпинг-синдрома (с преобладанием тяжелых форм), дуоденогастрального рефлюкса, нарушений функций печени и желчного пузыря, потери в массе тела, сексуальных расстройств. Многих больных перед операцией отпугивают слова: «удаление большей половины желудка» при резекции желудка. Одну треть всех пострезекционных осложнений при этой операции составляет синдром приводящей петли, который в раннем послеоперационном периоде способствует развитию несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки, а в позднем вызывает тяжелые диспепсические расстройства.

В последние годы в странах Западной Европы, США и в Российской Федерации наблюдается заметное увеличение сообщений о возникновении рака культи резецированного желудка в отдаленные сроки после хирургического вмешательства, выполненного по поводу язвенной болезни.

Таким образом, резекция 2/3 желудка является началом пожизненных страданий от демпинг-синдрома, диареи и других расстройств, которые с нашего общего согласия названы пострезекционными синдромами. В связи с этим половина оперированных больных переводится на временную инвалидность. Многие оперированные больные не могут вернуться к прежней профессии. По нашим данным, после резекции по Б-1 и Б-2 к прежней работе вернулись 52-54% больные, в то время как после СПВ – 92%.

Естественно возникает вопрос, какие типы операций следует рекомендовать в современных условиях, когда медикаментозное лечение стало более эффективным, число рецидивов уменьшилось, появилось возможность более эффективно предупреждать и успешно лечить рецидивы язвенной болезни. Очевидно, что необходимо выбирать оперативные вмешательства, которые в меньшей степени нарушают функции желудка, не дают тяжелых послеоперационных синдромов, позволяют сохранить трудоспособность больного и обеспечить высокое качество жизни.

Современным периодом хирургического лечения язвенной болезни можно считать нынешнюю ситуацию. Это период, когда органосохраняющие методы операции постепенно получили широкое распространение во всех странах мира.

Из всех видов ваготомии за последнее десятилетие наиболее физиологичной является селективная проксимальная ваготомия с пилоро- или дуоденопластикой, как органосохраняющий вид операции. При стенозе луковицы двенадцатиперстной кишки при СПВ часто удается избежать разрушения привратника устранением стеноза дуоденопластикой, в том числе с циркулярным иссечением измененного рубцами участка кишки вместе с язвой.

Выводы. При дуоденальной язве рекомендуется селективная проксимальная ваготомия с дуоденопластикой, а при близком расположении язвы к пилорическому сфинктеру - с пилородуоденопластикой.

При желудочной локализации язвы оптимальным методом считают экономную резекцию по методу Бильрот-1 с сохранением пилорического сфинктера, потому что, при этой методике операции удаляется язва, которая может быть проявлением язвенной формы рака желудка.

При перфорации дуоденальной язвы больным целесообразно рекомендовать ваготомию с иссечением краев перфоративной язвы в пределах здоровой ткани с последующей пилоро- или дуоденопластикой, в зависимости от расположения язвы в отношении к сфинктеру привратника.

В последние годы, альтернативой к этому методу является пилородуоденопластика без ваготомии с последующей противоязвенной терапией (современные противоязвенные лекарства).

При стенозе – привратника или луковицы двенадцатиперстной кишки при отсутствии факторов риска рекомендуется ваготомия с пилоро- или дуоденопластикой.

При кровоточащей язве двенадцатиперстной кишки – ваготомия с иссечением или прошиванием кровоточащего сосуда с последующей пилоро- или дуоденопластикой.

На рубеже XXI века, хирурги отдают предпочтение органосохраняющим методам лечения язвенной болезни – различным вариантам ваготомии с пилоро- или дуоденопластикой. Эти оперативные вмешательства, выполненные технически грамотно, высококачественно, обеспечивают оперированным пациентам высокое качество жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аймагамбетов М.Ж., Рахметов Н.Р., Хребтов В.А. Особенности дуоденопластики при различных локализациях язв двенадцатиперстной кишки. // Хирургия. – 2004. - №12. - С.35-37.
2. Алыбаев Э.У., Ниязов Б.С., Абдуллаев Д.С., и др. Органосохраняющие операции в хирургии перфоративных язв двенадцатиперстной кишки. // В кн.: Международный конгресс гастроэнтерологов Евразии (Сборник научных статей). – Бишкек, 2001. - С.59-62.
3. Алыбаев Э.У., Сопуев А.А., Ниязов Б.С., и др. Органосохраняющие операции при перфоративной пилородуоденальной язве. // Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки: Материалы Всероссийской конференции - Саратов, 2003. - С.31-32.
4. Алыбаев Э.У., Койчуманов А.Н., Керимбаев Р.Т. Пилоро- или дуоденопластика при перфоративной пилородуоденальной язве с последующей противоязвенной терапией. // “Хирургия Кыргызстана”. – 2005. - №1. - С. 17-19. (соавторство).
5. Ефименко Н.А., Лысенко М.В., Асташов В.Л. Кровотечение из хронических гастродуоденальных язв: современные взгляды и перспективы лечения. // Хирургия - 2004. - №3 - С. 56-60.
6. Жерлов Г.К., Кошель А.П., Рудая Н.С., и др. Выбор радикальной операции у больных с ушитыми перфоративными гастродуоденальными язвами. // Хирургия – 2005 - №3 - С. 18-22.

7. Кузин М.И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. // Хирургия – 2001 - №2 - С. 27-32.

8. Курбанов Ф.С., Асадов С.А., Михайлов Р.Р. Селективная проксимальная ваготомия в сочетании с дренирующими операциями при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. // Хирургия. - 2000. № 7 - С. 37-40.

9. Кутяков М.Г., Хребтов В.А., Аймагамбетов М.Ж. Селективная проксимальная ваготомия с иссечением язвы двенадцатиперстной кишки. // Хирургия - 2000. - №4 - С. 9-12.

10. Оноприев В.И. Новые технологии, концепция и тактика хирургического лечения осложненных дуоденальных язв. 8-й Всеросс. съезд хирургов (тез. докл.). - Краснодар. - 1999. - С. 198-201.

11. Панцырев Ю.М., Ченякевич С.А., Михалев А.И. Хирургическое лечение язвенного пилородуоденального стеноза. // Хирургия - 2003. №1 - С. 18-21.

12. Плешков В.Г., Афанасьев В.Н., Овсянкин А.В. Применение фамотидина (квamatела) в лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. // Хирургия - 2000. - №11. - С. 48-49.

13. Baron J.H., SonnenbeigA. Am. J. Gastroenterol 2001; 96: 10:2887—2891.

14. Church X.f., Palmer K.P. Eur. J. Gastroenterol Hepatol 2001; 1: 9: 1149-1152.

15. Ohmann C, Imhof M., Roher H. Trends in peptic ulcer bleeding and surgical treatment. Wld. J. Surg. 2000; 24: 3: 284—293.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ МНОЖЕСТВЕННОЙ СУБПИАЛЬНОЙ ТРАНССЕКЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОЧАГОВЫХ КИСТОЗНЫХ АРАХНОИДИТОВ С ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Мамытов М.М., Кадыров Р.М.

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева, кафедра нейрохирургии, г. Бишкек, Кыргызстан

Резюме. Очаговые кистозные арахноидиты головного мозга (ОКАГМ) – сравнительно нечастая патология головного мозга, в значительном количестве случаев сопровождающаяся грубой, медикаментозно резистентной эпилептической активностью (от 16 до 60% случаев). На опыте лечения 92 больных с ОКАГМ с эпилептическим синдромом рассмотрены возможности оптимизации лечебной тактики и методов воздействия на эпилептический очаг. При оценке результатов лечения по 3 группам, выявлено значительное преобладание положительных результатов в группе больных с множественной субпиальной транссекцией (МСТ), где исчезновение припадков достигнуто у 20 пациентов, что составило 62,5%, а единичные эпизоды в послеоперационный период у 9 пациентов (20,1% наблюдений). В группах больных оперированных без применения МСТ и пролеченных консервативно полное исчезновение припадков достигнуто лишь у 13,3% и 16,7% соответственно. Сделаны выводы, что методика МСТ является эффективным и безопасным методом борьбы с фокальной пароксизмальной активностью при ОКАГМ и может быть рекомендована данным больным в качестве метода выбора.

Ключевые слова: кистозный арахноидит, хирургическое лечение эпилепсии, множественная субпиальная транссекция.

ТАЛМА СИНДРОМУ БАР ОЧОКТУУ КИСТОЗДУУ АРАХНОИДИТТЕРДИ ДАРЫЛООДОГУ КӨПТӨГӨН СУБПИЯЛДУУ ТРАНССЕКЦИЯ ЫКМАСЫН КОЛДОНУУ

Мамытов М.М., Кадыров Р.М.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, нейрохирургия кафедрасы, Бишкек шаары, Кыргызстан

Корутунду. Баш мээнин очоктуу кистоздуу арахноидиттери (БМОКА) – баш мээнин дээрлик кезде кездешүүчү патологиясы, көбүнчө орой, медикаментоздуу резистенттик талмалык активдүүлүгү менен коштолот (16-60%га чейин учурларда). Талмалык синдрому менен БМОКА бар 92 бейтапты дарылоонун тажрыйбасында талмалык очокко тасир этүүнүн даарылык тактиканы жана ыкмаларды оптималдаштыруунун мүмкүнчүлүктөрү каралган.

3 топ боюнча дарылоонун жыйынтыктарына баа берүүдө, көптөгөн субпиалдуу транссекциясы (КСТ) менен бейтаптардын тобунда жакшы жыйынтыктардын басымдуулук кылуусу ачылган, бул топто талма 20 бейтапта жок болгон же б.а. 62,5%ды түзгөн, ал эми операциядан кийинки мезгилде 9 бейтапта жогологон (20,1% байкоодо). КСТ колдонуусуз операция жасалган жана эски ыкмалар боюнча даарыланган топто, талманын жок болушу 13,3% жана 16,7%да гана байкалган. Фокалдуу пароксизмалдуу активдүүлүк менен күрөшүүдө БМОКА ыкмасынын натыйжалуулугу жана коопсуздугу аныкталган жана бул бейтаптарга тандап алууга сунушталган.

Негизги сөздөр: кистоздуу арахноидит, талманы хирургиялык дарылоо, көптөгөн субпиалдуу транссекция.

APPLICATION OF THE METHOD OF MULTIPLE SUBPIAL TRANSSECTION IN SURGICAL TREATMENT FOCAL CYSTIC ARACHNOIDITIS OF THE BRAIN WITH EPILEPTIC SYNDROME

Mamytov M.M., Kadyrov R.M.

Kyrgyz state medical academy by I. Achunbaev, neurosurgery chair, Bishkek c., Kyrgyzstan

Resume. Focal cystic-arachnoiditis of the brain (FCAB) – is a relatively rare pathology of the brain in most cases accompanied with the prominent drug treatment resistant epileptic activity (16-60% of cases). Possibilities of treatment tactics and methods of influence to the epileptic focus optimization were studied on 92 patients with FSAB. After evaluation of the treatments results in all three groups it was found that there was a significant prevalence of positive results in a group of patients who underwent multiple subpi al transsection (MST), where elimination of epileptic seizures was achieved in 20 patients

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ МНОЖЕСТВЕННОЙ СУБПИАЛЬНОЙ ТРАНСЕКЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОЧАГОВЫХ КИСТОЗНЫХ АРАХНОИДИТОВ С ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

(62,5% of cases) and solitary epileptic episodes during postoperative period were observed in 9 patients (20,1% cases in this group). Complete elimination of seizures was archived only in 13,3% and 16,7% of cases in groups of patients that were operated without MST and received drug treatment respectively.

Next conclusions were made: MST is an effective and safe method of treatment of the focal paroxysmal activity in FCAB; this method can be recommended to this type of patients as a method of choice.

Key words: cystic arachnoiditis, surgical treatment of epilepsy, multiple subpial transection

Первое упоминания об очаговых кистозных арахноидитах (ОКА) головного мозга, как самостоятельной нозологической единице встречается в работе Starkman S.R. et. al. (1958), опубликованной в американском журнале "Нейропатологии и экспериментальной неврологии", сам же термин «кистозный арахноидит» предложен Rengachary S.S. в начале 70-х годов, а в дальнейшем введен в классификацию заболеваний ВОЗ, как наиболее патогенетически и морфологически обоснованный [15].

Говоря о распространенности очаговых кистозных арахноидитов головного мозга (ОКАГМ) большинство исследователей [1,3,18] указывают на цифру в 1% от всех интрокраниальных образований, при этом, признавая, что значительная часть ОКА остается не диагностированной, что подтверждают последние исследования ВОЗ, выявивших 5 случаев ОКА на 1000 аутопсий людей, умерших от заболеваний, не связанных с патологией головного мозга [4].

ОКА конвексигальной поверхности независимо от размеров, проявляются в виде очаговых симптомов выпадений и раздражения, среди которых эпилептический синдром (ЭС) занимает одну из доминантных позиций [3,6,11]). По данным различных авторов, частота ЭС при ОКАГМ, колеблется в пределах от 16% до 60% [11,12,14]. ЭС является вторым, после гипертензионно-гидроцефального синдрома по частоте встречаемости при ОКАГМ [2,3,4,10] и на фоне обычно "мягкой", без грубой очаговой и дислокационной симптоматики клинической картины заболевания, часто выделяется своей агрессивностью и медикаментозной резистентностью [11,18].

В последнее десятилетие успехи эндоскопической хирургии позволили внести огромный вклад в развитие малоинвазивной нейрохирургии, практически сформировав современное отношение, тактику и подходы к хирургическому лечению ОКА головного мозга [5, 8, 13]. Вместе с тем, становится очевидным, что подобные хирургические вмешательства не позволяют адекватно бороться с сопутствующей пароксизмальной активностью, т.к. в отличие от традиционной широкой краниотомии никоим образом не позволяют воздействовать на перифокальный эпилептический очаг. Koch С.А. с соавторами (1998) пишет о 50%-м показателе сохранения эпилептических припадков (ЭП) после эндоскопических и шунтирующих операций, расценивая такой результат - как неудовлетворительный.

Впервые сообщение о множественной субпиальной трансекции (МСТ), как новом методе хирургического лечения очаговой (парциальной, фокальной) эпилепсии было опубликовано Ф. Моррелом с соавторами (1989). Основными отличиями, преимуществами и показаниями к возможному применению описанной методики явились малоинвазивность и атравматичность процедуры с минимальными морфологическими и функциональными выпадениями, а также возможность применения последней практически в любой, в том числе и функционально значимой области коры. Принципом самой процедуры МСТ, является рассечение горизонтально ориентированных внутрикортикальных волокон, при сохранении большинства вертикальных, функционально значимых нейрональных колонок и проникающих пиальных сосудов, также в большинстве своем имеющих горизонтальную ориентацию [9,15].

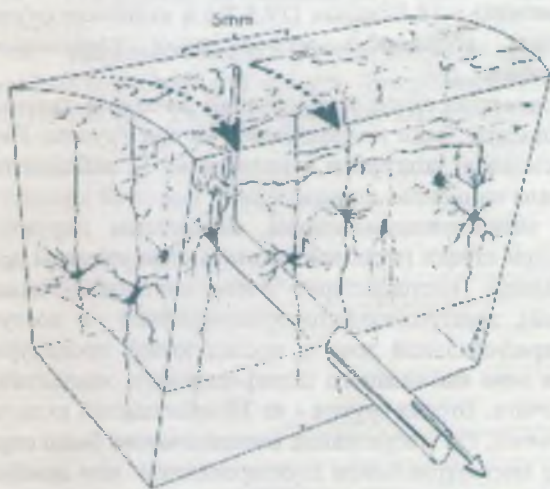
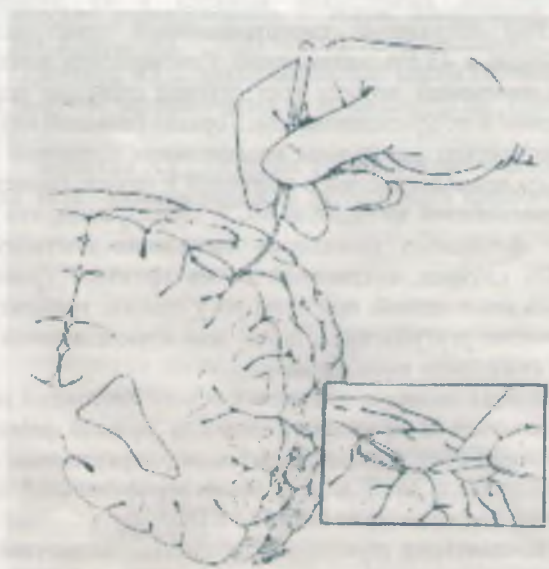


Рис. Схема проведения процедуры МСТ и среза коры в зоне трансекции

Результатом транссекции становится деление коркового эпилептического очага на небольшие изолированные островки с прерванными горизонтальными межнейрональными связями, но сохраненной вертикальной колоночной организацией, эфферентными и афферентными связями коры с нижележащими ядерными структурами и спинным мозгом, что позволило активно применять МСТ в случаях идиопатической фокальной эпилепсии [9, 15, 17].

Вместе с тем, в литературе остались практически не освещенными вопросы показаний и объема применений МСТ при симптоматической парциальной эпилепсии и вовсе не нашло отражения применение МСТ при ОКАГМ, как патологии несомненно требующей щадящего и малоинвазивного подхода в борьбе с часто сопровождающей ее пароксизмальной активностью.

Материалы и методы. В работе представлены сравнительные результаты лечения 92 больных с супратенториальными ОКА больших полушарий, сопровождающихся ЭС, находившихся на стационарном лечении в клинике нейрохирургии Национального Госпиталя при Министерстве Здравоохранения Кыргызской Республики в период с января 2000 года по май 2005 года.

Возраст больных колебался в широких пределах - от 5 до 68 лет, в среднем составив 28 лет и 7 месяцев. Отмечено подтверждаемое большинством авторов [7, 16] преобладание лиц мужского пола - 60 пациентов над женщинами - в 32 случаях, таким образом соотношение мужчины/женщины составило 2/1.

Клиническая картина заболевания во всех случаях была представлена триадой синдромов в различной степени выраженности: синдромом внутрочерепной гипертензии, очагового неврологического дефицита и эпилептическим синдромом.

При характеристике ЭП исходили из Международной классификации эпилептических припадков 1981 года и принятой Международной лигой по борьбе с эпилепсией (ILAE) в 1989 году новой классификации эпилепсии и эпилептических синдромов. В наблюдаемой группе, значительно преобладали различные виды фокальных припадков у 74 из 92 пациентов, что составляет 80,4 %. Первично-генерализованные приступы были выявлены у 18 больных (19,5 %) и включали случаи сочетания абсансов с развернутыми судорожными приступами.

В зависимости от примененной лечебной тактики, все пациенты были подразделены на три группы. Первая (основная) подгруппа в количестве 32 наблюдений включала пациентов с проведенной широкой краниотомией, менингоэнцефалолизом, иссечением наружной кистозной стенки (мембранэктомия), перкутаным дренированием (кистоцистерно и/или кистосубарахноидостомией), электроэнцефалокортикографией в доступной перифокальной зоне и последующей процедурой МСТ в зоне выявленного перифокального эпилептического очага. Вторая группа - из 30 наблюдений включала больных, где оперативное вмешательство было ограничено кистоатриальным шунтированием или мембранэктомией и дренированием кисты, без попыток воздействия на сопутствующий очаг пароксизмальной активности. Еще одной группой сравнения, также в коли-

честве 30 наблюдений стали пациенты без оперативного вмешательства.

Поздний послеоперационный катамнез (длительностью до 5 лет) прослежен у 70,6 % больных включая все случаи с МСТ.

Результаты и обсуждения. Для оценки динамики эпилептического синдрома у больных анализировались следующие показатели: частота припадков и их структура. Рассматривая результаты лечения в отдельных группах, становится очевидным значительное преобладание положительных результатов лечения в группе больных с множественной транссекцией в перифокальной кистозной зоне. Так, полное исчезновение припадков в этой группе достигнуто у 20 пациентов, что составило 62,5% наблюдений в ней. Хороший результат лечения получен у 9 пациентов (28,1%), из них в 7 наблюдениях достигнута положительная динамика в структуре приступов.

Таким образом, общий положительный результат в группе больных с МСТ составил 90,6% наблюдений. Особо заслуживает внимания отсутствие отрицательных результатов в динамике ЭС данной подгруппы. В группах больных оперированных без применения МСТ и пролеченных консервативно, результаты лечения примерно сопоставимы. Отличный результат с полным исчезновением припадков получен лишь у 13,3% больных оперированных без МСТ и у 16,7% без оперативного лечения. У преобладающего большинства пациентов в этих группах получены хорошие и удовлетворительные результаты, составив 70% наблюдений у пациентов оперированных без МСТ и 56,7% в группе только медикаментозной терапии. Вместе с тем, большее количество отрицательных результатов с учащением приступов выявлено в группе пациентов без оперативного вмешательства - 5 наблюдений (16,7%), подтверждающее ранее высказанное утверждение о высокой медикаментозной резистентности к АЭП у больных с ОКА больших полушарий головного мозга.

Значительный и умеренный регресс синдрома внутрочерепной гипертензии выявлен у 49 пациентов (53,3%) сохранение гипертензионной симптоматики отмечено в 43,5% наблюдений. Соотношения выявленных изменений во всех трех группах примерно тождественны и не принципиальны. Гораздо больший интерес представляют результаты исследования динамики очагового неврологического дефицита в группе пациентов с примененной методикой МСТ. Обнаружено, что регресс фокальных симптомов выпадения достигнут в 34,4% случаев, сохранение ее на прежнем уровне в 65,6% наблюдений, при этом ни у одного пациента не выявлено усугубления старых или присоединения новых симптомов выпадений.

Базовая гипотеза лежащая в основе настоящей работы, состоит в предпочтительности прямой резекции кистозной стенки (мембранэктомии), перкутаным дренированием и МСТ в доступной перифокальной зоне, прочим видам лечения ОКАГМ с ЭС.

Имплантиция шунтирующих систем, независимо от размеров кистозной полости и процессов ликвороциркуляции, приняла в некоторых клиниках неоправданно широкий масштаб [2, 1, 17] несмотря на значительное число рецидивов, обструкции шунтов и необходимости

повторных реимплантаций. В нашей работе ведущими показателями к шунтированию определены: врожденный характер кистозной мальформации, ее гигантские размеры или сопутствующая порэнцефалия, когда длительное и плавное устранение масс эффекта приводит к сопутствующему регрессу эпилептической активности.

Процедура МСТ, как нельзя более показана именно пациентам с ОКАГМ, сопровождающейся выраженной, медикаментозно резистентной пароксизмальной активностью, на фоне негрубого неврологического дефицита или проявлений внутричерепной гипертензии, что полностью подтверждают результаты проведенного нами обследования. Щадящая и атравматичная транссекция, позволила нейтрализовать эпилептический очаг без дополнительных выпадений в послеоперационный период в 90,6% случаев.

Заключение. Анализ результатов проведенного исследования дает основание утверждать, что широкое иссечение кистозной стенки, дополненное перкутанном дренированием, с последующей МСТ в перифокальной зоне, является эффективным и безопасным методом хирургического лечения ОКАГМ с ЭС и может быть рекомендовано данным больным в качестве метода выбора. Наиболее оправданно его применение при небольших посттравматических и рамоляционных кистах конвекситальной поверхности мозга. Помимо этого становится очевидным, что применение МСТ, открывает новые реальные возможности борьбы с очаговой пароксизмальной активностью и значительно улучшает результаты лечения тяжелой, медикаментозно резистентной, симптоматической, фокальной эпилепсии.

ЛИТЕРАТУРЫ

1. Боровикова В.Н., Рябуха Н.П., Юхарев С. П. Усовершенствование методики электрокортикографии при одномоментных и долгосрочных стереотаксических вмешательствах // Журн. Вопр. Нейрохирургии им. Бурденко. – 1995. – Вып. 3. – С. 38-40.
2. Добровольский Г.Ф., Вихерг Г.М., Ивакина Н.И., Никулина Л.А. Арахноидальные кисты (патоморфологические исследования). // Журн. Невропатол. И псих. Им. Корсакова. – 1990. – Т.90, №10. – С.20-25.
3. Кушель Ю. . Арахноидальные кисты головного мозга Частные вопросы детской нейрохирургии Невровет 2002г.
4. Мелекян А.Г., Озерова П.И., Брагина Н.Н., Козычева М.В. Эндоскопическая фенестрация срединных

супратенториальных ликворных кист. // Вопросы нейрохирургии. – 1999г., №4 – С. 7-13.

5. Arroyo S. Santamaria J. What is the relationship between arachnoid cysts and seizure foci? [see comments]. *Epilepsia*. 38(10):1098-102, 1997 Oct.

6. Di Rocco C. Arachnoid cysts // *Neurological Surgery* 1996.-V.-2.-P.967-994.

7. Gangemi M., M.D., F. Maiuri, M.D., G. Colella, M.D., and L. Sardo, M.D. Endoscopic surgery for intracranial cerebrospinal fluid cyst malformations *Neurosurg Focus* 6 (4):Article 6, 1999

8. Hufnagel A. Zentner J. Fernandez G. Wolf HK. Schramm J. Elger CE. Multiple subpial transection for control of epileptic seizures: effectiveness and safety. *Epilepsia*. 38(6):678-88, 1997 Jun.

9. Kobayashi Eliane; Leonardo Bonilha; Li M. Li; Fernando Cendes Temporal lobe hypogenesis associated with arachnoid cyst in patients with epilepsy *Arq. Neuro-Psiquiatr.* vol.61 no.2B São Paulo June 2003

10. Koch CA. Arachnoid cyst and epilepsy [letter; comment]. *Surgical Neurology*. 51(6):687-8, 1999 Jun.

11. Koch CA. Moore JL. Voth D. Arachnoid cysts: how do postsurgical cyst size and seizure outcome correlate? *Neurosurgical Review*. 21(1):14-22, 1998.

12. Kim MH. The role of endoscopic fenestration procedures for cerebral arachnoid cysts. *Journal of Korean Medical Science*. 14(4):443-7, 1999 Aug.

13. Mazurkiewicz-Beldzińska Maria, , Dilling-Ostrowska Ewa Presentation of intracranial arachnoid cysts in children: correlation between localization and clinical symptoms. *Med Sci Monit*, 2002;8(6):CR462-465

14. Morrell F, Whisler WW, Bleck TP. Multiple subpial transection: a new approach to the surgical treatment of focal epilepsy. *Neurosurg* 1989 Feb;70(2):231-9

15. Rengachary S.S. Kenndy J. D. Intracranial arachnoid and ependymal cysts // *Neurosurgery*. – 1996. –V.3.-P. 3709-3728

16. Rougier A. Sundstrom L. Claverie B. Saint-Hilaire JM. Labrecque R. Lurton D. Bouvier G. Multiple subpial transection: report of 7 cases. *Epilepsy Research*. 24(1):57-63, 1996 May.

17. Shapiro N.K. Swift M.D. Intracranial arachnoid cysts // *The practice of Neurosurgery*. 1996. - V.-3. P.-2668-2679.

18. Vaquerizo-Madrid J. Sylvian arachnoid cysts, temporal lobe hypoplasia and epileptic encephalopathy. *Revista de Neurologia*. 29(12):1188-9, 1999 Dec 16-31.

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМ ГИПОФИЗА

Мамытов М.М., Ырысов К.Б., Мендибаев К.Т.

*Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева,
Национальный госпиталь МЗ КР, г. Бишкек, Кыргызстан*

Резюме. В работе представлены результаты обследования 63 больных с опухолями гипофиза. Показаны результаты использования при инструментальном обследовании компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии. 52 больным было проведено хирургическое лечение. Показаны методика и результаты хирургических вмешательств.

Ключевые слова: аденома гипофиза, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, хирургическое лечение.

PROBLEMS OF DIAGNOSIS AND SURGERY FOR PITUITARY ADENOMAS

Mamytov M.M., Yrysov K.B., Mendibaev K.T.

*Kyrgyz State Medical Academy n.a. I. K. Akhunbaev, National Hospital of Kyrgyz Republic,
Bishkek, Kyrgyzstan*

Resume. Results of diagnosis using computed tomography and magnetic resonance imaging in 63 patients with pituitary adenomas have presented. Out of the patients 52 underwent surgical excision. Methods and results of surgical interventions demonstrated.

Key words: pituitary adenomas, computed tomography, magnetic resonance imaging, surgical excision.

ГИПОФИЗ АДЕНОМАЛАРЫН АНЫКТООНУН ЖАНА ХИРУРГИЯЛЫК ЖОЛ МЕНЕН ДАРЫЛООНУН МАСЕЛЕЛЕРИ

Мамытов М.М., Ырысов К.Б., Мендибаев К.Т.

*И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, Улуттук Госпиталь,
Бишкек, Кыргызстан*

Корутунду. Гипофиз аденомаларынан жабыркаган 63 бейтаптын компьютердик жана магниттик резонанстык томографиялык изилдөө жыйынтыктары көрсөтүлгөн. Бейтаптардын ичинен 52си хирургиялык жол менен дарыланылган. Хирургиялык жол менен дарылоонун жыйынтыктары сүрөттөлгөн.

Негизги сөздөр: гипофиз аденомалары, компьютердик томография, магниттик резонанстык томография, хирургиялык дарылоо.

Актуальность проблемы. Опухоли гипофиза по частоте занимают третье место среди новообразований центральной нервной системы и составляют от 5 до 17%. Результаты оперативного лечения опухолей гипофиза зависят от многих факторов, прежде всего, от стадии развития опухоли и объема проведенной операции. В связи с развитием методов хирургического, консервативного и лучевого лечения, проблема точной диагностики опухолей гипофиза приобретает особую актуальность [1, 2, 3].

В связи с развитием компьютерных технологий в медицине, в том числе в области диагностики заболеваний головного мозга, появились новые возможности прямой неинвазивной визуализации головного мозга и мониторинга его функций, как в диагностических, так и

в исследовательских целях. Также значительно расширились знания по патогенезу и саногенезу многих заболеваний центральной нервной системы, в том числе и опухолей гипофиза. Применение компьютерной томографии (КТГ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) коренным образом изменило возможность топической диагностики опухолей гипофиза, особенно на ранних стадиях заболевания. КТГ и МРТ позволяют получать более полное представление о величине, функциональной характеристике и распространенности опухоли. МРТ существенно дополняет данные КТГ, являясь неинвазивным и безопасным методом, исключая воздействие на организм больного ионизирующей радиации. МРТ позволяет получать томограммы с высокой контрастностью изображения анатомиче-

ских сосудов на основании мозга. Она предусматривает сканирование в 3-х взаимно перпендикулярных плоскостях без изменения положения больного или перемещения томографа. В нем отсутствуют артефакты от костей основания черепа, которые наблюдаются при КТГ [4,5,6].

Однако на сегодняшний день среди различных авторов нет единого мнения относительно характеристики аденом гипофиза. В том числе по вопросу семиотики аденом гипофиза при КТГ, проявляются ли они в виде зоны пониженной плотности и/или же в виде зоны повышенной. Некоторые вопросы, связанные с томографической диагностикой опухолей гипофиза, как нам кажется, ждет своего толкования и решения, тем самым подлежит уточнению сравнительная ценность традиционных рентгенологических методов краниографии, ангиографии и др. Также несомненный клинический интерес представляет вопрос о существовании зависимости КТГ-характеристики опухоли гипофиза и гормональной активности гипофиза, а также иммунологической активности организма. Эти вопросы практически не отражены в литературе. Следует отметить, что от данных КТГ и МРТ напрямую зависят показания к проведению и результаты хирургического лечения аденом гипофиза [1-7].

Цель исследования. Изучить результаты диагностики и хирургического лечения больных с аденомами гипофиза.

Материал и методы исследования. В данной работе сопоставлены результаты клинко-инструментальных исследований у 63 больных с аденомами гипофиза. Возраст больных был от 19 до 65 лет. Мужчин было 27 (42,9%), женщин 36 (57,1%).

Диагноз аденомы гипофиза верифицирован на операции у 52 (82,5%). В остальных 11 (17,5%) случаях больные по разным причинам не были оперированы, и у них окончательный диагноз ставился на основании клинического и инструментального обследований.

Результаты и их обсуждение. В большинстве случаев (82,5%) у больных с аденомы гипофиза были гормонально-активными, при этом уровень пролактина в крови был в 2,5-3 раза выше, чем в норме.

Эндокринные симптомы соответствовали гормональному профилю опухоли и проявлялись либо синдромом галактореи, аменореи, дисменореи (у женщин), импотенцией (у мужчин), а также акромегалией. У 51 (81,0%) больного имелись различные офтальмологические расстройства, в том числе: 28 (44,4%) больных имелось снижение зрения на оба глаза, у 20 (31,7%) больных - одностороннее расстройство зрения, а также у 3 (4,8%) больных был амавроз (слепота) на один глаз при низком зрении другого глаза. В остальных 12 (19,0%) случаях снижение остроты зрения не было отмечено, хотя имело место нарушение полей зрения.

У 43 (68,3%) больных установлена битемпоральная гемианопсия. У 6 (9,5%) больных наблюдалось явление гемианопсии с одной стороны. Также отмечались различной степени выраженности концентрическое сужение полей зрения, наличие скотом в центре полей зрения. У 37 (58,7%) больных выявлена атрофия зрительных: у 26 - с обеих сторон, у 11 - с одной стороны. У 7 (11,1%) больных были начальные признаки застойных

сосков зрительных нервов. У остальных 19 (30,1%) больных - глазное дно оставалось интактным.

Следует отметить, что почти у всех больных установлено изменение параметров турецкого седла, которые выражались в атрофичности спинки турецкого седла - 56 (88,9%) случаев, расширение входа в седло - 49 (77,8%) случаев, увеличение размеров турецкого седла - 57 (90,5%) случаев, двуконтрастность и разрушение дна турецкого седла - 22 (34,9%) случаев.

КТГ выполнена всем 63 (100%) больным с аденомами гипофиза. Полученные КТГ-изображения аденом гипофиза анализировались по следующим признакам: турецкое седло нормальное, незначительное увеличение и значительное увеличение размеров турецкого седла, т.е. характер роста по отношению к турецкому седлу. При этом были получены следующие данные: эндоселлярное без увеличения размеров турецкого седла - 8 (12,7%) случаев; эндоселлярное с увеличением размеров турецкого седла - 39 (61,9%) случаев, экстраселлярное - 16 (25,4%) случаев.

Опухоли растущие экстраселлярно характеризовались следующим направлением роста: супраселлярный рост с умеренным распространением за пределы седла и опухоли доходящие до дна III-желудочка и деформирующие его, вызвавшие даже гидроцефалию боковых желудочков из-за окклюзии III-желудочка - 3 (18,8%) случая; параселлярный рост в обе или в одну сторону от турецкого седла - 4 (25,0%) случая; инфраселлярный рост с прорастанием в основание черепа и кавернозный синус, клиновидный синус и клетки пазухи решетчатой кости - 7 (43,7%) случаев. Кроме того в 2 (12,5%) случаях опухоли распространялись во многие направления - эндо- супра- пара- ретроселлярно одновременно.

Плотность аденомы гипофиза на компьютерограммах оценена как пониженной плотности по сравнению с нормальной мозговой тканью у 8 (12,7%) больных, т.е. аденома имела кистозный компонент. У 9 (14,3%) больных плотность опухоли значительно выше, чем плотность мозга, в таких случаях опухоль, как правило, кист не имеет, а состоит из однородной массы как солидные опухоли, которые потом верифицировались при оперативном вмешательстве.

У 27 (42,9%) больных с аденомами гипофиза произведен анализ визуализации на МРТ в режиме T1 и T2. При эндо- и экстраселлярном росте опухоли преимущество МРТ заключалось в более точном определении верхних и боковых контуров опухоли, степени инвазии в пазуху основной кости при инфраселлярном росте опухоли, а также лучше определялись взаимоотношение опухоли структурами мозга и черепа (зрительные нервы, сонные, дна III желудочка, кавернозный синус, клиновидная пазуха и др.), когда опухоль имела супрапараретроселлярный рост. Возможность применения МРТ в определении размеров, локализации, конфигурации и возможность визуализации таких тончайших деталей гипофиза, как воронка, передние и задние доли гипофиза, чрезвычайно велика.

Вместе с тем все же возникают трудности, когда вопрос касается диагностики аденомы гипофиза при неизменном турецком седле, при так называемых микроаденомах и когда имеет место синдром пустого ту-

рецкого седла. В этих случаях решающую роль играла клиническая картина заболевания.

Из 63 обследованных больных 52 (82,5%) больных с аденомами были гипофиза подвергнуты оперативному лечению. Все больные до операции прошли гормональную терапию. С этой целью назначали гидрокортизон начиная с 20 мг внутрь, по возрастающей с дозой по 20 мг ежедневно, в день операции 80 или 100 мг. После операции также больные продолжали получать препарат в течение 3-4 дней, но сниженной дозировке.

Оперативное вмешательство производили под общим фторотановым интубационным наркозом на фоне нейролептоанальгезии.

Во всех 52 (100%) случаях был использован биаурикулярный разрез кожи по краю волосистой части головы. Доступ к опухоли осуществляли с помощью односторонней костно-пластической трепанацией черепа классическим субфронтальным подходом. Почти во всех случаях производили коагулирование выбухающей диафрагмы турецкого седла, после чего перфорировали диафрагму и брали биопсию содержимого турецкого седла.

Затем производили отсасывание содержимого турецкого седла, если опухоль кистозного характера. Если аденома имела солидное строение, тогда производили удаление опухолевой массы. Все манипуляции на гипофизе производили с применением волоконно-оптической увеличительной и осветительной системы, а также микронейрохирургических инструментов.

Следует отметить, что с целью предупреждения интра- и послеоперационных осложнений хирургические манипуляции на гипофизе должны проводиться под постоянным контролем интактности зрительных нервов, хиазмы и сонных артерий, а также кавернозного синуса, которые часто имеют непосредственное взаимоотношение с опухолью, иногда даже аденомы прорастают в указанные структуры.

После проведенного хирургического лечения у 37 (71,2%) больных из 52 оперированных отмечено улучшение зрительных функций уже до выписки из стационара. В 5 (9,6%) случаях значительно регрессировали акромегалоидные проявления. Также у 6 (20,0%) женщин через 3-4 месяца после операции появились менструации, у 3 (50,0%) из них восстановилась детородная функция. Данные результаты мы оценили как положительные.

У 3 (5,8%) больных послеоперационная рана осложнилась нагноением, с последующим благоприятным

исходом. Данный результат мы оценили как удовлетворительный.

У 1 (1,9%) больной наступила полная слепота на оба глаза сразу после операции, хотя у нее не было никаких других нарушений в неврологическом статусе. Данный результат мы оценили как неудовлетворительный.

В раннем послеоперационном периоде летальных исходов из 52 оперированных пациентов – не было ни в одном случае.

В отдаленном послеоперационном периоде 7 (13,5%) больных оперированы повторно по поводу рецидива опухоли в разные сроки после первичной операции.

Выводы. Таким образом, только комплексное клиническое, лабораторное, рентгенологическое, включающие КТГ и МРТ обследование может дать полное представление о характере и распространенности аденом гипофиза и вполне позволяет определить тактику лечения, в том числе и хирургическую. Хирургическое вмешательство при опухолях гипофиза позволяет в большинстве случаев добиться положительного результата. Рецидив заболевания после хирургического лечения составил 13,5%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коновалов А.Н., Корниенко В.Н., Пронин И.Н. Магнитно-резонансная томография в нейрохирургии. – М.: Видар, 1997. – 471 с.
2. Можаяев С.В., Скоромец А.А., Скоромец Т.А. Нейрохирургия: учебник. – 2-изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 480с.
3. Нейрохирургия: учебник / В.И. Цымбалюк, Б.Н. Лузан, И.П. Дмитрико и др.; под ред. проф. В.И. Цымбалюка. – Киев: Медицина, 2008. – 160с.
4. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. – Том 3, Часть 1 / Под ред. А.Н. Коновалова. – М.: Медицина, 2004. – 600с.
5. Опухоли гипофиза и хиазмально-селлярной области / Под ред. Б.А. Самоткина, В.А. Хилько. – Л.: Медицина, 1985. – 303 с.
6. Попугаев К.А. Синдром артериальной гипотензии у больных с опухолями хиазмально-селлярной области в раннем послеоперационном периоде и алгоритм выбора терапии: Автореф. дисс... канд. мед. наук. – Москва, 2007. – 25с.
7. Фомичев Д.В. Эндоскопическое эндоназальное удаление аденом гипофиза: Автореф. дисс... канд. мед. наук. – Москва, 2007. – 24с.

ОПЕРАТИВНЫЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ МАССИВНЫХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Мусуралиев М.С., Макенжан уулу А.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан

Резюме. В представленном исследовании обсуждены результаты 192 случаев операции, перевязки внутренних подвздошных артерий, используемого как радикальный способ остановки массивных акушерских кровотечений из них возможности (87 случаев) проведения органосохраняющей операции (остановки кровотечения без удаления матки).

Ключевые слова: акушерские кровотечения, перевязка внутренних подвздошных артерий.

АКУШЕРДИК КАН АГУУНУ ОПЕРАЦИЯЛЫК ЖОЛ МЕНЕН ТОКТОТУУ

Мусуралиев М.С., Макенжан уулу А.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы, Бишкек ш., Кыргызстан

Корутунду. Бул изилдөөдө төрөттөн кийин 192 кан агууну а. iliaca interna тамырын байлоо менен токтотуу жана анын ичинде (87 жолу) орган сактоочу операция жүргүзүү мүмкүнчүлүгү (жатынды албастан канн агууну токтотуу) талкууланат.

Негизги создөр: акушердик канн агуу, а. iliaca interna тамырын байлоо.

OPERATIVE HEMOSTASIS AT MASSIVE OBSTETRIC BLEEDINGS

Musuraliev M. S., Makenjan uulu A.

Kyrgyz State Medical Academy by I.K. Ahunbaev, Bishkek, Kyrgyzstan

Summary. In present research discussed the results of 192cases operation ligation of internal iliac arteries used as radical way to stop massive obstetric bleedings and possibilities (87 cases) of conducting organ safe operations (bleeding stop avoiding uterus removal).

Key words: obstetric bleedings, ligation of internal iliac arteries.

Введение. В рамках Национальной программы реформирования здравоохранения «Манас» и «Манас Таалими» осуществлены действия, направленные на развитие службы охраны материнства и детства в области охраны репродуктивного здоровья. Однако, несмотря на определенный прогресс, остались на высоком уровне материнская и младенческая смертность. Предоставляемые медицинские услуги по репродуктивному здоровью находятся еще ниже уровня возможностей и актуальных требований, особенно для бедных слоев населения, проживающего в отдаленных регионах, мигрантов, беженцев [17].

В структуре материнской смертности доминирующими причинами остаются акушерские кровотечения, гипертензивные нарушения беременности, не прямые причины, причем частота акушерских кровотечений увеличивается и составляет от 43,3 до 46,7% [18]. В республике сохраняется высокий показатель материнской смертности (2007г. – 63,2 на 100 тыс. живорожденных). Проведенный анализ в зависимости от места наступления смерти указывает на то, что материнская смертность в 1,5 – 2 раза выше на первичном госпитальном уровне, где отмечается дефицит квалифициро-

ванных кадров, отсутствует специализированная помощь и основными причинами их смерти являются неотложные акушерские состояния. Клинический значимость проблемы определяется увеличением риска смерти от послеродовых кровотечений частота которой обычно составляет 1:100000 родов в развитых странах, а в некоторых развивающихся странах она равно 1:1000 или в 100 раз выше [1]. При своевременной организации системы мероприятий с внедрением принципов безопасного материнства, неотложной акушерской помощи, решение проблемы регионализации и системы перенаправлений на должном уровне позволяют уменьшить нежелательные исходы от кровотечений, не только на уровне первичных лечебных учреждений, но и на национальном и регионарном уровне [17].

По данным литературы основным методом остановки послеродовых кровотечений в клинической практике остается оперативное удаление матки [3, 4, 5, 6]. Данные за последние годы практически мало изменились и поэтому научно-практическая значимость органосохраняющих операций является архиважным в охране репродуктивного здоровья.

Поэтому целью настоящего исследования явилось повышение эффективности хирургического гемостаза при маточных кровотечениях и определить возможность сохранения детородной функции у женщин.

Материал и методы исследования. Материалом служили результаты оперативных вмешательств по поводу акушерских неотложных ситуаций с применением операции перевязки внутренних подвздошных артерий проводимый при оказании лечебной помощи по линии санитарной авиации (1987-2009гг).

Всего из 192 случаев произведенных операций 105 составило первую группу анализируемых материалов, где билатеральная перевязка внутренних подвздошных артерий сопровождалась с удалением репродуктивного органа – матки (экстирпации матки и/или культы шейки матки), а во вторую группу вошли 87 случаев органосохраняющих операций с перевязкой а. iliaca interna без удаления матки [7].

Основные положения борьбы с акушерскими кровотечениями, в том числе показания к перевязке внутренних подвздошных артерий приняты и описаны впервые

в 1987 году [8, 9] и в клинических протоколах нашей республики.

Результаты и их обсуждение. Неотложные ситуации при беременности, в родах и в послеродовом периоде чаще всего связаны с первичными маточными кровотечениями и развитием тяжелых форм геморрагического шока и /или ДВС синдрома (первичный или вторичный) и в более поздних сроках с развитием гнойно-септических осложнений [3, 10]. Согласно основных причин приведший к развитию тяжелой кровопотери (по критериям ВОЗ: гемоглобин ниже 70 г/л, гематокрит ниже 25%) и полиорганной недостаточности разделили на следующие подгруппы: гипотонические (23,4%), травматические (разрывы матки (РМ), острый выворот матки (ОВМ)– 11,9%), кровотечения связанные с патологией плаценты (предлежание плаценты (ПП), преждевременная отслойка плаценты (ПОП)– 29,1%), гнойно-септические осложнения (17,2%) и другие (выкидыш, шеечная беременность и др. – 18,2%). Данные наблюдений представлены в таблице 1.

Таблица 1

Количество оперированных больных с перевязкой внутренних подвздошных артерий и их исходы (выздоровление/летальный исход)

Вид операции	Гипотонические кровотечения	Травмы матки (РМ, ОВМ)	Патологии плаценты (ПОП, ПП)	Гнойно-септические осложнения	Другие (шеечная беременность и др.)
I группа n – 105/100%	20/19,0	15/14,3	23/21,9	33/31,4	14/13,3
Умер n 16/15,2%	4	3	3	4	2
II группа n -87/100%	25/28,7	8/9,2	33/37,9	0	21/24,1
Умер n-0	0	0	0	0	0
Итого n-192/100%	45/23,4	23/11,9	56/29,1	33/17,2	35/18,2

Данные у больных с билатеральной перевязкой внутренних подвздошных артерий без удаления матки сравнивали с результатами у женщин того же периода подвергнутых оперативному гемостазу у женщин I группы. Во всех случаях операция проводилась по экстренным показаниям на фоне осложнений, связанной с массивной кровопотерей (более 1л), с проявлениями нарушения показателей свертывающей системы крови (низкого уровня гемоглобина, гематокрита и фибриногена), прогрессирующей гипотонией. Анализ возрастной характеристики и паритета родов у женщин показал, что основной возраст прооперированных составили беременные активного репродуктивного возраста – до 30 лет (60%) и с паритетом от 1 до 3 родов – (83,3%) , что и составляет особую актуальность проблемы в сохранении детородного органа у женщин путем проведения органосохраняющих операций.

Из числа 105 женщин в 16 случаях (15,2%) наступил летальный исход, причем до проведения радикальной хирургической коррекции в 9 случаях был эпизод остановки сердечной деятельности.

Для борьбы с вышеуказанными осложнениями во многих ведущих клиниках СНГ и дальнего зарубежья в единичных случаях используется экстирпация матки с билатеральной перевязкой внутренних подвздошных артерий [11]. Указанные операции – вынужденное и осознанное хирургическое действие, направленное на

удаление источника кровотечения, в то же время приводящее к потере репродуктивного органа и социальной дезадаптации.

Возможность проведения органосохраняющей операции широко обсуждается в литературе, что вместо гистерэктомии существует множество других эффективных методов - простагландины, перевязка маточных артерий, компрессионные швы, применения рекомбинантного фактора в акушерстве [12, 13, 14, 15, 16].

Проведенный нами анализ случаев «массивных» акушерских кровотечений показывает, что основной источник кровотечения – матка, и есть возможность остановки кровотечения без удаления, проводимый с использованием технологии малоинвазивной хирургии и уменьшения операционного стресса и дающий возможность сохранения репродуктивного органа [3, 7, 2].

Временной фактор имеет огромное значение, так как чем раньше диагностировано осложнение, тем больше возможность проведения органосохраняющей операции. Так, в I группе, лишь у 57,1% женщин оперативное вмешательство проведена в течении первых 2 суток, против 96,5% у женщин с II группы, где время от начала клиники геморрагии до операции билатеральной перевязки внутренних подвздошных артерий составили от 30 минут до 2 часов 10 минут (в среднем 1,33±0,31 часов) после операции кесарево сечения и/или после родов. Более поздние сроки в течение первой недели и

далее чаще было обусловлены гнойно-септическими осложнениями (у женщин I группы 23,8% и 19,0%) и практически билатеральная перевязка сосудов сопровождалась необходимостью удаления очага инфекции, и/или наличие прорастание плаценты, тромбоза сосудов и наличие некроза матки (таблица №2, 3). Распирение

объема оперативного вмешательства проводимый на фоне крайне тяжелого состояния больной увеличивает операционный стресс, а также продолжительность операции более 2 часов (у 62,8% в I группе, против 5,7% во II группе).

Таблица 2

Время радикальной операции от момента первичного вмешательства до проведения билатеральной перевязки внутренних подвздошных артерий

Время	I группа		II группа	
	n	%	n	%
До 48 часов	60	57,1	84	96,5
3-6 сутки	25 (8)	23,8	3	3,4
7 суток и более	20 (1)	19,0	0	0
Итого	105	100	87	100
Умер	16	15,2	0	0

Во всех случаях при органосберегающих операциях проведена с внутриоперационным перерывом после перевязки внутренней подвздошной артерии слева и справа на 10-20 минут (до восстановления параметров гемодинамики, появления хорошей сократимости мат-

ки, отсутствия дополнительных участков кровоточивости и др.). Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 1,30 ± 0,3 часов (от 1 часа 0,5 мин до 2 часов).

Таблица 3

Длительность операций

t (час)	I группа		II группа	
	n	%	n	%
до 2-х часов	39	37,1	82	94,2
2-4 часа	57	54,2	5	5,7
4 и более часа	9	8,6	-	-
Итого	105	100	87	100

По жизненным показаниям проводили переливание эритроцитарной массы для восстановления кислородно-транспортной функции крови. В большинстве случаев показанием является концентрация гемоглобина < 70 г/л и только в тех случаях, когда преимущества для женщины превосходят возможный риск [14]. Послеоперационный период протекал гладко, на 5-7 сутки проведено УЗИ- сканирование матки и доплерометрия сосудов и все женщины были выписаны домой с сохраненной репродуктивной функцией.

Выводы. При своевременной диагностике неотложных состояний связанных с массивной кровопотерей возможна радикальная меры устранения источника кровотечения с применением билатеральной перевязки внутренней подвздошной артерии, и имеется возможность проведения органосохраняющей операции, без удаления матки.

Удаление матки показано при наличии приращения / сращения плаценты, разрывов матки /или шейки матки. В большинстве случаев послеродового кровотечения, требующего гистерэктомии, операцией выбора должна быть - субтотальная гистерэктомия.

Преимуществом органосберегающей операции является снижение операционного стресса малоинвазивность и снижение травматизации связанных с экстирпацией матки, обычно проводимой на фоне тяжелейших нарушений жизнеобеспечивающих систем – синдрома

полиорганной недостаточности и / или синдрома “шоковых органов”.

ЛИТЕРАТУРА

1. Kastner E.S., Figueroa R., Garry D., Maulik D. Emergency peripartum hysterectomy: Experience at a community teaching hospital. *Obstet. Gynecol.* 2002; 99: 971-975.
2. Bukowski R., Hankins G. Managing postpartum hemorrhage. *Cotemporary OB/GYN Archive.* 2001. 2.
3. Мусуралиев М.С. Оценка эффективности оперативного гемостаза при массивных акушерских кровотечениях. // Центрально-азиатский медицинский журнал. - Том X, 2004, приложение 8- С.245-249
4. Macphail S., Fitzgerald J. Massive postpartum hemorrhage. *Curr. Obstet. Gynecol.* 2001; 11: 108-114.
5. Lalonder A., Daviss B.A., Acosta A., Herschderfer K. Postpartum hemorrhage today: ICM/FIGO initiative 2004-06. *Int. J. Obstet. Gynecol.* 2006; 94: 243-253.
6. Smith J., Mousa H.A. Peripartum hysterectomy for primary postpartum hemorrhage: Incidence and material morbidity. *J. Obstet. Gynecol.* 2007; 27: 44-47.
7. Мусуралиев М.С., Макенжан уулу А. Способ гемостаза при массивных послеродовых маточных кровотечениях. // Бюл. Интеллектуальная собственность, 2004, №12 – патент №727
8. Чернуха Е.А., Черный В.В., Старостина Т.А. Диагностика, профилактика и лечение кровотечений

при беременности и в родах // Методические рекомендации – М., 1987- 31 с.

9. Неотложная помощь при послеродовых кровотечениях // Методические рекомендации - Минздрав. Кыргызской Республики, Бишкек, 2002- 42 с.

10. Мусуралиев М.С., Макенжан уулу А. Новый оперативный гемостаз при массивных акушерских кровотечениях // Ж. Медицинские кадры XXI века.- 2007.-№1.-С142-144.

11. Ищенко А.И., Лачинский В.И., Рухадзе Т.Н. Минилапаротомия в гинекологической практике // Материалы V Российского форума “Мать и дитя” – М., 2003-С. 346-347.

12. Укыбасова Т.М. Новые подходы к лечению массивных акушерских кровотечений. Методические рекомендации – Актобе, 2006.- 50с.

13. Силантьев О.А. и соавт.. Опыт применения рекомбинантного активированного фактора свертывания VII в послеродовом периоде, осложненным желудоч-

ным кровотечением – Вестник хирургии Казахстана, 2007, №2(10), с. 67-68.

14. Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage. Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada. SOGC clinical practice guidelines No. 88, April 2000..

15. Plaat F. Recombinant factor VIIa should be used in massive obstetric hemorrhage. - Int. J. Obstet. Anest. 2007; 16: 354-359.

16. Welsh A., McLintock C., et all. Guidelines for the use of recombinant factor VII in massive obstetric hemorrhage. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology, 2008; 48: 12-16.

17. Программа по улучшению перинатальной помощи в Кыргызской Республике на 2009-2017 годы, Б., 2008.

18. Национальная стратегия охраны репродуктивного здоровья населения Кыргызской Республики до 2015 года, Бишкек, 2006.

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ЖЕНЩИН

Ниязов Б.С., Ашимов Ж.И., Ниязова С.Б., Айтмамбетова Г.Д.

Национальный Хирургический центр, кафедра хирургии ФУВ КГМИПУПК г. Бишкек, Кыргызстан

Резюме. Проведен анализ историй болезней у 181 больного с острым аппендицитом, у которых в ходе лечения была допущена диагностическая ошибка. Представлена методика конверсии доступа.

Ключевые слова: острый аппендицит, аппендэктомия, диагностическая ошибка, гистологическое исследование

АЯЛДАРДЫН АРАСЫНДА КУРТ СЫМАЛ ИЧЕГИНИН КЕСКИН СЕЗГЕНИШИНДЕ КЕТИРИЛГЕН ДИАГНОСТИКАЛЫК ЖАНА ДАРЫЛОО КАТАЛАР

Ниязов Б.С., Ашимов Ж.И., Ниязова С.Б., Айтмамбетова Г.Д.

Улуттук хирургия борбору, И.К. Ахунбаев атындагы КММА-нын хирургия кафедрасы, Бишкек шаары, Кыргызстан

Корутунду. Сокур ичегинин кескин сезгинишинде операция жасалган 181 оорунун оору баянын иликтеп чыктык. Айрыкча ал оруулардын баянынан дарылоо мөөнөтүндөгү кетирилген каталарга көңүл бурулду, андан башка операция жасалуу ар кандай жолдору аныкталды.

Негизги сөздөр: сокур ичегинин кескин сезгиниши, курт сымал ичегинин алып салуу, кетирилген диагностикалык каталар, гистологиялык изилдөөлөр

MISTAKES IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE APPENDICITIS IN FEMALES.

Niyazov B.S., Ashimov J.I., Niyazova S.B., Aytmambetova G.D

*National Surgery Center Surgery Department of DPR KSMIRT
(Department of Physicians Retraining, Kyrgyz State Medical Institute of Retraining)
Bishkek city, Kyrgyzstan*

Summary. Cases of history of 181 patients with acute appendicitis, at whom during treatment, diagnosis mistake was done, were analyzed. The method of access conversion is presented.

Key words: acute appendicitis, appendectomy, diagnosis mistake, histology investigation.

Актуальность. Своевременная диагностика и лечение острого аппендицита у женщин в настоящее время остается актуальной проблемой, высок процент неоправданных аппендэктомий у женщин, что побуждает хирургов изучать причины гипердиагностики острого аппендицита у больных с острыми воспалительными заболеваниями органов малого таза. Ошибки в диагностике острого аппендицита у женщин, страдающих острыми гинекологическими заболеваниями наблюдается в 12-13 % случаев [2,3,6,7].

Трудности дифференциальной диагностики острого аппендицита и воспалительных заболеваний женских половых органов объясняются анатомо-физиологическими особенностями женского организма; слепая кишка с отростком расположена ниже, чем у мужчин; между кровеносной и лимфатической системой внутренних половых органов, а также брыжейкой

отростка имеется связь; у женщин брюшная полость через маточные трубы сообщается с внешней средой. Всё это, с одной стороны обуславливает трудности разграничения поражения одного из этих органов, а с другой стороны - их совместное участие в воспалительном процессе [1,2,4,5,6] органов малого таза.

Материалы и методы. В Национальном Хирургическом Центре за период с 2006 по 2008 гг. было прооперировано 4220 больных с диагнозом «острый аппендицит», в том числе 2700 (64%) женщин и мужчин - 1520 (36%).

При интраоперационной констатации наличия воспалительных заболеваний придатков матки, либо при других острых гинекологических патологиях - производили конверсию доступа модифицированным методом.

Для этого, до начала операции кожный разрез занимал промежуточное положение между Волковича – Мак – Берни и Леннандера.

Также, как и при типичном доступе, при нашей модификации апоневроз наружной косой мышцы рассекается по ходу волокон, а края захватываются зажимами Кохера, с помощью которых края растягиваются в обе стороны.

При разведении краев апоневроза обнаруживаются волокна наружной косой мышцы живота, а также края влагалища прямой мышцы живота, тогда как, при типичном доступе обнаруживается только внутренняя косая мышца. В проекции тупого раздвигания краев мышцы, при нашей методике зубчатым зажимом захватывается край передней стенки влагалища прямой мышцы живота и подтягивается в сторону пушка. В это время, после рассечения перимизий косая мышца живота тупо разводится по ходу волокон. Кстати, это можно сделать одним пинцетом или сомкнутыми ножницами, постепенно погружая их вглубь мышечного пласта, как бы прочеркивая борозду в наружном направлении.

Если становится необходимым расширить рану, то при типичном доступе, к сожалению, придется рассечь толщину внутренней косой мышцы, причем, независимо от того, в каком направлении расширять рану – вверх или вниз.

При нашей же модификации, не рассекая толщину внутренней косой мышцы, разрез можно осуществить по краю влагалища прямой мышцы живота, у места соединения апоневроза. Причем, разрез любой длины можно продолжить вниз и вверх.

По данной методике мы произвели конверсию доступа 43 больным у которых была допущена диагностическая ошибка.

При осмотре клиническая картина не всегда совпадает с операционной находкой и предполагаемыми морфологическими изменениями, то мы всем больным с острым аппендицитом за 1 час или во время операции вводили в/в метрид 100,0 и цефзол 2,0 в последующем его введение зависело от операционной находки и выявленных морфологических изменений.

Результаты и их обсуждение. Распределение больных по возрасту и полу – табл. 1

Таблица 1

Пол и возраст больных с острым аппендицитом

Пол	Возраст						Всего
	14-20	21-30	31-40	41-50	51-69	60 и старше	
Мужчины	421 (27,6%)	379 (24,9%)	352 (23,2%)	178 (11,7%)	109 (7,2%)	81 (5,3%)	1520 (100%)
Женщины	850 (31,4%)	925 (34,3%)	262 (9,8%)	254 (9,4%)	220 (8,1%)	189 (7%)	2700 (100%)

Как видно из таблицы 1, во всех возрастных группах преобладают женщины, особенно в возрасте 14-30 лет (65,7%).

Создается впечатление, что женщины чаще болеют в возрастных группах 41-59 лет и старше (24,5%). Од-

нако, следует учесть, что в этих возрастных группах численность женщин по отношению к мужчинам в общей структуре населения значительно больше.

Таблица 2

Форма острого аппендицита у лиц различного пола и возраста

Возраст	Форма аппендицита							
	Катаральный		Флегмонозный		Гангренозный		Гангр.-перфоративный	
	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
14-20	78	428	284	384	58	38	1	-
21-30	99	473	262	419	16	31	2	2
31-40	62	121	184	126	99	13	5	2
41-50	48	119	98	124	28	10	4	1
51-59	31	102	60	110	16	7	2	1
60 и старше	18	97	46	79	10	10	7	3
Всего	336	1340	934	1242	227	109	21	9

В таблице 2 приведены данные о распределении острого аппендицита по формам у больных различных возрастных групп с учетом пола. Гангренозный и гангренозно-перфоративный аппендицит чаще встречается у мужчин.

Острый флегмонозный аппендицит диагностируется немного чаще у женщин, но при этом следует учесть,

что численность женщин в структуре населения нашей страны преобладает.

Острый катаральный аппендицит диагностируется более 3 раза чаще, чем у мужчин.

Анализ историй болезней у больных прооперированных по поводу острого аппендицита, показал, что у 181 (6,7%) женщин была допущена диагностическая ошибка.

Так у 152 (5,6%) больных, при гистологическом исследовании удаленного отростка морфологических изменений в его стенке не найдено. Диагноз «острый аппендицит» выставлен лишь на основании клинических данных - боли внизу живота, больше справа слабо выраженные или сомнительные симптомы раздражения брюшины.

Во время операции отмечена гиперемия отростка. Это наблюдалось в основном у девочек 14-16 лет, а также у женщин до 30 лет. На основании гинекологического анамнеза можно было установить, что боли в животе появились в середине менструального цикла, она характеризовалась внезапностью, в ряде случаев иррадировала в крестец, сопровождалась тошнотой, головкружением. С момента появления болей до первого осмотра хирургом, гинекологом и затем, в процессе наблюдения (кратковременного) боль стихала.

Вагинальные и ректальные исследования были, как правило, без особенностей. Во время операции у больных в малом тазу определялось небольшое количество серозно - кровянистой жидкости, отросток был гиперемирован.

У этих больных, речь шла о дисменорее или овуляции с болевым синдромом, когда вскрытие созревшего фолликула сопровождается выходом яйцеклетки и жидкого гормонального содержимого в брюшную полость с небольшим количеством крови. У 14 (7,7%) больных обнаружена апоплексия яичника.

По данным авторов [1,6], почти у каждой 13-ой – 15-ой женщины наблюдается овуляторный синдром, не требующий хирургического вмешательства.

В вышеуказанных случаях хирурги допустили диагностическую ошибку, не придав должного внимания гинекологическому анамнезу, факту быстрого стихания боли в животе, неправильно оценили общую клиническую картину. Ещё более опасны диагностические ошибки обратного порядка, когда острый аппендицит с нетипичным течением принимается за овуляторный синдром, менструальную колику и больных своевременно не оперируют [2,5].

У 3 (1,7%) больных с диагнозом острый аппендицит подвергнутых операции, во время вмешательства была обнаружена нарушенная трубная беременность. Речь шла о пациентках со стертой клинической картиной внематочной беременности, с удовлетворительным общим состоянием. Все эти женщины осматривались на УЗИ и гинекологом, который отверг наличие заболевания внутренних женских половых органов. Червеобразный отросток у них был изменен вторично. Считаем аппендэктомия в таких случаях оправданной. Гистологическое исследование подтвердило наличие острого или хронического воспаления в стенке отростка. Хотя, эта диагностическая ошибка не влечет за собой серьезных последствий, все же точная предоперационная диагностика прервавшейся внематочной беременности необходима. Она позволила бы обоснованно выбрать оперативный доступ, своевременно включить в проведение операции гинеколога. Ошибки подобного рода свидетельствуют о необходимости соблюдения также правила: не полагаться на заключение УЗИ – исследования и гинеколога, в любых случаях самому производить вагинальное исследование.

У 21 (11,6%) больных, оперированных с диагнозом «острый аппендицит», во время вмешательства были обнаружены воспалительные изменения в правых придатках матки (с экссудатом или гнойным содержимым в малом тазу, правой маточной трубе). У всех оперированных больных были явные воспалительные изменения в отростке. Гистологически диагноз острого аппендицита подтвержден. До операции у большинства этих больных на УЗИ обнаружили воспалительные изменения внутренних женских половых органов, однако, нельзя было исключить и приступ острого аппендицита. Речь идет о так называемом аппендикогенитальном синдроме. Мы полагаем, что в таких случаях аппендэктомия обоснована. Она заканчивается в дренировании малого таза и маточной трубы с введением антибиотиков в послеоперационном периоде, это приводит к стиханию воспалительного процесса во внутренних женских половых органах.

У 5 (2,8%) больных во время операции был обнаружен перекрут и разрыв, у 14 (7,7%) - киста яичника. Диагностика перекрута или разрыва небольшой яичниковой кисты не проста, хотя пациентки были исследованы на УЗИ и осмотрены гинекологом. Хотя, нет прямой зависимости между степенью кровотечения и выраженностью болевого синдрома, гинекологи все же диагностируют, как правило, разрыв кисты, лишь при значительных кровотечениях. С небольшим кровотечением при разрыве кисты яичника женщины поступают в хирургический стационар с диагнозом «острый аппендицит». С этим же диагнозом больные готовятся к операции. Клинико-лабораторные данные и УЗИ исследования мало помогают в постановке правильного диагноза. По-видимому, для уточнения диагноза необходима пункция заднего свода и лапароскопия.

При разрывах кисты обычно обнаруживаются воспалительные изменения отростка, что дает основание к аппендэктомии. Гистологически диагноз катарального аппендицита подтверждается. Опасность кроется в нераспознанных разрывах яичника и необходимости в дальнейшем релапаротомии.

В наших наблюдениях во всех случаях разрыв или перекрут кисты яичника был обнаружен на операционном столе, однако, у 8(4,4%) больных хирург вначале произвел аппендэктомию, и лишь затем, проверил состояние внутренних половых органов, выявил кровоизлияние в полость малого таза и разрыв яичниковой кисты.

Таким образом, убедившись в несоответствии изменений в отростке и клинической картины, хирург обязан произвести ревизию органов брюшной полости, начиная с малого таза, и лишь обнаружив истинную причину заболевания и устранив ее, должен решать вопрос об аппендэктомии. Для этого, мы рекомендуем взять на вооружение предложенную нами методику конверсии доступа, адекватный как для ревизии органов брюшной полости, так и для свободной манипуляции.

Профилактика осложнений с применением антибиотикотерапии (метрид и цефзол) обеспечивает благоприятное течение послеоперационного периода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дегтярь Е.Г. Острый аппендицит у женщин; /М: Медицина, 1991. -С. 97.
2. Кригер А.Г., Фезеров А.В., Воскресенский П.К., Дронов А.Ф. Острый аппендицит. /М: Медпрактика – М. 2002. - С. 244.
3. Назаров В.Г. Гнойные воспалительные поражения маточных труб – симптом острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Новокузнецк: 1994. - С.27-29.

4. Подоненко А.П. К вопросу о дифференциальной диагностике гинекологических заболеваний и острого аппендицита в молодом возрасте. /Вестн. Хир. 1999г. 6. -С.70-72.
5. Ротков И.Л. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците. /М: Медицина – М. 1973. - С.217.
6. Шевчук М.Г., Хохоля В.П., Шевчук И.М. Аппендицит у женщин. Киев: Здоров'я 1992; -С. 144.
7. Bimbaum B.A., Wilson S.R. Appendicitis at the Millenium. Radiology 2000. -С.215-348.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ФОРМ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ

Хасанов Р.А., Кашкаров Т.Т., МаксUTOB К.А.

Ошская межобластная объединенная клиническая больница, г. Ош, Кыргызстан

Резюме. В работе авторами изучены результаты 248 операций, проведенных у 225 больных большими и гигантскими формами эхинококкоза легких. Несмотря на большие размеры кист, предпочтение отдано органосохраняющим и щадящим операциям. Показана целесообразность применения усовершенствованного способа ушивания бронхиальных свищей для профилактики послеоперационных осложнений.

ОПКӨНҮН ЧӨҢ ЖАНА ӨТӨ ЧӨҢ ЭХИНОКОККОЗ ФОРМАЛАРЫН ХИРУРГИЯЛЫК ЖОЛ МЕНЕН ДАРЫЛОО

Хасанов Р.А., Кашкаров Т.Т., МаксUTOB К.А.

Ош шаарындагы Ош областтар аралык бириккен клиникалык ооруканасы, Кыргызстан

Корутунду. Иш жүзүндө авторлор тарабынан 248 операциянын жыйынтыктары изилденген, алардын ичинде 225 оорулуу адамдарда чоң жана өтө чоң эхинококкоздордун формалары кездешкен. Мында авторлор кисталардын чоң болгонуна карабай ушул органдарды өтө аёо жолу менен операция жүргүзүшүп, жабыр тарткан органдарды сактап калууга жетишишкен. Операциядан кийинки болуучу таасирлерди алдын алуу максатында, бронхиалдык жаракаларды бириктирип тигип коюу жолун колдонууну максатка ылайыктуу деп табышкан.

SURGICAL TREATMENT OF BIG AND GIANT FORMS OF HYDATID DISEASE OF LUNGS

R.A. Hasanov, T.T. Kashkarov, K.A. Maksutov.

Osh interregional united clinical hospital, Osh city, Kyrgyzstan

Summary. The authors have studied 248 operation cases, performed upon 225 patients with big and giant forms of hydatid disease of lungs. Preference was given to organ-saving and sparing operations in spite of big cyst sizes. The reasonability of using the developed way of suture ligation of bronchial fistulas for post operational prophylaxis is pointed out in this article.

Введение. Несмотря на достигнутые успехи в профилактике и лечении эхинококкоза он продолжает оставаться распространенным заболеванием. По этой причине вопросы своевременного выявления и хирургического лечения больных данной патологией продолжает оставаться в центре внимания клиницистов [2,4,7].

В последние годы, несмотря на улучшения диагностики эхинококкоза легких, среди населения различных регионов Республики в практике часто встречаются большие и гигантские формы эхинококкоза легких [1,3,7].

В настоящее время, единственным методом лечения эхинококкоза вообще и легочной локализации в частности, является хирургическим. Органосохраняющие и щадящие операции при эхинококкозе легких служат операций выбора [3,5,6,7].

Цель исследования. Обосновать необходимость хирургического вмешательства - как единственного

метода в лечении эхинококкоза легких, и в частности, при больших и гигантских формах.

Материал и методы. Из 490 больных эхинококкозом легких, оперированных в торакальной хирургии Ошской межобластной объединенной клинической больницы, у 225 (45,9%) были большие и гигантские эхинококковые кисты. Большие кисты диаметром от 11 до 20 см были у 185 (82,2%) больных, гигантские кисты более 21 см у 40 (17,8%) больных. Возраст заболевших колебался от 12 до 75 лет. Из них мужчин было 123 (54,7%) человек, женщин 102 (45,3%) человек. У 187 (83,1%) больных был одиночный эхинококкоз, из них у 106 (56,7%) кисты располагались в правом легком и у 81 (43,3%) - в левом. Верхняя доля была поражена у 46 (24,6%), средняя - у 28 (15%) и нижняя - у 113 (60,4%) больных. Множественный эхинококкоз был у 38 (16,9%) больных, из них у 13 (34,2%) односторонний и у 25 (65,8%) - двусторонний. У 15 (6,7%) больных эхинококкоз легких сочетался с поражением печени. У 163

(72,4%) больных был неосложненный эхинококкоз легких, а у 62 (27,6%) больных отмечена осложненная форма эхинококкоза. Из них у 33 (53,2%) был прорыв кист в бронх, у 7 (11,3%) - в плевру и у 5 (8,1%) - одновременный прорыв в бронх и плевральную полость, у 17 (27,4%) - ее нагноение. Эхинококкоз легких и его сочетанная форма установлена с применением рентгенографического, ультразвукового (УЗИ), компьютерно-томографического и иммунологического методов исследования.

Результаты и их обсуждения. При больших и гигантских формах эхинококкоза легких, больные часто жалуются на приступы кашля, одышку, чувство тяжести в пораженной части грудной клетки, а осложненные формы сопровождаются характерными симптомокомплексами: кашель с выделением обильной жидкой мокротой, иногда с обрывками хитиновой оболочки, повышением температуры тела. В случае прорыва кисты в плевральную полость, на первый план выступает клиника спонтанного пневмоторакса и не редко явления анафилактического шока. В анализах крови наблюдается анемия, эозинофилия.

В диагностике неосложненных больших и гигантских эхинококковых кист легких существенную роль играет рентгенисследование. Для выявления сочетанных случаев, особенно когда киста локализуется в печени, и при осложненных формах эхинококкоза легких методами УЗИ и компьютерной томографии удается установить правильный диагноз. Все 225 больных были прооперированы и им выполнено 248 операций.

У 23-х (10,2%) больных из-за двустороннего поражения легких были поэтапно оперированы с обеих сторон. 2(0,9%) больные с двусторонним поражением из-за опорожнения и облитерации небольшой эхинококковой кисты в противоположном легком - не были оперированы. В зависимости от локализации, размеров и количества кист в легком, мы использовали метод передне - бокового доступа в 168 случаях, преимущественно боковой - в 65 случаях и торакофренолаплатомный - в 15 случаях. При больших и гигантских формах эхинококкоза легких применен метод эхинококэктомии с обработкой ложа пузыря по методу А. А. Вишневого, так как она является наиболее физиологичной и менее травматичной операцией. При ней легочная ткань остается почти не поврежденной, в то время как при других способах легкое резко сморщивается и уменьшается его дыхательная поверхность. Указанным способом были выполнены нами 104(41,9%) операции. Недостатком данного метода является образование остаточной плевральной полости с бронхиальным свищом. Учитывая результаты операции по методу А.А. Вишневого с целью ликвидации полости фиброзной капсулы, несмотря на большие размеры эхинококковых кист, нами использованы различные методы капитонажа. По методу Дельбе оперированы 30(12,1%) больных. Для ликвидации полости фиброзной капсулы при локализации эхинококковых кист при поверхностном или междолевом расположении независимо от размера кист нами усовершенствован метод капитонажа по Дельбе. По разработанной нашей методике оперировано 55(22,2%) больных. Суть усовершенствованной методики заключается в следующем: после торакатомии и обнаружении

кисты, плевральная полость тщательно обкладывается марлевыми салфетками, киста пунктируется и отсасывается жидкое содержимое, затем вскрывается фиброзная капсула, удаляется хитиновая оболочка и обрабатывается полость. Мы для этих целей используем 96° спирт, 3% раствор перекиси водорода и раствор фурацилина (последовательно), но предварительно к выявленному бронхиальному свищу укладываем небольшую марлевую салфетку, которую после обработки полости удаляем, полость осушаем. Затем рассекаем фиброзную капсулу с истонченной легочной тканью радиально от периферии по направлению ко дну и в результате максимально раскрывается полость. При этом создаются условия для тщательного осмотра полости, ее дополнительной обработки, выявления и ушивания устья бронхиальных свищей, а также можно определить проходимость сосудов и бронхов под фиброзной капсулой. Мелкие свищи можно ликвидировать наложением П- или Z - образных швов, здесь меньшая вероятность повреждения крупных сосудов и бронхов проходящих ближе к стенке фиброзной капсулы. Крупные бронхиальные свищи ушиты двухрядными швами. После герметичного ушивания бронхиальных свищей накладываются кисетные швы начиная от дна к периферии, в отличие от метода Дельбе вкол и выкол производится с поверхности легочной ткани с захватом фиброзной капсулы со стороны полости и частичным вворачиванием краев во внутрь, что приводит к ликвидации полости фиброзной капсулы. При данном способе в шов захватывается не только стенка фиброзной капсулы, как при капитонаже по Дельбе, но и легочная ткань, что предотвращает прорезывание швов и формирование остаточной полости. В 6(2,4%) случаях операции были выполнены по способу Боброва - Спасокукоцкого, в 8(3,2%) случаях эхинококэктомия с дренированием ложа кисты по Аскерханову, в 15(6,0%) - одномоментная эхинококэктомия легкого и печени. Как показывает наш опыт оперативного лечения, при больших и гигантских эхинококкозах легких фиброзная капсула утолщена, уплотнена и всегда имеются большие бронхиальные свищи (диаметр свища более 2-3 мм.). С целью достижения герметичного ушивания бронхиальных свищей нами разработан способ наложения двухрядных швов на устье бронхиального свища. Суть способа заключается в следующем: после вскрытия фиброзной капсулы, удаления хитиновой оболочки и обработки полости, отступая 2-3 мм. от устья бронхиального свища параллельно друг от друга рассекается фиброзная капсула, накладывается первый ряд П-образных швов на бронх нерассасывающей нитью атравматичной иглой. Вкол и выкол осуществляется через надрез с проведением иглы и нитки под фиброзной капсулой с захватом паренхимы легкого вокруг бронхиального свища. При этом бронхиальный свищ герметично закрывается, исключается возможное прорезывание фиброзной капсулы, а также захват в шов уплотненной фиброзной капсулы, которая плохо поддается при натягивании швов. Затем накладывается второй ряд узловых швов, которые захватывает обе линии надреза фиброзной капсулы, при этом устье бронхиального свища дополнительно закрывается.

При выраженных изменениях в легочной ткани вокруг кисты в 12(4,8%) случаях произведена лобэктомия,

в 1(0,4%) случае - билобэктомия и 17(9,6%) случаях частичная резекция легкого с эхинококковой кистой. В послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: пневмония – в 10(4,0%) случаях, остаточные полости плевры с бронхиальным свищем – в 10(4,0%), остаточные полости без бронхиального свища – в 7(2,8%), плеврит - в 12(4,8%), эмпиема плевры – в 3(1,2%), ателектаз – в одном(0,4%), пневмоторакс - в 2(0,8%), нагноение ложа кисты - в 5(2,0%) и нагноение раны – в 3(1,2%). В 3 случаях из 10, бронхиальные свищи с остаточной полостью образовались после операций по поводу нагноившегося эхинококкоза, в 1-прорвавшегося в бронх и в 3 – интактного. В 5 из них операции были выполнены по способу А. А. Вишневого и в 2 – эхинококэктомия по способу А. А. Вишневого с частичной резекцией легкого. В 2 случаях из этих осложнений, большим выполнена реторакотомия и ушивание свищей, в 2 – свищи закрылись после консервативной терапии, и 3 больных выписаны с остаточными полостями с бронхиальным свищем. В динамическом наблюдении у этих больных остаточные полости не найдены, легкое полностью расправлено, признаков бронхиального свища не было.

Остаточные полости без бронхиальных свищей образовались в одном случае после операции по методу Боброва-Спасокукоцкого, выполненной по поводу прорвавшегося эхинококкоза в бронх, и в 6 ти – после операций по поводу интактного эхинококкоза. Из них в 2-х случаях была выполнена операция по способу Боброва-Спасокукоцкого и в 4-х – А. А. Вишневого. Из этой группы, у 6 больных остаточные полости ликвидировались после консервативной терапии в период пребывания больных в отделении, и одна больная была выписана с незначительной остаточной полостью. Эмпиемы плевры образовались в одном случае после операции по поводу интактного эхинококкоза и в одном - прорвавшегося эхинококкоза легкого и бронх. В одном случае из них была выполнена операция по способу А. А. Вишневого, в другом – также операция с частичной резекцией легкого и в третьем – операция А. А. Вишневого с декорикацией легкого. Во всех случаях эмпиема ликвидирована консервативным путем. Случаи послеоперационной пневмонии и плеврита излечены в стационарных условиях, после соответствующей терапии и пункции плевральной полости. После выполненных операций в 204(82,3%) случаях нами отмечен положительный послеоперационный исход, у 41(16,5%) – удовлетворительный. Умерли после операций 3(1,2%) больных. Из них у одной летальный исход был в результате сердечной недостаточности, у одной – двусторонней пневмонии и у одного от полиорганной недостаточности. В одном случае, больному с двусторонним эхинококкозом легких с прорывом эхинококка левого легкого в бронх выполнена операция по методу А. А. Вишневого с левой стороны, в другом по поводу интактного эхинококкоза – операция по методу Дельбе, в третьем по поводу нагноившегося эхинококкоза нижней

доли правого легкого - нижняя лобэктомия. Отдаленные результаты сроком от 6 месяцев до 15 лет изучены у 71 больного. В 4 случаях установлен рецидив болезни. Из них в 2 случаях больные были прооперированы по поводу прорвавшегося эхинококкоза легкого в бронх методом А. А. Вишневого, в другом по поводу неосложненного эхинококкоза оперированного по методу Дельбе, а в 4-м случае больному произведена лобэктомия по поводу прорыва эхинококковой кисты в плевральную полость. Все больные повторно были оперированы. Во всех случаях эхинококэктомия выполнена с применением капитонажа разработанной нами методики. После ушивания бронхиальных свищей по разработанному способу при операциях по методу А.А. Вишневого осложнений не наблюдалось.

Выводы

1. Наш опыт хирургического лечения больших и гигантских форм эхинококкоза легких показывает, что органосохраняющие и щадящие операции несмотря на большие размеры кист остаются операциями выбора.
2. В диагностике осложненных форм эхинококкоза легких решающее значение имеет компьютерно-томографическое исследование органов грудной клетки.
3. Важное место в профилактике послеоперационных осложнений занимает герметичное ушивание бронхиальных свищей.
4. При наличии множественных бронхиальных свищей и выраженных морфологических изменений в легочной ткани вокруг кисты целесообразно различные виды экономных резекций легкого или лобэктомия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акматов Б.А. Эхинококкоз.- Бишкек: Кыргызполиграфкомбинат, 1994.- 158 с.
2. Ахтамов Ж..А, Карабаев Х.К., Хайдаров Г.А. Опыт хирургического лечения при сочетанном эхинококкозе легких и печени //Анналы хирургической гепатологии.- 2005. Т. 10, №2.- С. 100-101.
3. Исламбеков Э.С. Хирургическое лечение больших и гигантских форм эхинококкоза легких //Актуальные проблемы медицинской парази-тологии/ Сб. научн. тр. Ташкентского мед. ин-та, Ташкент, 1988.- С. 70-73.
4. Карапетян Э.Т. Эхинококкоз легких в практике фтизиатрической клиники //Актуальные проблемы медицинской паразитологии / Сб. научн. тр. Ташкентского мед. ин-та, Ташкент, 1988. –С. 75-78.
5. Кулакеев О.К. Хирургическая тактика при сочетанном эхинококкозе легких и печени //Анналы хирургической гепатологии. 2005.- Т. 10, №2. – С. 114-115
6. Петровский Б.В., Милонов О.Б., Дееничин П.Г. Хирургия эхинококкоза. – М., 1985. -216 с.
7. Тактика хирургического лечения эхинококкоза легких /Х.С. Бебезов, А.Т. Казакбаев, А.А. Ашиналиева и др. //Хирургия рубежа XX и XXI века Материалы III конгресса хирургов Кыргызской Республики, Бишкек, 2000 – С. 222-226.

ЭХИНОКОККОЗ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С РЕДКИМИ ЛОКАЛИЗАЦИЯМИ

Хасанов Р.А., Мусаев А.И.

*Ошская межобластная объединенная клиническая больница, г. Ош,
Городская клиническая больница № 1, г. Бишкек, Кыргызстан*

Резюме. В работе представлены примеры сочетанного поражения эхинококкозом легких и редких локализаций. В диагностике предпочтение отдано лучевым методам исследования. Показана целесообразность выполнения эхинококкэктомии первым этапом из легких при сочетанных поражениях.

ӨПКӨНҮН ЭХИНОКОККОЗУ ЧАНДА УЧУРООЧУ ЖАЙЛАР МЕНЕН БИРДЕЙ ЖАБЫР ТАРТКАНДА

Хасанов Р.А., Мусаев А.И.

*Ош шаарындагы Ош областтар аралык бириккен клиникалык ооруканасы,
Бишкек шаарындагы №1 шаардык оорукана, Кыргызстан*

Корутунду. Жүргүзүлгөн иште авторлор өпкөнүн эхинококкозу жана өтө чанда учурай турган жерлердин бирдей жабыркаганын көрсөтө алышкан. Жабыркаган жерлерди нур берүү жолу менен издеп табууну туура деп табышкан. Бирдей жабыр тарткан органдарды дарылоодо биринчи этапта өпкөнүн эхинококкозун алгач алып салыш дарылоо максатта ылайыктуу деп табышкан.

HYDATID DISEASE OF LUNGS IN COMBINATION WITH RARE LOCALIZATIONS

R.A. Hasanov, A.I. Musayev

*Osh interregional united clinical hospital, Osh city
City hospital #1, Bishkek city, Kyrgyzstan*

Resume. The examples of combined lesion by hydatid disease of lungs and rare localization are presented in the work. Preference in the diagnosis was given to radiation methods of investigation. The reasonability of the implementation of an echinococcectomy is pointed out as the first phase out of combined lesioned lungs.

Введение. Эхинококкоз, являясь тяжелым паразитарным заболеванием, продолжает оставаться серьезной медицинской и социальной проблемой в связи с большим числом больных и существованием эндемических районов. В последнее время отмечается тенденция к распространению эхинококкоза не только среди людей, занимающихся животноводством, но и среди городского населения, что связано в значительной степени с возросшей миграцией сельского населения в города, низким уровнем диспансеризации населения, нерешенными социально-экономическими и санитарно-эпидемиологическими проблемами [1,2,6].

В отношении возбудителя заболевания, эпидемиологии и патогенеза эхинококкоза достигнуто единство взглядов эпидемиологов, патоморфологов, патофизиологов и клиницистов. Как известно, эхинококкоз – пероральный биогельминтоз, зооноз. Возбудителем заболевания человека является *Echinococcus granulosus*. Ин-

вазия происходит алиментарным путем. Самой частой локализацией паразита является печень — от 50 до 80%, несколько реже поражаются легкие — от 6 до 40%. Эхинококкоз других органов — грудной и брюшной полостей (за исключением печени и легких), мочеполовой системы, опорно-двигательного аппарата, головного и спинного мозга — относится к редкой локализации паразита, на долю которого приходится до 25% патологии [3,4,5,7].

Цель работы. Определить особенности хирургической тактики при эхинококкозе легких в сочетании с редкими локализациями.

Материал и методы. С 1990 по 2008 гг. под нашим наблюдением находились 11 больных (6 мужчин, 5 женщин) с эхинококковыми кистами легких в сочетании с редкими локализациями. Возраст больных варьировал от 15 до 50 лет. Эхинококковые кисты выявлены в следующих органах и анатомических областях: по 1

случаю в головном мозгу, шейных и грудных позвонках, на ушке сердца, средостении, малом тазу, мягких тканях грудной стенки и нижней конечности, забрюшинном пространстве, в 2 случаях в селезенке.

В диагностике использовано рентгенографическое, ультразвуковое (УЗИ), компьютерно-томографическое (КТ) и ядерно-магнитно-резонансная томографическое (ЯМРТ) исследования.

Результаты и их обсуждение. В нашей практике в 7 случаях больные поступили в стационар с установленным эхинококкозом легких, а редкие локализации обнаружены в стационаре. В 4 случаях с редкими локализациями эхинококкоза, в легких киста обнаружена при дополнительном исследовании в амбулаторных условиях.

Основным методом диагностики заболевания при редких локализациях является УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и мягких тканей. Этот метод позволяет с достоверностью до 93% выявить локализацию и количество кист. Другие инструментальные методы: рентгенологические (ирригоскопия, экскреторная урография, пневмоперитонеум, ретропневмоперитонеум), эндоскопические (лапароскопия, цистоскопия, фиброгастроудоденоскопия, ректороманоскопия) — применяются на этапе уточнения диагноза, при дифференциальной диагностике с непаразитарными или онкологическими заболеваниями.

В диагностическую практику в последние годы внедрена рентгенокомпьютерная томография (РКТ), позволяющая судить о локализации эхинококковых кист и стадии жизнедеятельности паразита с достоверностью до 98%.

Клинические проявления эхинококкоза зависят от размеров и локализации кист. Наряду с механическим воздействием кисты на окружающие ткани, также отмечается токсический эффект.

Из 11 случаев у 7 больных был неосложненный эхинококкоз легких. У этих больных наблюдались следующие сочетания локализации кист: у 4 больных кисты локализовались в нижней доле правого легкого в сочетании с селезенкой, малом тазу, забрюшинном пространстве и грудной стенке, у 1 больного в нижней доле левого легкого и селезенке, в 1 случае в верхней доле правого легкого и шейных позвонках, а другом случае в верхней доле левого легкого и головном мозгу. В 4 случаях была осложненная форма эхинококкоза легких: в 1 случае — нагноившаяся киста верхней доли правого легкого и средостения, в 1 случае — прорвавшаяся киста в бронх средней доли правого легкого и ушко сердца, в 2 случаях нагноившиеся кисты нижней доли левого и правого легких сочетались с локализацией кист в мягких тканях правого бедра и грудных позвонков. Эхинококкоз головного мозга, средостения, шейных и грудных позвонков установлены при компьютерно-томографическом исследовании. Эхинококкоз на ушке сердца оказался интраоперационной находкой, а в органах брюшной полости и мягких тканях обнаружены с помощью УЗИ.

Основные жалобы и клинические проявления в сочетанных поражениях эхинококкозом были со стороны органов дыхания, особенно при осложненных формах заболевания. Больные предъявляли жалобы на кашель,

боли в грудной клетке, похудание. При нагноившихся и прорвавшихся в бронх эхинококкозах кашель сопровождался выделением обильной жидкой пенистой мокроты, иногда обрывками хитиновой оболочки, повышением температуры тела. В анализах крови часто наблюдалась анемия и эозинофилия. Клинические признаки церебрального эхинококкоза во многом сходны с клиническим проявлением опухоли головного мозга. Течение болезни характеризуется наличием как общемозговой (головные боли, тошнота, рвота), так и фокальной (парциальные эпилептические припадки, легкий гемипарез, дисметрия) симптоматики. У больного на глазном дне отмечался застой диска зрительного нерва. На ЯМРТ изображениях паразитарная киста, которая локализовалась в правом полушарии головного мозга, определялась в виде округлого жидкостного образования, плотность которого соответствовала плотности цереброспинальной жидкости. Одним краем киста плотно прилегала к лобной кости, не вызывая изменений костной структуры. На T1-взвешенных изображениях капсула выявлялась в виде гиперинтенсивного канта вокруг кисты, тогда как на T2-взвешенных изображениях она была гипоинтенсивна.

При локализации эхинококковых кист в органах брюшной полости характерных симптомов не было. У больной с локализацией эхинококковой кисты в передне-верхнем средостении были жалобы на чувство удушья и сдавливания в области грудной клетки. Подкожные вены на передней поверхности шеи и плечевого пояса были расширены, имелась отечность.

Единственным радикальным методом лечения эхинококкоза является хирургический. Несмотря на достигнутые успехи, лечение эхинококкоза редких локализаций до последнего времени представляет значительные трудности.

В нашей практике во всех случаях больные были прооперированы. При сочетанной локализации эхинококкоза в органах грудной клетки, селезенки и на грудной стенке кисты удалены одновременно. В 2 случаях с поражением селезенки была произведена спленэктомия. В остальных случаях выполнены двух этапные операции: сперва удалена киста из легкого, а вторым этапом из других органов и анатомических областей. Основным моментом операции является удаление паразитарной кисты без поражения ее оболочек, так как содержимое эхинококковой кисты чрезвычайно аллергично и разрыв оболочек может вызвать анафилактический шок вплоть до летального исхода.

Во всех случаях диагноз был подтвержден гистологически.

Заключение. Таким образом, в диагностике эхинококкоза легких в сочетании с редкими локализациями наиболее информативными являются УЗИ, КТ и ЯМРТ. Правильный предоперационный диагноз представляет огромное значение для выбора тактики лечения. При сочетанном поражении эхинококкозом первым этапом выполняется эхинококкэктомия из легких, так как в легкой локализации наиболее часто наблюдаются осложнения.

ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акматов Б.А. Эхинококкоз.- Бишкек: Кыргыз-полиграфкомбинат, 1994.- 158 с.
2. Акылбеков И.К., Акматов Б.А., Джоробеков А.Д., Кенжаев М.Г., Мусаев А.И., Омурбеков Т.О. Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза.- Бишкек, 2003.-360с.
3. Ахунбаева Н.И. Еще раз об эхинококкозе //Развитие хирургии в Кыргызстане.- Бишкек, 1994.- С. 63-66.
4. Диагностика и лечение полиорганного эхинококкоза / Г.В. Павлюк, К.А. Цыбернэ, Л.Г. Андок и др.

//Анналы хирургической патологии.- 2005.- Т. 10, №2.- С. 125-126.

5. Dören H.B., Özcanlı H., Boluk M. et al. Unilocular orbital, cerebral and intraventricular hydatid cysts; CT diagnosis // *Neuroradiology*. 1993. V. 35. P. 149-150.
6. Chen W.Q. Surgical management of complicated pulmonary hydatidosis // *Chung. Hsua. Wai. Ko. Tsa. Chih*. 1992. V. 30. P. 216-217.
7. Todua F., Chelishvili M., Miminoshvili D. et al. CT and MRI appearances in cases of Parasitic-disease of the brain /European Congress of Radiology. Vienna: Austria, 1999. P. 55.

СВЕДЕНИЯ ОБ УЧЕНЫХ ЗАЩИТИВШИХ ДИССЕРТАЦИИ В 2008- 2009 ГОДУ В КГМА

КАНДИДАТСКИЕ ДИССЕРТАЦИИ

	Ф.И.О.	Специальность	Научный руководитель	Тема диссертационной работы	Дата и место защиты
1.	Дооталиева С.Ч.	технология лекарства и организация фармацевтического дела, фармакология	член корр. НАН КР Зурдинов А.З.; д.ф.н., проф. Чолпонбаев К.С.	«Разработка и фармакологические исследования мазевой композиции, содержащей каротиноиды и антимикробное средство»	Июнь 2008, КГМА
2.	Сапакбай Малик	технология лекарства и организация фармацевтического дела	д.м.н., проф. Махатов Б.К.	«Исследование состояния и перспективы развития организационного и нормативно- правового обеспечения деятельности фармацевтических работников»	Июнь 2008, КГМА
3.	Гунько Н.А.	технология лекарства и организация фармацевтического дела	д.м.н., проф. Тулегенова А.У.	«Совершенствование системы государственной регистрации лекарственных средств в Республике Казахстан»	18.10.08. КГМА
4.	Артыкбаева А.К.	общественное здоровье и здравоохранение	д.м.н., проф. Чубаков Т.Ч.	«Научное обоснование механизмов интеграции улучшения качества медицинской помощи населению и повышения квалификации специалистов семейной медицины»	1.02.08. КГМА
5.	Самигулина А.Э.	общественное здоровье и здравоохранение	д.м.н., проф. Акынбеков К.У.	«Медико-организационные аспекты деятельности первичного звена системы здравоохранения в профилактике ИППП у женщин детородного возраста Кыргызской Республики»	1.02.08. КГМА
6.	Ибраимова Дж.Дж.	общественное здоровье и здравоохранение	д.м.н., проф. Акынбеков К.У.	«Организационные основы совершенствования акушерско-гинекологической службы на первичном уровне медицинских услуг»	29.02.08. КГМА
7.	Давлетов Б.М.	стоматология	д.м.н., проф. Орозобеков С.Б.	«Совершенствование методов диагностики, ортодонтического и ортопедического лечения деформаций фронтального отдела верхней челюсти у носителей врожденных расщелин губы и неба после хейлоуранопластики»	21.02.08. КГМА
8.	Уметалиева Н.Э.	ЛОР болезни, патофизиология	д.м.н., проф. Тухватшин Р.Р. д.м.н., проф. Насыров В.А.	«Этиопатогенетические особенности нарушений реакции слухового аппарата у людей с тугоухостью при действии инфразвука»	25.03.08. КГМА
9.	Беднякова Н.Н.	ЛОР болезни	д.м.н., проф. Насыров В.А.	«Диагностика и лечение хронических дакриоциститов, обусловленных патологией носа и околоносовых пазух с применением эндоскопических технологий»	12.05.08. КГМА
10.	Токтогулова Н.А.	патофизиология	д.м.н., проф. Тухватшин Р.Р.	«Особенности патофизиологических реакций костного мозга и крови у животных обитающих в горных условиях вблизи урановых хвостохранилищ»	КГМА
11.	Овсянников В.А.	общественное здоровье и здравоохранение	д.м.н., проф. Абилдаева Т.Ш.	«Совершенствование системы организации и планирования потребности населения в экстренной стационарной помощи в условиях крупного города (на примере Тараза)»	30.05.08. КГМА
12.	Кыдыкбаева Н.Ж.	стоматология	д.м.н., проф. Султанбаева С.Т.	«Дисбиотические нарушения при заболеваниях слизистой оболочки рта и пути коррекции в комплексном лечении»	30.10.08. КГМА
13.	Ургуналиев Б.	стоматология, хирургия	к.м.н., доц. Бакиев Б.А. д.м.н., проф. Бейшеналиев А.С.	«Прогнозирование и профилактика одонтогенного медиастенита при глубокой флегмоне шеи и дна полости рта»	КГМА

14.	Цой А.Р.	стоматология	к.м.н., доц. Мамытова А.Б.	«Цилиндрические имплантанты с памятью формы в лечении вторичной адентии челюстей»	24.10.08. КГМА
15.	Мурзалиев А.Ж.	стоматология	д.м.н. Сельпиев Т.Т.	«Оптимизация хирургического и ортопедического этапов лечения больных с различными дефектами зубных рядов с использованием денгальных имплантантов»	17.10.08. КГМА
16.	Супатаева Т.У.	фармакология, клиническая фармакология; стоматология	член корр. НАН КР Зурдинов А.З. д.м.н., проф. Куттубаева К.Б.	«Клинико-фармакологическое обоснование применения антиоксидантов прородного происхождения при лечении заболеваний полости рта у детей с аллергическими болезнями»	20.02.09 КГМА
17.	Бсыева А.О.	стоматология	д.м.н., проф. Султанбаева С.У.	«Влияние лечебно-профилактических средств, содержащих фтор на физико-химические свойства ротовой жидкости у детей при кариесе»	17.04.09. КГМА
18.	Жумабаева Г.Т.	общественное здоровье и здравоохранение	д.м.н., проф. Акынбеков К.У.	«Медико-социальные аспекты рождения детей с низкой и экстремально низкой массой тела и пути их профилактики»	19.06.09. КГМА
19.	Смаилова Д.К.	общественное здоровье и здравоохранение	д.м.н., проф. Буйлашев Т.С.	«Современные тенденции уровней младенческой смертности в Ошской области»	19.06.09 КГМА

ДОКТОРСКИЕ ДИССЕРТАЦИИ

№	Ф.И.О.	Специальность	Научный консультант	Тема диссертационной работы	Дата и место защиты
1.	Амираев У.А.	стоматология	д.м.н. проф. Рузуддинов С.Р..	«Этиопатогенетические аспекты и методы коррекции непереносимости металлических зубных протезов в полости рта»	30.04.08. КГМА
2.	Ашимов Ж.И.	общественное здоровье и здравоохранение, хирургия	д.м.н., проф. Каратаев М.М. д.м.н., проф. Абдраманов К.А.	«Научный контекст организации трансплантологической службы в Кыргызской Республике»	6.06.08. КГМА
3.	Сулайманов Ж.С.	ЛОР болезни	д.м.н., проф. Фейгин Г.А. д.м.н., проф. Фунлоэр И.С.	«Органосохраняющая и реконструктивная хирургия шейного отдела трахеи»	6.03.08. КГМА
4.	Юлдашев И.М.	общественное здоровье и здравоохранение	д.м.н., проф. Орозобсков С.Б.	«Парадигмы оптимизации стоматологической помощи жителям сельских регионов в контексте формирования системы общественного здравоохранения в Кыргызской Республике»	7.09.08. КГМА

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 пишется: 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 (заклучение), 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 приставным 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., Лишук В.А., Керцман В.Н. и др. Пятнадцатилетний опыт разработки и использования монитрно-компьютерной технологии интензивного лечения. - В кн.: Информатика в здравоохранении. - М.: Медицина, 1990. - С. 3-6. Сидорова И.С., Макаров И.О. Эклампсия и современные аспекты ее лечения. - В кн.: Материалы 6-го Российского форума «Мать и дитя»: тезисы докладов. - М., 2004. - С. 121. Для журнальных статей - фамилии и инициалы авторов (если авторов пять и более, то указывают первых трех авторов и ставят «и др.» или «et al.» соответственно для русского или английского языка), полное название статьи, сокращенное название журнала (использовать сокращения, принятые в Index Medicus или MedLine), 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.