

**Главный редактор**  
Зурдинов А.З.

**Зам. главного редактора**  
Бримкулов Н.Н.

**Ответственный секретарь**  
Исакова Ж.К.

---

**Редакционная коллегия**

Алдашева А.А.  
Кудаяров Д.К.  
Мамакеев М.М.  
Мамытов М.М.  
Мурзалиев А.М.  
Нанасва М.Т.

---

**Редакционный совет**

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

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

---

**Учредитель**

© Кыргызская государственная медицинская академия

---

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

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

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

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

Вестник КГМА им. И.К.Ахунбаева, 2011

## СОДЕРЖАНИЕ

### ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

<b>Балтабаев М.К., Усубалиев М.Б., Касымова А.Ж.</b> Лечение зооантропонозной трихофитии волосистой части головы с сопутствующим лямблиозом кишечника	4
<b>Градович Т.А., Омурбекова М.М., Тепеева Т.Х.</b> Ретроспективный анализ и перипатальная диагностика врожденных пороков развития плода	8
<b>Давлегалиева Н.Е., Бримкулов Н.Н., Мурзакаримова Л.К., Мурзаева А.Т.</b> Эпидемиологические тренды при болезнях органов дыхания и организация медицинской помощи в Кыргызской Республике за период 2003-2009 годы	11
<b>Диканбаева К.Э.</b> Клиника и ликвородиагностика нейросифилиса	16
<b>Есиркенбаев Б.Т., Ахметов Ш.А.</b> Последствия черепно-мозговой травмы, особенности эмоциональных и когнитивных нарушений	18
<b>Жумадылов К.С.</b> Билиодигестивные анастомозы в лечении больных с нарушением проходимости холедоха	22
<b>Мадьяров В.М.</b> Метод определения границ резекции при острой кишечной непроходимости и жизнеспособности кишечника	25
<b>Мадьяров В.М.</b> Сопоставительный анализ способов наложения энтеростомы при острой кишечной непроходимости	29
<b>Омуркулова М.М., Насирдинова Ж.М., Джегигенова С.А., Исакова Ж.К., Мусуралиев М.С.</b> Состояние репродуктивной функции у жительниц высокогорья Кыргызстана и Йемена.	32
<b>Нурбаев А.Ж., Эркинбеков И.Б.</b> Распространенность кариеса и полной адентии зубов у лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в Кыргызской Республике	36
<b>Сатывалдиев Н. Н., Шишкина В.Г., Эгембергенов Ч. Э., Жумалиев Р.</b> Факторы риска низкорослости у детей	40
<b>Усубалиев М.Б.</b> Лечение больных онихомикозом с сопутствующей патологией сосудов нижних конечностей	44
<b>Шаринова И. М., Арзыкулова Г. С.</b> Применение препарата винкамина при лечении больных с нейросенсорной тугоухостью	47
<b>КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ</b>	
<b>Фаравапа М., Исаева А., Омуркулов У., Бекташ уулу У., Махмудова Ж.А.</b> Изменения уровней кардиоспецифических маркеров в разные периоды акклиматизации при катехоламиновом некрозе миокарда в эксперименте	50
<b>Черномазова Е.А., Кожоналиева А.М.</b> Действие кризисных ситуаций на эмоциональное здоровье студентов: проявление феномена алекситимии	55

**СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ**

- Макишева А., Насирдинова Ж.М., Макенжан уулу А.  
Предлежание и приращение плаценты 59

**ПРИГЛАШАЕМ К ДИСКУССИИ**

- Смит Б.Е.  
Семейная медицина - правильный ли выбор для Кыргызстана? 62

**ФАРМАЦИЯ**

- Кельдибекова Т., Орозбакова З., Исмаилов И.З. Информационно-консультативная деятельность фармацевта в аптечных учреждениях г.Бишкек 71

- Муратова М.М., Абдукахарова Э.Д., Усупбекова А.Р. Анализ рационального использования лекарственных средств при лечении пациентов с холл и холб 74

- Тилебалиева А., Жумагулова Ж.О., Тилекеева У.М. Оценка рациональности использования лекарственных средств в реальной клинической практике в условиях стационара 77

**ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ И ФИЛОСОФСКИЕ НАУКИ**

- Ниязалиева Д.А., Азембаев А.А., Тугунтаев Г.И. Фитотерапия - особая философия контакта с природой 80

**КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ**

- Бурабаев Б., Абдувалиев Р., Авасова Ч., Бейшалиева А., Муратова А., Нурматова Н., Мухамадзайиршо к. Ф., Ташбекова А., Темирова Ч., Чередникова К. Влияние вида вскармливания на физическое и психомоторное развитие детей первого года жизни 84

**ПАМЯТЬ**

- Бакасов Сталбек Сабдракунович 85

**ЮБИЛЕИ**

- Тухватшин Рустам Романович 88

- Боконбаева Сырга Джоомартовна 90

- Оморов Рахатбек Арсыбекович 92

## ЛЕЧЕНИЕ ЗООАНТРОПОНОЗНОЙ ТРИХОФИТИИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ С СОПУСТВУЮЩИМ ЛЯМБЛИОЗОМ КИШЕЧНИКА

Балтабаев М.К., Усубалиев М.Б., Касымова А.Ж.

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

**Резюме.** Пролечено 61 детей зооантропонозной трихофитией волосистой части головы с сопутствующим лямблиозом кишечника, при этом уменьшилась продолжительность терапии. Лечение лямблиоза проводилось параллельно с терапией грибковой инфекции. Рецидивов микоза при диспансерном наблюдении не выявлено. Цисты лямблий при контрольном исследовании обнаружены у 2 (3,28%) пациентов.

**Ключевые слова.** Зооантропонозная трихофития, лямблиоз, орнидазол, лечение.

## БАШТАГЫ ЧАЧТЫН ЗООАНТРОПОНОЗДУК ТРИХОФИТИЯ ИЛДЕТИ МЕНЕН ИЧЕГИ ЛЯМБЛИОЗУ ЧОГУ КЕЗДЕШКЕН ОРУЛУУЛАРДЫ ДАРЫЛОО

Балтабаев М.К., Усубалиев М.Б., Касымова А.С.

*И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, тери жана венерологиялык оорулар кафедрасы, Бишкек, Кыргыз Республикасы.*

**Коругунду.** Баштагы чачгардын зооантропоноздук трихофития жана ичеги лямблиоз илдеттери чогу кездешкен 61 оорулуу дарыланды. Жыйынтыгында дарылоо мөөнөтү кыскарды. Лямблиоз илдети менен микоз оорусун чогу үзгүлтүксүз дарылоо жүргүзүлдү. Диспансердик көзөмөлдөөдө микоздун кайталануусу байкалган жок. Лямблиянын цисталары контролдук кароодо 2 (3,28%) оорукчанда гана табылган.

**Негизги сөздөр.** Зооантропоноздук трихофития, лямблиоз, орнидазол, дарылоо.

## THE TREATMENT OF ZOOANTROPONOSICAL TRICHOPHYTOSIS CAPITIS WITH CONCOMITANT BOWELS LAMBLIASIS

Baltabaev M.K., Usubaliev M.B., Kasymova A.J.

*Kyrgyz State Medical Academy named after I.K.Akhunbaev, department dermatology and venerology, Bishkek, Kyrgyz Republic.*

**Resume.** 61 children were treated with zooantroponosical trichophytosis capitis with bowels lambliasis, at the same time prolongation of therapy decreased. Treatment of lambliasis was carried out with mycosis treatment. Recidivations of mycosis were not revealed during the regular medical check-up. 2 (3, 28%) patients had lamblia cysts, which were revealed during the control research.

**Key words.** Zooantroponosical trichophytosis, lambliasis, ornidazol, treatment.

### Введение

В связи с неблагоприятной эпидемиологической и социальной ситуацией в различных странах мира, вопросы распространенности, этиологии, клинического течения и терапии зооантропонозных дерматомикозов, в том числе и трихофитии, продолжают оставаться в центре внимания как врачей дерматовенерологов, так и организаторов здравоохранения [1,3]. В республиках Центральной Азии, в том числе в Кыргызстане, в последние годы наметилась тенденция к увеличению заболеваемости населения зооантропонозной трихофитией [4,6].

Основными возбудителями зооантропонозной трихофитии являются *Trichophyton verrucosum* и *Trichophyton mentagrophytes* var. *gypseum*, частота заболеваемости которых различна как в различных регионах мира, так и внутри отдельных стран [2,9]. В патогенезе болезни, наряду с факторами, снижающими нормальную физиологическую защитную функцию кожи, неблагоприятной экологией, метаболическими изменениями, важное значение, придается иммунологическим нарушениям, изменению неспецифической резистентности [5,8].

В настоящее время для лечения зооантропонозной трихофитии волосистой части головы используют этиотропные препараты системного действия - гризеофульвин, кетоконазол, тербинафин, итраконазол, флуконазол; наружного применения - йод, анилиновые красители, ихтиоловую, серно-салициловую, серно-дегтярную мази и др. Многообразен арсенал симптоматических средств: гепатопротекторы, витамины, физиотерапевтические методы воздействия. Однако, при использовании вышеперечисленных средств и методов лечения продолжительность терапии больных зооантропонозной трихофитией, остается длительной и составляет 39,6-56 дней, а в некоторых случаях она достигает 100 дней, что обуславливает, возможность развития ятрогений [3,7]. Известно, что одной из причин увеличения сроков лечения больных трихофитией являются сопутствующие паразитарные заболевания [1,4]. Проблему составляет санация лямблиоза, так как лечение протозойной инвазии более длительное, чем гельминтозов. Учитывая данный факт, лечение лямблиоза проводили после окончания приема системного антимикотика, что значительно увеличивало

сроки лечения, курсовую и суточную дозу антимикотических препаратов.

**Цель.** Сокращение продолжительности лечения больных зооантропонозной трихофитией волосистой части головы с сопутствующим лямблиозом кишечника и уменьшение побочных воздействий системного противогрибкового препарата.

**Материалы и методы исследования.** В период с 2005 по 2010 гг. в РЦДВ с зооантропонозной трихофитией волосистой части головы госпитализированы 263 больных, среди них сопутствующий лямблиоз обнаружен у 61 больного, что составило 23,2%. Возраст больных зооантропонозной трихофитией с сопутствующим лямблиозом составил от 2 до 15 лет, мальчиков было - 42 (68,85%), девочек - 19 (31,15%). Диагноз зооантропонозной трихофитии ставился на основании жалоб, анамнеза заболевания, эпидемиологического анамнеза, клинической картины и подтверждался микроскопией патологического материала на обнаружение грибов. Лямблии обнаруживали при копрологическом исследовании на яйца глист и цисты лямблий, кроме этого, 34 больным (55,74%) проводили серологическое исследование на обнаружение антител к лямблиям.

**Результаты и их обсуждение.** Способ лечения зооантропонозной трихофитии волосистой части головы с сопутствующим лямблиозом кишечника, заключался в том, что на фоне традиционной наружной терапии (йодно-мазевой) и приема системного антимикотика - гризеофульвина производили санацию лямблиоза орнидазолом. Орнидазол (Герал) - антимикробный и антипротозойный препарат, выпускаемый в таблетках по 500 мг. Герал (фирма "GMP") используют для лечения лямблиоза по схеме:

- взрослые и дети с массой тела более 35 кг: 3 таблетки однократно вечером;

- дети с массой тела менее 35 кг: 40 мг/кг один раз в сутки. Продолжительность лечения 1-2 дня.

Лечение осуществляли следующим образом. Больному назначали гризеофульвин в таблетках по 125 мг из расчета 16-18 мг/кг массы тела в сутки в три приема. С четвертого дня подключали гепатопротекторы (карсил, гепабене, липоевая кислота). На 11-й день гризеофульвин отменяли и назначали герал на ночь в течение двух дней. Со второго дня приема герала назначали

желчегонные средства (аллохол, сбор бессмертника), а с 13-14 дня (в зависимости от состояния ребенка) возобновляли прием гризеофульвина, продолжая в течение недели гепатопротекторы и желчегонные препараты. Параллельно осуществляли традиционную йодно-мазевую терапию, в очагах волосы эпилировали.

Клинический пример данного метода лечения.

Больной Д., возраст 11 лет. Диагноз: инфильтративно-нагноительная (зооантропонозная) трихофития волосистой части головы. Из анамнеза болен в течение 3-х недель, не лечился. При поступлении в клинику грибковый процесс представлен тремя очагами диаметром от 5 до 8 см на волосистой части головы, округлой формы, с выраженной инфильтрацией, поверхность покрыта гнойно-геморрагическими корками, из фолликулов волос выделяется сливкообразный гной. При проведении микологического исследования из очагов, обнаружен *Trichophyton verrucosum*. При объективном осмотре со стороны внутренних органов патологии не выявлено. В результатах проведенных лабораторных исследований (общий анализ мочи, биохимические исследования крови) отклонений от нормы не выявлено. В общем анализе крови эозинофилия - 22%. При исследовании кала были обнаружены цисты лямблий. Проведено следующее лечение:

1. Гризеофульвин из расчета 18 мг/кг массы тела - 6 таблеток в сутки в 3 приема по схеме.
2. Местная терапия: первые 7 дней ихтиоловая мазь 20%, примочки с гипертоническим раствором, далее очаги смазывали 3% настойкой йода и 10% серно-салициловой мазью.
3. Тиберал по 3 таблетки на ночь - 2 дня.
4. Липоевая кислота по 1 таблетке 3 раза в день, 10 дней.
5. Эпиляция волос из очагов поражений.

При клинико-микологическом мониторинге установлено, что неагивация выявления возбудителя грибковой инфекции из очагов поражения, определяемая микроскопическим методом произошла на 23 сутки терапии. Клиническое выздоровление наступило на 34 сутки. Повторные микологические исследования, проведенные трижды с интервалом в 5-6 дней, показали отсутствие возбудителя на местах разрешившихся очагов. Субъективных ощущений, непереносимости,

аллергических реакций на протяжении курса терапии не отмечено. Дальнейшее диспансерное наблюдение в течение 3-х месяцев подтвердило полное выздоровление пациента. В контрольном 3-х кратном анализе кала, проведенном через 1 месяц, цисты лямблий не обнаружены.

Данным способом получили лечение 61 детей в возрасте от 2 до 15 лет зооантропонозной трихофитией волосистой части головы на фоне сопутствующего лямблиоза кишечника с давностью заболевания от недели до 3-х месяцев. Продолжительность лечения до первого отрицательного исследования на грибы из очагов поражения составил 23-25 дней. Эффективность данного способа терапии заключается в сокращении продолжительности терапии больных зооантропонозной трихофитией при санировании лямблиоза кишечника на 10-11 дни. Переносимость препаратов была хорошей, аллергических реакций, побочных явлений не отмечено.

Рецидивов грибкового заболевания при диспансерном наблюдении не выявлено. Цисты лямблий при контрольном исследовании обнаружены у 2 (3,28%) пациентов.

**Выводы.** Преимуществом данного метода является санация лямблиоза, которая позволяет не откладывать лечение зооантропонозной трихофитии, так как после 10-дневного приема гризеофульвина терапевтическая концентрация его в крови сохраняется 3 дня. Предварительная дегельминтизация позволила уменьшить пребывание больного на койке и избежать побочных воздействий антимикотического препарата.

#### Литература

1. Богуш П.Г., Бондарев И.М., Лалшина Т.П., Лещенко В.М. Особенности эпидемиологии микроспории и трихофитии в Москве // Успехи медицинской микологии, 2006. - №8. - С. 4-5.
2. Кашкин П.Л., Лисин В.В. Практическое руководство по медицинской микологии. Л: Медицина, 1983. - 192 с.
3. Степанова, Ж.В. Современные методы терапии микозов у детей // Успехи медицинской микологии: матер. первого Всеросс. конгресса по медицинской микологии. М., 2003. - Т. 2. - С. 178- 179.
4. Фахритдинова Х.С., Медведева Е.А., Мед-

ведев Ю.Л. Современные методы лечения зооантропонозных дерматомикозов // Проблемы медицинской микологии, 2004. - Т. 6, № 2. - С. 125-126.

5. Шеклакова Н.Д., Бормотов В.Ю. Редко наблюдающиеся формы трихофитии // Вестник дерматологии и венерологии. -1986. № 9. - С. 65-66.

6. Яцуха М.В. "Трихофития, микроспория, фавус. Особенности эпидемиологии". // Вестник дерматологии и венерологии, 1992. - №3. - С. 43-46.

7. Gupta, A.K. Antifungal agents: an overview. Part II / A.K. Gupta, D.N. Sauder, N.H. Shear // J. Am. Acad. Dermatol, 1994, - Vol. 30, № 6, - P. 911-933.

8. Wawrzkiwicz, K. The late of trichophyton verrucosum in guinea-pig organism conditioned by route of its administration / K, Wawr/kilwicz, B. Rubay, D-Ziolkowska // Mykosen. 1982 - № 10. - P. 558-560.

9. Weksberg, M.D. Unusual Tinea corporis caused by Trichophyton verrucosum / M.D, Weksberg, B D. Fischer // Int. J Dermat. 1986, - Vol. 29, №10.-P.653-655.

## РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ И ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Градович Т.А., Омурбекова М.М., Теппеева Т.Х.

*Кыргызская Государственная Медицинская Академия имени И.А.Ахунбаева  
г. Бишкек, Кыргызская Республика*

**Резюме.** Проведен ретроспективный анализ 240 историй родов у женщин с врожденными пороками развития плодов. По результатам анализа были выявлены наиболее часто встречающиеся виды врожденных пороков развития плода и возможные причины их происхождения.

**Ключевые слова:** беременность, врожденные пороки развития плода, ультразвуковая диагностика .

## RETROSPECTIVELY ANALYSES AND PERINATAL DIAGNOSIS THE CONGENITAL ANOMALIES OF FOETUS

Gradovich T.A., Omurbekova M.M., Teppeeva T.H.

*Kyrgyskaya State Medical Academy I.K. Ahunbaev n.t. Bishkek, Kyrgyz Republic.*

**Summary.** A retrospective analysis of 240 history cases of delivery to women with congenital fetal malformations. According to the analysis found the most common types of congenital fetal malformations, and possible causes their origin.

**Key words:** pregnancy, congenital malformations of the fetus, Supersonic soundings diagnosis.

## ТУБАСА МАЙЫПТЫКТАРДЫН РЕТРОСПЕКТИВДИК АНАЛИЗИ ЖАНА АЛАРДЫ ПЕРИНАТАЛДЫК АНЫКТОО

Градович Т.А., Омурбекова М.М., Теппеева Т.Х.

*И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы  
Кыргыз Республикасы Бишкек ш.*

**Коругунду.** Тубаса майын төрөгөн аялдардын 240 төрөт тарыхы изилденди. Анализдин жыйынтыгынын негизинде көп жолугуучу тубаса майыптыктардын түрлөрү жана алардын себептери изилденди.

**Ачкыч создор:** кош байлуулук, тубаса майыптуулук, ультрауи менен диагноздоо.

**Введение.** Ожидание ребенка - самый прекрасный период в жизни каждой женщины. Однако и эти светлые моменты могут быть омрачены такими неприятностями, как, например, врожденные пороки развития плода. В идеале, природа создаст оптимальные условия для пра-

вильного и полноценного развития плода в утробе матери.

Термин врожденный порок развития включает в себя такие категории дефектов развития, как структурные (собственно ВПР), генетические дефекты, включающие ошибки метаболизма



и хромосомные aberrации, поздние внутриутробные инфекции и последующее повреждение плода (фетопатии), внутриутробную задержку роста, иммунологические нарушения, умственную отсталость и врожденные дефекты органов чувств, врожденные опухоли.

Следовательно, аномалии развития могут быть вызваны либо наследственными факторами, либо средовыми, предшествующими рождению.

Термин "Врожденные пороки развития" используется при наличии морфологического дефекта органа, части органа или большого участка тела, ведущего к нарушению функции органа. ВПР являются следствием нарушения органогенеза.

Выделяют 4 типа ВПР:

1. Мальформация - морфологический дефект органа, части органа или большого участка тела в результате внутреннего нарушения процесса развития (генетические факторы).

2. Дизрупция - морфологический дефект органа, части органа или большого участка тела в результате какого-то внешнего воздействия на изначально нормальный процесс развития (тетагенные факторы и нарушение имплантации).

3. Деформация - нарушение формы, вида или положения части тела, обусловленное механическими воздействиями (например, амниолиными тяжами).

4. Дисплазия - нарушенная организация клеток в ткани и её морфологический результат (процесс и следствие дисгистогенеза). [5].

**Цель:** Выявление причины врожденных пороков развития плода.

**Материал и методы.** Современные методы исследования внутриутробного развития плода в течение всей беременности позволяют своевременно диагностировать отклонения в развитии внутриутробного плода и принять решение о целесообразности прерывания беременности.

В последнее время незаменимым методом диагностики патологических состояний плода является, ультразвуковые исследования [1].

В последнее десятилетие - во всем мире отмечается тенденция к неуклонному росту распространенности наследственных болезней и врожденных аномалий (ВА) среди населения. По данным ВОЗ, наследственные болезни и врожден-

ные пороки развития регистрируются у 5-5,5% новорожденных, в том числе, на 1 ВПР приходится 2-3%. При этом лишь 1,5% из них обусловлены действием неблагоприятных экзогенных факторов во время беременности, остальные имеют преимущественно генетическую природу. По данным статистики, общее число впервые зарегистрированных больных с ВА в Кыргызстане достигло в 2000г. 213 -220 тыс.

Около 40-50% ранней младенческой (перинатальной) смертности и инвалидности с детства также обусловлены наследственными факторами, например 20% коек в детских стационарах заняты детьми с наследственной патологией, на их лечение государство вынуждено расходовать огромные средства. В этой связи совершенно очевидно, что профилактика наследственной и врожденной патологии в Кыргызстане имеет не только большое медицинское, но и чрезвычайно важное социальное значение.

Нами проведен ретроспективный анализ 240 историй родов беременных, госпитализированных в ГПЦ в 2010г. в разные сроки беременности с подозрением на врожденные пороки развития плода.

Диагноз врожденного порока развития плода был выставлен при ультразвуковом методе исследования беременных.

Адекватная эхографическая оценка большинства внутренних органов при трансабдоминальном сканировании, возможна начиная с 20 недели беременности, и является обязательным составным компонентом скринингового исследования. Задачей скринингового рутинного исследования является не столько точная идентификация конкретного вида порока, сколько исключение эхографических признаков ВПР.

**Результаты и обсуждение.** За 2010 г. по ГПЦ прошло 7668 родов, в 240 случаях были выявлены ВПР, что составило 3,1%.

Анализируя полученные данные, было выявлено, что из 240 случаев врожденных пороков развития плода 39 (16,2%) случаев закончились летальным исходом и мертворождением.

Первое место среди аномалий развития плода занимали пороки центральной нервной системы: 17 новорожденных (7%), из них - анэнцефалия-1; микроцефалия-5; гидроцефалия-11. На втором месте - пороки развития передней брюшной стенки наблюдались у 9 (3,7%) новорожден-

ных. Болезнь Дауна в 6 случаях; расщелина неба полная - 2; неполная-11. Пороки развития сердечно сосудистой системы у 10 новорожденных.

Spina bifida встречалась в 7 случаях, в 2 случаях - остеохондродисплазия и полидактилия у 15 детей, эти пороки относятся к нелетальным скелетным дисплазиям.

Немаловажное значение имеет паритет беременности и родов в диагностике аномалий развития плода. По паритету беременности и родов анализированные истории родов можно разделить на 3 группы: первая- третья, четвертая-шестая. В большинстве анализированных случаев беременность протекала с разной степенью выраженности многоводия.

При анализе акушерского анализа было выявлено, что 132 женщины перенесли искусственные и самопроизвольные аборт.

Из анамнестических и лабораторных показателей можно предположить, что причиной развития врожденных пороков у данной группы женщин явилось следующее:

- перенесенная вирусная инфекция с высокой температурой в 1 триместре беременности у 39 женщин;

- урогенитальная инфекция (микоплазмоз; хламидиоз; уреаплазмоз) - 67 женщин;

- экстрагенитальная патология (пиелонефрит; гломерулонефрит) - у 38 женщин;

- эндокринная патология (сахарный диабет) - 5;

- женщины старше 40 лет - 25;

- генетически обусловленные (у самих беременных хондродисплазия) - 2;

В остальных случаях (85), причину развития врожденных пороков плода связать ни с чем не удалось из-за скудности данных в историях родов и отсутствия обменных карт.

**Выводы.** Учитывая тенденцию роста врожденных пороков развития не только в нашей стране, но и во всем мире, необходимо проводить санитарно- просветительную работу среди населения по охране репродуктивного здоровья.

1.Своевременная диагностика и лечение хронических очагов инфекции оказывающих неблагоприятное влияние на зачатие, имплантацию, рост и развитие плода.

2.Профилактика и лечение урогенитальной инфекции у женщин репродуктивного возраста.

3.Проведение пренатального скрининга с целью своевременной диагностики возможных врожденных пороков развития плода.

### Литература

1. А.Е. Волкова Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии //Ростов-на-Дону ;Феникс,2006.-с.19-25

2. Айламазян, Э.К. антенатальная - диагностика и коррекция нарушений развития плода/ Э.К. Айламазян //Рос.веста.2006

3. Алгоритмы пренатальной диагностики. Учебное пособие / Под ред. М.В.Медведева М.: Реальное время ,2005.-с.14

4. Врожденные пороки развития пренатальной диагностики и тактика/Под ред. Петриковского Б.М., Медведева, М.В.Юдиной Е.В. М:РА-ВУЗДПГ,Реальное время .-2006.-256с.

5. Михайлов А.В. Метод кордоцентеза в диагностике врожденных и наследственных заболеваний плода / А.В. Михайлов // Тезисы докл. Всесоюзного съезда медицинских генетиков. Алма-Ата,2010.с .30

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕНДЫ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ЗА ПЕРИОД 2003-2009 ГОДЫ

Давлеталиева Н.Е., Бримкулов Н.Н., Мурзакаримова Л.К., Мурзаева А.Т.

*Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева, Республиканский медико-информационный центр МЗ КР, Бишкек, Кыргызская Республика.*

**Резюме.** Анализ ситуации в оказании помощи пациентам с болезнями органов дыхания показал, что за период 2003-2009 годы в Кыргызской Республике произошли существенные сдвиги, что проявилось в позитивных изменениях некоторых эпидемиологических показателей, в повышении уровня знаний медработников, увеличении доступности основных лекарств и медицинского оборудования для диагностики и лечения.

## КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА 2003-2009-ЖЫЛДАР АРАЛЫГЫНДА ДЕМ АЛУУ ОРГАНДАРЫНЫН ООРУЛАРЫНЫН ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК ТРЕНДДЕРИ ЖАНА МЕДИЦИНАЛЫК ЖАРДАМ КӨРСӨТҮҮНҮ ЮОШТУРУУ

*И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, КР ССМнин Республикалык медициналык-маалымат борбору, Бишкек, Кыргыз Республикасы.*

**Корутунду.** Дем алуу органдарынын оорусу менен жабыркаган бейтаптарга көрсөтүлгөн жардамдардын анализи 2003 – 2009 – жылдары Кыргыз Республикасында чоң өзгөрүүлөр болгондугун көрсөттү, анткени медициналык кызматкерлердин билим деңгээли жогорулагандыгы, оорунун дартын аныктоо жана дарылоо үчүн керектүү медициналык жабдууларды жана дарыларды алуу жөнүндө өскөндүгү, бир катар эпидемиологиялык көрсөткүчтөр жакшы жакка өзгөргөндүгү байкалган.

## EPIDEMIOLOGICAL TRENDS AT DISEASES OF THE RESPIRATORY SYSTEM AND ORGANIZATION OF MEDICAL CARE IN THE KYRGYZ REPUBLIC FOR THE PERIOD 2003-2009

Davletalieva N.E., Brimkulov N.N., Murzakarimova L.K., Murzaeva A.T.

*I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Republican Health Information Center of Ministry of Health of the KR, Bishkek, Kyrgyz Republic.*

**Summary.** Analysis of the situation in rendering assistance to patients with respiratory diseases has shown that over the period 2003-2009 in the Kyrgyz Republic has seen significant changes, as manifested in positive changes in some epidemiological indicators in the improvement of knowledge level of health workers, increase of accessibility of essential medicines and medical equipment for diagnosis and treatment.

**Цель исследования.** Анализ эпидемиологической ситуации и организации помощи больным с болезнями органов дыхания (БОД) в Кыргызской Республике (КР) за период 2003-2009 гг.

**Материал и методы.** Использовались данные РМИЦ КР, Национального статистического комитета Кыргызской Республики, данные литературы.

**Результаты и обсуждение.** Заболеваемость болезнями органов дыхания в Кыргызской Республике. В структуре общей заболеваемости БОД

в КР продолжают занимать первое место на протяжении ряда лет. В 2009 г. БОД составляли 26,2% в структуре заболеваемости среди взрослых, подростков и 47,9% - среди детей (1). Рост заболеваемости от БОД можно объяснить улучшением диагностики и выявляемости БОД.

**Результаты и их обсуждения.** Сведения о наблюдавшихся нами осложнениях при проведении нейролептанальгезии у обожженных представлены в таблице 1.

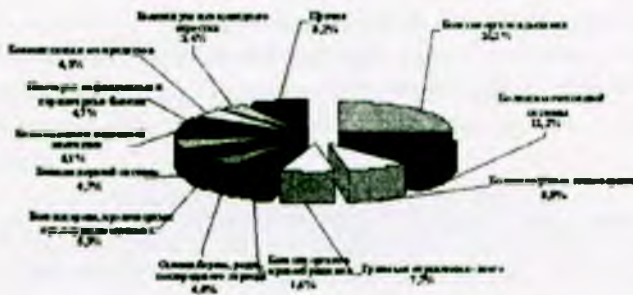
**Таблица 1.**

**Заболеваемость БОД в КР в динамике в процентах от общей заболеваемости (сборник РМИЦ МЗ КР 2003-2009 гг)**

Годы	Заболеваемость БОД в % от общей структуры заболеваемости среди взрослых, подростков в КР	Заболеваемость БОД в % от общей структуры заболеваемости среди детей в КР
2002	24,8%	43,6%
2003	24,7%	44,7%
2004	24%	46,3%
2005	24,1%	44,5%
2006	23,7%	46%
2007	23,8%	44,6%
2008	23,9%	43,7%
2009	26,2%	47,9%

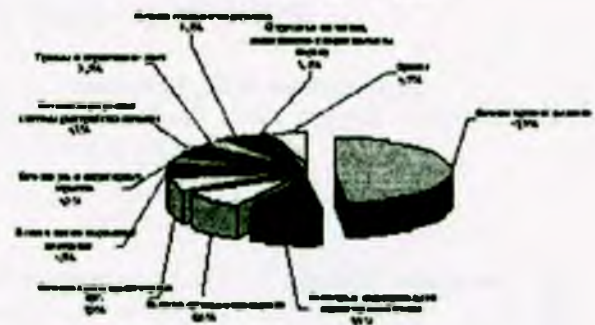
**Рис.1. Структура заболеваемости (взрослые, подростки) КР в 2009 г. (РМИЦ КР).**

Структура заболеваемости в взрослых и подростках, Кыргызская Республика, 2009 г. (%)



**Рис.2. Структура заболеваемости (дети до 14 лет), КР в 2009 г. (РМИЦ КР).**

Структура заболеваемости в детях до 14 лет, Кыргызская Республика, 2009 г. (%)



Смертность от болезней органов дыхания в Кыргызской Республике. Смертность от БОД в общей структуре причин смертности в КР снизилась с 11,8% в 2002 году до 8,4% в 2009 году, и в 2009 г. БОД сместились со второго на четвертое место после причин смертности от болезней системы кровообращения, внешних причин смерти и новообразований. В структуре причин детской смертности БОД остаются на втором месте после состояний, возникающих в перинатальном периоде (1).

Таблица 2.

Смертность от БОД в КР по годам в процентах от общей структуры причин смертности (сборник статистических материалов РМИЦ МЗ КР за 2003-2009 гг.)

Годы	Смертность населения КР от БОД в % от общей структуры причин смертности	Детская смертность от БОД в % от общей структуры причин детской смертности	Младенческая смертность от БОД в % от общей структуры причин младенческой смертности
2002	11,8%	31,7%	27%
2003	12,7%	33,5%	29,2%
2004	11,1%	22,4%	18,6%
2005	10,4%	21,1%	18%
2006	10,4%	20,8%	17,5%
2007	9,4%	19,5%	16,7%
2008	8,9%	16,7%	14%
2009	8,4%	16,4%	14,3%

В динамике за период 2002-2009 годы смертность от БОД (всего) в КР снизилась с 83,5 на 100 тысяч населения в 2002 году до 55,8 на 100 тысяч населения в 2009 году (2), а также снизилась смертность (всего) от бронхиальной астмы, хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и пневмонии. Как было показано ранее, такая же тенденция выявляется в группе 15 лет и старше (3).

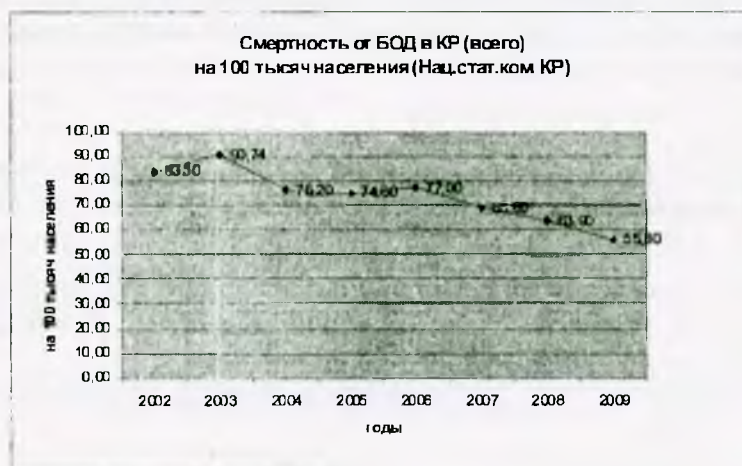
Таблица 3.

Динамика показателей смертности от БОД (всего) в КР (РМИЦ КР, Нац.стат.ком КР)

Класс болезни/годы	Динамика показателей смертности от болезней органов дыхания на 100 тысяч населения в КР							
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
ВСЕГО (умерших от всех причин)			688,4	719,2	742,8	729,3	714,5	666,9
Болезни органов дыхания (всего)	83,5	90,7	76,2	74,2	77,0	68,6	63,9	55,8
Бронхиальная астма (всего) J45	2,7	2,7	2,2	1,8	1,7	1,6	1,8	1,7
ХОБЛ (всего) J44	36,3	36,4	32,9	32,2	34,8	27,9	27,7	33,0
Пневмония (всего) J12-J18	21,1	21,9	18,7	19,4	20,2	19,0	17,1	16,4

Рисунок 3.

Смертность от БОД на 100 тысяч населения (всего) в КР 2002-2009 гг.  
(РМИЦ КР, Нац.стат.ком. КР, 2009).



**Организация медицинской помощи пациентам с БОД в КР.** Ситуация "двойного бремени" диктовала системе здравоохранения нашей республики ориентироваться на недорогие доступные и эффективные методы диагностики и лечения, а также направлять свои усилия на укрепление первичного звена, куда наиболее часто обращаются пациенты, в том числе с респираторными проблемами (4).

В 2008 году сеть медицинских учреждений в КР была представлена 79 Центрами семейной медицины (ЦСМ), в которых работала 651 группа семейных врачей (ГСВ). Функционировало 195 больничных учреждений. В 2008 году на 10 000 населения приходилось 25 врачей и 55 работников среднего медицинского персонала (5).

Медицинская помощь взрослым респираторным пациентам в КР оказывалась на первичном, вторичном и третичном уровнях здравоохранения при отсутствии вертикальной структуры пульмонологической службы.

В 2003-2010гг. в республике успешно осуществлялось выполнение Кыргызско-финской программы по легочному здоровью при финансовой и технической поддержке МИДа Финляндии. Благодаря реализации этой программы были получены существенные изменения по улучшению помощи пациентам с БОД на всех уровнях здравоохранения (3, 6).

**Первичный уровень (ЦСМ, ФАПы).** Большинство пациентов с БОД - 88% (РМИЦ КР, ф. 14, 2003) обращаются с респираторными симптомами к своим семейным врачам в ЦСМ, ФАПы

по месту жительства. Именно на первичном уровне лежит основная ответственность за своевременную диагностику, лечение, диспансеризацию и профилактику респираторных заболеваний. Первичный уровень здравоохранения отвечает также за раннее выявление и лечение туберкулеза в поддерживающей фазе. В настоящее время в КР в рамках реализации кыргызско-финского проекта по легочному здоровью все медработники первичного уровня обучены ведению пациентов с БОД, имеют руководства и клинические протоколы по пульмонологии, базовый комплект медицинского оборудования для диагностики, а основные лекарственные препараты для лечения ХОБЛ, астмы, пневмонии включены в программы льготного лекарственного обеспечения (ПГГ и ДП ОМС) и доступны для всех застрахованных пациентов на амбулаторном уровне (7).

**Вторичный уровень (стационары областные, территориальные).** Стационарная помощь при БОД оказывается в терапевтических отделениях 6 областных объединенных и 48 территориальных больницах. В стационарной помощи нуждаются, в основном, пациенты с тяжелым течением, сопутствующими заболеваниями, пациенты группы риска - старше 65 лет, а также пациенты с неясным диагнозом, или не имеющие эффекта от лечения на амбулаторном уровне. Стационары принимают и оказывают при необходимости неотложную помощь респираторным пациентам. Врачи терапевты стационаров по всей республике также, как и врачи по

ликлиник, обучены ведению пациентов с БОД и имеют у себя руководства, клинические протоколы по пульмонологии и базовый комплект медицинского оборудования. Все терапевтические отделения областных и территориальных больниц оснащены (за счет кыргызско-финского проекта по легочному здоровью и программы Манас Таалими) необходимым набором респираторного оборудования, (небулайзеры, спейсеры, пикфлоуметры, спирометры, кислородные концентраторы, пульсоксиметры, аппараты для неинвазивной вентиляции легких) (3,6).

**Третичный уровень (специализированные медицинские учреждения).** Специализированная пульмонологическая помощь терапевтического профиля (третичный уровень) для взрослых пациентов осуществляется в 5 пульмонологических отделениях республики: Национальный госпиталь, НЦКТ, КНИИКиВЛ, ГКБ №6 г.Бишкек, Ошская ООБ. Для оказания неотложной помощи пациентам с БОД предназначен и оснащен блок интенсивной пульмонологии НЦКТ. Специализированные пульмонологические отделения республики оснащены необходимым набором респираторного оборудования: небулайзеры, спейсеры, пикфлоуметры, спирометры, кислородные концентраторы, пульсоксиметры, аппараты для неинвазивной вентиляции легких, капнографы (в рамках реализации кыргызско-финского проекта по легочному здоровью).

Специализированная помощь на третичном уровне (НЦКТ, НГ, НЦПиДХ, НЦО, НХЦ, КНИИКиВЛ) имеет на своей базе клинические кафедры медицинских вузов и соответствующий научный потенциал, предназначена для решения сложных и редких диагностических вопросов, оказания высококвалифицированной помощи с использованием современного высокотехнологичного оборудования, внедрения в здравоохранение республики новых научных технологий и международных рекомендаций, методологической и координационной помощи для всех уровней здравоохранения.

**Выводы.** Таким образом, в целом, за период 2003-2009 годы в республике произошли существенные сдвиги в улучшении оказания помощи пациентам с БОД, что проявилось в позитивных изменениях некоторых эпидемиологических показателей по БОД, в повышении уровня знаний медработников и увеличения доступ-

ности основных лекарств и медицинского оборудования.

### Список литературы

1. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской республики в 2002-2008 гг. Сборники РМИЦ МЗ КР.- Бишкек: 2003-2009 г.
2. Статистический ежегодник Кыргызской Республики. Национальный статистический комитет Кыргызской Республики. Бишкек:2010.- С.54.
3. Бримкулов Н.Н., Чубаков Т.Ч., Давлеталиева Н.Е., Мурзакаримова Л.К., Султанова А.С., Калиева А.Д., Чолурова Р.А., Винников Д.В., Мурзаева А.Т., Касымова Р.О. Об эффективности Республиканских программ по болезням органов дыхания в Кыргызской Республике (2003-2010 гг.). - ЦАМЖ.- Том XVII.-Приложение 1.- 2011.-С.-10-12. (Материалы 5-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. - Бишкек, 21-22 апреля 2011 г.)
4. Национальная программа реформы здравоохранения Кыргызской Республики "МАНАС ТААЛИМИ" на 2006-2010 г. Бишкек.-2006.
5. Социальные тенденции Кыргызской Республики 2004-2008 гг. Выпуск 5. Национальный статистический комитет Кыргызской Республики.-Бишкек:2010.-С.81,94.
6. Бримкулов Н.Н., Чубаков Т.Ч., Султанова А.С., Давлеталиева Н.Э. Кыргызско-финская программа по легочному здоровью: вклад в систему здравоохранения Кыргызстана. Ж.Медицина Кыргызстана, 2007.- № 1.-С.4-7.
7. Davletalieva N., Brimkulov N., Djankorozova M., Vinnikov D. Availability of reduced-priced medications for bronchial asthma patients in Kyrgyz Republic. Int J Tuberc Lung Dis 2010 (V14, №11 Suppl 2): P.S102.

## КЛИНИКА И ЛИКВОРОДИАГНОСТИКА НЕЙРОСИФИЛИСА

Диканбаева К.Э.

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

**Резюме.** В статье обсуждаются клинические проявления, изменения ликвора при нейросифилисе и о целесообразности проведения люмбальной пункции для подтверждения диагноза и решения вопроса об излеченности данного заболевания.

**Ключевые слова:** нейросифилис, диагностика.

## НЕЙРОСИФИЛИСТИН КЛИНИКАСЫ ЖАНА ЛИКВОРДИАГНОСТИКАСЫ

Диканбаева К.Э.

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

**Корутунду.** Бул макалада нейросифилистин клиникалык муноздомосу, жулун-суусунун озгоруусу жана дарт-аныктоо учун откорулуучу люмбалдык пункциянын мааниси жонундо маселе козголгон.

**Негизги сөздөр:** нейросифилис, дарт аныктоо.

**Введение.** Нейросифилис (НС)- это общее название разнообразных клинических форм поражения нервной системы сифилитической природы, характеризующихся склонностью к прогрессированию при отсутствии адекватного лечения [1,2].

Диагностика этой патологии представляет значительные трудности, связанные с неспецифичностью симптоматики поражения нервной системы как при ранних, так и при поздних формах сифилиса; атипизмом и стертостью клинических проявлений, увеличением частоты скрытых форм НС, при которых процесс протекает по типу "молчащего" поражения нервной системы[3,7,8].

Диагностика и решение вопроса об излеченности НС, базируется в клеточно-белковом составе и серологическом анализе ликвора. Практика показывает, что очень многие больные как до лечения, так и при переводе на контроль и снятии учета категорически отказываются от спинно-мозговой пункции, поэтому необходимо убеждение пациента о необходимости этой процедуры. Исключительно важное диагностическое значение имеет исследование клеточного и белкового состава ликвора. Плеоцитоз

(больше 5 клеток) нередко выявляется раньше, чем серологические тесты [3,4]. В серологической диагностике НС, применяются два вида тестов: нетрепонемные и трепонемные. Нетрепонемными тестами являются- реакции связывания комплемента (РСК) с двумя антигенами (кардиолипиновым и трепонемным ультраозвученным) и микрореакция с кардиолипиновым антигеном.

С 50-годов для диагностики сифилиса стали применять трепонемные тесты, которые определяют наличие специфических антител к трепонемам- реакция иммунофлюоресценции (РИФ) и реакции иммобилизации бледных трепонем (РИБТ). Новыми направлениями в серодиагностике сифилиса стали иммунологические методики и полимеразная цепная реакция (ПЦР), позволяющая обнаружить ДНК трепонемы, однако в повседневный обиход ПЦР пока не вошел [3,5]. Излеченным НС может считаться только после нормализации нетрепонемных серологических тестов ( так как их негативация начинается сравнительно быстро), цитоза и концентрации белка в ликворе (норма-0,45%) [3,6].

Цель исследования- изучение клинических проявлений и данных общих и серологических



изменений ликвора при нейросифилисе.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 16 пациентов, из них мужчины-14, женщины-2 в возрасте от 35 до 55 лет. У 2 больных первоначально серологические анализы крови-отрицательные. Всем больным проведен клинический осмотр (неврологами, венерологами, психиатрами) и анализ ликвора (общий и серологический).

**Результаты и обсуждение.** В результате обследования 3 пациентов при поступлении никаких жалоб не предъявляли, а у 13 пациентов в зависимости от формы НС жалобы были в основном на головную боль, головокружение, снижение зрения, снижение памяти. При объективном осмотре были установлены- Симптом Аргайла-Робертсона у-4, симптомы поражения черепно-мозговых нервов-4, гемипарез-3, нарушения глубокой чувствительности у -2, деменция-2 у больных.

При исследовании спинно-мозговой жидкости выявлены следующие результаты: цитоз выявлен у 9, белок повышен у 3, положительная глобулиновая реакция Панди у 15 больных. Нетрепонемные и трепонемные тесты ликвора резкоположительны у всех 16 пациентов. Таким образом удалось установить асимптомный сифилитический менингит- у 3, менингovasкулярный НС-у 7, спинную сухотку у 2, прогрессирующий паралич у 3 и табопаралич у 1 больного.

После проведенного специфического лечения повторный сероконтроль (каждые 6 месяцев) проведен 11 пациентам: у 9 пациентов в ликворе нормализовался цитоз, у 3 белок, а в серологических тестах титры уменьшились. Регресс клинических проявлений ( без учета пациентов с асимптомным менингитом): улучшение у 8, без изменений у 3.

Итак, результаты исследования позволяют сделать следующие **выводы**:

-достоверная диагностика нейросифилиса невозможна без ликворологического исследования по следующим показателям: цитоз, белок, КСР, РИФ, РИБТ;

-для установления клинической формы нейросифилиса необходимо тщательное обследование врачей невропатологов;

-положительная неврологическая динамика, имеет прямую зависимость от своевременной

диагностики нейросифилиса;

-для решения вопроса об излеченности необходимо сероконтроль ликвора каждые 3-6 месяцев.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Яхно Н.Н., Дамулин И.В., Савушкина И.Ю., Подчуфарова Е.В., Захаров В.В., Степкина Д.А., Шмидт Т.Е., Левченко А.Г. Хронический сифилитический менингоэнцефалит с нормотензивной гидроцефалией ("прогрессирующий паралич")// Неврологический журнал-2009-№4-С.34-41.
2. Прохоренков В.И., Гринштейн А.Б., Родинов М.В. К проблеме диагностики нейросифилиса// Вестник Дерматологии-1998-№1-С.35-38
3. Красносельских Т.В. Нейросифилис// Библиотека врача дерматовенеролога-2001-С.72-267.
4. Романенко Г.Ф., Котов С.В., Кряжева С.С., Сапронова Т.И., Кандрошова Л.Н.. Случай спинной сухотки с элементами прогрессирующего паралича (табопаралича) с отрицательными серологическими реакциями и РИБТ // Вестник дерматологии - 1995. - №6 - С. 47-49.
5. Панкратов В.Г., Бойко Ю.Л. К оценке состояния спинномозговой жидкости у больных сифилисом// Вестник Дерматологии-1993-№3-С.20-25.
6. Мухамедов С.М., Юлдашев К.А., Баратов К.Б. Ликвородиагностика ранних форм нейросифилиса// Медицинский Журнал. Узбекистан-1990-№2-С.38-40.
7. Мурзалиев А.М., Андреева В.В., Юсупов Ф.А. О двух случаях нейросифилиса // Первая международная научно-практическая конференция "Современное состояние дермато-венерологической службы Кыргызстана и перспективы его развития" Сборник научных трудов- 1998. - С. 56-59.
8. Парфенов В.А., Вахнина Н.В., Лосева О.К., Аншуков А.В., Исаева А.А., Теремкова Т.И. Нейросифилис с психическими и двигательными расстройствами - менингovasкулярный сифилис или прогрессирующий паралич? // Неврологический журнал - 2003. - №3 - С. 29-32.

## ПОСЛЕДСТВИЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ, ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

Есиркепбаев Б.Т., Ахметов Ш.А.

*АО "Санаторий Казахстан" МВД РК, Алматы, Казахстан.*

**Резюме.** Предоставлены данные по исследованию пациентов с последствиями черепно-мозговой травмы. Исследованы особенности нарушений у пациентов в этом периоде.

**Ключевые слова:** последствия черепно-мозговой травмы, отдаленный период, эмоциональные и когнитивные нарушения.

## CONSEQUENCES OF A CRANIOCEREBRAL TRAUMA, FEATURE EMOTIONAL AND KOGNITIVE INFRINGEMENTS

Esirkepbaev B. T., Mamytov M. M.

**Summary.** The data on research of patients with consequences of a craniocerebral trauma are given. Features of infringements at patients in this period are investigated.

**Key words:** consequences skull - brain trauma, emotional and kognitive infringements, remote period.

**Цель.** Исследование особенностей эмоциональных и когнитивных нарушений у пациентов с последствиями черепно-мозговой травмы в отдаленном периоде.

**Материалы и методы исследования.** 128 пациентов из разных возрастных групп. Исследование проводилось с помощью теста MMSE.

**Актуальность.** Особенность течения последствий черепно-мозговой травмы у пациентов, особенности эмоциональных и когнитивных нарушений.

Психопатологические синдромы относятся к числу наиболее частых среди последствий черепно-мозговых травм, преобладают синдромы пограничного уровня - астенические, неврозоподобные и психатоподобные [4,7]. В отдаленном периоде психические дисфункции оказываются регрессирующими у больных преморбид, которых характеризуются гармоничным развитием личности, тогда как у акцентуированных личностей главным образом эпилептоидного и истерического круга подобная динамика наблюдается гораздо реже. У них же в течение первых лет после травмы отмечаются трудности в социальной и трудовой адаптации. Астенические состояния усложняются за счет эмоциональной неустойчивости,

повышенной тревожности, частых аффективных пароксизмов гнева, злобы, внутренней напряженности, несдержанности и взрывчатости, спонтанных колебаний настроения.

Выраженность когнитивных нарушений в отдаленном периоде ЧМТ также определяется исходной степенью ее тяжести [3]. Когнитивные расстройства у пациентов, перенесших закрытую ЧМТ, часто затрагивают такие сферы психической деятельности, как память, внимание, скорость переработки поступающей информации, исполнительные функции (планирование, организация, принятие решений), зрительно-пространственное восприятие [8]. Ряд нарушений высших психических функций обуславливается специфической локализацией поражений, в частности преимущественным поражением при ушибах мозга лобных и височных долей [2]. Тем не менее, во многих случаях резидуальные расстройства формируются вследствие диффузного вовлечения коры и повреждения аксиальных структур головного мозга, которые модулируют функциональную активность коры. Именно сочетанное поражение локальных зон мозговой коры, аксиальных и подкорковых образований приводит к развитию когнитивных нарушений [1,2,3,8].

Наличие и выраженность когнитивных нарушений, как было указано ранее изучалось нами с помощью теста MMSE, который позволяет оценить выраженность того или иного интеллектуального дефекта как в целом, так и по отдель-

ным составляющим. Мы в своей работе решили проанализировать как суммарную оценку когнитивного дефекта по данной методике, так и по отдельным пунктам. Эти данные представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1  
Характеристика когнитивных нарушений в зависимости от возраста больных (баллы)

Показатели когнитивной сферы	Возрастные группы			
	16-22 лет	23-30 лет	Старше 30 лет	Вся группа больных
Ориентировка во времени	4,29*±0,06*	* 4,48±0,01	* 4,5±0,01	4,43±0,08
Ориентировка в месте	4,29±0,03**	4,41±0,05*	** 4,72*±0,1	4,47±0,08
Восприятие	2,18*±0,03*	* 2,3±0,05	* 2,28±0,16	2,25±0,09
Концентрация внимания	4,12*±0,05*	* 4,3±0,06	* 4,28±0,01	4,24±0,08
Память	2,12±0,11*	2,18±0,1	* 2,22±0,09	2,45±0,08
Речевые функции	8,12±0,01	8,11±0,1*	8,22*±0,03	8,14±0,1
Суммарная оценка	25,12±0,04**	26,4±0,04	** 26,22±0,04	26±0,27

Дополнение к примечаниям: достоверные различия\* -  $P < 0,05$ , \*\* -  $P < 0,01$ , \*\*\* -  $P < 0,005$  - с контрольной группой снизу, между группами сверху.

Таблица 2  
Характеристика когнитивных нарушений в зависимости от давности ЧМТ (баллы)

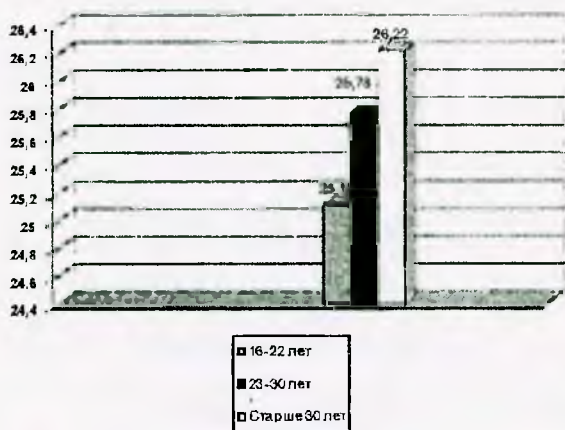
Показатели когнитивной сферы	Давность ЧМТ			Вся группа больных
	До 1 года	От 1 до 3 лет	Более 3 лет	
Ориентировка во времени	4,64*±0,11*	* 4,36±0,11	* 4,38±0,13	4,43±0,08
Ориентировка в месте	4,85±0,14**	4,45±0,05*	** 4,26*±0,05	4,46±0,08
Восприятие	2,78±0,11**	2,36±0,14	** 1,88±0,15	2,25±0,09
Концентрация внимания	4,76*±0,15**	* 4,27±0,11	** 3,92±0,12	4,24±0,08
Память	2,78*±0,02**	* 2,72±0,02	** 2,03±0,14	2,45±0,08
Речевые функции	8,42±0,02**	8,36±0,02*	** 7,8*±0,15	8,14±0,1
Суммарная оценка	28,28±0,09**	26,54±0,07	** 24,3±0,11	26±0,27

Как видно из представленных данных, в общем, если говорить о максимальной суммарной оценке при отсутствии когнитивных расстройств в 30 баллов, то вся группа больных имеет суммарную оценку 25,7, что расценивается как предельные нарушения. В целом по данной методике балльная выраженность оценки по различным признакам когнитивной сферы отличается друг от друга по своей сумме, поэтому сравнивать выраженность того или иного когнитивного дефекта не представляется возможным по баллам, и в таблицах 1 и 2 отражены межгрупповые различия по исследованным когнитивным характеристикам. Как видно из таблицы 6, если говорить о суммарной оценке, то она достоверно минимальна в младшей возрастной группе (16- 22 лет) по сравнению со старшей возрастной группой (старше 30 лет). Иными словами в целом, по нашим данным, чем моложе возраст, тем более выражены когнитивные расстройства у больных, после ЧМТ. Это видно не только по суммарной оценке, но и по отдельным составляющим когнитивного дефекта. В частности в младшей возрастной группе минимальны показатели по результатам ориентировки во времени, с достоверными различиями по сравнению с двумя остальными возрастными группами. Также минимальны показатели по такой сфере как восприятие, концентрация внимания. В целом практически по всем изученным показателям, кроме такого показателя как речевые фун-

кции между младшей и старшими возрастными группами имеются достоверные различия. Что касается речевых функций, то по нашим данным они в целом достаточно в большей степени нарушены как в младшей, так и в средней возрастной группе, с достоверными различиями между последней и старшей возрастной группой.

Как видно из таблицы 2 в целом выраженность когнитивного дефекта четко зависит и от давности ЧМТ. В частности если говорить о суммарной оценке, то при давности ЧМТ до 1 года когнитивный дефект выражен в достоверно меньшей степени, чем при давности ЧМТ сроком более 3 лет. Аналогично по отдельным составляющим когнитивного дефекта имеются указанные крайние различия, причем в данном случае практически по всем показателям, включая и речевые функции, между группой больных после ЧМТ до 1 года и более 3 лет. При этом средняя промежуточная группа с давностью ЧМТ от 1 до 3 лет также по ряду показателей, в частности это ориентировка во времени, концентрация внимания, память имеет достоверные различия с первой группой с давностью наркотической зависимости до 1 года. В целом, учитывая структуру и плотность достоверных различий по различным признакам когнитивного дефекта можно сказать, что фактор давности ЧМТ играет большую роль в формировании когнитивного дефекта, чем фактор возраста. Эти данные наглядно отражены на рис. 1.

Характеристика когнитивных нарушений в зависимости от возраста (баллы, MMSE)



Характеристика когнитивных нарушений в зависимости от срока наркотической зависимости (баллы, MMSE)

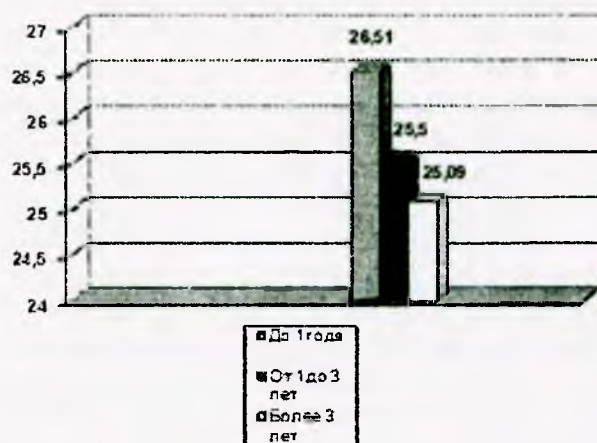


Рисунок 1.

При этом наиболее зависимыми от давности ЧМТ, по нашим данным оказались такие проявления когнитивного дефекта как ориентировка в месте, восприятие, концентрация внимания, память и речь. Именно с этими составляющими когнитивного дефекта связана общая суммарная оценка, свидетельствующая о том, что в группе больных с давностью ЧМТ более 3 лет формируются предементные когнитивные расстройства, что отчетливо видно из данных таблицы 2.

**Выводы.** Таким образом, последствия ЧМТ проявляется многообразными неврологическими субъективными и объективными проявлениями. Совокупность их свидетельствует как о функциональных, так и органических признаках патологии мозга. Причем речь идет прежде всего о нарушении деятельности коры и глубинных структур лимбико-ретикулярного комплекса. Наши дальнейшие исследования, результаты которых мы представим позднее подтверждают это.

#### Список литературы

1. Волошин П.В. с соавторами. Диагностика, лечение и профилактика отдаленных последствий закрытых черепно-мозговых травм; реабилитация больных. Методические рекомендации, 1990, 21 с.
2. Коновалов А.Н., Лихтерман Л.Б., Потапов А.А. и др. Патогенез, диагностика и лечение че-

репно-мозговой травмы и ее последствий, Вопросы нейрохирургии, 1994, № 4, с.18-25

3. Коновалов А.Н., Лихтерман Л.Б., Потапов А.А. и др. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. Москва, 1998, том 1, 549 с.

4. Макаров А.Ю., Последствия черепно-мозговой травмы и их классификация, Неврологический журнал, 2001, т.6, № 2, с. 38-41

5. Михайленко А.А., Дыскин Д.Е., Бицадзе А.Н., Клинико-патогенетические варианты отдаленных последствий закрытой травмы головного мозга, Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 1993, т.93, № 1, с. 39-42.

6. Шогам И.И., Мелихов М.С., Череватенко Г.Ф., Чектурия Н.И., Отдаленные последствия легких черепно-мозговых травм (частота, течение, критерии состояний компенсации и декомпенсации)//Журнал невропатологии и психиатрии, 1991, т. 91, № 6, стр. 55-59.

7. Acarin L, Gonzalez B, Castellano B., Neuronal, astroglial and microglial cytokine expression after an excitotoxic lesion in the immature rat brain/ EUR J NEUROSCI, 2000, 12(10), 3505-3520 p.

8. Anderson V., Northam E., Hendy J., Wrennal J. Developmental Neuropsychology. Philadelphia, 2001, 555 p.

9. Appleton R., Baldwin T. Management of brain-injured children. New York, Oxford University Press, 1998, 257 p.

10. Cohen R.A. The Neuropsychology of Attention. - New York and London, 1993.- 545 p.

## БИЛИДИГЕСТИВНЫЕ АНАСТОМОЗЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ ПРОХОДИМОСТИ ХОЛЕДОХА

Жумадылов К.С.

*Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева, Городская клиническая больница № 1, г. Бишкек, Кыргызская Республика*

**Резюме.** Представлены результаты лечения больных с нарушением проходимости холедоха у 120 пациентов на почве желчнокаменной болезни. У всех наблюдаемых отмечены механическая желтуха и холангит. Билиодигестивные анастомозы применены у 52 больных, осложнения после операции возникли у 4 (7,7%). В профилактике осложнений использовано дренирование холедоха с промыванием его антибиотиками или антисептиками.

**Ключевые слова:** желчный пузырь, холедох, нарушение проходимости, билиодигестивные анастомозы, профилактика осложнений.

## ЖАЛПЫ БООР ТҮТҮКЧӨСҮНӨН ӨТ ӨТПӨЙ КАЛУУ ДАРТЫНА БИЛИДИГЕСТИВТУУ АНАСТӨМОЗ САЛУУ ЫКМАСЫ

Жумадылов К.С.

*И.К. Ахунбаев атындагы Мамлекеттик Медицина академиясы, №1 шаардык оорукана, Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы*

**Корутунду.** Өт ташы даргы боюнча. 120 бейтаптын жалпы боор түтүкчөсүнөн өт өтпөй калуу түрдө өтүшүнүн дарылоосунун жыйынтыгы алдыңарга коюлду. Баардык бейтаптарда саргайып кетүү жана жалпы боор түтүкчөсүнүн сезгенүүсү байкалды. 52 бейтапка билиодигестивтик анастомоз коюуу ыкмасы колдонулду, операциядан кийин өтүшүп кетүү 4 (7,7%) бейтапта катталды. Алдын алуу шарттары болуп, жалпы боор түтүкчөсүн антибиотик жана антисептиктер менен жуу ыкмасы колдонулду.

**Негизги сөздөр:** өт баштыкчасы, жалпы боор түтүкчө, агууга тоскоол болуу, билиодигестивтик анастомоз, алдын алуу шарттары.

## BILIODIGESTIVE ANASTOMOSIS IN THE TREATMENT OF THE PATIENTS WITH CHOLEDOCH PERMEABILITY DISTURBANCE

Zhumadylov K.S.

*I.K.Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, municipal clinical hospital №1. Bishkek city, Kyrgyz Republic*

**Summary.** The results of surgical treatment of 120 patients with choledoch permeability disturbance on the ground of cholelithiasis are presented. All these patients had mechanical jaundice and cholangitis. Biliodigestive anastomosis were used in 52 patients. The complications after this operation were in 4 patients (7.7%). drainage with washing it with antibiotics and antiseptics have been used in the complications prophylaxis.

**Key words:** gallbladder, choledoch, permeability disturbance, siliodigestive anastomosis, complication prophylaxis.

При желчнокаменной болезни не редким осложнением является непроходимость желчных протоков, которая сопровождается развитием

желтухи и холангита [1,5]. Лечение этого осложнения только хирургическое, так как консервативные методы не эффективны. Оперативное

лечение тоже представляет большой риск, так как очень часто имеет место эндотоксикоз, нарушение коагуляционных свойств крови, наличие воспалительного процесса и поэтому после операции могут возникать осложнения, являющиеся причиной смерти этой группы больных [2,4].

Помимо хирургического вмешательства после операции необходим комплекс медикаментозных средств, который бы предотвратил прогрессирование процесса.

Из хирургических методов восстановления проходимости холедоха используют холедохолитотомию с последующим наружным дренированием, либо холедохолитотомию с внутренним дренированием [3,6]. Оба метода имеют свои преимущества и недостатки, которые являются основанием для их усовершенствования.

**Цель работы** - представить результаты оперативного лечения больных с желчнокаменной болезнью, осложненной нарушением проходимости холедоха.

**Материал и методы исследования.** Под наблюдением находилось 52 больных, у которых выявлена непроходимость холедоха на почве желчнокаменной болезни, и им выполнена операция - наложение билиодигестивного анастомоза. Женщин было 32 и мужчин - 20, возраст колебался от 22 до 76 лет, а давность заболевания - от одного месяца до 6 лет. Из 52 наблюдаемых больных у 36 непроходимость обусловлена желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, а у 16 возникли осложнения в различные сроки после холецистэктомии и холедохотомии с дренированием холедоха, вызвавшие его непроходимость (резидуальные камни, стриктуры).

В обследовании больных, помимо общеклинических методов, использовано УЗИ, определение функционального состояния печени и почек, а в момент операции - холедохоскопия, трансиллюминация и интраоперационная холангиография.

**Результаты и их обсуждение.** В результате обследования больных в момент поступления было установлено наличие механической желтухи у всех больных и холангит, осложнивший желтуху, имел место у 46 из 52 (ознобы, повышение температуры, высокий лейкоцитоз). Уровень общего билирубина колебался от 62 мкмоль/

л до 342 мкмоль/л, что подтверждало тяжесть состояния больных. Все оперированы под эндотрахеальным обезболиванием. Предоперационная подготовка не превышала 4-5 дней, в этот период осуществляли в основном детоксикационную терапию с учетом степени тяжести больных. Доступ был верхне-срединным у 6, а у остальных минидоступ (длина разреза 6-7 см) был использован у 46 в правом подреберьи, из них у 4 в момент операции разрез был продлен из-за технических сложностей при наложении билиодигестивного анастомоза, а у остальных минидоступ позволил выполнить все этапы операции.

При ревизии желчного пузыря и внепузырных желчных протоков у 36 выявлены конкременты в холедохе, которые явились причиной желтухи и холангита и из них у 4 были вклинившиеся конкременты в терминальном отделе холедоха. Осуществляли холецистэктомию, холедохотомию, удаляли конкременты, холедох тщательно промывали, затем производили зондирование протока, холедохоскопию и холангиографию и только затем накладывали анастомоз, при этом обращали особое внимание на состояние двенадцатиперстной кишки. Если не выявляли дуоденостаз, то выполняли холедоходуоденоанастомоз, а если обнаруживали признаки дуоденостаза, то холедохосюноанастомоз на выключенной петле по Ру. При наличии вклинившегося конкремента в терминальном отделе холедоха выполняли дуоденотомию и под контролем зрения осуществляли папиллосфинктеротомию, камень удаляли, а затем накладывали холедоходуоденоанастомоз. Холедох обязательно дренировали микроиригатором для санации холедоха в послеоперационном периоде.

При выявлении осложнений после ранее произведенной холецистэктомии и наружного дренирования холедоха, которые имели место у 16 больных, у 8 имели место резидуальные камни и у 8 - стриктура холедоха. При наличии конкрементов осуществляли холедохотомию (у всех обнаружены множественные мелкие, иногда замазкообразные камни), удаляли конкременты, промывали проток и в зависимости от состояния двенадцатиперстной кишки осуществляли выбор анастомоза. Более сложным был подход с наличием стриктуры холедоха, она у всех была в супрадуоденальном отделе холедоха. У двух

был наложен холедоходуоденоанастомоз, а у 6 - холедохоюноанастомоз на выключенной петле по Ру. Здесь также осуществляли дренирование холедоха микродренажем для санации холедоха.

У всех больных операцию заканчивали дренированием подпеченочного пространства и у 20 наиболее тяжелых больных фиксировали микроирригатор в круглую связку печени для введения лимфотропной смеси с антибиотиками - это обеспечивало более благоприятное течение послеоперационного периода. Лимфотропная смесь включала: новокаин 0,5% - 10-15 мл, гепарин (70 ед. на кг веса), лидаза - 12 ед. и антибиотик (цефазолин 1,0). Ее вводили на протяжении 4-5 дней, затем микроирригатор удаляли и антибиотик продолжали вводить внутривенно два раза в сутки.

Учитывая тяжесть состояния больных, после операции осуществляли массивную детоксикационную терапию и ежедневный ультразвуковой контроль брюшной полости.

В послеоперационном периоде осложнения возникли у 4 больных. У одного - плеврит, излеченный пункциями, у одного - скопление жидкости в подпеченочном пространстве и у 2 - частичная несостоятельность анастомоза. На 4-5 сутки после операции у 2 больных через страховую дренаж стало выделяться дуоденальное содержимое с примесью желчи, заподозрена возникшая несостоятельность анастомоза. При УЗИ - скопления жидкости в брюшной полости не выявлено, поэтому продолжено наблюдение и выполнение противовоспалительной и детоксикационной терапии. Количество отделяемого постоянно уменьшалось и на 12 сутки прекратилось, дренажи удалены, наступило выздоровление, больные выписаны в удовлетворительном состоянии. В данном случае адекватное дренирование и динамическое УЗИ позволили избежать повторной операции.

У одного больного на 5 сутки прекратились выделения из дренажа, повысилась температура, появились боли в правом подреберьи и при УЗИ выявлено скопление жидкости в подпеченочном пространстве. Под контролем УЗИ произведена пункция, получено 200 мл серозно-геморрагической жидкости. Состояние улучшилось и при контрольном УЗИ жидкости не выявлено.

Таким образом, при непроходимости холедоха билиодигестивные анастомозы не утратили своего значения. Строгий контроль в послеоперационном периоде УЗИ позволяет своевременно выявить возникшие осложнения и избрать при этом наиболее адекватное решение.

#### Литература

1. Бебуришвили А.Г., Быков А.В., Зюбина Е.Н., Бургуладзе Н.Ш. Эволюция подходов к хирургическому лечению осложненного холецистита // Хирургия. - 2005. - № 1. - С.43-47.
2. Джаркенов Т.А., Мовчун А.А., Хрусталева М.В., Ратникова Н.П. Хирургическая тактика у больных хроническим калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом // Хирургия. - 2004. - № 3. - С.13-16.
3. Клименко Г.А. Холедохолитиаз. - М.: Медицина, 2000. - 224 с.
4. Сахаутдинов В.Г., Галимов О.В., Хасанов А.Г. Хирургическое лечение больных гнойным холангитом при желчнокаменной болезни // Хирургия. - 2001. - № 2. - С.23-26.
5. Тимербулатов В.А., Гаринов Р.М., Хасанов А.Г. Малоинвазивная хирургия желчнокаменной болезни и ее осложнений // Вестник хирургии. - 1999. - № 5. - С.25-29.
6. Deutsch F.F., Nudelman I., Gutman H. Choledochoduodenostomy an important surgical tool in the management of common bibe duct stones. A review of 126 cases // Eur. J. Surg. - 1999. - Vol. 15, # 9.- P. 531-533.



## МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРАНИЦ РЕЗЕКЦИИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ И ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ КИШЕЧНИКА

Мадьяров В.М.

*Казахстанско-Российский медицинский университет, г. Алматы*

**Резюме.** В статье описывается эффективность метода использования 1% водного раствора метиленового синего для определения жизнеспособности кишечника при ОКН и границ резекции кишечника при его некрозе.

## IMETHOD OF DELIMITATION OF THE RESECTION AT SHARP INTESTINAL IMPASSABILITY AND VIABILITY OF INTESTINES

Madyarov V.M.

*Kazakhstan-Russian medical university, Almaty*

**Resume.** In this article Efficiency of the offered method with use of a water solution of 1% methylene blue for definition of viability of intestines at acute ileus and borders of a resection of intestines at it necrosis is confirmed in experiment.

**Введение.** Причиной высокой летальности являются поздняя диагностика и госпитализация больных, пожилой и старческий возраст и, главное, выраженная степень эндогенной интоксикации [1,2, 7].

Около 30-50% больных с острой кишечной непроходимостью подвергаются хирургическому лечению [3], так как все виды странгуляционной острой кишечной непроходимости, а также случаи непроходимости, осложнённые перитонитом, являются абсолютным показанием к срочной операции.

В послеоперационном периоде после резекции кишечника одним из грозных осложнений являются несостоятельность межкишечных анастомозов (2-7%) [2,4]. По нашему ретроспективному анализу это осложнение развилось у 6 из 135 больных, что составило 4,4%.

До настоящего времени остаются нерешёнными многие вопросы, касающиеся показаний к резекции кишечника. Не перестало быть дискуссионным даже определение границ резекции кишечника при его некрозе. На эти трудности указывали многие хирурги [2-4]. С неправильной оценкой жизнеспособности кишечника и неадекватным, вследствие этого, определения границ резекции связаны многие послеоперационные осложнения при острой кишечной непро-

ходимости и, прежде всего, несостоятельность швов межкишечных анастомозов [3,5].

Наиболее распространенные критерии определения жизнеспособности кишки - пульсация сосудов брыжейки, наличие перистальтики кишки, цвет и блеск серозного покрова, нельзя считать достоверными даже при наблюдении в течение нескольких минут в условиях согревания сомнительной кишки салфетками, смоченными тёплым стерильным раствором и введения в брыжейку тёплого раствора 0,25% раствора новокаина. В литературе представлено много случаев, при которых внешние признаки жизнеспособной кишки сочтались с выраженным некрозом слизистой оболочки [6]. В связи с этим, в неотложной абдоминальной хирургии существует правило, диктующее необходимость выполнения резекции кишки не только в случаях ее явной нежизнеспособности, но и при сомнениях в её жизнеспособности [4,7,8].

Чтобы избежать несостоятельности анастомоза, многие хирурги необоснованно удаляют большие участки кишечника, что также оказывает пагубное влияние на пациента в послеоперационном и реабилитационном периодах. Так у 15 (11,1%) развилось трудно корригируемая кахексия, нарушения электролитного обмена, поносы, развитие трудно поддающихся лечению пан-

кратитов, "синдром короткого кишечника". Также, порой с целью страховки, хирурги удаляют жизнеспособный участок кишечника, что по нашим данным наблюдалось у 2 (1,5%) пациентов.

**Материалы и методы исследования.** Всё перечисленное поставило перед нами задачу найти способ объективной оценки жизнеспособности кишечника и определение границ резекции. Для чего были проведены экспериментальные исследования на 30 белых крысах и 10 беспородных собаках обоего пола. Операции проводились под наркозом путем внутримышечного (крысам) и внутривенного (собакам) введения калипсола из расчёта 2 мг/кг веса животного. Модель смешанной кишечной непроходимости создавалась путём перевязки кишечника и брыжеечных сосудов. Через 1-10 часов производили релапаротомию. В 27 случаях (20 крыс, 7 собак) развивалась гангрена кишечника, в 13 (10 крыс, 3 собаки) кишечник был сомнитель-

ной жизнеспособности. Для определения границы некроза и определения жизнеспособности кишечника в корень брыжейки поражённой кишки вводили 1% водный раствор метиленового синего - крысам 2,0 мл, собакам 10,0-15,0 мл. Через 10-15 минут проводили интерпретацию полученных данных.

**Результаты исследования.** В 27 (67,5%) случаях с гангреной кишечника мы получили интенсивно окрашивание брыжейки и кишечника по брыжеечному краю с образованием чёткой границы некроза. Участки ткани для гистологического исследования брали из зоны некроза и отступя 1, 2, 3, 5, 7, 10 см от его границы.

Исследование стенки отводящего отдела кишки, находящейся на расстоянии 1 см от границы некроза показало, что ворсины слизистой оболочки выстланы цилиндрическим эпителием. Строма ворсин местами отёчная, в ней видны лимфоидные клетки. Сосуды слизистой оболочки расширены, полнокровные. В отдельных из них видны фибриновые тромбы (рис. 1).

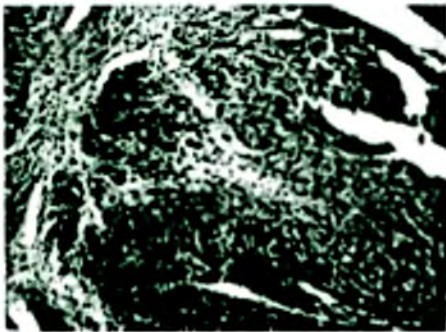


Рис. 1. Исследование стенки отводящего отдела кишки, находящейся на расстоянии 1 см от границы некроза. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 400.

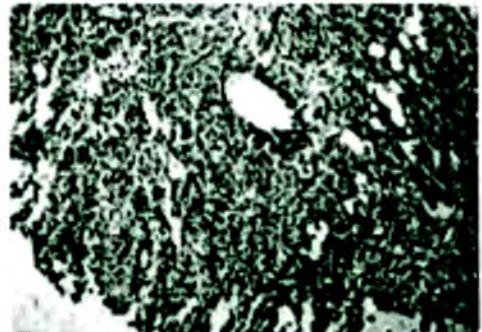


Рис. 2. Исследование стенки отводящего отдела кишки, находящейся на расстоянии 1 см от границы некроза. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 400.



Рис. 3. На расстоянии 2-3 см от границы некроза стенка тонкой кишки имеет обычное строение. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 400.

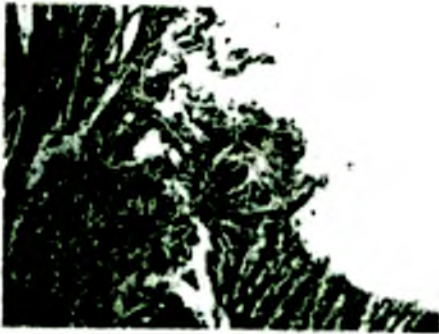
Небольшая воспалительная инфильтрация видна в межмышечном слое (рис. 2). Строма ворсин местами отекая, в ней видны лимфоидные клетки. Сосуды слизистой оболочки расширены, полнокровные. В отдельных из них видны фибриновые тромбы. Строма ворсин местами отекая, в ней видны лимфоидные клетки. Сосуды слизистой оболочки расширены, полнокровные. Небольшая воспалительная инфильтрация видна в межмышечном слое.

На расстоянии 2-3 см от границы некроза стенка тонкой кишки имеет обычное строение (рис.3).

Исследование приводящего отдела стенки тонкой кишки, находящегося на расстоянии 1

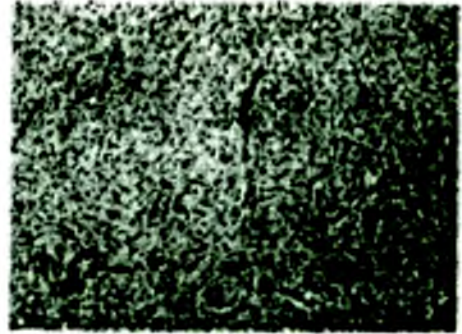
см от границы некроза, показало, что эпителий, выстилающий ворсины слущен, ворсины оголены. Строма их обильно инфильтрирована клетками воспаления (рис. 4). В собственном слое слизистой оболочки встречаются фокусы некроза розового цвета (рис. 5). Эпителий, выстилающий ворсины слущен, ворсины оголены. Строма их обильно инфильтрирована клетками воспаления. В собственном слое слизистой оболочки встречаются фокусы некроза розового цвета.

На 2 см от границы некроза строение стенки кишечника сохранено. Слизистая оболочка его выстлана цилиндрическим эпителием, ворсинки длинные. Наблюдается умеренный отёк стромы и изменение крипт (рис. 6,7).

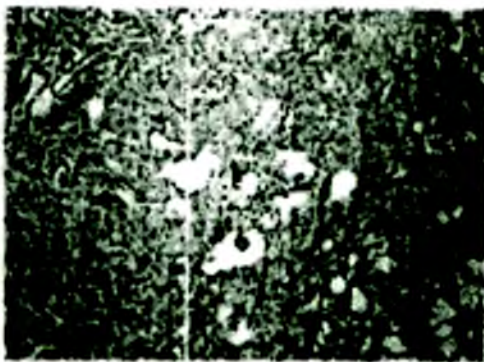


**Рис. 4.** Исследование приводящего отдела стенки тонкой кишки, находящегося на расстоянии 1 см от границы некроза.

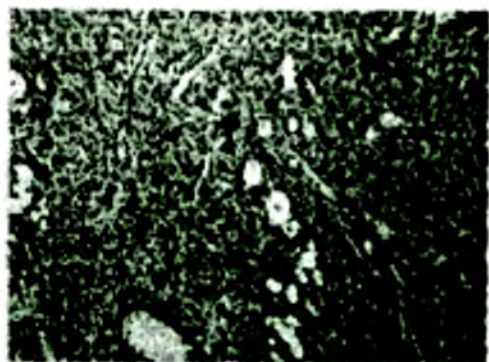
Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 200.



**Рис. 5.** Исследование приводящего отдела стенки тонкой кишки, находящегося на расстоянии 1 см от границы некроза.



**Рис. 6.** Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 200.



**Рис. 7.** Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 200.

На 3 см от границы некроза приводящий отрезок тонкой кишки имеет нормальное строение (рис. 8, 9). В 13 случаях с сомнительной жизнеспособностью кишечника, в 10 (25%) (8 крысы, 2 собаки) кишка оказалась жизнеспособной (через 10-15 минут после введения 1% водного раствора метиленового синего он полностью всасывался и не производил окраску тканей). В 3 случаях (2 крысы, 1 собака) - метиленовая синь задерживалась в тканях, что говорило о нежизнеспособности кишечника.

Данный метод использован нами у 11 пациентов, поступивших в клинику госпиталя МВД с острой кишечной непроходимостью. У 3 па-

циентов диагностирована гангрена кишечника и произведена резекция кишки, у 2 кишка жизнеспособна, у 6 она была сомнительной жизнеспособности. Для определения границы некроза и определения жизнеспособности кишечника в корень брыжейки поражённой кишки вводили 1% водный раствор метиленового синего 10,0-15,0 мл. Через 10-15 минут оценивали полученные данные. В 4 (36,4%) случаях мы получили интенсивное окрашивание брыжейки и кишечника по брыжесечному краю с образованием четкой границы некроза, в 3 - контраст полностью рассосался.

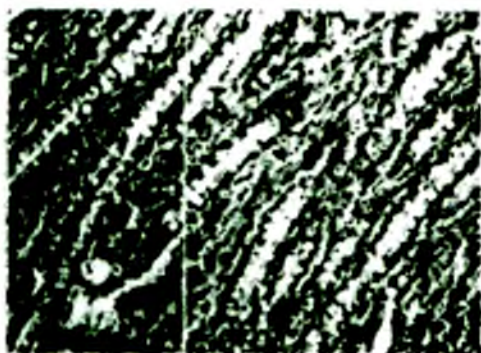


Рис. 8. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 400.

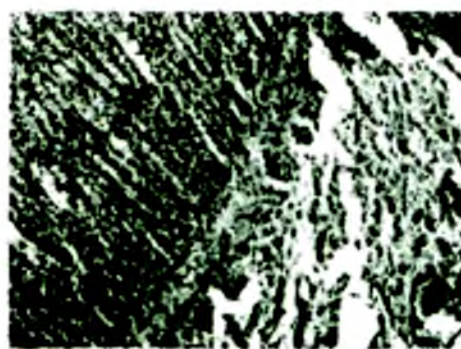


Рис. 9. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 200.


### Литература

1. Ерюхин И.А., Петров В.П., Ханевич М.Д. Кишечная непроходимость. Рук-во для врачей. - 2-е изд., перераб. и доп. - СПб: Питер, 1999. - 443 с.
2. Петров В.П., Ерюхин И.А.. Кишечная непроходимость. - М.: Медицина, 1989. - С. 60-70.
3. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. - Киев: "Здоров'я", 1987. - С. 505-536.
4. Курыгин А.А., Стойко Ю.М., Багненко С.С. Неотложная хирургическая гастроэнтерология. - СПб.: "Питер", 2001. - С. 111-224.
5. Кравчук А.А. Гемодинамика и жизнеспособность тонкой кишки при кишечной непроходимости. - Горький, 1985. - 180 с.
6. Кочнев О.С. Экстренная хирургия желудочно-кишечного тракта. - Казань: Изд-во Казан., 1984. - 288 с.
7. Норенберг А.Е. - Чарквиани. Острая непроходимость кишечника. - М.: Медицина, 1969. - 373 с.
8. Астапенко В.Г., Максимов С.С. Ошибки и осложнения в хирургии "острого живота". - Минск: Высшая школа, 1982. - 189 с.

## СОПОСТАВИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СПОСОБОВ НАЛОЖЕНИЯ ЭНТЕРОСТОМЫ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Мадьяров В.М.


*Казахстанско-Российский медицинский университет, г. Алматы*

 **Резюме.** В данной работе описывается эффективный способ наложения энтеростомы, лишенный недостатков прототипа и позволяющий получить улучшенные результаты лечения.

## THE COMPARATIVE ANALYSIS OF WAYS OF ENTEROSTOM'S IMPOSING AT ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION

Madyarov V.M.

*Kazakhstan-Russian medical university, Almaty*

 **Resume.** We offer more effective way of enterostom's imposing, deprived of lacks of a prototype and allowing to receive the improved results of treatment.

Основная причина тяжелого состояния и летальных исходов больных с острой кишечной непроходимостью, главным образом, обусловлена развитием послеоперационных осложнений. И в первую очередь, возникновением несостоятельности межкишечного анастомоза, перитонита и тяжелой эндогенной интоксикаций. Поэтому клинически и патогенетически обоснованным подходом к лечению этой группы больных является дренирование тонкой кишки с проведением энтеральной терапии с ранним восстановлением моторики кишечника [1-7].

Значительное число послеоперационных осложнений и летальных исходов связано с ошибками в оценке жизнеспособности кишки, что свидетельствует о несовершенстве методов интраоперационной диагностики ишемических нарушений в кишечной стенке, что приводит к неправильному выбору хирургической тактики.

С целью предупреждения несостоятельности швов анастомоза рекомендуют выполнять резекции некротизированной кишки у больных с ОКН в пределах 25.0 - 40.0 в сторону приводящего отдела по отношению к визуальному определению уровня некроза [8-10]. Сложным остается вопрос выбора хирургической тактики к сомнительным по жизнеспособности участкам кишечника в связи с высоким риском оставления в брюшной полости нежизнеспособной кишечной петли. Интраоперационная диагности-

ка жизнеспособности кишки - один из важных разделов хирургии. В литературе опубликованы различные способы оценки жизнеспособности кишки, начиная с визуально-пальпаторной оценки. Однако, эти критерии не позволяют правильно оценить жизнеспособность кишки в 40 - 53% случаев [11-12].

Известен способ наложения энтеростомы по Майдлю, заключающийся в пересечении тонкого кишечника на расстоянии 30 см от Трейцовой связки, пришивании орального (приводящего) конца в стенку отводящего), отступя на 20 см от пересеченного участка, с выведением последнего наружу в правом верхнем квадранте передней брюшной стенки.

Недостатки прототипа: во-первых, пришивание орального (приводящего) в бок аборального (отводящего) конца кишечника, не всегда обеспечивает адекватную декомпрессию анастомоза; во-вторых, ранняя функциональная нагрузка на анастомоз (сразу же после операции), нередко, приводит к его несостоятельности со всеми вытекающими последствиями; в-третьих, созданная, таким образом, энтеростома не позволяет промыть приводящий конец кишечника (при необходимости), следовательно, не обеспечивает адекватную профилактику несостоятельности анастомоза; в-четвертых, нередко, наступает стеноз наружного отверстия энтеростомы из-за быстрой регенерации кожных краев раны,

чем кишечной.

Нашей задачей было разработать более эффективный, лишенный вышеперечисленных недостатков, способ энтеростомии.

Предлагаемый способ осуществляется следующим образом: после лапаротомии, установления причины непроходимости, оценки жизнеспособности кишечника по предложенной нами методике (предпатент РК № 15908, от 2005г.), его резекции, оральный (приводящий) конец кишечника выводят на переднюю брюшную стенку и фиксируют с оставлением культи в 5 см от поверхности кожи, отступая на 20 см от брюшной стенки, в бок орального конца кишечника пришивают конец аборального отрезка по типу "конец в бок". В выведенную культю кишечника вводят интубационную силиконовую трубку (внутренним диаметром не менее 0,5 см) заведением проксимального ее конца на 10-15 см за анастомоз, и фиксацией дистального к краю культи при помощи кисетного шва из не рассасывающегося шовного материала.

Послеоперационный период протекал относительно гладко. Энтеростома начала функционировать в первые же часы после операции. Со вторых суток проводилось промывание интубационной трубки с целью промывания приводящей части тонкого кишечника физиологическим раствором. На 3 сутки начато энтеральное питание питательной смесью энпит по 30-40 мл через каждые 1,5-2 часа. Параллельно проводилась массивная антибактериальная, инфузионно-детоксикационная, симптоматическая терапия. Кишечный интубатор удален на 4 сутки. Некротизированный край культи иссечен при помощи электрокоагуляционного ножа на 2 см выше поверхности кожи. Через 5 дней образовался нежный губовидный свищ в результате заворачивания края культи наружу. Закрытие энтеростомы осуществлено на 14 сутки после операции.

По способу прототипа оперировано 16 пациентов в возрасте от 21 до 57 лет с различными видами острой кишечной непроходимости, поступивших в сроки от 8 до 48 часов от начала заболевания. Операции проводились в течение первых часов после экстренной предоперационной подготовки. Средняя продолжительность операции составила 2 часа 25 мин. Стабилизация общего состояния наступала в первые сутки. Нестабильность состояния было обусловле-

но клиническими признаками ранней спаечной кишечной непроходимости, устраненной ранней стимуляцией кишечника и рентгеноконтрастным исследованием пассажа желудочно-кишечного тракта. Средняя продолжительность пребывания больных стационаре составила от 12 до 15 суток. В одном случае была произведена релапаротомия, устранение спаек, интубация кишечника назоинтестинальным зондом Шалькова в течение 5 суток.

По предлагаемому способу оперировано 8 больных в возрасте от 21 до 65 лет с острой кишечной непроходимостью различной этиологии, поступивших в сроки от 12 до 48 часов от начала заболевания. Оперативные вмешательства выполнялись в экстренном порядке после проведенной предоперационной подготовки. Средняя продолжительность операции составила 1 час 55 мин. Стабилизация общего состояния наступала к 3-6 суткам. Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре составила 7-10 суток.

#### Литература

1. Шорох Г.П., Шиманский Е.И., Тарун К.Н. Профилактика и лечение моторных нарушений кишечника в послеоперационном периоде: Материалы пленума правления Всесоюзного научного общества гастроэнтерологов. - Рига, 1986. - С.284 - 286.
2. Мумладзе Р.Б., Васильев И.Т., Лебединский И.Н. Профилактика послеоперационных осложнений у больных с острой кишечной непроходимостью.: Материалы Девятого Всероссийского Съезда хирургов. - Волгоград, 2000. - С.197.
3. Анисимов А.Ю., Мустафин Р.Р., Зимагулов Р.Т. и соавт. Интестинальная терапия синдрома кишечной недостаточности при спаечной непроходимости // Девятый Всероссийский съезд хирургов: Материалы съезда. - Волгоград, 2000. - С. 140.
4. Дуденко Ф.И., Пляшкевич А.В., Зуев А.С. и др. Современные способы детоксикации у хирургических больных. // Хирургия. - 1991, № 7. - С. 50-54.
5. Гольбрах В.А., Герусов М.Ю. и др. Комплексное лечение больных с острой кишечной непроходимостью. // Девятый Всероссийский съезд хирургов: Материалы съезда. - Волгоград, 2000. - С. 157.

6. Buzby C.P., Mullen J.C. Nutritional assessment / Clinical nutrition? Enteral and tube Feeding Ed/ Rombeau J.L. - Caldwell Philadelphia: WBS a unders Company. - 1984. - P. 127-148.

7. Roscher R., Frank R., Baumann A. etal. Chirurgische Dehandlung - sergebnisse beinr mechanischen Dunndarmileus // Chirurg, 1991. - Vol. 62. № 8. - P. 614-619.

8. Савельев В.С., Савчук Б.Д. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости // под ред. В.С. Савельева. - М.: Медицина, 1986. - С. 181-200.

9. Ерюхин И.А., Зубарев П.Н., Рухляда Н.В. Декомпрессия тонкой кишки при острой непро-

ходимости кишечника // Вест. хир. - 1988. - Т. 141, № 1. - С. 15-20.

10. Чернов В.П., Белик Б.Н., Борлаков В.Р., Русаков С.К. Лечебная тактика у больных с острой непроходимостью кишечника при ущемленных вентральных грыжах // Девятый Всероссийский съезд хирургов: Материалы съезда. - Волгоград, 2000. - С. 233-234.

11. Ольшанецкий А.А., Шор Н.А., Кириченко Б.Б. и др. Пути снижения летальности при ущемленной грыже // Клин. хир. - 1989. - С. 93-112.

12. Горей Т.Ф. Сосудистые заболевания кишечника. Пер. с англ. - М.: Медицина, 1989. - С. 93-112.

## СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖИТЕЛЬНИЦ ВЫСОКОГОРЬЯ КЫРГЫЗСТАНА И ЙЕМЕНА

Омуркулова М.М., Насирдинова Ж.М., Джетигова С.А.,  
Исакова Ж.К., Мусуралиев М.С.

*КГМА, кафедра акушерства и гинекологии №1,  
г. Бишкек*

**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 Аравийского полуострова (Йемен, дуан Аль-Гуера 2200 - 2800 м над ур. м.) и Тянь-Шаня (г. Нарын, 1800 - 2300 м. над ур. м.). Для работы обследовали 80 родильниц дуана Аль - Гуера и 60 родильниц г. Нарын (1800 - 2200 м над ур. м.). Сравнивали с 50 родильницами г. Бишкек. Возраст менархе у жительниц высокогорья Йемен и Кыргызстана составило  $14,8 \pm 0,1$  и  $14,1 \pm 0,1$  лет, среди родильниц Аль-Гуера в 35% случаев в анамнезе выявлено нарушение менструального цикла.

**Ключевые слова:** менархе, высокогорье, роды, гипоксия.

## КЫРГЫЗСТАНДЫН ЖАНА ЙЕМЕНДИН БИЙИК ТООЛУ АЙМАКТАРЫНДА ЖАШАГАН КЫЗ-КЕЛИНДЕРИНИН РЕПРОДУКТИВДИК ЖӨНДӨМДҮҮЛҮГҮНҮН АБАЛЫ

Омуркулова М.М., Насирдинова Ж.М., Джетигова С.А.,  
Исакова Ж.К., Мусуралиев М.С.

*КГМА, №1- акушерство жана гинекология кафедрасы, Бишкек ш.*

**Коругунду.** Изилдөөнүн максаты: Тянь-Шань (Нарын ш. 1800-2200 м дең. дең.) менен 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 туруктануусун иликтеп, 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 Аль-Гуера дуанындагы ооруканада 80 төрөчү аялдар, ошондой эле 60 төрөчү аял Нарын ш., текшерилген. Бийик тоолу аймактарда жашаган Йемендик жана Кыргызстан кыздардын этек кири салыштырмалуу кечирээк келери аныктады  $14,8 \pm 0,1$  жана  $14,1 \pm 0,1$  жаш Аль-Гуера аймакта 35% төрөгөн аялдардын гинекологиялык тарыхында менструалдык циклдын бузулганы иликтенди.

**Ачкыч сөздөр:** аяза (этек кир), бийик тоолу аймак, төрөт, гипоксия.

## CONDITION OF THE REPRODUCTIVE FUNCTION OF WOMEN INHIBITIONS HIGH ALTITUDE OF THE REPUBLICS KYRGYZSTAN AND YEMEN

Omurkulova M.M., Nasirdinova J.M., Jetigenova S.A.,  
Isakova J.K., Musuraliev M.S.

*KSMA, Bishkek*



**Resume.** 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 The main age of menarche of the delivered women living in high mountains was  $14, 8 \pm 0,1$  and  $14, 1 \pm 0,1$ . Key words: menarche, high mountains, delivery, hypoxia.

**Введение.** В Кыргызстане на сегодняшний день проблема изучения влияния факторов высокогорья на различные функциональные системы человека является приоритетным. Изучение репродуктивной функции женщин во всем мире, где высота превышает более 1500м над ур. м. приобретает 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]. Позднее наступление менархе у девочек высокогорных районов, некоторые авторы объясняют это высотной гипоксией [2,5,6].

На определенную неполноценность репродуктивной системы указывает наличие нерегулярного менструального цикла с периода менархе, что в дальнейшем может, проявляется высокой частотой преэклампсии (32%) и слабостью родовой деятельности (23%) [1].

**Материалы и методы исследования.** Дуан Аль - Гуера (2200 -2800 м над уровнем моря) и Тянь-Шань (г. Нарын, 1800 - 2300м. над ур. м.). Изучали 80 женщин поступивших на роды в районный госпиталь дуана Аль-Гуера, а также 60 рожениц г. Нарын (1800-2200 м над ур. м). Контрольную группу составили 50 женщин родивших в родильном стационаре г. Бишкек (760 м. над ур. моря). Как видно из таблицы №1 большинство женщин жительниц

Таблица №1

## Общая характеристика обследованных женщин

Возраст в годах	г. Бишкек (760м над ур.м)		д. Аль- Гуеро (2200 2800)		г.Нарын (1800 - 2200)	
	Кол -во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
До 18 л	2	4	5	6,2	3	5
19-20 лет	6	12	12	15	6	10
21-25 лет	20	40	28	35	23	38,3
26-30 лет	12	24	22	27,5	18	30
31-35 лет	6	12	8	10,0	5	8,3
Старше 35	4	8	5	6,2	5	8,3
Всего n	50	100	80	100	60	100

Тянь - Шаня 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.

Проводилось анкетирование женщин поступающих на роды. Тщательно собирался анамнез с указанием возраста менархе. Изучался паритет родов, и их исход, как для матери, так и для плода. Полученные результаты сравнивали между собой.

Результаты и их обсуждение. Анализируя воз-

раст менархе в сравниваемых группах, сделаны следующие выводы. У жительниц высокогорья менархе наступали позже и менструации длились дольше, чем у жительниц низкогорья, 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 низкогорья длительность менструального цикла короче (42%). У 35% женщин жительниц высокогорья Аль-Гуера выявлен нерегулярный менструальный цикл.

Таблица №2

## Характеристика менструальной функции у женщин высокогорья и

Изучаемые 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
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 выяснении анамнеза выявлено, что у матерей жительниц г. Бишкек у 55% возраст менархе пришелся на 12-14 лет, тогда как у матерей жительниц высокогорья дуана Аль - Гуера у 54% менархе наступал в 15 лет. При анкетировании о половой жизни выявлено, что 20% жительниц дуана Ал - Гуера выходят замуж очень рано, т.е. в 16 -17 лет, жительницы г. Бишкек в 1.5 раза чаще выходят позже замуж. Среди гинекологических заболеваний у жительниц г. Бишкек чаще встречались кольпиты, эрозии шейки матки, кисты яичников, хронические аднекситы, 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. Жительницы Аль-Гуера применяют в равной мере ВМС, Дено-Провера и оральные контрацептивы и 10% не применяют вообще контрацепцию как метод планирования семьи, тогда как жительницы города Бишкек применяют чаще ВМС. Среди жительниц Аль-Гуера из 80 женщин первородящих было 44 (55%). Среди 50 родильниц г. Бишкек 78% женщин родили в срок, в среднем 25% родильниц Аль - Гуера родили свыше 41 недели и 68% родили в срок. Преждевременные роды у родильниц г. Бишкек в 14% случаев родили преждевременно, тогда, как в условиях дуана Аль-Гуера преждевременно родили 6,2% женщин. Среди родильниц г. Нарын роды преждевременными 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%). Среди родильниц г. Нарын про-

должительность родов более 12 часов встречалось в 23,3% случаев. Продолжительность родов от 10 до 12 часов встречалось у 25% жительниц дуана Аль - Гуера. В условиях дуана Аль-Гуера 45 новорожденных детей (56,25 %) были оценены по шкале Апгар, на 6-7 баллов. 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 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. позднее наступления менархе (14,8±0,1;14,1± 0,1) характерно для жительниц высокогорных регионов Аравийского полуострова и Тянь-Шаня по сравнению жительницами г. Бишкек (12,8 ± 0,1);

2. самопроизвольным выкидышем беременность осложнилась на 1,7 раза чаще у жительниц Йемена и Нарына, чем у жительниц города Бишкек;

3. нарушение менструального цикла выявлено у 35% женщин, жительниц высокогорья Аль-Гуера, что подтверждает неполноценность репродуктивной функции.

**Литература**

1. Величкина С.В. Гормональный статус фун

кциональное 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 Biology of Asian Highland Population in the Global Context". Calcutta. -1989. -128-131p.

6. Musuraliev M.S., P. Pradhananga., S.A. Jetigenova Peculiarity of menarche and reproductive function of women living in high altitude of Nepal. In the book "Program 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 Amenorrhea. In the book "Program and abstract book". The first international congress of Central Asia infectious diseases. Bishkek. - 2006. - P. 134.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КАРИЕСА И ПОЛНОЙ АДЕНТИИ ЗУБОВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Нурбаев А.Ж., Эркинбеков И.Б.

*Кафедра ортопедической стоматологии КГМА  
им. И.К.Ахунбаева г. Бишкек*

**Резюме.** В статье проводится сравнительный анализ распространенности кариеса и полного отсутствия зубов геронтологической группы населения Кыргызской Республики, проживающих в городских и сельских условиях.

**Ключевые слова:** кариес, полное отсутствие зубов, вторичная адентия, пожилые люди.

## THE SPREADING OF CARIES AND ABSOLUTE ABSENCE OF TEETH IN MIDDLE AND OLD AGED PEOPLE OF KYRGYZ REPUBLIC

A.N. Nurbaev, I. B. Erkinbekov

*Department of Orthopaedic Dentistry, Kyrgyz State Medical Academy,  
Bishkek c., the Kyrgyz Republic*

**Resume.** The comparative analysis of caries spreading and absolute absence of teeth of gerontologist group of population of Kyrgyz Republic, living in urban and rural conditions is shown in this article.

**Key words:** caries, absolute absence of teeth, middle and old aged people.

В последнее время в связи с изменениями социально - экономических условий Кыргызстана произошли серьезные изменения по медицинскому, в том числе стоматологическому обслуживанию населения.

Согласно данным литературы в большинстве стран мира удельный вес пожилого и старческого возраста в последние годы увеличивается [1,2,5]. Данное положение в равной степени относится и к Кыргызстану. Изучение специальной литературы показало, что в республике проведен ряд работ по эпидемиологии стоматологических заболеваний [3,4,6]. Однако данные, касающиеся стоматологического статуса геронтологической части населения отсутствуют, хотя они представляют в настоящее время определенный научно-практический интерес для решения организационных вопросов по стоматологическому обслуживанию.

**Цель исследования.** Изучить состояние полости рта у лиц пожилого и старческого возрастов, проживающих в городских и сельских условиях Кыргызской Республики.

**Материал и методы исследования.** Всего стоматологическим обследованием было охвачено 1501 человек в возрасте 55 лет и старше. Все обследованные по возрасту были разделены на две группы: 55-64 лет и 65 лет и старше (табл. 1).

Таблица 1  
Распределение обследованных с полной потерей и сохранившимися зубами, страдающих кариесом зубов

Возраст больных	Всего обследовано	Полное отсутствие зубов		Число лиц с сохранным и зубами	Кариес зубов		КПУ
		Абс.	%±m		Абс.	%±m	
55-64 года	852	417	49,94±1,71	435	429	98,62±0,56	19,3±0,5
65 лет и старше	649	429	66,10±1,86	655	220	100	27,8±0,7
Всего	1501	846	56,36±1,28	655	629	96,93±0,67	23,2±0,6

Стоматологическое обследование проведено в соответствии с рекомендациями ВОЗ и ЦНИ-ИС. Оценку статистической значимости полученных данных производили с применением t-критерия Стьюдента. Данные таблицы свидетельствуют о том, что в возрасте 55-64 лет было обследовано 852 человека, из которых у 417 обнаружено полное отсутствие зубов, что составило 49,94±1,71%. Число лиц с сохранившимися зубами составило 435, из которых у 429 был выявлен кариес зубов - 98,62±0,56 % при том индекс КПУ составил 19,3±0,5 ед. В возрасте 65

лет и старше было обследовано 649 людей, из которых у 429 была обнаружена полная потеря зубов, что составило 66,10±1,86, а число лиц с сохранившимися зубами составило 220, у которых в 100 % случаев был выявлен кариес зубов, индекс КПУ составил 27,8±0,7 единиц.

В результате анализа обследованных по месту проживания установлено, что 530 проживали в городской местности, это составило 61,99±1,69 % и 322- 38,01 ±1,69% в сельской местности (табл.2).

Таблица 2  
Распределение обследованных по месту проживания

Возраст больных	Всего об-е-	Место жительства	Полное отсутствие зубов		Число лиц с сохранными зубами	Кариес зубов		КПУ
			Абс.	%±m		Абс.	%±m	
55-64 года	852	город	530	61,99±1,6	235	232	98,72±0,73	17,2±0,6
		село	322	38,01±1,6	200	120	64,50±3,38	19,4±0,7
65 лет и старше	649	город	395	60,86±2,5	121	121	100	27,1±0,4
		село	254	39,14±2,45	99	99	100	24,5±0,9
Всего	1501	город	925	71,10±1,5	356	353	99,15±0,51	22,0±0,7
		село	576	28,90±1,5	299	226	75,58±2,48	19,0±0,9

В возрасте 65 лет и старше в городской местности проживало 395 людей, что составило  $60,86 \pm 2,45\%$ . В сельской местности 254 людей  $39,14 \pm 2,45\%$ . При этом нами установлено, что число горожан с сохранными зубами в возрасте 55-64 лет было 235, из которых 232 был обнаружен кариес зубов, что составило  $98,72 \pm 0,73\%$ . Индекс КПУ в этой группе обследованных составил  $17,2 \pm 0,6$  единиц. У сельчан эти показатели соответственно составили  $64,5 \pm 3,38\%$ , а КПУ-19,4 ед.

В возрастной группе 65 лет и старше среди горожан полное отсутствие зубов было обнаружено у 395, что соответственно  $60,86 \pm 2,45\%$ , у сельчан 254 -  $39,14 \pm 2,45\%$ . Количество людей с сохранившимися зубами в возрасте 65 лет и старше в городской местности составило 121 из которых у 121 было установлено кариес зубов 100% при значении индекса КПУ равной  $27,1 \pm 0,4$  ед.

В сельской местности эти показатели соответственно равнялись 100% при значении КПУ равной  $24,5 \pm 0,9$  ед.

Анализ полученных данных показал, что в возрастной группе 65 лет и старше количество людей с полной утратой зубов, среди горожан составило  $395-60,86 \pm 2,54\%$  и у 121 обследованного были сохранены зубы, у которых в 100% случаев был выявлен кариес зубов при значении индекса КПУ равной  $27,1 \pm 0,4$  ед. (табл. 2). У сельчан эти показатели соответственно составили 254 с полной потерей -  $39,14 \pm 2,45\%$ , у 99 были сохранены зубы, среди них в 100% случаев был обнаружен кариес зубов при значении индекса КПУ равной  $24,5 \pm 0,9$  ед.

Анализ полученных данных в зависимости от пола показал, что число людей с полной потерей зубов среди женщин было существенно выше по сравнению с мужчинами (табл. 3).

Таблица 3

## Распределение обследованных по полу

Возраст в годах	Всего обс.	Пол	Полное отсутствие зубов		Лица с сохранными зубами	Кариес зубов		КПУ
			абс.	% $\pm$ m		абс.	% $\pm$ m	
55-64 года	852	муж	345	$40,49 \pm 1,71$	295	25	$8,17 \pm 1,59$	$17,7 \pm 0,6$
		жен.	507	$56,51 \pm 1,6$	140	71	$50,7 \pm 4,22$	$19,8 \pm 0,9$
65 лет и старше	649	муж	290	$44,68 \pm 1,95$	190	190	100	$25,0 \pm 0,7$
		жен.	359	$55,32 \pm 1,95$	90	90	100	$27,9 \pm 0,6$
Всего	1501	муж	635	$42,30 \pm$	485	215	$44,32 \pm 2,15$	$20,1 \pm 0,9$
		жен.	866	$57,69 \pm 1,2$	230	101	$43,19 \pm 3,27$	$24,5 \pm 0,7$

Так, что в возрастной группе 55-64 лет среди женщин количество с полной утратой зубов составило 507 - т.е.  $56,51 \pm 1,68$  против  $40,49 \pm 1,71\%$  у мужчин ( $P < 0,0001$ ). В возрастной группе 65 лет и старше распространенность с полной утратой зубов среди женщин составила  $55,32 \pm 1,95\%$ , среди мужчин  $44,68 \pm 1,95\%$ .

Количество людей с сохранившимися зубами в возрасте 55-64 лет среди женщин составило 140, среди мужчин 295. При этом кариес зубов у женщин был установлен у 71 обследованного, что составило  $50,7 \pm 4,22\%$  при значении индек-

са КПУ  $19,8 \pm 0,9\%$ . У мужчин эти показатели соответственно составили  $8,17 \pm 1,59\%$  и  $17,7 \pm 0,6$  единиц.

В возрастной группе 65 лет и старше количество женщин с полной вторичной утратой зубов составило  $55,32 \pm 1,95\%$  у мужчин этот показатель был равен  $44,68 \pm 1,95\%$  ( $P < 0,001$ ). Количество обследованных с сохранившимися зубами среди женщин составило 90 человек, среди мужчин 90 человек которых в 100% случаях был обнаружен кариес зубов в обеих группах. При этом индекс КПУ соответственно равнялся

25,0±0,7 ед. и 27,9±0,6 ед.

Таким образом, проведенное нами стоматологическое обследование населения Кыргызской Республики геронтологической группы показал высокий уровень поражаемости его кариесом зубов у людей с сохранившимися зубами. При этом установлено, что женщины преклонного и старческого возраста чаще страдают кариесом зубов и его осложнениями при высокой его интенсивности, чем у мужчин. Нами

установлена зависимость распространенности полного отсутствия зубов от места проживания (город, село). У пожилых людей, проживающих в городской местности существенно чаще установлено полное отсутствие и кариес зубов, чем в сельской. Это, по-видимому, связано с урбанизацией, рядом причин обусловленных с укладом жизни горожан.

#### Литература

1. А.В. Алимский и др. Пораженность кариесом зубов лиц пожилого и преклонного возраста, проживающих в Москве и Подмосковье // Стоматология, 2004. - №3. - С. 61- 63.

2. В.М. Безруков, А.В. Алимский, Г.Н. Апресян. Совершенствование организации ортопедической стоматологической помощи населению пожилого и старческого возраста // (Пособие для врачей).- Москва, 2003. - 23с.

3. М.Г. Василевский, М.Б. Баширов, М.М. Баширов. Эпидемиология и профилактика стоматологической заболеваемости по данным официальных отчетов // Медицина Кыргызстана. - Бишкек, 2008.- № 1. - С. 13-17.

4. С.У. Сулганбаева, У.А. Амираев. Клиника заболеваемости твердых тканей зубов и методы лечения // Учебное пособие. - Бишкек, 1994. - 24 с.

5. Ч.А. Папаев, А.Ч. Пашаев, Д.П. Исмаилов. Стоматологическая заболеваемость геронтологической группы населения Азербайджана// Клиническая стоматология, 2008. - № 2. - С.78-80.

6. И.М. Юлдашев, А.Т. Мамбетказиев, Ш.А. Райимканов. Сравнение показателей стоматологической службы в сельском регионе и городе (на примере Жалал-Абадской области и в г.Бишкек)//Медицинские кадры XXI века-Бишкек,2005.-№2.-С.10-15.

## ФАКТОРЫ РИСКА НИЗКОРОСЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Сатывалдиев Н. Н., Шишкина В.Г., Эгембергенев Ч. Э., Жумалиев Р.

*Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева, кафедра  
Факультетской педиатрии*

**Резюме.** Отставание развития ребенка в периоде детства отрицательно сказывается на дальнейшем полноценном развитии в последующие годы жизни. Целью нашей работы явилось изучение причин и факторов низкорослости роста у детей. Проведен ретроспективный анализ 101 историй болезни и анкетирование матерей. Важнейшими причинами стали болезни нервной, эндокринной систем, инфекционные и заболевания перинатального периода. Преобладание мальчиков с отставанием в развитии формирует социальную проблему в нашем государстве.

**Ключевые слова:** дети, факторы риска, низкорослость.

## RISK FACTORS OF STUNTING AT CHILDREN

Satyvaldiyev N.N., Egembergenov Ch. E., Zhumaliyev R.

**Summary.** The backlog of child development during childhood negatively affects the further full development in following years of life. The aim of our study was to investigate the causes and factors stunting growth at children. It has been conducted a retrospective analysis of 101 medical records and questionnaires of mothers. The main causes were diseases of the nervous and endocrine systems, infectious and diseases of perinatal period. The predominance of boys with the lag in development forms a social problem in our country.

**Key words:** children, risk factors, short stature.

## БАЛДАРДЫН ӨСПӨЙ КАЛУУСУНУН КООПТУУ ФАКТОРЛОРУ

Сатывалдиев Н. Н., Эгембергенев Ч.Э., Жумалиев Р.

**Корутунду.** Кичинекей кезинде балдардын өспөй калуусу алардын кийин чоңойгондо да толук кандуу өсүүсүнө терс таасирин тийгизет. Биздин ишибиздин максаты балдардын оспой калуусунун факторлорун, себептерин изилдөө болуп саналат. Оору баяндарына 101 ретроспективдүү анализ жана апаларын сурамжылоо колдонулду. Өспөй калуунун негизги себептери болуп: нерв,эндокриндик системаларынын оорулары,жугуштуу жана перинаталдык мезгилдеги оорулар такталды.Мындан сырткары эркек балдардын физикалык жактан оспой калуусу мамлекетибизге терс таасирин тийгизет.

**Негизги создор:** балдар, кооптуу факторлор, оспөй калуу.

Актуальность проблемы низкорослости детей заключается в том, что отставание развития ребенка в периоде детства отрицательно сказывается на дальнейшем полноценном развитии ребенка в последующие годы жизни [1,3]. На рост ребенка влияют абсолютно все эндокринные железы ,которые обладают анаболическим и ка-

таболическим эффектом. Также причинами нарушения роста могут быть хроническая пневмония, патология ЦНС, врожденные пороки сердца и гипотиреоз [1,2].

Различные перинатальные патологии с асфиксией фетальным дистрессом, вследствие травмы в родах при ягодичном и ножном предлежа-



нии могут стать причиной идиопатической недостаточности соматотропного гормона роста (СТГ) [3]. Важную роль играют курение и алкоголь, которые являются фактором риска задержки внутриутробного развития плода [3].

Целью нашей работы было изучение причин и факторов риска низкого роста у детей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 101 истории болезни детей, госпитализированных в Национальный центр охраны материнства и детства. Из них выбраны 35 (34%), у которых наблюдалась задержка в физическом развитии на 20% [1]. Также использован анкетный метод исследования, в который

были подключены матери детей. Всего было 50 анкет-опросников.

Результаты исследования. Из анализов 35 истории болезни выявлены причины, связанные с болезнями нервной системы - 28 (мал. - 16, дев. - 12), эндокринной системы - 51 (мал. - 30, дев. - 21), мочеполовой системы - 4 (мал. - 3, дев. - 1), а также влияние генетического фактора - 8 (мал. - 7, дев. - 1). Из вышеуказанных причин отмечается преобладание заболеваний эндокринной и нервной системы. Если сравнить девочек с мальчиками, то преобладают последние (Рис. 1).

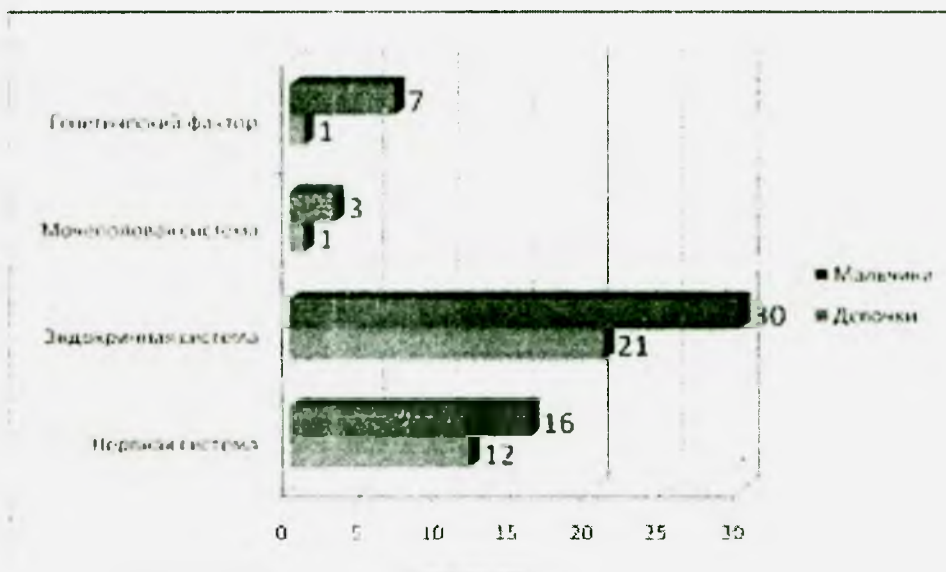


Рис. 1. Причины задержки в зависимости от пола.

При рассмотрении результатов анкетирования были установлены патологические состояния, которые привели к нарушению физического и нервно-психического развития, а в дальнейшем к низкорослости (Табл. 1).

Таблица 1.

## Структура патологий низкорослых детей

№	Показатели Болезни	Мальчики		Девочки		Всего	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
1.	Болезни нервной системы	12	24	9	18	21	42
2.	Болезни крови	18	16	5	10	13	26
3.	Инфекционные болезни	10	20	11	22	21	42
4.	Перинатальные патологии	18	36	12	24	30	60
5.	Генетические факторы	2	4	-	-	2	4

Анализ таблицы показал, что в структуре патологий количество болезней нервной системы составляют 42% и инфекционных заболеваний - 42%. Превышает их показатель перинатальной патологии - 60%, болезни крови составляют 26%. Роль влияния генетического фактора составило наименьший процент - 4%. По сравнению с показателями у девочек, преобладают показатели у мальчиков.

Число детей поступивших из сельских местностей составляет 86%, а число городских - 14% (Рис. 2).

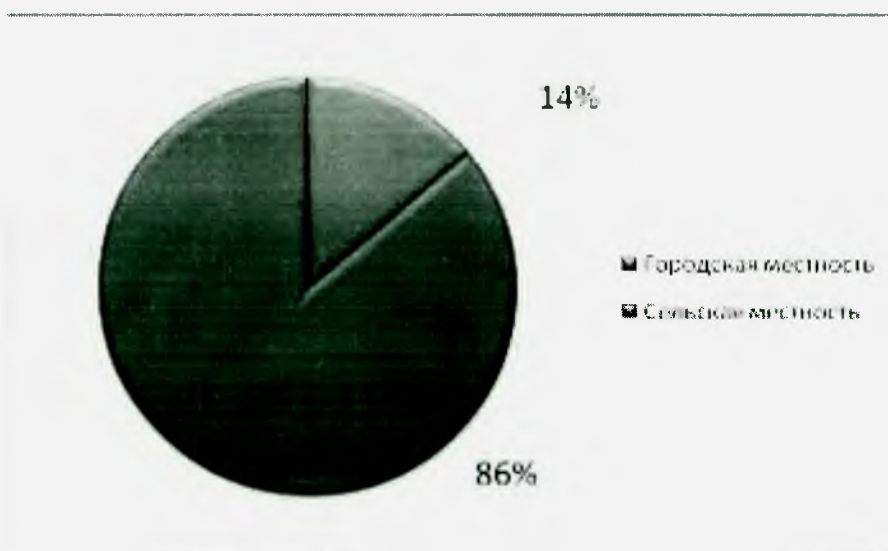


Рис.2. Характеристика детей по месту жительства.

У 54% отцов детей следует отметить наличие вредных привычек (курение, алкоголь), а у 16% отсутствие их (Рис. 3).

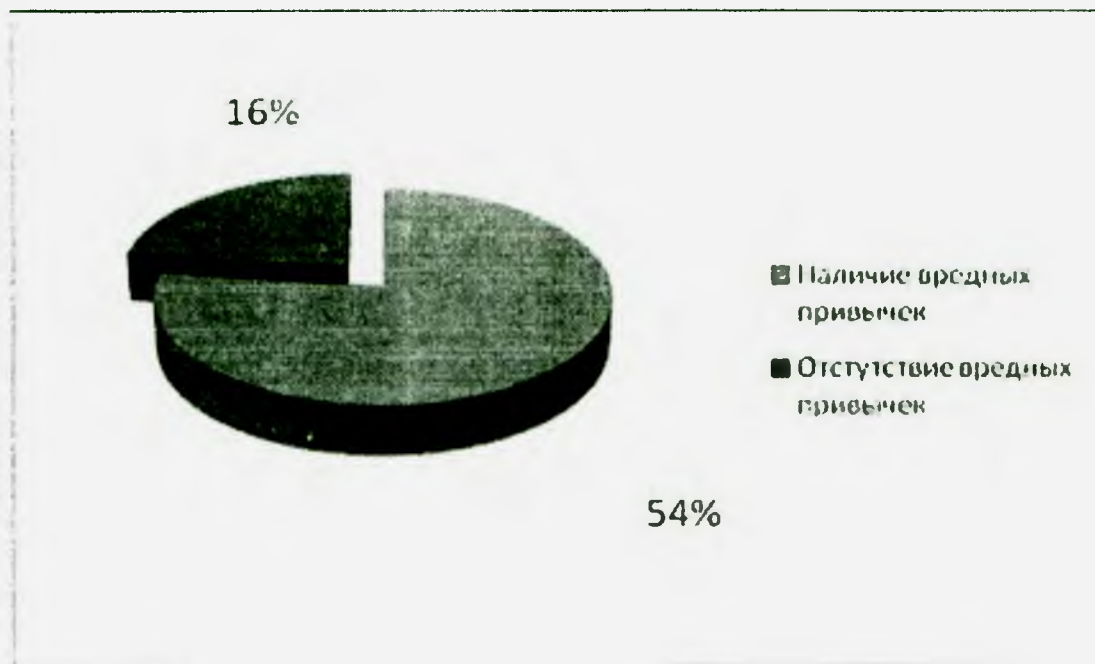


Рис. 3. Характеристика отцов детей с наличием вредных привычек.

**Выводы.** Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что ведущими факторами риска низкорослости явились:

- социо-психо-эмоциональный фактор;
- болезни нервной системы;
- вредные привычки;
- болезни детей в перинатальном периоде;
- эндокринные заболевания;
- инфекционные болезни;
- болезни крови.

Практические рекомендации:

- ранняя диагностика, поиск новых методов лечения болезней и профилактика осложнений;
- профилактика йододефицита и железодефицитной анемии;
- профилактика ОРВИ;
- устранение нервно-стрессовых ситуаций и вредных привычек родителей;
- санитарно-просветительная работа.

#### Литература

1. Баранов А.А., Шелягина А.А. Физиология роста и развития детей и подростков (теоретические и клинические вопросы) .,2006г,1том стр.432, 2том стр.464;
2. ВОЗ. Вмешательства, направленные на обеспечение физического роста и психологического развития.2007г,стр.137;
3. Факты в защиту жизни.ЮНИСЕФ,Нью-Йорк,2002г,стр.14-22;
4. Оценка физического развития детей первых 5-ти лет жизни. Национальная программа реформы здравоохранения Кыргызской Республики "Манас таалими"2009г.стр.10-22.

## ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗОМ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Усубалиев М.Б.

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

**Резюме.** В статье представлены результаты лечения больных онихомикозом с сопутствующей патологией сосудов нижних конечностей. При лечении использованы современные антимикотические препараты в сочетании с препаратами, улучшающие периферическое кровообращение у 32 больных. Клиническое и микологическое излечение достигнуто у 29 пациентов.

**Ключевые слова:** онихомикоз, противогрибковые препараты, лечение.

## ОНИХОМИКОЗ ЖАНА БУТ КАН ТАМЫРЛАРЫНЫН ДАРТТАРЫ БИРГЕ КЕЗДЕШКЕН ООРУЛУУЛАРДЫ ДАРЫЛОО

Усубалиев М.Б.

*И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, тери жана венерологиялык оорулар кафедрасы, Бишкек, Кыргыз Республикасы*

**Корутунду.** Макалада онихомикоз жана бут кан тамырларынын дарттары бирге кездешкен оорулууларды дарылоонун жыйынтыктары берилген. 32 оорулуу дарылоодо, азыркы убакта колдонулчу антимикотикалык жана бут кан тамырларынын кан айлануусун жакшыртуучу дары-дармектер колдонулган. Клиникалык жана микологиялык айыгуу оорулуулардын 29 түздү.

**Негизги сөздөр:** онихомикоз, грибокко каршы дарылар, дарылоо.

## TREATMENT OF PATIENTS ONYCHOMYCOSIS WITH THE VASCULAR PATHOLOGY OF LEGS

M.B. Usubaliev

*Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev, department dermatology and venerology, Bishkek. Kyrgyz Republic*

**Resume.** In the article we present the results of treatment of patients with onychomycosis disease with the vascular pathology of legs. During the treatment we used modern antimycotic medicines in combination with medicines which improve peripheral circulation of blood at 32 patients. The effect of treatment clinical and mycologic diseased in 29 patients.

**Key words:** onychomycosis, antimycotic medicines, treatment.

**Введение.** В настоящее время наблюдается рост показателей заболеваемости грибковыми инфекциями, как во всем мире, так и в Кыргызстане. При этом растет число больных пожилого возраста, страдающих онихомикозом. По данным некоторых авторов этой патологией стра-

дает от 8 до 26, 9% населения всего мира [1,2], а среди лиц старше 60 лет заболеваемость достигает 70-80% [4,5].

Нарушение периферического кровообращения, соматические патологии, возрастные изменения организма являются факторами риска они-

хомикоза. Хронические артериальная и лимфо-венозная недостаточности способствуют распространению грибковой инфекции, продукты жизнедеятельности патогенных грибов (*Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes* var. *interdigitale*) повреждают эластические и коллагеновые волокна сосудистой стенки артерий и вен путем запуска биохимических процессов в структуре биомембран клеток, вызывая изменения проницаемости сосудистой стенки и необратимое расширение вен [3].

**Цель исследования.** Показать эффективность системной антимикотической терапии с применением сосудистых препаратов у больных онихомикозом при сочетании с болезнями сосудов нижних конечностей.

**Материалы и методы исследования.** Под нашим наблюдением находились 48 больных (18 (37,5%) мужчин и 30 (62,5%) женщин) страдающих онихомикозом и заболеваниями сосудов нижних конечностей в возрасте от 41 до 79 лет с длительностью заболевания от 5 до 18 лет. Из них у 14 (29,2%) - посттромбофлебитический синдром, у 28 (58,3%) - варикозная болезнь, у 6 (12,5%) - диабетическая ангиопатия сосудов нижних конечностей. Диагноз онихомикоза установлен на основании клинических и лабораторных данных. У 23 (47,9%) больных онихомикоз сочетался с микотическим поражением стоп.

Клинически у больных наблюдались изменения формы, цвета ногтевых пластин пальцев стоп, шелушение кожи. 14 больных (29,2%) указали на отеки стоп после долгого пребывания на ногах, 44 (91,6%) - на чувство тяжести в ногах. Изменение ногтевых пластин вызывали у них косметическую неудовлетворенность, тревогу и боязнь заразить своих домашних. У 25 (52,1%) больных были поражены большие пальцы на обеих стопах, у 12 (25%) также отмечалось поражение двух-трех пальцев на одной и обеих стопах. У 23 (47,9%) больных были поражены от трех до пяти ногтевых пластин на одной стопе. У 29 (60,4%) пациентов наблюдался подногтевой гиперкератоз, ногтевые пластины были утолщены, деформированы, лишены блеска, что соответствовало гипертрофическому типу онихомикоза. У 13 (27,1%) больных поражение ногтевых пластин соответствовало нормотрофическому типу: цвет ногтевых пластин был изменен при отсутствии изменений толщины ногте-

вой пластины; у 7 (14,58%) пациентов регистрировались поражение ногтей по типу онихолизиса. При микроскопическом исследовании взятых частиц ногтей у всех больных обнаружены мицеллы гриба.

**Результаты и обсуждение.** Всем пациентам исследование начинали с дуплексного сканирования магистральных вен артерий и вен нижних конечностей: бедренных, подколенных, тыльных стоп, задних большеберцовых. Кровоток на бедренных артериях у всех больных был достаточный, на артериях тыла стоп у 27 (56,2%) больных кровотоки снижены, у 21 (38,8%) пациентов отмечалось регургитация венозного кровотока в ПБ сегментах.

Больные были распределены на 3 группы по 16 человек: 1 группа - больные онихомикозом с сосудистой патологией нижних конечностей, получившие лечение итраконазолом и ангиопротекторами, 2 группа - больные онихомикозом с сосудистой патологией, получившие лечение тербинафином (фунготербином) и ангиопротекторами, 3 группа - больные онихомикозом с сосудистой патологией, получившие только системную и наружную антимикотическую терапию. В качестве местного лечения все больные 3х групп наносили на очаги поражения, чередуя 5% серно-салициловую мазь, 1% крем клотримазол, 1% крем нафтифин. Из препаратов улучшающих периферическое кровообращение больные первых 2 групп получали: пентоксифиллин (трентал) 5,0 в/м в течение 10 дней, троксерутин (троксевазин) 300 мг по 1 капсуле 2 раза в день в течение 1 месяца.

Результаты лечения оценивали как клинически, так и лабораторно. Клиническую эффективность анализировали по динамике регресса имеющихся симптомов заболевания, микологическую эффективность оценивали повторным микроскопическим исследованием патологического материала после завершения терапии.

В 1 группе назначали вместе с ангиопротекторами противогрибковый препарат Итраконазол, методом пульс-терапии, т.е. по 2 таблетки (200 мг) в сутки 7 дней после еды, повторный курс через 3 недели (3 курса). В результате лечения у больных выявлена хорошая переносимость у 14 больных, 2 больных предъявили жалобы на слабость, тошноту, отрыжку, изжогу, головокружение, которые прошли уже после первого кур-

са пульс-терапии интраконазолом во время перерыва и не требовала отмены препарата.

После 3 пульсов терапии итраконазолом с сосудистыми препаратами клиническое выздоровление наблюдалось у 10 больных, а через 6 месяцев после окончания лечения клинико-микотическое выздоровление отмечалось у 14 больных. Также отмечено уменьшение чувства боли, онемения, тяжести, отечности ног. У больных 2 группы в результате комплексного лечения тербинафином (фунготербином) 250 мг 1 раз в сутки в течение 6 месяцев клинико-микотическая излеченность отмечено у 15 больных. Лечение больные перенесли хорошо, только 2 больных предъявили жалобы на отрывку, спастические боли в животе, которые прошли самостоятельно и не требовали отмены препарата.

В обеих группах при исследовании через 6 месяцев после лечения рецидивы болезни не выявлены.

В 3 группе (группа сравнения) среди 16 больных онихомикозом с сосудистыми поражениями нижних конечностей, получивших лечение фунготербином (тербинафином) без ангиопротекторов в течение 6 месяцев, отмечена клинико-микотическая эффективность у 11 больных. Лечение больные перенесли хорошо, только 3 больных предъявили жалобы на отрывку, потерю вкуса и спастические боли в животе, которые прошли сами по себе без отмены препарата. Через 6 месяцев у 1 больного с тяжелым про-

явлением тромбоза наблюдался рецидив заболевания.

Таким образом, включение в терапию больных онихомикозом с сосудистой патологией нижних конечностей вместе с системной и местной антимикотической терапией препаратов, улучшающих периферическое кровообращение, способствует достижению лучших результатов лечения. Клинико-микотическая излеченность наступило из 32 больных у 29.

#### Литература.

1. Васнова В.Ю., Бутов Ю.С., Резайкин А.В. Патогенез и терапия онихомикозов // Первый Российский конгресс дерматовенерологов. - СПб, 2003, №1. - С.271 - 272.
2. Кубанова А.А., Кожичкина Н.В. Бинафин в лечении микоза ногтей // Вестник дерматологии и венерологии. - 2010, № 3. - С.70 - 74.
3. Ляшко А.К. Вегетативные сосудистые нарушения при онихомикозах и методы их комплексной терапии: Автореф. Дисс. канд. мед. наук. - СПб., 2006.
4. Рукавишников В.М., Суколин Г.И., Куклин В.Т. Лечение и профилактика микозов стоп. - Казань, 1994. - 91с.
5. Haneke E., Tausch I., Brautigam M. Short - duration treatment of fingernail dermatophytosis: a randomized, double blind study with terbinafin and griseofulvin // J Am Acad Dermatol. - Vol. 32. - P. 72-77.

## ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ВИНКАМИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

Шарипова И. М., Арзыкулова Г. С.

*Кафедра ЛОР болезней КГМА имени И. К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызстан.*

**Резюме.** В данной статье приводятся данные о результатах лечения 30 больных с нейросенсорной тугоухостью с применением препарата винкамина, в сравнении со стандартным лечением.

**Ключевые слова:** нейросенсорная тугоухость (НСТ), винкамин.

## THE TREATMENT OF PATIENTS WITH SENSORINEURAL HEARING LOSS USING VINCAMINE EXPERIMENT

**The treatment of patients with sensorineural hearing loss using vincamine**

*Chair of ENT KSMA (Bishkek, Kyrgyzstan).*

**Resume.** This state report about result of treatment from vincamine 30 patients with sensorineural hearing loss.

**Key words:** vincamine, sensorineural hearing loss.

**Актуальность проблемы.** Нейросенсорная тугоухость (НСТ) характеризуется снижением слуха по звуковоспринимающему типу, вследствие поражения различных отделов слухового анализатора от кохлеарных рецепторов до слуховой зоны коры большого мозга.[1]

Основными симптомами нейросенсорной тугоухости служат снижение слуха, субъективный шум и звон в ушах.

В этиологии нейросенсорной тугоухости основную роль играют сосудистые заболевания, вирусные инфекции, травмы, интоксикация ототоксичными веществами.

Различают внезапную форму до 12 часов, острую форму до 1 месяца и хроническую форму нейросенсорной тугоухости более 1 месяца от начала заболевания.[1]

По данным литературы 4-6% населения земного шара страдают той или иной формой тугоухости затрудняющей общение, при этом нейросенсорная тугоухость встречается чаще, чем кондуктивная (74% и 26%соответственно). Кроме этого большую долю этих больных составляют лица трудоспособного возраста.[1, 4, 5]

На сегодняшний день существует стандартная схема лечения нейросенсорной тугоухо-

сти, заключающаяся в назначении больным антикоагулянтов, витаминов, седативных и сосудорасширяющих препаратов. К сожалению, эта схема лечения не всегда оказывается эффективной и именно поэтому она требует пересмотра и введения в нее изменений. В настоящее время сложилась такая ситуация, когда даже среди врачей оториноларингологов бытует мнение о полной бесполезности лечения больных с кохлеовестибулярной патологией.

Решением проблемы возвращения слуха при НСТ постоянно занимаются ученые всего мира.[1, 5] Предложено множество методик лечения? от сложных схем медикаментозной терапии, различных блокад до оперативных вмешательств (кохлеарная имплантация), слухопротезирование и т. д. Рост числа больных с НСТ обязывает ученых заниматься этой проблемой.

Обычно для лечения НСТ используются препараты нейростимулирующего действия, препараты улучшающие микроциркуляцию в системе вестибулярной артерии и средства стимулирующие внутриклеточный обмен. Поэтому поиск новых медикаментов, отвечающих предъявленным требованиям, остается актуальной задачей при консервативном лечении НСТ.

Препарат винкамин - алкалоид малого бар-

винка, улучшает способность нервных клеток связывать и утилизировать кислород и усиливает кровоснабжение коллатеральной сети данной области. Препарат прошел множественные клинические исследования, в частности при лечении заболеваний нервной системы он получил широкое применение.[2]

Целью нашего исследования явилось обоснование клинической эффективности препарата винкамина при лечении больных с различными формами нейросенсорной тугоухости, особенно сосудистого генеза. В клинической практике винкамин используется в кардиологии, офтальмологии и неврологии при различных нарушениях мозгового кровообращения. [2]

В доступной нам литературе упоминаний о применении винкамина в оториноларингологической практике, и, в частности при лечении нейросенсорной тугоухости нами не обнаружено.

Приоритет выбора в пользу винкамина был обусловлен уникальным механизмом действия препарата, а также этиопатогенетическим обоснованием его использования при НСТ.

Структуры внутреннего уха настолько чувствительны к малейшим нарушениям кровоснабжения, что даже кратковременный их спазм может привести к необратимым дегенеративным нарушениям Кортиева органа. [1, 3, 4]

**Материалы и методы исследования.** В условиях ЛОР-отделения НГМЗКР под наблюдением находились 30 больных, из которых 18 страдали острой формой нейросенсорной тугоухости, а 12 больных с хронической формой. Возраст больных варьировал от 20 до 56 лет, из них мужчин было 17, женщин 13. Всем больным наряду с общеклиническими анализа крови, мочи, рентгенографии органов грудной клетки

и рентгенографии сосцевидного отростка по Шуллеру, проведено оториноларингологическое обследование (отоскопия, риноскопия, исследование проходимости евстахиевых труб), а также аудиологическое обследование.

Все больные, включая стандартную схему лечения, получали препарат винкамин в дозировке 30 мг 2 раза в сутки. Лечение продолжалось 3 недели, в процессе лечения у больных исследовали уровень звуковосприятия методом тональной аудиометрии и акуметрии. Результаты сравнивались с исходными данными.

Как группа контроля взяты архивные данные 30 больных со схожими заболеваниями, физическими и лабораторными данными, результатами аудиометрии и акуметрии, но с применением у этих больных стандартной схемы лечения нейросенсорной тугоухости (нейростимуляторы, препараты улучшающие внутриклеточный обмен, комплекс витаминов).

#### Результаты и обсуждения.

В результате исследования было выявлено, что у больных принимавших винкамин по сравнению с контрольной группой, уровень звуковосприятия улучшилось на 10-15 децибел у 10 больных, на 20-25 децибел у 12 больных, на 30-40 децибел 8 больных, у 15 больных интенсивность субъективного шума уменьшилась за сравнительно короткие сроки лечения. При этом в контрольной группе у больных получавших стандартную схему лечения уровень звуковосприятия улучшилось на 10-15 децибел у 17 больных, на 20-25 децибел у 9 больных, на 30-40 децибел у 2 больных, а у 2 больных лечение оказалось без видимого эффекта. В контрольной группе к концу лечения снижение интенсивности шума в ушах отмечали 13 больных. Результаты исследования приведены в нижеуказанной таблице.

Гр./дб	10-15 Дб		20-25Дб		30-40 Дб		Шум в ушах		Без эффекта	
	Абс.	Отн.%	Абс.	Отн.%	Абс.	Отн.%	Абс.	Отн.%	Абс.	Отн.%
осн. гр.	10	33,3	12	40	8	26,7	15	50	0	0
кон. гр.	17	56,6	9	30	2	6,7	13	43,3	2	6,7



**Выводы.**

Обобщая вышеуказанное, мы пришли к выводам ?

1. В результате исследования было доказано что, применение препарата винкамина при лечении различных форм нейросенсорной тугоухости особенно сосудистого генеза по сравнению со стандартной схемой оказалось более эффективной.

2. Лечение НСТ не является абсолютно безнадёжным, причем клинический эффект является более выраженным при своевременном обращении пациентов, в первые дни после резкого снижения слуха и появления шума и звона в ушах. При хронической НСТ эффект от проводимой терапии ниже, что по-видимому объясняется наступлением необратимых дегенеративных

процессов в нейрорепитории Кортиева органа.

**Литература**

1. Благовещенская Н. С. Лечение и профилактика острой нейросенсорной тугоухости. Вестник оториноларингологии 1990 №6 стр. 4-12.

2. Машковский М. Д. Лекарственные средства. Москва "Новая Волна" 2005. стр. 407-408.

3. Пальчун В. Т. Оториноларингология. Москва "Медицина" 2002. стр.446-452

4. Солдатов И. Б. Руководство по оториноларингологии. Москва "Медицина" 1997. стр.162-175.

5. Alexander H. Differential diagnosis of sensorineural hearing loss. Otorinolaryngology Head and Neck Surgery Nosly Year book 1988. V4. Chapter 128 p. 2908-2909.

## ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЕЙ КАРДИОСПЕЦИФИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В РАЗНЫЕ ПЕРИОДЫ АККЛИМАТИЗАЦИИ ПРИ КАТЕХОЛАМИНОВОМ НЕКРОЗЕ МИОКАРДА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Фаравана М., Исаева А., Омуркулов У., Бекташ уулу У.,  
Махмудова Ж.А.

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

**Резюме.** Установлено, что после моделирования катехоламинового некроза миокарда при кратковременном пребывании кроликов в условиях высокогорья, уровень кардиоспецифических маркеров креатинфосфокиназы-МВ фракции, АсАТ и тропонина I значительно повышаются в связи усугублением повреждения миоцитов под действием экзогенно вводимого адреналина и гипоксии.

Выявлено благоприятное влияние адаптационных процессов в условиях высокогорья на течение катехоламинового кардионекроза. Снижения уровня маркерных ферментов у акклиматизированных животных и у животных с катехоламиновым некрозом миокарда показывают, что предварительная акклиматизация повышает устойчивость миокарда не только к гипоксии, но и к воздействию экзогенного адреналина.

**Ключевые слова:** маркерные ферменты, некроз миокарда, креатинфосфокиназа, аспаратаминотрансфераза, тропонин I.

## КЛИМАТТАШТЫРУУНУН АР КАНДАЙ МЕЗГИЛИНДЕГИ МИОКАРДДЫН ЭКСПЕРИМЕНТТИК КАТЕХОЛАМИНДИК ЖАРАКАТЫНДА КАРДИОСПЕЦИФИКАЛЫК МАРКЕРЛӨРДҮН ДЕНГЭЭЛИНИН ОЗГӨРҮШҮ

Фаравана М., Исаева А., Омуркулов У., Бекташ уулу У.,  
Махмудова Ж.А.

*И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, жалпы жана  
клиникалык биохимия кафедрасы, БМИ ТОИБ,  
Бишкек, Кыргыз Республикасы*

**Коргунду.** Бийик тоонун шарттарындагы кыска мөөнөттө коендордун миокардына катехоламиндик некрозду моделдегенде, кандын сывороткосундагы кардиоспецификалык маркерлор -креатинфосфокиназанын-МВ фракциясы, АсАт жана тропонин I деңгээлдеринин жогорулашы экзогендик адреналиндин жана гипоксиянын таасиринен миоциттердин жаракаталышынын күчөшүнүн негизинде экендиги аныкталган.

Ошондой эле жаныбарлар бийик тоонун шартында узак убакыт жүргөн учурда, климатташтыруунун жүрөктүн катехоламиндик жаракатына тийгизген жагымдуу таасири тастыкталган. Климатташтырылган жана жүрөктүн катехоламиндик жаракатына учураган жаныбарлардын канында маркердук ферменттердин деңгээлдеринин төмөндөшү, алдын ала кылынган климатташтыруунун миокарддын гипоксияга гана эмес, экзогендик адреналиндин таасирине да туруктуулугунун күчөшүн алып келгендиги көрсөтүлгөн.

**Негизги создөр:** маркердук ферменттер, миокарддын некрозу, креатинфосфокиназа, аспаратаминотрансфераза, тропонин.

## THE CHANGES OF CARDIOSPECIFIC MARKERS LEVELS DURING DIFFERENT ACCLIMATIZATION PERIODS IN CATECHOLAMINE MYOCARDIAL NECROSIS IN EXPERIMENT

Faravana M., Isaeva A., Omuraliev U., Bektash u U., Mahmudova. Zh.A.

**Resume.** It is established that after catecholamine myocardial necrosis modeling in rabbits at high altitude increases the level of cardiospecific markers: creatin phosphokinase -MB fraction, AsAT and troponin I. The increase is due to myocyte injury under the action of exogenous adrenaline introduction of adrenaline and hypoxia.

The favourable influence of adaptive processes at high altitude on catecholamine necrosis is revealed. The decrease of the number of marker enzymes in acclimatized with catecholamine myocardial show that preliminary acclimatization increases resistance of myocardium not only to hypoxia but to exogenous adrenaline effect.

**Key words:** enzymatic markers, myocardial necrosis, creatin phosphokinase, aspartataminotransferase, troponin.

В настоящее время одной из актуальных проблем современной биологии и медицины является проблема приспособления живых организмов к условиям высокогорья, так как резко возросшая популярность горного туризма, строительство дорог, гидроэлектростанций, освоение полезных ископаемых сопровождается увеличением количества людей поднимающихся в условия высокогорья. В сложном процессе приспособления организма к условиям высокогорной гипоксии, в результате несоответствия между объемом выполняемой сердцем работы и степенью изменения коронарного кровотока, а также увеличенной концентрацией катехоламинов в крови, нередко развивается некроз миокарда [1], требующий своевременной диагностики и лечения в условиях высокогорья.

В настоящее время методы клинической биохимии и иммунохимии позволяют диагностировать инфаркт миокарда в первые часы его возникновения, провести диагностику ишемии и гибели миоцитов, оценить эффективность лечения.

Биохимический маркер некроза миокарда должен обладать высокой специфичностью и чувствительностью в остром периоде и после появления симптомов инфаркта миокарда достигать в крови диагностически значимого уровня, причем этот уровень должен сохраняться в течение нескольких дней. Следует отметить, что после единичного повреждения ткани уровень внутриклеточных ферментов в плазме крови

возрастает по мере их освобождения из поврежденных клеток, а затем снижается в результате их клиренса. Поэтому, нужно учесть время взятия пробы относительно повреждения. Для диагностики инфаркта миокарда рекомендуется параллельно использовать два маркера - "ранний" - креатинфосфокиназа - MB и "поздний" - тропонин I. Содержание - "раннего" маркера при инфаркте миокарда диагностически значимо повышается в крови в первые часы заболевания, "поздний" - достигает диагностически значимого уровня только через 7-9 ч, и сохраняется до 2-х недель [2,3,4,5].

**Целью** настоящей работы явилось изучение изменения уровней специфических маркеров повреждения миокарда в сыворотке крови у кроликов при развитии катехоламинового некроза миокарда на 3-е и 30-е сутки пребывания в условиях высокогорья.

**Материалы и методы исследования.** Эксперименты проводились на кроликах массой 2,5-3 кг в условиях низкогогорья (Бишкек, 760 м. над у. м.), и на 3-е и на 30-е сутки пребывания животных в условиях высокогорья (п. Туя-Ашу, 3200 м. над у. м.). Катехоламиновый некроз провоцировался однократным внутривенным введением адрепалина: в условиях низкогогорья в дозе 0,025 мг/кг массы тела, в условиях высокогорья в дозе 0,015 мг/кг массы тела.

Животные были разделены на 6 групп: 1 - интактная группа в условиях низкогогорья (Бишкек), 2 - группа кроликов после введения адре

налина в условиях низкогорья (Бишкек), 3-я группа - интактные животные в на 3-е сутки пребывания в условиях высокогорья, 4-я группа - на 3-е сутки пребывания кроликов в условиях высокогорья вводился адреналин, 5-группа - интактные животные на 30-е сутки пребывания в условиях высокогорья, 6-группа - на 30-е сутки пребывания кроликов в условиях высокогорья вводился адреналин.

После моделирования катехоламинового некроза миокарда определялись следующие маркеры сердечной мышцы: 1. Количественное определение креатинфосфокиназы - МВ фракции в сыворотке крови диагностическими наборами для определения КФК-МВ на автоанализаторе через 6 часов после введения адреналина.

2. Количественное определение концентрации аспаргатаминотрансферазы в сыворотке

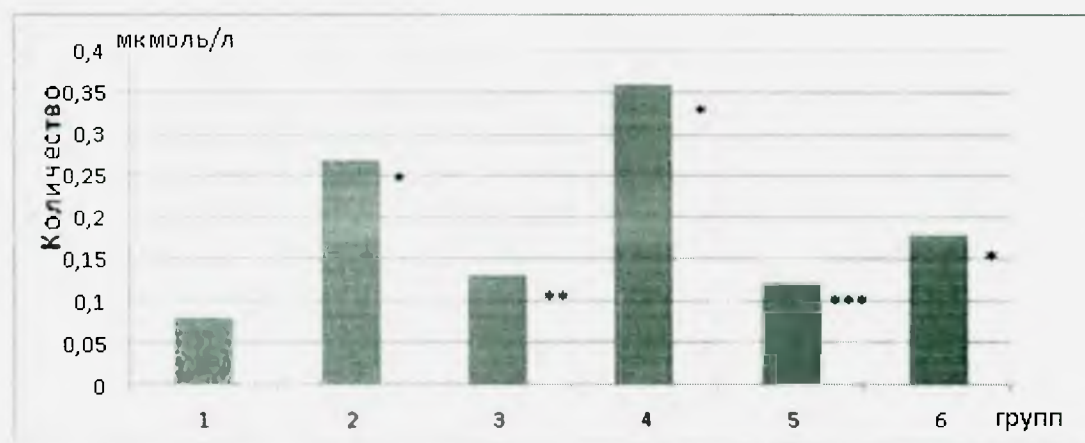
крови наборами реагентов "Аминотрансфераза AST 360" на фотоэлектрориметре.

3. Количественное определение концентрации тропонина I наборами реагентов "Тропонин I-ИФА" в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа.

Аспаргатаминотрансфераза и тропонин определялись через 20 часов после введения адреналина.

**Результаты и их обсуждение.**

**Аспаргатаминотрансфераза (АсАТ).** Как видно из рисунка 1, уровень аспаргатаминотрансферазы в условиях низкогорья после введения адреналина увеличился с  $0,07 \pm 1,25$  до  $0,25 \pm 2,79$  уровень аспаргатаминотрансферазы повысился с  $0,07 \pm 1,25$  до  $0,12 \pm 0,009$  мкмоль/л ( $P < 0,001$ ), что выходит за пределы физиологической нормы.



**Рис. 1. Уровень АсАТ ( мкмоль/л ) в сыворотке крови у контрольных и подопытных кроликов при моделировании катехоламинового некроза миокарда.**

На 3-й день пребывания животных в условиях высокогорья уровень аспаргатаминотрансферазы повысился с  $0,07 \pm 1,25$  до  $0,12 \pm 0,009$  мкмоль/л ( $P < 0,01$ ). После введения адреналина наблюдалось увеличение уровня аспаргатаминотрансферазы в сыворотке крови кроликов с  $0,12 \pm 0,009$  до  $0,34 \pm 2,5$  мкмоль/л ( $P < 0,05$ ).

На 30-й день пребывания животных в условиях высокогорья по сравнению с интактными животными в условиях низкогорья, отмечалось также увеличение уровня АсАТ с  $0,07 \pm 1,25$  до  $0,11 \pm 0,01$  мкмоль/л, ( $P < 0,001$ ). У адаптированных животных после введения адреналина по сравнению с адаптированными интактными

животными уровень АсАТ повысился с  $0,11 \pm 0,01$  до  $0,17 \pm 0,01$  ( $P < 0,01$ ), а по сравнению с неадаптированными животными получившими адреналин понизился с  $0,34 \pm 0,02$  до  $0,17 \pm 0,01$  мкмоль/л, ( $P < 0,001$ ).

МВ - КФК (сердечная форма креатинфосфокиназы - КФК.

Результаты исследования, проведенные в условиях низкогорья

(Рис.2), показали, что, после введения адреналина уровень КФК - МВ в сыворотке крови у кроликов резко повысился с  $195,1 \pm 50,5$  МЕ до  $1157,5 \pm 124,6$  МЕ ( $P < 0,00$ ).

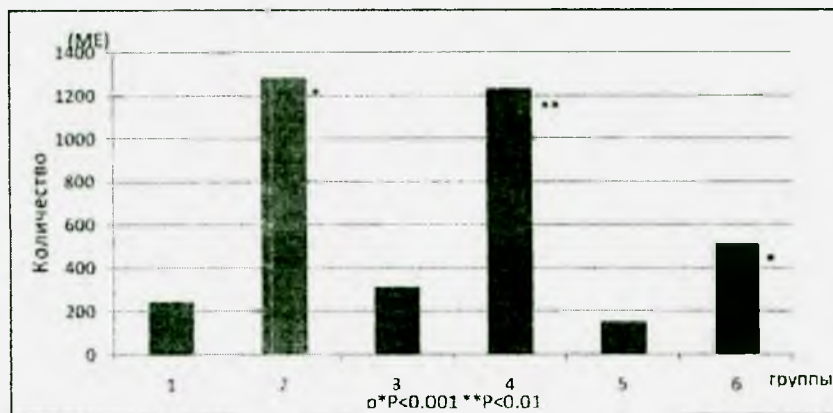


Рис. 2. Количество КФК-МВ (МЕ) в сыворотке крови у контрольных и подопытных кроликов при моделировании катехоламинового кардионекроза

На 3-й день пребывания животных в условиях высокогорья было выявлено, что количество КФК-МВ по сравнению с интактной группой низкогорья, увеличилось с  $195,1 \pm 50,5$  до  $243,6 \pm 68,8$  МЕ. После введения экзогенного адреналина количество его повысилось с  $243,6 \pm 68,8$  до  $1178 \pm 52,1$  МЕ ( $P < 0,001$ ).

Исследования животных на 30-е сутки пребывания в условиях высокогорья показало, что количество КФК-МВ по сравнению с интактной группой низкогорья и с интактной группой на 3-е сутки пребывания в горах снизилось с  $195,16 \pm 50$  до  $134,6 \pm 17,3$  МЕ и с  $243,6 \pm 68,8$  до  $134,6 \pm 17,3$  МЕ, соответственно. У животных, которые получили внутривенно адреналин, по

сравнению с интактной группой (5 группа) отмечалось повышение с  $134,6 \pm 17,3$  до  $475,8 \pm 37,0$  МЕ, ( $P < 0,001$ ) и снижения количества МВ - фракции креатинфосфокиназы в три раза по сравнению с животными, которые находились 3 суток в условиях высокогорья и получившие адреналин (с  $1178 \pm 52,1$  до  $475,8 \pm 37,0$  МЕ ( $P < 0,001$ )).

Тропонин I. Определение нами тропонина I в сыворотке крови кроликов через 20 часов после введения адреналина в низкогорье показало, что количество тропонина I достоверно увеличилось в 9 раз ( $0,47 \pm 0,13$  нг/мл до  $3,88 \pm 0,96$  нг/мл, соответственно).

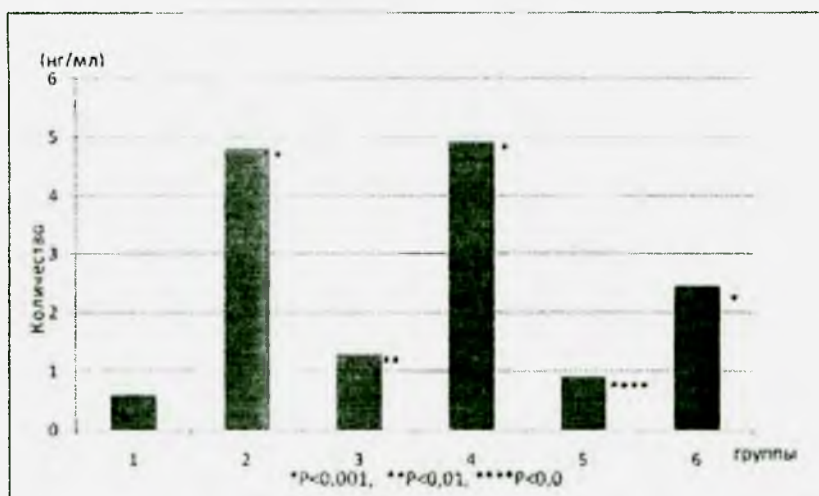


Рис. 3. Количества тропонина I (нг/мл) в сыворотке крови у контрольных и подопытных кроликов при моделировании катехоламинового некроза миокарда.

На 3-й день пребывания кроликов в условиях высокогорья количество тропонина I в сыворотке крови увеличилось с  $0,47 \pm 0,13$  нг/мл до  $0,97 \pm 0,05$  нг/мл (Рис.3). Тогда после введения на высокогорье адреналина у животных наблюдалось увеличение тропонина I в 10 раз до  $4,2 \pm 0,7$  нг/мл ( $P < 0,001$ ).

Обследование кроликов на 30-е сутки пребывания в условиях высокогорья показало, что количество тропонина I по сравнению с интактными животными в условиях низкогогорья увеличилось (с  $0,47 \pm 0,13$  до  $0,83 \pm 0,09$  нг/мл), а по сравнению с интактными животными на 3-й день пребывания в условиях низкогогорья снизилось ( $0,97 \pm 0,05$  до  $0,83 \pm 0,09$  нг/мл).

После введения адреналина количество тропонина I увеличилось с  $0,83 \pm 0,09$  до  $2,31 \pm 0,15$  нг/мл ( $P < 0,001$ ) и по сравнению с животными, которые находились 3-суток в условиях высокогорья (с  $0,97 \pm 0,05$  до  $2,31 \pm 0,15$  нг/мл ( $P < 0,001$ )). Отмечалось снижение количества тропонина I по сравнению с неадаптированными животными, получившие адреналин с  $4,21 \pm 0,72$  до  $2,31 \pm 0,15$  нг/мл ( $P < 0,05$ ).

На 3-й день пребывания животных в условиях высокогорья, в результате возможного образования некротических участков у некоторых животных, содержания КФК-МВ и тропонина I в сыворотке крови превышает физиологическую норму по сравнению с контрольной группой. После моделирования катехоламинового некроза миокарда уровень кардиоспецифических маркеров креатинфосфокиназы-МВ фракции, АсАТ и тропонина I достоверно повышаются в связи усилением повреждения кардиомиоцитов под действием экзогенно вводимого адреналина и гипоксии.

Снижения количества кардиоспецифических ферментов в сыворотке крови у животных на 30-е сутки пребывания в условиях высокогорья по сравнению с животными на 3-е сутки пребывания в горах свидетельствуют о том, что горная акклиматизация благоприятно влияет на миокард, повышает устойчивость к гипоксии. Как отмечают Ф. З. Меерсон [6], М. М. Миррахимов, Т. С. Мейманалиев [1] в процессе адаптации людей и животных к высотной гипоксии снижаются адренергические реакции, уменьшается кислородорасточающее действие адреналина и вызывающий им стрессорный эффект по-

вышает резистентность сердечной мышцы к чрезвычайным раздражителям. Одновременно в сердце развивается комплекс адаптационных изменений, выражающихся увеличением мощности системы митохондрий.

Следовательно, наши экспериментальные исследования также, как и литературные данные [1,6,] показывают, что адаптация к условиям гипоксии положительно влияет на миокард и предотвращает или уменьшает его ишемические некрозы, вызываемые условиями гипоксии.

Снижения количества маркерных ферментов АсАТ, КФК-МВ и тропонина I у животных на 30-е сутки после введения адреналина показывают, что предварительная акклиматизация вызывает повышение резистентности организма, а также повышает устойчивость их не только к кислородной недостаточности, но и воздействию повреждающих агентов, т.е. повышает выносливость миокарда к воздействию экзогенного адреналина.

Таким образом, полученные экспериментальные данные обосновывают возможность использования высокогорной адаптации для профилактики стрессорных повреждений миокарда.

### Литература

1. Миррахимов М.М., Мейманалиев Т.С. Высокогорная кардиология. - 1980 - С. 63-65
2. Wu A., Gibler B. et al. National Academy of Clinical Biochemistry standards of laboratory practice: recommendation for the use of cardiac marker in coronar artery disease. Chin Chem.- 1999. V.45.-P. 1104-1121
3. Трифонов И.Р. Биохимические маркеры некроза миокарда. Кардиология.- 2001 -№11 - С. 93-97
4. Волкова Э.Г., Малыхина О.П., Левашов С.Ю. Повторные инфаркты миокарда: особенности изменения содержания биомаркеров и ремоделирования миокарда. Кардиология.- 2007- №7 - С. 26-2
5. Меерсон Ф.З. Адаптация, стресс и профилактика. М.Наука,-1981, -С. 235-237
6. Малышев И.Ю. Адаптация организма к стрессорным воздействиям повышает резистентность сердца. Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. -1989, -№ 4 -С. 411-413

## ДЕЙСТВИЕ КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЙ НА ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ: ПРОЯВЛЕНИЕ ФЕНОМЕНА АЛЕКСИТИМИИ

Черномазова Е.А., Кожоналиева А.М.

*КГМА им. И.К.Ахунбаева, кафедра нормальной физиологии, лаборатория клинической и экспериментальной физиологии МУНЦ БМИ*

**Резюме.** Проведено тестирование по Торонтской шкале алекситимии студентов, переведенных в медицинскую академию в результате ошских событий 2010 года. Выявлено, что подавляющее большинство таких студентов страдают алекситимией.

**Ключевые слова:** алекситимия, эмоциональное здоровье, чувства, адекватность.

## КРИЗИСТИК СИТУАЦИЯЛАРДЫН СТУДЕНТТЕРДИН ЭМОЦИОНАЛДЫК ДЕНСОЛУККА ТИЙГИЗГЕН ТААСИРИ, АЛЕКСИТИМИЯ ФЕНОМИНИН КОРСОТКУЧУ

Черномазова Е.А., Кожоналиева А.М.

**Көругунду.** 2010 жылы болгон Оштогу кырдаалга байланыштуу медициналык академияга которулуп келген студенттерди Торон шкаласы боюнча алекситимияга карата тесирлеу жүргүзүлгөн. Жыйынтыктын көрсөткүчү боюнча студенттердин көбүнчөсү алекситимия оорусу менен ооршат.

**Негизги сөздөр:** алекситимия, эмоционалдык денсоолук, сезим, көнүмүш.

## THE ACTION OF CRISIS SITUATIONS TO EMOTIONAL HEALTH OF STUDENTS, MANIFESTATION OF PHENOMENON ALEXITHYMIA

Chernomazova E.A., Kozhonalieva A.M.

**Resume.** Performance testing of the Toronto alexithymia scale students transferred to the medical academy as a result of Osh events of 2010. Revealed that the vast majority of these students suffer from alexithymia.

**Key words:** alexithymia, emotional health, esthesia, competence

По мнению ряда исследователей, здоровье зависит от определенных психологических характеристик личности. Поэтому для профилактики здоровья имеют значение правильное проявление своих эмоций, преодоление стресса и личностный рост, а не только состояние физического статуса организма [2,4]. В последнее время способность проявления эмоций в отношении себя и других связывается психологами с

особенностями развития эмоционального интеллекта [4]. Для здоровья благоприятной считается такая эмоция, которая правильно выражена, к месту и ко времени. Известно, что чем меньше эмоция представлена на психологическом уровне, или, другими словами, проявилась в виде конкретно осознаваемого чувства, тем интенсивнее выражены ее вегетативные компоненты в виде функционального нарушения ра-

боты органа или системы [1, 2,4]. Феномен алекситимии, согласно концепции П. Сифнеоса (1973), связывается с расстройствами когнитивно-аффективной сферы [5]. У алекситимиков сниженная способность вербализации аффекта формирует избыточную физиологическую реакцию на неблагоприятные воздействия среды [1, 3]. Данные литературы указывают на возможный риск развития психосоматических заболеваний у лиц с алекситимической психологической характеристикой личности [2,5].

В свете последних политических событий, которые нашли отражение и в образовательной сфере, исследование психофизиологического состояния студентов, переведенных из Ошских вузов, является актуальной, так как, по мнению ряда авторов, алекситимия является предвестником многих психосоматических заболеваний.

Целью работы было изучение феномена алекситимии у студентов-медиков, переведенных из южного региона страны после воздействия на них произошедших политических событий за прошедший год.

**Методы исследования.** Исследование проводили в 2010-2011 гг. с информированного со-

гласия испытуемых. В исследовании участвовали 43 студента 2 курса лечебного факультета в возрасте  $18,5 \pm 0,1$  лет, проживающих постоянно в Кыргызской Республике, без жалоб на состояние здоровья. Алекситимический статус испытуемых определяли на основании результатов тестирования по Торонтской алекситимической шкале (TAS), в русифицированной версии [6]. Каждый ответ на вопрос этого теста оценивается определенным количеством баллов, сумма которых определяет адекватность эмоций и чувств, результат которого является характерным признаком тяжелой стрессовой ситуации. Результаты были распределены в интервале от 26 до 130 баллов. "Алекситимический" тип личности получает 74 балла и выше, набравшие от 62 до 74 баллов относятся к группе риска, "неалекситимический" тип личности набирает 62 балла и ниже.

Контрольную группу составили 13 студентов, с первого курса обучающиеся в КГМА. В опытную группу (n=13) вошли студенты, переведенные с ошского региона. Испытуемые также были разделены на группы по половому признаку - 24 девочки и 19 мальчиков (рис. 1).

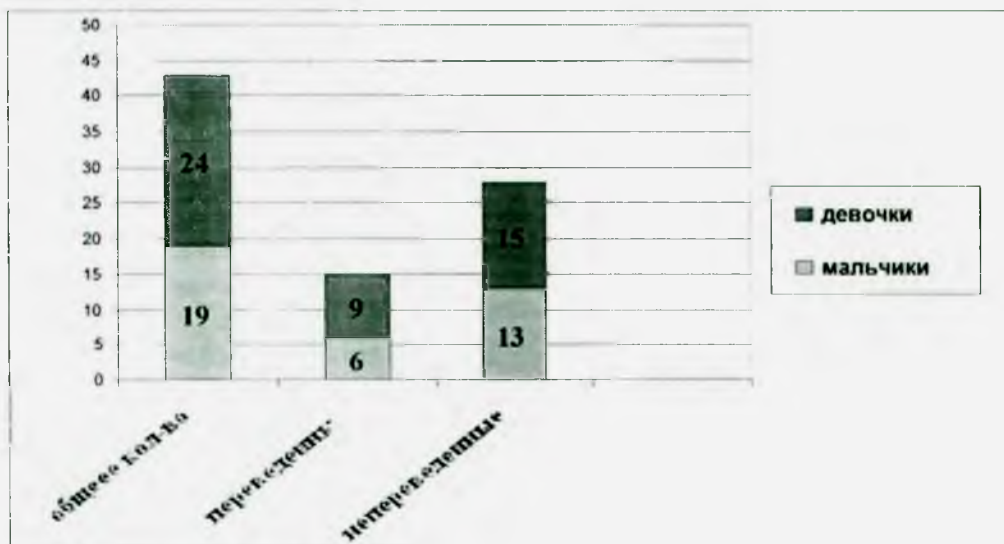
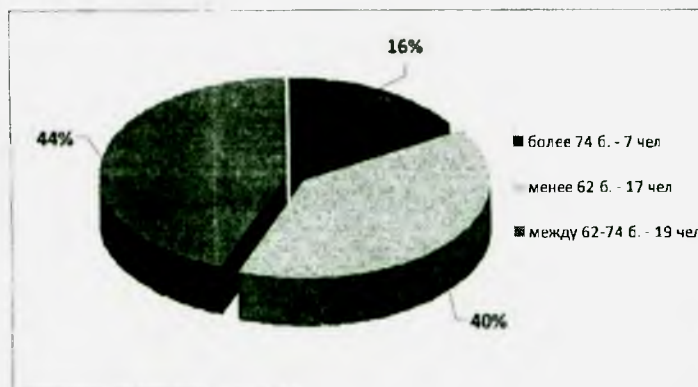


Рис. 1. Материал исследования - студенты медицинской академии.



**Результаты исследования и их обсуждение.** По итогам тестирования оказалось, что 16% всех испытуемых являются алекситимическими лич-

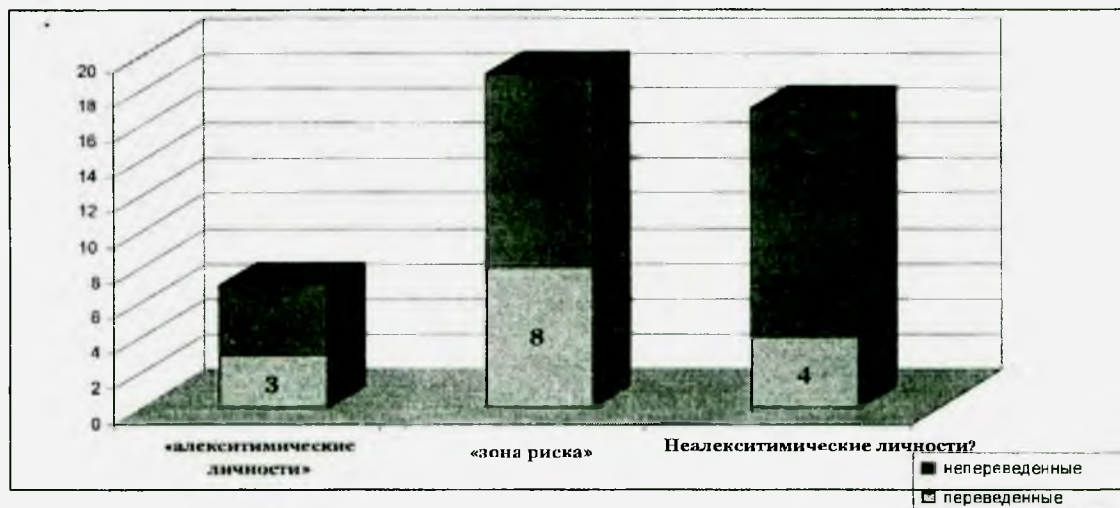
ностями, группа риска составила 44 %, и только 40% испытуемых набрали 62 балла и ниже, т. е. не являются склонными к алекситимии (рис. 2).



**Рис. 2. Процентное распределение испытуемых по результатам тестирования.**

Оказалось, что 42,8% алекситимических личностей составляют студенты, переведенные из ошского региона, в группе риска процентное содержание таких студентов составило 42,1%. Кроме того, из 11 студентов, находящихся в зоне риска и обучающихся в мед. академии с первого

курса, 3 человека имеют прописку на юге страны, где они и проживают в летний период (рис. 3). Так, если считать группу риска также относящимися к алекситимическим личностям, что 84,9% испытуемых показали себя алекситимическими личностями.



**Рис. 3. Соотношение переведенных и постоянно обучающихся в медакадемии студентов по результатам тестирования.**

При распределении по половому признаку было выявлено, что мальчики страдают алекситимией в большей степени (57%), нежели девочки (43%).

**Заключение.** Следует отметить, что систематического изучения феномена алекситимии у

студентов медакадемии до настоящего времени не проводилось. Выявлено, что феномен алекситимии, при условии включения в эту категорию и лиц группы риска, доминирует среди студентов, перенесших тяжелое стрессовое состояние. Такое состояние можно отнести ко вторич

ной алекситимии.

Известно, что психотерапия вторичной алекситимии, в большинстве случаев, может быть успешной, однако для закрепления положительных результатов желательна и медикаментозная терапия. В отношении алекситимиков - и при депрессии, и при посттравматическом стрессовом расстройстве - проводится психотерапия, направленная на снижение уровня тревоги и

психоэмоционального напряжения. Кроме этого, необходимо применение специальных методик, помогающих больному научиться распознавать и описывать словами свои эмоции, преодолеть дефицит эмоциональных реакций, развивать межполушарные связи и способность включать воображение. Проведение таких мероприятий входит в дальнейшие планы наших научных работ.

#### Список литературы

1. Гаранян Н.Г. Концепция алекситимии / Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова // Журнал социальной и клинической психиатрии. - 2003. - № 1. - С. 128-145.

2. Ерьсько Д.Б. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: методическое пособие / Д.Б. Ерьсько, Г.Л. Исурина., Е.В. Кайдановская, Б.Д. Карвасарский, Э.Б. Карпова, Г.С. Крылова, А.У. Тархан, Е.И. Чехлатый, В.Б. Шифрин. СПб.: Психоневрологический ин-т им. В.М. Бехтерева, 1994. 17 с.

3. Taylor G. J. Recent developments in alexithymia theory and research. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie, 2000, v. 45(2) p. 134-142

4. Мельник Ю.И. Психология здоровья.- Петрозаводск: Изд-во ПетрГУ, 1999. 36 с.

5. Sifneos P.E. The prevalence of alexithimic characteristics in psychosomatic patients // Psychother. Psychosom. 1973. №22. P. 255-262

6. Мартиросов Э.Г. Методы исследования в спортивной антропологии. М.: ФиС, 1982. 199 с.

## ПРЕДЛЕЖАНИЕ И ПРИРАЩЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

Макишева А., Насирдинова Ж.М., Макенжан уулу А.

*Кафедра акушерства и гинекологии №1, Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева, Городской Перинатальный Центр*

**Резюме.** В данной работе изложена история болезни женщины с центральным предлежанием и приращением плаценты. При УЗИ диагностике обнаружено по биометрии 30 недель беременности, центральное предлежание плаценты с приращением по ходу рубца. Беременность пролонгирована до доношенного срока и завершена оперативным путем с гистеро эктомией. **Ключевые слова:** центральное предлежание, приращение плаценты, ведение акушерских кровотечений, дородовые кровотечения, рубец на матке.

## PLACENTA PREVIA, INCREASE

Makishева A., Nasirdinova J.M., Makenjan u A.

*Obstetrics and Gynecology department №1, of the I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Municipal Perinatal Center*

**Summary.** This article presents the case report of the pregnant woman with central placenta previa, which covering internal os of the cervix and prior low segment scar with suspicion of placenta increate, also Olygohydramnios, Breech presentation. Pregnancy was prolonged up to gestation age and completed with cesarean section with hysterectomy.

**Key words:** Placenta previa, increate, management obstetric bleeding, ante partum hemorrhage, scar of the uterus.

Obstetrical hemorrhage refers to have bleeding during pregnancy, labor, or the puerperium [1, 2, 3, 4, 5, 6]. Bleeding may be vaginal and external, or, less commonly but more dangerously, internal, into the abdominal cavity. Typically bleeding is related to the pregnancy itself, but some forms of bleeding are caused by other events. Obstetrical hemorrhage is a major cause of maternal mortality [9, 10, 11.] Antepartum hemorrhage one of the all source of the antepartum hemorrhage is placenta previa. The primary consideration is the presence of placenta previa, a condition that usually needs to be resolved by delivering the baby via cesarean section. In placenta previa, the placenta is implanted in the lower uterine segment within the zone of effacement and dilatation of the cervix, constituting an obstruction to descent of the presenting part. Placenta previa is encountered in approximately 1 in 200 births, but only 20% are complete (placenta over the entire cervix). The incidence of placenta previa is increased by multiparity, advancing age and previous cesarean section. The incidence of placenta previa is slightly higher in multiple gestations. A cesarean section scar triples the incidence of placenta previa.

Bleeding in the placenta previa may be due to any of

the following causes: mechanical separation of the placenta from its implantation site, either during the formation of the lower uterine segment or during effacement and dilatation of the cervix in labor.

**CASE HISTORY** 35 years old woman was admitted to our Perinatal center at 29-30 weeks with following diagnosis: Placenta previa and Olygohydramnios, Anemia I st., Breech presentation. Prior History: P 4 L 2, A1: 1 medical abortion; 1 cesarean indication is preterm abruption of the placenta; 1 vaginal birth after cesarean; 1 present. Laboratorial findings: Hb-105 g/l, Tr- 220,0 WBC - 9.5?10<sup>9</sup>/l; ESR - 30 mm/h; Blood analyzes Fibrinogen - 3,10 g/l; prothrombin index - 81%, Biochemical analyses-general protein - 62,4 g/l; rest nitrogen -11,2mmole/l; urea - 3,2 mmole/l; creatinine - 68,74 mkmol/l; bilirubin gen.- 9,0 mkmol/l; thymol test- 2,25un. Ultrasound and Doppler examination gave the following date: 30 weeks of pregnancy by biometry, central placenta previa, covering internal os and prior low segment scar with suspicion of placenta increate, Olygohydramnios, Breech presentation.

After consultation with professor, head of department, and doctors of intensive therapy the

following management was chosen for a woman:

1. Hospital observation (49 days) at the department of anesthesiology and intensive therapy
2. Control to the vaginal discharges
3. Plan: To start the prevention of the respiratory distress syndrome, hem stimulation therapy, observation in dynamic
4. Preparation of the blood bank, FFP
5. Elective Cesarean at 37 weeks

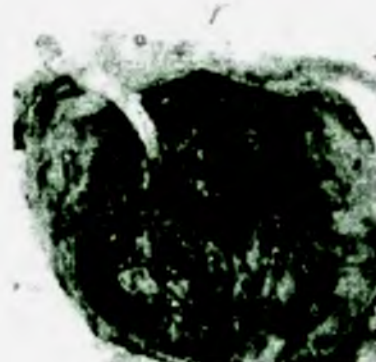
The pregnancy was prolonged up to 37 week at the department of anesthesiology and intensive therapy under 24-hours doctors. But one day before scheduled surgery the vaginal spotting appeared and cesarean section was done emergently with participation of urgent doctor and assistants. First of all clamping by forcipes and bilateral ligation of the uterine arteries' and hypogastric artery were done by recommends same authors [1, 2, 3, 4, 5, and 8]. After corporal incision

and birth fetus was cut of cord, than without touching of placenta a subtotal hysterectomy was done. The general blood loss was 1,700 cc. Baby weight - 2,914 grams. In assessment of newborn by Apgar score was- 7/7. Before start operation was prepared blood components how recommended many resources [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 and 11]. During operation the mother developed DIC of sub acute form. Haemostatic and hem transfusion therapy was started with adequate infusion therapy such as: FFP (fresh frozen plasma) - B(III) Rh+; Red blood cells; Refortan (Dextrin); Crystalloids; Tranexamic Acid; Kontrikalis; Calcium chloride et another. The level of Hb was increased from 54,3 gr/l up to 82 gr/l, indicators of coagulation systems of blood were improved also and 11 days after operation the women was discharged from our hospital under management local doctor with adequate recommendations.

**-Slides №1**



**-Slides №2**



**After cesarean section, clamping and bilateral ligation of the uterine arteries' and hypogastric artery.**

**UTERUS AND PLACENTA - GROSS APPEARANCE**

**-Slides №3**



**UTERUS AND PLACENTA - CUT SECTION**

Postoperative - 11 days in hospital in satisfactory condition the women with babies was discharged under management by local doctor.

#### Review

Placenta Previa, Prior Cesarean Section, and Placenta Accrete/Increta/Percreta

" Placenta Previa and one prior cesarean: 25% Accrete

" Placenta Previa and two prior cesarean: 50% Accrete

" Placenta Previa and 3 prior cesarean: 75% Accrete

#### Prognosis:

A. Maternal. With rapid recourse to cesarean section, use of banked blood, and expertly administered anesthesia, the overall maternal mortality has fallen to less than 1 in 1000

B. Fetal. The perinatal mortality rate associated with placenta previa has declined to approximately 1%. Although premature labor, placenta separation, cord accidents, and uncontrolled hemorrhage cannot be avoided, the mortality rate can be greatly reduced if ideal obstetric and newborn care is given.

#### Literature

1. Колесниченко А.П., Грицан Г.В. Особенности этиопатогенеза диагностики и интенсивной терапии ДВС - синдрома при критических состояниях в акушерско-гинекологической клинике // Методические рекомендации. - Красноярск, 2001. - 49 с.

2. Крюкова М.К., Кузнецова О.В. Массивные

акушерские кровотечения (методическое пособие). - Красноярск, 2002. - 32 с.

3. Кулаков В.И., Серов В.Н., Абубакирова А.М., Баранов И.И. Акушерские кровотечения. - М.: "Триада - X", 1998. - 96 с.

4. Кулаков В.И., Серов В.Н. Анестезиология и реаниматология в акушерстве и гинекологии. - М.: "Триада - X", 2000. - 380 с.

5. Шифман Е.М., Тиканадзе А.Д., Варганов В.Я. Инфузионно - трансфузионная терапия в акушерстве. - Петрозаводск: издательство "ИнтелТек", 2001. - 304.

6. Greer I.A. Thrombosis in pregnancy: maternal and fetal issues // Lancet - 1999. - V. 354. - №9173. - P. 162 - 163.

7. Group T.S. Use of blood products for elective surgery in 43 European hospitals // Transfuse. Med. - 1994. - V.4. - P.251 - 268.

8. Leary J. Uterine artery ligation in the control of post cesarean hemorrhage // J. Report. Med. - 1995. - V. 40. - P.189.

9. Khan KS, Say L, Van Look PF. WHO analysis of maternal death: a systematic review. Lancet 2006;1066-74 Medline

10. PLACENTA PRAEVIA AND PLACENTA PRAEVIA ACCRETA: DIAGNOSIS AND MANAGEMENT. RCOG Guideline No. 27, October 2005. <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/uploaded-files/GT27PlacentaPreviaAccreta2005.pdf>

11. Polk H.C., Garrison Jr., Garrison J.R. Blood management practice guidelines conference highlights // Am. J. Surg. - 1995. V.170. - №6. - P.18 - 28.

**К читателям журнала!**

В этом номере журнала мы начинаем новую рубрику "Приглашаем к дискуссии", в которой хотели бы обсудить самые важные и актуальные проблемы как здравоохранения в целом, так и вопросы медицинского образования, подготовки медицинских и фармацевтических кадров для страны, развития медицинской науки и многое другое. Первая публикация посвящена внедрению в Кыргызстане семейной медицины, которая имеет как сторонников, так и противников.

## СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА - ПРАВИЛЬНЫЙ ЛИ ВЫБОР ДЛЯ КЫРГЫЗСТАНА?

Смит Б.Е.

Д-р Бартон Смит (Barton Smith) родился в 1968 году в штате Орегон (США). Окончил Медицинский институт Вандербильта (штат Теннесси) в 1992г., затем - программу ординатуры по семейной медицине в Южной Каролине. В течение 4 лет он служил в качестве семейного врача в ВВС США, из которых 2 года являлся ассистентом профессора Программы ординатуры по семейной медицине Медицинского института при Университете Сент-Луиса (штат Миссури). По окончании военной службы доктор Смит около 2 лет работал в отделении скорой помощи и в частной клинике семейной медицины.

В ноябре 2001г. Доктор Смит с женой Элеонор и двумя маленькими детьми приехал в Бишкек в качестве волонтера-консультанта по семейной медицине по линии Американского благотворительного фонда "Институт Научных Технологий и Языка", где проработал до сентября 2010 года. Сейчас доктор Смит работает заместителем регионального директора по качеству в проекте USAID "Качественное здравоохранение".



Последние несколько месяцев в Кыргызстане, в том числе на уровне Правительства оживлено дискутируется вопросы о текущем направлении и эффективности реформы здравоохранения. В частности, задается вопрос, послужило ли внедрение семейной медицины (СМ) причиной ухудшения некоторых индикаторов здравоохранения, таких как уровень материнской и детской смертности. Были высказаны мнения, что семейная медицина как специальность нерациональна, поскольку невозможно, чтобы один практикующий врач на достаточно качественном уровне оказывал такой широкий спектр медицинской помощи, и что качество медицинской помощи выше, если оно предоставляется врачами узкой специализации.

Разумеется, когда государство решает внедрить крупные реформы в системе здравоохранения, было бы наивно слепо идти вперед, без проведения текущего мониторинга и оценки эффективности, экономичности, гибкости (т.е. способности реагировать на изменяющиеся потребности здравоохранения) и справедливого доступа к медицинским услугам, как результат этих реформ. Но часто статистику здравоохранения сложно интерпретировать, поскольку на нее влияют множество социальных и экономических факторов, в дополнение к тем факторам, которые непосредственно связаны с предоставлением медицинской помощи населению. Поэтому, мы должны быть осмотрительны в своих

выводах, чтобы не допустить типичную логическую ошибку - *post hoc ergo propter hoc* (с латинского, "после этого, значит, вследствие этого"). Другими словами, мы не должны полагать, что временная взаимосвязь равна причинности, и винить определенные аспекты реформы (как реструктурирование первичной медико-санитарной помощи) в ухудшении некоторых индикаторов здравоохранения, в то же время, игнорируя другие потенциальные, и даже более вероятные причины. Реформа здравоохранения делала упор на важность принятия решений относительно оказания медицинской помощи индивидуальным пациентам, основываясь на лучших обоснованных доказательствах ("Доказательная медицина"). Таким же образом, решения в политике здравоохранения, в допустимых рамках, должны основываться скорее на доказательствах, а не только на единственном мнении, даже если эти мнения имеют силу и озвучены уважаемыми клиницистами. Научно-исследовательские ресурсы по изучению эффективности и экономичности различных методов оказания медицинской помощи населению пополняются новыми международными исследованиями, которые проводились как в развивающихся, так и в развитых странах. Поскольку лица, ответственные за разработку политики ищут дальнейшие пути развития реформы здравоохранения в Кыргызстане, им необходимо рассмотреть эти международные доказательства, также как и результаты

мониторинга и оценки реформы, проведенной в Кыргызстане.

Чтобы провести анализ результатов реформы первичного звена здравоохранения в КР необходимо, рассмотреть три отдельных вопроса: 1) была ли необходима реформа первичной медико-санитарной помощи; 2) была ли семейная медицина, по своей сути, той специальностью, которую пужно было внедрять и усиливать в Кыргызстане; 3) была ли реформа первичного звена здравоохранения успешной.

**1. Итак, была ли необходима реформа службы первичной медико-санитарной помощи?** Кыргызская Республика унаследовала систему здравоохранения, в который доминировала стационарная служба и ПМСП осуществлялась раздроблено через тройственную поликлиническую систему (взрослые и детские поликлиники, женские консультации), укомплектованные как врачами первичного звена (участковыми врачами), так и специалистами. До обретения страной независимости, на здравоохранение выделялось лишь 3,5% от ВВП, и только 7% из общих расходов на здравоохранение направлялись на первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) [1].

Кроме того, политика здравоохранения и ограниченный потенциал в оказании квалифицированной помощи на уровне первичного звена, даже при наиболее часто встречающихся состояниях, привели к увеличению числа направлений к узким специалистам и увеличению числа госпитализаций по поводу заболеваний, лечение которых в других странах осуществляется врачами первичного звена в условиях поликлиники. К примеру, терапевтам в поликлинике воспрещалось выставлять диагноз "бронхиальная астма" и, как правило, пациента направляли в стационар для установления диагноза пульмонологом. Слабую сторону данной системы, также отражает тот факт, что скрининг некоторых состояний (профилактические осмотры) проводились специалистами, например, даже здоровых детей, поступающих в школу или дошкольные образовательные учреждения, направляли к 6 узким специалистам. Аналогично, акушеры-гинекологи в обязательном порядке направляли беременных женщин к терапевту, стоматологу, окулисту, отоларингологу и эндокринологу (такая практика и сейчас продолжает существовать в некоторых учреждениях).

Эти недостатки в организации и предоставлении медицинской помощи населению сочетались со значительными ограничениями бюджета страны, в этой ситуации возникла необходимость во внедрении полномасштабной реформы первичного звена здравоохранения, и было принято решение развивать реформу первичной медико-санитарной помощи на философской и структурной основе семейной медицины.

**2. Была ли семейная медицина той специальностью, которую нужно было внедрять и усиливать в Кыргызстане?**

В Кыргызстане термин "семейная медицина" трактуется неточно. Существующие вокруг реформы вопросы и обвинительные заключения диктуют необходимость уточнения терминологии, прежде чем перейти к детальному обсуждению научно обоснованных данных о семейной медицине. Термин "Семейная медицина" был впервые использован в Соединенных Штатах для обозначения специальности, которая обеспечивала бы всестороннюю, координированную помощь пациентам обоих полов и всех возрастов на уровне первичного звена здравоохранения. Такие услуги предоставлялись врачами задолго до внедрения специальности "семейный врач", но их называли "врачами общей практики", они проходили короткий, обычно одногодичный, курс последипломного обучения. С внедрением семейной медицины как специальности это обучение было продлено до 3-х лет и были установлены четкие профессионально-квалификационные стандарты для врачей данной специальности. В других странах, термин "врач общей практики" относится к врачам, которые закончили продолжительную программу последипломного обучения по оказанию первичной медико-санитарной помощи (в отличие от врачей, которые завершили только одногодичную программу интернатуры). Первичную медико-санитарную помощь определяют как "обеспечение комплексной, доступной медицинской помощи врачами, которые несут ответственность за удовлетворение многочисленных потребностей индивидуумов в медицинской помощи, создание крепкого партнерства с пациентом, и осуществление врачебной практики в контексте семьи и общества" [2,3]. Семейные врачи не могут заменить акушер - гинекологов, педиатров, кардиологов, офтальмологов и других специалистов. Но качественно подготовленные семейные врачи могут осуществлять лечение приблизительно 85% заболеваний и состояний, часто встречающихся в условиях поликлиники, направляет пациентов к специалистам при остальных 15% заболеваний, которые не входят в рамки их компетенции. Помощь, оказываемая семейными врачами в тесном и долговременном сотрудничестве с пациентом и его семьей, позволяет клиницистам понимать психосоциальные и экономические факторы, которые могут повлиять на принятие решений относительно лечения.

Переподготовка в Кыргызстане более 2700 терапевтов, педиатров и акушер - гинекологов на краткосрочных (4-х месячных) курсах по семейной медицине никогда не ставила целью сделать из них полноценных семейных врачей и даже "врачей общей практики" в том понимании, в котором эти термины используются в других странах. Действительно, за такой короткий период обучения нельзя вооружить врачей всеми знаниями и навыками, необходимыми для того, чтобы индивидуально предоставлять полный объем услуг смешанной категории пациентов (всех возрастов и обоих полов). Прежде всего,

эти курсы были направлены на ознакомление специалистов с основными принципами семейной медицины (комплексность, непрерывность, скоординированная медицинская помощь, фокусированная на пациента). Также эти курсы включали обучение ключевым аспектам семейной медицины, с тем, чтобы группа (ГСВ), состоящая, как минимум из одного терапевта, одного педиатра и одного гинеколога, могла предоставить полный объем услуг первичной медико-санитарной помощи. Следует признать, что до внедрения реформы здравоохранения большинство врачей в отдаленных регионах, из-за нехватки медицинских специалистов, уже предоставляли услуги, которые выходили за рамки их основной специальности. На краткосрочном курсе по СМ они получили те необходимые знания и навыки по актуальным темам здравоохранения, которые не изучались в рамках их основной специальности.

И так, было ли разумным решение адаптировать и внедрить семейную медицину в ответ на некоторые серьезные проблемы здравоохранения, с которыми Кыргызстан столкнулся в середине 90-х? Некоторые аргументировали бы это острой необходимостью в снижении расходов на здравоохранение. Но было ли внедрение семейной медицины жертвой качеству? Данные, которые существовали до реформы и дополнительные исследования, выполненные в течение последних 10 лет, в значительной мере свидетельствуют в пользу вывода о том, что системы здравоохранения, где присутствует сильное ПМСП, характеризуются не только экономической эффективностью, но и равнозначными или улучшенными результатами по сравнению с системами, где преобладают специалисты.

#### **Доказательства в пользу качества.**

Бытует представление о том, что в Кыргызстане качество медицинской помощи, предоставляемой на уровне первичного звена здравоохранения, пошло на убыль с началом крупных реформ в системе здравоохранения. Является ли данное представление обоснованным? Об этом невозможно судить без использования строго тех же индикаторов качества для сравнения уровня медицинской помощи, предоставляемой сейчас с качеством медицинской помощи, существовавшей до реформы. Некоторые национальные показатели здравоохранения улучшаются, напри-

мер, снижение детской смертности; другие показатели, например, уровень смертности от сердечно - сосудистых заболеваний, рост которого наблюдался в течение нескольких лет, за последнее время стабилизировался. Показатель материнской смертности в 2009 г. действительно, повысился по сравнению с предыдущими годами. Однако, было бы неправильно смотреть односторонне на тенденцию ухудшения, так называемых "индикаторов эффективности здравоохранения" и делать необоснованные выводы, обвиняя первичную медико-санитарную службу, и возлагать на нее всю ответственность за якобы безуспешную реформу первичного звена здравоохранения. Эти индикаторы являются отражением множества факторов, некоторые из них не связаны напрямую с оказанием помощи на уровне первичного звена здравоохранения: например, нарушение питания, связанное с бедностью, влияющее на эффективность здравоохранения находится абсолютно вне контроля сектора здравоохранения.

Был проведен анализ десяти исследований, проведенных в США в период с 1985 г по 2005 г, чтобы оценить и прогнозировать влияние обеспеченности (укомплектованности) кадрами первичной медико-санитарной службы на результаты эффективности здравоохранения при увеличении числа врачей первичного звена, обслуживающих 10 тыс. населения на одну штатную единицу. По результатам этих исследований наблюдалась связь между обеспеченностью кадрами первичного звена и улучшением результатов эффективности здравоохранения, в частности, по таким показателям как уровень общей смертности, уровень смертности от онкологических, сердечно - сосудистых заболеваний, инсульта и уровень детской смертности; процент рождения с низким весом, ожидаемая продолжительность жизни и самооценка здоровья. Увеличение числа медработников первичного звена, обслуживающих 10 тысяч населения, на одну штатную единицу сопровождалось снижением среднего показателя смертности на 5,3% [4]. Исследование, проведенное в 2003 г. показало, что снижение этого показателя было более существенным, когда штат ПМСП увеличивается на одного семейного врача (соответственно, терапевта и педиатра). При этом, уровень смертности снижается на 9% с каждым новым врачом на 10 тысяч



населения, и это статистическая зависимость остается значимой, после корректировки на неравенство доходов, уровень образования, безработицу и процент городского населения [5]. Такое влияние, даже в большей степени имело место в социально бедных районах (определяемых высоким уровнем неравенства доходов) [6]. В другом исследовании, проведенном в США сделан вывод, что среди различных факторов, влияющих на эффективность здравоохранения, первичная медико-санитарная помощь является, безусловно превосходящим фактором в отношении лучшего состояния здоровья, соотносящегося с более низким показателем общей смертности, с более низким уровнем смертности от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, увеличением средней продолжительности жизни, с более низким уровнем детской смертности и снижением процента рождения с низким весом. В отличие от этого, увеличения обеспеченности узкими специалистами отрицательно влияет на показатель общей смертности, смертность от онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний, при этом ниже показатель средней продолжительности жизни, выше уровень младенческой смертности и процент рождения детей с низким весом. Авторы рекомендовали переориентировать политику здравоохранения США от практики предоставления дорогостоящей медицинской помощи, ориентированной на болезнь (а не на пациента в целом) и фокусированной на лечении, к практике оказания менее затратной, ориентированной на профилактику медицинской помощи, на уровне первичного звена здравоохранения [7].

Подобным же образом, в Англии, стандартизированный коэффициент общей смертности в возрастной категории от 15 до 64 лет ниже в тех областях, где преобладает укомплектованность врачами общей практики. (В Англии, педиатры и терапевты функционируют не как врачи первичного звена). С каждым новым врачом общей практики на 10 тысяч населения (повышение укомплектованности на 15-20%) наблюдается снижение уровня смертности на 6% [8]. В Испании, усиление первичного звена путем реорганизации служб здравоохранения было поддержано новым законом в середине 80-х годов. Влияние этой реформы на эффективность здравоохранения было оценено через 10 лет пу-

тем анализа показателей уровня смертности по основным причинам. Смертность, связанная с гипертонзией и инсультом значительно снизилась в тех районах, где реформа была внедрена раньше [9]. Заметное снижение уровня детской смертности (от 60 на 1,000 живорожденных в 1970 г. до 19 на 1,000 в 1985 г.) было достигнуто в Коста-Рике, благодаря внедрению реформ, ориентированных на предоставление медицинской помощи населению через команды/группы первичной медико-санитарной помощи, ответственные за обслуживание 1000 домохозяйств каждая. В различных исследованиях подсчитано, что усиление только лишь первичного звена здравоохранения привело к снижению детской смертности в пределах от 40% до 75% [10,11,12]. В статье, опубликованной в журнале Lancet за 2003 г., проведен анализ предотвратимых случаев смерти у детей и сделано заключение, что в 42 странах, на которые приходится 90% случаев детской смертности в мире, 63% случаев смерти могли бы быть предотвращены путем полной реализации потенциала первичной медико-санитарной помощи [13].

Имеется ряд международных сравнительных исследований, которые могут иметь отношение к вопросу, рассматриваемому в Кыргызстане. Эти исследования проведены с целью изучения взаимосвязи между потенциалом первичного звена здравоохранения и результатами эффективности здравоохранения. В одном из таких исследований проводится сравнение первичного звена на 18 различных индустриальных стран. Услуги были оценены в соответствии с основными характеристиками первичной медико-санитарной помощи (включая, помощь при первичном контакте; непрерывная помощь, фокусированная на пациента; комплексность и координация медицинской помощи). Также оценивалась политика здравоохранения в отношении первичной медико-санитарной помощи, с использованием таких индикаторов как справедливое распределение ресурсов здравоохранения, гарантированное финансирование, отсутствие или низкая соплат за услуги здравоохранения, процент врачей, которые не являются работниками первичного здравоохранения, и заработная плата врачей первичного звена здравоохранения относительно заработной платы других специалистов. В этих исследованиях авторы в равной мере от-

мечают, что более сильная первичная медико-санитарная служба сопровождалась улучшением результатов эффективности здравоохранения (общая смертность; преждевременная смертность от специфических причин, как бронхиальная астма, бронхит, эмфизема, пневмония и сердечно-сосудистые заболевания) даже после корректировки на неравенство доходов, процент курения и число врачей на 1000 населения. Страны со слабой первичной системой здравоохранения имели более низкие показатели по основным аспектам здравоохранения. В исследовании подсчитано, что при повышении оценки первичного звена здравоохранения на 5 пунктов (по 20-бальной шкале), можно было бы ожидать снижения преждевременной смертности от астмы и бронхита хотя бы на 6.5% и преждевременной смерти от болезней сердца, хотя бы на 15% [14].

В странах с низкой оценкой ПМСП (по той же 20-бальной шкале) отсутствовали такие характеристики, как оказание широкого спектра услуг врачами первичного звена, ограничение направлений к узким специалистам, оказание помощи всем членам семьи одним и тем же врачом первичного звена.

Когда идет сравнение качества помощи, оказываемой врачами общей практики и специалистами, исследования показывают противоречивые результаты, в зависимости от типа индикаторов, использованных в том или ином исследовании. Большинство исследований дают заключение, что качество медицинской помощи предоставляемой специалистами выше при специфических состояниях, входящих в область компетенции данного специалиста, если качество помощи оценивалось с использованием таких индикаторов качества, как выполнение специфических профилактических и лечебных мероприятий по поводу данного заболевания [15].

Однако, в других исследованиях, в которых использовались индикаторы качества, больше отражающие общие показатели состояния здоровья населения, нежели болезнь - специфические показатели сделано заключение, что врачи общей практики/семейные врачи обеспечивают помощь такого же качества, как и другие специалисты или даже лучше [16,17]. Starfield делает заключение:

"Врачи первичного звена, оказывают такого

же качества помощь, что и узкие специалисты при специфических, часто встречающихся заболеваниях и качество ухода лучше, если оно определено по показателям общего состояния здоровья. При менее распространенных заболеваниях помощь, предоставляемая врачами первичного звена, может быть оптимальной при соответствующей поддержке специалиста узкого профиля; при редких заболеваниях, помощь соответствующего специалиста, несомненно важна, поскольку врачи первичного звена недостаточно часто встречаются такие заболевания в своей практике, чтобы поддерживать свою компетенцию по их лечению" [18].

Многочисленные исследования, проведенные в разных странах, показывают, что уровень госпитализаций снижается у семейных врачей или врачей общей практики по сравнению с другими специалистами [19,20,21].

Профилактические услуги в большей степени предоставляются врачами общей практики, по сравнению с другими специалистами [22,23], процент раннего выявления различных видов злокачественных новообразований, связан с высоким процентом укомплектованности врачами первичного звена [24,25].

### **Доказательства в пользу экономической эффективности.**

В дополнение к улучшению результатов эффективности здравоохранения, оптимальная обеспеченность кадрами первичного звена сопровождается снижением общих затрат на медицинские услуги. В областях, где больше врачей первичного звена на численность населения, общие затраты на здравоохранение ниже, чем в других областях, возможно, за счет профилактической помощи и низкого уровня госпитализаций [26].

Затраты на оказание медицинской помощи при часто встречающихся заболеваниях выше, если помощь или услуги обеспечиваются специалистами, а не врачами общей практики, при этом нет различий в результатах оказания медицинской помощи [27]. Международные сравнительные исследования первичного здравоохранения также показывают, что в странах со слабой первичной медико-санитарной помощью затраты на здравоохранение выше [28].

### **3. Была ли в Кыргызстане реформа пер-**

**вичного звена здравоохранения успешной?**

Чтобы ответить на этот вопрос, прежде всего, следует уточнить, какими критериями определяется "успех", и по этим критериям оценить достигнуты ли улучшения. В отношении реформы первичного звена здравоохранения, успех можно определить как расширение объема услуг, предоставляемых ГСВ; повышение уровня соответствия практики врачей ГСВ клиническим протоколам по лечению заболеваний, входящих в сферу услуг семейных врачей; повышение удовлетворенности пациентов медицинскими услугами, предоставляемыми на первичном уровне; улучшение доступа к первичной медико-санитарной помощи для всех социально-экономических слоев населения и др.

Всесторонний обзор реформы здравоохранения "Манас" был завершен в 2005 г., его итоги были подведены в отчете д-ра Рифата Атун, директора Центра управления здравоохранением, Имперского колледжа Лондона [1].

В отчете представлена оценка реформирования здравоохранения, выполненная на тот период, включая оценку результатов внедрения системы Единого плательщика, программы государственных гарантий, амбулаторного пакета лекарственных средств и других программ, которые напрямую влияют на стоимость и доступность услуг ПМСП. Были сделаны следующие **выводы**:

- распределение услуг ПМСП среди различных социально-экономических групп населения показало "значительное" улучшение равенства в доступе к медицинским услугам.

- расширился объем услуг, предоставляемых ГСВ, 80-90% групп семейных врачей предоставляют медицинские услуги при туберкулезе и инфекциях, передающихся половым путем. В регионах, где реформа значительно продвинулась вперед, врачи ГСВ могли предоставлять услуги в области психического здоровья.

- в регионах с "продвинутой" стадией реформы врачи ГСВ значительно чаще проводили лечение острых и хронических состояний, часто встречающихся в ПМСП, чем их коллеги в регионах с начальной (г. Ош) и промежуточной (г. Бишкек) стадиями реформ.

- клинические руководства по лечению часто встречающихся заболеваний, основанные на доказательной медицине, а также руководства по

ИВБДВ и ДОТС, с большей частотой использовались врачами ГСВ в продвинутых по реформам регионах, по сравнению с областями с промежуточной и начальной стадиями реформ.

- врачи ГСВ, в продвинутых по реформе регионах, в большей степени были вовлечены в мероприятия по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, чем врачи ГСВ в областях с промежуточной и начальной стадиями реформ.

- за весь период реформы наблюдалось очевидное улучшение таких функций ПМСП, как функция сортировки больных и функция первого контакта, с уменьшением числа случаев госпитализаций и направлений к специалистам при состояниях, которые должны быть пролечены на уровне первичного звена семейными врачами. Анализ трехлетнего периода показал, что число направлений к специалистам при инфекциях нижних дыхательных путей и заболеваниях уха, горла, носа снизилось почти на 50%.

Автор сделал следующее **заключение**: результаты подтверждают преимущества первичной медико-санитарной помощи, основанной на принципах семейной медицины, с расширением объема услуг на уровне первичного звена... Улучшение ключевых функций первичного звена, в свою очередь, привело к уменьшению уровня направлений на госпитализацию, и тем самым, к повышению эффективности и экономичности системы здравоохранения [1].

Просматривая данные, собранные Республиканским медико-информационным центром (РМИЦ), в период с 2003 г. по 2008 г., мы видим очевидные факты улучшения медицинской помощи на уровне первичного звена здравоохранения [29,30]. Кыргызстан имеет высокий уровень распространенности артериальных гипертензий среди взрослого населения. Артериальные гипертензии все еще недостаточно диагностируются, поскольку скрининг данного состояния не проводится должным образом на уровне первичного звена. Однако, ПМСП рапортует о повышении уровня распространенности АГ на 31% в период с 2003 по 2008 гг., что отражает улучшение выявляемости. В этот же период, процент оказания неотложной помощи (на 100 пациентов) в связи с гипертензией, на уровне первичного звена и скорой медицинской помощи снизилось на 46% и 30% соответственно, отражая улучшение контроля гипертензии, как пока-

зателя качества ПМСП. Схожая ситуация с бронхиальной астмой (БА): улучшение выявляемости привело к повышению в отчетах показателя распространенности БА на 8%, в то время как, процент оказания неотложной помощи при БА на уровне ПМСП и ССМП снизилась на 49% и 42% соответственно. Уровень распространенности язвенной болезни уменьшился на 15% в период с 2003 по 2008 г., со снижением числа случаев оказания неотложной помощи при язвенной болезни, оказываемой в ГСВ и снижением уровня госпитализаций на 25%.

Основываясь на имеющихся доказательствах, мы убеждаемся, что эффективность ПМСП в Кыргызстане в действительности повысилась в результате реформы здравоохранения, что было ожидаемо, исходя из вышеупомянутых международных исследований, которые подчеркивают важность сильного первичного звена для сектора здравоохранения. Однако, как мы совместим тенденцию ухудшения некоторых показателей здравоохранения с исследованиями, подтверждающими улучшение эффективности первичной медико-санитарной помощи в КР? Не исключено, что попытки обвинить реформу первичного звена здравоохранения были поспешными, приводя к типичной логической ошибке: "после этого, значит вследствие этого"? Несомненно, что есть ряд проблем, на которые следует обратить внимание лидерам, ответственным за разработку политики в области здравоохранения, прежде чем делать поспешные выводы.

Возьмем для примера усугубление кадрового кризиса. В соответствии с международными стандартами в Кыргызстане к началу реформы здравоохранения было оптимальное число врачей (3.2 врача на 1000 населения, для сравнения, в странах - членах Организации экономического сотрудничества и развития это число составляет 2.1 на 1000 населения). Однако, эти кадровые ресурсы были распределены неравномерно, преобладающее число врачей было сосредоточено в Бишкеке, в то время как отдаленные регионы испытывали недостаток во врачебных кадрах [1]. К 2006 году в Кыргызстане число врачей составляло 2.0 на 1000 населения, со значительным снижением их числа в отдаленных районах. Так, например, в Тлопском районе Иссык-кульской области и Наукатском районе Ошской области число врачей составило толь-

ко 0.7 на 1000 населения. К 2008 году в целом по республике группы семейных врачей были укомплектованы лишь на 65% по сравнению с 2005 г. когда укомплектованность семейными врачами составляла 74%. С 2005 по 2007 гг. среднее число пациентов, приписанных к одному врачу ГСВ увеличилось от 3365 до 4552, или на 35%.

В соответствии с национальными нормативами - один семейный врач на 1500 населения, в Кыргызстане должно быть 3353 специалистов семейной медицины, однако в 2008 г их число составило 1462. Доступность специалистов для оказания помощи пациентам, которые были направлены врачами первичного звена, также влияет на индикаторы здравоохранения. Из предусмотренных 453 мест для педиатров, лишь 31 специалист работают в центрах семейной медицины за пределами Бишкека. Аналогично, в ЦСМ было предусмотрено 238 мест для акушеров - гинекологов, но только 61 специалист работают за пределами столицы. Число кардиологов, ортопедов и урологов, практикующих в ЦСМ за пределами Бишкека едва ли не один специалист на весь район, а в некоторых районах эти специалисты отсутствуют вовсе!

Глубокую обеспокоенность вызывают результаты изучения ситуации с кадровыми ресурсами, проведенного в 2007 г. Центром анализа политики здравоохранения [31]: из 141 практикующих врачей в возрасте до 50 лет у 48% были планы покинуть место работы в течение последующих 12 месяцев; из них 85% уже имели приглашение на работу в Россию или Казахстан. Среди врачей старшего возраста (предпенсионного и пенсионного) 28% также планировали выехать в Россию или Казахстан. Невозможно знать в какой мере кадровый кризис оказал отрицательное влияние на статистику здравоохранения, но кто-нибудь может сомневаться в важности этой проблемы? И перед фактом такого кризиса, возможно ли рассматривать вопрос о возвращении к той системе, когда медицинская помощь преимущественно оказывалась специалистами?

В такое поворотное время, когда страна должна решить, идти вперед по пути усиления первичной медико-санитарной помощи или вернуться назад к системе, основанной на узкоспециализированной помощи, нужны лидеры, опи-

рающийся на научно обоснованные факты. Доказательства, поддерживающие важность усиления первичного звена доступны, как в Кыргызстане, где результаты подтверждают состоятельность реформы ПМСП, так и за рубежом, где исследования неизменно свидетельствуют об улучшении эффективности и снижении затрат на здравоохранение там где имеется очень сильное первичное звено здравоохранения. Усилия теперь должны быть направлены на улучшение существующей системы ПМСП. Кыргызстан не может и дальше терять врачебные кадры. Мы должны сделать все зависящее от нас, чтобы сделать специальность семейного врача привлекательной для студентов, оканчивающих медицинские ВУЗы, в то же время поддерживая и укрепляя потенциал врачей, работающих в ГСВ, обеспечивая их оптимальной заработной платой, финансированием ежегодных курсов непрерывного профессионального развития и поддерживая их участие в программах по повышению качества, координируемых Ассоциацией групп семейных врачей. Не столь важно, как мы называем врачей ГСВ ("семейными врачами" или "педиатрами" и т.д.), важны объем и качество обеспечиваемых ими услуг. Значительные успехи достигнуты за последние несколько лет в разработке новых клинических руководств для первичного уровня здравоохранения, основанных на доказательной медицине, но впереди предстоит много работы по внедрению этих протоколов в практику с целью повышения качества медицинской помощи. Организаторы здравоохранения при поддержке международных партнеров в области развития разрабатывают стратегию, чтобы осуществить это, но успех зависит от финансовых инвестиций и политической поддержки со стороны Правительства Кыргызской Республики.

### Литература

1. Atun R. Оценка реформы здравоохранения "Манас" (1996-2005): Акцент на первичную медико-санитарную помощь. Проект анализа политики здравоохранения. Документ исследования политики № 29. March 2005.

2. Institute of Medicine. 1978. Кадровая политика для первичной медико-санитарной помощи. IOM Publication 7802. Washington, DC: National Academy of Sciences

3. Donaldson, M. S., K. D. Yordy, K. N. Lohr, and N. A. Vanselow. 1996. Первичная помощь: Здоровье Америки в новой эре. Washington, DC: National Academy Press.

4. Macinko J, B Starfield, L Shi. Количественное определение преимуществ здравоохранения, укомплектованного врачами первичного звена в Соединенных Штатах. *Int J Health Serv.* 2007; 37(1): 111-26.

5. Shi, L. et al. Взаимосвязь между первичной медико-санитарной помощью и стандартизированным показателем уровня возрастной смертности в США. 1980, 85, 90, 95. *J Am Board Fam Pract*, 2003; 16: 412-22.

6. Starfield, B, L Shi, J Macinko. Вклад первичной медико-санитарной помощи в системы здравоохранения и здоровье. Document 3, The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. 2005.

7. Shi, L. Первичная помощь, специализированная помощь и жизненные возможности. *Int J Health Serv*, 1994: 24(3):431-58.

8. Gulliford, M. C. Доступность первичной медико-санитарной помощи и здоровье населения в Англии: существует ли Ассоциация? *Journal of Public Health Medicine.* 2002, 24:252-54.

9. Villalbi, J. R., A. Guarga, M. I. Pasarin, M. Gil, C. Borrell, M. Ferran, and E. Cirera. Оценка влияния реформы первичной медико-санитарной помощи на здравоохранение. *Atenci?n Primaria.* 1999, 24:468-74.

10. Haines, M. and R. Avery. Дифференцированная детская и младенческая смертность в Коста-Рике. *Differential Infant and Child Mortality in Costa Rica. Population Studies.* 1982. 36:3143.

11. Klijzing, F. and H. Taylor. Снижение младенческой смертности в Коста-Рике, 1950-73: Modernization or Technological Diffusion? *Malaysian Journal of Tropical Geography.* 1982. 5:2229.

12. Rosero-Bixby, L. Младенческая смертность в Коста-Рике: объяснение недавнего снижения. *Studies in Family Planning.* 1986. 17:57-65.

13. Jones, G., R. W. Steketec, R. E. Black, Z. A. Bhutta, and S. S. Morris. 2003. Сколько случаев детской смертности мы можем предотвратить в этом году? *Lancet* 362:65-71.

14. Macinko, J., B. Starfield, and L. Shi. Вклад первичной медико-санитарной помощи в улучшение результатов эффективности здравоохранения в странах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), 2003. 1970-

1998.

15. Harrold, L. R., T. S. Field, and J. H. Gurwitz. Знания, стандарты помощи, и результаты помощи, предоставляемой врачами широкого профиля и специалистами. *Journal of General Internal Medicine* 1999.14:499-511.

16. Grumbach, K., J. V. Selby, J. A. Schmittdiel, and C. P. Quesenberry, Jr. Качество первичной медико-санитарной помощи в крупных ЛПО в соответствии со специальностью врача. *Health Services Research*. 1999. 34:485-502.

17. Donohoe, M. T. Сравнение медицинской помощи, обеспечиваемой врачами общей практики и специалистами: различия, недостатки, и чрезмерность. *Archives of Internal Medicine*. 1998. 158:1596-1608.

18. Starfield, et al. 2005. *Ibid*.

19. Gulliford, M. C. Доступность первичной медико-санитарной помощи и здоровье населения в Англии: существует ли Ассоциация? *Journal of Public Health Medicine*. 2002. 24:252-254.

20. Greenfield, S., E. C. Nelson, M. Zubkoff, W. Manning, W. Rogers, R. L. Kravitz, A. Keller, A. R. Tarlov, and J. E. Jr Ware. Вариации использования ресурсов среди медицинских специалистов и систем здравоохранения. Results from the Medical Outcomes Study. *Journal of the American Medical Association*. 1992. 267:1624-1630.

21. Casanova, C., C. Colomer, and B. Starfield. Госпитализация детей по поводу состояний, лечение которых возможно в амбулаторных условиях (Валенсия, Испания). *Международный журнал по качеству в системе здравоохранения*. 1996. 8:51-59.

22. Bertakis, K. D., E. J. Callahan, L. J. Helms, R. Azari, J. A. Robbins, и J. Miller. Physician Стили врачебной практики и результаты для пациента: различия между семейной медициной и общей терапией. *Медицинская помощь*. 1998. 36:879-891.

23. Bindman, A. B., K. Grumbach, D. Osmond, K. Vranizan, и A. L. Stewart. Первичная медико-

санитарная служба и получение профилактических услуг. *Journal of General Internal Medicine*. 1996. 11:26276.

24. Campbell, R. J., A. M. Ramirez, K. Perez, и R. G. Roetzheim. Частота распространенности шейки матки и обеспеченность врачами первичного звена во Флориде. *Семейная медицина*. 2003. 35:60-64.

25. Roetzheim, R. G., N. Pal, E. C. Gonzalez, J. M. Ferrante, D. J. Van Durme, J. Z. Lyanian, и J. P. Krischer. Влияние укомплектованности врачами на раннее выявление рака ободочной и прямой кишки. *Journal of Family Practice*. 1999. 48:850-858.

26. Franks, P., K. Fiscella. Врачи первичного звена и специалисты, как индивидуальные врачи. *Health Care Expenditures and Mortality Experience*. 1998. *Journal of Family Practice* 47:105-109.

27. Whittle, J., C. J. Lin, J. R. Lave, M. J. Fine, K. M. Delaney, D. Z. Joyce, W. W. Young, и W. N. Karoog. Влияние квалификации врача на результаты, процесс и затраты на медицинскую помощь при внебольничной пневмонии. *Medical Care* 1998. 36:977-987.

28. Starfield, B. and L. Shi. Решающие факторы в политике здравоохранения: международные перспективы. *Health Policy*. 2002. 60:201-218.

29. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения в Кыргызской Республике в 2005 г. Министерство здравоохранения КР; Республиканский медико-информационный центр, 2006.

30. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения в Кыргызской Республике в 2008 г. Министерство здравоохранения КР; Республиканский медико-информационный центр, 2009.

31. Кожокеев К, G Murzalieva, E Manjjeva. Почему наши врачи уезжают? Изучение причин миграции медицинских кадров в Кыргызстане. Документ исследования политики № 51. Республиканский центр развития здравоохранения МЗ КР, май 2008.

## ИНФОРМАЦИОННО-КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ФАРМАЦЕВТА В АПТЕЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ Г. БИШКЕК

Кельдибекова Т., Орозбакова З., Исмаилов И.З.

*Кафедра базисной и клинической фармакологии, Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,  
г. Бишкек, Кыргызстан*

**Резюме.** В статье рассмотрены вопросы профессионального консультирования покупателей фармацевтом и оценка качества обслуживания потребителей лекарств в аптечном учреждении.

**Ключевые слова:** фармацевт, покупатель, лекарственное средство, аптечное учреждение, консультирование, качество обслуживания.

**Резюме.** Макалада фармацевттин сатып алуучуларга профессионалдуу кепеш берүүсүнө жана дарыканада дары керектөөчүлөрдү сапаттуу тейлоосүнө баа берүү каралган.

**Негизги сөздөр:** фармацевт, сатып алуучу, дары, дарыкана мекемеси, кепеш берүү, сапаттуу тейлөө.

**Resume.** This article describes issues of professional pharmaceutical counseling to buyers and assessment of customer service quality of medicines in pharmacies.

**Keywords:** pharmacist, buyer, drug, pharmacies, counseling, quality of service.

**Введение.** Большие изменения, произошедшие за последние десятилетия на фармацевтическом рынке Кыргызстана, сопровождавшиеся разгосударствлением собственности, ростом числа субъектов фармацевтического рынка, повышением цен, увеличением ассортимента лекарственных препаратов, стали предпосылками роста роли фармацевта в системе здравоохранения Кыргызской Республики. Увеличение числа аптечных учреждений явилось одной из причин обострения конкуренции на фармацевтическом рынке. Кроме того, ассортимент лекарственных препаратов возрос почти в три раза, причем, во многом за счет введения в ассортиментный перечень препаратов-генериков различных фирм-производителей.

На сегодняшний день на рынке присутствует огромное количество компаний. Ежегодно в Кыргызстан поступает более семи тысяч различных медикаментов, из которых 68% поступают из дальнего зарубежья (Европа, США, Индия, Канада и т.д.), 28% из ближнего зарубежья (Россия, Украина, Белоруссия) и только 7% лекарственных препаратов местного производства [1,2,3,4]. Вследствие этого, из-за большого разнообразия ввозимых лекарственных препаратов

и благодаря рекламе лекарств в средствах массовой информации, зачастую больной, не обращаясь к врачу, либо сам выбирает себе препарат, либо обращается за помощью к фармацевту. Многие фармацевтические компании в целях получения максимальной прибыли способствуют продвижению на фармацевтический рынок своих препаратов с сомнительным качеством.

**Цель исследования** - изучить, насколько полно реализуется консультативная функция фармацевта, как основной компонент качества обслуживания пациентов в аптеках г. Бишкек.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проводилось в выборочных точках розничной аптечной торговли г. Бишкек с участием 312 человек методом интервьюирования покупателей. Были выбраны следующие виды аптек: транзитные - находящиеся на пересечении центральных улиц, спальные - расположенные в микрорайонах, аптеки, находящиеся рядом с лечебно-профилактическими учреждениями, а также аптеки открытого (фарммаркеты) и закрытого типов.

Опрос посетителей аптек проводился с помощью анкеты, содержащей 9 вопросов, из них 2 - открытого типа и 7 - закрытого типа. Вопро-

сы закрытого типа кодировались. Полученные данные обрабатывались общепринятыми статистическими методами при помощи персонального компьютера с использованием табличного редактора Excel' 2002 с пакетом анализа для Windows XP.

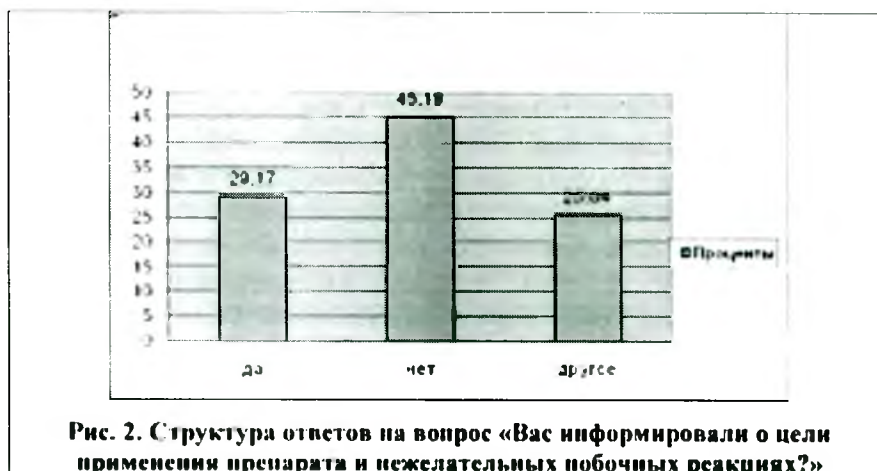
**Результаты исследования.** В ходе исследования установлено, что 58% покупателей в аптеках составляют женщины, 42% - мужчины. При посещении аптеки 81,4% её клиентов приобретают ЛС или ИМН, а 18,6% посетителей

аптек уходят без покупок.

При ответе на вопрос "Было ли предложение фармацевта о замене препарата?" 15,7% респондентов ответили утвердительно. Некоторые препараты сегодня недоступны населению из-за высокой цены, поэтому у фармацевта есть возможность заменить дорогое средство более доступным по цене препаратом-генериком, для чего фармацевту необходимы хорошие знания номенклатуры лекарственных средств.



При ответе на вопрос "Вас информировали о цели применения препарата и нежелательных побочных реакциях?" 45,19% покупателей указали, что такой информации от фармацевта они не получили (рис.2).



При этом оказалось, что 29,17% покупателей сами поинтересовались у фармацевта о побочных реакциях лекарственного препарата, а 25,64% опрошенных ответили, что либо знают о побочных действиях, либо их проконсультировал лечащий врач.



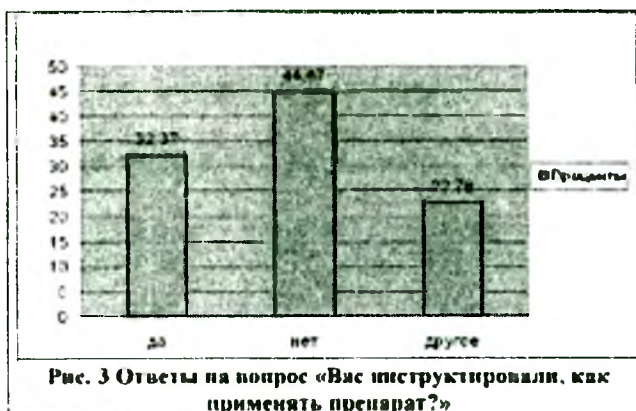


Рис. 3 Ответы на вопрос «Вас инструктировали, как применять препарат?»

Как видно из рисунка 3, 44,87% покупателей ушли из аптеки, не получив инструкции от фармацевта по приему препарата, только 32,37% покупателей были проинструктированы фармацевтом, а 22,76% покупателей лекарств ответили, что знают как принимать ЛП, т.к. их проконсультировал лечащий врач, либо они могут найти нужную информацию в листке-вкладыше.

**Заключение**

Таким образом, проведенное исследование показало, что население нашей страны имеет доступ к лекарственным средствам, но уровень фармацевтического консультирования пациентов в аптеках остаётся недостаточным. Пациенты имеют доступ к информации о лекарстве из инструкций по применению, рекламных буклетов, средств массовой информации, Интернета, но эта информация не всегда достоверна и полна.

Фармацевтическое консультирование пациен-

тов является ключевым звеном увеличения качества обслуживания клиентов аптеки, позволяет улучшить показатели общественного здоровья, снизить количество побочных эффектов, уменьшить количество бессмысленно используемых пациентами лекарственных средств и, в конечном счете, способствует увеличению прибыли фармацевтической организации.

**Литература**

1. Справочник "Фармацевтический рынок Кыргызстана" (сост. К.С. Чолпонбаев, Бишкек, 2005 г.), данные ДЛЮ и МТ Минздрава КР, Национального статистического комитета КР;
2. Документ "Здравоохранение Кыргызстана в 21 веке", НiТ (Healthcare Systems in Transition) of Kyrgyzstan (2000);
3. [www.pharm.kg](http://www.pharm.kg);
4. [www.mz.med.kg](http://www.mz.med.kg)

## АНАЛИЗ РАЦИОНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ И ХОБ

Мурагова М.М., Абдукахарова Э.Д., Усупбекова А.Р.

*Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,  
каф. базисной и клинической фармакологии, Бишкек, Кыргызстан*

**Резюме.** Результаты проведенного исследования показали, что некоторые стационары МЗ КР закупают большое количество дорогих ЛС для лечения ХОБЛ и ХОБ. Известно, что стоимость брендовых ЛС в разы превышает стоимость ЛС под МНН, при этом, по качеству не всегда соответствуя своей цене. Закуп ЛС под МНН позволит стационарам не только расширить общий список закупаемых ЛС, но и приобретать ЛС с запасом в целях бесперебойной фармакотерапии.

**Ключевые слова.** Хроническая обструктивная болезнь легких, хронический обструктивный бронхит, рациональное использование лекарственных средств.

**Summary.** Results of the research have shown that some hospitals of Kyrgyz Republic are purchasing a big quantity of expensive medicines for the treatment of chronic obstructive pulmonary disease, chronic obstructive bronchitis. It is known that the cost of branded drugs at times exceeds the cost of drugs by INN, while the quality is not always matching their price. Procurement of drugs under INN hospitals will not only enhance the overall list of procured drugs, but to buy drugs with a reserve to smooth pharmacotherapy.

**Key words.** Chronic obstructive pulmonary disease, chronic obstructive bronchitis, rational drug use.

**Корутунду.** Жүргүзүлгөн изилдөө төмөнкү жыйынтыктарды көрсөттү. Обструктивдик созулма өпкө оорусун жана обструктивдик созулма бронхитти даарылоодо Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо Министрлигине караштуу кээ бир ооруканалары кымбат даарыларды көптөгөн санда сатып алып жатышат. Көпчүлүккө белгилүү болгондой аты чыккан даары-дармектердин баасы Эл-аралык патенттелген эмес аталышы (ЭПА) бар даарыларга караганда бир кыйла ойдо болуп, сапаты боюнча ар-дайым өз баасына татыктуу келе бербейт. ЭПА бар даарыларды сатып алуу көптөгөн ооруканаларга сатып алынуучу даарылардын тизмесин кеңейткенге көмөк көрсөтөт. Андан тышкары, үзгүлтүксүз даарылоо үчүн сатып алынуучу даарыларды камдаганга да шарттар түзүлөт.

**Негизги создор.** Обструктивдик созулма өпкө оорусу, обструктивдик созулма бронхит, даары-дармектерди туура пайдалануу

**Введение.** В настоящее время к одним из наиболее распространенных нозологий по всему миру можно отнести болезни органов дыхания. В США, например, в 1995 году было зарегистрировано 14 млн. больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и хроническим обструктивным бронхитом (ХОБ). С 1982 по 1995 гг. число больных возросло на 41,5 %, и теперь в США страдают ХОБЛ около 6 % мужчин и 3% женщин, а среди лиц старше 55 лет-10% больных. В России по результатам подсче-

тов с использованием эпидемиологических маркеров предположительно около 11 млн. больных, а по официальной медицинской статистике - около 1млн [1]. В КР ХОБЛ и ХОБ страдают 23,9% взрослых и подростков. Указанные заболевания органов дыхания стоят на первом месте среди остальных нозологий, а среди детей болезнями органов дыхания страдают до 42,9% [2]. В связи с этим, проведение исследования по изучению рационального использования лекарственных средств врачами стационаров при ле-

чении ХОБЛ и ХОБ является достаточно актуальным.

**Целью исследования.** Анализ использования лекарственных средств при проведении фармакотерапии пациентов с ХОБЛ и ХОБ.

**Материалы и методы исследования.** Анализ существующей практики использования ЛС в стационарах мониторировался нами путем выкопировки данных из медицинских карт, в частности, листов назначений больных, находившихся на стационарном лечении в период с 2007 - 2009 гг. Всего в ходе исследования было обработано 248 листов назначений из медицинских карт пациентов с ХОБЛ 2 - 3 степени, среднее и тяжелое течение; ХОБ в фазе обострения; эмфиземой легких; диффузным пневмосклерозом; легочной недостаточностью 1 и 2 степени.

**Результаты исследования.** Наиболее часто среди сопутствующих заболеваний пациентов с ХОБЛ и ХОБ встречались следующие патологии: ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, атеросклероз аорты, мозговых сосудов, гипертоническая болезнь 2 и 3 степени высокого риска. Количество проведенных койко-дней на стационарном лечении в среднем составило 11.

После обработки карт и анализа полученных данных выяснилось, что весь перечень лекарственных препаратов (ЛП), назначенных пациентам с ХОБЛ и ХОБ, был представлен 50 наименованиями лекарственных средств (ЛС). В этот список были включены те ЛП, которые были назначены врачами более 5 раз (более 5 случаев). Из 50 ЛС общего списка медикаментов, назначенных пациентам с заболеваниями бронхо-легочной системы, 22 ЛП были назначены под торговыми наименованиями, 28 - под МНН. Очевидно, что подобное соотношение влияет не только на стоимость полного курса медикаментозной терапии пациента, но и на общую сумму финансовых средств затраченных стационаром, так как известно, что стоимость ЛС под МНН, как правило, намного ниже стоимости брендовых ЛС. Для наглядности приводим пример стоимости препарата генерика и брендового ЛС: стоимость 20 таблеток амброксола в дозе 30 мг составляет 40 сомов (0,89 \$), а амбро в той же дозировке - 63 сома (1,4 \$) (цены в долларах США приведены по курсу кыргызского сома к доллару США в январе 2010 г).

Как видно из рисунка 1., среди наиболее час-

то назначаемых ЛС по основному диагнозу фигурируют 9 препаратов: амбро 30 мг, эуфиллин 2,4% на изотоническом растворе, раствор аскорбиновой кислоты, аэрозоль атровента, цефатоксим, дексаметазон, теофил, тромбокард. Под МНН среди них всего 4 ЛС, под торговыми наименованиями - 5.

Кроме того, в результате проведенного анализа выяснилось, что из всего списка ЛС, назначенных пациентам с ХОБЛ, только 5 препаратов входят в Клинические протоколы по диагностике и лечению болезней органов дыхания, разработанных для первичного и вторичного уровня здравоохранения в КР. Остальные препараты из этого перечня соответствуют клиническому протоколу, но были назначены пациентам под брендовыми наименованиями, что естественно значительно повышало стоимость лечения пациентам.

Кроме того, установлено, что в среднем пациентам назначались 7-9 препаратов на курс лечения, а в некоторых случаях количество ЛС достигало 11. Выявленный факт можно расценивать как полипрагмазию.

**Заключение.** Таким образом, в ходе исследования выяснилось, что практически половина (44%) ЛС, применяемых врачами стационаров для лечения заболеваний бронхо-легочной системы, были назначены под торговыми наименованиями. Представленные данные говорят о том, что в стационарах пациенты часто получают не генерические ЛС, а брендовые препараты определенных фармацевтических фирм - производителей, стоимость которых в разы превышает стоимость препаратов-генериков. Кроме того, закуп стационарами больших количеств дорогих ЛС может привести к не рациональному распределению и расходу денежных ресурсов.



Рис. 1. Структура ЛС, наиболее часто назначенных больным с ХОБЛ и ХОБ

**Литература**

1. Лещенко И. В., Овчаренко С. И. Современные проблемы диагностики хронической обструктивной болезни легких // РМЖ. - 2003. - Т. 4. - № 11.
2. Сборник статистических материалов Кыргызской Республики, 2008.

## ОЦЕНКА РАЦИОНАЛЬНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

А. Тилебалиева., Ж.О. Жумагулова, У.М. Тилекеева

*КГМА им. И.К.Ахунбаева*

**Резюме:** в статье приводятся данные анализа рационального назначения лекарственных средств врачами терапевтических отделений в условиях стационара. Выявлены в более чем в 50% случаев: полипрагмазия, нерациональное комбинирование лекарственных средств, необоснованность выбора путей введения, несоответствие ПЖВЛС КР.

**Ключевые слова:** рациональное использование лекарственных средств, полипрагмазия, взаимодействие лекарственных средств.

## EVALUATION OF RATIONAL DRUG USING IN REAL CLINICAL PRACTICE IN THE HOSPITAL

A. Tilebalieva., J.O. Jumagulova, U.M. Tilekeeva

*Basic and clinical pharmacology, Bishkek*

**Abstract.** The analyses of rational drug use by physicians - therapists in hospitals. Polypharmacy irrational combined use of drugs, unproven routes of drug administration drug use inadequate to Essential drugs List of Kyrgyz Republic are revealed.

**Key words:** rational drug use, polypharmacy, drug-drug interaction.

## РЕАЛДЫК КЛИНИКАЛЫК ТАЖЫРЫЙБАДА ДАРЫЛАРДЫ РАЦИОНАЛДУУ КОЛДОНУУ БОЮНЧА БАА БЕРИЛИШИ

А. Тилебалиева., Ж.О. Жумагулова, У.М. Тилекеева

*И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, базистик жана клиникалык фармакология кафедрасы, Бишкек шаары*

**Жыйынтыктоо.** Бул статьяда оорукананын денгелинде терапия бөлүмдөрүнүн врачтарынын дарыларды иреттүлүктүү дайындоо боюнча тандалган сыноо баасы берилген.

**Өлөктүү создөр:** дарыларды иреттүлүктүү колдонуу, бир нече дарыларды гоптоп дайындоо, дарылардын бир бири менен болгон качтынаттуулуктары.

**Актуальность.** В период модернизации отечественного здравоохранения и активного развития фармацевтического рынка проблема рационального использования лекарств (РИЛС) является чрезвычайно актуальной.

РИЛС и рациональность их выбора являются теми факторами, которые определяют эффективность лечения заболеваний, независимо от нозологической формы, а ее детали являются

предметом широкого изучения и анализа, в силу того, что стратегия проведения рациональной фармакотерапии постоянно совершенствуется на основе базы данных по изучению эффективности и безопасности лекарственных средств (1).

По данным ВОЗ, половина всех лекарств назначается или используется нерационально, кроме того, согласно статистике, до 10% госпита-

лизаций связано именно с осложнениями, вызванными употреблением лекарств. Нерациональное использование лекарств, увлечение и злоупотребление ими приводит к развитию многочисленных побочных эффектов. В результате страдает здоровье населения трудоспособного возраста, государство несет неоправданные расходы, связанные с потерей здоровья квалифицированных специалистов всех отраслей, что в совокупности приводит к серьезному экономическому ущербу (3).

Врачам в ежедневной практике необходимо осуществлять выбор конкретного лекарственного препарата конкретному больному, обеспечивая этим максимальный терапевтический эффект при разумных затратах. Этот выбор лекарственного средства должен быть научно обоснованным. Однако, информации о лекарствах, представленная в источниках литературы, порой недостаточна для рационального выбора эффективных и безопасных лекарств. Именно за счет внедрения доказательно подтвержденных рекомендаций система здравоохранения может достичь оптимизации затрат, что является одной из первоочередных задач реформирования здравоохранения нашего государства.

Прогресс в медицине привели к лавинообразному возрастанию количества назначаемых больным лекарственных препаратов. Обратной стороной медали становится увеличение числа случаев нежелательных взаимодействий лекарств. Именно поэтому тема лекарственных взаимодействий в последнее время так активно обсуждается (1,2). Понимание основных положений, касающихся взаимодействий лекарств, позволяет прогнозировать их совместное действие в организме еще до назначения пациенту, но, к сожалению, врачи по ряду разных объективных и субъективных причин не всегда придерживаются рациональной фармакотерапии.

Целью данного исследования явилось изучение практики назначения и анализ общих проблем рационального использования лекарственных препаратов больных терапевтического профиля в стационарных условиях.

Материалы и методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ назначения лекарственных препаратов по индикаторам ВОЗ 52 пациентам находящимся на лечении в клинических подразделениях терапевтического профи-

ля. Анализ проводился путем выкопировывания листов назначений. Возраст больных варьировал от 20 до 75 лет.

Полученные результаты и обсуждение. В процессе исследования было установлено, что в общей сложности всем пациентам всего было назначено 414 лекарственных препаратов, при этом уровень лекарственной нагрузки на одного пациента в среднем составил 7,89 препарата. Из них препараты, назначенные под международным непатентованным наименованием составили только 50%, в 60,6% случаях препараты были назначены из перечня жизненно-важных лекарственных средств для Кыргызской Республики.

Учитывая, значение возможных позитивных и негативных эффектов взаимодействия лекарственных средств при сочетанном использовании лекарственных средств нами было проанализирована их рациональность и безопасность. Следует помнить, что лекарственное взаимодействие может приводить к очень серьезным неблагоприятным последствиям. По имеющимся данным, в результате взаимодействия ЛС развивается около 50% побочных реакций от лекарств, приблизительно 30% умирают в результате нерационального взаимодействия препаратов (1). Так, оказалось, что врачами назначались нерациональные комбинации: совместный прием ацетилсалициловой кислоты и цефалоспоринов приводит к риску повышения кровотечений, дигоксина и фуросемида к повышению токсичности первого, калия хлорид и лизиноприла к гиперкалиемии, дигоксина и фуросемида к повышению токсичности сердечных гликозидов, цефазолина и ацетилсалициловой кислоты к усилению нефротоксичности, нормодипина и атенолола к повышению риска развития сердечной недостаточности, верошпирона и лизиноприла к гиперкалиемии, гепарина и ацетилсалициловой кислоты к риску повышения кровотечений, диклофенака и спиронолактона к снижению диуретического эффекта.

Причем в 208 (50,2%) случаев, препараты вводились парентерально. При этом имелись случаи одновременного применения двух лекарственных форм этого препарата, т.е. парентерально и энтерально. Например, очень часто назначались два нестероидных противовоспалительных препарата: напроксен внутрь и дикло-

фенак - натрия внутримышечно, что считается нерациональным, таким образом, мы усиливаем не фармакологический эффект, а побочные действия препаратов. Также врачами во время лечения отменялись назначенные препараты, но в историях болезни ими не описаны побочные эффекты препаратов и не заполнены "желтые" карты. Например, был 1 случай отмены amitриптилина. Выявлены также случаи необоснованного назначения лекарственных средств.

Полученные данные однозначно указывают на наличие полипрагмазии в практике назначений, пациентам назначались до 11-12 лекарственных препаратов. Установленным фактом является риск значительного, в 3-4 раза, повышения частоты развития побочных эффектов лекарственных средств при одновременном применении более 4-5 препаратов.

Резюмируя, можно отметить, что в ходе обзора и анализа назначений лекарственных средств, у больных получающих лечение в терапевтических отделениях охарактеризовал реальную картину существующей практики. Установлены факты: полипрагмазии, необоснованного

назначения и нерационального комбинирования лекарственных средств. Одним из признанных и успешных решений этой проблемы является повышение знаний врачей по вопросам рационального назначения лекарственных средств. На наш взгляд необходима разработка целевых образовательных программ для врачей, также обеспечение их информацией о более эффективном и экономичном использовании лекарственных средств с учетом их взаимодействий.

#### Литература:

1. О.Д. Остроумова, А.М. Багутина, А.А. Зыкова. /Лекарственное взаимодействие: существуют ли "идеальные" лекарственные препараты для использования в условиях полипрагмазии?, 2003.
2. Ж.Д. Кобалева. /Клинические аспекты проблемы лекарственных взаимодействий в кардиологии/, 2005.
3. Л. Клевцова. /"Доказательная медицина в России: перспективы развития", "Московские аптеки" № 4, 2003.

## ФИТОТЕРАПИЯ - ОСОБАЯ ФИЛОСОФИЯ КОНТАКТА С ПРИРОДОЙ

Ниязалнева Д.А., Азембаев А.А., Тугунтаев Г.И.

*РГП «Научный центр противомикробных препаратов»*

**Резюме.** Особенности применения лекарственных трав в западной и восточной медицине. Индивидуальный подход в восприятии организма человека как единую часть природы в восточной традиционной медицине.

**The resume.** Features of application of medicinal grasses in western and east medicine. Individual approach in perception of a human body as a uniform part of the nature in east traditional medicine.

История фитотерапии имеет возраст, равный истории человечества. Народная медицина начала существовать с незапамятных времен, когда люди начали искать себе исцеления в лечении травами. Каждый народ имел свою медицину, занимался лечением своих заболевших соплеменников и раненных на охоте или в боях воинов. Первобытные народы, осваивая местную флору, находили многие полезные растения обладающие целебными и ядовитыми свойствами. Так появились первые лекарства. Для утоления боли, чувства голода, повышение выносливости население Восточной Азии применяло чай, Африки - кофе, орехи, Индии - чай из камелии синенси, Центральной Америки - какао, Южной Америки - листья мате, индейцы Амазонки - гуарану. Для борьбы с глистами жители Африки применяли цветы куссо, Азии - камалу, жители Севера - корневище папоротника. И в этих растениях действующими веществами оказались природные соединения одного класса. Вот отсюда, из поколения в поколение, начинаются истоки фитотерапии и фармакогнозии. В ее развитии профессиональный навык и практическое наблюдения намного опережали научные исследования.

Одними из древнейших медицинских в мире являются: тибетская, древнеегипетская, китайская, уйгурская, корейская, индийская (йога и аюрведа), вавилонская, ассирийская, древнегреческая и древнеримская медицина.

По данным ВОЗ, существующая в мире медицина разделена на 3 вида:

1. Академическая медицина;
2. Традиционная, или так называемая, восточная медицина;
3. Народная медицина.

Академическая медицина - это всем известная европейская медицина.

Традиционная (китайская, индийская, египетская, тибетская) медицина - это специфическая наука, которая принципиально отличается от западной и насчитывает огромное количество письменных источников. Например, китайская медицина существует 5000 лет и насчитывает более 10000 письменных источников.

Народная медицина - это устные предания, которые передаются из поколения в поколение. Представителями этой медицины являются знахари и целители.

На востоке, наиболее обширным считается "травники". К примеру, травник "Бань-цао-ганму" и поныне считается в Китае непревзойденным. В нем описано 1892 объекта, в том числе лекарственных растений до 900 видов.

Индийская медицина также самобытна, как и китайская. Она имеет свою оригинальную философию медицинских теорий и ассортимент лекарств, базирующийся на своей флоре. Древнейший санскритский кпигой Индии, считается "Аюрведа" - "Наука о жизни" (VI век до н.э.), где описано свыше 700 лекарственных растений.

Тибетская, созданная на базе индийской, была занесена в Тибет вместе с буддизмом (V - VI в. н.э.). Наиболее известна книга "Джуд-ши" ("Сущность целебного"), составленная на основе "Аюрведы".

В истории медицины яркий след оставили ученые медики, естествоиспытатели Средней Азии. Ученые использовали переведенные книги на арабский язык греческих и римских врачей.

В Академической медицине лекарственные растения разделяются по ботаническим призна-



кам, официально учитывается химический состав и фармакологическое действие на организм человека и животных. Исследуется влияние отдельно изолированных алкалоидов, глюкозидов и других химических веществ, полученных из растительного сырья на организм.

С переходом от трав к таблеткам лекарственных препараты стали более сильными, но при этом оказалось, что они обладают множеством нежелательных побочных эффектов. Именно этот факт является одной из главных причин популярности относительно слабо действующих растительных лекарственных средств, поскольку в них часто содержатся компоненты, снижающие риск нежелательных побочных действий.

Согласно Академической медицине считается, что применение лекарственных растений народными способами не может заменить химических и других лечебных препаратов и обычного медицинского лечения. Однако признается, что лекарственные растения и их сборы являются естественными природными медикаментами и обладают свойством оздоровительного воздействия на организм человека.

В медицине, где применяется много синтетических, т.е. химических препаратов, практический невозможно создать идеальные лечебные компоненты, которые не оказывали бы побочного действия. По данным ВОЗ, назначение химических элементов только лишь на 50% оказывает лечебный эффект, и на 50% - побочное. Сила западных лекарств и наличие его побочных эффектов при приеме объясняется тем, что препарат рассчитан на одном биологически активном веществе, которое оказывает физиологическое воздействие на организм, а также множества вспомогательных веществ, которые принимаются во внимание как несущественное.

В то время, когда западная медицина рассматривает организм человека по структурно-анатомическим признакам: сердечно-сосудистая система, желудочно-кишечный тракт, нервная, эндокрипная система, печень, мочевыделительная система, кровь, опорно-двигательный аппарат и т. д., восточная же медицина, исходит из целостности организма и общности функционирования.

По философии восточной медицины организм человека является неотъемлемой частью космоса. Его жизнь и состояние здоровья напря-

мую зависит от влияния сил окружающей природы и находится в динамическом равновесии с окружающим миром.

Механизм целебного действия трав, применяемых в народной медицине, полностью еще не раскрыт. Лечебный эффект лекарственных растений обусловлен содержанием в растениях алкалоидов, аминокислот, антибиотиков, витаминов, гликозидов, дубильных веществ, органических кислот, жиров, микроэлементов, пигментов, слизи, смол, фитонцидов, эфирных масел и т. д..

Иногда из-за слабой изученности многих растений бывает трудно выделить их главные фармакологические свойства. Некоторые лекарственные растения, апробированные в народной медицине, с успехом применяются при многих заболеваниях.

Общепризнано, что если они даже не дают должного лечебного эффекта, все же благоприятно влияют на организм человека и на ход течения болезни.

Главная задача фитотерапии в тибетской и китайской традиционной медицине - это восстановление общего баланса организма, сохранение здоровья и профилактика заболеваний.

Древние рецепты и методы лечения вызывают восхищение ученых и врачей нашего времени, т.к. иногда они превосходят по своей эффективности многие современные фармакологические препараты и терапевтические процедуры.

Уникальность целебных травяных настоев в их особом способе приготовления и употребления.

Китайская традиционная медицина, возникшая из философии даосизма, развивалась своим восприятием особенного отношения организма человека с природой, не пересекаясь с западной медициной. За тысячелетия восточной медицинской школы была создана оригинальная и самостоятельная система, описывающая все патологические и физиологические процессы, происходящие в организме. Уникальность ее в том что, вместо анатомических, внутренних органов имеются в виду функциональные системы. Каждая из функциональных систем соотносится с одним из пяти первоэлементов, которые связаны между собой посредством каналов, по которым течёт жизненная энергия - Ци.

Организм человека рассматривается как еди-

ное целое, состоящее из равновесия противоположных начал и находится в общей гармонии с природой. При развитии заболевания, нарушается равновесие двух противоположных начал Инь и Ян, что приводит к нарушению баланса организма. В организме человека присутствует женское начало - Инь и мужское начало - Ян. Эти силы должны находиться в гармонии. Инь - это покой, вода, ночь, холод, темнота, женщина. Ян - это энергичное, горячее начало, тепло, свет, мужчина. ИНЬ-ЯН являются двумя полюсами единого целого, где разворачиваются циклы преобразования "одного" в "другое".

Все, что окружает нас, имеют полярную природу: время разделяется на день и ночь, год на лето и зиму, род - на мужской и женский, температура - на жару и холод, направление - на верх и низ, пространство - на внутреннее и внешнее и т. д.

Противоположные начала Инь и Ян никогда не находятся в покое, они постоянно в движении, дополняют и изменяют друг друга: когда Ян отступает, увеличивается Инь, а если отступает Инь, происходит увеличение Ян, т.е. идет постоянный процесс саморегуляции систем организма.

Такая система приводит к энергетической ритмичности. Ритмичность - это здоровье. Ритмичен пульс, ритмично дыхание, ритмичны энергетические каналы.

По традиционной медицине: Здоровье человека это равновесие Инь-Ян, а болезнь есть дисгармония Инь-Ян.

Одним из способов восстановления динамического равновесия и гармонии Инь-Ян, наряду с массажем, иглотерапией, является использование дикорастущих трав.

Основное отличие китайской традиционной медицины от западной в том, что она рассматривает человека, как часть природы, как единое целое, отсюда и методы диагностики и лечения.

Лечебные травы применяются как при заболеваниях, так и для сохранения равновесия в организме. Именно поэтому травы используются для общего укрепления и поддержания здоровья. Применение трав смягчает воздействие вредных факторов, как пыль, курение, загрязнение воздуха, снимает напряжение нервной системы, устраняет мышечную усталость при физической нагрузке, нейтрализуют влияние по-

годы.

Традиционная медицина - это профилактическая медицина, направленная на оздоровление организма в целом. Врач в Китае - это не специалист по болезням, а специалист по здоровью.

Основные положения сбора, обработки, хранения и использования лекарственных трав в академической медицине не намного отличаются от восточной. Разница лишь в том, что в восточной медицине это воспринимается как особая философия контакта с природой. Здесь сбор лекарственных растений осуществляется из поколения в поколение целыми семьями. При сборе учитываются высоко или низко растут растения, сколько лепестков у цветка распустилось, учитываются положение звезд, и даже нужная фаза луны т.д. Сбор трав в строгом соответствии с космическим положением Солнца, Луны и созвездий позволяет получить продукт, вобравший в себя всю энергию космоса и внести ее в информационную систему человека. Затем настаивают в сосудах из специальной глины. После этого травяные настои несколько месяцев выдерживаются в узких цилиндрических сосудах. За это время они теряют лишнюю влагу и приобретают высокую целебную концентрацию.

Учитывается и сходство между растениями и частями человеческого тела или свойствами некоторых заболеваний. Например: грецкие орехи, напоминающие кору головного мозга и одновременно почки, считаются отличным тонизирующим средством для репродуктивной и центральной нервной систем. Корень женьшеня, имеющий форму человеческого тела с головой, руками и ногами, который называют "человеческий корень", укрепляет жизненную энергию и способствует увеличению продолжительности жизни. В основе этой работы заложена программа эффективного оздоровления организма и prolongation долголетия жизни.

Необходимо отметить, что в каждом конкретном случае для применения фитотерапии, желательно советоваться со специалистами, когда больной уже всесторонне обследовался и проводились различные виды лечения, эффективность которых еще не удовлетворяет ни врача, ни больного.

При возрастающем дефиците и дороговизны лекарственных препаратов, экономнее и рацио-

нальное использование дешевых лечебных средств из местного лекарственного растительного сырья, которые укрепляют и очищают организм, приводят в тонус и помогают достичь определенного лечебного результата.

#### Литература

1. Авиценна. Канон врачебной науки. Т.I - II - III, Ташкент, 1956.
2. Алтымашев А.А. Природные целебные средства. М., 1991.
3. Базароне Э.Г., Асеева Т.А. "Вайдуйя-онбо" - трактат индо-тибетской медицины. - Новосибирск, 1984.
4. Барнаулов О.Д. Введение в фитотерапию. - СПб, 1999.
5. Начатой В.Г. - Традиционная китайская медицина. Дифференциальная диагностика внутренних болезней. - Изд-во им.Суворова, 1992. 174 с.
6. Начатой В.Г. - Клиническая фармакология. - СПб.: Изд-во СПбГМУ им. Акад. Павлова, 2000.- 288 с.
7. Халмурад Упур, Начатой В.Г. - Секреты Китайской медицины, ч.1.М.: Быстрина, 1992. 220 с.
8. Халмурад Упур, Начатой В.Г. - Секреты Китайской медицины, ч.2 (лечение травами и минералами). Изд-во им.Суворова, 1992. 174 с.
9. Азембаев А.А., Тегисбаев Н.Е., Кусниева А.Е., Баймурзина М.А., Адиева Г.К. - Лекарственные растения Казахстана, применяемые в восточной и академической медицине - Алматы 2011г.

## ВЛИЯНИЕ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ НА ФИЗИЧЕСКОЕ И ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Бурабаев Б., Абдувалиев Р., Авасова Ч., Бейшалиева А., Муратова А., Нурматова Н., Мухамадзайиршо к. Ф., Ташбекова А., Темирова Ч., Чередникова К.

*Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева.  
Кафедра педиатрии детских болезней. г. Бишкек.*

Рациональное вскармливание является одним из необходимых условий сохранения здоровья детей, их гармоничного физического, психомоторного развития и адекватной иммунологической реактивности. Малейшие отклонения в питании могут привести к тяжелым, порой необратимым последствиям. Все психические и интеллектуальные задатки также формируются в младенчестве и их нарушение, зачастую, обусловлено неадекватным питанием. Следовательно, рациональное питание - это наиболее эффективный фактор снижения младенческой заболеваемости, смертности и сохранения здоровья в последующие годы жизни.

Обследовано 180 детей в возрасте от 1 до 12 месяцев жизни (64 мальчиков, 116 девочек). На момент обследования на естественном вскармливании находились 98 детей (1-я группа), на искусственном - 82 (2-я группа). Дети на искусственном вскармливании получали адаптированные молочные смеси на основе коровьего молока.

Методы исследования включали сбор данных анамнеза жизни с подробной оценкой вскармливания в грудном возрасте; при объективном обследовании определяли: 1) антропометрические данные - масса тела (МТ), длина тела (ДТ) и рассчитывали ИМТ Кетле. 2) психомоторное развитие детей. В нашем исследовании при оценке показателей физического развития детей, был выявлен ряд закономерностей: МТ детей, находящихся на искусственном вскармливании (2-я группа) была выше, чем в 1-ой группе. У 43,7% (36 человек) 2-ой группы МТ превышала 75% для своего возраста, в 1-ой группе таких детей было 19,8% (20 человек).

Показатели длины тела (ДТ) были также выше

у детей 2-ой группы. Большинство детей 2-ой группы (65,4%; 54 человека) продемонстрировали значения ДТ выше средних значений; в 1-ой группе таких детей было меньше (30,8%; 30 человек).

Показатели ИМТ, объективно отражающие состояние питания, продемонстрировали более высокие значения в группе детей, получавших искусственное вскармливание (2-я группа). Дети 2-ой группы продемонстрировали сдвиг центильных значений ИМТ в сторону повышенного ( $p < 0,05$  для всех центильных интервалов). Дети с ИМТ > 75% составили 43,7% в этой группе.

Таким образом, число детей с ИМТ выше стандартного во 2-ой группе было в 1,8 раз больше, по сравнению с группой детей на грудном вскармливании.

Изучая ПМР детей обеих групп, мы увидели, что дети 1-ой группы опережают в своем развитии детей 2-ой группы: отмечено своевременное становление речевых и моторных функций, хороший сон, устойчивое настроение, тогда как, во 2-ой группе становление этих функций отменялись несколько позже срока.

Таким образом вскармливание детей (на первом году жизни) молочными смесями неблагоприятно влияет на физическое развитие, психомоторное развитие, а в последующие возрастные периоды и на развитие многих заболеваний (ожирение, сахарный диабет, гипертоническая болезнь и др.). Полученные результаты позволяют рекомендовать строгое ограничение потребления молочных смесей в питании детей 1-го года жизни с активной поддержкой грудного вскармливания.

## Сталбек Сабдракунович Бакасов

(2.01.1950 - 29.08.2011)

**"Человек уходит из жизни, но память о нем живет в его делах, бережно хранится в умах и сердцах его учеников и всех тех, кому он был нужен всегда..."**  
**Академик А.Каусаров**



29 августа 2011 года ушел из жизни декан педиатрического факультета КГМА им. И. Ахунбаева, заведующий кафедрой факультетской педиатрии, доктор медицинских наук, профессор Сталбек Сабдракунович Бакасов.

Сталбек Сабдракунович был яркой и сильной личностью, он был талантливым человеком, который шел по трудному пути служения людям. Его основными качествами являлись добродушность и открытость в общении, требовательность, принципиальность и умение работать над собой.

Он родился 2 января 1950 года в селе Ан-Устен Джеты-Огузского района, Иссык-Кульской области. В 1965 году окончил школу в селе Шалба Джеты-Огузского района. После окончания школы учился в Пржевальском медицинском училище.

С 1969 по 1971 гг. служил в рядах Советской Армии. После воинской службы поступил в КГМИ, который закончил в 1977 году. После окончания клинической ординатуры с 1979 по 1981 год работал участковым врачом в Талды-Суйской больнице Тюпского района.

Аспирантуру Сталбек Сабдракунович проходил на кафедре педиатрии № 1 КГМИ, после окончания которой, с октября 1982 года становится ассистентом кафедры факультетской педиатрии.

Степень кандидата медицинских наук была присуждена ему 20 ноября 1984 года, а 2 октября 1989 года ему присваивается ученое звание доцента кафедры педиатрии.

В 1995 году Сталбек Сабдракунович закончил докторскую диссертацию на тему: "Вегето-сосудистая дистония в условиях гор" и 29 сентября 1995 года ему была присуждена ученая степень доктора медицинских наук. 25 сентября 1997 года

присваивается ученое звание профессора, а затем он был избран заведующим кафедрой факультетской педиатрии. Профессор Бакасов С. являлся опытным педагогом, инициатором введения на кафедре многих учебно-методических приемов преподавания. Лекции читал на высоком научно-методическом уровне с применением новейших данных медицинской науки. На его занятиях было интересно, он умел объяснять доходчиво, и сразу же все становилось понятно и хотелось узнать еще.

Он пользовался заслуженным авторитетом как сотрудников кафедры, так и всей педиатрической общественности страны.

С 2006 года он плодотворно трудился деканом педиатрического факультета КГМА. Студенты любили Сталбек Сабдракуновича за его принципиальность, твердость и настойчивость и, в то же время, теплое отношение и доброту.

За безупречную научно-практическую и организационную работу был удостоен знака "Отличника здравоохранения КР" (1999 год), Почетной грамоты Министерства здравоохранения (2000 год), его неоднократно отмечала администрация.

Его научные труды включают: 148 публикаций, из которых 1 монография, 20 методических пособий и рекомендаций.

Именно своим трудом и упорством в достижении поставленной цели он показал истинное предназначение врача, педагога и ученого.

Он всегда был динамичен и никогда не стоял на месте. Он всегда принимал активное участие в жизни КГМА, будь то научные конференции или просто собрание студентов.



Несмотря на свое высокое положение, он всегда оставался очень скромным человеком. Его учитель и наставник Заслуженный врач КР, доктор медицинских наук, профессор Татьяна Ивановна Покровская говорит: " В моей памяти он останется, как скромный и очень порядочный человек. Он прошел сложный жизненный путь- его мама умерла, когда он был еще маленьким мальчиком, семья жила очень скромно, однако желание своего детства он осуществил- он стал врачом". Татьяна Ивановна вытирает слезы, которые медленно катятся из ее глаз. "Мне жаль, очень жаль, мне будет его не хватать. Он был другой, таких сейчас мало" - говорит она.

Все мы были потрясены случившимся, внезапно, которая перевернула все. Кто-то пла-

кал, кто-то не мог вымолвить ни слова, потому что в этот момент казалось, что все потеряло смысл, и лишь мысль о том, что Сталбека Сабдракуновича больше нет не давала покоя.

Светлая память о крупном специалисте - педиатре, ученом и педагоге Сталбека Сабдракуновиче Бакасове навсегда останется в памяти всех кто его знал. В наших сердцах он будет жить всегда!

Чингиз Айтматов сказал: "Память современников как бы продлевает сроки жизни ушедшего от нас человека. Именно через воспоминания живые пыгаются "воспротивиться" необратимой утрате. Воспоминания - наша боль и утверждение былого". Мы склоняем головы! Светлая Вам память!

**Коллектив кафедры факультетской педиатрии и ректорат  
КГМА им. И.К. Ахунбаева**

**Бакасову С.С. посвящается:**

Для меня это была большая утрата, потому что это мой любимый ученик. Его я заметила 35 лет тому назад на научно-практической конференции 6 курса. Он делал доклад о диэнцефальном синдроме у детей. На этом курсе было много студентов, которые обладали неплохим ораторским искусством и умением произвести должное впечатление. Но доклад Сталбека по глубине и форме изложения произвел на меня неизгладимое впечатление.

Раньше я его не замечала, курс был большой индивидуальные встречи со студентами были только на зачетах и семинарских занятиях. Поэтому знать каждого студента, тем более заметить их индивидуальные достоинства не всегда было возможно. Сталбек отличался скромностью, не броской внешностью и довольно застенчивым поведением. Впечатление от его доклада, умение отвечать адекватно и достаточно глубоко на вопросы, окончательно покорило меня и я предложила ему поступить в аспирантуру. Но он отказался, объяснив, что он женат, имеет семью, которую надо содержать. Тем не менее мне удалось склонить его заниматься наукой, поступить в заочную аспирантуру.

Скоро он успешно защитил кандидатскую диссертацию, стал ассистентом кафедры, доцентом. Будучи преподавателем, он прекрасно сочетал в себе клиническое мышление врача и искусство педагога. Такой синтез встречается далеко не часто, даже у очень опытных людей. Он придавал очень большое значение формированию клинического мышления, преемственности знаний в области теоретических наук и клинической дисциплины.

В начале он для меня был студентом, потом ассистентом и доцентом на моей кафедре, а после защиты докторской был моим зав. кафедрой, где я играла роль второго профессора. Наблюдая за ним на лекции практических занятиях и ка-

федеральных совещаниях, меня всегда поражала глубина и последовательность его суждений, необыкновенная выдержка, во всех сложных ситуациях.

Он давно состоял членом ученого совета по защите кандидатских и докторских диссертаций. Сталбек, далеко не всегда соглашался быть оппонентом. На мой вопрос: - почему?, он отвечал: "Когда я не вижу новизны и практической значимости, лучше я воздержусь высказать свое мнение" по принципу "Я не могу хвалить платье короля, когда он голый".

Сталбек, как творческий человек не редко встречался с конкуренцией, но о нем говорили: "Нет! Не столкнет он с моста в реку, коль тесно будет самому". Будучи деканом он искреннее переживал, что почти девальвировались методы профориентации и мало придаётся значение призванию, тогда как эти факторы для формирующегося врача иногда играют самую большую роль.

29 августа - канун нового учебного года - у него было масса планов по оптимизации науки и воспитательной работе. И вдруг мгновенно жизнь оборвалась. Это было столь неожиданно, что примириться с этим было невозможно. Когда его увозили в последний путь похоронить на его родине всем было страшно, что больше встреч не будет: "О сколько глаз его слезами провожали и сколько женских рук бросали ему цветы в последний раз".

Сталбек нравился женщинам, потому что он всегда был галантным мужчиной, который никогда ни словом, ни жестом не позволил обидеть даже самую экспансивную женщину. До конца жизни, самым главным была его семья: он был надежным мужем, строгим отцом и очень добрым и любящим дедом.

Дорогой Сталбек мы тебя никогда не забудем!!!!

**д.м.н., проф. Покровская Т.И.**

**ПАТОФИЗИОЛОГИЯ - ОСНОВА РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ****ПОЗДРАВЛЕНИЯ ЮБИЛЯРУ  
ЛАУРЕАТУ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРЕМИИ  
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
В ОБЛАСТИ НАУКИ И ТЕХНИКИ,  
ДОКТОРУ МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ПРОФЕССОРУ  
ТУХВАТШИНУ РУСТАМУ РОМАНОВИЧУ**

Известный ученый, доктор медицинских наук, профессор, Лауреат Государственной премии КР в области науки и техники, зав.кафедрой патологической физиологии КГМА им. И.К. Ахунбаева Рустам Романович Тухватшин в эти дни празднует свою юбилейную дату.

С радостью поздравляя юбиляра, хотелось бы попытаться раскрыть перед читателями его научно-исследовательскую деятельность, как ученого.

Путь, по которому идет исследователь, раскрывая пред собой неизведанное, порой неровный и тяжелый. Достижение желаемой цели требует долгих лет упорной работы, настойчивости, неустанных усилий, сопровождающихся сомнениями, подчас глубокими разочарованиями. Зачастую мысль ученого упирается в препятствия, кажущиеся непреодолимыми. Однако все новое, передовое, прогрессивное в конце -концов получает заслуженное внимание.

Любая научная работа начинается с идеи. Автором и носителем творческой мысли является научный руководитель. Под руководством Р.Р.Тухватшина защищено 43 кандидатских и 7 докторских диссертаций. Ученики Р.Р.Тухватшина

выполняют свои исследования в разных научных направлениях. Исследуют проблемы адаптации животных и человека к горным условиям, изучают этиопатогенез наиболее распространенных среди населения заболеваний репродуктивной сферы, решают практические вопросы трансплантологии и хирургии, занимаются проблемами медицинской радиобиологии. Все эти работы в своей сущности раскрывают неизведанные тайны и распутывают запутанный клубок нити научной мысли.

Что такое болезнь? Человек здоров, пока в его организме нормально совершаются все физиологические процессы - процессы дыхания, пищеварения, кровообращения, обмен веществ и нервно-психические процессы. Болезнь есть нарушение правильного течения этих процессов.

Возникновение болезни, его развитие и исходы имеют закономерный характер. В основе любой болезни лежат типовые патологические процессы. Что это значит? Несмотря на множество этиологических факторов, механизмы развития типовых патологических процессов будут стандартными, стереотипными, общими. Патофизиология - это фундаментальная наука, которая изучает причины и общие закономерности возникновения, развития и завершения патологических процессов на различных уровнях - с молекулярного и кончая высшими системными отношениями.

Но возникает вопрос - может ли один человек быть специалистом в таком разнообразии научных направлений? Есть ли у всех этих работ точка соприкосновения и что же их объединяет? Вопросов много, ответ лежит в самой цели и задачах патологической физиологии. В основе всех изучаемых данных процессов находятся типовые патологические процессы - такие как воспаление, иммунологические реакции, расстройства микроциркуляции, гипоксия, стресс, лихорадка, опухоль, нарушение обмена веществ.

Роль патофизиологии в развитии клинической медицины растет с каждым годом. Неустанный поиск, удивительная прозорливость, научный азарт, юношеский задор профессора Тухватшина Р.Р. приводят его к разгадке интересных нерешенных проблем. С каждым учеником он решает наиболее актуальные клинические проблемы, при этом не выходя за рамки, за пределы патологической физиологии. Изучая этиологию и патогенез наиболее распространенных и опасных болезней, разрабатывая на этой основе методы этиотропного, патогенетического, симптоматического и/или саногенетического лечения и профилактики, школа Тухватшина Р.Р. вносит свою посильную лепту в развитие науки Кыргызстана.

Мы - кыргызстанцы, мы - горцы. Горы чаруют и манят. Окутанные со всех сторон пленительными горами Ала-Тоо, проблемы адаптации к горным условиям не могут не волновать ученых Кыргызстана



Геофизические факторы высокогорья - гипоксия, резкие перепады суточных и сезонных температур, ветровой режим, повышенная инсоляция и др. формируют экстремальные условия, предъявляющие высокие требования к организму человека и животных, вызывая глубокие функционально-структурные сдвиги, вплоть до развития специфических высокогорных болезней. И это проблема не обошла нашего юбиляра стогоной.

Новизна его исследований заключается в том, что он впервые показал, что высокогорный отек легких чаще развивается не у здоровых лиц, что горный отек мозга - это результат системных нарушений организма, вследствие того, что сам мозг также, как и другие системы находится под прессингом гипоксии.

В последние годы во всем мире, в том числе в Республике Кыргызстан, отмечается рост различных осложнений у женщин при беременности, патологии плода, что в итоге негативно отражается на демографических процессах. Поэтому неудивительно, что будучи председателем УМС Р.Р.Тухватшин глубоко вник в проблемы репродуктивного здоровья.

Самыми распространенными видами экстрагенитальной патологии среди беременных женщин являются железодефицитная анемия (ЖДА), сердечно-сосудистая патология и хронические неспецифические заболевания легких (ХНЗЛ). Общим следствием всех этих заболеваний является формирование типичного патологического процесса - гипоксии органов и тканей.

Жизнь - есть рождение нового. Будущее нации - это здоровые дети.

Теперь следует вернуться к одному вопросу, который в нашей стране не получил еще должного освещения и находится в зачаточном состоянии. Речь идет о проблемах трансплантологии. Рустам Романович со своими учениками в экспериментах показал возможность успешной пересадки неонатальных  $\beta$ -клеток животным с сахарным диабетом или гепатоцитов с циррозом печени. В нашей Республике, вследствие отсутствия службы и механизмов трансплантации органов, создание донорского банка органов могло бы стать первым шагом к спасению больных, нуждающихся в трансплантации. Предстоит еще большая исследовательская работа, прежде чем можно будет перейти к применению добытых результатов на человеке. Надо думать, что это время не за горами. И если усилия ученых будут успешными, то они принесут еще одну крупную победу науки над жестокими врагами человеческого здоровья.

Несмотря на значительный спад производства в Кыргызстане и статистически фиксируемое уменьшение объема выбросов токсических веществ в атмосферу за последние годы, экологическое состояние атмосферного воздуха в г. Бишкек остается неудовлетворительным, а по некоторым показателям, в связи с ростом количества городского транспорта, даже ухудшается. Проблемы радиобиологии представляют большой интерес в связи с тем, что небольшое повышение уровня радиации по Кыргызстану наблюдается и в горных поселках, расположенных вблизи 49 урановых хвостохранилищ и 80 отвалов пород. При этом в лучевом поражении играет роль не общее внешнее, а внутреннее облучение организма инкорпорированными радионуклидами, в частности ураном. Эти проблемы не могли не заинтересовать, не привлечь внимание профессора. Со свойственной ему любознательностью начались поиски новых путей решения современных медико-экологических проблем опять вместе со своими учениками и рядом НИИ НАН КР. В итоге, за цикл работ по радиобиологии им была присуждена Государственная премия Кыргызской республики в области науки и техники. И снова - типовые патологические процессы лежат в основе данных заболеваний, такие как аллергия, воспаление, гипоксия, опухоль...

Великий физиолог Павлов писал: "Помните, что наука требует от человека всей его жизни. И если бы у Вас было две жизни, то и их не хватило бы Вам. Большого напряжения и великой страсти требует наука от человека".

Будучи последователем своих предшественников - профессоров Мытника П.Я., Френкеля Г.Л., Тилиса А.Ю., Кадыралиева А.К., Исмаилова Э.М. и многих других Р.Р.Тухватшин сохраняет академические традиции, свойственные кафедре патофизиологии, продолжает на высоком уровне научные исследования.

Дорогой Рустам Романович, мы искренне поздравляем Вас со славным юбилеем. Желасм вам крепкого здоровья, благополучия долгих лет жизни и конечно, новых творческих идей!

**Кафедра патологической физиологии и ректорат КГМА им.И.К.Ахунбаева**

## БОКОНБАЕВА СЫРГА ДЖООМАРТОВНА



24 сентября 2011 года мы отмечаем замечательный юбилей Заслуженного врача Кыргызской Республики, доктора медицинских наук, профессора, заведующей кафедрами пропедевтики детских болезней КГМА им. И.К. Ахунбаева и педиатрии КРСУ им. Б.Н.Ельцина Боконбаевой Сырги Джоомартовны.

Дочь известного классика кыргызской литературы Жоомарта Боконбаева и Народного поэта Кыргызской Республики Тенти Адышевой, воспитанная вторым отцом праправнуком Курманжан-Датки доктором геолого-минералогических наук, академиком НАН КР, Президентом НАН КР Адышевым Мусой и мамой Тенти она стала первым и известным в Республике педиатром - неонатологом, профессором, Учителем, женой, мамой, бабушкой.

В детстве Сырга Джоомартовна мечтала стать журналистом, кинорежиссером, а стала врачом-педиатром. Ленинский стипендиат, комсорг курса, заместитель секретаря комсомольской организации института, член ЦК комсомола республики с "отличием" закончила педиатрический факультет КГМИ. Она после окончания института вместе с мужем уехала работать врачом - педиатром в Ошскую область.

В 1965г. поступила в клиническую аспирантуру и в 1969г. под руководством профессоров Б.Ф. Шагана и А.Ю. Тилиса успешно защитила кандидатскую диссертацию на тему: "Клеточный состав крови и эритропоэтическая активность сыворотки у новорожденных детей первых месяцев жизни в условиях низкогорья и высокогорья Киргизии".

Педагогическая деятельность Сырги Джоомартовны началась в 1970г. на кафедре педиатрии лечебного факультета - ассистентом, доцентом и с 1994 г. она заведующая этой кафедры. В 1993г. защитила докторскую диссертацию: "Металлодефицитные состояния у детей Кыргызстана", научным консультантом стал зав. кафедрой педиатрии Санкт-Петербургской педиатрической академии и Военно-медицинской академии им. Кирова профессор Н.П. Шабалов.

В 1997 г. - заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней с курсом неонатологии КГМА, с 2002 г. возглавляет кафедру педиатрии КРСУ, а с 2009 г. совмещает заведование кафедрой пропедевтики детских болезней КГМА им. И.К. Ахунбаева.

Является автором более 100 научных работ, издана монография "Экопатология детей Кыргызстана", учебник "Пропедевтика детских болезней", более 10 учебных пособий.

Она является руководителем научной школы по неонатологии Кыргызстана. В этом направлении подготовила 9 кандидатов медицинских наук и 1 доктора медицинских наук. Также является членом двух диссертационных советов при КРСУ и НЦОМид, принимает активное участие в работе Общества педиатров КР.

Каждый рабочий день начинается с больничной пятиминутки - Сырга Джоомартовна подробно анализирует и разбирает каждого вновь поступившего больного и всех тяжелых больных в отделениях реанимации, затем лекции, практические занятия, клинические конференции, комиссии по разбору и рецензированию историй болезней умерших больных, консультации тяжелых больных не только в больнице, но и в родильных домах города, чем заняты аспиранты, на каком этапе работы - вот неполный перечень дел для одного дня. При такой загруженности никогда и никому не отказала во врачебной помощи, в педагогических знаниях и просто в добром дружеском, материнском совете.

Ее огромный врачебный опыт, богатейшие педагогические знания, умение творчески мыслить и анализировать помогают единомышленникам - коллегам, талантливым ученикам и исследователям в научно-исследовательской, организаторской, педагогической, профессиональной педиатрической работе.

В нашей стране большая часть населения - это дети, будущее страны, и такой важный раздел

медицины педиатрию - как практическое здравоохранение, так и науку, по праву возглавляет - Сырга Джоомартовна - женщина удивительная, требовательная, честная, эрудированная, доброжелательная, самокритичная и талантливая.

Большое значение в жизни Сырги Джоомартовны имеет литературная работа. Активно участвует в популяризации кыргызской литературы, возрождении духовных ценностей нации. Опубликована автобиографическая повесть "О времени и о себе", которую обязательно должен прочитать каждый молодой человек.

Сырга Джоомартовна имеет государственные награды - значок "Отличник здравоохранения" (1995г), Почетную грамоту Республики Кыргызстан (1996г.), "Отличник образования" (2000г). Она удостоена почетного звания Заслуженного врача Кыргызской Республики (2001г).

Бесконечная преданность педиатрии, любовь к пациентам, богатый педагогический опыт, талант ученого, трудолюбие, бескорыстность, принципиальность и интеллигентность всегда являются неотъемлемыми качествами Сырги Джоомартовны и вызывают заслуженное уважение среди коллег.

Поздравляя с юбилеем, желаем Сырге Джоомартовне крепкого здоровья, долголетия, талантливых учеников, новых творческих успехов, мира и благополучия в семье!

**Сотрудники кафедры пропедевтики детских болезней и ректорат  
КГМА им. И.К Ахунбаева.**

## ОМОРОВ РАХАТБЕК АРСЫБЕКОВИЧ



29 августа 2011 года исполнилось 60 лет со дня рождения и 40 лет трудовой, научно-педагогической и общественной деятельности заведующего кафедры факультетской хирургии КГМА, профессора, члена-корреспондента НАН КР Оморову Рахатбеку Арсыбековичу.

Оморов Рахатбек Арсыбекович родился 29 августа 1951 года в г. Нарын в семье служащего. В 1969 году закончил среднюю школу в селе Кочкор, затем поступил в Кыргызский государственный медицинский институт и в 1975 году успешно его окончил. После окончания института был направлен в больницу г. Токмок для прохождения интернатуры по специальности хирургия, после интернатуры остался работать врачом-ординатором в этой же больнице. В 1977 году был переведен для дальнейшей работы в ГКБ №1 г. Фрунзе сначала в качестве врача-уролога, а затем хирурга. В 1978 году был назначен на должность заведующего отделения хирургии №1, проработав в этой должности до 1988 года. Работая заведующим отделением, он поступил в заочную аспирантуру на кафедру факультетской хирургии КГМИ, которую успешно закончил с защитой диссертации кандидата медицинских наук на тему: "Клинико-функциональное состояние больных с неудовлетворительными результатами после холецистэктомии".

В 1989 году зачислен ассистентом на кафедру факультетской хирургии, с 1993 года доцент. Соискатель ученой степени доктора медицинских наук продолжал вести научные исследования, и накопленный материал представил к защите на тему: "Доброкачественные заболевания желчных путей, диагностика и хирургическая тактика" в 1998 г.

В 1999 г. избран профессором кафедры, а в 2003 г. на конкурсной основе избран на заведующим кафедрой факультетской хирургии КГМА, где и работает в настоящее время.

По мере накопления научного материала результаты докладывал на заседаниях Ассоциации научных обществ Кыргызской Республики, на съездах и конгрессах, в том числе и на международных конференциях (Китай, Узбекистан и др.).

Он является членом Ассоциации научных обществ Кыргызской Республики. Был председателем экспертной Комиссии ВАК Кыргызской Республики, членом Ассоциации хирургов-гепатологов Российской Федерации и стран СНГ. Под его руководством подготовлены 8 кандидатов медицинских наук, готовится к защите 2 докторских и 2 кандидатских диссертации. Является Заслуженным врачом КР, награжден почетной грамотой Кыргызской Республики и многими почетными грамотами МЗ КР, награжден золотой медалью им. "Ата-Тюрка", Отличник здравоохранения. Им опубликовано более 135 работ, в том числе 7 монографий, 10 методических рекомендаций, получено 3 патента на изобретение, утверждено 12 рационализаторских предложений.

Кроме того, он высококвалифицированный преподаватель, читает лекции на высоком методическом уровне и проводит практические занятия с использованием современных технических средств обучения, выполняет большую общественную работу. В совершенстве владеет всеми видами оперативной техники и выполняет особо сложные реконструктивные оперативные вмешательства.

В 2010 году избран членом-корреспондентом НАН КР и продолжает работать над проблемой

эпидемиологии и хирургического лечения паразитарных заболеваний в Кыргызской Республике и решением актуальных задач в хирургической гепатологии.

Женат, жена - Осмоналиева Рая Дуйшоновна, имеет 4 детей и 8 внуков.

Взлет мысли, меткость жизненного наблюдения, оригинальность и своеобразие постановки вопроса и поиска решения в самых сложных вопросах творчества, яркость образов и манера изложения материала словом, все это определяет его неповторимый стиль и доставляет эстетическое наслаждение. Широкая эрудиция юбиляра практически во всех направлениях медицины, сочетание глубины мысли с блеском литературного изложения отличают его как нашего любимого врача и наставника. Быть настоящим врачом это значит не только знать свое дело, но и читать литературу, интересоваться искусством и наукой, что в конечном счете обогащает натуру врача и побуждает к совершенствованию знаний. Эти качества органически присущи натуре Оморову Р.А.

Дорогой Рахатбек Арсыбекович, мы искренне поздравляем Вас со славным юбилеем!

Желаем крепкого здоровья, благополучия и долгих лет жизни.



**Кафедра факультетской хирургии и ректорат КГМА им. И.К. Ахунбаева.**

## Редакцияга берилүүчү макалаларды жасалгалоону эрежелери.

Журнал – рецензияланган басылма болуп саналат.

Журналга медицина менен биологиянын актуалдуу маселелери боюнча жалпы жана теориялык макалалар, кызыктуу изилдөөлөр жарыяланат.

Журналга макала жөнөтөөрдөн мурда төмөнкү эрежелерди сакташыңыздарды суранабыз:

1. Редакция кагазга басылган кол жазманы (2 пуска) электрондук түрдөгүсү менен чогуу кабыл алат. Кол жазма кафедра башчысын же жетекчинин визасы менен (биринчи беттин үстүнкү сол бурчунда), автор иштеген мекеменин сунушгамасы мөөрү менен болушу керек. Кол жазманын аягында баардык авторлордун аты-жөнү, окумуштуулук даражасы, кызматы, жумушунун дареги, электрондук дареги, иш телефону жазылып, кол тамгалары коюлушу керек.

2. Макала компьютерде 1,5 интервалда Times 14 шрифти менен А 4 кагазга жазылат. Талаа: үстүнкү жана астыңкы – 2,5 см, сол – 3,5 см, оң – 1,5 см. Макалага иллюстративдик материалдар сүрөт, рентгенограмм, графика, таблица түрүндө тиркелет. Фото сүрөттөр (кара-ак же түстүү) жалтырак кагазга ачык, даана чагылдырылышы зарыл. Рентгенограммдын фото көчүрмөсү даана гүшүрүлүп, арткы бетине номери, автордун аты-жөнү жана макаланын аталышы жазылат. Редакцияга берилген макала иллюстративдик материалы менен кошо электрондук түрдө болушу керек. Баардык беттерге номерлер коюлат.

3. Макаланын көлөмү: 15 беттен ашпоого тийиш, адабияттардын обзору үчүн- 20 бет, клиникалык байкоо жүргүзүүлөр үчүн - 8 бет.

4. Биринчи бетке: 1) макаланын аты; 2) автордун аты-жөнү; 3) кафедранын же лабораториянын (кашаанын ичине жетекчинин аты-жөнү, окумуштуулук даражасы көрсөтүлөт) жана мекеменин толук аталышы жазылат. Эгерде авторлор ар кайсы мекемеден болсо анда кезеги менен ар бир автордун иштеген мекемеси көрсөтүлөт. Макаланын структурасы: киришүү, бейтаптар (материалдар) жана ыкмалар, изилдөөнүн жыйынтыктары жана алардын талкуусу, корутунду, адабияттар. Өзүнчө баракка резюме жана негизги сөздөр жазылат.

5. Тексттеги кыскартуулар чечмелениши менен берилиши керек. Иштин аталышынын кыскартылышына жана көпчүлүккө түшүнүксүз кыскартууларга жол берилбейт. Библиографиялык шилтемелер чарчы кашаанын ичине берилет. Статистикалык иштеп чыгуудагы маалыматтарга колдонулган ыкмаларды көрсөтүү жана көрсөткүчтөрдүн аталыштары келтирилиши керек. Бир эле маалымат-

тын же таблицанын эки жолу кайталанышына жол берилбейт.

6. Макалага авторлордун цитаталары ирээги менен адабияттардын тизмеси өзүнчө баракка 1,5 интервалда тиркелет (негизги макала үчүн 25тен ашпаган адабият, адабияттардын обзору үчүн 60). Китеп, диссертация, жыйнак, съезддердин жана конференциялардын материалдары үчүн авторлордун аты-жөнү, иштин аталышы, китептин толук аталышы, чыккан жылы, басмадан чыккан жери, китептин бети көрсөтүлөт. Мисалы: Бураковский В.И., Лищук В.А., Керцман В.П. ж.б. Интенсивдүү дарылоодо монитордук-компьютердик технологияларды колдонуунун он беш жылдык тажрыйбасы. – Китепте: Саламаттыкты сактоодогу информатика. М.: Медицина, 1990.-3,6-бет. Сидоров И.С., Макаров И.О. Эклампсия жана аны дарылоонун жаңы аспекти. – Китепте: “Эне жана бала” Россиялык 6-форумдун материалынан. – М., 2004.-121-бет Журналдык макалалар үчүн – авторлордун аты-жөнү (эгерде авторлор бештен көп болсо, биринчи үч авторду гана көрсөтүп, калганын “ж.б.” же “et al” деп англис же орус тилине ылайык көрсөтүп коюу керек), макаланын толук аталышы, журналдын кыскартылган аталышы (1 не 1ех Ме-сИсиз же Ме-сШне сыяктуу), жылы, том, басылманын номери, бетинин номери (биринчи жана акыркы) көрсөтүлөт. Мисалы: Насонов Е.Л., Самсонов Ю.М., Беленков Ю.Н. ж.б. Жүрөк кемтигинин иммунопатологиясы: цитокиндердин ролу. Кардиология.-1999.-№3.-66, 75-беттер.

7. Кыргыз, орус жана англис тилдеринде макаланын изилдөө максатын, пайдаланылган материалдардын жана ыкмалардын, алынган негизги жыйынтыктардын негизи көрсөтүлгөн резюме (көлөмү 0,5 бетке чейин), ошондой эле 3 тилде негизги сөздөр (7 сөздөн ашпаган) тиркелиши зарыл.

Резюменин башына макаланын аталышы, автордун ага-жөнү көрсөтүлүшү керек.

8. Макаланы автор жакшылап текшерип туруп анан берүүгө тийиш. Баардык аталыштар, химиялык формулалар, өлчөмдөр, цифралар, таблицалар, сүрөттөр ж.б. даана көрсөтүлүшү зарыл.

9. Бир жактуу кол жазмалар авторлорго кайра кайтарылып берилбейт. Эгерде макала автор тарабынан басмага даярдалып жаткан учурда оңдолуштузөлсө, анда тексттин акыркы варианты келген күн келип түшкөн дата катары эсептелет.

10. Мурда жарык көргөн, башка журналдарга же жыйнактарга берилген макалалар кабыл алынбайт. Эрежеге ылайык жасалгаланбаган кол жазмалар кайра кайтарылып берилет.

## Правила оформления статей при направлении в редакцию

Журнал 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 глянцевои бумаге, должны быть контрастными, рисунки четкими. Фотокопии рентгенограмм представляются в позитивном изображении. На обороте рисунка ставится его номер, фамилия автора и название статьи (карандашом, без нажима). На отдельном листе печатаются подписи к рисункам со всеми обозначениями. Представляемая в редакцию распечатка статьи, включая иллюстративный материал, должна быть полностью идентичной электронному варианту. Все страницы должны быть пронумерованы.

3. Объем статей: не более 15 страниц - для оригинальной, 20 - для обзора литературы, 8 - для клинического наблюдения.

4. В начале первой страницы статьи пишутся: 1) название статьи, 2) инициалы и фамилии авторов, 3) полное наименование кафедры или лаборатории (в скобках указать ученое звание, инициалы и фамилию руководителя) и учреждения. Если авторы статьи из разных учреждений, то следует указать (надстрочными цифрами), в каком учреждении работает каждый из авторов. Структура оригинальной статьи: введение, пациенты (материалы) и методы, результаты исследования и их обсуждение, выводы (заключение), литература. Отдельно прилагаются резюме с ключевыми словами (см. п. 7).

5. В тексте сокращения и аббревиатуры должны быть расшифрованы при первом упоминании. Не допускается использование сокращений в названии работы, а также употребление необщепринятых сокращений. Номера библиографических ссылок даются в тексте в квадратных скобках в соответствии с 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., Лищук В.А., Ксрцман В.П. и др. Пятнадцатилетний опыт разработки и использования мониторно-компьютерной технологии интенсивного лечения. - В кн.: Информатика в здравоохранении. - М.: Медицина, 1990. - С. 3-6. Сидорова И.С., Макаров И.О. Эклампсия и современные аспекты ее лечения. - В кн.: Материалы 6-го Российского форума «Мать и дитя»: тезисы докладов. - М., 2004. - С. 121. Для журнальных статей - фамилии и инициалы авторов (если авторов пять и более, то указывают первых трех авторов и ставят «и др.» или «et al.» соответственно для русского или английского языка), полное название статьи, сокращенное название журнала (использовать сокращения, принятые в Index Medicus или MedShpe), 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.