

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН САЛАМАТТЫК САКТОО МИНИСТРЛИГИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
MINISTRY OF HEALTH OF THE KYRGYZ REPUBLIC

“Кыргызстандын саламаттык сактоосу”

Илимий практикалык журналы

“Здравоохранение Кыргызстана”

Научно-практический журнал

“Healthcare of Kyrgyzstan”

Research and practice journal

№2
2017

1938 жылы негизделген
Основан в 1938 году

ISSN 0490-1177

Кыргыз Республикасынын саламаттык сактоо министрлиги
«Кыргызстандын саламаттык сактоосу» илимий практикалык журналы
Министерство здравоохранения Кыргызской Республики
Научно-практический журнал «Здравоохранение Кыргызстана»
Ministry of Health of the Kyrgyz Republic
Research and Practice Journal «Health Care of Kyrgyzstan»

Каттоо маалыматтары / Регистрационные данные/Registration data
Каттоо жөнүндө күбөлүк ММК 25.02.1993-ж. №37; Кайрадан каттоо жөнүндө күбөлүк ММК 06.11.2003-ж. №885. Свидетельство о регистрации в СМИ №37 от 25.02.1993г. Свидетельство о перерегистрации СМИ №885 от 06.11.2003г.
Certificate of mass media registration №37 of 25.02.1993. Certificate of mass media re-registration N 885 of 06.11.2003.

Редакциялык жамааты / Редакционная коллегия / Editorial Board

Касымов О.Т. • Kasymov O.T. - м.и.д., проф., башкы редактор • д.м.н., проф., главный редактор • dr. med. sci., prof. editor-in-chief;
Бримкулов Н.Н. - м.и.д., проф., башкы редакт. орун басары • д.м.н., проф. (зам. главноредактора • dr. med. sci., prof. deputy editor-in-chief;
Осмонов Д.А. • Osmonov D.A. - башкы редакт. орун басары • (зам. главноредактора • deputy editor-in-chief;
Усонкулова Г.Б. • Usonkulova G.B. - б.и.к., жооптуу катчысы • к.б.н. ответственный секретарь • cand. biol. sci. executive editor;
Айдаралиев А.А. • Aidaraliev A.A. - акад. КРУИА • акад. НАНКР • acad. of NAS KR;
Батыралиев Т.А. • Baturaliev T.A. - РАЕМүчө – корп. • чл. – корп. РАЕ • CM of RANS;
Белов Г.В. • Belov G.V. - м.и.д., проф. • д.м.н., проф. • dr. med. sci., prof.;
Джумабеков С.А. • Jumabekov S.A. - акад. КР УИА • акад. НАН КР • acad. of NAS KR;
Джумагулова А.С. • Jumagulova A.S. - м.и.д., проф. • д.м.н., проф. • dr. med. sci., prof.;
Зарифьян А.Г. • Zarifjan A.G. - м.и.к., проф. • к.м.н., проф. • cand. med. sci., prof.;
Касиев Н.К. • Kasiev N.K. - м.и.д., проф. • д.м.н., проф. • dr. med. sci., prof.;
Кудаяров Д.К. • Kudayarov D.K. - акад. КРУИА • акад. НАНКР • acad. of NAS KR;
Курманов Р.А. • Kurmanov R.A. - м.и.д., проф. • д.м.н., проф. • dr. med. sci., prof.;
Мамакеев М.М. • Mamakeev M.M. - акад. КРУИА • акад. НАНКР • acad. of NAS KR;
Мамытов М.М. • Mamytov M.M. - акад. КРУИА • акад. НАНКР • acad. of NAS KR;
Мурзалиев А.М. • Murzaliyev A.M. - акад. КРУИА • акад. НАНКР • acad. of NAS KR;
Омурбеков Т.О. • Omurbekov T.O. - м.и.д., проф. • д.м.н., проф. • dr. med. sci., prof.;
Раимжанов А.Р. • Raimzhanov A.R. - акад. КРУИА • акад. НАНКР • acad. of NAS KR;
Сагымбаев М.А. • Sagymbaev M.A. - КРУИА мүчө – корп. • чл. – корп. НАНКР • CM of NAS KR;
Тухватшин Р.Р. • Tukhvatshin R.R. - м.и.д., проф. • д.м.н., проф. • dr. med. sci., prof.;
Чубаков Т.Ч. • Chubakov T.Ch., - м.и.д., проф. • д.м.н., проф. • dr. med. sci., prof.;
Шаршеннова А.А. • Sharshenova A.A. - м.и.д., проф. • д.м.н., проф. • dr. med. sci., prof.;

Редакциялык кенеш / Редакционный совет / Editorial Council

Алиаскаров М.А. • Aliaskarov M.A. (Нарын обл.) • (Naryn oblast);
Асылбеков Э.С. • Asylbekov E.S. - м.и.к. (Чүй обл.) • к.м.н. • cand. med. sci. (Chui oblast);
Байызбекова Ж.А. • Bayizbekova D.A. - м.и.д. (Бишкек ш.) • д.м.н. • dr. med. sci. (Bishkek);
Жусупбекова Н.Э. • Jusupbekova N.E. - м.и.к., (Бишкек ш.) • к.м.н. • cand. med. (Bishkek);
Кадырова А.С. • Kadyrov A.S. - м.и.д. - (Бишкек ш.) • д.м.н. • dr. med. sci. (Bishkek);
Кулбатыров К.Д. • Kulbatyrov K.D. - (Бишкек ш.) • (Bishkek);
Миянов М.О. • Miyanov M.O. - (Джалал-Абад обл.) • (Jalal-Abad oblast);
Мусуралиев М.С. • Musuraliev M.S. - м.и.д., проф. (Бишкек ш.) • д.м.н., проф. • dr. med. sci., prof. (Bishkek);
Сатылганов Э.А. • Satylganov E.A. - (Ысык-Көл обл.) • (Issyk-Kul oblast);
Сопуев А.А. • Sopuev A.A. - м.и.д., проф. (Бишкек ш.) • д.м.н., проф. • dr. med. sci., prof. (Bishkek);
Султанмуратов М.Т. • Sultanmuratov M.T. - м.и.д., проф. (Бишкек ш.) • д.м.н., проф. • dr. med. sci., prof. (Bishkek);
Темиров О.Т. • Temirov O.T. - (Баткен обл.) • (Batken oblast);
Узакбаев К.А. • Uzakbaev K.A. - м.и.д., проф. (Бишкек ш.) • д.м.н., проф. • dr. med. sci., (Bishkek);
Чынгышпаев Ш.М. • Chyngyshpaev Sh.M. - м.и.д., проф. (Бишкек ш.) • д.м.н., проф. • dr. med. sci., prof., (Bishkek);
Шадиев А.М. • Chadiev A.M. - (Талас обл.) • (Talas oblast);
Шаимбетов Б.О. • Shaimbetov B.O. - м.и.д., проф. (Бишкек ш.) • д.м.н., проф. • dr. med. sci., prof. (Bishkek);
Шамшиев А.Ш. • Shamshiev A.Sh. - д.м.н. (Ош ш. жана Ош обл.) • (Osh and Osh oblast).

• Редакциянын ой-пикири дайыма эле авторлордун ой-пикирине туура келе бербейт. Материалдын мааниси жана мазмуну үчүн авторлор жооп берет. • Мнение редакции не всегда совпадает с мнением автора. Ответственность за содержание и достоверность материалов несут авторы. • Views of the editorial board may not always coincide with those of authors. Authors are held responsible for any statements made by them.

**Указ Президента Кыргызской Республики
Алмазбека Атамбаева**

О награждении государственными наградами Кыргызской Республики

За вклад в развитие социально-экономического, духовного и интеллектуального потенциала Кыргызской Республики наградить:

Орденом «Манас» II степени:

Джумабекова Сабырбека Артисбековича	- директора Бишкекского НИЦ травматологии и ортопедии;
--	--

Орденом «Манас» III степени:

Малаева Нимата	-заведующего ЛОР отделением Бишкекского НИЦ травматологии и ортопедии;
-----------------------	--

Присвоить почетное звание:

«Заслуженный врач Кыргызской Республики»:

Абдирешеву Шамшидину Камчибековичу	-директору Ноокенской РТБ им. Ш. Суеркулова Джалал-Абадской области;
Бабаджанову Нурмухамеду Джамаловичу	-врачу-консультанту неврологу отделения патологии перинатального периода Национального ЦОМиД;
Джунушалиеву Кубанычбеку Кашымбековичу	-заведующему отделением опухолей головы и шеи Национального центра онкологии;
Калиевой Айгул Сабыралиевне	-заведующей отделением неонатологии родильного дома № 1 г. Бишкек;
Койчуманову Айбеку Мааметовичу	-врачу-хирургу отделения неотложной хирургии Национального хирургического центра;
Маанаеву Токтобаю Исраиловичу	-директору Иссык-Кульской областной объединенной больницы;
Мукамбетову Сагымбеку Абдрахмановичу	-заведующему отделом судебно-психиатрических экспертиз Республиканского ЦПЗ МЗ КР;
Мусуралиеву Макенжану Субановичу	-заведующему кафедрой акушерства и гинекологии № 1 КГМА им. И.К. Ахунбаева;
Разаевой Мурзаим Арыновне	-заведующей родильным отделением Ошской городской клинической больницы;
Шамшиеву Абдилатипу Абдырахмановичу	-директору Центра семейной медицины г. Ош;

наградить Почетной грамотой Кыргызской Республики:

Абдуллаева Абдурахмана - директора Центра семейной медицины «Барын» Ноокатского района Ошской области;

Бегалиева Асана - врача анестезиолога-реаниматолога отделения реанимации Иссык-Кульской ООБ;

Президент Кыргызской Республики А.Ш. Атамбаев
Бишкек, 5 июля 2017 г.

УДК 616.314-089.23

Алымбаев Р.С., Karpvichus Danius

Научно-производственное объединение «Профилактическая медицина» МЗ КР, Кыргызский Государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации, Бишкек, Кыргызская Республика, Каунасский университет медицины, Каунас, Литва

ЖААКТЫН РЕДУКЦИЯЛЫК АЛЬВЕОЛЯРДЫК ӨСҮҮСҮНДӨ БИРМУУНДУ КОМПРЕССИЯЛЫК ИМПЛАНТТАРДЫН ROOTT СИСТЕМАСЫН КОЛДОНУУ ТАЖРЫБАСЫ

Корутунду. Бирмуунду сөөк ичиндеги кичине диаметрдеги имплантаттарды колдонуу мүмкүнчүлүгү жаактын төмөнкү бөлүчүндөгү дисталдык атрофиясы менен болгон пациенттерди комплекстүү калыбына келтирүүдөгү жеке клиникалык иште негизделген.

Негизги сөздөр: ичке бирмуунду имплантат, диаметри 3 мм болгон имплантат, биокортикалдык стабилизация, «ROOTT» имплантаты.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОДНОСУСТАВНЫХ КОМПРЕССИОННЫХ ИМПЛАНТАТОВ СИСТЕМЫ ROOTT ПРИ РЕДУКЦИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ЧЕЛЮСТЕЙ

Резюме. Обоснована возможность применения односуставных внутрикостных имплантатов малого диаметра на примере собственной клинической работы в комплексной реабилитации пациентов с атрофией дистальных участков нижней челюсти.

Ключевые слова: тонкий односуставной имплантат; имплантат диаметром 3 мм; биокортикальная стабилизация; имплантаты “Roott”.

AN EXPERIENCE OF USE SINGLE-COMPONENT IMPLANTS WITH 3 MM DIAMETER OF ROOTT SYSTEM FOR REDUCTIONALVEOLAR PROCESSES OF THE LOWER RIDGE

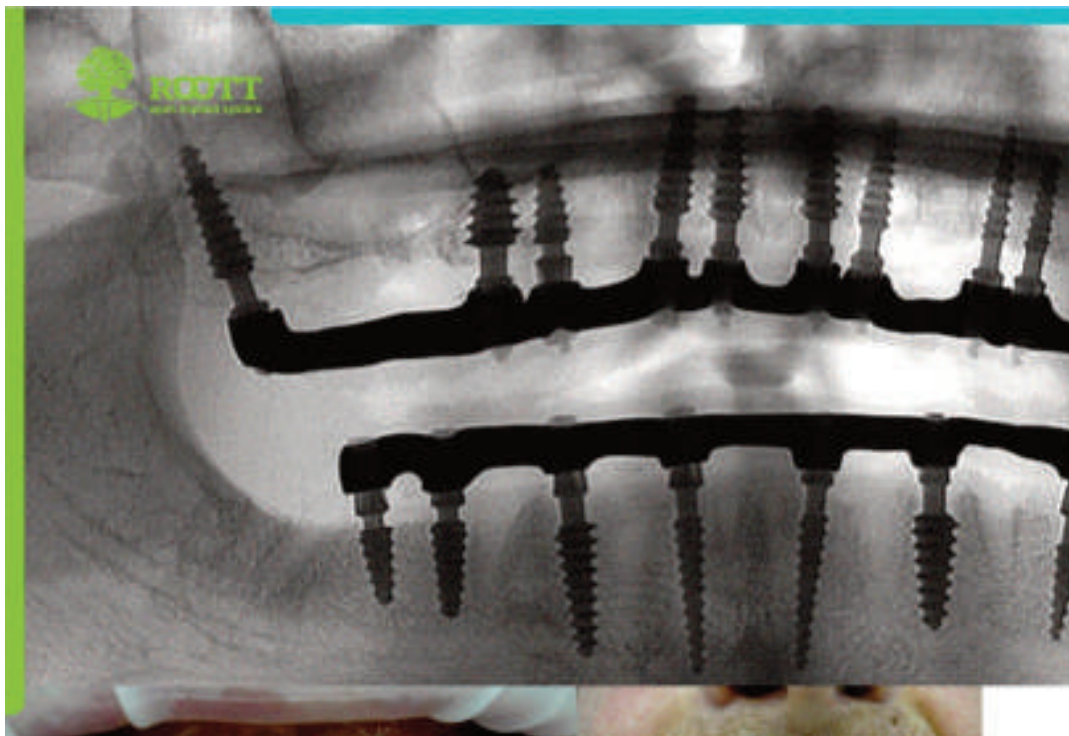
Abstract. The article substantiates the possibility of use of single-component interior osseous implants with small diameter by the example of their own clinical practice in complex rehabilitation of patients with atrophy of lower ridge distal areas.

Key words: thin single-component implant; implant with 3 mm diameter; bi-cortical stabilization; implants “Roott” system.

Согласно исследованиям ряда авторов, процент успешных результатов при применении имплантатов конусной формы на нижней и верхней челюсти приближается к 99% [1-5]. Однако эти результаты получены при использовании классических разборных двухкомпонентных имплантатов диаметром от 3,75 до 5мм, установленных по двухэтапной методике.

Во многих случаях из-за горизонтальной

редукции костной ткани, использование имплантатов такого диаметра становится невозможным. Врачу приходится делать выбор между несколькими методиками восстановления утраченной ширины альвеолярного отростка (аутотрансплантация костного блока, расщепление гребня, направленная регенерация кости) и использованием имплантатов другого типа (пластинчатого, субкортикального, субпериостального) [6-9].



*Рис. 1. Ортопантомограмма пациентки P.D.S. отсутствием зубов в/ч, н/ч.,
установлены односуставные компрессионные импланты ROOTT
диаметром 3,0 мм и выше, длиной 14-18 мм.*

Раньше тонкие имплантаты диаметром 3 мм использовались редко, исключительно в качестве временных имплантатов для поддержания провизорных ортопедических конструкций на период, необходимый для остеоинтеграции стандартных погружных имплантатов [10-12]. Однако наблюдение за группой тонких имплантатов показали, что более 75% так называемых “промежуточных” имплантатов успешно интегрировались, имели хороший контакт с костной тканью и фактически могли быть использованы в качестве постоянных опор.

Долгосрочные перспективы использования тонких имплантатов возможны лишь при соблюдении определенных протоколов формирования костного ложа и адаптированных имплантатов. В первую очередь необходимо определить типы костной ткани, при которых использование тонких имплантатов будет давать высокий положительный результат.

Очевидно, что типы кости D1 и D2 наиболее благоприятны для использования имплантатов данного диаметра. Кость D1 (более 1250 единиц Hounsfield) – плотная кость, с незначительным количеством губчатого слоя, чаще всего встречается во фронтальной области нижней челюсти. Установку имплантатов маленького диаметра с агрессивной компрессионной резьбой в этом типе кости необходимо производить медленно, с охлаждением для избегания некроза кости. Кость

D2 (850-1250 единиц Hounsfield) имеет плотный кортикальный слой на гребне и грубозернистую трабекулярную кость внутри.

Данный тип кости чаще всего можно обнаружить в боковых отделах нижней челюсти, реже – во фронтальных участках нижней и верхней челюстей.

В данном типе кости желательна бикортикальная стабилизация имплантатов, а протокол установки имплантата включает лишь пенетрацию кристаллической кортикальной кости. Глубина пенетрации примерно на $\frac{1}{2}$ длины имплантата. При наличии типов кости D1 и D2 возможна непосредственная нагрузка на имплантат.

К применению односуставных имплантатов малого диаметра в костной ткани типа D3 (менее 850 единиц Hounsfield) необходимо подходить с определенной осторожностью, так как данный тип имеет тонкий пористый кортикальный слой и большой объем трабекулярной кости. Анатомически данный тип кости характерен для фронтальной и боковых областей верхней челюсти. Бикортикальная стабилизация однокомпонентного имплантата малого диаметра в данном случае абсолютно необходима, а сроки нагрузки в данном типе кости необходимо отложить на достаточный для интеграции срок.



Рис. 2. Односторонние концевые дефекты в/ч, н/ч. и атрофии альвеолярного отростка. Установлены одноуставные имплантаты системы ROOTT диаметром от 3,0 мм и выше длиной 10-12-14 мм.



Рис. 3. Дизайн компрессионного одноуставного имплантата.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной цели было обследовано 56 пациентов (23 мужчины и 33 женщины) в возрасте от 30 до 65 лет с концевыми и включенными дефектами нижней челюсти и остаточной шириной альвеолярного отростка не более 5 мм. Исследуемым пациентам была

предварительно проведена конусная компьютерная томография нижней челюсти (дентальный томографии фирмы “Value Added Technologies”, доза облучения при одном обследовании составляла 0,24 мЗв). Это позволяет оценить строение альвеолярного отростка и качество костной ткани в области имплантации.

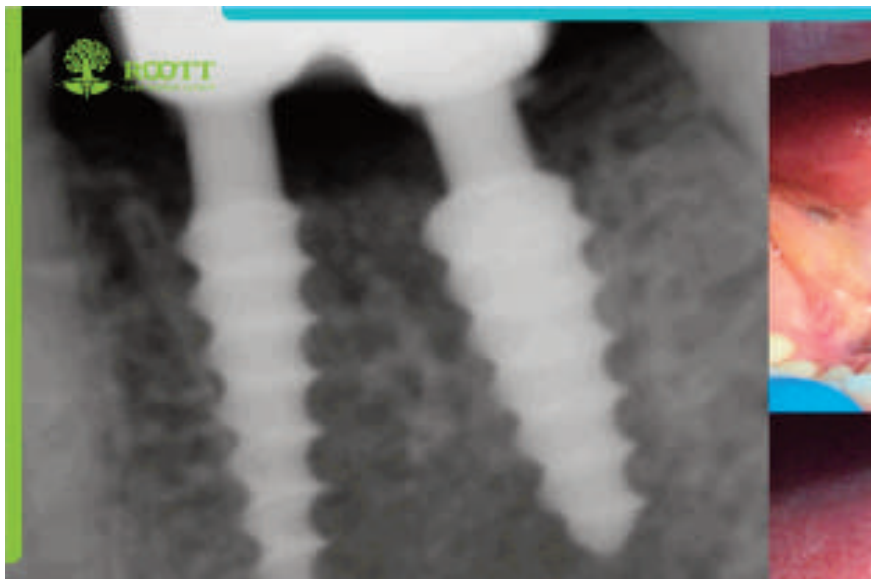


Рис. 4. Два одноуставных имплантата системы ROOT диаметром 3,0 мм и 3,5 мм и длиной 12-14 мм в области 36 и 37 зубов с включенным дефектом н/ч.

Для контроля эффективности проводимого лечения использовали традиционные (рентгенография, осмотр) и дополнительные методы обследования. Степень устойчивости имплантатов оценивали с помощью диагностического прибора “Periotest” фирмы “Siemens” в различные сроки после их установки. Оценивали степень воспалительной реакции и сроки заживления мягких тканей вокруг имплантата.

Для реабилитации пациентов применялись одноуставные корневидные (неразборные) имплантаты “Root” диаметром 3,0 мм и длиной от 10 мм до 14 мм.

Результаты исследования и их обсуждение. Было установлено 172 имплантата диаметром 3,0 мм в дистальных участках нижних челюстей по одноэтапной методике. Все имплантаты устанавливались с открытием слизисто-надкостничного лоскута для лучшей визуализации зоны имплантации. Введение имплантата проводилось с усилием 35-50 Нсм и сопровождалось охлаждением (физиологическим раствором). Для улучшения формирования “десневой манжетки” использовали фторопластовые формирующие кольца, фиксируемые на головки имплантатов. Послеоперационное ведение пациентов осуществлялось по стандартной схеме. Снятие швов осуществляли на 7-е сутки.

К постоянному протезированию приступали через 30-60 дней при типах кости D1 и D2 и через 90 дней – при типе кости D3. Ортопедический этап реабилитации пациента проводили при помощи металлокерамических коронок с учетом особенностей протезирования на одноуставных имплантатах.

Критериями успешно выполненной имплантации являлись: устойчивость имплантата, отсутствие резорбции костной ткани в пришеечной области, отсутствие боли и воспаления вокруг

имплантата, высокая функциональная эффективность использования зубных протезов, опирающихся на имплантат.

Из 162 установленных имплантатов отсутствие остеоинтеграции было выявлено у четырех пациентов с типом кости D3 (7 имплантатов).

Двухлетнее наблюдение за остальными 52 пациентами, у которых успешно функционировало 165 одноуставных имплантатов диаметром 3,0 мм, установленных по вышеуказанному протоколу, не выявило серьезных проблем в околоимплантационных тканях. Резорбция кости в области установленных имплантатов отсутствовала или была минимальной в допустимых пределах.

Степень выживаемости одноуставных имплантатов диаметром 3,0 мм, установленных в дистальных участках нижней челюсти, составила 96%. Жалобы со стороны пациентов отсутствовали, имплантации показывали стабильный функциональный результат, слизистая оболочка в области имплантатов была без признаков воспаления.

Таким образом, применение внутрикостных одноуставных имплантатов диаметром 3 мм создает благоприятные условия для быстрой и эффективной реабилитации пациентов с атрофией дистальных участков нижней челюсти без дополнительных мероприятий по “наращиванию” кости. Конструктивные особенности имплантатов “Root” системы обеспечивают хорошую первичную фиксацию и возможности для непосредственной нагрузки. Правильная качественная оценка кости, соблюдение протоколов адаптивного формирования имплантационного ложа и бикортикальной фиксации имплантата обеспечивают долгосрочные перспективы функционирования имплантаций в различных типах костной ткани.

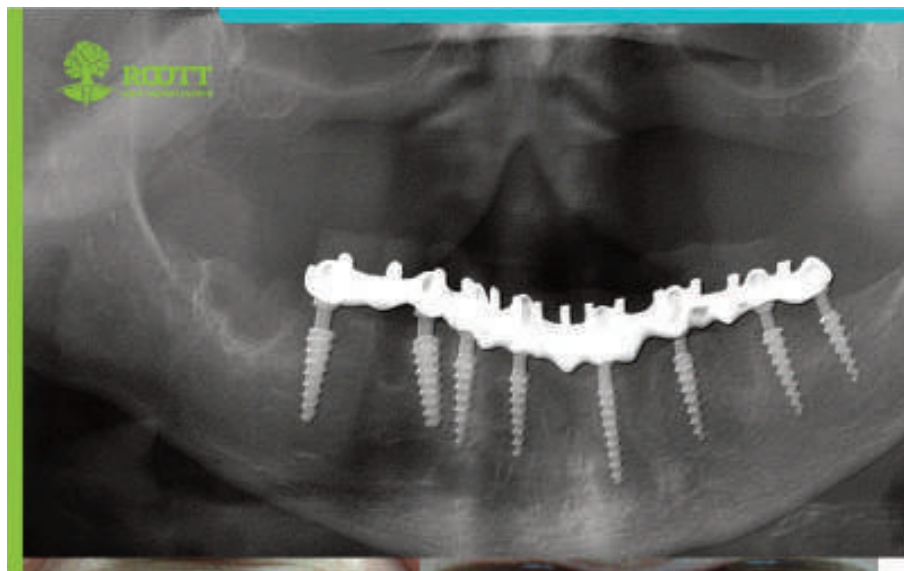


Рис. 5. Беззубая в/ч и н/ч, нижняя челюсть реабилитировано односуставными имплантатами ROOTT диаметром 3,0 - 3,5 -3,8 мм и длиной 10-12-14 мм.

Литература:

- 1 Балуда И.В. Состояние тканей протезного ложа у больных с концевыми дефектами зубных рядов при лечении с использованием имплантатов: дис. ... канд. мед. наук / И.В. Балуда. М., 1990.
- 2 Кищенко М.А. Ранняя функциональная нагрузка при одноэтапной имплантации / М.А. Кищенко, С.А. Чертов // Украинский стоматологический альманах. 2005. № 6. С. 54-56.
- 3 Король Д.М. Усовершенствование протезирования концевых и включенных дефектов зубного ряда протезами с использованием имплантатов: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.22. / Д.М. Король. Полтова, 2003. 19 с.
- 4 Макарьевский И.Г. Особенности имплантации концевых дефектов зубных рядов / И.Г. Макарьевский, А.Ф. Коняхин, В.И. Добрин // Клиническая имплантология и стоматология. 2003. № 1-2. С. 38-41.
- 5 Гротовский Т. Одноэтапная имплантация с непосредственной функциональной нагрузкой. / Т. Гротовский // Новое в стоматологии. 2005. №4. 66-70.
- 6 Авербух Ф. Разрешение проблемы имплантации зубов при узком костном гребне методом, отличающимся от традиционных / Ф. Авербух, А. Тимофеев, С. Кабанчук и др. // Современная стоматология. 2004. № 3. С. 105-106.
- 7 Беляев С.Г. Оклюзионные аспекты в лечении концевых дефектов зубного ряда нижней челюсти с использованием внутрикостных имплантатов / С.Г. Беляев // Клиническая стоматология и имплантология. 2002. № 1-2. С. 40-43.
- 8 Опанасюк И.В. Одноэтапная имплантация. Немедленная нагрузка. Одноэтапный Q-имплантат фирмы TRINON (Германия) / И.В. Опанасюк, Ю.В. Опанасюк // современная стоматология. 2003. №2. С. 86-92.
- 9 Опанасюк И.В. Костнопластические материалы в современной стоматологии / И.В. Опанасюк, Ю.В. Опанасюк // Современная стоматология. 2002. № 3. С. 101-105.
- 10 Вовк В.Е. Применение аутогенного трансплантата из подбородка для наращивания альвеолярного отростка верхней челюсти / В.Е. Вовк, А.А. Шакарлиев // Клиническая имплантология и стоматология. 2003. № 1-2. С. 25-28.
- 11 Опанасюк И.В. Современные методы реконструкции альвеолярного гребня. Направленная костная регенерация с использованием не резорбируемых мембран. Аргументация методикой установки титановой сетки / И.В. Опанасюк, Ю.В. Опанасюк // Современная стоматология. 2003. № 3. С. 69-83.
- 12 Угрин М.М. Обсуждение протоколов дентальной имплантации / М.М. Угрин // Тезисы науч.-практ. конф. “Остеология во Львове”. Львов, 2003.

Сведения об авторах:

Алымбаев Руслан Султанбекович, к.м.н., КГМИПнПК, докторант НПО «Профилактическая медицина», r.alymbaev@gmail.com;

Danius Karvavichus, доктор медицины, челюстно-лицевой хирург в клинике Каунасского университета медицины, Литва, Каунас.

Анарбаева Ж.А., Ташполотова А.Ш., Суранбаева Г.С., Жакишева Э.М., Максытов С.Т.

Территориальная больница г. Кызыл-Кия, Жалал-Абадская областная клиническая больница, Научно-производственное объединение «Профилактическая медицина» МЗ КР, Национальный госпиталь МЗ КР, Центр общеврачебной практики Папан, г. Бишкек, Кыргызская Республика.

ӨНӨКӨТ ВИРУСТУУ ГЕПАТИТ ДЕЛЬТА

Корутунду. Илимий иште клиникалык-эпидемиологиялык, лабораториялык изилдөөлөрдүн жана өнөкөт вирустуу гепатит дельтадан (ӨВГД) болгон өлүмдүн жыйынтыктары келтирилген. ӨВГД эпидемиологиялык мүнөздөмөсүнүн өзгөчөлүгү болуп инфекциянын ар кандай факторлорунун бар болгонду эсептелинент. Оорунун таралуусуна таасир берүүчү маанилүү эпидемиологиялык факторлор үй-бүлөө ичиндеги – 27,0% ($P < 0,05$), стоматологиялык кызмат менен – 14,2% ($P < 0,05$) жана жыныстык – 5,1% ($P < 0,05$) байланыштар болгон. ӨВГД өтүү агымы жана клиникалык сүрөттөмөсүнүн өзгөчөлүгү: клиникалык симптоматиканын полиморфизми, тез арада өөрчү менен боордун циррозуна (БЦ) өтүүчү боордун патологиясына алып келе турган жогорку активдүү процесси болуп саналат. Ошондой эле, тез арада боордун циррозуна өтүүсү да байкалышы мүмкүн. ПЦР методу менен изилдөө жүргүзүү учурунда 186 (85,3%) ооруду (1тип) HBV инфекциясынын төмөнкү оордук күчүнүн таасиринде HDV вирусунун жогорку репликациясы аныкталган. Ал эми 32 (14,7%) пациенттерде тескерисинче, (2тип) HDV вирусунун төмөнкү оордук күчүнүн таасиринде HBV инфекциясынын жогорку активдүүлүгү белгиленген. Клиникалык жактан 1 типтеги ооруларга салыштырмалуу 2 типтеги ооруларда оорунун жеңил өтүү агымы аныкталган.

Негизги сөздөр: өнөкөт вирустуу гепатит дельта, эпидемиология, клиника, вирустун оордук күчү, боордун циррозу.

ХРОНИЧЕСКИЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ ДЕЛЬТА

Резюме. В работе приведены результаты клинико-эпидемиологических и лабораторных исследований и исходы от хронического вирусного гепатита дельта (ХВГД).

Особенностью эпидемиологической характеристики ХВГД является наличие различных факторов инфекции. Важными эпидемиологическими значение влияющими на распространенность заболеваемость имели контакты внутри семьи – 27,0% ($P < 0,05$) стоматологические услуги – 14,2% ($P < 0,05$) и половой – 5,1% ($P < 0,05$). Особенности клинической картины и течения ХВГД являются: полиморфизм клинической симптоматики; высокая активность процесса, приводящего к печеночной патологии, с быстро прогрессирующим течением и переходом в цирроз печени (ЦП). Может также наблюдаться быстрый переход в цирроз печени. У 186 (85,3%) больных, на момент обследования методом ПЦР, выявлялась высокая репликация вируса HDV, при очень низкой вирусной нагрузке HBV инфекцией (1тип). А у 32 (14,7%) пациентов, наоборот, отмечалась высокая активность HBV инфекции, при низкой вирусной нагрузке HDV (2тип). Клинически, у больных 2 типа отмечалось более благоприятное течение болезни, в сравнении с больными 1 типа.

Ключевые слова: хронический вирусный гепатит дельта, эпидемиология, клиника, вирусная нагрузка, цирроз печени.

CHRONIC HEPATITIS D VIRUS INFECTION

Abstract. The paper presents results of clinic-epidemiologic and laboratory studies and outcomes of chronic viral hepatitis D. Epidemiologically important factors influencing the prevalence of this disease were: intrafamilial contacts - 27.0% ($P < 0.05$), dental services – 14.2% ($P < 0.05$) and sexual route – 5.1% ($P < 0.05$). The clinical picture and course of chronic HDV infection was characterized by polymorphism of clinical symptoms, high activity of the process leading to hepatic pathology with a rapidly progressive course and transition to cirrhosis of the liver. Also a rapid transition to cirrhosis of the liver is observed. 186 patients (85.3%) were revealed to have at the time of PCR test a high HDV replication with a very low HBV load (type 1). On the contrary, 32 patients (14.7%) showed a high HBV infection activity with a low HDV load (type 2). Clinically, type 2 infection patients had a more benign course of disease as compared to type 1 infection patients.

Key words: chronic hepatitis D virus infection, epidemiology, clinical features, virus load, cirrhosis of the liver.

Актуальность. Хронические вирусные гепатиты В (ХВГВ) и D (ХВГD) по своей социально-экономической и медицинской значимости по-прежнему являются одной из ведущих инфекционных патологий человека.

ГD, также как и ГВ, имеет практически повсеместное распространение [1]. В мире у 30 млн. больных диагностируется хроническая дельта-инфекция. Частота случаев коинфекции (ВГ+BD) колеблется в различных странах от спорадической регистрации до 25-30% - среди лиц с острым ГВ [2]. Показателем широты распространения дельта-инфекции служит частота выявления антител к вирусу ГD (анти-ВГD) среди больных хроническим гепатитом В (ХГВ). Показано, что в среднем около 10% больных хроническим HBsAg-позитивным гепатитом инфицированы ВГD [3].

Основной особенностью хронического ГD (ХГD) является «циррозогенность». Цирроз печени (ЦП) развивается в более ранние сроки, чем при ВГВ-инфекции и хроническом гепатите С (ХГС). В работе Г.С. Суранбаевой (2012) показано, что в этиологии цирроза печени в КР ХВГD составляет 35,0%. После формирования цирроза вероятность возникновения ГЦК на протяжении 10 лет достигает 40%. Летальность ХВГD в 3 раза превышает этот показатель при ХВГВ [4].

Прогноз для больных, страдающих ХГD, в настоящее время остается неблагоприятным и при отсутствии лечения с высокой вероятностью развивается печеночная недостаточность, декомпенсированный цирроз печени [5]. Поскольку в Кыргызстане, относящемуся к территориям с высокой частотой инфицирования вирусными гепатитами (ВГ), имеется лишь несколько работ, посвященных клинике и лечению ХВГD, а работ по лечению больных ХВГD с учетом вирусологической активности не проводилось, то актуальность изучения клиники, лечение и исходов ХВГD с учетом вирусной нагрузки становится очевидной.

Материалы и методы исследования. Настоящая работа по изучению клинико-эпидемиологических особенностей хронического вирусного гепатита выполнена в инфекционных отделениях Кызыл Кийской городской больницы, Ошской областной объединенной больницы, Жалалабатской городской больницы, в референс-лаборатории вирусных инфекций НПО «Профилактическая медицина», иммунологической лаборатории Республиканского диагностического центра и в лабораториях «Интермедикал» и «HUMAN» г. Бишкек.

Для оценки уровня заболеваемости хроническими вирусными гепатитами использованы материалы официальной регистрации вирусных гепатитов за 10 летний период (2000-2016гг.), материалы Республиканского медико-информационного центра за 10 лет (2000-2016гг.), годовые отчеты ДПЗ и ГСЭН, данные дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН).

Под нашим наблюдением находились 218 больных с хроническим вирусным гепатитом D. Диагноз ХВГD был установлен на основании клинико-

эпидемиологических данных и результатов биохимического, серологического и вирусологического исследования сывороток крови.

Наряду с клиническим осмотром больных проводились общепринятые параклинические исследования: общий анализ крови и мочи. Биохимические исследования включали определение общего билирубина, проведение сулемовой и тимоловой проб. По показаниям определяли уровень общего белка и белковых фракций, свертывающей системы крови, холестерина, щелочной фосфатазы. Уровень общего билирубина определяли по методу Иендрашика. И отражался в мкмоль/л. Активность АЛТ, АСТ определяли по методу Френкеля-Райтмана и выражался в мккат/л. Показатели тимоловой и сулемовой пробы выражали в ед. и мл. соответственно. Общий белок и белковые фракции были исследованы биуретовым и экспресс методом. Уровень протромбинового индекса определяли унифицированным методом, и выражался в процентах. Лабораторная специфическая диагностика ХВГD проводилась в Республиканской референс-лаборатории по диагностике вирусных инфекций (НПО "Профилактическая медицина").

Статистическая обработка материалов исследования проводилась в соответствии с компьютерной программы EPIINFO путем вычисления относительных показателей и средних величин; достоверность их разности определялась вычислением критериев Стьюдента

Результаты исследования. Территория Кыргызской Республики относится к гиперэндемичным регионам. Прослеживая развитие эпидемического процесса хронического вирусного гепатита D отдельно в каждой области, можно отметить различия в уровнях заболеваемости в разных регионах республики (рис.1).

Анализ заболеваемости ХВГD выявил, что высокие ее показатели приходится на г. Ош, превышая в несколько раз аналогичные показатели других регионов (30,6%). Более высокую заболеваемость в г.Ош, Иссык_Кульской и Джалал-Абадской областях можно объяснить возникновением социально-экономического кризиса, усиление внутренней миграции, лучшими диагностическими возможностями и квалификацией врачей в городах. В Баткенской, Нарынской, Таласской областях и в г. Бишкек удельный вес заболеваемости ХВГD был самым низким. Однако следует отметить невозможность исключения недостаточной регистрации данной инфекции в Республике.

С началом вакцинации от вирусного гепатита В заболеваемость с острым вирусным гепатитом в Республике за 2004-2013 гг. снизилась в 1,8 раз (15,0 -8,0 соответственно). За этот же период снижение показателей заболеваемости с острым вирусным гепатитом дельта снизилась в 4,2 раза (рис. 2).

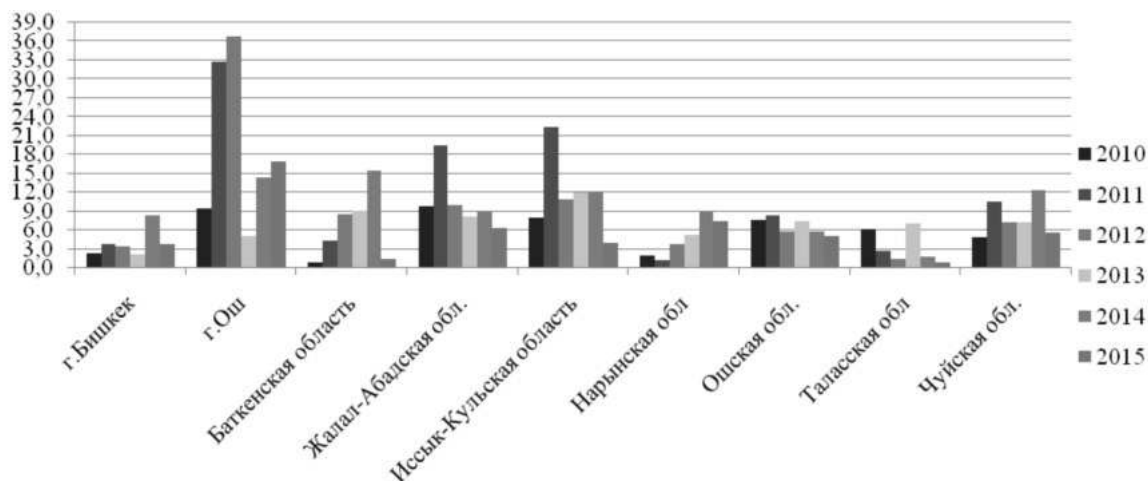


Рис.1. Распространенность хроническим вирусным гепатитом дельта в Кыргызской Республике с 2010-2015гг., по данным РМИЦ (на 100 тыс. населения, форма-№12).

В возрастной структуре больных хроническим вирусным гепатитом D преобладали взрослые, в основном лица мужского пола - 134 (61,4%) и были подвержены люди в возрастной категории 40-49 лет 74 (34,0%). У больных ХВГD,с достаточно высокой

частотой реализуется бытовой кровно-контактный путь передачи инфекции, включающий контакты внутри семьи – 27,0% ($P<0,05$), стоматологические услуги -14,2% ($P<0,05$) и половой – 5,1% ($P<0,05$).

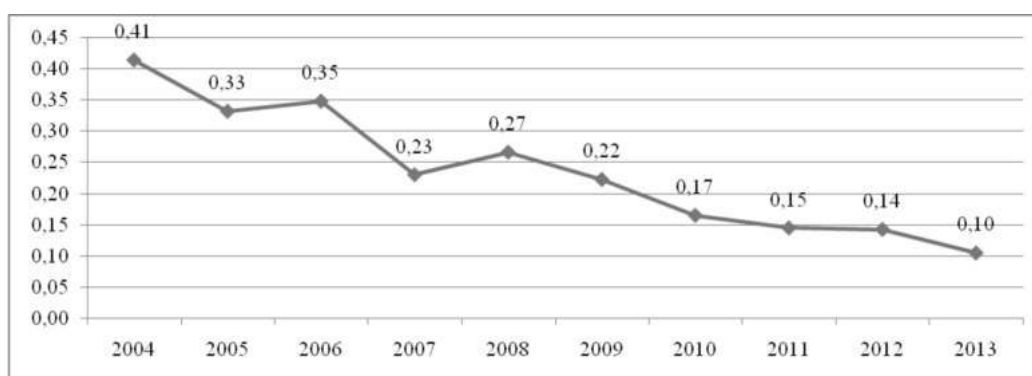


Рис.2. Динамика заболеваемости острым вирусным гепатитом дельта в КР (на 100 тыс. населения, форма-№12).

Высокая активность течения хронического гепатита наблюдалась у 139 человек (63,7%), а у остальных,79 (36,3%)больных отмечалась умеренная активность болезни. Анализ клинических признаков ХВГD у больных с различной активностью болезни позволил выявить некоторые закономерности в распределении частот симптомов (рис. 3.).

Наиболее частыми симптомами при ХВГD были следующие: боли в правом подреберье – 177 (78,0%), носовые кровотечения – 158 (72,4%), слабость – 156 (71,5%), снижение аппетита – 123 (56,4%), тошнота – 92 (42,2%), внепеченочные знаки – 89 (41,0%). Головная боль и рвота отмечались с одинаковой частотой у – 68(31,2%). Следует отметить что, у 52 (23,8%) больных наблюдался асцит, в сочетании с портальной гипертензией. Гепатомега-

лия наблюдалась у 172 (79,0%) обследованных больных. У этих больных край печени выступал на 1,6 - 2,1 – 2,3 см ниже реберной дуги, печень была болезненной, при пальпации. По консистенции печень чаще всего была плотноватой. Спленомегалия наблюдалась у 122 (56,0%) больных. У 86 (36,4%) больных желтуха была умеренной, сопровождалась кожным зудом. В таблице 1. приведены данные биохимических анализов больных хроническим вирусным гепатитом дельта.

Анализ результатов биохимических показателей крови, приведенных в таблице 1, позволил установить, что у больных, с выраженной активностью болезни, уровень общего билирубина находится в пределах $42,0\pm 9,4$ мкмоль/л. В динамике течения ХВГD прослеживается гипералатемия, показатель (АЛТ), в среднем, составил $1,2\pm 0,4$ мккат.

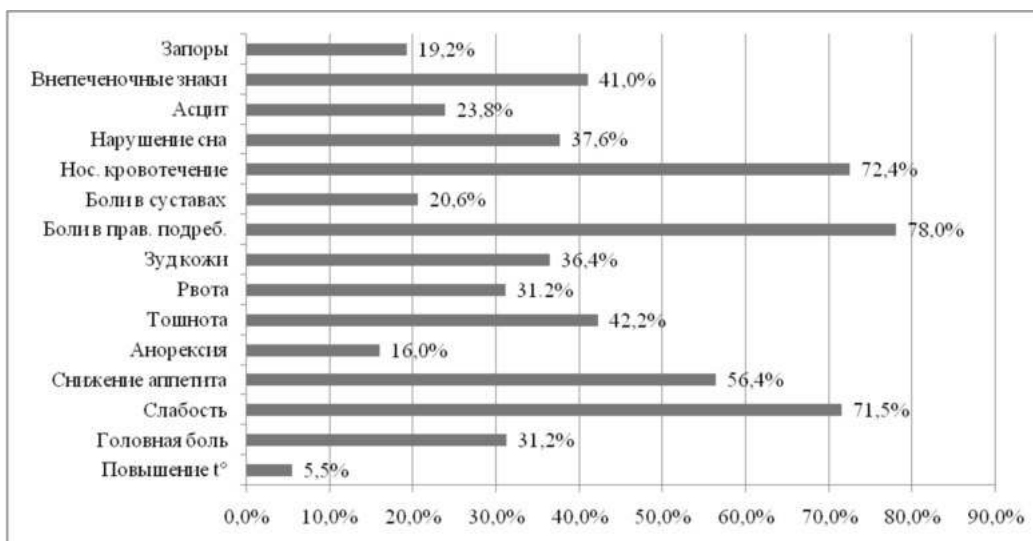


Рис.3. Частота клинических симптомов, наблюдаемых при хроническом вирусном гепатите дельта (n=218).

Таблица 1. Изменение биохимических показателей в зависимости от активности течения инфекционного процесса при хроническом вирусном гепатите дельта (n=218)

Биохимические показатели	ХВГД умеренной активности (n=139) M±m	ХВГД высокой активности (n=79) M±m	P
АСТ (мккат)	0,7±0,3	0,9±0,4	>0,05
АЛТ (мккат)	0,9±0,4	1,4±0,6	>0,05
Общий билирубин (моль/л)	29,2±2,8	42,0±9,4	>0,05
Тимоловая проба (ед)	13,5±9,1	15,7±7,6	>0,05
Протромбиновый Индекс (%)	62,0±6,0	52,0±5,8	>0,05
Общий белок (г/л)	58,0 ±4,8	51,0±8,4	<0,05
Альбумин (г/л)	38,2±8,3	27,3±8,0	>0,05
Гамма-глобулин (%)	23,9±7,8	36,4±8,2	>0,05

У всех наблюдаемых больных на протяжении периода заболевания, наблюдалось высокое значение тимоловой пробы, достигающей $15,7 \pm 7,6$ ед, при среднем значении $13,5 \pm 9,1$ ед. Концентрация в крови общего белка у больных с высокой активностью течения болезни была достоверно меньше, чем у пациентов с умеренной активностью ($P < 0,05$). Общий белок и протромбиновый индекс при высокой активности болезни были заметно снижены. При переходе в цирроз печени и при циррозе печени сохранялись высокая гипоальбуминемия и гипер-гамма-глобулинемия, что является неблагоприятным признаком течения болезни. Также, при анализе крови у 72 (33,0%) больных отмечались анемия, у 124 (56,8%) - лейкопения и у 168 (77,0%) - тромбоцитопения.

У всех больных выявлялись в пробах серологические маркеры HBV и HDV инфекции. Интересно отметить, что у 186 (85,3%) больных, на момент обследования методом ПЦР, выявлялась вы-

сокая репликация вируса HDV, при очень низкой вирусной нагрузке HBV инфекцией (1тип). А у 32 (14,7%) пациентов, наоборот, отмечалась высокая активность HBV инфекции, при низкой вирусной нагрузке HDV (2тип). Клинически, у больных 2 типа отмечалось более благоприятное течение болезни, в сравнении с больными 1 типа. Полученные данные свидетельствуют о том, что вирус HDV – инфекции подавляет вирус гепатита В. И это согласуется с мнением многих авторов.

Приведено краткое описание клинической картины и данные обследования больной хроническим вирусным гепатитом D, у которой наблюдался переход в цирроз печени, и была произведена трансплантация печени.

Больная Б.Д. 40 лет, работает врачом хирургом городской больницы. Поступила на прием 12.02.2012 г. с диагнозом «хронический вирусный гепатит D» в состоянии средней тяжести. В детстве два раза перенесла вирусный гепатит. Из эпидеми-

логического анамнеза было выяснено, что у больной были различные парентеральные вмешательства (лечение у стоматолога, с оперативным вмешательством, переливание крови). Ухудшение общего состояния у больной отмечалось в последние 6 мес. При поступлении в клинику были выражены слабость, тошнота, отсутствие аппетита, головные боли. Объективное обследование: состояние средней тяжести, желтушность умеренная, сердечно-сосудистая и дыхательная системы без особенностей. Артериальное давление 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, боль в области правого подреберья. Печень пальпировалась на 2 см. ниже реберной дуги, была уплотненной консистенции. Селезенка увеличена на 2 см. По данным УЗИ: хронический гепатит с переходом в цирроз печени, хронический холецистит, хронический панкреатит. Данные биохимического обследования: билирубин крови - 20,0 мкмоль/л, активность АЛТ - 0,44 мккат, тимоловая проба - 15,0 ед., протромбиновый индекс - 60,0 %, альбумины - 30,0 г/л, γ -глобулины - 38,0 %, остальные тесты в норме. Общий анализ крови без особенностей. Серологические данные: обнаружен маркер HBsAg, анти-HB и анти-HDV, маркер вирусного гепатита С не выявлен.

Методом непрямой эластометрии (фиброскан-исследование) определена эластичность печени, составляющая 49,4 КПа, что с достоверностью более 90%, соответствует стадии фиброза F4 (по METAVIR), с протекающим циррозом печени. При ПЦР - исследовании обнаружен ДНКHBV - (92 копий/мл) и РНКHDV- (2533000 копий/мл).

Больная неоднократно ездила в Москву, в гепатологический центр им. Блохина, и врачом-гепатологом был назначен пегинтрон. В течение 3 мес. больная принимала пегинтрон. Периодически проводили терапию дезинтоксикационными средствами, альбумином, гепатопротекторами и витаминами. Но общее состояние больной на фоне проводимой терапии не улучшилось. Появились вздутие живота, носовое кровотечение. Через 4 мес. при очередном осмотре, у больной выявился асцит, в связи с чем пегинтрон был отменен. Активность АЛТ и уровень общего билирубина оставались в пределах нормы. Однако, у больной по-прежнему сохранялись выраженная гипоальбуминемия (28,3 %), гиперглобулинемия (32,5 %) и тромбоцитопения (90,0). По данным ПЦР выявились ДНК- HBV и РНКHDV-инфекции. Ей была рекомендована трансплантация печени, и она была госпитализирована в ноябре 2013 г в одной из ведущих клиник г. Пекин. Больная операцию перенесла удовлетворительно. Прием иммуносупрессанта начали в 1-й день после операции. Послеоперационные доплеровские исследования печени показали нормальную картину и она была выписана в стабильном состоянии на 25-й

день после операции. В настоящее время общее состояние реципиента относительно удовлетворительное. Пациентка амбулаторно наблюдается у врача-гепатолога. Реципиент регулярно принимает иммуносупрессорные препараты. Систематически производятся необходимые анализы крови и мочи. Также динамически назначаются анализы электрокардиограммы, ультразвуковые и ПЦР исследования.

Приведенный клинический пример еще раз подтверждает, что, у больных ХВГD может наблюдаться быстрый переход гепатита в цирроз печени, имеющий постоянную выраженную степень активности, на фоне интенсивной репликации РНК HDV. Выводы. Широкое распространение хронического гепатита D в Кыргызской Республике представляет серьезную угрозу здоровью населения. У большинства пациентов в анамнезе отмечается наличие острого вирусного гепатита, либо факторов риска инфицирования. При первичном обращении больного в клинику преобладает диагноз хронического поражения печени (ХГ и ЦП). Особенности клинической картины и течения ХГD являются: полиморфизм клинической симптоматики; высокая активность печеночной патологии с быстрым прогрессирующим ее течением и переходом в цирроз печени. Может также наблюдаться быстрый переход в цирроз печени, у пациентов с постоянно выраженной активностью болезни. Учитывая неблагоприятные исходы, при хроническом вирусном гепатите дельта, большое значение имеет своевременная диагностика, госпитализация больных и назначение им адекватной терапии, проведение санитарно-просветительской работы, особенно среди больных вирусным гепатитом В, имеющих высокую потенциальную опасность заражения суперинфекцией вирусным гепатитом дельта.

Литература:

1. Апросина З.Г. Хронический активный гепатит как системное заболевание. 2-е изд., 1999, 201с.
2. Hwang J., Kwong J. et al. The hepatitis B virus X protein: the question for a role in viral replication and pathogenesis // J. Virol. - 1996. - Vol.70. - P.5582-5591.
3. Negro F., Rizzetto M. Diagnosis of hepatitis delta virus infection // J. Hepatol. - 1995. - Vol.22, Suppl.1. - P.136-139.
4. Smedile A., Farci P., Verme G., Caredda F., Cargnel A., Caporaso N. et al. Influence of delta infection on severity of hepatitis B // Lancet. - 1982. - Vol.2, N 8305. - P.945-947.
5. Clinical virology: Hepatitis delta virus/ D.D. W.R.Richmann, F.G. Hayden, eds.- Washington DC: ASM Press; 2002. - P.1227-1240.

Сведения об авторах:

Анарбаева Ж.А., Территориальная больница г. Кызыл-Кия;

Ташполотова А.Ш., Жалал-Абадская областная клиническая больница;

Суранбаева Г.С., д.м.н., г.н.с., Научно-производственное объединение «Профилактическая медицина» МЗ КР;

Жакишева Э.М. - Национальный госпиталь МЗ КР;

Макытов С.Т. - Центр общеврачебной практики Папан, E-mail: gul1967@inbox.ru

УДК:616-084:618.1

Бейшембаев А.М., Салиев Н.Т., Турдалиев Б.Р.

*Национальный центр онкологии при МЗ КР, Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации, г. Бишкек,
Баткенская областная объединённая больница, Кыргызская Республика*

БАТКЕН ОБЛАСТТЫК БИРИККЕН ООРУКАНАСЫНЫН ТАРАБЫНАН ЖҮРГҮЗҮЛГӨН АЯЛДАРДЫ ГИНЕКОЛОГИЯЛЫК ЖАНА АЛДЫН АЛА ТЕКШЕРҮҮЛӨРҮНҮН ЖЫЙЫНТЫГЫ

(2017-жылдын 25-29-апрели)

Корутунду. Аялдардын ден соолугун чыңдоо коомдук саламаттык сактоонун маанилүү милдеттеринин бири болушу керек. Калктын ден соолугун коргоо жана чыңдоо демократиялык мамлекеттин туруктуу өнүгүсүнүн алдынкы жумуштарынын бири болуп саналат. Аялдардын ден соолугу Кыргыз Республикасы үчүн өлкөнүн туруктуу келечегинин гарантиясы. Кыргыз Республикасынын Баткен областындагы алдын ала жүргүзүлгөн гинекологиялык текшерүүнүн жана аялдар арасындагы суроо-жооптук жыйынтыгы канаттандырбайт. Негизги себеби аялдардын алдын ала текшерүү жана жыныстык гигиена жөнүндөгү маалыматтардын төмөндүгү.

Негизги сөздөр: аялдар, алдын алуу, жыныстык гигиена, жатын моюнчасы, эрозия, залалдуу ишиш.

ИТОГИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ПРОВЕДЕННОГО НА БАЗЕ БАТКЕНСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ОБЪЕДИНЁННОЙ БОЛЬНИЦЫ

(25 - 29 апреля 2017 г.)

Резюме. Укрепление здоровья женского населения должно стать одной из важных задач общественного здравоохранения. Залогом устойчивого развития демократического государства является сохранение и укрепление здоровья населения. Для Кыргызской Республики здоровье женщины — это гарантия стабильного будущего страны. Итоги профилактического гинекологического осмотра и опроса женского населения, проведенные в Баткенской области Кыргызской Республики неутешительны. Основной причиной является низкая информированность женского населения о важности профилактического осмотра и интимной гигиены.

Ключевые слова: профилактика, женская населения, интимная гигиена, шейка матки, эрозия.

THE RESULTS OF THE PREVENTIVE EXAMINATION OF THE FEMALE POPULATION OF THE BATKEN OBLAST FROM APRIL 25-29, 2017 ON THE BASIS OF THE BATKEN UNITED REGIONAL HOSPITAL

Abstract. Strengthening the health of the female population must become an important public health goal. The guarantee of sustainable development of a democratic state is the preservation and strengthening of the health of the population. For the Kyrgyz Republic, the health of women is a guarantee of a stable future for the country. The results of a preventive gynecological examination and a survey of the female population conducted in the Batken oblast of the Kyrgyz Republic are disappointing. The main reason for such results is the low awareness of the female population about the importance of preventive examination and intimacy of hygiene.

Key words: Prevention, female population, intimate hygiene, cervix, erosion.

Маселенин актуалдуулугу. Аялдардын ден соолугун чыңдоо алдынкы жумуштардын бири болуусу зарыл, анткени аялзаты табияттын сулуу кереметтери болуудан сырткары, биздин келечегибиздин негизги себепкерлери болуп саналат, башкача айтканда алар, бала төрөп бала чоңойтушат, балдар биздин келечегибиз. Азыркы убакытта аялдар ден соолугуна аз көңүл бура башташты, мүмкүн үй-бүлө, тиричилик деп, дагы мумкун башка себептен, кантсе да аялдардын

оорулары көбөйүп, алардын басымдуу бөлүгү жыныс системасына туура келет.

Текшерүүнүн максаты. Аялдардын жыныстык гигиена, алдын ала гинекологиялык текшерилүү жана жатын моюнчасынын оорулары жөнүндө маалыматынынын денгелин билүү. Профилактикалык гинекологиялык текшерүүнү негизги максатка чыгаруу.

Колдонулган материалдар жана ыкмалар. Текшерүү БОБО (Баткен областтык

бириккен ооруканасы) гинекология бөлүмүндө өткөрүлүп, 2017-жылдын 25-апрелинен 29-чейин созулду. Байкоонун негизги максаты гинекологиялык алдын ала текшерүү болду, жана ага 202 аял катышты. Алар Баткен шаарынын аркайсы аймактарынан келген, 22-77 жашка чейинки аялдар. Байкообуз аялдардын жыныстык системасын алдын ала текшерүү болгондуктан көбүнчө, жыныс системасынын оорулары менен кайрылышты. Кайрылуусунун себептери: - 94 аял ич көңдөйүнүн ылдыйкы бөлүгүнүн оорушуна; 40 аял алдын ала текшерилүүгө; 37 аял жыныс жолунан ар түрдүү суюктук бөлүнүүсүнө; 10 аял эмчек безинин оорусуна; 6 аял тукумсуздука ал эми 15 аял ар кандай даттануулар менен кайрылды.

Текшерүүгө келген 202 аялдын бары толук текшерүүдөн өттү, алардын ичинен 196 аял гинекологиялык креслодо каралды, 115 аял Ультра добуштуу изилдөөгө (УДИ-гө) жана башка алдын ала текшерүүлөргө жиберилди. Жатын моюнчасынын шектүү өзгөчөлүктөрү бар деп табылган аялдардын жатын моюнчасынан жана жатын түтүкчөсүнөн цитологиялык изилдөөгө 187 аялдан, ал эми заара жыныс жолдорунун инфекциясына 67 аялдан мазок алынды. Гинекологиялык алдын ала текшерүүлөрдүн негизинде: 85 аялдын жатын моюнчасында эрозия (ар түрдүү баскычтагы) табылды, алардын ичинен 25 аялдын жатын моюнчасынын эрозиясы күйгүзүп дарыланды ошондой эле 4 аялда залалдуу шишикке шектүү белгилер болгондуктан, жатын моюнчасынан биочырпым алып, анын гистологиялык түзүлүшүн изилдөөгө жибердик; 76 аялдын эч кандай коркунучтуу өзгөрүүлөр жок; 10 аялда жыныс жолдорунун кычыткы оорусу; 12 аялда эмчек безинин сезгенүүсү жана ыйлакча пайда болуусу менен (толук текшерүүлөрдөн кийин маммолог-врачтарына көрүнүүнү кенеш берилди) табылды; ал эми 7 аял жатындын түшүп калуу (50-77 жашка чейинки аялдарда 1-2- даражадагы түшүү) даргы менен жабыркайт; 110 аял УДИ-дөн өттү, анын негизинде: 31 аялда жыныс денелеринин сезгенүүсү; 17 аялда жатындын миомасы; 13 аялда энелик бездеринин ыйлаакчасы жана 5 аялда жатындын түшүп калуусу аныкталды.

Ал эми сурап билүүлөрдүн негизинде 202 аялдын ичинен 110 (54%) аял 5-6 жылдан бери гинекологиялык текшерүүлөрдө болбогондугу жана 127(62%) аялдын жыныс денелеринин гигиенасы жөнүндө маалыматы аз экендиги аныкталды. 110 аялдын ичинен 62 аял жатын моюнчасын эрозиясы; 7 аял жыныс жолдорунун кычыткы оорулары; 5 аял жатындын миомасы; 4 аял энелик бездердин ыйлаакчасы жана 3 аял жатындын түшүп калуусу менен жабыркайт. Эгер, 202 аялдын ичинен 114 (56%) аял оорулуу деп табылса, ал эми 110 аялдын (гинекологиялык текшерүүлөрдө 5-6 жылдан бери болбогон) ичинен 81 (73%) аялдан дарг аныкталды. Натыйжада, аялдардын алдын ала текшерүүдөн өтпөгөндүгүнөн жана жыныстык гигиенаны толук сактабагандыгынан көптөгөн оорулар келип чыгат деп айтсак эч жанылбайбыз.

Текшерүүнүн жыйынтыгы:

1) Аялдардын көпчүлүк бөлүгү өздүк гигиенаны кантип сактоо жана аны туура колдонуу жөнүндө маалыматка ээ эмес.

2) Гинекологиялык алдын ала текшерилүү деген эмне, жана аны качан, кайсыл жерде өтүү керек экендиги туралуу маалыматы аз;

3) Гинекологиялык алдын ала текшерүүдө көптөгөн ооруларды баштапкы даражасында таап, аны ийгиликтүү даарыласа болоорун билбегендиги;

4) Жатындын моюнчасынын патологиялык оорулары жана эрозиясы жөнүндө маалыматы жок экени;

5) Балким жергиликтүү даарыгерлердин санитардык гигиена жөнүндө маалыматты берүүсү канаттандыраарлык денгээлде болбой жаткандыр; Дагы мүмкүн аялдар дарыгерге өз убагында кайрылбай жатабы деген суроолор ойго келет.

Сунуштар. Бул макалада: «Жыныс денелеринин гигиенасы деген эмне, жана аны кантип сактоо керек? Гинекологиялык алдын ала текшерилүү деген эмне жана аны качан кайсыл жерден өтүү зарыл? Гинекологиялык текшерүүлөрдүн негизинде кандай ооруларды алдын алса болот?» жатын моюнчасынын эрозия жана башка оорулары жөнүндө кеңири маалымат берилет.

Жыныс денелеринин гигиенасы. Жыныс денелеринин гигиенасы тууралуу, маалымат өтө көп жана ар тараптуу, биз так эгер жерин айтып кетели.

- Эн биринчиси гигиенаны үзгүлтүксүз сактоо - жыныс органдарды дайыма таза кармоо керек, жыныстык кошулаарда же айыз келгенде гана эмес.
- Ар бир заара ушатканда, жыныстык кошулаарда, кошулгандан сон жана прокладкаларды алмаштырганда жууп тазалоо керек.
- Жууп тазалоо үчүн жылуу суу же атайын жыныстык гель, самындарды колдонуу зарыл. Кол жууган самындар менен же башка кир жуучу самындар менен жууганга болбойт, себеби алар жатын кынынын микрофлорасын бузуусу мүмкүн.
- Жууп тазалоодо алдыдан артты көздөй (алдынкы жыныс денелеринен көтөн чучукту көздөй) акырындык менен тазалоо зарыл.
- Таза пактадан жасалган өздүк сүрткүч менен гана сүртүү керек, сүрткүчтү тазалап жууп туруу жана жалгыз колдонуусу зарыл.
- Кир жууганда жана сүргүчтү үйдөгү жаш балдардын кийиминен бөлөк жуулусу зарыл (жолдошунун кийими да бөлөк жуулусу зарыл).

Тампон жана прокладкалар.

- Прокладканы күнүнө 4-5 жолу алмаштыруу керек, эгер айыз аз келседа.
- Тампондорду колдонууну дарыгерлер сунуштабайт, эгер колдонсоңуз аны ар бир 3-4 саатта алмаштыруу керек.
- Тампон жана прокладкаларды алмаштырганда колду самын менен жууп тазалоо керек.

- Ар күнү керектелүүчү прокладкаларды этияттык менен туура колдонуп, аны дайыма колдонууну дарыгерлер сунуштабайт, себеби алар жатын кынындагы бактериялардын көбөйүшүнө ыңгайлуу шарт түзүп берет.
- Коомдук жайларда жана жалпы дааратканаларда кылдаттык менен бейшеп бүтүрүү зарыл, себеби ал жерлерде жыныс жолу менен жугуучу инфекциялар кенен тараган болушу мүмкүн.

Жыныстык кошулуу.

- Жыныстык кошулуудагы эрежелерди сактоо көптөгөн жыныс жолдору аркылуу жугуучу оруулардын алдын алышуусу талашсыз сөз. Кошулуудагы сактануучу желим баштыкчаларды унутпоо зарыл.
- Жыныстык кошулуу учурунда атайын гелдерди гана колдонууну сунуштайбыз. Жыныстык жактан шеригиниздида алдын ала текшерилип туруусун талап кылуу зарыл [1].

Гинекологиялык алдын ала текшеруу.

Гинекологиялык алдын ала текшерүү бул - дарыгер гинекологдун аялдын жыныс ооруларынын баштапкы белгилерин аныктоого багытталган активдүү медициналык жардамдын бир түрү.

Гинекологиялык алдын ала текшерууго качан бару зарыл?

- Гинекологиялык текшерилүүгө барганыңызга 6 айдан бери барбасаңыз;
- Жыныс гигиенасы туралуу гинекологдон кенеш суроону кааласаныз;
- Балалуу болууну пландаштырып жатсаныз;
- Өзүңүздө жыныс жолдорунун ар түрдүү оорунун белгилери билинсе;
- Тукумсуздук менен жабыркап жатсаңыз гинекологко (тукумсуздукта аял күйөөсү экөө тең текшерилүүсү зарыл) кайрылсаныз болот.

Гинекологиялык алдын ала текшерилүүгө:

- Этек кири токтогондон кийинки алгачкы 5-7 күндөрдө баруунуз керек;
- Гинекологко кайрылуунун алдында 1-2 күн аралыгында жыныстык кошулбоо зарыл;
- Жатын кынынын свечаларын жана даарыларын колдонбоо;
- Жыныс денелерин жууп тазалоо;
- 2-3 саат аралыгында заара кылбоо;
- Жана унутпай мурдагы текшерүүдө жазылган документтерди алып бару зарыл.

Гинекологиялык алдын ала текшерүүгө барарда көптөгөн аялдарда коркунуч сезими пайда болушу мүмкүн, ошондуктан гинекологдун кабылдамасында эмне болоорун толук айтып кетели:

- Биринчиден дарыгер менен аялдын кенен пикир алышуусунан башталат (өздүк гигиенадан тартып жыныстык көйгөйлөрү, айыз келүүнүн бузулуулары, тукумсуздук, жана башка даттануулар тууралуу пикир алышылат);
- Эмчек безин текшерүү (эгер шектүү өзгөрүүлөр болсо маммолог дарыгерине жиберилет);
- Калкан сымал жана башка бездерди карма-лап текшерүү (шектүү өзгөрүүлөр болсо тийешелүү адистерге жиберилет);
- Гинекологиялык креслодо жыныс органдарын кароо (ар түрдүү гинекологиялык оорулардын башталгыч белгилерин, кычыткы жана башка өзгөрүүлөрдү байкоо);
- Жатын моюнчасын атайын гинекологиялык күзгү (жатын кынын жыйрып жатын моюнчасын көрүүгө шарт тузуп берет) аркылуу көрүү жана анын негизинде жатын кынын жана моюнчасынын өзгөрүүлөрүн табуу, кан жана башка суюк бөлүнүп келүүлөрдү, эрозиянын баардык түрлөрүн, жатындын түшүп калуусун, залалдуу шишиктердин алгачкы белгилерин билет.
- Шектүү белгилер байкалган учурда тийешелүү текшерүүлөргө жиберилет (бактериялык, цитологиялык изилдөөгө мазок, биочырпым, кольпоскопия, УДИ жана башка).

Гинекологиялык алдын ала текшерилүү дарыгердин тиешелүү сунуштары менен бүтөт. Мындан коркунун, качуунун эч кажети жок, жана ар бир 6 айда кайра текшерилүүгө келүүсү керек [2].

Жатын моюнчасынын оорулары.

Жатын моюнчасынын патологиялык өзгөрүүлөрүн эрте табуу, азыркы убакытка чейин негизги көйгөйлөрдүн бири болуп келе жатат. Жаны аппараттардын, жаны ыкмалардын жардамы менен оорулардын алдын ала табууга түрткү берип жатат, ошентсе да жатын моюнчасынын оорулары азайган жок. Ар түрдүү булактарга тыянак гинеколог дарыгерине кайрылган аялдардын арасынан жатын моюнчасынын ооруларына даттанып кайрылгандар 35-80% түзөт. Эрозиянын негизги себептеринин бири АПВнун (адамдын папиллома вирусу) аялдардын жатын моюнчасында көбөйүшү, даарылабаса түздөн түз залалдуу шишик оорусуна алып келет. Жатын моюнчасынын залалдуу шишигинин 99,7% АПВ менен тең өөрчүйт. [3]

Жатын моюнчасынын ооруларына:

- жатын моюнчасынын эрозиясы, эктро-

- пиону;
 - жатын моюнчасын дисплазиясы (аз, орто жана өтө өрчүгөн түрлөрү);
 - жатын моюнчасынын лейкоплакиясы;
 - жатын моюнчасынын жырттылуусу;
 - жатын моюнчасынын түтүгүнүн кичирейүүсү жана кысылуусу;
 - жатын моюнчасынын гипертрофиясы
- (көлөмүнүн чоңоюшу);
 - жана башка жатын моюнчасынын сезгенүү оорулары.
- Жатын моюнчасынын ооруларына токтолсок, алардын баарын оңой жана жөнөкөй даарыласак болот, ал үчүн дартты баштапкы даражасында туура жана так аныктоо керек. Биз бүгүн жатын моюнчасынын эрозиясына токтолобуз, себеби биздин алдын ала текшерүүлөргө таянсак, көпчүлүк аялдарда бул оору катталган.

Таблица 1. Эрозиянын пайда болуусунун себептерине карата мындай болуп бөлүнөт

№№ п/п	Эрозиянын түрлөрү	Өзгөчөлүгү
1	Сезгенүүдөн пайда болгон түрү	Жатындын жана жатын моюнчасынын ар түрдүү сезгенүү ооруларынан пайда болот (вагинит жана цервицитте) көбүнчө стафилококктор, стрептококктор, ичеги таякчалары, энтерококк, ошондой эле жыныстык кошулганда жугуучу ар кандай оорулардын козгогучтары (хламидиялар, микоплазмалар, уреаплазмалар, АПВ, герпес).
2	Спецификалык	Туберкулез жана сифилис ооруларында.
3	Травматикалык	Гинекологиялык куралдарды колдонууда жана т өрөт учурунда жатын моюнчасынын айрылуусунда, аборт жасатканда ж.б.
4	Күйүктөн пайда болгон эрозия	Күйүктөн кийинки пайда болгон кату катмары көчүп түшкөндө, көбүнчө химиялык, лазердик, радиоизотоптук күйүктө.
5	Трофикалык	Матканын түшүп калуусунда жана нур менен даарылаганда.
6	Залалдык	Жатын моюнчасынын залалдуу шишик ооруларында.

Жатын моюнчасынын эрозиясы аялдардын жыныстык системасындагы кеңири таралган оорулардын бири болуп саналат. Жыл сайын ал миллиондогон аялдарда кездешет, бирок көпчүлүгүнө ал түшүнүксүз бойдон кала берет. Эрозия эмне деген оору, аны кантип дарылоо керек жана ал канчалык кооптуу?

Жатын моюнчасынын эрозиясы – бул көбүнчө гинекологиялык күзгү менен текшерүүдө көрүнгөн жатын моюнчасындагы кызарган жерди аныктап белгилөө үчүн колдонулган жалпы аталыш. Ал негизинен жыныстык кошулуу башталган аялдарда кездешет, мындан чыкты анын негизги себеби жыныс жолу аркылуу жугуучу инфекциялар болуп саналат.

Жатын моюнчасынын эрозиясына качан шектенсе болот.

Тилекке каршы жатын моюнчасынын эрозиясынын башка оорулар сыяктуу атайын көрсөтүүчү симптомдору жок, ошондуктан көпчүлүк аялдар өзүндө мындай көйгөй бар экендигин билишпейт жана даарыгерге кайрылышпайт. Көпчүлүк учурларда жатын моюнчасынын эрозиясы клиникалык түрдө кээде гана билинет жана көбүнчө мындай диагноз гинекологиялык текшерүүдө гана аныкталат. Диагнозду туура коюу жана даарылоо докольпоскоптун жардамы менен толугураак карап чыгуу зарыл. Кольпоскоп – бул жатын моюнчасын көп эсеге чоңойтуу менен текшерүүгө шарт түзгөн атайын аппарат, ал эми процедуранын өзү кольпоскопия деп аталат. Андан да жакшыраагы бул – видеокольпоскоп, аны колдонууда сиз көйгөйүңүздү телевизор экранынан өз көзүңүз менен көрө аласыз, ал

эми дарыгер сизге бардыгын толугу менен көрсөтүп, түшүндүрүп берет. Бир гана тереңдетилген кольпоскопия жатын моюнчасынын оорусуна так диагноз коюуга жана анын залалдуулугун аныктоого жардам берет. Жатын моюнчасындагы мүмкүн болгон онкологиялык абалды эрте текшерүү максатында кольпоскопияны жана мазокту онкоцитологияга тапшырууну жыл сайын өткөрүп туруу керек. Көбүнчө визуалдуу өзгөрбөгөн жатын моюнчасында тереңдетилген кольпоскопиянын жардамы менен гана дисплазиядан баштап жатын моюнчасынын залалдуу шишиги менен аяктаган жакшы эмес белгилер табылышы мүмкүн [4].

Жатын моюнчасынын патологиясы табылганда текшерүү планына төмөнкүлөр кирет:

- флорагамазок тапшыруу;
- онкоцитологияга мазок тапшыруу;
- Жыныстык инфекцияларын текшерүү;
- АПВ 16, 18 текшерүү;
- Кольпоскопия;
- Биочырпым;
- Ички органдардын УДИсү
- Көкүрөк органдарынын флюорографиясы ж.б.

Эрозияны дарылоо ыкмалары:

- флорагамазок тапшыруу;
- онкоцитологияга мазок тапшыруу;
- Жыныстык инфекцияларын текшерүү;
- АПВ 16, 18 текшерүү;
- Кольпоскопия;

- Биочырпым;
- Ички органдардын УДИсү
- Көкүрөк органдарынын флюорографиясы ж.б.

Эрозияны даарылагандан кийин, даарыгердин кеңештерин туура жана так аткарып, өзгөрүүлөр болгон учурда кайрылуу зарыл.

Таянак. Кыргызстандын четки аймактарындагы аялдардын жыныс системасынын оорулары өкүнүчтүү абалда турат. Мындай абалдагы уланым, жадакалса чукуулдашы мүмкүн, эгер биз жыныс органдарынын гигиенасын, гинекологиялык алдын ала текшерүүнүн зарылдыгын жана жыныс системасынын башталгыч оорулары жөнүндө, аларды даарылабаса кандай өкүнүчтүү абалды алып келерин Кыргызстандын ар бир аял кыздарына жеткирбесек.

Колдонулган булактар:

1. Игнатовский А.В. *Интимная гигиена женщины как важный элемент сохранения репродуктивного здоровья.* // Издательство: Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова (Санкт-Петербург) ISSN: 1999-6780 / 2008г.
2. Чиссов В. Старинский В. // *Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена. Тема: Профилактика в онкологии.* 2006г. ст.8-11.
3. *Гинекология: учебник / Б.И. Баисова и др. ; под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. - 4-е изд., перераб. и доп. - 2011. - 432 с. : ил.*
4. Баряева О.Е. *Фоновые и предраковые заболевания шейки матки.* // ГБОУ ВПО ИГМУ-Иркутск: ИГМУ, 2012.-40с.

Сведения об авторах:

Бейшембаев Алмаз Мукашевич, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, заведующий кафедрой онкологии, лучевой диагностики и терапии с курсом маммологии ФУВ КГМИПуПК, oncology.fuv@gmail.com;

Салиев Нурлан Толубаевич, директор Баткенской областной объединённой больницы;

Турдалиев Бабуралы Рустамович, аспирант кафедры онкологии, лучевой диагностики и терапии с кур-

Бейшембаев А.М., Абыкеева Э.Ч., Джамангулова Т.Д.

Национальный центр онкологии при МЗ КР,

Проект действий сообществ по вопросам здоровья, Швейцарский Красный Крест, Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации, г. Бишкек Кыргызская Республика

КЫРГЫЗСТАНДАГЫ ТРОФОБЛАСТ ДАРТЫНЫН ДААРЫЛОО ЖАНА МОНИТОРИНГТИН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

Корутунду. Кыргызстандагы трофобласт дартынын эпидемиологиялык кырдаалы белгисиз абалда, бул дарт менен кайрылгандар жалпы каттоого алынбайт, ошондуктан Кыргызстандагы аялдардын репродуктивдик системасындагы ишиик оорулар реестринде маалымат жок. Негизги статистикага кээ бир залалдуу түрлөрү гана көрсөтүлгөндүктөн трофобласт дартына объективдүү баа берүү кыйын. Бул макалада трофобласт дартынын Кыргызстандагы эпидемиологиясы жана алдын алуу канчалык мааниге ээ экени каралды.

Негизги сөздөр: трофобласт дарты, ишиик, залалдуу ишиик, алдын алуу.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И МОНИТОРИНГА

ТРОФОБЛАСТИЧЕСКИХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Резюме. Эпидемиологическая ситуация в трофобластической болезни в Кыргызстане остается неизвестной, так как отсутствует единая регистрация всех случаев настоящего заболевания, следовательно, эти данные не вносятся в общий реестр новообразований женской репродуктивной системы. Официальной статистикой представлены только некоторые злокачественные формы трофобластической болезни, что не дают объективной оценки истинной распространенности этого заболевания. В статье рассматриваются актуальные вопросы эпидемиологии и профилактики трофобластической болезни в Кыргызстане.

Ключевые слова: трофобластическая болезнь, трофобластические новообразования, злокачественные трофобластические опухоли.

PECULIARITIES OF TREATMENT AND MONITORING OF TROPHOBLASTIC DISEASE IN KYRGYZSTAN

Abstract. The epidemiological situation of trophoblastic disease in Kyrgyzstan remains unknown, since there is no single registration of all cases of the present disease, therefore, these data are not included in the general register of neoplasms of the female reproductive system. Official statistics show only some malignant forms of trophoblastic disease that do not give an objective assessment of the true prevalence of this disease. The article dis-

В Кыргызстане, с момента обретения независимости, были осуществлены и реализованы несколько национальных программ реформирования системы здравоохранения («Манас» 1996-2005гг., «Манас таалим» 2006-2011гг., «Ден соолук» 2012-2016гг.). Улучшение мониторинга и лечения трофобластической болезни (ТБ) в Кыргызстане не входила в приоритетные задачи национальных про-

грамм реформирования системы здравоохранения. 19 января 2017г. МЗ КР приступило к разработке Приказа «Об оптимизации критериев перенаправления совершенствованием системы регистрации и перенаправления беременных и рожениц, и родильниц по уровням оказания Перинатальной помощи по Чуйской обл. и г. Бишкек». Этот проект Приказа подразумевает

перенаправление в Национальный центр онкологии при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики (НЦО) с пузырным заносом.

На сегодняшний день в Кыргызстане нет единого центра лечения и мониторинга за этим заболеванием, также, как и утвержденного протокола ведения и лечения больных с ТБ. Есть объективные причины: это и технические сложности в регистрации всех случаев прерывания беременности и сбор сведений обо всех полученных гистологических материалов при диагностических выскабливаниях, в случае медицинских и самопроизвольных аборт, отправляющихся на патоморфологическое исследование, также неизвестно об уровне подготовленности врачей первичного звена для ведения пациентов с ТБ. Нет данных о том, определяют ли уровень хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) пациентам в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) как во время обращения, также и в последующий период для предупреждения рецидивов заболевания. Врачи – гинекологи общего профиля должны четко представлять свои задачи в вопросах диагностики, лечения, профилактики отдельных форм трофобластической болезни на всех этапах медицинского обслуживания населения. Но на практике больные с ТБ подвержены необоснованной и неадекватной терапии со стороны некомпетентных специалистов. Зачастую врачи из одного лечебного учреждения используют совершенно разные подходы в тактике лечения.

Открытым остается и вопрос информированности пациентов. Как правило, пациенты не знают куда обращаться, в случае выявления ТБ. Зачастую они вынуждены наблюдаться у врачей смежных специальностей.

Опыт многих стран подтверждает, что планирование лечения больных ТБ является одним из основных условий для благоприятного прогноза выживаемости больных ТБ. Данная проблема нуждается в совершенствовании, внедрении в практику профилактических и лечебных мероприятий по улучшению службы в условиях конкретных медицинских учреждений.

Вышеизложенные факторы прямо или косвенно влияют на эпидемиологическую ситуацию ТБ в стране.

Трофобластическая болезнь входит в структуру гинекологических и онкологических заболеваний. Под этим термином объединены различные патологические состояния трофобласта:

- доброкачественные формы:

- пузырный занос (полный или частичный) и его морфологические типы – простой и пролиферирующий.

- злокачественные формы:

-инвазивный пузырный занос (ИПЗ),

-трофобластическая опухоль плацентарной площадки,

-эпителиоидная трофобластическая опухоль,

-хори карцинома [3].

В настоящий момент дать более точную характеристику и определить частоту заболеваемости ТБ сложно [5].

По мнению некоторым исследователей географические особенности, возраст [13], этническая принадлежность, социально-экономический статус влияют на распространенность этого заболевания [12].

Эпидемиологическая ситуация в мире. По частоте заболеваемости пузырным заносом в Северной Америке, Австралии, Новой Зеландии и Европе варьируется от 0,57-1,1 случая на 1000 беременностей, а в Юго - Восточной Азии и Японии уже 2,0 случая на 1000 беременностей соответственно. Эпидемиологические показатели истинной заболеваемостью хориокарциномой, к сожалению, носят примерные цифры, ее труднее фиксировать из-за редкости встречаемости, а также клинической сложности в дифференцировке между пузырным заносом. В Европе и Северной Америке, частота - 1 случай на 40000 беременностей, в Юго - Восточной Азии и Японии показатели частоты заболеваемости хориокарциномой выше на 9,2 случая и 3,3 случая 40000 беременностей, соответственно [11].

Факторами риска для развития хориокарциномой и полного пузырного заноса могут быть особенности этнической принадлежности и возраст матери. Риск развития полного ПЗ в 1,9 раза выше у женщин старше 35 лет и младше 21 лет, у женщин, старше 40 лет в 7,5 раз [7]. Риск повторной трофобластической болезни беременности при наличии в анамнезе подобного случая составляет около 1% [4].

Резко возрастает риск развития хориокарциномы после полного пузырного заноса, а наличие в анамнезе беременности с обычными родами улучшает прогноз при хориокарциноме. Риск также повышается у женщин азиатского и американского индийского происхождения, а также афро - американцев. В азиатских странах ТБ фиксируется в 30-40 раз чаще, чем в Европе, а ХК наблюдается соответственно у 42,0-70,0% пациенток. По данным ВОЗ, число ежегодно регистрируемых случаев заболевания занижается не менее чем в 2 раза. Средний возраст женщин с хориокарциномой выше, чем при нормальной планируемой беременности. Из выше-

изложенного следует, что частота заболеваемости трофобластической болезнью может варьироваться между 0,1 и 3,6% от всего количества беременностей [10].

Проблема лечения и мониторинга трофобластической болезни весьма актуальна, так как этому заболеванию подвержены женщины преимущественно молодого детородного возраста, иногда не достигшего 20 лет. К сожалению, Кыргызстан в этом отношении не стал исключением. В регионе с высокой частотой рождаемости и большой численностью женщин фертильного возраста, в ближайшие годы ТБ может привести к увеличению смертности среди женщин репродуктивного возраста.

Материнская смертность в Кыргызстане составляла 38,5 случаев на 100 тысяч. На данный момент показатели уровня материнской смертности в Кыргызстане являются самыми высокими среди стран и .

На основании официальных данных Национального Статистического комитета на 1 января 2016г. число женского населения в Кыргызской Республике составляло 3038586 человек. При этом женщин в репродуктивном возрасте 40,7% (1237091 человек). Женщин в более раннем репродуктивном возрасте 15-29 лет 66,35% (820834 человек) от общего числа женщин репродуктивного возраста. Указанные демографические различия могут оказывать влияние на распространенность ТБ в стране.

В Кыргызстане неоднократно проводился ретроспективный анализ результатов лечения 324 больных трофобластической болезнью, находившихся на учете в НЦО и родильных домах г. Бишкек за период 1988-2002 гг. [2].

Отсутствие объемных исследований в данной области, малое количество накопительных сведений больных с ТБ могут привести к неутешительным результатам.

Научные исследования о ТБ в Кыргызстане предоставляют незначительную информативность, во-первых, не проводились общереспубликанские эпидемиологические исследования, во-вторых, предыдущие исследования потеряли свою актуальность из-за неприменения методов лечения прошлых лет.

В связи с вышеизложенными данными, становится очевидным необходимость проведения масштабных исследований, направленных на выявление, лечения и мониторинга ТБ на территории Кыргызской Республики. Этот шаг поспособствует определению особенности течения заболевания в стране, выявит возможные факторы риска, что в дальнейшем улучшит разработку организационных, лечебно-профилактических

мероприятий, направленных на снижение заболеваемости.

Очень важно напомнить, что ранняя диагностика и лечение ТБ в специализированном учреждении может снизить агрессивное течение заболевания, а также сократить развитие неблагоприятного прогноза для больных, имеющих метастазы в легкие и головной мозг (летальность превышает 50% и 90% соответственно) [1].

Лекарственная противоопухолевая терапия и разработка тактики ранней диагностики позволят достичь высокого уровня выживаемости пациентов [9] с ТБ с сохранением фертильности [8].

Литература:

- 1 Гладкова О.В. *Заболеваемость трофобластической болезнью в Иркутской области. Оценка факторов риска. Пути профилактики // автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук (14.00.14); (14.00.33) /Гладкова Ольга Владимировна; ГОУ ДПО Иркутский государственный институт усовершенствования врачей. – Томск, 2007 – 24 с.*
- 2 Исхакова М.Т. *Клинико-эпидемиологические аспекты трофобластической болезни // автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук (14.00.14) / Исхакова Мадина Тургуновна; НЦО МЗ КР. – Бишкек, 2004. – 24с.*
- 3 Мещерякова Л.А. *Стандартное лечение трофобластической болезни // Практическая онкология. Т. 9, № 3 – 2008.*
- 4 Berkowitz R.S., Im S.S., Bernstein M.R., Goldstein D.P. *Gestational trophoblastic disease. Subsequent pregnancy outcome, including repeat molar pregnancy // J Reprod Med. 1998 Jan; 43(1):81-6.*
- 5 Bracken M.B. *Incidence and aetiology of hydatidiform mole: an epidemiological review // Br J Obstet Gynaecol. 1987 Dec; 94(12):1123-35.*
- 6 Brinton L.A., Bracken M.B., Connelly R.R. *Choriocarcinoma incidence in the United States // Am J Epidemiol. 1986 Jun; 123(6):1094-100.*
- 7 Parazzini F., La Vecchia C., Pampallona S. *Parental age and risk of complete and partial hydatidiform mole // Br J Obstet Gynaecol. 1986 Jun;93(6):582-5.*
- 8 Seckl M.J., Sebire N.J., Berkowitz R.S. *Gestational trophoblastic disease. // 2010 Aug 28;376 (9742):717-29. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60280-2. Epub 2010 Jul 29.*
- 9 Sita-Lumsden A., Short D., Lindsay I., et. al. *Treatment outcomes for 618 women with gestational trophoblastic tumours following a molar pregnancy at the Charing Cross Hospital, 2000-2009 // 2012 Nov 20;107(11):1810-4. doi: 10.1038/bjc.2012.462. Epub 2012 Oct 11.*
- 10 Smith H.O., Qualls C.R., Prairie B.A., Padilla

- L.A., Rayburn W.F., Key C.R. Trends in gestational choriocarcinoma: a 27-year perspective // Obstet Gynecol. 2003 Nov; 102(5 Pt 1):978-87.*
- 11 *Takeuchi S. Incidence of gestational trophoblastic disease by regional registration in Japan // Hum Reprod. 1987 Nov; 2(8):729-34.*
- 12 *Tham B.W., Everard J.E., Tidy J.A., Drew D., Hancock B.W. Gestational trophoblastic disease in the Asian population of Northern England and North Wales // BJOG. 2003 Jun; 110(6):555-9.*
- 13 *Brinton L.A., Bracken M.B., Connelly R.R. Choriocarcinoma incidence in the United States // Am J Epidemiol. 1986 Jun; 123(6):1094-100.*

Сведения об авторах:

Бейшембаев Алмаз Мукашевич, к.м.н., старший научный сотрудник, заведующий кафедрой онкологии, лучевой диагностики и терапии с курсом маммологии факультета усовершенствования врачей КГМИ-ПуПК, oncology.fuv@gmail.com;

Абыкеева Элиза Чолпонбековна, аспирант кафедры онкологии, лучевой диагностики и терапии с курсом маммологии факультета усовершенствования врачей КГМИПуПК;

Джамангулова Толкун Джолдошовна, заместитель координатора проекта действий сообществ по вопросам здоровья, Швейцарский Красный Крест

Бейшенкулов М.Т., Чазымова З.М., Калиев К.Р., Токтосунова А.К., Абдурашидова Т.Ш.
Национальный Центр Кардиологии и Терапии им. академика М.Миррахимова

СОЛ КАРЫНЧАНЫН МИОКАРДЫНЫН АСТЫҢКЫ БЕТИНИН ИНФАРКТЫНЫҢ, ДАРТТЫН БАШЫНДА ОҢ КАРЫНЧАНЫН КОШТОГОНУНА ЖАРАША КЛИНИКАЛЫК-ФУНКЦИОНАЛДЫК ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

Корутунду. Оң жана сол карынчанын систолдук жана диастолдук функцияларын изилдөө максатында, сол карынчанын астыңкы бетинин инфаркты оң карынчанын миокардынын инфаркты коштогондо жана коштобогондо, миокарддын биринчи жолку инфаркты менен түшкөн 69 оорулуу биз менен изилденген жана оң карынчанын коштогонуна жараша оорулуулар 2 группага бөлүнгөн. 1 группа: сол карынчанын астыңкы бетинин миокардынын инфаркты менен ооругандар (35 санда); 2 группа: сол карынчанын астыңкы бетинин миокардынын инфарктын коштогон оң карынчанын миокардынын инфаркты менен ооругандар (34 санда). Изилдөөлөрдүн жыйынтыгы көрсөткөндөй, миокарддын кош инфаркты менен түшкөн оорулууларда, оң карынчанын систолдук жана диастолдук функцияларынын кыйла бузулушу аныкталат, ал эми оң карынчанын инфарктка кошулушу, дарттын баиталышу бактында сол карынчанын геометриясынын өзгөрүшүнө алып келбейт. Сол карынчанын миокардынын инфаркты, оң карынчанын миокардынын инфарктына кошулбаган учурунда да, оң карынчанын диастолдук функциясынын бузулушуна алып келет.

Негизги сөздөр: оң карынчанын миокардынын инфаркты, ЭХОКГ, систолдук функция, диастолдук функция, сол карынчанын моделинин өзгөрүшү, карынчалар ичиндеги асинхрония.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФАРКТА МИОКАРДА НИЖНЕЙ СТЕНКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОВЛЕЧЕНИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ДЕБЮТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Резюме. С целью изучения систолической и диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) и правого желудочка (ПЖ) при инфаркте миокарда (ИМ) нижней стенки ЛЖ в сочетании и без инфаркта миокарда ПЖ нами были обследованы 69 больных с первичным ИМ. В зависимости от вовлечения правого желудочка больные были распределены на 2 группы: 1 группа – больные ИМ нижней стенки ЛЖ (n=35); 2 группа – больные ИМ нижней стенки ЛЖ в сочетании с ИМ ПЖ (n=34). Результаты исследований показали, что у больных с сочетанным ИМ отмечаются выраженные нарушения систолической и диастолической функции ПЖ, вовлечение ПЖ в зону ИМ не повлияло на изменение геометрии ЛЖ в ранние сроки от начала заболевания, а также наличие ИМ нижней стенки ЛЖ без поражения ПЖ приводит также к нарушению диастолической функции ПЖ.

Ключевые слова: инфаркт миокарда правого желудочка, эхокардиография, систолическая функция, диастолическая функция, ремоделирование левого желудочка, межжелудочковая и внутривентрикулярная асинхрония.

CLINICAL AND FUNCTIONAL FEATURES OF THE INFERIOR MYOCARDIAL INFARCTION, DEPENDING ON THE INVOLVEMENT OF THE RIGHT VENTRI- CLE AT THE BEGINNING OF DISEASE

Abstract. With the aim of study systolic and diastolic function of left and right ventricle in patients with inferior myocardial infarction with/without right ventricular infarction 69 patients were assessed with primary myocardial infarction. Depending on involvement of right ventricle patients were separated into 2 groups: 1 – patients with inferior myocardial infarction (n=35); 2 – patients with inferior myocardial infarction with right ventricular involvement (n=34). Results of the study showed expressed changes in systolic and diastolic function in patients with combined myocardial infarction, right ventricular involvement did not change left ventricular geometry in early stages of disease, as well as inferior myocardial infarction without right ventricular involvement leads to diastolic dysfunction of right ventricle.

Key words: right ventricle myocardial infarction, echocardiography, left ventricle remodeling, systolic function, diastolic function, inter- and intraventricular asynchrony.

Проблема острого инфаркта миокарда остается одной из наиболее актуальных в современной кардиологии. В отличие от длительного исторического интереса к инфаркту левого желудочка (ЛЖ), клинические исследования правого желудочка (ПЖ) впервые начаты с 1974 года [1]. На сегодняшний день наиболее востребован с практической точки зрения и наиболее изучен ЛЖ, так как это основная камера, напрямую зависящая от поражения венечных артерий, функциональное состояние которой определяет перспективы выживания. Гораздо меньше информации в современной литературе о дисфункции правого желудочка (ПЖ), его роли в прогнозе заболевания [2].

Изолированный инфаркт миокарда ПЖ встречается редко примерно в 3% случаев, наиболее часто до 50% случаев инфаркт миокарда ПЖ встречается при инфаркте миокарда нижней стенки ЛЖ. Сочетание инфаркта миокарда ПЖ с инфарктом миокарда нижней стенки ЛЖ увеличивает летальность в 2,6 раза – с 6,3% (при изолированном инфаркте миокарда нижней стенки ЛЖ) до 17% (при сочетанном инфаркте миокарда) [3,4], данный факт объясняется высокой частотой развития кардиогенного шока [5]. Летальность от кардиогенного шока при инфаркте миокарда ПЖ достигает 60% [6,7]. Гемодинамические проявления ИМ ПЖ возникают менее чем в 50% случаев. Ранняя диагностика ИМ ПЖ имеет первостепенное значение в плане выбора специфической терапии [7].

Целью нашего исследования было изучение ремоделирования ЛЖ, меж/ и внутрижелудочковой асинхронии при изолированном ИМ нижней стенки ЛЖ и сочетанном ИМ нижней стенки ЛЖ и ПЖ.

Материал и методы исследования. Обследовано 69 больных с первичным неосложненным инфарктом миокарда нижней стенки левого желу-

дочка с или без вовлечения правого желудочка. Больные разделены на 2 группы: 1 группа – больные ИМ нижней стенки ЛЖ (n=35); 2 группа – больные ИМ нижней стенки ЛЖ и ПЖ со стабильной гемодинамикой (n=34). Электрокардиография (ЭКГ) и эхокардиография (ЭхоКГ) проводились всем пациентам при поступлении.

Критерии включения в исследование:

- Острый ИМ нижней стенки ЛЖ и ПЖ;
- Информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения из исследования:

- Кардиогенный шок;
- Больные с постинфарктным кардиосклерозом, ишемической кардиопатией;
- Больные с предшествующей хронической сердечной недостаточностью;
- Гипертрофия левого предсердия (ЛП), ЛЖ, правого предсердия (ПП), ПЖ;
- Блокада левой ножки пучка Гиса;
- Блокада правой ножки пучка Гиса;
- Сопутствующие тяжелые заболевания печени, почек, сахарный диабет;
- Врожденные или приобретенные пороки сердца;
- Атриовентрикулярные блокады I, II, III степеней хронические.

Группы больных:

В зависимости от наличия инфаркта правого желудочка, больные были разделены на 2 группы: 1-я группа – ИМ нижней стенки ЛЖ (n=35), 2-я группа – ИМ нижней стенки ЛЖ в сочетании с инфарктом ПЖ со стабильной гемодинамикой (n=34).

Анализируемые группы больных возрасту, сопутствующей патологии, наличию факторов риска между собой не различались (табл.1). Основные факторы КБС, такие как гиперхолестеринемия, курение, артериальная гипертензия, избыточный вес,отягощенная наследственность с одинаковой частотой встречались в обеих группах.

Таблица 1. Характеристика обследованных групп

Показатель	1 группа (n=35)	2 группа (n=34)	р
Средний возраст	53,7±5,5	54,1±5,4	нд
ЛПНП, ммоль/л	3,2±0,8	3,1±0,9	нд
АГ, n (%)	15 (52,8%)	16 (53,3%)	нд
САД, мм рт. ст.	134,8±17,6	133,7±18,8	нд
ДАД, мм рт. ст.	90,9±8,8	92,0±8,3	нд
ЧСС, уд/мин	81,0±11,6	79,8±8,9	нд
Курение, n (%)	22 (78,5%)	23 (76,6%)	нд
ИМТ < 25 кг/м ²	13 (46,4%)	12 (40%)	нд
25-30кг/м ²	12 (42,8%)	13 (43,3%)	нд
> 30 кг/м ²	3 (10,7%)	5 (16,6%)	нд
Наследственность, n (%)	8 (28,0%)	10 (33,3%)	нд

Примечание: р - достоверность различия между группами; нд - различия недостоверны; ЛПНП – липопротеины низкой плотности; АГ - артериальная гипертензия; САД - систолическое артериальное давление; ДАД – диастолическое артериальное давление; ЧСС - частота сердечных сокращений; ИМТ - индекс массы тела.

Лечение. Все пациенты получали тромболитическую терапию (стрептокиназа 1,5 млн в/в капельно на догоспитальном этапе), ацетилсалициловую кислоту (250 мг однократно на догоспитальном этапе, затем по 100 мг в сутки), клопидогрел (первая доза 300 мг, затем по 75 мг в сутки), гепарин (по 7,5 тыс Ед 2 раза п/к - 5 дней), бисопролол (начальная доза 1,25 мг/сут, затем доза была увеличена до 2,5 мг/сут под контролем гемодинамики), статины (аторвастатин 80 мг/сутки), эналаприл (до 20 мг/сут под контролем гемодинамики).

Методы исследования. ЭКГ регистрировали в 12 стандартных отведениях, а также в RV3-RV4.

Эхокардиография. Анализировались следующие показатели: переднезадний размер левого предсердия (ЛП, см) в диастолу; конечный диастолический размер ЛЖ (КДР ЛЖ, см); конечный систолический размер ЛЖ (КСР ЛЖ, см); конечный диастолический объем ЛЖ (КДО ЛЖ, мл³); конечный систолический объем ЛЖ (КСО ЛЖ, мл³); фракция выброса ЛЖ (ФВ ЛЖ, %) (по Симпсону); конечно-диастолическая площадь ПЖ (КДП ПЖ, см²); конечно-систолическая площадь ПЖ (КСП ПЖ, см²); фракция выброса ПЖ (ФВ ПЖ, %); TAPSE (экскурсия трикуспидального кольца, мм).

Оценку ремоделирования ЛЖ производили путем расчета геометрических показателей: индекс сферичности систолический (ИС с, ед), вычисленный по формуле: $ИС\ с = КСР\ ЛЖ / Нс$, где Нс - высота ЛЖ в систолу; индекс сферичности диастолический (ИС д, ед), рассчитанный по формуле: $ИС\ д = КДР\ ЛЖ / Нд$, где Нд - высота ЛЖ в диастолу; миокардиальный стресс диастолический (МСд, ед), рассчитанный по формуле: $МСд = АДс \times КСР\ ЛЖ / 4 \times ТЗСс \times (1 + ТЗСс / КСР\ ЛЖ)$; относительная толщина межжелудочковой перегородки (ОТ МЖП, см), рассчитанная по формуле: $ОТ\ МЖП = 2 \times ТМЖПд / КДР\ ЛЖ$; относительная толщина ЗСЛЖ (ОТ ЗСЛЖ, см), рассчитанная по формуле: $ОТ\ МЖП = 2 \times Т\ ЗСЛЖд / КДР\ ЛЖ$; относительная толщина стенок ЛЖ (2Н/Д) по А. Canauetal (1992): $2Н/Д = (Т\ ЗСЛЖд + Т\ МЖПд) / КДР\ ЛЖ$; конечно - диастолическое давление ЛЖ (КДД ЛЖ, мм. рт. ст), $КДД = 1,06 + 15,15 \times Ai / Ei$.

Определение глобальной внутрижелудочковой асинхронии (ГВЖА) и межжелудочковой асинхронии (МЖА) (Fabian Knebel, Rona Katharine Reibiset. al. 2004). Глобальную внутрижелудочковую асинхронию (ГВЖА) оценивали в М - модальном режиме как временную разницу между максимальным сокращением МЖП и ЗСЛЖ. Межжелудочковую асинхронию (МЖА) рассчитывали в доплеровском режиме как разницу интервалов предизгнания между аортальным потоком (от Q на ЭКГ до начала аортального потока) и легочным потоком (от Q на

ЭКГ до начала легочного потока).

Статистический анализ полученных результатов проводили с использованием программы SPSS. Межгрупповые переменные, были проанализированы с использованием Independent-Samples T- теста (тест Колмогорова-Смирнова) с определением достоверности различий. Данные представлены в виде нормального распределения среднего арифметического и стандартного отклонения. Уровнем статистической значимости был принят $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Постинфарктное ремоделирование имеет свои особенности, обусловленные тем, что ИМ представляет собой сочетание различных патогенетических механизмов: растяжение и увеличение зоны инфарктированной ткани, приводит к возрастанию объема ЛЖ, при параллельном воздействии объемной перегрузки и повышенном давлении на неинфарктированные участки миокарда [8,9,10,11,12,13,14,15]. По степени выраженности этих процессов можно прогнозировать развитие хронической СН в постинфарктном периоде, а значит и выживаемость больных.

Анализ результатов ЭХОКГ на 3 сутки заболевания показал, что у больных ИМ обоих желудочков отмечались достоверные признаки систолической дисфункции ПЖ, так КДППЖ $29,21 \pm 2,2$ см², против $16,4 \pm 1,9$ см² ($p < 0,001$), КСППЖ $18,6 \pm 1,9$ см², против $9,2 \pm 1,9$ см² ($p < 0,015$). В то время как показатели систолической функции левого желудочка хоть и показали достоверные различия, однако не превышали нормальных значений. Кроме того, на 3 сутки заболевания показатели индекса сферичности, как систолический, так и диастолический, не имели достоверных различий между группами. Разницы между группами по толщине межжелудочковой перегородки (МЖП) и задней стенки ЛЖ не наблюдалось. Из чего следует, что вовлечение ПЖ в зону ИМ не повлияло на изменение геометрии ЛЖ в ранний период заболевания. Данные предоставлены в табл. 2.

При ИМ ухудшение наполнения ЛЖ происходит из-за нарушения расслабления, повышения конечно-диастолического давления ЛЖ, что изменяет градиент давления между ЛП и ЛЖ и является причиной снижения кровенаполнения ЛЖ в раннюю фазу диастолы (уменьшается пик Е) и компенсаторного увеличения систолы ЛП (увеличивается пик А).

Как видно по результатам доплер - ЭХОКГ трансмитрального потока, на 3 сутки заболевания у больных обеих групп по показателям установлено формирование релаксационного типа нарушения диастолического расслабления левого желудочка: увеличение А, уменьшение Е, Е/А. Более выраженные нарушения релаксации отмечались у больных 2 гр отношение Е/А $0,89 \pm 0,04$, против $0,84 \pm 0,03$ у больных 1 гр.

Таблица 2. Показатели систолической, диастолической функций ЛЖ и ПЖ, ремоделирования ЛЖ у больных ИМ на 3 сутки заболевания

Показатели	1 группа (n=35)	2 группа (n=34)	Достоверность различий, p
ЛП, см	3,16±0,19	3,5±0,2	нд
КДР ЛЖ, см	5,56±0,3	5,4±0,3	нд
КСР ЛЖ, см	3,44±0,2	3,52±0,2	нд
КДО ЛЖ, мл ³	130,7±2,6	138,5±2,8	<0,033
КСО ЛЖ, мл ³	64,2±2,2	75,4±2,8	<0,022
ФВ ЛЖ, %	50,8±2,5	45,5±2,7	нд
КДП ПЖ, см ²	16,4±1,9	29,21±2,2	<0,001
КСП ПЖ, см ²	9,2±1,9	18,6±1,9	<0,001
ФИП ПЖ, %	43,9±2,1	36,3±2,2	<0,015
TAPSE (ЭТК), мм	20,1±1,2	16,6±1,2	<0,043
МЖП, см	0,93±0,03	0,94±0,07	нд
ЗСЛЖд, см	0,87±0,04	1,0±0,02	нд
ИСд, ед	0,55±0,02	0,57±0,02	нд
ИСс, ед	0,49±0,02	0,52±0,04	нд
2Н/Д, ед	0,32±0,02	0,35±0,02	нд
МСд, ед	190,2±28,6	214,69±34,9	нд
ОТмжп, см	0,30±0,02	0,33±0,03	нд
ОТзслж, см	0,30±0,02	0,32±0,02	нд
КДД, мм.Нг	13,94±0,5	13,2±0,55	нд
МЖА, мс	36,4±3,6	40,1±4,2	нд
ГВЖА, мс	106,9±8,6	134,2±8,2	<0,025
Елж, см/с	52,6±2,4	55,3±2,1	нд
Алж, см/с	62,4±2,6	62,1±2,2	нд
Е/Алж, ед	0,84±0,03	0,89±0,04	нд
ДТлж, мс	213,4±7,2	210,2±5,6	нд
Епж, см/с	45,8±3,9	42,2±3,2	нд
Апж, см/с	58,3±3,1	52,2±3,4	нд
Е/Апж, ед	0,78±0,05	0,8±0,05	нд
ЕТпж, мс	292,6±8,0	230,2±7,6	<0,0001

Примечание: p – достоверность различия между группами.

ЛП - левое предсердие; КДР ЛЖ - конечно-диастолический размер левого желудочка; КСР ЛЖ - конечный систолический размер левого желудочка; КДО ЛЖ - конечный диастолический объем левого желудочка; КСО ЛЖ - конечный систолический объем левого желудочка; ФВ ЛЖ - фракция выброса левого желудочка; КДП ПЖ - конечно-диастолическая площадь правого желудочка; КСП ПЖ - конечно-систолическая площадь правого желудочка; ФИП ПЖ - фракция изменения площади правого желудочка; TAPSE (ЭТК) - экскурсия трикуспидального кольца; МЖП - межжелудочковая перегородка; ЗСЛЖд - задняя стенка левого желудочка в диастолу; ИСд - индекс сферичности диастолический; ИСс - индекс сферичности систолический; 2Н/Д - относительная толщина стенок левого желудочка; МСд - миокардиальный стресс диастолический; ОТмжп - относительная толщина межжелудочковой перегородки; ОТзслж - относительная толщина задней стенки левого желудочка; КДД - конечно - диастолическое давление; МЖА - межжелудочковая асинхрония; ГВЖА - глобальная внутрижелудочковая асинхрония; Елж - максимальная скорость раннего наполнения левого желудочка; Алж - максимальная скорость позднего наполнения левого желудочка; Е/Алж - соотношение максимальных скоростей раннего и позднего наполнения левого желудочка; ДТлж - время замедления раннего наполнения левого желудочка; Епж - максимальная скорость раннего наполнения правого желудочка; Апж - максимальная скорость позднего наполнения правого желудочка; Е/А - соотношение максимальных скоростей раннего и позднего наполнения правого желудочка; ЕТпж - время выброса из правого желудочка в легочную артерию.

Межжелудочковое взаимодействие и взаимовлияние, а также межжелудочковый асинхронизм один из ключевых моментов формирования насосной и сократительной дисфункции миокарда практически при всех сердечно-сосудистых заболеваниях. Понимание механизмов формирования и изменения межкамерных взаимодействий является важной задачей оценки процессов развития СН. Именно нарастающая временная асинхрония между желудочками чаще всего приводит к дисфункции ЛЖ (ФВ снижается, падает УО), при дисфункции ПЖ этот каскад менее выражен. Электрическая и электромеханическая внутри и межжелудочковая асинхронность - атрибут СН, оба этих компонента свойственны таким больным и локальные нарушения внутрижелудочковой синхронности являются ранними маркерами СН [16, 17, 18, 19, 20]. Полученные нами результаты свидетельствуют об увеличении ГВЖА в ранние сроки ИМ у больных 2 гр., отличий по МЖА между группами не выявлено.

Учитывая анатомические особенности нижней стенки ЛЖ, прогноз ИМ более благоприятен в результате сохранения индекса сферичности ЛЖ и сохранения неизменными миокардиального стресса ЛЖ. Так по результатам, полученным нами, на 3 сутки заболевания показатели индекса сферичности, как систолический, так и диастолический, не имели достоверных различий между группами. Разницы между группами по толщине межжелудочковой перегородки (МЖП) и задней стенки ЛЖ не наблюдалось. Из чего следует, что вовлечение ПЖ в зону ИМ не повлияло на изменение геометрии ЛЖ. Интересно, что у больных ИМ нижней стенки ЛЖ без поражения ПЖ выявлена тоже диастолическая дисфункция ПЖ. Скорее всего, это можно объяснить смещением межжелудочковой перегородки при ИМ в полость ЛЖ и нарушением перфузией ПЖ из-за окклюзии правой коронарной артерии.

Выводы:

- При сочетанном инфаркте миокарда нижней стенки левого желудочка и правого желудочка происходит снижение сократимости и увеличение размеров правого желудочка без клинических и гемодинамических симптомов сердечной недостаточности в отличие от изолированного поражения нижней стенки левого желудочка.
- Диастолическая дисфункция левого желудочка характерна как для инфаркта миокарда нижней стенки левого желудочка, так и для сочетанного поражения левого и правого желудочков.
- Диастолическая дисфункция правого желудочка определяется не только при инфаркте миокарда правого желудочка, но и при изолированном инфаркте миокарда нижней стенки левого желудочка.
- Глобальная внутрижелудочковая асинхрония нарушена в большей степени у больных с сочетанным ИМ нижней стенки ЛЖ и ПЖ.

Литература:

- 1 Cohn J.N., Guiha N.H., Broder M.I., Limas C.J. Right ventricular infarction. Clinical and hemodynamic features. *Am J Cardiol.* 1974;33:209–14.
- 2 Haji S.A., Movahed A. Right ventricular infarction – diagnosis and treatment // *Clin. Cardiol.* – 2000. – Vol. 23. – P. 473-482.
- 3 Carter T., Ellis K. Rightventricularinfarction. *Crit-CareNurse.* 2005;25:52-4.
- 4 Brodie B.R., Stuckey T.D., Hansen C. et al. Comparison of late survival in patients with cardiogenic shock due to right ventricular infarction versus left ventricular pump failure following primary percutaneous coronary intervention for ST-elevation acute myocardial infarction. *Am J Cardiol.* 2007; 99:431-5.
- 5 Hamon M., Agostini D., Le Page O., et al. Prognostic impact of right ventricular involvement in patients with acute myocardial infarction: meta-analysis. *Crit Care Med* 2008; 36: 2023–2033.
- 6 Russ M.A., Prondzinsky R., Carter J.M., et al. Right ventricular function in myocardial infarction complicated by cardiogenic shock: improvement with levosimendan. *Crit Care Med.* 2009; 37:3017-23.
- 7 Jacobs A.K., Leopold J.A., Bates E., et al. Cardiogenic shock caused by right ventricular infarction: a report from the SHOCK registry. *J Am Coll Cardiol.* 2003; 41:1273-9.
- 8 Арипов М.А. Ишемическое ремоделирование левого желудочка: методологические аспекты, вопросы диагностики и лечения / М.А. Арипов, И.В. Бережинский, А.А. Иващенко; под ред. Л.А. Бокерия и др. – М., 2002. – 152 с.
- 9 Белов Ю.В. Постинфарктное ремоделирование левого желудочка сердца: от концепции к хирургическому лечению / Ю.В. Белов, В.А. Вараксин. – М., 2002. – 194 с.
- 10 *Controversies in ventricular remodelling* / L.H. Opie [et al.] // *Lancet.* – 2006. – Vol. 367. – P. 356–367. 12. Gerdes A.M. Structural remodeling and mechanical dysfunction of cardiac myocytes in heart failure / A.M. Gerdes, J.M. Capasso // *J. Mol. Cell. Biol.* – 1995. – Vol.27. – P.849–856.
- 11 *Oxidative stress during myocardial ischemia and heart failure* / R. Ferrari [et al.] // *Eur. Heart J.* – 1998. – Vol. 19. – P. 138–141.
- 12 *Patterns of left ventricular hypertrophy and geometric remodeling in essential hypertension* / A. Ganau [et al.] // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 1992. – Vol. 19. – P. 1550–1558.
- 13 Swynghedauw B. Basic aspects of myocardial function, growth, and development. *Cardiac hypertrophy and failure in cardiovascular medicine* / B.

- Swynghedauw, E. Coraboeuf; edited by J.T. Willerson and J.N. Cohn // New York: Churchill Livingstone. – 1994. – Chapt. 4. – P. 771–790.
- 14 Swynghedauw B. Molecular mechanisms of myocardial remodeling / B.Swynghedauw // *Physiol Rev.* – 1999. – P.215–262.
- 15 Bordachar P., Garrigue S., Lafitte S et al. Interventricular and intra-left ventricular electromechanical delays in right ventricular paced patients with heart failure: implications for upgrading to biventricular stimulation // *Heart* 2003; 89: 1401-1405.
- 16 Cardim N., Castela S., Cordeiro R. et al. Tissue Doppler imaging assessment of long axis left ventricular function in hypertrophic cardiomyopathy // *Rev Port Cardiol* 2002 Sep; 21(9): 953-85
- 17 D’Andrea A., Ducceschi V., Caso P. et al. Usefulness of Doppler tissue imaging for the assessment of right and left ventricular myocardial function in patients with dual-chamber pacing // *Int J Cardiol.* 2001 Nov; 81(1): 75-83
- 18 Kass D.A., Chen C.H., Curry C. et al. Improved Left Ventricular Mechanics From Acute VDD Pacing in Patients With Dilated Cardiomyopathy and Ventricular Conduction Delay // *Circulation.* 1999; 99: 1567-1573
- 19 Yu C.M., Lin H., Yang H. et al. Progression of systolic abnormalities in patients with “isolated” diastolic heart failure and diastolic dysfunction // *Circulation* 2002; 105: 1195–201
- 20 Mehta S.R., Eikelboom J.W., Natarajan M.K. et al. Impact of right ventricular involvement on mortality and morbidity in patients with inferior myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol.* 2001; 37:37–43.

Сведения об авторах:

- Бейшенкулов Медет Таишанович**, д.м.н., профессор, заведующий отделением ургентной кардиологии и реанимации НЦКиТ им. Академика М.М. Миррахимова, , 0702-23-22-44
- Чазымова Залина Магомедовна**, научный сотрудник отделения ургентной кардиологии и реанимации НЦКиТ им. Академика М.М. Миррахимова, , 0555-77-88-80
- Калиев Каныбек Рысбекович**, научный сотрудник отделения ургентной кардиологии и реанимации НЦКиТ им. Академика М.М. Миррахимова, , 0555-09-77-74
- Токтосунова Айпери Камильевна**, младший научный сотрудник отделения ургентной кардиологии и реанимации НЦКиТ им. Академика М.М. Миррахимова, , 0550-91-79-10
- Абдурашидова Тамила Шамильевна**, младший научный сотрудник отделения ургентной кардиологии и реанимации НЦКиТ им. Академика М.М. Миррахимова, , 0700-30-12-90

Ибраимхан Н.К., Турсинов Н.И.
Казагандинский государственньй медицинский университет,
Республика Казахстан, г. Караганда

ЦИТОГЕНЕТИКАЛЫК ТУРУКСУЗДУК МЕНЕН БАШ МЭЭ ШИШИГИНИН ОРТОСУНДАГЫ КОРРЕЛЯЦИЯЛЫК БАЙЛАНЫШ

Корутунду. Баш мээ шишиги менен болгон оорулулардагы цитогенетикалык туруксуздукту изилдөө максатында Семипалатинск ядролук полигонуна чектеи Каркаринск районунда жашаган, баш мээнин шишиги менен болгон 115 оорулуларга микроядролук изилдөөлөр жүргүзүлгөн. Эритроциттеги мутагенездин деңгээли менен шишиктин мүнөздөмөсүнүн ортосундагы түз корреляциялык байланыш аныкталды. Баш мээнин өткөөл зыянсыз шишиктери жана зыяндуу шишиктери менен болгон пациенттердеги МЯ тездиги $1,31 \pm 0,07$; $2,14 \pm 0,15$ жана $3,51 \pm 0,15$ түзкөн. Хромосомалык абберрациянын типтерин жана тездигин изилдөө үчүн Каркаринск районунда жашаган 65 адам изилденген. Перифериялык кандын лимфоциттериндеги хроматиддиктен хромосомдук типтин абберрациясынын басымдуулук болгону белгиленген, бул нейроонкопатологияны түзүүдө төмөнкү интенсивдүүлүктөгү ионизацияланган нурлануунун башкы ролу жөнүндө күбөлөндүрөт.

Негизги сөздөр: баш-мээ шишиги, микроядролук тест, хромосомалык абберрация.

КОРРЕЛЯЦИОННАЯ СВЯЗЬ МЕЖДУ ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТЬЮ И ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Резюме. С целью исследования цитогенетической нестабильности у больных с опухолями головного мозга, проживающих в Каркаралинском районе, прилегающем к Семипалатинскому ядерному полигону проведены микроядерные исследования у 115 человек. Выявлена прямая корреляционная связь между уровнем мутагенеза в эритроцитах и характером опухолей. У пациентов с доброкачественными, переходными и злокачественными опухолями головного мозга частота МЯ составила $1,310,07$, $2,140,15$ и $3,510,15$. Для изучения частоты и типа хромосомных абберраций обследованы 65 человек из Каркаралинского района с нейроонкологической патологией. Отмечено преобладание абберраций хромосомного типа над хроматидными в лимфоцитах периферической крови, что свидетельствует о ведущей роли ионизирующего излучения малой интенсивности в формировании нейроонкопатологии.

Ключевые слова: опухоли головного мозга, микроядерный тест, хромосомные абберрации.

ASSOCIATION BETWEEN CYTOGENETICAL INSTABILITY AND BRAIN TUMORS

Abstract. The micronuclear test is made at 115 patients with tumors of brain living in given region are used. Indicators of the micro nuclear test for patients with good-quality and malignant tumors of brain have made accordingly $1,31 \pm 0,15\%$ and $3,51 \pm 0,15\%$ and at healthy people $0,43 \pm 0,01\%$. In tested group, at patients with brain tumor 19379 metaphases are analyzed, 339 chromosomal infringements in 187 cages, from them 220 aberrations of chromosomal type and 119 aberrations chromotidal type are revealed. In comparison with control authentic excess of frequency aberrations cages in 4,1 times and aberrations of chromosomes more than in 3 times on 100 metaphases are revealed. The obtained data testifies that in Nurinsk area aberrations chromotidal type over chromosomal slightly prevail that testifies to the leading part of toxic and radiating factors in genomic instability. On the contrary, in region, adjacent to SNR considerable prevalence of aberrations of chromosomal type that speaks about the leading part of the radiating factor in formation tumors of brain is observed. Received according to bioindication of research a dozen $0,11$ Gr allow to confirm about the leading part of ionizing radiation of small intensity in occurrence of tumors of a brain at the population living close SNR.

Key words: tumors of brain, micronuclear test, chromosomal infringements.

Введение. Вопросы прогнозирования риска возникновения злокачественных новообразований в первую очередь связаны с определением величины полученной дозы облучения [1,2]. В этой связи, особое значение приобретает метод биодозиметрии, основанный на количественном измерении радиационно-индуцированных генетических нару-

шений, и хромосомных абберраций в лимфоцитах периферической крови человека. Эти показатели рекомендованы ВОЗ и МАГАТЭ для биоиндикации степени радиационного воздействия, поскольку хромосомные нарушения могут служить объективным критерием оценки радиогенного риска возникновения рака [3]. Показатели динамики

нейроонкологической патологии, характеризуя радиационно-индуцированный процесс в популяции, являются составной частью генетического мониторинга состояния здоровья населения [4,5]. Однако, значимость показателей хромосомной нестабильности в ранней диагностике групп риска по опухолям головного мозга (ОГМ) не исследована, что и послужило основанием для цитогенетических характеристик ОГМ. Малые дозы, вызывая изменения в пролиферирующих и медленно пролиферирующих тканях, обуславливают эффекты, клинически проявляющиеся через несколько месяцев, лет и даже десятилетий [6]. Возникновение опухолей - один из наиболее изучаемых и наиболее значительных эффектов действия ионизирующего излучения [7]. Медико-генетическими исследованиями установлено, что онкологические заболевания наследуются по типу доминантных аутосомных генных мутаций. По данным Н.П. Бочкова, изучение этиологии и патогенеза большой группы нервных болезней показало существенное значение наследственной предрасположенности в возникновении этих форм патологии [8]. О роли нестабильности генома в неопластической трансформации клеток и, особенно, в опухолевой прогрессии, свидетельствует характерный для радиационного поражения длительный латентный период между облучением и появлением опухоли [9].

Все хромосомные aberrации, на основе их происхождения, можно разделить на две основные группы: хромосомные и хроматидные. Aberrации хромосомного типа возникают преимущественно под действием излучения на стадии G_1 клеточного цикла, когда хромосома имеет одниточную структуру. Перестройки хроматидного типа (фрагменты, сложные хроматидные обмены и др.) происходят на стадии S и G_2 во время или после редупликации хромосомы, когда она имеет уже двунитчатую структуру в виде двух хроматид. Хромосомные aberrации являются выраженным нарушением стабильности генома, приводящим к активации онкогенов и других генов при малигнизации. Главным методом анализа хромосомных aberrаций является исследование культуры лимфоцитов периферической крови [10,11].

Учитывая сложность применения анализа лимфоцитов периферической крови при массовых исследованиях, а также их высокую относительную себестоимость, с целью выделения особых групп генетического риска А.Н. Ильинских и соавторами предлагают микроядерный тест (МЯТ) [12]. Уровень микроядер у здоровых людей колеблется от $0,24 \pm 0,01$ до $0,34 \pm 0,1$. МЯТ оценен, как удобный метод скрининга мутагенности веществ, учитывая также меньшую, по сравнению с учетом хромосомных aberrаций себестоимость микроядерных исследований.

Цель исследования: оценить уровень хромосомной нестабильности у больных с ОГМ, проживающих вблизи СИЯП.

Задачи исследования:

1. Изучить закономерности проявления цитогенетических эффектов в эритроцитах и

лимфоцитах периферической крови у больных с ОГМ Каркаралинского района и выявить группы риска по нейроонкологической заболеваемости.

2. Произвести реконструкцию поглощенных доз радиации методом биологической индикации у больных с нейроонкологической заболеваемостью изучаемого региона.

Материалы и методы исследования.

Микроядерный тест произведен у 115 человек, из них 25 больных с доброкачественными ОГМ, 30 больных со злокачественными ОГМ, 30 больных с переходными опухолями ОГМ. Контролем служили данные 30 условно-здоровых людей в возрасте от 17 до 55 лет, проживающих в указанном регионе, сопоставимые по возрасту и полу. Для изучения частоты и типа хромосомных aberrаций обследованы 65 человек из Каркаралинского района с нейроонкологической патологией, из них 35 мужчины, 30 женщин. В контроле оценка спонтанных хромосомных aberrаций включала анализ в культуре лимфоцитов периферической крови 15 клинически здоровых доноров из контрольного Нуринского района в возрасте 20 – 50 лет.

Результаты и их обсуждение.

Проведенный анализ показал, что у лиц контрольной группы уровень микроядер (МЯ) в эритроцитах периферической крови составил $0,43 \pm 0,01$, что говорит о мутагенном влиянии радиационного излучения на популяцию Семипалатинского региона в целом. Сравнительный анализ выявил, что частота МЯ в эритроцитах достоверно выше в когорте людей, страдающих нейроонкопатологией ($p < 0,01$). Выявлена прямая корреляционная связь между уровнем мутагенеза в эритроцитах и характером опухолей. Так, у пациентов с доброкачественными и переходными опухолями ЦНС частота МЯ составила 1,310,07 и 2,140,15, что превышало значение указанного параметра в контрольной в 3 и 5 раз, соответственно. При этом, максимальный уровень мутагенеза наблюдался у пациентов со злокачественными новообразованиями (3,510,15). Заслуживает внимания тот факт, что уровень МЯ в эритроцитах коренного населения с установленной патологией ЦНС был выше, в сравнении с показателем пришлого населения, что связано с наличием нестабильности генома высокой степени, в результате длительного воздействия ионизирующей радиации.

Для изучения частоты и типа хромосомных перестроек, проведены цитогенетическое обследование у больных с ОГМ (основная группа) Каркаралинского района и условно-здорового населения (контрольная группа) Нуринского района. В основной группе проанализировано 19379 метафаз, в среднем по 300 метафаз на каждого индивидуума, а в контроле количественная и качественная оценка спонтанных хромосомных aberrаций включала анализ 4253 метафаз в культуре лимфоцитов периферической крови. Проведен сравнительный анализ результатов цитогенетического обследования пациентов с ОГМ различных гистологических форм. В тестируемой

группе, у больных с ОГМ при анализе метафаз, выявлено 339 хромосомных нарушений в 187 клетках, из них 220 aberrаций хромосомного типа и 119 aberrаций хроматидного типа. Среди aberrаций хромосомного типа идентифицировано 90 парных ацентрических фрагментов, что составляет 26,5 % от общего спектра всех хромосомных нарушений. По сравнению с контролем, обнаружено достоверное превышение частоты aberrантных клеток в 4,1 раза и aberrаций хромосом более чем в 3 раза на 100 метафаз, соответственно ($p < 0,05$). Частота aberrаций хромосомного типа в тестируемой группе составила $1,80 \pm 0,02$, тогда как в контроле - $0,63 \pm 0,01$ на 100 метафаз ($p < 0,05$).

Анализ спектра наблюдаемых aberrаций показал, что у всех обследованных пациентов с нейроонкопатологией преобладали сравнительно простые структурные повреждения хромосом - ацентрические фрагменты хромосомного и хроматидного происхождения. Однако, у части обследованных лиц были обнаружены более сложные нестабильные обменные aberrации - дицентрические хромосомы и центрические кольца, частота выявления которых составила $0,12 \pm 0,001$,

что превышала аналогичные показатели в контрольной группе в 1,3 раз ($p < 0,01$). Наряду с aberrациями хромосомного типа, регистрировались aberrации хроматидного типа. При этом 35% от общей доли хромосомной нестабильности приходится на aberrации хроматидного типа из-за хроматидных обменов. Анализ aberrаций в обследуемой группе показал, что соотношение дицентрических хромосом и центрических колец превышает таковой показатель среди населения Нуринаского района. О неравномерности облучения можно судить по соотношению между частотой дицентрических хромосом, центрических колец и ацентрических фрагментов. В проведенном исследовании данное соотношение составило 1:2,25:4,1. Полученные данные свидетельствует о том, что у пациентов с ОГМ, проживающих в Каркаралинском районе, прилежащем к СЯП наблюдается значительное преобладание aberrаций хромосомного типа над хроматидными, что свидетельствует о ведущей роли радиационного фактора в формировании нейроонкопатологии. Количественные показатели представлены в таблице 1.

Таблица 1. Частота и спектр aberrаций хромосом в лимфоцитах периферической крови больных, страдающих ОГМ (на 100 клеток)

Показатели	Основная группа		Контрольная группа	
	Число	Частота	Число	Частота
Количество метафаз	19379		4253	
Аберрантных клеток	187	$2,0 \pm 0,61$	45	$1,04 \pm 0,16$
Хромосомные aberrации	339	$1,50 \pm 0,21$	100	$1,2 \pm 0,02$
Парные фрагменты	90	$0,69 \pm 0,09$	17	$0,12 \pm 0,01$
Дицентрические хромосомы	22	$0,02 \pm 0,001$	1	$0,01 \pm 0,001$
Центрические кольца	40	$0,04 \pm 0,001$	1	$0,01 \pm 0,001$
Стабильные ХА (делеции, транслокации)	50	$0,71 \pm 0,03$	25	$0,48 \pm 0,01$
Дицентрические хромосомы + центрические кольца	18	$0,12 \pm 0,01$	10	$0,09 \pm 0,01$
Всего хромосомного типа	220	$1,80 \pm 0,02$	53	$0,63 \pm 0,01$
Одиночные фрагменты	56	$0,72 \pm 0,03$	23	$0,52 \pm 0,01$
Хроматидные обмены	63	$0,77 \pm 0,08$	24	$0,03 \pm 0,001$
Всего хроматидного типа	119	$0,73 \pm 0,02$	47	$0,56 \pm 0,01$

Биологическая индикация и биологическая дозиметрия предполагает, помимо подсчета числа aberrаций и aberrантных клеток, так же проводить анализ типов aberrантных клеток - характер распределения aberrаций по клеткам, количество aberrаций на одну клетку, соотношение обменных aberrаций к «свободным» парным фрагментам.

При проведении цитогенетического исследования важен анализ соотношения ацентрических фрагментов к дицентрическим хромосомам. Причиной повышенной индукции фрагментов, по сравнению с дицентрическими хромосомами, является соотношение одно - или двухударных процессов. Повышенный уровень ацентрических фрагментов в

лимфоцитах периферической крови, по данным ряда авторов, является результатом пролонгированного облучения с низкой мощностью дозы [7].

Согласно теоретическим предсказаниям в эксперименте, на начальном периоде после облучения, соотношение стабильных и нестабильных aberrаций хромосом составляет 1:1 [8]. У больных с ОГМ соотношение нестабильных хромосомных aberrаций к стабильным составило 3:1, тогда как в контрольной группе наблюдалась обратная зависимость - 1:1,3. Полученные результаты можно связать с тем, что сразу после облучения большинство регистрируемых aberrаций являются нестабильными, которые препятствуют дальнейшему делению кле-

ток и медленно элиминируют со временем из популяции делящихся клеток. Следует заметить, что обнаруженное нами соотношение хромосомных aberrаций стабильного и нестабильного типов, в сторону преобладания нестабильных хромосомных нарушений, отражает особенности образования этих aberrаций при пролонгированном облучении и свидетельствует о мутагенном низкочастотном радиационном воздействии. Основным методом оценки поглощенной дозы является выявление дозовых зависимостей выхода радиационно-индуцированных хромосомных aberrаций в лимфоцитах периферической крови человека.

Ранее проведенные исследования по изучению цитогенетической нестабильности среди населения СИЯП позволили реконструировать поглощенную дозу с применением анализа математической регрессии, имеющей следующий вид (5):

$Y=0,711e^{0,297x}$ ($R^2=0,8981$) - для aberrантных клеток;

$Y=0,4662e^{0,3512x}$ ($R^2=0,9006$) - для aberrаций хромосомного типа;

$Y=0,6038e^{0,3335x}$ ($R^2=0,9035$) - для суммы дицентрических хромосом и центрических колец.

Созданная, на основании калибровочных кривых «доза-эффект», модель позволила рассчитать поглощенную дозу на момент исследования у изучаемого контингента больных с ОГМ. Так,

– частота клеток с хромосомными aberrациями составила 0,02 на одну клетку, при этом, реконструированная доза равняется 0,18 Гр;

– частота хромосомных aberrаций 0,015 на клетку - доза 0,15 Гр;

– частота суммы дицентрических хромосом и центрических колец 0,001 на клетку - доза 0,01 Гр.

Соответственно, реконструированная доза по трем цитогенетическим параметрам составила 0,11 Гр. Таким образом, данные проведенного исследования позволяют утверждать о ведущей роли ионизирующего излучения малой интенсивности в возникновении ОГМ у населения, проживающего вблизи СЯП.

Выводы:

1. Впервые проведены цитогенетические исследования у лиц с различными формами ОГМ, проживающих в регионе СЯП и показана прямая корреляционная связь показателей МЯТ со степенью злокачественности ОГМ.

2. Частота хромосомных aberrаций в эритроцитах и лимфоцитах периферической крови больных ОГМ, проживающих в регионе с повышенным радиационным фоном выше, чем в контрольном Нуринском районе и зависит от вида ОГМ.

3. Цитогенетическая нестабильность у больных с ОГМ, длительно проживающих в Каркаралинском районе, характеризуется высоким уровнем МЯ в эритроцитах, преобладанием aberrаций хромосомного типа над хроматидными в лимфоцитах периферической крови, что свидетельствует о ведущей роли ионизирующего излучения малой интенсивности в формировании нейроонкопатологии. Тогда как в контрольном Нуринском районе aberrации представлены преимущественно хроматидными aberrациями, что говорит о химической интоксикации.

4. Реконструированная поглощенная доза ионизирующей радиации на момент обследования по частоте aberrантных клеток, aberrаций хромосомного типа, суммы дицентрических хромосом и центрических колец у больных с ОГМ, проживающих вблизи СИЯП, составила 0,11 Гр., что относится к малым дозам радиационного облучения.

5. Полученные данные позволяют заключить, что обнаружение МЯ является скрининговой тест-системой для доклинической диагностики опухолей головного мозга и выявления групп риска для углубленного изучения хромосомной нестабильности населения.

Литература:

1. Ансаликов К.Н., Гусев Б.И., Розенсон Р.И. Популяционные эффекты острого и длительного хронического облучения некоторых районов Восточно-Казахстанской области в результате испытаний ядерного оружия // Радиационная безопасность и социально-экологические проблемы Казахстана. - Алматы – Караганда, 1997. - С. 146-159.
2. Pierce D.A, Preston D.L. Radiation-related cancer risk at low doses among atomic bomb survivors // Radiat. Res. - 2000. - Vol.54, № 2. - P.178-186.
3. Абылдинова Г.Ж. Частота хромосомных aberrаций в соматических клетках у населения, проживающего в зоне влияния Семипалатинского испытательного полигона // Астана медициналык журналы. - 2005. - С. 10-14.4. Шевченко А.В. Современные проблемы оценки генетического риска облучения человека // Радиационная биология. Радиозэкология - 2000. – Т.40, №5. - С.630 -639.
4. Абылдинова Г.Ж., Кулеилов Н.П., Святова Г.С. Показатели нестабильности хромосомного аппарата у населения, пострадавшего в результате взрывов на Семипалатинском полигоне // Генетика.-2003,-Т.39, №8,-С.944-947.
5. Москалев Ю.Н. Отдаленные последствия ионизирующей радиации. - М.,1991. - 463 с.
6. Кадука Е.Г. Онкологическая заболеваемость при действии малых доз ионизирующего излучения. - Л.,1990. - С.65-70.
7. Okada M., Okabe A., Uchihory Y. et. al. Single extreme low dose /low dose rate irradiation causes alteration in lifespan and genome instability in primary human cells // Brit.J.Cancer,2007,-Vol.96.- № 11.- P.1707-1710.
8. Бочков Н.П. Анализ типов aberrантных клеток – необходимый элемент биологической индикации облучения // Медицинская радиология и радиационная безопасность. -1993. - №2. – С.32-35.1990,-С.139-140.
9. Москалёва Е.Ю., Илюшина Н.А. Повреждение ДНК при действии ионизирующих излучений и их репарация // Радиационная биология. - М., 1990. - Т.9. - С.5-11.
10. Дыбский С.С. Результаты цитогенетического обследования детских контингентов населения, проживающего в районах с повышенным радиационным фоном. // Тезисы к докладу. Второго всесоюзного съезда медицинских генетиков. - Алмата, 1990, - Москва, 1990. - С. 139-140.
11. Ильинских А.Н., Новицкий В.В., Вайчургов И.И., Ильинских И.Н. Микроядерный анализ и

цитогенетическая нестабильность. Томск, Изд-во. Томского университета, 1992, -272. - С. 81-89.

12. Голдобенко Г.В., Дурнов Л.А., Какаев С.В. Клинические проблемы радиационной детской онкологической службы Республики Казахстан. Отчеты КазНИИОР за 2002-2007

13. Смагулов С.Г., Дмитриев Е.С. Ядерно-взрывной эксперимент «Чаган – исторический памятник ядерной эпохи» // Материалы научно-практической конференции «Семипалатинский

испытательный полигон. Радиационное наследие и проблемы нераспространения». - Курчатов, 2005. - С. 21-28.

14. Leland Albright A. Study of neurosurgical sub specialization with outcomes in children with malignant drain tumors // J. Neurosurgery. - 2000. - №47 (4). - P. 879.

Сведения об авторах:

Нурлан Кенесханулы Ибраимхан, доцент курса нейрохирургии кафедры ОВП №3 КарГМУ, ул. Муканова 5, тел: 87777291184; e-mail: nurlanibr@mail.ru

Турсынов Нуртас Исатаевич, заведующий курсом нейрохирургии кафедры ОВП №3 КарГМУ, ул. Муканова 5, тел: 87751917110, e-mail: nurtas.isataevich@mail.ru

Исмаилова А.Д.

Научно-производственное объединение «Профилактическая медицина» МЗ КР.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА АЯЛДАРДЫН АРАСЫНДА

АИВ-ИНФЕКЦИЯСЫНЫН ТАРАЛЫШЫ

Корутунду. «СПИД» РБ 2005-2015 жылдардагы маалыматы боюнча ретроспективдүү эпидемиологиялык анализ жүргүзүлдү. Жүргүзүлгөн анализдин жыйынтыгы 2005-жылга салыштырмалуу 2015-жылы жыныстык жолу аркылуу жугуунун уделдик салмагы 2 эсеге олуттуу өскөнүн көрсөттү ($p < 0,001$). Жыныстык жолдун уделдик салмагынын өсүшү менен АИВ-инфекциясы бар аялдардын санынын өсүшүнүн ортосунда түздөн түз корреляциялык байланышы бар экендиги аныкталды ($r = 0,88$). Аныкталган адамдардын (95%) арасында 14-49 жаштагы төрөө курагындагы аялдар көбүрөөк. АИВ менен жашаган адамдардын арасында кош бойлуу аялдардын үлүшү олуттуу ($54,1 \pm 0,9\%$). Баардык бул көрсөткүчтөр өлкөдө АИВ эпидемиясынын өсүү процесси бар экендигин көрсөтүп турат.

Негизги сөздөр: АИВ-инфекциясы, эпидемия, аялдар, кош бойлуу аялдар, жыныстык жолу аркылуу жугуу.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Резюме. Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ по данным РЦ СПИД за 2005-2015 годы. Результаты проведенного анализа показали рост значимости полового пути передачи, удельный вес которого в 2015 году в сравнение с 2005 годом вырос почти в 2 раза ($p < 0,001$). Выявлена прямая выраженная корреляционная зависимость ($r = 0,88$) между ростом удельного веса полового пути передачи и ростом численности ВИЧ-инфицированных женщин. Среди выявленных лиц преобладают женщины фертильного возраста 14-49 лет (95%). Значителен удельный вес беременных среди женщин ЛЖВ ($54,1 \pm 0,9\%$). Все эти показатели свидетельствуют о наличии в стране процессов генерализации эпидемии ВИЧ.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, эпидемия, женщины, беременные женщины, половой путь передачи.

PREVALENCE OF HIV INFECTION AMONG WOMEN IN THE KYRGYZ REPUBLIC

Abstract. Retrospective epidemiological analysis based on the data of the Republican AIDS Centre for 2005-2015 was conducted. The results of the analysis showed an increase in the importance of the sexual mode of transmission, the share of which in 2015 in comparison with 2005 increased almost 2 times ($p < 0.001$). A direct, pronounced correlation ($r = 0.88$) was found between the increase in the specific gravity of the sexual mode of transmission and the increase in the number of HIV-infected women. Among the identified persons, women of fertile age of 14-49 (95%) predominate. The proportion of pregnant women among PLWH is significant ($54.1 \pm 0.9\%$). All these indicators indicate the presence in the country of the processes of generalization of the HIV epidemic.

Key words: HIV infection, epidemic, women, pregnant women, sexual transmission.

Современные эпидемиологические тенденции ВИЧ-инфекции в мире свидетельствует о

продолжающемся росте заболеваемости и летальности, увеличение доли женщин и детей в их структуре, поздней выявлении и лечении оппортунистических заболеваний, приводящих к прогрессированию в стадии СПИД [13, 16]. По оценкам ЮНЕЙДС во всем мире увеличивается число женщин старше 15 лет, которые живут с ВИЧ-инфекцией, что составляет 15,7 млн. человек, из них 1,4 млн. женщин были беременны [4].

Сложившуюся ситуацию по ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике нельзя рассматривать изолировано от ситуации в мире. Кыргызская Республика все еще находится на этапе нарастания эпидемии ВИЧ-инфекции и входит в число стран с наиболее высокими темпами развития эпидемии в мире [12]. Так, за период с 2010 года число официально зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в стране почти удвоилось (с 2718 случаев на 01.01.2010 г. до 6110 на 01.01.2016г.), а число женщин увеличилось в 2,7 раза. Это связано с расположением страны на одном из трех основных путей наркотрафика, что определяет высокий уровень наркопотребления, связанные с ним опасные формы потребления наркотиков и передачу ВИЧ половым путем женщин – партнерам ЛУИН [2, 3, 15].

С 2007 года в стране внедряется программа профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР), и предотвращение вертикальной трансмиссии является одним из основных направлений программы реформирования сектора здравоохранения на 2012-2016 годы «Ден соолук» и обозначен ключевой показатель «Снижение случаев вертикальной передачи ВИЧ до 3%», который необходимо было достичь к 2016 году.

Все вышеуказанное подтверждает актуальность эпидемиологического анализа распространенности ВИЧ инфекции среди женщин, в том числе беременных, для последующей адаптации и внедрения эффективных профилактических программ и системы мониторинга и оценки.

Материалы и методы исследования. Материалами для изучения распространенности ВИЧ-инфекции среди беременных женщин явились статические данные регистрации ВИЧ-инфекции по форме №4А, результаты серологических исследований на ВИЧ по форме №4, сведения о женщинах ЛЖВ №4В (с 2005 по 2011гг.). При анализе заболеваемости использовались показатели: Превалентность (Р) – это показатель

распространенности ВИЧ-инфекции. Инцидентность (I) – это показатель, характеризующий относительную частоту новых случаев ВИЧ-инфекции, которые возникают у наблюдаемых лиц за определенный период времени (заболеваемость).

Результаты и их обсуждение. Показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Кыргызской Республике на 100 000 населения составил в 2010 г. – 10,2; в 2011 г. – 10,8; в 2012 г. – 12,6; в 2013 г. – 8,3; в 2014 г. – 10,5, в 2015 г. – 10,2 и 2016 г. – 12,1. По оценкам программы прогнозирования «Спектрум» в 2015 г. в стране проживало 8100 ЛЖВ (6500-10 000). Основная доля выявления ВИЧ-инфекции приходится на категорию трудоспособного и репродуктивного возраста 20-39 лет – 68,1%.

Основным путем распространения ВИЧ-инфекции в стране является “инъекционный” в результате использования загрязненного инструментария при употреблении наркотиков. Так, по данным странового отчета о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на ВИЧ-инфекцию (2013 г.) распространенность ВИЧ-инфекции среди ЛУИН составило 12,4%. Среди женщин ЛУИН – 4,8%. Распространенность ВИЧ-инфекции среди мужчин имеющие секс с мужчинами – 6,3% и среди работниц секса – 2,2% [12, 14].

В стране отмечается рост числа случаев ВИЧ-инфекции среди женщин. Если, в 2001 году доля женщин с ВИЧ-инфекцией составляла всего 9,5%, то в 2015 году – 45,2% от числа вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции. Во всех проведенных исследованиях, удельный вес женщин, потребляющих наркотики, в структуре ЛУИН не превышал 5-7% [1-3, 5-10, 14]. Поэтому рост численности ВИЧ среди женщин, не может быть связан только с инъекционным потреблением. Количество выявленных женщин с ВИЧ-инфекцией от общего количества зарегистрированных, в южных регионах республики и Чуйской, Таласской областях составило более 40% (рис.1.).

Анализ многолетней динамики выявления новых случаев ВИЧ-инфекции среди общего населения и женщин КР за период 2005-2015 гг. показал тенденцию к росту выявления случаев, как среди общего населения, так и среди женщин. Темп прироста для обоих показателей превышает 5% в год, что свидетельствует о высоком росте выявление новых случаев (всего ЛЖВ = 10,9%, женщин с ВИЧ = 36,1%). Причем темп прироста среди женщин в 3 раза выше чем среди всех ЛЖВ (рис.2).

Среди выявленных лиц преобладают женщины фертильного возраста 14-49 лет, что

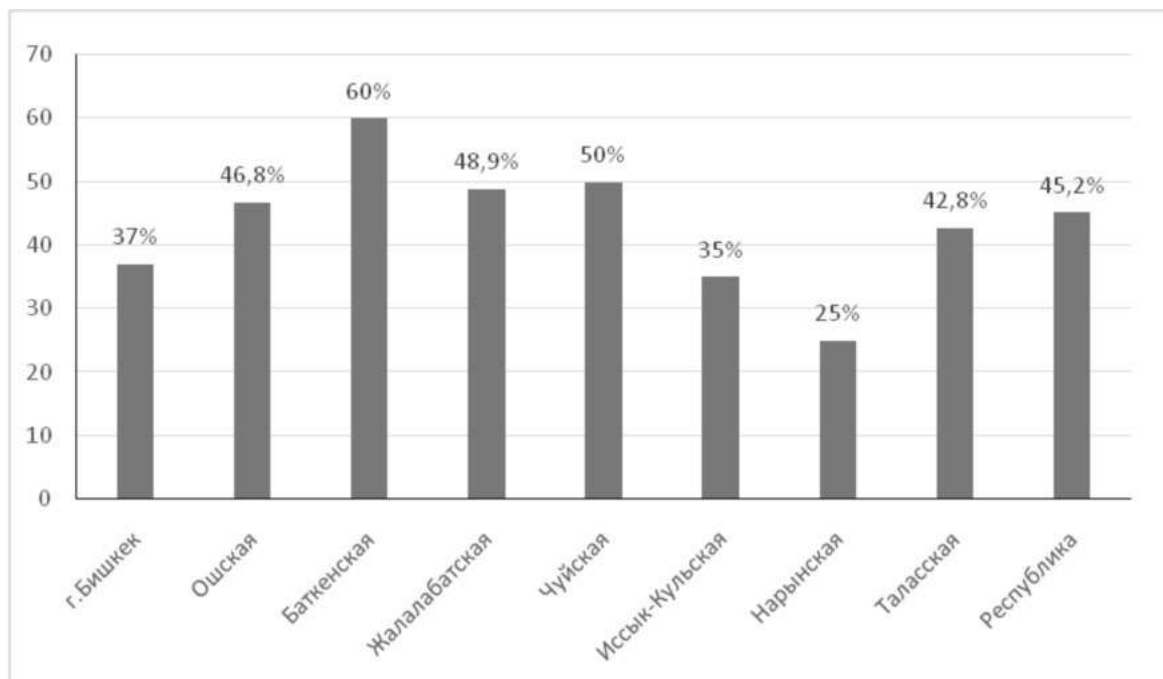


Рис. 1. Удельный вес женщин в структуре ЛЖВ в разрезе по регионам Кыргызской Республики за 2015 г.

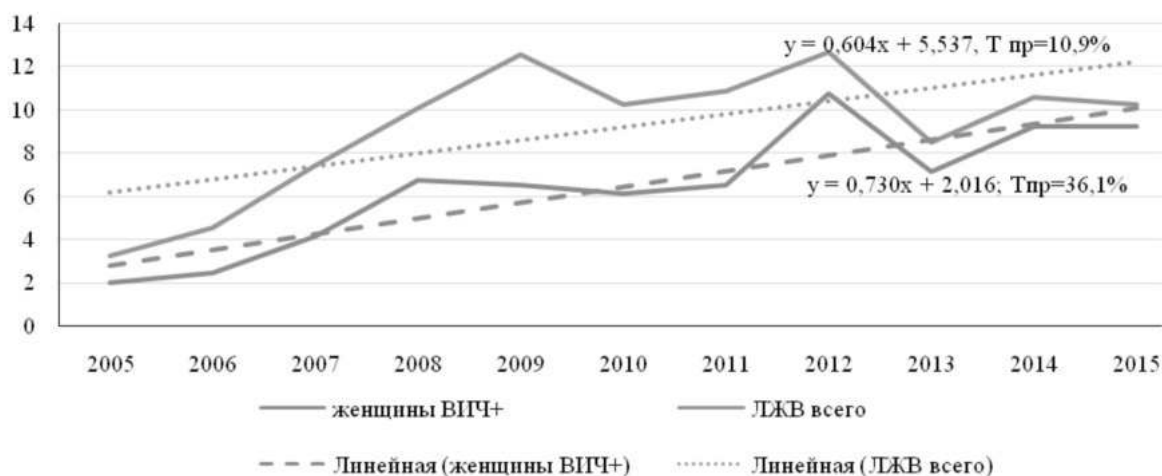


Рис. 2. Многолетняя динамика выявления новых случаев ВИЧ-инфекции среди общего населения и женщин КР (2005-2015 гг.) (на 100 000 нас.)

составляет 95% от общего количества женщин ЛЖВ, почти каждая третья из них родила ребенка. Такая ситуация характерна для всех регионов страны

Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией среди беременных женщин в Кыргызской Республике проводится с 1987 года. Все беременные женщины обследовались на ВИЧ-инфекцию 1 раз во время взятия на учет по беременности. С 1987 года по 1995 год распространенность ВИЧ-инфекции среди этой популяции составила 0%. В связи с низкой распространенностью ВИЧ-инфекции и с целью

рационального использования финансовых средств с 1996 по 2007 год обследование беременных женщин на ВИЧ-инфекцию проводилось только по эпидемиологическим и клиническим показаниям. И в 2007 году доля беременных женщин, обследованных на ВИЧ-инфекцию составила 37%.

В 2007 году произошла вспышка ВИЧ-инфекции среди детей в Ошской области. При анализе эпидемиологической ситуации было установлено, что вертикальная трансмиссия достигла до 39%. В связи со сложившейся эпидситуацией был издан приказ МЗ КР №400 от

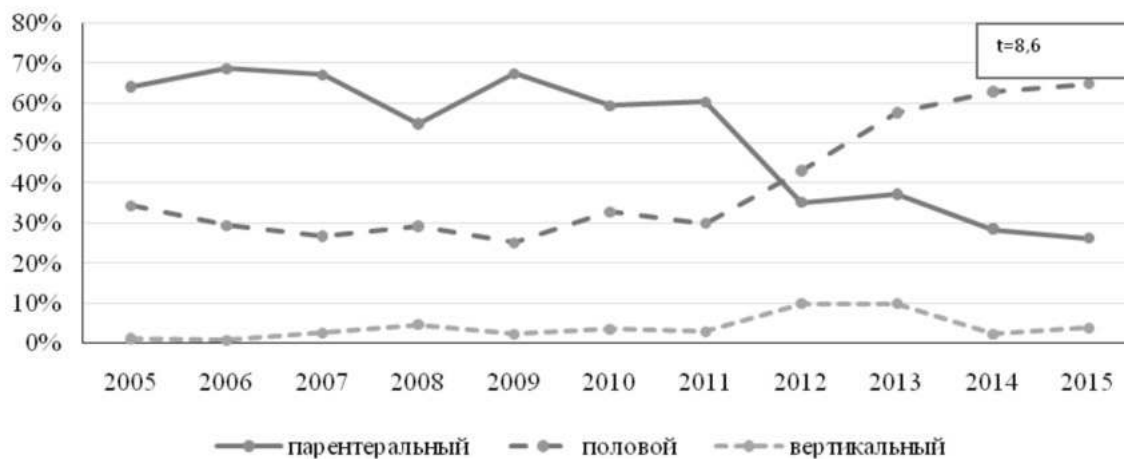


Рис. 3. Многолетняя динамика изменений структуры путей передачи ВИЧ-инфекции (2005-2015 гг.)

13.11.2007 года «О проведении аналитического исследования среди детей Ошской области», согласно которому все беременные женщины стали обследоваться на ВИЧ-инфекцию по инициативе медицинских работников и охват тестированием в 2009 году достиг до 93%.

Среди выявленных женщин ЛЖВ значительный удельный вес составляют беременные женщины с ВИЧ-инфекцией. В среднем по многолетним данным (2005-2015 гг.) эти показатели составляет $54,1 \pm 0,9\%$, по годам данный показатель колебался в диапазоне от 25,4% (2006) до 63,1% (2009).

Всего по республике в целом с момента регистрации в Кыргызской Республике ВИЧ-инфекции на 01.12.2016 г. зарегистрировано 977 беременных женщин с ВИЧ-инфекцией и родилось 813 детей, из них получили профилактическое лечение АРВ-препаратами - 693 матери (85,2%) и 690 новорожденных (85%).

Выявлена прямая выраженная корреляционная зависимость между ростом полового пути передачи и ростом численности ВИЧ-инфицированных женщин ($r = 0,88$).

Заключение. Ретроспективный анализ позволил выявить изменения эпидемиологической ситуации ВИЧ-инфекции в стране, свидетельствующие об процессах генерализации эпидемии в стране и выходе эпидемии в общую популяцию населения. Если ранее основным движущим фактором эпидемии было инъекционное потребление наркотиков, то в последние годы выявлена значимость полового пути передачи вируса. Результаты проведенного анализа показали рост значимости полового пути передачи, удельный вес которого в 2015 году в сравнение с 2005 году вырос почти в 2 раза ($p < 0,001$). Выявлена прямая выраженная корреляционная зависимость ($r = 0,88$) между ростом полового пути передачи и ростом численности ВИЧ-инфицированных женщин. Среди выявленных лиц преобладают женщины фертильного возраста 14-49 лет (95%). Значителен удельный вес беременных среди женщин ЛЖВ

($54,1 \pm 0,9\%$). Все это говорит о значимости женщин в развитие эпидемии ВИЧ в КР, в связи с этим необходимо провести оценку факторов риска, ведущих к их инфицированию ВИЧ.

Литература

- 1 Асанжанова Н.Н. Эпидемиологические особенности парентеральных вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции в популяции инъекционных наркоманов в г.Бишкек./автореф. К.м.н., 14.00.30.-эпидемиология.-Бишкек. 2005.-18с.;
- 2 Байызбекова Д.А. Комплексная оценка распространенности наркопотребления и проблемы профилактики ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике [Текст]: дис. д-ра мед наук. – Бишкек, 2011. – 188 с.;
- 3 Байызбекова Д.А., Арстанбекова А.А., Касымов О.Т. Эпидемиологические аспекты наркомании в Кыргызстане.- Бишкек, 2004. – 131 с.;
- 4 Глобальный отчет ЮНЕЙДС по ситуации в сфере ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, ноябрь 2014 г. <http://www.unaids.org>;
- 5 Дозорный эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией в Кыргызской Республике. РО СПИД. 2004.- 59 с.;
- 6 Дозорный эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией в Кыргызской Республике. РО СПИД. 2005.- 74 с.;
- 7 Дозорный эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией в Кыргызской Республике. РО СПИД. 2006.- 89 с.;
- 8 Дозорный эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией в Кыргызской Республике. РО СПИД. 2007.- 102 с.;

9 Дозорный эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией в Кыргызской Республике. РО СПИД. 2008.- 92 с.;

10 Дозорный эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией в Кыргызской Республике. РО СПИД. 2009.- 125 с.;

11 Дозорный эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией в Кыргызской Республике. РЦ СПИД. 2010.- 147 с.;

12 Отчет среднесрочной оценки государственной программы стабилизации эпидемии ВИЧ в Кыргызской Республике», ЮНЕЙДС, Бишкек, 2015г.;

13 Покровский В. В. Эпидемия ВИЧ-инфекции в России куда идешь? / В. В. Покровский // Эпидемио-

логия и инфекционные болезни. - 2006. — №4. — С. 4-6

14 Результаты дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в Кыргызской Республике. 2013.-Б.: 2015.-98 с.;

15 Страновой отчет о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на ВИЧ-инфекцию. ЮНЕЙДС, ПРООН, ЮСАИД-2014 г. ;

16 Субата Э., Пхакадзе Г. Оценка пилотного проекта по заместительной терапии в Кыргызской Республике.- UNAIDS/ UNDP. - Бишкек 2006.-35 с.

Возвращаясь к истории становления Центра и развития кардиослужбы, следует отметить, что

Сведения об авторе:

*Исмаилова Айкуль Джсапаргазиевна, соискатель ученой степени к.м.н. при РНПЦ КВИ НПО ПМ,
E-mail: , тел.: 0-555-752186,
научный руководитель - д.м.н. Байызбекова Джайнагуль Алчинбековна*

Кыдыралиева Р.Б., Молдоташев И.К., Кудайбергенова Н.Т., Осмонов Д.А.

*Национальный Центр кардиологии и терапии им. академика М. Миррахимова, Кардиологическая клиника «Бикард», Международная высшая школа медицины,
г. Бишкек, Кыргызская Республика*

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ КАРДИОЛОГИЯНЫН ӨНҮКТҮРҮҮ ТАРЫХЫ ТУУРАЛУУ МАСЕЛЕГЕ БИЛДИРҮҮ II (Кыргыз Республикасынын көз карандысыздыгынын мезгили)

Корутунду. Макалада Кыргыз Республикасынын эгемендүүлүк алганынан баштап (1991 ж) бүгүнкү күнгө чейин өнүгүүсү баяндалат. СССРдин кулашы жана илимий практикалык байланыштардын үзүлүшү, өзгөчө 1991 жылдан 1996 жылга чейин, Кыргызстанда кардиология кызматынын көп кыйынчылыктарга дуушар болгондугу жана Академик М.М. Миррахимовдун талбаган эмгеги жана демилгелери аркасында гана кардиология тармагынын Борбордук Азия чөлкөмүндө өзүнүн лидерлик ордун сактап калгандыгы көрсөтүлөт. Авторлор азыркы убакытта практикалык кардиологиянын өнүгүүсүнө мамлекеттик жана жеке менчик клиникалар ортосундагы атаандаштык түрткү берет. Ошондой эле кардиология илиминин өнүгүүсү Кыргыз Республикасынын экономикалык абалына жана эл аралык кызматташууга көз каранды деп эсептешет.

Негизги сөздөр: кардиологиянын тарыхы, академик М.М. Миррахимов, Кыргыз кардиология илимий изилдөө институту, бийик тоолук кардиология.

К ВОПРОСУ ОБ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ КАРДИОЛОГИИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ СООБЩЕНИЕ II (период независимости Кыргызской Республики).

Резюме. В статье излагается история развития кардиологии в период независимости Кыргызской Республики. Показано, что в связи с распадом СССР и разрывом научно-практических связей, особенно с 1991 по 1996 год, кардиологическая служба Кыргызстана претерпела значительные трудности и только благодаря неустанному труду и инициативам академика М. Миррахимова сохранила свои лидирующие позиции в Центрально-азиатском регионе. Авторы считают, что в настоящее время дальнейшее развитие практической кардиологии будет стимулироваться конкуренцией между государственными и частными кардиологическими учреждениями. В области кардиологической науки прогресс будет определяться экономическим состоянием республики и уровнем международного сотрудничества.

Ключевые слова: история кардиологии, академик М.М. Миррахимов, Кыргызский НИИ кардиологии, высокогорная кардиология.

ON THE HISTORY OF CARDIOLOGY OF THE KYRGYZ REPUBLIC COMMUNICATION II (The period of independence of the Kyrgyz Republic)

Abstract. The article describes the history of the development of cardiology in the period of independence of the Kyrgyz Republic. It is shown that in connection with the disintegration of the USSR and the disruption of economic ties, especially from 1991 to 1996, the cardiological service underwent considerable difficulties and only thanks to tireless work and initiatives of Academician M. Mirrakhimov, they retained their leading positions in the Central Asian region. The authors believe that at present the further development of practical cardiology will be stimulated by competition between public and private cardiology institutions. In the field of cardiological science, progress will be determined by the economic state of the republic and the level of international cooperation.

Key words: History of cardiology, academician M.M. Mirrakhimov, Kyrgyz scientific research institute of Cardiology, high altitude cardiology.

очень сложным этапом в жизнедеятельности института кардиологии был период с 1991 по 1996 годы. В это время в связи с распадом СССР и разрывом экономических связей резко ухудшилось финансовое обеспечение здравоохранения. Это коснулось и НИИ кардиологии. За эти годы произошло сокращение количества кардиологических и кардиохирургических коек с 440 до 285 (на 35%). Однако, несмотря на это, в кардиологическом центре, как и прежде, около 10 тыс. больных ежегодно получали стационарное лечение, а около 25 тыс. человек - консультативную помощь в поликлинике института.

Из-за резкого подорожания эксплуатации телефонной сети был ликвидирован дистанционный диагностический центр по передаче электрокардиограмм из разных регионов республики. Из-за отсутствия финансовых средств законсервированы такие лечебно - диагностические технологии, как радиоизотопная диагностика, исследования газов крови, хирургические вмешательства при нарушениях ритма сердца, плазмоферез, аферез холестерина липопротеидов низкой плотности и другие технологии. В связи с отсутствием системных тромболитических препаратов (стрептокиназы) не применялась тромболитическая терапия на догоспитальном этапе лечения больных с острым инфарктом миокарда, что привело к резкому возрастанию смертности этой категории больных.

Нарастающая инфляция, ухудшение материального положения сотрудников вызвали отток кадров, как специалистов высокой квалификации, так и молодых, перспективных сотрудников из научных подразделений института.

Из-за отсутствия финансовых средств на командировочные расходы была ликвидирована система кураторской кардиологической службы в различных областях и регионах республики, которой занимались сотрудники института. Невозможным стало и оказание плановой регулярной научно-методической и консультативной помощи врачам на местах. Отныне получать информацию о достижениях современной кардиологии они могли лишь время от времени на организуемых кардиологическим институтом конференциях, съездах, конгрессах, средства на которые предоставляли главным образом зарубежные фирмы и спонсоры.

Эти негативные тенденции, в особенности ухудшение жизненного уровня населения, нарушение экономических связей и ряд других причин привели к существенному увеличению смертности от болезней сердца в республике. Если в 1991 году

смертность населения от болезней сердца составляла 261,8 случаев на 100 тыс. населения, то в 1995 году этот показатель достиг 328 случаев на 100 тыс. населения, то есть, возрос на 25%. Резко увеличилась смертность от острого инфаркта миокарда и коронарной болезни сердца. По смертности же от мозгового инсульта республика, к сожалению, вышла, на 1-е место в мире. Значительно (на 29%) увеличился первичный выход на инвалидность от болезней сердца, что тяжким бременем легло на экономику республики. Подсчеты показали, что экономический ущерб, наносимый инвалидизацией и преждевременной смертностью трудоспособных людей только от болезней сердца, составляет более 53 миллионов сомов в год.

Важнейшим этапом в деятельности института кардиологии явилось преобразование его в соответствии с Указом Президента Кыргызской Республики в Национальный центр кардиологии и терапии (НЦКТ) при Минздраве Кыргызской Республики (от 16 мая 1996 года, №167). Определен статус НЦКТ как высшей государственной научной медицинской организации на территории Кыргызской Республики по кардиологии, внутренней и горной медицине.

В связи с тяжелым экономическим положением республики М.М. Миррахимов вынужден был заняться поиском новых научно обоснованных и экономически менее затратных профилактических технологий. К таковым относится принцип семейного подхода, предполагающий совершенно иное отношение к профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и основанный на стратегии проведения активных вмешательств на уровне семьи. Этот принцип был заложен в основу реализации принятой постановлением правительства Кыргызской Республики Национальной программы “Здоровое сердце - каждому кыргызстанцу к 2010 году”, а также Национальной программы реформы здравоохранения «Манас - таалими» на 2006-2010 годы.

Несмотря на экономические трудности переходного периода и разрыв прежних тесных связей в бывших союзных республиках в области здравоохранения и медицинской науки, в 1991 году по инициативе Академика Чазова Е.И. и Академика Миррахимова М.М. создается Ассоциация кардиологов стран СНГ и проводятся каждые два года конгрессы кардиологов стран СНГ в г. Москва, Бишкек, Санкт – Петербург, Алма - Ата и Ташкент. Учреждается золотая медаль Академика Чазова Е.И. «Выдающемуся кардиологу мира», которая впервые

была присуждена в 1992 году Академику М.М. Миррахмову.

На первом совещании министров здравоохранения стран Центральной Азии в 1992 году в г. Бишкек М.М. Миррахимов выдвинул инициативу о создании Ассоциации кардиологов стран Центральной Азии и об основании Центрально-Азиатского медицинского журнала, которую поддержали все Министры стран Центральной Азии (Казакстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан). Первый номер этого журнала вышел в июле 1995 года и с тех пор выпущено более 20 томов.

По инициативе академика М. Миррахимова и Российской Ассоциации специалистов ультразвуковой диагностики в медицине в 1992 году на базе КНИИК были проведены Международная научно-практическая конференция «Ультразвук в диагностике сердечно-сосудистых заболеваний у взрослых и детей». В ней участвовали ведущие специалисты из России, США, Японии, Германии, Израиля и др. Состоялась и большая международная выставка современного ультразвукового оборудования крупнейших в мире фирм.

В 1998 году в практику НЦКТ внедрено цветное доплеровское картирование, позволяющее выявить патологический поток крови, что важно при оценке клапанной регургитации и внутрисердечных шунтов, диагностике осложнений инфаркта миокарда, приобретенных и врожденных пороков сердца. С этого же года в практику НЦКТ внедрено дуплексное сканирование сосудов, что позволило неинвазивно и достаточно точно оценить состояние сосудов, определить степень атеросклеротического поражения брахиоцефальных артерий (наличие бляшек, стенозов, окклюзий), а также распространенность и характер тромботического поражения венозного русла любой локализации.

С 1999 года, с появлением ультразвуковой системы Sequoia-256 американской корпорации Acuson, в отделении функциональной диагностики НЦКТ (к.м.н. Д.А. Усупбаева) проводится тканевая доплеровская визуализация тканей. Она дает возможность оценить скорость движения миокарда в продольном и циркулярном направлениях, кинетику миокарда и фиброзных колец атриовентрикулярных клапанов, перфузию миокарда (к.м.н. Б.Ж. Иманов). Внедрение метода чреспищеводной ЭХОКГ позволяет при исследовании сердца и крупных сосудов, используя высокочастотные датчики, обеспечить качественную и беспрепятственную визуализацию структур сердца, особенно межпредсердной перего-

родки (МЖП). Это делает данный метод незаменимым в диагностике дефекта МЖП и позволяет сотрудникам отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения (проф. М.Х. Дадабаев) осуществлять эффективное транскатетерное закрытие вторичных дефектов МЖП (окклюдером Амплатца).

Последние 10 лет характеризуются бурным развитием в республике эндоваскулярных методов диагностики и лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы. В 1984 году на базе КНИИК организовано специализированное отделение ангиографии (проф. А.Н. Маралов, с 1989 г. - проф. М.Х. Дадабаев), оснащенное ангиографической установкой фирмы ДЖЭМ (Бельгия). С 1989 года в отделении функционирует ангиографическая установка «Ангиоскоп-Д33», фирмы «Сименс». Благодаря ее использованию стали возможными эндоваскулярные и рентгенохирургические методы вмешательства, включающие как диагностические исследования при заболеваниях сердца и сосудов, так и коррекцию врожденных пороков (у детей), коронарной болезни сердца (инфаркта миокарда, стенокардии и др.), атеросклероза сосудов, питающих мозг, поражений сосудов почек и др.

В отделении рентгенохирургии уже в 80-е годы проводились все существующие в мире инвазивные методы диагностики заболеваний сердечно-сосудистой системы, такие как катетеризация полостей сердца и ангиография при врожденных и приобретенных пороках сердца, селективная ангиопульмонография, селективная коронарография и левожелудочковая вентрикулография, селективная ангиокардиография сосудов головного мозга, почек, печени, селезенки, периферических артерий и вен, электрофизиологические исследования при нарушениях ритма сердца, ангиокардиометрия полостей сердца и магистральных сосудов, диагностические медикаментозные и гипоксические пробы и т.д.

Кроме того, в отделении выполняются все виды эндоваскулярной хирургии, суть которой заключается в проведении внутрисосудистых чрескатетерных лечебных манипуляций под рентгенологическим контролем, т.е. без вскрытия грудной клетки. Эти эндоваскулярные технологии лечения внедрены в клиническую практику сотрудниками нашего Центра впервые в Центрально-Азиатском регионе. К ним относятся балонная вальвулопластика при изолированном клапанном стенозе легочной артерии, тетраде Фалло, коарктации аорты, клапанном стенозе аорты, удаление ино-

родного тела из полостей сердца и сосудов, установка кавафилтра, балонная ангиопластика и стентирование коронарных артерий, эмболизация селезеночной артерии.

Наибольший практический интерес представляют собой уникальные операции на сердце, проводимые в НЦКТ и также впервые внедренные в Центральной Азии, когда без скальпеля и наркоза у детей производится закрытие дефекта межпредсердной перегородки или открытого артериального протока с помощью окклюдера Амплатц, после чего дети становятся практически здоровыми.

За период работы ангиографической установки в НЦКТ, с 1991 по 2004 годы, было проведено более 16 тысяч диагностических исследований при заболеваниях сердца и сосудов и около 1000 эндоваскулярных вмешательств на сердце и сосудах. Внедрение указанных технологий в практику здравоохранения Кыргызской Республики стало возможным благодаря международному сотрудничеству отделения рентгенхирургии НЦКТ с ведущими специалистами Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева (Россия), Российского кардиологического научно-производственного комплекса, Братиславского детского кардиологического центра (Словакия), кардиологического центра г. Брно (Чехия), Университетского госпиталя г. Хайденберг (Германия) и др. В рамках данного сотрудничества на базе НЦКТ проводятся акции по эндоваскулярной коррекции врожденных дефектов сердца (совместно со специалистами из Словакии) и стентированию и ангиопластике коронарных артерий у больных коронарной болезнью сердца (совместно со специалистами из Центра г. Брно Чехии).

В 1998 году, вновь по инициативе Академика М.М. Миррахимова, создается Ассоциация кардиологов туркоязычных стран и проводится первый конгресс в сентябре 1998 года в г. Бишкек. Основная цель – консолидация и интеграция усилий кардиологов туркоязычных стран, прежде всего государств Средней Азии, России, Турции и других республик в решении насыщенных проблем современной кардиологии.

В 2002 году авторский коллектив Центра в составе К.А. Айтбаева, М.Т. Бейшенкулова, М.Х. Дадабаева, А.С. Джумагуловой, Э.М. Миррахимова, Т.М. Мураталиева, Е.М. Ким, Д.А. Усунбаевой удостоен высшей научной награды нашей республики - Государственной премии в области науки и техники за представленную работу «Оптимизация мер борьбы с распространенными и социально значи-

мыми сердечно-сосудистыми заболеваниями в Кыргызской Республике на основе разработки и внедрения в практику здравоохранения высокоэффективных диагностических и лечебно-профилактических технологий».

В работе обобщен многолетний опыт НЦКТ по разработке, внедрению в практику и оценке медико-экономической эффективности принципиально новых подходов к раннему выявлению, диагностике, лечению и профилактике распространенных социально-значимых заболеваний сердечно-сосудистой системы, таких, как коронарная болезнь сердца, гиперлипидемии, артериальная гипертония, врожденные пороки сердца.

Учитывая выдающийся вклад Академика М.М. Миррахимова в развитие отечественной и терапевтической науки, воспитание целой плеяды ученых медиков и высококвалифицированных специалистов, а также его активную общественную деятельность, Национальному центру кардиологии и терапии при МЗ КР Указом Президента КР от 30.10.2004 года, было присвоено имя Академика М.М.Миррахимова.

Кардиология в КР во втором тысячелетии получила мощный импульс для своего дальнейшего развития благодаря международному сотрудничеству, основы которого были заложены М.М. Миррахимовым.

Так, еще в 1999 году на высокогорной клинико-физиологической базе НЦКТ (на перевале Тоо-Ашуу) под руководством академика Мирсаида Миррахимова и индийского физиолога профессора Уильяма Селвамурти стартовал совместный кыргызско-индийский научно-исследовательский проект по исследованию физиологических механизмов адаптации индийских и кыргызских солдат - добровольцев к условиям высокогорья. В результате были предложены меры по улучшению их акклиматизации к высокогорью.

5 июля 2011 года на базе НЦКТ состоялось открытие Кыргызско-Индийского Горного Биомедицинского Научного Центра.

Сразу же с открытием Центра начата реализация международного научного проекта сроком на 5 лет на тему «Исследование акклиматизации человека к высокогорью с особым акцентом на молекулярные механизмы улучшения его работоспособности и смягчения течения болезней при операциях в горах».

Благодаря индийской стороне в НЦКТ установлен и запущен в эксплуатацию современный

мультирезный (64-срезный) спиральный компьютерный томограф.

12 мая 2015 года в НЦКТ имени академика М.М. Миррахимова был открыт Кыргызско-индийский телемедицинский центр при поддержке Правительства Индии.

Также, в рамках проекта, предусмотрено организовать дистанционные обучающие курсы для медицинских работников организаций здравоохранения КР.

Международное Кыргызско-Китайское сотрудничество в области интервенционной кардиологии осуществляется с 2008 года. Между НЦКТ и Хебейским медицинским университетом КНР был заключен договор о реализации совместных научно-исследовательских программ, проведении совместных научно-прикладных исследований в области интервенционной кардиологии, используя кадровый потенциал и клинично-лабораторные базы, принадлежащие обеим сторонам. В рамках данного договора с участием специалистов обеих сторон на базе НЦКТ неоднократно проводятся совместно организованные вмешательства по эндоваскулярному закрытию врожденных дефектов сердца с помощью окклюдера Амплатц. По данному направлению успешно работает группа сотрудников во главе с д.м.н. М.Х. Дадабаев.

В 2012 году был подписан договор о научном и технологичном сотрудничестве между НЦКТ и отделением кардиологии факультета медицины Университета Чукурова г. Адана (Турция). Стороны договорились о намерениях по лечению больных с пароксизмальными нарушениями ритма сердца. В последующем неоднократно на базе НЦКТ проводились совместные операции с профессорами Месут Демир и Мехмет Канадши по транскатетерному лечению (радиочастотная абляция) пароксизмальных наджелудочковых тахикардий.

В 2015 году запущен совместно с Российским кардиологическим научно-производственным комплексом и International atherosclerosis Society научный проект «Своевременная диагностика и лечение больных с гетерозиготной семейной гиперхолестеринемией». А совместно с Public Health Research Institute (Канада) начата программа «Выявление факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у городского и сельского населения».

В 2016 году окончено строительство, и произведен запуск в эксплуатацию высокогорной научно-исследовательской медико-физиологической станции Кыргызско-Индийского горного биомеди-

цинского научного центра при НЦКТ на перевале Төөк-Ашуу (Джеты-Өгузский район Иссык-кульской области), являющейся уникальной. Так как это единственная высокогорная медико-биологическая станция на территории стан СНГ, расположенная на высоте более 4100 м над уровнем моря. Общая площадь станции составляет 500 квадратных метров.

Основной вклад в развитие научного кыргызско-индийского сотрудничества со стороны НЦКТ вносят сотрудники лаборатории горной медицины во главе с профессором Сарыбаевым А.Ш.

Эта же лаборатория выполняет исследования совместно с кардиопульмональным отделом Университета Гиссена (Германия) (Excellence Cluster Cardio-Pulmonary System, University of Giessen, Germany) по теме: «Исследование механизмов, лежащих в основе восприимчивости/резистентности к развитию высокогорной легочной гипертензии у горцев-этнических кыргызов».

Современный этап развития кардиологии в КР отличается от предыдущих тем, что открываются и развиваются частные кардиологические и кардиохирургические клиники, оснащенные самым современным оборудованием. Первая такая клиника была открыта в 2011 году в городе Ош («Ош-Кардио») по инициативе профессора Т.А. Батыралиева и в настоящее время в КР функционируют 4 частных кардиохирургических центра с кардиологическими отделениями (Ош-Кардио, Кардио-Азия в г. Ош, Кардиоцентр и Бикард в г.Бишкек) и несколько самостоятельных кардиологических отделений (в г.Кант и г.Кызыл-Кия). Этот этап характеризуется тем, что возвращаются в КР кардиологи, получившие образование в зарубежных странах, а также тем, что привлекаются зарубежные специалисты в основном из Турции. Интерес к сотрудничеству с государственными учреждениями проявляются специалисты из Российской Федерации.

Резюмируя краткое изложение истории развития кардиологии в КР, можем сказать, что:

Кардиологическая служба и кардиологическая наука в КР обязана своим возникновением, становлением и развитием выдающемуся ученому, врачу, педагогу и организатору здравоохранения Академику М.М. Миррахимову.

В настоящее рыночное время дальнейшее развитие практической кардиологии будет стимулироваться конкуренцией между частными и государственными медицинскими учреждениями.

Прогресс в области кардиологической науки неизбежен и темпы ее развития будут зависеть от экономического состояния КР и уровня международного сотрудничества.

Литература:

Миррахимов М.М. Предупреждение заболеваемости сердечно-сосудистой системы. – Кыргызстан, 1960. – 104с.

Миррахимов М.М., Бакалов В.П. Прикладные аспекты биотелеметрии. – Фрунзе, Илим. – 1979. – 272с.

Миррахимов М.М., Бакалов В.П. Вероятные модели электрофизиологических процессов и полей. – Фрунзе, Илим. – 1989. – 203с.

Миррахимов М.М. Очерки о влиянии горного климата Средней Азии на организм. – Кыргызстан, 1964. – 212с.

Миррахимов М.М. Сердечно-сосудистая си-

стема в условиях высокогорья. – Ленинград, Медицина. – 1968. – 158с.

Миррахимов М.М. Болезни сердца и горы. – Фрунзе, Кыргызстан. – 1971. – 311с.

Миррахимов М.М., Гольдберг П.Н. Горная медицина. – Фрунзе, 1978. – 182с.

Миррахимов М.М. Сердечно-сосудистая система в экстремальных природных условиях. – Фрунзе, Илим. – 1983. – 129с.

Миррахимов М.М., Мейманалиев Т.С. Высокогорная кардиология. – Фрунзе, 1984. – 315 с.

Миррахимов М.М. Академик Евгений Иванович Чазов и кардиология СНГ. //Кардиология СНГ. – 2004. – №2. – с.101 – 108.

Кыдыралиева Р.Б. Становление и развитие национального центра кардиологии и терапии. – Бишкек,

Сведения об авторах:

Кыдыралиева Рыскуль Бекбаевна, д.м.н., заведующая научно-методическим отделом Национального Центра кардиологии и терапии им.академика М. Миррахимова, E-mail: nccim@mail.kg;

Молдоташев Ишенбай Курманович, д.м.н., профессор, заведующий реабилитационным отделением Кардиологической клиники «Бикард», E-mail: moldotashev53@mail.ru;

Кудайбергенова Назира Торобаевна, д.м.н., с.н.с., и.о. профессора кафедры терапии Международной высшей школы медицины, E-mail: nazira_@mail.ru

Осмонов Дамир Асилбекович, главный врач кардиологической клиники «Бикард»,

E-mail: dr.osmonov@gmail.com

Сооронбаев Т.М., Мадемитов М.Ж., Эмилов Б.Э., Кокумбаева А.К.
Национальный Центр Кардиологии и Терапии им. академика М.М. Миррахимова,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

КУРЧ ЖАНА КУРЧУП БАРА ЖАТКАН ЖӨТӨЛДҮ ДАРЫЛООДО ЛЕВОКЛОПЕРАСТИН СИРОБУНУН ЭФФЕКТИВДҮҮЛҮГҮН БААЛОО

Корутунду. УКЖТБ (академик М.Миррахимоватын атындагы Улуттук кардиология жана терапия борбору) базасында левоклоперастин жөтөлгө каршы сиробунун пульмонология стационарындагы курч/курчуп бара жаткан орточо жана күчтүү жөтөлдөн жабыркаган оорулуулардын жалпы абалы жана жашоо сапатына таасирин баалоо максатында рандомизацияланган клиникалык изилдөө жүргүзүлгөн. Көзөмөл тобунан айырмаланып, негизги терапия режимине левоклоперастин сиробун кошкон учурда дарылоонун 5-күнүнөн тартып жөтөлдүн статистикалык жана клиникалык күчү ВАШ шкаласы (жыштыгы жана интенсивдүүлүгү) боюнча, ошондой эле ЖСИШ боюнча жөтөлдүн бир күндүк интенсивдүүлүгү, ЛЖС боюнча бейтаптардын жашоо сапатынын физикалык курамдык бөлүгү олуттуу төмөндөгөн. Мындан тышкары, левоклоперастин менен дарыланган бейтаптардын 9-күндөн кийин бардык баалоо параметрлери боюнча көрсөткүчтөрү клиникалык жана статистикалык жактан олуттуу жогорулоосу белгиленет. Бул көзөмөл тобунда байкалган эмес. Алынган маалыматтар узакка созулган кыйнаган жана дүүлүктүргөн жөтөлдөн жабыркаган бейтаптарды даарылоодо левоклоперастин сиробунун жагымсыз симптомдордун күчүн салыштырмалуу тез төмөндөтүүдө эффективдүүлүгү жана коопсуздугун, ошондой эле алардын жалпы абалын, түнкү уйкусун жана жашоо сапатын олуттуу жакшыртканын көрсөтөт.

Негизги сөздөр: жөтөл, симптомдордун көрүнүктүүлүгү, левоклоперастин сиробу.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СИРОПА ЛЕВОКЛОПЕРАСТИНА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ И ПОДОСТРЫМ КАШЛЕМ

Резюме. На базе НЦКиТ было проведено рандомизированное клиническое исследование с целью оценки влияния противокашлевого сиропа левоклоперастина на показатели общего самочувствия и качества жизни больных пульмонологического стационара с острым/подострым средневывраженным или тяжелым кашлем. Было показано, что, в отличие от группы контроля, при добавлении к основному режиму терапии сиропа левоклоперастина после 5-го дня лечения статистически и клинически значимо уменьшалась тяжесть проявлений кашля по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) (как частота, так и интенсивность), а также – показатели шкалы суточной интенсивности кашля (ШСИК) и физическая составляющая качества жизни пациентов по вопроснику кашля Лечестера (ВКЛ). Кроме того, у принимавших левоклоперастин пациентов после 9-го дня лечения отмечалось клинически и статистически значимое улучшение показателей по всем оцениваемым параметрам, чего не наблюдалось в группе контроля. Полученные данные демонстрируют эффективность и безопасность сиропа левоклоперастина у пациентов с продолжительным мучительным и раздражающим кашлем в относительно быстром снижении тяжести неприятных симптомов, а также – в существенном улучшении их общего состояния, ночного сна и качества жизни.

Ключевые слова: кашель, выраженность симптомов, сироп левоклоперастина.

EVALUATION OF EFFICACY OF LEVOCLOPERASTINE SYRUP IN PATIENTS WITH ACUTE AND SUBACUTE COUGH

Abstract. The randomized controlled clinical trial for evaluation of efficacy of levocloperastine syrup on parameters of global health assessment and quality of life of pulmonary in-patients with moderate or severe acute/subacute cough was conducted in National Center of Cardiology and Therapy. In comparison with patients in control group, addition of levocloperastine syrup to the main therapy regimen in experimental group after 5th day of therapy resulted in clinically and statistically significant improvement of cough frequency and severity (measured by VAS), cough daytime intensity (measured by verbal range scale of Cough daily intensity diary), and physical constituent of quality of life of patients (measured by Leicester Cough Questionnaire). Moreover, after 9th day of treatment clinically and statistically significant improvement of all assessed parameters was observed in levocloperastine group, in contrast with control group, where no parameters were improved. Obtained data demonstrate

efficacy and safety of levocloperastine syrup in relief of unpleasant symptoms severity incomparatively short time and significantly improvement of global health status, nocturnal sleep and quality of life in patients with persistent distressful and annoying cough.

Key words: cough, symptom severity, levocloperastine syrup.

Актуальность. Кашель является одним из самых распространенных симптомов, влияющих на работоспособность и качество жизни страдающих лиц и вынуждающих пациентов обращаться за медицинской помощью [1]. По оценкам экспертов, какой-либо кашель в любое время наблюдается от 9-33% до 40% населения развитых стран, включая маленьких детей [2, 3]. В практике семейной медицины кашель является наиболее частым симптомом у мужчин и 2-м по частоте (после тазовой боли) у женщин [4]. Немаловажно, что пациенты обращаются по поводу кашля за первичной медицинской помощью в 2-3 раза чаще, чем по поводу других распространенных беспокойств (лихорадка, боль в горле, спастическая боль в животе или боль в спине) [5].

Ввиду своей диагностической и клинической значимости кашель является объектом пристального внимания самых разных медицинских специалистов. Немаловажно, что кашель проявляется как симптом целого ряда патологий и расстройств: болезней верхних и нижних дыхательных путей, нарушений функции сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта, а также – как следствие применения лекарственных средств различных групп [6]. Кроме того, кашель может сопровождать самые различные состояния организма – его реакцию на загрязнение воздуха и на курение, на средства косметической или бытовой химии, на избыточную массу тела и т.д. [1].

Одновременно, кашель считается важным медицинским феноменом не только по вышеуказанным причинам. Наряду со своей защитной функцией очищения дыхательных путей от раздражающих агентов, кашель – это причина распространения определенных инфекций (ОРВИ, туберкулез), а также – фактор, осложняющий самочувствие пациента и вызывающий нежелательные последствия (наиболее частые – боль в груди и одышка, тошнота и рвота, головокружение и нарушение сна) [3,7]. Согласно современным данным, нежелательные последствия и осложнения после кашля можно классифицировать по нескольким группам: респираторные (обострения астмы, ларингеальная травма, легочная или межреберная грыжа), сердечно-сосудистые (артериальная гипотензия, нарушения сердечного ритма, обмороки), желудочно-кишечные (выпячивания грыж, разрыв кист печени, кровотечения), мочеполовые (недержание мочи, опущение мочевого пузыря), неврологические (острая радикулопатия, головокружение, обмороки), дерматологические (разрыв ран, петехизация кожи груди и живота), кроме того – немаловажные для пациента неприятные психологические последствия [8].

Оценка кашля проводится по нескольким параметрам, основные из которых – этиология, продолжительность, характер и специфичность

кашля [9,10]. Согласно рекомендациям авторитетных международных организаций, в диагностике кашля в первую очередь следует оценивать его длительность [11-15]. Рекомендуется подразделять кашель на острый (до 8 недель) и хронический (более 8 недель), некоторые клинические протоколы рекомендуют выделять в стадии острого кашля также стадию подострого кашля (3-8 недель) [12, 14, 15]. Острый кашель наблюдается у большего количества населения, в то время, как хронический кашель, отмечается только у 11-18% жителей развитых стран [1]. По данным Европейского Респираторного Общества хронический кашель чаще возникает у женщин, у лиц с ожирением и у курящих лиц, а наиболее частой причиной хронического ночного кашля является бронхиальная астма [1].

Ввиду существенного влияния на работоспособность и качество жизни, обычное требование пациентов – это быстрое облегчение проявлений и тяжести кашля [16]. Согласно статистическим данным, 2/3 взрослых больных с кашлем обращается за медицинской помощью в 1-ю неделю, а уже во 2-ю – все 9 пациентов из 10 начинают искать средство для избавления от этого неприятного симптома [17]. С другой стороны, специалисты подходят к выбору средства для лечения кашля осторожно, – из-за разнообразий проявлений кашля, его специфичности и длительности. Однако, тяжелый, надсадный и удушающий кашель в большинстве случаев требует фармакологического вмешательства [18]. Все средства для лечения кашля можно разделить на экспекторанты, противокашлевые и протуссивные [18]. Экспекторанты влияют на мукоцилиарный фактор (по классификации ВОЗ делятся на муколитики и отхаркивающие), а противокашлевые средства – влияют на центральные или периферические звенья кашлевого рефлекса [18,19]. Протуссивные средства показаны лицам с хроническими патологиями (ХОБЛ, муковисцидоз, хронический бронхит), – как дополнение к нефармакологическому лечению, с целью очищения дыхательных путей от застоявшейся слизи [18,20].

Наиболее часто применяющимися при кашле средствами являются противокашлевые средства (применяются как отдельно, так и совместно с другими средствами) и экспекторанты (снижают вязкость и липкость мокроты) [18]. Противокашлевые средства центрального действия снижают возбудимость кашлевого центра, подавляя его реакцию на эндо- и экзогенные кашлевые возбудители, и существенно уменьшая частоту и интенсивность кашля. Противокашлевые средства периферического действия снижают возбудимость нейронов афферентной дуги кашлевого рефлекса, понижая их чувствительность к действию внешних раздражителей (механических, термических, химических), значительно возрастающую на фоне

воспаления, что тоже уменьшает интенсивность и частоту кашлевого синдрома [18].

Одним из средств, объединяющих в себе центральные и периферические противокашлевые эффекты, является L-клоперастин, левовращающий энантиомер клоперастина (превосходит его по активности примерно в 2 раза, выраженность побочных действий – на 50%) [21]. Противокашлевой эффект L-клоперастина соединяет в себе центральное и периферическое действия (снижает активность бульбарного кашлевого центра и ингибирует трахеобронхиальные кашлевые рецепторы – за счет антигистаминной и папавериноподобной активности) [21]. В клинических исследованиях была показана высокая эффективность и безопасность L-клоперастина при лечении кашля у самых различных категорий больных – у лиц с постинфекционным кашлем, у детей, у лиц с хроническим непродуктивным кашлем и т.д. Так как кашель чрезвычайно характерен у пациентов пульмонологического стационара, нами было решено провести клиническое исследование для исследования влияния противокашлевого сиропа левоклоперастина на здоровье и общее самочувствие на больных.

Цель исследования. Изучение влияния противокашлевого сиропа на объективные и субъективные параметры здоровья и общего самочувствия больных с острым и подострым, средне выраженным или тяжелым кашлевым синдромом.

Материалы и методы исследования. Рандомизированное параллельное контролируемое клиническое исследование проводилось на базе Отделения пульмонологии и аллергологии с блоком интенсивной терапии Национального центра кардиологии и терапии им. акад. М. Миррахимова в период с августа по октябрь 2015 года. В качестве участников в исследование были вовлечены лечившиеся в Отделении пациенты в возрасте 19-65 лет с наличием острого или подострого кашлевого синдрома (согласно анамнезу), давшие согласие на участие в исследовании и жаловавшиеся на частые или раздражающие приступы кашля (показатели шкал: ШСИК ≥ 3 или ВАШ ≥ 30 мм). В исследование не включались пациенты с непереносимостью клоперастина (в анамнезе), применявшие за последние 6 дней другие противокашлевые спазмолитические или средства, а также – лица с тревожными и депрессивными расстройствами, применявшие седативные средства, беременные или вскармливающие грудью женщины, пациенты с тяжелой печеночной и/или почечной недостаточностью, или с функциональными или органическими расстройствами органов верхнего отдела ЖКТ, и лица, недавно перенесшие обширные оперативные вмешательства, или вмешательства в области промежности и малого таза.

Включенные в исследование больные были разделены на 2 группы – контрольную, принимавшую стандартное лечение согласно основному заболеванию, и основную, в которой, дополнительно к стандартной терапии, назначался зарегистрированный в Кыргызской Республике противокашлевой сироп Привитусс (L-клоперастин

фендизоата 708 мг/мл, 100 мл во флаконе) – в течение 7 дней, по 5 мл 3 раза в день.

Для обеспечения случайности выборки больные, с помощью простой фиксированной рандомизации, делились на группы (выбирая конверты с номерками от 1 до 50): пациенты, выбравшие номерки, кратные 5, вошли в контрольную группу, остальные – в основную группу. Тяжесть, частота и интенсивность кашля, а также – влияния кашля на самочувствие и качество жизни пациентов оценивались порекомендованным для этого авторитетными организациями шкалам [11,22]: по визуальной аналоговой шкале 10-см-ой (ВАШ – для оценки степени тяжести кашля), вербальной ранговой шкале оценки суточной интенсивности кашля (ШСИК – для оценки суточной интенсивности кашля), и вопроснику кашля Лечестера модифицированному (ВКЛ – для оценки показателей качества жизни; отдельно – физический, психологический и социальный показатели, а также – сводный показатель).

Оценка показателей проводилась: по шкалам ВАШ и ШСИК (что было также необходимо для выявления соответствующих пациентов) – до начала лечения [обследование I], а также после 2-го [обследование II], 5-го [обследование III] и 9-го дня [обследование IV] лечения (соответственно, на 3-й, 6-й и 9-й день), а по вопроснику кашля Лечестера (ВКЛ) – до начала лечения и после 5-го и на 9-го дней лечения (на 3-й день лечения было решено отказаться от анкетирования – ввиду громоздкости). Все больные тестировались по вышеуказанным параметрам в одно и то же время суток, до и после начала лечения сиропом Привитусс в основной группе и в аналогичное время – в контрольной группе. В качестве клинически значимых изменений было принято считать (согласно рекомендациям) [23-31]: уменьшение/увеличение тяжести кашля по ВАШ – снижение/повышение параметра на ≥ 17 мм, уменьшение/увеличение суточной интенсивности кашля по ШСИК – снижение/повышение параметра на ≥ 2 балла, и улучшение/ухудшение качества жизни больного по ВКЛ – повышение/снижение параметра на $\geq 2,5$ балла, соответственно. Для оценки безопасности назначенного лечения применялся листок регистрации нежелательных реакций.

Статистическая обработка полученных непрерывных переменных тяжести кашля по ВАШ, суточной интенсивности кашля по ШСИК и качества жизни больных по ВКЛ оценивались при помощи t-теста (статистическая значимость [двусторонняя] $p < 0,05$ при 95% доверительном интервале, оговоренная мощность тестов $\geq 80\%$ [$b=0,2$]).

Результаты исследования и их обсуждение. Исследование довели до конца все 50 пациентов (10 – в контрольной группе и 40 – в основной группе). Ведущими клиническими симптомами заболевания у пациентов в обеих группах был кашель, его интенсивность и частота. Исследование показало, что комплексная терапия с добавлением L-клоперастина к лечению основной патологии способствует более быстрой положительной динамике выздоровления: так, на пятые сутки от начала терапии почти у всех участников из основной группы частота и интенсивность кашля существенно

уменьшились, по сравнению с исходным уровнем. Среди принимавших Привитусс пациентов каких-

либо побочных реакций отмечено не было. Большинство пациентов основной группы,

Таблица 1. Оценка тяжести кашля по визуальной аналоговой шкале

Параметры, оцениваемые по ВАШ		Основная группа	Контрольная группа
До лечения	Частота	49,1±2,8	69,3±6,9
	Интенсивность	43,5±2,7	61,9±6,1
	Сводный балл	46,3±2,6	65,6±6,28
После 2-го дня	Частота	34,3±2,12	65,8±6,6
	Интенсивность	29,3±1,92	64,2±6,2
	Сводный балл	31,83±1,91	64,8±6,3
После 5-го дня	Частота	17,07±1,76*	62,3±6,8
	Интенсивность	14,16±1,45*	62,2±6,6
	Сводный балл	15,56±1,55*	62,25±6,55
После 9-го дня	Частота	4,56±1,02**	50,05±7,71
	Интенсивность	3,4±0,91**	44,7±7,12
	Сводный балл	3,98±0,95**	47,3±7,35

* : разница показателей до и после лечения достоверна (P < 0,05)
** : разница показателей до и после лечения достоверна (P < 0,01)

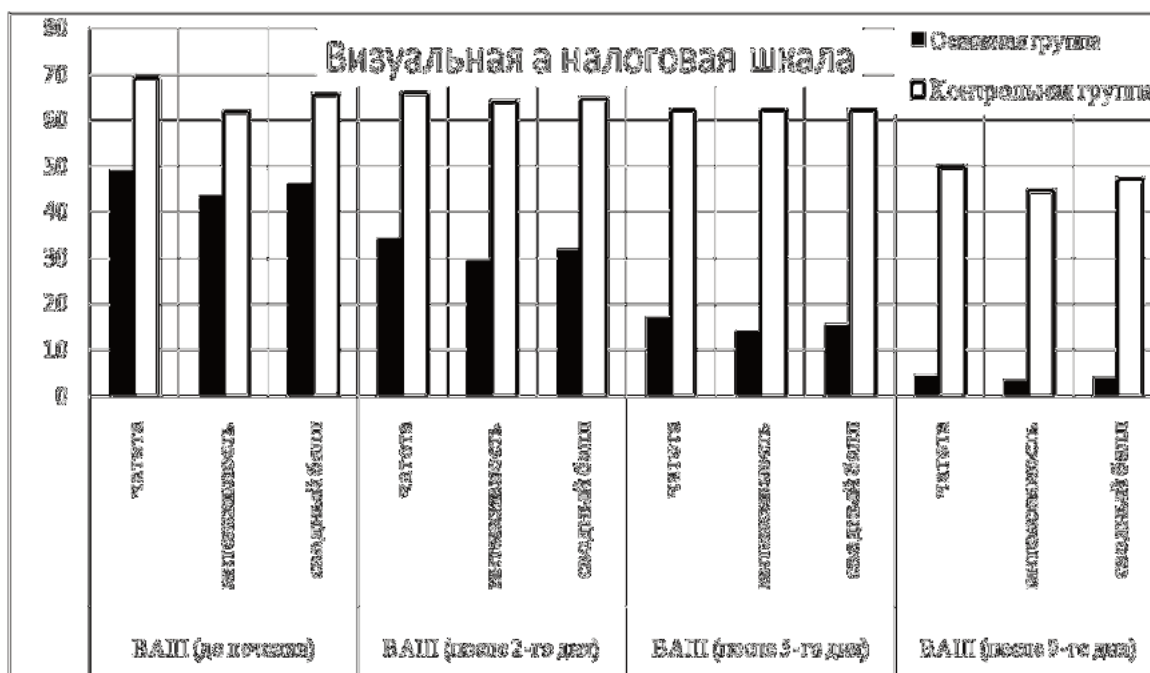


Рис.1. Характеристика кашля по ВАШ в группах

Таблица 2. Оценка кашля по шкале суточной интенсивности кашля

Оценка параметров по ШСИК		Основная группа	Контрольная группа
До лечения	День	3,52±0,12	4,1±0,23
	Ночь	2,8±0,2	3,3±0,21
После 2-го дня	День	2,65±0,11	4,2±0,2
	Ночь	2,12±0,15	3,3±0,21
После 5-го дня	День	1,57±0,12*	3,5±0,26
	Ночь	0,97±0,12	2,7±0,3
После 9-го дня	День	0,52±0,1**	3,1±0,31
	Ночь	0,12±0,063**	2,4±0,22

*: разницав показателях клинически значима и достоверна (P < 0,05)
**: разницa в показателях клинически значима и достоверна (P < 0,01)

Выявленные урогенитальные инфекции	Частота возникновения выявленных урогенитальных инфекций			
	Количество пациентов (n=828)			
	Абс. число методом ИФА	в %	Абс. число методом ПЦР	в %
Хр. специфический уретрит, в т. ч.:	300	36,23	646	78
— гарднереллезный	-	-	206	25
— трихомонадный	-	-	56	6,8
— хламидийный (C. trachomatis)	56	6,8	24	2,9
— уреоплазменный (U. urealyticum)	160	19,3	126	15,2
— микоплазменный	82	10,1	68	8,2
— кандидозный	-	-	166	20

Рис.2. Характеристика кашля по ШСИК в группах

Таблица 3. Шкала оценки качества жизни больных с кашлем по вопроснику Лечестера

Оценка параметров по ВКЛ		Основная группа	Контрольная группа
До лечения	Физический	4,018±0,16	3,22±0,32
	Психологический	3,78±0,17	3,2±0,45
	Социальный	3,94±0,19	3,21±0,44
	Сводный балл	11,74±0,5	9,71±1,21
После 5-го дня	Физический	6,72±1,14*	3,58±0,33
	Психологический	5,6±0,13	3,56±0,46
	Социальный	5,6±0,14	3,57±0,503
	Сводный балл	16,7±0,39	10,7±1,29
После 9-го дня	Физический	6,62±0,075*	4,8±0,311
	Психологический	6,69±0,079*	4,83±0,52
	Социальный	6,65±0,069*	4,75±0,474
	Сводный балл	19,98±0,2*	14,3±1,28

*: разницa показателей до и после лечения достоверна (P < 0,05)

Отмечалась также позитивная динамика в скорости и степени уменьшения кашля, после 5-го дня значимая как клинически, так и статистически. В группе контроля клинически значимых изменений по ВАШ достигнуто не было.

При оценке показателей по шкале суточной интенсивности кашля (Табл.2 и рис.2) также было отмечено снижение частоты кашля в ночное время, в основной группе больных, что положительно сказывалось на качестве сна. Наряду с этим, после 5-го дня лечения участники отмечали клинически и статистически значимое снижение интенсивности кашля в дневное время суток, а далее – и в ночное

время. В группе контроля клинически значимых изменений по ШСИК также достигнуто не было.

Показатели качества жизни больных (физический, психологический и социальный статус) полученные по вопроснику кашля Лечестера (Табл.3 и рис.3) свидетельствуют о том, что на 5-й день лечения у участников, принимавших левоклоперастин, физические показатели качества жизни улучшились клинически и статистически, а после 9-го дня лечения – по всем параметрам (включая сводный балл). В группе контроля клинически значимых изменений в качестве жизни по ВКЛ также достигнуто не было.

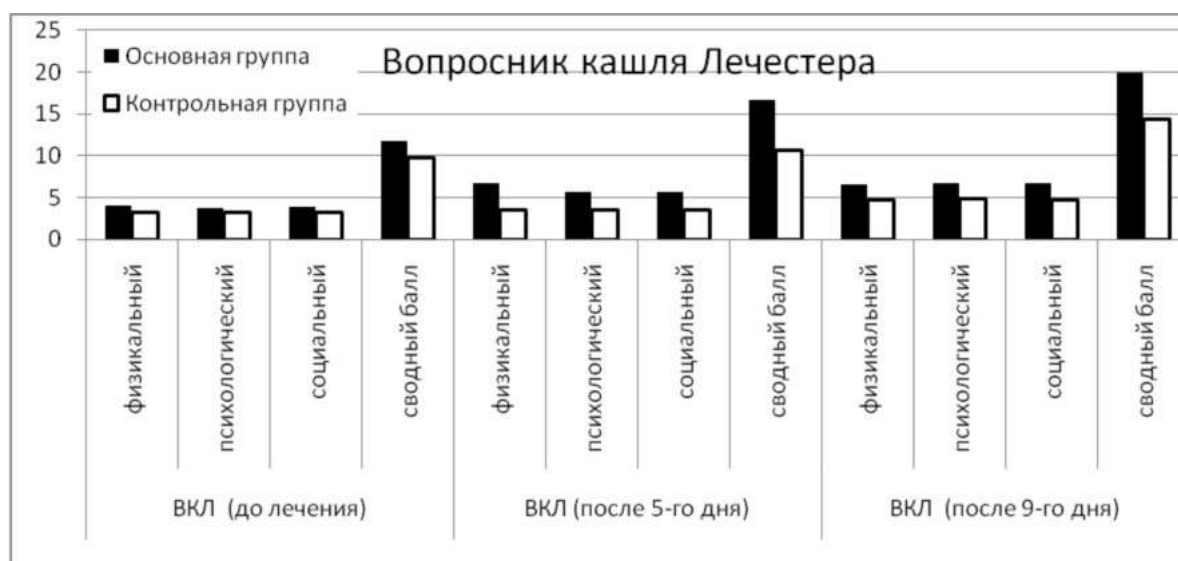


Рис.3. Характеристика кашля в группах по ВКЛ

в сравнении с группой контроля, отмечали положительную динамику частоты и интенсивности кашля при применении L-клоперастина при оценке тяжести кашля по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) (Табл.1 и рис.1).

Выводы. В нашем исследовании показано, что L-клоперастин является безопасным и эффективным препаратом для лечения кашля, особенно – когда кашель является мучительным, малопродуктивным, приносящим физический и психологический дискомфорт, нарушающим сон, существенно снижающим качество жизни пациента. Мы обнаружили относительно быстрое уменьшение тяжести, частоты и интенсивности кашля, а также существенное улучшение общего состояния и ночного сна больных, принимавших Привитусс, что клинически и статистически значимо улучшало их самочувствие и качество жизни.

Литература:

- 1 Janson C. et al. Determinants of cough in young adults participating in the European Community Respiratory Health Survey. *EurRespir J.* 2001 Oct; 18(4):647-54.
- 2 Chung K.F., Pavord ID. Prevalence, pathogenesis, and causes of chronic cough. *Lancet.* 2008 Apr 19; 371(9621):1364-74.

3 Dicipinigitis P.V. et al. Antitussive drugs – past, present, and future. *Pharmacol Rev.* 2014 Mar; 66(2):468-512.

4 Illness in the Community. In: *Textbook of Family Medicine* [by McWhinney IR, Freeman T], 3rd Ed. 2009. Oxford University Press, Inc: New York (USA); Part I, p.46.

5 Schappert S.M., Burt C.W.. Ambulatory care visits to physician offices, hospital outpatient departments, and emergency departments: United States, 2001-02. *Vital Health Stat 13.* 2006 Feb; (159):1-66.

6 Taichman D.B., Fishman A.P. Approach to the Patient with Respiratory Symptoms; (Cough). In: *Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders* [ed. by Fishman AP et al.], 4th Ed. 2008, The McGraw-Hill Co: New York (NJ, USA); Vol. I, Part III, Sect.6, Ch.27, pp. 405-408.

7 Irwin R.S. et al.; on behalf of the CHEST Expert Cough Panel. Overview of the Management of Cough. *Chest.* 2014 Oct; 146(4):885-889.

8 Irwin R.S. Complications of Cough: ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest.* 2006; 129(1_suppl):54S-58S.

- 9 Bush A. Paediatric problems of cough. *Pulm-Pharmacol Ther.* 2002;15(3):309-15.
- 10 Chang A.B. Cough: are children really different to adults? *Cough.* 2005, Sep 20; 1: 7.
- 11 Morice A.H. et al.; European Respiratory Society (ERS). ERS guidelines on the assessment of cough. *Eur Respir J.* 2007 Jun;29(6):1256-76.
- 12 Irwin R.S. et al.; American College of Chest Physicians (ACCP). Diagnosis and management of cough executive summary: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest.* 2006 Jan; 129(1 Suppl):1S-23S.
- 13 Holzinger F. et al. The diagnosis and treatment of acute cough in adults. *DtschArztebl Int.* 2014 May 16; 111(20):356-63.
- 14 Morice A.H. et al.; British Thoracic Society Cough Guideline Group. Recommendations for the management of cough in adults. *Thorax.* 2006 Sep; 61 Suppl 1:i1-24.
- 15 Shields M.D. et al.; British Thoracic Society Cough Guideline Group. BTS guidelines: Recommendations for the assessment and management of cough in children. *Thorax.* 2008 Apr; 63 Suppl 3:iii1-iii15.
- 16 Oduwole O. et al. Honey for acute cough in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Mar 14; 3:CD007094.
- 17 Braman S.S. Chronic cough due to acute bronchitis: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest.* 2006 Jan; 129(1 Suppl):95S-103S.
- 18 Bolser D.C. Cough suppressant and pharmacologic protussive therapy: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest.* 2006 Jan; 129(1 Suppl):238S-249S.
- 19 Cough and cold preparations (R05). In: Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2016, 19th edition. 2016, WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology: Oslo, Norway; pp.245-48.
- 20 McCool F.D., Rosen M.J. Nonpharmacologic airway clearance therapies: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest.* 2006 Jan; 129(1 Suppl):250S-259S.
- 21 Aliprandi P. et al. Therapeutic Use of Levocloperastine as an Antitussive Agent: An Overview of Pre-clinical Data and Clinical Trials in Adults and Children. *Clin Drug Invest.* 2002;22(4):209-220.
- 22 Boulet L.P. et al.; CHEST Expert Cough Panel. Tools for assessing outcomes in studies of chronic cough: CHEST guideline and expert panel report. *Chest.* 2015 Mar;147(3):804-14.
- 23 Spinou A., Birring S.S. An update on measurement and monitoring of cough: what are the important study endpoints? *J Thorac Dis.* 2014 Oct; 6(Suppl 7): S728-34.
- 24 Lee K.K. et al. A longitudinal assessment of acute cough. *Am J Respir Crit Care Med.* 2013 May 1;187(9):991-7.
- 25 Mc Crory D.C. et al. Assessment and Management of Chronic Cough [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); Report No.: 13-EHC032-EF. 2013 Jan. 256 p.
- 26 Brightling C.E. et al. Airway inflammation, airway responsiveness and cough before and after inhaled budesonide in patients with eosinophilic bronchitis. *Eur Respir J.* 2000 Apr; 15(4):682-6.
- 27 Birring S. et al. Development of a symptom specific health status measure for patients with chronic cough: Leicester Cough Questionnaire (LCQ). *Thorax.* 2003 Apr; 58(4):339-43.
- 28 Molassiotis A. et al. Clinical expert guidelines for the management of cough in lung cancer: report of a UK task group on cough. *Cough.* 2010; 6: 9.
- 29 Hsu J.Y. et al. Coughing frequency in patients with persistent cough: assessment using a 24 hour ambulatory recorder. *Eur Respir J.* 1994 Jul;7(7):1246-53.
- 30 Schmit K.M. et al. Evaluating cough assessment tools: a systematic review. *Chest.* 2013 Dec; 144(6):1819-26.
- 31 Cohen H.A. et al. Effect of honey on nocturnal cough and sleep quality: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Pediatrics.* 2012 Sep;

Сведения об авторах:

Сооронбаев Талантбек Маратбекович, д.м.н., профессор, заведующий отделением пульмонологии и алергологии НЦКуТ имени Миррахимова М.М., e-mail: , тел.: +996772574567;

Мадемилев Маамед Жолдошбекович, м.н.с. отделения пульмонологии и алергологии НЦКуТ имени Миррахимова М.М., e-mail: , тел.: +996700705701;

Эмилов Берик Эмилович, м.н.с. отделения пульмонологии и алергологии НЦКуТ имени Миррахимова М.М., e-mail: , тел.: +996770554255;

Кокумбаева Айнура Курманековна, м.н.с. отделения пульмонологии и алергологии НЦКуТ имени Миррахимова М.М., e-mail: , тел.: +996771251180

УДК 811.81:616-006.04 (574)

Турсынов Н.И., Ибраимхан Н.К., Кабилдина Н.А., Кенжебеков К.С.
Карагандинский государственный медицинский университет,
г. Караганда, Республика Казахстан

РАДИАЦИОННО-НЕБЛАГОПОЛУЧНОМ РАЙОНУНДАГЫ БАШ-МЭЭНИН ШИШИК ООРУЛАРЫ

Корутунду. Семипалатинск ядролук полигонунда жүргүзүлгөн сыноолор Чыгыш Казахстан, Павлодарск, Караганда областарынын территориясынын көпчүлүк бөлүгүнүн булганыуусуна алып келген. Ионизациялоочу радиациянын таасиринин натыйжасын баалоодогу маанилүү жана объективдүү критериясы болуп онкологиялык оорулардын көрсөткүчтөрү саналат. Ошону менен бирге, төмөнкү интенсивдүүлүктөгү ионизацияланган нурлануунун нейроонкологиялык ооруларга тийгизкен таасири жетишерлик изилденген эмес. 1983-2007 жылдардагы Каркаринск районунун калкына жүргүзүлгөн изилдөө неврологиялык жана онкологиялык оорулардын көрсөткүчтөрү 1,11 эсе өскөндүгүн көрсөттү. Каркаринск районунун тургундарындагы БМШ (баш-мээ шишиги) тез-тез болушу аймакта узакка жашагандыгы жана ата-энеси, ата-бабаларындагы онкопатологиянын болушу менен шартталган. Бул аймакта 10-40 жыл чейин жашаганына жараша нейроонкопатологиянын деңгээлинин өсүшү 14%дан 28% чейин белгиленген.

Негизги сөздөр: экологиялык зона, баш-мээ шишиги, оорулардын динамикасы.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА В РАДИАЦИОННО-НЕБЛАГОПОЛУЧНОМ РАЙОНЕ

Резюме. Ядерные испытания на Семипалатинском ядерном полигоне привели к загрязнению большей части территорий Восточного Казахстана, Павлодарской, Карагандинской областей. Наиболее важными и объективными критериями оценки последствий действия ионизирующей радиации являются показатели онкологической заболеваемости. Вместе с тем, воздействие ионизирующего излучения малой интенсивности на нейроонкологическую заболеваемость изучено недостаточно. Проведенные в 1983-2007 годы исследования населения в Каркаринском районе показали рост показателей неврологической и онкологической заболеваемости в 1,11 раза. Частота ОГМ у жителей Каркаринского района обусловлена длительностью проживания в регионе и наличием онкопатологии у родителей и прародителей. Отмечается рост уровня нейроонкопатологии в зависимости проживания в этом регионе за 10-40 лет от 14% до 28%.

Ключевые слова: экологические зоны, опухоли головного мозга, динамика заболеваемости.

INCIDENCE OF BRAIN TUMORS IN THE RADIOLOGICAL RISK KARKARIN DISTRICT

Abstract. Because of activity of Semipalatinsk research nuclear range huge territories of East Kazakhstan, Pavlodar and Karaganda areas have undergone to radiating pollution considerable territories. There is the data testifying to interrelation of growth of malignant new growths as a result of action of small doses of ionizing radiation. At the same time influence on oncology the central nervous system it is studied extremely insufficiently. On the basis of the retrospective epidemiological analysis of disease of the population with 1983 for 2007 and cytogenetic researches was increase of level neurologic and oncological at the population of Karkaralinsk area of the Karaganda region is established. Growth of indicators neurooncological diseases in 1,11 times for the investigated period in region SNR is noticed that in 1,4 times exceeds indicators of control Nurinskarea. The risk of development oncopathological raises at duration of residing in the specified region in a current of 10-40 years from 14 % to 28 %.

Key words: ecological zones, tumors of brain, the incidence dynamics.

Введение. Наиболее важными и объективными критериями оценки последствий действия ионизирующей радиации являются показатели онкологической заболеваемости и смертности [1,2]. Вместе с тем, воздействие ионизирующего излучения малой интенсивности на нейроонкологическую заболеваемость изучено

недостаточно. В последние годы накоплено немало данных, свидетельствующих о взаимосвязи роста злокачественных новообразований в результате действия малых доз ионизирующего излучения [3,4]. Остается актуальным своевременное выявление опухолей головного мозга (ОГМ) у населения, проживающего вблизи СЯП, и разработка методов

эффективного поэтапного лечения данной категории больных [5,6]. Новообразования головного мозга составляют, по данным ряда авторов, от 2% до 4,0% всех опухолей человеческого организма и около 2,5% всех заболеваний нервной системы [7,8,9]. В структуре онкологической заболеваемости по Казахстану опухоли головного мозга за предыдущие годы составили от 2,1 до 3,8%. Заболеваемость по Казахстану составила за период с 2002 по 2007 гг. от 3,1 до 3,6 человек на 100 тыс. населения. Особо значительное увеличение опухолей головного мозга выявлено в регионе, прилегающем к СЯП: в Павлодарской области от 4,4 до 4,6, в Восточно-Казахстанской области от 5,0 до 5,7, в Карагандинской области от 2,9 до 4,0 человек на 100 тыс. населения [10]. Опухоли мозга занимают 12-е место в структуре онкологической смертности. Злокачественные опухоли являются одной из главных причин смертности в детстве и трудоспособном возрасте, поэтому ее гипотетическое устранение дало бы существенный прирост продолжительности жизни населения, особенно в этих возрастных интервалах. При этом, больные с ОГМ составляют около 3,2% от числа всех онкологических больных, из них лица трудоспособного возраста (20-59 лет) - 64,6% [11].

Наибольшее количество исследований в области эпидемиологии нейроонкологических заболеваний проводится за рубежом. По данным National Cancer Data Base, Chicago, USA, у 60 тыс. пациентов диагностированы первичные ОГМ за 1985-1988 и 1990-1992 гг. [12]. В США в год злокачественные ОГМ диагностируются у 40 тыс. пациентов, причем около половины случаев носят вторичный метастатический характер.

Серьезной проблемой является увеличение заболеваемости ОГМ среди лиц пожилого возраста. Между 1983 г. и 1990 г. наблюдалось увеличение тенденции на 5% в год в выявлении злокачественных астроцитом в популяции старше 65 лет [13]. Зарегистрировано также увеличение заболеваемости злокачественными опухолями головного мозга между 1973 г. и 1985 г. на 200% для лиц 75-79 лет, на 400% - для 80 -84-летней группы, на 500% - для лиц старше 85 лет [14].

По общепринятой в настоящее время концепции, среди факторов риска возникновения и развития новообразований, доля неблагоприятных факторов образа жизни составляет 45%, загрязнение окружающей среды - 19%, генетический риск - 26%. В то же время, по данным некоторых зарубежных авторов, не менее 80-90% случаев злокачественных новообразований являются следствием воздействия внешних факторов. При этом, индустриальная активность является фактором риска или маркером онкологических заболеваний головного мозга) [15].

При анализе семейного онкологического анамнеза отчетливо показана взаимосвязь наследственного риска для детей с ОГМ. Рак толстой кишки у родителей взаимосвязывается с эпендимомы у детей, а рак слюнных желез родителей - с детскими медуллобластомами. Исследования показывают, что семейный рак в отношении пациентов с глиомами является, вероятно, результатом мультигенетического воздействия. Поэтому, при диагностике опухолей

большого мозга большое значение должно уделяться анализу провоцирующих факторов, среди которых важное значение имеет черепно-мозговая травма, а также такие факторы как беременность и роды, облучение, психотравма. Они могут выступать в роли пускового механизма первых проявлений заболевания или как фактор роста опухоли [17].

Цель исследования: оценить показатели нейроонкологической патологии у населения, проживающего вблизи СЯП.

Задачи исследования:

1 Провести ретроспективный анализ распространенности общей, неврологической и онкологической заболеваемости с учетом радиоэкологической обстановки Каркаралинского района, прилегающего к СЯП и Нуринаского района Карагандинской области.

2 Изучить распространенность, уровень, структуру и динамику нейроонкологической патологии у населения обследуемого региона.

Материалы и методы исследования. В основу данной работы положены эпидемиологические исследования показателей здоровья населения с 1983 по 2007 гг. в Карагандинской области Каркаралинский районы, находится вблизи Семипалатинского ядерного полигона (70-190 км) и Нуринаский район, как контрольный, значительно удален от него (450-500 км). Все сравниваемые районы имеют животноводческую и отчасти зерновую направленность, что определяет профессиональный состав населения и уклад жизни. Кроме того, немаловажным моментом является однородность населения по национальному составу с преобладанием лиц коренной национальности (87%). Незначительные в регионе и процессы миграции. Социально-бытовые условия жизни населения крайне неблагоприятны. Сельские населенные пункты неблагоустроены, слабо развиты внутрипоселковые и межпоселковые транспортные связи, отсутствуют централизованные системы водоснабжения и канализации.

Базой исследования являлись медицинские учреждения Каркаралинского и Нуринаского районов Карагандинской области, а также Областная клиническая больница (ОКБ), Областная детская клиническая больница (ОДКБ), Областная больница восстановительного лечения (ОБВЛ), Областной онкологический диспансер (ООД) г.Караганды. Использованы архивные материалы лечебно-профилактических учреждений: ОКБ, ООД, областного центра неврологии и нейрохирургии (ОЦНН), Областного управления здравоохранения, Областного статистического управления города Караганды. Произведено изучение обращаемости, полученное на основе первичной учетной документации, данные историй болезней пациентов с нейроонкологической патологией.

Результаты исследования обрабатывались традиционными методами статистики с применением параметрических и непараметрических критериев с помощью пакета статистических программ Excel Microsoft Office.

Результаты и их обсуждение. Результаты анализа экологической ситуации в Карагандинской области по данным областного комитета по экологии и биоресурсам, с учётом отдельных загрязняющих

факторов окружающей среды, позволили выделить районы экологического неблагополучия, объединенные в следующие зоны:

- 1 катастрофического состояния, в которую вошли Айнабулакский и Актауско-Темиртауский участки;
- 2 критического состояния: Южно-Топарский, Карагайлинский, Кентюбинский и Саранский участки;
- 3 напряжённого экологического состояния: Осакаровский, Шубаркульский, Топарско-Куганский и Барлынский участки;
- 4 удовлетворительного состояния: Бесобинский и Нуринский участки;
- 5 хорошего состояния экологии: Баршино и Татен (рис. 1).

Как видно все районы с экологическим

неблагополучием можно разделить на две подгруппы: промышленная и сельская зоны. Последняя представлена Айнабулакским, Карагайлинским, Каркаралинским и Кентюбинским участком, входящими в административный Каркаралинский район. Согласно Закона Республики Казахстан от 18 декабря 1992 года «О социальной защите граждан, пострадавших вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском испытательном ядерном полигоне» классифицированы территории, подвергшиеся воздействию ядерных испытаний. К ним отнесены территории районов Восточно-Казахстанской области, город Усть-Каменогорск, районы Павлодарской области, Каркаралинский район Карагандинской области.

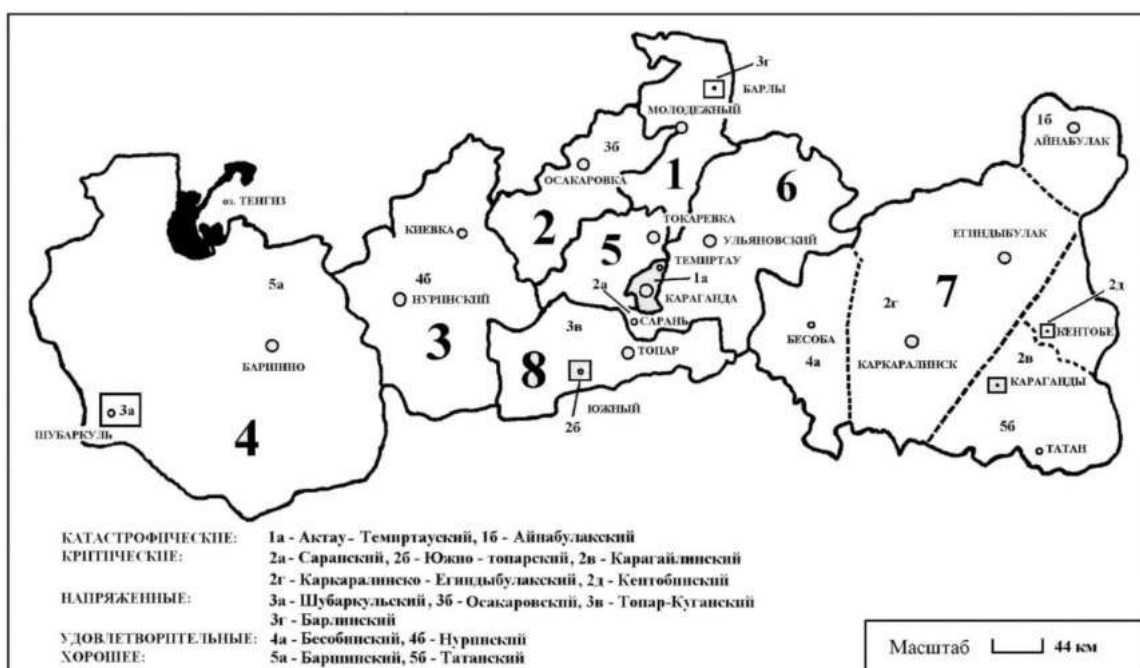


Рис. 1. Схема Карагандинской области по остроте экологической ситуации (по данным областного комитета по экологии и биоресурсам)

Анализ заболеваемости населения, проживающего в местах, расположенных в зоне влияния последствий ядерных взрывов, необходим для ретроспективного восстановления возможной картины облучения. Средний уровень общей заболеваемости по первично выявленным больным за период 1983-2007 гг. на 100 тыс. населения среди взрослых и детей, проживающих в Каркаралинском районе, прилегающем к СЯП составил $64247 \pm 101,2$ и $67265,2 \pm 116,6$ соответственно, что превышает таковой показатель в Нуринском районе в 1,7 и 1,5 раз ($p < 0,01$). Проведенный анализ заболеваний нервной системы взрослого и детского населения выявил аналогичную картину превышения его уровня в Каркаралинском районе Карагандинской области в 1,3 и

1,5 раз по сравнению с показателями в контрольном районе. Общая смертность населения региона, прилегающего к СЯП, составила $4621 \pm 42,7$, что в 1,3 раз превысило таковой показатель в Нуринском районе. Важно отметить тот факт, что заболеваемость злокачественными новообразованиями в основном районе в 1,9 раза выше среди пришлого населения, чем среди коренного. Это объясняется тем, что облучение местного населения на территории, прилегающей к полигону, было достаточно значимым, чтобы оказать влияние на элиминацию заболевших и выживание наиболее резистентных субъектов за время, прошедшее с момента испытаний. Напротив, пришлое население, встречаясь с воздействием радиационных факторов, повышающих риск развития

онкологических заболеваний, не обладает устойчивостью к ним. Как видно из таблицы 1, средний показатель онкологической заболеваемости за период 1983 по 2007 гг. среди взрослого населения региона, прилежащего к СЯП в 1,4 раза выше, чем в контрольном районе ($p < 0,05$). Среди детей изучаемого

региона средний показатель онкологической заболеваемости составил $9,3 \pm 2,27$ и был в 2,6 раз выше, чем в Нуринском районе ($t=2,49$; $p < 0,01$). Динамика Каркаралинского района (Табл.1), свидетельствует о том, что за отчетный период отмечается рост нейроонкопатологии в 2 и более раз ($p < 0,01$).

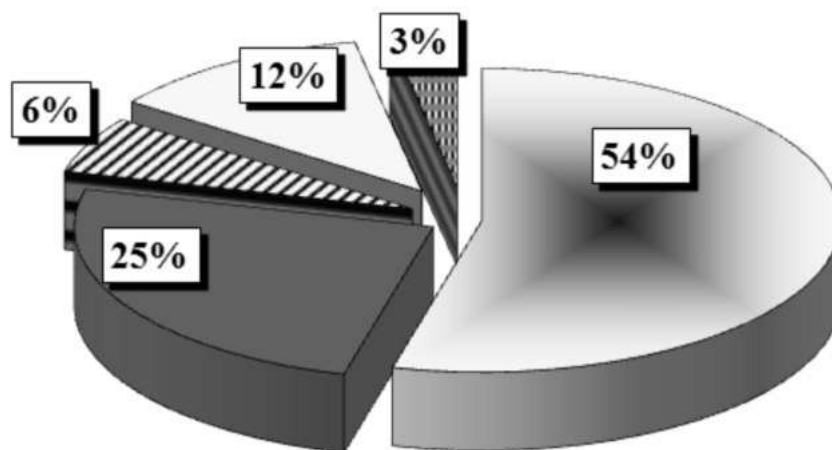
Таблица 1. Онкологическая заболеваемость Каркаралинского и Нуринского районов на 100 тыс. населения за 1983-2007 гг.

Годы	Взрослые		Дети	
	Каркаралинский район	Нуринский район	Каркаралинский район	Нуринский район
1983	132,21±9,19	120,08±11,31	2,62±1,61	2,19±1,84
1984	139,1±9,46	124,43±11,64	2,69±1,64	2,21±1,87
1985	146,23±9,65	128,12±11,73	2,87±1,68	2,24±1,86
1986	157,5±10,1	133,13±12,65	2,93±1,7	2,32±1,91
1987	157,87±10,0	142,29±12,52	3,21±1,78	2,27±1,91
1988	150,1±7,38	130,91±12,35	3,42±1,76	2,23±1,81
1989	164,32±9,55*	144,53±11,97	3,45±1,63	2,23±1,79
1990	167,91±8,42	137,11±11,96	4,18±1,76	2,96±2,06
1991	164,96±7,79	144,33±11,95	6,36±2,13	3,74±2,29
1992	165,51±8,07*	149,42±11,49	6,38±1,98	3,95±2,33
1993	154,2±7,27*	138,22±11,96	5,41±1,76	2,97±2,01
1994	170,5±7,41*	150,32±12,13	7,08±1,89	3,84±2,28
1995	176,9±8,2*	155,31±12,14	7,54±1,91	3,89±2,29
1996	178,5±8,25*	159,41±12,25	7,76±1,97	3,90±2,34
1997	183,8±8,2*	164,90±12,31	8,23±1,95	4,02±2,27
1998	188,3±7,96*	166,73±12,45	8,64±1,99	4,21±2,34
1999	193,1±9,51*	172,22±12,45	9,27±1,86	4,53±2,36
2000	257,3±9,78*	163,81±12,50	12,73±2,23	5,67±2,45
2001	228,9±9,24*	141,82±12,67	11,65±2,47	4,52±2,48
2002	336,1±11,20*	119,64±12,72	15,78±2,65	3,68±2,64
2003	202,0±9,43*	157,32±12,85	10,12±2,08	3,85±2,74
2004	207,1±9,16*	198,98±12,93	10,35±2,16	4,86±2,74
2005	222,8±9,55*	134,12±12,64	10,12±2,22	2,54±2,79
2006	360,7±13,71*	119,45±12,56	17,85±3,07	2,11±2,80
2007	227,8±11,83	176,43±12,68	11,42±2,47	5,87±2,82
Средне-годовая	202,4±9,12*	147,52±6,28	9,3±2,08	3,5±2,27

*Примечание: * p < 0,01 - достоверность показателей*

Учитывая неуклонный рост нейроонкологической заболеваемости и смертности, оценена роль наследственности в возникновении ОГМ. Так, при наличии у обеих родителей онкологической патологии, развившейся в молодом и зрелом возрасте, отмечалась сильная коррелятивная связь ($r = 0,72$), оказывающая выраженное влияние на развитие ОГМ у пробанда. Умеренное влияние генеологических факторов на развитие ОГМ выявлялось при наличии онкологической патологии у прародителей пробанда ($r = 0,61$). Выявлена прямая зависимость

появления опухолей ЦНС от длительности проживания в регионе, прилежащем к СЯП. Так, риск развития онкопатологии повышается при длительности проживания в указанном регионе в течение 10-40 лет от 14% до 28. При этом, основными факторами, определяющими нейроонкологическую заболеваемость, являются: рождение пациента в период с 1943-1962 годы, отягощенный семейный анамнез по онкологической и врожденной патологии, проживание в местности с повышенным выпадением осадков, производственные вредности.



- Год рождения в период 1949-1962 гг.
- Отягощение семейного анамнеза онкозаболеванием
- Отягощение семейного анамнеза врожденной патологией
- Проживание в местности с повышенным выпадением осадков
- Производственные или медицинские вредности

Рис. 2. Сравнительная частота факторов, определяющих нейроонкологическую заболеваемость

Таким образом, проведенный анализ общей и онкологической заболеваемости и смертности позволяют заключить, что, при почти равных условиях обеспеченности медицинской службы и жизни, имеет место превышение изучаемых параметров среди населения Каркаралинского района, прилегающего к СЯП, по сравнению с контрольным Нуринским районом. Это объясняется влиянием повышенного радиационного фона и наличием обусловленных им нарушений в генетическом аппарате человека.

Выводы:

1 Стандартизованные показатели заболеваемости нейроонкологической патологии и смертности от нее среди населения региона, прилегающего к СЯП, в 1,4 и 1,3 раза выше, чем в Нуринском районе, при этом в структуре ОГМ значительно преобладают злокачественные новообразования ($p < 0,05$).

2 Распространенность, частота, структура и динамика ОГМ у населения, живущего в Каркаралинском районе с высоким радиационным фоном, вблизи СЯП, на 10% по сравнению с такими параметрами в Нуринском регионе.

3 Доказана генетическая детерминированность нейроонкопатологии от длительности воздействия радиационных факторов внешней среды у лиц Каркаралинского района. Частота ОГМ у жителей Каркаралинского района обусловлена длительностью проживания в регионе и наличием

онкопатологии у родителей и прародителей пробанда.

С целью ранней диагностики онкологической патологии, необходимо активизировать лечебно-профилактическую направленность в работе медицинских учреждений региона, прилегающего к СЯП, на основе первичных клинических проявлений и генеалогических критериев, формируя группы риска по нейроонкопатологии.

Литература:

- 1 Цыб А.Ф., Степаненко В.Ю., Питкевич В.А. Вокруг Семипалатинского полигона: радиологическая обстановка, дозы облучения населения Семипалатинской области (по материалам межведомственной комиссии) // Медицинская радиология. - 1997. - №12. - Т.35. - С. 3-11.
- 2 Upton A.C. Radiological effects of low doses. Implication for radiological protection // Radiat. Res. - 1997. - Vol.71. - P. 51-74.
- 3 Смулевич В.Г., Ременник Л.И. Демографические аспекты эпидемиологии злокачественных новообразований. - М., 2000. - 92 с.
- 4 Заридзе Д.Г. Канцерогены в окружающей среде и профилактика рака // Тезисы II съезда онкологов стран СНГ. - Киев, 2000. - С.15-17.

- 5 Камалова Г.М. Возможности диагностики опухолей головного мозга на догоспитальном этапе // Межобластная конференция нейрохирургов.- СПб. - 1995. - С.94-95.
- 6 Балязин В.А., Сафонова И.А., Ялтырев М.С. и др. Частота распространения первичных опухолей головного мозга среди населения г.Ростова-на-Дону // Проблемы онкологии. Под ред. В.П.Берснева, Н.П.Рябуха. - СПб,2000. - С.70-73.
- 7 Чиссов В.И., Старинский В.В. Злокачественные новообразования в России в 2000 году (заболеваемость и смертность). - М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2002. - 264 с.
- 8 Голдобенко Г.В., Дурнов Л.А., Какаев С.В. Клинические проблемы радиационной детской онкологической службы Республики Казахстан. Отчеты КазНИИОР за 2002-2007
- 9 Смагулов С.Г., Дмитриев Е.С. Ядерно-взрывной эксперимент «Чаган – исторический памятник ядерной эпохи» // Материалы научно-практической конференции «Семипалатинский испытательный полигон. Радиационное наследие и проблемы нераспространения». - Курчатов, 2005. - С.21-28.
- 10 Pierce D.A, Preston D.L. Radiation-related cancer risk at low doses among atomic bomb survivors // Radiat. Res. - 2000. - Vol.54, № 2. - P.178-186.
- 11 Brady L., Kramer S., Levitt S. Radiation oncology contributions of the United States in last years of the 20-th century // Radiology. - 2001. - Vol.219. - P.1-5.
- 12 Петрович С.В., Конопля Н.Е., Сачивко Н.В. Опухоли ЦНС у детей в Республике Беларусь: заболеваемость и выживаемость на популяционном уровне // Вопросы онкологии. - 2002. - №3. - Т. 48. - С. 306-310.
- 13 Leland Albright A. Study of neurosurgical sub specialization with outcomes in children with malignant brain tumors // J. Neurosurgery. - 2000. - №47 (4). - P. 879.
- 14 Brady L., Kramer S., Levitt S. Radiation oncology contributions of the United States in last years of the 20-th century // Radiology. - 2001. - Vol.219. - P.1-5.
- 15 Захматова Т.В. Смертность населения Санкт-Петербурга от заболеваний, требующих нейрохирургической помощи: автореф. ... канд. мед.наук. - СПб., 2000. - 24 с.
- 16 Абильдинова Г.Ж. Частота хромосомных aberrаций в соматических клетках у населения, проживающего в зоне влияния Семипалатинского испытательного полигона // Астана медициналык журналы. - 2005. - С. 10-12.

Сведения об авторах:

Турсьнов Нуртас Исатаевич, заведующий курсом нейрохирургии кафедры ОВП №3 Карагандинского Государственного Медицинского Университета, ул. Муканова 5, тел: 87751917110, e-mail: nurtas.isataevich@mail.ru

Нурлан Кенесханулы Ибраимхан, доцент курса нейрохирургии кафедры ОВП №3 Карагандинского Государственного Медицинского Университета, ул. Муканова 5, тел: 87777291184, e-mail: nurlanibr@mail.ru

Кабилдина Найля Амирбековна, доцент курса онкологии кафедры хирургии №2 Карагандинского Государственного Медицинского Университета, ул. Муканова 5, тел. 87015338259

Кенжебеков Канат Сагинганович, ассистент кафедры неврологии, Карагандинский государственный медицинский университет, ул. Муканова 5, тел: 87014771413, e-mail: Kantus85@bk.ru

УДК 614.8 +616:89

Фирсов С.А., Белов Г.В.

Негосударственное учреждение здравоохранения “Дорожная клиническая больница на ст. Ярославль”
ОАО РЖД, Центр травматологии и ортопедии г. Ярославль, Россия,
Ошский государственный университет, г. Ош, Кыргызская Республика

ПСИХОЗДУК БУЗУЛУУЛАРДЫН ТОКСИКО-ХИМИЯЛЫК ПРЕДИКТОРУ ЖАНА ООР СКЕЛЕТТИК ТРАВМА МЕНЕН БОЛГОН ПАЦИЕНТТЕРДЕГИ АЛКОГОЛДУК ДЕЛИРИЯ КОРКУНУЧУ

Корутунду. Изилдөөдө көптөгөн, ар кандай локализациядагы скелеттик травмасы менен болгон $41,5 \pm 9,8$ (13 аял, 57 эркек) жаштагы алкогольдон көз каранды болгон 70 пациенттердин маалыматтары келтирилген. Алкоголдон болгон көз карандылыктын экинчи стадиясы бардык оорулуларда аныкталган. Алкоголду колдонуунун орточо узактыгы ооруканада дарылоого чейин $20,3 \pm 4,1$ күн болгон. Оорулулардын 56% акыркы жолу алкогольду кабыл алуусу 12 сааттан ашык убакта өткөн. Орточо суткалык колдонуу дозасы 10дон 20 чейин болгон. Алкоголду токтотуу синдрому менен болгон биологиялык суюктукту изилдөө жогоркутактыктагы суюктук хроматографиянын жардамы менен жүргүзүлгөн: этанолду, ацетальдегидди, метанолду, ацетонду аныктоо. Акыркы жолу алкогольду кабыл алуусуна 12 сааттан ашык убак болгон пациенттерде алкогольдук психоздун тобокелдигинин өсүүсү травманы дарылоонун биринчи күнүндө жогорку тездиктеги пульсу ($OR = 116,5$) жана биологиялык суюктуктагы ацетальдегид, ацетон жана метанолдун белгилүү комбинациясынын корреляциясы менен болгон. Алкоголдун эффектик даражасы жана анын кардиотоксикалык бузулуулардын өсүү тобокелдигине болгон метаболизми аныкталган.

Негизги сөздөр: психикалык бузулуулардын тобокелдиги, скелеттик травма, алкогольдук абстиненттик синдром, биологиялык суюктуктагы ацетальдегид, ацетон, метанол.

ТОКСИКО-ХИМИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ПСИХОТИЧЕСКИХ ОТКЛОНЕНИЙ И УГРОЗЫ АЛКОГОЛЬНОГО ДЕЛИРИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ СКЕЛЕТНЫМИ ТРАВМАМИ

Резюме. В исследовании представлены данные 70 зависимых от алкоголя пациентов в возрасте $41,5 \pm 9,8$ (13 женщин, 57 мужчин) с множественными скелетными травмами разной локализации. Вторая стадия алкогольной зависимости была подтверждена у всех больных. Средняя продолжительность потребления алкоголя до госпитализации был $20,3 \pm 4,1$ день. В 56% больных было менее 12 часов с момента последнего приема алкоголя. Среднесуточное потребление было от 10 до 20 доз. Психотическое состояние, связанное с синдромом отмены алкоголя (AWS), было отмечено у 30 пациентов. Изучение биологической жидкости было проведено с помощью высокоточной жидкостной хроматографии: количественное определение этанола, ацетальдегида, метанола, ацетона. У пациентов, где последний прием алкоголя более 12 час., риск развития алкогольного психоза в течение первого дня лечения травмы коррелирует с высокой частотой пульса ($OR = 116,5$) и определенными комбинациями ацетальдегида, ацетона и метанола в биологической жидкости. Определена степень эффекта алкоголя и его метаболитов на риск развития кардиотоксичных нарушений.

Ключевые слова: риск психотических нарушений, скелетная травма, алкогольный абстинентный синдром, ацетальдегид, ацетон, метанол в биологических жидкостях.

TOXIC-CHEMICAL PREDICTORS OF PSYCHOTIC DEVIATIONS IN ALCOHOL ABSTINENCE IN PATIENTS WITH SEVERE SKELETAL TRAUMA

Abstract. In this study 70 alcohol-dependent patients at the age of $41,5 \pm 9,8$ (13 females, 57 males) were investigated. The second stage of alcoholic dependence was verified in all patients. The average duration of alcohol consumption before the hospitalization was $20,3 \pm 4,1$ day. In 56% of patients there were less than 12 hours since the last drink of alcohol. Average daily consumption was from 10 to 20 drinks. The states estimated as psychotic disturbances connected with alcohol withdrawal syndrome (AWS), were noted in 30 patients. A study of biological

liquid was conducted with high-precision liquid chromatography with the quantitative determination of ethanol, acetaldehyde, methanol, acetone. In the patients where the last drink of alcohol was more than 12 hour before the risk of the development of alcoholic psychosis during the first day of treatment correlated with high frequency of pulse ($OR=116,5$) and definite combinations of acetaldehyde, acetone and methanol in biological liquid. The degree of alcohol effect and its metabolites on the risk of the development of cardiotoxic disturbances was determined.

Key words: risk of mental disorders, skeletal trauma, alcohol withdrawal syndrome, acetaldehyde, acetone and methanol in biological liquid.

Для травматологии является актуальным вопрос документальных объективных свидетельств алкогольного опьянения, отравления алкоголем или алкогольного абстинентного синдрома (ААС), а также психотического состояния, которое развивается через 12-72 часов после того, как пациент перестал пить и уровень алкоголя в крови резко снижается или отсутствует. Алкогольный психоз, или алкогольный делирий, развившийся у пациента, может свести на нет хирургическое искусство травматолога и привести к летальному исходу или инвалидизации вследствие неадекватного поведения больного и биохимических нарушений, сопутствующих делирию.

В среднем в течение одного часа 7-8 г чистого (100%) спирта метаболизируется. Главную роль в биохимических компонентах алкогольного опьянения отводится ацетальдегиду - продукту окисления этанола. Метаболизм этанола может быть представлен в виде следующей схемы:

**этанол > ацетальдегид > уксусная кислота >
acetylcoenzyme A > цикл Кребса >
CO₂ + H₂O + энергия + синтез жирных кислот и
холестерина**

Степень опьянения обычно измеряется по уровню концентрации этанола в крови. Существует такая точка зрения, что только содержание ацетальдегида в крови и скорость его использования определяет клиническую картину алкогольного опьянения [1]. Организм пытается как можно быстрее избавиться от свободного ацетальдегида с помощью реакции окисления с образованием уксусной кислоты. Наличие ацетальдегида в крови является повреждающим фактором, который предусматривает образование свободных радикалов, вызывает напряжение работы печени и изменение активности многих ферментов. Литературные данные носят противоречивый характер, и не показывают полностью роль метаболитов алкоголя в механизме формирования влечения к алкоголю, развития ААС и психотических отклонений [2].

Нами было исследовано влияние этанола, ацетальдегида, метанола и ацетона на процесс алкогольного опьянения и их роль в развитии острых психотических отклонений у пациентов в

остром периоде травмы.

Были обследованы 70 пациентов в возрасте от ($M \pm SD$) 41,5 \pm 9,8 года, 57 человек (82,2%; 41,9 \pm 5,8), 13 женщин (17,8%; 50,0 \pm 11,2), поступившие в травматологические отделения г. Новосибирска с тяжелыми и средней тяжести травмами опорно-двигательного аппарата, в 35% случаев была сопутствующая травма головы. Все пациенты выявляли признаки алкогольной зависимости второй стадии заболевания (F10.2), они имели 3 и более симптомов из 7, описанной в DSM-IV, чтобы охарактеризовать зависимость от алкоголя. Средняя ($M \pm SE$) продолжительность непрерывной потребления алкоголя до получения травмы и госпитализации был 20,3 \pm 4,1 дней (у мужчин 22,6 \pm 4,6, у женщин 8,6 \pm 1,7). Употребление алкоголя непосредственно до травмирования и госпитализации (менее 12 часов) было выявлено у 56% пациентов.

Средний расход спирта в течение 24 часов была на 10-20 обычных доз (одна доза, по определению ВОЗ, = 50 мл 40% спирта = 200 мл вина = 500 мл пива). Признаки психотических отклонений из-за ААС были обнаружены у 24 мужчин (42,4 \pm 11,1 лет) и у 6 женщин (43,5 \pm 14,7 лет), которые, вероятно, и явились косвенной причиной травматизации, 6 из этих пациентов имели такие отклонения в первый день лечения.

Количественное и качественное содержание этанола и его метаболитов определялось в крови пациентов (8 мл), которая была взята из вены. Трубка с кровью и герметично закрытой резиновой пробкой с металлическим фиксатором была помещена в морозильную камеру и после замораживания отправлена для анализа в токсико-химическую лабораторию. Анализ биологической жидкости был сделан методом высокоточной жидкостной хроматографии с количественным определением этанола, ацетальдегида, метанола и ацетона. В период лечения кровь была взята утром и вечером каждый день. Статистический анализ был сделан с SPSS 12.0.

В момент госпитализации уровень этанола ($M \pm SE$) в крови была 1,94 \pm 1,83 г / л (минимум 0,04 - максимальный 6,2), у мужчин 2,04 \pm 0,04 г / л (0,004-6,2), у женщин 1,33 \pm 0,07 г / л (0,007-4,3) (Табл. 1).

Таблица 1. Концентрация продуктов метаболизма алкоголя в крови у пациентов с ААС (M ± SE) в момент госпитализации (D0)

Показатели	Показатели развития психотического состояния		Среднее значение
	Нет	Да	
Потребление алкоголя до госпитализации (дней)	16,6±0,7	56,7±3,1	1,0±1,3
Ethanol, g/l	2,057±0,045	1,642±0,069	1,909±0,038
Acetaldehyde, g/l	0,038±0,001	0,038±0,001	0,038±0,001
Methanol, g/l	0,031 ±0,001	0,043±0,003	0,035±0,001
Acetone, g/l	0,023±0,001	0,045±0,002	0,030±0,001

Риск проявления психотических и соматических вегетативных нарушений определялся построением сопряженных таблиц. Оценивались нормы распределения исходных данных методом двумерных гистограмм.

Результаты и их обсуждение. Логика анализа был основан на необходимости дифференциации металкогольного психоза и психотических отклонений, вызванных токсическим действием алкоголя или его метаболитов. У пациентов, которые употребляли алкоголь более чем за 20 часов до риска развития металкогольного психоза в течение первого дня лечения зависит от:

- Высокая частота пульса (> 95 уд / мин), с OR = 116,5 (DI 55,5; -243,7; P = 0,0001);
- Более 3 недель период ежедневного потребления до 20 доз алкоголя, с или = 26,8 (DI 15,7445,7; P = 0,0001);
- Наличие травмы головы, с OR = 17,8 (DI 10,4 + 30,3; P = 0,0001);
- Избыточный вес (индекс массы тела > 26,6 КГ / М2), с или = 2,4 (DI 0,7 + 8,1; P = 0,1);

- Уровень ацетона в крови более 0,05 г / л, с OR = 2,0 (DI 0,7 + 6,0; P = 0,2).

Избыточная масса тела является независимым фактором риска развития алкогольного поражения печени. Дополнительное накопление жира в гепатоцитах у жирных людей увеличивает окислительный стресс [3].

Факторы, влияющие на развитие психотических отклонений (потребление алкоголя менее 12 часов, прежде чем на сутки госпитализации (D0) связаны с высоким уровнем алкоголя и содержанием метанола в крови (потенциальной токсичности), и это подтверждается информацией о корреляции сильного потребления напитков и увеличения процента алкогольного психоза у больных [4].

Также нами была определена степень влияния алкоголя, и его метаболитов на риск сердечно-токсических нарушений, которые также могут являться и зачастую являются причиной смерти травмированных пациентов (Табл. 2).

Определяемое в крови вещество	Оценка риска (OR)	95 % DI		P (on x2)
		нижний	верхний	
Ethanol	11,14	8,07	15,38	0,0001
Methanol	8,95	3,64	21,99	0,0001
Acetone	2,90	2,17	3,86	0,0001
Acetaldehyde	2,52	1,85	3,42	0,0001

Таблица 2. Сравнительная оценка влияния алкоголя, и его метаболитов на риск развития сердечно-токсических нарушений (D1)

Проведен анализ факторов, связанных с уровнем ацетальдегида в крови больных. Следующие факторы существенны: уровень этанола в крови $> 1,87$ г / л, с OR = 20,8 (DI 14,5 + 29,9; P = 0,0001); уровень метанола в крови $> 0,07$ г / л, с OR = 145,2 (DI 39,6 + 532,6,1; P = 0,0001). Менее связаны с уровнем ацетальдегида возраст пациента,

например у больных пожилого возраста $47,1 \pm 4,2$ лет или = 5,1 (ДИ 3,9 + 6,9; P = 0,0001); лихорадка, состояния с высокой температурой тела, с OR = 3,5 (DI 2,1 + 6,1; P = 0,0001); неустойчивая гемодинамика с высокой частотой пульса, с OR = 2,5 (DI 1,9 + 3,4; P = 0,0001).

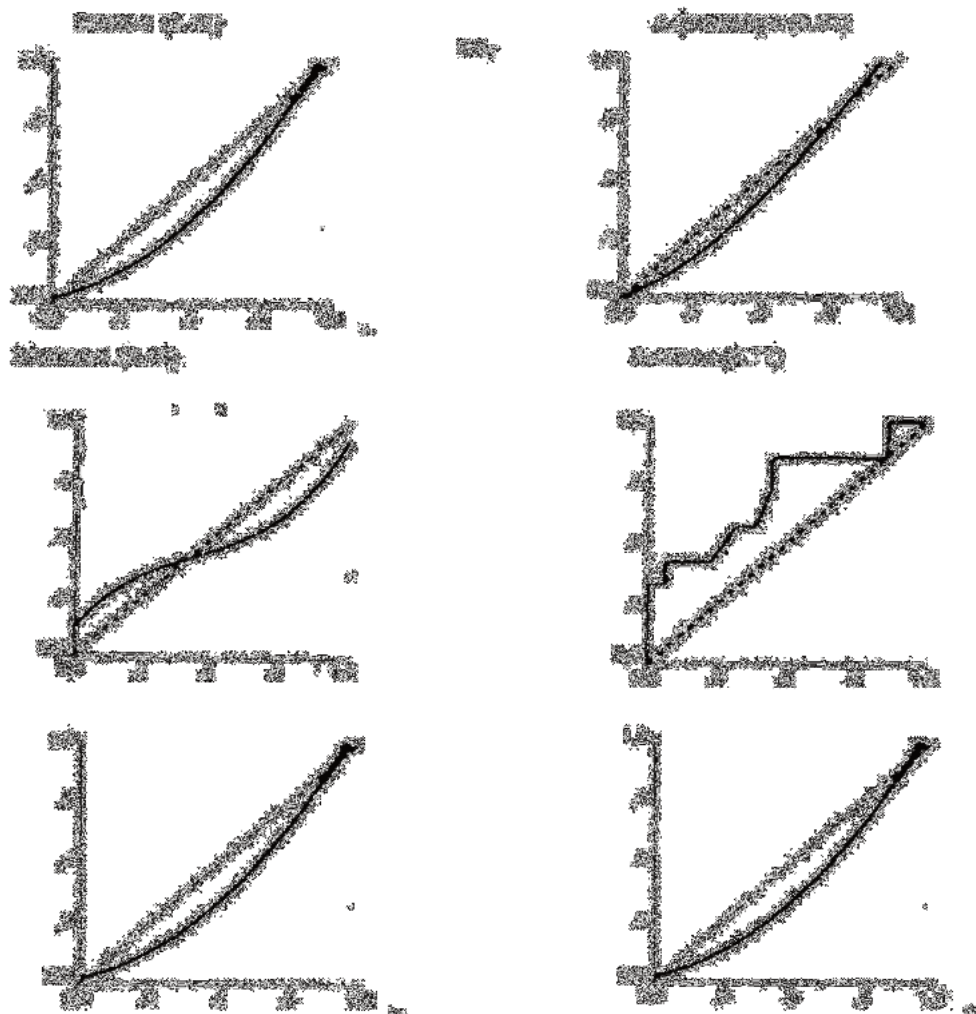


Рис. 1. Оценка токсического эффекта этанола, ацетальдегида, метанола и ацетона в развитии металкогольного психоза в ААС по характеристической кривой

Гепатит А или В / С были обнаружены в 8,8% случаев. Для всех пациентов, если позволял соматический статус, был назначен традиционный психофармакологический метод лечения алкогольной интоксикации и ААС в соответствии с Директивой № 140 Министерства здравоохранения Российской Федерации 28.04.1998. Она включает в себя:

1 Дезинтоксикацию: физиологический раствор - внутривенное капельное введение 5% раствор глюкозы; Магния сульфата 25% - 5-10 мл; Натрия тиосульфат - внутривенное введение; Кальция

хлорид - внутривенное.

2 Витамины и адаптогены: тиамин, пиридоксин, цианкобаламин, аскорбиновая кислота, Мексидол.

3 Диуретики: фуросемид - внутримышечно.

4 Симптоматическое лечение: (анаприлин, поляризационный смесь, клонидин, папаверин, баралгин, трамал).

5 Транквилизаторы и снотворные: Natrii thyopental, Diasepam, Phenasepam.

6 Neuroleptics: Sonapax, Galoperidol, Truxal.

7 Противосудорожные: карбамазепин.

8 Блокировка тяги к алкоголю - трихопол,

тимьян.

Таким образом, для оценки степени алкогольного опьянения и риска развития алкогольного делирия у больных в остром периоде травмы большое значение имеют следующие факторы: продолжительность приема алкоголя до травмы, избыточный вес, реакция сердечно-сосудистой системы на интоксикацию, соматическое состояние пациента. Токсическое действие ацетальдегида преувеличено. Мы можем говорить о сочетании влияния нескольких факторов, и степень ААС определяется степенью нарушений метаболизма углеводов и содержания ацетона в крови. Патологическое влечение к алкоголю определяется повышенной концентрацией ацетальдегида в крови и снижением уровня этанола при повышении метанола, что в сочетании с одновременным уменьшением скорости элиминации метаболитов этанола может быть потенциальным фактором риска развития психотических нарушений.

Литература:

- 1 Медведев А.С., Чухрова М.Г. Патфизиология алкоголизма и патогенетические подходы к его лечению. – Минск: Ковчег. – 2011. 172 с.
- 2 Лебедев Д.С. О роли блокаторов метаболизма этанола в терапии алкогольной зависимости // УКРАЇНСЬКИЙ ВІСНИК ПСИХОНЕВРОЛОГІЇ — Том 15, Вып. 2 (51) — 2007. с. 121-124.
- 3 Jones A.W. Elimination half-life of acetone in humans // J.Anal. Toxicol- 2000.-Jan-Feb- V. 24, № 1.- P. 8-10.
- 4 Фирсов С.А. Метаболические нарушения и осложнения, связанные с алкогольным потреблением, при сочетанных черепно-мозговых и скелетных травмах / С.А. Фирсов // Мир науки, культуры, образования». – 2014 – №4 (47). – С. 348 – 351.

авуаауауауав

Сведения об авторах:

Фирсов Сергей Анатольевич, к.м.н., травматолог-ортопед, Негосударственное учреждение здравоохранения “Дорожная клиническая больница на ст. Ярославль” ОАО РЖД, Центр травматологии и ортопедии, г. Ярославль, e-mail: serg375@yandex.ru

Белов Георгий Васильевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой морфологических дисциплин Ошского государственного университета, E-mail: bagdan1954@mail.ru

Шукурова В.К., Мамырбаева Т.Т.

Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации, Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н.Ельцина, г. Бишкек, Кыргызская Республика,

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН МИКРОНУТРИЕНТТЕРДИН ЖЕТИШСИЗДИГИНИН АЛДЫН АЛУУ СТРАТЕГИЯСЫ

Корутунду. Булл макалада дүйнө жүзүндөгү жана Кыргыз Республикасында беш жашка чейинки балдардын жана аялдардын арасында микронутриенттердин жетишсиздигинин канчалык деңгээлде таркагандыгы, анын ден соолукка тийгизген кесепеттери жана алдын алуу жолдору келтирилген.

Негизги сөздөр: микронутриенттердин жетишсиздиги, балдардын боюнун өспөй калышы, арыктыктын оор түрү, аз кандуулук, фолий кычкылынын жетишсиздиги, йоддун жетишсиздиги.

СТРАТЕГИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ МИКРОНУТРИЕНТНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Резюме. В статье представлена информация о распространенности микронутриентной недостаточности среди детей первых 5-ти лет жизни и женщин в мире и Кыргызской Республике, последствиях недостаточного питания и мероприятиях, направленных на его искоренение.

Ключевые слова: дефицит микронутриентов, низкорослость у детей, истощение, анемия, дефицит фолиевой кислоты, йододефицитные состояния.

STRATEGY FOR PREVENTION OF MICRONUTRITIONAL INSUFFICIENCY IN THE KYRGYZ REPUBLIC

Abstract. The article presents information on the prevalence of micronutrient deficiency among children of the first 5 years of life and women in the world and the Kyrgyz Republic, the consequences of malnutrition and activities aimed at eradicating it.

Key words: micronutrient deficiency, stunting, wasting, anemia, Foley deficiency, Iodine deficiency.

Недостаточное питание продолжает оставаться основной проблемой общественного здравоохранения на глобальном уровне. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в глобальном масштабе более двух миллиардов человек испытывают дефицит основных витаминов и минералов, в частности, витамина А, йода, железа и цинка [1]. При этом население развивающихся стран, как правило, страдает от недостатка более одного микронутриента [11].

Известно, что наиболее распространенной формой микронутриентной недостаточности является железодефицит и, связанная с ней анемия [13]. По оценкам, от анемии страдают почти два миллиарда человек во всем мире, из которых около половины - беременные женщины. Самой частой причиной железодефицита является недостаточное его поступление с пищей. В некоторых районах земного шара в развитии анемии определенную роль играют малярия, анкилостомидоз, ВИЧ/СПИД и другие инфекции [14].

Второй по распространенности разновидностью микронутриентной недостаточности признаны йододефицитные состояния. Приблизительно 1,88 миллиарда человек во всем мире употребляют недостаточное количество йода [9]. Дефицит йода является самой распространенной причиной повреждения мозга и может иметь серьезные негативные последствия для когнитивного развития человека [12].

Немаловажное значение в формировании здоровья детей имеют другие, довольно распространенные формы микронутриентной недостаточности, а именно: дефицит витамина А, фолиевой кислоты, цинка и других микро- и макронутриентов.

Беременные и кормящие женщины и дети первых пяти лет жизни наиболее уязвимы относительно недоедания и микронутриентной недостаточности, поскольку они имеют большую потребность в витаминах и минералах [10]. В мире 161 млн. детей младше 5 лет являются низкорослыми и имеют слишком маленький рост для своего

возраста из-за длительного недоедания, 51 млн. детей истощены и слишком худые для своего роста и 42 млн. детей имеют избыточный вес, примерно 794 млн. людей испытывают дефицит калорий; и 1 из 12 взрослых по всему миру болен диабетом второго типа. В таких странах как: Бангладеш, Демократическая Республика Конго, Нигерия, Пакистан и Эфиопия процент детей в возрасте до пяти лет, не страдающих от истощения или задержки роста, находится в диапазоне от 43 до 48 процентов. [1].

Последствия дефицита микронутриентов многообразны и непредсказуемы. Дефицит микронутриентов у беременных женщин повышает риск их смерти во время родов, приводит к рождению детей с низкой массой тела, нарушениями интеллекта, врожденными пороками развития [15]. Например, дефицит фолиевой кислоты является наиболее частой причиной рождения детей с дефектами нервной трубки [7].

Недоедание становится причиной 45% смертей детей в возрасте до 5 лет, что составляет более 3 млн. смертей в год [1]. Среди детей с микронутриентной недостаточностью регистрируется высокая заболеваемость и смертность от диареи, кори, малярии и пневмонии. Кроме того, микронутриентная недостаточность в критические периоды жизни ребенка может стать причиной задержки когнитивного развития [8].

По данным Национального статистического комитета Кыргызской Республики потребление энергии (ккал/день на душу населения) имеет положительный баланс по сравнению с минимальной нормой потребления при дефицит потребления белков (-12 граммов в день на душу населения) и жиров (-6 граммов в день на душу населения), соответственно, положительный энергетический баланс восполняется за счет преимущественного использования углеводов [2].

Среди детского населения в возрасте от 1-го до 17-ти лет отмечается дефицит потребления энергии (-32 ккал/день), белков (-18 граммов в день на душу населения) и жиров (-12 граммов в день на душу населения), а среди детей в возрасте 1-3 года дефицит потребления несколько энергии (-322 ккал/день), белков (-26 граммов в день на душу населения) и жиров (-20 граммов в день на душу населения) несколько выше [2].

В Кыргызской Республике из-за недостаточного употребления основных питательных веществ и калорий имеет место высокая распространенность среди детей и взрослых болезней, обусловленных

недостаточным питанием: железодефицитной анемии (37,8% беременных женщин и 34,2% небеременных женщин; 42,6% детей первых 5-ти лет жизни) [4], скрытого дефицита железа (41% женщин), дефицита фолатов (42% небеременных женщин) [5]; йододефицитных заболеваний (61,6% беременных женщин и 43,1% детей школьного возраста) [6] и низкорослости (хронического недоедания) среди детей первых 5-ти лет жизни (12,9%), избыточной массы тела и ожирения (9% детей первых 5-ти лет жизни, 35,7% женщин) и недостаточной массы тела среди женщин (7,3%) [4].

Понимание критически важной роли ликвидации разных проявлений недоедания способствовало принятию ряда стратегических документов на глобальном уровне: договор «Питание для роста» (Лондон, 2013) между донорами и агентствами по развитию, международными партнерами, представителями бизнеса, академического сектора и гражданского сообщества, Вторая Римская декларация по вопросам питания и Рамочная программа действий по питанию (Рим, Италия, 2014), которые были нацелены на содействие в разработке и реализации программ по питанию в странах-участниках.

Генеральная Ассамблея ООН в ходе Саммита по устойчивому развитию в Нью-Йорке (2015) приняла новую повестку дня в области устойчивого развития. 193 мировых лидера взяли на себя обязательства по выполнению 17 целей со 169 целевыми показателями, направленными на достижение общего процветания и благополучия для всех жителей планеты в ближайшие 15 лет. Вопросы, связанные с продовольствием всесторонне интегрированы среди всех 17 целей в области устойчивого развития (ЦУР). Так, ЦУР2 посвящена ликвидации голода и улучшению продовольственной безопасности и питания, ЦУР1 - ликвидация нищеты, включает в себя цели, связанные с социальной защитой, правами на землю. Связь между продовольственной безопасностью и природными ресурсами занимает видное место в ЦУР 15.

Исходя из фактической ситуации, которая сложилась в стране, и с учетом международного опыта Стратегия Кыргызской Республики по ликвидации всех форм недоедания, в том числе микронутриентной недостаточности, и избыточного питания должна быть направлена на все население, но с особым акцентом на улучшение питания в течение 1000 дней жизни ребенка. Такой акцент обусловлен с учетом того, что 1000 дней жизни ребенка (период от начала беременности до второго дня рождения ре-

бенка) имеют критически важное значение для его здоровья, физического и умственного развития.

Улучшение статуса питания в течение 1000 дней жизни ребенка ведет к снижению заболеваемости и смертности среди детей до пяти лет, сокращению случаев нарушения физического и умственного развития детей. Кроме того, благоприятные условия в периоде раннего развития детей представляют собой своеобразные гарантии того, что во взрослом этапе жизни они будут реже болеть, у них будут лучшие возможности для трудоустройства, увеличится продолжительность их жизни и в пожилом возрасте смогут вести более здоровый образ жизни.

В 2011 г. Кыргызская Республика присоединилась Глобальному движению по расширению мероприятий по питанию (РМП-движение), которое объединяет правительства более 50 стран мира, Агентства ООН, неправительственные организации (НПО), бизнес-сообщества и ученых.

В рамках РМП-движения Кыргызской Республики создана многосекторальная платформа (МСП), чтобы обеспечить: (i) наличие согласованной правовой базы для продвижения мероприятий по питанию, (ii) координацию деятельности всех заинтересованных сторон по вопросам питания, (iii) отслеживание финансирования и (iv) мобилизацию внутренних и внешних ресурсов на решение вопросов продовольственной безопасности страны и ликвидации болезней, связанных с питанием. Члены (сети) РМП-движения связаны друг с другом обязательством, работать вместе для ликвидации недостаточного или избыточного питания.

РМП-движение Кыргызской Республики внесет свой вклад в улучшение питания, чтобы к 2025 году страна достигла следующих показателей основных индикаторов в области питания:

сокращение низкорослости среди детей до 5-ти лет с 12,9% до 9,1%.

не допускать увеличения числа детей с истощением выше 3%.

сокращение числа детей с низким весом при рождении с 5,9% до 4,4%.

сокращение числа женщин детородного возраста с анемией с 35% до 21%.

не допускать увеличения доли детей с избыточной массой тела и ожирением выше 7%.

Для достижения указанных целей РМП-движение Кыргызской Республики работает над реализацией Государственной программы по улучшению продовольственной безопасности и пи-

тания на 2015-2017 гг, которая включает следующие мероприятия: (i) обогащение наиболее часто употребляемых продуктов питания микронутриентами (например, муки и соли); (ii) продвижение адекватной практики кормления детей (исключительно грудное вскармливание в первые 6 месяцев жизни, продолжительное грудное вскармливание до 2-х лет и более, адекватный прикорм и обогащение домашней пищи); (iii) саплементация микронутриентов (железа с фолиевой кислотой) беременным женщинам и другим уязвимым группам населения; (iv) своевременное выявление болезней и эффективное их лечение; (v) интеграции в существующие системы подготовки и переподготовки кадров медицинского и немедицинского профиля вопросы продовольственной безопасности и питания; (vi) вовлечение в принятие решений в области здорового питания бизнес-сектора и самого населения; (vii) обеспечения механизмов исполнения законов; (viii) предоставление исчерпывающей информации населению об адекватном разнообразии пищевого рациона, важности микронутриентов и других жизненноважных компонентов пищи для сохранения и укрепления здоровья через СМИ на регулярной основе; (ix) повышение общественной осведомленности о действиях, которые должны предприниматься в области общественного питания и торговли; (x) предоставление своевременной и целевой информации о рисках, связанных с питанием для населения в целом и для специфических подгрупп; (xi) внедрение в учебные программы «Обеспечение безопасной жизнедеятельности» в общеобразовательных школах и ВУЗах немедицинского профиля независимо от формы собственности. Просвещение в области питания оказывает существенное влияние на формирование полезных для здоровья привычек и предупреждает возникновения болезней, связанных с питанием, профилактику заболеваний школьного возраста [3].

Литература

- Глобальный отчет: мероприятия и ответственность за обеспечение полноценного питания и устойчивого развития (краткий обзор), 2015. Доступно на сайте: www.globalnutritionreport.org*
- Информационный бюллетень по продовольственной безопасности Кыргызской Республики, 2016. Доступно на сайте: www.stat.kg*
- Кожухметова А.Н. Значение полноценного питания в формировании здоровья детей и подростков //Здравоохранение Кыргызстана. – 2016. - № 4. – С.*

- 43-51
- Медико-демографическое исследование: Кыргызская Республика // Бишкек, 2012. – с. 199-200; 207-208: доступно на сайте <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR283/FR283.pdf>
- Национальное исследование статуса питания детей в возрасте 6-59 месяцев и их матерей, Кыргызская Республика, 2009. // Бишкек. - 2013. – 93 стр.
- Национальное исследование йодной обеспеченности среди детей и беременных женщин, ЮНИСЕФ. – Бишкек, 2007. – С. 17.
- Benítez-Bribiesca L., De la Rosa-Alvarez I., Mansilla-Olivares A. Dendritic Spine Pathology in Infants With Severe Protein-Calorie Malnutrition // 1999, Aug., 104(2).
- Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, et al. For the Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. // Lancet. - 2008; published online Jan 17. DOI:10.1016/S0140-6736(07)61690-0
- De Benoist B, Anderson M, Egli I. et al. Iodine status worldwide: WHO global database on iodine deficiency. Geneva: World Health Organization; 2004. Assessed online at www3.who.int/whosis/micronutrient/
- Maternal and child undernutrition: global and regional exposure and health consequences. R.E.Black, L.H.Allen, Z.A Bhutta, et al. // Lancet, 2008. – Vol. 371, Issue 9608. – P. 243-260
- Micronutrients, Health and Development: Evidence-Based Program. The 2nd International Meeting of the Micronutrient Forum, Beijing, China, 12-15 May 2009. – 84 p.
- Zimmermann MB, Jooste PL, Pandav CS. Iodine-deficiency disorders. // Lancet 2008; 372(9645):1251-62.
- WHO. Iron deficiency anaemia: Assessment, prevention, and control. A guide for programme managers. World Health Organization 2001.
- WHO. The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. France: WHO Press; 2002.
- WHO. 2013. Essential Nutrition Actions: Improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition. Geneva, (available at www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/essential_nutrition_actions/en/)

Сведения об авторах:

Шукурова Венера Кожоновна, к.м.н., зав. кафедрой детских болезней ФУВ КГМИПуПК, 0778158421.

v.shukuruva@mail.ru

Мамырбаева Турсун Турганбаевна, д.м.н., профессор кафедры педиатрии КРСУ, 0550-570-350,

mttpit@mail.ru

Эшбаев А.А., Мирзакулов Д.С., Жолдошев С.Т.

Ошский областной центр репродукции человека, Южный филиал Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации, Кыргызская Республика

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН ОШ ОБЛАСТЫНДАГЫ ЖЫНЫСТЫК-ЗААРА ОРГАНДАРЫНЫН ПАТОЛОГИЯСЫНА БАЙЛАНЫШТУУ ИНФЕКЦИЯЛАР ЖАНА ЭРКЕКТЕРДЕГИ ИНФЕРТИЛДҮҮЛҮКТҮН ӨСҮҮСҮНДӨГҮ УРОГЕНИТАЛДЫК ИНФЕКЦИЯНЫН РОЛУ

Корутунду. Бул илимий макалада Кыргыз Республикасынын Ош облусунда жашоочу I-II тукумсуздук себептерине кабыл болгон 828 эркектин толук клиникалык изилдөөлөрү боюнча жыйынтыгы чагылдырылган. уrogenиталдык инфекциянын (жугуштуу оорунун) эркектердин репродуктивдик системасына тийгизген таасири изилдөөгө алынган.

Негизги сөздөр. Уrogenиталдык инфекция, эркектердин репродуктивдик сис-темасы, эркектердин тукумсуздугу.

АССОЦИИРОВАННЫЕ ИНФЕКЦИИ В ПАТОЛОГИИ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И РОЛЬ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ В РАЗВИТИИ ИНФЕРТИЛЬНОСТИ У МУЖЧИН ОШСКОЙ ОБЛАСТИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Резюме. В статье представлены результаты комплексного исследования 828 мужчин, страдающих первичным и вторичным бесплодием, который составил исследуемый клинический материал, проживающих в ошской области кыргызской республики. Изучена частота влияния урогенитальных инфекций на репродуктивную систему мужчин.

Ключевые слова: урогенитальные инфекции, репродуктивная система мужчин, мужское бесплодие.

ASSOCIATED INFECTIONS IN THE PATHOLOGY OF THE GENITO-URINARY ORGANS AND THE ROLE OF UROGENITAL INFECTIONS IN THE DEVELOPMENT OF INFERTILITY IN MEN IN THE OSH REGION OF THE KYRGYZ REPUBLIC

Abstract. The article presents the results of a comprehensive study of 828 men suffering from primary and secondary infertility who made up the clinical material studied, living in the osh region of the kyrgyz republic. The frequency of the influence of urogenital infections on the reproductive system of men was studied.

Key words: urogenital infections, male reproductive system, male infertility.

Актуальность. В последние десять лет в нашей республике отмечается резкое снижение фертильности и сексуальной активности у мужчин молодого и среднего возраста. Распространенность мужского бесплодия за последние 7 лет в кыргызстане выросла и имеет тенденцию к дальнейшему прогрессивному росту: в 2004 г. — 1110 человек (32,1 на 100 тыс. Населения), а в 2010 г. — 1775 человек (46,7 на 100 тыс. Населения) [1].

В многочисленных публикациях в последнее десятилетие указывается снижение как количественных, так и качественных показателей эякулята

у мужчин во всем мире, что приводит к снижению их репродуктивных возможностей. По данным как отечественных так и зарубежных странах в течение последних десяти лет уменьшилось число обследованных мужчин с нормозооспермией и увеличилось с олигозооспермией и при этом не последнее место отводится иппп, токсическим химическим веществам, радиационному облучению и др. [2].

За последние годы резко возрос интерес учёных исследователей к изучению роли урогенитальных инфекций в этиологии воспалительных заболеваний урогенитального тракта человека.

мнения о роли урогенитальной инфекции в развитии бесплодия неоднозначны. Некоторые ученые считают, что увеличение роли иппп играет главенствующую роль [3]. Однако роль инфекционной патологии в генезе бесплодия изучена недостаточно [4]. По данным ряда учёных, урогенитальная инфекция снижает качество жизни, трудоспособность, часто приобретает хроническое течение, сопровождается нарушениями репродуктивной функции, дает осложнения, вызывающие бесплодие [5].

Проблема осложняется тем, что нет совершенных методов диагностики и скрининга патологии органов репродукции с учетом их многофакторной, в том числе инфекционной этиологии [6, 7, 8, 9, 10], а бесплодие приобретает все более угрожающий характер [11, 12].

Клинико-эпидемиологические исследования позволили констатировать, что частота встречаемости урогенитального хламидиоза и уреаплазмоза крайне высока. Так, *s. Trichomatis* была обнаружена у 51–57 % пациентов с не гонорейными уретритами (нгу) в США, 40–58 % — в Англии, 56,3 % — во Франции и 58,3 % — в России. *U. Urealyticum* как причина воспаления уретры не гонококковой природы в разных странах была выделена у 10–40 % больных [8]. Более того, уже тогда было отмечено преобладание этих возбудителей в структуре иппп. По разным оценкам, соотношение гонореи и нгу в разных регионах составляло 1:2–1:3 [15]. За последние 20–30 лет проведенные исследования авторами позволили оценить роль иппп, в первую очередь *s. Trichomatis* и *U. Urealyticum*, в развитии вторичного бесплодия, формирующегося в результате воспалительных процессов в органах репродуктивной системы. Спектр осложнений вышеперечисленных инфекций достаточно широк. Однако с позиции репродуктивного здоровья наиболее серьезными из них представляются эпидидимит и простатит у мужчин, сальпингит, сальпингоофорит и пельвиоперитонит у женщин. Кроме того, у женщин хроническое течение хламидиоза и уреаплазмоза может привести к развитию внематочной беременности, нарушению менструального цикла или послужить причиной перинатального инфицирования плода [13, 14, 16]. В результате поражения половых придатков хламидиями и уреаплазмами снижаются потенции и либидо, что также негативно отражается на репродуктивной функции человека.

Целью нашего исследования явилось изучение частоты влияния урогенитальных инфекций на репродуктивную систему мужчин проживающих в ошской области кр.

Материал и методы исследования. По по-

воду бесплодия обратились 828 мужчин в возрасте от 20 до 40 лет, проживающих в ошской области. У всех этих исследуемых лиц в анамнезе имело место не зачатие ребенка в течение более одного года супружеской жизни, который составил исследуемый клинический материал.

Нами проведено комплексное обследование 828 мужчин. Среди обратившихся пациентов у 546 (66 %) было диагностировано первичное бесплодие, у 282 (34 %) вторичное бесплодие. Диагностический алгоритм включал в себя проведение стандартного клинического исследования по общепринятому алгоритму. В данной работе будет обсуждена группа мужчин, страдающих первичным и вторичным бесплодием, который составил исследуемый клинический материал. Для выявления частоты влияния урогенитальных инфекций на репродуктивную систему мужчин, нами проведено комплексное обследование. Проводились общий анализ крови и мочи; ифа крови; посев мазка из уретры, пщр мазка; моча и секрета простаты на микрофлору, посев спермы на микрофлору, прямая микроскопия секрета простаты и определение симптома папоротника; спермограмма; ультрасонография почек, мочевого пузыря и простаты.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате проведения бактериологического посева мазка из уретры большое количество лейкоцитов обнаружено у 264 (32 %) пациентов, грамм положительные кокки — у всех (100%), дрожжевые грибки — у 166 (20%), гарднереллы — у 206 (25%), смешанная микробная флора выявлена у 320 (39%) обследованных лиц.

Исследование бактериологического посева мочи у всех пациентов выявило наличие стафилококков, грамм отрицательных кокков — у 462 (56%), дрожжевых грибков — у 166 (20%), обнаружены гемолитические палочки у 66 (8%). Проведение бактериологического посева сока простаты у всех исследуемых лиц обнаружило наличие стафилококков, грамм отрицательных палочек у 462 (56 %), гарднереллы у 182 (22 %), дрожжевых грибков также у 198 (24%). Следует также отметить, что полученные результаты бактериологического посева спермы оказались схожими с данными посева секрета простаты. Различия результатов этих 2 методов исследования устанавливались по росту микрофлоры в питательной среде.

При анализе спермограммы азооспермия обнаружена у 58 (7 %) мужчин, астенозооспермия с агглютинацией — у 464 (56 %), тератозооспермия у 190 (23%), пиозооспермия — у 94 (12 %), некроспермия — у 16 (2 %) мужчин.

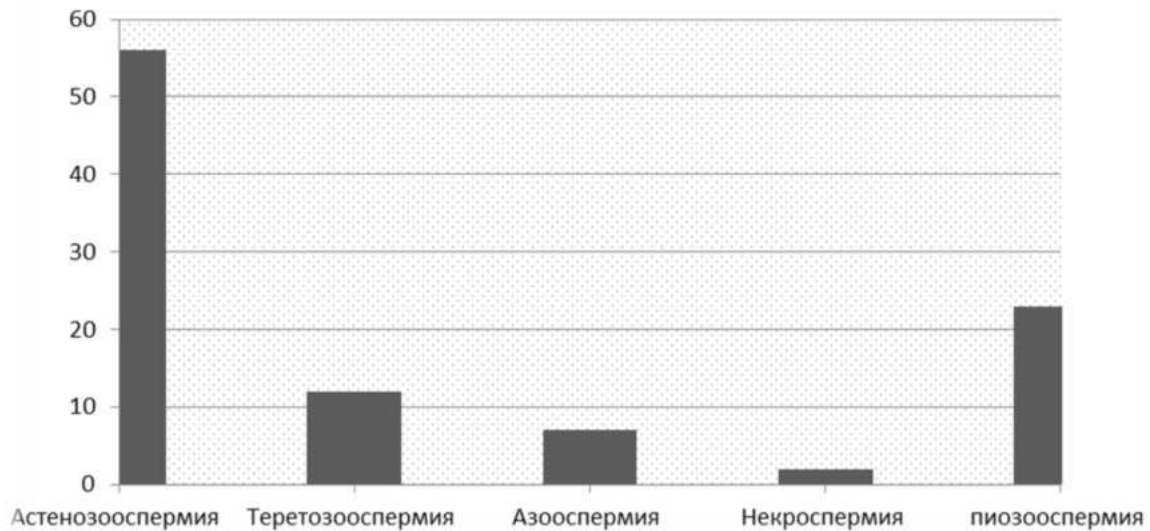


Рис. 1. Результаты анализа спермограмм показано диаграммой.

Таблица 1. Частота возникновения выявленных урогенитальных инфекций

Выявленные урогенитальные инфекции	ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВЫЯВЛЕННЫХ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ			
	Количество пациентов (n=828)			
	АБС. ЧИСЛО МЕТОДОМ ИФА	В %	АБС. ЧИСЛО МЕТОДОМ ПЦР	В %
Хр. специфический уретрит, в т. ч.:	300	36,23	646	78
— гарднереллезный	-	-	206	25
— трихомонадный	-	-	56	6,8
— хламидийный (<i>C. trachomatis</i>)	56	6,8	24	2,9
— уреоплазменный (<i>U. urealyticum</i>)	160	19,3	126	15,2
— микоплазменный	82	10,1	68	8,2
— кандидозный	-	-	166	20

Как видно из табл. 1, при обследовании методом ИФА из 828 пациентов у 300 обнаружено положительные результаты хронических специфических инфекций, которое составляет 36,23 %. Из них хламидиоз обнаружено 56 случаях которое составляет 6,8 %, уреоплазмоз-160 (19,3 %), микоплазмоз - 82 (10,1%). При обследовании тех же пациентов методом ПЦР, положительные результаты у 646 (78%), из них гарднереллез у 206 (25%), дрожжевые грибки у 166 (20%), трихомонады у 56 (6,8%), хламидии у 24 (2,9), уреоплазмозу 126 (15,2%), микоплазмозу у 68 пациентах, которое составляет 8,2%.

Хронические воспаления, индуцированные инфекционными агентами и доказанное клинко-лабораторными анализами, около 78 % случаев ассоциировано с бесплодием, причем оно вызвано патогенными микроорганизмами (*Chlamydia trachomatis* 2,9% случаев, *Mycoplasma hominis* 8,2% случаев, *Ureaplasma urealyticum* 15,2% случаев, *Gardnerella vaginalis* 25%, *Candida albicans* 20% случаев). Инфертильность мужчин, ассоциированное с хроническим воспалительным процессом в органах урогенитального тракта, сопровождается изменениями гонадостата в сравнении с фертильными пациентами.

Заключение. Таким образом, полученные нами результаты свидетельствует о мужском бесплодии, ассоциированное с хронической урогенитальной инфекцией, которые развивается на фоне ослабленного иммунного статуса пациента, что выявлена взаимосвязь между хроническим воспалением репродуктивной системы мужчин, связанными с конкретными неблагоприятными экологическими факторами окружающей среды, которые проживают наши обследуемые пациенты. Все эти весьма тревожные факты мы решили изложить столь подробно для того, чтобы яснее представить, что, возможно, ожидает в будущем человечество, если оно будет продолжать совершать неосмотрительные действия, в процессе жизнедеятельности.

Литература:

- 1 Усупбаев А.Ч. Концептуальное развитие урологической и андрологической службы в Кыргызской Республике. Б.: 2011. — 40 с.
- 2 Мирзакулов Д.С. Влияния хлорорганических соединений на фертильную функцию мужчин проживающих в Ошской области // Автореф. ... канд. мед. наук. — Бишкек, 2014.-5 с.
- 3 Козлова В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий // Руководства для врачей. 2003. — с. 10–11.
- 4 Кисина В.И. Хламидийная урогенитальная инфекция: современные подходы к диагностике и лечению // Гинекология. 2007. — Т. 9, № 2. — с. 44–47.
- 5 Молочков В.А. Урогенитальный трихомониаз и ассоциированные уретрогенные инфекции (эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика)

тика) // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2000. — № 1. 3. С. 48–56.

- 6 Арал С.О. Заболевания, передаваемые половым путем: значение, определяющие факторы и последствия // ИППП. — 2001. № 4. — С 4–8.
- 7 Атюшев Г.П. Лейкоцитарная и эпителиально-десквамативная реакция у больных урогенитальными инфекциями группы ИППП разной этиологии, страдающих бесплодием / Г. П. Атюшев, Н. С. Мотавкина // Проблемы репродукции. 2006. — № 6. — с. 44–46.
- 8 Анискова, И. Н. Нарушение гематотестикулярного барьера как следствие хламидийной инфекции у мужчин, состоящих в бесплодном браке / И.Н. Анискова, С.Я. Дадашев, М.А. Гомберг // Вестник дерматологии и венерологии. 2006. — № 6. — с. 24–28.
- 9 Ахапкина И.Г. Современный взгляд на бактериальные инфекции, обусловленные хламидиями и микоплазмами // Клиническая лабораторная диагностика. 2008. — № 11. — с. 45–46.
- 10 Торчинов А.М. Смешанные урогенитальные инфекции у женщин: диагностика и комплексная терапия / А. М. Торчинов, М. В. Мазуркевич // Гинекология. 2008. — Т. 10, № 6. — с. 38–41.
- 11 A toll-like receptor that prevents infection by uropathogenic bacteria / D. Zhang et al. // Science. 2004. — Vol. 5,1. 303 (5663). — P. 1522–1526.
- 12 Радзинский В.Е. Профилактика послеродовых инфекций у женщин с бактериальным вагинозом / В. Е. Радзинский, И. М. Ордянец // Гинекология. — 2006.-Т. 8, № 2.-С. 16–18.
- 13 Адаскевич В.П. Заболевания, передаваемые половым путем. 2-е изд., испр. и доп. Витебск, 1997.— 310 с.

Сведения об авторах:

- Эшбаев Абдасбек Асылбекович**, кандидат медицинских наук, профессор РАЕ РФ, директор Ошского Областного центра Репродукции человека, тел.: +996 32 22 5 07 07;
- Мирзакулов Дилиход Саматович**, кандидат медицинских наук, профессор РАЕ РФ, врач-уролог, андролог, сексопатолог Ошского Областного центра Репродукции человека;
- Жолдошев Сапарбай Тезекбаевич**, доктор медицинских наук, профессор. Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации (Южный филиал)

Акынбеков К.У., Орозалиева А.А., Шатманова Э.К.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

КЫРГЫЗСТАНДЫН МЕДИЦИНА КЫЗМАТКЕРЛЕРИНИН УЛУУ АТА-МЕКЕНДИК СОГУШКА КОШКОН САЛЫМЫ

Корутунду. Бул илимий эмгекте Кыргызстандын жарандарынын жана дарыгерлеринин Ата-Мекендик согушка кошкон салымы, эрдиктери жөнүндө жазылган.

Негизги сөздөр: Улуу Ата-Мекендик согуш, душман, фашистер, жеңиш, сыйлыктар, фронт.

ВКЛАД МЕДРАБОТНИКОВ КЫРГЫЗСТАНА В ВЕЛИКУЮ ПОБЕДУ

Резюме. В данной статье описаны героические поступки и преданность своему отечеству медицинских работников во время Великой Отечественной Войны, приведены цифры по человеческим потерям, унесшая жизни десятков миллионов людей.

Ключевые слова: Великая Отечественная война, враг, фашизм, победа, награды, фронт.

CONTRIBUTION TO MEDICAL WORKERS IN KYRGYZSTAN IN THE GREAT VICTORY

Abstract. This article describes the heroic deeds and devotion to the fatherland of health workers during the great patriotic war, shows figures for casualties, which claimed the lives of tens of millions of people.

Key words: The great patriotic war, enemy, fascism, the victory, awards, front.

Неизгладимый след в развитии нашей страны оставили события Великой Отечественной войны. 22 июня 1941 и 9 мая 1945 гг. – два полюса войны, отгремевшей 72 года назад, но до сих пор не ставшей для нас далеким прошлым. Это и понятно – слишком велики были потери, безмерны страдания народа, выстоявшего в схватке со страшным врагом.

В Кыргызстане, как и по всей стране, началась всеобщая мобилизация: каждый шестой гражданин Киргизской ССР был отправлен в ряды Красной Армии; в численном составе более 360 тысяч человек, из них 1395 женщин [6].

Уже за два первых дня, после сообщения о нападении фашистов, только во Фрунзенский военкомат пришло 270 заявлений от добровольцев, а за короткое время в республике была открыта сеть курсов ускоренной военной подготовки. Одновременно повсеместно создавались курсы по обучению медицинских сестер и сандружиниц и уже менее чем через год после начала войны 90% взрослого населения республики сдали нормы комплекса «Готов к противохимической обороне» [5].

Период войны, когда служение долгу выходит за пределы науки и своей профессии и совершается во имя Родины, во имя народа. В это тяжелое время *медицинские работники проявляли подлинный героизм и преданность своему отечеству, их подвиги в военные годы неповторимы.*

На фронте и в тылу трудились: 200 тыс. врачей; 500 тыс. средних медицинских работников; доля женщин среди всех медицинских работников составляла 46%; среди фронтовых врачей женщины составляли 41%; среди военных хирургов - 45%;

медицинских сестер - 100%.

Военные медики вернули в ряды защитников Родины миллионы солдат и офицеров. Они оказывали медицинскую помощь на поле боя, под огнем противника, а если этого требовала обстановка - сами становились воинами и увлекали за собой других. Миллионы людей остались инвалидами. Но среди тех, кто с победой вернулся домой, многие остались живы, благодаря самоотверженной работе военных и гражданских медиков.

Известный полководец, маршал Советского Союза Иван Христофорович Баграмян, после завершения войны, писал: *«То, что сделано советской военной медициной в годы минувшей войны, по всей справедливости может быть названо подвигом. Для нас, ветеранов Великой Отечественной войны, образ военного медика останется олицетворением высокого гуманизма, мужества и самоотверженности».*

С первых дней войны медицинская служба испытывала серьезные трудности, ощущался резкий дефицит в средствах, не хватало кадров. Значительная часть мобилизационных материальных и людских ресурсов здравоохранения, составлявшая 39,9% от всего количества врачей и 35,8% от численности больничных коек, находилась в западных областях Советского Союза и уже впервые дни войны была захвачена наступающими частями противника. Большие потери несла медицинская служба непосредственно на поле боя. Более 80% всех ее санитарных потерь приходилось на рядовой и сержантский состав, то есть на передовое звено, действовавшее на линии фронта. Во время войны погибли или пропали без вести более 85 тыс. медиков, из них: 5 тыс. врачей; 9 тыс.

средних медицинских работников; 23 тыс. санитарных инструкторов; 48 тыс. санитаров и санитаров-носильщиков.

В связи с этим были проведены досрочные выпуски двух последних курсов военно-медицинских академий и медицинских факультетов, организована ускоренная подготовка фельдшеров и младших военных фельдшеров. В результате ко второму году войны армия была укомплектована врачами на 91%, фельдшерами на 97,9%, фармацевтами на 89,5%.

В годы Великой Отечественной Войны (1941-1945 г.) и кыргызский народ поднялся на защиту отечества, быстро перестраиваясь на военный лад. Перед органами здравоохранения Кыргызстана были поставлены следующие задачи: перестроить медико-санитарное обслуживание соответственно сложившейся обстановке; сохранить надежный в санитарном отношении тыл, сохранить санитарное благополучие республики; наладить производство медикаментов, дезинфекционных средств; предупредить возникновение эпидемических и заразных заболеваний среди населения городов и сел; обеспечить высококвалифицированной медицинской помощью раненых бойцов и офицеров, прибывших с фронта, организовать для этой цели специальные госпитали, укомплектовав их опытными специалистами.

Открывались санэпидстанции (59), развертывались временные эпидемиологические койки (1300). Проводилась большая прививочная работа, особенно против брюшного тифа и дизентерии, санитарно-просветительская работа. В результате, возникшие вспышки отдельных инфекционных заболеваний не получили распространения. В Кыргызстане в годы войны функционировало 25 госпиталей, где прошли лечение более 40 тыс. воинов, получивших ранения на полях сражения, более 50% из них было возвращено в строй [1].

Коллектив Кыргызского Государственного медицинского института в годы войны занимался вопросами, связанными с быстрейшим возвращением в строй раненых бойцов и офицеров. КГМИ выпустил за годы войны 899 врачей, из них 12 девушек-кыргызок. Среди них была ныне Академик НАН КР, д.м.н., профессор, Заслуженный врач и Заслуженный деятель науки КР Какиш Рыскулова - первая в Средней Азии хирург, первая кандидат, затем доктор медицинских наук. В то время базой кафедры факультетской хирургии являлся госпиталь для долечивания раненых воинов отечественной войны. Она оказывала помощь раненым, 1946 г. награждена медалью «За доблестный труд в Великой отечественной войне 1941-1945 г» [3, 4].

Выдающийся советский хирург, основоположник грудной хирургии Киргизии, Академик

(1954), первый президент Академии Наук Кыргызской ССР (1954-1960), () И.К. Ахунбаев в тяжелые годы Великой Отечественной войны сутками оперирует и выхаживает тяжелораненых воинов Советской Армии. Родина оценила его труд, наградив в 1944 г. орденом «Знак почета» [2].

Борис Иванович Пухов (1924-2015). Кавалер ордена «Отечественной войны» первой степени, отличник здравоохранения СССР и отличник народного образования Кыргызской ССР. В 1942-1944 годах Борис Иванович воевал в составе частей второй армии четвертого Украинского фронта. Был командиром оружейного расчета. Дважды ранен.

Б.И. Пухов, окончил Кыргызский государственный медицинский институт в 1951 году, а с 1956 года по 1992 год работал преподавателем кафедры гигиены санитарно-гигиенического и педиатрического факультетов КГМА.

Аттокур Ишатович Шеров (1913-1972). Заведующий кафедрой нормальной анатомии Кыргызского Государственного медицинского института (1953-1960 годы), доцент, родоначальник семейной династии врачей трёх поколений. Он был в числе первых врачей-кыргызов, получивших высшее образование в 30-е годы XX века, в числе первых организаторов КГМИ и кафедры нормальной анатомии и, в числе первых сотрудников киргосмединститута, ушедших защищать Родину от немецко-фашистских захватчиков и отдавших лучшие молодые годы своей жизни жестокой освободительной войне (1941-1946 гг.). А.И.Шеров был одним из первых врачей - кыргызов, защитивших диссертацию в первый послевоенный год.

Трудное шествие А.И. Шерова по дорогам войны длилось с декабря 1941 по февраль 1946 года. Он служил Гвардейской воздушно-десантной дивизии (ГВДД) на Северо-западном, I и II Украинских фронтах. А.И.Шеров состоял на военной службе во 2-м Отдельном Медико-санитарном батальоне 9-ой ГВДПКД и был: командиром приемно-сортировочного взвода; командиром медицинского санитарного батальона (МСБ); ординатором операционного взвода; командиром медицинской роты МСБ, где ему присвоено звание «Гвардеец». Блестящие знания нормальной анатомии пригодились молодому хирургу. В звании Гвардии - майора медицинской службы он прошёл со своей дивизией от Подмосковья через Румынию, Польшу, Чехословакию, Австрию и встретил Победу в Берлине. За годы ВОВ А.И.Шеров награждён: «Орденом Красной звезды», медалями «За боевые заслуги», «За освобождение Праги», «За победу над Германией». За участие в боевых действиях приказами Верховного Главнокомандующего Генералиссимуса Сталина И.В. получил благодарности: за взятие г. Белгорода, г. Харькова, г. Полтавы, г. Кременчуга, г. Первомайска, Г.Сандомира; за форсирование р. Вислы, р. Одер, р. Эльбы; за прорыв обороны противника в Силезии,

г. Крайцбурге, г. Розенберге, г. Миличе, г. Бернштате, г. Праге и др. [7].

Война окончилась в мае 1945 года, но для А. Шерова - только в феврале 1946 года.

Рафа Иманалиевна Айдарбекова. Первая среди девушек-кыргызок капитан медицинской службы, коммунистка, врач Рафа Айдарбекова за три с половиной года пребывания на фронте сделала до восьмисот операций раненым в живот, грудь, конечности. Своим трудолюбием, чуткостью, мастерством хирурга, храбростью она снискала себе уважение всех, кто ее знал. Добровольцем пошла на фронт в 1941 году, окончила Московский медицинский институт, врач-хирург в действующей армии дошла до Берлина.

Павел Никифорович Корытко д.м.н., профессор (Смоленск). Ассистент кафедры нормальной анатомии КГМИ. Призван в Советскую Армию в 1943 году. Майор медицинской службы, был ведущим хирургом полевых и подвижных госпиталей. Участник обороны Москвы, освобождения городов: Смоленск, Вязьма, Гжатск, Кракова, Брига, Бреслау, Праги и др. Награжден орденами и медалями.

Андреева Татьяна, родилась в 1921 году. На фронт ушла добровольцем в 1943 году, служила в 6-й Орловской Краснознаменной стрелковой дивизии 95го медсанбата врачом-хирургом. Награждена орденом «Красной звезды», медалями. Работала заведующей ожоговым центром в г. Фрунзе.

Филимонова Антонина. На войну ушла добровольцем в 1943 году, после окончания КГМИ. Ординатор эвакогоспиталя 1го украинского фронта. Награждена медалями «За победу над Германией», «За боевые заслуги». Работала заведующей рентгенологическим кабинетом в Чу.

Колесник Е. На фронт ушла добровольцем в 1943 году. Старший врач полка 10й армии Прибалтийского фронта. Демобилизована в 1946 г., с 1953г. по 1958 г. работала в Германской Демократической Республике в госпитале. Награждена орденом «Красная звезда», медалями. Заслуженный врач Киргизской ССР. Работала зав. кардиологическим центром в городе Фрунзе.

Гурьева А. 1921года рождения. На фронт ушла добровольцем в июле 1943 г. Врач-ординатор эвакополевого госпиталя №124 2-го Белорусского фронта 45 Армии. Демобилизована в 1946г. Награждена орденом «Красная звезда», медалью «За победу над Германией». Работала председателем ВТЭК Свердловского района г. Фрунзе.

Чалова П. 1918 года рождения. Призвана в Советскую армию в марте 1944 года. Служила авиадесантной войске под Калинином. Старший врач батальона, а с декабря 1944 года направлена на 2-ой Белорусский фронт в 375 гвардейский тяжело - самоходно-артиллерийский полк старшим врачом, дошла до Одера, была в Польше, Германии. Была демобилизована в ноябре 1956 г. Награждена медалями «За отвагу», «За победу над Германией», «XX лет победа над Германией», «Юбилейная медаль». Личная благодарность приказом Главнокомандующего Маршала Советского союза тов. Сталина, за освобождение городов Борисова, Минска и Вильнюса.

Корытко Т. 1918 года рождения. На фронт

ушла добровольцем в 1944 году и была направлена на Западный фронт врачом – ординатором полевых и подвижных госпиталей. Демобилизована в 1945г. Награждена медалями «За победу над Германией», «XX лет победы ВОВ», «За доблестный труд в ВОВ 1941-1945гг.», «За трудовую доблесть». Работала в Пединституте в городе Славянске.

Дранчук М. 1920 года рождения. На фронт ушла добровольцем в июле 1943 году. Врач-ординатор Эвакогоспиталя 1-го Белорусского фронта, демобилизована в 1946 году. Награждена орденом «Ленина», медалями «За победу над Германией», «За отвагу». Работала в Минске педиатром.

Берестецкая Л. 1920 года рождения. Участница 2 и 3-го Украинского фронтов 983 отдельного батальона связи 75 стрелкового корпуса. Прошла Румынию, Югославию, Венгрию, Австрию. Имела 10 правительственных наград. Послевоенные годы работала в Новосибирске.

Литвинова М. 1920 года рождения. Ушла в июле 1943 года добровольцем на фронт. Участница 2-го Прибалтийского, Ленинградского фронтов, 85 стрелковой дивизии врач-ординатор. В 1945 г. Эвако-госпитальный врач Дальневосточного фронта, демобилизована в конце 1945г. Награждена орденом «Красная звезда», медалями «За победу над Германией», «За победу над Японией». Отличник здравоохранения. Работала врачом спецполиклиники города Перми [8].

Прошедшие десятилетия еще ярче и полнее показали всемирно-историческое значение победы советского народа во второй Мировой войне. Несмотря на величайшие трудности, вызванные войной, трудящиеся нашей страны также с честью выполнили свой долг перед Родиной.

Пусть кыргызстанцы помнят и воздадут дань уважения всем тем врачам, которые в трудные годы Великой Отечественной войны отдали свою жизнь за Победу над фашизмом. Пусть помнят тех ученых, которые не жалели своих сил для улучшения здоровья людей и заложили фундамент для развития медицинского образования и науки в Кыргызстане.

Литература:

- 1 Айдаралиев А.А. Развитие здравоохранения в советском Киргизстане // Кыргызстан: Фрунзе, 1970. - 191 с.
- 2 Орозалиева А.А., Шинтасова С.Т. Личность национального значения // Здравоохранение Кыргызстана. – Бишкек, 2008. – Спец. вып. №1. – С. 8-9.
- 3 Тентимшиев М. Хирург, академик Какши Рыскулова. – Б.: Бийиктик, 2008. -160 с.
- 4 Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева // Юбилейное издание к 70-летию. – Бишкек, 2009. – 244 с.
- 5 Кыргызстанцы во время Великой Отечественной войны // ca-portal.ru.
- 6 Абытов Б.К. Вклад труженников Кыргызстана в победу над фашизмом // Известия ВУЗов Кыргызстана. – Бишкек, 2015. – №5. – С. 23-27.


7 nuz.uz > Мои узбекистанцы > 7677 -oni-byli-per- 8 Госархив Кыргызской Республики.
vuti-10...

Сведения об авторах:

Акынбеков Куттубек Усенбаевич, д.м.н., профессор, Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Орозалиева Анипа Алымбековна, к.м.н., доцент, Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, кафедра общественного здоровья и здравоохранения,

ИНСТРУКЦИИ, ПОЛОЖЕНИЯ, ПРИКАЗЫ

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН
САЛАМАТТЫК САКТОО
МИНИСТРЛИГИ



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

БУЙРУК
ПРИКАЗ

22.05.14 № 429

Бишкек ш.

«О совершенствовании организации службы охраны репродуктивного здоровья подростков в Кыргызской Республике»

В целях реализации Закона о репродуктивных правах граждан и гарантии их реализации, Стратегии охраны и укрепления здоровья населения Кыргызской Республики до 2020 года («Здоровье-2020»), а также в целях дальнейшего совершенствования организации детско-подростковой службы, повышения доступности и качества медицинских услуг, создания служб дружественного и конфиденциального отношения к подросткам

Приказываю:

1. Утвердить прилагаемые:
 - 1.1. Положение Пакет услуг по здоровью подростков на уровне первичной медико-санитарной помощи (приложение 1).
 - 1.2. Положение о подростковом враче терапевте на уровне ЦСМ (приложение 2).
 - 1.3. Положение о мониторинге и оценке службы охраны репродуктивного здоровья подростков в Кыргызской Республике (приложение 3).
 - 1.4. Штатный норматив медицинского персонала ЦСМ: врач-терапевт подростковый I должность на каждые 1500 подростков от 10 до 19 лет (согласно рекомендациям ВОЗ) в областных ЦСМ, гг. Бишкек и Ош, ЦСМ самостоятельных городов; врач акушер-гинеколог ГСВ I должность на каждые приписанные 3500 женщин г. Бишкек; семейный врач I должность на каждые приписанные 1500 человек смешанного населения в районных и областных ЦСМ, ЦОВП и ЦСМ самостоятельных городов.
2. В случае отсутствия специалиста подросткового-врача терапевта, обязанности данного специалиста возложить на акушер-гинеколога (на уровне областного ЦСМ).
3. Начальнику УОМПилП (Тойматов С.Ш.) обеспечить внедрение данных положений в деятельность ОЗ ПМСП;

4. Руководителям НЦОМид, КНЦРЧ (Узакбаев К.А., Рыскельдиева В.Т.), координаторам здравоохранения областей и г. Ош (Шадиев А.М., Алиаскаров М.А., Мамытова Б.К., Шамшиев А.А., Темиров О.Т., Миянов М.О., Нарматова Э.Б.), руководителям ЦСМ г. Бишкек обеспечить внедрение данных положений в деятельность ОЗ ПМСП, согласно приложения 1, 2, 3, 4

5. Директору КНЦРЧ (Рыскельдиева В.Т.):

5.1. Разработать КП по аномальным маточным кровотечениям у подростков

Срок: 3 кв. 2017г.

5.2. Разработать совместно с МОиН (по согласованию) и неправительственными организациями образовательный стандарт по половому воспитанию подростков.

Срок: 4 квартал 2017г.

5.3. Обеспечить девочкам-подросткам (10 - 19 лет) оказание экстренной помощи, консультирование по вопросам планирования семьи, профилактике ЗППП, ведение беременности и родов, лечение гинекологических заболеваний, а также консультирование, выявление и лечение уро-андрологических заболеваний у мальчиков-подростков в возрасте 10-19 лет.

Срок: постоянно.

6. Ректорам КГМА (Кудайбергенова И.О.), КГМИПиПК (Чубаков Т.Ч.), КРСУ (по согласованию) (Нифадьев В.И.) адаптировать данные положения в образовательную программу

7. Считать утратившим силу приказ МЗ КР № 238 от 19.05.11г. «О совершенствовании организации службы охраны репродуктивного здоровья подростков в Кыргызской Республике»

8. Контроль за исполнением настоящего указания возложить на заместителя министра Мурзалиев А. Дж.

Министр



Т.А. Батыралиев

Полное изложение приказа см. на сайте zdrav.kg

Правила оформления статьи

Принимаются материалы по следующим рубрикам:

- *Официальные материалы о состоянии здравоохранения;*
- *Деятельность органов управления и организаций здравоохранения, неправительственных организаций системы здравоохранения;*
- *О работниках здравоохранения, внесших значительный вклад в развитие здравоохранения;*
- *Зарубежный опыт по вопросам здравоохранения;*
- *Научные статьи, обладающие научной новизной, представляющие собой результаты исследований проблемного или научно-практического характера.*

Стоимость публикации статьи - 150 сом за одну страницу, оформленную согласно требованиям (см. ниже). Минимальный объем статьи – 5 страниц. Стоимость авторского экземпляра – 500 сом.

Заявка на публикацию должна содержать:

1. Сведения об авторе(ах) в отдельном файле:
 - 1.1 Фамилия, имя, отчество
 - 1.2 Ученая степень (при наличии)
 - 1.3 Ученое звание (при наличии)
 - 1.4 Место работы
 - 1.5 Занимаемая должность
 - 1.6 Почтовый адрес с **индексом** (для пересылки авторского экземпляра журнала)
 - 1.7 Адрес электронной почты (e-mail) (для переписки с автором по вопросам публикации)
 - 1.8 Контактный телефон (обязательно! для выяснения срочных вопросов)
 - 1.9 Название статьи

Требования к оформлению статей

Текстовый редактор –Microsoft Word.

Формат – А4.

Поля – 2 см со всех сторон.

Шрифт – Times New Roman (при необходимости – другой, если шрифт не входит в список общепринятых, его нужно прислать отдельным файлом).

Размер шрифта – 14.

Межстрочный интервал – 1,5.

Абзацный отступ – 1,25.

Ориентация – книжная, без простановки страниц, без переносов, желательно без постраничных сносок.

Редактор формул – пакет Microsoft Office (MathType).

Графики, таблицы и рисунки – черно-белые, без цветной заливки. Допускается штриховка.

УДК.

Краткая аннотация статьи на кыргызском, русском и английском языках (курсивом). Аннотация содержит характеристику основной темы, цели работы и ее результаты. В аннотации указывают, что нового несет в себе данная статья по сравнению с другими, родственными по тематике. Рекомендуемый средний объем аннотации – 500 печатных знаков.

Ключевые слова и фразы (не менее 5-7).

Фамилия, имя, отчество автора(ов) (жирным шрифтом), полное название представляемой организации (вуза), e-mail (курсивом) – по левому краю, строчными буквами.

Название статьи – по центру, без отступа, прописными буквами.

Текст статьи – выравнивание по ширине.

Фамилии и инициалы.

Ссылки в тексте статьи заключаются в квадратные скобки

Список использованной литературы приводится в алфавитном порядке в конце статьи в виде нумерованного списка.

Дополнительную информацию о научно-практическом журнале «Здравоохранение Кыргызстана» можно получить по **адресу:** г. Бишкек, ул. Байтик Баатыра, 34, НПО «Профилактическая медицина», 2 этаж, редакция журнала “Здравоохранение Кыргызстана”

Конт. тел.: 0558 12 07 55; 0779 16 52 18

e-mail: info@zdrav.kg; zdrav.kg@mail.ru

Начальникам государственных отделов связи и участков. Распоряжение от 14.11.16 № 0109/4842. Журнал «Здравоохранение Кыргызстана». Подписной индекс 77316. Выходит на русском языке. Периодичность: ежеквартальная, четыре выпуска в год. Подписная цена одного номера 600 сом. За полугодие 1201 сом 11 тыйын. Годовая подписка 2400 сом. Подписка осуществляется 2 раза в год в отделения почты КР.

МАЗМУНУ / СОДЕРЖАНИЕ / CONTENTS

- 4 - Алымбаев Р.С., Карпавичус Даниус.** Жаактын редуциялык альвеолярдык өсүүсүндө бирмуунду компрессиялык импланттардын root системасын колдонуу тажрыйбасы/ Опыт применения односуставных компрессионных имплантатов системы root при редуции альвеолярного отростка челюстей/An experience of use single-component implants with 3 mm diameter of root system for reductionalveolar processes of the lower ridge
- 9 - Анарбаева Ж.А., Ташполотова А.Ш., Суранбаева Г.С., Жакишева Э.М., Максытов С.Т.** Хронический вирусный гепатит дельта/ Chronic hepatitis delta virus infection
- 14 - Бейшембаев А.М., Салиев Н.Т., Турдалиев Б.Р.** Баткен областтык бириккен ооруканасынын негизинде жүргүзүлгөн аял дардын гинекологиялык алдын ала текшерүүлөрдүн жыйынтыгы/ Итоги профилактического осмотра женского населения проведенного на базе Баткенской областной объединённой больницы/ The results of the preventive examination of the female population of the batken oblast from april 25-29, 2017 on the basis of the batken united regional hospital
- 19 - Бейшембаев А.М., Абыкеева Э.Ч., Джамангулова Т.Д.** Кыргызстандагы трофобласт дартынын даарылоо жана мониторингтин өзгөчөлүктөрү/ Особенности лечения и мониторинга трофобластических новообразований в Кыргызстане/ Peculiarities of treatment and monitoring of trophoblastic disease in kyrgyzstan
- 23 - Бейшенкулов М.Т., Чазымова З.М., Калиев К.Р., Токтосунова А.К., Абдурашидова Т.Ш.** Сол карынчанын миокардынын астыңкы бетинин инфарктынын, дарттын башында оң карынчанын коштогонуна жараша клиникалык-функционалдык өзгөчөлүктөрү / Клинико-функциональные особенности инфаркта миокарда нижней стенки левого желудочка в зависимости от вовлечения правого желудочка в дебюте заболевания/ Clinical and functional features of the inferior myocardial infarction, depending on the involvement of the right ventricle at the beginning of disease
- 29 - Ибраимхан Н.К., Турсьнов Н.И.** Цитогенетикалык туруксуздук менен баш мээ шишигинин ортосундагы корреляциялык байланыш/ Корреляционная связь между цитогенетической нестабильностью и опухолями головного мозга/ Correlation between the cytogenetic instability and the brain tumors
- 34 - Исмаилова А.Д.** Кыргыз республикасында аялдардын арасында аив-инфекциясынын таралышы/ Распространенность вич-инфекции среди женщин в кыргызской республике/ Prevalence of hiv infection among women in the Kyrgyz Republic
- 39 - Кыдыралиева Р.Б., Молдоташев И.К., Кудайбергенова Н.Т., Осмонов Д.А.** Кыргыз республикасындагы кардиологиянын өнүктүрүү тарыхы тууралуу маселеге/ К вопросу об истории развития кардиологии в кыргызской республике. сообщение (советский период)/ On the history of cardiology of the Kyrgyz Republic
- 45 - Сооронбаев Т.М., Мадемилев М.Ж., Эмилов Б.Э., Кокумбаева А.К.** Курч жана курчуп бара жаткан жөтөлдү дарылоодо левоклоперастин сиробунун эффективдүүлүгүн баалоо/ Оценка эффективности сиропа левоклоперастина у пациентов с острым и подострым кашлем/ Evaluation of efficacy of levocloperastine syrup in patients with acute and subacute cough
- 52 - Турсьнов Н.И., Ибраимхан Н.К., Кабилдина Н.А., Кенжебеков К.С.** Радиациялык жактан булганган каркаринск районундагы баш-мээнин шишик оорулары/ Заболеваемость опухолями головного мозга в радиационно - неблагополучном каркаринском районе/ Incidence of brain tumors in the radiological risk karkarin district
- 58 - Фирсов С.А., Белов Г.В.** Психоздук уздуулардын токсико-химиялык предикторужана оор скелеттик травма менен болгон пациенттердеги алкогольдук делирия коркунучу/ Токсико-химические предикторы психотических отклонений и угрозы алкогольного делирия у пациентов с тяжелыми скелетными травмами/ Toxic-chemical predictors of psychotic deviations in alcohol abstinence in patients with severe skeletal trauma
- 63 - Шукурова В.К., Мамырбаева Т.Т.** Кыргыз республикасынын микронутриенттердин жетишсиздигинин алдын алуу стратегиясы/ Стратегия по профилактике микронутриентной недостаточности в кыргызской республике/ Strategy for prevention of micronutritional insufficiency in the Kyrgyz Republic
- 71 - Акынбеков К.У., Орозалиева А.А., Шатманова Э.К.** Кыргызстандын медицина кызматкерлеринин улуу атамекендик согушка кошкон салымы/ Вклад медработников кыргызстана в великую победу/ Contribution to medical workers in Kyrgyzstan in the great victory
- 75 - ИНСТРУКЦИИ, ПОЛОЖЕНИЯ, ПРИКАЗЫ.**

Научно-практический журнал
“Здравоохранение Кыргызстана”
№2 2017 апрель-июнь
Издаётся с 1938 года

Адрес редакции:
720005, Кыргызская Республика
г. Бишкек, ул. Байтик-Баатыра, 34
Ежеквартальный тираж: 200 экз.
Заказ №2

Отпечатано в типографии
ОФ “Эпицентр”,
720028, Кыргызская Республика,
г. Бишкек, 7 мкр., дом 47, кв. 28