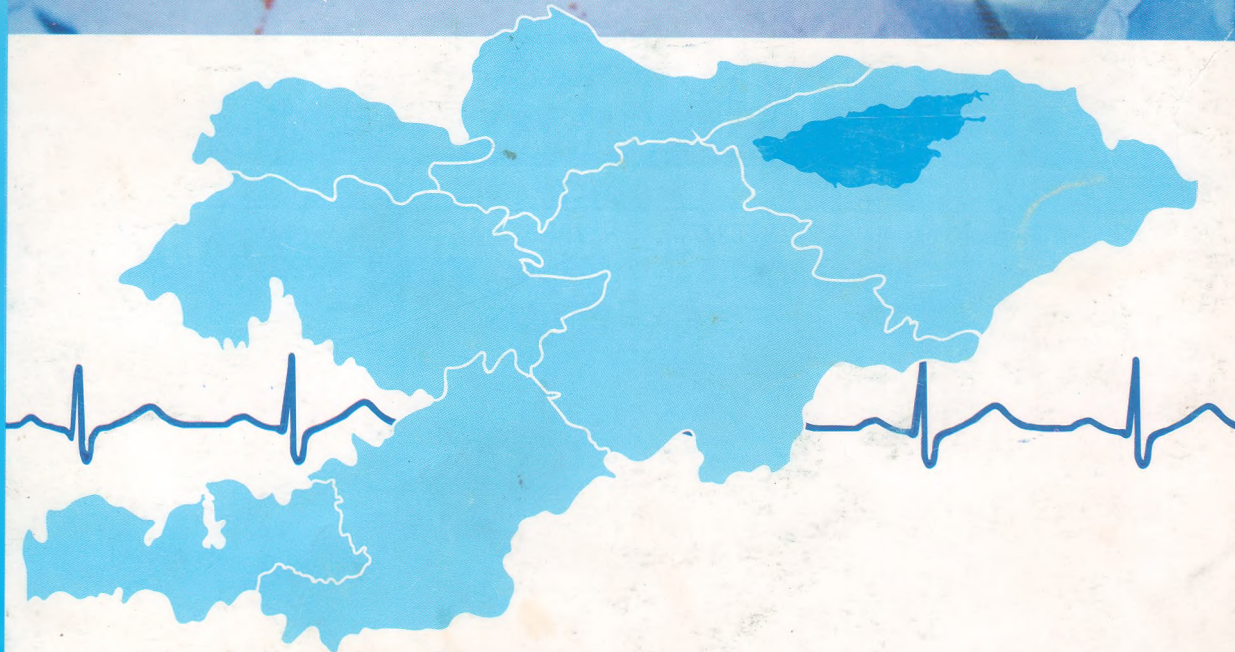




2/2006

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ *Кыргызстана*

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ



БИШКЕК • 2006



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ *Кыргызстана*

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Основан в 1938 г.

2/2006

[Handwritten signature]
15.11.2006

БИШКЕК - 2006

«ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КЫРГЫЗСТАНА»

Научно-практический медицинский журнал №2, 2006 год.

Периодичность – 4 номера в год.

Выходит на русском языке.

Журнал зарегистрирован в Министерстве юстиции Кыргызской Республики
Свидетельство № 885 от 06.11.2003 г.

Редакционная коллегия:

Ш.Н. Ниязов (главный редактор)

К.Б. Мамбетов

М.М. Каратаев (зам. Главного редактора)

Л.В. Штейнке

А.С. Ибраимова

М.М. Миррахимов

А.М. Мурзалиев

М.М. Мамакеев

Д.К. Кудаяров

Р.А. Курманов

А.С. Бейшеналиев (ответственный секретарь)

Редакционный совет:

Г.К. Алиев (Бишкек)

Т.С. Абдумомунов (Ош)

М.А. Атбаев (Нарын)

А.А. Анарбаев (Баткен)

А.Т. Исаев (Жалал-Абад)

М.А. Мамбетов (Бишкек)

З.К. Момбеков (Талас)

Д.А. Саалиева (Каракол)

Б.А. Болотбеков (Бишкек)

© Журнал «Здравоохранение Кыргызстана» № 2, 2006

Подписано в печать 25.10.06. Формат А4. Ризография.
Тираж 200 экз. Объем 164 стр.

Полиграфический комплекс «UnitPrint».
Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Московская, 73.

ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В АКУШЕРСКОЙ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (краткий рецептурный справочник)

Абдылдабекова К.Б., Алымкулов Р.Д.

Кыргызская государственная медицинская академия г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье обобщены результаты исследований ученых в области применения с лечебной и профилактической целью физических факторов в акушерстве и гинекологии за последние десять лет. Дано краткое описание аппаратуры, методик физиотерапии и показания к назначению при женских заболеваниях.

Ключевые слова: физиотерапия, акушерство, гинекология.

PHYSICAL METHODS OF TREATMENT IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGICAL PRACTICE
(Short prescription dictionary).

Abdyldabekova K.B., Alymkulov R.D. Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek city, Kyrgyz Republic

Summary: In the article the results of scientists' research in the field of physical factors application with treatment and prophylactic aims in obstetrics and gynecology for the last ten years are summarized. The brief description of apparatus, methodology of physiotherapy and indications for prescription at gynecological diseases is given.

Key words: physiotherapy, obstetrics, gynecology.

К настоящему времени отечественными акушерами-гинекологами и физиотерапевтами накоплен большой опыт по физиотерапии женских болезней. Разработаны специальные лечебные комплексы, включающие, помимо физических методов, фармакотерапевтические, гормональные и другие средства, предложены и внедрены в практику оригинальные методики физиотерапии с учетом характера заболевания, стадии и фазы патологического процесса, его локализации, особенностей клинического течения, создана специальная аппаратура, уточнены показания и противопоказания к дифференцированной физиотерапии. Все это содействовало широкому внедрению физических методов лечения в повседневную практику акушерско-гинекологических учреждений.

Предлагается краткий рецептурный справочник современных методик физиотерапии как в акушерской, так и в гинекологической практике разработанные и предложенные в последние годы.

ФИЗИОТЕРАПИЯ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

Ранний токсикоз беременных: гальванизация [6]. Аппараты «Погок-1», «НИОН». Локализация воздействия – зона солнечного сплетения: анод с электродной прокладкой размерами 9х13 см, смоченной водой, расположить между мечевидным отростком грудины и пупком; катод с электродной прокладкой размерами 11х16 см, смоченной водой, расположить симметрич-

но на спине. Сила тока до 12 мА. Ежедневно, 1 или 2 (с перерывом не менее 2 ч) раза в день. Курс до 15 процедур. Показания: слюнотечение, рвота беременных.

Поздний токсикоз беременных (гестоз): Электро-транквилизация [10] (методика Персианинова и Каструбина) Аппарат «ЛЭНАР». Локализация воздействия: раздвоенный катод расположить на лбу; раздвоенный анод – на шее под сосцевидными отростками. Электродные прокладки (фланель) смочить водой и заполнить ими углубление перед токонесущей частью электродов. Режим переменной скважности. Длительность импульсов 0,3 мс, частота следования импульсов 800-900 Гц, сила тока до 1 мА. Продолжительность процедуры 30-60 мин. Ежедневно, 1 раз в день. Курс до 8 процедур. Показания: водянка беременных, нефропатия легкой и средней степени тяжести.

Невынашивание беременности. Используется следующая методика:

электрофорез магния синусоидальными модулированными токами [7]. Аппараты «Амплипульс-4», «Амплипульс-5». Локализация воздействия: анод с электродной прокладкой размерами 9х13 см, смоченной 10% раствором магния сульфата, расположить в надлобковой области; катод с электродной прокладкой размерами 9х13 см, смоченной водой, расположить в пояснично-крестцовой области. Режим выпрямленного тока, род работы 1, частота модуляции 150 Гц, глубина модуляции 50%. Сила тока – до появления ощущения легкой

безболезненной вибрации под электродами. Продолжительность процедуры 20 мин. Ежедневно, 1 или 2 (с перерывом не менее 2 ч.) раза в день. Курс до 15 процедур. Показания: угроза прерывания беременности в первом (после 8 нед.) и втором триместрах; хронический холецистит, дискинезия желчных путей, синдром раздраженной толстой кишки.

ПОСЛЕРОДОВЫЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Ультразвуковая терапия[2]. Аппарат «ЛОР-3». Локализация воздействия – сосок. Излучатель ХТГ с площадью излучающей поверхности 2 кв. см приложить контактно последовательно к правому и левому соску; контактная среда – стерильное вазелиновое масло. ППМ 0,2-0,4 Вт/кв.см. Режим излучения непрерывный. Продолжительность воздействия по 3 мин на каждый сосок. Ежедневно, 2-3 (с перерывами не менее 1 ч) раза в день. Курс до 10 процедур. Показания: трещины сосков после предыдущих родов, субконические или уплощенные соски – с профилактической целью; трещины сосков.

Помимо этого применяются следующие методики:

а) лазеротерапия[10]. Локализация воздействия – сосок. Аппарат АЛМ «Узор-А» Электроника и комплект насадок УМКА. Насадку М 1 или, что менее удобно, М 2, присоединенную к блоку излучения аппарата, приложить поочередно к правому и левому соску. Показания: трещины сосков.

б) КУФ-облучение[7]. Аппарат «БОД-9». Положение роженицы – лежа на спине. Локализация воздействия – одновременно обе молочные железы. Расстояние до горелки 50 см. воздействия начинать с 0,5 биодозы, прибавляя каждую процедуру 0,5 биодозы и довести дозу в конце курса до 2,5 биодоз. Ежедневно, 1 раз в день. Курс до 5 воздействий. Показания: лактостаз в пределах двух и более квадрантов молочной железы.

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РЕЦЕПТУРА В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Бактериальный вагиноз: галотерапия (ГТ) [5] – использование сухого мелкодисперсного ионизированного аэрозоля натрия хлорида. Для проведения процедур ГТ используется аппарат «Галонерб» фирмы «Аэромед» (Санкт-Петербург). Эффективность ГТ в значительной степени связана с бактериостатическим действием и с соответствующим изменением рН влагалищной среды и зависит от экспозиции солевого покрытия. Методика проведения процедуры использует специальный переходник, непосредственно соединяющий измельчительную камеру прибора с аэрозольной проводящей трубкой, что позволяет повысить концентрацию аэрозоля - хлорида натрия на выходе. Проводится 5 ежедневных процедур по 5 мин с использованием стандартного загубника аппарата «Галонерб», который вводится во влагалище.

Вагинизм: дарсонвализация[4]. Аппараты «Искра-1», «Искра-3». Положение больной – лежа на спине, ноги в коленных и тазобедренных суставах и разведе-

ны. Локализация воздействия – внутренняя поверхность бедер, наружные половые органы (исключая клитор) и промежность. Электрод большой, грибовидный; методика контактная, лабильная. Интенсивность воздействия средняя. Продолжительность воздействия на каждую зону по 5 мин. Ежедневно, 1 или 2 раза с перерывом не менее 2 ч. Курс до 5 процедур. Далее без перерыва локализация воздействия – влагалище. Электроды малый ректальный для первый 3 – 5 процедур и большой ректальный для последующих воздействий. Выходная мощность – до появления ощущения слабого тепла. Продолжительность процедуры 10 мин. Ежедневно, 1 раз в день. Курс до 10 процедур. Показания: вагинизм без выраженных психических нарушений.

Гипоплазия матки: Индуктотермия[3]. Аппарат ИКВ-4. Положение больной – сидя в деревянном кресле (на стуле, табуретке), к сиденью которого снизу прикреплен индуктор-кабель в виде плоской спирали в 2,5 витка. Сила тока – до появления ощущения слабого тепла (ручка «Доза» в положении 2-3). Продолжительность процедуры 20 мин. Ежедневно, 1 раз в день. Курс до 20 процедур. Показания: гипоплазия матки.

ЗУД НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И ВЛАГАЛИЩА

Дарсонвализация[4]. Аппараты «Искра-1», «Искра-3». Локализация воздействия – наружные половые органы и промежность. Электрод малый грибовидный; методика дистанционная с малой искрой, лабильная. Интенсивность воздействия средняя. Продолжительность процедуры 10 мин. Ежедневно, 1 или 2 раза с перерывом не менее 2 ч. Курс до 10 процедур.

Показания: зуд наружных половых органов, зуд влагалища.

Кровотечение маточное дисфункциональное:

а) электростимуляция шейки матки[1]. Показания: дисфункциональное маточное кровотечение, включая мено- и метроррагию, в том числе с дифференциально-диагностической целью;

б) гальванизация[8]. Аппараты «Поток-1», НИОН. Показания: дисфункциональное маточное кровотечение, включая мено-, метроррагию, при отсутствии возможности электростимуляции шейки матки;

в) электрофорез новокаина[9]. Аппараты «Поток-1», НИОН. Локализация воздействия: анод раздвоить – электроды с прокладками размером 3х6 см, смоченными 5% свежеприготовленным раствором новокаина, расположить на правой и левой боковых поверхностях шеи на 2 см ниже углов нижней челюсти вдоль переднего края грудиноключично-сосцевидных мышц; катод с электродной прокладкой размером 6х8 см, смоченной водой, расположить на область нижних шейных позвонков. Сила тока до 10 мА. Продолжительность процедуры 20 мин. Ежедневно, 1 или 2-4 раза с перерывами не менее 1 ч. Курс до 15 процедур. Показания: ювенильное кровотечение; дисфункциональное маточное кровотечение при мастопатии и/или отсутствии возможности электростимуляции шейки матки.

ВЫВОДЫ:

1. Физиотерапевтические и физикофармакологические методы могут использоваться в комплексном лечении в акушерской и гинекологической практике как один из методов патогенетической терапии.

2. Физиотерапевтические методы лечения следует назначать в строгом соответствии с показаниями и противопоказаниями, а также соблюдать дозировку и кратность процедур.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Боголюбов В.М., Пономаренко Г.Н. *Общая физиотерапия. Учебник для студентов медицинских вузов.* – М.: Медицина, 1999. – 207с.
2. Волков А.Е., Рамышевский Н.В., Михельсон А.Ф. и др. *Место эхографии в диагностике причин синдрома тазовых болей.* //Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии. – 2000. – №1. – С.62-66.
3. Костава М.Н. *Лечение заболеваний шейки матки, обусловленных воспалительными процессами нижнего отдела генитального тракта.* //Гинекология. – 2000. – Т.2. – №3. – С.89.
4. Кулакова В.И., Прилепская А.Н. *Практическая гинекология (клинические лекции).* – М.: Медицина, 2002. – 279с.
5. Малявин А.Г., Филяева Ю.А., Умаханова М.М., Червинская А.В. *Галотерапия – новый способ лечения бактериального вагиноза.* //Вопросы курортологии физиотерапии и лечебной физкультуры. – 2004. – №5 – С.35-37
6. Стрижакова А.Н., Давыдов А.И., Белоцерковцева Л.Д. *Клинические лекции по акушерству и гинекологии.* – М.: Медицина, 2000. – 412с.
7. Стрижакова А.Н. *Избранные лекции по акушерству и гинекологии.* – М.: Медицина, 2000. – 304с.
8. Стругацкий В.М., Арсланян К.Н., Маланова Т.Б. *Физиотерапевтическая рецептура в гинекологической практике (краткий справочник).* //Вопросы курортологии физиотерапии и лечебной физкультуры. – 1996. – №3 – С. 50-53.
9. Стругацкий В.М., Арсланян К.Н. *Физиотерапевтическая рецептура в гинекологической практике (краткий справочник).* //Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. – 1996. – №4 – С. 46-49.
10. Стругацкий В.М., Арсланян К.Н. (Москва). *Физиотерапевтическая рецептура в акушерской практике.* //Вопросы курортологии физиотерапии и лечебной физкультуры. – 1996. – №2 – С. 49-53.

АНАТОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ЧЕЛОВЕКА

Гайворонская Ю.Б., Жанганаева М.Т., Абдыгазиев С.Т., Жоомартов У.А.

Кафедра нормальной и топографической анатомии, Кыргызская государственная медицинская академия, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Анатомия и топография бронхолегочных лимфатических узлов изучены на 21 трупе взрослых людей. Исследование показано, что бронхолегочные лимфатические узлы располагаются на передней, задней, верхней и нижней поверхностях правого и левого главных бронхов. Определено количество правых и левых бронхолегочных лимфатических узлов и их расположение по отношению к грудным позвонкам.

Ключевые слова: лимфатические узлы, бронхолегочные, количество, топография.

ANATOMICAL INVESTIGATION THE BRONCHOPULMONAL LYMPHATIC NODES OF HUMAN.

Y.B. Gaivoronskay, U.A. Goomartov, M.T. Ganganaeva, S.T. Abilgaziev.

Summary: Anatomy and topography the bronchopulmonal lymphatic nodes were investigated on 21 cadavers of adult. Established that the bronchopulmonal lymphatic nodes are located on the anterior, posterior, superior and inferior surfaces of the right and left main bronchi. Determined the quantity and their location near the thoracic vertebra.

Key words: lymphatic nodes, bronchopulmonal, quantity, topography.

ВВЕДЕНИЕ

Особенностью клинического течения рака легких является раннее метастазирование в регионарные лимфатические узлы. У 50–55% раком легких к моменту поступления в клинику уже имеются метастазы в регионарных лимфатических узлах, в первую очередь метастазами поражаются бронхолегочные узлы, которые для легких являются узлами I этапа [4]. Поэтому хирургическое лечение рака легких, выполнение онкологических обоснованных операций с обязательным удалением пораженных метастазом лимфатических узлов легких настоятельно требуют точного знания анатомии и топографии этих узлов.

Между тем анализ литературы показывает, что сведения об анатомии и топографии бронхолегочных лимфатических узлов располагается к легким наиболее близко и чаще всего поражающихся метастазами опухоли неполные противоречия и получены, главным образом, при исследовании трупов плодов, новорожденных детей и детей первого года жизни. [3; 6; 7].

Отсутствуют в литературе сведения о вероятности топографии, количества правых и левых бронхолегочных лимфатических узлов, их размеров, нет данных о скелетотопии этих узлов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ и топография бронхолегочных лимфатических узлов изучены на 21 трупе взрослых людей, погибших в возрасте от 18 – 73-х лет, от случайных причин и не имевших при жизни заболеваний легких и лимфатической системы.

Бронхолегочные лимфатические узлы выявлялись методом внутритканевой и прямой инъекций лимфатических сосудов легких моно – и полихромными массами, приготовленными по типу массы Герота (1896). Полученные цифровые данные о вариантах количества и размеров бронхолегочных лимфатических узлов, обрабатывались методами вариационной статистики.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ

Действительное исследование топографии бронхолегочных лимфатических узлов показано, что эти узлы располагаются на передней, задней, верхней и нижней поверхностях правого и левого главных бронхов. При изучении препаратов отмечено, что не все подгруппы бронхолегочных лимфатических узлов встречаются постоянно. Чаще всего как справа, так и слева встречаются верхние и нижние бронхолегочные лимфатические узлы, реже – задние бронхолегочные лимфатические узлы. Наличие всех подгрупп бронхолегочных лимфатических узлов обнаружено справа в 18,8 - 22,5% слу-

чаев, слева – в 28,8 – 30% случаев; две подгруппы – в 26,7 – 30% справа и в 16,7 – 35% случаев слева; только одна подгруппа бронхолегочных узлов выявлена в 2,4 – 7,5% случаев справа и в 2,5 – 13,3% случаев слева.

Общее количество правых бронхолегочных лимфатических узлов колеблется от 3 до 17 (в среднем 8), а левых – от 2 до 22 (в среднем 5). Наши данные не согласуются с данными некоторых авторов, которые указывали, что общее количество лимфатических узлов легких колеблется от 20 до 30 узлов по данным W.Smidt (1843) и от 50 до 60 узлов В.В. Сукенников (1903). Такую разноречивость сведений о количестве этих лимфатических узлов можно объяснить неоднородностью материалов исследования. Кроме того к группе бронхолегочных лимфатических узлов причислялись узлы, расположенные не только по ходу бронхов, но и трахеи [2].

Продольные размеры правых бронхолегочных лимфатических узлов составляют $6,37 \pm 0,56$ мм, левых $\pm 8,31 - 0,61$ мм. По данным же Ф. А. Астраханцева, Т.М. Путиевской, Т.И. Нечаевой (1971) средние размеры бронхолегочных лимфатических узлов равняются 20 мм.

Нижняя граница правых бронхолегочных лимфатических узлов соответствует уровню межпозвоночного диска между телами VI–VII грудных позвонков (в 80,8% случаев), верхняя – уровню межпозвоночного диска между телами V–VI грудных позвонков (в 76,1% случаев). Нижними границами расположения левых бронхолегочных лимфатических узлов является уровень межпозвоночного диска между телами VII – VIII грудных позвонков (85,7% случаев), верхней границей – уровень тела VI грудного позвонка (в 80,9% случаев).

ВЫВОДЫ

1. Бронхолегочные лимфатические узлы являются непостоянной группой узлов легких.
2. Среди бронхолегочных лимфатических узлов чаще выявляются как справа, так и слева верхняя и нижняя подгруппа узлов, реже – задняя подгруппа.
3. Границы локализации правых бронхолегочных лимфатических узлов выше на один позвонок, границы левых бронхолегочных узлов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астраханцева Ф.А. Путиевская Т.Ш. Нечаева Т.И. Методика диагностических пункций перитрахеобронхиальных лимфатических узлов при болезни Бенье-Бека-Шауманна. Грудная хирургия, 1975. - №5. - С.89-95.
2. Сукенников В.А. Топографическая анатомия бронхиальных и трахеальных лимфатических желез. Проблемы туберкулеза, 1949. - №5. - С.18-29.
3. Тюрина А.А. Связи внеорганных лимфатических сосудов легких у детей. В сборнике научных трудов Ивановского медицинского института. 1965. - т.23. - С.227-228.
4. Keller S.M., Wagner H., Johnson D.N. //Ann.Thorac.Surg.-200.-vol 70.- №2.- p. 358-365. 2000.
5. International Union Against Cancer (UICC): TNM classification of Malignant Tumors /Eds L.H. Sobin, Ch. Witte-Kind, 1997.
6. Pouviere H. Anatomie des lymphatiques de l'homme, - Paris, 1932
7. Schmidt W. Die lymphknoten der menschlichen lunge, - Zeitschrift für Anat. und Entwicklungsgeschichte, 1955, Bd.118, Luit 5-6.

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА У ДЕТЕЙ

Иманахунова Э.Т.

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

Во всем мире проблема рационального использования лекарственных препаратов занимает одно из важнейших мест в ряду других социально-экономических проблем [2].

Экономическая оценка лечебного процесса – это способ определения эффективности денежных затрат при использовании различных методов медицинской помощи, поэтому в развивающихся странах со слабой экономикой особенно, необходимо использовать метод экономической оценки [1].

В условиях современной экономики при выборе схемы лечения, а также для обеспечения более рациональных решений при составлении формуляров лекарственных средств, ассигновании ресурсов на здравоохранение необходим рациональный подход, реализующийся через проведение фармакоэкономических исследований [3].

Одним из рычагов снижения затрат на систему здравоохранения является метод экономической оценки результатов работы любого из звеньев системы здравоохранения и поэтому он используется во всем мире, а для Республики Казахстан этот подход должен быть одним из главных приоритетов в здравоохранении.

Фармакоэкономический анализ направлен не на изменение подходов терапии, а на снижение и контроль затрат, рационализации терапии путем правильного выбора лекарственных средств по терапевтическим и затратным признакам.

Цель данной работы – ретроспективный анализ денежных расходов при лечении детей с вирусным гепатитом в детской инфекционной больнице г. Алматы.

Для решения основной цели исследования были поставлены следующие задачи:

- определить прямые и непрямые медицинские расходы и общую стоимость болезни;
- установить затраты на единицу эффективности тех или иных программ лечения детей с вирусным гепатитом.

С этой целью были проанализированы 130 историй болезни детей возрасте 1-14 лет, пролеченных в стационаре в период 2001-2002 годы. Для проведения анализа больные были сгруппированы по типам и формам вирусного гепатита, и для определения затрат при госпитализации в стационар были рассчитаны медицинские и немедицинские расходы, затраты на 1 койко-день, общий объем медицинских затрат, объем медицинских

Таблица 1

Распределение больных с вирусным гепатитом у детей по формам заболевания

№	Тип и форма вирусного гепатита	Количество больных, абсолютное число	Количество больных, относительное число, %
1.	«А» – легкая форма	4	3,0
2.	«А» - легкая форма + хронический ВГ неустановленной этиологии	4	3,0
3.	«А» - среднетяжелая форма + сопутствующие заболевания ЖКТ	28	21,6
4.	«А» среднетяжелая форма + хронический ВГ неустановленной этиологии	18	13,8
5.	«А» - среднетяжелая форма + хронический ВГ «В»	47	36,4
6.	«А» – атипичная форма	2	1,5
7.	«А» – тяжелая форма	1	0,8
8.	«В» – минимальной степени активности	6	4,6
9.	«В» - интегрированная форма	13	10,0
10.	«В» - высокой степени активности	5	3,8
11.	Хронический ВГ «С»	2	1,5
12.	ИТОГО	130	100,0

затрат на 1 больного, занятость койко-день, стоимость болезни и расходы на единицу эффективности по методу анализа «затраты/эффективность».

В таблице 1 представлена структура заболеваемости детей по типу и формам вирусного гепатита, где больные с вирусным гепатитом были разделены на 11 групп.

Как видно из таблицы 1, из 130 взятых на анализ историй болезни основная масса больных (97) составляла дети, заболевшие вирусным гепатитом «А» от легкой формы до сочетанной с другими типами вирусного гепатита.

В структуре больных, зараженных вирусным гепатитом типа «А» основное место (47) занимает вирусный гепатит «А» в среднетяжелой форме в сочетании хроническим вирусным гепатитом типа «В». Далее больные (28) с вирусным гепатитом «А» в среднетяжелой форме с сопутствующими заболеваниями желудочно-кишечного тракта и больные (18) с вирусным гепатитом «А» в среднетяжелой форме с сопутствующим хроническим вирусным гепатитом неустановленной этиологии. Остальную группу составляют дети, заболевшие с вирусным гепатитом типа «В» (24) и 2 – больные с хроническим вирусным гепатитом типа «С».

Анализ результатов лечения 130 больных различными типами и формами вирусного гепатита показал (таблица 2), что пребывание больных в стационаре составляет в среднем 12,6 койко-день.

Основная доля денежных затрат приходится на диагностику заболевания – 205 921 тенге. При этом затраты на лекарственные средства (76 806,4 тг) в 2,7 раза ниже, чем на диагностические процедуры.

Расходы стационара на питание 130 больных составили 140 423,8 тенге. Затраты финансовых средств в пересчете на одного больного показали, что по группам расходы на лекарственные средства составили 6 982,4 тенге, на диагностические процедуры – 18 720,1 тенге и на питание – 12 765,8 тенге соответственно.

Анализ расходов стационара при лечении больных по типам и формам вирусного гепатита показал, что при лечении 4 больных (3,0%) с вирусным гепатитом типа «А» в легкой форме общая стоимость болезни составляет 17 758,5 тенге, при этом занятость койко-день составила 10,2 дней; затраты на 1 койко-день – 1 741 тг; объем прямых медицинских затрат на 1 больного – 3 139,6 тг. Непрямые медицинские расходы на 1 больного – 5200 тенге.

Общая стоимость болезни у детей с вирусным гепатитом типа «А» в легкой форме составила 23758,5 тенге, а пересчете на 1 больного она составляла 5939,6 тенге. Затраты стационара на единицу эффективности больных этой группы – 6 047 тг.

Объем общих прямых и непрямых медицинских затрат при лечении 28 больных (21,6%) с вирусным гепатитом типа «А» среднетяжелой форме с сопутствующими поражениями желудочно-кишечного тракта с продолжительностью 14 койко-дней составлял 156634 тенге.

Расходы на 1 койко-день составили 11 188,1 тг; прямые и непрямые медицинские затраты на 1 больного соответственно составили – 5594 и 1810,7 тенге.

Общая стоимость болезни этой группы больных – 215 134,2 тг.

Таблица 2

Объем общих затрат при лечении 1 больного с вирусным гепатитом

№	Тип и форма вирусного гепатита	К-во больных	Средняя койко-день	Затраты на лек.средства, тенге	Затраты на диагностику, тенге	Затраты на питание, тенге
1.	«А» - легкая форма	4	10,2	3668,5	8890	5 200
2.	«А» - легкая форма + хронический ВГ неустановленной этиологии	4	13	2397	1105	6 760
3.	«А» - среднетяжелая + сопутствующие поражения ЖКТ	28	14	38 834	67 100	50 700
4.	«А» - среднетяжелая + хронический ВГ неустановленной этиологии	18	14,9	28 717,7	46 134	34 970
5.	«А» - среднетяжелая форма + хронический ВГ «В»	47	18,2	19 186,4	24 790	14 170
6.	«А» - атипичная форма	2	11	2808,6	3890	2494
7.	«А» - тяжелая форма	1	18	3401,5	2510	2340
8.	«В» - минимальной степени активности	6	9,4	6771	12 740	6110
9.	«В» - интегрированная форма	13	14,2	5967,6	16 545	9230
10.	«В» - высокой степени активности	5	8,3	6848,5	16 997	6500
11.	Хронический ВГ «С»	2	7,5	684	5220	1950
12.	Итого	130	12,6	6 982,4	18 720,1	12 765,8

Анализ денежных затрат по методу оценки «затраты-эффективность» показал, что на единицу эффективности расходы составляют – 8 501 тг.

При лечении 1 - больного с вирусным гепатитом типа «А» в тяжелой форме, средняя койко-день составила 18 дней; общий объем прямых медицинских услуг 8611,5тг; непрямые медицинские затраты 2340 тг; стоимость болезни и затраты на единицу эффективности - 10951,5тг.

Расходы стационара при лечении 1 больного с вирусным гепатитом в среднетяжелой форме в сочетании с сопутствующим хроническим вирусным гепатитом типа «В» обходится в 58 146,4 тенге. Стоимость 1 койко-день -3194,8 тенге. Прямые медицинские затраты на 1 больного 43 976 тенге, расходы на питание – 14 170 тенге.

При лечении 24 (18,4%) детей, зараженных с вирусным гепатитом типа «В» в различных формах занятость коек составляла в среднем 10,6-дней; общие медицинские и немедицинские затраты – 88161 тг; расходы на 1 койко-день составили – 8317,1 тг; затраты на 1 больного - 3534,8 тг.

Что касается расходов по формам заболевания то видно, что лечение вирусного гепатита типа «В» в минимальной степени активности затраты по определяемым показателям составляли соответственно - средняя

койко-день - 9,4, общие медицинские затраты – 25 621 тенге, расходы на 1 койко-день – 2 725,6 тенге и затраты на 1 больного – 4 270,2 тенге «Стоимость болезни» составляла 14 628 тг. Затраты на единицу эффективности у выздоровевших больных составляли - 14 824 тг.

Таким образом, рассчитанные прямые и косвенные медицинские затраты, которые несет стационар при лечении детей с вирусным гепатитом показали на неоднозначность расходов стационара как по типам, так и по формам заболевания.

Полученные результаты дают основание для дальнейшего анализа затрат стационара при различных программах лекарственного лечения больных с вирусным гепатитом, что в конечном итоге даст возможность определить фармакоэкономическую эффективность затрат стационара.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шейман И.М. Экономика здравоохранения, 2001.
2. Аксенова А.Г., Фисенко В.П., Дрожжин А.П. Принципы фармакоэкономических исследований. /Фармакоэкономика, 2000.
3. Лабзник Л. Горюловский и др. Фармакоэкономика. /Фармацевтический вестник № 24, 2001., с.20.

ЭПИЗООТОЛОГИЧЕСКАЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИИ ЭХИНОКОККОЗА В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ В ПЕРИОДЫ ДО- И ПОСЛЕ ПРИНЯТИЯ СУВЕРЕНИТЕТА КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКОЙ

Караева Р.Р., Paul R., Torgerson, Раимкулов К.М.

*Кыргызская государственная медицинская академия, Кыргызская Республика
Институт паразитологии Цюрихского Университета, Швейцария*

Резюме: Объект исследования: население, сельскохозяйственные животные, истории болезней, факторы риска инвазии эхинококкозом. **Целью работы** явилось изучение эпизоотологической и эпидемиологической ситуаций в сравнительном аспекте в периоды до- и после принятия суверенитета республикой. **Методы исследования:** анкетирование, статистический, инструментально-иммунологический (УЗИ и ИФА). **Научная новизна:** комплексное инструментально (УЗИ) и иммунологическое (ИФА) обследование населения Кыргызской Республики - прогностическое. Значение серологического метода (ИФА) для диагностики доклинических форм (эхинококковые пузыри в органах).

Ключевые слова: эхинококкоз, сельскохозяйственные животные, население, гиперэндемичные районы, УЗИ, ИФА, эпидемиологический надзор.

EPIZOOTOLOGICAL AND EPIDEMIOLOGICAL STUDIES OF ECHINOCOCCOSIS IN KYRGYZ REPUBLIC IN COMPARATIVE ANALYSIS BEFORE AND AFTER NIS

Karaeva R.R., Paul R., Torgerson, Raimkulov K.M. Kyrgyz State Medical Academy, Kyrgyzstan. Zurich Institute of Parasitology, Switzerland.

Summary: The object of research; livestock, cases of history, risk factor of invasion by echinococcosis. The aim of research: study of echinococcosis epizootology and epidemiology in the contemporary conditions of the sovereign republic and control improving.

Methods of research: statistic and instrumental-immunological (ultrasonography and ELISA).

Scientific novelty: complex instrumental (ultrasonography) and immunological (ELISA) examination of the Kyrgyz Republic population is prognostic. ELISA – importance of serological methods for subclinical forms of diagnostics (echinococcosis cysts in organs) with carrying out of conservative treatment.

Key words: echinococcosis, livestock, population, hyperendemic regions, ultrasonography, ELISA, epilemiological control.

ВВЕДЕНИЕ

Кыргызстан является гиперэндемичной территорией по эхинококкозу. Количество собак, зарегистрированных ветеринарной службой достигает в республике более 100 тыс.голов. Отмечается тенденция к росту инвазии эхинококком сельскохозяйственных животных, особенно среди мелкого рогатого скота (мрс). Ослабление профилактических и противоэпизоотических мероприятий в индивидуальном секторе способствовало росту эхинококкоза среди населения ($9,7\text{‰}$ в 2003 г. против $6,2\text{‰}$ в 1990 г.). Так, заболеваемость эхинококкозом в г. Бишкек в 2000 г. составила $8,4\text{‰}$ против $2,8\text{‰}$ в 1994 г., а удельный вес детей до 14 лет в возрастной структуре эхинококкоза в 1999 г. $31,9 \pm 1,9\%$ против показателя $17,5 \pm 6,0\%$ в 1994 г. [7,8,9].

Целью работы явилось изучение эпизоотологической и эпидемиологической ситуаций в сравнительном аспекте в периоды до- и после принятия суверенитета республикой.

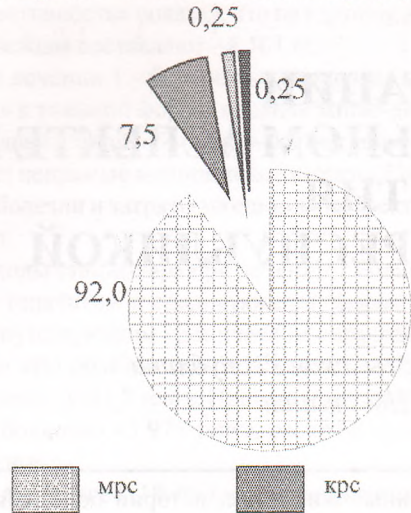
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Население Кыргызской Республики, сельскохозяйственные животные, истории болезней. Методы - статистический, инструментальный, серологический.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Животноводство в Кыргызской Республике является одной из ведущих отраслей сельского хозяйства, что связано с географическим расположением территории и природно-климатическими условиями.

I период 1990 г. до проведения реформ



II период 2002 г. по истечении 12 лет от начала реформ

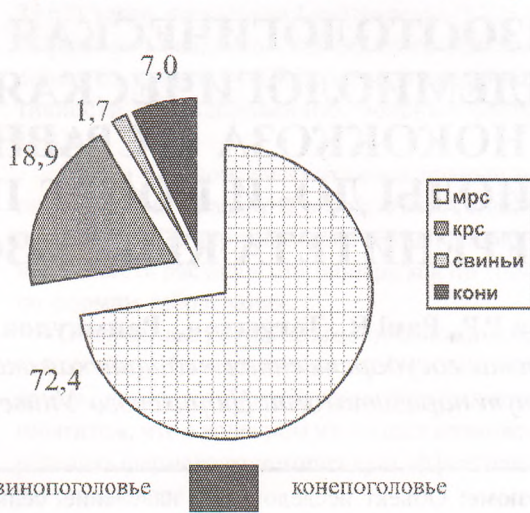


Рисунок 1. Структура инвазированных эхинококкозом с/х животных

После распада Советского Союза и приобретения суверенитета в республике в переходный период к новым рыночным отношениям произошли существенные изменения в социально-экономической ситуации. Основными объективными и субъективными факторами явились развал существовавшей системы с построением и формированием нового института фермерства и создание индивидуальных форм собственности, а также разрыв межгосударственного сотрудничества и централизованного обеспечения. За 13 лет проведения аграрно-земельной реформы отмечено (1990-

2002 гг.) резкое снижение численности поголовья скота [4,5].

Начиная с 1990 г. на 17,7% сократилось поголовье крупного рогатого скота (крс), мелкого рогатого скота (мрс) на 62,3%, свиней на 77,9%. Что касается конеполовья, то отмечается увеличение численности поголовья на 13,3% по сравнению с исходным 1990 г., что, вероятно, связано с уменьшением технического обеспечения сельского хозяйства и использованием коней, как гужевого транспорта [6,8,9].

В течение 14-летнего периода наблюдения в респуб-

Таблица 1

Динамика заболеваемости эхинококкозом за 14-летний период наблюдения (на $\frac{0}{0000}$ и тенденция в %)

Периоды наблюдения							
I				II			
годы	абс.	$\frac{0}{0000}$	тенденция (%)	годы	абс.	$\frac{0}{0000}$	тенденция (%)
1986	112	3,0		1991	230	5,0	-19,2
1987	115	3,0	0	1992	245	5,5	+3
1988	160	4,0	+25	1993	254	5,3	-3,7
1989	132	3,0	-33	1994	205	4,5	-15,1
1990	275	6,2	+106,6	1995	234	6,9	+53,3
				1996	284	8,3	+20
				1997	315	9,4	+13,2
				1998	379	14,1	+50,5
				1999	573	11,8	-16,4
				2000	566	11,7	-0,9
				2001	477	9,9	-15,4
				2002	470	9,4	-5,7
				2003	487	9,7	+3
Итого	794	3,8	+16,6	Итого	4719	8,5	+70
В среднем за 1 год	159			В среднем за 1 год	363		

I – период до- II – после принятия суверенитета

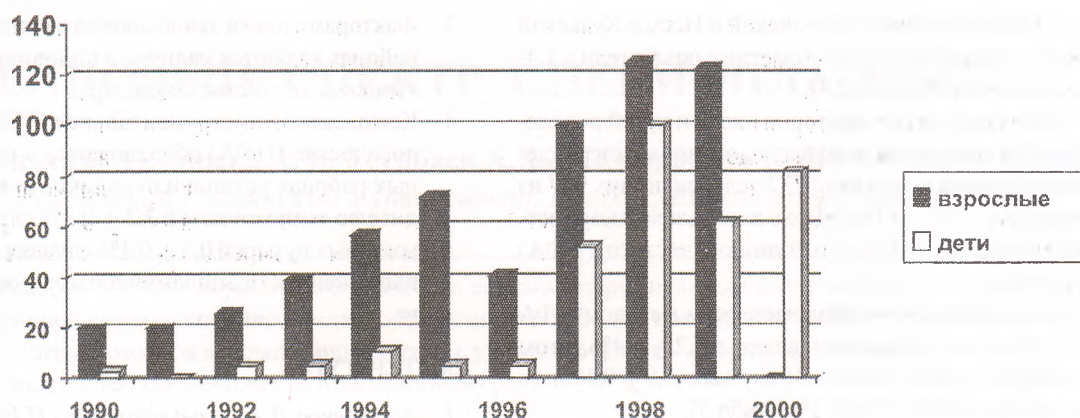


Рисунок 2. Возрастная структура больных эхинококкозом по данным историй болезней хирургических стационаров г.Бишкек

лике средние показатели пораженности мрс составили $28,5 \pm 0,3\%$, крс $13,0 \pm 0,1\%$, свиней $1,8 \pm 0,05$ и коней $1,0 \pm 0,08\%$.

В структуре больных эхинококкозом сельскохозяйственных животных в 1990 г. (до принятия суверенитета) на долю мрс приходилось 92,1%, крс - 7,5%, коне- и свиноголовья по 0,2%, а по истечении 12 лет 72,4%, 18,9%, 1,7%, 7,0% соответственно (рис. 1).

Тенденция к росту заболеваемости людей эхинококкозом за 14-летний период наблюдения (табл. 1) с момента принятия суверенитета.

Эхинококкоз диагностируется в основном в хирургических стационарах. Так, при анализе 262988 историй болезней хирургических отделений стационаров, дислоцированных в г.Бишкек эхинококкоз выявлен у 633 больных ($0,24 \pm 0,001\%$) [2].

Увеличение удельного веса детей в числе заболевших эхинококкозом в отдельные годы в целом по республике достигало 14,9% (рис. 2).

На эндемичных по эхинококкозу территориях республики выделяются гиперэндемичные районы с более высокими показателями заболеваемости - Кочкор-

Таблица 2

Факторы риска при эхинококкозе населения в гиперэндемичных пилотных районах Нарынской и Иссык-Кульской областей (%)

Наличие			Контакт с собакой			Водоснабжение				
собак	мрс	огородов	прямой	доступ к огороду	скармл. отходами со стола	река	кол одец	центр. водоснаб.	кол онка	кран в доме
$63,5 \pm 1,4$	$60,6 \pm 1,1$	$95,7 \pm 0,5$	$68 \pm 1,1$	$96,9 \pm 0,4$	$60,4 \pm 1,1$	$0,9 \pm 0,2$	$3,6 \pm 0,4$	$95,5 \pm 0,6$	$92 \pm 0,6$	$3,3 \pm 0,4$

Таблица 3

Результаты обследования иммунологическим тестом ИФА различных возрастных групп населения в гиперэндемичных пилотных районах

Возрастные группы (в годах)	Число обследованных	Положительная реакция ИФА			
		к числу обследованных		к числу положительных реакций	
		абс.	% ($p \pm m$)	абс.	% ($p \pm m$)
до 14 лет	220	8	$3,6 \pm 1,2$	8	$14,2 \pm 4,6$
15 - 19	205	11	$5,3 \pm 1,5$	11	$19,3 \pm 5,3$
20-29	331	10	$3,0 \pm 0,9$	10	$17,8 \pm 5,1$
30-39	344	11	$3,1 \pm 0,9$	11	$19,6 \pm 5,3$
40-49	269	10	$3,7 \pm 1,1$	10	$17,8 \pm 5,1$
50-59	121	4	$3,3 \pm 1,6$	4	$7,1 \pm 0,4$
60-69	107	1	$0,9 \pm 0,9$	1	$1,7 \pm 1,7$
70-79	116	1	$0,9 \pm 0,9$	1	$1,7 \pm 1,7$
80 и старше	24	0	0	0	0
Итого	1737	56	$3,2 \pm 0,4$	56	100

ский и Тонский районы Нарынской и Иссык-Кульской областей, превышая среднеобластные показатели в 1,4-1,5 раза соответственно [7,8].

В целях выявления факторов риска и путей передачи инвазии нами проведено исследование в гиперэндемичных районах с охватом 1737 человек, из них 947 из Кочкорского и 790 из Тонского с использованием инструментального (УЗИ) и иммунологического (ИФА) методов [1].

При обследовании серологическим методом ИФА положительные реакции выявлены в $3,2 \pm 0,4\%$, в том числе в Кочкорском районе в 36 случаях ($3,8 \pm 0,1\%$) и в Тонском районе 20 ($2,5 \pm 0,3\%$) [табл.3].

Максимальное число лиц, серопозитивных в ИФА составило $82,1 \pm 5,1\%$ среди взрослого населения в возрасте 15-59 лет (с пределами колебания $3,0 \pm 0,9-5,3 \pm 1,5\%$), а среди детей показатель серопозитивных лиц оказался также значительным ($4,7 \pm 0,6\%$). При этом у 6 серопозитивных выявлены эхинококковые пузыри в печени при УЗИ.

При обследовании инструментальным методом (УЗИ) наличие специфических поражений в органах (эхинококковые кисты) выявлены у 2-х обследованных в Кочкорском и у 4-х в Тонском районах ($5,5 \pm 2,4$ и $20 \pm 8,9\%$) соответственно при положительных реакциях в ИФА. Совпадение результатов УЗИ и ИФА указывает на специфичность этой реакции и реализацию контакта с возбудителем в патологический процесс. Все указанные обследованные имели в наличии факторы риска, характерные для инвазии эхинококкозом.

ВЫВОДЫ

1. По частоте инвазированности и степени контакта с основным источником (собака) наиболее эпидемически значимы овцы, составляя $92,0 \pm 0,5\%$ в структуре больных сельскохозяйственных животных и 72,4% в общей численности сельскохозяйственных животных.
2. В переходной период к рыночной экономике одновременно с ухудшением социально-экономической ситуации в республике отмечена тенденция к росту эхинококкоза среди населения с приростом в отдельные годы от 31,3% до 53,3%. Увеличение доли детей в структуре эхинококкоза до 14,9% (35,9% против 25,0%) в республике и 34,9% (46,3% против 11,4%) в гиперэндемичной Нарынской области указывает на отягощение эпидемического процесса.

3. Факторами риска эхинококкоза в гиперэндемичных районах являются наличие в индивидуальном крестьянском хозяйстве собак, мрс.
4. Комплексное инструментальное (УЗИ) и иммунологическое (ИФА) обследование в гиперэндемичных районах установило наличие антител к возбудителю эхинококкоза в $3,2 \pm 0,4\%$ случаях и эхинококковых пузырей $0,3 \pm 0,1\%$ случаях, что говорит о напряженности эпидемического процесса в регионе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамбеков Д.А., Альджамбаева И.Ш., Ашираниева А.Б., Сободаха М.А. Значение иммуноферментного метода в алгоритме лечения и наблюдения за больными эхинококкозом. //Матер. IY съезда гигиен. эпидем. микробиол. паразитол. и инфекционистов. Бишкек. 2002. - С. 442-445.
2. Акылбеков И.К., Акматов Б.А., Джоробеков А.Д., Кенжаев М.Г., Мусаев А.И., Омурбеков Т.О. Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза (руководство для врачей). Бишкек, 2003. 348 с.
3. Волох Ю.А. Эхинококкоз и альвеококкоз человека. - Фрунзе, 1965. 268 с.
4. Информационное сообщение Национального статистического комитета Кыргызской Республики. 2004.
5. Итоги деятельности санитарно-эпидемиологической службы Кыргызской Республики (ДГСЭН). Бишкек, 2002, 58 с.
6. Касымбеков Б.К., Акматов Б.А., Мамытов К.М. Особенности борьбы с эхинококкозом животных и человека в Киргизии. //Тез. докл. Современное состояние и перспективы оздоровления хозяйств от эхинококкоза и цистицеркоза. М. 1990. С. 68-69.
7. Karaeva R, Corkeri N, Torgerson P.R., Kuttubaev O, and Abdijaparov T.A. "The Prevalance Of Cystic Echinococcosis In A Rural Population In Kyrgystan. //XXIth INTERNATIONAL CONGRESS OF HIDATOLOGY. 2001. P. 304.
8. Kuttubaev, O., Karaeva, R., Torgerson, P Human cystic hydatid disease in Kyrgystan: an epidemiological study. //Jorn. Acta Tropica. 2003. №85, P.51-61.
9. Echinococcosis in Kyrgyz Republic. //Kuttubaev O.T., Kasimbekov B.K., Omorov R.A., Karaeva R.R. Echinococcosis in Central Asia: Problems and solutions. Zurich-Almaty. 2004. -P.31-43.

ПРОТЕИНОВЫЙ СПЕКТР СПЕРМОПЛАЗМЫ

Кондратьев А.В., Соикоева А.Т., Усупбаев А.Х., Садырбеков Н.Ж., Алжикеев С.Ж.
Кыргызско-Российский Славянский Университет, Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Для оценки нормального белкового состава спермоплазмы было отобрано 20 образцов влагалищной слизи со сперматозоидами. Для решения этих диагностических задач изучен белковый состав сперматозоидов во влагалищной среде с учетом их физико-химических показателей.

Ключевые слова: спермоплазма, влагалищная среда

PROTEIN SPECTRUM OF SPERMOPLASMA

Kondratiev A., Soicoeva A., Usupbaev A., Sadyrbekov N., Aljikeev S.
Kyrgyz-russian slavic university, Bishkek

Summary: Physicochemical assay for protein composition was made 20 fertile. The data obtained indicate that WBS in the semen correlates closely with reduced concentrations of modeless restructures or, modeless bacteria's vaginales.

Key words: spermoplasma, vaginales shreds.

ВВЕДЕНИЕ

По данным литературы кислая фосфатаза спермоплазмы – это фермент, который является специфическим белком и, выполняет роль биологического катализатора и ускоряет ход биохимических реакций в спермоплазме (1,7). Головка сперматозоидов является носителем ферментов спермоплазмы, что обеспечивает им проникающую способность (8). В связи с чем, качественная характеристика фертильности спермы во влагалищной среде зависит не только от концентрации в ней различных гормонов, фруктозы и ферментов, но, в первую очередь, от состояния белков спермоплазмы (2, 5, 6). Поэтому необходима дифференцированная оценка белковой структуры спермоплазмы во влагалищной среде для повышения оплодотворяющей способности спермы, а также для контроля за эффективностью лечения бесплодного брака.

Используемые следующие общепринятые методы диагностики - клинико-морфологический, биохимический и др., не всегда точно отражают качественную характеристику белковой структуры во влагалищной среде (1, 3, 4).

Цель работы - изучить влияние патологического микробиоценоза влагалищной среды на состояние белкового фертильного спектра сперматозоидов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен двухэтапный комплекс анализов сперматозоидов во влагалищной среде у 20 здоровых фертильных супругов, находящийся в бесплодном браке в возрасте от 20 до 45 лет.

Общий белок эякулята во влагалищной среде определяли биуретовым методом (в норме 65-85 г/л).

Для исследования были выбраны следующие белковые фракции спермоплазмы во влагалищной среде: кислая фосфатаза спермоплазмы (КФС) или простати-

ческая кислая фосфатаза (ПКФ) и простатоспецифический антиген (ПСА).

Первый этап включал оценку физико-химических и морфофункциональных показателей сперматозоидов: объем, время разжижения, вязкость, реакция pH эякулята, общее число сперматозоидов, количество клеток сперматогенеза, лейкоцитов и некроспермия. В этом этапе мазок влагалищной среды, содержащий сперматозоиды, погружали в краску, предложенную Мусуралиевым М.С., Тен И.Б., Алжикеевым С.Ж. (2005) в течение 25-30 минут. Хорошо ополаскивают в воде и высушивают. Приведем некоторые преимущества предлагаемой окраски: при окрашивании клетки эпителия приобретают розовый цвет, четко окрашиваются ядра, эпителия, бактерии приобретают темно синий цвет, трихомонады окрашиваются в сине-фиолетовый цвет с ярко выраженной цитоплазмой и четким контуром удлиненного ядра, у лейкоцитов хорошо видны структура ядра и т.д.

На втором этапе через 1 час после акта произвели забор влагалищной среды в объеме 1 мл у женщин (в середине овуляции) и проводили центрифугирование при 1000 об/мин в течение 20-25 минут. Белковую структуру определяли с помощью стандартных протеин-нотестом фирмы «Ventor – Best».

Результаты исследования и их обсуждение. Для изучения белкового состава спермоплазмы было забрано 20 образцов влагалищной среды со сперматозоидами у женщин в середине овуляции, соответствующим требованием оплодотворяющей способности сперматозоидов в них: общее количество сперматозоидов - $75 \pm 3,4 (10^6)$ мл, из них активно подвижных $60,2 \pm 6,6$ %. При инфертильности сперматозоидов во влагалищной среде общее количество сперматозоидов составляло $24,0 \pm 3,8 (10^6)$ мл, из них активно подвижных форм $20,0 \pm 3,4$ %, время разжижения от 12 до 17 минут, количество сперматозоидов от 30 до 120 млн. в 1 мл эякуля-

Характеристика белкового спектра эякулятов с учетом их физико-химических и морфологических свойств

Показатели фертильности эякулята	До полового акта	Виды микробиоценоза Влагиалишной среде					
		физиологический			патологический		
		ОБЭ мг\г	КФС мг\г	ПСА мг\г	ОБЭ мг\г	КФС мг\г	ПСА мг\г
Разжижение, мин	От 12 до 17	62,7±2,7	82,7±4,2	10,2±1,2	52,4±2,2	72,3±4,5	8,3±1,1
Вязкость, см	0,5	65,3±2,4	85,3±3,7	5,3±1,7	51,9±2,7	65,4±3,7	4,3±1,5
РН	От 7,2 до 7,6	60,9±2,9	80,7±3,3	8,7±1,2	50,2±1,9	59,3±4,2	6,7±1,3
Всего сперматозоидов (10 ⁷)	От 30 до 120 млн	61,5±2,3	81,4±3,9	8,1±3,2	50,4±2,1	62,2±3,5	7,4±2,2
Клетки сперматогенеза, %	0,5	62,3±1,7	79,7±1,2	7,9±1,6	52,0±2,0	59,3±4,1	7,3±1,3
Скорость сперматозоидов м\мин	2,2	65,7±0,9	82,3±4,1	8,3±1,1	55,4±2,0	62,3±4,5	7,9±1,2
Активно-подвижные, %	более 60%	66,7±2,9	82,8±4,5	8,8±2,5	54,4±2,9	49,3±4,0	8,1±2,7
Неподвижные, %	15%	58,7±2,1	72,7±4,2	7,2±1,2	50,1±1,2	42,3±4,6	6,2±1,3
Патологические формы %	20%	62,7±2,7	82,7±4,7	8,9±1,4	52,4±2,2	72,3±4,5	7,8±1,1
Некроспермия	менее 5%	61,8±2,9	70,7±3,2	7,7±1,2	50,7±2,1	47,3±3,5	4,2±1,2

та, активноподвижных более 60%, неподвижных менее 15%, патологических форм сперматозоидов менее 20%, скорость подвижных более 2,2 мм/ми, лейкоцитов abs, некроспермии менее 5%, отсутствие агглютинатов.

ОБЭ составило в физиологии 63,7±0,9 г/л. Нормальные показатели по отношению к 1 г ОБ составило КФС 82,5±0,7 мг/л.

Моделированы виды микробиоценоза с помощью сред, предложенных Усупбаевым А.Ч. соавт. (2002), М.С. Мусуралиевым, И.Б. Тен и др. (2005) для изучения белкового спектра спермоплазмы во влагиалишной среде с учетом их физико-химических и морфологических свойств, что представлено в таблице 1

Как видно из таблицы, лабораторные показатели (количество сперматозоидов, их подвижность, патологические изменения головки и головки) не полностью отражает качественную сперматозоидов во влагиалишной среде, а анализ уровня протеинов и энзимов, дает более полную характеристику с позиции способности его к оплодотворению.

Из материала видно, при физиологическом микробиоценозе показатели КФС в пределах нормы 82,8±4,5 мг/г; при патологическом микробиоценозе КФС уровень снижалась до 49,3±4,0 мг/г. Это свидетельствует о том, что определение состава белков спермоплазмы во влагиалишной среде у половых партнеров расширения и улучшения диагностики женской инфертильности, но и с позиции раскрытия новых патофизиологических механизмов, приводящих к снижению оплодотворяющей способности сперматозоидов во влагиалишной среде.

Таким образом, анализ протеинового спектра спермоплазмы является информативным лабораторным тестом в оценке репродуктивного потенциала сперматозоидов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Назарова Е. К., Гиммельфар Е. И., Созаева Л. Г. //Микробиоценоз влагиалишной среды (этиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика) //Клиническая лабораторная диагностика. - № 2, -2003 - С. 25-37
2. Шаршенов А.К., Макенжан уулу Алмаз, Алжикеев С.Ж. //Патологический спермолизис после полового акта как источник бесплодия // Журнал Здравоохранение « Медицина». - № 4. - 2004. - С. 39-40.
3. Овсянникова Т.М., Корнеева И.Е. Бесплодный брак. //Журнал «Акушерство и гинекология». - №1-1998. - С. 32-36.
4. Усупбаев А.Ч, Садырбеков Н.Ж., Заречнова Н.Н., Тухватшин Р.Р., Алжикеев С.Ж. //Способ экспериментального патофизиологического моделирования сексуальных потерь при воспалительных заболеваниях репродуктивных желез у мужчин. //Патент на изобретение № 9993775 от 2002.
5. Усупбаев А.Ч, Абдыкалыков М.Б., Алжикеев С.Ж., Осмон уулу Айбек. Влияние лейкоцитарного эндотоксина на состояние репродуктивных клеток-сперматозоидов. //Центрально-Азиатский медицинский журнал. - №2. - Том X. - Приложение VI, Бишкек, 2000. - С. 187-188.
6. Юнда И.Ф. Бесплодие в супружестве. //В кн.-Киев: Здоровье 1990. - С.452.
7. Мусуралиев М.С., Тен И.Б., Алжикеев С.Ж., Макенжан уулу Алмаз //Клиническое обучение по лабораторной диагностике бактериального вагиноза у женщин репродуктивного возраста //Руководство для врачей и клинических ординаторов. - Бишкек 2005. - С.80.
8. Николаев А.А. с соавт Белковый спектр эякулята различной фертильности //Журнал «Урология и нефрология» - №2. - 1998. - С.48-51.

ПРОБЛЕМЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В г. БИШКЕК

Раимкулов К.М., Куттубаев О.Т.,
Абдыжапаров Т.А., Абдыкеримов К.К.*

Кыргызская государственная медицинская академия, Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Цель настоящей работы – определение загрязненности яйцами гельминтов почвы на территории г. Бишкек. Заболеваемость гельминтозами устанавливали на основании изучения отчетов медицинских учреждений г. Бишкек. Загрязненность яйцами гельминтов почвы изучали по методу Куина. Нами исследованы пробы почв в очагах, где было обнаружено яйца гельминтов у одного из членов семьи. Пробы почвы брались вокруг туалета, около собаки, из огорода и на детских игровых площадках. При исследовании из 858 проб почвы на территории г. Бишкек 159 проб были положительными, что составляет 18%, и были обнаружены яйца 6 следующих видов гельминтов: *Ascaris lumbricoides*, *Taenia*, *Enterobius vermicularis*, *Trichocephalus trichiurus*, *Fasciola hepatica* и *Dicrocoelium lanceatum*.

Ключевые слова: гельминты, почва, вода, яйца гельминтов, сроки.

PROBLEMS OF DISTRIBUTION OF PARASIT DISEASES IN BISHKEK.

S.A. Meredov, K. M. Raimkulov, O. T. Kuttubaev, T. A. Abdyjaparov, K. K. Abdykerimov
Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyzstan

Summary: The goal of the work is to identify pollution on soil helminthos eggs in Bishkek territory.

Materials and research method: the disease of helminthos was determined on the basis of report researches of medical institutions. In addition, in Bishkek territory on egg helminthes were studied soil trials in hearth and egg helminthes were revealed one of the family member. The soil trials were taken from toilets dogs, orchards and in children's playing yards.

Puring research 858 soil trials in Bishkek territory among of 159 trials were positive, which is 18% and 6 eggs of following helminthos types were revealed: *Ascaris lumbricoides*, *Taenia*, *Enterobius vermicularis*, *Trichocephalus trichiurus*, *Fasciola hepatica* и *Dicrocoelium lanceatum*.

Keywords: helminthos, soil water, egg of of hemithos, terms.

ВВЕДЕНИЕ

Гельминтозы - паразитарные болезни, вызываемые внедрением в организм человека червей – гельминтов или их личинок.

В организме человека паразитируют в основном 2 типа гельминтов: плоские черви (Plathelminthes) и круглые черви (Nemathelminthes).

По своим биологическим особенностям гельминты отличаются от бактерий и простейших. В зависимости от особенностей цикла развития гельминты по принятой классификации подразделяется на 3 вида: геогельминты, биогельминты и контактные гельминты.

Геогельминтозы вызываются паразитами - геогельминтами, развивающихся без участия промежуточного хозяина. Их яйца и личинки, выделяющиеся из организма окончательного хозяина, проходят развития до инвазионной стадии во внешней среде, обычно в почве [1].

Поэтому санитарная охрана почвы является важным звеном для предупреждения паразитарных болезней.

Почвенный покров может играть определенную роль в возникновении и распространении ряда инфекционных, паразитарных и соматических заболеваний.

Существенное значение имеет почва как опосредованный фактор в распространении кишечных инфекций, геогельминта и других болезней. Возбудители паразитарных заболеваний могут длительное время сохраняться в почве (от нескольких дней до 3 лет), сохраняя патогенные свойства (таб. 1).

Развитие некоторых гельминтов связано с почвой. Сюда попадают их яйца, выделяющиеся с калом больных людей и животных. Здесь яйца созревают, т.е. внутри их формируется личинка, способная к дальнейшему развитию в организме человека и животных. Например, самка аскариды, паразитирующая в кишечнике

* Кыргызский научно-исследовательский институт животноводства, ветеринарии и пастбищ им. А. Дуйшеева

Данные о сроках выживаемости возбудителей некоторых паразитозов в окружающей среде.

Возбудитель	Сроки выживания в окружающей среде.			
	Почва.	Вода	Овоши, зелень, ягоды	Предметы обихода в помещениях
<i>Ascaris lumbricoides</i> .	До 10 лет.	До 1 года.	До 3 месяцев.	До 3 месяцев.
<i>Taenia canis</i> .	Несколько лет.			
<i>Enterobius vermicularis</i> .				До 20 суток
<i>Hymenolepis nana</i> .		6 - 12 ч.	3 ч.	1,5 ч.
<i>Taeniarhynchus saginatus</i>	7 - 12 мес.	30 - 50 суток.		
<i>Dicrocoelium lanceatum</i> .	До 1 мес.	2 года.		
<i>Opisthorchus felineus</i> .	10 - 14 суток.	2 года.		
<i>Echinococcus granulosus</i>	1 мес.	12 - 15 мес.	1,5 мес.	10 - 12 мес.
<i>Alveococcus multilocularis</i>	60 - 70 суток.	2 года.		
<i>Entamoeba histolytica</i> .	60 суток.	80 - 90 суток.		До 20 суток.
<i>Toxoplasma gondii</i> .	Несколько лет.			
<i>L. intestinalis</i> .	60 суток	80 - 90 суток.		До 20 суток.

ке человека, выделяет в сутки 240 тыс. яиц. С калом больного эти яйца выделяются наружу. Созревание их происходит в почве в зависимости от температуры и влажности и продолжается от 2 до 4 недель. В течение этого срока внутри яйца формируется личинка. Если в кишечник человека вместе с загрязненными овощами или через грязные руки попадает яйцо, то это личинка превращается во взрослую аскариду.

При более высокой температуре развитие яиц ускоряется. При температуре почвы 27 - 30 °C и высокой влажности (более 6 %) яйца аскариды человека и свиньи развиваются за 16 - 18 сут. [2].

Однако длительная выживаемость онкосферы в яйце паразита во внешней среде дает основание предполагать значительную роль в распространении инвазии ряда промежуточных факторов, в частности воды.

Исходя из выше изложенного, целью настоящей ра-

боты является – определение загрязненности яйцами гельминтов почвы на территории г. Бишкек. В соответствии с этим была поставлена следующая задача: изучить состояние загрязнения окружающей среды г. Бишкек яйцами гельминтов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Заболеваемость гельминтозами устанавливали на основании изучения отчетов медицинских учреждений г. Бишкек и проводили санитарно-гельминтологическое исследование по методу Куина пробы почв на территории г. Бишкек: в гельминтозных очагах - вокруг туалета, около собаки, из огорода и на детских игровых площадках и других объектов хозяйственно-бытовой деятельности человека (табл. 2).

Всего за 2003-2005 гг. были исследованы 858 проб почвы. Санитарно-гельминтологические исследования

Таблица 2

Санитарно - паразитологические исследования на объектах хозяйственно-бытовой деятельности человека.

№	Объекты	Исследуемый материал
1.	Очистительные сооружения населенных мест.	а) сточные воды. б) осадок сточных вод из первичных и вторичных отстойников. в) песок и песочных площадок.
2.	Детские дошкольные учреждения.	а) песок в песочницах, б) почва на игровых площадках.
3.	Школы.	а) песок с игровых площадок, б) почва с территории школы.
4.	Летние оздоровительные учреждения.	а) песок, б) почва.
5.	Из аскаридозного и тениаринхозного очагов.	а) около собаки, б) около туалета, в) из огорода, г) около дома.

Таблица 3

№	Яйца гельминтов	Положительные пробы	
		абс.	%.
1.	<i>Ascaris lumbricoides</i> .	85	53,5
2.	<i>Taenia</i> .	34	21,4
3.	<i>Enterobius vermicularis</i> .	24	15,0
4.	<i>Trichocephalus trichiurus</i> .	10	6,3
5.	<i>Fasciola hepatica</i> .	4	2,5
6.	<i>Dicrocoelium lanceatum</i> .	2	1,3
	Всего:	159	100,0

различных элементов внешней среды проводились методами в соответствии санитарными правилами и нормами (СанПиН 3.2.569-96) [2].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Гельминтозы распространены во всех административных территориях нашей республики.

Всего по Кыргызской Республике в 2003 году зарегистрировано 282188, а в 2004 году 240710 случаев инфекционных болезней. Из общей структуры инфекционных болезней 37,5% составляли паразитарные болезни (гельминтозы - энтеробиоз, аскаридоз, гименолепидоз, эхинококкоз), и остальные 20,9% вирусные гепатиты, 19,3% острые кишечные инфекции, 8% туберкулез и 14,3% прочие.

Среди эхинококковых больных по Кыргызской Республике 20-25% составляет дети до 14 лет, а по аскаридозу, дети до 14 лет составляет от 70 до 80%.

Эпидемиологическая ситуация по паразитарным заболеваниям в г. Бишкек остается напряженной. При сравнении данных за последние 10 лет можно отметить, что стабильно высокой остается инвазированность населения аскаридозом, энтеробиозом, гименолепидозом. Также отмечается рост инвазированности по биогельминтозам, так в 2,2 раза по эхинококкозу, в 1,4 раза по тениаринхозу, в 2,5 раза по дифиллоботриозу.

Учитывая выше изложенное, мы поставили перед собой задачу изучить состояние загрязнения почвы г. Бишкек яйцами гельминтов.

При исследовании 858 выше указанных проб почвы на территории г. Бишкек 159 проб положительные, что составляет 18%, и были обнаружены яйца 6 следующих видов гельминтов: *Ascaris lumbricoides*, *Taenia*, *Enterobius vermicularis*, *Trichocephalus trichiurus*, *Fasciola hepatica* и *Dicrocoelium lanceatum* (таб.3).

Обнаружение яиц гельминтов в пробах почвы на территории г. Бишкек свидетельствует о гельминтном загрязнении среды (почвы, жилых домов, мест отдыха, детских игровых площадок и др.), а также об увеличении и распространении инвазии среди населения г. Бишкек и угрозу заражения ими жителей.

Полученные нами данные указывают на то, что увеличение паразитарных заболеваний по г. Бишкек связано с загрязнением почвы.

ВЫВОДЫ

1. Заражение паразитарными заболеваниями происходит вследствие того, что фекалии больного попадают на почву, воду, овощи, ягоды и фрукты, а также предметы обихода, на руки человека.

2. Низкий уровень санитарно-гигиенических знаний и гигиенические навыки у значительной части населения.

3. Низкая санитарная культура населения в вопросах строительства и эксплуатации туалетов, как общественных, так и частных.

4. Коммерциализация туалетных услуг привело к тому, что некоторая часть населения вынуждена справлять свою нужду в не предназначенных для этого местах, недостаточность общественных туалетов, как и в качественном, так и в количественном соотношении.

РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Необходимо разработать комплексную программу для реализации санитарно-просветительной работы по профилактике глистных инвазий.

2. Плановое и систематическое проведение санитарно-просветительной работы с охватом различных групп населения и каждого человека в отдельности.

8. Издание методических и наглядных материалов, научно-популярной литературы и брошюры на кыргызском и русском языках пропагандирующих профилактику глистных инвазий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Справочник помощника санитарного врача и помощника эпидемиолога. М., Медицина, 1978. - 257с
2. Санитарные правила и нормы. СанПиН 3.2.569-96. "Профилактика паразитарных болезней". М. 1997. - 168с.
3. Павлов А.В., Романенко Н.А., Хижняк Н.И. Биологические загрязнения окружающей среды и здоровье человека. - Киев, 1992.
4. Шекеков А.Ш. и соав. Основные гельминтозы населения Киргизии и их профилактика. "Здравоохранение Киргизии" 1982. - № 4. - С.3-7.
5. Гельминтиозы человека. М., Медицина, 1985;
6. Раимкулов К. М., Куттубаев О. Т. «Мителерден сактангыла». - 2004 г. - 10с.

ВЛИЯНИЕ РЕКЛАМЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА ПОТРЕБИТЕЛЯ

Молдоисаева С.Р., Кулушева Г.А.

Кафедра базисной и клинической фармакологии,

Кыргызская государственная медицинская академия, Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной статье отражены результаты исследования, проведенного с целью выявления источников информации о лекарственных препаратах и степени воздействия рекламы лекарственных средств на потребителя, методом анкетирования. Объектами исследования являются разные группы населения: врачи, фармацевты, общее население. На основании результатов исследования, приходится констатировать, что лица, назначающие и отпускающие лекарства и сами потребители, должны быть более бдительными в своих усилиях по достижению более рационального использования лекарств.

Ключевые слова: фармацевтический рынок, реклама лекарственных средств, агрессивный маркетинг.

INFLUENCE OF MEDICINE ADVERTISEMENT ON CONSUMER

Moldoisaeva S.R., Kulusheva G.A., Zurdinov A.Z. Department basis and clinical pharmacology K SMA. Bishkek, Kyrgyzstan

Summary: In this article the results of research carried out with the aim of medicine information sources seeking and the level of medicine advertisement influence on consumers by surveying are reflected. Subjects of research are different groups of population: doctors, pharmacists, general population. On the base of research results we have to conclude that the government, persons, who prescribe and sell medicines and consumers, should be more attentive in their efforts to reach more rational use of medicine.

Key words: pharmaceutical market, medicine advertisement, aggressive marketing.

В последнее десятилетие во всем мире наблюдался бурный рост фармацевтического рынка. Быстрое насыщение рынка препаратами разных производителей, разного качества и стоимости поставило руководителей органов и учреждений здравоохранения, врачей и фармацевтов перед необходимостью рационального выбора и использования лекарств. По мнению некоторых авторов, рынок переполнен вредными и бесполезными лекарственными средствами, а агрессивный и неэтичный маркетинг - особенно в третьем мире - привел к тысячам смертельных случаев [1].

Одним из важнейших факторов, определяющих выбор и использование лекарственных средств является информация, поступающая из разных источников. К сожалению, рекламные источники не всегда содержат информацию, которая базируется на научных доказательствах. Преобладают неточные и неуместные рекламные заявления, что потенциально может способствовать нерациональному использованию лекарственных препаратов. Возникает опасение, что между рекламой лекарства и объективной информацией происходит намеренное и внушающее стирание границ.

Недавнее исследование, проведенное исследовательским и образовательным Фондом Национальный институт США по управлению здравоохранением, показывает, что прямая реклама для потребителя (актуальный предмет широкой полемики), может вызвать,

согласно формулировке исследователей, «значительный, и потенциально нецелесообразный спрос на некоторые рецептурные лекарства» [2].

Особенно настораживает тот факт, что компании по продвижению лекарств, как правило, нацелены на специалистов здравоохранения и способны влиять на практику назначения. В учебниках по маркетингу, используемых в фармацевтической промышленности, врачи указываются в качестве основной целевой группы, а также констатируется, что эта группа вполне поддается влиянию, чему совсем не мешает высокий уровень образования [1]. Об этом свидетельствуют данные недавно проведенных исследований в США по изучению влияния рекламы рецептурных лекарств на практику назначения. Материалы исследования содержали результаты сравнительного анализа влияния рекламы на практику назначения в США, где прямая реклама для потребителя (ПРП) не запрещена законодательством, и в Канаде, где действует запрет на ПРП рецептурных лекарств. Например, в США 1991-1998 гг. Затраты на рекламу направленную на пациента возросли с 60 млн. до 1,5 млрд. долларов в год, т.е. в 25 раз за 7 лет и список этот можно продолжить до бесконечности [3]. По данным исследования, пациенты, проживающие в США, в два раза чаще просили выписать врача рекламируемое лекарство, чем пациенты из Канады. Частота требований выписать лекарство составила 14,4% и 8,8% соот-

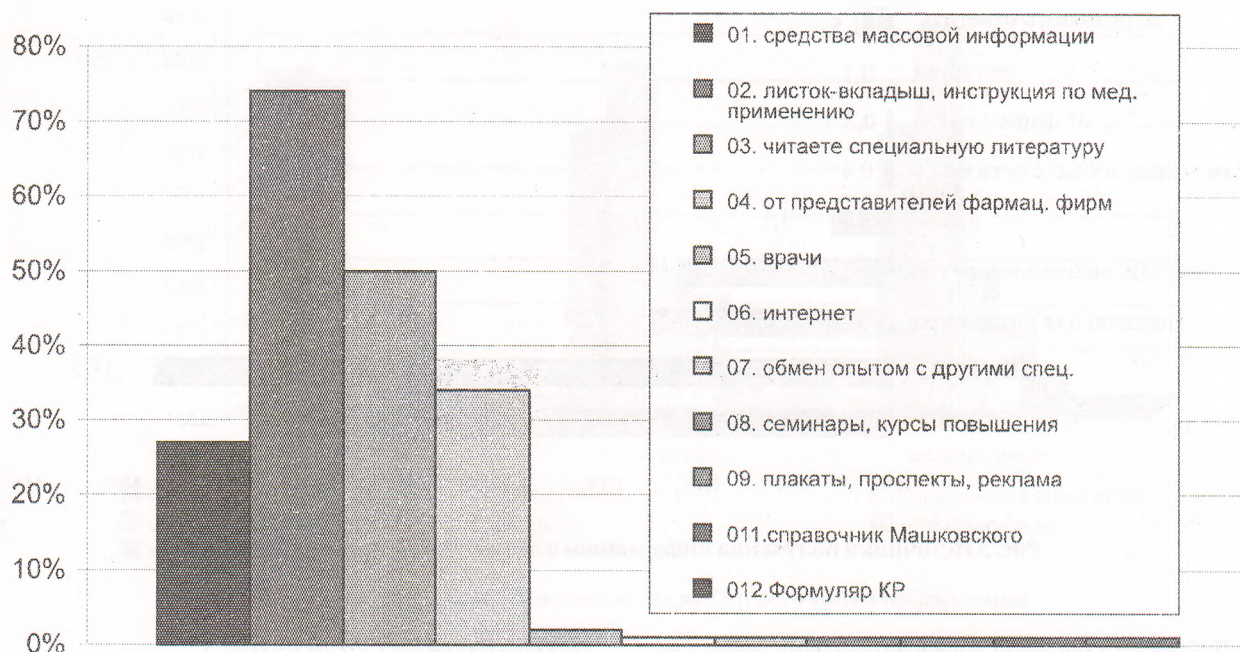


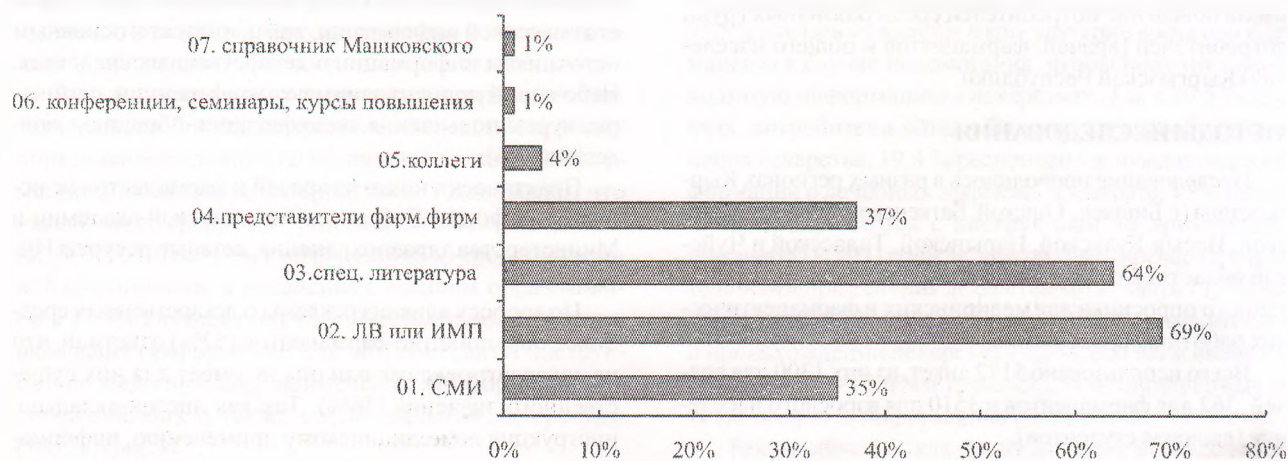
Рис. 1 Источники получения информации о ЛС фармацевтами.

ветственно. Врачи в обоих случаях следовали просьбам своих пациентов и выписывали рецепт на рекламируемое лекарство в США в 80% случаев, в Канаде эта цифра составила 63%. Результаты исследования позволили получить больше информации о влиянии ПРП на взаимоотношения пациент-врач на уровне первичной медицинской помощи [4]. Незэтичный маркетинг представляет опасность для пациентов, поскольку выплаты «могут помешать врачу выбрать наиболее подходящее лечение», а в эпоху агрессивного маркетинга лекарств пациенты могут использовать препараты, отпускаемые по рецепту, и не подозревать о том, что их врач или фармацевт получает вознаграждение за то, что способствует выбору именно этого продукта [2].

Продвижение лекарственных средств и изделий медицинского назначения в Кыргызстане регулируются такими законодательными актами, как Закон «Об охра-

не здоровья населения», Закон «О рекламе», Закон «О лекарственных средствах», Закон «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах», Кодекс об административной ответственности. Однако все вышеперечисленные источники не в полной мере охватывают отношения, возникающие в данной сфере – при наличии разрешения на производство и/или реализацию лекарственных средств, выдаваемого Министерством здравоохранения, не содержат требований, обеспечивающих качественное использование лекарств, движение в поддержку лекарств, эффективность которых научно подтверждена и другие актуальные идеалы максимального блага для пациента, которые способствуют идеям рационального использования лекарств, согласно проводимой национальной политике в области лекарственных средств.

Рис. 2 Источники информации о ЛС, получаемой врачами.



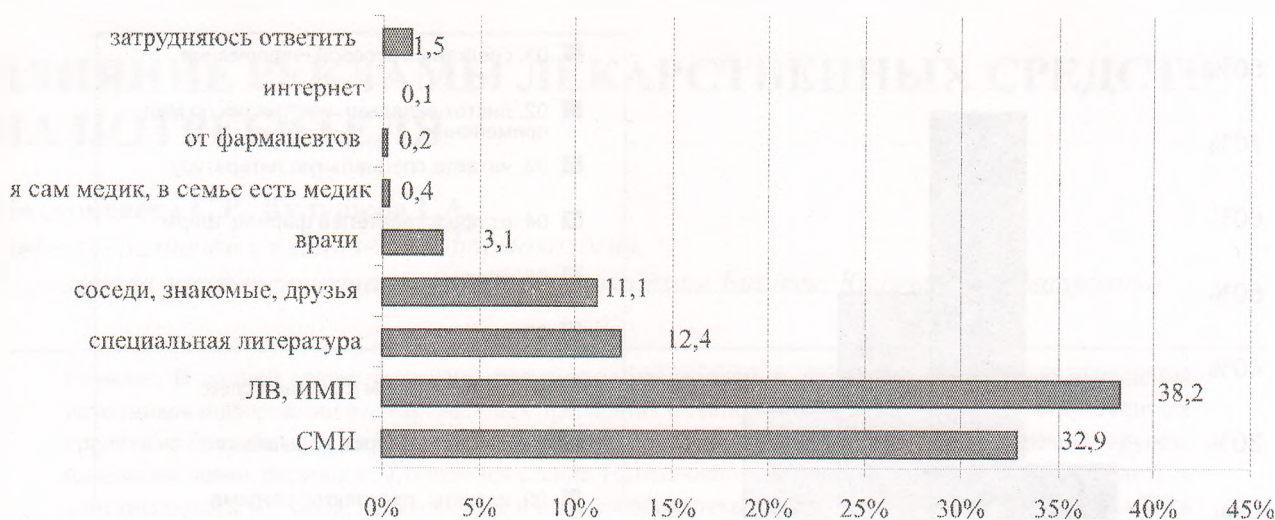


Рис. 3 Источники получения информации о лекарствах среди населения.

В Кыргызстане закон запрещает рекламу рецептурных лекарств, разрешается реклама безрецептурных ЛП в различных СМИ, включая печатные издания, радио и телевидение. За 2003 год было выявлено 10 случаев размещения рекламы, 4 в газете «Вечерний Бишкек» и 4 на телевидении, 2 рекламных материала не соответствовали требованиям Закона о лекарствах. В одном случае препарат не был зарегистрирован в КР, в другом подлежал рецептурному отпуску, и только в одном из всех этих материалов упоминалось международное непатентованное наименование. Все объявления были ориентированы на преувеличение пользы препарата и не содержали предупреждения по безопасному использованию, о взаимодействии с другими лекарствами или о необходимости консультации с врачом. Данные примеры показывают, как действуют вводящие в заблуждение рекламные материалы и как трудно простым людям критически оценить информацию в фармацевтической рекламе. Вот почему во всем мире актуальна необходимость эффективного контроля рекламных материалов и многие страны мира регулируют продвижение лекарственных средств на рынок [5].

Целью нашего исследования явилось изучение источников информации о лекарственных препаратах, подверженность населения к рекламе, влияние рекламы на поведение потребителей среди различных групп потребителей (врачей, фармацевтов и общего населения) Кыргызской Республики.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось в разных регионах Кыргызстана (г. Бишкек, Ошской, Баткенской, Джалал-Абадской, Иссык-Кульской, Нарынской, Таласской и Чуйской областях), с использованием специально разработанного опросника для медицинских и фармацевтических работников, населения.

Всего использовано 5172 анкет, из них 1300 для врачей, 362 для фармацевтов и 3510 для взрослого населения (включая студентов).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В ходе исследования блок вопросов был направлен на выявление источников получения информации о лекарственных средствах, полноты и достоверности информации о лекарствах, получаемой фармацевтическими (рис. 1) и медицинскими работниками (рис. 2).

Оказалось, что основными источниками информации у фармацевтических работников и врачей являются листок-вкладыш и инструкция по медицинскому применению ЛС (74% и 69% соответственно).

Существенную роль в получении информации о лекарственных средствах на фармацевтов оказывает промоционная работа медицинских представителей фирм-производителей лекарств (34%) и средства массовой информации (27%). В 50% случаев фармацевты отметили, что читают специальную литературу, но какую литературу используют, многие не указали. 1% специалистов-фармацевтов отметили, что используют Формуляр основных лекарственных средств Кыргызской Республики и 1% специалистов отмечают справочное руководство М.Д. Машковского «Лекарственные средства».

Специальную литературу читают 30% врачей, но какая литература используется, практически никто не указал. Информацию, предоставляемую фармацевтическими фирмами, а также получаемую через средства массовой информации, врачи относят к основным источникам информации о лекарственных средствах. Небольшой процент занимают конференции, семинары, курсы повышения квалификации, общение с коллегами (1%).

Практически никто из врачей и фармацевтов не используют фонды библиотек медицинской академии и Министерства здравоохранения, сетевые ресурсы Интернет.

По вопросу влияния рекламы о лекарственных средствах, большинство фармацевтов (52%) ответили, что не доверяют рекламе или она не имеет для них существенного значения (16%). Так как листок-вкладыш, инструкция по медицинскому применению, информа-

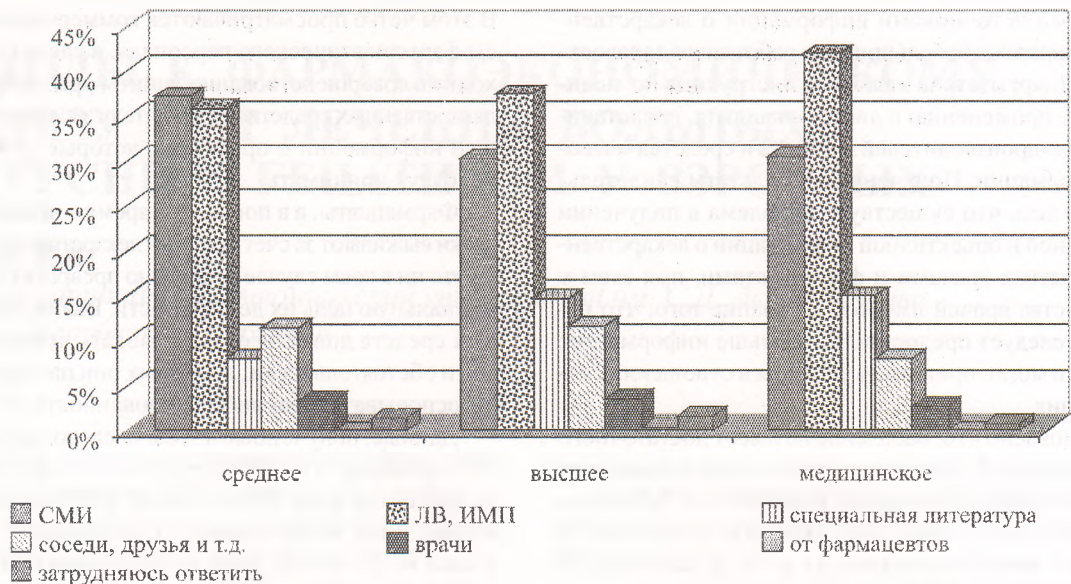


Рис. 4. Влияние уровня образования на выбор источника информации

ция от представителей фармацевтических фирм часто является «скрытой» рекламой лекарственных средств, все вышесказанное подтверждает, что кроме нехватки информационно-справочных материалов, одной из основных причин, препятствующих надлежащему информированию пациентов-потребителей, является отсутствие четко осознаваемой фармацевтом необходимости получения объективной, достоверной информации по лекарственным средствам.

Исследования среди населения при определении источников получения информации о лекарственных средствах показали, что при выборе лекарственных средств респонденты используют не один источник сведений о них. Так, основным источником информации для населения являются: листок – вкладыш и инструкция по медицинскому применению (38,2%); в 32,9% случаях - это средства массовой информации (телевидение, радио, газеты, журналы); 11,1% опрошенных получают информацию о лекарствах от родственников, друзей и т.д., а 12,4% опрошенных читают специальную литературу. Остальные респонденты отмечают другие источники (рис.3).

Как видно из рис.3, абсолютное лидерство для всех категорий респондентов в вопросах формирования спроса на лекарственные средства занимают СМИ, инструкция по медицинскому применению и листок-вкладыш, а роль врача и фармацевта резко снижена.

В ходе исследования выявлено, что уровень образования потребителя лекарственных средств оказывает определенное влияние на источник получения информации о лекарственных средствах. Установлено, что население со средним образованием в большей степени (377/1010) получает информацию из средств массовой информации, а население с высшим образованием в 37,5% случаев получает информацию из листка – вкладыша (информации для потребителя) и инструкции по медицинскому применению (информации для специалистов), а также из специальной литературы (14,7%) (рис.4).

Обращает на себя внимание тот факт, что для респондентов, имеющих медицинское образование, характерно получение информации из ЛВ и ИМП в 42,1%, нежели получение информации из специальной литературы 63/428.

При изучении вопроса о влиянии рекламы о лекарственных средствах на потребителей лекарств, большинство опрошенного населения ответили, что покупают лекарство только по рекомендации врача (37%); 24,6% респондентов считают, что хорошее средство не нуждается в рекламе, а в 13,2% случаев респонденты отметили, что реклама не имеет никакого значения при выборе препарата. 13,1% опрошенных указали, что прежде используют более достоверные источники информации (у врачей, из научной медицинской литературы); не доверяют рекламе о лекарствах 7,1% опрошенных и только 4,6% опрошенных предпочитают приобрести широко рекламируемое лекарственное средство.

Основная причина отказа от приобретения рекламируемого лекарственного препарата, возможно, связана с тем, что в рекламе часто отсутствует информация, в которой нуждается население, и поэтому не снимается настороженность по их поводу. По-видимому, частично это связано с психологическим воздействием, поскольку анализ анкет показал, что население в 95,5% случаев нуждается в консультации врача или фармацевта в случае недомогания, чтобы получить необходимую информацию о лекарствах. Так в 30,5% случаях потребители хотели бы узнать о способе применения лекарства, 19,4% респондентов нуждаются в информации о лечебных эффектах препарата. 13% потребителей знакомятся с инструкцией по применению препарата (ИМП) прежде, чем принять препарат; о длительности применения лекарства хотят знать 11,2% потребителей; 3,2% - сведения о возможных заменителях; о происхождении лекарства - 2,6%; обо всем выше перечисленном - 10,9% и только 5,2% из опрошенных не хотят получать информацию о лекарствах.

Таким образом, как показало наше исследование,

основными источниками информации о лекарственных препаратах для большинства работников здравоохранения Кыргызстана являются инструкция по медицинскому применению и листок-вкладыш, представители фирм-производителей лекарств и средства массовой информации. Полученные результаты свидетельствуют о том, что существует проблема в получении достоверной и объективной информации о лекарственных средствах врачами и фармацевтами, при этом у большинства врачей имеется осознание того, что пациентам следует предоставлять больше информации, чтобы они могли принимать решения в отношении своего лечения.

Установлено что, население не имеет достаточного представления об источниках информации о лекарствах и объективности получаемой информации. Большинство населения считает, что реклама о лекарствах не оказывает никакого влияния на их использование. В большинстве случаев доминирующей является информация, содержащаяся в ЛВ и СМИ, которая чаще всего носит рекламный характер и не относится к категории доказательных и независимых источников.

Факт того, что лекарства, отпускаемые без рецепта, часто воспринимаются как «безопасные» становится еще более убедительным, поскольку около 30% потребителей ушли из аптек не получив никакой информации по приему лекарственных средств и 100% потребителей не получили информацию о побочных действиях лекарственных средств.

Приходится констатировать, что многие медикаменты продаются так, как будто они действительно безопасны, и больше внимания уделяется продвижению продукта, нежели информированию потребителя о том, когда эти лекарства не следует принимать, или об их побочных эффектах и надлежащем использовании.

В этом четко просматриваются коммерческие интересы фармацевтического персонала, в связи с чем необходимо совершенствование защиты прав потребителей лекарственных средств. Потребители заслуживают большей информации о продуктах, которые они, возможно, будут принимать.

Фармацевты, а в последнее время и врачи экономически выживают за счет продажи лекарственных средств, но это ни в коем случае не должно превратиться в принципиальную цель их деятельности. Выбор лекарственных средств должен соответствовать нуждам пациентов и обстоятельствам, в которых они находятся, а также основываться на информированности [6].

Данные, полученные в этом исследовании, еще раз подчеркивают, что государство несет ответственность за предоставление объективной, достоверной информации. Лица, назначающие и отпускающие лекарства и сами потребители, должны быть более бдительными в своих усилиях по достижению более рационального использования лекарств.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Монитор основных лекарств, №15 (31), 2003.*
2. *Зурдинов А.З. Реформы сектора здравоохранения и роль фармацевта в современном обществе. //Актуальные проблемы и перспективы развития фармации. Бишкек, 2003. - 8 с.*
3. *Информационный вестник, №5 февраль 2004.*
4. *Отчет 4-ой Консультативной встречи ВОЗ по роли фармацевта. Гаага, Нидерланды, 26-28 августа 1998 г.*
5. *WHO Drug Information Vol 17, No. 4, 2003; Direct-to-consumer advertising and patients pp. 262, 263.*
6. *http://www.prison.org/lib/christy6_1.shtml*

ПОДХОДЫ К ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОМУ АНАЛИЗУ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ У ВЗРОСЛЫХ

Муминов К.Б.

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

Контроль роста затрат на медицинское и фармацевтическое обслуживание представляет собой в настоящее время центральный пункт политики в области здравоохранения, при принятии решений по распределению ресурсов анализ последствий применения новых и существующих лекарственных препаратов как с точки зрения их эффективности, так и затрат.

С финансовой точки зрения система здравоохранения может рассматриваться как взаимодействие бюджетной и организационно-распределяющей систем. Экономически система здравоохранения представляется как процесс обеспечения медицинской помощи, включающий лекарственное обеспечение, врачебное наблюдение, стационарную и амбулаторную помощь с обязательной оценкой результатов проводимого лечения.

Различают ряд факторов, совокупность которых является причиной значительного роста расходов на систему здравоохранения [1]. Такими объективными факторами глобального масштаба, требующие увеличения ассигнований на систему здравоохранения являются постоянно растущие расходы на обеспечение потребностей медицинского обслуживания населения, инфляционные процессы, демографические показатели, технологический прогресс и трудовые затраты медицинских работников [2].

Однако увеличение затрат может оказаться абсолютно неэффективным без четкой схемы оптимизации, основанной на анализе клинической эффективности и экономической целесообразности медицинских вмешательств [3]. Недостаточный объем финансирования и необходимость рационального использования ограниченных финансовых ресурсов являются основными предпосылками к развитию фармакоэкономики [4]. Основным инструментом фармакоэкономики является комплексный клиничко-экономический анализ результатов использования медицинских вмешательств [5].

Объектами изучения фармакоэкономики являются безопасность и эффективность медицинских вмешательств, а также экономические затраты на их проведение [6].

С этой точки зрения, непосредственные экономические затраты должны быть рассмотрены и соотнесены с их позитивными результатами, такими как - увеличение продолжительности жизни и улучшение качества жизни пациентов.

Цель настоящей работы - фармакоэкономический анализ при лечении больных с вирусным гепатитом в условиях стационара.

Основной задачей настоящего исследования является определение финансовых затрат стационара при лечении больных с различными типами и формами вирусного гепатита.

Для решения этой задачи был сделан ретроспективный анализ историй болезни 350 взрослых больных, пролеченных в инфекционной больнице г. Алматы.*

Больные сгруппированы по типам и формам вирусного гепатита и количественно представлены следующим образом: больные с вирусным гепатитом типа «А» составляли 190 больных; с вирусным гепатитом типа «В» - 151 больной и 9 больных с вирусным гепатитом типа «С».

В структуре заболевания с вирусным гепатитом типа «А» преобладает (152) больные с среднетяжелой формой в сочетании с различными сопутствующими заболеваниями.

Больные с вирусным гепатитом типа «В» представлены в двух формах - в минимальной и умеренной степени активности, однако в структуре заболевания с вирусным гепатитом преобладают больные (122) минимальной степени активности.

Больные с диагнозом хронический вирусный гепатит с неустановленной этиологией составляют 24 человека.

Результаты анализа общих затрат финансовых средств при лечении больных с вирусным гепатитом представлены в таблице 1, из которой видно, что наибольшие денежные затраты приходилось на лечение и диагностирование больных с вирусным гепатитом в среднетяжелой форме 35 2584 тенге, затем на больных с вирусным гепатитом в сочетании с хроническим вирусным гепатитом неустановленной этиологией и с поражениями желудочно-кишечного тракта - 267 451 тенге и 154 674 тенге на больных с вирусным гепатитом с сопутствующими заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Что касается затрат финансовых средств на 1 больного, то диагностирование и лечение больных с вирусным гепатитом типа «А» в тяжелой форме, с вирусным гепатитом типа «А» в среднетяжелой форме в сочетании с хроническим вирусным гепатитом и с хро-

Результаты определения общих затрат финансовых средств при лечении больных с вирусным гепатитом

Тип вирусного гепатита	Средняя койко-день	Затраты на лек. средства, тенге	Затраты на диагностику, тенге	Затраты на питание, тенге	Сумма, тенге	Сумма на 1 больного, тенге
«А» - легкая форма	11,2	6 781	19 241	18 980	45 002	3462
«А» - среднетяжелая форма	13	82 504	144 670	125 410	352 584	4829,9
«А» + сопутствующие поражения ЖКТ	14,1	36108	66 372	52 194	154 674	5333,6
«А» + хронический ВГ неустановленной этиологии + поражения ЖКТ	16,4	69 318	98 013	100 120	267 451	5690,5
«А» - атипичная стертая форма	10,8	4 574	7 091	7 020	18 685	3737
«А» + ХВГ несут. этиологии	14,5	1 932	3 926	3 770	9 628	4814
«А» легкая форма + пневмония	13,5	5 980	3 635	3 510	13 125	6562,5
«А» среднетяжелая форма + ОРВИ	12,6	2 538	4 997	4 990	12 475	4158,3
«А» тяжелая форма + ХВГ неуст. этиологии	19,9	33 672	23 228	18 070	74 970	10 710
«А» среднетяжелая форма + ХВГ «В»	21,2	16 437	26 803	19 240	62 480	8 925
«А» тяжелая форма	31	11 916	20 729	8 060	40 705	20 353
ХВГ «В» минимальной активности	11	19 543	62 132	31330	113 005	9 263
ХВГ умеренной активности	10,3	5 781	10 341	5 330	21452	4290
ХВГ неустановленной этиологии	11,6	5 812	24 360	36140	66312	2763
ХВГ «С» минимальной активности	9,5	7 725	21 091	9 880	19706	2463
ХВГ «С» + ХВГ «В»	11	585	2 790	1430	4 805	4805
Итого	19,8	309 466	539 419	445 474	1 294 359	3698,2

Таблица 2

Определение единицы эффективности затрат по методу анализа «затраты-эффективность» при лечении взрослых больных с вирусным гепатитом

№ пп	Тип вирусного гепатита с сопутствующими заболеваниями	К-во больных	Прямые медицинские затраты, тенге. DC	Непрямые медицинские затраты, тенге. IC	Показатель «затраты-эффективность». СЕА
1.	«А» - легкая форма	13	47 922	18 980	5 146,3
2.	«А» легкая форма + пневмония	2	13 665	3 510	8 587,5
3.	«А» - среднетяжелая форма	73	371 354	125 410	6 805
4.	«А» - среднетяжелая форма + хронический вирусный гепатит неустановленной этиологии + поражения ЖКТ	47	282 591	100 120	8 142
5.	«А» - среднетяжелая форма + поражения ЖКТ	29	162 120	52 194	7 390
6.	«А» среднетяжелая форма + хронический вирусный гепатит неустановленной этиологии	2	10 208	3 770	13 978
7.	«А» - среднетяжелая форма + ОРВИ	3	13 235	4 940	6 058
8.	«А» - среднетяжелая форма + хронический вирусный гепатит типа «В»	7	65 440	19 240	12 097
9.	«А» - тяжелая форма	2	41 945	20 729	25 003
10.	«А» - тяжелая форма + хронический вирусный гепатит неустановленной этиологии	7	77 750	18 070	13 688,6
11.	«А» - атипичная форма	5	19 765	7 020	5 357
12.	«В» - минимальной степени активности	122	117 825	31 330	6 780
13.	«В» - умеренной активности	5	22 272	5 330	6 901
14.	Хронический вирусный гепатит неустановленной этиологии	24	72 472	36 140	4 526
15.	«С» минимальной степени активности	8	40 216	9 880	6 262
16.	«С» + хронический вирусный гепатит типа «В»	1	5 870	1 430	6 455
	Итого	350	1 364 650	389 693	143 176,4

Средние затраты на 1 больного 32 470 1 113,4 409,1

ническим вирусным гепатитом с неустановленной этиологией обходится стационару в среднем по 20 353, 10 710 и 9263 тенге соответственно. Наименьшие затраты – 2463, 2763, 3462 и 3737 тенге соответственно приходилось на больных с вирусным гепатитом типа «С» в минимальной степени активности, с хроническим вирусным гепатитом неустановленной этиологией и «А» в легкой и атипичной форме.

В таблице 2 представлены результаты определения прямых и непрямых медицинских затрат и расчет показателя на единицу эффективности при лечении больных различными типами и формами вирусного гепатита.

Как видно из таблицы, наибольшие затраты (371 354 тг) были при лечении вирусного гепатита типа «А» в среднетяжелой форме. Расходы на лечение больных вирусным гепатитом типа «А» в среднетяжелой форме в сочетании с хроническим вирусным гепатитом неустановленной этиологии и с различными поражениями желудочно-кишечного тракта составляли 282 591 тенге.

Лечение больных с вирусным гепатитом в среднетяжелой форме в сочетании с различными поражениями желудочно-кишечного тракта обходилось стационару в 162 120 тенге. Прямые медицинские затраты на 1 больного составляли 32470 тенге, тогда как непрямые медицинские затраты чуть превышали 1113 тенге на 1 больного.

Анализ затрат по показателю «затраты/эффективность» показал, что при лечении одного больного с вирусным гепатитом типа «А» в тяжелой форме, рас-

ходы на единицу эффективности составляют 25 003 тенге, а при лечении вирусного гепатита «А» в сочетании с хроническим вирусным гепатитом неустановленной этиологии затраты заметно меньше и составляют только 13 689 тенге.

На лечение 1 больного с вирусным гепатитом типа «А» в среднетяжелой форме в сочетании с вирусным гепатитом неустановленной этиологии затраты на единицу эффективности в среднем составляют 13 978 тенге.

ЛИТЕРАТУРА

1. Drummond M.F. *An introduction to health economics*. Brookwood medical publications 1995.
2. Омеляновский В.В., Белоусов С.Н., Попова Ю.Н. – *Фармакоэкономика*. – № 3, 1999.
3. Рудакова А.В. Хевциук П.Ф. /*Современная фармакотерапия: доказательства эффективности*. СПб.: ВМедФ, 2002. – 256 с.
4. Гиляревский С.Р., Орлов В.А. /*Использование анализа эффективности лечения для принятия клинического решения в кардиологии // Кардиология*. – 1997. – № 9. – С.70-80.
5. Basskin L.E. *Practical Pharmacoeconomics*. / Cleveland: Advanstar communication, 1998. – 174 p.
6. Johanesson M., O'Brien B.D. *Economics, pharmaceuticals and pharmacoeconomics*. // *Med. Dec. Making*. 1998. – N 18. – P. 1-3.

УРОВЕНЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ СРЕДИ ГРУПП ПОВЕДЕНЧЕСКОГО РИСКА

Ниязалиева М.С., Эстебесова Б.А., Курманова Г.У., Шатунова В.В.

Кыргызская государственная медицинская академия, МЦ «Научмедлайт», МЦ «Научдиамед», Бишкек, Кыргызская Республика.

Резюме: Целью данного исследования было изучение уровня заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем (ИППП) среди групп поведенческого риска: секс работники (СР), наркопотребители (НП), мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ). Для достижения поставленной цели на базе МЦ «Научмедлайт», были обследованы 927 женщин, занимающихся секс работой, 127 нарко-потребителей и 101 МСМ. Для диагностики ИППП были использованы методы обычной микроскопии мазков, взятых из половых путей и современные серологические методы диагностики сифилиса. Результаты исследования показали, что среди секс работников уровень заболеваемости сифилисом и другими ИППП наиболее высок. Среди наркопотребителей случаи заболеваемости ИППП регистрируются реже. Таким образом, среди групп поведенческого риска наиболее уязвимы в плане ИППП группа секс работников.

Ключевые слова: уязвимые группы, секс работники, наркопотребители, МСМ, ИППП.

Summary: The goal of this research was to find out the contamination rate of sexually transmitted infections among the groups with high contamination risk: sexual workers, drug consumers, MSM.

To get the data 927 women sexual workers, 127 drug consumers and 101 MSM were tested using facilities offered by «Nauchmedlight» medical center. Following methods were used to test if subjects are contaminated with sexually transmitted diseases: microscopy of slides that were taken from sex pathways and for diagnose syphilis were used serological tests. Test results showed that the highest level of sexually transmitted infections contamination have sexual workers. The lowest level of contamination has drug consumers. We can summarize that the among the groups with high contamination risk highest level of contamination with sexually transmitted infections have sexual workers.

Key words: High contamination risk groups, sexual workers, drug consumers, MSM, STI

ВВЕДЕНИЕ

Распространенность инфекций, передающихся половым путем, уже много лет находится в постоянном поле зрения многих медицинских организаций не только странового, но и международного уровня [1, 2, 3].

Особенно актуален данный феномен в связи с тем, что ИППП являются своеобразными маркерами ВИЧ-инфекции, тем более, что в последние годы наблюдается рост числа случаев гетеросексуального пути передачи ВИЧ. Поэтому в ракурсе многочисленных медицинских профилактических программ, проводимых в странах Восточной Европы и Центральной Азии международными организациями в отношении ВИЧ/СПИДа, большое внимание также уделяется и ИППП, особенно среди представителей групп, так называемого поведенческого риска [3].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе МЦ «Научмедлайт» в рамках проводимых медицинских программ по профилактике ИППП/ВИЧ/СПИДа в Кыргызстане среди представителей уязвимых

групп молодежи: секс работники, наркопотребители, МСМ с привлечением партнерских неправительственных организаций «Социум», «Таис плюс», «Оазис» было проведено исследование по изучению уровня заболеваемости ИППП за период 12 месяцев. Были обследованы 927 секс работниц в возрасте от 18-25 лет, 127 наркопотребителей в возрасте от 18-35 лет и 101 МСМ в возрасте от 18 - 25 . Группа секс работниц состоит из женщин и девушек, приехавших в поисках работы в столицу из регионов республики. Все обследованные секс работницы работают на улице в разных районах города, количество половых контактов в день может варьировать от 3 до 6. Группа наркопотребителей представлена потребителями инъекционных наркотиков со стажем наркопотребления около 4-8 лет.

Группа МСМ на 80% состоит из секс работников, у которых количество половых контактов может варьировать от 3 до 5 в день.

На всех пациентов заполнялись специальные формы, где были отражены анкетные данные, данные объективного осмотра, результаты обследования на ИППП. Все обследуемые заполняли анкеты, по которым мож-

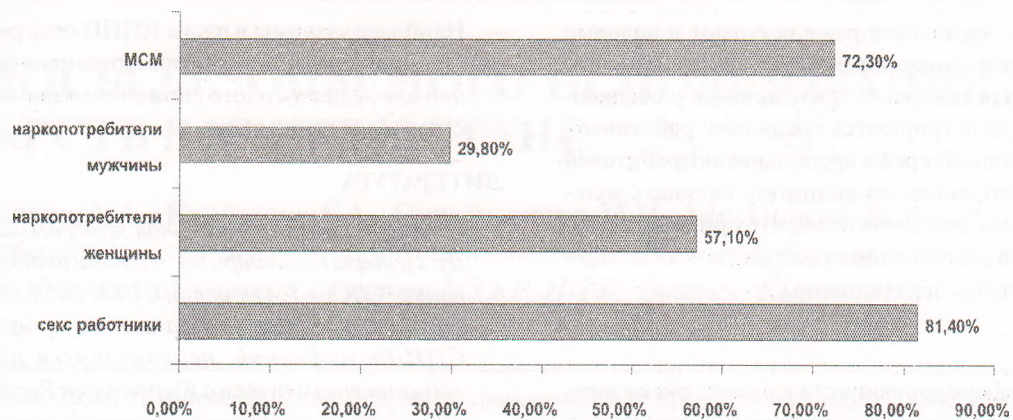


Рис. 1. Уровень заболеваемости ИППП среди групп риска.

но было оценить частоту использования презервативов при последнем половом контакте и степень информированности пациентов об основных путях передачи ИППП/ВИЧ/СПИДа.

Для диагностики гонореи, трихомониаза, кандидоза и анаэробного вагиноза брали мазки из половых путей мужчин и женщин с последующим окрашиванием простым методом и по Грамму. Для диагностики сифилиса проводился скрининг RPR-тест. В случае обнаружения положительных образцов диагноз подтверждался методами ТРНА и определением уровня специфических иммуноглобулинов класса IgM и IgG методом иммуноферментного анализа.

В исследовании были использованы диагностические тесты российского и немецкого производства, имеющие высокую чувствительность, специфичность и диагностическую эффективность.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Доля секс работников, использовавших презерватив при последнем половом контакте, составила 61%.

Доля секс работников, знающих три пути передачи ВИЧ и пути передачи ИППП - 40%. В связи с низкой степенью оценки собственного риска в отношении заражения ИППП/ВИЧ заболеваемость ИППП продолжает оставаться на высоком уровне.

На рис. 1 показана заболеваемость ИППП, среди секс работников, наркопотребителей и МСМ.

Из приведенных данных видно, что уровень заболеваемости ИППП распределяется таким образом, что на первом месте по заболеваемости находятся секс работники, затем МСМ (большинство из которых тоже секс работники), затем женщины, потребители инъекционных наркотиков и, наконец, мужчины наркопотребители.

Уровень заболеваемости различными ИППП в группах различен.

По представленным данным можно отметить, что самый высокий уровень заболеваемости сифилисом регистрируется среди секс работников.

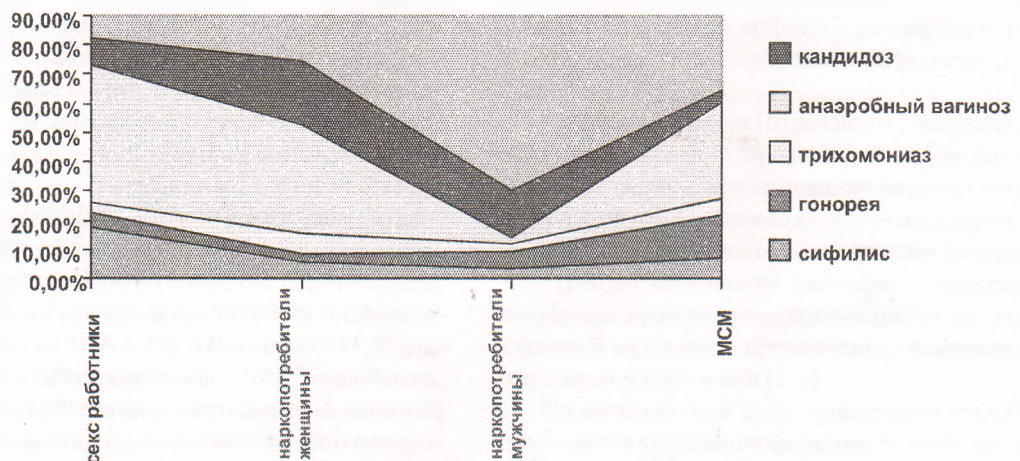
Второе место по заболеваемости сифилисом занимают представители группы МСМ. Высокая заболеваемость сифилисом в данной группе в основном связана с тем, что 80% обследованных представителей группы МСМ тоже являются секс работниками.

В группе наркопотребителей уровень заболеваемости различен.

Среди женщин, являющихся потребителями инъекционных наркотиков, заболеваемость сифилисом ниже, чем среди секс работниц, для которых этот вид занятий является основным, но выше, чем у мужчин наркопотребителей.

Это, по-видимому, связано с тем, что женщины из этой группы практикуют обменивать секс на наркотики, но количество половых контактов меньше, чем у представительниц I группы. Мужчины, потребители

Рис. 2. Сравнительная оценка заболеваемости различными ИППП среди представителей групп риска.



инъекционных наркотиков реже вступают в половые контакты, в связи с имеющимися приоритетами другого плана. Случаи гонореи и трихомониаза у обследованных чаще регистрируются среди секс работников (мужчин и женщин) и реже среди наркопотребителей обоего пола. Что, также, по-видимому, связано с количеством половых контактов и тем, что принятие решения, связанного с защищенным сексом, всегда ограничено желанием партнера (клиента).

ВЫВОДЫ

- Степень информированности в оценке риска заражения ИППП влияет на уровень заболеваемости ИППП;

- Наиболее уязвимы в плане ИППП секс работники;
- Процент использования презервативов недостаточен для существенного снижения уязвимости представителей групп риска.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Шакаршвили А. Глобальная программа по СПИДу. Центры по контролю и профилактике заболеваний (СДС). - Г.Атланта, США, 2004 г. Отчет.*
2. *Государственная программа по профилактике СПИДа, инфекций, передающихся половым и инъекционным путем в Кыргызской Республике на 2001-2005 гг. – Правительство Кыргызской Республики. – 2002.*

ВОПРОСЫ БЕЗОПАСНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕКАРСТВ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Осконалиева А.А., Кулушева Г.А., Сулайманова М.И., Ыссыкеева Ж.А.

Кафедра базисной и клинической фармакологии, Кыргызская государственная медицинская академия, Фармакологический комитет МЗ КР, НЦФ, Бишкек, Кыргызстан

Резюме. Лекарственные средства, оказывая терапевтический эффект, могут вызвать нежелательные реакции, в некоторых случаях приводящие к тяжелым осложнениям и даже к летальному исходу. В статье рассмотрены вопросы мониторинга побочных реакций, своевременное выявление которых и проведение соответствующих мероприятий в значительной степени будут способствовать обеспечению безопасного применения лекарственных средств в Кыргызстане. Приведен опыт работы фтизиатрической службы в этом направлении.

Ключевые слова: лекарственные средства, побочная реакция, мониторинг безопасности, методы сбора информации о побочных реакциях, фармаконадзор во фтизиатрии.

SAFETY DRUGS USE ISSUES IN KYRGYZSTAN

Oskonaliyeva A.A., Kulusheva G.A., Sulaymanova M.I., Ysykeeva J.A.

Summary. Most of drugs having a good therapeutic effect may cause unfavorable reactions, which in some cases may lead to serious complications and even fatal outcome. The article touches upon monitoring of adverse reactions, timely detection of which and appropriate actions undertaken will considerably promote safety use of drugs in Kyrgyzstan. The article touches upon safety use of drugs: methods of collecting and monitoring of adverse reactions, causes of irrational use of drugs and work experience of TB services in this trend.

Key words: adverse drug reactions; safety drug use; pharmacovigilance.

Проблема безопасного использования лекарственных средств (ЛС) и формирование системы фармаконадзора относится к одной из важных и актуальных для здравоохранения. Еще великие врачи древности Гиппократ и Гален призывали к осторожности при использовании лекарств. Актуальность данной проблемы резко возросла во всем мире за последние годы, в связи с появлением препаратов высокой биологической активности. Современные ЛС широко используются для диагностических, превентивных, лечебных и реабилитационных мероприятий и позволяют кардинально влиять на исход болезни, значительно повышать качество медицинской помощи. Однако известно, что несмотря на всю их пользу, неблагоприятные побочные реакции (ПР), к сожалению могут явиться причиной болезни, инвалидности и даже смерти. В некоторых странах смертность от ПР и осложнений лекарственной терапии входит в число десяти ведущих причин и составляет 0,1%, при этом показатель смертности от хирургических вмешательств равен 0,01%, что в 10 раз меньше. По данным ВОЗ, в США каждый год от ПР и неправильно подобранных лекарств погибает более 100 тысяч человек. Побочные реакции как основная причина госпитализации составляют в США 6-7%, в Норвегии – 11,5%, во Франции – 13%, в Великобритании – 16%. Установлено, что в 50% случаев ПР связаны с ошибками назначений ЛС, а еще в 50% виноваты, несомненно, сами пациен-

ты, прибегающие к лекарственному самолечению и фармацевтические работники способствующие этому (ВОЗ, 2000).

Переломным в изменении отношения международного сообщества к неблагоприятным последствиям ЛС, стал 1961 г, в связи с «талидомидовой» трагедией [9]. Позже этот список пополнил хлорамфеникол, вызывающий «грей-синдром» у детей, диэтилстильбэстрол (1971), как причина развития злокачественных опухолей половых органов у девочек, матери которых принимали этот препарат и т.д. Следует отметить, что наряду с приведенными выше «большими катастрофами» было выявлено немало других «мелких» осложнений, которые не вызвали широкого резонанса в обществе, однако отрицательно повлияли на качество жизни пациентов (ВОЗ, 2000).

Причины развития ПР различны: неправильное назначение лекарств, неправильный выбор доз и лекарственных формы, использование некачественных препаратов, нерациональное их комбинирование, а также ошибки при самостоятельном приеме лекарств и т.д., что требует разработки системного подхода к этой проблеме, привлечение специалистов из различных областей медицины, привлечение населения, образовательных учреждений [1, 3].

На сегодняшний день, существуют определенные трудности в улучшении ситуации. К наиболее сложным

относится получение от врачей информации о наблюдаемых ПР и одна из причин такого положения кроется в том, что врачи не всегда уверены в наличии связи приема лекарства с возникшим осложнением. В 1976 г. Vere D. W. описал способность ПР лекарств выступать под маской обычных заболеваний и указал 5 основных причин, по которым так много лекарственных осложнений остаются незамеченными: реакция проявляется настолько странно или причудливо, что часто используемый и явно безобидный препарат не вызывает подозрений; нарушения, вызванные лекарством, могут в точности имитировать обычные заболевания; существуют длительные задержки проявления ПР; лекарство вызывает обострение обычных заболеваний или провоцирует проявление генетически предрасположенных нарушений; клиническая ситуация может быть настолько сложной, что ее составляющие, связанные с ЛС, остаются незамеченными. Также, клиницисты опасаются, что ПР могут связать с их некомпетентностью и повлечь юридическую ответственность [1].

Опыт показал, что лучшие результаты дают образовательные мероприятия, воспитание принципиальности и соответствующей культуры, в меньшей степени административные методы. Врач должен понимать свою ответственность не только перед конкретным больным, но и перед тысячами других пациентов, которые будут принимать лекарство. Сообщая о ПР, врач не должен бояться наказания за назначение лекарства, ведь известно, что лекарства кроме терапевтического действия вызывают и ПР. Так, Vere D. W. подчеркивал, что хотя многие новые открытия совершаются Национальными центрами по мониторингу неблагоприятных реакций ЛС, большинство важных и новых наблюдений делается практикующими врачами (1976).

Таким образом, можно констатировать, что мониторинг безопасности ЛС является важной составляющей и направлен на предотвращение и/или снижение вреда пациенту, улучшение его здоровья, что играет исключительно важное значение и может обеспечиваться хорошо организованной системой фармаконадзора.

Фармаконадзор - научное направление клинической фармакологии, касающееся выявления, оценки, изучения механизмов развития и предупреждения ПР или др. проблем, связанных с приемом ЛС (ВОЗ, 2000). Осуществление фармаконадзора необходимо для более рационального использования ЛС. Разработка и внедрение системы фармаконадзора является закономерным требованием времени, т.к., во-первых, фарм-производители должны нести ответственность за качество своего продукта, во-вторых, это принципиальное этическое требование медицинской практики и доказательной медицины, в-третьих, ЛС - это специфический продукт потребления, от которого зависит здоровье человека. В зависимости от особенностей возникновения ПР для их выявления используют различные методы, одним из основных является, метод спонтанных сообщений - добровольное предоставление врачами сведений о побочных реакциях (ВОЗ, 2002).

Метод спонтанных сообщений о ПР является основным в работе служб фармаконадзора во всех странах мира. Основным принципом, данного метода, является добровольное или законодательно оговоренное информирование соответствующих регуляторных органов о выявляемых ПР. Система спонтанных сообщений о ПР, на которой базируется Международная программа ВОЗ по мониторингу безопасности, подтвердила свою эффективность при отслеживании ПР и наряду с другими методами оценки повторяющихся случаев позволяет идентифицировать проблемы, связанные с безопасностью данного ЛС в данной стране, что дает основания для осуществления регуляторных или образовательных мероприятий.

В 2003 году Кыргызстан, стал 72 полноправной страной — членом Программы ВОЗ по мониторингу ЛС и теперь направляет свои сообщения в мировую базу данных. Основным методом выявления нежелательного действия препаратов в Кыргызстане является метод спонтанных сообщений.

База данных Информационного центра по ЛС в Кыргызстане на сегодняшний день содержит более 200 спонтанных сообщений о ПР.

В настоящее время в Кыргызстане не сформирована система фармаконадзора и деятельность клинических служб в этой сфере деятельности находится на различных этапах развития. Так, например во фтизиатрической службе работа по изучению безопасности ЛС, начиная с 2002 г, проводится не в виде эпизодического заполнения карт-сообщений о ПР, а формируется как систематически и, постоянно проводимая составляющая клинической, научно-исследовательской и методической деятельности врачей, научных сотрудников и медсестер.

Этому способствовали образовательные, административные и организационно-методические мероприятия среди медработников. Так, во исполнении приказа МЗ КР «Об улучшении работы медицинских учреждений по контролю и регистрации побочных реакций при применении лекарственных средств на основе приказа МЗ КР 15.09.2003г за №34 был издан Приказ по НЦФ, о чем было доведено до сведения врачей и научных сотрудников. Ответственность за проведением и эффективностью работ была возложена на штатного клинического фармаколога. Для повышения эффективности работы проводятся образовательные мероприятия, которые кроме лекционного материала включают разъяснительную работу клинического фармаколога по повышению качества заполнения карт. Также, организовано оформление и транспортировка в ЦКАЛ Департамента лекарственного обеспечения и медицинской техники МЗ КР «подозреваемого» материала (остатки ЛС, шприцы, растворители), что позволяет определить причину ПР. Результатом проведенной работы явилось увеличение числа заполнений карт-сообщений о ПР. Это подтверждается тем, что за 2003 год из числа зарегистрированных ПР 30% зарегистрированы сотруд-

никами противотуберкулезной службы, а в 2004 году этот показатель составил 23%.

В дальнейшем в эту работу были вовлечены фтизиатры областного и районного уровня. Для этого при выездных мониторингах (4 раза в год) координаторы по лекарственному обеспечению обеспечивают фтизиатров «желтыми» картами, а также проводят информационно-консультативную и разъяснительную работу. Также, совместно с НПО «Кыргызское общество за безопасное и рациональное использование лекарств» были проведены 2 обучающих семинара по рациональному использованию ЛС для фтизиатров. С 2005 г в стране лечение больных по ДОТС стратегии проводится с использованием комбинированных препаратов с фиксированными дозами (4FDC), при применении которых возможно повышение риска развития НПР, что и определило дальнейший этап работы. В 2005г только за 6 месяцев зарегистрировано 35 НПР, из них 25 на комбинированную терапию с использованием фиксированных доз.

Прогрессивным шагом вперед явилось участие Национального центра фтизиатрии при консультационном и техническом содействии Проекта ХОУП в международное исследование совместно с IUALTD (International union against TB and lung disease) - Международный Союз по борьбе с легочными заболеваниями и туберкулезом. Проводимое исследование носит межстрановой характер, в ходе которого полученные данные по частоте проявления ПР на противотуберкулезные препараты первого ряда будут включены в международную базу данных IUALTD.

Таким образом, совершенно очевидно, что мониторинг безопасности лекарств в Кыргызстане остается нерешенной проблемой и требует принятия серьезных решений. Анализ данных о побочных реакциях позво-

лит рационализировать использование ЛС, улучшить результаты лечения и снизить затраты системы здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Моисеев В.С. Врачебные ошибки. Факторы объективные и субъективные. Когда возможна юридическая ответственность врача. // *Практикующий врач*, 1996, 4, 2, 54-55.
2. *Фармацевтический сектор: фармаконадзор за лекарственными препаратами для человека*. — Киев.: Морион, 2003. — 216 с.
3. Шараева М. Л. Роль клинического фармацевта в системе фармакологического надзора. // *Провизор*. — 2002. — № 24-20. — С. 7-9.
4. Ямамото Н. // *Фармацевт. журн.* — 2002. — № 2.
5. Improving ADR reporting// *the Lancet*-2002. Vol.360, n9344, p.1435/
6. *The Importance of Pharmacovigilance. Safety Monitoring of medicinal products*. WHO, 2002.
7. Vere D.W. Drug adverse reactions as masqueraders. *Adverse Drug Reaction Bull.*, 1976, 60, 208-211.
8. *The Use of Essential Drugs. Ninth report of the WHO Expert Committee*. Geneva, 2000)
9. Pannikar V. The return of thalidomide: new uses and renewed concerns. *WH- Pharmaceuticals Newsletter*, 2003, 2: 11.
10. Gonzales Montaner LJ, Dambrosi A, Manassero M. Adverse effects of antituberculosis drugs causing changes in treatment. 1982, 291- 294.
11. Daphne Yee, Chantal Valiquette, Marthe Pelletier, Isabelle Rocher. Incidence of Serious Side Effects from first-line antituberculosis drugs among patient treated for active tuberculosis. *American J Respir Crit Care Med* Vol 67. pp. 1472-1477, 2003.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ И ИХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Райымбеков Н.К., Абдылдабеков К.Б.

Судебно-гистологическое отделение РБСМЭ МЗ КР. Кафедра судебной медицины и права КГМА. НИИ Молекулярной биологии и медицины НЦКиТ МЗ КР

Резюме. Цель исследования - выявить степень ремоделирования миокардиоцитов и кардиальных сосудов при алкогольной интоксикации в различных горных высотах в зависимости от наличия или отсутствия сердечно-сосудистой патологии до злоупотребления алкоголем. Материалами исследования явились аутопсийный материал - кусочки размером 1,5 х 2 см из предсердия, желудочков, межжелудочковой перегородки, папиллярных мышц сердца. Использовались гистологические методы исследования. В результате наших исследований выявлены высокая степень ремоделирования сердца при алкогольной кардиомиопатии в условиях высокогорья. Ремоделирование кардиомиоцитов и кардиальных сосудов являются морфологическим субстратом алкогольной кардиомиопатии.

Ключевые слова: ремоделирование, миокардиоцит, кардиальные сосуды, кардиомиопатия, интоксикация.

Summary: The purpose of research – is discover the level of remodernization a myocardiocity and cordial's vessels at alcoholically intoxication in different mountains heights in dependence of presence or absence cardio-vascular pathology. Materials of research is appearance a autopsycal material-pieces by size 1,5x2sm from atrium, ventricle's, interventricular septum, papillary muscles of heart. Were used histological methods of research. In results ours researches is discovered that the high level of remodernization of heart at alcoholically cardiomyopathy in high mountain condition. Remodernization myocardiocity and cordial's vessels is appearance morphological substrate of alcoholically cardiomyopathy.

Keys words: remoderniretion, myocardiocity, cordial's vessels, cardiomyopathy, intoxication.

ВВЕДЕНИЕ

Вопросы диагностики острой и хронической алкогольной интоксикации в судебно-гистологической практике продолжают оставаться актуальными, нерешенными и сложными как в организационном плане, так и в плане дифференциальной диагностики. Актуальность данной проблемы в настоящее время возрастает и с увеличением случаев злоупотребления алкоголем и суррогатами алкоголя.

В доступной нам литературе не освещены вопросы ремоделирования сердца при алкогольной кардиомиопатии в суровых условиях высокогорья. Между тем при СМЭ нередко возникает вопрос о значении алкогольной интоксикации в наступлении смерти, в особенности, скоропостижной. Клиницисты и судебные медики считают, что алкоголь может способствовать наступлению скоропостижной смерти, особенно при наличии сердечно-сосудистых заболеваний [7].

По данным российских исследователей при острых и хронических алкогольных интоксикациях в сердце

развиваются структурно-функциональные нарушения – нарушение проницаемости сосудистых стенок, расстройства кровообращения и дистрофические изменения [7].

Общеизвестно, что у коренных горцев при хроническом воздействии факторов высокогорья происходят заметные структурно-функциональные изменения сердечно-сосудистой системы, разной степени выраженности, которые зависят от реактивности и индивидуальных свойств организма [2, 3, 4]. Однако патология сердца при алкогольной интоксикации в различных горных условиях остается почти не изученной и нерешенной. Это послужило основанием для подробного и детального изучения сердца (паренхимы, стромы и сосудов) при одновременном воздействии факторов различных горных высот и алкогольной интоксикации.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявить степень ремоделирования миокардиоцитов и кардиальных сосудов при алкогольной интокси-

кации в различных горных высотах в зависимости от наличия или отсутствия сердечно-сосудистой патологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для решения поставленной цели выделены следующие группы исследования в зависимости от горных высот, отсутствия или наличия сердечно-сосудистой (СС) патологии до злоупотребления алкоголем и от течения алкогольной интоксикации (острой и хронической).

- I группа – аутопсия сердец умерших жителей высокогорья без сердечно-сосудистых заболеваний до злоупотребления алкоголем – 7 случаев.
- II группа – аутопсия сердец умерших жителей высокогорья с сердечно-сосудистой патологией до злоупотребления алкоголем – 7 случаев.
- III группа – аутопсия сердец умерших жителей низкогорья без СС патологии до злоупотребления алкоголем – 7 случаев.
- IV группа – аутопсия сердец умерших жителей низкогорья с СС патологией до злоупотребления алкоголем – 7 случаев.

Во всех наблюдениях собирали подробный анамнез со слов родственников. Особое внимание уделяли перенесенным заболеваниям и наличию жалоб, указывающих на наличие СС заболеваний. Катамнестические данные свидетельствовали о том, что большинство умерших длительное время злоупотребляли алкоголем (5-12 лет). 9 из них страдали хроническим алкоголизмом. Периодические приступы болей в области сердца отмечены у 12 умерших с указанием повышения кровяного давления.

Материал брали через 6-18 часов после смерти. Взяты кусочки из предсердия, желудочков, межжелудочковой перегородки, папиллярных мышц. Кусочки заливали в парафин и парафиновые срезы толщиной 6-8 мкм, красили обзорной гистологической окраской – гематоксилин-эозином.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ

При аутопсийном исследовании миокард дряблый, тусклый, часто с синюшным оттенком или пестрого вида из-за чередования участков неравномерного кровенаполнения. Дистрофические изменения в большинстве случаев, особенно в высокогорных группах, сопровождалось гипертрофией сердца (в опытной группе вес сердца от 400-490 ± 12 гр: в контрольной группе 380-400 ± 1 гр.). Последняя была обусловлена утолщением стенки преимущественно левого желудочка и, как правило, с расширением полостей. Но в группе горцев имелась тенденция гипертрофии с дилатацией полостей миокарда правого желудочка. Эти изменения связаны с развитием высокогорной легочной артериальной гипертензии или на почве ХОБЛ в условиях высокогорья. Под эндокардом и эпикардом часто встречались мелкие кровоизлияния.

При микроскопическом исследовании сердца во

всех исследуемых группах отмечали резко выраженные дистрофические изменения, но более выраженных в высокогорных группах, особенно с сердечно-сосудистой патологией. При гистологическом описании гипертрофия мышечных волокон миокарда, как правило, не обнаружили, что, на первый взгляд, противоречило увеличению размеров и веса сердца – выявленный патологический комплекс лежит в основе ложной гипертрофии миокарда. Феномен ложной гипертрофии миокарда более преобладает в группе горцев и особенно чем ниже возраст, тем четко выявляются морфологические критерии вышеуказанного феномена. В этих случаях в группе горцев микроскопически определяется глубокая дистрофия кардиомиоцитов с очагами фрагментации и также отмечается деформация конфигурации их ядер (рис.1).

Нарушение проницаемости сосудистых стенок сопровождалось в той или иной степени расстройством кровообращения (внутрикардиальной гемодинамики) – чередование участков полнокровия мелких и средних артерий мышечного типа и их малокровие (безкровие) на фоне их резкого спазма. Со стороны вен отмечается их паретическое расширение с застоем, в капиллярах отмечается их неравномерное кровенаполнение с очагами периваскулярного кровоизлияния или в виде диапедеза эритроцитов в периваскулярные или в мышечные пространства. На фоне повышения проницаемости имеется резкий отек стромы. Описанные выше изменения стромы сочетались с дистрофическими и деструктивными изменениями (выраженная паренхиматозная дистрофия и очаги микронекрозов). Очаги микронекрозов часто и более выражено выявлялись в группе горцев и, в особенности с СС патологией.

В настоящее время известно, что в развитии нарушения внутрикардиальной гемодинамики важное значение имеют изменения сосудистого, в особенности микроциркуляторного русла, которые являются критерием, определяющим прогноз и основным фактором, определяющим выживаемость больных с хронической алкогольной интоксикацией (хроническим алкоголизмом). Утолщение интимы является первым структурным изменением с дальнейшей пролиферацией клеточных элементов. Мелкие артерии мышечного типа приобретают усиленный эластический каркас, гипертрофируется мышечный слой (медия), появляются артерии, так называемые замыкающие, свидетельствующие о глубоких нарушениях внутрикардиальной гемодинамики (рис.2).

Хотя причины таких структурных изменений сосудистого русла до сих пор не установлены, ряд авторов связывают их с нарушением структурно-функционального состояния эндотелия. Эндотелий является высокоспециализированным метаболическим активным монослоем клеток, выстилающие все сосуды организма человека. Активация и/или повреждение эндотелия имеет фундаментальное значение в развитии широкого спектра патологических процессов и в случае развития алкогольной кардиомиопатии в условиях воздействия факторов высокогорья четко выявляются.

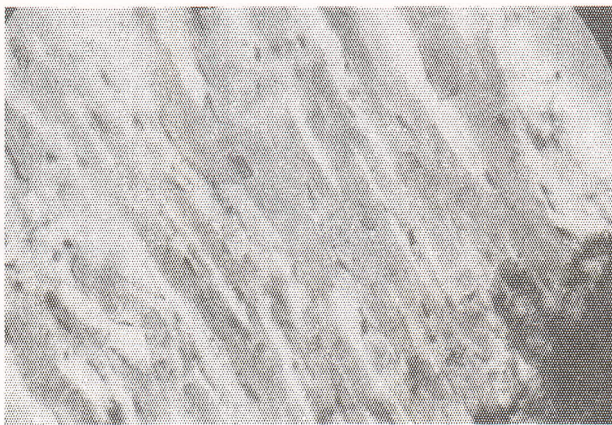


Рис.1. Миокард левого желудочка сердца умершего больного от хронической алкогольной интоксикации в условиях высокогорья. Отмечается неравномерная гипертрофия кардиомиоцитов с увеличением размеров ядер и их конфигураций. Также отмечается развитие межклеточного кардиосклероза. Ув x 480. Окраска по пикрофуксин-фукселину.



Рис.2. Интрамуральная артерия мышечного типа диаметром от 200-400 мкм. Отмечается резкая гиперплазия и гипертрофия гладкомышечных клеток меди с развитием артерий замыкающего типа. Ув x 240. Окраска гематоксилин-эозином.

ВЫВОДЫ

- I. Макроскопическое изучение сердца при алкогольной интоксикации показало, что для нее характерно увеличение размеров и веса сердца за счет левой половины, но в группе горцев отмечается тенденция гипертрофии и дилатации полостей миокарда и правого желудочка, которая связана с наличием хронического высокогорного сердца (хронической легочной артериальной гипертензии).
- II. При хронической алкогольной интоксикации независимо от высоты местности, но в зависимости от времени злоупотребления алкоголем, ранее существующей СС патологии развивается симптомокомплекс, называемый «алкогольная кардиомиопатия», который более выражена в группе горцев.
- III. При развитии алкогольной кардиомиопатии в условиях высокогорья происходят более выражены процессы ремоделирования кардиальных сосудов и их гемодинамические нарушения: более выражены гиперплазия интимы с развитием эластоза, в мелких артериях мышечного типа отмечается более выраженная степень развития артерий замыкающего типа, более выражен отек стромы.
- IV. Заметные структурно-функциональные изменения кардиомиоцитов, стромы сосудов при алкогольной кардиомиопатии в условиях высокогорья связаны сочетанным воздействием на СС факторов высокогорья и ремоделирование кардиомиоцитов и кардиальных сосудов являются морфологическим субстратом алкогольной кардиомиопатии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Меерсон Ф.З. *Адаптация, стресс и профилактика*. - М., 1981., 149 с.
2. Миррахимов М.М. *Всесоюзный симпозиум по легочным артериальным гипертензиям: Материалы*. - Фрунзе, 1988. - С.48-52.
3. Мукашев М.Ш. *Судебно-медицинские возможности диагностики патологических состояний, развившихся в условиях высокогорья. //Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики. Вып.6, - Новосибирск, 2001. - С.68-70.*
4. Кадыралиев Т.К. *Морфологические изменения легочных сосудов сопротивления при развитии высокогорной легочной артериальной гипертензии. - Архив пат. -1990. -С. 36-40.*
5. Кадыралиев Т.К., Райымбеков Н.К. *Ремоделирование сосудов малого круга кровообращения при воздействии высокогорной гипоксии. - Бишкек, 2001.-международный симпозиум по горной медицине. - 118 с.*
6. Цыплекова В.Г. *Алкогольная кардиомиопатия и внезапная сердечная смерть: Дисс. д-ра мед.наук. - М, 1988.*
7. Яковлева В.И. *Морфологические изменения в миокарде при алкогольной интоксикации (Гистологическое и гистохимическое исследования).- Судебно-медицинская экспертиза, 1967. т.х. - С. 25-30.*

ПАТОМОРФОГЕНЕЗ АТЕРОСКЛЕРОЗА СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ЖИТЕЛЕЙ КЫРГЫЗСТАНА

Райымбеков Ж. К.

Национальный Центр кардиологии и терапии.

Научно-исследовательский институт молекулярной биологии и медицины

Резюме. В сложных климатогеографических условиях Кыргызстана (высокогорная гипоксия, резкие колебания атмосферного давления, условия питания) распространенность сосудистой патологии остается высокой. Отсутствие эффективной терапии при инсультах и при этом проблема восстановления и замещения клеток при дегенерации в ЦНС является настоящим временем актуальной проблемой не только для Кыргызстана, но и всего мира, и требует поиска новых подходов в морфологической диагностике, для изучения тканевых, клеточных и субклеточных механизмов развития этой патологии.

Ключевые слова: атеросклероз сосудов головного мозга, атеросклеротическая ангиоэнцефалопатия, ишемический инсульт.

Summary: In complex geographical conditions of Kyrgyzstan (high-mountainous hypoxia, sharp fluctuation of atmospheric pressure, a condition of a feed) prevalence vascular pathologies remains high. Absence of effective therapy at insults and thus a problem of restoration and replacement of cells at degeneration in SNC is present time an actual problem not only for Kyrgyzstan, but also all world also demands search of new approaches in morphological diagnostics for studying fabric, cellular and subcellular mechanisms of development of this pathology.

Key words: an atherosclerosis of vessels of a brain, atherosclerotic angiensephalopatia, an ischemic insult.

ВВЕДЕНИЕ

Изучение проблемы заболеваний мозга на основе познания закономерностей и взаимосвязи метаболизма, кровообращения и функций мозга при атеросклерозе остается актуальным и своевременным. Наиболее распространенным и тяжелым по своим последствиям остается инсульт. В Кыргызстане продолжается рост числа инсультов, летальность при котором нередко выше, чем при инфаркте миокарда. В разработке новых концепций патогенеза нарушений мозгового кровообращения оказывают новейшие методы нейровизуализации (рентгеновская компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография и спектрография), новейшие модификации ультразвуковой локализации церебральных сосудов (дуплексная сканирование, транскраниальная доплерография) и др., но комплексное применение указанных методов инструментальных исследований, еще не открывает путь к истине без морфологической верификации. Поэтому нейроморфологическая верификация остается единственным способом достижения достоверности и надежности интерпретации (любое изображение, полученное, с помощью инструментальных методов является условным). Перспектива сочетания нейровизуализации (Neuroimaj md) и нейроморфологии безграничны.

Целью исследования является изучение особенностей патоморфогенеза сосудистой патологии мозга при

атеросклерозе у жителей различных высот Кыргызстана.

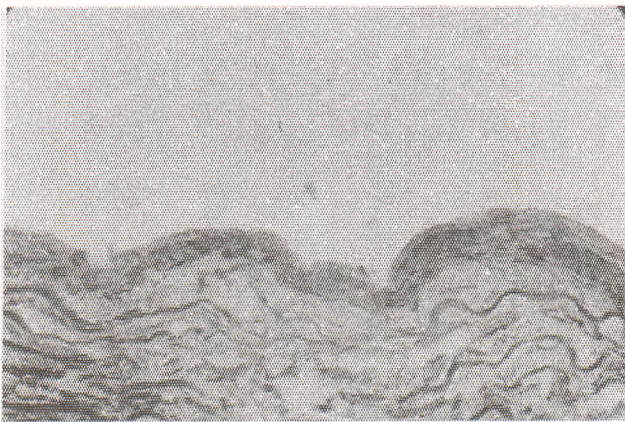
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материалом исследования служили сосуды головного мозга 7 горцев и 9 жителей низкогорья, погибших от случайных причин (общая сонная артерия, внутренняя сонная артерия, базилярные артерии, внутримозговые артерии) и ткани головного мозга. Также исследовались участки мозга из зоны ишемического инсульта и не пораженных участков 9 больных, умерших от ишемического инсульта.

Ткань головного мозга и магистральных сосудов фиксировались в забуферном 10% растворе формалина. Обезжизнялись в спиртах восходящей концентрации с просветлением в ксилоле и заливались парафином. Срезы для светооптического и морфометрического изучения толщиной 5-7 мкм окрашивали гематоксилин-эозином, пикрофуксин-фуксилином, креозилвиолетом по Нисслю. Морфометрии подвергались микрососуды - определяли диаметры их просвета и площадь сосудистого русла.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение структурных изменений артериальной системы мозга при атеросклерозе позволяют обозначить весь комплекс обнаруженных взаимосвязанных и многообразных процессов в сосудистой системе моз-



а) Стенка внутренней сонной артерии жителя низкогогорья Н. Видна утолщенная внутренняя эластическая мембрана. Проплиферация внутренних клеток отсутствует. Окраска пикросуксин – фуксилином. Ув х 480.



б) Стенка внутренней сонной артерии коренного горца К. отмечается пролиферация клеток за внутренней эластической мембраной и увеличение клеточности за счет лимфоцитов и моноцитов. Окраска пикросуксин – фуксилином. Ув х 480.

Рис. 1. а. б.

га. Проявление атеросклеротической ангиопатии в наших исследованиях проявляются на трех структурно-функциональных уровнях.

Первый уровень это магистральные артерии головного мозга (сонные и позвоночные артерии), основной функцией которых является доставка крови к мозгу. Второй уровень - экстракраниальные артерии, т.е. артерии основания мозга. К третьему уровню относятся сосуды микроциркуляторного русла, обеспечивающие обменные процессы в головном мозге.

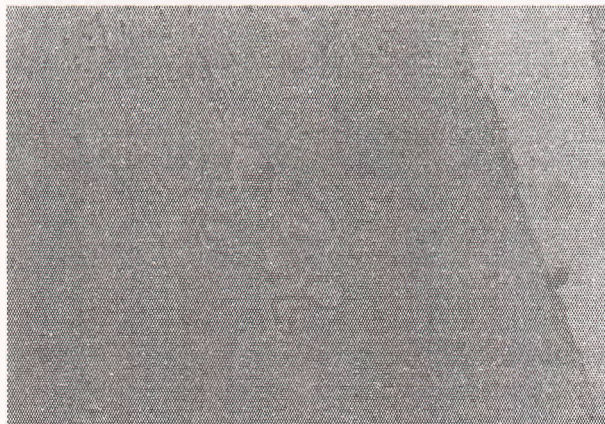
При исследовании сосудов головного мозга были выявлены морфологические изменения в стенке внутренней сонной артерии в виде пролиферации клеток внутренней оболочки сосудов. Эти процессы пролиферации больше выражены в сосудах у горцев (рис. 1, а, б). Следует отметить, что гиперплазия интимы имеет существенное значение в развитии стенозирующих атеросклеротических бляшек. Способствующими факторами в развитии атеросклероза является и увеличение клеточной интимы за счет лимфоцитов и моноцитов (рис. 1, а, б).

Гиперплазия интимы приводит к нарушению процесса перфузии плазмы крови в стенку сосудов и способствует задержке липидов гладкомышечными клетками и моноцитами. По нашему мнению выраженность пролиферации клеток внутренней сонных артерий у горцев в большой мере связано с действием тканевой гипоксии. В экстракраниальных отделах внутренней сонной артерии как в низкогорье, так и в условиях высокогорья отмечалось развитие атеросклероза различной степени (рис. 2, а).

Определение степени выраженности атеростеноза в экстракраниальных отделах внутренней сонной артерии имеет исключительное значение для оценки роли этой патологии в нарушениях церебральной гемодинамики и в выборе адекватного метода лечения. В настоящее время патогенетически значимым считается стеноз на 70% и более внутренней сонной артерии. При этом появляются количественные и качественные изменения кровотока, приводящие к недостаточности кровоснабжения мозга.



а) стенозирующая атеросклеротическая бляшка экстракраниальной артерии. Окраска по Ван-Гизону. ув х 120.



б) новообразование по типу ангиоматоза. Окраска гематоксилин – эозином. Ув х 120

Рис.2. а.б.

В экстракраниальных артериях атеросклеротические изменения часто развиваются в участках бифуркации артерий. В интракраниальных артериях атеросклеротическая ангиопатия выражалась в виде перекалибровки артерий в результате редуцированного кровотока по ним, обусловленного атеростенозом экстракраниальных и интракраниальных артерий и в то же время отмечалось новообразование сосудов по типу ангиоматоза (рис. 2, б)

Такие изменения характерны для гипоксии мозга. В мозговом веществе коры полушарий мозга определялись выраженный перипеллюлярный и периваскулярный отеки. Следует отметить, что ранние сроки ишемического поражения мозга характеризуются своеобразными изменениями формы и содержания сосудов микроциркуляторного русла в виде бесфибриновых тромбов, большого количества плазматических капилляров, резко выраженной неравномерности просвета сосудов. Эти изменения могут иметь важную диагностическую роль, когда другие признаки некроза ткани мозга не достигают еще достаточной морфологической выраженности для постановки патологического диагноза. При развитии ишемического инсульта в очаге поражения отмечаются грубые нарушения cito и ангиоархитектоники.

Заключение. Таким образом, результаты исследования показали, что у жителей Кыргызстана как в условиях низкогогорья, так и в условиях высокогорья развивается атеросклеротическая ангиопатия сосудов головного мозга на трех структурно-функциональных уровнях (магистрального, экстракраниального, микроциркуляторного). У горцев отмечается тенденция к более выраженной пролиферативной реакции в клетках внутренней оболочки сонных артерий, что, видимо, обусловлено более выраженным развитием тканевой гипоксии в этих условиях. Отмеченная гиперплазия интимы может иметь существенное значение в развитии стенозирующих атеросклеротических бляшек в артериях головного мозга с формированием в основании бляшек мощного фиброзноэластического слоя, ограничивающего возможности расширения артерий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Автандилов Г. Г. Динамика атеросклеротического процесса у человека. - М., 1970.
2. Анестиади В., Нагорцев В. Морфогенез атеросклероза. - Кишинев, 1982.
3. Аничков Н. Н. // Атеросклероз. Л., 1965. - С. 14-21.
4. Аничков Н. Н., Волкова К. Г., Захарьевская М. А. Патологическая анатомия гипертонической болезни. // Тр. 4-й сессии АМН СССР. - М.: Изд-во АМН СССР, 1948. - С. 18-29.
5. Верецагин Н. В. Деформации магистральных артерий головы и их значение в развитии нарушений мозгового кровообращения в пожилом возрасте. // Вестн. АМН СССР. - 1980. - №12. - С. 7-10.
6. Верецагин Н. В., Моргунов В. А., Гулевская Т. С. Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертензии. - М.: 1997. - С. 287.
7. Вихерт А. М., Жданов В. С., Матова Е. Е., Антекарь С. Г. Географическая патология атеросклероза. - М., 1981.
8. Ганнушкина И. В. патоморфологические механизмы нарушений мозгового кровообращения и новые направления в их профилактике и лечении. // Невропат. и психиатр. - 1996. - №1. - С. 14-18.
9. Barnett H., Barnes R., Clagett G/ et al. symptomatic carotid artery stenosis: a sovable problem: Horth American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial/ / Stroke. - 1992/-Vol. 23, № 8-P/1048-1053.
10. Ficher M. Cellular Basis oj Atherosclerosis // Prevention of stroke/ J. Norris, V. Hachinski.-Spinger-Verlag. - 1992. -p. 19-36.
11. Nogornev V. A., Maltseva S. Y. // Atherosclerosis. 1996. Vol. 51. P. 245-251.
12. Raines E. W., Rosenfeld M. E., Ross R. // Atherosclerosis and Coronary Artery Disease / Eds V. Fuster, R. Ross, E. J. Topol. Phililadelphia, 1996. P. 539-555.
13. Ross R. // Atherosclerosis. 1997. Vol. 131, Suppl. P. 3-4.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПЛАЦЕНТЫ ПРИ СОЧЕТАННОМ ВОЗДЕЙСТВИИ ПРИРОДНОГО ГИПОКСИЧЕСКОГО ФАКТОРА И ПОВЫШЕННОГО РАДИАЦИОННОГО ФОНА (г. МАЙЛУУ-СУУ).

Раймбекова Г.К.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия, Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Роль плаценты как органа, обеспечивающего формирование и рост плода, чрезвычайно велика как при физиологической беременности, так и при неблагоприятных условиях внутриутробного развития, особенно при воздействии техногенных факторов, которые могут создать предпосылки для нарушения адаптации в их перинатальном периоде, что может в дальнейшем привести к развитию патологии заканчивающихся летальным исходом в период внутриутробного развития. Однако морфофункциональная диагностика деятельности плаценты сопряжена с определенными трудностями, в том числе с отсутствием систематических знаний о строении и функции этого органа при сочетанном воздействии техногенных факторов в условиях среднегорья Кыргызстана.

Ключевые слова: техногенные факторы, плацента, острая, хроническая плацентарная недостаточность.

Summary: Purpose of investigation of morphofunctional changes in placental action and technogenetic factors affecting outer medium and intermediate mountain. The investigation of material which affect on the pregnant women living in the in-termediate mountain areas of kyrgyzstan. The results by talking with the pregnant women and during histological investigations on placenta, the factors of this region are constantly affecting on them. These morphofunctional changes are chronic but acute processes are being appeared in them. These conditions could be separated as compensatory processes of hyperplasia of the capillaries and increased number of podocyte.

Key words: technogenetic factors, placenta, protective placental.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Радиационная безопасность является актуальной проблемой для Кыргызской республики. Поскольку республика была основным поставщиком уранового сырья в виде оксидов урана и молибдена. После прекращения добычи урана осталось более 37 хвостохранилищ без надлежащего контроля. Так же восточные и юго-восточные районы Кыргызстана находятся вблизи от ядерного полигона Лоб-Нор (КНР), откуда происходит перенос продуктов ядерных испытаний. Кроме того имеет значение естественный радиоактивный фон, слагающийся из действия ионизирующего излучения. Одним из таких регионов является город Майлуу-суу и его окрестности, вследствие нахождения 24 хвостохранилищ и 15 горных отвалов урана и тория [4].

В предыдущих исследованиях нами было показано, повышение радиационного фона, превышающий в 2,5-2,8 раза предельно допустимую дозу и содержание тяжелых металлов в почве и в воде реки Майлуу-Суу, превышающих предельно допустимую концентрацию, по данным лаборатории «Алекс Стюарт», ЦЗЛ АООТ МСЭЛЗ и сектора мониторинга ЖАОУООС.

Проблема адаптации функциональной системы

мать- плацента и плод в условиях повышенного радиационного фона и природного гипоксического фактора имеет важное теоретическое и главным образом практическое значение, поскольку в этих районах живут и трудятся большое количество людей. Перспективным объектом для изучения особенностей перинатальной патологии в этих условиях является плацента, точнее в этом отношении плацента является высокоинформативным провизорным органом, определяющий и характеризующий в дальнейшем биологическое становление новорожденного ребенка. В фундаментальных исследованиях Светлова Г.П. (1956-1960) и мн. др. авторов, была установлена определенная зависимость между величиной дозы облучения, стадии эмбрионального развития и радиочувствительностью плода. В этих работах также было показано, что дозы радиации не оказывающие сколько-нибудь значительного влияния на материнский организм, могут привести к существенным отклонениям в развитии плода, вплоть до его гибели. Как было уже отмечено в этом отношении плацента играет огромную роль в нормальном развитии плода при сочетанном воздействии повышенного радиационного фона и природного гипоксического фактора.

В исследованиях Милованова А.П.(1988) показано,

что в условиях природной гипоксии (среднегорье и высокогорье) синхронное снижение массы доношенных новорожденных и их плацент. К моменту рождения эти плаценты отличались признаками высокой функциональной активности и одновременно дизадаптации в виде увеличения объема склеенных ворсин, инфарктов и кровоизлияний.

Исходя из вышеизложенного, целью настоящего исследования явилось выявить степень морфофункциональных изменений плаценты при сочетанном воздействии повышенного радиационного фона и природного гипоксического фактора.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материалом исследования служили составные части последа (плацента, пуповина, амниотическая оболочка) 34 рожениц г. Майлуу-Суу. Контролем для них явились составные части последа 25 рожениц г. Бишкек. Сравнительную группу вошли составные части последа рожениц их высокогорных регионов республики (г. Нарын, Ат-Башинский район, Суусамыр Жайылского района) – 25 случаев.

Применялись макроскопические и гистологические методы исследования.

Макроскопические методы – определяли состояния плаценты, плодных оболочек и пуповины.

Гистологические методы - взяты кусочки диаметром 1,5 x 2 см. из центральных, парацентральных и краевых участков плаценты на всю толщину, пуповина из трех участков и свободные края амниотической оболочки сразу после родов и фиксированы в 4% р-ре формалина на фосфатном буфере pH-7,4-0,2 м, заливали в парафин. Парафиновые срезы толщиной 7-10 мкм окрашивали гематоксилин-эозином, по Ван-Гизон.

При проведении предыдущих исследований были выделены группы материалов в зависимости от времени (продолжительности) воздействий ионизирующего воздействия и природной гипоксии (среднегорья). В настоящем исследовании мы дополнили еще одной группой – высокогорная группа: плаценты рожениц, проживающих в условиях высокогорья на высоте 2500-3600 м над уровнем моря.

ОПЫТНАЯ ГРУППА

I группа – плаценты женщин, которые являются коренными жителями г. Майлуу-Суу. Эту группу составили 17 плацент;

II группа – плаценты женщин, которые родились и выросли в г. Майлуу-Суу, но последние 5-10 лет живут за пределами г. Майлуу-Суу и его окрестностях. Эту группу составили 7 случаев;

III группа – плаценты женщин, которые родились и выросли за пределами г. Майлуу-Суу, но последние 5-10 лет живут в г. Майлуу-Суу. Эту группу составили 10 случаев.

Сравнительная группа: IV группа – плаценты рожениц коренных жителей высокогорья. Эту группу составили 25 случаев.

Контрольная группа. V группа – плаценты женщин,

которые являются коренными жителями низкогорья (г. Бишкек). Эту группу составили 25 [3].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ

В результате наших исследований установлено достоверное снижение массы ($487,22 \pm 10,5$ г.), объема ($520,26 \pm 12,1$ мл) и площади материнской поверхности ($267,86 \pm 6,8$ см) плацент в группе среднегорья (1,2,3 группах). В высокогорной группе отмечаются более выражено масса ($457,35 \pm 8,7$ г), объем $88,76 \pm 10,8$ мл) и площади материнской поверхности ($239,67 \pm 9,8$ см).

По макроскопическим признакам в группе среднегорья плаценты были меньше в диаметре, чем в контрольной.

При гистологическом исследовании I группы отмечается выраженная степень хронической плацентарной недостаточности- гиперплазия мелких бессосудистых ворсин с их выраженным склерозом и деформацией. Большинство промежуточных ворсин бессосудистые, местами фибриноидным некрозом. В створовых ворсинах отмечается картина облитерирующей ангиопатии с резким сужением в просвете сосудов. В этой группе отмечается диссоциированное развитие плаценты, которая характеризуется неравномерным созреванием котиледонов. Наряду с нормальными хорошо васкуляризованными терминальными ворсинами, в препаратах выявляются зоны хаотичных склерозированных ворсин, незрелые промежуточные ворсины с рыхлой стромой и дистрофическими клетками Кашенко-Гафбауэра. Реже встречаются эмбриональные ворсины. Также отмечаются гиперпластические процессы - гиперплазия соединительной ткани в строме створовых ворсин, резкое утолщение стенок артерий створовых и промежуточных ворсин. В этой группе отмечаются морфологические признаки сниженности компенсаторно-приспособительных процессов. На фоне хронической плацентарной недостаточности отмечается картина острой плацентарной недостаточности - кровоизлияние (гематома) в межворсинчатое пространство, острое нарушение пуповинного кровообращения. В пуповине отмечается резкое утолщение стенок сосудов с резким спазмом их просветов, безкровные.

Во второй группе отмечается также картина хронической плацентарной недостаточности, но в умеренной степени. Отмечается гиперплазия мелких бессосудистых ворсин с резким сужением межворсинчатого пространства. Облитерирующая ангиопатия створовых и промежуточных ворсин, местами идет полная облитерация просвета сосудов. Также отмечаются воспалительные процессы очагового характера - виллизит, интервиллизит.

В третьей группе отмечается картина – эмбриональных ворсин. Характеризуются в срезах крупные многопластные ворсины диаметром 120-140 мкм, хориальный эпителий которых состоит либо из одного слоя синцитиотрофобласта, либо из поверхностного синцитиотрофобласта и внутреннего прерывистого цитотрофобласта. Их характерной чертой является рыхлая строма с редкими фибробластами и расценивается как рез-

ко пониженный компенсаторно-приспособительный процесс.

В исследованиях высокогорной группы резко увеличился объем, занимаемый плодными сосудами в составе как ворсин, так и хориальной пластинки. В соответствии с этим почти в 3 раза возросла протяженность сосудисто-синцитиальных мембран и, наоборот, достоверно уменьшился объем интерстиции ворсин мелкого и среднего калибра.

Из вышеуказанного можно предположить, что снижение напряжения кислорода в крови (гипоксия) в условиях гипоксической гипоксии приводит к нарушению формирования плаценты и развития плода.

ВЫВОДЫ

1. В условиях сочетанного воздействия природной гипоксии (среднегорья) и повышенного радиационного фона происходят заметные структурные изменения плаценты, которые зависят от продолжительности воздействия вышеуказанных факторов.
2. При хроническом воздействии (длительного воздействия, т.е в 1 группе) отмечается выраженная степень хронической плацентарной недостаточности в следующих вариантах: диссоциированное развитие плаценты, гиперпластическому варианту и по типу хаотично склерозированных ворсин. Эти глубокие изменения в условиях одновременного воздействия природной гипоксии и повышенного радиационного фона являются следствием глубокой артериальной гипоксемии, тканевой гипоксии и резкого нарушения метаболизма.

3. Во второй группе отмечаются умеренные структурные изменения плаценты, связанные с прекращением воздействия этих факторов.
4. В третьей группе отмечаются также выраженные структурные изменения или срыв компенсаторно-приспособительных процессов по типу незрелых эмбриональных ворсин. Из этого можно предположить, что при одновременном воздействии этих факторов у временных рожениц-абитуриентов угнетается процесс морфологического созревания плаценты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Милованов А.П. *патология системы мать- плацента – плод: М. 1999. - 197с.*
2. Светлов П.Г. *влияние на плод неблагоприятных факторов окружающей среды. М. 1957. - 234 с.*
3. Райымбеков Г.К., Кадыралиев Т.К. *Морфофункциональные изменения плаценты при воздействии техногенных факторов среднегорья Кыргызстана (г.Майлуу-суу). –Ж. Здравоохранение Кыргызстана.-2005.т.1. - С. 26-28.*
4. Райымбеков Ж.К., Раймбекова Г.К. *Плацента и ее морфофункциональные изменения при воздействии ионизирующего излучения. Ж- Вестник КНУ. 2004. серия 5. выпуск2. - С. 111-114.*

МНОГОКАМЕРНЫЙ ЭХИНОКОККОЗ В СЕВЕРНОМ КЫРГЫЗСТАНЕ И ПРИЧИНЫ ИНВАЗИИ

Раимкулов К.М., Караева Р.Р., Айтбаев С.А.

Кафедра медицинской биологии и паразитологии, Кыргызская государственная медицинская академия, Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: За период 1985 - 1994 гг. заболеваемость эхинококкозом возросла более чем в два раза по сравнению с предшествующим двадцатилетним периодом [1]. А за последние 10 лет (1994гг.-2004гг.) заболеваемость эхинококкозом приобрела повсеместное распространение и выросла в 4 раза [2]. По данным ретроспективного анализа отчетов поликлиник г. Бишкек, отчеты Госсанэпиднадзора и санэпиднадзора г. Бишкек за период с 2003 по 2005 гг. прооперировано по поводу эхинококкоза 926 больных, из них 35 были больные многокамерным эхинококкозом, из них 28,6% составляют жители Нарынского района, 17,1% Ысык-Кульского и Ошского районов, 14,4% жители г. Бишкек и 11,4% Чуйской и Джалалабадской областей. Результаты показали, что больные многокамерным эхинококкозом больше зарегистрированы по Нарынской области, в частности в Ат-Башинском районе. Было интересно узнать клинико-эпидемиологическую ситуацию в Ат-Башинском районе Нарынской области по альвеолярному эхинококкозу по разработанной нами анкете.

Ключевые слова: многокамерный эхинококкоз, природный очаг, история болезни, анкета.

MULTYCHAMBER ECHINOCOCCUS IN THE NORTH OF KYRGYZSTAN AND THE CAUSES OF INVASION

Raimkulov K.M., Karaeva R.R., Aitbaev S.A.

Kyrgyz State Medical Academy Bishkek, Kyrgyzstan.

Actuality: The most important problem in public health is parasitical diseases including alveolar echinococcus. In 1985-1994 echinococcus disease is grown up to two times comparing with the last twenty years. The echinococcus disease is spread every were the last 10 years and grown up four times. That's why we conducted retrospective analyses of Bishkek polyclinics reports, reports of State Sanitary Epidemiological Inspector of Bishkek from 2003-2005 and 926 diseased people who were operated because of echinococcus were revealed, out of them 28,6 % were Naryn inhabitants, 17,1% Issyk-Kul and Osh regions, 14,4% Bishkek inhabitants and 11,4% Chui and Jalalabad oblasts. Our results show that in Naryn there are more diseased people with multychamber echinococcus especial, in At-Bashy region. That is why we were interested in finding out the clinic – epidemiological situation in At-Bashy region of Naryn oblast on alveolar echinococcus on our developed questionnaire. During questioning of lob people according to our developed questionnaire the relationships between people and dogs were studied.

Key words: multychamber echinococcus, natural hearth, disease histories, questionnaire.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность многокамерного эхинококкоза определяется тем обстоятельством, что многокамерный эхинококкоз протекает хронически и тяжело, как правило, диагностируется поздно, оперативное вмешательство осуществляется в запущенных стадиях, часто возникают осложнения и рецидивы, и нередко альвеолярный эхинококкоз заканчивается летально.

Многокамерный эхинококкоз (альвеококкоз) - один из самых опасных заболеваний человека и животных и является типичным природно-очаговым заболеванием. Многокамерный эхинококкоз характеризуется чрезвычайно тяжелым течением, опухолевидным поражением печени, часто с метастазами в головном мозгу и легких, а также во многих других органах. Дефинитив-

ными хозяевами альвеококка являются лисица, песец, волк и собака. Промежуточными хозяевами, в организме которых паразитирует личиночная стадия альвеококка, являются мышевидные грызуны и человек. Домашний скот в распространении многокамерного эхинококкоза не участвует. В этом отношении эпидемиология многокамерный эхинококкоз существенно отличается от эпидемиологии однокамерного эхинококкоза.

Возможность заражения человека многокамерным эхинококкозам особенно велика в природных очагах этого паразита, где население занимается охотой на лисиц, песцов и грызунов. От них через элементы внешней среды, обсемененной яйцами с онкосферами и члениками альвеококка, заражается промежуточный хозяин, роль которого выполняют грызуны и человек.

Показатели	Контингент					
	Дети до 14 лет	15 -19	20 - 29	30 -39	40 -49	50 -59
абс.	1	4	13	3	10	4
%	2,9	11,4	37,1	8,6	28,6	11,4

Также не исключена возможность заражения человека в очагах альвеококкоза во время питья воды из озер и других стоячих водоемов, являющихся местом водопоя диких животных.

Кыргызстан, относится к гиперэндемичному очагу по многокамерному эхинококкозу. В частности северный регион, где регистрируется наибольшее число заболеваний людей.

По нашим данным основным источником заражения собак многокамерным эхинококкозом служат домовые и полевые мыши, а человек заражается от домашних собак. Нами было установлено синантропные и природные очаги альвеококкоза на территории Ат-Башинского района Нарынской области. А также нами было выявлено, что наиболее часто поражаются группы населения, имеющие прямой контакт с собаками, владельцы собак и члены семьи охотников. Однако длительная выживаемость онкосферы паразита во внешней среде дает основание предполагать, что значительную роль в распространении инвазии ряда промежуточных факторов, в частности воды.

Исходя из вышеизложенного, цель настоящей работы является – изучить клинико-эпидемиологическую ситуацию альвеолярного эхинококкоза по историям болезней хирургических стационаров г. Бишкек и населения Ат-Башинского района Нарынской области по разработанной нами анкете.

В соответствии с этим были поставлены следующие задачи:

- провести ретроспективный анализ архивных материалов из медицинских учреждений г. Бишкек;
- разработать и провести анкетирование населения Ат-Башинского района Нарынской области для изучения поведенческих взаимоотношений людей и собак.

Материалом исследования служили архивные отчеты медицинских учреждений 19-ти поликлиник г. Бишкек, отчеты Госсанэпиднадзора и санэпиднадзора г. Бишкек за период с 2003 по 2005 гг., а также результаты анкетирования жителей Ат-Башинского района Нарынской области в 2005 г.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Ретроспективный анализ истории болезней прооперированных по поводу эхинококкоза в стационарах г. Бишкек.
2. Опрос исследуемых по разработанной нами индивидуальной анкете для изучения поведенческих взаимоотношений людей и собак.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

За последние 3 года (2003-2005гг.) нами ретроспективно изучены 926 истории болезней в хирургических стационарах г. Бишкек прооперированных по поводу эхинококкоза. Из 926 прооперированных больных женщины составили - 50,1% (464), мужчины - 49,9% (462) и дети до 14 лет составили 22,7% (210). Из 926 прооперированных, у 35 диагностирован многокамерный эхино-

Таблица 2

№	Возрастные группы	Всего опрошено					
		Ат - Башинский район		в том числе.			
		абс.	%	мужчины		женщины	
				абс.	%	абс.	%
1	до 14 лет	216	21,3	121	56,0	95	44,0
2	15-19	88	8,7	48	54,5	40	45,5
3	20-29	164	16,2	52	31,7	112	68,5
4	30-39	162	16,0	64	39,5	98	60,5
5	40-49	197	19,4	93	47,0	104	53,0
6	50-59	125	12,3	42	33,6	83	66,4
7	60-69	33	3,3	10	30,4	23	69,6
8	70-79	25	2,5	3	12,0	22	88,0
9	80 и старше.	3	0,3	2	66,7	1	33,3
	Всего:	1013	100,0	435	43,0	578	57,0

Таблица 3

Количество голов	Наличие МРС		Наличие собак		
	Количество владельцев		Количество владельцев		
	Ат-Башинский район		Количество собак	Ат-Башинский район	
абс.	%	абс.		%	
0	196	19,4	0	248	24,5
до 5 голов	228	22,5	1	663	65,4
6-10	123	12,1	2	84	8,3
11-15	81	8,0	3	14	1,4
16-30	178	17,6	4	2	0,2
31-30	143	14,1	5	2	0,2
51-100	62	6,1			
200-500	2	0,2			
Итого:	1013	100,0		1013	100,0

коккоз, что составляет 3,78%. Из 35 больных многокамерным эхинококкозом - составили 28 сельских жителей, что 80% и 7 городских - 20,0%, из них 22 женщин (60%), 13 мужчин (40%).

Возрастная структура больных распределилось следующим образом (табл. 1).

Наиболее часто заболеваемость приходится на возрастные группы от 20 до 29 лет и от 40 до 49 лет. Наименьшей заболеваемости зарегистрировано среди детей до 14 и взрослые в возрасте от 30 - 39 лет.

Во всех 35 случаях кисты многокамерного эхинококкоза локализовались исключительно в печени.

Заболеваемость многокамерным эхинококкозом в зависимости от профессии распределилась следующим образом: животноводы 86,7%, пенсионеры 3,33%, служащие, школьники и студенты по 3,33%.

Кроме этого, при ретроспективном анализе нами было выявлено, что из 35 - ти больных многокамерным эхинококкозом 28,6% составляют жители Нарынского района, 17,1% - Ысык-Кульского и Ошского районов, 14,4% - жители г. Бишкек и 11,4% Чуйской и Джалалабадской областей. Наши результаты показывают, что альвеококкозных больных больше зарегистрированы по Нарынской области, в частности в Ат-Башинском районе. Поэтому, нам было интересно изучить клинко-эпидемиологическую ситуацию по многокамерному эхинококкозу в Ат-Башинском районе Нарынской области.

В анкету были включены вопросы, выявляющие особенности взаимоотношений между человеком и собакой (в том числе с другими домашними и дикими животными).

Проведено комплексное обследование 1013 человек Ат-Башинского района Нарынской области. В числе опрошенных по Ат-Башинскому району составляют 578 женщин (57,0%) и 435 мужчин (43,0%).

Процентное распределение опрошенных по возрастным группам и по полу жителей Ат-Башинского района представлено на таблице 2.

Установлено, что в Ат-Башинском районе дети до 14 лет составили 21,3 %, от 15 до 19 лет - 8,7 %, от 20 - 29 - 16,2 % и наименьший охват среди возрастной группы от 70 и старше - 2,8%.

В процессе опроса нами были изучены социальное положение, поведенческие взаимоотношения людей и собак, а также другие факторы, определяющих распространение альвеолярного эхинококкоза.

По Ат-Башинскому району у опрошенных лиц числилось 8642 голов мелкого рогатого скота (мрс), что на одного человека составляло 10,6 голов.

Наличие собак и овцепоголовья у опрошенных жителей Ат-Башинского района

В Ат-Башинском районе (табл.3) 80,7% имеют в своем хозяйстве овце поголовье и 75,5% опрошенных жителей содержат собак, в том числе одну собаку имели 65,4% семей, 2 собаки - 8,3%, 3 и более собак - 1,8% населения.

Из всех опрошенных кормлением собак участвовали все члены семьи (77,0%), а в остальных случаях кормлением собак занимались только: хозяин (6,5 %), дети (6,3), супруга (5,2 %) и другие лица (5,0 %).

Из опроса населения выявлено, что 96,5% население по Ат-Башинскому району при забое скота пораженные кистами органы скармливаются собакам, а 3,5% их закапывают. Кроме этого при опросе также выявлено, что у 33,3% населения Ат-Башинского района собаки питаются грызунами.

Домовые мыши заражаются яйцами альвеококка при поедании трав, семенами растений, загрязненных фекалиями собак, в результате чего образуется синантропный очаг. При опросе было определено, что 94,3% опрошенных выбрасывают фекалии своих собак, 3,8 % оставляют на месте, 1,8 % закапывают и 0,1 % населения Ат-Башинского района сжигают. У 78,0% опрошенных имеют контакт с собакой, а 22,0% не имеют контакт. При этом из всех опрошенных 69,4 % не проводят дегельминтизацию своих собак, а 30,0%.

По нашим данным установлено, что в Ат-Башинс-

Водоснабжение									
Ат-Башинский район									
Река		Колодец		Колонка на улице		Кран в доме		Другие	
абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
163	16,1	223	22,0	611	60,3	6	0,6	10	1,0

Таблица 5

Контингент	Ат-Башинский район	
	абс.	%
Школьники	217	21,4
Студенты	28	2,8
Преподаватели	94	9,3
Медицинские работники	54	5,3
Фермеры	56	5,5
Пенсионеры	165	16,3
Неработающие	227	22,4
Прочие	172	17,0
Всего:	1013	100,0

ком районе существуют благоприятные условия для циркуляции возбудителя многокамерного эхинококкоза в окружающей среде, имеются синантропные очаги.

Загрязнение водоисточников, рек испражнениями собак и диких животных (волк, лиса), содержащих онкосферы *Echinococcus multilocularis*, может служить фактором риска заражения людей при использовании воды для ежедневных нужд.

Нами проанализировано использование источников водоснабжения населением Ат-Башинского района (табл. 4).

Население Ат-Башинского района пользовалось, в основном, водопроводной водой из уличных колонок - в 60,3%, использование воды из колодцев составили 22,0%, речной воды - 16,1%. Использование воды из колодцев и рек, возможно, является наиболее частым источником инвазии.

Социальная характеристика опрошенных лиц представлена в таблице 5, из которой следует, что по Ат-Башинскому району преобладающее число опрошенных составляли неработающие лица, 22,4% занимающиеся индивидуально - крестьянским хозяйством. В 21,4% составили школьники, 16,3% пенсионеры, а другие профессиональные группы представлены небольшим числом, колеблясь от 2,8 до 9,3%.

Кроме этого, установлено, что опрошенные и члены их семей 94,0% не проходили обследования на эхинококкозы, 6,0% обследовались, в том числе дети 2,3%, супруги-1,5% и глава семьи-1,4%.

Также при анализе анкет нами выявлено, что забой скота производится в подворьях самим хозяином (96,4%), 3,6% мясо покупают на рынке.

1,4% опрошенных занимаются охотой. При анализе содержания собак выявлено, что 42,9% собак находят-

ся на привязи, 35,7% имеют конуру, 14,3% без привязи и 7,1% отпускают с привязи.

В обследуемом районе разведением собак занимается 2,4%, а разведением кошек занято 0,7% из опрошенных.

Высокому риску заражения людей способствует отгонное содержание овец. Наши данные показывают, что синантропные очаги многокамерного эхинококкоза образуются при поедании мышевидных грызунов собаками, которые загрязняют окружающую среду онкосферами и члениками *Echinococcus multilocularis*.

Таким образом, наши данные свидетельствуют о напряженности эпидемиологической и эпизоотологической ситуации по эхинококкозу и альвеококкозу в Кыргызской Республике, особенно в Нарынской области.

ВЫВОДЫ

1. Нами установлено, что при изучении истории болезни больных с многокамерным эхинококкозом чаще всего болеют сельские жители, в основном женщины, заболеваемость наиболее часто приходится на возрастные группы от 20 до 29 лет и от 40 до 49 лет, кисты локализованы исключительно в печени, по профессии наиболее часто болеют животноводы, из всех больных многокамерным эхинококкозом, 28,6% составляют жители Нарынской области.
2. При опросе по индивидуальной анкете установлено, что повышенный уровень заболеваемости в Ат-Башинском районе возможными причинами инвазии являются: неправильное содержание и уход за собакой, недостаточная дегельминтизация собак, вскармливание пораженными органами после за-

боя животных своих собак, содержание и убой домашнего скота без ветеринарно-санитарного освидетельствования, отсутствие специальных мест для убой скота, отсутствие диспансеризации населения, использование воды из колодцев и рек и низкий уровень знаний по данному заболеванию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдырасулов С.А., Акматов Б.А., Абдыжапаров Т.А. Изучение природной очаговости, эпидемиологии эхинококкоза и альвеококкоза в Кыргызстане. // *Материалы Международного симпозиума "Проблемы саногенного и патогенного эффектов экологического воздействия на внутреннюю среду организма"*. Часть III. Актуальные вопросы современной биологии и медицины - Чолпон-Ата.- 1995.- С.5-7.
2. Приказ № 331 от 15.07.2004. Эпидемиологический надзор за паразитарными болезнями. - Бишкек, 2004.
3. Абдыжапаров Т.А., Абдырасулов С.А., Куттубаев О.Т. Инвазированность альвеококком грызунов. Сборник научных трудов, посвященный проф. А.А. Лейтесу. - Бишкек. 1997.
4. Абдыжапаров Т.А. Роль грызунов в формировании природных очагов альвеококкоза на территории высокогорных пастбищ Кыргызской Республики. Автореф. дисс. канд. наук. - Бишкек, 1997.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ КЫРГЫЗСТАНА

Садамкулова К.И.

Кафедра социальной медицины, экономики и организации здравоохранения,
Кыргызская государственная медицинская академия

Резюме: Изучена распространенность туберкулеза в 3-х климато-географических зонах Кыргызской Республики. Выявлены высокие показатели заболеваемости среди лиц молодого трудоспособного возраста. У мужчин заболеваемость выше, чем у женщин. Наибольшее количество больных наблюдается в зоне низкогорья. Профилактическая работа должна быть направлена на активное наблюдение уязвимых групп населения (беженцы, мигранты, бедные и др. групп высокого риска).

Ключевые слова: климато-географические зоны, возрастные группы, миграция, сельские жители, городские жители.

FEATURES OF TUBERCULOSIS SPREADING AMONG THE ADULT POPULATION OF KYRGYZ REPUBLIC

Sadamkulova K. I. Kyrgyz State Medical Academy

Resume: the prevalence of the tuberculosis at the 3 climate-geographical zones of Kyrgyz Republic has been investigated. The high parameters of the diseaseness among the young workable people were revealed. The diseaseness is higher at the males, than at the females. A highest amount of the patients is observed at the zone of low mountains. The preventive work should be directed on active supervision of vulnerable groups of the population (refugees, migrants, poor and other high risk groups).

Key words: climate-geographical zones, age groups, migration, village, city people.

Кыргызская Республика относится к числу государств с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой по туберкулезу, так как начиная с 1990 года на ее территории регистрируется постоянное увеличение показателей заболеваемости и смертности от туберкулеза во всех социальных группах населения. Заболеваемость туберкулезом в Кыргызской Республике (источник: Национальный статистический комитет, Министерство здравоохранения Кыргызской Республики), увеличилась в период с 1990-2000гг. с 52,1 на 100 тыс. населения до 127,03 на 100 тыс. населения. Смертность от этой болезни за этот период времени увеличилась в два раза - 6,07 на 100 тыс. населения (1990г), 13,6 на 100 тыс. населения (2001г.).

Ряд факторов объективного и субъективного характера, связанных с особенностями климато-географических, социальных, культурных условий, менталитета и др. каждого государства диктуют необходимость внесения корректив в методы и подходы в реализации широкомасштабных программ.

Поэтому целью данного сообщения является оценка ситуации с туберкулезом в Кыргызской Республике и в отдельных климато-географических зонах для совершенствования профилактических мероприятий.

МАТЕРИАЛИ МЕТОДЫ

Источником информации были материалы заболеваемости по данным Министерства здравоохранения

Кыргызской Республики за 2002-2004гг. Статистическая обработка информации проводилась по общепринятой методике социально-гигиенического исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Кыргызстан – горная страна со сложным рельефом. Большая часть территории (около 95%) занимает горная система Тянь-Шаня. Кыргызстан расположен в глубине континента, на высоте от 401 до 7439 м над уровнем моря. От морей ее отделяют огромные расстояния, либо высочайшие горы, а со всех сторон окружают обширные пустынные пространства Средней Азии, Казахстана и Западного Китая. Такое географическое положение определяет важнейшие особенности природы республики, прежде всего сухость и континентальность климата.

Нами был проведен анализ распространенности заболевания за 2002-2004гг. в трех климато-географических зонах, расположенных на различных горных уровнях.

I зона. Чуйская область (низкогорье), расположена на высоте до 1200м над уровнем моря. Относится к зоне с жарким летом. Среднемесячная температура июля 22-25°C., января -3-5°C. Атмосферных осадков выпадает 250-400 мм. Зимы малоснежные с частыми оттепелями.

II-зона. Иссык-Кульская область (среднегорье), расположена на высоте 1650-2000м над уровнем моря.

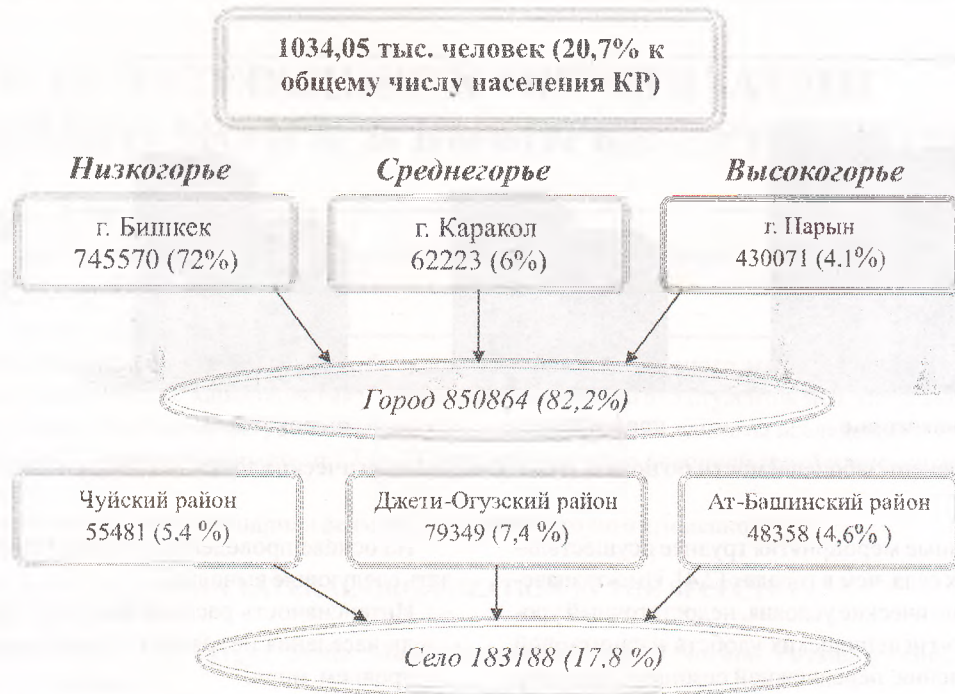


Рис. 1. Численность населения изучаемых регионов

Относится к зоне с теплым климатом. Характерно сочетание горного и морского климата. Среднемесячная температура июля 15-20°C., средне зимняя температура от -2 до -18°C.

III зона. Территория Нарынской области (высокогорье), расположена в пределах внутреннего Тянь-Шаня и окружена горными хребтами. Относится к зоне с прохладным климатом. Лето прохладное, зима очень холодная.

На территории изучаемых регионов проживают 1034,05 тысяч человек, что составляет 20,7% к общему числу жителей республики. Из этого числа в сельской местности проживает 17,8%, в городской 82,2%. В низкогорье-77,5%, в среднегорье-13,7%, в высокогорье – 8,8% (рис. 1) [3].

Наряду с ростом численности населения прослеживается миграция из горных регионов в равнинные местности. Благодаря этим процессам число жителей в условиях высокогорья сократилась на 2,5%, а в низкогорье – увеличилась на 20,2%.

Демографические показатели характеризуются следующими особенностями:

- удельный вес мужчин возрастает; женщин снижается;
- численность лиц в возрасте до 30 лет повышается, 30-50 лет сохраняется, в 50 лет и старше – понижается;
- темп прироста падает, возрастной состав населения сравнительно молодеет (в низкогорье средний возраст - 30-30,3 года, в высокогорье – 25,2).

При сравнении заболеваемости туберкулезом в трех изучаемых регионах отмечено, что наиболее низкий уровень заболеваемости наблюдается в городах, расположенных в среднегорье, несколько выше – в высокогорье, наиболее высокий в низкогорье. Показатели заболеваемости туберкулезом у сельских жителей в 1,3 раз (184,6^{0/0000}) выше, чем у городских жителей (138,9^{0/0000} рис. 2).

Объясняется это тем, что все без исключения про-

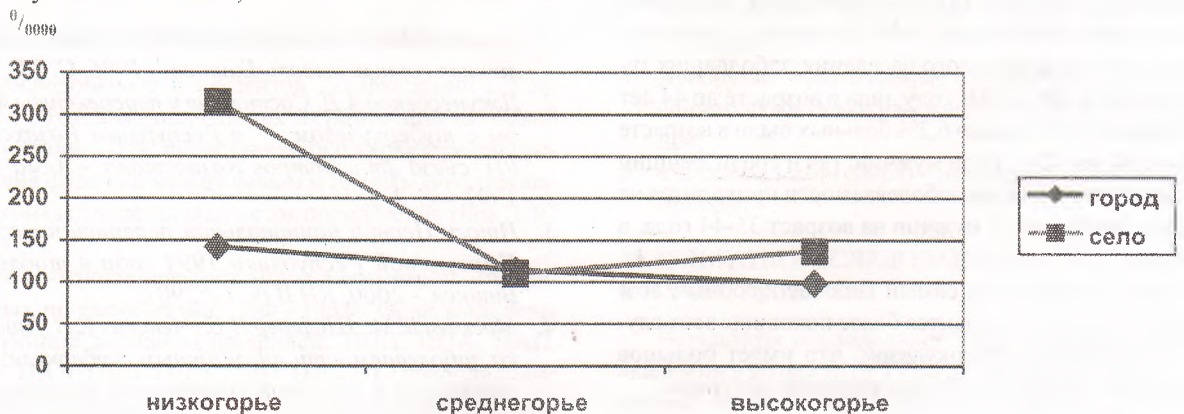


Рис.2. Уровень заболеваемости туберкулезом среди городских и сельских жителей в изучаемых регионах (на 100 тыс. населения).

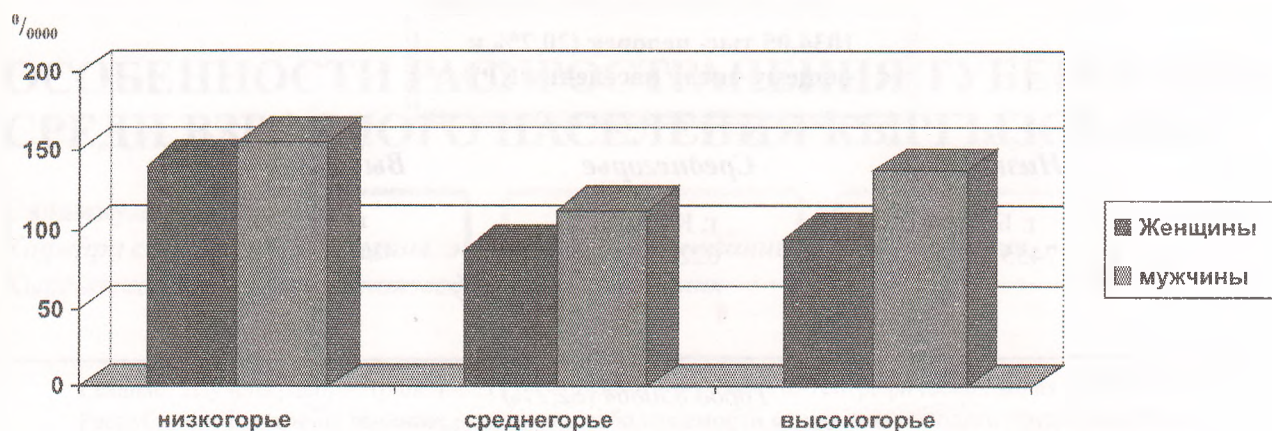


Рис. 3. Уровень заболеваемости по полу в различных климатических зонах (на 100 тыс. населения).

тиво туберкулезные мероприятия труднее осуществляются в условиях села, чем в городах [2,4]. Имеют значение также климатические условия, недостаточный уровень санитарно-гигиенических удобств и санитарной культуры населения, передвижной сезонный характер работы и целый ряд других факторов [1].

Среди взрослого населения удельный вес больных туберкулезом выше среди мужчин (55,2%). Наибольшее количество больных, как у мужчин (46,7%), так и у женщин (39,5%) наблюдается в зоне низкогорья (рис.3).

Структура и частота нозологических форм туберкулеза по полу выглядит следующим образом. Как у мужчин, так и у женщин первое место занимает инфильтративный туберкулез легких, второе – туберкулезный плеврит, третье – туберкулез костей и суставов. Такая закономерность сохраняется на территориях с различной высотой над уровнем моря.

По данным Алишеров А.Ш. (1996) уровень заболеваемости туберкулезом зависит от работы органов здравоохранения по раннему выявлению туберкулеза, плотности населения и количества больных туберкулезом с бактериовыделением. Видимо относительно высокая заболеваемость туберкулезом взрослого населения в низкогорье обусловлена высокой плотностью населения (в этой зоне проживает 70% населения республики, плотность составляет 30-50 человек на 1 км²); высокой миграцией населения из других регионов в эту зону, вследствие этого отсутствие точного учета контингента населения, подлежащего обследованию и контролю. Из общего числа взрослого населения, заболевших туберкулезом в 2002-2004 году лица в возрасте до 44 лет составила 53,5%. Только 6,2% больных были в возрасте старше 50 лет. Как среди мужчин, так и среди женщин максимальный уровень заболеваемости приходится на возраст 24-44 года, у мужчин на возраст 35-44 года, а женщин - 25-34 года.

Таким образом, на самый работоспособный возраст (24-44 года) приходится более половины всех случаев заболеваний туберкулезом, что имеет большое социальное значение в потере трудовых ресурсов.

На основе проведенных исследований можно сделать следующие выводы:

- Интенсивность распространения туберкулеза среди населения не зависит от высоты местности над уровнем моря.
- Заболеваемость туберкулезом в трех изучаемых регионах высока среди лиц молодого трудоспособного возраста, составившая 53,5%, что является серьезной социальной проблемой в потере трудовых ресурсов, при этом заболеваемость мужчин выше, чем женщин. Этот факт можно объяснить с особенностями образа жизни женщин и мужчин. Последние чаще употребляют алкоголь, курят.
- высокий уровень заболеваемости в зоне низкогорья по сравнению с другими регионами объясняются тем, что низкогорная долина является местом наибольшей плотности населения, высока миграция из высокогорных и среднегорных регионов в благоприятную Чуйскую долину.
- профилактическая работа должна быть направлена на осуществление активного наблюдения уязвимых групп населения (мигранты, беженцы, заключенные, бедные и др. групп высокого риска) и координирование межсекторальной деятельности Министерства здравоохранения с другими министерствами и ведомствами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алишеров А.Ш. Туберкулез легких у жителей различных горных высот. Бишкек. - 1996. С. 23.
2. Джунусбеков А.Д. Состояние и перспективы борьбы с туберкулезом в Республике Казахстан. //IV съезд фтизиатров Казахстана. - Алма-Ата. 1992. - С. 3-6.
3. Итоги Первой национальной переписи населения Кыргызской Республики 1994 года в таблицах. Бишкек. - 2000, КН II (ч. 1.): 290 с.
4. Маскеев К.М., Шеффер Л.Б., Ченских Е.П. Динамика заболеваемости внегочным туберкулезом в городской и сельской местности Казахстана. // Пробл. туб. - 1981-№8. - С. 7-9.

ПРОФИЛЬ ЛАТЕРАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ВЫБОРКЕ СТУДЕНТОВ

Сайдылдаева А. Б.

Кафедра нормальной физиологии, Кыргызская государственная медицинская академия, Кыргызская Республика, Бишкек.

Резюме: Латеральная специализация больших полушарий головного мозга является одной из психофизиологических характеристик у человека. Обследовано 615 студентов мед. академии с 1 по 6 курс обучения, прибывших из различных регионов республики. Результаты исследования студентов медицинской академии в возрасте от 17 до 22 лет показали, что в основной своей массе они являются правшами.

Ключевые слова: межполушарная асимметрия головного мозга, высокогорье.

PROFILE OF THE BRAIN LATERAL ORGANIZATION IN THE SELECTION OF THE STUDENTS

Saidyldaeva A. B. The Kyrgyz State Medical Academy, the of Normal Physiology chair, Kyrgyz Republic, Bishkek.

Summary: Lateral specialization of major hemisphere of the brain is one of the human psychophysiological characteristics. 615 Students of the Medical Academy, from the 1st to the 6th courses, coming from different regions of the republic. Results of the Medical Academy students examination of the age from 17 to 22 showed that most of all they are right handers.

Keys words: Interhemispherical asymmetry of the brain, high altitude.

ВВЕДЕНИЕ

Известно, что латеральная специализация больших полушарий головного мозга является одной из психофизиологических характеристик у человека. Заданные генетически сочетания различных типов асимметрии (моторных и сенсорных) относятся к базальным характеристикам строения и функционирования мозга человека и поэтому должны проявляться в особенностях протекания всех психических функций и состояний [3]. Целью нашего исследования явилось определение типов профиля латеральной организации (ПЛО) головного мозга студентов Кыргызской государственной медицинской академии с учетом их места постоянного проживания.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 615 студентов медакадемии с 1 по 6 курс обучения, прибывших из различных регионов республики. Для представления о характере распределения функций между левым и правым полушариями нами был использован метод определения типа ПЛО мозга [1].

По соотношению трех видов асимметрий, определяемых по схеме «рука - ухо - глаз», были выделены следующие варианты профилей: ППП, ППА, ПАП, ПАА, ПАЛ, ПЛА, ППЛ, ПЛП, ПЛЛ (П - преобладание правой функции, Л - левой, А - равенство функций), которые характеризовали различные варианты «правшества»; ЛЛЛ, ЛГП, ЛПЛ, ЛЛП, ЛАП, ЛПА, ЛЛА, ЛАЛ, ЛАА, характеризующие «левшество». Помимо этих

типов, могут быть выделены профили асимметрий, отражающие приблизительное равенство левой и правой рук (амбидекстры) при различных соотношениях слуховых и зрительных функций - ААА, АПП, АПА, ААП, АПЛ, АЛП, ААЛ, АЛА, АЛЛ. Так, при такой системе оценок теоретически возможны 27 вариантов асимметрий. В соответствии с принятыми критериями все испытуемые были разделены на 5 типов:

1. «Чистые» правши (ППП), набравшие от 14 до 18 баллов по всем показателям и показавшие только правые профили асимметрий;
2. Праворукие - испытуемые с различными вариантами доминирования уха и глаз, набравшие баллы от 9 до 17;
3. Амбидекстры - набравшие в общей сумме от 7 до 16 баллов;
4. Леворукие - испытуемые с различным доминированием уха и глаз и набравшие баллы от 1 до 8 баллов;
5. «Чистые» левши (ЛЛЛ) - имеющие 0 баллов по всем пробам.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты исследования студентов медицинской академии в возрасте от 17 до 22 лет показали, что в основной своей массе они являются правшами («чистые» правши + праворукие) и составляют вкуче 70,4% (рис. 1).

«Чистые» правши составили 30% и показали по всем

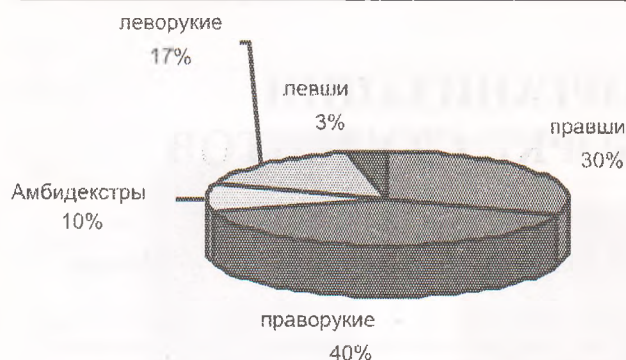


Рис. 1. Распределение типов ПЛЮ среди студентов медицинской академии.

трем признакам правостороннюю латерализацию. В данной группе также были выделены две подгруппы – «сильные правши», имевшие 11-12 баллов по мануальным пробам и 17-18 баллов по всем признакам (43,7%) и «средние правши» (56,3%), показавшие более низкие баллы как по мануальным пробам (9-10 баллов), так и по всем другим признакам (14-16 баллов). Все испытуемые не сомневались в том, что являются правшами.

Праворукие испытуемые в данной выборке составили доминантную группу – 40,4% и представляли лиц со смешанными профилями асимметрии уха и глаз. Так, наиболее распространенными являлись студенты с доминантным левым ухом (ППЛ) и левым ухом и глазом (ПЛЛ) – 18,5%. В данной выборке встречались также другие комбинации – ППЛ, ПАЛ, ПАП – в несколько меньшем процентном отношении.

В группу амбидекстров вошли 9,5% испытуемых, причем группа содержала небольшое число вариантов: АЛП – 36,3%, АПП – 27,2%, АПЛ и АЛЛ по 18,2%. По мануальным пробам они показали в среднем 7-10 баллов, по всем же признакам имели от 7 до 14 баллов. По объективным оценкам 58,4% студентов относили себя к правшам, 29,7% считали себя амбидекстрами, а 11,9% относили себя к леворуким.

Леворукие представили относительно малочисленную группу студентов и составили 17,3% всех испытуемых, в нее вошли следующие варианты профилей: ЛПП – 34,7%, ЛПП и ЛАП по 17,3% и ЛПЛ – 13%. В этой

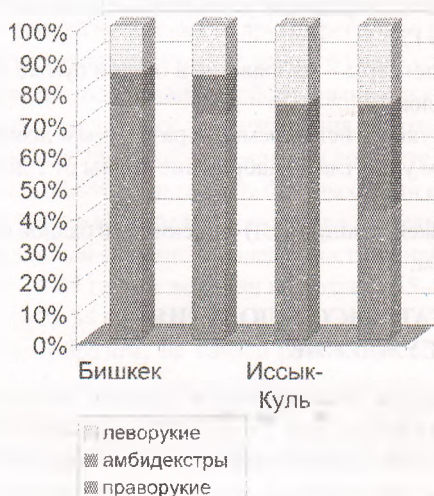


Рис. 2. Распределение типов ПЛЮ среди студентов медакадемии по месту их постоянного проживания

группе 24,7% испытуемых считали себя субъективно правшами, 54,9% считали себя амбидекстрами и 20,4% студентов считали себя левшами.

Самая малочисленная группа испытуемых – «чистые» левши – составили 3%, по всем пробам показали левостороннюю латерализацию. В данной группе все считали себя левшами.

На рис. 2 графически представлено распределение типов ПЛЮ в процентах среди студентов медакадемии по месту их постоянного проживания.

Оказалось, что в данной выборке с увеличением высоты места постоянного проживания выявилась четкая тенденция к увеличению доли амбидекстров и леворуких студентов. Так, если в г. Бишкек и прилегающих к нему низкогорных регионах доля леворуких вкупе с «чистыми» левшами составил 14,7%, в Оше – 15,6%, то на Иссык-Куле – 25%, а в Нарыне и других высокогорных регионах этот процент составил 36,3%. При этом обращает на себя внимание высокий процент амбидекстров в выборке высокогорцев.

В этом плане интерес представляют данные Дубровской Е.В. [2], обнаружившей среди студентов – психологов 15% представителей левополушарного, 35% смешанного и 50% правополушарного способов восприятия. Среди студентов – художников были представители правополушарного (80%) и смешанного (20%) способов восприятия. Представителей левополушарного способа восприятия среди студентов-художников авторами не было обнаружено вовсе.

Исследования левшества, проведенное среди студентов медакадемии, имело своей целью показать, что в ходе выбора профессии происходит так называемый естественный отбор, в основе которого лежит тип полушарной организации мозга. Известно, что обучение в медицинском высшем учебном заведении основывается на пространственно-образном, конкретном мышлении, являющейся прерогативой правого полушария. И мы ожидали, что в среде студентов медакадемии будет довольно значительный процент леворуких лиц. Действительно, 20% обследованных студентов оказались леворукими (здесь и «чистые» левши), и 10% испытуемых оказались амбидекстрами.

ВЫВОД

Многообразие функциональной асимметрии мозга, по-всему, связано с влиянием многих факторов и в частности, с характером выборки.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Нейропсихология индивидуальных различий. Учеб. пособие.* Е.Д. Хомская, И.Е. Ефимова, Е.В. Будыка, Е.В. Ениколопова. - М.: 1997. - 281 с.
2. Дубровская Е.В. *Индивидуально-типологические особенности социальной перцепции.* // Актуальные вопросы функциональной межполушарной асимметрии. Матер. 11 Всерос. науч. конф., М., 2003., С. 118-120.
3. Данилова Н.Н. *Психофизиологическая диагностика функциональных состояний.* М.: изд-во МГУ, 1992. - С. 78-106.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ ТКАНИ В УСЛОВИЯХ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПЕСТИЦИДНОЙ НАГРУЗКИ У ЖИТЕЛЬНИЦ ЮГА КЫРГЫЗСТАНА

Сакибаев К.Ш., Тулекеев Т.М., Сатылганов И.Ж., Кенешбаев Б.К., Мамашов Н.М., Нуруев М.К., Ташматова Н.М.

ОшГУ, Медицинский институт. Ош, Кыргызская Республика

Основной целью данной работы явилось изучение морфологических особенностей плаценты женщин, проживающих в хлопко- и табакосеющих местностях юга Кыргызстана. Были исследованы 147 плаценты женщин при доношенной беременности (39 – 41 нед.). Контрольную группу составили плаценты женщин постоянных жительниц г. Ош – домохозяйки. На основании комплекса морфологических и морфометрических методов выявлены взаимосвязь между морфологическими изменениями в плаценте и содержанием в ней пестицидов. Показан системный характер реакции плацентарной ткани на действие пестицидов, проявляющиеся неспецифическими морфологическими изменениями. Установлено, что с увеличением количества родов и возраста женщин в плаценте выражены компенсаторно-приспособительные механизмы, направленные на увеличение объема обменных поверхностей плаценты.

MORPHOLOGICAL CHANGES IN PLACENT TISSUE IN THE CONDITIONS OF PESTICIDES LOADING INFLUENCE ON INHABITANTS OF THE SOUTH OF KYRGYZSTAN

Sakibaev K.Sh., Tulekeev T.M., Satylganov I.G., Keneshbaev B.K., Tashmatova N.M, Mamashov N.M, Nuruev M.K. (OSU, Medical institute. Osh, Kyrgyzstan).

The main purpose of this work was to study morphological features of the placentas of those women who live in cotton and tobaccosowing areas of the south of Kyrgyzstan. There are 147 placentas of women with normal (full carried) pregnancy (39-41 weeks) were researched. The control group was composed by placentas of women-housewives who are the permanent inhabitants of Osh town. On the base of morphological and morphometric methods, there was revealed correlation between morphological changes in placenta and maintenance of pesticides in it. Also, there was shown the systematic character of the reaction of placental tissue on the action of pesticides which are shown with not specific morphological changes. It is settled, that according to the increase of quantity of giving births and women's age in placenta, the compensatory-adapting mechanisms directed to volume's increase of exchanging surfaces of placenta were expressed.

ВВЕДЕНИЕ

В обеспечении сосудисто-тканевых взаимоотношений между организмом матери и плода ведущая роль принадлежит плаценте. Как временное связующее звено, она обеспечивает адаптацию сложной биологической системы “мать-плацента-плод” [1,3,6].

Плацента является адекватным маркером для морфологических исследований последствий воздействия факторов окружающей среды на систему “мать-плацента-плод” [2,5].

Однако, пластические возможности и пределы адаптации плаценты в условиях воздействия хлорорганических пестицидов, далеко не изучены. Отсутствуют сведения по энтропийному анализу в зависимости от паритета родов и содержания пестицидов в плацентарной ткани.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение морфологических особенностей плацентарной ткани у жительниц, постоянно проживающих в хлопко- и табакосеющих регионах юга Кыргызстана.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материалом исследования явились 147 плаценты полученных от жительниц Карасуйского и Наукатского районов т.е. хлопко- и табакосеющие регионы, после естественных родов при доношенной беременности (39-41 нед.). Контролем служили 52 плаценты женщин постоянных жительниц г. Ош – домохозяйки. Данные, полученные при исследовании, заносили в специальную карту, которая содержала подробные сведения о плаценте, включая анамнестические данные о роженицах и о состоянии новорожденных.

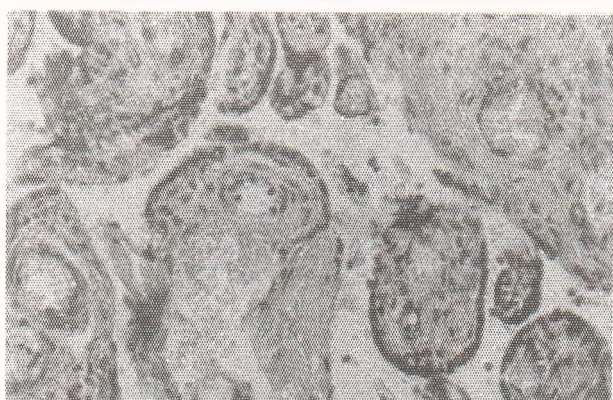


Рис.1. Плацента многорожавшей женщины табакосеющей местности. Видны мелкоочаговые кровоизлияния, очаговая десквамация трофобласта. Гематоксилин-эозин. Ув.ок.7, об.20.



Рис.2. Плацента первородящей женщины хлопкосеющей местности. Видны субхориальные инфаркты краевой зоны. Гематоксилин-эозин. Ув. ок.7, об.40.

Для гистологического изучения из ткани плаценты были вырезаны 7 кусочков (1,0 x 1,0 x 0,5 см) из центральной, парацентральной и краевой зон, а также из пуповины и плодных оболочек. Материал фиксировали в 10% нейтральном формалине с последующей заливкой в парафин с ориентацией кусочков таким образом, чтобы в них сохранялись базальная и хориальная пластинки. Срезы толщиной 5-7 мкм окрашивали гематоксилином и эозином, и по Ван – Гизону [1].

Содержание хлорорганических пестицидов (ХОП) и их изомеров (ГХЦГ, ДДТ, ДДЕ) определяли по формуле [4]: $X \text{ мг/кг} = \frac{A \cdot N_2 \cdot V_2}{N_1 \cdot V_1 \cdot P}$

Статистическую обработку проводили с использованием пакета прикладных программ для статистических обработок данных Microsoft Excel – 2000, используя критерии достоверности (P) по Стьюденту.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В условиях повсеместного загрязнения среды проживания различными концентрациями хлорорганических пестицидов на сегодняшний день бесспорным является влияние их на состояние системы «мать-плацента-плод», в которой центральное место занимает плацентарная ткань. Анализ наших исследований по определению содержания хлорорганических пестицидов в плацентарной ткани показывает (табл. 1), что в зонах интенсивного применения пестицидов плаценты более

подвержены к воздействию пестицидной нагрузки, что отражаются в морфологических ее показателях.

При этом расстройства кровообращения проявлялись в виде кровоизлияний под хориальную и базальную пластинки, ретроплацентарных гематом, инфарктами, тромбов и стазов в сосудах створовых и средних ворсин, обширных и очаговых кровоизлияний в межворсинчатое пространство. Следует отметить, что с ростом числа беременностей эти нарушения относительно увеличиваются в III группе, и более выражено в плацентах многорожавших женщин (рис. 1, 2).

Дистрофические процессы в плацентах проявлялись наличием фибриноида, очаговым отложением извести, иногда с образованием конгломератов, сужением межворсинчатого пространства, наличием участков склеивания ворсин с некрозом эпителия. В строме створовых, крупных и средних ворсин определялись разрастание соединительнотканых волокон. Вокруг сосудов выявлены муфтообразные разрастания соединительной ткани и очаговые замещения коллагеновыми волокнами. Стенки сосудов створовых ворсин утолщены за счет пролиферации эндотелия и выраженной перипититарной реакции с разрастанием соединительной ткани вплоть до облитерации их просвета (рис. 3, 4).

Таблица 1

Содержание хлорорганических пестицидов (мг/кг)

Зоны	Всего	Выявлено		Концентрации ХОС					
				0,0001 – 0,00099		0,001 – 0,099		0,1 и выше	
		всего	%	всего	%	всего	%	всего	%
г. Ош	52	17	32,7	10	58,8	5	29,4	2	11,8
Карасуу	47	31	65,9	6	19,4	15	48,4	10	32,2
Наукат	48	23	47,9	7	30,5	11	47,8	5	21,7
Итого:	147	71	48,3	23	32,4	31	43,7	17	23,9

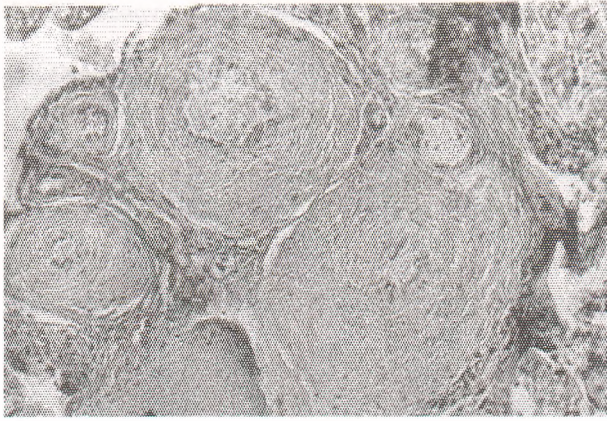


Рис.3. Плацента многорожавшей женщины хлопкосеющей местности. Виден муфтообразный склероз стромы вокруг сосудов. Гематоксилин-эозин. Ув. ок.7, об.40.

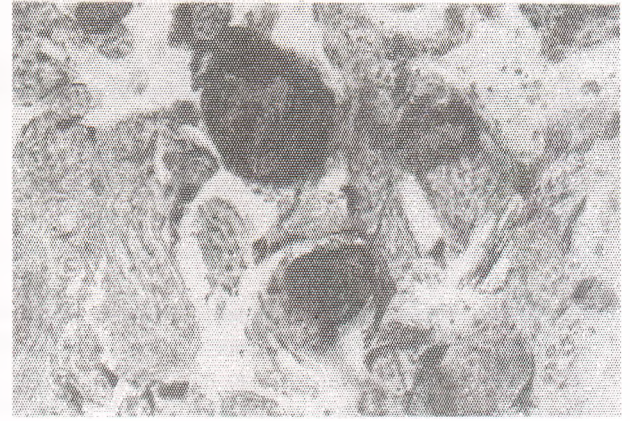


Рис.4. Рассеянные кальцификаты в межворсинчатом пространстве. Гиповаскуляризация ворсин с малыми участками эпителиального покрова. Гематоксилин-эозин. Ув. ок.7, об.20.

Вместе с этим и обнаружено развитие выраженных компенсаторно-приспособительных реакций, проявляющиеся в виде образования большого количества синцитиальных узлов пролиферативного типа, ангиоматоза, синцитиокапиллярных мембран и гиперплазии концевых ворсин, которые обуславливают увеличение площади обменных поверхностей. Следует отметить, что выявленное нами отложения фибриноида служит средством иммунной защиты, что относится к приспособительным механизмам [1, 7, 8]. Однако избыточное отложение фибриноида в межворсинчатом пространстве приводит к нарушению циркуляции крови и этот процесс уже нельзя рассматривать в качестве компенсаторной реакции. Также, если увеличение количества мелких ворсин способствуют увеличению объема обменной площади, то появление большого количества тесно прилегающих друг к другу ворсин, наоборот, затрудняет поступление материнской крови и становится патологическим, ухудшая течение беременности (рис. 5, 6).

Таким образом, результаты исследования свидетель-

ствуют о нарушении маточно-плацентарного кровообращения с деструктивными изменениями в материнской и плодовой частях плаценты и одновременным усилением выраженности компенсаторно-приспособительных реакций. При этом, следует подчеркнуть, что нами выявлены однотипные по характеру морфологические изменения, отличающиеся по степени выраженности и распространенности процессов, которые более выражены в плацентах жительниц хлопко- и табакосеющей местности по сравнению с контролем. Однотипная направленность развития морфологических процессов вероятно связано с механизмом токсического влияния хлорорганических пестицидов на клеточном и молекулярном уровне [3, 6, 9].

Следовательно, выявленные морфологические особенности последов жительниц юга Кыргызстана включает в себя совокупность компенсаторно-приспособительных и деструктивных элементов, степень выраженности и взаимозависимости которых весьма варьируют.

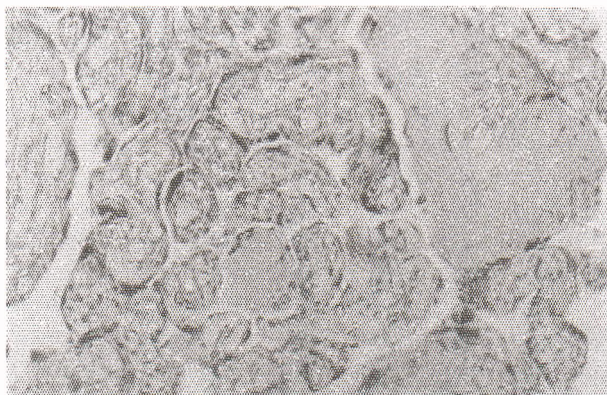


Рис.5. Плацента первородящей женщины хлопкосеющей местности. Видны склеенные фибриноидом ворсины с некрозом эпителия. Гематоксилин-эозин. Ув. ок.7, об.20.



Рис.6. Плацента многорожавшей женщины табакосеющей местности. Полнокровие капилляров с компенсаторным ангиоматозом. Гематоксилин-эозин. Ув. ок.7, об.20.

ВЫВОДЫ

1. Определена взаимосвязь между морфологическими изменениями в плаценте и содержанием в нем пестицидов.
2. Показан системный характер реакции плацентарной ткани на действие пестицидов, проявляющиеся неспецифическими морфологическими изменениями, которые зависят от возраста женщин и паритета родов.
3. Степень выраженности и взаимозависимости компенсаторно-приспособительных и деструктивных изменений имеют однотипную направленность и носят неспецифический характер.

ЛИТЕРАТУРА

1. Введение в клиническую морфологию плаценты человека. / С.А. Степанов, М.И. Исакова, В.А. Миронов и др. – Саратов, 1991. – 168с.
2. Жумабаева А.Н. Морфофункциональные изменения плаценты и некоторых фетальных эндокринных желез в условиях воздействия малых концентраций соединений хрома. // Автореф. дис. докт. мед. наук: 14.00.15. – Актобе, 2001. – 36с.
3. Ланиманова Ю.Р. Социально-биологические факторы, влияющие на перинатальную заболеваемость и смертность (обзор литературы). // Цен-

трально-азиатский медицинский журнал. – 2002. – Т.8. – С.270-272.

4. Методы определения микроколичеств пестицидов в продуктах питания, кормах и внешней среде. / М.А. Клисенко, А.А. Калинина, К.Ф. Новикова и др. – М, 1992. – 567с.
5. Морфофункциональное строение плацент с неосложненной беременностью в условиях низкогорья. / Б.Ж. Жапаров, Н.Н. Заречнова, Р.Т. Сулайманова и др. // Центральноазиатский медицинский журнал. – 2003. – Т.IX, №5. – С. 69-71.
6. Плацента - регулятор гемостаза матери. / А.П. Милованов, П.А. Кирющенко, Р.Г. Шмаков и др. // Акушерство и гинекология. – 2001. - №3. – С.3-5.
7. Цинзерлинг В.А., Мельникова В.Ф. Перинатальные инфекции: вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клинко-морфологических сопоставлений. – Л., 2002. – 352 с.
8. Mayhew T.M., Brotherton L., Holliday E. Fibrin-type Fibrinoid in Placentae from Pregnancies Associated with Maternal Smoking: Association with Villous Trophoblast and Impact on Intervillous Porosity. // Placenta. -2003.-Vol.24, N.5.-P. 501-9.
9. Placental transfer and pharmacokinetics of a single dermal dose of [14C]methyl parathion in rats. / A.W.Abu-Qare., A.A.Abdel-Rahman., A.M.Kishk., M.B.Abou-Donia. // Toxicol. Sci.- 2000.- Vol.53, N.1.- P. 5-12.

УРАНОВОЕ ЗАГРЯЗНЕНИЕ БИОСФЕРЫ КЫРГЫЗСТАНА

Суранова Г.Ж., Абдылдаев А.А.

Кафедра патологической физиологии, Кыргызская государственная медицинская академия

Резюме: В статье представлен обзор литературы по экологическому загрязнению биосферы Кыргызстана ураном.

Ключевые слова: уран, радиоактивные элементы, хвостохранилища.

TECHNOGENIC URANIUM POLLUTION OF KYRGYZSTAN BIOSPHERE

Souranova G., Abdylidaev A.A. The chair of pathophysiology, Kyrgyz State Medical Academy

Summary: Literature review of ecological uranium pollution of Kyrgyzstan is given in this article.

Key words: uranium, radioactive elements, tailing dumps.

Видимо природа была настолько мудра, когда захоронила глубоко в земле все то, что мешало ее процветанию. А человек, в течении десятков и сотен лет, извлекал из земных недр «полезные» ископаемые, не задумываясь о последствиях, и лишь в середине и конце XX столетия пришло понимание глобальной опасности этой деятельности.

Поколение людей XX столетия с нескрываемым страхом относится к слову «радиация», ибо в этот период произошли известные события, связанные с ядерной угрозой и радиоактивными катастрофами.

Действие ионизирующей радиации на живые организмы интересовало мировую общественность с момента открытия и первых же шагов применения радиоактивного излучения. Это не случайно, так как с самого начала исследователи столкнулись с его отрицательными эффектами.

Обеспокоенные таким влиянием, специалисты всего мира создали в конце 20-х годов Международную комиссию по радиационной защите (МКРЗ), которая разрабатывала и разрабатывает правила работы с радиоактивными веществами.

В Кыргызстане же, по мнению исследователей [Алешин Ю.Г., Тогоев И.А., Лосева В.А., 2000], полное понимание экологической опасности из-за небрежного хранения радиоактивных отходов, к сожалению, пришло только сегодня, когда допущено много просчетов и ошибок. Только лишь 31 мая 2001 г. в республике был принят Закон «О хвостохранилищах и горных отвалах». Однако и теперь, оставшись один на один с радиоактивными отходами, которые ранее были делом всего Советского Союза, Кыргызстан с его небольшим бюджетом не в состоянии обеспечить надлежащую экологическую безопасность и реабилитацию урановых хвостохранилищ, разбросанных по всей территории республики.

Территория нашей республики, является одной из экологически опасных на планете, имеющая на неболь-

шой площади – 199,9 км², с населением 5.12 млн. человек 49 урановых хвостохранилищ, 80 отвалов горных пород, где захоронено 70 млн.м³ отходов уранового производства. Этого количества хватит, чтобы многократно покрыть всю территорию республики и на каждого жителя приходится по 14 м³ радиоактивных отходов. По данным Алешина Ю.Г., Торгоева И.А., Лосева В.А. [Алешин Ю.Г., Тогоев И.А., Лосева В.А., 2000] первоначальная общая мощность экспозиционной дозы излучения каждого уранового хвостохранилища составляет от 30 до 100 тыс.мкР/час.

Учитывая, увеличение с каждым годом сейсмической активности территории страны, из-за постоянных движений земной поверхности, которые, в конце концов, приводят к таким, более или менее катастрофическим вещам, как оползни, селеобразования, подтопления, районы хвостохранилищ, представляют значительную угрозу не только Кыргызстану, но и всему Центрально-Азиатскому региону. На октябрьском Международном семинаре 2003 года, посвященном экологической безопасности республики [Комплексная программа действий по обеспечению реабилитации площадей хвостохранилищ и отвалов горных пород на трансграничных территориях стран ЦАЭС, 2003] было отмечено, что добываемые ранее на территории Кыргызстана стратегические материалы-уран, ртуть, сурьма, свинец, висмут, мышьяк и другие, принесли в бывший всесоюзный бюджет не только большие денежные ресурсы [3], но и оставили после себя угрожающие экологические последствия, которые теперь носят трансграничный характер. Ведь Кыргызстан – это место, где формируются водные ресурсы для государств Центрально-Азиатского региона, а уран, образуя хорошо растворимые карбонатные и другие соединения, может мигрировать с водой на значительные расстояния и оказывать негативное влияние на биосферу данного региона. При возникновении аварийных ситуаций, появиться опасность трансграничного переноса водой

огромного количества радиоактивных отходов уранового производства на территории соседних государств [7].

В 1958 году в 7-хвостохранилище Майлуу-Суу подобная авария, как известно, уже была, когда произошел прорыв защитной дамбы, в результате чего в реку было выброшено около 600 тыс.м³ радиоактивной пульпы [7]. Повторная ситуация может привести к необратимой деградации всего живого в локальном и межрегиональном масштабах, выводу из оборота и деградации обширных сельскохозяйственных угодий.

По данным департамента мониторинга прогнозирования чрезвычайных ситуаций, образованного в 1999 году Постановлением Правительства КР, наиболее экологически опасными являются урановые хвостохранилища регионов Мин-Куш, Майлуу-Суу, Каджи-Сай [2].

В промышленных отходах хвостохранилищ, кроме урана, в высоких концентрациях находятся такие радиоактивные элементы, как радий-226, торий-230, радон-222, а также элементы, которые были использованы в качестве реагентов при переработке руды: Ca, Si, Pb, Cr, Mn, V, Ni [Экологическая безопасность региона как фактор устойчивого развития государств Центрально-Азиатского региона, Матер.к Межд.семинару, 2003]. Все они, попадая в биосферу, оказывают отрицательное воздействие на отдельные ее компоненты, в том числе и на растения, животных и человека [5, 6].

Прошло почти полвека после первых захоронений урановых отходов на территории республики. За этот период хвостохранилища подверглись сейсмической, водной, ветровой и селевой эрозиям. Над некоторыми хвостохранилищами возникла опасность оползневых разрушения. Поэтому, для решения инженерно-технических задач по реабилитации урановых хвостохранилищ и дальнейшего их обслуживания Правительством Кыргызской Республики привлечены видные ученые и специалисты ОБСЕ, НАТО, МФВ, США и другие страны, которые представили технические и инженерные проекты по данной проблеме.

Надо отметить, что до недавнего времени многие принимаемые решения в этом плане, также как и публичные выступления о потенциальной радиоактивной угрозе урановых хвостохранилищ Кыргызстана, остаются декларативными, ибо практические работы по реабилитации хвостохранилищ разгрузки угрожающих им оползней и т.п. еще не начаты.

Таким образом, проведенный обзор литературных данных, предполагает, что дальнейшее техногенное загрязнение радионуклидами урана биосферы Кыргызстана, может привести к экологической катастрофе и радиационному поражению людей не только нашей республики, но и всего Центрально-Азиатский региона, если сегодня не принять действенных мер по оздоровлению экологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Комплексная программа действий по обеспечению реабилитации площадей хвостохранилищ и отвалов горных пород на трансграничных территориях стран ЦАЭС*, - Бишкек, 2003.
2. *Методические рекомендации по санитарному контролю за содержанием радиоактивных веществ в объектах внешней среды*. Под редак. А.Н.Мареев, А.С.Зыковой. - М., 1980.
3. *Экологическая безопасность региона как фактор устойчивого развития государств Центрально-Азиатского региона*. Матер.к Межд.семинару, 14 октября 2003.-Бишкек? 2003
4. *Айтматов Дж.И., Апарин К.Б.Хвостохранилища радиоактивных отходов и их влияние на компоненты окружающей среды, на территориях урановых рудников Майлуу-Суу и Чаркесар*. //Наука и новые технологии. -1997. - №1.
5. *Карпачев Б.М., Менг С.В. Радиационно-экологические исследования в Кыргызстане*.-Бишкек, 2000.
6. *Чарский В.П., Хусаинов М.М.Каджи-Сай. История одного предприятия. Экологический информационный бюллетень*.//Ветеринария. 1998, №3,
7. *Быковченко Ю.Г., Быкова Э.И., Белеков Т.,Кадырова А.И., Жунушов А.Т., Тухватшин Р.Р., Юшида С. Техногенное загрязнение ураном биосферы Кыргызстана*. - Бишкек, 2005.

ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ДЕТСКОМ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОМ ЦЕНТРЕ «ДЕН-СОЛУК»

Сыдыков Н.Ж., Абирова А.Б.

Кафедра гигиены и эпидемиологии, Кыргызская государственная медицинская академия, кафедра нервных болезней КГМИ

Резюме. Изучены условия организации отдыха и физическое развитие детей. Выявлены некоторые неблагоприятные факторы, отрицательно влияющие на физическое развитие детей и подростков. Физическое развитие отдыхающих детей отстает от физического развития их сверстников г. Орла.

Summary. The conditions of organization of rest and physical development of children are investigated. Some adverse factors negatively influencing physical development of children and teenagers are revealed. Physical development of children having a rest lag behind physical development of their coevals of Orel city.

ВВЕДЕНИЕ

Изучение здоровья подрастающего поколения в Кыргызстане является первоочередной задачей органов здравоохранения. Оно входит в программу деятельности всех врачей, обслуживающих детские и подростковые учреждения. Оценка здоровья проводится по прямым и косвенным показателям. К первым относятся: показатель здоровья, т.е. удельный вес числа здоровых в изучаемой массе, и физическое развитие изучаемых контингентов. Ко вторым - заболеваемость, в том числе травматизм и смертность.

Состояния здоровья, как известно, зависит от сложного комплекса социальных факторов, постоянно определяющих и направляющих развитие организма со всеми его врожденными и унаследованными особенностями. В условиях пребывания детей в учебно-воспитательных, оздоровительных учреждениях и в условиях трудовой подготовки подростков имеется возможность изучить зависимость здоровья от конкретных условий: режима дня и питания, физического воспитания, спорта и туризма, правильно организованного производительного труда, мер массового оздоровления и др.

Длительное пребывание на свежем воздухе, рациональное питание, правильный режим дня в условиях оздоровительного учреждения являются средствами, направленными на восстановление сниженного в течение учебного года функционального состояния, повышения сопротивляемости организма детей, улучшения их физического развития [1].

Детские оздоровительные центры являются самыми массовыми летними оздоровительными учреждениями для детей и подростков в возрасте от 7 до 15 лет. Оздоровительная работа в детских оздоровительных центрах основывается на широком использовании естественных факторов природы и длительном пребыва-

нии в условиях открытого воздуха. Важным оздоровительным фактором воздействия на растущий организм являются широко проводимые в детских оздоровительных учреждениях физическое воспитание и общественно-полезный труд. Различные игры и спортивные развлечения на воздухе, купание, солнечные ванны, работа на участке и в поле, экскурсии и туристические походы способствуют укреплению здоровья и физического развития детей и подростков. Известно, что наиболее полноценный отдых обеспечивается в загородных оздоровительных учреждениях.

Изучение физического развития большого количества детей дает возможность получить стандарты, являющиеся основой для индивидуальной оценки развития ребёнка.

Отсутствие местных оценочных таблиц физического развития детей и подростков лишило врачей - педиатров и гигиенистов возможности правильно оценивать физическое состояние детей. С этой целью использовались оценочные таблицы других городов. По литературным данным известно, что показатели физического развития различны в условиях разных местностей и в разные годы обследования. В настоящее время почти во всех крупных городах СНГ имеются достоверные данные о физическом развитии детей и подростков. Значительно меньше затронуты вопросы физического развития подрастающего поколения в Кыргызстане.

Организм учащихся особенно чувствителен к неблагоприятным условиям, адаптация к различным факторам недостаточна [2,3,4,5]. Нерациональный режим питания и дня могут оказать отрицательное влияние на здоровье, и особенно на физическое развитие [6,7].

Благоприятные оздоровительные условия способствуют не только восстановлению работоспособности, но и нормальному росту и развитию учащихся, укреплению их здоровья.

Показатели физического развития отдыхающих детей в ДОЦ «Ден-соолук» (мальчики)

Признаки	Возраст в годах	В начале отдыха		В конце отдыха	
		Кол-во	M±m	Кол-во	M±m
Длина тела стоя (бсм)	10	65	135,31±0,46	63	135,10±0,32
	11	84	141,26±0,32	82	141,20±0,51
	12	83	145,9±0,17	83	145,9±0,20
Масса тела (в кг)	10	65	32,61±0,30	61	31,96±0,44
	11	84	35,72±0,21	82	34,51±0,18
	12	83	38,81±0,12	83	37,5±0,26
Окружность грудной клетки (в см)	10	65	65,28±0,12	61	65,31±0,18
	11	84	67,4±0,14	82	67,6±0,42
	12	83	70,92±0,09	83	71,21±0,12

Таблица 2

Показатели физического развития отдыхающих девочек в ДОЦ «Ден-соолук».

Признаки	Возраст в годах	В начале отдыха		В конце отдыха	
		Кол-во	M±m	Кол-во	M±m
Длина тела стоя (в см)	10	50	135,45±0,36	50	135,47±0,28
	11	57	141,62±0,24	56	142,01±0,18
	12	84	148,23±0,16	84	148,25±0,20
Масса тела (в кг)	10	50	32,05±0,42	50	31,65±0,38
	11	57	36,01±0,18	56	35,92±0,14
	12	84	38,95±0,12	84	38,25±0,26
Окружность грудной клетки (в см)	10	50	64,62±0,15	50	65,72±0,28
	11	57	66,84±0,28	56	67,05±0,34
	12	84	67,95±0,17	84	69,01±0,15

Несмотря на то, что медицина в прошлые годы уделяла большое внимание оздоровительной работе среди детей и подростков, в литературе сведения об оздоровительных условиях влияния оздоровительных работ на физическое развитие учащихся малочисленны, почти отсутствуют.

За последние 15-20 лет, а в связи с социально-экономической и политической нестабильностью республиках СНГ, изучение проблемы физического развития учащихся резко сократилось или не проводится.

Исходя из вышеизложенного, необходимо обследование влияния оздоровительных условий на физическое развитие учащихся и разработки профилактических мероприятий определяет актуальность представляемой работы.

Цель исследования - выявить некоторые неблагоприятные факторы в ДОЦ, дать оценку физическому развитию отдыхающих детей и на основании этого рекомендовать оздоровительные мероприятия. Для достижения цели решались следующие задачи:

- провести обследование условий отдыха детей и оценить их;
- изучить физическое развитие отдыхающих детей и подростков и дать оценку;
- рекомендовать оздоровительные мероприятия.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находились отдыхающие дети и подростки трех заездов ДОЦ «Ден-соолук» 2004-

2005 учебного года. Всего обследовано 423 учащихся (232 мальчиков и 191 девочек) в возрасте 10-11-12 лет. Изучены фактическое питание по меню раскладкам и режим дня всех трех смен.

Для характеристики физического развития школьников нами изучены следующие признаки: длина тела (рост стоя), масса тела (вес), окружность грудной клетки (в состоянии покоя, максимального вдоха и выдоха).

Измерения показателей физического развития проводились в первой половине дня, на обнаженных детях, в теплом светлом помещении, с соблюдением единой правила антропометрии [1].

Полученные материалы обрабатывались по общепринятым методам статистической обработки. Определялись средние параметры уровня физического развития, оценивались с использованием стандартов физического развития Орловских детей.

Помещения оздоровительного центра обследовались согласно СН и П 11-Л. 12-68 летние месяцы, среднесуточная температура воздуха выше +20С, утром и в середине дня в динамике.

Естественное освещение характеризовалось коэффициентами световым (СК), естественной освещенности (КЕО), заглубления и заслонения. Освещенность в спальных помещениях измерялась в трех точках в двух концах и в центре помещения соответственно общепринятым правилам [8].

Минимальные величины полученных результатов оценивались по нормативам СН и П 23.05.95.

Сравнительные данные физического развития детей и подростков города Бишкек (по данным обследований ДОЦ «Ден соолук») и города Орла.

Признаки	Возраст в годах	Мальчики		Девочки	
		г.Бишкек	г.Орел	г.Бишкек	г.Орел
		М±δ	М±δ	М±δ	М±δ
Длина тела (в см)	10	135,10±5,52	137,26±5,60	135,47±5,28	137,42±6,14
	11	14,20±4,90	142,46±6,26	142,01±6,18	142,78±7,10
Масса тела (в кг)	12	145,9±6,20	146,97±6,96	148,25±6,20	149,34±6,90
	10	31,96±5,41	33,42±6,0	31,65±7,38	33,34±7,10
Окружность грудной клетки (в см)	11	34,51±6,18	36,98±6,82	35,92±6,14	37,02±7,30
	12	37,56±7,56	39,92±6,70	38,25±7,26	40,40±7,08
	10	65,31±6,20	67,48±4,80	65,72±7,28	65,66±5,28
	11	67,65±6,42	69,90±5,20	67,05±6,34	67,92±5,28
	12	71,21±5,94	71,60±5,46	69,01±6,15	69,84±5,02

Измерение производилось днем (совмещенное освещение).

При измерении параметров микроклимата соблюдалось правило единых методов исследования [9].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Изучение факторов внешней среды ДОЦ «Ден-соолук» показало, что отдыхающих детей окружает благоприятное в гигиеническом отношении микроклиматические условия. ДОЦ «Ден-соолук» находится в Иссыккульском районе, на расстоянии 5-ти километров восточной стороны г.Чолпон-Ата. ДОЦ имеет достаточный по площади, хорошо оборудованный и озелененный земельный участок. Строения типовые, одноэтажные. Здания ДОЦ имеют достаточную площадь, хорошее освещение и вентиляцию.

Основные показатели физического развития (рост, вес, и окружность грудной клетки) представлены в табл. 1.

За время отдыха мальчиков в оздоровительном центре в течение двух недель следует отметить, что длина тела мало изменяется, заметное изменения претерпели масса тела и окружность грудной клетки. Масса тела у 10 летних мальчиков уменьшилась на 0,65кг, а 11 и 12 летних на 1,18 и 1,31 кг соответственно. Окружность грудной клетки мальчиков всех возрастов наоборот имела тенденцию к увеличению на всех ее положениях (пауза, максимальный вдох и выдох). Аналогичная же картина наблюдалась в физическом развитии девочек всех возрастов (табл. 2).

Сравнение показателей физического развития обследуемых детей (рост, вес, окружность грудной клетки), со средними арифметическими взвешенными этих признаков (М) для соответствующей возрастно-половой группы, взятыми из таблицы стандартов Орловских детей показало, что данные обследуемых, отличались от средних показателей в сторону уменьшения признаков (табл. 3).

Уменьшение массы тела детей за время пребывания в ДОЦ, видимо, связано со изменениями в привычном питании и режимом дня которой требует опреде-

ленной степени перестройки адаптационных функций организма учащихся.

При изучении фактического питания по меню-раскладке установлено, что в суточном рационе мало белков, жиров, а количество углеводов в пределах нормы, что свидетельствует о биологической неполноценности рациона.

Все мероприятия, проведены в основном на чистом воздухе и оказывают благотворное действие на органы дыхания и обмен веществ, видимо, с этим связано увеличение окружности грудной клетки подростков. При этом переключение на новые, резко отличающиеся от домашних виды деятельности, насыщенные эмоциональным содержанием, тонизирует и укрепляет нервную систему детей.

Гигиенический анализ режима дня на ДОЦ показал, что в режиме лагеря предусмотрены все компоненты и имеются все виды активной деятельности, способствующие развитию детей. Однако отмечается превышение времени пребывания детей на пляже и меньше времени выделяется на спортивные игры и развлечения.

Дети мало читают. Адаптация организма детей к новым условиям жизни за такой короткий промежуток времени (14-15 дней), видимо, полностью не происходил.

ВЫВОДЫ

1. Земельный участок и здания ДОЦ не противоречат гигиеническим требованиям, предъявляемым к детским оздоровительным учреждениям, отдыхающих детей (за исключением 1 потока) окружает благоприятное микроклиматические условия.
2. За время пребывания детей в лагере длина тела их почти не изменилась. Заметное уменьшение массы тела возможно связано с неадекватным, нерациональным питанием и повышенной энергозатратой в условиях ДОЦ, которое требует дальнейшего изучения. Увеличения окружности грудной клетки может быть результатом проведения большей части

- времени и большой подвижности детей в природных условиях.
3. Показатели физического развития Бишкекских детей ниже показателей их сверстников г. Орла.
4. Организм детей за короткий промежуток времени (14 дней) не успевает полностью адаптироваться к новым условиям жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сердюковская Г.Н., Сухарева А.Г. Гигиена детей и подростков. //Руководство для санитарных врачей. -М.: Медицина, 1986. -С.441.
2. Сухарева Л.М. Гигиенические основы профессионального обучения подростков. //Автореф. дисс... к.м.н. -М., 1988.-С. 7
3. Козлова Т.Д. Здоровье подростков, занятых в текстильной промышленности и зависимость его от некоторых социальных факторов. //Автореф. дисс... к.м.н. -М., 1988. -С. 8-9.
4. Прунчак И.Ф. Гигиенические предпосылки профессионального отбора подростков к обучению профессиям текстильного производства по данным зрительной работоспособности. //Автореф. дисс... к.м.н. -М., 1985. - 11 с.
5. Сыдыков Ж. Гигиеническая характеристика условий обучения учащихся текстильщиц. //Материалы 111 съезда гигиенистов, эпидемиологов, микробиологов, паразитологов и инфекционистов Кыргызской Республики. - Бишкек, 1997. -С. 55-58.
6. Дружинин П.В. Гигиеническая оценка комплексного воздействия теплового фактора и физической нагрузки на организм подростков. //Автореф. дисс... к.м.н. -М., 1988. -С. 6-7.
7. Калинина М.П. Влияние учебно-производственной нагрузки на организм девушек осваивающих профессию швей-мотористки в СПТУ с разными сроками обучения //Автореф. дисс... к.м.н. -М., 1988 -С. 10.
8. Зоз Н.И. Оценка промышленного освещения. Методы оценки производственной среды промышленных предприятий. -М.: Медицина, 1980. -С. 128-142.
9. Медведева Е.Ф., Репин Г.Н. Инструментальные методы оценки производственного микроклимата. //Методы оценки производственной среды промышленных предприятий. -М.: Медицина. 1980. -С. 115-128.

БИОХИМИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СПЕРМАТОЗОИДОВ

Тен И.Б., Базарнова М.А., Усупбаева А.Ч., Мусуралиев М.С.,
Алжикеев С. Ж., Макенжан уулу А.

*Кыргызская государственная медицинская академия,
Отделение функциональной диагностики КНИИК МЗ КР*

Резюме: Обследованы супружеские пары страдающие бесплодным браком согласно стандартизированному протоколу ВОЗ. Для решения этих диагностических задач оценены биохимические показатели сперматозоидов при хронических воспалительных заболеваниях придаточных половых желез.

Ключевые слова: сперматозоиды, биохимия.

BIOLOGIC METHODS FOR INVESTIGATIONS SPERMATOZOIDS

Ten I., Bazarhova M., Usupbaev A.Ch., Musuraliev M., Aljiceev S.J., Makengan u A.

Kurgyz state medical academy, research institute of curorrtology fnd reabilitaijn. Republic Research center of urology, Bishkek. Laboratory of experimental physiotherapy, Kyrgyz Institute of Health Resorts and Recreational Therapy, Bishkek

Summary: Patients were investigated using the WHO simplified couples. Basing on sent leukocyte number, all the patients were divided into five groups. The data obtained indicate that WBS in the semen correlates closely with reduced concentrations of seminal plasma citric acid and zinc.

Key words: spermatozoids, biochemist.

Для изучения физиологии сперматозоидов до и после полового акта использованы материалы М.А. Базарнова с соавт. (1986), Усупбаева А.Ч., Мусуралиева и др. (2003).

При длительной супружеской жизни возможны многократные микроповреждения в слизистых оболочках половых органов, которые приводят к местной иммунизации антигенами сперматозоидов. Проникающая способность (пенетрация) сперматозоидов может нарушаться из-за наличия антиспермальных антител в цервикальной слизи, либо из-за нагруженности сперматозоидов антиспермальными антителами (АСАТ). Качественное выявление нарушения пенетрации при бесплодии возможно при использовании посткоитального теста (ПКТ).

ПОСТКОИТАЛЬНЫЙ ТЕСТ

Принцип. По количеству подвижных сперматозоидов в цервикальном секрете женщины, полученном после коитуса, устанавливают степень нарушения проникновения сперматозоидов в цервикальную слизь при бесплодии, которая зависит от качества цервикальной слизи или проникающей способности сперматозоидов.

Специальное оборудование. Микроскоп, термостат, предметные и покровные стекла, парафин, зеркало Куско, шприц без иглы или пипетка с резиновой грушей для взятия цервикальной слизи.

Ход определения. ПКТ проводят в день овуляции обследуемой женщины, который устанавливают кольпоцитологическим или клиническими (базальная тем-

пература, симптом «зрачка») методами.

Гинеколог через 6–10 часов после коитуса, выполненного супругами принятым у них способом, берет шприцем или пипеткой у обследуемой женщины цервикальную слизь и 1 каплю наносит на подогретое предметное стекло, покрывает покровным стеклом, края которого смазывает жидким парафином для герметичности. Готовый препарат сразу подвергают микроскопии. Подсчитывают количество сперматозоидов в 5 полях зрения при использовании окуляра 7 и объектива 40. В препарате могут быть обнаружены сперматозоиды с активной поступательной подвижностью, сперматозоиды с качательными движениями («феномен качания») и неподвижные.

Оценка результатов. Принято выделять 5 типов заключений ПКТ.

- I. Тип отличный – соответствует норме. В 5 полях зрения находят до 15–25 сперматозоидов с активной поступательной подвижностью и больше. Сперматозоиды с «феноменом качания» составляют менее 25%.
- II. Тип удовлетворительный. В 5 полях зрения находят меньше 10 сперматозоидов с активной поступательной подвижностью и менее 25% составляют сперматозоиды с «феноменом качания».
- III. Тип плохой. Общее число сперматозоидов в 5 полях зрения менее 5.
- IV. Тип отрицательный. Сперматозоидов нет.
- V. Тип сомнительный. В 5 полях зрения находят более 5 активно подвижных сперматозоидов и больше

25% из них с «феноменом качания». При V типе часто наблюдается иммунная несовместимость супругов и поэтому необходимо определение АСАТ.

Исследование цервикальной слизи на восприимчивость и спермы на проникающую способность сперматозоидов. Тест Курцрока – Миллера.

Принцип. По количеству подвижных сперматозоидов в цервикальном секрете женщины *in vitro* определяют причину бесплодия.

Ход определения и оценка результатов. В день овуляции гинеколог берет у обследуемой женщины цервикальную слизь и наносит ее на подогретое предметное стекло. Рядом наносится капля свежего эякулята супруга (не более 45 минут после эякуляции). Обе капли покрывают покровным стеклом, которое слегка надавливают, чтобы капли соединились. Покровное стекло по краям смазывают расплавленным парафином, чтобы не высыхал препарат. Препарат лежит в термостате при температуре 37°C в течение 6 часов, но периодически просматривается под микроскопом. В препарате могут быть выявлены следующие положения.

I. Сперматозоиды проникают через пограничную зону глубоко в цервикальный секрет и большой процент из них сохраняет нормальную подвижность в течение 6 часов. Это положение наблюдается у плодовитых супругов с нормальной восприимчивостью цервикального секрета и нормальной проникающей способностью сперматозоидов.

II. Сперматозоиды проникают в цервикальный секрет, но быстро теряют в нем подвижность. Восприимчивость цервикального секрета или пенетрация сперматозоидов в данном положении понижены.

III. Сперматозоиды не проникают в цервикальный секрет. Цервикальный секрет не восприимчив для сперматозоидов или проникающая способность сперматозоидов отсутствует. При третьем положении для выявления бесплодного супруга в бесплодном браке используют перекрестный тест с контрольным эякулятом и контрольным цервикальным секретом.

Перекрестный тест с контрольным эякулятом.

В день овуляции берут у обследуемой женщины цервикальную слизь, из которой готовят препарат с контрольным эякулятом от здорового мужчины, имеющего детей. Ход определения такой же, как в тесте Курцрока – Миллера. Свободное проникновение контрольных сперматозоидов в цервикальный секрет обследуемой женщины указывает на нормальную восприимчивость цервикального секрета и слабую проникающую способность сперматозоидов мужа.

Перекрестный тест с контрольным цервикальным секретом.

Берут контрольный цервикальный секрет здоровой рожавшей женщины с нормальной восприимчивостью и эякулят обследуемого мужчины, состоящего в бесплодном браке. Если сперматозоиды мужа не проникают в нормальный цервикальный секрет, то причина бесплодия в слабой проникающей способности сперматозоидов мужа.

Микроагглютинационный тест Фриберга (ТФ).

Принцип. При помощи ТФ можно установить на-

личие и титр агглютинационных АСАТ в различном материале (семенной плазме, экстрактах цервикальной слизи и в сыворотке крови обоих супругов).

Реактивы. Фосфатно-солевой буфер (ФСБ) 0,01 М, рН 7,2 – 7,4; вазелиновое масло.

Специальное оборудование. Микроскоп, туберкулиновый шприц, микроагглютинационные планшеты с лунками, серологические пробирки, пипетки вместимостью 1 мл, микропипетки вместимостью 0,1 мл.

Подготовка материала к исследованию.

I. Исследуемую сыворотку крови инактивируют путем прогревания при 56°C в течение 30 мин.

II. Сперму получают путем мастурбации, сразу разводят ФСБ так, чтобы концентрация сперматозоидов составляла 40 млн/мл.

Ход определения. Готовят ряд разведений от 1: 4 до 1: 128 из исследуемого материала (спермальной плазмы, экстракта цервикального секрета или сыворотки крови), используя в качестве разводящей жидкости ФСБ. В лунки с вазелиновым маслом микроагглютинационных планшеток туберкулиновым шприцем с иглой вносят по маленькой капле каждого разведения под вазелиновое масло. После каждого образца шприц 4-кратно промывают. В каждое разведение добавляют в 5 раз меньшую каплю спермы и через 4 часа при комнатной температуре выявляют агглютинаты.

Оценка результатов. Последнее разведение, при котором обнаруживают под малым увеличением микроскопа 3 агглютината и больше в каждом поле зрения, соответствует титру агглютинирующих АСАТ.

Спермиимобилизирующий тест Изоджима (СИТ).

Принцип. Титр иммобилизирующих АСАТ в сыворотке крови, семенной плазме или экстракте цервикального секрета устанавливают по числу подвижных сперматозоидов в присутствии антигенов (сперматозоидов).

КОМПОНЕНТЫ

1. Сперму получают и подготавливают, как для ТФ с использованием ФСБ. Подвижность сперматозоидов должна превышать 70%.

2. Комплементсодержащая сыворотка крови морских свинок.

3. Иммунная человеческая сыворотка (ИЧС); в присутствии комплемента через 1 час инкубации она дает иммобилизацию 90% сперматозоидов.

4. Нормальная человеческая сыворотка (НЧС), инактивированная путем прогревания при температуре 56°C в течение 30 мин.

5. Исследуемые инактивированные сыворотки крови, спермальная плазма и экстракты цервикального секрета.

Постановка теста проводится следующим образом: для оценки иммобилизующей активности комплемента в пробирку вносят 0,5 мл физиологического раствора, для определения изменения подвижности сперматозоидов без АСАТ – 0,5 мл НЧС, для контроля иммобилизации – 0,5 мл ИЧС и для определения иммобилизирующих АСАТ – 0,5 мл исследуемой сыворотки, спермальной плазмы или экстракта цервикальной слизи. Затем в каждую пробирку вносят по 0,1 мл компонен-

Показатели фертильности сперматозоидов до и после полового акта.

Показатели сперматозоидов	Критерий фертильности сперматозоидов в	
	Эякуляте в 1 мл	в 1мл влагалищной среде (через 60 минут)
Объем эякулята	2-5 мл	
Цвет	Серовато-белый	
Вязкость	0,1-0,5мл	
pH	7-7,6	7-7,4
Число сперматозоидов	От 30млн до150 млн	От 29 млн до150 млн
Олигозооспермия		
1-ой степени	от 29-до 20 млн;	от 28-до 19 млн;
2-ая степень	от 19 до 10	от 18 до 10
3-ая степень	ниже 9 млн.	ниже 9 млн.
Виды движения сперматозоидов		
Нормокинезис -%	50-80%	40 -60%
гипокинезис -%	9-35%	8-40%
акинезис %	7-15 %	6-20%
дискинезис - %.	0%	0%
Морфология спермограмм:		
Нормальные формы сперматозоидов %;	70-80%	60-70%
юные и старые формы	0%	0%
дегенеративные формы	0-20%	0-26%
патология головки- %;	0-5%	0-6%
патология хвоста и тела %	0,6-1%	0,7-3%
смешенная патология-	0%	0%
клетки сперматогенеза-	0,5-4%	0,5-5%
Биохимия сперматозоидов		
фруктоза мг%.	200-400 мг%	199-400 мг%
К-та лимонная мг %.	445-600 мг%	444-600 мг%
Показатели фертильности сперматозоидов через 2 часа после полового акта		
Число сперматозоидов в 1 мл цервикальной слизи	Виды спермолизиса	
	физиологический	патологический
	От 19 млн. и более	до 18 млн. и ниже
Нормальные формы сперматозоидов %;	От 45от 60%	30 до 45 %
Степень спермолизиса от исходного уровня	От 7до 15%	От 15% до 100%

та. В последнюю очередь во все пробирки добавляют по 0,05 мл суспензии сперматозоидов в концентрации 40 млн/мл. Штатив с пробирками ставят в термостат при температуре 37°C на 1 час. Затем пробирки вынимают из термостата, осторожно встряхивают, чтобы учесть осевшие агглютинированные сперматозоиды, и оценивают результаты.

Оценка результатов. Под большим увеличением микроскопа (x 400) подсчитывают процент подвижных сперматозоидов в капле из опытной пробирки, нанесенной на предметное стекло и покрытой покровным стеклом. Таким же образом устанавливают процент подвижных сперматозоидов в контролях с НЧС и ИЧС, а затем по формуле: $СИТ=К/О$ учитывают результаты реакции. При показателе СИТ меньше 2 реакция отрицательная (число подвижных сперматозоидов в контролях и в опытной пробирке приблизительно одинаковое). Если же показатель СИТ превышает 2, то реакция положительная, т.е. в исследуемом материале (сыворотке крови, семенной плазме или экстракте цервикальной слизи) имеются иммобилизирующие АСАТ.

Пример 1. Первый контроль с ИЧС – 10% подвижных сперматозоидов. Второй контроль с НЧС – под-

вижных сперматозоидов 80%. В двух контролях вместе 90% подвижных сперматозоидов. В опытной пробирке 80% подвижных сперматозоидов. $СИТ=К/О=90/80=1,1$. Реакция отрицательная, иммобилизирующих АСАТ нет.

Пример 2. В опытной пробирке 40% подвижных сперматозоидов. Контроли те же, что и в примере 1. $СИТ=90/40=2,2$. Реакция положительная. Имеются иммобилизирующие антитела (АСАТ), благодаря которым подвижность сперматозоидов значительно снижена (всего 40% подвижных сперматозоидов).

Для оценки фертильной способности сперматозоидов до и после полового акта представлены в таблице 1.

ЛИТЕРАТУРА

1. Базарнова М.А. с соавт. Биологические методы исследования спермы. Лабораторное дело, №5, 1986. - С. 270-273.
2. Усупбаев А. Ч., с соавт. Способ оценки состояния сперматозоидов до и после полового акта. - Б. 2005.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТРУКТУРНЫХ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ В СЕЛЬСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ НА ОСНОВЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО АНАЛИЗА

Темиров Н.М.

Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации, Бишкек

Резюме: В статье приводятся результаты структурных преобразований в сельском здравоохранении. Выявлена чрезмерная тенденция избавления от излишеств лечебных учреждений, коечного фонда, сокращения специалистов с высшим и средним медицинским образованием. Такая политика вполне оправдана из-за недофинансирования, но она вызвала неравенство в обеспеченности врачами городского и сельского населения, отказ населения от стационарного лечения.

Ключевые слова: сельское здравоохранение, реформа, структура, коечный фонд, кадры

EFFECTIVENESS OF STRUCTURAL REORGANIZATIONS IN RURAL PUBLIC HEALTH SERVICE ON THE BASIS OF FUNCTIONAL ANALYSIS

Temirov N. M.

Summary: In given article there has been given results of structural reorganizations in rural public health service. There were revealed excessive tendency of getting rid of excesses of patient care institutions, reserve of hospital beds as well as curtailment of specialists with higher and special medical education. This policy is justified due to low financing but it creates inequality in supplement by doctors to rural and urban population and also creates refusal by population to take treatment in hospitals.

Key words: rural public health service, reform, structure, reserve of hospital beds, cadres.

На данном этапе развития общества резко возросла потребность в медицинской помощи, а технология лечения и стоимость лекарств стали непомерно высокими. Поэтому одной из важнейших задач правительств многих стран является создание таких систем здравоохранения, которые сполна удовлетворяли бы потребности населения в медицинской помощи на уровне мировых стандартов. В Кыргызской Республики преобразования системы здравоохранения проводится в плане формирования институтов семейно-страховой медицины. На данный момент структурные преобразования лечебно-профилактических учреждений завершены, но остается не ясным, насколько они оказались эффективными в сельском здравоохранении и обеспечили ли условия для оказания медицинской помощи высокого качества.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В качестве объекта сельского здравоохранения выбраны Сузакский и Базар-Коргонский районы Джалал-Абадской области, так как для большинства населения этих районов типичен уклад сельской жизни. За точку отсчета взят 1995 г., когда приступили к реформированию сельского здравоохранения. Функциональный анализ структурной перестройки касался потребности в лечебно-профилактических учреждениях, обеспечен-

ности специалистами и коечным фондом. Данные о численности населения, числе лечебно-профилактических учреждений, коечном фонде заимствованы из официальных отчетных данных. Эффективность структурной перестройки оценивалась по таким критериям, как обеспеченность врачами на 10 тыс населения и их нагрузка, показатели работы койки. Данные показатели рассчитывались по общепринятым методикам.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

Сеть лечебных учреждений на территории Базар-Коргонского и Сузакского районов отражена в табл 1. За период с 1995 по 2005 гг. на обозначенном пространстве центральные районные больницы (ЦРБ) заменены территориальными больницами (ТБ), родильные дома вошли в состав ТБ. Сельские врачебные амбулатории (СВА) и значительная часть сельских участковых больниц (СУБ) 6 из 14 преобразованы в центры семейной медицины (ЦСМ) и группы семейных врачей (ГСВ). Аннулировано два санатория, замены им нет.

Таким образом, сектор сельского здравоохранения интенсивно проводит структурные преобразования в плане ликвидации излишеств лечебных учреждений (ЛУ), преследуя цель решить проблему недофинансирования. Однако, оценка материально-технического оснащения показала, что нет отделения, которое было бы

Динамика структуры лечебных учреждений

Наименование лечебных учреждений	Базар-коргонский район			Сузакский район			Итого		
	1995	2000	2005	1995	2000	2005	1995	2000	2005
ЦРБ	1	1	0	1	1	0	2	2	0
ТБ ТНБ	0	0	1	1	1	2	1	1	3
Городские больницы	0	0	0	0	1	1	0	1	1
Туберкулезные б-цы	0	0	0	1	1	1	1	1	1
Родильный дом	1	0	0	1	1	0	2	1	0
Диспансер туберкулез.	1	1	1	0	0	0	1	1	1
Участковые больницы	6	5	4	8	7	4	14	12	8
СВА	7	6	0	10	8	0	17	14	0
Стоматол. поликлиник	1	1	1	1	1	1	2	2	2
ЦСМ	0	0	1	0		2	0	0	3
ГСВ	0	13	16	0	29	27	0	42	43
ГСВ самостоятельные	0	0	0	0		1	0	0	1
ФАП	19	17	17	49	45	45	68	62	62
ЦГСЭП+ЦКИ	1	1	1	1	1	1	2	2	2
Санатории	1	1	0	1	1	0	2	2	0
Всего	38	46	42	74	97	85	112	143	127

Источник. Стат отчеты МЗ КР, 1995-2005 гг

Таблица 2

Динамика медицинских кадров с высшим образованием

Наименование региона	Абсолютное число			На 10000 населения			Прирост ±
	1995	2000	2004	1995	2000	2004	
Республика	14377	13799	13058	31,9	28,2	25,6	1,2
Джалал-Абадская обл.	1720	1505	1494	20,6	17	15,8	1,3
Базар-Коргонский р-н	152	130	139	16,6	10,7	10,6	1,6
Сузакский район	224	217	199	20,5	11,2	9,0	2,3

Источник. Стат отчеты МЗ КР, 1995-2005 гг

Таблица 3

Обеспеченность медицинскими кадрами со средним образованием

Наименование региона	Абсолютное числ			На 10000 населения			Прирост ±
	1995	2000	2004	1995	2000	2004	
Республика	41042	35935	30783	91,0	73,5	60,4	1,5
Джалал-Абадская обл.	7831	6505	5898	93,6	73,3	62,2	1,5
Базар-Коргонский р-н	635	579	608	74,2	47,7	46,3	1,6
Сузакский район	1073	1066	894	98,3	54,8	40,5	2,4

Источник. Стат отчеты МЗ КР, 1995-2005 гг.

Таблица 4

Обеспеченность врачами в динамике

Показатель		1995	2000	2004
Число штатных единиц		474	492	357,3
Занятых		380,5	436,8	260,3
Физических лиц		336	317	196
Недоукомплектованность	абс. число	138	175	161,3
	% к штатным	29,1	35,6	45,1
Удельный вес совместителей		11,7	27,4	24,7

Таблица 5

Нагрузка врача амбулаторно-поликлинического звена

Наименование сектора здравоохранения	Число посещений на одного жителя						Нагрузка на одного специалиста амбулаторного приема		
	в поликлинике			на дому			1995	2000	2004
	1995	2000	2004	1995	2000	2004			
Джалал-Абадская обл.	4,6	2,9	2,5	0,8	0,3	0,6	3208	2993	3028
Базар-Коргонский район	7,4	2,7	2,2	1,2	0,3	0,6	4343	2219	1983
Сузакский район	3,4	2,8	2,4	0,4	0,3	0,6	3263	2267	3050

технически оснащено адекватно. Интегральные показатели оснащения колеблются по отделениям ЛУ от 37,2 до 52,0 и указывают на то, что подразделения не имеют адекватных условий для оказания медицинских услуг высокого качества.

Обеспеченность врачами, включая стоматологов, отражена в табл. 2, из которой видно, что в Базар-Коргонском и Сузакском районах проводятся чрезмерные сокращения врачей. Если обеспеченность врачами в целом по республике сократилась в 1,2 раза, то в Сузакском районе в 2,3 раза. В результате оказалось, что в Сузакском районе самый низкий показатель обеспеченности врачами – 9 на 10 тыс населения, что в 2,8 раза ниже, чем в целом по республике. Из этого следует, что врачи Сузакского и Базар-Коргонского районов при одинаковой зарплате имеют большую нагрузку.

Показатель обеспеченности средними медработниками (табл. 3) в Сузакском районе в 1,5 раза ниже (40,5‰), чем в целом по республике и Джалал-Абадской области (60,4–62,2‰). Численность медицинских сестер на одного врача по Базар-Куганскому и Сузакскому районам в два раза выше, чем в целом по стране. В данных регионах соотношение врачей и медицинских сестер соответствует мировым стандартам.

Число медицинских сестер на одного врача по Базар-Куганскому и Сузакскому районам в два раза выше, чем в целом по стране. В данных ТБ соотношение врачей и медицинских сестер соответствует мировым стандартам.

Таким образом, из данных материалов следует, что сектор сельского здравоохранения проводит политику чрезмерного сокращения специалистов с высшим и средним медицинским образованием. В плане экономии бюджетных средств такая политика вполне оправдана, но она вызвала неравенство в обеспеченности

врачами городского и сельского населения. Обеспеченность врачами городского населения в 3 раза выше, чем сельского.

Наряду с этим в сельском здравоохранении прослеживается выраженное несоответствие между штатным числом специалистов и числом физических лиц (Табл. 4). Дефицит физических лиц в динамике нарастает, несмотря на то, что число штатных единиц сокращается. К этому следует добавить, что в регионе высокий процент специалистов пенсионного и предпенсионного возраста. В целом по Джалал-Абадской области они составляют 20%. Удельный вес совместителей в 1995 г. составлял 11,7%, в 2004 г. – 24,7%.

Отмеченные недочеты указывают на необходимость совершенствования нормативно-правовой базы, в частности, нормативов по обеспечению ЛУ сельской местности специалистами с высшим и средним медицинским образованием; законов, создающих привилегии для сельских медработников.

К 2005 году сеть ЛУ первичного здравоохранения представлена 14 Центрами семейной медицины (ЦСМ), в составе которых развернуто 137 групп семейных врачей (ГСВ) и 161 фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП), кроме того, 2 ГСВ являются самостоятельными юридическими лицами.

Обращаемость населения к врачам амбулаторно-поликлинического приема по всем учреждениям сельского здравоохранения существенно сократилась (табл. 5). Так, в Базар-Коргонской ТБ посещаемость на одного жителя снизилась с 7,4 до 2,2. Такая же картина прослеживается и с посещениями на дому. Столь низкий уровень посещения не связан с перегрузкой врача. Как видно из табл. 6 специалисты поликлинической службы имеют минимальную нагрузку, к тому же прослеживается тенденция выраженного сокращения.

Таблица 6

Обеспеченность коечным фондом

Наименование региона	Абсолютное число			На 10 тыс. населения			Сокращение (%)
	1995	2000	2004	1995	2000	2005	
Республика	38732	34412	26040	85,7	70,4	51,7	39,7
Джалал-Абадская обл	7712	5457	4047	92,5	61,5	42,7	53,8
Сузакский район	985	833	576	58,2	42,8	26,1	55,2
Базар-Коргонский р-н	525	427	357	49,7	35,2	25,7	48,3

Таблица 7

Эффективность использования коек

Наименование региона	Работа койки			Среднее пребывание больных			Прирост, снижение (%)	
	1995	2000	2004	1995	2000	2004	РК	СПБ
Республика	287	306,5	306,0	14,7	13,7	12,5	6,6	-15,0
Джалал-Абадская обл	258	307,9	277,1	16,0	12,9	11,3	7,4	-29,4
Сузакский район	227	302,8	297,2	13,4	12,5	10,6	30,9	-20,9
Базар-Коргонский р-н	258	280,3	253,0	13,2	10,5	9,8	-1,9	-25,8

Таблица 8

Уровень госпитализации больных

Наименование региона	Абсолютное число			На 100 человек населения			Снижение (%)
	1995	2000	2004	1995	2000	2004	
Республика	755630	777391	627928	16,7	15,8	12,7	24,4
Джалал-Абадская обл	124356	130606	96346	14,9	14,7	10,5	29,8
Сузакский район	14922	20179	16150	9,9	10,4	7,3	25,8
Базар-Коргонский р-н	10261	11399	9216	9,7	9,4	6,6	31,7

Таблица 9

Число койко-дней, проведенных больными в стационаре, на 1000 населения

Наименование региона	Абсолютное число (млн к/д)			На 1000 человек населения			Снижение (%)
	1995	2000	2005	1995	2000	2004	
Республика	11,108	10,547	7,968	2459	2185	1582	35,7
Джалал-Абадская обл	1,999	1,680	1,121	2386	1893	1183	50,4
Сузакский район	0,224	0,252	0,171	1321	1296	776	41,3
Базар-Коргонский р-н	0,135	0,119	0,090	1282	987	650	49,3

Обусловлено это тем, что свыше 112 тыс сельских жителей проживают в 147 населенных пунктах с числом жителей до 1000, для которых медицинская помощь, особенно семейного врача, практически недоступна. Влияет и то, что медицинские услуги, особенно методы обследования, стали платными, а лекарства чрезмерно дорогими. Например, разовая доза цефепима составляет 1300 сомов, а требуется на курс лечения 5-7 инъекций. Это 1,5 годовая зарплата врача общей практики.

Семейные врачи Базар-Коргонского и Сузакского районов обслуживают самостоятельно только 48 % больных, а 52% направляются к узким специалистам или госпитализируют, зачастую без направительного диагноза. В России наблюдается сходная картина [1], тогда как врачи общей практики в зарубежных странах самостоятельно обслуживают от 80 до 90 % обратившихся к ним пациентов. Из данной ситуации следует, что политика интенсивного сокращения врачебных кадров обернулась, с одной стороны, снижением функциональной нагрузки, с другой – падением профессиональных качеств.

Мощность коечного фонда за период с 1995 по 2005 г сократилась в Базар-Коргонском районе на 48,3%, Сузакском – на 55,2%, что в 1,4 раза больше, чем в целом по республике (табл. 6). В результате обеспеченность койками сократилась в Сузакском районе с 58,2 до 26,1 на 10 тыс. населения, а в Базар-Коргонском – с 49,7 до 25,7 на 10 тыс. населения.

Эффективность использования койки, как видно из таб. 3.10, в Джалал-Абадской области, как и в республике в целом снизилась. Простой койки в Джалал-Абадской области остается высоким - 3,9 дня, а в республике – 2,4 дня. В Сузакской ТБ эффективность использования койки повысилась на 30,9%, тогда как в Базар-Коргонской ТБ она практически осталась прежней. Положительным моментом является то, что по всем районным больницам сократились сроки пребывания больных на стационарном лечении на 25%.

Уровень госпитализации в расчете на 100 жителей также снижается (табл.8). В республике данный показатель сократился с 16,7 в 1995 году до 12,5 в 2004 году, а в Джалал-Абадской области - с 14,7 до 10,5 человек. В

Сузакской и Базар-Коргонский ТБ данные показатели в 1,5-2 раза ниже, к тому же прослеживается тенденция сокращения числа госпитализаций.

На 1000 населения, также указывает на снижение эффективности использования больничных коек (табл. 9). Причем в Джалал-Абадской области темпы сокращения госпитализации более высокие, чем в целом по республике. Таким образом, уровень стационарного лечения снижается, тогда как в странах Центральной и Восточной Европы потребность в госпитализации имеет тенденцию к росту. Снижение числа госпитализаций при достаточном количестве коечного фонда можно объяснить лишь наличием препонов, по которым больные отказываются от стационарного лечения. Введение сооплаты можно рассматривать как один из видов повышения пороговых уровней госпитализации в стационары республики. Минувя семейного врача госпитализируется 43,2% больных.

Таким образом, в Джалал-Абадской области повсеместно сокращается коечный фонд, наряду с этим снижается количество госпитализаций в стационары, в среднем на 11,6 %. Как результат, эффективность использования коечного фонда, несмотря на проведенную реструктуризацию, остается неудовлетворительной.

В заключение отметим, что мероприятия по ликвидации излишеств лечебных учреждений, специалистов и коечного фонда проводились чрезмерно интенсивно и не сопровождалась какими-либо существенными мероприятиями по укреплению здоровья населения. Увеличение объемов стационарной помощи за счет более полного использования коечного фонда осталось не реализованным, число госпитализированных больных снижается в среднем на 11,6 %. В последние годы просматривается тенденция недоступности стационарной помощи при значительном простое койки и снижении объемов амбулаторно-поликлинической помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вялков А.И. Управление качеством в здравоохранении //Проблемы управления здравоохранением. – М., 2003. – № 1. – С. 5-12.

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В ПЛАНЕ РЕФОРМ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Темиров Н.М.

Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации, Бишкек

Резюме: В статье дана оценка состояния здоровья сельского населения в связи переходом здравоохранения на принципы семейно-страховой медицины. Выявлено снижение показателей естественного прироста, ухудшение показателей младенческой и материнской смертности, интенсивный прирост осложненных беременностей, родов и послеродового периода, тогда как заболеваемость управляемыми инфекциями снизилась.

Ключевые слова: заболеваемость, рождаемость, естественный прирост, реформы здравоохранения.

DEMOGRAPHICAL SITUATION AND HEALTH LEVEL OF POPULATION IN RURAL PUBLIC HEALTH REFORMS

Temirov N. M.

Summary: In given article there has been given estimation of health level of rural population in switching of health services to family insurance medicine. There were revealed lowering of natural increase index, deterioration of children and mother mortality index, intensive increase of abnormal pregnancies, deliveries and postnatal period, whereas morbidity of manageable infections decreased.

Key words: morbidity, birth rate, natural increase, public health reforms

В социальной медицине различают три основных фактора, которые обуславливают состояние здоровья населения – это социально-экономические, климато-географические и биологические. В период независимости в Кыргызстане произошли выраженные политические, экономические и социальные преобразования. Произошла ломка устоявшихся десятилетиями представлений о деятельности здравоохранения, его принципах, путях обеспечения здравоохранительных потребностей населения, суть и эффективность которых наиболее полно изложены в работах Н.К. Касиева (1999), М.М. Каратаева (2000), М.Т. Султанмуратова (2002), Т.С. Мейманалиева (2003). Однако, в этих работах не отражена эффективность сельского здравоохранения, перешедшего на принципы семейно-страховой медицины, что послужило основанием к оценке в данной статье состояния здоровья сельских жителей в новых условиях медицинского обслуживания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В качестве объекта сельского здравоохранения выбраны Сузакский и Базар-Коргонский районы Джалал-Абадской области, так как для большинства населения этих районов типичен уклад сельской жизни. За точку отсчета взят 1995 г., когда приступили к реформированию сельского здравоохранения. Данные о численнос-

ти населения заимствованы из официальных статистических данных. Динамика демографической ситуации оценивалась по таким показателям, как численность населения, рождаемость, естественный прирост, смертность. Данные показатели рассчитывались по общепринятым методикам.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

За 10-летний период число жителей в Сузакском районе увеличилось в два раза, в Базар-Коргонском в 1,5 раза, тогда как в республике лишь в 1,1 раза. В этих регионах высокий годовой прироста населения, который в 5-10 раз выше, чем в целом по республике (табл. 1)

Для выяснения причин столь резкого различия прироста населения по обозначенным регионам рассмотрим его составляющие: рождаемость, смертность, естественный прирост (табл.2). Более высокий прирост в Базар-Коргонском и Сузакском районах определяется высокой рождаемостью и низкой смертностью, что прослеживается на протяжении 10 лет. Однако величины показателей «естественного прироста» и «прироста населения» не совпадают (рис.1). В республике показатели «прироста населения» отстают от показателей «естественного прироста» на 2,8 на 1000 населения, в Джалал-Абадской области – на 3,4, тогда как в

Таблица 1

Прирост численности населения

Регион наблюдения	Годы наблюдения			Прирост населения	
	1995	2000	2005	число раз	годовой (%)
Республика	4560,4	4887,5	5065,1	1,1	1,1
Джалал-Абадская обл	817,9	887,3	940,6	1,2	1,5
Сузакский район	109,107	194,4	218,7	2,0	10,0
Базар-Коргонский р-н	85,518	120,4	130,0	1,5	5,2

Таблица 2

Показатели естественное движение населения

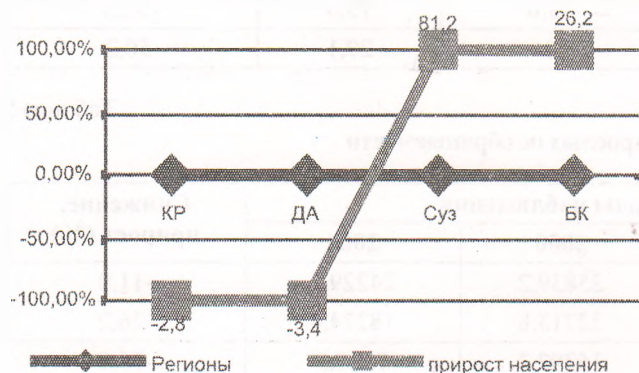
Прирост	Рождаемость			Смертность			Естественный прирост		
	1995	2000	2005	1995	2000	2005	1995	2000	2005
Республика	26,0	19,7	21,6	8,2	6,9	6,9	17,8	12,8	14,7
Джалал-Абадская обл	32,2	23,2	24,8	7,0	5,7	5,6	25,2	17,5	19,2
Сузакский район	26,7	23,7	24,5	6,8	5,3	5,2	19,9	18,4	19,3
Базар-Коргонский р-н	38,1	37,8	26,6	5,9	4,9	4,7	32,2	29,8	21,9

Таблица 3

Показатели младенческой смертности

Наименование региона	Годы наблюдения			Сокращение ± (в %)
	1995	2000	2005	
Республика	28,1	22,6	25,6	8,9
Джалал-Абадская обл	26,2	18,3	21,9	16,4
Сузакский район	27,1	20,1	19,9	26,6
Базар-Коргонский р-н	27,2	18,2	20,9	23,2

Рис. 1 Показатели механического прироста населения



Сузакском и Базар-Коргонском районах наблюдается обратное соотношение. Показатель «прироста населения» превышает показатель «естественного прироста» в Сузакском районе на 81,2 единицы, в Базар-Коргонском районе – на 26,2 единицы.

Эти данные указывают на то, что в обозначенных районах в период с 1995 по 2005 гг. прирост населения происходил в основном за счет внутренней миграции, тогда как в республике в целом и Джалал-Абадской области наблюдался выраженный отток населения. Выраженный прирост населения за счет мигрантов является тревожным признаком, так как миграционные процессы негативно влияют на состояние здоровья населения, к тому же увеличивают нагрузку на лечебные учреждения.

Определяющей величиной общей смертности и социально-экономического положения населения явля-

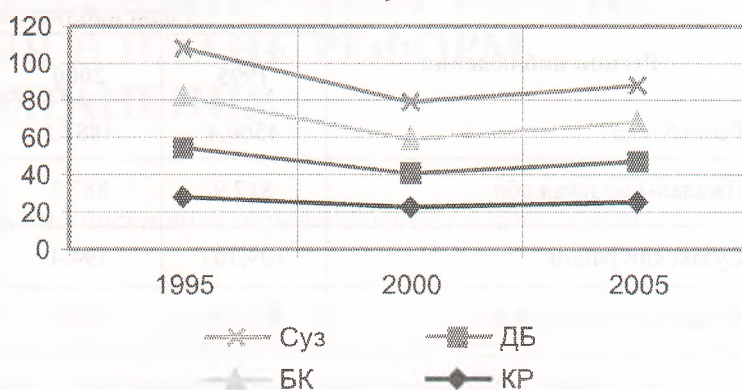
ется младенческая смертность. Как видно из табл. 3 показатели младенческой смертности в Базар-Коргонском и Сузакском районах ниже областных и республиканских, но она в 4-5 раз выше, чем в странах Европейского Союза (4-6 на 1000 новорожденных) и близки к странам Центрально-Азиатского региона - 30 на 1000 новорожденных [1].

За последние 10 лет младенческая смертность сократилась по обозначенным регионам на 23,2 и 26,6%, тогда как в Джалал-Абадской области - 16,4%, в республике в целом - на 8,9%. Кривая снижения младенческой смертности имеет вогнутый характер (рис 2). Прогиб кривой прослеживается по всем регионам и приходится на 2000 г. Увеличение показателя младенческой смертности после 2000 г. связано с переходом на новые критерии определения живорождения - 500 граммов. Ранее живорожденным считался плод, вес которого при рождении превышал 1000 граммов. В ближайшие 2-3 года прогнозируется дальнейший рост показателей младенческой смертности, так отсутствуют необходимые условия для выхаживания 500-граммовых детей. В структуре детской смертности младенческая достигает 60%.

Уровень материнской смертности в республике снижается и к 2004 г. достиг 46,4 на 100 тыс. живорожденных, что в 1,5 раза ниже, чем в Джалал-Абадской области. Показатели материнской смертности в Базар-Коргонском и Сузакском районах имеют выраженный разброс, хотя в Сузакском районе просматривается тенденция роста материнской смертности (табл.).

Среди сельского населения просматривается более высокий уровень материнской смертности, чем городского. В Джалал-Абадской области из 59 случаев зарегистрированной материнской смертности 10 (16,9%) проживали в городской местности и 49 (83,1%) - в сельской. Из этих данных следует, что для сельских жителей беременность и роды представляют высокий риск. При-

Рис. 2. Динамика показателей младенческой смертности.



чиной этому с одной стороны является низкий уровень здоровья сельских жителей, с другой, отсутствие соответствующих условий для оказания таким женщинам квалифицированной помощи в родах. Доминирующей причиной материнской смертности являются гестозы.

Заболеваемость взрослого населения по данным обращаемости представлена в табл. 5. В Базар-Коргонском и Сузакском районах заболеваемость взрослых по обращаемости ниже, чем в целом по республике и Джалал-Абадской области. Другая особенность в том, что заболеваемость по всем регионам снижается, но наиболее отчетливо в регионах сельского здравоохранения. Так, за период наблюдения заболеваемость по обращаемости снизилась в Сузакском районе на 55,7%, в Базар-Коргонском районе - на 46,7%, тогда как в целом по республике - на 11,0%.

Заболеваемость населения по обращению почти по всем классам и группам болезней (МКБ 10) за период с 2000 по 2004 сократилась на 19,7%, в том числе «Инфекционные и паразитарные» - на 31,3%, «Болезни эндокринной системы» - на 34,7%, «Болезни органов дыхания» - на 10,1%. В то время как уровень «Болезней

Таблица 4

Показатели материнской смертности

Наименование региона	1995	2000	2004	Сокращение ± (в %)
Республика	67,4	46,5	46,4	-31,2
Джалал-Абадская обл	70,1	48,6	68,6	-2,1
Сузакский район	56,7	43,6	75,0	+32,3
Базар-Коргонский р-н	58,4	0	29,1	-50,2

Таблица 5

Уровень заболеваемости взрослых по обращаемости

Регион	Годы наблюдения			Снижение, прирост (%)
	1995	2000	2004	
Республика	27221,1	25839,2	24229,1	-11,0
Джалал-Абадская обл	24698,2	22713,8	18224,6	-26,2
Сузакский район	17061,9	15797,3	7561,5	-55,7
Базар-Курганский район	15027,3	12135,4	8087,7	-46,2

системы кровообращения», повысился на 29,1%, «Болезней мочеполовой системы» - на 36,6% и «Осложнений беременности, родов и послеродового периода», на 78,1%.

Ожидаемая продолжительность жизни в Джалал-Абадской области за период с 2000 по 2004 г сократилась на 1,8 года и составила 68,4 года. На юге республики самая низкая продолжительность жизни в Джалал-Абадской области. На данный момент ожидаемая продолжительность жизни составляет 68,4 года, что почти на 10 лет меньше, чем в странах Европейского Сообщества [1].

Таким образом, из данных исследований следует, что в сельских районах Джалал-Абадской области, как и в целом в стране, имеет место высокий уровень распространенности таких заболеваний, как болезни органов дыхания, болезни передаваемые половым путем. Туберкулез стал национальным бедствием. Значительная часть граждан проживает за чертой бедности, много безработных. Ежегодно среди взрослых и подростков 25,8% заболевают новым заболеванием, а среди детей до 14 лет каждый третий - 33,8%. Если в развитых странах число больных увеличилось за счет постарения населения, то в Кыргызстане за счет ухудшения социально-экологических условий и бедности. С наиболее распространенными заболеваниями органов дыхания и сердечно-сосудистой системы люди перестали обращаться в лечебные учреждения или заниматься самолечением.

За период с 1995 по 2005 гг. в Сузакском и Базар-Коргонском районах Джалал-Абадской области существенно изменилась демографическая ситуация: сократилась рождаемость, снизился естественный прирост, общая смертность остается высокой, ожидаемая продолжительность жизни в среднем на 10 лет короче, чем в странах Европы и Японии [1]. Достижения современной медицины привели к сокращению младенческой смертности, тем самым сохранив для жизни более слабые живые организмы (детей весом 500 грамм), требующих большего объема медицинской помощи и, как следствие, роста затрат на ее обеспечение, в том числе и лекарственное. Младенческая смертность в структуре детской смертности составляет 60,0% и в ближайшее время вряд ли ситуация изменится в лучшую сторону, так происходит интенсивный прирост «Осложнений беременности, родов и послеродового периода». За

период с 2000 по 2004 гг. данный класс заболеваний увеличился на 78,1%.

В настоящее время в республике проживает 27,9 тыс. детей инвалидов до 16 лет (из них 2,3 тыс. больных детским церебральным параличом). Их число в республике ежегодно увеличивается в среднем на 5,1%. Таким образом, количество больных, поставляемых системой здравоохранения на социальное обеспечение (получение пособия) не снижается.

В заключение отметим, что для сельского здравоохранения ключевой проблемой является низкий уровень родовспоможения. На сельское здравоохранение расходуются значительные средства, но их все-таки недостаточно. По этой причине на каком-то этапе прекращается лечение больного и пациент переходит в разряд хронических больных. Трудности экономического характера привели к ухудшению здоровья населения на всем постсоветском пространстве и Восточной Европе - увеличению смертности и заболеваемости, снижению рождаемости и средней продолжительности жизни, что указывает на общность проблем в системе здравоохранения [2,3,4,5,6].

ЛИТЕРАТУРА

1. *Здоровье населения и здравоохранение в Центрально-азиатских республиках: Информационный Центр ВОЗ по здоровью для ЦАР* : ISBN 9967-20-480-х. - Бишкек. - 56 с.
2. *Каратаев М.М. Научное обоснование системы финансирования здравоохранения в условиях перехода к рыночной экономике (на примере Кыргызстана).* - Дисс. докт. мед. наук. - Москва.-2000. - 342 с.
3. *Касиев Н.К. Научное обоснование основных направлений реформы здравоохранения и ее реализация в Кыргызской Республике // Дисс. докт. мед. наук. Бишкек.-1999.-271 с.*
4. *Мейманалиев Т. Кыргызская модель здравоохранения.* - Бишкек АО «Учкун». - 2003. - 682 с.
5. *Салтман Р., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий (перевод с английск.) М., 2000.- 432 с.*
6. *Султанмуратов М. Т. Научное обобщение модели структурного преобразования системы предоставления медицинских услуг в Кыргызской Республике. Автореферат дисс... д.м.н. - Бишкек. - 2002.- 235 с.*

системы кровообращения», повысился на 29,1%, «Болезней мочеполовой системы» - на 36,6% и «Осложнений беременности, родов и послеродового периода», на 78,1%.

Ожидаемая продолжительность жизни в Джалал-Абадской области за период с 2000 по 2004 г сократилась на 1,8 года и составила 68,4 года. На юге республики самая низкая продолжительность жизни в Джалал-Абадской области. На данный момент ожидаемая продолжительность жизни составляет 68,4 года, что почти на 10 лет меньше, чем в странах Европейского Сообщества [1].

Таким образом, из данных исследований следует, что в сельских районах Джалал-Абадской области, как и в целом в стране, имеет место высокий уровень распространенности таких заболеваний, как болезни органов дыхания, болезни передаваемые половым путем. Туберкулез стал национальным бедствием. Значительная часть граждан проживает за чертой бедности, много безработных. Ежегодно среди взрослых и подростков 25,8% заболевают новым заболеванием, а среди детей до 14 лет каждый третий - 33,8%. Если в развитых странах число больных увеличилось за счет старения населения, то в Кыргызстане за счет ухудшения социально-экологических условий и бедности. С наиболее распространенными заболеваниями органов дыхания и сердечно-сосудистой системы люди перестали обращаться в лечебные учреждения или занимаются самолечением.

За период с 1995 по 2005 гг. в Сузакском и Базар-Коргонском районах Джалал-Абадской области существенно изменилась демографическая ситуация: сократилась рождаемость, снизился естественный прирост, общая смертность остается высокой, ожидаемая продолжительность жизни в среднем на 10 лет короче, чем в странах Европы и Японии [1]. Достижения современной медицины привели к сокращению младенческой смертности, тем самым сохранив для жизни более слабые живые организмы (детей весом 500 грамм), требующих большего объема медицинской помощи и, как следствие, роста затрат на ее обеспечение, в том числе и лекарственное. Младенческая смертность в структуре детской смертности составляет 60,0% и в ближайшее время вряд ли ситуация изменится в лучшую сторону, так происходит интенсивный прирост «Осложнений беременности, родов и послеродового периода». За

период с 2000 по 2004 гг. данный класс заболеваний увеличился на 78,1%.

В настоящее время в республике проживает 27,9 тыс. детей инвалидов до 16 лет (из них 2,3 тыс. больные детским церебральным параличом). Их число в республике ежегодно увеличивается в среднем на 5,1%. Таким образом, количество больных, поставляемых системой здравоохранения на социальное обеспечение (получение пособия) не снижается.

В заключение отметим, что для сельского здравоохранения ключевой проблемой является низкий уровень родовспоможения. На сельское здравоохранение расходуются значительные средства, но их все-таки недостаточно. По этой причине на каком-то этапе прекращается лечение больного и пациент переходит в разряд хронических больных. Трудности экономического характера привели к ухудшению здоровья населения на всем постсоветском пространстве и Восточной Европе – увеличению смертности и заболеваемости, снижению рождаемости и средней продолжительности жизни, что указывает на общность проблем в системе здравоохранения [2,3,4,5,6].

ЛИТЕРАТУРА

1. *Здоровье населения и здравоохранение в Центрально-азиатских республиках: Информационный Центр ВОЗ по здоровью для ЦАР : ISBN 9967-20-480-x. - Бишкек. - 56 с.*
2. *Каратаев М.М. Научное обоснование системы финансирования здравоохранения в условиях перехода к рыночной экономике (на примере Кыргызстана). - Дисс. докт. мед. наук. - Москва.-2000. - 342 с.*
3. *Касиев Н.К. Научное обоснование основных направлений реформы здравоохранения и ее реализация в Кыргызской Республике // Дисс. докт. мед. наук. Бишкек.-1999.-271 с.*
4. *Мейманалиев Т. Кыргызская модель здравоохранения. - Бишкек АО «Учкун». - 2003. - 682 с.*
5. *Салтман Р., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий (перевод с английского.) М., 2000. - 432 с.*
6. *Султанмуратов М. Т. Научное обобщение модели структурного преобразования системы предоставления медицинских услуг в Кыргызской Республике. Автореферат дисс... д.м.н. - Бишкек. - 2002.- 235 с.*

системы кровообращения», повысился на 29,1%, «Болезней мочеполовой системы» - на 36,6% и «Осложненный беременности, родов и послеродового периода», на 78,1%.

Ожидаемая продолжительность жизни в Джалал-Абадской области за период с 2000 по 2004 г сократилась на 1,8 года и составила 68,4 года. На юге республики самая низкая продолжительность жизни в Джалал-Абадской области. На данный момент ожидаемая продолжительность жизни составляет 68,4 года, что почти на 10 лет меньше, чем в странах Европейского Сообщества [1].

Таким образом, из данных исследований следует, что в сельских районах Джалал-Абадской области, как и в целом в стране, имеет место высокий уровень распространенности таких заболеваний, как болезни органов дыхания, болезни передаваемые половым путем. Туберкулез стал национальным бедствием. Значительная часть граждан проживает за чертой бедности, много безработных. Ежегодно среди взрослых и подростков 25,8% заболевают новым заболеванием, а среди детей до 14 лет каждый третий - 33,8%. Если в развитых странах число больных увеличилось за счет постарения населения, то в Кыргызстане за счет ухудшения социально-экологических условий и бедности. С наиболее распространенными заболеваниями органов дыхания и сердечно-сосудистой системы люди перестали обращаться в лечебные учреждения или занимаются самолечением.

За период с 1995 по 2005 гг. в Сузакском и Базар-Коргонском районах Джалал-Абадской области существенно изменилась демографическая ситуация: сократилась рождаемость, снизился естественный прирост, общая смертность остается высокой, ожидаемая продолжительность жизни в среднем на 10 лет короче, чем в странах Европы и Японии [1]. Достижения современной медицины привели к сокращению младенческой смертности, тем самым сохранив для жизни более слабые живые организмы (детей весом 500 грамм), требующих большего объема медицинской помощи и, как следствие, роста затрат на ее обеспечение, в том числе и лекарственное. Младенческая смертность в структуре детской смертности составляет 60,0% и в ближайшее время вряд ли ситуация изменится в лучшую сторону, так происходит интенсивный прирост «Осложненной беременности, родов и послеродового периода». За

период с 2000 по 2004 гг. данный класс заболеваний увеличился на 78,1%.

В настоящее время в республике проживает 27,9 тыс. детей инвалидов до 16 лет (из них 2,3 тыс. больные детским церебральным параличом). Их число в республике ежегодно увеличивается в среднем на 5,1%. Таким образом, количество больных, поставляемых системой здравоохранения на социальное обеспечение (получение пособия) не снижается.

В заключение отметим, что для сельского здравоохранения ключевой проблемой является низкий уровень родовспоможения. На сельское здравоохранение расходуются значительные средства, но их все-таки недостаточно. По этой причине на каком-то этапе прекращается лечение больного и пациент переходит в разряд хронических больных. Трудности экономического характера привели к ухудшению здоровья населения на всем постсоветском пространстве и Восточной Европе – увеличению смертности и заболеваемости, снижению рождаемости и средней продолжительности жизни, что указывает на общность проблем в системе здравоохранения [2,3,4,5,6].

ЛИТЕРАТУРА

1. *Здоровье населения и здравоохранение в Центрально-азиатских республиках: Информационный Центр ВОЗ по здоровью для ЦАР*. ISBN 9967-20-480-х. - Бишкек. - 56 с.
2. *Картаев М.М. Научное обоснование системы финансирования здравоохранения в условиях перехода к рыночной экономике (на примере Кыргызстана)*. - Дисс. докт. мед. наук. - Москва. - 2000. - 342 с.
3. *Касиев Н.К. Научное обоснование основных направлений реформы здравоохранения и ее реализация в Кыргызской Республике // Дисс. докт. мед. наук. Бишкек. - 1999. - 271 с.*
4. *Мейманалиев Т. Кыргызская модель здравоохранения*. - Бишкек АО «Учкун». - 2003. - 682 с.
5. *Салтман Р., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий (перевод с английск.) М., 2000. - 432 с.*
6. *Султанмуратов М. Т. Научное обобщение модели структурного преобразования системы предоставления медицинских услуг в Кыргызской Республике. Автореферат дисс... д.м.н. - Бишкек. - 2002. - 235 с.*

АНАЛИЗ ПРИЧИН СМЕРТИ ПРИ ОЖГОВОЙ ТРАВМЕ ПО ДАННЫМ РБСМЭ за 2003-2005гг.

Турганбаев А.Э.

Кафедра судебной медицины и права,

Кыргызская государственная медицинская академия. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье приводятся данные сравнительного анализа различных видов ожоговой травмы, повлекших за собой смерть. Установлено, что среди ожоговых травм со смертельным исходом наиболее часто встречается ожог - пламенем. Далее идут ожоги жидкостью и электроожоги. Непосредственной причиной смерти были: ожоговый шок, интоксикация организма, септикотоксемия.
Ключевые слова: ожоговая травма, ожоговый шок, интоксикация, септикотоксемия.

THE ANALYSIS OF THE REASONS OF DEATH AT BURN TO A TRAUMA ACCORDING TO RBFME for 2003-2005gg.

Turganbaev A.E., Faculty of forensic medicine and right, The Kyrgyz State Medical Academy Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: In this article adduce the data of the comparative analysis of various kinds burn the traumas, caused death are cited. It is established, that among burn traumas caused death most often meets burn-a flame. Further there are burns a liquid and electroburns. The direct reason of death were: burn a shock, an intoxication of an organism, septicotocsemia.

Key words: burn a trauma, burn a shock, an intoxication, septicotocsemia.

ВВЕДЕНИЕ

Ежегодно в мире возникает свыше 5,5 млн. пожаров, сопровождающихся опасными последствиями для окружающей среды [4]. В настоящее время в Кыргызской Республике остаются весьма высокими смертность и инвалидность, связанные с ожоговым травматизмом.

В современных условиях пожара организм человека, как правило, подвергается комбинированному воздействию ряда опасных факторов, к которым относятся: токсичные продукты горения, повышенная температура, раздражающее действие дыма, обеднение воздушной среды кислородом и др. Данная проблема привлекает, по понятным причинам, внимание не только патофизиологов, клиницистов - комбустиологов, но и судебных медиков и юристов. Для судмедэкспертов и следователей чрезвычайно важно уметь дифференцировать прижизненность или посмертность термического воздействия, давность ожогов и время наступления смерти в случаях трагических исходов.

Диагностика бывает очень трудна, особенно если ожог происходит в ближайшие сроки до и после наступления смерти или при значительном обгорании трупа, когда внешние признаки реакции ткани уничтожаются огнем.

Анализ наблюдений из судебно - медицинской экспертной практики и результаты судебно - медицинских исследований показывают, что при экспертизе трупов, необходимо производить комплексное исследование тканей и органов и нельзя базироваться только на одном каком-либо признаке.

В связи с этим, целью нашего исследования явились анализ и изучение архивного материала РБСМЭ за последние годы и проведение сравнительной характеристики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ проводили на основе изучения данных секции трупов в морге РБСМЭ за 2003-2005 года.

Всего было изучено и проанализировано 86 судебно - медицинских документаций по исследованию трупов лиц, погибших от ожоговой травмы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В данном сообщении рассматриваются такие вопросы как:

- частота ожоговой травмы от общего количество погибших;
- соотношение по половому признаку;
- соотношение по возрастной категории;
- соотношение по виду ожоговой травмы;
- соотношение по причинам смерти;
- сезонность ожоговой травмы;
- соотношение по родам смерти.

Частота ожоговой травмы со смертельным исходом от общего количества умерших представлена на таблице 1, где показано, что наиболее высокая смертность приходится на 2004г. и составляет 1,4%. А на долю 2003 и 2005 г. приходится 1,2% и 1,2% соответственно (табл.1).

Таблица 1

Частота ожоговой травмы от общего количество погибших

Год	2003	2004	2005	Всего
Пламя	22	23	16	61
%	25,6%	26,7%	18,6%	70,9%
Жидкость	3	4	10	17
%	3,5%	4,7%	11,6%	19,8%
Электроожоги	3	4	1	8
%	3,5%	4,6%	1,2%	9,3%
Горячие предметы	-	-	-	-

Таблица 2

Соотношение между полами

Год	2003	2004	2004	Всего
Мужской пол	16	27	16	59
%	18,6%	31,4%	18,6%	68,6%
Женский пол	12	4	11	27
%	13,9%	4,7%	12,8%	31,4%

Таблица 3

Возрастное соотношение

Возраст	0-6	7-17	18-28	29-39	40-50	51-61	62-72	73-83	84-94	Всего
Общее количество	9	2	10	12	15	15	14	7	2	86
%	10,5%	2,3%	11,7%	13,9%	17,4%	17,4%	16,3%	8,1%	2,3%	100

Таблица 4

Соотношение между видами ожоговой травмы

Год	2003	2004	2005	Всего
Пламя	22	23	16	61
%	25,6%	26,7%	18,6%	70,9%
Жидкость	3	4	10	17
%	3,5%	4,7%	11,6%	19,8%
Электроожоги	3	4	1	8
%	3,5%	4,6%	1,2%	9,3%
Горячие предметы	-	-	-	-

Таблица 5

Частота причин смерти при ожоговой болезни

Год	2003	2004	2005	Всего
Ожоговый шок	13	15	7	35
%	15,1%	17,4%	8,1%	40,6%
Интоксикация	5	16	9	30
%	5,8%	18,6%	10,5%	35%
Септикотоксемия	7	2	6	15
%	8,1%	2,3%	7%	17,4%
Полиорганная недостаточность	2	1	3	6
%	2,3%	1,2%	3,5%	7%

Сезонность

Времена года	Зима	Весна	Лето	Осень	Всего
Общее количество	35	21	19	11	86
%	40,7%	24,4%	22,1%	12,8%	100

Таблица 7

Количество случаев по родам смерти

Год	2003	2004	2005	Всего
Несчастные случаи	25	29	26	80
%				
Самоубийство	29,1%	33,7%	30,2%	93%
%	3	2	1	6
Убийство	3,5%	2,3%	1,2%	7%
	-	-	-	-

В процессе анализа данных нами был установлен факт, что при ожоговой травме основной группой риска все же остаются мужчины, так как показатель смертности (59) по отношению к женщинам (27) превышает в 2 раза (табл.2).

Так же нами был подтвержден тот факт, что при ожоговой травме погибают, как правило молодые и люди средних лет, возраст которых составляет 20-45 и 45-65 лет. Так же общество должно насторожить тот факт, что показатели детской смертности при ожоговой травме остаются высокими, возраст которых составляет от 0 до 14 лет. За период 2003-2005 г. на долю этой группы в сумме приходится 12% случаев смертельных исходов (табл.3).

Ожоги могут быть причинены пламенем, раскаленными предметами, горячими жидкостями, смолами, газами, паром и т.д. В зависимости от выраженности болезненного процесса различают четыре степени ожогов.

В результате анализа данных выявлено, что лидирующее место по видам ожоговой травмы превалирует ожоги - пламенем (70,9%). На втором месте ожоги жидкостью (19,8%), далее идут электроожоги (9,3%) (табл. 4).

Причины смерти от ожогов различны. Имеют значение величина обожженной поверхности и степень ожога. Так, ожоги II степени смертельны при поражении 1/2 поверхности тела, III степени - при поражении 1/3. Детский организм более чувствителен к действию высокой температуры, нежели взрослый.

При смертельных случаях площадь ожогов колебалась от 20% до 96% площади тела. По причинам смерти лидирующее место занимает ожоговый шок и интоксикация организма, далее идут септикоциемия и полиорганная недостаточность (табл. 5).

Причина смерти доказывалась клиническими данными, лабораторным исследованием и судебно-медицинским секционным исследованием.

Так же надо отметить сезонность ожоговой травмы. По времени года наибольшее количество умерших приходится на зимний и весенний периоды (табл. 6).

Причинами ожоговой травмы, по нашим данным в 93% явились несчастные случаи, т.е. элементарное несоблюдение правил противопожарной безопасности. Остальные 6,3% приходится на случаи самоубийств, т.е. самосожжение с использованием быстро воспламеняющих средств (бензин, керосин, солярка, ацетон) (табл. 7).

ВЫВОДЫ

- травматизация и смертность при ожоговой травме остаются весьма высокими;
- наиболее частое количество летальных исходов, встречающегося среди социально-значимого слоя населения, с преобладанием среди них лиц мужского пола в возрасте от 0-14 лет и 20 до 65 лет;
- наиболее часто встречающейся причиной ожоговой травмы являются ожоги-пламенем, т.е. несчастные случаи вследствие не соблюдения правил противопожарной безопасности;
- следовательно, проблема предотвращения ожоговой травмы является проблемой государственного масштаба. Необходима профилактическая работа среди населения и учреждений системы образования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Крюков В.Н. Судебная медицина. - М.;1998.
2. Матышев А.А. Судебная медицина. - М.;1998
3. Федоров Н.А. Патологическая физиология и патогенез начального периода ожоговой болезни. В кн.: Патологическая физиология экстремальных состояний. Под ред. П.Д. Горизонтова и Н.Н. Сиротина, М.: Медицина, 1973. с. - 180-200.
4. Хохлов В.В., Кузнецов Л.Е. Судебная медицина. - М.;1998.

СОДЕРЖАНИЕ УРАНА В ПРИРОДНОЙ ВОДЕ ВБЛИЗИ УРАНОВОГО ХВОСТОХРАНИЛИЩА пгт. КАДЖИСАЙ

Токтогулова Н.А., Исупова А.А., Суранова Г.Ж.

Кыргызская государственная медицинская академия, Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье описано значение изучения содержания урана в природной воде вблизи уранового хвостохранилища пгт. Каджисай. Проведено радиационное обследование пгт. Каджисай и территорий, прилегающих к хвостохранилищу.

Ключевые слова: радионуклиды, уран, горные условия.

CONTENT OF URANIUM IN THE NATURAL WATER NEAR TO URANIUM WASTE STORAGE AROUND THE SETTLEMENT "KADJYSAY"

Toktogulova N.A., Isupova A.A., Suranova G.J. Kyrgyz state medical academy, Bishkek

Summary: In the article the significance study content of uranium in the natural water near to uranium waste storage around the settlement "Kadjysay". The radiation examination of the city housing settlement "Kadjysay" and the territories surrounding the radio nuclides waste storage is conducted.

Key words: radionuclide, uranium, mountain conditions.

Радиометрическая съемка объектов на территории Кыргызстана осуществляется уже более 50 лет и в этом плане накоплен большой банк данных. Так, К.О. Осмонбетовым, Б.М. Карпачовым, С.В. Менг составлена карта дозовых нагрузок естественного гамма-излучения по регионам Кыргызской Республики [1]. При этом отмечено, что естественная дозовая нагрузка гамма-излучения по регионам колеблется от 1,0 до 5,0 и более мЗв/год.

Нами проведена радиометрическая съемка мощности экспозиционной дозы гамма-излучения на различных объектах урановых хвостохранилищ.

Из существующих источников ионизирующих излучений (б, в, г) наиболее часто регистрируют гамма-излучение, обладающее большой проникающей способностью и оказывающее сильное воздействие на биообъекты. Поэтому в задачу дозиметрии входит измерение физических величин оценки радиационного фона. Для этих целей мы использовали отечественный радиометр СРП-68-01, типа РПТУ-01 с датчиком БТГИ-01, позволяющим регистрировать гамма-излучение при энергетическом уровне дискриминации 20 ± 5 кэВ и при диапазоне измерения мощности экспозиционной дозы до 3000 мкР/час.

В Каджисайской геохимической провинции радиометрической съемкой установлено, что уровень радиации как в самом поселке Каджисай, так и на хвостохранилище и примыкающей к нему территории, сравнительно невысокий и колеблется от 18 до 40 мкР/час.

Способность урана растворяться в природных водах имеет большое значение в миграции этого элемента в почвенном покрове земли.

По данным Г.Б. Наумова [2] четырехвалентный уран (U^{+4}) горных пород в благоприятных окислительных условиях переходит в шестивалентный (U^{+6}). В нейтральных и щелочных водах, широко распространенных в природе, карбонатные комплексы, устойчивые в широком диапазоне среды и в этом виде мигрирует с природными водами небольшие расстояния. На пути миграции урана могут возникнуть восстановительные условия или измениться рН среды, при этом растворимость урановых соединений уменьшается и часть урана выпадает в осадок, заражая почвы. Благодаря высокой растворимости урановых соединений, он присутствует в определенных концентрациях во всех природных водах. Речные воды, по данным И.Е. Старик и др. [3], содержат 3×10^{-8} – 1×10^{-5} г/л урана. Поверхностные и грунтовые воды выносят уран в озера, моря и океаны. Концентрация урана в морской воде равна $1,8$ – $2,0 \times 10^{-6}$ г/л, в озерах 3×10^{-8} – 1×10^{-4} .

По данным В.С. Лекарева [4] количество урана в водах рек Тон, Ак-Суу Иссык-Кульской котловины составляет $5,6 \times 10^{-6}$ г/л, а по данным И.Е. Старика [3] содержание урана в реке Джергалан колеблется, в зависимости от времени года и места отбора, от $2,8 \times 10^{-6}$ до 1×10^{-5} г/л, т.е. ключевые воды колодцев и рек Иссык-Кульской котловины содержат в 10, а в некоторых случаях и в 100 раз больше урана, чем воды районов черноземной и не черноземной зон.

«Каджисайская» геохимическая провинция расположена рядом с курортной зоной оз. Иссык-Куль, в содержание урана в воде здесь имеет важное экономическое значение, в плане развития региона. Образцы воды отбирались непосредственно на хвостохранилище, на его стоках, в пансионате «Хан-Сарай», а так же по периметру на южном и северном берегах оз. Иссык-Куль и в 80 км от провинции.

Содержание урана в водах хвостохранилища «Каджисай», а также на южном берегу Иссык-Куля, примыкающего к провинции, на 1-2 порядка выше, чем в

СОДЕРЖАНИЕ УРАНА В ПРИРОДНОЙ ВОДЕ ВБЛИЗИ УРАНОВОГО ХВОСТОХРАНИЛИЩА пгт. КАДЖИСАЙ

Токтогулова Н.А., Исупова А.А., Суранова Г.Ж.

Кыргызская государственная медицинская академия, Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье описано значение изучения содержания урана в природной воде вблизи уранового хвостохранилища пгт. Каджисай. Проведено радиационное обследование пгт. Каджисай и территорий, прилегающих к хвостохранилищу.

Ключевые слова: радионуклиды, уран, горные условия.

CONTENT OF URANIUM IN THE NATURAL WATER NEAR TO URANIUM WASTE STORAGE AROUND THE SETTLEMENT "KADJYSAY"

Toktogulova N.A., Isupova A.A., Suranova G.J. Kyrgyz state medical academy, Bishkek

Summary: In the article the significance study content of uranium in the natural water near to uranium waste storage around the settlement "Kadjysay". The radiation examination of the city housing settlement "Kadjysay" and the territories surrounding the radio nuclides waste storage is conducted.

Key words: radionuclide, uranium, mountain conditions.

Радиометрическая съемка объектов на территории Кыргызстана осуществляется уже более 50 лет и в этом плане накоплен большой банк данных. Так, К.О. Осмонбетовым, Б.М. Карпачовым, С.В. Менг составлена карта дозовых нагрузок естественного гамма-излучения по регионам Кыргызской Республики [1]. При этом отмечено, что естественная дозовая нагрузка гамма-излучения по регионам колеблется от 1,0 до 5,0 и более мЗв/год.

Нами проведена радиометрическая съемка мощности экспозиционной дозы гамма-излучения на различных объектах урановых хвостохранилищ.

Из существующих источников ионизирующих излучений (б, в, г) наиболее часто регистрируют гамма-излучение, обладающее большой проникающей способностью и оказывающее сильное воздействие на биообъекты. Поэтому в задачу дозиметрии входит измерение физических величин оценки радиационного фона. Для этих целей мы использовали отечественный радиометр СРП-68-01, типа РПТУ-01 с датчиком БТГИ-01, позволяющим регистрировать гамма-излучение при энергетическом уровне дискриминации 20 ± 5 кэВ и при диапазоне измерения мощности экспозиционной дозы до 3000 мкР/час.

В Каджисайской геохимической провинции радиометрической съемкой установлено, что уровень радиации как в самом поселке Каджисай, так и на хвостохранилище и примыкающей к нему территории, сравнительно невысокий и колеблется от 18 до 40 мкР/час.

Способность урана растворяться в природных водах имеет большое значение в миграции этого элемента в почвенном покрове земли.

По данным Г.Б. Наумова [2] четырехвалентный уран (U^{+4}) горных пород в благоприятных окислительных условиях переходит в шестивалентный (U^{+6}). В нейтральных и щелочных водах, широко распространенных в природе, карбонатные комплексы, устойчивые в широком диапазоне среды и в этом виде мигрирует с природными водами небольшие расстояния. На пути миграции урана могут возникнуть восстановительные условия или измениться рН среды, при этом растворимость урановых соединений уменьшается и часть урана выпадает в осадок, заражая почвы. Благодаря высокой растворимости урановых соединений, он присутствует в определенных концентрациях во всех природных водах. Речные воды, по данным И.Е. Старика и др. [3], содержат 3×10^{-8} – 1×10^{-5} г/л урана. Поверхностные и грунтовые воды выносят уран в озера, моря и океаны. Концентрация урана в морской воде равна $1,8$ – $2,0 \times 10^{-6}$ г/л, в озерах 3×10^{-8} – 1×10^{-4} .

По данным В.С. Лекарева [4] количество урана в водах рек Тон, Ак-Суу Иссык-Кульской котловины составляет $5,6 \times 10^{-6}$ г/л, а по данным И.Е. Старика [3] содержание урана в реке Джергалан колеблется, в зависимости от времени года и места отбора, от $2,8 \times 10^{-6}$ до 1×10^{-5} г/л, т.е. ключевые воды колодцев и рек Иссык-Кульской котловины содержат в 10, а в некоторых случаях и в 100 раз больше урана, чем воды районов черноземной и не черноземной зон.

«Каджисайская» геохимическая провинция расположена рядом с курортной зоной оз. Иссык-Куль, и содержание урана в воде здесь имеет важное экономическое значение, в плане развития региона. Образцы воды отбирались непосредственно на хвостохранилище, на его стоках, в пансионате «Хан-Сарай», а так же по периметру на южном и северном берегах оз. Иссык-Куль и в 80 км от провинции.

Содержание урана в водах хвостохранилища «Каджисай», а также на южном берегу Иссык-Куля, примыкающего к провинции, на 1-2 порядка выше, чем на

противоположном берегу оз. Иссык-Куль. Если в воде северного берега оз. Иссык-Куль содержание урана небольшое и составляет порядка $0,3-4,94 \times 10^{-5}$ г/л, то в районе провинции «Каджисай» этот показатель на 2-60 раз выше. Даже в водопродной воде из скважины в пансионате «Хан-Сарай» обнаружено $11,7 \times 10^{-5}$ г/л урана. Для сравнения скажем, что водопродная вода поселка Комсомольский Чуйской области, где расположена радиоэкологическая лаборатория, содержит урана $1,3 \times 10^{-5}$ г/л или в 10 раз меньше. На основании этих данных можно заключить, что питьевая вода Каджисайской провинции в 10 раз богаче ураном, чем в Чуйской долине, а вода южного побережья Иссык-Куля насыщена ураном больше, чем северного побережья в 2,2-66,6 раза. Это говорит о том, что под действием грунтовых и поверхностных вод идет интенсивный процесс выщелачивания почвы хвостохранилища и переноса урана в оз. Иссык-Куль, на что указывал еще в 1965 г. В.В. Ковальский [5]. По его данным, природные воды Иссык-Кульской котловины имеют гидрокарбонатно-кальциевый состав и слабощелочную среду. Такие воды, хорошо извлекая уран, переносят его в форме карбонатного комплекса и в сорбированном

состоянии на глинистых и гумусовых частицах. Такие пути миграции урана свойственны в целом для Кыргызстана, т.к. поверхностные и грунтовые воды имеют преимущественно гидро-карбонато-кальциевый состав и слабощелочную среду.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карпачев Б.М., Менг С.В. *Радиационно-экологические исследования в Кыргызстане*. – Бишкек, 2000.
2. Наумов Г.Б. *К вопросу о карбонатной форме переноса урана в гидротермальных районах*. // *Геохимия*, 1959. - №1.
3. Старик И.Е., Старик Ф.С., Николаев Д.С. Меликова О.С. *Содержание урана в природных водах СССР: тр. Радиевого института АН СССР*. – Вып. 8. – 1958.
4. Лекарев В.С. *Урановые биохимические пищевые цепи в условиях различного содержания урана во внешней среде: канд. дисс.* – М., 1967.
5. Ковальский В.В., Воротицкая И.Е. *Биогенная миграция урана в оз. Иссык-Куль*. // *Геохимия*. - №6. – 1965.

ДИНАМИКА ЦЕНОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ в 2003-2006 гг.

Цигельская Л.В., Переверзев В.Г.

Департамент лекарственного обеспечения и медицинской техники при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики, г. Бишкек Кыргызская Республика,
Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент, Республика Казахстан

Резюме: В статье представлено современное состояние фармацевтического рынка после отмены 20% НДС. Разработана и применяется методика мониторинга цен на лекарственные средства. Установлено, что импорт лекарств увеличивается в 2,5 раза, оптовые цены на лекарства понизились на 34%, различные на 15%.

Ключевые слова: ценообразование, доступность лекарств, объем рынка, ассортимент.

THE DYNAMICS OF PRICE INDICES AND BASIC TENDENCY OF MEDICINES PRICING IN KYRGYZ REPUBLIC DURING 2003-2006 YEARS

Tsigelskaya L.V., Pereverzev V.G.

Summary: The article sums up the pharmaceutical market current condition after abolishment 20% VAT on medicines. The price monitoring methods were worked up and now it is applying in practice. The volume of medicine import increased to 2,5 times, wholesale prices decreased a 34 per cent, consumer prices decreased a 15 per cent.

Вопрос ценообразования и стоимости основных лекарственных средств (ЛС) является важнейшим элементом национальной лекарственной политики стран с переходной развивающейся экономикой.

20% НДС на ЛС в Кыргызской Республике (КР) был главной причиной роста цен, ограниченной доступности и распространения контрабандных ЛС. Для решения проблемы был принят Закон КР от 10.01.03 г. № 3 «О внесении дополнения и изменения в Налоговый кодекс КР», отменивший налог.

Для изучения ситуации, сложившейся на фармацевтическом рынке республики с момента отмены 20% НДС, и учитывая неснижаемый интерес к вопросу цен, Департаментом лекарственного обеспечения и медицинской техники при Министерстве здравоохранения КР (ДЛО и МТ) на постоянной основе проводится мониторинг по динамическим показателям средне оптовых и средне розничных цен на ЛС.

С этой целью была разработана методика исследования доступности и цен на ЛС в оптовой и розничной аптечной сети. Из перечня жизненно-важных лекарственных средств КР (ПЖВЛС) были выбраны 30 генерических наименований ЛС, определена одна лекарственная форма, дозировка и фасовка. Для сбора первичной информации ежеквартально анализируются прайсы оптовых фирм на наличие в них 30 мониторируемых ЛС и по их стоимости.

Мониторинг наличия и цен на ЛС контрольной группы в розничной аптечной сети начат с 1 июня 2003 г.

Исследовательской группой ДЛО и МТ постоянно проводятся полевые исследования в аптеках страны. Сбор первичной информации в аптеках проводится методом опроса и анкетирования. Итоги исследований подводятся ежеквартально.

Результаты исследований показывают, что в мае-июне 2003 г. сразу после отмены НДС наблюдалось резкое увеличение импорта мониторируемых ЛС. Оно произошло в связи с ростом оборотных средств, освободившихся в связи с отменой 20% НДС, так как ранее налог оплачивался сразу при ввозе.

Оптовые поставщики значительно расширили ассортимент ЛС в основном за счет российских дженериковых препаратов. Ассортимент ЛС и ИМН, предлагаемый с крупнейших оптовых складов достигает в настоящее время 1000 наименований.

В целом импорт ЛС и ИМН в 2003 г. увеличился в 2 раза. В 2004 г. импорт увеличился уже в 2,5 раза по сравнению с 2002 годом и составил 1062,2 млн. сомов.

В 2005 году объем импорта увеличился еще на 4,5% по сравнению с 2004 годом, ввоз ветеринарных ЛС в 2005 г. увеличился в 2 раза по сравнению с 2004 г. (рис. 1).

В связи с активизацией поставок, увеличением числа оптовых поставщиков, среди них обострилась конкуренция, что также повлияло на тенденцию снижения оптовых цен. Объем оптового товарооборота фармацевтических фирм по данным налоговых органов КР в 2003 г. по сравнению с 2002 г. увеличился на

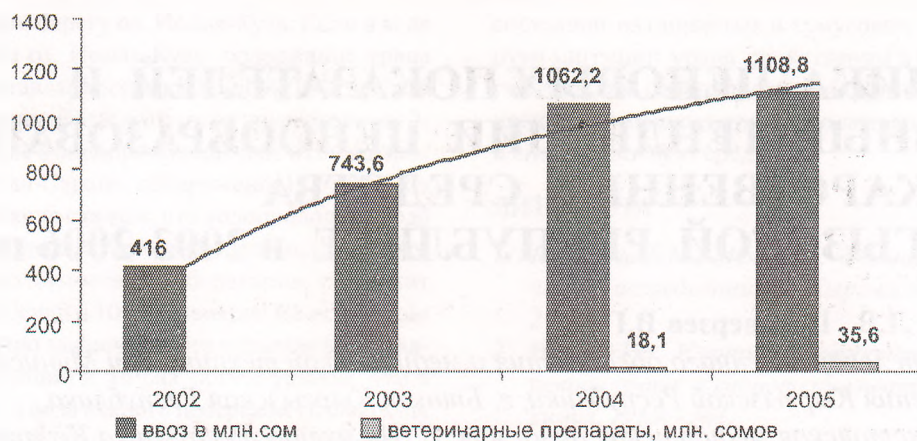


Рисунок 1. Динамика импорта ЛС в Кыргызстан, 2002-2005 гг., млн. сомов.

74640,1 тыс. сомов. Учитывая столь значительные темпы роста легального импорта и товарооборота, можно сделать вывод о частичной легализации теневого рынка ЛС.

Понижение цен в 2003 г. на ЛС в оптовой сети достигло своего максимума в ноябре-декабре 2003 г., и составило 21,7%. По состоянию на 01.01.04 г. среднее понижение цен на 30 мониторируемых ЛС составило 23,8 % по сравнению с январем 2003 г., при этом минимально понизились цены на препараты наименьшей ценовой группы: Acidum Acetylsalicylicum цена осталась на прежнем уровне – 2 сома, Benzatine Benzylpenicillin, Indometacinum. Максимально понизились цены на ЛС высокой ценовой группы до 30-58%: Atenolol, Diclofenacum амп., Captopril, Prednisolonum. В 2004 г. цены на мониторируемые ЛС продолжали снижаться, и среднее понижение по состоянию на 01.01.05 г. составило уже 27,2%. По состоянию на 01.01.06 г. среднее снижение цен составило 34,1 %. Так как понижение, например, на Атенолол, Каптоприл, Глицерил тринитрат понизились более чем на 50 %, можно сделать вывод, что произошла замена дорогих импортных препаратов на более дешевые российские генерические препараты.

Понижение цен на ЛС в розничной аптечной сети в 2003 г. максимально достигло 16,66%, благодаря снижению цен возрос покупательский спрос населения на ЛС. Значительно возросла доступность мониторируемых препаратов в аптеках контрольной группы. Среднее понижение розничных цен по состоянию на 01.01.04 г. по сравнению с январем 2003 года составило 8,2 %, по состоянию на 01.01.05 - 15,4 %, и по состоянию на 01.01.06 г. – 15%.

Как видно из представленной диаграммы 2, понижение цен в оптовом и розничном звене имеют разные тенденции. Оптовые цены стабильно понижались, если не учитывать резкое понижение в 2003 г., когда они сразу же упали на 20%, то в последующие годы в среднем наблюдалось 4% годовое понижение. В розничном звене наблюдается другая картина: цены понизились всего на 8,2% за 2003 год, еще на 7% в 2004 г. и стабилизировались, за 2005 г. среднее значение практически не менялось.

Рисунок 1. За 2003 г. было выдано лицензий на фарм-

деятельность на 70% больше, чем 2002 г., что свидетельствует о значительном повышении предпринимательского интереса к отрасли, а также о процессах легализации. Число розничных аптечных учреждений достигло на 01.01.2004 г. - 1618, т.е. их количество возросла на 26% по сравнению с 2000 г. На 01.01.06 г. в республике функционирует 2231 фармацевтическая организация: 54 производства ЛС и ИМН, 228 аптечных складов, 11 складов медтехники, 867 аптек, 1042 аптечных пункта и киоска. Количество розничных аптечных учреждений увеличилось за 2 года еще на 18%.

За 2003 г. объем внутреннего фарм. производства возрос на 10%, и составил 53 млн. сомов, за 2005 г. выпущено продукции на 84 млн. сомов.

Одной из проблем в настоящее время является значительная разница в ценах в оптовой и розничной сети, составляющая в среднем 30-35%.

Около 80% продаж в аптечных учреждениях приходится на российские ЛС. Часть российских препаратов, являются устаревшими и малоэффективными, и принимаются традиционно, определяющим фактором при их покупке населением является их низкая стоимость. Цены на зарубежные препараты, не смотря на понижение, остаются высокими.

ВЫВОДЫ

1. Результаты проведенного исследования подтверждают, что отмена 20% НДС на лекарства в январе 2003 года в значительной степени улучшила состояние физической и ценовой доступности ЛС населению КР. Фармацевтический рынок в течение трех лет показывает стабильное поступательное развитие.
2. Объем импорта ЛС, ИМН и мед. техники за 2003-2006 гг. увеличился более чем в 2,5 раза.
3. Высокая концентрация аптек наблюдается в городах и районных центрах. Количество сельских аптек в республике остается недостаточным. Но в связи значительным ростом импорта, увеличением количества активных оптовых поставщиков можно предположить, что с резким увеличением предложения в городах, и при такой динамике развития рынка, часть капитала будет направлена на развитие аптечной инфраструктуры на селе.

НЕКОТОРЫЕ МЕХАНИЗМЫ СТРЕСС ПРОТЕКТОРНОГО ДЕЙСТВИЯ ПРЕПАРАТОВ из *Rhodiola linearifolia* Boriss

Чалданбаева А.К.

Кафедра клинической и базисной фармакологии, Кыргызская государственная медицинская академия, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В эксперименте в сравнительном аспекте изучены антистрессорные и антиоксидантные свойства препаратов родиолы линейнолистной и родиолы розовой на модели острого стресса. Выявлен защитный эффект исследуемых препаратов по показателям, характеризующим состояние внутренних органов, периферической крови, углеводного обмена и процессы перекисного окисления липидов.

Ключевые слова: родиола, стресс, перекисное окисление липидов, периферическая кровь, адаптогены

ВВЕДЕНИЕ

Известно, что для повышения адаптивных способностей и предупреждения вредных последствий действия на организм различных стрессорных факторов применяют фармакологические средства адаптогенной направленности. Для этого используют гормоны, витамины, аминокислоты, анксиолитики, ингибиторы ферментов, а также препараты женьшеня, элеутерококка, золотого корня и другие. Профилактическое введение адаптогенов увеличивает работоспособность, повышает устойчивость к широкому кругу повреждающих факторов [7, 8, 9, 10]. Критериями состояния неспецифической резистентности, наряду с показателями массы внутренних органов и периферической крови, могут быть данные, характеризующие антиокислительную систему организма и углеводный обмен.

В связи с этим, целью настоящей работы явилось изучение характера гематологических и биохимических изменений крови (уровень малонового диальдегида (МДА), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), щелочной фосфатазы (ЩФ), содержание глюкозы) возникающих вследствие действия стрессорных факторов, и возможности коррекции их препаратами родиолы линейнолистной и родиолы розовой.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Эксперименты проводили на 30 белых крысах обоего пола массой 150-200 г. Препарат родиолы линейнолистной (жидкий экстракт) вводили в дозе 1 мл/кг профилактическим курсом в течение 14 дней, последний раз за 1 час до повреждающего воздействия. Жидкий экстракт из корней и корневищ родиолы линейнолистной был получен на кафедре технологии приготовления лекарственных форм Кыргызской академии г. Бишкека. Экстракт готовили методом реперколяции в 40% этаноле в соответствии с требованиями Государственной Фармакопеи СССР [3]. Животные контрольных

групп получали эквивалентный объем дистиллированной воды. В качестве препарата сравнения использован официальный препарат - жидкий экстракт родиолы розовой на 40%-ном спирте. Для исключения токсического действия спирта экстракты родиолы линейнолистной и родиолы розовой выпаривались наповину на водяной бане, нагретой до 80°C, а затем объем доводили дистиллированной водой до исходного уровня.

В качестве модели острого стресса использовали стресс-подвешивание по методу Ю.И. Добрякова на 19 ч [5]. После повреждающего воздействия измеряли массу внутренних органов (тимус, надпочечники), количество геморрагии на слизистой желудка и гематологические показатели – общее число лейкоцитов и лейкоцитарную формулу [3, 4, 6]. В сыворотке крови определяли содержание МДА, глюкозы, ЩФ, ЛДГ с помощью стандартных биохимических наборов (Витал Диагностикс, Санкт-Петербург).

Статистическую обработку результатов осуществляли параметрическим критерием Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Изучение патоморфологических проявлений стресса показало, что острый стресс у животных контрольной группы сопровождался образованием язв у 100% крыс, снижением относительной массы тимуса и надпочечников по сравнению с интактными животными (табл. 1).

Введение экстракта родиолы линейнолистной в течение 14 суток в дозе 1 мл/кг стрессированным животным уменьшает тяжесть повреждения слизистой оболочки желудка, предотвращает гипертрофию надпочечников и инволюцию тимуса по сравнению с данными контрольных животных. При введении экстракта родиолы розовой крысам, подвергнутым стрессорному воздействию, стресс-реакция была также достоверно менее выраженной по всем показателям.

Влияние жидких экстрактов родиолы линейнолистной и родиолы розовой на изменения внутренних органов у мышей при стресс-подвешивании (Абс. значения в виде $M \pm m$)

Группы	Относительная масса, мг/100 г.		Количество кровоизлияний в слизистой желудка
	надпоч-ков	тимуса	
1. Интактная (n=6)	0,15±0,02	1,5±0,20	0
2. Контроль (стресс, n=8) P ₁₋₂	0,31±0,03 <0,001	0,72±0,15 <0,01	6,4±1,8
3. Жидкий экстракт родиолы линейнолистной стресс (n=8) P ₁₋₃ P ₂₋₃	0,22±0,01 <0,05 <0,05	1,22±0,02 >0,05 <0,05	1,8±1,2 - <0,05
4. Жидкий экстракт родиолы розовой стресс (n=8) P ₁₋₄ P ₂₋₄	0,23±0,02 <0,01 <0,05	1,28±0,2 >0,05 <0,01	1,2±1,4 - <0,01

Примечание: P - достоверность различий между показателями соответствующих групп.

Таким образом, весовые показатели внутренних органов у животных, получавших исследуемые препараты, подтверждают стресс-протекторные свойства родиолы линейнолистной.

Следующим анализируемым в работе параметром гомеостаза явилась формула белой крови. Острый стресс приводил во многих случаях к резкому снижению общего количества лейкоцитов. Статистически значимые различия между контролем и интактными животными оказались в содержании палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофилов, лимфоцитов, что свидетельствует о снижении активности макрофагального звена системы. Отмечали также падение процентного соотношения эозинофилов в группе животных, подвергнутых стрессу [2]. Предварительное введение исследуемых препаратов благотворно отразилось на гематологических показателях. Отмечалось повышение общего количества лейкоцитов в периферической крови на 32 – 35% по сравнению с контролем, что происходило в основном за счет лимфоцитов и сегментоядерных нейтрофилов, содержание которых увеличивалось в 1,5 – 2 раза. Восстановление под действием препаратов родиолы линейнолистной и родиолы розовой количества нейтрофилов и лимфоцитов способствовало повышению неспецифической сопротивляемости опытных животных.

Стрессорное воздействие приводило к увеличению концентрации МДА в сыворотке крови стрессированных животных на 34%. Известно, что активация свободнорадикального окисления является одним из ведущих патогенетических звеньев в реакциях организма на стресс. Повреждение биологических мембран, возникающее в результате стимуляции процессов пероксидации, приводит к развитию различных патологических последствий [1]. Профилактическое введение исследуемых препаратов снижало содержание вторичных продуктов перекисного окисления липидов на 12 – 14% от контрольных значений, что способствовало восста-

новлению проницаемости биологических мембран и препятствовало срыву антиоксидантной защиты организма животных от повреждений, вызванных стрессом. По-видимому, этот эффект связан с комплексом биологически активных веществ, присутствующих в родиоле линейнолистной, таких, как фенольные соединения, салидрозид, гликозиды коричневого спирта, флавоноиды, дубильные вещества.

В эксперименте установлено увеличение концентрации ЛДГ у контрольных животных, подвергнутых стрессу, в 2 раза по сравнению с фоном. Как известно, в условиях стресса происходит нарушение клеточного метаболизма, что сопровождается увеличением активности ЛДГ. Вследствие этого повреждаются лизосомальные мембраны, и фермент попадает в кровеносное русло. Препараты из родиолы способствовали снижению данного показателя, при действии экстрактов родиолы линейнолистной и родиолы розовой – практически до уровня интактных животных. Концентрация ЛДГ приблизилась к фоновым значениям, что свидетельствует о нормализации клеточного метаболизма под действием препаратов родиолы.

Стресс вызывал уменьшение концентрации щелочной фосфатазы на 26%. Препараты родиолы увеличивали содержание этого фермента. Содержание глюкозы падало под действием стресса на 43%, что является признаком фазы резистентности, протекающей по наименее благоприятному, истощающему типу. Введение препаратов родиолы приводило к некоторому повышению содержания глюкозы, но проявлялось это лишь в виде тенденции.

Таким образом, можно предположить, что влияние препаратов родиолы на показатели периферической крови, свободнорадикальное окисление и углеводный обмен при стрессе обусловлено непосредственным участием химически активных соединений, входящих в состав растительного сырья, в частности, фенольных соединений, а также биофлавоноидов, способных из-

менять направленность процессов пероксидации на различных стадиях метаболизма.

ВЫВОДЫ

1. Жидкий экстракт из подземной части родиолы линейнолистной оказывает выраженный стресс-протекторный эффект на модели острого стрессового воздействия.
2. Обнаружено нормализующее влияние препарата родиолы линейнолистной на показатели периферической крови и биохимические показатели, измененные под действием чрезвычайных факторов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Владимиров Ю.А., Арчаков А.И. Перекисное окисление липидов в биологических мембранах. Москва, 1979.
2. Гольдберг Е.Д., Дыгай А.М., Шерстобов Е.Ю. Механизмы локальной регуляции кроветворения. Томск, 2000.
3. Государственная Фармакопея СССР, 11-е изд., Вып.2. Москва, 1989.
4. Гублер Е.В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. Ленинград, 1978.
5. Добряков Ю.И. Всесоюзный симпозиум «Стресс и адаптация»: Тез. докл. Кишинев, 1978.
6. Мирзоян Р.С., Саратиков А.С., Плотников М.Б. и др. Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ. Москва, 2000.
7. Пашкевич И.А., Успенская Ю.А., Нефедова В.В., Егорова А.Б. Сравнительная оценка действия п-тирозола и экстракта родиолы розовой на клетки костного мозга *in vivo* // Экспер. и клин. фармакол. Т. 66, №4. 2003.
8. Плотников М.Б., Смольякова В.И., Маслов М.Ю. и др. X Росс. Национ. Конгресс «Человек и лекарство». Москва, 2003.
9. Чалданбаева А.К. Фармакологические свойства родиолы линейнолистной: Автореф. дис. канд. биол. наук, Бишкек, 1998.
10. Яременко К.В. Адаптогены как средства профилактической медицины. Томск, 1990.

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА КЛИНИЧЕСКИЙ ИСХОД ХРОНИЧЕСКОГО САЛЬПИНГООФОРИТА

Бообекова А.А.

Кыргызская государственная медицинская академия

Резюме: Влияние физических факторов на показатели гемостаза у 35 женщин, страдающих хроническим сальпингоофоритом. Под влиянием физических факторов произошло увеличение активного времени рекальцификации и уменьшение содержания фибриногена, свидетельствует о влиянии их на звено гемостаза, что можно объяснить снижением активности воспалительного процесса в придатках матки.

Ключевые слова: диагностика, сальпингоофорит.

**FIZOTERRAPIA EFECTS ON CLINICFL IN CHRONIC SALPINGOOFORITIS:
CLINICFLANDEXPERIMENTALTRIAL**

Boobecova A. Kyrgyz state medical academy

Summary: Fizoterrapin effects on homeostasis were studied in 35 patients with chronic. Intact rats responded to lecociti endotocsini by inhibition of platelet-vascular and coagulation hemostatic mechanisms and activation of fibrinolysis. A single fizoterrapin dose was unable to produce the above action. As patients with chronic salpingooforitis, there were also fizoterrapin – induced platelet-vascular homeostatic normalization and fibrinolysis activation.

Key words: salpingooforitis, diagnostics.

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на наличие четко отработанной программы лечения хронических сальпингоофоритов (ХС), возникают сопутствующие нарушения менструальной, генеративной и других функций организма (3). Ведущими патогенетическими факторами возникновения и развития ХС являются расстройство микроциркуляции матки и придатков и тесно с ними связанные нарушения в системе гемостаза (1). В последние годы при лечении ХС успешно применяется физическая терапия (2). Среди них большой интерес представляют синусоидально-модулированные токи (СМТ) и, токи надтональной частоты (ТНЧ). СМТ представляет модулированные токи звуковой частоты от 30 до 150 Гц, ТНЧ – это синусоидальные незатухающие колебания надтональной частоты 22 кГц. Эти токи способны воздействовать на состояние основных систем гемостаза (1).

ЦЕЛЬ НАШЕГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Клинически оценить влияние СМТ-терапии и ТНЧ-терапии на показатели гемостаза при хроническом сальпингоофорите.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находились 35 женщин в возрасте от 20 до 35 лет, страдающие хроническим сальпингоофоритом. По анамнестическим данным 23 женщины

страдали вторичным бесплодием. Длительность бесплодного брака составило от 2 до 5 лет. Большинство из них в прошлом неоднократно получали гормональную терапию. Рентгенологически установлено, что у всех женщин маточные трубы проходимы.

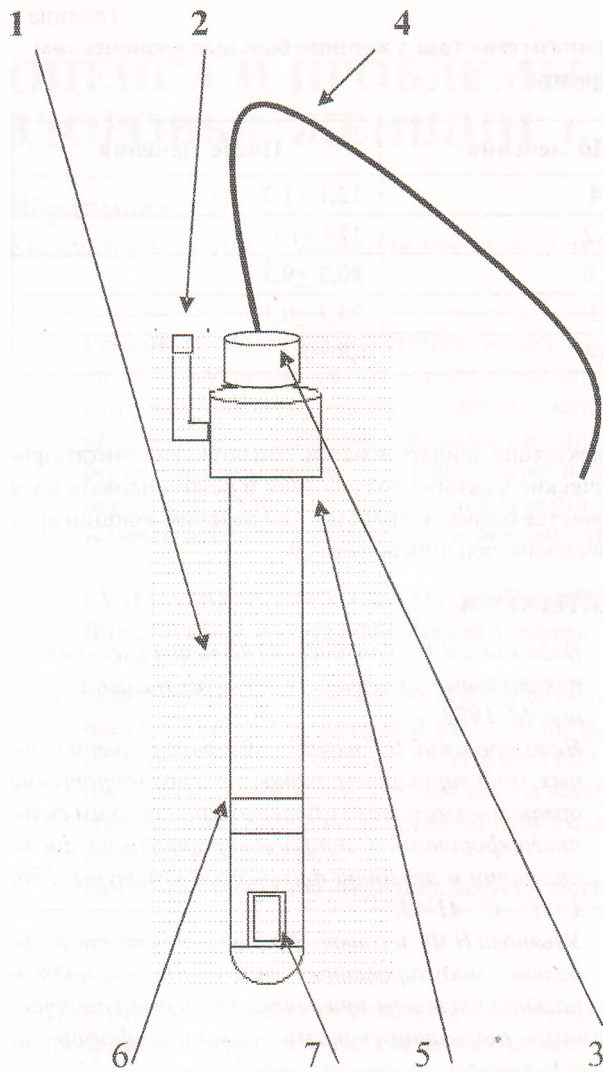
Возникновение сальпингоофоритов у 7 больных связано с осложненным течением послеабортного периода.

У всех женщин обострение воспалительного процесса придатков матки сопровождалось усилением боли, температурной реакцией, нарушением менструального цикла и оргазма. При обострении ХС проводили противовоспалительную терапию (антибиотики, витамины и др.), а также назначались высокочастотные токи (УВЧ-терапия, СВЧ-терапия и т.д.), которые способны угнетать детородную функцию.

У 8 из 35 больных с недостаточной второй фазы снижение прогестерона- $7,6 \pm 1,92$ нмоль/л за 5-7 дней до менструального цикла.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

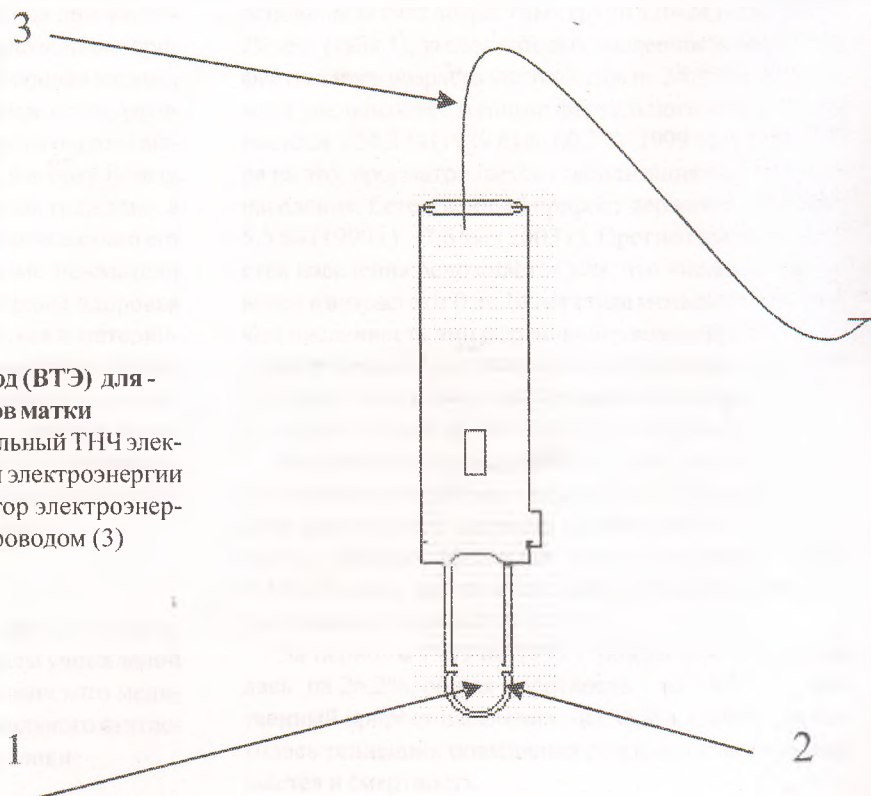
При объективном обследовании у всех женщин с хроническим сальпингоофоритом выявлено нарушение гемодинамики гениталий и нарушение реологии крови в них (2,3). Это обусловлено повреждающим действием. Высокие параметры, способствующие образованию лейкоцитарного фактора – эндогенный продукт распада незавершенного фагоцита, которые обладают свойством эндотоксинов на ткань репродуктив-



Фиг. 1. Вагинальный электрод (ВЭ)

для смт-электростимуляции придатков матки.

Структура ВЭ: двухканальный катетер Фоля (1), где первый канал (2) предназначен для подачи воздуха в надувную систему (6), второй канал – для фиксации электрода (7) внутренней полости катетера с проводом (4)



Фиг. 2. Вагинальный ТНЧ электрод (ВТЭ) для - электростимуляции придатков матки

Структура ВТЭ: стеклянный вагинальный ТНЧ электрод (1), что предназначен для подачи электроэнергии содержащий презерватив (2), регулятор электроэнергии и корпус ультратон аппарата с проводом (3)

Влияние физических факторов на показатели коагуляционного гемостаза у женщин больных хроническим сальпингоофоритом

Показатели	До лечения	После лечения
Время свертывания, мин	10,3 ±1,4	12,1 ±1,3
Время рекальцификации, сек	128 ±11,2	139 ±10,7
Протромбинный индекс, %	84,3 ±8,6	80,3 ±9,3
Тромбиновое время, сек	25,5 ±0,3	24,7 ±0,12
Содержание фибриногена, г\л	2,2 ±0,14	1,8 ±0,2

ных желез приводит к бесплодному браку (1,3). Вагинальные электроды СМТ и ТНЧ представлены на ФИГ 1 и 2.

СМТ- и ТНЧ- терапию проводили ежедневно вагинально: воздействовали локально на область придатков, курс 10-12 процедур с экспозицией 10-12 минут. До и после лечения больных проводили коагулологическое исследование, что представлено в таблице 1.

Из материала видно, что под влиянием физических факторов произошло увеличение активного времени рекальцификации и уменьшение содержания фибриногена, свидетельствующее о влиянии их на звено гемостаза, что можно объяснить снижением активности воспалительного процесса в придатках матки.

После лечения уровень прогестерона в сыворотке крови составил $8,7 \pm 1,42$ нмоль/л.

Обобщая результаты экспериментальных и клинических исследований, можно сделать вывод о том, что физические факторы нормализуют реологические свойства крови, тем самым улучшая состояние микро-

циркуляции придатков матки. Это позволяет считать физические факторы воздействия и рекомендовать их в качестве базового средства при лечении женщин хроническим сальпингоофоритом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бодяжина В.И. Хронические неспецифические воспалительные заболевания женских половых органов. М., 1978.
2. Ясногородский В.Г и соавт. Влияние синусоидальных модулированных токов на кровообращение органов малого таза у больных хроническим сальпингоофоритом. // Вопросы курортологии физиотерапии и лечебной физической культуры, №6. 1981. - С. 41-43.
3. Ульянова Н.Ф. и соавт. Эффективность синусоидально-модулированных токов и токов надтоновой частоты при лечении больных хроническими рецидивирующими сальпингоофоритом. // Акушерство и гинекология, № 6. - С. 71-73.

ОЦЕНКА И ПРОБЛЕМЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН г. БИШКЕК

Ибраимова Д.Д.

Кыргызская государственная медицинская академия

Резюме: на основе анализа статистических данных о родовспоможении, охватывающий период с 1989 по 2004 гг., установлено, что естественный прирост населения в г. Бишкек стабилизировался. Основная нагрузка по воспроизводству населения ложится на замужних женщин в возрасте 24-25 лет. Показатель репродуктивного здоровья женщин низкий. За последние годы увеличилось число осложнений беременности и родов, что явилось основной причиной младенческой и материнской смертности, показатели которых превышают мировые стандарты в 4-5 раз.

Ключевые слова: рождаемость, беременность, роды, смертность.

EVALUATION AND PROBLEMS OF REPRODUCTIVE HEALTH OF WOMEN OF BISHKEK CITY
Ibraimova D.D. Kyrgyz State Medical Academy

Summary: on the base of statistical data analysis of the obstetric aid, covering period is 1989 till 2004, it has been established that the natural growth of the population in Bishkek has been stabilized. General loading of the population reproduction refers to the 24-25 years old married women. The parameter of the reproductive health women is low. For last years a number of complications of pregnancy and delivery have increased. It has been a basic reason of baby's and maternal mortality which parameters exceed the global standards on 4-5 times.

Key words: birth rate, pregnancy, delivery, mortality.

Доля государственного производственного капитала продолжает снижаться и уже составляет менее 5% экономики страны [1], но, несмотря на ухудшение экономической ситуации в стране, вопросы охраны материнства и детства всегда были и остаются приоритетными. Об этом говорят такие государственные программы, как «Аялзат», «Кыз-бала», «Здоровая нация», основной целью которых являлось, прежде всего, улучшение качества оказания услуг в области охраны материнства и детства. В декабре 1999 г. Жогорку Кенеш принял закон «О репродуктивных правах граждан», а 28.08. 2000 г. принял Постановление правительства о его реализации. Но, тем не менее, основные показатели качества оказания услуг в области охраны здоровья матери и ребенка такие, как младенческая и материнская смертность, все еще остаются высокими. Поэтому мы поставили перед собой задачу оценить состояние служб репродуктивного здоровья г. Бишкек в плане охраны здоровья матери и ребенка, в частности, изучить потребности населения в репродуктивных услугах и возможностях их удовлетворения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для анализа и написания данной статьи использовались отчетно-статистические материалы учреждений родовспоможения г. Бишкек, Республиканского медико-информационного центра и Национального статистического комитета Кыргызской Республики.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

За период между переписями населения (1989-1999гг.) численность женщин фертильного возраста (15-49 лет) возросла на 120,1 тыс. Прирост произошел в основном за счет возрастных групп «20-24 года» и «25-29 лет» (табл. 1), за счет которых численность населения фертильного возраста увеличилась на 24,2 тыс. В динамике удельный вес женщин фертильного возраста повысился с 54,3% (1989 г.) до 60,2% (1999 г.), но, несмотря на это, просматривается стабилизация численности населения. Естественный прирост держится на уровне 5,5% (1999 г.) – 7,6% (2003 г.). Прогноз воспроизводства населения осложняется тем, что численность девочек в возрасте от 0 до 14 лет стала меньше (84,4 тыс.), чем численность лиц фертильного возраста (239 тыс.). Данные возрастные изменения указывают на то, что в будущем пополнения популяции женщин фертильного возраста будет происходить с дефицитом.

Из представленных данных следует, что нагрузка на учреждения родовспоможения за счет прироста женщин фертильного возраста увеличивается с каждым годом. Данная тенденция будет сохраняться еще 8-10 лет, затем численность женщин фертильного возраста начнет сокращаться.

За период с 1989 по 1999 г. рождаемость сократилась на 26,2%, общая смертность – на 16,9%, естественный прирост населения – на 35,3%. С 2000 г. наметилась тенденция повышения рождаемости, но повышается и смертность.

Таблица 1

Динамика возрастной структуры женщин фертильного возраста в г. Бишкек

Возрастные группы	Численность		Прирост численности		
	1989	1999	абс. число	%	кратность увеличения
15	4675	5161	487	10,4	1,1
16-19	28717	34939	6222	21,7	1,2
20-24	32056	46056	14000	43,7	1,4
25-29	31054	41291	10237	33,0	1,3
30-34	27381	32954	5573	20,4	1,2
35-39	25043	31365	6322	25,2	1,3
40-44	16696	25807	9111	54,6	1,5
45-49	15694	21440	5746	36,6	1,4
Итого (чел.)	118315	239013	120698	100,0	2,0
%	54,3	60,2			

Таблица 2

Динамика рождаемости детей по возрастным группам

Возрастные группы	Годы наблюдения					
	1989-1991 гг. (первый период)			1999-2001 гг. (второй период)		
	число	удельный вес	‰	число	удельный вес	‰
15-19	1087	10,2	37,9	1278	13,5	36,6
20-24	4427	41,4	138,1	2981	31,5	64,7
25-29	2855	26,7	91,9	2754	29,1	66,7
30-34	1553	14,5	56,7	1666	17,6	50,5
35-39	615	5,8	24,6	691	7,3	22
40-44	145	1,4	8,7	95	1,0	3,7
45-49	0	0,0	0,0	0	0	0
Итого	10682	100,0	60,8	9464	100	40,5

Таблица 3

Численность женщин фертильного возраста по социальному признаку

Социальные группы	Количество наблюдений		Число рождений на одну женщину
	Абс. число	Удельный вес	
В браке не состоят	84391	35,3	0,1
В браке состоят	118355	49,5	2,0
из них: зарегистрированы	104218	43,6	2,1
не зарегистрированы	14137	5,9	1,2
Вдовы	6535	2,7	2,5
Разведенные	23551	9,9	1,5
Разошедшиеся	6035	2,5	1,5
Нет данных	146	0,1	-
Всего	239013	100,0	1,3

Таблица 4

Распределение женщин фертильного возраста по социальным группам и возрасту, г. Бишкек, 1999

Возраст. группа-па	Всего	из них в браке								
		никогда не состояли		состоят				вдовы	разведенные	разошедшиеся
		число	структура	Зарегистрованы	не зарегистрированы					
число	%				число	%				
15	5134	5125	6,1	0	9	0,2	0	0	0	
16-17	13908	13636	16,2	16	243	1,7	1	2	10	
18-19	21212	19074	22,6	1318	667	3,1	12	81	60	
20-24	45870	26964	32,0	13279	3330	7,3	137	1472	688	
25-29	41105	10206	12,1	21679	3499	8,5	425	3976	1320	
30-34	32788	4005	4,7	20144	2323	7,1	714	4366	1236	
35-39	31461	2631	3,1	19517	1915	6,1	1178	5042	1178	
40-44	25970	1677	2,0	15732	1272	4,9	1684	4697	908	
45-49	21419	1073	1,3	12533	879	4,1	2384	3915	635	
Всего	238867	84391 (35,3%)	100,0	104218 (43,6%)	14137 (5,9%)	5,9	6535 (2,7%)	23551 (9,9%)	6035 (2,5%)	

Таблица 5

Уровень рождения детей в г. Бишкек по социальным группам женщин в возрасте 15 лет и старше.

Число рожденных детей	Никогда не состояли в браке		Состоят в браке				Вдовы		Разведенные и разошедшиеся	
	п	%	зарегистрированы		незарегистрированы		п	%	п	%
			п	%	п	%				
0	81777	94,9	11119	8,3	4469	28,1	2624	6,9	149	3,2
1 и более	3434	4,0	32751	24,6	5950	37,4	8256	21,7	7342	4,5

В период с 1991 по 2004 г среднее число детей в г. Бишкеке рожденных на одну женщину колеблется в пределах от 1,24 до 2,0. Наибольшее количество родившихся детей приходится на детородный возраст «20-24 года» (табл. 2). С одной стороны, это обусловлено численной емкостью данной группы, с другой, более высокой фертильностью, которая в 1989-1991 гг. составляла 138,1‰, а к 1999-2001 гг. снизилась до 64,7‰.

Уровень рождаемости также определяется социальной структурой женщин фертильного возраста, а именно, числом женщин состоящих в браке, числом зарегистрированных браков, числом вдов и разводов. Как видно из таблицы 3, в г. Бишкек наиболее представительную группу составляют женщины, состоящие в зарегистрированном браке - 104,2 тыс. (43,6%). В этой группе показатель фертильности равен 2,1, тогда как в группе женщин состоящих в незарегистрированном браке - 1,2.

Из общего числа женщин фертильного возраста

35,3% (84,4 тыс.) в воспроизводстве населения не участвует (табл. 4). Основная масса таких женщин относится к возрастной группе «20-24 года». Определенный резерв составляют вдовы, разведенные и разошедшиеся, которые в сумме составляют 15,1%.

Таким образом, резерв для повышения рождаемости в г. Бишкек достаточно высокий.

В возрасте 15 лет и старше 33,6% женщин не имеют ни одного ребенка, что провоцирует рост внебрачных детей, в среднем 3,4 тыс. (4,0%) становятся матерями одиночками (табл. 5). В группе женщин, состоящих в зарегистрированном браке, не имеют детей 8,3%, а в числе женщин с незарегистрированным браком - 28,1%. Столь существенная разница объясняется тревогой потерять мужа и одной заниматься воспитанием детей. Надо отметить, что у женщин, состоящих в зарегистрированном браке, опасения такого характера достаточно велики. Потенциально у каждой десятой (10,4%) брак распадается.

Исходы беременности

Период наблюдения	Зарегистрировано беременностей	из них закончились							
		родами		в том числе				абортами	
				без подготовки		Преждевременные			
число	%	число	%	число	%	число	%		
1990-91	25237	10413	41,3	167	1,6	385	3,7	14824	58,7
2003-04	16071	12470	77,6	711	5,7	898	7,2	3601	22,4

Таким образом в г. Бишкеке 35,3 тыс. женщин фертильного возраста по тем или иным причинам утратились от деторождения.

На данном этапе 28,1 % семей имеют по одному ребенку, 25,9 % - двоих, 10,6 % - троих и 8,1 % женщин имеют 4 и более детей. Большая часть женщин предпочитают иметь 2-х детей, тогда как может родить в среднем 3,4 ребенка за репродуктивный период жизни. Из этих данных следует, что для значительного числа женщин беременность является нежелательной.

В последние годы (2003-2004 гг.) у женщин, беременность стала появляться реже, а вынашивать до родов стали чаще. Если в 1990-91 гг. из 25,2 тыс. беременностей заканчивались родами 41,3 %, то в 2003-2004 гг. - из 16,1 тыс. - 77,6 %. Настораживающий момент, что 5,7 % беременных вступают в роды без подготовки и надлежашего обследования. Число таких женщин, относительно начального периода увеличилось более чем в два раза (табл. 6). Увеличилось также и число преждевременных родов (с 3,7 % до 7,2 %). Участились случаи домашних родов - 7,2 на 1000 родов [1].

Среди женщин детородного возраста много лиц, имеющих экстрагенитальные заболевания и очаги хронической инфекции. Индекс их здоровья не превышает 50% [2]. В последние годы у 1,9% женщин риск вынашивания беременности настолько был велик, что ее пришлось прервать на ранних сроках. Число таких женщин в динамике снижается по причине более широкого и грамотного использования контрацептивных средств. Наиболее частыми заболеваниями беременных являются болезни мочеполовой системы. Если в 1989-91 гг. данными заболеваниями страдали 32,3%, то в 2001-2004 гг. - 77,7%. Удвоение данного класса болезней у беременных обусловлено распространенностью болезней передаваемых половым путем. Из других экстрагенитальных заболеваний на первое место вышла железодефицитная анемия (58,0), причем прослеживается тенденция роста.

Если учесть, что у 2% женщин роды сопровождаются кровотечением, то риск материнской смертности в родах колеблется в пределах 39,4%. В динамике наблюдается снижение риска за счет сокращения поздних токсикозов, анемии и кровотечений в родах.

Уровень материнской и младенческой смертности являются наиболее чувствительными показателями в оценке, как качества оказываемых медицинских услуг, так и социально-экономического развития страны. Наиболее высокие показатели материнской и младенческой приходится на 1993-94 гг., затем следует довольно интенсивное их снижение. К сожалению, приходится констатировать, что младенческая смертность в г. Бишкек в 5 раз выше, чем в скандинавских странах, а среди Центральноазиатских республик занимает предпоследнее место [3].

В структуре младенческой смертности основное место занимают четыре причины: болезни органов дыхания, перинатальная патология, врожденные аномалии и инфекционные заболевания.

ВЫВОДЫ

В г. Бишкек, отмечается низкий уровень здоровья женщин репродуктивного возраста, высокая распространенность патологии беременности и родов. Кроме того, наряду со снижением рождаемости, идет повышение младенческой и материнской смертности, обусловленные экономическими и социальными условиями жизни населения. Сохранение и восстановление репродуктивного здоровья женщин г. Бишкек является важной проблемой и ее решение должно носить комплексный характер с решением экономических и демографических проблем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Быстрая оценка текущего состояния службы репродуктивного здоровья в Кыргызской Республике. - Бишкек. - 2002. - 82 с.
2. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Кыргызской Республики в 2003 году. - Бишкек. - 2004. - 265 с.
3. Здоровье населения и здравоохранение в Центрально-азиатских республиках: Информационный Центр ВОЗ по здоровью для ЦАП. ISBN 9967-20-480-x. - 56 с.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ПУЛЬМИКОРТ РЕСПУЛЕС У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Иванов В.В., Ашералиев М.Е.

Национальный центр педиатрии и детской хирургии, г. Бишкек, Кыргызская Республика.

Резюме: В статье отражены результаты обследования 24 детей, больных бронхиальной астмой, в возрасте 6-7 лет с целью изучения эффективности препарата Пульмикорт Респулес у детей больных бронхиальной астмой. Клиническое состояние больных оценивалось по степени манифестации симптомов астмы, показателям качества жизни, суточной потребности в б2-агонистах и по динамике показателей ФВД. Терапия Пульмикортом Респулес привела у обследованных больных к нормализации бронхиальной проходимости, что подтвердило высокую эффективность анализируемого препарата.
Ключевые слова: бронхиальная астма, ингаляционные кортикостероиды, качество жизни, показатели ФВД.

EXPERIENCE OF USAGE OF PREPARATION PULMIKORT RESPULES TO CHILDREN WHO IS ILL OF BRONCHIAL ASTHMA

Ivanov V.V., Asheraliev M.E.

National centre of pediatrics and children surgeon, Bishkek city, Kyrgyz Republic.

Summary: This article reflects the results of health service of 24, 6-7 aged children, who is ill of bronchial asthma, with aim to learn the effectiveness of preparation Pulmikort Respules to children who is ill of bronchial asthma. Clinical state of patients is estimated by degree of asthma symptoms demonstration, indexes of life quality, twenty-four hours requirements of b2-agonists and by dynamics of exterior respiration indexes. Therapy has led to standardization of bronchial permeability at patients that proved the high effectiveness of analyzing preparation.

Key words: bronchial asthma, inhalation corticosteroids, the quality of life, indexes of exterior respiration.

ВВЕДЕНИЕ

В лечении бронхиальной астмы у детей (БА) применяется значительный арсенал лекарственных средств: противовоспалительные – глюкокортикостероиды, гормоны; бронходилататоры - б2-агонисты, теофиллины, а также антихолинергические препараты. Очевидно, что ведущая роль хронического воспаления дыхательных путей в патофизиологии БА определяет необходимость выбора базисной противовоспалительной терапии, основное место в которой отводится глюкокортикостероидам (ГКС). При этом предпочтение отдается ингаляционному пути введения лекарственного средства (ЛС), т.к. доставка препарата непосредственно в дыхательные пути обеспечивает более быстрое достижение эффективной концентрации ЛС в бронхах, применение значительно меньших доз, чем при системном введении, позволяющее минимизировать нежелательные явления [1].

Широкое распространение это направление ингаляционной терапии получило в последнее время в связи с появлением и совершенствованием электрических компрессоров и портативных конструкций аппаратов.

Преимущества небулайзеров:

- отсутствие необходимости координации движений и вдоха;
- возможность проведения высокодозной бронхолитической терапии при тяжелом астматическом приступе;
- генерация относительно однородного высокодисперсного аэрозоля;
- возможность включения в контур подачи кислорода или искусственной вентиляции легких;
- отсутствие пропеллента и лактозы;
- возможность длительного проведения базисной или профилактической терапии [7].

Ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) эффективно контролируют симптомы БА, улучшают показатели функции внешнего дыхания и снижают частоту обострений, поэтому они признаны средством выбора для постоянного базисного противовоспалительного лечения больных БА [4].

В последние десятилетия внедрены новые ИГКС (будесонид, флутиказон и др.) с высоким сродством к глюкокортикостероидным рецепторам и более выраженной противовоспалительной активностью [6].

Качество жизни детей, больных БА, после курса лечения ИГКС

1. Самочувствие	1. Осталось прежним; 2. Улучшилось; 3. Ухудшилось.
2. Выраженность клинических симптомов	1. Кашель: сухой, влажный; 2. Одышка; 3. Пероральные хрипы; 4. Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания.
3. Урежение приступов удушья с более быстрым их купированием	1. 1 раз в неделю; 2. 1-2 раза в месяц.
4. Снижение потребности в β_2 -агонистах	1. 1 доза в день; 2. 2 дозы в день; 3. 3 дозы в день.
5. Расширение физической активности больных	1. Одышка в покое; 2. Одышка при физической нагрузке; 3. Одышка при нервном или эмоциональном напряжении.
6. Нормализация ночного сна	1. Сон спокойный; 2. Кашель; 3. Одышка.

Активным компонентом Пульмикорта Респулес является вещество будесонид. Будесонид является глюкокортикостероидом, который оказывает выраженную глюкокортикоидную и слабую минералокортикоидную активность. При системном действии будесонид в 40 раз активнее кортизола при подкожном введении и в 25 раз активнее при пероральном введении. Точный механизм противовоспалительного действия этого препарата при астме достаточно не изучен. ГКС тормозят активность многих видов клеток (тучные клетки, эозинофилы, нейтрофилы, макрофаги, лимфоциты) и выработку медиаторов (гистамин, лейкотриены, цитокины), вызывающих воспаления аллергической и неаллергической природы [2,5].

Исследования на пациентах с бронхиальной астмой показали благоприятное соотношение между местным противовоспалительным действием и системным эффектом глюкокортикостероидов при ингаляционном введении с использованием различных технологий изготовления, таких как пульмикорт турбухалер (ингаляции сухим порошком) и пульмикорт респулес (ингаляции через небулайзер). Это объясняется комбинацией высокой местной противовоспалительной эффективности, значительным разрушением при первичном прохождении через печень при пероральном введении (85-95%) и низкой активностью метаболитов [3].

Целью работы было изучение эффективности препарата Пульмикорт Респулес (фирмы ASTRA ZENECA, США) у детей, больных бронхиальной астмой.

Выполнялись следующие задачи:

1. Установить влияние ИГКС (Пульмикорт Респулес) на качество жизни у детей, больных БА.
2. Изучить динамику функции внешнего дыхания

(ФВД) на фоне применения Пульмикорта Респулес у детей, больных БА.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось на базе отделения аллергологии и клинической иммунологии Национального центра педиатрии и детской хирургии (НЦПиДХ). В исследование были включены 24 ребенка, больных бронхиальной астмой, в возрасте 6-7 лет.

По критериям GINA (1995), 20 больных имели среднетяжелое течение БА и 4 больных - тяжелое течение БА. Длительность заболевания у детей в первой группе составляла в среднем 1-2 года, во второй группе - от 1 до 5 лет.

После купирования приступа удушья, Пульмикорт Респулес назначался больным в течении 10 дней по 1 ингаляции 2-3 раза в день в зависимости от терапии, назначенной лечащим врачом, в дозе 250 мкг на одну ингаляцию. Ингаляции проводились через воздушный небулайзер PARI BOY фирмы Peri - Werk GmbH (Германия).

Клиническое состояние больных оценивалось по степени манифестации симптомов астмы, показателям качества жизни, суточной потребности в β_2 -агонистах и по динамике показателей ФВД. Клинические симптомы оценивались при контрольных осмотрах и по данным дневников самоконтроля, заполнявшихся больными на всем протяжении лечения.

Анализ влияния ИГКС (Пульмикорт Респулес) на качество жизни у детей, больных БА, оценивался в ходе и после курса лечения при помощи формализованной анкеты, приведенной в таблице 1.

Динамика показателей вентиляции у больных бронхиальной астмой в процессе лечения Пульмикортом Респулес

Показатели	Сроки обследования	
	исходные	через 10 дней
МСВ, л/мин	338,5 ± 16,2	390,4 ± 26,3*
ОФВ1, %	78,4 ± 2,1	93,3 ± 4,0*
МОС(50), %:	63,4 ± 2,3	91,6 ± 4,1*
МОС(75), %	57,3 ± 5,6	88,2 ± 7,4*

Примечание: * - различие с исходными показателями достоверно.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Выделяли различные варианты терапевтического эффекта. У всех 24 детей отмечалось улучшение общего состояния и самочувствия. Урежение кашля регистрировалось у 16 детей, одышки не было у 24 детей после окончания курса Пульмикорта Респулес через 2 месяца. 100% детей перестали пользоваться б2-агонистами. У 22 детей нормализовался сон, физические нагрузки переносили так же как здоровые сверстники.

Контроль ФВД проводился на аппарате Autospiro AZ-505 фирмы MINATO (Япония) в исходе и через 10 дней после окончания курса лечения с проведением пробы на обратимость бронхиальной обструкции (при увеличении ОФВ1 > 15% после теста с сальбутамолом 100 мкг, тест считался положительным, а увеличение ОФВ1 на 25% и более оценивалось как проявление бронхиальной гиперреактивности).

Показатели ФВД выражались в % к должным величинам. Анализировались следующие показатели: объем форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ1), жизненная емкость легких (ЖЕЛ), объемные скорости выдоха (МОС 75).

Высокую клиническую эффективность Пульмикорта Респулес подтвердило функциональное исследование легочной вентиляции. В первый месяц лечения выявлено существенное улучшение всех скоростных вентиляционных показателей, которое сохранялось в процессе дальнейшего лечения и уже на втором месяце привело к полному восстановлению бронхиальной проходимости (табл.2).

Если до лечения у больных выявлялись умеренно выраженные обструктивные нарушения вентиляции, то к третьему месяцу лечения показатель ОФВ1 достиг 107,4 ± 3,25%, превысив должные величины.

При этом необходимо отметить, что улучшение бронхиальной проходимости произошло на всех уровнях, включая мелкие бронхи. Представляет интерес, что показатель МОС(75), отражающий бронхиальную проходимость на уровне мелких бронхов, увеличен в 1,5 раза по сравнению с исходными показателями.

ВЫВОДЫ

Таким образом, терапия Пульмикортом Респулес привела у обследованных нами больных к нормализации бронхиальной проходимости, что подтверждает высокую эффективность анализируемого препарата.

Наиболее оптимальной дозой Пульмикорта Респулес у детей, больных БА, 6-7 лет в течении 10 дней по 1 ингаляции 2 раза в день, была доза 400-600 мкг в сутки. Такое лечение привело к нормализации бронхиальной проводимости и клинической стабилизации состояния.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бронхиальная астма. Глобальная стратегия. // Национальный институт сердца, легкие и кровь. Издание N 95-3659. Январь, 1995. Русская версия под редакцией акад. Чучалина А.Г. Пульмонология. 1996.
2. Ашералиев М.Е., Фуртикова А.Б., Иванов В.В. Применение ингаляционных кортикостероидов в детской практике. // Сборник научных трудов I Съезда педиатров и детских хирургов Кыргызской Республики - 2005. - С. 62-64.
3. Молостова И.В. Эффективность применения пульмикорт турбухалера в лечении больных бронхиальной астмой. // Пульмонология - 1994. N2. - С. 32-38.
4. Смоленов И.В. Лекарственные средства, подавляющие аллергическое воспаление у детей (фармакодинамика, влияние на качество жизни, прогнозирование эффективности лечения). // Автореферат дисс. док. мед. наук. Волгоград. -1998. - 48 с.
5. Суточникова О.А., Черняк А.В., Дмитров Е.В., Чучалин А.Г. Противовоспалительная эффективность отечественного ингаляционного кортикостероида будесонида. // Пульмонология - 1995. N3. - С. 46-48.
6. Цой А.Н. Клиническая фармакология ингаляционных глюкокортикостероидов. // Пульмонология - 1996. N2. - С. 85-90.
7. Цой А.В. Преимущества и недостатки приспособлений для индивидуальной ингаляционной терапии. // Пульмонология - 1997. N3. - С. 71-74.

ВЛИЯНИЕ АКТОВЕГИНА НА ГОРМОНАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ ПЛАЦЕНТЫ И СЕРДЕЧНУЮ РЕАКТИВНОСТЬ У ЖЕНЩИН С ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Рафиков Р.Ф., Керимова Н.Р., Чёрная О.

Кафедра акушерства и гинекологии Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации КР, г. Бишкек

Резюме. Сравнительный анализ лечения 43 пациенток с фетоплацентарной недостаточностью (ФПН) актовегином и 43 пациенток плацебо показал отсутствие влияния плацебо на гормонопродуцирующую функцию плаценты и на сердечный ритм плода. Отсутствие динамики нарастания прогестерона, патологический тип КТГ у женщин на фоне плацебо терапии свидетельствуют о прогрессирующей плацентарной недостаточности. Положительная динамика показателей гормонопродуцирующей функции плаценты при коррекции ФПН IAB сопровождалась увеличением концентрации ПГ и E_3 без значимых изменений уровня ПЛ, что свидетельствовало о возможности коррекции гормональной функции фетоплацентарного комплекса. У беременных женщин с ФПН тяжёлого течения (ФПН II) под влиянием актовегина возросло содержание ПЛ и E_3 на 19% и 49,5% соответственно, уровень прогестерона оставался неизменным (показатели до лечения $322,95 \pm 29,8$, $71,16 \pm 0,409$ и $23,39 \pm 3,38$ соответственно). Статистическая значимость различий этих показателей с контрольной группой свидетельствует о глубоких необратимых изменениях ФПС. У женщин с ФПН медикаментозная терапия актовегином способствует формированию структуры сердечного ритма плодов, улучшает тем самым реактивность сердечно-сосудистой системы.

Ключевые слова: фетоплацентарная недостаточность, плацебо, прогестерон, актовегин.

THE INFLUENCE OF ACTOVEGIN ON HORMONAL FUNCTION OF PLACENTA AND CARDIAC REACTIVITY IN WOMEN WITH FETOPLACENTAL INSUFFICIENCY

Rafikov R.F., Kerimova N.R., Chernaya O.

Abstract. The comparative analysis of treatment of 43 patients with FPI with actovegin and 43 patients with placebo showed the absence of placebo influence on hormone producing function of placenta and cardiac rhythm. The absence of dynamics of progesterone growth, pathological type of FCG in women demonstrates the progressive placebo insufficiency on the background of placebo treatment. The positive dynamics of indices of hormonoproducing function of placenta during the correction of FPI IAB was accompanied by increasing the PG and E_3 concentration without considerable changes of PL level demonstrating correction possibility of hormonal function of fetoplacental complex. In pregnant women with FPI and serious course (FPI II) the content of PL and E_3 was increased on 19% and 49,5% under the influence of actovegin, progesterone level didn't change (before treatment the indices were $322,9 \pm 29,8$; $71,16 \pm 0,409$ and $23,39 \pm 3,38$ correspondingly) statistic significance of these indices differences with control group shows deep irreversible FPI changes.

Key words: fetoplacental insufficiency, placebo, progesterone, actovegin.

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ

Изучить влияние актовегина на гормональную функцию плаценты.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 86 (100%) женщин с ФПН в сроках 32-38 недель беременности и 40 женщин с физиологическим течением беременности (контрольная группа). Декомпенсированные формы ФПН были исключены из исследования, поскольку женщины были с такой патологией были родоразрешены в экстренном порядке. Возраст наблюдаемых колебался от 18 до 46 лет. В среднем $28,3 \pm 6,2$. Почти каждая четвёртая пациентка была в позднем репродуктивном возрасте. При изучении реп-

родуктивного анамнеза было установлено, что большинство женщин с ФПН были первородящими 30 34,88%. У 83 96,51% беременных беременность протекала на неблагоприятном соматическом фоне. В целом, по статистическим данным, на каждую беременную женщину с ФПН приходилось по три заболевания. Среди них наиболее часто встречались: заболевания почек – у 23 26,74%, гипертоническая болезнь – у 18 20,93% женщин, заболевания пищеварительной системы – у 3 3,48% пациенток. У каждой пятой женщины имелось нарушение липидного обмена (ожирение), у 34 39,53% беременных выявлена анемия различной степени тяжести, у 23 26,74% пациенток данной группы диагностированы инфекционно-воспалительные заболевания женской половой сферы.

Половине беременным с ФПН (N=43,) назначали медикаментозную терапию: актовегином (500 мг в 200 мл изотонического раствора натрия), другая половина женщин получала плацебо в виде 200 мл физиологического раствора натрия хлорида. Внутри групп было осуществлено следующее подразделение по группам: 43 пациентки с ФПН IAB, из них 22 женщины с ФПН IAB получали актовегин, 21 - плацебо терапию, и 43 пациентки с ФПН II степени из них 21 женщина с ФПН II ст. получали актовегин, 22 - плацебо терапию. Для наиболее полной оценки состояния плода в прогнозе исхода родов нами использовано следующее обследование: УЗ-фетометрия (Alok 200), кардиотокография (Biomedica) с использованием наружных датчиков и оценкой по шкале Fisher (1976) и определением гормонального фона - прогестерона (П), эстриола (Е3), плацентарного лактогена (ПЛ) радиоизотопным методом при помощи стандартных наборов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По мере усугубления течения ФПН прогрессирует истощение гормонопродуцирующей функции плаценты, уменьшая резервные возможности внутриутробного плода. Так, у беременных с тяжелой ФПН, уровень плацентарного лактогена был в 2 раза ниже показателей контрольной группы (на 55%), уровень эстриола - в 3,3 раза (на 70%), прогестерона - в 2 раза (на 50%). Нарушение взаимоотношений в системе мать-плод у рассматриваемой категории больных проявлялась в угнетении гормонопродуцирующей функции, которая, вероятней всего, носит необратимый характер.

При проведении плацебо терапии женщинам с легкой формой ФПН существенных изменений в уровне гормонов не произошло - не изменилось содержание прогестерона и эстриола, лишь незначительно возросла концентрация плацентарного лактогена ($108,36 \pm 7,79$). Возрастание концентрации плацентарного лактогена ($144,28 \pm 8,51$), эстриола ($68,9 \pm 5,54$) и прогестерона ($733,0 \pm 56,1$) в процессе применения актовегина и потеря статистической значимости различий с контрольной группой свидетельствуют о возможности коррекции гормональной функции фетоплацентарного комплекса при легкой форме ФПН. Положительная динамика показателей гормонопродуцирующей функции плаценты при коррекции ФПН IAB сопровождалось увеличением концентрации ПГ и Е₃ без значимых изменений уровня ПЛ.

У беременных женщин ФПН тяжёлого течения (ФПН II) под влиянием актовегина возросло содержание ПЛ и Е₃ на 19% и 49,5% соответственно, уровень прогестерона оставался неизменным (показатели до лечения $322,95 \pm 29,8$, $71,16 \pm 0,409$ и $23,39 \pm 3,38$ соответственно). Статистическая значимость различий этих показателей с контрольной группой свидетельствует о глубоких необратимых изменениях ФПС. В этой группе беременных, несмотря на проведенное лечение наблюдалось незначительное улучшение функционального состояния плода.

При проведении медикаментозной терапии женщинам с ФПН II степени возрастало количество тахограмм, соответствующих «хорошему» состоянию плода с 32,8% до 67,2%. Увеличение оценок данных парамет-

ров, констатированное на 5-7 сутки лечения, и неизменность некоторых из них свидетельствует о резко ограниченных компенсаторных возможностях плода при рассматриваемом типе ФПН.

В этой группе беременных наблюдается существенное улучшение функционального состояния плода. Так, по данным КТГ в процессе лечения женщин с тяжелой формой ФПН отмечено сохранение лабильности базального ритма (БР), улучшение показателей амплитуды осцилляций (АО), их частоты (ЧО), появление акцелераций и урежение децелераций (Д), нормализовалась и двигательная активность плода ($2,25 \pm 0,26$ против $1,4 \pm 0,02$ исходных) и амплитуда акцелераций в ответ на шевеление ($9,2 \pm 0,4$ против $10,36 \pm 0,14$), что нашло свое отражение в статистически достоверном возрастании суммарной оценки по Fisher - $8,08 \pm 0,3$ против $7,1 \pm 0,2$, а при поступлении - $6,3 \pm 0,04$, $p < 0,05$, $p < 0,01$ (таблица 4.4.3).

Аналогичная динамика изменений показателей КТГ у женщин с легкими формами ФПН. Так, у беременных с ФПН лёгкого течения, после плацебо терапии существенных изменений в показателях КТГ не произошло, лишь незначительно повысилась оценка по Fisher с $8,2 \pm 0,124$ фоновых показателей до $8,8 \pm 0,183$, тогда как при терапии актовегином зафиксировано значительное повышение оценки по Fisher - $9,4 \pm 0,174$, отмечено повышение амплитуды ($18,8 \pm 0,43$ против $17,2 \pm 0,31$ фоновых показателей) и частоты осцилляций ($8,1 \pm 0,35$ против $6,2 \pm 0,124$ фоновых показателей). При ФПН II после плацебо терапии существенных изменений в КТГ не произошло, тогда как при медикаментозной терапии возросла оценка по Fisher с $6,8 \pm 0,169$ до $7,7 \pm 0,41$, возросла амплитуда осцилляций с $14,4 \pm 0,57$ до $16,3 \pm 0,54$.

Отсутствие динамики нарастания прогестерона, патологический тип КТГ у женщин на фоне плацебо терапии свидетельствуют о прогрессирующей плацентарной недостаточности.

У женщин с ФПН медикаментозная терапия актовегином способствует формированию структуры сердечного ритма плодов, улучшает тем самым реактивность сердечно-сосудистой системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мамедалиева Н.М., Бурлев В.А., Ситников В.Ф., Сидельникова В.М., Володеев А.Н., Зыкин Б.И., Состояние фето-плацентарной системы у беременных страдающих привычным невынашиванием, на фоне комплексной терапии с применением метаболической коррекции. //Акушерство и гинекология. 1991. -№7. -С.22-26.
2. Федорова М.В. Плацентарная недостаточность. //Акушерство и гинекология. 1997. 6:40-3.
3. Шаповаленко С.А. Клиническая диагностика и лечение плацентарной недостаточности у беременных на различных стадиях гестации. //Вестник Росс. ассоциации акушеров-гинекологов. 2001. 2:43.
4. Наумчик Б.И. Дифференциальный подход к диагностике, лечению и акушерской тактике у беременных с СЗРП: ближайшие и отдаленные результаты. Автореферат дисс... к.м.н. -М., 2001.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ НА ИММУННУЮ СИСТЕМУ НОВОРОЖДЕННЫХ

Конурова Б.А.

Кафедра акушерства и гинекологии № 1, Кыргызская государственная медицинская академия, Кыргызская Республика, г. Бишкек.

Резюме: Изучено состояние иммунной системы новорожденных при различной патологической беременности и осложненном течении родов. Установлено, что осложненная беременность сопровождалась существенным подавлением фагоцитарной активности, снижением количества IgG. Различные осложнения в родах приводили к нарушению клеточного иммунитета, подавлению фагоцитарной активности, бактерицидности кожи и уровня в-лизинов, при одновременной активации В-системы, высокому уровню IgG и выраженной супрессорной характеристике.

Ключевые слова: иммунный статус, новорожденные, патология беременности и родов.

INFLUENCE OF THE VARIOUS COMPLICATIONS OF PREGNANCY AND DELIVERY ON IMMUNE SYSTEM OF NEWBORNS

Konurova B.A., Musuraliev M.S. The Obstetrics and Gynecology Chair № 1, The Kyrgyz state medical academy Kyrgyz Republik, Bishkek.

Summary: The condition of immune system newborns is investigated at various pathological pregnancy of women and the complicated current of birth. In umbilical blood define parameters of phagocytosis, subtitle IgG. Various complications in birth resulted in infringement of the cellular immunity, suppression and phagocytic activity, bacterial action of a leather and level v-lysins, to higy level IgG and expressed suppressor to the characteristic.

Key words: the immune status, new born, complicated pregnancy and birth.

ВВЕДЕНИЕ

Проблема невынашивания беременности является актуальной в современном акушерстве. Частота этой патологии колеблется от 16-25% к числу беременностей [4]. Одним из условий снижения перинатальной заболеваемости и смертности, которые обусловлены состоянием системы мать-плод-новорожденный, является профилактика невынашивания беременности. Доношенный новорожденный ребенок имеет особое, отличное от взрослых, биологически целесообразное состояние иммунной системы, которое препятствует развитию избыточных реакций системного воспаления, аутоиммунных процессов, деструкции собственных органов и тканей, шока [1]. При нормальных условиях чужеродность антигенов плода не носят конфликтности характера, и не проявляется в связи с развитием сложных иммунологических реакций в организме матери, плода, плаценты и оболочек. Однако надежность иммунологических механизмов может оказаться недостаточной при невынашивании беременности.

При недоношенной беременности у новорожденного незрелость гемopoэтической системы прямо пропорциональна степени его недоношенности [2]. Одной из часто встречающихся причин невынашивания является перинатальная инфекция, которая приводит к увели-

чению мертворождаемости, ранней детской смертности и заболеваемости [3]. Различные осложнения во время беременности и в родах приводят к нарушению клеточного иммунитета.

Целью настоящего исследования является комплексное изучение иммунитета новорожденных в зависимости от экстрагенитальных заболеваний матери, осложненной беременности и родов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели проанализированы состояния здоровья 25 женщин с невынашиванием беременности до и во время развития беременности, акушерский анамнез, течение родов и клиническое обследование новорожденных. Было обследовано 15 проб пуповинной крови новорожденных, в которой определяли показатели иммунного статуса. При этом использовался комплексный подход и методы характеризующие как клеточный, так и гуморальный иммунитет. Определяли бактерицидность кожи новорожденных методом бакпечатков по количеству выросших колоний на кровяном агаре и на среде Коростелева, а также факторы защиты, принимающие активное участие в специфических формах реагирования организма- фагоцитоз по общепринятой методике и комплемент

Осложнения в родах у рожениц и иммунный статус новорожденных.

№	Показатели иммунитета	Течение беременности		P	
		Без осложнений	С осложнением		
1	Ig G, титр	1862,7±80,6	2652,3±240	<0,001	
2	Бактерицидность кожи	1	77,3±3,4	98,7±10,2	<0,05
		2	16,2±3,7	18,6± 3,1	>0,5
3	Процент фагоцитоза	59,4±6,2	42,2±5,1	<0,05	
4	Фагоцитарный показатель	3,42±0,4	2,6±0, 2	<0,05	

Примечание: бактерицидность кожи 1 – рост колоний на кровяном агаре, 2 – на среде Коростелева

по 100% гемолизу. Поскольку через плаценту проходят только Ig G, а другие классы задерживаются, то определяли только уровень этого класса методом коаггуляции.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Проанализирован вопрос о влиянии различных осложнений во время беременности на иммунный статус новорожденных. Осложненное течение беременности было отмечено у 6 женщин, что составило 24,2% случаев. Это были анемия беременных (9%), угроза прерывания беременности в разные сроки гестации, наличие отеков и нефропатии беременных (2,2%), токсикоз I и II половины беременности (23%), острые респираторные вирусные инфекции (22%), хламидиоз (9%) и другие инфекции.

Как видно из полученных данных различные экстрагенитальные инфекции при беременности затрагивали иммунный статус новорожденных. Отмечено существенное снижение фагоцитарной активности – количества активных клеток ($p < 0,02$) и их поглотительной активности (фагоцитарный показатель Ф.П. $p < 0,05$). Одновременно с этим осложненная беременность сопровождалась достоверным повышением в сыворотке пуповинной крови титров IgG ($p < 0,01$). Рассматривая иммунный статус новорожденных при отдельных видах нарушения течения беременности, получены не столь однозначные результаты. Так при наличии гестоза беременных в пуповинной крови плода новорожденных снижено количество IgG, компонента и количества активных фагоцитов. Беременность, осложненная бактериальными заболеваниями, приводила к четкой супрессии числа клеточного звена, показателей фагоцитоза и повышению уровня IgG. При вирусных инфекциях и анемии беременных в пуповинной крови у новорожденных снижено количество Т-лимфоцитов и всех субпопуляций, но высок уровень IgG.

Как видно из приведенной ниже таблицы иммунный статус новорожденных менялся при различных осложнениях. Осложнения в родах отмечены у 15 рожениц, что составило 17,3% случаев от всех наблюдений. Это были: длительный безводный период (более 12 часов), несвоевременное излитие околоплодных вод, аномалия родовой деятельности, внутриутробная гипоксия плода, инфицирование в родах.

Как показали исследования, различные осложнения у рожениц в родах приводили к подавлению фагоцитарной активности, бактерицидности кожи ($p < 0,05$). Поскольку осложнения в родах различны, то интересно было бы оценить влияние и роль основных из них на иммунный статус новорожденных. Так, при внутриутробной гипоксии иммунологические нарушения характеризовались достоверным снижением количества активных фагоцитов ($p < 0,05$) при неизменной поглотительной функции, повышением числа В-лимфоцитов ($p < 0,05$), выраженной супрессорной активностью и высоким уровнем титров Ig G.

Несвоевременное излитие околоплодных вод и длительный безводный период существенно не изменяли иммунный статус новорожденных, за исключением уменьшения бактерицидности кожи ($p < 0,05$) и уровня в-лизинов.

ВЫВОДЫ

При осложненном течении беременности и родов иммунная система новорожденных сформирована и содержит иммунокомпетентные клетки, способные реагировать на неблагоприятные условия существования. Их количественная и функциональная характеристика зависит от состояния системы мать-плод-новорожденный. Осложненное течение беременности существенно подавляло фагоцитарную активность В-лимфоцитов и уровень Ig G, компонента и активных фагоцитов. Различные осложнения в родах приводили к подавлению фагоцитарной активности, бактерицидности кожи и уровня в-лизинов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Володин Н.Н. Дегтярева М.В. Иммунология перинатального периода: проблемы и перспективы. // Педиатрия, 4, 2001: 4-8.
2. Коваль Г.С., Самсыгин С.А., Кузнецова Л.К. Особенности иммунитета глубоко недоношенных новорожденных при инфекционно-воспалительных заболеваниях. // Российский вестник перинатологии и педиатрии, 1999, 2: 8-11.
3. Самсыгина Г.А. Гнойно-воспалительные заболевания (этиологические факторы риска, клинико-иммунологические критерии диагноза). Автореферат дис. докт. мед. наук., М., 1985.
4. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности. М. Медицина. 1986: 5.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОГИДРИНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ФОНОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Субанова Г., Осмоналиева А., Джетигенова С.А., Алиева Г.А.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия,

Кафедра акушерства и гинекологии № 1, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Целью исследования является изучение применения микрогидрина для лечения фоновых заболеваний шейки матки. Обследовано 69 женщин в возрасте от 17 до 35 лет. Применение антиоксиданта в амбулаторных условиях в виде аппликаций, ванночек и тампонов дает очень хороший эффект и может быть более широко применен как один из консервативных методов лечения.

Ключевые слова: антиоксидант, микрогидрин, эрозия шейки матки.

EXPERIENCE OF MICROHYDRIN USING FOR THE TREATMENT OF EPITHELIAL OF CERVICAL DISORDERS. Subanova G., Osmonaleva A., Musuraliev M.S., Jetigenova S.A., Alieva G.A.

The Kyrgyzstate Medical Academy. The Obstetrics and Gynecology Chair №1. Kyrgyz Republic, Bishkek

The aim of study is investigation of microhydrin treating effect on epithelial cervical disorders. 69 women of 17-35 years of age were examined. Using of antioxidant in out-patient clinic in applications, vaginal exposures and suppositories has given significant positive treatment methods.

Key words: antioxidant, microhydrin, cervical erosion.

ВВЕДЕНИЕ

По данным литературы имеется огромный опыт и изучены отдаленные результаты применения различных способов лечения фоновых заболеваний шейки матки, для успешной терапии которых используют консервативные и хирургические методы. В свою очередь консервативные методы подразделяют на немедикаментозные (физиотерапевтические) [1,5].

Консервативные методы лечения очень просты в применении, не требуют дорогостоящей аппаратуры и поэтому многие исследователи продолжают заниматься разработкой новых высокоэффективных препаратов [2,3,4]. При развитии заболеваний шейки матки в организме женщины образуются свободные радика-

лы. Антикоагулянты нейтрализуют свободные радикалы. Патрик Фланаган проанализировал все химические элементы и пришел к выводу, что микрогидрин, содержащий 250 мг обогащенного водорода кремнезема может служить самым концентрированным источником антиоксидантной энергии.

Целью исследования является изучение применения микрогидрина для лечения фоновых заболеваний шейки матки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 69 пациенток с различными заболеваниями шейки матки в возрасте от 16 до 35 лет. Наряду с общеклиническими, гинекологическими исследовани-

Таблица 1

Распределение больных с различными заболеваниями шейки матки

Нозология	Количество	
	абс	%
Эндоцервицит	23	33,3
Эрозия шейки матки	19	27,5
Псевдоэрозия шейки матки	12	17,4
Полип шейки матки	5	7,3
Другие	10	14,5
Всего	69	100

ями применяли УЗИ, кольпоскопию. Для лечения больных применяли микрогидрин. Назначали микрогидрин в амбулаторных условиях в кабинетах патологии шейки матки больным с фоновыми заболеваниями шейки матки в виде аппликации 2 мин и 5 мин, в виде ванночек на 10 мин. и в виде тампонов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст больных составил $21 \pm 0,7$ лет. Распределение больных по нозологии представлены в таблице 1.

Каждая вторая женщина [44,9%] была азиатской национальности и преимущественно домохозяйки 41 [59,4%]. Заболевания шейки матки чаще развивается в более молодом возрасте 18-20 лет [82,6%]. При анализе сроков начала половой жизни обнаружено, что основная масса больных начали жить половой жизнью от 17 до 21 года. Выявлено 86 случаев наступления беременности, при котором у 54 [62,8%] закончились родами и у 32 [37,2%] аборт.

В анамнезе 18 женщин страдали бесплодием (первичным-10, вторичным-8 пациенток). Разрыв шейки матки в родах отмечено у 14 больных [16,2%] 28 больных, что составляет 54,9% с целью контрацепции, использовали ВМС. Всем 69 пациентам в амбулаторных условиях в течение 7-10 дней в кабинетах патологии шейки матки проводили лечение микрогидрином в виде аппликации в течение 2 мин и 5 мин, в виде ванночек - 10 мин. и в виде тампонов. После проведенного курса лечения основные жалобы больных исчезли. Для решения вопроса об эффективности лечения микрогидрином всем больных повторно провели кольпоскопию. При осмотре хороший эффект отмечен у больных с эндоцервицитом, эрозией шейки матки. Обнаружено

снижение гиперемии, отечности тканей шейки матки и хорошая эпителизация. Эпителизация прижигающих участков происходила быстрее. Профилактикой фоновых заболеваний является своевременное лечение нарушений менструального цикла, рациональное ведение родов, своевременная диагностика ЗППП, правильное применение современных контрацептивных препаратов и, что особенно важно своевременное лечение уже при первом обращении пациентки с применением новых методов лечения.

ВЫВОДЫ

Применение антиоксиданта микрогидрина для лечения фоновых заболеваний шейки матки приводит к более быстрой эпителизации прижигающих участков. Применение микрогидрина явилось резким скачком вперед в области защиты здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Костава М.Н., Приленская В.Н. Лечение доброкачественных заболеваний шейки матки // Р.М.Ж. - 1998. - Т.-№13. - С.5-9.
2. Никифоровский Н.К., Иванова А.А., Игнатова Н.Б., Мельникова А.Б. Опыт применения препаратов, ускоряющих регенерацию, в комплексном лечении больных с псевдоэрозией шейки матки // Гинекология. - 2001. Т.3. - №6. - С. 224-230.
3. Приленская В.Н. Заболевания шейки матки. Клинические лекции. М.: Медицина - 1997. - 88с.
4. Рудакова Е.Б. Псевдоэрозия шейки матки (клиника, диагностика, лечение): Автореферат диссертации... доктора мед. наук. - М., 1996. - 42с.
5. Цинзерлинг А.В., Шастина Г.В., Ветров В.В., доброкачественные заболевания шейки матки // акушерство и гинекология - 1991. - №7. - С. 65-68.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И КОНТРАЦЕПТИВНЫЙ ВЫБОР ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ г. БИШКЕК

Саякова А.Т., Бейшенбиева Г. Дж., Джетигенова С. А., Теппеева Т. Х.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия,

кафедра акушерства и гинеколог ии № 1, Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: С целью изучения репродуктивного поведения проведено анонимное анкетирование 162 девушек-подростков в возрасте $16,5 \pm 0,3$ лет, школьниц г. Бишкек. Выявлено, что достаточно большое количество их живут половой жизнью, имеют низкий уровень полового образования и недостаточно владеют информацией о методах контрацепции.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, половая жизнь, контрацепция, подростки, анкетирование.

REPRODUCTIVE BEHAVIOR AND CONTRACEPTIVE CHOICE OF YOUNG GIRLS IN BISHKEK.

Sayakova A.T., Beyshebieva G.J., Jetigenova S.A., Teppeeva T.N. Kyrgyz State Medical Academy of Kyrgyz Republic, Bishkek

With the purpose of reproductive behaviors investigation anonymous questionnaire has spread among 162 young girls (teenagers) at the age of 16.5 ± 0.3 , schoolgirls (pupils) in Bishkek. It was revealed that most of these girls have sexual experience. Low standard of sexual education and their knowledge about contraception methods is not enough.

Key words: Reproductive health, sexual life, contraception methods, sexual experience, anonymous questionnaire (form), young girls.

ВВЕДЕНИЕ

Проблема заботы о репродуктивном здоровье подрастающего поколения Кыргызстана в условиях социально-экономических преобразований является одной из актуальных задач современного здравоохранения [1, 4].

Здоровье молодежи - хранителя генофонда нации, является основополагающим равновесия - здоровая мать - здоровый ребенок - здоровая нация.

Как известно, подростковый период является одним из критических в жизни женщины, так как в этот период формируется половое сознание, полоролевое поведение и психосексуальная ориентация молодежи. Кроме того, у подростков еще не сформировано сознательное отношение к своему здоровью [2, 3], а акселерация физического и психического развития иногда приводит к раннему началу половой жизни и вытекающим из этого медицинским и социально-экономическим проблемам.

В последние годы наблюдается тенденция к росту заболеваемости среди подростков, в том числе и инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), к увеличению числа ранних сексуальных связей, числа беременностей среди несовершеннолетних, внутривенного использования наркотиков и проституция [4].

В настоящее время возникает необходимость определения медико-социальных факторов формирования

репродуктивного потенциала девочек, как будущих матерей, т.е. возможность девочки при вступлении в детородный возраст произвести здоровое потомство.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С целью оценки особенностей репродуктивного и сексуального поведения девушек-подростков, жительниц г. Бишкек, было проведено анонимное анкетирование 162 школьниц, учениц старших классов в возрасте $16,5 \pm 0,3$ лет.

Анкета включала в себя 23 пункта, отражающих возраст девушек, социальное положение родителей, данные о сексуальном опыте и поведении респондентов, а также о знании ими о существующих методах контрацепции, источнике информации об их методах и ИППП. Анкета также включала в себя вопрос об отношении девушек к сохранению девственности до замужества.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенный нами анализ анкетных данных выявил, что 10,8% девушек-подростков старших классов имеют сексуальный опыт. Возраст начала половой жизни у них составил в среднем $14 \pm 0,2$ лет, причем регулярной половой жизнью живут 10,8% опрошенных.

Следует обратить внимание, что из них более одного партнера имеют 2,9% девушек-подростков, имеющих сексуальный опыт.

Анализ репродуктивного анамнеза выявил, что беременность среди школьниц была у 3,3% живущих половой жизнью и все они закончились медицинскими абортми, причем, обращает на себя внимание факт, что ИППП были диагностированы у 2% опрошенных.

Следует отметить, что к вопросу сохранения девственности до замужества положительно относятся достаточно большое количество респондентов - 44,1%, а 39,2% считают это неважным для себя.

Проведенное нами анонимное анкетирование выявило, что 90% девушек осведомлены о средствах контрацепции, но пользуются ими только 61% из живущих половой жизнью подростков.

Возраст получения первой информации о методах контрацепции составил 12,2±0,6 лет.

На вопрос об источнике информации школьницы ответили следующим образом: СМИ (журналы, телевидение, радио) - 35,3%, подруги - 31,4%, мама - 22,5% и только 13,7% опрошенных указали на медицинских работников. Причем 70% респондентов выразили желание знать об этом больше. Лишь 82% указали на доступность подобной информации.

Из всех перечисленных в анкете методов контрацепции, девушки-подростки, живущие половой жизнью, используют барьерные методы (презерватив) - 98% и прерванный половой акт - 2%, что вероятно свидетельствует об их малом информировании о существующих методах контрацепции и их доступности.

Кроме того, анкета включала в себя вопрос об отношении респондентов к введению в школе программ по половому воспитанию и образованию. Положительно к этому относятся 91,2% опрошенных.

ВЫВОДЫ

Таким образом, проведенный нами анализ выявил, что достаточно большое количество (10,8%) опрошен-

ных девушек-подростков живут половой жизнью, почти треть из них имеют более одного полового партнера. Еще одним следствием раннего начала половой жизни является то, что более половины из них имели незапланированную беременность, закончившуюся медицинским абортм и ИППП.

Следует отметить, что девушки-подростки имеют низкий уровень полового образования, но и мало информированы о методах контрацепции и их доступности. Все это свидетельствует о необходимости введения в школах программ по проблемам полового воспитания и образования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев С. В. Медико-социальная оценка здоровья современных подростков. Проблемы и пути их решения // *Материалы IV Международного конгресса «Эколого-социальные вопросы защиты и охраны здоровья молодого поколения»*. - СПб., 1998. - С. 16-19.
2. Медведев В.П., Куликов А.М. Принципы подростковой медицины *Материалы IV Международного конгресса «Эколого-социальные вопросы защиты и охраны здоровья молодого поколения»*. - СПб., 1998. - С. 46-48.
3. Юрьев В.К. программы изучения репродуктивного потенциала девочек // *Тезисы докладов научно-практической конференции «ЦНИЛ за 30 лет работы»*. - СПб., 1994. - 55с.
4. Оценка потребностей молодежи Кыргызстана в сфере репродуктивного здоровья // *Европейский Альянс по репродуктивному здоровью*. - «KIRLand», 2000. - 136 с.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУЩЕНИЯ И ВЫПАДЕНИЯ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА

Маматова Н.Э.

Многопрофильная клиника «КАМЭК» г.Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Цель работы – дать оценку оперативного лечения опущения и выпадения матки. В работе использовано УЗИ, цитология, бактериологическое исследование. Оперировано 52 женщины с выпадением матки и влагалища. В отдаленные сроки обследовано 36, из них у 33- хорошие результаты и у 3 удовлетворительные. Рецидива не выявлено.

Ключевые слова: матка, влагалище, опущение и выпадение, оперативное лечение.

SURGICAL TREATMENT OF PROLAPSE AND LOSS UTERUS AND VAGINA AT WOMEN

Mamatova N.E. Versatile surgical clinic «KAMEK», faculty of obstetrics and gynecology №2 KGMA, Bishkek, Kyrgyz Republic.

Summary: The purpose of work was to estimate of surgical treatment of prolapse and loss uterus. In work used ultrasound, cytology, bacteriological researches. 52 women were operated with prolapse and loss of uterus. 36 women were examined in distant time, in 33 were exposed good results and in 3 – satisfactory. Recurrence is not exposed.

Key words: Uterus, vagina, prolapse and loss, surgical treatment.

ВВЕДЕНИЕ

Одной из актуальных проблем гинекологии является лечение опущения и выпадения влагалища и матки. Это обусловлено высокой частотой заболеваемости, которая по данным многих исследователей колеблется от 15 до 32% [1,2,5] не только у лиц пожилого, но и у женщин репродуктивного возраста, симптомы которых приносят им физические и моральные страдания, резко снижают трудоспособность и влияют на качества жизни [3,6]. Кроме того, при опущении и выпадении влагалища и матки нередко нарушаются и функции тазовых органов, которые в свою очередь усугубляют состояние женщин. Следовательно, наблюдение за здоровьем женщин и своевременное их оздоровление является проблемой не только социального и медицинского, но и государственного значения.

Лечение этого заболевания только хирургическое, так как консервативные методы могут лишь временно улучшить состояние, но иногда они вызывают осложнения, такие как пролежни. Основным методом лечения является хирургический. В литературе представлено более 300 методов устранения этой патологии, в том числе с использованием новых технологий, но ни один из них не лишен недостатков – это возникновение рецидива болезни, который выявляется у каждой третьей оперированной [2,4]. Это обусловлено тем многообразием анатомических нарушений, которые возникают при опущении и выпадении матки и влагалища, поэтому при выборе метода операции должны быть учтены все эти изменения, чтобы выполнить более адекватную операцию.

Цель работы: дать оценку оперативного лечения опущения и выпадения матки и влагалища.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находились 52 женщин, которые были оперированы в клинике по поводу опущения и выпадения влагалища и матки, возраст их колебался от 42 до 74 лет, а давность заболевания от одного года до 15 лет. Свое заболевание 12 женщин связывали с тяжелым физическим трудом, еще 25 – многократными (более 4) беременностями, 6 – с тяжелыми родами, а 9 женщин указать причину не могли. Сопутствующие заболевания выявлены у 28 из 52 обследованных.

Основными жалобами, беспокоившими больных с опущением и выпадением матки и влагалища были тянущие боли внизу живота, ощущение инородного тела в области промежности, дискомфорт во время полового акта, учащенное мочеиспускание. Для определения характера патологии выполнялся гинекологический осмотр при котором оценивали состояние кожи промежности, слизистой влагалища и шейки матки, наличие уретро-, цисто-, ректоцеле. Для диагностики несостоятельности мышц тазового дна при наличии зияния половой щели проводили пальпацию леваторов, выявляли их атрофию.

Применяли УЗИ (трансвагинальное и трансабдоминальное) для выявления сопутствующих заболеваний органов малого таза и мочевой системы.

При поступлении больных мы большое внимание уделяли предоперационной подготовке и с этой целью осуществляли цитологию отделяемого влагалища и шейки матки и бактериологическое исследование для оценки эффективности разработанной нами методики.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На основании выполненных исследований у всех женщин с выпадением и опущением матки и влагали-

ща выявлена несостоятельность мышц тазового дна. Полное выпадение матки диагностировано у 19, - неполное у 33. Кашлевая проба была положительной у 27 пациенток и проба Вальсальвы - у 7.

Показанием для операции служила недостаточность мышц тазового дна, выпадение стенок влагалища (передней, задней), желание женщин избавиться от заболевания, проявление недостаточности сфинктера мочевого пузыря или прямой кишки.

Предоперационная подготовка влагалища и шейки матки заключалась в следующем: на протяжении недели выполняли обработку влагалища озонированным раствором поваренной соли с концентрацией озона 6-8 мкг/мл. Мы использовали этот раствор, так как по данным Н.М. Побединского и соав. [3] эти растворы обладают хорошими бактерицидными действиями на аэробную и анаэробную микрофлору. После обработки влагалища вводили тампон с озонированным маслом с концентрацией озона 3-4 мкг/мл. В результате такой подготовки мы быстро добивались санации влагалища и шейки матки. Кроме того, при наличии сопутствующих заболеваний проводили их лечение.

Все операции выполняли под перидуральным обезболиванием. Мы остановились на этом виде анестезии как наиболее эффективным, позволяющем рано активизировать больных, что являлось хорошей профилактикой легочных и тромбоэмболических осложнений и этот метод обезбоживания более безопасен при наличии таких сопутствующих заболеваний как гипертоническая болезнь, хронические заболевания легких (бронхит, хроническая пневмония, бронхиальная астма и др.)

Для успешного оперативного лечения мы считаем необходимым:

1. Четко представлять измененную анатомическую структуру тазовых органов, которая имеет место при опущении и выпадении влагалища и матки.
2. Представить план операции на основании результатов обследования.
3. Осуществить формирование стенок влагалища и мышц тазового дна.
4. Выполнить адекватную фиксацию для сформированного влагалища и эффективно дренировать послеоперационную рану.

Доступ у всех был влагалищный. В основном мы выполняли два вида операции: переднюю и заднюю кольпорафию в сочетании с леваторопластикой. Эту операцию мы выполнили у 32 больных. После операции осуществляли туалет наружных половых органов и влагалища озонированным раствором. Антибиотики, как правило, не назначали. У всех больных послеоперационный период протекал без осложнений, слу-

чаев нагноения не наблюдали. Среднее пребывание в стационаре составило $2,1 + 0,67$ койко дней.

Вторая операция, которая была выполнена нами у 20 больных с полным выпадением матки, это была экстирпация матки по Мейо дополненная передней и задней кольпорафией и леваторопластикой. Это была более тяжелая группа больных, послеоперационный период прошел без осложнений. Больные выписывались, как правило, на 3-4 сутки. Через 7-21 дней женщины обеих групп являлись на контрольное обследование.

Наибольший интерес представляло изучение отдаленных результатов. В сроки от одного года до трех лет было обследовано 36 женщин, жалоб они не предъявляли, женщины репродуктивного возраста работают на предприятиях, а пенсионного возраста работают дома. Ни одна из них не нуждается в постороннем уходе. Хорошие результаты признаны у 33, и удовлетворительные у 3 рецидива не выявлено.

Таким образом? наши немногочисленные исследования показали целесообразность выполнения операций при опущении и выпадении влагалища и матки. При этом наиболее эффективно в предоперационной подготовке использовать озонированные растворы, а операцию выполнять под перидуральным обезболиванием.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ищенко А.И., Хохлова И.Д. Способ надвлагалищной ампутации матки при опущении и неполном выпадении внутренних половых органов. М, 2004, патент № 223976.
2. Краснопольский В.И., Буялова С. Н., Петрова В. Д., Балашов В. И., Диагностика типов недержания мочи у женщин при пролапсе генитали // Гинекология - 1999 - №.3. - С. 15 - 18
3. Побединский Н.М., Зуев В.М., Джимбуладзе Т.А. Озонотерапия в гинекологии. Методические рекомендации М, 1992 - 9 с.
4. Рижинашвили И.Д. Хирургическое лечение опущений и выпадений матки и влагалища с использованием невротического лоскута: Автореф. дис... канд. мед. наук. М 1991 - 24с.
5. Стрижакова М.А. Современные подходы к диагностике и хирургическому лечению опущения женских половых органов: Автореф. дис докт.мед.-наук. М. 2001. - 61с.
6. Yamamoto M. Decrease in p53 protein in cultured cardinal ligament fibroblasts from patients with prolapsus uteri U Cell.// Biol. Int. - 1998. Vol.22, №.1. - P. 31-40.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ

Тойгонбаева А.А., Теппеева Т.Х., Исакова Ж.К., Бейшембиева Г.Дж., Джетигонова С.А.

Кафедра акушерства и гинекологии, Кыргызская государственная медицинская академия. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Проведены исследования особенностей течения беременности у 155 женщин в возрасте с железодефицитной анемией от 18 до 40 лет. Беременные были разделены на две группы – основную, получавшие антианемическое средство «Мурок», и сравнительную, в которой женщины получали традиционное лечение препаратами железа. Процент осложнений в сравняваемой группе больше, чем в основной, и лечение антианемическим средством «Мурок» было более эффективным.

Ключевые слова: беременность, железодефицитная анемия, антианемическое средство «Мурок», препараты железа, гестоз.

PECULIARITIES OF CLINICAL PREGNANCY IN WOMEN IRON-DEFICIENCY DEPENDING ON TREATMENT METHOD

Toigonbaeva A.A. Teppeeva T.H. Isakova G.K. Beishembieva G.Dg. Getigenova S.A.

The Kyrgyz state medical academy The Obstetrics and Gynecology Chair. Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: Research in result of which peculiarities of pregnancy in 155 women at the age of 18-40 were studied and analyzed. Pregnant women were divided on 2 groups – main group in which women received antianemic therapy with “Murok” and control group in which women received traditional iron-containing therapy. Percent of complications in control group is higher than in the main group and treatment with antianemic agent “Murok” is more effective.

Key words: pregnancy, iron-deficiency anemia, antianemic agent “Murok”, iron-containing drugs, gestosis.

ВВЕДЕНИЕ

Железодефицитная анемия (ЖДА) остается серьезной проблемой экстрагенитальной патологии в акушерстве. Частота анемии беременных составляет 15-80%. ЖДА занимает первое место среди 38 самых распространенных заболеваний человека. Беременность и роды на фоне ЖДА характеризуются высокой частотой различных осложнений, нередко ставящих по угрозу жизнь матери и плода [1, 3, 6].

По данным многочисленных авторов, ЖДА является неблагоприятным фоном, вызывая нарушения белкового обмена, витаминно-минерального обмена, иммунологических процессов в организме беременной женщины, вызывая различные осложнения во время беременности, родов и послеродового периода [2,4,5,6]. Исследователи, занимающиеся вопросами анемии у беременных, отмечают высокий процент невынашивания, гестоза, несвоевременного излития околоплодных вод, слабости родовой деятельности, акушерских кровотечений, что является предрасполагающим фактором серьезных осложнений [2,3].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Клинические наблюдения и исследования проведены у 155 беременных женщин с ЖДА в возрасте от

18 до 40 лет. Обследованные беременные были подразделены на 2 группы. Первую, контрольную группу, составили 65 беременных, которые получали лечение препаратами железа (ферроплекс по 1-2 драже 3 раза в день после еды или сульфат железа по 1 таблетке (0,05 г) 3 раза в день) в течение 21-30 дней. Были выделены 2 подгруппы в зависимости от степени тяжести анемии: Ia - беременные с анемией легкой степени (содержание гемоглобина в крови в подгруппе в среднем $-102,3 \pm 1,13$) и Ib - беременные с анемией средней и тяжелой степени (содержание гемоглобина в среднем $-77,3 \pm 2,26$). В случаях присоединения другой акушерской патологии, наряду с антианемической терапией проводилось лечение этих осложнений.

Вторую группу составили 90 беременных, также распределенных по степени тяжести анемии на IIa (средний уровень гемоглобина $100,7 \pm 1,02$) и IIб (средний уровень гемоглобина $78,70 \pm 1,72$). Они получали антианемическое средство «Мурок» по 1 чайной ложке (6 мл) 1 раз в день при анемии легкой степени, 2 раза при анемии средней и тяжелой степени за 30-40 мин до еды вместе с овощными соками. При легкой степени анемии доза препарата составила 280 мг, при средней и тяжелой степени - 420 мг.

Всем беременным проводилось обследование: об-

Таблица 1

Частота осложнений беременности при анемии

Осложнения у беременных при анемии	Ia группа		Iб группа		IIa группа		IIб группа	
	n-37	%	n-28	%	n-59	%	n-31	%
ОРВИ	6	16,2	13	46,6	8	13,5	8	13,5
Угроза прерывания беременности	18	48,6	15	53,5	16	27,1	10	32,2
Рвота беременных	12	32,4	10	35,7	14	23,7	8	25,8
Гестоз	5	13,5	6	21,4	4	6,7	3	9,6
Гипертензия беременных	-	-	-	-	1	1,6	-	-
Отеки беременных	6	16,2	4	14,2	7	11,8	4	12,9
Пиелонефрит беременных	3	8,1	-	-	-	-	2	6,4
Гипотония беременных	5	13,5	7	25	6	10,1	9	29
Перенашивание плода	4	10,8	1	3,5	-	-	-	-
Кальциноз плаценты	15	40,5	11	39,2	14	23,7	9	29

Обозначения:

Ia группа – беременные с анемией легкой степени, получавшие препараты железа.

Iб группа – беременные с анемией средней и тяжелой степени, получавшие препараты железа.

IIa группа – беременные с анемией легкой степени, получавшие антианемическое средство «Мурук».

IIб группа – беременные с анемией средней и тяжелой степени анемии, получавшие антианемическое средство «Мурук».

n*- число беременных

Таблица 2

Данные УЗИ у беременных при анемии

Данные УЗИ	Ia группа		Iб группа		IIa группа		IIб группа	
	n-37	%	n-28	%	n-59	%	n-31	%
Кистозные изменения плаценты	1	2,7	3	10,7	1	1,6	1	3,2
Истончение плаценты	-	-	-	-	1	1,6	1	3,2
Петрификаты	2	5,4	4	14,2	2	3,3	3	9,6
Низкая плацентация	3	8,1	3	10,7	1	1,6	-	-
Предлежание плаценты	1	2,7	-	-	-	-	-	-
Плацентит	2	5,4	2	7,14	1	1,6	2	6,4
Кальциноз	15	40,5	11	39,2	14	23,7	9	29
Гипотрофия плода	2	5,4	3	10,7	2	3,3	1	3,2
Хроническая внутриутробная гипоксия плода	3	8,1	10	35,7	-	-	9	29
Маловодие	3	8,1	3	10,7	2	3,3	1	3,2
Многоводие	5	13,5	4	14,2	2	3,3	3	9,6

Обозначения:

Ia группа – беременные с анемией легкой степени, получавшие препараты железа.

Iб группа – беременные с анемией среднетяжелой и тяжелой степени, получавшие препараты железа

IIa группа – беременные с анемией легкой степени, получавшие антианемическое средство.

IIб группа – беременные с анемией средней и тяжелой степени, получавшие антианемическое средство.

n*- число беременных

щий анализ крови, содержание сывороточного железа в крови, ультразвуковое исследование.

Мы провели анализ течения беременности у женщин с ЖДА в зависимости от метода лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У беременных в обеих группах самым частым осложнением были угроза прерывания беременности и гестоз. Так, угроза прерывания беременности в контрольной группе при легкой степени анемии наблюдалась у 48,6%, а при выраженной - 53,5%; в группе, получавшей «Мурок» – у 27,1% беременных ($p < 0,01$). Гестоз легкой степени при анемии I или легкой степени наблюдался у 4 беременных (6,7%) основной группы и у 5 женщин контрольной группы (13,5%). Отеки беременных значительно не отличались, так как они имеют сложный патогенез. Часто – у одной трети беременных отмечались тошнота и рвота, капризный аппетит, что усугубляло течение анемии беременных. В группе Ia рвота встречалась у 32,4% и у Ib – 35,7 %, что значительно превышает частоту рвоты в обследуемой группе (табл.1).

Ультразвуковое сканирование, проведенное двукратно во время беременности, выявило различные изменения плаценты, развитие гипотрофии и хронической внутриутробной гипоксии плода (табл.2)

Состояние плаценты зависело от степени тяжести анемии. В группе IIa не наблюдалась хроническая внутриутробная гипоксия плода, в то время как в контрольной группе она составила 8,1%, а при выраженной анемии частота этого осложнения была ниже.

Случаи многоводия, кистозных изменений, петрификатов в плаценте, плацентита, были ниже в обследуемой группе, чем в контрольной, а низкая плацентация в группе IIб даже отсутствовала.

Сравнение данных между обследованными группами в зависимости от методов терапии показывает, что процент осложнений в контрольной группе выше, чем в основной, получавшей антианемическое средство «Мурок».

ВЫВОДЫ

1. Железодефицитная анемия беременных, являясь неблагоприятным фоном, существенно осложняет течение беременности и родов.
2. Степень тяжести ЖДА коррелирует с частотой и выраженностью акушерских и перинатальных осложнений.
3. Своевременная профилактика и лечение железодефицитной анемии у беременных антианемическим средством «Мурок» позволяет снизить частоту осложнений беременности в 1,5 - 2 раза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каюпова Н.А. Анемия беременных в патогенезе акушерских и перинатальных осложнений их профилактика. ЖДА региональные проблемы: эпидемиология и нутрициональные аспекты. // Под ред. Шерматовой Т.Ш. -А-Ата, 1990 - С.49-59.
3. Мордухович А.С., Джаббарова Ю.К., Пахомов И.С. Взаимоотношения матери и плода при железодефицитной анемии.-Ташкент.- 2001. -183 с.
4. Омаров С.-М.А., Омаров Н.С., Абунасыр М.А., Давыдова Н.С. Оптимизация дородовой подготовки и ведения родов при сочетании гестоза и ЖДА., //Акушерство и гинекология. 2000. №5. - С.31-34
5. Сабуров Х.С., Хамдамова Ф.К. Современное состояние беременных и вопросы корригирующей терапии кровотечения в родах.// Акушерство и гинекология -1990 -№7 - С.10-12.
6. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. - М.-1999. - 815 с.
7. Bregmann C., Major A., Richter C. et al, Recombinant human erythropoietin and parenteral iron in the treatment of pregnancy anemia: a pilot study //J.Perinat. Med; 1995-23-p.89-98

КАРИПАЗИМ – ЭЛЕКТРОФОРЕЗ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ПОЯСНИЧНЫХ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ

Абдыгулова И.Б., Абитова Г.К., Алымкулов Р.Д.
Кыргызская государственная медицинская академия.
Кафедра неврологии и нейрохирургии №2. г.Бишкек, Кыргызстан.

В статье приведены результаты лечения больных с поясничными грыжами дисков (ПГД) с использованием карипазим-электрофореза. Анализ проведенных исследований выявил значительную эффективность предложенного метода терапии выразившуюся в позитивной клинико-лабораторной динамике. Было установлено, что включение карипазим-электрофореза в программу лечебных мероприятий больных с ПГД способствует более быстрому купированию болевого синдрома, исчезновению симптомов натяжения, восстановлению двигательной активности больных и уменьшению размеров грыж межпозвонковых дисков. Данную методику можно применять больным с ПГД в любом медицинском учреждении, где есть аппарат для электрофореза.

Ключевые слова : грыжа диска, карипазим, электрофорез.

CARIPAZIM-ELECTROPHORESIS IN COMPLEX TREATMENT OF THE LUMBAR INTERVERTEBRAL DISK HERNIA

Abdygulova I.B., Abitova G.K., Alymkulov R.D, Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek city, Kyrgyzstan.
The Neurology and Neurosurgery chair №2.

In the article the results of treatment of patients with the lumbar disks hernia (LDH) using Caripazim-electrophoresis are described. Analyze of the performed examinations the significant effect of suggested method of therapy has revealed, that in the positive clinical laboratory dynamic was expressed. It was established that including of Caripazim-electrophoresis in the program of treatment measures of patients with LDH promoted quicker cupping of the pain syndrome, intention symptom disappearance, recovery of the locomotive activity of patients and decrease of intervertebral disks hernia sizes.

This method can be applied to patients with LDH at any medical institutions where apparatus for electrophoresis is available.

Key words: disks hernia, Caripazim, electrophoresis

Проблема поясничного остеохондроза относится к актуальным в современной неврологии, поскольку с ней сопряжены существенные ограничения физической активности пациентов, и высокая частота обращений за медицинской помощью [2].

Остается неясным и патогенез данной патологии, что объясняет недостаточную эффективность используемых методов терапии. В настоящее время доминирует дискогенная теория, в соответствии с которой неврологические проявления болезни рассматриваются как результат сдавления нервных корешков грыжей межпозвонкового диска [6,10].

Вместе с тем основанная на этих представлениях операция- удаление грыжи, по данным катамнеза, не всегда оказывается достаточно эффективной [7].Ряд исследователей [1] отмечают отсутствие корреляции между величиной грыжи межпозвонкового диска и выраженностью неврологической симптоматики.

По данным литературы, частота рецидива болевого синдрома при применении традиционных методов

удаления ПГД составляет 15-40% [3,4,5,8,9].Большинство пациентов после дискэктомии продолжают испытывать повторяющиеся боли, либо чувство дискомфорта в зоне операции и чувствительны к факторам, таким как подъем тяжестей, сгибание, разгибание поясничного отдела позвоночника.

В последние годы все больше внимание исследователей уделяется лечению грыжи дисков консервативным методом.

Целью настоящего исследования была оценка эффективности влияния препарата карипазим, вводимого методом электрофореза, на болевой синдром и размеров грыж у пациентов с неврологическими проявлениями остеохондроза, в частности ПГД.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для оценки эффективности неоперативного метода карипазим-электрофореза наблюдалось 11 больных с выраженными неврологическими проявлениями

поясничного остеохондроза с ПГД. Из них 9 мужчин, 2 женщины, в возрасте от 30 до 55 лет (средний возраст - 46 лет).

Основными жалобами больных были выраженные боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, иррадиирующие в одну или в обе нижние конечности. Корешковый синдром у наблюдаемых больных усиливался при движениях, чихании, кашле и натуживании. Вертебральный синдром почти у всех больных проявлялся в виде резкого ограничения движений в поясничном отделе у 8 больных, а у 3 - анталгические позы. Кроме того, у большинства больных выявлялся мышечно-тонический синдром и сглаженность поясничного лордоза. Всем больным было проведено клиническое обследование. Клинический метод включал осмотр, пальпацию, перкуссию, определение силы в конечностях, сухожильных рефлексов, мышечного тонуса, чувствительности и симптомов натяжения. Наличие ПГД верифицировалось данными МРТ и КТ.

Карипазим характеризуется протеолитической активностью широкого спектра. В состав препарата входят три протеолитических фермента (папаин, химопапаин, протеиназа) и муколитический фермент - лизоцин, которые положительно влияют на коллагеновые хрящевые ткани.

Карипазим вводили методом электрофореза от аппарата «Поток-1»с положительного полюса. Лечение курсовое - 3 курса (1 курс от 10 до 15-20 процедур). 1 флакон по 100мг карипазима разводится в 5-10 мл физиологического раствора непосредственно перед процедурой. В раствор добавляется 2-3 капли Димексида. Раствор наносится на фильтровальную бумагу белого цвета, размещенную на прокладках электрода, расположенных поперечно: карипазим на область поясницы (+), эуфиллин (2,4%) на область живота. Температура прокладок - строго 36-37°C, сила тока до 10-15 мА, время экспозиции 20 минут, ежедневно.

РЕЗУЛЬТАТЫ

После проведенного курса лечения у больных наблюдался регресс болевого синдрома, исчезали или уменьшались симптомы натяжения, восстанавливались движения в сегментах позвоночника. Отмечалась положительная тенденция в изменении параметров боли, симптомов натяжения, амплитуды движений у больных, получивших лечение карипазим- электрофорез. Необходимо отметить, что эффект проведенного лече-

ния зависит от количества процедур и применения таких методов, как тракция, лечебная гимнастика, массаж.

На примере больного А. 36 л. Решено показать эффективность лечения препаратом карипазим. До лечения больной жаловался на выраженные боли в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией в обе нижние конечности, боли резко возрастали при движениях, наклоне туловища, натуживании. В неврологическом статусе: напряжение поясничных мышц, болезненность остистых отростков и соответствующих паравертебральных поясничных точек, болезненность точек Вале. Ограничение и болезненность сгибания в поясничном отделе. Положительный симптом Ласега. Коленные рефлексы снижены, ахилловы отсутствовали. Имеется МРТ поясничного отдела позвоночника - до лечения (снимок №1)

Больной А. получал электрофорез с карипазимом 2 курса (40 процедур). Дополнительно в комплекс были включены массаж, тракция, лечебная физкультура.

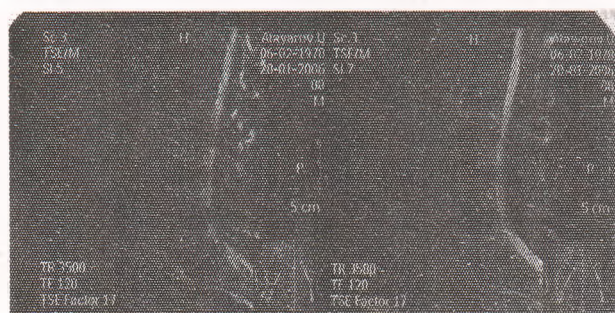
Эффективность проведенного лечения подтверждается МРТ поясничного отдела позвоночника - после лечения (снимок №2). Отмечается уменьшение размеров грыжи: до лечения L2-L3 до 4,4 мм., а диска L4-L5 до 5,4 мм.; после лечения L2-L3 до 3,6 мм., а диска L4-L5 до 4,5 мм.

Достоверное снижение выраженности болевого синдрома зафиксировано уже после первого курса лечения карипазимом. Уменьшению болей сопутствовало достоверное улучшение сгибания в поясничном отделе позвоночника при наклоне вперед (уменьшение расстояния до пола), увеличение боковой подвижности позвоночника, уменьшение выраженности симптома Ласега (увеличение угла подъема выпрямленной ноги) и повышения болевого порога давления в наиболее болезненной точке спины, коленные рефлексы живые, появились ахилловы рефлексы.

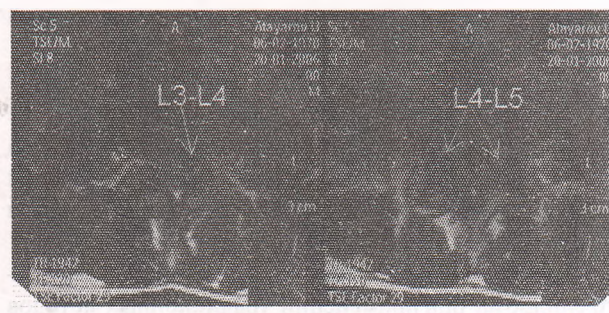
ВЫВОДЫ

1. Включение карипазим- электрофореза в программу реабилитационных мероприятий больных с ПГД способствует более быстрому купированию болевого синдрома, исчезновению симптомов натяжения, восстановлению двигательной активности больных, а самое важное, уменьшению размеров грыж межпозвонковых дисков.

Снимок №1 (до лечения).



Снимок № 2 (после лечения).



2. Каких-либо осложнений и побочных реакций во время применения карипазим-электрофореза не зарегистрировано.
3. Применение карипазим-электрофореза у больных с ПГД является безопасным, не вызывает побочных эффектов и может быть рекомендован к включению в комплекс терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дривотинов Б.В. Результаты хирургического лечения клипических проявлений поясничного остеохондроза. Этапное восстановительное лечение вертеброгенных заболеваний нервной системы. Ставрополь. 1987.- С. 162-165.
2. Павленко С.С. Эпидемиология боли. Боль и ее лечение. М 1998.-С.12-19
3. Продан А.И., Грунтовский Г.Х., Волков Е.Б., Радченко В.А. Причины неудачного хирургического лечения поясничного остеохондроза и анализ результатов повторных операций. //Ортопедия травматол и протезир. 1987. №8.-С.39-44.
4. Фурсова Л.А. Рецидивирующий синдром у больных после удаления грыж поясничных межпозвоноковых дисков: Автореф. дисс. канд. мед. наук. Минск 1989.
5. Юмашев Г.С., Елизаров М.Н., Проценко А.И. Наш опыт оперативного лечения остеохондроза позвоночника. //Ортопедия травматол и протезир. 1984. -№ 8. - С. 1-7.
6. Sameshima K. Substance P-like immunoreactivity in cerebrospinal fluid in lumbar disc herniation. //Nippon Seikeigeka Gakkai Zasshi. - 1995.-№4.-P. 191-197.
7. Fraser R.D., Sandhu A., Gogan W.J. Magnetic resonance imaging findings 10 years after treatment for lumbar disc herniation. //Spine- 1995.-№ 6.-P.- 710-714.
8. Lewis P.J., Weir B.K.A., Broad R.W. et al. Long-term prospective study of lumbosacral discectomy. //J. Neurosurg- 1987.-№1.-P.-49-53.
9. Mall J.C., Kaiser J.A., Heithoff K.B. Computed Tomography of the Spine and Spinal Cord. Eds.T.N. Newton. D.G.Potts. San Anselmo 1983.-P.- 187- 204.
10. Mixter W.J. Barr J.S. Rupture of the intervertebral disc with involvement of the spinal canal. //Engl J med-1934.-P.- 210-211.

ЧАСТОТА И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МЕРЦАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Амиракулова Д.К., Мергенбаева Т.К.

Кафедра госпитальной терапии КГМА, Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Целью исследования явилась изучение частоты встречаемости мерцания предсердий в зависимости от возраста, пола и сопутствующих заболеваний у больных, пролеченных в отделении кардиологии, включая палату интенсивной терапии ГКБ №1 за 6 месяцев 2005 года. Проведен анализ 553 историй болезни больных и представлены данные 122 больных страдающих мерцанием предсердий. **Ключевые слова:** мерцание предсердий, коронарная болезнь сердца, артериальная гипертензия, факторы риска, лечение.

THE FREQUENCY AND PREVALENCE OF ATRIAL FIBRILLATION AMONG THE PEOPLE OF MIDDLE AGE

Resume: The purpose of the research is to study the frequency of occurrence of atrial fibrillation depending on age, sex, and concomitant disease at the patients who was treated at the Cardiology Department including intensive care unit of City Clinical Hospital №1 over six months of 2005, 553 history cases were analyzed and data of 122 patients suffering from atrial fibrillation were presented.

Key words: atrial fibrillation, ischemic heart disease, arterial hypertension, factor risk, treatment

ВВЕДЕНИЕ

Мерцание предсердий (МП) является очень частым нарушением сердечного ритма. По данным М.С. Кушаковского (2004) [1], мерцание предсердий по распространенности уступает только экстрасистолической аритмии. В общей популяции людей распространенность МП составляет 0,4%; с возрастом этот показатель увеличивается. Если среди лиц в возрасте до 40 лет мерцание предсердий встречается с частотой менее 0,5%, а у людей в возрасте 40-70 лет с частотой 1-5%, то у лиц старше 70 лет распространенность мерцания предсердий достигает 10% [2]. Мерцание предсердий является также причиной ишемических инсультов неревматического генеза, частота которых составляет 5% в год, каждый шестой инсульт является именно осложнением мерцания предсердий [3]. Мерцание предсердий у мужчин встречается 1,5 раза чаще, чем у женщин.

Основными этиологическими факторами пароксизмальной формы МП являются, заболевания сердечно-сосудистой системы: инфаркт миокарда в остром периоде; острый миокардит; острый перикардит; кардиомиопатии, пролапс митрального клапана; гипертензивный криз; наличие дополнительных путей проведения; кардиохирургические операции (особенно аортокоронарное шунтирование и протезирование клапанов сердца) в связи с повреждением перикарда, гипоксией миокарда, активация симпатoadреналовой системы. Постоянная форма МП чаще всего обусловлена ише-

мической болезнью сердца, врожденными и приобретенными (ревматического и не ревматического генеза) пороками сердца, артериальной гипертензией (при этом частота развития МП возрастает при гипертрофии миокарда левого желудочка), кардиомиопатиями (особенно при дилатационной и гипертрофической кардиомиопатии). Среди внесердечных причин постоянной формы МП огромная роль принадлежит хроническому алкоголизму, аутоиммунному тиреоидиту, хроническим заболеваниям легких. У 25-35% больных причину МП установить не удается, а детальное обследование сердечно-сосудистой системы у этих лиц не выявляет каких либо заболеваний миокарда и желудочков. Эта форма получила название идиопатической (изолированной) формы мерцания предсердий. У части больных она имеет семейный характер и генетически обусловлена мутацией генов в 10-й хромосоме и генов б и в- адренорецепторов, а также с полиморфизмом митохондриальной ДНК. Изолированная форма МП наблюдается обычно у лиц молодого возраста [2].

При мерцании предсердий снижается сократительная функция сердца за счет нескоординированного сокращения предсердий с потерей их синхронной механической активности, нерегулярности желудочковых сокращений и неадекватно высокой частоты сердечных сокращений (ЧСС). Потеря сократимости предсердий и отсутствие активной предсердной систолы может приводить к значимому снижению сердечного выброса, колебания интервала R-R ЭКГ при МП также сопровождаются нарушениями гемодинамики [4]. Важ-

Распределения больных по возрастам

Возраст	До 30 лет	35-54 лет	55- 74 лет	75-85 лет	Старше 80 лет
Количество больных	2	13	60	44	3

но отметить, что сердечная недостаточность в ряде случаев выступает первым проявлением МП, являясь следствием, а не причиной аритмии, и контроль ЧСС в такой ситуации, приводит к улучшению систолической функции левого желудочка [5,6].

Целью нашей работы было изучение частоты мерцания предсердий в зависимости от возраста, пола и сопутствующих заболеваний у больных, пролеченных в отделении кардиологии ГКБ №1 в г. Бишкек.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ 553 историй болезни больных, пролеченных в отделении кардиологии ГКБ №1 за 6 месяцев 2005 года, включая палату интенсивной терапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ историй болезни 553 больных, показал, что у всех больных выявлена различная кардиологическая патология (ИБС, нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, артериальная гипертензия, пороки сердца, миокардитический кардиосклероз). Возраст больных колебался от 35 до 90 лет. Средний возраст составил $61 \pm 4,2$ года.

У 122 больных (22%) выявлены различные формы мерцания предсердий, причем у 32 больных (26,3%) пароксизмальная форма мерцания предсердий и у 90 больных (73,7%) постоянная форма МП. Распределение больных по возрастам представлено в таблице 1.

По социальному положению большинство больных являлись пенсионерами, 13 пациентов работали, а 27 больных были инвалидами I-II группы.

Длительность пребывания больных в отделении составила от 8 до 21 дней, а средний койко-день $\pm 10-12$ дней.

При анализе причин мерцания предсердий оказалось, что у 15 (12,3%) пациентов был острый инфаркт миокарда (ОИМ), у 16 (13,1%) больных - нестабильная стенокардия в сочетании с атеросклеротическим кардиосклерозом, с постинфарктным и атеросклеротическим кардиосклерозом выявлены - 72 (59%) больных, с ревматизмом - 15 (12,3%) больных, с миокардитическим кардиосклерозом - 2 (1,6%) больных и по 1 (0,8%) больному с хроническим обструктивным заболеванием легких с легочным сердцем и с аутоиммунным тиреоидитом. Распределение больных по причинам МП показано на рис. 1.

По литературным данным, наиболее частой причиной мерцания предсердий является коронарная болезнь сердца. По нашим данным также большинства у 103 больных имелась КБС, длительность заболевания сос-

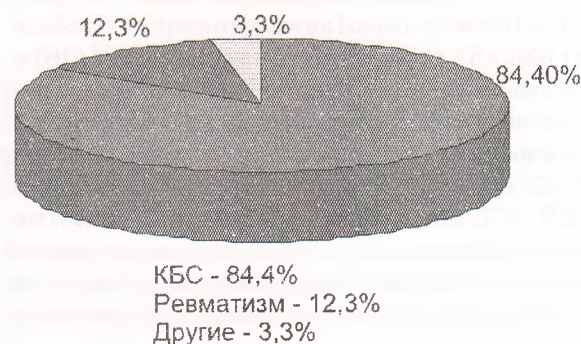
тавила от 3 до 30 лет, причем у 60 (49,1%) больных в анамнезе имелась АГ. Анализ субъективных жалоб 122 пациентов с МП показал, что у 30 пациентов имелись ангинозные боли, у 60 больных были симптомы сердечной недостаточности в виде одышки, отеков нижних конечностей, тяжести в правом подреберье, у 90 больных имелись жалобы на перебои в работе сердца, сердцебиение, чувства нехватки воздуха.

Из 122 больных с МП только 36,8% пациентов знали о существовании аритмии и необходимости его лечения.

Причиной пароксизмальной формы мерцания предсердий у лиц в возрасте 55-75 лет чаще всего был острый коронарный синдром (ОКС): острый инфаркт миокарда у - 8 больных, не Q волновой инфаркт миокарда у - 4 больных, нестабильная стенокардия прогрессирующего течения у - 8 больных. При постоянной форме мерцания предсердий у 12 больных причиной являлся ОКС, у 87 больных постинфарктный и атеросклеротический кардиосклероз в сочетании с артериальной гипертензией и сердечной недостаточностью III-IV ФК, и в сочетании более 3 факторов риска как артериальная гипертензия, курение, возраст, ожирение, у 13 больных пороки сердца.

Все больные с КБС получали антиангинальную терапию нитратами, в-блокаторами, ингибиторами ангиотензин превращающего фермента, антагонистами кальция, антикоагулянтами, дезагрегантами и диуретиками. Для купирования пароксизмальной формы мерцания предсердий у 32 больных с КБС применялся кордарон в дозе 300 мг внутривенно капельно до восстановления ритма. Восстановление ритма после введения кордарона отмечалось на 1 или 2-е сутки у всех 32 больных с пароксизмом МП. Это соответствует международным рекомендациям о том, что для купирования мерцания предсердий эффективным является кордарон. В последующем все больные переводились на поддерживающие дозы кордарона 200 мг в сутки. При

Рисунок 1. Причины мерцания предсердий



постоянной форме МП для урежения темпа сердечных сокращений применялись кордарон, дигоксин и новокаинамид внутривенно капельно в сочетании с мезатаном.

ВЫВОДЫ

1. Причиной пароксизмальной формы мерцания предсердий был чаще (62,5%) острый коронарный синдром (ОКС), постоянной формы мерцания предсердий - хронический коронарный синдром.
2. Только (36,8%) больных знали о существовании аритмии и необходимости ее лечения. С целью повышения мотивации к самоконтролю мерцания предсердий необходимо обучение пациентов для повышения их информированности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кушаковский М.С. Журавлева Н.Б. *Аритмии и блокады сердца*. М. Бином, 2004. - 500 с.

2. Окороков А.Н. *Диагностика болезней внутренних органов том 10. Диагностика болезней сердца и сосудов. Врожденные пороки сердца у взрослых. Нарушение сердечного ритма и проводимости. Опухоли сердца. Метаболический синдром*.
3. Джишамбаев Э.Д. *Мерцательная аритмия (методические рекомендации)* Бишкек. 2005.
4. Clark D.M., Plumb V.J., Epstein A.E., Kay G.N., *The hemodynamic effects of an irregular sequences of ventricular cycle lengths during atrial fibrillation*. J. Am. Coll. Card. 1997; v 30; p. 1039-45.
5. Grogan M., Smith H.C., Gersh B.J., Wood D.L., *Left ventricular dysfunction due to atrial fibrillation in patients initially believed to have idiopathic dilated cardiomyopathy*. Am. J. Card. 1992; v. 69; p. 1570-73.
6. Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В. *Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система*. М. Бином, 2003. - 765 с.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ОБУЧАЮЩЕЙ ПРОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Баева Р.Н.

Кыргызская государственная медицинская академия

Резюме: Одним из прогрессивных методических подходов в лечении заболеваний внутренних органов является организация системы обучения больных. У 56- больных изучено влияние образовательной программы на уровень знаний, соблюдение рекомендаций по диете, образу жизни, медикаментозной терапии. В качестве контроля обследовано 48 пациентов. В результате обучения у больных язвенной болезнью повысился уровень знаний и улучшилась приверженность к лечению.

Ключевые слова: язвенная болезнь, двенадцатиперстная кишка, образовательная программа, школа для больных язвенной болезнью.

EXPERIENCE OF REALIZATION OF EDUCATIONAL PROGRAMS IN PATIENTS WITH PEPTIC ULCER DISEASE

Baetova R.N. Kyrgyz State Medical Academy

Summary: One of the most progressive methodical approaches to the treatment of internal diseases is organization of patient education system. Influence of educational programs on level of knowledge, adherence to recommendations on diet, life style and drug therapy was assessed and studied in 56 patients. 48 patients were studied as control group. Education of patients with peptic ulcer disease resulted in increase of level of patient's knowledge and improvement of adherence to drug treatment.

Key words: peptic ulcer disease, duodenum, educational program, school for patients with peptic ulcer disease.

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы в мировой практике здравоохранения большое значение придается разработке специальных образовательных программ (ОП) для пациентов различными заболеваниями. ОП - это определенная методика доведения до пациента информации о его болезни, а также обучение его методам самоконтроля и профилактики обострений [1]. Общеизвестно, что одним из прогрессивных методических подходов в лечении заболеваний внутренних органов является организация системы обучения больных, которая может осуществляться как в стационаре, так и на амбулаторном этапе [2].

В гастроэнтерологической практике особое внимание уделяется вопросу ведения больных язвенной болезнью (ЯБ). Это обусловлено тем, что ЯБ остается серьезной социальной проблемой, несмотря на определенные успехи в диагностике и лечении достигнутые за последние годы. Как правило, ЯБ страдают чаще в молодом, работоспособном возрасте и течение болезни зависит от ряда факторов: соблюдения режима, диеты, определенных ограничений в трудовой деятельности, постоянного приема лекарств и др. Отсутствие знаний о своей болезни, навыков самоконтроля, неумение правильно пользоваться лекарствами, неосведомленность о факторах, влияющих на собственное здоровье являются серьезными причинами, ухудшающими течение заболевания [3].

Целью обучения пациентов являются формирование мотивации к лечению и приобретению практических знаний, помогающих добиться стойкой ремиссии ЯБ, изменить привычки питания и жизни, а также адаптироваться к качественно новым условиям жизни. Для успешного достижения поставленных целей необходима четкая организация процесса обучения. В то же время в настоящее время нет общепринятых подходов к организации обучения, а методики и формы обучения нуждаются в дальнейшей детализации.

Целью нашей работы являлась разработка программ и методики обучения больных ЯБ и изучение их влияния на уровень знаний и приверженность пациентов рекомендациям врача [4].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На кафедре госпитальной терапии Кыргызской государственной медицинской академии (КГМА) на базе отделения гастроэнтерологии Национального Госпиталя (НГ) Министерства здравоохранения КР в 2002 году организована Школа больного язвенной болезнью (ШБЯБ). Обучение в ШБЯБ прошли 56 пациентов с ЯБ в возрасте $35,7 \pm 4,1$ лет. У больных диагностирована ЯБ двенадцатиперстной кишки (ДПК), у многих (33,4%) имелась рубцовая деформация луковицы ДПК. У 34% больных имела место сопутствующая патология, такая как хронический холецистит (12 человек); дискинезия желчевыводящих путей (5 человек), хронический панкреатит (3 человек).

Динамика уровня знаний пациентов.

Уровень знаний	Обучавшиеся в ШБЯБ			Не обучавшиеся в ШБЯБ		
	исходно	через 12 мес.	M ± m	исходно	через 12 мес.	M ± m
Хороший	4,9	72,6		13,1	22,1	
Удовлетворительный	12,6	23,5		29,6	24,2	
Неудовлетворительный	82,5	3,9		57,3	53,7	

реатит (2 человек). У 3 больных имелось по 2 сопутствующих заболеваний и более. Контрольную группу составили 48 пациентов, лечившихся по общепринятой методике в отделении гастроэнтерологии НГ и не обучавшихся в ШБЯБ. По клинико – анамнестическим, лабораторно – инструментальным параметрам контрольная группа достоверно не отличалась от основной группы пациентов, обучавшихся в ШБЯБ.

Помимо общепринятого клинико – инструментального обследования (включая эзофагогастродуоденоскопия, исследование *Helicobacter pilory* и т.д.) до и после обучения в ШБЯБ изучался уровень знаний пациентов о своем заболевании. Исходный уровень знаний пациентов оценивался по специальной разработанной анкете, включающей 23 вопроса. Выбор правильного ответа оценивался в один балл. Общая сумма баллов оценивалась по следующей шкале: 12 и менее баллов – неудовлетворительный уровень, 13 – 18 баллов – удовлетворительный уровень, 19 – 23 хороший уровень.

МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВКЛЮЧАЛИ СЛЕДУЮЩИЕ ПОДХОДЫ:

1. Групповые занятия с больными в “клубе” или “школе” язвенного больного.

2. Изучение образовательных материалов – неотъемлемая часть ОП для больных ЯБ. На базе кафедры госпитальной терапии КГМА организован центр по разработке ОП для больных с различной патологией внутренних органов, в том числе и для больных ЯБ. Выпущены брошюры, буклеты, дневник самоконтроля, серия памяток для больных на темы: “Роль пищеварения и причины ЯБ”, “Язвенная болезнь”, “Курение и язвенная болезнь”, “Осложнения язвенной болезни”, “Питание при язвенной болезни” и т.д. Материалы ОП должны быть конкретными, яркими, красочно оформленными, содержательными. Несмотря на то, что печатная продукция является полезным дополнением к программам обучения, пассивное распространение таких материалов само по себе не улучшает навыки или результаты лечения.

3. Видеопродукция и мультимедийные презентации **Power Point**, которые рассчитаны на различный возраст и уровень интеллекта больных. Темы этих презентаций касаются всех аспектов ЯБ.

4. Одной из форм ОП является организация телефонной помощи для больных ЯБ, по которому можно получить необходимую информацию о болезни, посовето-

ваться по поводу конкретной ситуации, узнать о новых лекарствах и т.д. В нашем случае, 1 или 2 раза в месяц мы активно звонили домой больным, интересовались состоянием пациентов.

5. Инструкция для ежедневного использования или, как ее еще называют, план действий, в котором указывается набор медикаментов для обычного использования, лекарства, которые необходимо применять при ухудшении, телефоны, по которым следует обращаться за медицинским советом и срочной помощью.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Данные исходного тестирования у пациентов обучавшихся в ШБЯБ выявили низкий уровень осведомленности пациентов о своем заболевании. Правильные ответы дали только 4,9%, удовлетворительные ответы были отмечены у 12,6%, основная масса обследованных (82,5%) имела неудовлетворительный уровень знаний. Результаты повторного анкетирования (через 12 месяцев) в группе пациентов, обучавшихся в ШБЯБ показали значительное улучшение уровня осведомленности о ЯБ. Сравнительный анализ результатов тестирования обученной группы показал увеличение количества правильных ответов в группе обучавшихся на 72,6%, тогда как в контрольной группе только на 22,1%. Необходимо также отметить, что после обучения в ШБЯБ значительно увеличилось число больных (36%), не только регулярно принимающих назначенное врачом (врачом – преподавателем) медикаментозные препараты (92%), но, что особенно важно, принимающих в рекомендованных дозах (64%). Значительно возросло число больных (82%), строго придерживающихся рекомендаций по диете. Влияние обучения на пристрастие пациентов к курению табака было значительным, так как среди обучившихся больных прекратили курить 22,1%.

Итак, в процессе обучения у пациентов формируется осознание необходимости изменить привычки питания и образ жизни, а также мотивация к проведению противорецидивного лечения ЯБ. Анализ динамики течения болезни у пациентов, прошедших обучение в школе, свидетельствует о более благоприятном течении ЯБ у них, чем у необученных больных. Регулярная, планомерная работа ШБЯБ направлена на то, чтобы полученные знания, навыки решения психологических проблем придали пациенту уверенность в себе, своих силах, дали возможность жить с хроническим заболеванием без ощущения или восприятия себя как хронически больного.

Обучение больных ЯБ по предложенной нами программе показало определенную эффективность — повысилась дисциплина лечения, позитивно изменился образ жизни больных.

ВЫВОДЫ

1. Обучение больных язвенной болезнью улучшает осведомленность о своем заболевании и повышает приверженность пациентов к проведению противорецидивного лечения.
2. Обучение в ШБЯБ является важным методом повышения качества лечения и может быть рекомендовано для широкого внедрения в практику работы амбулаторно - поликлинических учреждений.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бакшеев В.И., Коломоец Н.М. Клиническая и экономическая эффективность работы школы больного гипертонической болезнью. //Клин. Медицина.-№6.-2003.-С.59-60.*
2. *Assal J.P. Доклад ВОЗ по проведению образовательных программ у терапевтических больных. //Медикография,-Т.21.-1999.-№4.-С.64-72.*
3. *Фирсова Л.Д. Школа больного язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. //Российский медицинский журнал.-№5.-2003.-С.12-14.*
4. *Bray G.A. Clinical evaluation to treatment of overweight. In Contemporary diagnosis and management of Obesity, 1998, 131-166*

ОЦЕНКА КЛИМАТО-ГЕОГРАФИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КЫРГЫЗСТАНА

Акманалиева З.А.

Кыргызская государственная медицинская академия

Резюме: изучена распространенность туберкулеза среди детей и подростков в трех климато-географических зонах Кыргызской Республики. Выявлено преобладание уровня заболеваемости среди детей и подростков в городских местностях.

Ключевые слова: климато-географические зоны, дети, подростки, сельские жители, городские жители.

The summary: The research of prevalence of tuberculosis among children and teenagers of three climatic-geographical regions of Kyrgyz Republic. Revealing prevalence of a level of disease among children and young people in urban areas.

Key word: Climatic-geographical regions, children, teenagers, rural inhabitant, urban inhabitant.

В настоящее время проблема туберкулеза приняла глобальный характер. По оценкам специалистов ВОЗ [1,3], треть населения земного шара инфицирована *Mycobacterium tuberculosis*, ежегодно около 8-9 млн. человек заболевают, а более 2 млн. человек умирают от туберкулеза, то есть больше чем от любой другой отдельно взятой инфекции, включая СПИД, малярию.

Изучение распространенности туберкулеза детей и подростков различных горных высот является одной из актуальных проблем. Ухудшение эпидемиологической ситуации по туберкулезу в значительной степени обусловлено снижением объема и качества противотуберкулезных мероприятий, а также снижением настороженности к этой инфекции.

Целью данного сообщения является оценка ситуации туберкулеза среди детей и подростков в отдельных климато-географических зонах для совершенствования

профилактических мероприятий. Объекты исследования - городские и сельские дети от 0 – 14 лет, подростки от 15-17 лет в трех климато-географических зонах (высокогорье – это г. Нарын и Ат-Башынский район, высота над уровнем моря 2039-2679м – III зона, среднегорье – г. Кара-Кол и Джети-Огузский район, высота над уровнем моря 1767-1888м – II зона и низкогорье – г. Бишкек и Чуйский район высота над уровнем моря – 750-1010м – I зона). Ретроспективный анализ проводился по извещению о больном по отчетной форме №8 с 2002 по 2004гг. в территориях выбранных на основании величин биоклиматического индекса суровости метеорожима.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Источником информации были материалы заболеваемости по данным Министерства здравоохранения

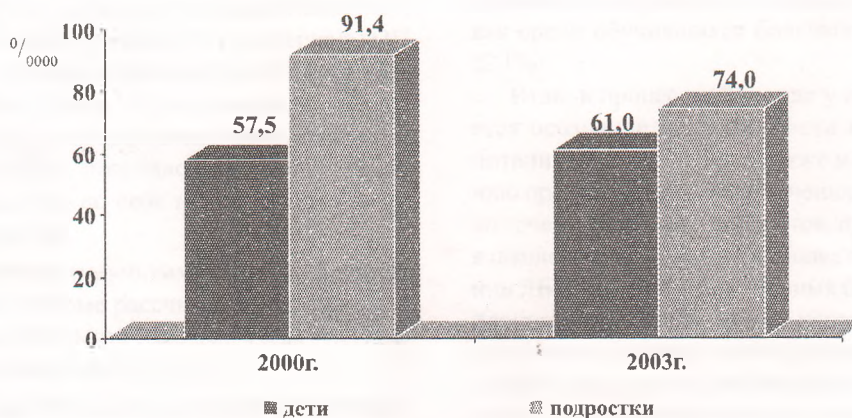


Рис. 1. Заболеваемость туберкулезом среди детей и подростков в Кыргызской Республике (на 100000).

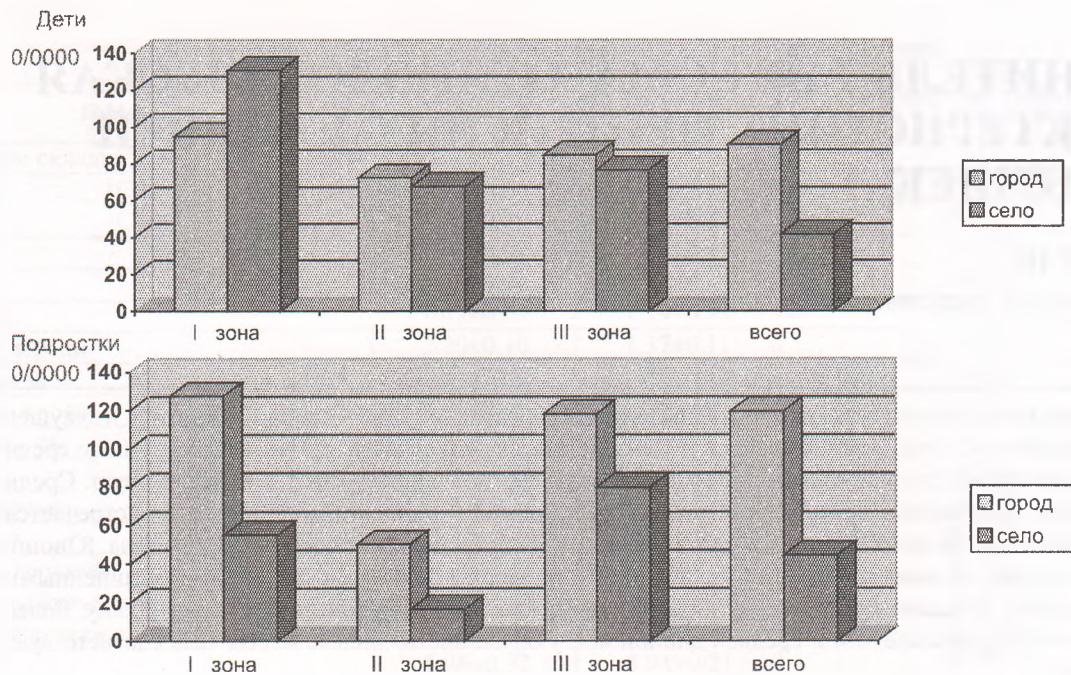


Рис. 2. Уровень заболеваемости туберкулезом детей и подростков среди городских и сельских жителей в изучаемых регионах.

Кыргызской Республики, медико-информационного центра МЗ КР за 2002-2004гг. Статистическая обработка информации проводилась по общепринятой методике социально-гигиенического исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСУЖДЕНИЯ

Заболеваемость туберкулезом детей в Кыргызской Республике в 2000 году составило 57,5, а в 2003 году 61,0^{0/0000}, подростков в 2000 году 63,5, а в 2003 году 74,0^{0/0000} (рис 1).

При заболевании детей в возрасте до 3 лет в подавляющем большинстве случаев имеет место контакт со взрослыми больными туберкулезом. У детей старших возрастов больных активными формами туберкулеза такие контакты выявляются более чем в 60% случаев. В этих условиях необходимо уделять особое внимание повышению качества профилактической работы и своевременному выявлению больных с начальными формами туберкулеза.

Различия в уровне заболеваемости значимы, как в селе, так и в городе. Высокий уровень заболеваемости среди детей и подростков наблюдается в низкогорье, затем высокогорье и низкие показатели в среднегорье.

Анализ заболеваемости туберкулезом детей в первой зоне показывает, что в сельской (130,6^{0/0000}) местности выше на 1,3 раза, нежели в городской (95,0^{0/0000}). Во второй и третьей зоне наблюдается наоборот, в городской местности выше на 1,1 раз, чем в сельской (рис 2).

У подростков наблюдается тенденция преобладания уровня заболеваемости в городских местностях во всех трех климато-географических зонах, нежели чем в сельских условиях.

По структуре заболеваемости туберкулезом среди детей в возрастной группе от 0-14 лет на первом месте - туберкулез внутригрудных лимфоузлов. Такая зако-

номерность характерна для всех изучаемых регионов. По литературным данным [4] в настоящее время в структуре заболеваемости туберкулезом детей, 75-80% составляет туберкулез внутригрудных лимфоузлов. В низкогорье высокие показатели легочного туберкулеза, как среди девочек (31,8%), так и среди мальчиков (23,1%). Легочной туберкулез среди детей, проживающих в условиях средне- и высокогорья, не зарегистрирован. Среди подростков на первом месте инфильтративный туберкулез легких.

На основе проведенных исследований можно сделать выводы:

- зависимости уровня заболеваемости туберкулезом детей и подростков от климатических факторов не выявлено;
- преобладание показателей в городских местностях объясняется плотностью и скученностью населения, существенного влияния контакта с больными активной формой туберкулеза, особенно родителей и родственников;
- в отношении структуры заболеваемости имеет место особенности детского организма, в возрастной группе от 0-14 лет чаще встречается туберкулез внутригрудных лимфоузлов, у подростков – легочные формы туберкулеза.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Vin Dakui* Здоровье мира – 1993 №4 С. 24-25.
2. Алишеров А.Ш. Туберкулез легких у жителей различных горных высот. 1996.
3. Залескис Р. Советские ВОЗ «Стратегия в странах центральной и Восточной Европы» 1998.
4. Туберкулез у детей и подростков: Руководство для врачей /Под ред. Е.Н. Янченко, М.С. Греймер. – Л.: Медицина, 1987. – 82 с.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ СОМАТОТИПОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕНЗЕНСКИХ ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК

Галкина Т.Н.

Пензенский государственный университет, г. Пенза, Россия

Изучены антропометрические характеристики и распределение соматотипов 109 юношей и девушек в возрасте 16-21 год, проживающих в г. Пензе и Пензенской области. В Пензенском регионе среди молодых людей по результатам индекса Кетле II в целом излишек массы тела отсутствует. Среди девушек преобладают астеники с узкой грудной клеткой и длинными ногами, редко встречается пикнический тип телосложения, у каждой четвертой определяется недостаток массы тела. Юноши Пензенского региона отличаются от девушек достоверно большими обхватными и линейными размерами, большей крепостью телосложения по атлетическому или пикническому типу, более широкой грудной клеткой и средней длиной ног, у большинства индекс массы тела соответствует норме.

COMPARATIVE SOMATOTYPOLICAL CHARACTERISTIC OF THE PENZA YOUNG MEN AND GIRLS. T.N.Galkina. The Penza State University, Penza, Russia

Anthropometrical characteristics and distribution of types of a constitution of 109 young men and girls in the age of 16-21 year, living in Penza and the Penza area are studied. In the Penza region among young men by results of index Kettle II as a whole surplus of weight of a body is absent. Among girls people with a narrow thorax and long legs prevail, at everyone the fourth lack of weight of a body is determined. Young men of the Penza region differ from girls in authentically greater perimeters and in the linear sizes, a greater fortress of a constitution on athletic type, wider thorax and average length of legs, at the majority the index of weight of a body corresponds to norm.

Изучение физического развития человека, по мнению ВОЗ (1999), должно стать одним из приоритетов государства, так как важнейшим критерием, характеризующим состояние здоровья организма индивида, является, в частности, именно совокупность его антропометрических параметров.

Результаты антропометрических исследований необходимо осмысливать и с точки зрения медицинской антропологии. Современные исследования в этой области направлены как на выявление соматотипических и конституциональных особенностей строения внутренних органов и течения различных заболеваний, так и на выявление так называемых параметров этнической, возрастной и т.д. «нормы» [2, 3, 5, 6, 7, 8]. Анализ одномоментного использования нескольких схем соматотипирования позволяет на индивидуальном и популяционном уровнях не только выявить закономерности изменчивости габаритных размеров и компонентного состава тела в популяции, но дает возможность глубже понять особенности адаптивных реакций, происходящих в some молодых людей, проживающих в крупном промышленном городе в период «постакселерации». Полученные комплексные данные могут послужить

основой для систематизированного подхода в профилактическом направлении работы лечебных учреждений, с ориентацией на конкретного индивида с учетом его физического развития и особенностей метаболических процессов организма, а также и в целом для популяции в период юношеского возраста [5, 8].

Актуальность мониторинга антропометрических показателей в возрастной группе от 16 до 21 года объясняется тем, что юношеский возраст представляет собой переломный этап в индивидуальном развитии человека. Это обусловлено вступлением в сферу специфических влияний окружающей социальной и профессиональной среды организма, все еще находящегося в процессе роста. На настоящий момент не проводилось ни одного исследования, касающегося изучения соматотипических особенностей населения Пензы и Пензенской области.

Целью данного исследования явилось изучение антропометрических характеристик и особенностей распределения соматотипов людей юношеского возраста, проживающих в г. Пензе и Пензенской области.

Материалом для исследования послужили 109 молодых людей в возрасте 16-21 года, являющихся студен-

Сравнительные антропометрические показатели юношей и девушек

Параметры	Девушки	Юноши	Достоверность различий P	
	M±m	M±m		
Жировые складки, мм				
Плеча	Спереди	0.83±0.06	0.72±0.10	P>0.05
	Сзади	1.55±0.10	1.22±0.13	P<0.05
Спины	1.20±0.07	1.15±0.11	P>0.05	
Груди	0.68±0.04	0.76±0.08	P>0.05	
Живота	1.43±0.07	1.19±0.13	P>0.05	
Бедра спереди	2.20±0.10	1.37±0.11	P<0.01	
Голени сзади	1.61±0.09	1.28±0.10	P<0.05	
На тыле кисти	0.30±0.05	0.28±0.01	P>0.05	
Обхваты, см				
Плеча	27.93±3.34	28.75±0.47	P<0.01	
Предплечья	22.87±0.22	27.04±0.32	P<0.01	
Запястья	15.32±0.14	17.29±0.22	P<0.01	
Голени верхний	34.86±0.38	38.28±0.50	P<0.01	
Над лодыжками	22.01±0.19	23.61±0.39	P<0.01	
Грудной клетки в паузе	78.63±0.82	94.74±1.42	P<0.01	
Талии	6.96±0.92	8.01±0.21	P<0.01	
Площадь поверхности тела	1.60±0.01	1.91±0.03	P<0.01	
Масса подкожного жира	0.83±0.06	0.78±0.10	P>0.05	
Абсолютная масса жира	1.37±0.08	1.33±0.14	P>0.05	
Масса тела, кг	55.58±0.93	73.47±2.03	P<0.01	
Длина тела, см	164.17±0.65	177.04±0.92	P<0.01	

тами высших учебных заведений г. Пензы и проживающих в Пензенской области (юношей - 49 (44,95%), девушек - 60 (55,05%)). Исследование проводилось с помощью соматоскопии, антропометрии по методике В.В.Бунака (1941) стандартным инструментарием с последующим соматотипированием, вычисления массы компонентов состава тела и площади поверхности тела. Полученные данные были обработаны вариационно-статистическими методами.

Среди антропометрических показателей юношей и девушек, к которым можно отнести наряду с площадью поверхности тела и показателями компонентного состава тела толщину 8 жировых складок, обхваты талии, конечностей и обхват грудной клетки, наиболее сильно варьировали показатели абсолютной массы жира, массы подкожного жира и толщина всех 8 жировых складок ($C_v > 25\%$). Показатели массы тела, площади поверхности тела, обхваты конечностей, грудной клетки и талии отличаются средней степенью вариабельности ($C_v = 11-25\%$). Слабо варьируют показатели обхватов голени ($C_v < 10\%$) (табл.).

В исследованной группе длина тела варьировала слабо ($C_v = 5,0$), и в среднем составила $169,96 \pm 0,01$ см.

При сравнительном анализе антропометрических показателей состава тел между группами юношей и девушек выявлено, что значения толщины кожных складок на бедре, на плече сзади и на голени у девушек достоверно превышает таковые у юношей ($P < 0,05$), половые различия в величине других кожных складок недостоверны ($P > 0,05$). Все обхватные размеры тел юношей достоверно увеличены ($P < 0,01$) по сравнению с девушками. Также достоверны различия между пока-

зателями массы, общей площади и длины тела юношей и девушек. Абсолютные значения общей массы жира и массы подкожного жира по половому признаку статистически достоверно не отличаются (табл.).

Одним из самых распространенных методов, используемых в морфологических исследованиях, является метод индексов, который выполняет вспомогательную функцию при массовом профилактическом обследовании населения, главным образом для оценки пропорциональности развития, а также для диагностики избытка или недостатка массы тела.

Среднее значение величины индекса массы тела или индекса Кетле II у девушек равно $20,63 \pm 0,34$ кг/м², у юношей - $23,40 \pm 0,57$ кг/м², что свидетельствует об отсутствии у них в целом излишней массы тела, при этом индекс Кетле II у девушек соответствует норме в 71,6% случаев, хроническая энергетическая недостаточность наблюдалась в 25,0%, лишний вес в 1,7%, ожирение - 1,7%. У юношей индекс массы тела был более вариабелен ($C_v = 17,2$), чем у девушек ($C_v = 12,6$). Норма у юношей выявлена в 65,3% случаев, лишний вес у 20,4%, хроническая энергетическая недостаточность у 6,1%, ожирение у 8,2%.

По результатам оценки индекса Эрисмана у большинства девушек отмечается узкая грудная клетка (81,6%), широкая - у 11,7%, пропорциональная у 6,7%; среди юношей преобладает широкая грудная клетка - у 51,0%, реже узкая - у 38,8%, пропорциональная - у 10,2%.

По результатам оценки индекса Пинье по схеме Черноуцкого у девушек астенический тип телосложения встречался чаще других (58,3%), реже атлетический

(36,7%), еще реже - пикнический (5,0%). Юноши по схеме Черноруцкого имели в 36,7% случаев атлетический и пикнический тип телосложения, меньше выявлено астеников - 26,6%.

При соматотипировании по результатам индекса Рис-Айзенка было выявлено среди девушек 80,0% астеников и 20,0% нормостеников; среди юношей - 59,2% нормостеников, 26,5% астеников и 14,3% пикнического типа.

По индексу длины ног среди девушек - 90,0% длинноногих и 10,0% со средней длиной ног; среди юношей - 46,9% и 53,1%, соответственно.

Корреляционный анализ показал, что рост слабо связан с толщиной кожно-жировых складок, что хорошо соответствует известным закономерностям корреляции этого признака. Масса тела более тесно связана с антропометрическими показателями жировотложения и обхватными размерами грудной клетки и конечностей ($R=0,39-0,81$), что объясняется тем, что масса тела напрямую зависит от этих соматических признаков. У женщин эти корреляции оказываются несколько более сильными, что связано с большим участием жирового компонента в вариации этих признаков для женского пола. Для абсолютных показателей жировой массы и массы подкожного жира можно отметить положительную корреляцию с массой тела ($R=0,61-0,58$). Индекс Кетле II связан корреляцией средней силы с толщиной кожно-жировых складок ($R=0,37-0,65$) и сильной корреляцией с окружностями туловища, бедра ($R=0,71-0,87$).

Таким образом, в Пензенском регионе среди молодых людей 16-21 года по результатам индекса Кетле II в целом излишек массы тела отсутствует. Среди девушек преобладают астеники с узкой грудной клеткой и длинными ногами, редко встречается пикнический тип телосложения, у каждой четвертой определяется недостаток массы тела. Юноши Пензенского региона отличаются от девушек достоверно большими обхватными и линейными размерами, большей крепостью телосложения по атлетическому или пикническому типу, более широкой грудной клеткой и средней длиной ног, у большинства индекс массы тела соответствует норме. Полученные данные могут быть использованы для

оценки качества общего здоровья и благополучия населения и для разработки профилактических мероприятий как для конкретного индивида с учетом его физического развития и особенностей метаболических процессов организма, так и в целом для популяции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бунак В.В. Антропометрия: Практический курс - М.: Учпедгиз, 1941. - 368 с.
2. Беляева О.Е. Конституциональные особенности физического статуса близоруких девушек: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Красноярск, 2005. - 27 с.
3. Властовский В.Г., Зенкевич П.И. Об изменении за последние 50 лет размеров тела взрослых мужчин и женщин г. Москвы в зависимости от их года рождения. // Вопросы антропологии. - 1969. - Вып. 33. - С. 34-35.
4. Грим Г. Основы конституционной биологии и антропометрии. - М., 1967. - 291 с.
5. Никитюк Б.А., Козлов А.И. Новая техника соматотипирования. О некоторых принципах классификации схем соматотипирования. Новости спортивной и медицинской антропологии. - М.: Спортинформ, 1990. - Вып. 3. - С. 121-141.
6. Николаев В.Г., Шарайкина Е.П., Николаева Л.В., Ефремова В.П., Жовнерович Л.М., Шарайкина Н.Г., Тимошенко В.О., Ананьев И.Н. Интегративно-антропологическая оценка морфофункционального состояния органов пищеварительного тракта в норме и в условиях патологии. // Вестник научных исследований. - 1995. - № 5. - С. 45-49.
7. Черноруцкий М.В. Учение о конституции в клинике внутренних болезней // Труды 7-го съезда Российских терапевтов. - Л.: Наркомздрав, 1925. - С. 304-312.
8. Шарайкина Е. П. Закономерности изменчивости антропометрических параметров и биохимических показателей крови молодых людей в зависимости от типа телосложения и пола: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. - Красноярск, 2005. - 44 с.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ

Грошев С.А.

Центр последипломного медицинского образования г. Ош

Резюме: Целью работы стало изучение клинических симптомов поражения нервной системы у больных ревматоидным артритом (РА) с антифосфолипидным синдромом (АФС). Под наблюдением находились 12 больных РА с поражением нервной системы на фоне АФС. Обследование больных включало в себя изучение клинических симптомов, использование рутинных лабораторных и инструментальных методов ревматологической диагностики. Всем больным были проведены ЭЭГ, ЭхоЭГ, ЭНМГ, ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга, исследование глазного дна, биомикроскопия конъюнктивы и ЯМРТ головного и спинного мозга. У больных РА с АФС в патологический процесс вовлекается как периферический, так и центральный отдел нервной системы. Поражение ЦНС представлено признаками ишемического поражения множественного мелкоочагового характера. Наиболее грозными формами неврологической патологии у больных РА с АФС являются острые нарушения мозгового кровообращения, склонные к повторному развитию.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, антифосфолипидный синдром, нервная система.

CLINICAL SIGNS OF THE NERVOUS SYSTEM LESIONS DURING RHEUMATOID ARTHRITIS WITH ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME

Groshev S.A.

The Centre of postgraduate medical education of Osh

Summary: The aim of the work became the studying of symptoms of nervous system lesions in patients with rheumatoid arthritis (RA) and antiphospholipid syndrome (APS). Under the examination, there were 12 patients with RA and nervous system lesions under the background of APS. Studying of patients included examination of clinical symptoms, usage of routine laboratory and instrumental methods of rheumatologic diagnostic. For all patients EEG, EchoEG, ENMG, ultrasound dopplerography of cerebral vessels, examination of fundus of eye, biomicroscopy of conjunctive, and MRI of brain and spinal cord were conducted. In patients with RA and APS, peripheral part of nervous system is involved as well as central part. Signs of plural and small-focal ischemic affections perform CNS lesions. The most threatening forms of neurological pathology in patients with RA and APS are acute disorders of cerebral circulation, disposed to recurring development.

Key words: rheumatoid arthritis, antiphospholipid syndrome, nervous system.

ВВЕДЕНИЕ

Хорошо известно, что ревматоидный артрит (РА) – один из классических представителей аутоиммунных заболеваний соединительной ткани. При этом заболевании патологический процесс распространяется и на нервную систему, причем частота ее вовлечения по данным разных авторов достигает 91% [5,8,9]. Если учесть, что РА поражает от 1 до 3% населения разных стран [6], то количество больных с неврологическими проявлениями достигает достаточно большого значения. Это и заставляет многих неврологов и ревматологов объединять усилия для продолжения борьбы с этим инвалидизирующим недугом.

Клинические проявления поражения нервной системы у больных РА достаточно хорошо изучены на се-

годняшний день. Исследователи указывают на преимущественное вовлечение периферической нервной системы, проявляющееся в симптомах периферической нейропатии или полинейропатии [5-7].

Однако при развитии у больных РА вторичного антифосфолипидного синдрома (АФС) меняется клиническая картина как болезни в целом, так и неврологические проявления в частности. Известно, что основными проявлениями АФС являются множественные тромбозы, преимущественно локализующиеся в сосудах кожи и центральной нервной системы (ЦНС) [1,2,4,10]. Таким образом, АФС существенно изменяет неврологическую симптоматику РА, однако в доступной литературе мы не смогли обнаружить полного и последовательного изложения неврологических проявлений при РА с АФС.

Основные клинико-лабораторные проявления АФС у обследованных больных

Показатели АФС	Больные РА с поражением нервной системы и АФС	
	абс.	%
Повторные тромбозы сосудов:		
- вен нижних конечностей	5	41,6
- вен верхних конечностей	2	16,6
- ТЭЛА (легочной артерии)	1	8,3
- сетчатки глаз	1	8,3
- печени (синдром Бадда-Киари)	1	8,3
- артериальный тромбоз	2	16,6
Акушерская патология	9	75,0
Сетчатое ливедо	8	66,6
Тромбоцитопения	5	41,6
Антитела к кардиолипину класса G	10	83,3
Положительный уровень КЛВА	12	100,0

Целью настоящей работы стало изучение клинических симптомов поражения нервной системы у больных РА со вторичным АФС.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находились 12 больных РА с поражением нервной системы на фоне АФС, в том числе 11 женщин и один мужчина в возрасте от 19 до 37 лет. Диагноз РА выставлялся на основании критериев Американской коллегии ревматологов [9]. Степень активности патологического процесса, характер течения, клинико-анатомическая и иммунологическая характеристика определялись в соответствии с классификацией, принятой президиумом Всесоюзного научного общества ревматологов [5]. Диагностика АФС проводилась согласно критериям Alarcon-Segovia D. et al. [2], кроме того, применялся и метод определения кардиолипинзависимой В-клеточной активации (КЛВА) [3,8].

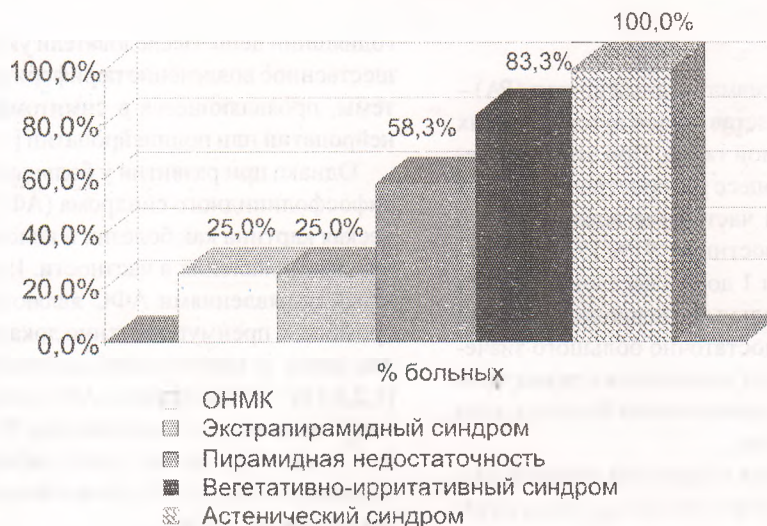
Детальное комплексное обследование больных включало в себя изучение клинических симптомов, а

также использование рутинных лабораторных и инструментальных методов диагностики, применяемых в ревматологической практике. Всем больным были проведены ЭЭГ, ЭхоЭГ, ЭНМГ, ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга, исследование глазного дна, биомикроскопия конъюнктивы и ЯМРТ головного и спинного мозга.

В зависимости от клинических форм РА больные распределились следующим образом: I степень - активности имела место у одной больной, II степень - у 8 и III степень - у 3 больных. Быстро прогрессирующее течение наблюдалось у 9 человек, тогда как у трех пациентов мы наблюдали медленно прогрессирующее течение болезни. У всех 12 больных отмечался полиартритический вариант РА. У 11 обследованных выявлен серопозитивный, а у одного больного серонегативный РА. Функциональную недостаточность суставов (ФНС) I степени имела одна больная, ФНС II степени - 8 и ФНС III степени - 3 человека.

В таблице 1 приведены основные клинические и лабораторные признаки АФС (кроме симптомов пора-

Рис. 1. Удельный вес неврологических проявлений у больных РА с АФС



жения нервной системы), выявленные у наблюдавшихся больных по данным анамнеза и клиничко-лабораторного исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В изученной группе больных нам удалось констатировать поражение периферической нервной системы у всех 12 больных. У них имела место периферическая нейропатия. Вовлечение ЦНС проявлялось в виде следующих неврологических синдромов: пирамидной недостаточности у 7 больных; экстрапирамидным у 3, вегетативно-ирритативным у 11 человек; астенический синдром имел место у всех 12 пациентов, у троих больных поражение нервной системы было представлено острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК), при этом у одной по типу ишемического инсульта и у двоих пациенток – преходящими нарушениями мозгового кровообращения (ПНМК) (см. рис. 1).

Синдром пирамидной недостаточности, как было указано выше, констатирован у 7 больных. Пирамидные нарушения у большинства из них (у 5 человек) проявлялись повышением сухожильных и периостальных рефлексов, расширением рефлексогенных зон, патологическими и извращенными рефлексами, но не сопровождались заметными парезами конечностей. Лишь у двух наших больных пирамидные нарушения носили достаточно грубый характер, сопровождаясь пирамидной гипертонией и снижением силы мышц конечностей. В первом из указанных наблюдений левосторонний спастический гемипарез сопровождался ядерным поражением глазодвигательных нервов, преимущественно правого, создавая картину альтернирующего синдрома. Во втором наблюдении центральный гемипарез сочетался с заметным расширением субарохноидальных пространств на ЯМРТ-исследовании головного мозга.

Экстрапирамидный синдром у больных РА с АФС проявлялся гипомимией, снижением модуляции голоса (у двух человек), замедлением движений (у 3), повышением тонуса мышц по экстрапирамидному типу и феноменом «зубчатого колеса» (у 3 пациентов). При этом у одной больной наблюдались лишь некоторые из перечисленных симптомов. Полного развития амиостатического симптомокомплекса нам не удалось отметить ни у одного из наших больных. Экстрапирамидные нарушения наблюдались относительно редко, значительно реже пирамидных расстройств.

Нарушение вегетативной иннервации, выделенные нами в виде вегетативно-ирритативного синдрома, констатированы у 11 больных РА на фоне АФС. Нарушения вегетативной иннервации отличались выраженностью и разнообразием. Мы наблюдали патологию пототделения у 6 пациентов (гипергидроз у 4 человек, ангидроз у 2 человек), изменения дермографических реакций и пиломоторного рефлекса (у 9), снижение или извращение рефлекса Ашнера-Данини (у 8 обследованных). У 3 больных наблюдались синдром Горнера. У 5 из описываемых больных предпринято изучение

течения процессов, имеющих суточную периодичность (температура, диурез). Результаты исследований позволили выявить значительные извращения указанных процессов. Преобладание утренней температуры над вечерней в отдельные дни наблюдалось у 4 больных. Отчетливого преобладания ночного диуреза над дневным наблюдалось у троих пациентов. В соответствии с данными А.М. Вейна [7], извращение нормального течения указанных процессов с суточной периодичностью у больных РА с АФС свидетельствует о поражении вегетативных центров гипоталамической области.

Проведенные нами обследования некоторых вегетативных функций больных РА с АФС, убедительно свидетельствуют о значительном распространении патологического процесса по вегетативной нервной системе. Так, обнаруженные нами нарушения дермографических реакций, пиломоторного рефлекса, пототделения, «пятнистость» нарушения температурной топографии кожи указывают на поражение вегетативной нервной системы в периферическом отделе (боковые рога спинного мозга, узлы пограничного симпатического ствола). В то же время нарушения нормального течения циклических процессов с суточной периодичностью (температуры, диуреза), склонность к развитию своеобразного температурного гемисиндрома при исследовании температурной топографии кожи убедительно свидетельствуют о поражении вегетативных центров гипоталамической области у изученной группы больных.

Нарушения психических функций, различные по характеру и степени выраженности, мы констатировали у всех 12 больных РА с АФС. Нарушения психики у наших пациентов проявлялись раздражительностью (у 10 человек), эмоциональной неустойчивостью (у 9), непереносимостью резких физических и психических воздействий (у 11), снижением памяти (у 6 обследованных), внимания (у 7 больных), умственной трудоспособности (у 5), вялостью (у 8 человек), снижением волевых побуждений у всех больных. В целом указанные нарушения психики можно характеризовать как явления церебральной астении, в виду чего нами выделен астенический синдром.

Наличие выраженных и длительно существующих нарушений психической деятельности в сочетании с нерезко выраженными, но диффузными нарушениями пирамидных систем свидетельствует в пользу предположения о возникновении структурных изменений в коре головного мозга у больных РА с АФС.

Как было указано выше, у троих больных поражение нервной системы было представлено ОНМК, при этом у двоих - в виде ПНМК и у одной больной по типу ишемического инсульта.

Наблюдавшиеся нами ПНМК характеризовались клиническими признаками мелкоочаговых поражений, что отражало вовлечение сосудов небольшого диаметра. Так же была отмечена малая длительность этого синдрома: очаговый неврологический дефицит продолжался в течение 10 минут у одной больной и 20 минут – у второй и самостоятельно регрессировал.

Ишемический инсульт протекал по типу малого

инсульта в бассейне левой средней мозговой артерии. У этой больной к 10 дню состояние улучшилось, объем активных движений и сила в паретичных конечностях стали нарастать, афатические расстройства уменьшались. К 21 дню от начала заболевания осталась незначительная симптоматика в виде легкого пареза лицевого нерва и анизорефлексии. Однако, нужно отметить, что это был повторный ишемический инсульт. Первое ОНМК у этой больной отмечалось за полгода до настоящего случая и развивалось в бассейне передней мозговой артерии противоположного полушария.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Опираясь на все вышеизложенное необходимо отметить, что у больных РА с АФС в патологический процесс вовлекается как периферический, так и центральный отдел нервной системы. При этом поражение ЦНС представлено преимущественно признаками ишемического поражения головного мозга множественного мелкоочагового характера. Однако наиболее грозными формами неврологической патологии у больных РА с АФС, несомненно, являются ОНМК. Тем более, что последние склонны к повторному развитию.

Таким образом, наличие АФС у больных РА является прогностически неблагоприятным признаком. У таких пациентов АФС, являясь одним из основных механизмов патогенеза сосудистой патологии мозга, может привести к развитию ОНМК [11]. Это позволяет говорить о том, что необходимо продолжение исследования особого варианта РА при развитии вторичного АФС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дорохов А.Е. Опыт антифосфолипидного синдрома. //Ревматология. – 2003. – №2. – С. 114.
2. Калашникова Л.А. // Неврология антифосфолипидного синдрома. – М. «Медицина». – 2003. – 256 с.
3. Мамасаидов А.Т. В-клеточная активация при ревматических заболеваниях. //Дисс. ...докт. мед. наук. – 14.00.39. – Волгоград. – 1997.
4. Насонов Е.Л. //Антифосфолипидный синдром. – М. «Литтерра». – 2004. – 434 с.
5. Насонова В.А. //Клиническая ревматология. – М. «Медицина». – 1999. – 412 с.
6. Насонова В.А., Бунчук В.Н. //Избранные лекции по клинической ревматологии. – М. «Медицина». – 2001. – 272 с.
7. Умарова Л.С., Меленик В.Л. О состоянии вегетативной системы у больных инфекционным неспецифическим (ревматоидным) полиартритом. //В кн.: Патология нервной системы. – Актобинск. «Книга» – 1977. – С. 21-23.
8. Юсупов Ф.А. В-клеточная активация при системной красной волчанке и ревматоидном артрите с поражением нервной системы. //Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – Алматы. – 2005. – 36 с.
9. American College of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines. Guidelines for the Management of Rheumatoid Arthritis. 2002 Update. //Arthritis and Rheumatism. – 2002. – V. 46. – P. 328-346.
10. Gromnica Ihle E., Schossler M. Antiphospholipid syndrome. //Int. Arch. Allergy Immunol. – 2000. – V. 123. – P. 67.
11. Levine S.R., Brey R.L., Tilley B.C. et al. APL and stroke study (APASS). //Lupus. – 2002. – 11 (9). – 559 (abstr.).

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОТИВОЯЗВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ РАЗЛИЧНЫМИ КАТЕГОРИЯМИ НАСЕЛЕНИЯ ПО ДАННЫМ НЕКОТОРЫХ ЦСМ г. БИШКЕК.

Джапаралиева Н.Т., Минбаева Н.Т., Дуйшалиева Г.А.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней и эндокринологии

Кыргызская государственная медицинская академия, г. Бишкек, КР.

Цель исследования: Предварительный анализ использования противоязвенных препаратов различными категориями населения в некоторых ЦСМ города Бишкек.

Ключевые слова: противоязвенные препараты, язвенная болезнь, самолечение.

Aim of issue: Preliminary analyze of use of ant ulcer prepares to different categories of person in some centers of family medicine (FMC) in Bishkek.

Key words: anti ulcer prepares, ulcer disease, self-treatment.

В силу сложившихся обстоятельств даже специалисты практического здравоохранения не имеют иногда возможности адекватно подобрать лекарственные препараты, в том числе и антисекреторные.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Предварительный анализ использования противоязвенных препаратов различными категориями населения по данным некоторых ЦСМ города Бишкек.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Анализ самостоятельного использования населением противоязвенных лекарственных средств в городе Бишкек.

2. Выявить отношение больных язвенной болезнью к эффективности проведения противоязвенной терапии, назначенных лечащим врачом

Материалы и методы исследования: Изучение общей практики использования противоязвенных средств проводилось исследованием амбулаторных карт пациентов старше 18 лет в трех группах семейных врачей (Центры семейной медицины №7, 16, 18) г. Бишкек и в Кыргызском научном исследовательском институте курортологии и восстановительного лечения (КНИИ-КиВЛ). Диагноз подтверждался тщательным сбором жалоб, анамнеза, физикальными и соответствующими инструментальными методами исследования, в том числе и эзофагогастродуоденоскопии. Всего проанализировано – 67 карт, из них язвенная болезнь желудка - 11 (16,42%), язвенная болезнь 12-ти перстной кишки - 56 (83,58%), рецидив язвенной болезни желудка - 12 (17,91%), рецидив язвенной болезни 12-ти перстной киш-

ки - 29 (43,29%), впервые выявленная язвенная болезнь - 26 (38,8%)

Для анализа проблем самолечения нами изучено отношение населения к своему здоровью, а также оценивалась фармацевтическая осведомленность ими о противоязвенных препаратах по номерам телефонов, взятых из амбулаторных карт. Из существующих методов анкетирования нами взяты данные открытых методов формулирования вопросов в анкетах. При открытом методе опроса респондент сам формулирует свой ответ, исходя из собственных побудительных мотивов, и не подтвержден субъективному влиянию со стороны исследователей [2].

Уровень фармацевтической осведомленности оценивался по знаниям определенной информации о качестве лекарственных средств (ЛС), сроках годности и хранения ЛС, а также источники знаний [2].

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Анализ ответов на вопросы анкеты: «Когда у вас боли в эпигастрии, усиливающиеся ночью, что вы делаете?» показал, что 10% респондентов испытывали затруднения при ответе, 70% при заболевании обращаются к врачу, однако 20% лечатся самостоятельно. На вопрос о том, всегда ли противоязвенные препараты, назначенные лечащим врачом приносят пользу 68,3% считают лекарства полезными, 11,5% считают, что лекарства приносят только вред, а 20,2% не имеют четкого представления об их пользе или вреде. Чтобы выяснить, знают ли они о том, что один лекарственный препарат может иметь разные наименования, 72,3% отве-

тили «нет», а 27,7 % анкетированных вообще никогда не слышали о такой постановке вопроса.

Таким образом, как показало наше исследование, большая часть населения не имеет объективной информации о противоязвенных препаратах, и считает, что достаточно рекламы о лекарствах, чтобы принять самостоятельное решение об их использовании. Как указывают современные исследования [1,3] и, на наш взгляд тоже, информация, содержащаяся в листовках-вкладышах и в средствах массовой информации, в большинстве случаев носит рекламный характер, и не относится к категории доказательных и независимых источников.

На наш взгляд, готовность определенной части населения к самолечению наряду с экономическими трудностями сейчас, можно объяснить следующим: невысокий уровень образованности населения, а также интервенционная нерегулируемая реклама противоязвенных препаратов, не соблюдение диеты и режима питания (17,9%), отказом больных прекратить курение и воздержание от алкоголя (12%). Все вышеуказанное и является одной из основных причин, приводящих к часто рецидивирующему течению и развитию осложнений язвенной болезни, что и есть на практике.

В рациональном использовании противоязвенных препаратов ключевую роль играет мониторинг за правильным приемом лекарств, состоянием больных во время лечения и оценка результатов лечения каждого из них, убеждение населения о своевременном обращении к врачу и необходимости принимать противояз-

венные препараты вовремя. Вышеуказанное, несомненно, отражается на дальнейшем течении заболевания и развитии осложнений язвенной болезни.

ВЫВОДЫ:

1. В настоящее время часть больных с язвенной болезнью в г.Бишкек готовы к самолечению без консультации с врачом, поэтому необходимо проводить целенаправленную информационную работу среди населения о недопустимости самостоятельного лечения язвенной болезни.

2. Большая часть населения (68,3%), страдающих язвенной болезнью, довольны положительным эффектом от приема противоязвенных средств, назначенных врачом а 31,7% не смогли четко представить положительную динамику в своем здоровье от приема этих средств.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Зурдинов А.З. и соавт., *Внедрение в клиническую практику новых фармакологических средств природного и синтетического происхождения. Анализ и пути оптимизации использования лекарственных средств в Кыргызской Республике». Заключ. отчет. Бишкек-2005.*
2. Кулушева Г.А. *Анализ использования лекарственных средств населением и пути его рационализации., автореф. дис. ... канд. мед. наук, Бишкек, 2004.*
3. Власов В.В. *Доказательная медицина. //Ежегодный справочник. М., Медиа Сфера-2002, 2003.*

ГЕРИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Кирешеева Ж.И., Нанаева Г.К., Мамытбекова Ж.З., Матюшков П.И.

Кафедра внутренних болезней с доцентским курсом семейной медицины.

Кыргызская государственная медицинская академия, Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Целью исследования явилось: изучение структуры болезней у лиц пожилого и старческого возраста, социальных, экономических аспектов жизни данной категории больных. Было проведено анкетирование 100 пациентов в возрасте старше 60 лет. Выявлено, что в структуре заболеваемости преобладают коронарная болезнь сердца, гипертоническая болезнь, а также отмечается низкий прожиточный минимум данной категории больных.

Ключевые слова: геронтология, пожилой возраст, структура заболеваемости, коронарная болезнь, гипертоническая болезнь.

GERIATRIC ASPECTS IN FAMILY MEDICINE PRACTICE. Kyresheeva J. I., Nanaeva G.K., Mamytbekova D.Z., Matyshkov P.I. Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The purpose of research was: studying the elderly persons diseases structures and social-economic aspects of life within the given category of patients. Questioning of the 100 patients has been carried out using special item questionnaire. It is revealed, that in elderly patients diseases structures is prevailed coronary heart disease, essential hypertension, and also a low living level is expanded in the given category of patients.

Key words: geriatric, structure of diseases, elderly ages, living level, coronary heart disease, hypertension.

Изучение состояния здоровья и заболеваемости лиц пожилого и старческого возраста является неотъемлемой частью семейной медицины, раздела геронтология.

В связи с этим изучение структуры заболеваемости среди лиц пожилого возраста в центрах семейной медицины является целесообразным и важным для планирования конкретной помощи каждому больному по соответствующим нозологическим единицам.

При оказании и планировании медицинской помощи в группах семейных врачей следует учитывать важные аспекты, отражающие функциональное состояние пожилых, включая психологический, социальный, экономический статусы этой популяции [2, 4].

Семейный врач должен уметь диагностировать, лечить и при необходимости направлять на консультацию пожилых больных с различными заболеваниями (терапевтического, неврологического, урологического, хирургического профиля) и другими часто встречающимися проблемами на первичном звене здравоохранения, заниматься гериатрической реабилитацией [3]. Знание структуры заболеваемости лиц пожилого возраста и качества их жизни позволяет адресно планировать и оказывать медицинскую и социальную помощь.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение частоты заболеваний и качества жизни пожилых пациентов в возрасте старше 60 лет, обратившихся за амбулаторной помощью в центры семейной медицины.

МАТЕРИАЛИ МЕТОДЫ

Проведен анализ 3368 амбулаторных карт лиц старше 60 лет за 2004 год, наблюдавшихся в ЦСМ № 18, и соответствие лечения мониторируемых заболеваний (КБС, ГБ, ЯБ, БА) клиническим протоколам МЗ КР. Общее количество населения по данным переписи составило 20982 человек. Также было проведено анкетирование 100 больных. В анкету были включены вопросы, отражающие медицинские, социальные, экономические аспекты жизни пожилых пациентов.

Полученные результаты были отражены в относительных и абсолютных цифрах.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В структуре заболеваемости преобладает КБС в виде атеросклеротического кардиосклероза и стенокардии напряжения, затем следует гипертоническая болезнь и дисциркуляторная энцефалопатия, сахарный диабет, хронический бронхит и т.д., что соответствует данным [1].

По определению качества жизни пациентов, нами были выделены следующие группы больных: лица, получающие пенсионное пособие в сумме, не превышающей 1000 сом на человека - 65% и превышающей эту сумму - 35% обследованных.

Таким образом, большинство из обследуемого контингента имеют доходы ниже прожиточного минимума, что отражается на структуре заболеваемости.

Треть обследуемых больных являются одиночками:

Структура заболеваемости среди лиц, старше 60 лет по данным ЦСМ № 18.

№	Нозология	Частота случаев среди мужчин (абс.чис.)	Частота случаев среди женщин (абс.чис.)	Общее количество случаев	Заболеваемость в %
1.	КБС. Атеросклеротический кардиосклероз	260	634	894	26,5
2.	Гипертоническая болезнь	165	393	558	16,5
3.	Дисциркуляторная энцефалопатия	200	291	491	14,5
4.	Сахарный диабет	73	176	249	7,4
5.	КБС. Стенокардия напряжения	110	120	230	6,8
6.	Хронический бронхит	140	102	242	7,2
7.	ОРВИ	59	129	188	5,6
8.	Хронический пиелонефрит	35	85	120	3,6
9.	Хронический холецистит	37	61	98	2,9
10.	Деформирующий остеоартроз	22	71	93	2,8
11.	Остеохондроз	30	39	69	2
12.	Онкологические заболевания	36	29	65	1,9
13.	Пневмония	16	28	42	1,2
14.	БА	15	26	41	1,2
15.	Хронический панкреатит	9	23	32	0,9
16.	ЖДА	10	9	19	0,6
17.	Общее количество больных пожилого возраста	1181	2187	3368	100

одиноких пациентов было — 37%, из них мужчин — 5%, женщин — 32%; лиц, имеющих семью - 63%, из них мужчин - 21%, женщин - 42%.

По потреблению мясных продуктов на душу населения за 1 неделю данные опроса составили: совершенно не употребляют мясо - 12%, употребляют - от 100 до 200 грамм - 17%, от 200 до 300 грамм - 25%, от 300 до 500 грамм - 19% и от 500 и более - 27% обследуемых. Таким образом, более 2/3 больных не потребляют достаточного количества мясных продуктов (белка) для поддержания должного уровня здоровья.

Далее этот же контингент больных опрошен на наличие вредных привычек, что показало: 24 пациента из 100 имеют вредные привычки (курение — 11 человек, прием алкоголя — 13 человек); из них употребляющих алкоголь мужчин — 11%, а женщин - 2%; курящих мужчин - 9%, женщин - 2%.

При анализе соответствия лечения мониторируемых заболеваний (КБС, ГБ, ЯБ, БА) было выявлено соответствие лечения клиническим протоколам у 60% больных.

ВЫВОДЫ

1. В структуре заболеваемости лиц пожилого возраста преобладает коронарная болезнь сердца, затем следует гипертоническая болезнь, далее заболевания эндокринной системы (сахарный диабет) и бронхо-легочного аппарата.

2. 65% анкетированных пациентов имеют доходы ниже прожиточного минимума, что сказывается на

характере питания больных (2/3 больных не потребляют достаточного количества мясных продуктов, для поддержания достаточного уровня здоровья).

3. Четверть опрошенных больных имеют вредные привычки (курение, употребление алкоголя).

4. Соответствие стандартам лечения мониторируемых заболеваний было выявлено у 60 % больных, что говорит о недостаточной информированности семейных врачей, а в некоторых случаях лекарственные препараты, указанные в клинических протоколах, не назначаются пациентам из-за их высокой стоимости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гасилин В.С. Особенности лечения хронической ишемической болезни сердца у лиц пожилого и старческого возраста. РМЖ, 2001, Том 9, № 1. - С. 20-21.
2. Григорьев П.С., Блохин Б.А., Диспансерное наблюдение за больными пожилого возраста, страдающими сердечно-сосудистыми заболеваниями. Кремлевская медицина. Клинический вестник, 1999, № 4 - С. 22-25.
3. Напаева Г. К. Геритрия. Бишкек 2002. - С. 1-5, 16-17, 19-20.
4. Нефедова И.Л., Михневич Н. Н. Медико-социальные проблемы пожилых. РМЖ, 1998 том. № 21. - С. 34-38.

ХРОНИЧЕСКАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ДЕТЕЙ

Краснощекова М., Бейшебаева Н.А., Тулеева А.

Кафедра факультетской педиатрии,

Кыргызская Государственная Медицинская Академия, г. Бишкек, Кыргызстан

Резюме. Проблема развития, течения, терапии хронической почечной недостаточности у детей остаются актуальными и на сегодняшний день. До настоящего момента отсутствуют данные о распространенности хронической почечной недостаточности (ХПН) у детей в Кыргызстане. В наших наблюдениях всего у 2,4% больных из 1130 была выявлена ХПН. Причиной ХПН у 42,9% стал гломерулонефрит (ГН), у 32,1% хронический пиелонефрит, одинаково часто (10,7%) встречались больные с наследственным нефритом и вторичным гломерулонефритом, наиболее редко больные с неспецифическим аortoартериитом 3,6%. Из 27 пациентов у 15 детей (55,5%) были впервые выявлены признаки терминальной стадией хронической почечной недостаточностью (ТХПН), летальность составила 81,5% (22 больных).

Ключевые слова: хроническая почечная недостаточность, дети.

CHRONIC RENAL FAILURE IN CHILDREN

Krasnosheikova M., Beishebaeva N.A., Tuleeva A. Kyrgyz States Medical Academy, Bishkek, Kyrgyzstan
Pediatric faculty

Summary: The problem of development, duration, treatment chronic renal failure in children is actually today. At the present time we have not information about prevalence of chronic renal failure in children in Kyrgyzstan. In our observation 2,4 % of patients from 1130 had chronic renal failure, causes of chronic renal failure 42,9 % of patients was glomerulonephritis, 32,1% of patients was chronic pyelonephritis, equally we often met patients (10,7%) with hereditary nephritis and secondary glomerulonephritis, least often 3,6% of patients with nonspecific aortic arteritis. In 15 children (55%) from 27 patients for the first time were revealed showings in terminal stage of chronic renal failure (TSoCRF), mortality was 81.5% (22 patients).

Key words: Chronic renal failure, children.

Хроническая почечная недостаточность (ХПН) — симптомокомплекс, вызванный необратимой гибелью нефронов, к ней ведут многие первичные или вторичные хронические заболевания почек. Частота ХПН колеблется в различных странах в пределах 100—600 на 1 млн взрослого населения. Частоту развития ХПН в детском возрасте трудно определить, и тем не менее, несмотря на неоднородность данных в разных странах и в различные годы, можно предположить, что ежегодно по крайней мере от 4 до 6 детей на 1 млн детского населения до 15 лет нуждаются в почечно-заместительной терапии (ПЗТ) [ЕДТА, Игнатова М.С., Вельтишев Ю.Е., 1989; Папаян А.В., Савенкова И.О., 1997]. С возрастом частота развития ХПН у детей увеличивается. В возрастной группе от 0 до 5 лет она составляет 1,6, у детей от 5 до 10 лет — 4,0, от 10 до 16 лет — 8,1 на 1 млн детского населения. По данным US Renal Data Systems, частота развития терминальной стадии ХПН у детей до 19 лет составляет 11 на 1 млн населения США в год, причем чаще встречается в возрасте от 15 до 19 лет [3].

Почечно-заместительная терапия связана со значительными материальными затратами, и поэтому на сегодняшний день уровень этих медицинских технологий

считается одним из показателей развития медицины в государстве.

Основная цель исследования — это предоставление информации, только по данным НЦП и ДХ, о проблеме хронической почечной недостаточности у детей, которая существует в нашей стране и требует решения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В работе использовались:

1. Ретроспективный анализ историй болезней пациентов, лечившихся в 2000—2004 гг. в отделениях нефрологии реанимации.
2. Динамическое наблюдение больных с ХПН госпитализированных в отделение нефрологии за 2005 г.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

До настоящего момента отсутствуют данные о распространенности хронической почечной недостаточности у детей в Кыргызстане, что объясняется отсутствием регистра по ХПН. По результатам наших исследований всего у 2,4% больных из 1130 была выявлена ХПН (табл. 1). Малый процент видимо, связан с тем, что

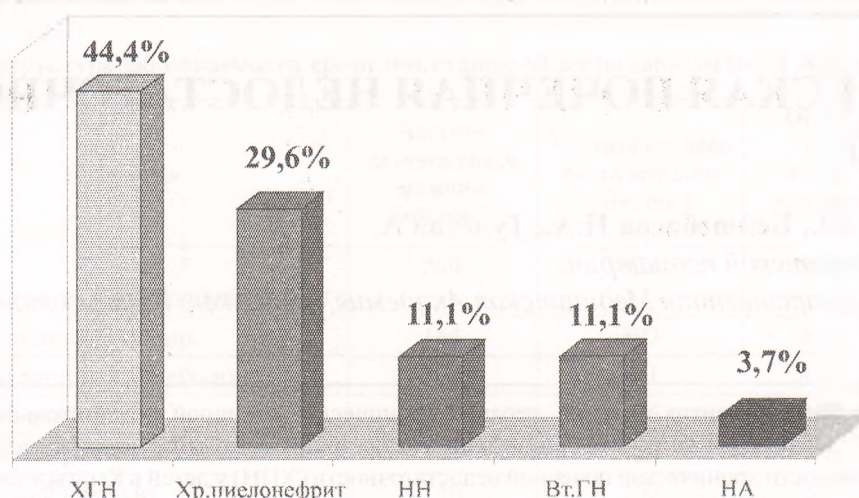


Рис. 1 Структура ХПН

Примечание: ХГН – хронический гломерулонефрит, НН – наследственный нефрит, Вт.ГН – вторичный гломерулонефрит, НА – неспецифический аортоартериит.

при изучении распространенности ХПН учитывались больные госпитализированные в отделение нефрологии и реанимации НИЦП и ДХ.

По данным EDTA, среди заболеваний почек, приведших к ХПН у детей в 1987-1991 г. в Европе, наибольшее число составили обструктивные уропатии; на долю почечной гипоплазии, дисплазии и пиелонефрита приходится 36%. Далее следуют гломерулопатии — 26%, фокально-сегментарный гломерулосклероз с нефротическим синдромом — 9,4%. Наследственные нефропатии (поликистоз почек, нефронофтиз, цистиноз и пр.) составили 17,3%, ГУС — 4,5% [3]. В наших наблюдениях самой частой причиной ХПН является гломерулонефрита (ГН) 42,9%, вторым по частоте 32,1% стали хронические пиелонефриты, одинаково часто (10,7%) встречались больные с наследственным нефритом и вторичным гломерулонефритом, наиболее редко больные с неспецифическим аортоартериитом 3,6% (рис. 1).

Темпы прогрессирования ХПН прямо пропорциональны скорости склерозирования почечной паренхимы и во многом определяются этиологией и активностью нефропатии (таб. 1). Так, наиболее высоки есте-

ственные темпы прогрессирования при гломерулопатиях, так при активном волчаночном нефрите (5,0% из общего числа больных с СКВ), гломерулонефрите (3,3% из 318 больных), 30,0% больных с наследственным нефритом, видимо, связан с малым числом больных. Значительно медленнее прогрессирует ХПН при хроническом пиелонефрите (1,2% из 680 больных).

Среди больных с ХПН преобладали девочки (62,7%), чем мальчики (37,3%) (рис. 2). Такое соотношение сохранялось в группе больных с вторичным гломерулонефритом, что объясняется течением системной красной волчанки и вторичным пиелонефритом. Мальчики преобладали в группе больных с наследственным нефритом, что также объясняется особенностями заболевания.

Возрастной состав детей с ХПН разнообразен, но при ретроспективном анализе нами выявлено, что наибольшее распространение ХПН получило у детей старше 10 лет во всех нозологических формах. В возрастной группе от 0 до 3 лет больных не было, у детей от 4 до 10 лет — 18,5%, от 10 до 17 лет — 81,5% (таб. 2). По данным US Renal Data Systems, частота развития терминальной стадии ХПН у детей до 19 лет составляет 11 на 1 млн

Таблица 1.

Причина развития хронической почечной недостаточности у детей.

Показатели	показатели		хпн	
	абс	%	абс	%
Хронический гломерулонефрит	318	28,1	11	3,5±1,1
Вторичный гломерулонефрит	КПГН	101	2	2,0±1,3
	Люпус-нефрит	20	1	5,0±4,8
Хронический пиелонефрит	680	60,2	8	1,2±0,4
Неспецифический аортоартериит	1	0,1	1	100
Наследственный нефрит	10	0,9	4	30,0±14,4
Всего	1130	100	27	2,4±0,5

Примечание: КПГН – капилляротоксический нефрит

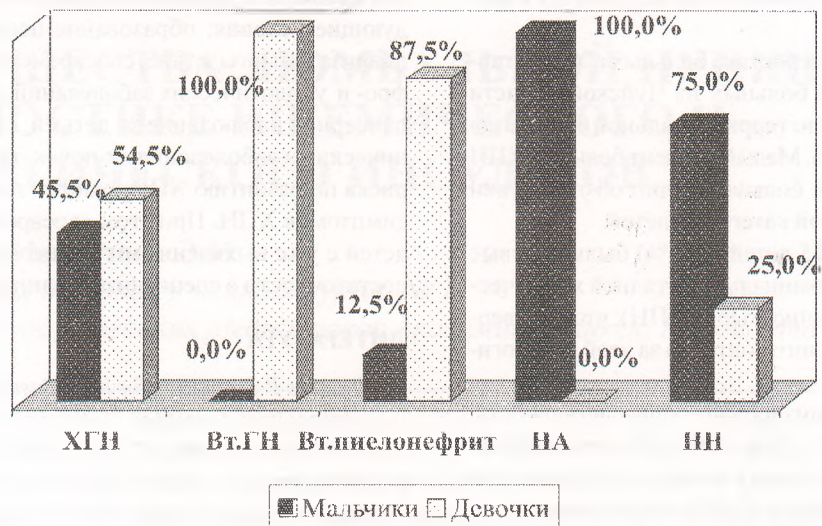


Рис. 2. Характеристика ХПН по половому признаку.

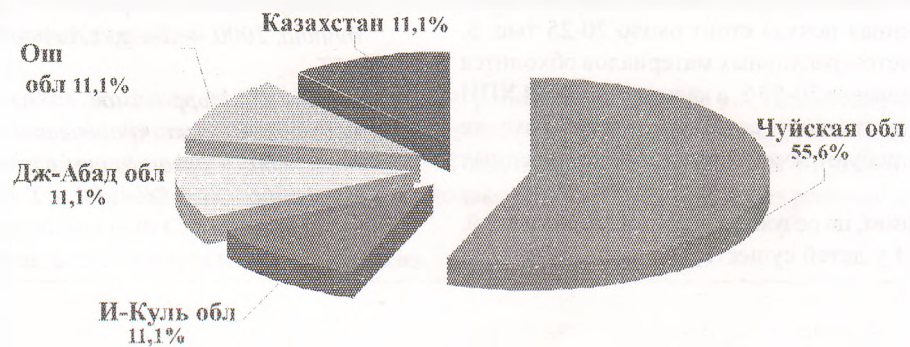


Рис. 3. Распределение ХПН по регионам.

Таблица 2

Характеристика хронической почечной недостаточности по полу и возрасту

Показатели	Пол				Возраст			
	м		ж		4 – 9 лет		10 – 17 лет	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Хронический гломерулонефрит	5	45,5	6	54,5	1	10,0	9	90,0
Вторичный гломерулонефрит	-	-	3	100,0	1	25,0	3	75,0
Хр. пиелонефрит	1	12,5	7	87,5	3	37,5	5	62,5
Неспецифический аортоартериит	1	100,0	-	-	-	-	1	100,0
Наследственный нефрит	3	75,0	1	25,0	-	-	4	
Всего:	10	37,3	17	62,7	5	18,5	22	81,5

населения США в год, причем чаще встречается в возрасте от 15 до 19 лет.

Региональная характеристика больных с ХПН отличалась преобладанием больных из Чуйской области (55,6%), что обусловлено территориальной близостью к нашему центру (рис. 3). Малый процент больных ХПН из отдаленных областей больше говорит об отсутствии полноценного учета этой категории детей.

Из 27 пациентов у 15 детей (55,5%) были впервые выявлены признаки терминальной стадией хронической почечной недостаточностью (ТХПН), что подтверждает отсутствие должного контроля за этой патологией в поликлиниках.

Нами также проанализирована общая летальность, которая составила 81,5% (22 больных). Высокая летальность, прежде всего, связана с запоздалой диагностикой заболеваний, приведших к ХПН, отсутствием заместительной терапии у этой категории больных.

В общем, из всей группы только 1 больная (3,7%) к настоящему моменту находится на лечении методами гемодиализа. Безусловно, главная причина этого показателя кроется в экономическом положении страны, которое в комментариях не нуждается. Каждый аппарат «искусственная почка» стоит около 20-25 тыс. \$, один сеанс с учетом расходных материалов обходится в сумму как минимум 70-80 \$, а каждый больной ХПН должен получать три таких сеанса в неделю. К тому же эти пациенты требуют дорогостоящих лекарственных препаратов.

Таким образом, по результатам наших наблюдений, проблема ХПН у детей существует в нашей стране и

для адекватной терапии гемодиализом необходимы следующие условия: образование центра хронического диализа в Кыргызстане, своевременное выявление нефро- и урологических заболеваний, обязательное диспансерное наблюдение за детьми, страдающими хроническими заболеваниями почек, входящих в группу риска по развитию ХПН, ранняя диагностика первых симптомов ХПН. При этом своевременно направлять детей с уже выявленными симптомами почечной недостаточности в специализированное отделение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Jungers P. Screening for renal insufficiency: is it worth while? Is it feasible? // *Nephrol. Dial Transplant.* 1999. vol. 14, №9, - P. 2082-2084.
2. Obrador G.T., Pereira B.J.G. Early referral to the nephrologists and timely initiation of renal replacement therapy: A paradigm shift in the management of patients with chronic renal failure. // *Kidney Dis.* 1998. vol. 31. - P. 398-417.
3. Ермоленко В.М. Нефрология: Руководство для врачей. Раздел: хроническая почечная недостаточность у детей. / под ред. И.Е. Тареевой. — М.: Медицина, 2000. — 2-е изд., перераб. и доп. — С. 596-657.
4. Калиев Р.Р. Миррахимов Э.М и др. Показатели распространенности хронической почечной недостаточности и организации службы гемодиализа в Киргизии. // *ЦАМЖ- 200.* — Т. VI. — приложение 3. — С.223-229.

ПРЕИМУЩЕСТВА ЛЮМБАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОГО И ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТОВ

Луценко И.Л., Мамытова Э.М.

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии № 1.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия, Бишкек, Кыргызстан

Настоящая работа основана на исследовании спинномозговой жидкости у 40 больных в возрасте от 34 до 82 лет, из которых в 20 наблюдениях - кровоизлияние в головной мозг, а в 20 случаях - ишемический инсульт. Установлено, что ликвор становится информативным только через 12 часов с момента начала заболевания, отсутствие эритрохромии в ликворе еще не говорит об ишемической природе инсульта, учитываются косвенные признаки наличия крови вне сообщения с ликворными путями.

Ключевые слова: ишемический, геморрагический инсульты, ликвор, дифференциальная диагностика.

ADVANTAGES OF LUMBAR PUNCTURE IN THE STROKE DIAGNOSTICS.

Loutsenko I.L., Mamytova E.M. Neurology and neurosurgery Department №1. Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyzstan

Present investigation was based on CSF diagnostics of 40 patients with ischemic and haemorrhagic stroke from 34 till 82 years old. It was shown diagnostic role of eritrochromia, ksantochromia, cytosin, increase of protein in the definition character of stroke in the CSF. Thus, it was proved that CSF is informative in the period of 12 hours after the disease beginning. Should to take attention indirect features presence of blood without the connection with CSF passways.

Key words: stroke, cerebral spinal fluid, diagnostics.

ВВЕДЕНИЕ

Проблема инсульта приобретает все большую медико-социальную значимость. Это обусловлено увеличением среди населения численности лиц пожилого и старческого возраста, а также нарастающим негативным влиянием факторов урбанизации в экономически развитых странах. Инсульты и их последствия занимают 2-3 место среди причин смертности. Из переживших инсульт к трудовой деятельности возвращаются не более 10-12%; 25-30% остаются до конца жизни инвалидами.

Дифференциальный диагноз между геморрагическим и ишемическим инсультом является одним из важнейших вопросов сосудистой патологии головного мозга. Последствия мозговой катастрофы напрямую зависят от своевременной диагностики вида инсульта и начатого патогенетического лечения. В настоящее время многим больным, перенесшим инсульт, находящимся в отдаленных районах, остается недоступной диагностика вида кровоизлияния с помощью МРТ и КТ-исследования. Результаты исследований, обобщенных Американской ассоциацией неврологов и группы экспертов ВОЗ, а также сообщения J.Toole и W.Hacke а.о. (1991) свидетельствуют о том, что в подавляющем большинстве случаев сформировавшийся мозговой инфаркт на МРТ и КТ может быть выявлен только на 2-3

сутки от начала заболевания, в то время, как диагностическая люмбальная пункция становится информативной уже через 12 часов от начала заболевания [4]. Большое значение в установлении характера острого нарушения мозгового кровообращения имеет исследование люмбальной пункции [1]. Мы также должны учитывать материальный и социальный уровень наших больных, которым компьютерная диагностика инсульта физически недоступна. И поэтому исследование спинномозговой жидкости на сегодняшний день, наряду с клинической картиной кровоизлияния или мозгового инфаркта, остается актуальной и эффективной диагностической процедурой.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Настоящая работа основана на исследовании спинномозговой жидкости у 40 больных в возрасте от 34 до 82 лет, из которых в 20 наблюдениях диагностировано кровоизлияние в головной мозг на фоне гипертонической болезни и аневризмы сосудов головного мозга, а в 20 случаях - ишемический инсульт на фоне гипертонической болезни и атеросклероза. Дифференциально-диагностическое значение эритрохромии, ксантохромии, цитоза и протеинорахии в определении характера инсульта показано на основании исследования спинномозговой жидкости у 40 больных с острыми наруше-

ПРЕИМУЩЕСТВА ЛЮМБАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОГО И ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТОВ

Луценко И.Л., Мамытова Э.М.

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии № 1.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия, Бишкек, Кыргызстан

Настоящая работа основана на исследовании спинномозговой жидкости у 40 больных в возрасте от 34 до 82 лет, из которых в 20 наблюдениях - кровоизлияние в головной мозг, а в 20 случаях - ишемический инсульт. Установлено, что ликвор становится информативным только через 12 часов с момента начала заболевания, отсутствие эритрохромии в ликворе еще не говорит об ишемической природе инсульта, учитываются косвенные признаки наличия крови вне сообщения с ликворными путями.

Ключевые слова: ишемический, геморрагический инсульты, ликвор, дифференциальная диагностика.

ADVANTAGES OF LUMBAR PUNCTURE IN THE STROKE DIAGNOSTICS.

Loutsenko I.L., Mamytova E.M. Neurology and neurosurgery Department №1. Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyzstan

Present investigation was based on CSF diagnostics of 40 patients with ischemic and haemorrhagic stroke from 34 till 82 years old. It was shown diagnostic role of eritrochromia, ksantochromia, cytosis, increase of protein in the definition character of stroke in the CSF. Thus, it was proved that CSF is informative in the period of 12 hours after the disease beginning. Should to take attention indirect features presence of blood without the connection with CSF passways.

Key words: stroke, cerebral spinal fluid, diagnostics.

ВВЕДЕНИЕ

Проблема инсульта приобретает все большую медико-социальную значимость. Это обусловлено увеличением среди населения численности лиц пожилого и старческого возраста, а также нарастающим негативным влиянием факторов урбанизации в экономически развитых странах. Инсульты и их последствия занимают 2-3 место среди причин смертности. Из переживших инсульт к трудовой деятельности возвращаются не более 10-12%; 25-30% остаются до конца жизни инвалидами.

Дифференциальный диагноз между геморрагическим и ишемическим инсультом является одним из важнейших вопросов сосудистой патологии головного мозга. Последствия мозговой катастрофы напрямую зависят от своевременной диагностики вида инсульта и начатого патогенетического лечения. В настоящее время многим больным, перенесшим инсульт, находящимся в отдаленных районах, остается недоступной диагностика вида кровоизлияния с помощью МРТ и КТ-исследования. Результаты исследований, обобщенных Американской ассоциацией неврологов и группы экспертов ВОЗ, а также сообщения J. Toole и W. Hacke а.о. (1991) свидетельствуют о том, что в подавляющем большинстве случаев сформировавшийся мозговой инфаркт на МРТ и КТ может быть выявлен только на 2-3

сутки от начала заболевания, в то время, как диагностическая люмбальная пункция становится информативной уже через 12 часов от начала заболевания [4]. Большое значение в установлении характера острого нарушения мозгового кровообращения имеет исследование люмбальной пункции [1]. Мы также должны учитывать материальный и социальный уровень наших больных, которым компьютерная диагностика инсульта физически недоступна. И поэтому исследование спинномозговой жидкости на сегодняшний день, наряду с клинической картиной кровоизлияния или мозгового инфаркта, остается актуальной и эффективной диагностической процедурой.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Настоящая работа основана на исследовании спинномозговой жидкости у 40 больных в возрасте от 34 до 82 лет, из которых в 20 наблюдениях диагностировано кровоизлияние в головной мозг на фоне гипертонической болезни и аневризмы сосудов головного мозга, а в 20 случаях - ишемический инсульт на фоне гипертонической болезни и атеросклероза. Дифференциально-диагностическое значение эритрохромии, ксантохромии, цитоза и протеинорамии в определении характера инсульта показано на основании исследования спинномозговой жидкости у 40 больных с острыми наруше-

ниями мозгового кровообращения. У больных были исследованы такие параметры спинномозговой жидкости, как содержание белка, цитоз, сахар, реакция Панди, хлориды, а также соотношение клинических симптомов развившегося заболевания с показателями спинномозговой жидкости.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В клинической картине ведущим симптомокомплексом была оболочечная симптоматика (геморрагический – в 95%, ишемический – в 100% случаев), на втором месте оказались общемозговые проявления (геморрагический – в 85%, ишемический – в 75% случаев) и оболочечная симптоматика преобладала при геморрагическом инсульте – 70%, при ишемическом составила лишь 45% случаев.

Также, анализируя клиническую картину в совокупности с люмбальной пункцией, можно наблюдать, что при ишемических инсультах преобладал мужской пол (60%), а при геморрагических – женский (70% случаев). Средний возраст для ишемического инсульта в нашем исследовании составил 57 лет, для геморрагического – 46.

Среди больных с геморрагическим инсультом 2 были с субарахноидальным кровоизлиянием. Кроме возрастного фактора, острого начала, люмбальная пункция является решающей в диагностике заболевания. Также известно, что в этом случае пункция ликворных путей имеет и терапевтическое значение [3].

Подчеркнем, что люмбальную пункцию не надо делать в первые 12 часов после начала заболевания, чтобы можно было отличить кровь, полученную вследствие травматичной пункции от кровоизлияния. Причина в том, что требуется около 12 часов, чтобы эритроциты подверглись лизису, а гемоглобин превратился в оксигемоглобин, что после центрифугирования СМЖ приводит к желтоватому цвету надосадочной жидкости (ксантохромии) [3]. Ксантохромия неизменно выявляется в период между 12 ч и 2 неделями после субарахноидального кровоизлияния.

При исследовании цвета спинномозговой жидкости отмечено, что в случаях мозговых кровоизлияний кровь может попасть в желудочки мозга и смешаться с вентрикулярным ликвором. При пункциях можно тогда обнаружить геморрагический ликвор и примесь неизменных эритроцитов. При мелких капиллярных кровоизлияниях или тромбозах, будем иметь желтоватое окрашивание жидкости с незначительной примесью крови. Субарахноидальные кровоизлияния дают геморрагический ликвор в первые дни своего развития. Позже происходит распад форменных элементов и появление в ликворе гемоглобина. Уже между 5-10 днем после кровоизлияния эритроциты исчезают, цвет жидкости возвращается к норме в течение ближайших 15-20 дней, если не происходит рецидива кровоизлияния [5].

В 2,5 % случаев геморрагического инсульта спинномозговая жидкость была нормальной, в остальных наблюдениях отмечалась примесь крови, сочетающаяся с ксантохромией (87,5 %), плеоцитозом от 18/3 до 1200/3 (90%) и увеличением количества белка от 0,43 до

6,89 мг % (85%). В двух случаях геморрагического инсульта цитоз составил 5 и 10 клеток соответственно (10% случаев), а в 15% содержание белка оставалось в нормативных пределах.

При инфаркте головного мозга из 20 наблюдений у 2-х больных спинномозговая жидкость до центрифугирования была кровянистой, эритрохромной, а после в одном наблюдении надосадочная жидкость осталась желтоватой, а во втором наблюдении после центрифугирования осталась бесцветной, прозрачной. В обоих наблюдениях в осадке содержалось небольшое количество эритроцитов. В 14 наблюдениях из 20 был обнаружен плеоцитоз от 4/3 до 15/3, в 3 наблюдениях 19/3, 35/3 и 95/3 соответственно клеток при положительной реакции Панди и в 2 случаях количество клеток оставалось в пределах нормы. В 78% наблюдений при геморрагическом инсульте выявлено значительное повышение белка, при ишемическом – лишь незначительная протеинорагия в 17,5% случаев.

Таким образом, основным ликворологическим признаком, позволяющим отличить церебральную геморрагию от инфаркта головного мозга, является эритрохромия в сочетании с ксантохромией, плеоцитозом и гиперпротеинорагией. Однако, указанный выше симптомокомплекс не может считаться абсолютно надежным показателем геморрагического инсульта. Необходимо учитывать время взятия люмбальной пункции от начала заболевания, индивидуальную реактивность оболочек, а также, при неизменном цвете ликвора, учитывать показатели белка, реакцию Панди и цитоз. К диагностической оценке ксантохромии, наступающей в результате гемолиза эритроцитов уже к концу первых и во вторые сутки геморрагического инсульта, и исчезающей через 7-15 дней, следует подходить с известной осторожностью. Появление и степень этой ксантохромии зависят не только от количества излившейся крови, но и от индивидуальной механической и осмотической резистентности эритроцитов. Кроме того, большее число эритроцитов всасывается в неизменном виде, не претерпевая гемолиза или происходит сгусткообразование. В подобных случаях ксантохромия отсутствует или выражена слабо [2].

В особую группу должны быть объединены случаи кровоизлияний с бесцветным и прозрачным ликвором, служащие основным источником диагностических ошибок. Этот феномен связан, в основном, с расположением очагов вне контакта с ликворосодержащими полостями. Причиной этого, вероятно, являлась блокада ликворных коммуникаций в результате отека мозга с разобщением церебрального и спинального субарахноидальных пространств [2]. Так, в 1 случае из 20 у больного до и после центрифугирования СМЖ оставалась бесцветной, прозрачной, возможно, это объясняется тем, что пункция была произведена через 2,5 часа после мозговой катастрофы.

При инфарктах мозга спинномозговая жидкость как правило бесцветная, прозрачная, что объясняется отсутствием форменных элементов, а следовательно и пигмента билирубина в ней.

Свидетельством геморрагического инсульта является

ся присутствие билирубина. Увеличение количества белка ликвора от значений, не превышающих 1,0% до высокого его содержания (от 5,0% до 50%) – почти обязательный симптом геморрагического инсульта [2]. Геморрагический ликвор характеризуется нарастающим в течение четырех-шести дней плеоцитозом, исчисляющимся десятками, сотнями и тысячами клеток. Он связан с присутствием большого количества крови в ликворе и реакцией оболочек на излившуюся кровь. По своему составу плеоцитоз преимущественно нейтрофильный или лимфоидно-нейтрофильный. Следует вместе с тем заметить, что иногда даже обширные кровоизлияния не сопровождаются плеоцитозом, что связано с индивидуальной реактивностью оболочек. Так, у 4 больных с геморрагическим инсультом, в спинномозговой жидкости взятой на 2 сутки заболевания цитоз составил от 5 до 37 клеток. В 78% случаев при геморрагическом инсульте содержание белка было значительно повышено, в 17% ишемических инсультов мы имели лишь незначительную протеинорахию.

При ишемическом инсульте плеоцитоз составляет исключение.

ВЫВОДЫ

1. Люмбальная пункция имеет важное диагностическое значение только после 12 часов. Причина в том, что требуется около 12 часов, чтобы эритроциты подверглись лизису, а гемоглобин превратился в ок-

сигемоглобин, что после центрифугирования СМЖ приводит к желтоватому цвету надсадочной жидкости (ксантохромии).

2. Отсутствие эритрохромии и присутствие билирубина еще не свидетельствует об ишемическом характере сосудистой катастрофы, необходимо обращать внимание на косвенные признаки кровоизлияния в мозг: положительных реакций Панди, плеоцитоза и повышение белка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гунер М.М. «Значение исследования спинномозговой жидкости при острых нарушениях мозгового кровообращения». //Автореферат, 1971, Ленинград.
2. «Дифференциальный диагноз характера инсульта в остром периоде» //Материалы конференции 25-27 мая 1971, Ленинград, 1972.
3. Дадиваян Ю.П. «Дифференциальная диагностика мозговых инсультов в остром периоде с применением вычислительных методов». //Автореферат, 1974, Ереван.
4. Виленский Б.С. «Инсульт», Санкт-Петербург, 1995.
5. Нафтулин Н.М. «Особенности клиники, течения и диагностики мозговой инсультов с кровоизлиянием в желудочки мозга».

КЛИНИЧЕСКИЕ МАСКИ БРУЦЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ

Ногойбаева К.А., Кутманова А.З.

Кафедра инфекционных болезней, Кыргызская государственная медицинская академия

Резюме: В данном исследовании впервые дан анализ причинам поздней диагностики бруцеллеза у детей. При этом установлено, что полиморфизм клиники бруцеллеза, особенности течения болезни в различные возрастные периоды обуславливают течение заболевания под клиническими масками и приводят к поздней диагностике и неэффективному лечению бруцеллеза у детей, а так же низкая настороженность врачей первичного звена в отношении бруцеллеза и неполноценное обследование лихорадящих больных способствуют диагностическим ошибкам.

Ключевые слова: бруцеллез у детей, клинические маски, поздняя диагностика.

THE CLINICAL MASK OF THE BRUCELLOSIS AT THE CHILDREN

Nogoibaeva. K.A. Kyrgyz State Medical Academy, Department of Infection Diseases

Summary: The first analysis of reasons of late diagnosis of the brucellosis at the children is divine for the first time in this research. Peculiarities of disease processing at different age periods characterizing processing of disease under clinical masks and also of low attention of first line doctors in to brucellosis and low quality of examination of favoring. Patients bring to late diagnosis and ineffective treatment of children's brucellosis.

Key words: children's brucellosis, clinical mask, late diagnostics.

ВВЕДЕНИЕ

В Кыргызской Республике сложилась крайне неблагоприятная эпизоотологическая и эпидемиологическая ситуация по бруцеллезу. Об этом свидетельствуют чрезвычайно высокие показатели заболеваемости людей данным зоонозом (ежегодные отчеты ДГСЭН), превышающие таковые других стран СНГ в десятки раз (данные ВОЗ, Carinfont, 2004). Причем, весьма настораживающим фактом является высокий процент детей больных бруцеллезом – 32%, от общей заболеваемости населения.

Резко ухудшившаяся эпизоотологическая ситуация по бруцеллезу в республике с 1990-х годов, связанная с распадом животноводческих хозяйств, попаданием инфицированных животных в общее поголовье с последующим повсеместным распространением данного зооноза, ослаблением контроля со стороны ветеринарной службы обусловили высокую заболеваемость им людей, включая и детей.

Литературные данные свидетельствуют, что клиника бруцеллеза у детей до 1970-х годов протекала тяжело с выраженными симптомами интоксикации и тяжелыми органными поражениями [1,2,3]. В последующие 20 лет, в результате успешных противоэпидемических мероприятий по борьбе с бруцеллезом достигнуто снижение заболеваемости среди детей, с эволюцией клинических проявлений заболевания в сторону облегченного течения с редким переходом в хронические формы и исчезновением заболеваемости среди детей младшего возраста [4, 5, 6]. Это послужило причиной снижения настороженности врачей в отноше-

нии данного заболевания, диагностических ошибок и поздней диагностики [7].

Правильное и своевременное установление диагноза является главным условием успешного лечения любого заболевания. Нами было доказано, что одной из причин хронизации бруцеллеза у детей является поздняя диагностика.

Нет сомнений в том, что осведомленность врачей нашей республики в отношении бруцеллеза заметно возросла, учитывая эпидемиологическую ситуацию, но вместе с тем, частота диагностических ошибок в распознавании бруцеллеза, у детей, достаточно велика. Это обусловлено полиморфизмом клинических проявлений бруцеллеза в острую стадию болезни, что вызывает затруднения ранней диагностики, нанося большой ущерб детскому организму из-за неадекватной антибактериальной терапии. С другой стороны, позднее выявление болезни приводит к несвоевременным противоэпидемическим мероприятиям в очаге инфекции, способствующее росту "семейных" очагов бруцеллеза. Следует также подчеркнуть, что поздно начатая этиотропная терапия на фоне формирования полиорганных поражений и способность бруцелл к внутриклеточному паразитированию из-за незавершенного фагоцитоза, не дает желаемого результата и не предупреждает организм от повторного заражения.

Целью настоящей работы явилось изучение причин диагностических ошибок бруцеллеза у детей, для разработки критериев ранней клинической диагностики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клиническая картина бруцеллеза изучена у 120 детей больных острым и хроническим бруцеллезом в возрасте от 0 до 15 лет, получавших лечение в Республиканской клинической инфекционной больнице г. Бишкек в 1999-2004гг. Диагноз бруцеллеза ставился с учетом клинико-эпидемиологических данных и результатов лабораторного обследования, включающих серологические (р.Хеддльсона, Р.Райта), бактериологические (гемокультура) и общеклинические (общий анализ крови и мочи) методы.

Все дети были из сельской местности, имели постоянный контакт с больными домашними животными и употребляли продукты из сырого молока.

Анализ клинической картины показал, что в 55 % случаев (66 больных) поступали в течение первых 10 дней болезни, остальные дети (54 человек) были госпитализированы позже 1го месяца и до 3 месяцев болезни. При этом, родители 26 детей поздно обратились, так как занимались самолечением. А 28 детей поступили в Республиканскую клиническую инфекционную больницу из других детских соматических стационаров и ЦСМ, где получали лечение по поводу различных заболеваний внутренних органов без эффекта.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

Анализ истории болезни показал, что наиболее часто дети старшего школьного и подросткового возраста находились на стационарном лечении по поводу ревматизма (57%) (табл. 1). В инфекционный стационар они поступили на 3-м месяце болезни после лабораторного подтверждения бруцеллеза и из-за отсутствия эффекта от лечения. К ошибкам в диагностике привели такие общие симптомы, как лихорадка и артриты. При дифференциации с бруцеллезом не были учтены характер лихорадочной реакции, лимфоаденопатия, гепатоспленомегалия, отсутствие летучих болей в суставах и невоспалительный характер общего анализа крови.

Ошибочный диагноз в виде бронхопневмонии встречался у 3 детей, причем в 2-х случаях у детей до 1 года и у одного ребенка в возрасте 2 лет. Детальный анализ показал, что у детей раннего возраста поражение органов дыхания были ранними и доминирующими проявлениями болезни. Клиническая симптоматика пораже-

ний органов дыхания характеризовалась длительной лихорадкой, кашлем непродуктивного характера, скудными физикальными данными, невоспалительным характером крови, и отсутствием эффекта от пенициллинотерапии. При этом врачи не обратили внимания такие характерные симптомы бруцеллеза, как выраженная потливость и гепатоспленомегалия. У всех отмечены негативная реакция при попытке поставить на ноги, что скорее всего, свидетельствовало о болевой реакции со стороны суставов.

У 5 больных в возрасте от 10 до 15 лет на фоне симптомов интоксикации и лихорадочного синдрома были выявлены жалобы на боли в поясничной области, что послужило причиной постановки диагноза пиелонефрита. При осмотре было установлено отсутствие дизурических явлений и патологических изменений в общем анализе мочи. Длительный лихорадочный синдром, упорные боли в поясничной области на фоне поражений органов РЭС требовали проведения дифференциации с сакроилеитом, так как для бруцеллеза ранним клиническим симптомом является поражение илеосакрального сочленения. В ряде случаев, причиной трудности диагностики бруцеллеза являются закономерность и патологическая обусловленность процесса. Так, 4 больных находились в отделении гастроэнтерологии с диагнозом гепатопанкреатит. У всех детей отмечались длительная лихорадка (около 1 месяца) с ознобами и потливостью, артралгии, боли в эпигастриальной области и диспепсические явления. Целенаправленное исследование состояния гепатобилиарной системы патологии не выявило. Боли в эпигастриальной области и диспепсические явления вызвали трудность диагностики бруцеллеза, поскольку была неправильная интерпретация таких клинических симптомов, как боли в суставах, длительная лихорадка с ознобами и потливостью, которые расценивались как проявления интоксикационного синдрома. При дополнительном обследовании были получены положительные результаты серологических исследований на бруцеллез: реакция Райта 1:400, реакция Хеддльсона положительная. Известно, что поражение желудочно-кишечного тракта не входит в классическую картину бруцеллеза, но и не является большой редкостью, особенно при алиментарном заражении [8].

Таким образом, полиморфизм клиники и особенности течения болезни в различные возрастные перио-

Таблица 1

Ошибочные диагнозы бруцеллеза у детей в возрастном аспекте

Диагнозы	0 – 12 мес	1 – 5 лет	6 – 10 лет	11 – 15 лет	Всего
Ревматизм.	–	–	5	11	16
Пиелонефрит	–	–	1	4	5
Гепатопанкреатит	–	1	1	2	4
Бронхопневмония	2	1	–	–	3
Всего	2	2	7	17	28

ды обуславливают течение заболевания под клиническими масками. А так же низкая настороженность врачей первичного звена и соматических стационаров в отношении бруцеллеза у детей и неполноценное обследование лихорадящих больных приводят к поздней диагностике и неэффективному лечению бруцеллеза у детей.

ВЫВОДЫ

1. Поздняя диагностика бруцеллеза у детей встречается с высокой частотой (45%), как на догоспитальном этапе, так и на госпитальном уровне.
2. Основными причинами поздней диагностики бруцеллеза у детей явились диагностические ошибки ввиду полиморфизма болезни наряду с поздней обращаемостью.
3. Частыми ошибочными диагнозами у детей младшего возраста являются патология органов дыхания, а у детей старшего школьного и подросткового возраста – ревматизм и поражение почек.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бисярина В.П. Бруцеллез у детей. М.: Медицина, - 1971. - 176 с.
2. Белозеров Е.С., Нуралинова Г.И. Клинические осо-

бенности бруцеллеза у детей. // Педиатрия. Журнал им. Г.И. Сперанского. Медицина, -1980. - №3. - С. 58.

3. Саттаров А.И. Клиника бруцеллеза у детей и диспансерное наблюдение за переболевшими. // Здравоохранение Казахстана. -1980. - №5. -С.61-64.
4. Джалилов К.Д., Имомалиев У.Н., Давронов Н.Д., Худайкулов К.Х. Возрастные особенности клинического течения острого бруцеллеза в зоне развитого овцеводства. // Медицинский журнал Узбекистана. -1991. -№7. -С.13-15.
5. Алышбекова Г.К. Клинико-биохимическая характеристика бруцеллеза у детей и патогенетическое обоснование терапии. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. 14.00.10. - Алматы, 2000.
6. Курманова К.Б., Дуйсенова А.К. Бруцеллез. Клинические аспекты. Алматы, ИД "Kitan", 2002.- 352 с.
7. Петрова К.Г., Горешник С.Д., Фомичева Т.А. «Клинические маски бруцеллеза у детей». //Здравоохранение Казахстана. -1988. -№7. -С.51-53.
8. Султанова Т.А., Букеева А.А. Поражение желудочно-кишечного тракта при остром бруцеллеза у детей. //I (V) Съезд детских врачей Республики Казахстан. -2001.

ФУНКЦИЯ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ В УСЛОВИЯХ СРЕДНЕГОРЬЯ И ВЫСОКОГОРЬЯ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Рапиёва Л.Н., Узаков О.Ж.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия, Бишкек,
Кафедра внутренних болезней 6 курса с курсом поликлинической терапии и семейной
медицины. Кыргызская Республика

Резюме: В данной работе проанализирована функция внешнего дыхания у здоровых детей и проведена оценка параметров легочной вентиляции в условиях среднегорья (город Каракол-высота 1770 метров н.у.м.) и высокогорья (город Нарын-высота 2039 метров н.у.м.) Кыргызской Республики. Всего было обследовано 200 здоровых детей в возрасте 12-14 лет. Установлены изменения легочной вентиляции в условиях высокогорья, что связано с влиянием климато-географических условий региона. Полученные данные позволят улучшить лечебные и профилактические мероприятия в данном регионе, что в конечном итоге приведёт к медицинской и экономической эффективности.

Ключевые слова: функция внешнего дыхания, дети, среднегорье, высокогорье.

EXTERNAL RESPIRATION IN HEALTHY CHILDREN UNDER CONDITIONS OF MID-AND HIGH-ALTITUDES

Rapieva L.N., Uzakov O.J. Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The investigation of external respiration in healthy children has been conducted with the aim of the comparative evaluation of the pulmonary ventilation parameters under conditions of mid-altitudes (Karakol city, 1770 m above the sea level) and high-altitudes (Naryn city, 2039 m above the sea level), in the Kyrgyz Republic. Three hundred healthy children at the age of 12-14 years have been investigated. The authors have determined the changes in the pulmonary external respiration. The data obtained will allow improving the therapeutic and preventive measures in those regions that will lead to the medical and economical efficacy.

Key words: children, external respiration, mid-altitude, high altitude

ВВЕДЕНИЕ

Бронхиальная астма представляет собой одну из наиболее актуальных проблем современной медицины. Изучение бронхиальной астмы является насущной проблемой современной пульмонологии и педиатрии [1-5].

Это заболевание распространено настолько широко, что почти у 10% населения земного шара в течение жизни отмечается, по крайней мере, один приступ бронхиальной астмы [6].

Поскольку бронхиальная астма является полигенным мультифакториальным заболеванием, для построения достоверной шкалы предикторов необходим анализ большого числа показателей. Для оценки тяжести течения бронхиальной астмы, наряду с клиническими симптомами, рекомендуется опираться на результаты спирографического измерения объема форсированного выдоха за 1 сек (FEV1) и измерения пикового экспираторного потока (PEF) с помощью пикфлоуметра.

Спирометрические показатели функции внешнего дыхания позволяют оценить степень нарушения вентиляционной способности легких, а также наличие об-

струкции бронхов. Для этой цели используются параметры: FVC (форсированная жизненная емкость легких), FEV1 (объем форсированного выдоха за первую секунду), отношение FEV1/FVC [7-8].

Исследования, посвященные изучению различных аспектов функции внешнего дыхания у детей в различных климато-географических условиях Кыргызской Республики единичны [9]. Все это определило актуальность нашего исследования.

ЦЕЛЬ

Целью настоящей работы явилось изучение особенностей функции внешнего дыхания у здоровых детей в возрасте 12-14 лет, в условиях среднегорья и высокогорья Кыргызской Республики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Была исследована функция внешнего дыхания у здоровых детей в возрастной категории от 12 до 14 лет включительно, проживающих в условиях среднегорья и высокогорья. Параметры функции внешнего дыхания были определены с помощью аппарата Flowmate, модель

Показатели функции внешнего дыхания у здоровых детей в условиях среднегорья и высокогорья Кыргызской Республики

Показатели функции внешнего дыхания	Здоровые дети		P
	высокогорье	среднегорье	
ДО	0,395±0,03	0,317±0,03	<0,05
ФЖЕЛ	3,101±0,050	2,962±0,05	<0,01
ОФВ1	2,65±0,02	1,91±0,04	<0,05
ОФВ1\ФЖЕЛ	97,15±0,05	95,27±0,23	<0,05
ЧД	22,85±1,09	21,93±1,05	>0,05

2500. Полученные данные обработаны стандартными методами медицинской статистики, их достоверность определена с использованием критерия Стьюдента.

Полноценному клинико-инструментальному обследованию подвергались 200 детей, методом случайной выборки. Карта обследования в себя включала: сбор анамнеза, объективный осмотр, общеклинические и функциональные методы исследования. Полученные данные приведены к определённым температурным и барометрическим условиям.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

При исследовании показателей функции внешнего дыхания у здоровых детей 12-14 лет, проживающих в условиях высокогорья и среднегорья, были исследованы следующие спирометрические показатели: ДО (дыхательный объём), ФЖЕЛ (форсированная жизненная ёмкость лёгких), ОФВ1 (объём форсированного выдоха за 1 секунду), ОФВ1/ФЖЕЛ (это процентное соотношение ОФВ1 к ФЖЕЛ является клинически значимым показателем обструкции дыхательных путей) [10], ЧД (частота дыхания за 1 минуту). На основании проведённого исследования получены следующие данные (табл. 1).

Анализ полученного материала позволяет нам судить об увеличении параметров легочной вентиляции у детей высокогорья, по сравнению с детьми соответствующего возраста, проживающих в среднегорье, что по-видимому свидетельствует о влиянии климато-географических факторов (гипоксия, морской климат и т.д.).

ВЫВОДЫ

Как показывают данные проведённого исследования, при сравнении показателей функции внешнего дыхания у здоровых детей, проживающих в условиях высокогорья, отмечается изменение показателей легочной вентиляции, повышаются показатели функции внешнего дыхания, при сравнении с аналогичными данными в условиях среднегорья. Вероятно, что всё это обусловлено различными климато-географическими условиями. Выявленные особенности функции внешнего дыхания у здоровых детей, необходимо учитывать, при проведении лечебно-профилактических мероприятий. Таким образом, предварительно полученные

данные позволяют повысить эффективность проводимых лечебных и профилактических мероприятий, у больных детей с бронхолёгочной патологией, что в конечном итоге приведёт к медицинской и экономической эффективности.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Global Strategy for asthma management and prevention. National Institutes of Health. National Heart, Lung, and Blood Institute. Revised 2002, 160 p.*
2. Балаболкин И.И. Бронхиальная астма у детей М., «Медицина». 2003. - С. 84-125.
3. Asher M., Keil V., Anderson H. et. Al. *International study of asthma and allergies in childhood (ISSAAC): rationale and methods. Eur. Respir. J. 1995, v. 8. P. 483-491*
4. Ширяева И.С., Реутова В.С. Функция внешнего дыхания при бронхиальной астме у детей. В кн.: «Аллергические болезни у детей». Под ред. М.Я. Студеникиной, И.И. Балаболкина. М. «Медицина». 1998. - С. 213-229.
5. Рошаль Л.М., Тамазян Г.В., Фенютина Т.В. и соавт. Динамика заболеваемости органов дыхания у детей. *Болезни органов дыхания у детей: диагностика, лечение и профилактика.// Мат. всероссийской науч.-практ. конф. - М. - 1999. - С. 112-115.*
6. *American thoracic society, standardization of spirometry -1987 update. // Am. Rev. Respir. Dis. 1987. Vol. 136. P. 1285-1298. .*
7. Susan Louisa Montauk, Rick E. Ricer et. Al. *Guide to the family medicine clerkship. J.2002, v.411. P. 77-92.*
8. Чучалин А.Г. Бронхиальная астма. М. «Медицина»: 1997. - С.15-23
9. Живоглядова Л.М., Рыжикова Г.И. Расчёт должных величин показателей функции внешнего дыхания и пневмотахометрии у здоровых детей дошкольного возраста, проживающих в разных климатических зонах Киргизии. *Здравоохранение Киргизии. 1980. №4*
10. *Практическое руководство по ведению больных с болезнями органов дыхания для врачей ГСВ. Бишкек: Кыргызско-Финская программа по легочному здоровью, 2003.- С.21*

РЕАКТИВНОСТЬ БРОНХОВ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ.

Рапиёва Л.Н., Узаков О.Ж., Абдуллаев Т.О.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия, Бишкек, Кафедра внутренних болезней 6 курса с курсом поликлинической терапии и семейной медицины. Кыргызская Республика

Резюме. С целью сравнительной оценки параметров легочной вентиляции в условиях низкогогорья (город Бишкек-высота 780 метров н.у.м.), среднегорья (город Каракол-высота 1770 метров н.у.м.) и высокогорья (город Нарын- высота 2039 метров н.у.м.) Кыргызской Республики проводились исследования функции внешнего дыхания и реактивности бронхов у здоровых детей. В общей сложности было обследовано 400 здоровых детей в возрасте 12-14 лет. Установлены изменения легочной вентиляции в условиях высокогорья, что связано с климато-географическими особенностями региона. Полученные данные позволят улучшить лечебные и профилактические мероприятия в данном регионе, что в конечном итоге приведёт к медицинской и экономической эффективности.

Ключевые слова: реактивность бронхов, дети, низкогогорье, среднегорье, высокогорье.

BRONCHIAL REACTIVITY IN HEALTHY CHILDREN UNDER CONDITIONS OF HIGH-ALTITUDES OF THE KYRGYZ REPUBLIC. Rapieva L.N., Uzakov O.J., Abdullaev T.O. Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. The investigation of external respiration in healthy children has been conducted with the aim of the comparative evaluation of the pulmonary ventilation parameters and bronchial reactivity under conditions of low altitudes (Bishkek city, 780 m above the sea level), of mid-altitudes (Karakol city, 1770 m above the sea level) and high-altitudes (Naryn city, 2039 m above the sea level) in the Kyrgyz Republic. Three hundred healthy children at the age of 12-14 years have been investigated. The authors have determined the changes in the pulmonary external respiration. The data obtained will allow to improve the therapeutic and preventive measures in those regions that will lead to the medical and economical efficacy.

Key words: bronchial reactivity, children, mid-altitude, low altitude, high-altitude.

ВВЕДЕНИЕ

Бронхиальная астма - распространенное заболевание у детей. По данным эпидемиологических исследований ею страдает от 2 до 10% детского населения [1]. Наиболее высокие показатели распространенности бронхиальной астмы регистрируются в экологически неблагоприятных районах, регионах с влажным климатом.

Бронхиальная астма является одной из наиболее распространенных болезней в мире [2].

Длительное время существовало представление о том, что бронхиальная астма у детей имеет в большинстве случаев благоприятное течение и заканчивается спонтанным выздоровлением в пубертатном периоде. В последние годы это мнение поколеблено. Проспективные и ретроспективные исследования свидетельствуют о несомненной связи "детской" и "взрослой" брон-

хиальной астмы. Считают, что бронхиальная астма, начавшаяся в детстве, в 60-80% случаев продолжается у больных, достигших зрелого возраста [3].

Стратегическим направлением в борьбе с бронхиальной астмой считается программа ее первичной профилактики. Таким образом, диагностика астмы строится на основании анализа симптомов и анамнеза, а также исследовании функции внешнего дыхания и данных аллергообследования. Наиболее важными спирометрическими функциональными тестами являются выявление ответа на ингаляции v_2 -агонистов, изменение вариабельности бронхиальной проходимости с помощью мониторинга пиковой скорости выдоха, провокации с помощью физической нагрузки у детей. Важным критерием в диагностике, является определение - аллергологического статуса [4].

Учёные всего мира единодушны в признании фак-

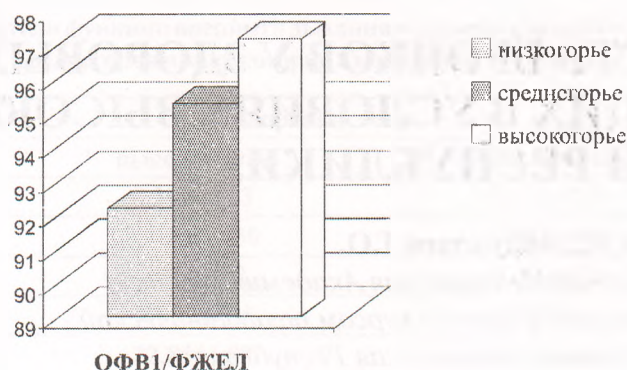


Рис. 1. ОФВ1/ФЖЕЛ у детей

та высокого роста бронхиальной астмы у детей, их огромной медико-социальной значимости и негативного влияния на показатели младенческой смертности и демографическую ситуацию [2].

Исследования, посвященные изучению различных аспектов функции внешнего дыхания у детей в различных климато-географических условиях Кыргызской Республики единичны [5]. Все это определило актуальность нашего исследования.

ЦЕЛЬ

Целью исследуемой работы явилось изучение особенностей функции внешнего дыхания и реактивности бронхов у здоровых детей в возрасте 12-14 лет, в условиях низкогорья, среднегорья и высокогорья Кыргызской Республики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Была исследована функция внешнего дыхания и реактивность бронхов у здоровых детей в возрастной категории от 12 до 14 лет включительно, проживающих в условиях низко-, средне- и высокогорья. Кроме этого, было предварительно исследовано обратимое и изменяющееся ограничение обструкции бронхов, определяемое с помощью в-2агониста короткого действия (сальбутамол). Параметры функции внешнего дыхания были определены спирометром FLOWMATE Version 3.C 3/12/89 09:30 Spirometrics. Inc Copyright 1988. Полученные данные обработаны с помощью пакета программ WINDOWS XP стандартными методами, используемыми в медицинской статистике, а их достоверность определена с использованием критерия Стьюдента.

Полноценному всестороннему клинико-инструментальному обследованию подвергались 400 детей, методом случайной выборки. Карта обследования ребёнка включала в себя: анамнестические данные, объективный осмотр, общеклинические и функциональные методы исследования. Спирометрическим методом определялись следующие показатели: ДО (дыхательный объём), ФЖЕЛ (форсированная жизненная ёмкость лёгких), ОФВ1 (объём форсированного выдоха за 1 секунду), ОФВ1/ФЖЕЛ (это процентное соотно-

шение ОФВ1 к ФЖЕЛ является клинически значимым показателем обструкции дыхательных путей) [7], ЧД (частота дыхания за 1 минуту). Полученные данные приведены к определённым температурным и барометрическим условиям.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

При исследовании показателей функции внешнего дыхания у здоровых детей 12-14 лет, проживающих в условиях низкогорья, были получены следующие данные: ДО=0.295±0.05, ФЖЕЛ=2.101±0.080, ЧД=20.85±1.15, ОФВ1=1.65±0.05, ОФВ1/ФЖЕЛ=92.15±0.18. В условиях среднегорья: ДО=0.315±0.02, ФЖЕЛ=2.965±0.005, ЧД=21.95±1.05, ОФВ1=1.95±0.03, ОФВ1/ФЖЕЛ=95.25±0.23 (рис. 1). А в условиях высокогорья при исследовании аналогичных показателей результаты исследования таковы:

ДО=0.395±0.03, ФЖЕЛ=3.101±0.050, ЧД=22.85±1.09, ОФВ1=2.65±0.02, ОФВ1/ФЖЕЛ=97.15±0.05

Анализ полученного материала позволяет судить об увеличении параметров легочной вентиляции у детей высокогорья, по сравнению с детьми соответствующего возраста проживающих в среднегорье и низкогорье, что по-видимому свидетельствует о влиянии климато-географических факторов (гипоксия, морской климат).

ВЫВОДЫ

Как показывают данные проведённого исследования, при сравнении показателей функции внешнего дыхания и реактивности бронхов у здоровых детей проживающих в условиях высокогорья, отмечается изменение показателей легочной вентиляции, повышаются показатели функции внешнего дыхания, при сравнении с аналогичными данными в условиях среднегорья и низкогорья. Ответная реакция бронхов на проведённую пробу с в-2 агонистом была менее существенной у детей проживающих в условиях высокогорья по сравнению с такими же параметрами среднегорья и низкогорья. Вероятно, что всё это обусловлено различными климато-географическими условиями. Выявленные особенности функции внешнего дыхания и реактивности бронхов у здоровых детей, необходимо учитывать,

при назначении лекарственной терапии в условиях высокогорья, а так же с определением вида первичной профилактики в данной местности. Таким образом, предварительно полученные данные позволят повысить эффективность проводимых лечебных и профилактических мероприятий, что очень важно для больных детей с бронхиальной астмой. А в конечном итоге, используя эти данные в практической деятельности, всё это ведёт к медицинской и экономической эффективности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балаболкин И.И. Бронхиальная астма у детей. М.: Медицина, 2003.-320. - С. 25-50
2. *Global Strategy for asthma management and prevention. National Institutes of Health. National Heart, Lung, and Blood Institute. Revised 2002, 160 p.*
3. Рошаль Л.М., Тамазян Г.В., Фенютина Т.В. и соавт. Динамика заболеваемости органов дыхания у детей. Болезни органов дыхания у детей: диагностика, лечение и профилактика. //Мат. всероссийской науч.-практ. конф. – М. – 1999. – С. 112–115.
4. Чучалин А.Г. Бронхиальная астма. М. «Медицина»: 1997. - С.15-23
5. Живоглядова Л.М., Рыжикова Г.И. Расчёт должных величин показателей функции внешнего дыхания и пневмотахометрии у здоровых детей дошкольного возраста, проживающих в разных климатических зонах Киргизии. //Здравоохранение Киргизии.1980.№4

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОПРОСНИКОВ ОЦЕНКИ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И ШКАЛ ОЦЕНКИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ В СИСТЕМЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Темирбек Уулу Болот

Кыргызская Государственная Медицинская Академия, кафедра клинической психологии и психиатрии, Кыргызская Республика

Проведено клинико-психологическое исследование программы развития социальных навыков «Возвращения в сообщество» у пациентов с параноидной шизофренией. Изучена терапевтическая значимость разделения «мишеней воздействия» лечебной и реабилитационной работы. Выявлена специфичность динамики показателей сфер качества жизни при клиническом применении программ развития социальных навыков у пациентов с параноидной шизофренией.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, психосоциальная реабилитация, качество жизни.

USE OF QUESTIONNAIRES OF AN ESTIMATION OF SOCIAL FUNCTIONING AND SCALES OF AN ESTIMATION OF PSYCHOPATHOLOGICAL SYMPTOMS IN SYSTEM OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION IN THE KIRGHIZ REPUBLIC.

Temirbek uulu Bolot

Clinic - psychological research is carried out of the program of development of social skills «Re-Entry to community» at patients with paranoid schizophrenia. The therapeutic importance of division of «targets of influence» medical and rehabilitation work is investigated. Specificity of dynamics of parameters of spheres of quality of a life is revealed at clinical application of programs of development of social skills for patients with paranoid schizophrenia.

Key words: paranoid schizophrenia, psychosocial rehabilitation, quality of a life.

Проблема использования клинико-психологических методик в системе психосоциальной реабилитации пациентов с хронически протекающими психическими расстройствами в нашей стране стала приоритетной с момента реализации Национальной программы реформирования служб психиатрической помощи «Улучшение психического здоровья населения 2000-2010 гг.» [2]. Система психосоциальной реабилитации на тот момент не предполагала использование клинико-психологических методик по нескольким причинам:

- 1) приоритетностью использования клинического описательного метода во взаимодействии врачей с пациентами;
- 2) терапевтическая важность оценки психопатологической симптоматики над функциональной оценкой при оказании психиатрической помощи;
- 3) ограниченность системы служб психосоциальной реабилитации возможностью получения только стационарной помощи;
- 4) отсутствие института клинических психологов и социальных работников в системе служб психосоциальной реабилитации;

- 5) отсутствие отечественных клинико-психологических методик, направленных на оценку социального функционирования и качества жизни, разработанных с учетом этнокультуральных и социокультуральных региональных особенностей населения нашей страны [1].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработка инструментов мониторинга программ развития социальных навыков, ориентированных на достижение наиболее оптимального уровня социального функционирования пациентов с параноидной шизофренией.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ:

1. Выделить «мишени воздействия» в лечебно-реабилитационной деятельности с использованием опросников оценки социального функционирования и шкал оценки психопатологической симптоматики;
2. Разработать модель психосоциальной реабилитации пациентов с параноидной шизофренией;

Динамика показателей сфер шкалы КЖ-100

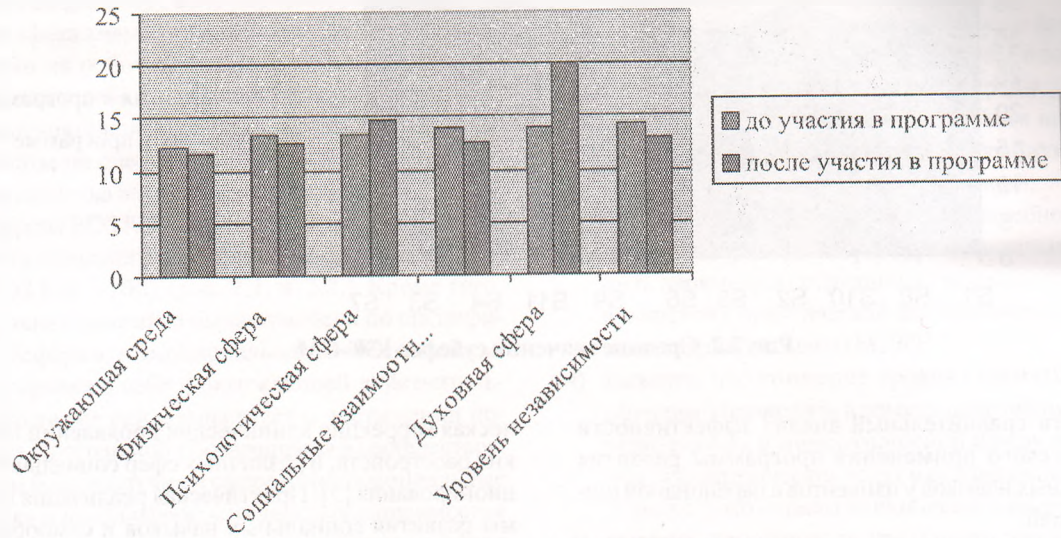


Рис 1.1. Средние значения сфер КЖ-100

Динамика показателей субсфер шкалы КЖ-100

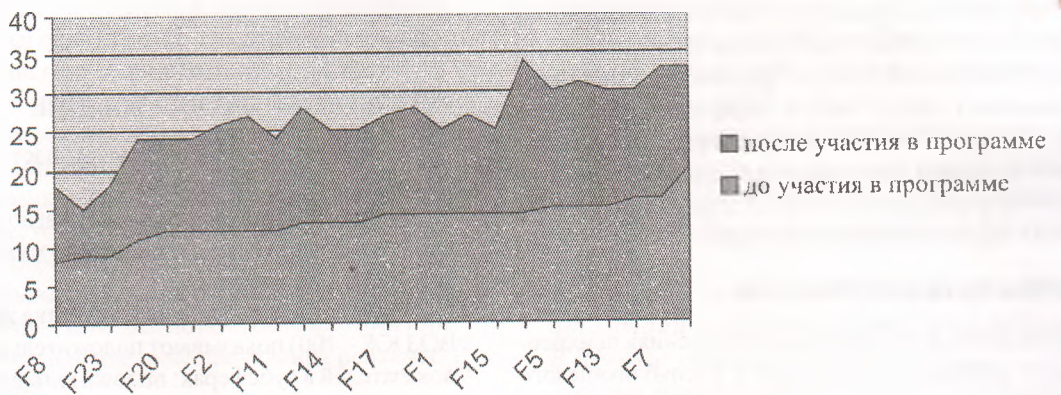


Рис. 1.2. Средние значения субсфер КЖ-100

Динамика показателей сфер шкалы КЖ-СМ

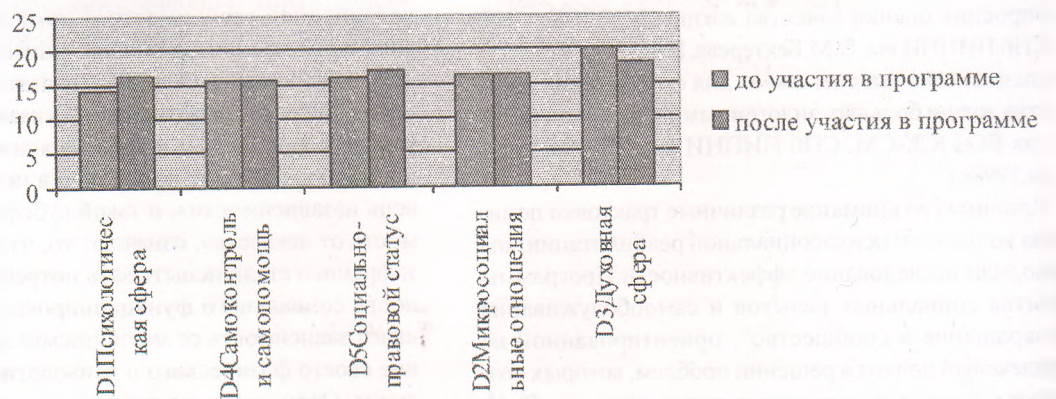


Рис. 2.1. Средние значения сфер КЖ-СМ

Динамика показателей сфер шкалы КЖ-100

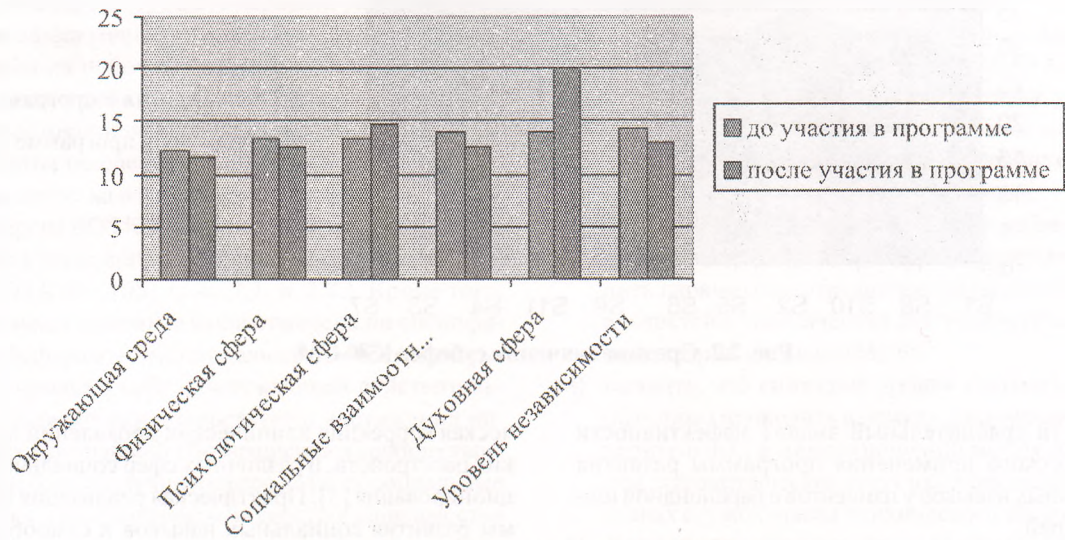


Рис 1.1. Средние значения сфер КЖ-100

Динамика показателей субсфер шкалы КЖ-100

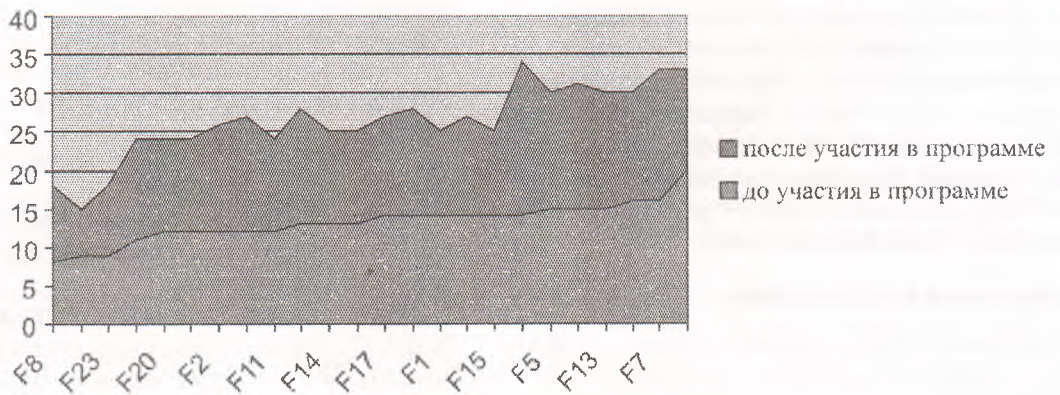


Рис. 1.2. Средние значения субсфер КЖ-100

Динамика показателей сфер шкалы КЖ-СМ

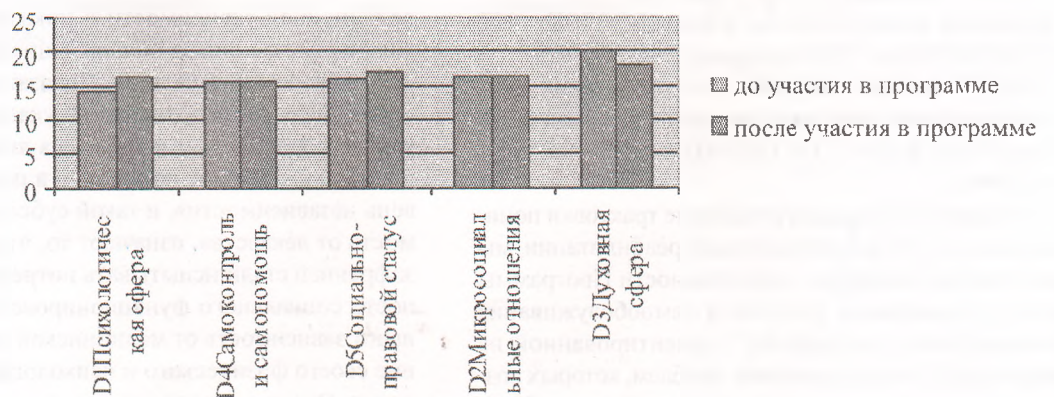


Рис. 2.1. Средние значения сфер КЖ-СМ



Рис. 2.2. Средние значения субсфер КЖ-СМ

3. Провести сравнительный анализ эффективности клинического применения программы развития социальных навыков у пациентов с параноидной шизофренией.

Гипотезой исследования послужило предположение о том, что только комплексный подход, включающий как оценку уровня социального функционирования, так и оценку психопатологической симптоматики у пациентов с параноидной шизофренией, является приоритетным в процедуре оценки эффективности программ психосоциальной реабилитации пациентов с параноидной шизофренией. Таким образом, использование комплексных клинико-психологических методов, позволяет осуществлять дифференцированный выбор «мишеней воздействия» в терапевтической и реабилитационной деятельности на стационарном этапе системы служб психосоциальной реабилитации пациентов с параноидной шизофренией.

МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследования проводились в отделениях психосоциальной реабилитации №1 и №2 Республиканского Центра психического здоровья протяжении 2001-2003 г.г. Материал исследования составляют больные с диагнозом параноидной шизофрении (F20.0) МКБ-10.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

- 1) оценочная шкала психиатрических симптомов (BPRS, Overall and Gorham, 1962, 1976);
- 2) опросник оценки качества жизни (ВОЗ КЖ – 100 СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева, 1998г.);
- 3) специализированная шкала для определения качества жизни больных эндогенными психозами (Версия ВОЗ КЖ-СМ. СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева, 1998г.).

Принимая во внимание различные трактовки понимания концепции психосоциальной реабилитации, мы проводили исследование эффективности Программы развития социальных навыков и самообслуживания «Возвращение в сообщество», ориентированной на комплексный подход в решении проблем, которых возникают у людей с психическими расстройствами [3,4]. Цель комплексной модели, терапевтических и психосоциальных воздействий, является поэтапная психологи-

ческая коррекция клинических проявлений психических расстройств, и различных сфер социального функционирования [5]. Практическая реализация Программы развития социальных навыков и самообслуживания «Возвращение в сообщество» состоит из проведения двух последовательных этапов: 1) Программы обучения специалистов психиатрических услуг методологическим основам психосоциальной реабилитации - Программа «обучение обучающихся»; 2) Программа обучения потребителей психиатрических услуг - «Возвращение в сообщество» (Program Community Re – Entry).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Всего в исследовании приняло участие 171 человек (104 мужчин и 67 женщин).

Выборка составляла больных диагнозом параноидной шизофрении (F20.0) МКБ-10 56 мужчин и 42 женщины жителей г. Бишкек.

Результаты шкалы оценки качества жизни (Версия ВОЗ КЖ – 100) показывают положительную динамику показателей в субсферах: положительных эмоций, познавательные функции, самооценка, внешность/образ тела отрицательные эмоции, а также в духовной сфере (в том числе личные убеждения), что свидетельствует о терапевтической эффективности психологической коррекции эмоционального реагирования пациентов. Снижение показателей в сфере социальных взаимоотношений свидетельствуют о необходимости изучения корреляционной зависимости с показателями качества жизни родственников больных шизофренией, их людей, ухаживающих за ними. Показатели по субсферам социальных взаимоотношений указывают на низкую удовлетворенность имеющимися личными взаимоотношениями. Низкие показатели в целом сферы «Уровень независимости», и такой субсферы как «Зависимость от лекарств», означают то, что пациенты с шизофренией стали испытывать потребность в автономности социального функционирования, так как ощущают зависимость от медицинской помощи, и снижение своего физического и психологического благополучия. Отрицательная динамика в показателях сферы окружающей среды обусловлены тем, что во время пребывания в больнице не ощущаются существенные

изменения во внешних условиях их жизни, и только после выписки осознается их актуальность. Результаты по физической сфере могут быть первыми указаниями на появление аффективной симптоматики или аффективной реакции на побочные эффекты фармакотерапии, либо о поиске в себе достаточных ресурсов для того, чтобы самостоятельно справиться с ней.

Результаты по специализированной шкале для определения качества жизни больных эндогенными психозами (Версия ВОЗ КЖ-СМ) подтвердили полученные результаты в психологической сфере по шкале качества жизни (ВОЗ КЖ – 100) (рис. 2.1. и 2.2.). Кроме того, положительная динамика была отмечена по специфическим субсферам: «Эмоциональная неадекватность» и «Ориентировка в себе и окружающей действительности», что также свидетельствует о достижении поставленных Программой «Возвращения в сообщество». При общем благополучии в сфере «Микросоциальные отношения» и по субсфере: «Лидерство/зависимость» были зафиксированы положительные сдвиги в сфере «Переживания, связанные с общением», т.е. показателей автономности социального функционирования, что является одним из факторов, определяющих эффективность в лечебно-реабилитационной работе.

В дополнение к положительным результатам в субсфере «Религия и личные убеждения» в «Духовной сфере» требуется оценка негативных сдвигов субсферы – «Красота/дисгармония» в окружающей жизни как показателей стигматизации. Поэтому отмеченный положительный эффект по сфере «Социально-правовой статус» при благополучии специфической сферы жизни «Самоконтроль и самопомощь» необходимо рассматривать вместе с изменениями субсферы – «Красота/дисгармония» как переживания, вызванные стигматизацией больных (т.е. реакцией окружающих на наличие психиатрического диагноза, ограничениями ими обусловленными, или внешние проявления психического заболевания).

ВЫВОДЫ

Оценка эффективности Модели системы психосоциальной реабилитации с использованием опросников оценки социального функционирования и шкал оценки психопатологической симптоматики позволяет:

1) выявить, что мишенями «лечебно-реабилитационного воздействия» в улучшении социального функ-

ционирования при оказании стационарной психиатрической помощи, является психологическая и духовная сферы;

- 2) выявить, что улучшение социального функционирования в таких сферах как физическая и социальных взаимоотношений, окружающей среды, уровня независимости, должно осуществляться на внебольничных этапах психосоциальной реабилитации пациентов с параноидной шизофренией;
- 3) установить важность этапности «лечебно-реабилитационного воздействия» и, следовательно, определить параметры сотрудничества различных специальностей в практической деятельности мультидисциплинарных команд (МДК);
- 4) выявить, что снижение уровня стигматизации необходимо проводить в рамках долговременных доверительных взаимоотношений между потребителем психиатрических услуг и специалистами на всех этапах служб охраны психического здоровья;
- 5) выявить, что этнокультуральными особенностями социального функционирования потребителей психиатрических услуг, являются система семейной и социальной поддержки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Кыргызской Республики на рубеже XXI столетия: «Реформа в действии». Министерство здравоохранения КР, 1999. - С. 2-8
2. Национальная программа реформирования служб психиатрической помощи «Улучшение психического здоровья населения 2000-2010гг.», Министерство Здравоохранения Кыргызской Республики. С. 11-12.
3. W. A. Anthony and M. Cohen. Психиатрическая реабилитация. Перевод с англ. под редакцией В.Штенгелова // «Сфера». - Киев, 2001. - С. 6-9
4. Jaap van Weeghel. Внебольничная помощь и психиатрическая реабилитация при тяжелых психических заболеваниях. Перевод с англ. под редакцией А.И. Абессоновой // «Сфера». - Киев, 2002. - С. 59-60
5. Доклад о состоянии здравоохранения в мире «Психическое здоровье: новое поколение, новая надежда», ВОЗ, 2001. - С. 51-53

РОЛЬ РЕФОРМИРОВАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ СЛУЖБ КАК ВАЖНОГО ЭЛЕМЕНТА УЛУЧШЕНИЯ УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ КЫРГЫЗСТАНА

Темирбек уулу Болот

Кыргызская Государственная Медицинская Академия, кафедра клинической психологии и психиатрии. Кыргызская Республика.

Изучена значение показателей улучшения качества жизни населения в ходе реализации целей Национальной программы реформирования психиатрических служб «Психическое здоровье населения Кыргызской Республики на 2001-2010 г.г.». Выявлено отсутствие достоверных данных о депрессии и тревожных расстройствах и низкий уровень показателей по другим психическим расстройствам, что обусловлено проведением статистических исследований по обращаемости, а также недостаточной выявляемостью медицинских служб первичного звена (ПСМП), вызванных стигматизацией в сфере охраны психического здоровья.

Ключевые слова: психосоциальная реабилитация, стигматизация, амбулаторные психические расстройства.

ROLE OF REFORMING OF PSYCHIATRIC SERVICES AS IMPORTANT ELEMENT OF IMPROVEMENT OF A LEVEL OF SOCIAL FUNCTIONING AND QUALITY OF A LIFE OF THE POPULATION OF KYRGYZSTAN.

Temirbek uulu Bolot.

It is investigated value of parameters of improvement of quality of a life of the population during realization of the purposes of the National program of reforming of psychiatric services «Mental health of the population of the Kirghiz Republic on 2001-2010 years». Absence of the authentic data on depression both disturbing frustration and a low level of parameters on other mental frustration that is caused by carrying out of statistical researches on обращаемости, and also is revealed by insufficient detectability of medical services of the primary link (ambulance) caused stigmatization in sphere of protection of mental health.

Key words: psychosocial rehabilitation, stigmatization, out-patient mental disorders.

В течение последних 10 лет до создания Национальной программы реформирования психиатрических служб «Психическое здоровье населения Кыргызской Республики на 2001-2010 г.г.» [1] во всем мире и в нашей стране признавалось огромное значение развития системы оказания медико-социальной помощи в сфере охраны психического здоровья по нескольким причинам:

1. Высокая статистическая распространенность психических и поведенческих расстройств во всем мире. Так по данным различных авторов мировая статистика следующая: 6-8% составляет депрессия, 1,2% - эпилепсия, 20% - болезнь Альцгеймера, шизофрения-1%, а распространенность тревожных расстройств в популяции составляет 20-25%. В Кыргызской Республике отмечался рост показателей распространенности основных психических расстройств на 12,8% [3]. По отдельным психическим и поведенческим расстройствам распространенность составляет: эпилепсии-0,13%, болезни Альцгеймера -1,18%, шизофрении-0,19% [4].

2. Высокие прямые и косвенные расходы государств,

вызванные социальными последствиями психических и поведенческих расстройств во всем мире. В частности результаты фундаментальных исследований «Мировое бремя болезней» показали, что депрессия, болезнь Альцгеймера, алкогольная и наркотическая зависимость входят в 10 наиболее высоких показателей причин инвалидности для показателя лет жизни, скорректированных на инвалидность (DALYs) и по показателю ведущих причин для показателя лет жизни, прожитых с инвалидностью (YLDs). Следует отметить, что входящие в этот список острый инфаркт миокарда и мозговой инсульт, также имеют психический фактор возникновения, которые вместе с суицидами, в результате депрессии, являются причиной высокой смертности в наиболее продуктивный возраст, то есть в 15-44 года [2, 3].

3. Высокие показатели не диагностируемых случаев, т.е. «мягких» амбулаторных психических расстройств. Распространенность таких психических расстройств как тревога, депрессия, и невротических расстройств, протекающих под «маской» соматических

проявлений, позволяет рассматривать их как сферу деятельности амбулаторной медицинской помощи. В частности, исследования, проведенные под руководством ВОЗ в 2001 г. в Центрах семейной медицины (ЦСМ) г. Бишкек, показали, что 21,3% пациентов, посещающих врачей общей практики, гинекологов и невропатологов в возрасте 16-55 лет, имели легкую и умеренно выраженную депрессию. Что позволяет говорить об отсутствии своевременной диагностики и соответствующего их лечения.

4. Трансформация тревожных и депрессивных расстройств в агрессию, проявляющаяся в росте антисоциального поведения с возможностью возникновения массовых вспышек агрессивных действий среди населения. Последние исследования, проведенные в г. Бишкек и Чуйской области, показывают, что подростковая депрессия протекает в нетипичной форме, в виде агрессии и антисоциального поведения, а примерно у 25% подростков является причиной алкогольной и наркотической зависимости [5].

5. Высокая статистика регистрации лиц с наркотической зависимостью. При росте регистрации лиц с наркотической зависимостью, которые находятся на диспансерном наблюдении за период с 1991 г почти в 3,38 раза, а общая заболеваемость наркоманиями в 6,2 раза, отмечается потребление «тяжелых» наркотических средств, таких как опиум, и в 1991 г. составило 57,8% от учтенных видов. Что вместе с ростом суицидов среди подростков с 484 в 1996 г. до 512 в 1989 г. позволяет говорить об опасности для социального функционирования молодого поколения нашей страны [1].

6. Влияние качества психического здоровья населения на течение соматических заболеваний. Так более 30 соматических заболеваний являются коморбидными, т.е. сочетаются с депрессивными расстройствами, из них наиболее опасным для жизни является острый инфаркт миокарда (ОИМ). В частности, у таких больных с депрессией согласно мировой статистики в течение 1 года развивается повторный приступ, и смертность возникает в 2 раза выше. Исследования, проводимые в Национальном Центре кардиологии и терапии (НЦКиТ) показывают высокую степень коморбидности органических психических и соматических расстройств [4].

7. Высокий уровень стигматизации, что проявляется пренебрежительным отношением к людям, имеющим психические расстройства, их родственникам и врачам-психиатрам. Существование проявлений стигматизации на макро- и микро-, а также на индивидуальном уровне социального функционирования населения, обуславливает низкую обращаемость за медицинской помощью, и соответственно, нарушения гражданских прав в сфере охраны психического здоровья. По результатам популяционных исследований, проведенных в 2003 г. в г. Бишкек и Чуйской области, стало известно, что люди, имеющие психические расстройства, у членов их семей, врачей и населения в целом, предстают в облике социально-опасных, агрессивных или странных людей.

МАТЕРИАЛ ИССЛЕДОВАНИЯ

Национальная программа реформирования психиатрических служб «Психическое здоровье населения Кыргызской Республики на 2001-2010 гг.». МЗКР, 2001 г.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ:

С началом реализации целей Национальной программы реформирования психиатрических служб были сделаны следующие шаги:

1. Принятие Закона Кыргызской Республики: «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 25 мая 1999 г.;
2. Разработка кампании по дестигматизации и защите прав людей, имеющих психические расстройства, в сотрудничестве с НПО в сфере охраны психического здоровья;
3. Обучение врачей - психиатров по диагностике психических расстройств с помощью Международной классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10);
4. Внедрение нормативных документов, в частности, клинические протоколы в сфере охраны психического здоровья;
5. Приближение внебольничных психиатрических служб к населению через интернальную медицину первичного звена (ПСМП);
6. Изменение системы додипломной и постдипломного образования КГМА посредством пересмотра курса психиатрии для групп семейных врачей (ГСВ);
7. Создание системы мультидисциплинарного сотрудничества среди узких специалистов (МДК) на базе Национального Центра кардиологии и терапии (НЦКиТ);
8. Реорганизация Республиканского Психоневрологического диспансера (РПНД) и Республиканской Психиатрической Больницы (РПБ) с. Чим-Коргон в Республиканский Центр психического здоровья (РЦПЗ) и Филиал №1;
9. Создание начального этапа системы психосоциальной реабилитации на базе реабилитационных отделений №1 и №2 Республиканского Центра психического здоровья (РЦПЗ);
10. Сотрудничество с Кыргызской Психиатрической Ассоциацией (КПА) и другими НПО в сфере охраны психического здоровья и поддержка создания Ассоциации неправительственных организации родственников;
11. Международное научно-образовательное сотрудничество Кыргызской Психиатрической Ассоциации (КПА) и Всемирной Психиатрической Ассоциации (ВПА), Женевской инициативой в психиатрии (ЖИП), а также с Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ);
12. Разработка программ в области детской психиатрии в рамках Дневного Центра помощи детям с умственной отсталостью и детским аутизмом в сотрудничестве с Кыргызской Психиатрической Ассоциацией (КПА).

ВЫВОДЫ

Таким образом, только сотрудничество Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики и Международных и неправительственных организаций позволит эффективно проводить мероприятия по реформированию служб реформирования служб психиатрической помощи на государственном и общественном уровнях следующих стратегических целей Национальной программы реформирования психиатрических служб:

- 1) Вовлечение специалистов первичной медицинской (ПСМП) в психиатрические службы по программам обучения диагностики, лечения и профилактики «мягких» амбулаторных психических расстройств, направленных на повышение обращаемости и улучшении качества жизни.
- 2) Поддержка сотрудничества врачей-психиатров и врачей общей практики (ГСВ) и специалистов в других социальных сферах во внедрении мультидисциплинарного подхода (МДК).
- 3) Организация деятельности психиатрическим служб в сотрудничестве с НПО по программам дестигматизации, направленным на формирование позитивного отношения к людям, имеющим психические расстройства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Национальная программа реформирования психиатрических служб «Психическое здоровье населения Кыргызской Республики на 2001-2010 г.г.», МЗКР, 2001. - С.2-8
2. Доклад о состоянии здравоохранения в мире «Психическое здоровье: новое поколение, новая надежда», ВОЗ, 2001. - С.51-53
3. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Кыргызской Республики на рубеже XXI столетия: «Реформа в действии». Министерство здравоохранения КР, 1999. - С.11-12.
4. Соложенкин В.В., Вичкапов А.В. Интегративность критериев соматизированных тревожных расстройств и сосудистых заболеваний – предиктор адекватного диагностического и терапевтического маршрута. //Сборник Материалы Всероссийского съезда психиатров, Москва, 2003.
5. Земляных М.В. Распространенность и этнокультуральные особенности депрессивных симптомов у детей и подростков в Кыргызстане. //Автореферат диссертации кандидата медицинских наук. - Бишкек, 2005. - С.4-6

ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ДЕТЕЙ

Тулеева А., Бейшебаева Н.А., Краснощекова М.

Кафедра факультетской педиатрии,

Кыргызская государственная медицинская академия, г. Бишкек, Кыргызстан

Резюме. Актуальность проблемы острой почечной недостаточности определяется ее частотой, тяжестью течения, высокой летальностью и неблагоприятными исходами. В связи с этим целью настоящего исследования стал анализ острой почечной недостаточности по частоте, форме и клиническим проявлениям по данным Национального центра педиатрии и детской хирургии (НЦП и ДХ). Количество больных подвергшихся исследованию составило 1203, у 2% (24 из 1203) из этого числа больных были проявления ОПН. По данным исследования эффективность экстракорпоральной терапии при ОПН зависит от сроков применения экстракорпоральной терапии у этой категории больных, возраста больного, длительности анурии. Летальность преобладала в возрасте до 1 года.

Ключевые слова: острая почечная недостаточность, дети, гемодиализ, плазмаферез.

ACUTE RENAL FAILURE IN CHILDREN

Tuleeva A., Beishebaeva N.A., Krasnosheikova M. Pediatric faculty, Kyrgyz States Medical Academy, Bishkek, Kyrgyzstan

Summary: Actuality problem of acute renal failure defines its rates, heaviness duration, high mortality and negative outcomes. The purpose of this research is analysis acute renal failure on rate, form and clinical manifestation by datum National center pediatric and child surgery. 1203 children were exposed to research, 2 % (24 from 1203) from this patients had acute renal failure. By datum of this research the effectiveness extracorporeal treatment by acute renal failure is depend on dates of using extracorporeal treatment in these patients, age of patients, duration of anuria. Mortality prevail at age until 1 years,

Key words: Acute renal failure, children, hemodialysis, plasmapheresis.

Острая почечная недостаточность (ОПН) — специфический синдром, развивающийся вследствие острой транзиторной или необратимой утраты гомеостатических функций почек, обусловленной гипоксией почечной ткани с последующим преимущественным повреждением канальцев и отеком интерстициальной ткани. Синдром является осложнением многих заболеваний, вызывающих нарушением почечной гемодинамики или следствием нефротоксического воздействия (отравление, непереносимость лекарственных препаратов). Частота ОПН составляет от 0,48 – 1,6% случаев [2].

Целью настоящего исследования стало изучение вопроса острой почечной недостаточности (ОПН) для оценки структуры заболевания, эффективности проводимой терапии и прогнозирования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа проводилась на базе нефрологического отделения Национального центра педиатрии и детской хирургии (НЦП и ДХ). Ретроспективно проанализированы истории болезней больных госпитализированных с ОПН в отделение нефрологии с 2000 по 2004 гг, непосредственно обследованы больные госпитализированные в отделение нефрологии и реанимации НЦП и ДХ за 2005 год.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Количество больных подвергшихся исследованию составило 1203, у 2% (24 из 1203) из этого числа больных были проявления ОПН.

Исследование показало, что ведущими причинами ОПН являлись гемолитико-уремический синдром (ГУС), гломерулонефрит (25,0%), интерстициальный нефрит – 16,7% и одинаково часто отмечались проявления вторичного нефрита и аномалия развития мочевой системы по 4,2%; в 12,5% случаев причиной ОПН была полиорганная недостаточность (рис. 1).

Частота развития ОПН преобладает в группе ГУС (100%), что связано с развитием тромботической микроангиопатии сосудов почек на фоне кишечной инфекции, среди больных с интерстициальным нефритом (ИН) ОПН развился у 9,8±7,2 в результате вирусных инфекций, у больных первичным и вторичным гломерулонефритом (ГН) проявления ОПН наблюдались с одинаковой частотой и потенциально обратимой ОПН, симулирующей высокую активность заболевания, связанной интеркуррентными причинами (таб. 1).

В группе больных преобладали мальчики (62,5%), чем девочки 37,5%. ОПН чаще встречалась в возрасте от 4 – 8 лет (66,7%) в группе больных с ГН и ИН, в возрасте до 3-х лет в 100% случаев наблюдались больные с

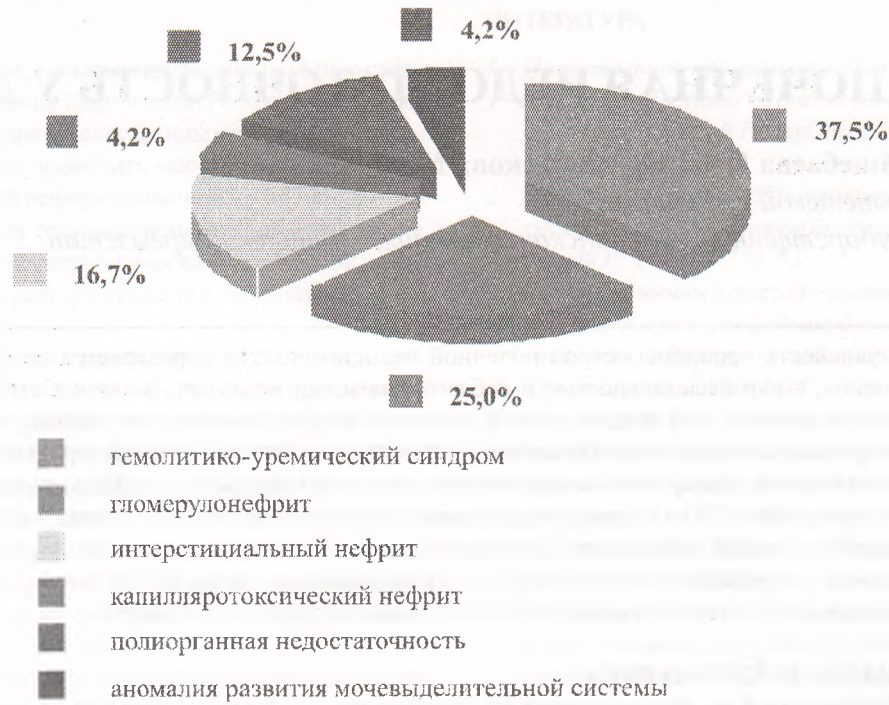


Рис. 1. Структура ОПН

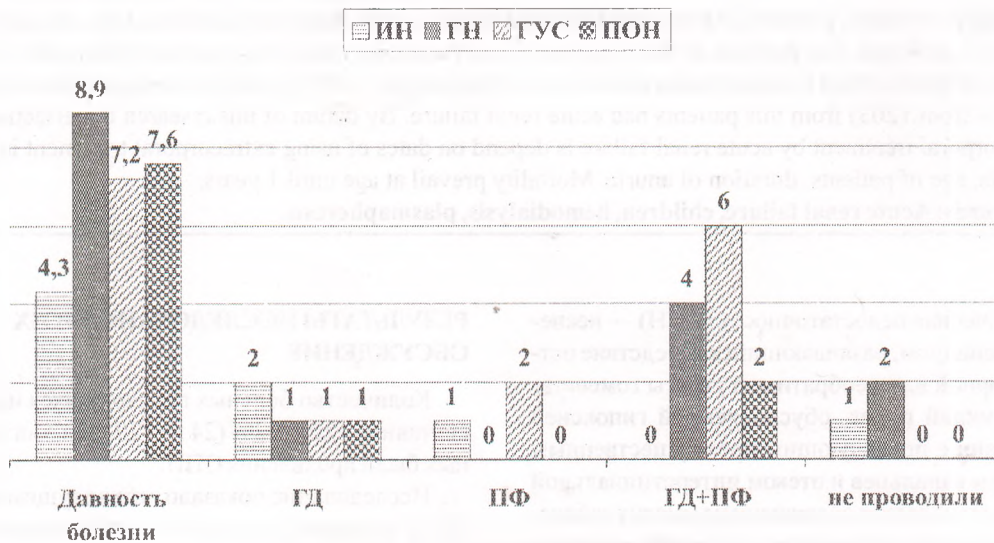


Рис. 2. Экстракорпоральная терапия.

Примечание: давность болезни дни (Мср), ГД – гемодиализ (абс), ПФ – плазмаферез (абс).

Таблица 1

Нозологическая структура ОПН у детей

Показатели	Общее число		ОПН	
	абс.	%	абс.	%±m _p
Интерстициальный нефрит	41	3,4	4	9,8±7,2
Острый гломерулонефрит	735	61,1	5	0,6±0,1
Хронический гломерулонефрит	318	26,4	1	0,3±0,1
Капилляротоксический нефрит	101	8,4	1	0,9±0,3
Гемолитико-уремический синдром	9	0,6	9	100
Всего:	1204	100	20	1,7

Примечание: в таблицу не включены 3 больных с полиорганной недостаточностью, 1 аномалия развития мочевой системы.

Характеристика ОПН по возрасту

Показатели	пол				возраст					
	м		д		до 3 лет		4 – 8 лет		9 – 16 лет	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
ИН	1	25,0	3	75,0	-	-	1	25,0	3	75,0
ГН	6	85,7	1	14,3	-	-	6	85,7	1	14,3
ГУС	5	55,6	4	44,4	9	100,0	-	-	-	-
ПОН	2	66,6	1	33,4	1	33,4	-	-	2	66,6
АРМС	1	100,0	-	-	1	100,0	-	-	-	-
Всего:	15	62,5	9	37,5	2	8,3	16	66,7	6	25,0

Примечание: ИН – интерстициальный нефрит, ГН – гломерулонефрит, ГУС – гемолитико-уремический синдром, ПОН - полиорганная недостаточность, АРМС - аномалия развития мочевой системы.

Таблица 3

Клиническая характеристика ОПН

Показатели (n)	Мочевина Креатинин (в первый день ммоль/л)	Прирост мочевины (в течении суток) % больных	Проведение экстракорпо- ральных методов детоксикации (%)	Гемодиализ (M _{гп}) % больных	Плазмоферез (M _{гп}) % больных	Продолжительность анурии (дни)(M ± m)	Летальность абс./%
ИН (4)	$22,6 \pm 4,2$ 598,3 ± 75,0	0	75,0	$3,5 \pm 1,5$ 50,0	$2,0$ 25,0	4,3 ± 0,7	-
ГН (7)	$21,6 \pm 5,7$ 328,5 ± 54,9	$5,1 \pm 1,5$ 71,4	71,4	$3,0 \pm 1,0$ 71,4	$3,0 \pm 0,5$ 57,1	5,1 ± 1,4	-
ГУС (9)	$27,5 \pm 3,1$ 452,4 ± 62,9	$0,8$ 11,1	100,0	$3,3 \pm 1,0$ 77,8	$2,0 \pm 0,3$ 77,8	8,7 ± 2,0	-
ПОН (3)	$34,3 \pm 3,1$ 834,2 ± 85,6*	$12,4 \pm 1,3^*$ 33,3	100,0	$5 \pm 1,3$ 100,0	$1,5 \pm 0,5$ 66,7	13,5 ± 2,5*	1/33,3
АРМС (1)	$32,3$ 632,0	12,5	-	-	-	-	1/100

Примечание: * достоверность $p < 0,05$

ГУС (табл. 2). Клинические проявления ОПН имели различия в соотношении параметров мочевины, креатинина, прироста мочевины в течении суток и длительности анурии. Так, при поступлении, у пациентов с полиорганной недостаточностью (ПОН) показатели мочевины $34,3 \pm 3,1$ ммоль/л, креатинина $834,2 \pm 85,6^*$ мкмоль/л, прирост мочевины в течении суток ($12,4 \pm 1,3^*$ ммоль/л) у 33,3% больных и максимальная продолжительность анурии (13,5 ± 2,5 дней) были достоверно выше данного показателя в группе больных ГН и ИН, смертность составила 33,3%. В группе больных с ГУС, при высокой азотемии (мочевина $27,5 \pm 3,1$ ммоль/л, креатинин $452,4 \pm 62,9$ мкмоль/л), минимального прироста мочевины у 11,1% больных (0,8 ммоль/л), отмечалась $8,7 \pm 2,0$ дневная продолжительность анурии.

В группе больных с ГН и ИН азотемия и продолжительность были умеренными.

Длительность анурии также стала признаком прогнозирования, так в категории больных с ПОН с длительностью анурии $13,5 \pm 2,5^*$ дней, процент летальности составил 33,3%. У 3 из 9 больных с ГУС при катамнестическом наблюдении в ближайшие 1,5 года появилась гипертензия, признаки сморщивания почек и непостоянная умеренная азотемия, при минимальном мочевом синдроме.

Больной с аномалией развития мочевой системы умер в течении первых суток госпитализации.

Из общего числа больных 83,3% пациентов наряду с патогенетической терапией проводились и экстракорпоральные методы детоксикации: гемодиализ, плазмаферез. Применяя комбинацию экстракорпоральных

методов детоксикации (плазмаферез и гемодиализ) удавалось достичь положительной динамики на 4-7 сутки, выход в стадию полиурии, более быстрой стабилизации функциональных почечных.

Эффективность проводимой терапии на прямую зависела от сроков подключения экстракорпоральной терапии, исходной азотемии и скорости прироста мочевины (рис.2).

Так, в группе больных с ГУС (с давностью болезни - 7,2 дня, уровня мочевины $27,5 \pm 3,1$ ммоль/л, креатинина $452,4 \pm 62,9$ мкмоль/л) и полиорганной недостаточности (с давностью болезни - 7,6 дней, с мочевиной $34,3 \pm 3,1$ ммоль/л, креатинином $834,2 \pm 85,6^*$ мкмоль/л) использовалась комбинация сеансов гемодиализа и плазмафереза.

При умеренной азотемии и меньшего срока давности болезни, как в группе больных с ИН, использование изолированной экстракорпоральной терапии также давала хорошие результаты.

В наших наблюдениях летальность при ОПН составила 8,3% (2 из 24, 1 больной с полиорганной недостаточностью, 1 с аномалией развития мочевой системы),

все были дети в возрасте до 1 года, с поздней госпитализацией (до 10 дней).

Таким образом, эффективность экстракорпоральной терапии при ОПН зависит:

1. Сроков применения экстракорпоральной терапии у той категории больных.
2. Возраста больного, летальность преобладала в возрасте до 1 года.
3. Длительности анурии

ЛИТЕРАТУРА

1. *Robert Lameire. Патофизиология острой почечной недостаточности при сепсисе // Сборник материалов «Актуальные вопросы нефрологии в Москве» 27 – 28 мая 2004. - С. 14-18.*
2. *Anderson R.J. Shrier R.W. Acute renal failure // Diseases of the kidney. 6 th. Edition / ed. R.W. Shrier, C.W.Gottschalk. Little Brown and C. – 1997. – P. 1069 – 1104.*
3. *Лукевич Б.Г. Федотова И.В. Острая почечная недостаточность: современное состояние проблемы // Нефрология. – 1999. - №1. – С.20-37.*

ДЕПРЕССИЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Шараева А.Т., Нанаева Г.К., Мамытбекова Д.З., Матюшков П.И.

Кафедра внутренних болезней с доцентским курсом семейной медицины Кыргызская государственная медицинская академия

Резюме: Целью исследования было выявление депрессии и ее частоты среди лиц пожилого возраста на базе ЦСМ. Проводилось анкетирование 55 больных по гериатрической шкале депрессии. Было выявлено, что депрессия встречается в пожилом возрасте более чем у половины опрошенных больных и она сочетается с сосудистыми заболеваниями мозга; в клинической картине депрессии у пожилых преобладает тревожный компонент. Частота и тяжесть депрессии увеличивается с возрастом и преобладает в группе больных, старше 74 лет. Медикаментозное лечение по поводу депрессии получают незначительное количество больных (6,8%), что связано с недостаточным опытом лечения депрессии семейными врачами.

Ключевые слова: депрессия, гериатрическая шкала, частота и тяжесть течения депрессии, пожилой возраст.

DEPRESSION IN LATER LIFE IN FAMILY MEDICINE PRACTICE

Sharaeva A. T., Nanaeva G. K., Mamytbekova D. Z., Matyshkov P. I. Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The aim of research was revealing of depression and its frequency among elderly persons in family medicine centers. Inquiring of the 55 patients on depression geriatric scale was carried out. It has been revealed, that depression meets in elderly patients more than half of the patients - 52,7% and it is combined with vascular diseases of a brain, in a clinical picture of depression at elderly was prevailed the disturbing component. Frequency and level of depression increases with the years and prevails in group of patients, that were senior than 74 years. Treatment of depression has been provided only in - 6, 8 % of cases, that is connected with insufficient experience of depression treatment by family doctors.

Key words: depression, geriatric scale, frequency and level of depression, elderly ages.

Последнее столетие характеризуется прогрессирующим старением населения, что оказывает существенное негативное влияние на экономическую и социальную ситуацию во многих странах. Удельный вес лиц пожилого и старческого возраста растет с каждым годом повсеместно.

Геронтология является важной и составной частью семейной медицины и роль ее возрастает с каждым годом. Семейный врач должен оказывать на первичном уровне медицинскую помощь всем членам семьи, независимо от пола и возраста.

В Кыргызской Республике по данным МЗ КР 10% населения составляют лица пенсионного возраста, а средняя продолжительность жизни для мужчин составляет - 62,6 года, для женщин - 71,4 года.

Депрессия в пожилом возрасте наблюдается очень часто. Можно сказать, что у людей старше 55 лет это самый распространенный недуг.

По данным Всемирной организации здравоохранения, депрессивные симптомы имеют место у 40 - 45 % пациентов преклонного возраста, обратившихся к врачу в связи с различными заболеваниями.

В 2005г. Chew-Graham [3] выявили, что депрессив-

ные расстройства встречаются у 1 из 7 больных пожилого возраста и, по их мнению, это соотношение является постоянным во всех странах и культурах. Депрессия в пожилом возрасте сочетается с серьезными заболеваниями и смертностью, включая и суицид. Уровень диагностики депрессивных состояний является недостаточным, и первичное звено может обеспечить диагностику и необходимую консультативную помощь больным с депрессией. 90% пожилых больных с депрессией по данным этого же автора не осматриваются специалистами-психиатрами.

Главной причиной развития депрессивного расстройства в этом возрасте является ситуация собственного старения — нарастающая физическая немощь, трудности самообслуживания, сложности в общении вследствие выраженного ослабления зрения и слуха, одиночество.

Кроме того, старость богата различными потерями, например, горем по поводу смерти близкого человека, возможным заболеванием супруга, расставанием с детьми, лишением работы и утратой социального положения.

Развивается депрессия, как правило, медленно. По-

степенно нарастает угнетенность, необоснованные или преувеличенные опасения за свое здоровье, состояние близких, материальное благополучие.

Депрессия в пожилом возрасте характеризуется сочетанием тревоги и тоски. Тревожно-тоскливое состояние сочетается с замедленной невыразительной речью, вялостью, малоподвижностью.

Нередко, при поздней депрессии на первый план выступают жалобы на плохую память, дезориентацию, трудности концентрации внимания. Однако эти нарушения не являются признаком слабоумия и носят обратимый характер.

Своевременная диагностика и адекватное лечение позволяют справиться с поздней депрессией. Помимо обязательного лечения антидепрессантами больные нуждаются в психотерапевтической помощи. В Кыргызской республике не проводилось исследования частоты возникновения депрессии среди гериатрических больных.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение психического здоровья, выявление частоты депрессивного состояния у лиц пожилого возраста, особенности течения депрессии в пожилом возрасте, связь депрессивных эпизодов с экономическим и социальным статусами пациента.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для изучения психического здоровья среди лиц пожилого возраста старше 60 лет, обратившихся за амбулаторной помощью в Центры семейной медицины № 18, № 6, № 16, были розданы 80 анкет для выявления депрессии. Был получен отклик на 55 анкет.

С целью оценки наличия и тяжести депрессивного состояния применялась гериатрическая шкала депрессии - GDS, 1982, в которую вошли 30 вопросов, с ответами «да», «нет». Критерии оценки шкалы депрессии: 0-10 баллов - норма, 11-20 - легкая депрессия, 21-30 - умеренно-тяжелая депрессия (учитывались депрессивные ответы, указанные после каждого вопроса). Полученные результаты были отражены в относительных и абсолютных цифрах.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Проанализированы анкеты 55 больных в возрасте старше 60 лет, находившихся на амбулаторном наблюдении и лечении.

Из них мужчин было 8 (14,5%), женщин - 47 человек (85,45%) соответственно. Соотношение мужчин и женщин составило - 1:4, что объясняется большей продолжительностью жизни у женщин в Кыргызстане.

Было выявлено 29 больных с депрессией, т.е. у 52,7% от общего количества обследуемых пациентов. Соотношение женщин и мужчин среди обследованных составило 1:4.

Легкая депрессия по данным опроса наблюдалась у

18 больных (32,7%); из них женщин -25,4%, мужчин - 7,2%. Соотношение мужчин и женщин было - 1:3,5.

Умеренная или тяжелая депрессия была у 11 больных (20%); из них женщин - 10 человек (18,1%), мужчин - 1 человек (1,8%).

При сопоставлении полученных данных было выявлено преобладание случаев легкой депрессии, чем умеренной или тяжелой депрессии.

На вопрос о материальном положении: «Считаете ли Вы, что большинство людей более состоятельнее чем Вы» - 76,4% (более 2/3 опрошенных) считают себя в материальном плане несостоятельными, в то время как 23,6% считают себя обеспеченными.

96,5 % из опрошенных больных с депрессией отмечают снижение памяти, в то время как у 3,5 % - снижение таковой не отмечается, по субъективной самооценке пациента.

У больных с легкой депрессией проблемы с памятью встречаются у 17 больных из 18, практически у каждого больного.

У больных с тяжелой депрессией проблемы с памятью встречаются у каждого больного - 11 больных.

У больных без признаков депрессии нарушение памяти встречается только у -30%.

При объективном обследовании у 68,9% больных с депрессией отмечались признаки дисциркуляторной энцефалопатии, в виде головной боли, головокружения, забывчивости, шума в ушах, снижения памяти. У большинства больных с депрессией отмечалось сочетание признаков депрессии с коронарной болезнью сердца (48,2%) и гипертонической болезнью (13,7%).

При анализе влияния возраста на частоту и степень тяжести депрессии отмечалось следующее:

в возрасте от 60 до 74 лет (пожилой возраст) - легкая депрессия встречалась у 40% опрошенных больных, старше 75 лет (старческий возраст) - у 60 %, в то время как в возрасте от 60 до 74 лет - умеренная депрессия встречалась у 23 % опрошенных больных, старше 75 лет - у 77 %, что говорит о том, что с возрастом растет частота депрессии и степень ее тяжести, что обусловлено физиологическим старением организма, а также снижением выработки серотонина и дофамина в центральных структурах головного мозга.

У большинства больных с депрессией был значительно выражен тревожный компонент синдрома (60%), что соответствует данным В. Л. Ефименко [1], которая в 1975, обнаружила тревогу у 71 % больных пожилого возраста и только у 30 % молодых. Выраженный страх был отмечен у 25 % в старшей возрастной группе и только у 2,7 % - в младшей.

При анализе амбулаторных карт было выявлено, что только 2 (6,8%) из 29 больных депрессией получили медикаментозное лечение трициклическими антидепрессантами в терапевтических дозировках (амитриптилин), что соответствует данным *Ташиmatова Б. А., Булычевой Н. С.* [2], о том, что получают лечение лишь 10-15% больных депрессией, и только 0,1% пациентов поступают в психиатрические стационары, это говорит об отсутствии опыта медикаментозного лечения депрессии семейными врачами.

ВЫВОДЫ:

1. Частота депрессии у лиц пожилого возраста среди городского населения ЦСМ № 18, № 6, № 16 составляет 52,7%.
2. Частота легкой депрессии по данным опроса составила 32,7%; умеренной или тяжелой депрессии 20%.
3. Среди обследованных отмечалось преобладание тревожного компонента депрессивного синдрома - 60%.
4. Медикаментозное лечение при депрессии получает незначительное количество больных - 6,8%.

В связи с малой изученностью состояния психического здоровья людей пожилого возраста в КР необходимо продолжить подобные исследования с охватом большего количества населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ефименко В. Л. Депрессии в пожилом возрасте. *Ж. Психиатрия*, 1975, №4. - С. 19-22.
2. Ташматов Б. А., Булычева Н. С. Сералин (сертралин) в терапии депрессивных состояний. *Лечащий врач*, 2005, № 10. - С. 15-20.
3. Chew-Graham et al. Treating depression in later life. *BMJ*. 2004, 329. - P. 181-182.

СОДЕРЖАНИЕ

ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В АКУШЕРСКОЙ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (краткий рецептурный справочник). <i>Абдылдабекова К.Б., Алымкулов Р.Д.</i>	3
АНАТОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ЧЕЛОВЕКА. <i>Гайворонская Ю.Б., Жанганаева М.Т., Абдыгазиев С.Т., Жоомартов У.А.</i>	6
ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА У ДЕТЕЙ. <i>Иманахунова Э.Т.</i>	8
✓ ЭПИЗООТОЛОГИЧЕСКАЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИИ ЭХИНОКОККОЗА В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ В ПЕРИОДЫ ДО- И ПОСЛЕ ПРИНЯТИЯ СУВЕРЕНИТЕТА КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКОЙ. <i>Караева Р.Р., Paul R., Torgerson, Раимкулов К.М.</i>	11
ПРОТЕИНОВЫЙ СПЕКТР СПЕРМОПЛАЗМЫ. <i>Кондратьев А.В., Сойкоева А.Т., Усупбаев А.Х., Садырбеков Н.Ж., Алжикеев С.Ж.</i>	15
✓ ПРОБЛЕМЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В г. БИШКЕК. <i>Мередов С.А., Раимкулов К.М., Куттубаев О.Т., Абдыжапаров Т.А., Абдыкеримов К.К.*</i>	17
ВЛИЯНИЕ РЕКЛАМЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА ПОТРЕБИТЕЛЯ. <i>Молдоисаева С.Р., Кулушева Г.А.</i>	20
ПОДХОДЫ К ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОМУ АНАЛИЗУ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ У ВЗРОСЛЫХ. <i>Муминов К.Б.</i>	25
УРОВЕНЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ СРЕДИ ГРУПП ПОВЕДЕНЧЕСКОГО РИСКА. <i>Ниязалиева М.С., Эстебесова Б.А., Курманова Г.У., Шатунова В.В.</i>	28
ВОПРОСЫ БЕЗОПАСНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕКАРСТВ В КЫРГЫЗСТАНЕ. <i>Осконалиева А.А., Кулушева Г.А., Сулайманова М.И., Ыссыкеева Ж.А.</i>	31
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ И ИХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ. <i>Райымбеков И.К., Абдылдабеков К.Б.</i>	34
ПАТОМОРФОГЕНЕЗ АТЕРОСКЛЕРОЗА СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ЖИТЕЛЕЙ КЫРГЫЗСТАНА. <i>Райымбеков Ж. К.</i>	37
МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПЛАЦЕНТЫ ПРИ СОЧЕТАННОМ ВОЗДЕЙСТВИИ ПРИРОДНОГО ГИПОКСИЧЕСКОГО ФАКТОРА И ПОВЫШЕННОГО РАДИАЦИОННОГО ФОНА (г. МАЙЛУУ-СУУ). <i>Раймбекова Г.К.</i>	40
✓ МНОГОКАМЕРНЫЙ ЭХИНОКОККОЗ В СЕВЕРНОМ КЫРГЫЗСТАНЕ И ПРИЧИНЫ ИНВАЗИИ. <i>Раимкулов К.М., Караева Р.Р., Айтбаев С.А.</i>	43
ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ КЫРГЫЗСТАНА. <i>Садамкулова К.И.</i>	49
ПРОФИЛЬ ЛАТЕРАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ВЫБОРКЕ СТУДЕНТОВ. <i>Сайдылдаева А. Б.</i>	51
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЛАЦЕНТАРНОЙ ТКАНИ В УСЛОВИЯХ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПЕСТИЦИДНОЙ НАГРУЗКИ У ЖИТЕЛЬНИЦ ЮГА КЫРГЫЗСТАНА. <i>Сакибаев К.Ш., Тулекеев Т.М., Сатылганов И.Ж., Кенешбаев Б.К., Мамашов И.М., Нуруев М.К., Таиматова Н.М.</i> ...	53
УРАНОВОЕ ЗАГРЯЗНЕНИЕ БИОСФЕРЫ КЫРГЫЗСТАНА. <i>Суранова Г.Ж., Абдылдаев А.А.</i>	57
ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ДЕТСКОМ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОМ ЦЕНТРЕ «ДЕН-СОЛУК». <i>Сыдыков Н.Ж., Абилова А.Б.</i>	59

БИОХИМИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СПЕРМАТОЗОИДОВ. <i>Тен И.Б., Базарнова М.А., Усупбаева А.Ч., Мусуралиев М.С., Алжикеев С. Ж., Макенжан уулу А.</i>	63
ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТРУКТУРНЫХ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ В СЕЛЬСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ НА ОСНОВЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО АНАЛИЗА. <i>Темиров Н.М.</i>	67
ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В ПЛАНЕ РЕФОРМ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. <i>Темиров Н.М.</i>	72
АНАЛИЗ ПРИЧИН СМЕРТИ ПРИ ОЖОГОВОЙ ТРАВМЕ ПО ДАННЫМ РБСМЭ ЗА 2003-2005гг. <i>Турганбаев А.Э.</i>	76
СОДЕРЖАНИЕ УРАНА В ПРИРОДНОЙ ВОДЕ ВБЛИЗИ УРАНОВОГО ХВОСТОХРАНИЛИЩА пгт. КАДЖИСАЙ. <i>Токтогулова Н.А., Исупова А.А., Суранова Г.Ж.</i>	78
ДИНАМИКА ЦЕНОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ В 2003-2006 гг. <i>Цигельская Л.В., Переверзев В.Г.</i>	81
НЕКОТОРЫЕ МЕХАНИЗМЫ СТРЕСС ПРОТЕКТОРНОГО ДЕЙСТВИЯ ПРЕПАРАТОВ ИЗ RHODIOLA LINEARIFOLIA BORISS. <i>Чалданбаева А.К.</i>	83
ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА КЛИНИЧЕСКИЙ ИСХОД ХРОНИЧЕСКОГО САЛЫПИНГООФОРИТА. <i>Бообекова А.А.</i>	86
ОЦЕНКА И ПРОБЛЕМЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН г. БИШКЕК. <i>Ибраимова Д.Д.</i>	89
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ПУЛЬМИКОРТ РЕСПУЛЕС У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ. <i>Иванов В.В., Ашералиев М.Е.</i>	93
ВЛИЯНИЕ АКТОВЕГИНА НА ГОРМОНАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ ПЛАЦЕНТЫ И СЕРДЕЧНУЮ РЕАКТИВНОСТЬ У ЖЕНЩИН С ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Рафиков Р.Ф., Керимова Н.Р., Чёрная О.</i>	96
ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ НА ИММУННУЮ СИСТЕМУ НОВОРОЖДЕННЫХ. <i>Конурова Б.А.</i>	98
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОГИДРИНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ФОНОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ. <i>Субанова Г., Осмоналиева А., Джетигеннова С.А., Алиева Г.А.</i>	100
РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И КОНТРАЦЕПТИВНЫЙ ВЫБОР ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ г. БИШКЕК. <i>Саякова А.Т., Бейшенбиева Г. Дж., Джетигеннова С. А., Тепеева Т. Х.</i>	102
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУЩЕНИЯ И ВЫПАДЕНИЯ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА. <i>Маматова Н.Э.</i>	104
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ. <i>Тойгонбаева А.А., Тепеева Т.Х., Исакова Ж.К., Бейшембиева Г.Дж., Джетигеннова С.А.</i>	106
КАРИПАЗИМ – ЭЛЕКТРОФОРЕЗ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ПОЯСНИЧНЫХ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ. <i>Абдыгулова И.Б., Абитова Г.К., Алымкулов Р.Д.</i>	109
ЧАСТОТА И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МЕРЦАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА. <i>Амиракулова Д.К., Мергенбаева Т.К.</i>	112
ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ОБУЧАЮЩЕЙ ПРОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ. <i>Баетова Р.Н.</i>	115
ОЦЕНКА КЛИМАТО-ГЕОГРАФИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КЫРГЫЗСТАНА. <i>Акманалиева З.А.</i>	118
СРАВНИТЕЛЬНАЯ СОМАТОТИПОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕНЗЕНСКИХ ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК. <i>Галкина Т.Н.</i>	120

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ. <i>Грошев С.А.</i>	123
ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОТИВОЯЗВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ РАЗЛИЧНЫМИ КАТЕГОРИЯМИ НАСЕЛЕНИЯ ПО ДАННЫМ НЕКОТОРЫХ ЦСМ г. БИШКЕК. <i>Джапаралиева Н.Т., Минбаева Н.Т., Дуйшалиева Г.А.</i>	127
ГЕРИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА. <i>Кирешеева Ж.И., Нанаева Г.К., Мамытбекова Ж.З., Матюшков П.И.</i>	129
ХРОНИЧЕСКАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ДЕТЕЙ. <i>Краснощечкова М., Бейшебаева Н.А., Тулеева А.</i>	131
ПРЕИМУЩЕСТВА ЛЮМБАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОГО И ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТОВ. <i>Луценко И.Л., Мамытова Э.М.</i>	135
КЛИНИЧЕСКИЕ МАСКИ БРУЦЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ. <i>Ногойбаева К.А., Кутманова А.З.</i>	138
ФУНКЦИЯ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ В УСЛОВИЯХ СРЕДНЕГОРЬЯ И ВЫСОКОГОРЬЯ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ. <i>Рапиева Л.Н., Узakov О.Ж.</i>	141
РЕАКТИВНОСТЬ БРОНХОВ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ. <i>Рапиева Л.Н., Узakov О.Ж., Абдуллаев Т.О.</i>	143
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОПРОСНИКОВ ОЦЕНКИ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И ШКАЛ ОЦЕНКИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ В СИСТЕМЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ. <i>Темирбек Уулу Болот</i>	146
РОЛЬ РЕФОРМИРОВАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ СЛУЖБ КАК ВАЖНОГО ЭЛЕМЕНТА УЛУЧШЕНИЯ УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ КЫРГЫЗСТАНА. <i>Темирбек уулу Болот</i>	150
ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ДЕТЕЙ. <i>Тулеева А., Бейшебаева Н.А., Краснощечкова М.</i>	153
ДЕПРЕССИЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА. <i>Шараева А.Т., Нанаева Г.К., Мамытбекова Д.З., Матюшков П.И.</i>	156